



HAŞTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU

SÜRÜM 2



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**HASTANE AFET VE
ACİL DURUM PLANI (HAP)
HAZIRLAMA KILAVUZU**
(Sürüm 2)

ISBN: 978-975-590-809-0

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1195

Basım: Haziran 2021

Kapak Tasarım

ATT Abdurrahman KURT
Batman İl Ambulans Servisi Başhekimliği

Baskı

Kuban Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Osb. Matbaacılar Sitesi 1514. Sk. No:20 Yenimahalle / ANKARA
0 312 395 20 70 • www.kubanmatbaa.com
Sertifika No: 47331

SÜRÜM 2

Editörler

Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Hemşire Emine EMER
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu

Hazırlama Ekibi (alfabetik)

- Tülay AKGÜN / UMKE-DER
- Hemşire D. Hakan AKKUŞ / Giresun İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Duygu BAŞKIRT / İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Prof. Dr. Mehtap BULUT / Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Uzm. Dr. Eray ÇINAR / Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
- Dr. H. Nüvit ÖZGÜNTER DİVRİK / İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Bayram Ali GÜVELİOĞLU / Mersin İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Elif Demet BİTER / İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Doç. Dr. Mehmet Ali KARACA / Hacettepe Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- Dr. H. Hakan KARAKAŞ / Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü
- Doç. Dr. Sibel KIRAN / Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
- Dr. Hasan ODABAŞIOĞLU / İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Gülgün TEZGİDER / Acil Destek Vakfı (ADV)
- Dr. Psikolog Yeşim ÜNAL / UMKE-DER
- Dr. Sıdika TEKELİ YEŞİL / Frauenarztpraxis Rheinfelden-İsviçre
- Prof. Dr. Serkan YILMAZ / Kocaeli Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı
- Uzm. Dr. Şükrü YORULMAZ / Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

KAVRAMSAL KISALTMA ve KARŞILIKLAR (alfabetik)

- **112 AÇM** :112 Acil Çağrı Merkezi
- **AMP** : Acil Müdahale Planı
- **AS** : Acil Servis
- **ATB** : Ayaktan Tedavi Bölümü
- **HAP** : Hastane Afet ve Acil Durum Planı
- **İL SAKOM** : İl Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
- **İşAT** : İş Akış Talimatı
- **KBRN** : Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer
- **KKM** : İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezi
- **OEP** : Olay Eylem Planı
- **OÖP** : Olaya Özel Plan
- **OYE** : Olay Yönetim Ekibi
- **OYM** : Olay Yönetim Merkezi
- **OYS** : Olay Yönetim Sistemi
- **SOP** : Standart Operasyon Prosedürü
- **TAMP** : Türkiye Afet Müdahale Planı

SUNUŞ

Bakanlığımızın Misyonu insan merkezli yaklaşımla, birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri sunmaktır. Bu çerçevede, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hastane hizmetlerinin her durumda sürdürülebilir olmasını sağlayarak, hasta ve yaralılara en etkin tedavi hizmetinin sunulmasını ve personelin ihtiyaç ve güvenliğini gözetmeyi hedeflemektedir.

Gerek doğa kaynaklı gerekse insan kaynaklı çok farklı afet ve acil durumların yaşandığı ülkemizde, başta deprem ve pandemi olmak üzere afet ve acil durumların neden olduğu kitlesel yaralanma ve hastalıkların artması sağlık sistemine, özellikle hastanelere yoğun ek iş yükü getirmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun temel bileşenlerinden olan hastaneler, afet ve acil durumun boyutu ne olursa olsun, hizmetlerini kesintiye uğratmadan sürdürmek zorundadır. Bu nedenle hastanelerimizin buldukları ortam ve koşullarda karşı karşıya oldukları afet ve acil durum tehlike ve risklerini belirleyerek, risk azaltma önlemlerini önceden almaları, yaşanabilecek olumsuz durumlara her zaman hazırlıklı olmaları ve müdahale süreçlerini etkin bir şekilde risk yönetimi çatısı altında planlama ve yönetmeleri gereklidir. Bu kapsamda, yataklı tedavi hizmeti veren hastanelerimiz, 2015 yılında kabul edilen mevzuat ve Bakanlığımızca belirlenen Kılavuz çerçevesinde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hazırlamaktadır.

Bu süreçte yaşanan afet ve acil durumlardan edinilen tecrübeler, değişen şartlar ve gelişmeler doğrultusunda ‘Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu’ güncellenerek, ikinci sürümü hazırlanmıştır. Afet risk yönetimini ve afet/acil durum yönetimi evrelerinin tamamını kapsayan ‘Hastane Afet ve Acil Durum Planı’ çok yönlü ve disiplinler arası bir çalışmaya kılavuzluk ederken, aynı zamanda, ulusal afet yönetim sistemine de çok önemli bir katkı sağlamaktadır.

Hastanelerimizin, afet ve acil durumlara hazırlıklı olmaları amacıyla hazırlanan bu Kılavuz’da emeği geçen HAP Ulusal Kılavuz Hazırlama Ekibi Üyelerine teşekkür ediyorum.

Dr. Fahrettin KOCA

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı

SUNUŞ

Hastaneler birçok hizmetin bir arada sunulduğu ve farklı ihtiyaçlara sahip çok sayıda insanın başvurduğu kompleks yapılardır. Toplum için her zaman önem arz eden, değişime ve gelişime açık bu yapıların acil durum ve afetlere en üst seviyede hazır olması önem kazanmaktadır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği'nin 20 Mart 2015 tarihli ve 29301 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmesinin ardından, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu'nun Aralık 2015 tarihinde yayınlanmasıyla önemli bir eksik tamamlanmış, süreç içerisinde sahadaki geri dönüşler ve dünyadaki güncel gelişmeler değerlendirilerek HAP Kılavuzu'nun güncellenerek yayınlanması uygun bulunmuştur. Bu süreçte yeni Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği 18 Mart 2020 tarih 31072 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış, 2015 tarihli önceki Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Afet ya da bir acil durumla karşılaşıldığında hizmet sunma gereksinimi duyulan en önemli bileşenlerden biri hastanelerdir. Böyle bir durumda sağlık hizmeti talebinin artacağı ve beklentiler dışında ihtiyaçların doğabileceği, yaşadığımız ve dünyada yaşanan olaylardan da görülebilmektedir. Beklenen en iyi kaliteden ödün vermeden sağlık hizmetini sunmak için risk azaltma ve hazırlık döneminde gerekli tedbirleri almak, bu yönde planlamaları yapmak ve tatbikatlar ile güçlendirmek önem kazanmaktadır. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu, birbirinden farklı yapısal özelliklere, coğrafi şartlara ve risklere sahip hastanelerimizin bu planları hazırlanmasında yönlendirici olacaktır.

Bakanlığımızın en önemli görevlerinden birisi de afet ve acil durumlarda tüm sağlık kurumlarımızın hazırlıklı olmasını sağlamak ve böyle bir durumla karşılaşıldığında hızlı etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır.

Hazırlanan bu Kılavuz, standart bir çerçeve ve detaylı açıklamalara sahip olmakla birlikte, hastanelerimizin özgün şartlarını göz önünde bulundurarak kendilerine en uygun planlamayı yapabilecekleri esnek bir yaklaşımı içermektedir. Bu yaklaşım sağlık sistemimizin il düzeyi müdahale planları olan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile de uyumludur.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarımız ile hastanelerimizi afet ve acil durum yönetiminde aynı dilde ve yanıtta bir araya getirecektir.

Dr. Şuayip BİRİNCİ

Bakan Yardımcısı

SUNUŞ

Ülkemizin bulunduğu coğrafya afet ve acil durumlara hazırlıklı olmayı gerektirmektedir. Bakanlığımız sağlık sistemlerinin afet ve acil durumlara hazırlığını artırmak için çalışmalar yürütmektedir. Bu çalışmalardan birisi olan Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP), Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan HAP Uygulama Yönetmeliği'nin yayımlanmasından itibaren gelişmekte ve gereksinimlere göre güncellenmektedir. Söz konusu Yönetmelikte HAP'ların amacı "ülke genelindeki tüm hastanelerin, afetlere ilişkin risk ve zarar azaltıcı önlem almalarını, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını ve ilk 72 saat boyunca hastane dışından hiçbir yardım almaksızın kendi kendine yeterli olmalarını sağlamak" olarak ifade edilmektedir.

Temel çıkış noktası hastanelerin, afet ve acil durumlarda sağlık hizmetini kesintisiz sürdürmeleri ve gerektiğinde kapasitelerini artırarak sağlık hizmeti sunmaya devam etmelerini sağlamak olan bu amacın gerçekleşmesine yönelik en önemli araçlardan birisi HAP'lardır. Söz konusu planların hazırlanmasında Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı'nın koordinasyonu, sağlık sektörü ve afet yönetimi alanındaki bilgi, deneyim ve uygulamaları bir araya getiren, disiplinler arası katılımlı, alanında uzman üyelerden oluşan bir ekip çalışması başlatılmış ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu zaman içinde daha da geliştirilerek, yararlanılabilecek bir temel ürün olarak kullanıma sunulmuştur.

HAP Hazırlama Kılavuzu içerik ve uygulama olarak yalnızca afet ve acil durumlara müdahaleyi değil, risk ve zarar azaltma, hazırlık ve iyileştirme çalışmalarını bütünsel olarak içermektedir. İlk baskısı 2015 yılı Aralık ayında yapılan Kılavuz Bakanlığımız ve Genel Müdürlüğümüz web sayfasında açık kaynak olarak kullanıcıların erişimine açılmıştır. Bu dönemde, 2019 yılı Kasım ayı itibarıyla, 8 HAP Eğiticisi Eğitimi yapılarak 461 eğitmen yetiştirilmiştir; merkezi olarak Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı'nın koordinasyonu ile düzenlenen Eğitici Eğitimleri, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından HAP Uygulayıcı Eğitimleri ile düzenli olarak tamamlanmaktadır.

Hastaneler HAP Hazırlama Kılavuzu'na uygun planlar hazırlayarak afet ve acil durumlara yönelik hazırlıklarını güçlendirmektedirler. Eğitimlerden gelen geri bildirimler ve hastanelerin hazırladıkları planların incelenmesinden elde edilen veriler doğrultusunda, HAP Kılavuzu'nun güncellenme çalışmaları yapılarak, Kılavuz güncel ihtiyaç ve gereklilikler doğrultusunda geliştirilmektedir.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığımıza ve HAP Hazırlama Kılavuzu Ulusal Kılavuz Hazırlama Ekibi Üyelerine yaptıkları çalışmalar ve bu önemli Kılavuz için teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

SUNUŞ

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

Doğa kaynaklı afetlerin yanı sıra insan kaynaklı afetler de ülkemizde oldukça sık gözlenmekte, önümüzdeki yıllarda da zarar verme olasılıklarının sürebileceği öngörülmektedir. Bu çerçevede, endüstriyel kazalar, büyük ulaşım kazaları, maden kazaları, fabrika yangınları, kritik yapı çökmeleri, denetimsiz tehlikeli atık hasarları ve teknoloji kaynaklı diğer benzer durum ve olaylar, orman yangınları, KBRN olayları (kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer tehlikeler) belirtilebilir. Diğer taraftan, büyük ölçekli ve çok yönlü insani yardım gerektiren, sonuçları itibarıyla afet özelliği taşıyabilen karmaşık (insani) acil durumlar da günümüz dünyasında insan sağlığını tehdit etmektedir.

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

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

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

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

HAP Hazırlama Kılavuzu 2015 yılı Aralık ayında yayımlanmış, Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği'ne uygun olarak sertifikalı eğitim kapsamına değerlendirilmiş, eğitim standartları 2016 Şubat ayında yayınlanmıştır. Ders programı ve sunumlar hazırlanarak, 2016 yılı Mayıs ayında ilk Eğitici Eğitimi gerçekleştirilmiştir. 2017 yılı itibarıyla hastaneler tarafından HAP Kılavuzu'na uygun olarak HAP hazırlıkları başlamıştır. Yapılan eğitimler, tatbikatlar, ulusal ve uluslararası düzeylerdeki çalışmalar ve alınan geri bildirimler doğrultusunda mevzuat ve Kılavuz güncelleme çalışmaları süreç içerisinde devam etmiş ve ikinci sürüm hazırlanmıştır.

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

HAP Hazırlama Kılavuzu
Ulusal Kılavuz Hazırlama Ekibi

İÇİNDEKİLER

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Onay Süreci	15
Tanımlar	17
BİRİNCİ BÖLÜM - HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)	21
1. Giriş	21
2. HAP Çerçevesi	22
3. Amaç	24
4. Hukuki Dayanak	25
5. Kapsam	25
6. HAP İşleyişi	25
6.1 HAP’ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri	25
6.2 HAP Hazırlama Komisyonu	26
6.3 HAP’ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi	29
6.4 HAP’ın Diğer Paydaşlar İle İlişkisi ve Paylaşımı	29
6.5 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi	29
7. HAP Eğitimleri ve Tatbikatları	30
7.1 HAP Eğitimleri	30
7.1.1 HAP Eğitici Eğitimi	30
7.1.2 HAP Uygulayıcı Eğitimleri	30
7.1.3 HAP Yönetici Eğitimi	31
7.2 HAP Tatbikatları	31
8. Hastane Afet Risklerinin Azaltılması	31
8.1 Mevcut Durum Analizi	32
8.2 Hastane Afet Risk Değerlendirmesi	33
8.3 Yapısal Risklerin Azaltılması	34
8.4 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması	35
İKİNCİ BÖLÜM - HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ	37
1. Acil Müdahale Planı	37
2. Afet ve Acil Durum Yönetim Sistemi	37
2.1 Organizasyon Şeması	37
2.2 Görev Tanımları	39
3. Hastane Olay Yönetim Sistemi	46
3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi	46
3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri	47
3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri	50
3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları	51
3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)	51

3.2.2	İş Akış Talimatı (İşAT).....	52
3.2.3	Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü	52
3.2.4	Formlar.....	55
3.2.5	Olay Eylem Planı	55
3.3	Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı	56
3.3.1	Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli	56
3.3.2	Haberleşmenin Düzenlenmesi	56
3.3.3	Görev Yelekleri	57
4.	Kitleli Yaralanmalı Olaylarda Müdahale Aşamaları.....	57
4.1	Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik Destek)	57
4.2	Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet Triyaj Ekibi ve/veya Travma Ekibi)	58
4.3	Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması.....	58
5.	Olay Bildirimi ve Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonu	58
5.1	Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı.....	58
5.2	Olay Bildirim Akış Şeması.....	59
5.3	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri.....	60
5.4	Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri İle İlgili Temel Eylemler	62
5.5	AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi	64
5.6	Acil Renk Kodu Sistemi.....	64
5.7	Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar	65
6.	Hastanenin Tıbbi Kapasitesi	66
6.1	Tedavi Kapasitesinin Artırılması	67
6.1.1	Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği	67
6.1.2	Ekipman ve Malzemelerin Artırılması	67
6.1.3	Personelin Geri Çağırılması	67
6.1.4	Gönüllü Yönetimi	67
6.1.5	Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları İle İşbirliği	68
6.2	Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları	68
7.	Hastane Afet Triyaj Alanı	68
7.1	Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu	68
7.2	Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler.....	69
7.3	Trijaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması.....	70
7.4	Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi.....	71
8.	Acil Servis ve Hastane İçi Hasta Trafik Akışı.....	71
8.1	Hastanenin Acil Servis Birimi.....	71
8.1.1	Kontamine Hastalar	71
8.1.2	Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiyeye Dönüşme İhtimali Olan)	72

8.1.3	Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi	72
8.1.4	Acil Serviste Temel İşlevler	72
8.2	Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	73
8.3	Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis İçin Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)	73
8.4	Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	74
8.5	Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları	74
9.	Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi	74
9.1	Genel İlke ve Esaslar	74
9.1.1	Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları	75
9.1.2	Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi	75
9.2	Hasta Kaydı ve Takibi	75
9.3	Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	76
9.4	Medyayı ve Toplumunu Bilgilendirme	76
9.5	Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi	76
9.6	Durum Raporları	76
9.7	Personel Brifingi	77
10.	Güvenlik ve Emniyet	77
10.1	Hastaneye Ulaşım	77
10.2	Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü	78
10.3	Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	78
11.	Lojistik ve Malzemeler	78
11.1	Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)	78
11.2	Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	79
12.	Psikososyal Destek Faaliyetleri	79
12.1	Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	79
12.1.1	Psikolojik Triyaj	80
12.2	Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	81
12.3	Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek	81
12.4	Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	82
13.	Ölü ve Kayıplarla İlgili İşlemler	82
13.1	Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	82
13.2	Hastanedeki Geçici Morg Alanı	82
13.3	Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	82
	ÜÇÜNCÜ BÖLÜM - İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON	85
1.	Tıbbi Kapasite Artışının Sonlandırılması	85
2.	Personelin Korunması ve Desteklenmesine Yönelik Önlemler	86
3.	Mevcut Durum Bilgisi ve Hasar Tespit Çalışmaları	86
4.	Etkilenen ve Etkilenmeyen Alanların Değerlendirilmesi	86
5.	Uygulamaların Kayıt Altına Alınması	87

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM - OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ	89
Olaya Özel Plan Örneği 1	
1. Hastane İçi Yangın	90
1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)	90
1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması	91
1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	92
1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	92
1.5 Standart Operasyon Prosedürü	94
Olaya Özel Plan Örneği 2	
2. Kimyasal Olaylarda Hastane Yönetimi (İç veya Dış Kaynaklı)	97
2.1 Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)	97
2.2 Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması	98
2.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	98
2.4 Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	98
2.5 Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar	99
2.6 Standart Operasyon Prosedürü	100
Olaya Özel Plan Örneği 3	
3. Hastanede Tahliye Gerektiren Durumlar (Kısmen veya Tamamen)	107
3.1 Tahliye Tanımı ve Yöntemleri	107
3.2 Tahliyede Genel İlkeler	108
3.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi	109
3.4 Tahliye İle İlgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları	109
3.5 Standart Operasyon Prosedürü	110
Olaya Özel Plan Örneği 4	
4. Hastanenin İş Sürekliliğinde Kesinti (İç veya Dış Kaynaklı)	114
4.1 Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar	114
4.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)	114
4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	115
4.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri	116
Olaya Özel Plan Örneği 5	
5. Hastane Pandemi Müdahale Yönetimi	120
5.1 Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri	120
5.2 Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler	121
5.3 Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları	121
5.4 Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı	122
5.5 Hastane Pandemi Planı Çerçevesi	123
5.6 Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri	125
5.6.1 Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu	125

5.6.2 Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması İçin Önlemler	127
5.6.3 Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi	130
Olaya Özel Planlarda Kullanılan Formlar	132
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI HAZIRLAMA KILAVUZU EKLERİ.....	139
Ek 1-A İş Akış Talimatları	143
Ek 1-B Standart Operasyon Prosedürleri.....	153
Ek 1-C Formlar	219
Ek 1-D Acil Servis Departman / Servis / Birim Müdahale Prosedürü	276
Ek 2-A Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi	283
Ek 2-B Güvenli Hastane Kontrol Listesi.....	290
Ek 2-C KAISER Risk Analizi	335
Ek 2-D COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi.....	342
Ek 3-A HAP Onay Sayfası	357
Ek 3-B HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi.....	359

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) ONAY SÜRECİ

- Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) **Onay Sayfası, Dağıtım Çizelgesi ve Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi** ile başlar.
- Onay Sayfası** iki nüsha olarak düzenlenir ve hazırlanırken şu hususlara dikkat edilir:
 - Örneği Kılavuz ekinde yer alan **Onay Sayfası** (Ek 3-A), HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanır ve Onay Sayfasının hazırlayan bölümü **HAP Komisyon Başkanı** tarafından imzalanır. HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi (Ek 3-B) Onay Sayfasına eklenerek inceleme makamına sunulur.
 - HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın içeriğinin uygunluğu, İnceleme Makamı (HAP Uygulama Yönetmeliğinin 11'inci maddesinde belirtilen makam) **Standart İnceleme Formu** esas alınarak değerlendirilir. Uygun görülen planlar için Onay Sayfasının inceleme bölümü ilgili üst yönetici tarafından imzalanır, Standart İnceleme Formu Onay Sayfasına eklenerek onay makamına (Acil Sağlık Hizmetleri'nden sorumlu Başkanlık) gönderilir.
 - Acil Sağlık Hizmetleri'nden sorumlu Başkanlık tarafından görevlendirilen Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından, **Standart Denetleme Formu** doldurulur. Uygun görülen planlar için Onay Sayfasının denetleyen bölümü acil sağlık hizmetlerinden sorumlu başkan tarafından imzalanır. Standart Denetleme Formu Onay Sayfasına eklenir ve **İl Sağlık Müdürü** onayına sunulur.
- Hazırlanan HAP hastane tarafından inceleme ve onay makamına onaylanana kadar dijital olarak gönderilir; onaylandıktan sonra hastane tarafından yazılı doküman haline getirilir.

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

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

Tablo 1: Dağıtım Çizelgesi

Not: Çizelgelerde yer alan satır sayısı, ihtiyaç duyulması halinde istenildiği kadar artırılabilir.

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

Tablo 2: Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi

TANIMLAR¹

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

5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun'da (2009), "Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali" olarak tanımlanmıştır. (AFAD, 2014). Acil Durum ifadesi, örneğin, biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler veya sağlıkla ilgili olaylar kapsamında afet terimi yerine kullanılabilirdiği gibi, toplumun işleyişini ciddi biçimde kesintiye uğratmayan tehlikeli olaylarla ilişkili de kullanılabilir. Bu şekilde, acil durumların yerelde sınırlı ya da geniş alanlarda yıkıcı sonuçlara yol açabilen farklı boyutlarda etkileri olabilmektedir (UNISDR, 2017). Acil Durum bir dizi istenmeyen sonuç yaratan ya da yaratma potansiyeli olan ve genellikle acil, çoğu kez rutin dışı koordine hareket gerektiren olay ya da yakın tehlike olarak da ifade edilmektedir (WHO, 2019).

ACİL DURUM YÖNETİMİ: Acil durumun meydana gelmesinden hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların tüm ihtiyaçlarını zamanında, hızlı ve etkili olarak karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayıp, acil durum olarak değerlendirilen bir olayın meydana gelmesi ile başlayarak, acil durumu gerektiren nedenler ortadan kalktığında sona eren bir yönetim şeklidir. Afet yönetiminin olaya müdahale ve kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini kapsar (AFAD, 2014). Acil Durum Yönetimi ifadesi özellikle biyolojik ve teknoloji kaynaklı tehlikeler ve sağlık alanında, Afet Yönetimi ifadesi yerine de kullanılabilir (UNISDR, 2017). Acil Durum Yönetiminde, genel olarak, olası istikrarsızlaştırıcı ve/veya yıkıcı olayların öncesi, sırası ve sonrasında, önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirme süreçlerine risk yönetimi yaklaşımı söz konusudur (WHO, 2019).

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

"Afet, tehlikeli olayların maruz kalma, zarar görülebilirlik ve kapasite koşullarıyla etkileşiminin insani, maddi, ekonomik ve çevresel kayıp ve etkilerden biri ya da daha fazlasına yol açması sonucunda, bir topluluğun ya da toplumun işleyişinin herhangi bir ölçekte ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır" (UNISDR, 2017).

AFET RİSKİ: Bir sistem, toplum ya da topluluğun belirli bir zamanda karşılaşılabileceği, meydana gelme olasılığı, tehlike, tehlikeye maruzluk, zarar görülebilirlik ve kapasite ile bağlantılı olan, olası can kaybı, yaralanma veya varlıkların yok olmasına ya da zarar görmesine bağlı kayıplar (UNISDR, 2017).

AFET RİSK AZALTMA: Mevcut afet risklerinin azaltılması, yeni risklerin önlenmesi, afet kayıplarının azaltılması ve afete dayanıklılığın güçlendirilmesi hedefiyle sistematik olarak geliştirilen ve gerçekleştirilen politika, strateji ve uygulamalar.

Afet risk azaltma ile varılmak istenen sonuç "afet riskini ve bireylerin, işletmelerin, toplulukların ve ülkelerin afet nedeniyle can kayıplarını, geçim kaynağı kayıplarını, sağlıkla ilgili ve ekonomik, fiziksel, sosyal, kültürel ve çevresel varlık kayıplarını önemli ölçüde azaltmak"tır (SFDRR).

AFET RİSK YÖNETİMİ: Yeni afet riskini önlemeye, mevcut afet riskini azaltmaya, artık (kalıntı) riski yönetmeye, bu şekilde dayanıklılığı güçlendirmeye ve afet kayıplarını azaltmaya yönelik afet risk azaltma politikaları ve stratejilerinin uygulanmasıdır (UNISDR, 2017). Türkiye'deki afet yönetimi mevzuatı itibarıyla, risk yönetimi "ülke, bölge, kent ölçeğinde ve yerel ölçekte risk türleri ve düzeylerini tespit etme,

1 Tanımlar için yararlanılan kaynaklar:

AFAD, Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü, 2014.

BM Afet Risk Azaltma Ofisi/UNISDR (2019) itibarıyla UNDRR, Afet Risk Azaltma Terminolojisi (2009-2017).

Afet Risk Azaltma için Sendai Çerçevesi/SFDRR (2015-2030).

önleme, azaltma ve paylaşma çalışmaları ile bu alandaki planlama esasları” olarak tanımlanmaktadır (5902 sayılı Kanun).

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

AFET YÖNETİMİ: Afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekün bir mücadele sürecidir (AFAD, 2014).

Afet yönetimi, afetlere hazırlık, müdahale ve iyileştirme önlemlerinin organizasyonu, planlanması ve uygulanmasıdır (UNISDR, 2017) ve afet risk yönetimi ile bütünlük içerisinde ele alınmalıdır. Afet yönetiminin sistemleştirilmesinde kapsamlı ve bütünlük yaklaşımıyla, tüm tehlikelerin, tüm aşamaların göz önüne alınması, tüm kurum ve kaynakların harekete geçirilmesi, toplumun katılımının sağlanması ve güçlendirilmesi esas alınmaktadır.

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

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

MÜDAHALE: Afetin hemen ardından başlayarak, mümkün olan en kısa sürede hayat kurtarmak, yaralıların tedavisini sağlamak, afetten doğrudan etkilenen nüfusun sağlık ve güvenlik başta olmak üzere, beslenme, barınma, haberleşme, ulaşım, psikososyal destek ve diğer temel ihtiyaçlarını en uygun yöntemlerle karşılamak üzere gerçekleştirilen süreç ve faaliyetler.

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

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

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

OLAY: Ortaya çıkan, oluşan durum; var olan durumda ortaya çıkan değişme, dikkati çeken veya çekebilecek nitelikte, oluşum, hadise, vaka.

TAMP (TÜRKİYE AFET MÜDAHALE PLANI): TAMP afete müdahale planlamasının temel yaklaşım ve kurallarını belirlemek, afet ve acil durumlara ilişkin müdahale çalışmalarında görev alacak ana hizmet ve koordinasyon birimlerine ait rolleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla hazırlanmış ve uygulamaya girmiştir (Resmi Gazete 03.01.2014/28871). TAMP, ülkemizde yaşanabilecek her tür ve ölçekte afet ve

acil durumlara müdahalede görev alacak, bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel ve sivil kuruluşlar ile gerçek kişileri kapsamakta; ilgili tüm paydaşların görev ve sorumluluklarını, iş birliği, koordinasyon ve karşılıklı yardımlaşma esaslarını belirlemektedir. TAMP afete müdahalede verilecek hizmetlerin niteliğine göre, ulusal ve yerel düzeylerde Çalışma Gruplarının oluşturulmasını öngörmektedir.

TAMP YEREL DÜZEY ÇALIŞMA GRUBU OPERASYON PLANI: TAMP kapsamında 10 Ana Çözüm Ortağı (8 Bakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı-AFAD, Kızılay) ve koordinasyonundan sorumlu oldukları ulusal düzeyde 28/yerel düzeyde 26 Çalışma Grubu (ÇG) bulunmaktadır. TAMP Çalışma Gruplarının yerel düzeyde görevlendirilmesi ve çalışması, İl Afet Müdahale Planı kapsamında, Valilik İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri koordinasyonunda gerçekleşmektedir; her ÇG için Yerel Düzey Operasyon Planı hazırlanmaktadır. Bu hazırlıkta ulusal düzeyde Ana Çözüm Ortağı ve Destek Çözüm Ortağı olan Bakanlık ve kurumların taşra teşkilatları görevlidir. Her ÇG yerel düzeydeki ana çözüm ortağı ve destek çözüm ortaklarını, ilin koşullarını ve ilin organizasyon yapısını dikkate alarak belirlemektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

1. GİRİŞ

Doğa veya insan kaynaklı tehlikeler, ancak toplumda var olan zarar görebilirlik ve zarar görebilirliği etkileyen hızlı nüfus artışı, planlı ve denetimli olmayan kentleşme ve sanayileşme, çevresel bozulma, yoksulluk, sosyal adaletsizlik gibi fiziksel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler ile bir araya geldiğinde risk oluşturabilmekte ve afete dönüşebilmektedir. Zarar görebilirliğin azaltılması ve hazırlıklı olmak afetlere karşı toplumların en önemli güvencesidir. Bu kapsamda, sağlık sistemleri afetlere karşı daha dayanıklı ve hazırlıklı olmalıdır.

Sağlık sektörü afet yönetimi içinde özel bir öneme sahiptir. Doğa ve teknoloji kaynaklı olayların hepsinin insan sağlığı üzerine doğrudan ve dolaylı birçok etkisi vardır. Sağlık sistemleri bu etkilere müdahale etmek açısından hayati bir role sahiptir. Buna ek olarak toplumu etkileyen olay ne olursa olsun, sağlık sistemleri bundan nasıl etkilenirse etkilensin, bir taraftan rutin sağlık hizmetleri de devam etmek zorundadır. Sağlık sistemleri açısından afet olduktan sonra etkin bir müdahale gerçekleştirmek gereklidir ancak, esas olan sağlık acil durum ve afet risk yönetimi kapasitesinin güçlendirilmesi; acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasıdır².

Ulusal, yerel ve kurumsal düzeyde afet risk yönetimi, afetin önlenmesinin yanı sıra, afetin önlenemediği durumlarda kayıp ve zararın boyutunu, müdahalenin niteliğini ve sonucunu, iyileştirme çalışmalarının seyirini de belirleyicidir. Bu doğrultuda, sağlık sisteminin yerel ve kurum düzeyi planları etkili afet risk azaltma ve afet yönetiminin tüm evrelerini birlikte kapsayan planlar olarak tasarlanmaktadır; örnek olarak, hastane düzeyi planlama çerçevesini oluşturan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu bu yaklaşımla hazırlanmıştır.

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

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

Hastane bileşenlerinde meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ile ilgili sosyal maliyeti de yüksek olacaktır. Bu kapsamda hastanelerin hizmet sunumu ile ilgili dikkate alınması gereken önemli özellikler şunlardır:

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

² Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan *Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi* (2019) sağlık otoriteleri ve diğer paydaşlar için rehber niteliğindedir (bkz. Kılavuz Ekler, Ek 2-A).

- *Karmaşık yapısı:* Hastanelerin bünyesinde sağlık donanımının yanı sıra otel, ofis, laboratuvar, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.
- *Kullanım özellikleri:* Hastaneler çoğunlukla 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. farklı biçimlerde yararlanır. Hastanelerde kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binaları yoğun ve ağır bir yük taşır.
- *Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık:* Hastanelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastaneler işlevsiz kalacaktır.
- *Tehlikeli maddeler:* Hastaneler kendi kullanımları için barındırdıkları çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kazalara ve/veya afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilirler.
- *Dışsal etkenler:* Hastanelerin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanelerin hazırlıklarından bağımsız olarak, işlevini yerine getirememesine neden olabilmektedir.

Bu doğrultuda, hastaneler sundukları hizmet, fonksiyonel ve yapısal özellikleri işlevselliği kapsamında afet ve acil durum planları hazırlamalı ve uygulamalıdır.

2. HAP ÇERÇEVESİ

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP), mevzuattaki tanımla, “ülke genelindeki tüm hastanelerin, afetlere ilişkin önlem almalarını, yurt içinde meydana gelen afet ve acil durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri konusunda gerekli hazırlıkları önceden yapmalarını ve ilk 72 saat boyunca hastane dışından hiçbir yardım almaksızın kendi kendine yeterli olmalarını sağlamak” üzere yapılan planlama ve hazırlık çalışmasıdır (HAP Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete 18.3.2020/31072). HAP, ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyindeki afet planlaması ve uluslararası genel kabul gören yaklaşımlarla uyumlu olacak şekilde hazırlanmalıdır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde, afet risk azaltma ve afete hazırlık önlemlerinin gerçekleştirilmesinde hastanenin ve bulunduğu yerleşimin öncelikle:

- Fiziksel, sosyal ve sağlık hizmeti bakımından özellikleri,
- Mevcut ve potansiyel tüm afet tehlikeleri ve riskleri; afet yönetiminin (afet öncesi, sırası ve sonrası) tüm aşama ve süreçleri bakımından ihtiyaç ve kaynakları dikkate alınmakta,
- Hastanenin tüm birimleri ve çalışanlarının aktif katılımı, aynı zamanda kurum dışı etkili işbirlikleri öngörülmektedir.

HAP bu kapsayıcı niteliğiyle bir **çatı plan** özelliği taşımaktadır.

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

HAP öncelikle afet risk değerlendirmeyi esas almaktadır. Afet risk değerlendirme, fiziksel, idari, teknik, sosyal, ekonomik ve çevresel bilgi ve verilerle gerçekleştirilen, sistematik ve objektif olması gereken bir süreçtir. Hastanede afet risk değerlendirmenin temel bileşenleri (risk tanımlama, analiz, değerlendirme) operasyonel tanımla şu şekilde özetlenebilir:

- Hastanenin bina, tesis, donanım, fonksiyon ve hizmetleri bakımından mevcut ve potansiyel tüm afet tehlikeleri tanımlanmalı (*tehlike analizi*); afet tehlikesine maruz kalma durumu ve tehlikeyle baş edebilme kapasitesinin (bilgi, yönetim, organizasyon, teknoloji, finans vd) yeterli olup olmadığı belirlenmeli (*zarar görülebilirlik analizi*),
- Tehlike ve zarar görülebilirlik bilgi ve verileri dikkate alınarak mevcut, yeni, gelişebilecek tüm afet riskleri kapsamlı biçimde belirlenmeli (*risk tanımlama*); belirlenen risklerin insan, donanım ve fonksiyonlar üzerinde olası tüm etki ve sonuçları analiz edilerek, derecelendirilmeli (*risk analizi*),
- Afet risk önleme, azaltma, paylaşma ve afete hazırlık önlemleri için planlama ve uygulamaya esas oluşturacak öncelikler belirlenmelidir (*risk değerlendirme*).

Kılavuz'un Ekler bölümünde (Ek 2-B ve 2-C) WHO-PAHO Güvenli Hastane Kontrol Listesi ve KAISER Hastane Tehlike ve Zarar Görülebilirlik Analizi (Risk Analizi) çalışmaları yer almaktadır. Bu çalışmalara, HAP hazırlık sürecinde hastanede afet risk azaltma ve müdahaleye hazırlık amaçlı bir ön değerlendirmenin hızlı, kolay ve masrafsız yapılabilmesi, iyileştirilmesi gereken yönlerin hızlıca belirlenmesi, standart kontrol listesi oluşturulmasına katkı sağlayan, hemen uygulanabilir birer örnek araç olarak yer verilmiştir.

HAP çerçevesinde hastanelerde afet risk değerlendirme faaliyetleri yalnızca afet/acil durum öncesi değil, afet/acil durum sırasında ve sonrasında süreç ve uygulamaları da kapsamaktadır. Bu kapsamda, HAP yaklaşımı hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel (işlevsel) olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir:

- Afet ve acil durum yönetiminin hastanenin olağan işleyiş ve faaliyetleriyle olabildiğince bütünleştirilmesi, tüm çalışanların bilgilendirilmesi, süreçlere aktif katılımının sağlanması,
- Afet tehlikeleri ve afet risklerinin tanımlanmasında, hastanenin kurulu bulunduğu ve hizmet vermekle yükümlü olduğu yerleşim, nüfus, bölge ile bir bütün olarak ele alınması,
- Hastane afet risk değerlendirmesinin düzenli olarak yapılması, yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici mevcut risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi amacıyla alınacak önlemlerin belirlenmesi ve uygulanması,
- Afetin olası etki, kayıp ve zararlarını azaltmak üzere zamanında, hızlı ve etkili müdahale için yeterli hazırlık yapılması, müdahale planlarının afet türünü, ortamın ihtiyaç ve özelliklerini dikkate alması,
- Afet sonrası iyileştirme amaçlı kısa dönem (ön iyileştirme) ve sürekli (kalıcı) önlem ve uygulamaların önceden planlanması.

HAP, çatı plan olma özelliğiyle, kendi içinde alt uygulamaları ve alt planları içermektedir. Örneğin, hastanede afete müdahalenin organizasyonunda HAP üç ayrı tür plana sahiptir: **Acil Müdahale Planı (AMP)**, **Olaya Özel Planlar** ve **Olay Eylem Planı**. Bu alt planların özellikleri ve içerikleri Kılavuzun İkinci Bölümünde açıklanmaktadır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde hazırlık çalışmaları:

Hastanenin özellikleri, ihtiyaç ve kaynakları dikkate alınarak yapılacak HAP hazırlık çalışmaları sırasıyla şu şekilde özetlenebilir:

- HAP Temsilciliği/Birimi/Ofisi kurun,
- HAP Hazırlama Komisyonunu kurun:
 - Komisyonun eğitim almasını sağlayın.
- Düzenli toplantılar yapın:
 - Toplantıları kayıt altına alın,
 - Toplantılara Komisyon dışından, görüşülecek konulara bağlı olarak ilgili kişileri de davet edin,
 - Alınan kararlar ve yapılacak çalışmalar için çizelge oluşturun.
- Planın amaçlarını belirleyin,
- Afet risk değerlendirmesini yapın, mevcut durumu belirleyin,
- Hastane afet ve acil durum yönetim yapısını ve organizasyon şemasını oluşturun,
- Görev tanımlarını belirleyin,
- Kılavuza uygun olarak afet yönetimi evrelerine yönelik çalışmaları yapın:
 - Önleme/zarar azaltma ve hazırlık,
 - Müdahale,
 - İyileştirme/ rehabilitasyon.
- Planı yazılı hale getirin:
 - Ekler planın sonundaki Ekler Bölümünde olmalıdır.
- Planın uygulanabilirliğini, yeterliğini test edin (tatbikat),
- Planı gözden geçirin ve güncelleyin.

3. AMAÇ

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

- Hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.
- Afete hazırlık çerçevesinde:
 - Afetlerde kullanılacak açık ve anlaşılır komuta ve kontrol mekanizmalarını, standart işleyiş ve uygulama kurallarını oluşturmak,
 - Tüm paydaş kişi ve kurumların afet ve acil durum görev ve sorumluluklarını tanımlamak,
 - Afet durumlarında hastanelerin ilk 72 saat kendilerine yetebilmeleri için gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek,
 - Eğitim ve tatbikatlar ile afete hazırlık düzeyini sürekli artırmak.

- Afet halinde:
 - Hızlı, uygun ve etkili müdahale gerçekleştirmek,
 - Kritik hizmetlerin kesintisiz sürdürülmesini, rutin hizmetlerin aksamamasını sağlamak,
 - Kaynakları en iyi ve etkin şekilde kullanmak,
 - Gerektiğinde kapasitenin artırılmasını sağlamak.
- Afet sonrasında:
 - Hastanenin olağan (rutin) işleyişe hızlı ve etkili biçimde geçiş sürecini yönetmek,
 - İdari, fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, gerekli önlemleri almak.
- Genel sağlık müdahalesine ve halk sağlığını korumaya yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmak.

4. HUKUKİ DAYANAK

10/07/2018 tarih ve 30474 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’nin 356 ve 508’inci maddeleri Sağlık Bakanlığı’na acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idari düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. İlgili mevzuat uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan **Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği** 18 Mart 2020 tarih ve 31072 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Mevzuat ile ilgili güncellemeler Sağlık Bakanlığı web sayfası Mevzuat bölümünden takip edilebilir.

5. KAPSAM

Hukuki Dayanak kısmında belirtilen Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı’na, üniversitelere, belediyelere, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi hizmeti sunan tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Kılavuz çerçevesinde HAP hazırlamakla görevli kılınmıştır. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri yalnızca Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yayınlanan (Resmi Gazete 18.06.2013/28681) **İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik** kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlüdür.

6. HAP İŞLEYİŞİ

6.1 HAP’ın İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planlamasındaki Yeri

- HAP hastanenin ve kurulu bulunduğu yerleşimin öncelikle fiziksel, sosyal ve sağlık hizmeti bakımından özelliklerini, tüm afet tehlike ve risklerini, küçük büyük her ölçekteki afeti, afet yönetiminin afet öncesi, sırası ve sonrası tüm aşama ve süreçlerini, hastanenin tüm birimlerini, çalışanlarını ve kurum dışı işbirliklerini dikkate alan kapsayıcı bir niteliğe sahip olmalı, bir başka deyişle, **çatı plan** özelliği taşımalıdır.
- HAP yaklaşımı afet yönetimi aşamalarını (önleme/zarar azaltma ve hazırlık, müdahale, iyileştirme), süreç ve uygulamalarını birbiriyle bağlantıları içerisinde şekillendirmeyi ve tüm süreçlerde afet risk azaltmanın sürekliliğini esas almaktadır. Özellikle afet öncesinde gerçekleştirilen çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin etkisini, kayıp ve zarar boyutunu hem de afet esnasında yapılan müdahalenin niteliğini ve sonucunu belirlemesi bakımından önemlidir. HAP hazırlanırken ilin sağlık hizmet kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karşıya olduğu afet risklerinin de göz önüne alınması, İl Sağlık Müdürlüğü başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordine bir şekilde çalışılması esastır.

- Hastane veya diğer sağlık hizmet birimleri, il düzeyi ve ulusal düzey sırasıyla birbirini kapsayan, biri olmazsa diğerinin tam olmadığı bileşenlerdir. Özellikle, zarar azaltma ve afete hazırlık için yapılan tüm çalışmalar aşağıdan yukarıya sağlık sisteminin tüm kademeleri için düşünülmelidir. Afet ve acil durumlarda hastanelerin ayakta ve çalışabilir, hatta kapasitesini artırabilir olması il düzeyinde sağlık afet yönetiminin başarılı yürütülmesinin en önemli göstergelerinden birisidir.
- Ülkemizde afet yönetimi çerçevesinde, ulusal ve yerel (il) düzeylerde afet risk azaltma, afete müdahale ve afet sonrası iyileştirme planlaması çalışmaları yapılmaktadır. Kılavuz'da HAP için süreç içinde gelişecek tüm bu çalışmalara (risk azaltma, müdahale, iyileştirme) uyum gösterebilecek esnek ve dinamik bir yapı öngörülmektedir. Bu kapsamda ulusal düzeyde tamamlanarak, uygulamaya giren ilk plan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) olmuştur (2014). Bu çerçevede, hastanelerde HAP hazırlanırken, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bölümüyle ilgili faaliyetler TAMP'ta belirtilen ulusal ve yerel düzey müdahale faaliyetleri dikkate alınarak şekillendirilmelidir. HAP içinde yer alan hastane Acil Müdahale Planı (AMP), TAMP'ta tanımlanan Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile uyumlu ve entegre şekilde hazırlanmalıdır.

6.2 HAP Hazırlama Komisyonu

HAP Hazırlama Komisyonu aşağıda belirtilen personelden oluşturulur ve personele ait bilgiler HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi'ne (Ek 3-B) işlenir:

a) Sağlık Bakanlığı'na bağlı AI, AII, B, C, D ve EI grubu hastanelerde:

- 1) Hastane başhekimisi,
- 2) Başhekim yardımcısı,
- 3) İdari ve mali hizmetler müdürü,
- 4) Hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği müdürü (varsa),
- 5) Sağlık bakım hizmetleri müdürü,
- 6) Acil Servis/acil polikliniği/acil ünitesinden sorumlu hekim,
- 7) Acil Servis/acil polikliniği/acil ünitesinden sorumlu hemşire,
- 8) Ameliyathaneden sorumlu hekim,
- 9) Ameliyathaneden sorumlu hemşire,
- 10) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hekim
- 11) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hemşire,
- 12) Halk sağlığı uzmanı (varsa),
- 13) Güvenlikten sorumlu müdür yardımcısı,
- 14) Döner sermayeden sorumlu müdür yardımcısı,
- 15) Enfeksiyon kontrol komitesi sorumlusu,
- 16) HAP ofisi/birimi/temsilciliği personeli,
- 17) Kalite direktörü,
- 18) Sivil savunma uzmanı veya amiri,
- 19) İş sağlığı profesyoneli (iş güvenliği uzmanı, iş güvenliği teknisyeni, işyeri hekimi iş hijyenisti, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği personeli, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği teknik/yardımcı personelin-den biri), yok ise iş sağlığı alanında eğitimli personel.

b) Sağlık Bakanlığı'na bağlı EII ve EIII grubu ilçe devlet hastanelerinde:

- 1) Hastane başhekimisi,
- 2) Hastane müdürü,
- 3) Sorumlu hemşire,
- 4) Kalite direktörü,
- 5) Acil Servis hekimi,
- 6) Laboratuvar sorumlusu.

c) Özel hastanelerde:

- 1) Mesul müdür,
- 2) Mesul müdür yardımcısı,
- 3) Başhemşire,
- 4) Başhemşire yardımcısı (varsa),
- 5) Hastane müdürü,
- 6) Hastane müdür yardımcısı (varsa),
- 7) Acil Servis/acil polikliniği/acil ünitesinden sorumlu hekim,
- 8) Acil Servis/acil polikliniği/acil ünitesinden sorumlu hemşire,
- 9) Güvenlikten sorumlu müdür,
- 10) Ameliyathaneden sorumlu hekim,
- 11) Ameliyathaneden sorumlu hemşire,
- 12) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hekim,
- 13) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hemşire,
- 14) Halk sağlığı uzmanı (varsa),
- 15) Enfeksiyon kontrol komitesi sorumlusu,
- 16) HAP ofisi/birimi/temsilciliği personeli,
- 17) Laboratuvar bölüm sorumlusu,
- 18) Kalite direktörü,
- 19) İş sağlığı profesyoneli (iş güvenliği uzmanı, iş güvenliği teknisyeni, işyeri hekimi, iş hijyenisti, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği personeli, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği teknik/yardımcı personelin-den biri), yok ise iş sağlığı alanında eğitilmiş personel
- 20) Sivil savunma uzmanı veya amiri.

ç) Üniversite hastanelerinde:

- 1) Başhekim,
- 2) Başhekim yardımcısı,
- 3) Başhemşire,
- 4) Başhemşire yardımcısı (varsa),
- 5) Hastane müdürü,
- 6) Hastane müdür yardımcısı (varsa),

- 7) Acil Servis/acil ünitesinden sorumlu hekim,
- 8) Acil Servis/acil ünitesinden sorumlu hemşire,
- 9) Güvenlikten sorumlu müdür,
- 10) Ameliyathaneden sorumlu hekim,
- 11) Ameliyathaneden sorumlu hemşire,
- 12) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hekim,
- 13) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hemşire,
- 14) Halk sağlığı uzmanı (varsa),
- 15) Enfeksiyon kontrol komitesi sorumlusu,
- 16) Laboratuvar sorumlusu,
- 17) Kalite direktörü,
- 18) HAP ofisi/birimi/temsilciliği personeli,
- 19) İş sağlığı profesyoneli (iş güvenliği uzmanı, iş güvenliği teknisyeni, işyeri hekimi, iş hijyenisti, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği personeli, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği teknik/yardımcı personelin-den biri), yok ise iş sağlığı alanında eğitimli personel,
- 20) Sivil savunma uzmanı veya amiri.

d) Belediye hastanelerinde:

- 1) Başhekim,
- 2) Başhekim yardımcısı,
- 3) Başhemşire,
- 4) Başhemşire yardımcısı (varsa),
- 5) Hastane idari müdürü (varsa),
- 6) Hastane idari müdür yardımcısı (varsa),
- 7) Acil Servis/acil ünitesinden sorumlu hekim,
- 8) Acil Servis/acil ünitesinden sorumlu hemşire,
- 9) Güvenlikten sorumlu müdür,
- 10) Ameliyathaneden sorumlu hekim,
- 11) Ameliyathaneden sorumlu hemşire,
- 12) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hekim,
- 13) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu hemşire,
- 14) Halk sağlığı uzmanı (varsa),
- 15) Enfeksiyon kontrol komitesi sorumlusu,
- 16) Laboratuvar bölüm sorumlusu,
- 17) Kalite direktörü,
- 18) HAP ofisi/birimi/temsilciliği personeli,
- 19) İş sağlığı profesyoneli (iş güvenliği uzmanı, iş güvenliği teknisyeni, işyeri hekimi, iş hijyenisti, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği personeli, iş sağlığı ve/veya iş güvenliği teknik/yardımcı personelin-den biri), yok ise iş sağlığı alanında eğitimli personel,
- 20) Sivil savunma uzmanı veya amiri.

6.3 HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastanede en yetkili kişi başkanlığında HAP Hazırlama Komisyonu oluşturulur. Oluşturulan Komisyon her yılın başında hastanenin planını (HAP) ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP Hazırlama Komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP Başkanı tarafından onaylanarak ilgili Yönetmelikte belirtilen, HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama en geç 15 Ocak tarihine kadar gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylanmak üzere 15 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu Başkanlığa gönderir. HAP Uygulama Yönetmeliği'nin 14'üncü maddesinde belirtilen değişiklik ve güncelleme çalışmaları yürütülür.

6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

Hastaneler hazırladıkları HAP kapsamında en uygun sağlık hizmetini sunabilmek için diğer kamu ve özel hastaneler, hastaneler dışındaki diğer sağlık kurum kuruluşları ile sağlık sektörü dışında yer alan diğer kurum ve kuruluşlara ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle tüm paydaşlar ile yapılacak işbirlikleri HAP'ta üç başlık altında yer almalıdır:

- *Hastaneler ile iş birliği:* Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hastanelerin diğer hastanelerle (kamu ve özel) iş birliği yapması hastane kapasitesi ve uygun hizmetin sunulması için önemlidir. Faaliyete geçirilmesi gereken iş birliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Diğer hastaneler ile iş birliği planlanırken, kapasitenin etkin kullanımını sağlamak için il düzeyinde düşünmek gerekmektedir. Örneğin hastane dışına yapılacak tahliyeleri hastaneler tek başlarına değil yerel düzey sağlık çalışma grubu operasyon planı kapsamında ele almalıdırlar.
- *Sağlık kurum/kuruluşları ile iş birliği:* Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hastaneler diğer sağlık kurum ve kuruluşlarına da ihtiyaç duyarlar. Hastaların kabulü sevki ve tahliyesinde ambulans hizmetlerinin koordinasyonu için sağlık komuta kontrol merkezleri ile halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilçe sağlık müdürlükleri / toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezleri ile işbirliği yapmak gerekebilir.
- *Diğer kurum/kuruluşlar ile iş birliği:* Hastanenin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında) hangi kurumlar ile hangi konularda iş birliği yapılacağı belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda Belediyeler, ilaç, medikal malzeme, konaklama, gıda ve su sağlayacak kurum/ kuruluşlar ile işbirliği yapılması gerekebilir.

Planın paylaşımı iki kademede düşünülmelidir:

- *İç Paylaşım:* Onaylanan plan, hastane Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM), büyük ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP ofisinde, orta ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP biriminde, küçük ölçekli hastane grubunda yer alan hastanelerde HAP temsilciliğinde ve Acil Servis'te dijital ortamda ve basılı olarak bulundurulur, ilgili diğer birimler ile dijital veya basılı olarak paylaşılır.
- *Dış Kurumlarla Paylaşım:* HAP'ta yer alan diğer hastaneler, sağlık kurum kuruluşları ve iş birliği yapılan diğer kurum/kuruluşlarla plan onaylandıktan sonra ilgili bölümler paylaşılır.

6.5 Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi

HAP'ın varlığı, kapsamı ve planla ilgili sorumluluğu hakkında öncelikle tüm hastane personeli bilgilendirilmeli ve HAP hazırlama sürecine tüm imkanlar kullanılarak dahil edilmelidir. Plan hazırlama süreci personel için bir eğitim ve farkındalık artırma fırsatı olarak değerlendirilmelidir. Tüm personelin HAP hazırlama ve güncelleme süreçlerine aktif katılımı ve düzenli bilgilendirilmesi, özellikle personel ve işleyişle ilgili zarar görülebilirlik düzeylerinin belirlenmesi ve fonksiyon engelleyici risklerin önlenmesi, hastanenin fiziksel olduğu kadar fonksiyonel olarak da afete daha hazırlıklı olmasına belirleyici katkı sağlayacaktır. HAP'ın hazırlama/güncelleme süreci başladığında, bunun hastane için önemi ve personelin katkısına ih-

tiyaç olduğu hastane bilgi yönetim sistemi, tanıtıcı materyal, afiş vb. yöntemler ile duyurulmalıdır. Risk iletişimi için diğer önemli fırsatlar da HAP tatbikat ve eğitimleri, 13 Ekim Uluslararası Afet Risklerinin Azaltılması Günü³ vb. önemli günlerdir. Hastane içi kampanyalar veya var olan yerel ve ulusal kampanyalar, personelin HAP'a ilişkin, yapıcı olmak kaydı ile, olumlu ve olumsuz her türlü geri bildirimine açık mekanizmalar oluşturulmalı, böylece sürece dahil olma kolaylaştırılmalıdır. HAP çerçevesinde risk iletişimi hem olay öncesi bu bölümde ve ilgili diğer bölümlerde belirtildiği şekilde hem de olay sırası ve sonrasında (kriz iletişimi şeklinde) ele alınmalıdır (bkz. Kılavuz Birinci Bölüm 8.2, 8.4 ve İkinci Bölüm 3.3.1, 9.4) .

Toplumun bilgilendirilmesi ise toplumun plana destek olması ve uygun davranması açısından önemlidir. Toplum, afet güvenliği konusunda hastane tarafından yapılan işler ile ilgili bilgilendirilebileceği gibi, planın bazı bölümleri örneğin alternatif hasta bakım alanları toplumla paylaşılmalıdır. Ancak toplum ile paylaşılmayacak bilgiler hususunda özen gösterilmelidir (örneğin acil durum sırasında gereksiz meşgul edilmemesi gereken ve kritik önem arz eden irtibat bilgilerinin planın ön görmediği kişiler ile paylaşılması). Planda topluma dönük düzenli bilgilendirmenin nasıl yapılacağı (örneğin medya, hastane web-sitesi, hastane panolarında görsel duyuru, hastane monitörlerinde kısa film, basılı materyal, toplantılar, hastanenin bulunduğu semt veya mahalleye ait yerel örgütler aracılığı vb.), kim tarafından yapılacağı, periyodu ve hangi konuların paylaşılacağı mutlaka belirtilmelidir. Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde kurulacak ilişki afet sırasında da hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlayacaktır.

Yıl içerisinde planla ilgili personel ve toplum ile nasıl bir iletişim çalışması yapılacağı plan dahilinde tasarlanmalıdır. Bilgilendirme için lodos, fırtına gibi doğa kaynaklı tehlikelerin mevsimi veya 17 Ağustos Marmara, 12 Kasım Düzce-Kaynaşlı depremleri gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler özellikle dikkate alınmalıdır (Ek 1-B'de SOP 20).

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1 HAP Eğitimleri

7.1.1 HAP Eğitici Eğitimi

Hastane Afet ve Acil Durum Planlaması (HAP) ile ilgili sertifikalı eğitimler Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği (Resmi Gazete 04.02.2014) kapsamında yürütülür.

7.1.2 HAP Uygulayıcı Eğitimleri

a) Kamu hastaneleri için: Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi veya kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı tarafından eğitim düzenlenir. Kamu hastaneleri hizmetleri başkanlığı tarafından düzenlenen eğitimlerin tarihleri, birimin bilgisi dahilinde belirlenir ve eğitimlere birim tarafından gözlemci olarak katılım sağlanabilir. Eğitim öncesi ve sonrası eğitim tarihleri, eğitmen ve katılımcı listeleri birime gönderilir.

b) Özel hastaneler için: Birim ve sağlık hizmetlerinden sorumlu başkanlık ile birlikte eğitim düzenlenir.

c) Üniversite, belediye ve EII ve EIII grubu ilçe devlet hastaneleri için: Birim tarafından eğitim düzenlenir.

HAP Uygulayıcı Eğitimlerine HAP Hazırlama Komisyonu'nda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemeden sorumlu kişiler katılır. HAP Hazırlama Komisyonu'nda yer alan üyelerin eğitimi tamamlandıktan sonra bu kişilere ek olarak hastanelerin belirlediği kişiler de HAP Uygulayıcı Eğitimlerine katılabilir.

3 Uluslararası Afet Risklerinin Azaltılması Günü (International Day for Disaster Risk Reduction) küresel olarak afet risk farkındalığını artırarak, afet risklerini ve afetleri azaltmak amacıyla ilk kez 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun çağrısıyla kutlanmaya başlanmıştır.

Eğitimler planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) de göz önüne alınmalıdır. Eğitim süresi en az üç gün ve bir oturumdaki katılımcı sayısı en az 10, en fazla 30 kişi olabilir. Eğitimde Bakanlık Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlükçe oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır.

7.1.3 HAP Yönetici Eğitimi

Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimi/bu görevi üstelenen birim tarafından Yönetici Eğitimi düzenlenir. Eğitime hastane başhekimisi, mesul müdür ve inceleme makamından sorumlu kişi katılır. Eğitim süresi bir gündür ve eğitimde Genel Müdürlük tarafından hazırlanan standart eğitim içeriği kullanılır. İçeriğin değişmesi gerektiğinde bu işlem Genel Müdürlük tarafından oluşturulacak bir komisyon tarafından yapılır. Yönetici, talep ettiği takdirde üç günlük Uygulayıcı Eğitimine katılabilir.

Personel Eğitiminin Dokümantasyonu:

HAP ve Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında afet ve acil durumlara yönelik yapılması planlanan tüm eğitimler Form 44'e yazılmalıdır. Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitimlere ait bilgiler Form 45'e işlenmelidir.

7.2 HAP Tatbikatları

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

Tatbikat yapılmadan önce HAP kapsamında önerilen eğitimler gerçekleştirilir. Gerekirse tatbikat konusuna özel, tatbikat öncesi eğitim yapılır. Öncelikle masa başı tatbikatı yapılır. Saha tatbikatına, tatbikat konusuna uygun olarak diğer kurumlar da iştirak edebilirler. İlde yapılacak olan genel kapsamlı tatbikatlara da dahil olunarak saha tatbikatı gerçekleştirilebilir. Tatbikat tarihleri yıllık eğitim ve tatbikat programında yer alır.

Tatbikat tarihi ve saati, aylık çalışma/nöbet listesi yapılmadan en az beş gün önce personele ve ilgili birimlere duyurulmalıdır. Tatbikat duyuruları yapılırken, duyuruların tüm personele ulaşmasına özen gösterilmelidir. Çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel için farklı duyuru yöntemleri ve araçları da düşünülmelidir. Hastanede kadrolu ya da sözleşmeli çalışanlar davet edildikleri tatbikata katılmak zorundadır. Tatbikatlara HAP Hazırlama Komisyonu üyeleri katılmalıdır. İl düzeyinde gerçekleştirilen tatbikat senaryolarında görevlendirilen hastanenin ayrıca tatbikat yapmasına gerek yoktur.

8. HASTANE AFET RİSKLERİNİN AZALTILMASI

Dünyada geçmiş yıllarda afetler ülkelerin merkezi ve yerel sağlık sistemlerinde ağır tahribata yol açmış, milyonlarca insana sağlık hizmeti veren binlerce hastane ve diğer sağlık birimleri kullanılamaz hale gelmiştir. Hastanelerin karşılaştığı afet kayıp ve zararlarının toplum üzerindeki fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik çok yönlü etki ve sonuçları, hastanelerin afet yönetimi süreçlerindeki özellikli yeri ve önemini açıkça göstermiştir. Hastanelerde afetlerden korunma, afet risk azaltma ve afetlere hazırlık çalışmaları, özellikle 1970'lerde Orta ve Güney Amerika ülkelerinde deprem ve diğer doğa kaynaklı afetlerde hastanelerin karşılaştığı ağır kayıp ve zararları da dikkate alınarak, 1980'lerden itibaren dünyada sürekli gündem oluşturmaya başlamıştır.

Hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve hazırlıklı olmasını destekleyen adımlar, afet risklerinin azaltılmasında sağlık kuruluşlarına özel önem verilmesini vurgulayan "BM Uluslararası Doğal Afetleri

Azaltma On Yılı” (IDNDR/1990-1999) uygulamalarıyla gelişmiştir. 2005 yılında Japonya-Kobe’de toplanan “BM Afet Azaltma 2. Dünya Konferansı”ni takiben, Hyogo Çerçeve Eylem Planı’nı (2005-2015) onaylayan 168 ülke “*mevcut hastanelerin afetlere karşı güvenli hale getirilmesi; yeni kurulacak hastanelerin afetlere karşı güvenli inşa edilmesi*” yaklaşımının önemini kabul etmiş; BM Afet Risk Azaltma Ofisi (UNISDR)⁴ ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2008-2009’da dünya çapında “*Afetlere Karşı Güvenli Hastaneler*” kampanyasını başlatmıştır.

2015 yılında Japonya-Sendai’de toplanan “BM Afet Risk Azaltma 3. Dünya Konferansı”nda kabul edilen Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi’nde (2015-2030) yer alan ve tüm ülkeler tarafından uygulanacak hedef ve **öncelikler** ise, ulusal sağlık sistemlerinin dayanıklılığının geliştirilmesi, sağlık yatırım ve hizmetlerinin her alanında afet risk azaltma yaklaşım ve uygulamalarının kapsamlı biçimde hayata geçirilmesi gereğine işaret etmektedir. Bu kapsamda:

- Hastanelerde yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyonlarla ilgili risk önleme ve azaltma önlemlerinin alınması,
- Afet risk yönetiminin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine özellikle yerel seviyede entegre edilmesi (bütünleştirilmesi),
- Afet tıbbi alanında eğitim kapasitelerinin güçlendirilmesi başta olmak üzere gerekli iyileştirme ve geliştirilmenin yapılması hedeflenmektedir.

Ülkemizdeki hastanelerde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990’lardan itibaren dünyadaki doğa kaynaklı afet risklerini azaltma uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 yılında meydana gelen 17 Ağustos Marmara ve 12 Kasım Düzce-Kaynaşlı depremlerinden sonra ise hız kazanmıştır. Bu doğrultudaki çalışmalar önceleri hastanelerimizde ağırlıklı olarak afete müdahaleye hazırlık kapsamında sürdürülmüştür. Bu süreçte, 2015’te uygulamaya giren ve hem ülkemizin sahip olduğu hem de uluslararası bilgi, uygulama ve tecrübe birikiminden yararlanılarak hazırlanan HAP Hazırlama Kılavuzu’nda ise yaklaşım ve içerik olarak yalnızca afete müdahale değil, afet/acil durum yönetimi aşama ve süreçlerinin tümünü kapsayacak şekilde, bütünlük içerisinde ele alınmıştır.

HAP, her yerleşimin ve hastanenin afet tehlike ve riskleri, afete hazırlık ve müdahale ihtiyaçları ve kaynakları bakımından farklı özellikler gösterebileceği dikkate alınarak, hastanelerin kendi konum, durum, ihtiyaç ve özelliklerine uygun, gerçekçi, uygulanabilir ve sonuç alıcı bir hazırlık yapmalarını gerektirmektedir. Bu hazırlıklar, Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin yönlendiriciliğinde, HAP Eğitici Eğitimleri ve Uygulayıcı Eğitimlerinde paylaşılan temel sistem, ilke, kavram, uygulama bilgileri ve örnekleriyle desteklenmektedir.

8.1 Mevcut Durum Analizi

HAP’ın amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesinde, hastanenin mevcut hizmet sağlama kapasitesi ve imkanları belirleyici öneme sahiptir. Hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, yapısal ve yapısal olmayan unsurların (elemanların) güvenliğinin yanı sıra fonksiyonel kapasitenin yeterli düzeyde olması gereklidir. Bu bakımdan öncelikle hastanenin yapısal ve yapısal olmayan unsurları, personel ve işleyiş (fonksiyon) özellikleri tam olarak tanımlanmalıdır. Örneğin;

- **Hastane binasının fiziki özellikleri:** Blok, servis, bölüm sayıları ve krokiler (hazırlanan krokiler okunaklı ve tarihli olmalı ve plana eklenmelidir), yatak sayısı, erişkin, çocuk, yeni doğan yoğun bakım yatak sayısı ve seviyeleri, branşlara göre ameliyathaneler, jeneratör konumları, helikopter, yaralı toplama noktaları, tahliye alanları, triyaj vb. alanları, afet depoları, asansör ve sedye taşınabilen asansörler, güvenlik giriş noktaları, tıbbi, evsel nitelikli, tehlikeli, radyoaktif vb. atık noktaları ve kapasiteleri ayrıntılı şekilde belirtilmelidir.

4 2019 itibarıyla UNISDR kısa adı UNDRR olmuştur (UN Office for Disaster Risk Reduction).

- **Hastanede hizmet veren departman/servis/birimler:** Yönetim birimleri, yataklı tedavi hizmeti veren birimler, ayaktan tedavi hizmeti veren birimler ve tıbbi destek hizmeti veren birimler (örneğin; kan bankası, laboratuvar, görüntüleme) vb. ile ilgili bilgiler yer almalıdır.
- **Ortalama günlük vaka kabul sayısı:** Nöbetçi uzman sayısı, acil servise başvuru sayısı, poliklinik başvuru sayıları, günlük ameliyat sayısı vb. bilgiler yer almalıdır.
- **Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynaklar:** Kritik ve destek sistemlerin (jeneratör, UPS, su deposu, yangın söndürme vb.) kapasiteleri; sedye, tekerlekli sandalye sayısı, muayene masası ve kritik malzeme sayısı (kan, ventilatör, O₂ tüpü, hemodiyaliz cihazı, röntgen, tomografi, MR, laboratuvar cihazları vb.); stok olarak tutulan ilaç, tıbbi sarf malzeme, gıda vb. malzemelerin kaç günlük ihtiyacı karşıladığı bilgisi; personel için koruyucu ekipman, yedek personel formaları, ulaştırma araçları, iletişim araçları, aydınlatma, koruyucu ekipman (KBRN gibi) vb. bilgiler yer almalıdır.
- **Personel durumu:** Hangi unvandan kaç personelin bulunduğu (personelden çalışma düzeni ve zamanları standart olmayanlar ayrıca belirtilmelidir), iletişim numaraları ve adreslerinin yer aldığı liste (Form 36) yer almalıdır.
- **Protokoller:** Hastane tarafından yapılan afet ve acil durumlara hazırlık ve müdahaleye ilişkin protokol ve sözleşmeler planın ekler bölümünde yer almalıdır.

8.2 Hastane Afet Risk Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarının tüm faaliyetleri risk içermektedir. Bu bağlamda, risk yönetimi, hastanelerin olağan işleyişinin her aşamasında temel bir yaklaşım olmalıdır. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş olup, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir. Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek mesleki ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra afet risklerinin yönetimi de her aşamada temel bir yaklaşım olmalıdır.

Hastanede afet risk değerlendirme ve afet risk yönetimi ile ilgili süreç ve uygulamalar, hastanenin olağan işleyiş ve hizmetleriyle ilgili risk yönetimi süreç ve uygulamalarıyla birlikte, birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla ele alınmalıdır; örneğin, hastanelerde **yapısal, yapısal olmayan elemanlar** ile **fonksiyonlar bakımından** afet güvenliğine ilişkin düzenli ve kapsamlı değerlendirmelerin yapılması; bu değerlendirmelerin kurum içi iletişim ve koordinasyon esasları, sağlık hizmeti kalite standartları, iş ve tesis güvenliği, teknik servis prosedürleri ile ilgili dokümantasyon, hastane bina turu, bakım kontrol vb. düzenli gerçekleştirilmesi gereken, olağan uygulamalarla bütünleştirilmesi söz konusudur. Bu süreçlerde, aynı zamanda, hastane olağan risk yönetimi ve afet risk yönetimi gereklilerinin birbirinden farklı kapsam ve içerikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastanelerin, afet yönetiminin tüm süreçleri içindeki yeri göz önüne alındığında, sağlık kurumlarında uygulanan olağan risk yönetiminin yanı sıra afet risklerinin yönetiminin de ne kadar önem taşıdığı görülmektedir. Hastanelerin bu konumu kurulu buldukları yerleşimlerde sağlık hizmetleri bakımından taşıdıkları sorumluluklardan, sağlık sisteminin bütünü içindeki yerlerinden ve toplumun tüm kesimleri ile olan bağlarından kaynaklanmaktadır. Özet olarak:

- Sağlık hizmetinin afet ve acil durumlarda da kesintisiz sürmesi gerekmektedir.
- Hastanelerde her zaman zarar görebilirliği daha fazla, çok sayıda insan bulunmaktadır.
- Hastanelerde, can ve hizmet kayıplarını önlemek üzere düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımlar, bulunmaktadır.
- Afet sırasında sağlık hizmetinin kesintiye uğramaması sosyal bakımdan da büyük önem taşımaktadır; toplum hayatının normalleşmesine önemli etki ve katkıda bulunmaktadır.

HAP hazırlıklarında yapılacak afet risk değerlendirmesi ışığında, hastanenin afet güvenliği ile ilgili çalışmalar öncelikle hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılmasını hedeflemek durumundadır. Bu doğrultuda, hastanelerde, üç temel güvenlik hedefi esas alınmalıdır. Bu hedefler, öncelik sırasıyla:

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

Bu çerçevede, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) uluslararası kabul gören *Güvenli Hastane*⁵ yaklaşımı da gözönünde bulundurularak, hastanelerin tehlike ve risklerini değerlendirme konuları (kontrol listeleri), birbiriyle bütünlük içerisinde sırasıyla şu başlıklar altında toplanmaktadır:

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

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

Hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal ve yapısal olmayan elemanların güvenliği bakımından ve hastanenin fonksiyonel kapasitesine ilişkin değerlendirme ise hastanenin mevcut ve potansiyel tehlikeleri karşısında sırasıyla yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları, idare-organizasyon yapısı (afet ve acil durum yönetimi kapasitesi) bakımından zarar görülebilirlik düzeylerinin belirlenmesini ve önlemlerin geliştirilmesini içermelidir. Bu değerlendirmelerde ve önlemlerin geliştirilmesinde engellilerin erişim olanaklarına dikkat edilmelidir.

8.3 Yapısal Risklerin Azaltılması

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

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

⁵ Bkz. Kılavuz Ekler Bölümü, Ek 2-B. Kontrol listeleri ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Hospital Safety Index, Guide for Evaluators/Safe Hospitals Checklist, Safe Hospitals Checklist, World Health Organisation and Pan American Health Organisation, 2015.

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

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

HAP hazırlanırken, hastanenin yapısal dayanıklılık testi sonucunun yer alması gereklidir ve bu inceleme raporu hastanenin varsa ek tüm binaları için de yapılmalıdır. Hastanenin yapısal dayanıklılık inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara (Form 48) işlenmelidir. Formlarda, aşağıdaki şekilde, ayrıntılı durum bilgisi verilmelidir, örnek olarak:

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

8.4 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

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

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

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

- Yapısal olmayan risklerin azaltılması amacıyla yapılacak inceleme ve değerlendirmelerde, yapısal olmayan elemanın zarar görebilirliği ve hastanenin hizmetine etkisi öncelik sırasıyla; can güvenliği, ekipman-donanım kaybı, fonksiyonun kesintiye uğraması riskleri bakımından değerlendirilmelidir (tek bir eleman için birden fazla risk de söz konusu olabilir; böyle durumlarda öncelik can güvenliğinin korunmasıdır).
- Yapısal olmayan elemanların afet riskleri bakımından incelenmesi sırasıyla, kritik sistemler, medikal ekipman, takiben diğer ekipman, mobilya ve mimari elemanlar şeklinde gerçekleştirilmelidir; elemanlar

öncelikle sistem bazında incelenmeli; her sistem tüm bileşenleri, bağlantıları, uzantıları ile birlikte ele alınmalıdır.

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

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

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

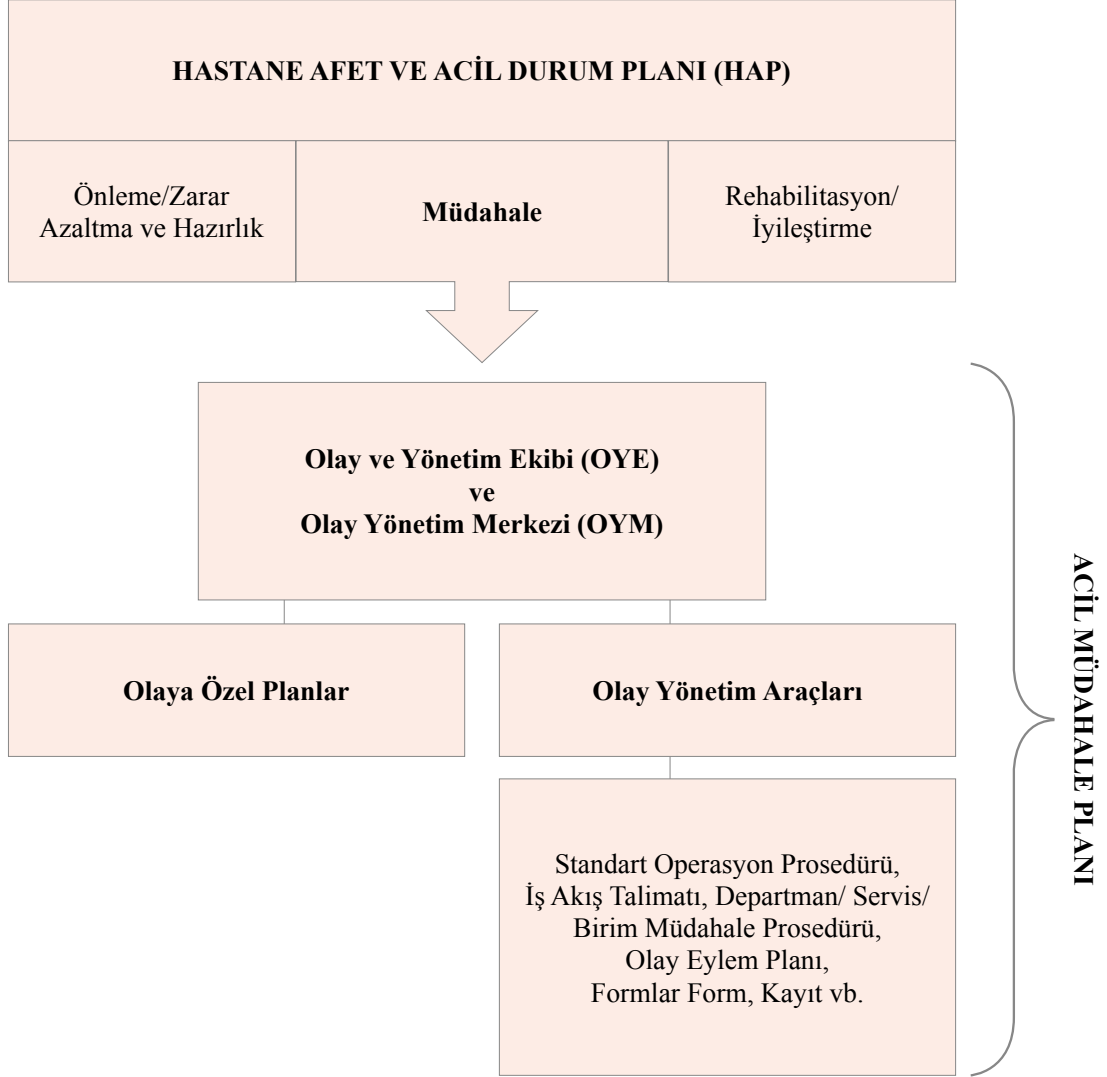
Yapısal olmayan elemanların güvenliği konusunda, afet ve acil durumlarda, talebin yoğunlaşma eğilimi göstereceği en kritik servis ve alanlara öncelik verilmelidir. Hastanelerde yapısal olmayan elemanlarla ilgili düzenli ve kapsamlı değerlendirmeler, esas olarak kalite yönetim, tesis güvenliği ve teknik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

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

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

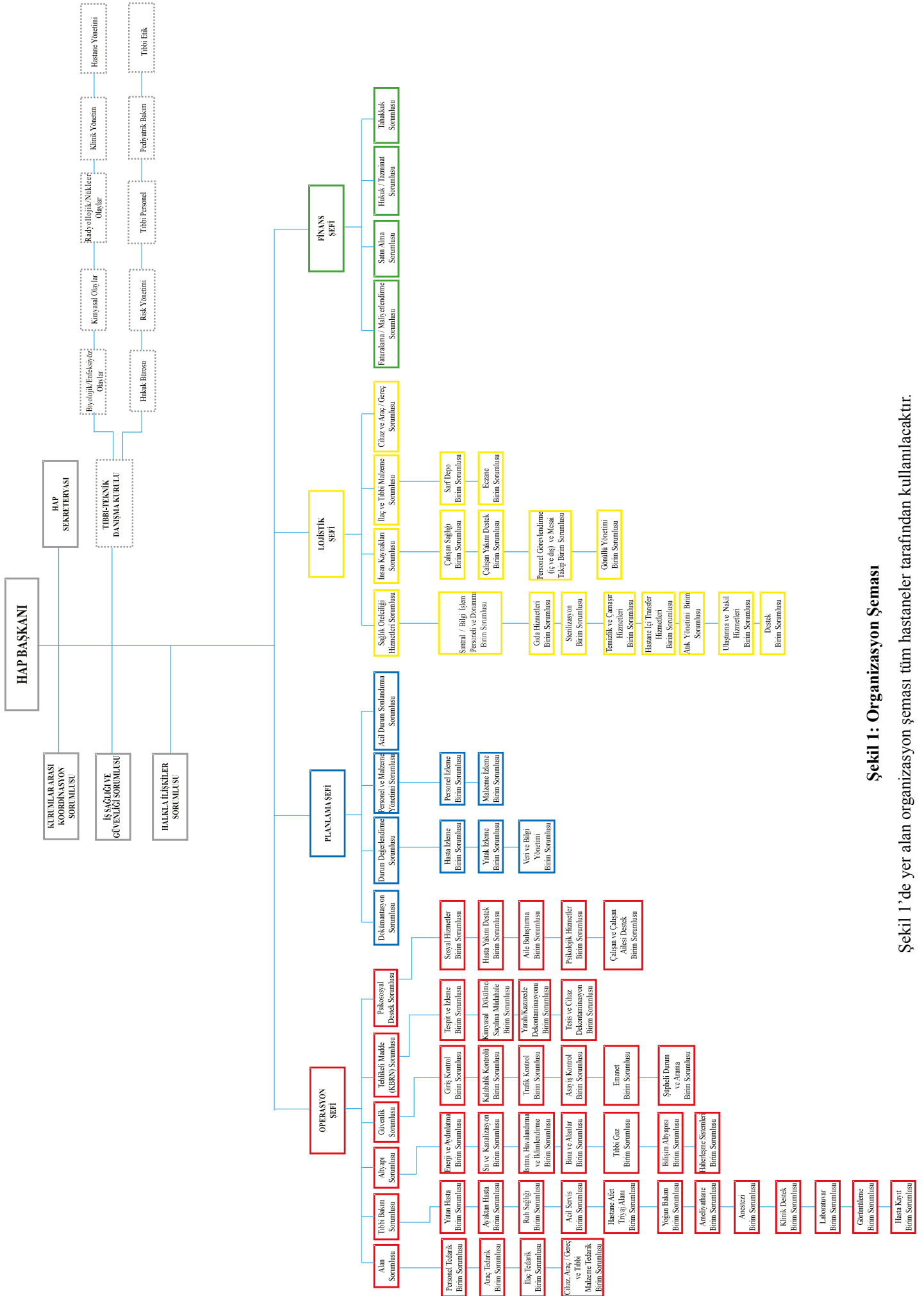


Hastanede Acil Müdahale Planı faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer.

2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1 Organizasyon Şeması

Organizasyon şemasındaki görevlendirmenin (pozisyonun) kişinin rutindeki görevine uygun olmasına, kendi görevini aksatmamasına, her pozisyon için yedekleme yapılmasına dikkat edilmelidir.



Şekil 1: Organizasyon Şeması

Şekil 1'de yer alan organizasyon şeması tüm hastaneler tarafından kullanılacaktır.

2.2 Görev Tanımları

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

6. HAP SEKRETERYASI

HAP temsilciliği/birimi/ofisinde görevli personel tarafından Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, Olay Yönetim Merkezinin (OYM) açılması, Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması vb. talimatları yerine getirir.

7. OPERASYON ŞEFİ

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

7.1 ALAN (Hastane Dışı Olay Yeri) SORUMLUSU

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

Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır.

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

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

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

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

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

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu

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

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

Acil Servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar; hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder.

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

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

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

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

7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu

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

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

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

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

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU

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

Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

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

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

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

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

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

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

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

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.8 Destek Birim Sorumlusu

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

<p>9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU</p> <p>Personelin geri çağrılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını, oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.</p>	<p>İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler:</p> <p>9.2.1 Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Personele lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.</p> <p>9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu Personel aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar; gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder.</p> <p>9.2.3 Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli göreve çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar.</p> <p>9.2.4 Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerekliğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.</p>
<p>9.3 CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU</p> <p>Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.</p>	
<p>9.4 İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU</p> <p>Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.</p>	<p>9.4.1 Sarf Depo Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur.</p> <p>9.4.2 Eczane Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur.</p>
<p>10. FİNANS ŞEFİ</p> <p>Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.</p>	
<p>10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU</p> <p>Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu, HAP Başkanı tarafından onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyalin satın alımı ve/veya kiralanmasından sorumludur.</p>	
<p>10.2 FATURALAMA/MALİYETLENDİRME SORUMLUSU</p> <p>Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamakla sorumludur.</p>	

<p>10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU</p> <p>Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.</p>	
<p>10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU</p> <p>Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.</p>	

- Hastane kapasitelerinin gösterdiği farklılıklar dikkate alınarak:
 - Hastane uygulamalarında **temel pozisyon ve işlevler** (HAP Başkanı, Halkla İlişkiler Sorumlusu, Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu, İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu, Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu ve Operasyon Şefi, Planlama Şefi, Lojistik Şefi, Finans Şefi) aynı şekilde kalacaktır.
 - Temel pozisyonlarda, hastanelerin kapasiteleri dikkate alınarak bir kişiye birden fazla sorumluluk verilebilir.
 - Temel pozisyonların dışında kalan alt pozisyonlar aynı şekilde oluşturulabilir ya da birleştirilerek daha az sorumlu atanabilir.
- **EII ve EIII Grubu İlçe Devlet Hastaneleri:**

EII ve EIII grubu ilçe devlet hastaneleri HAP kapsamında acil durum planı yapmakla yükümlüdürler. Bu kapsamda, Kılavuz'un birinci, ikinci ve üçüncü bölümlerindeki tüm başlıklardan ve dördüncü bölümde yer alan Olaya Özel Planlardan **tahliye, yangın ve pandemi** planlamalarını yapmaktan sorumludurlar.
- **Yataklı Tedavi Hizmeti Sunmayan Sağlık Tesisleri:**

Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri Kılavuz'un birinci bölümde belirtildiği üzere HAP kapsamı dışı bırakılmış ve söz konusu tesisler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca yayınlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 18.06.2013/28681) kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlü kılınmıştır. Ancak, yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesislerinin de acil durum planlarını hazırlarken HAP Kılavuzu'nun aşağıda yer alan bölüm ve başlıklarından yararlanmaları tavsiye edilir:

 - Birinci bölüm,
 - İkinci bölümde yer alan 1-2-3-4-5 numaralı başlıklar,
 - Üçüncü bölüm,
 - Dördüncü bölümde yer alan Olaya Özel Planlardan tahliye, yangın ve pandemi planlaması.

3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

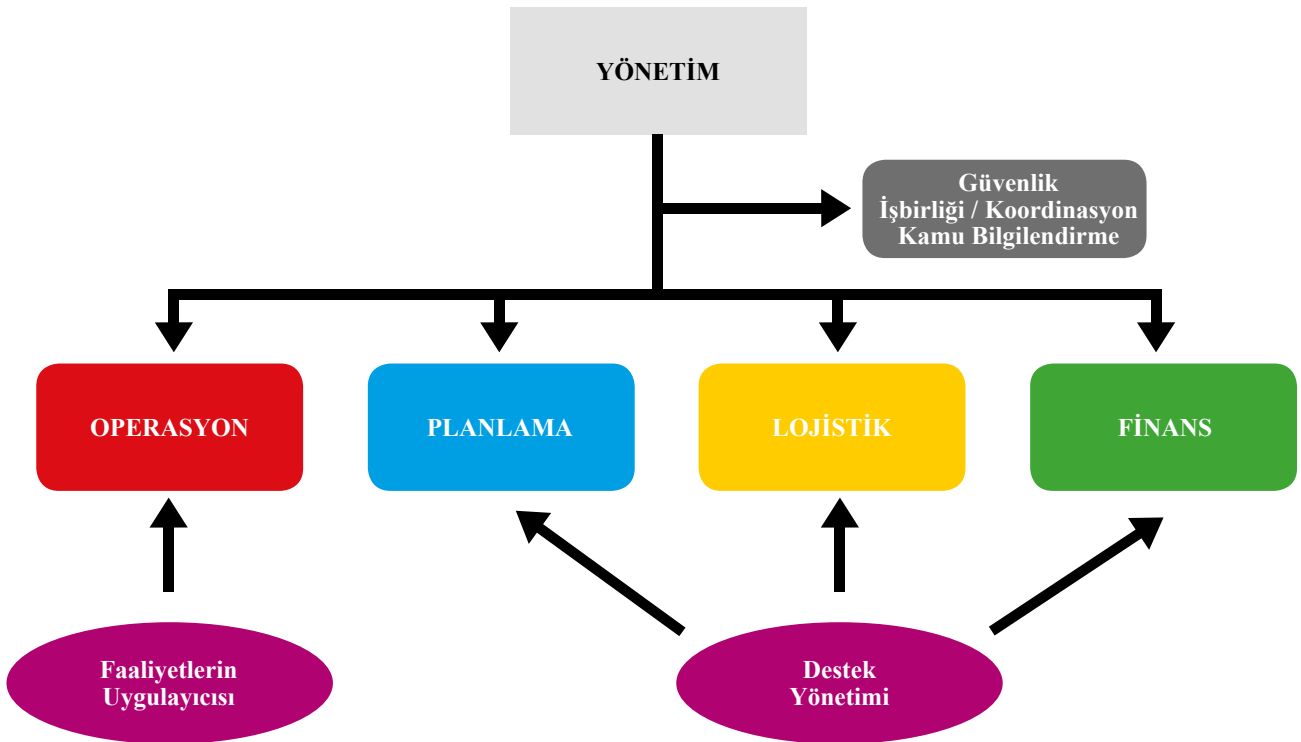
HAP kapsamında hazırlanacak Acil Müdahale Planı'nda (AMP) afet ve acil durumlarda genel komuta sisteminin nasıl organize edildiği, çeşitli departman/servis/birim ve teknik bakım sorumlularının yükümlülüklerinin neler olduğu belirtilmelidir. Bu çerçevede temel yaklaşım, Olay Yönetim Ekibi'ne dayanan Olay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

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

Diğer taraftan, Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) dış olay ve etkilerden bağımsız olmadığı, özellikle sağlık sektörüne ilişkin diğer mevcut afet ve acil durum planları ile doğrudan fonksiyonel bağlantıları dikkate alınmalıdır. Bu nedenle, personele hastane dışında ilgili diğer yönetim süreçleri ve uygulamaları hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri

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



Şekil 2: Hastane Olay Yönetim Sistemi

Olay Yönetim Sistemi'nin beş temel işlevi (fonksiyonu) başlıca şu özellikleri taşımaktadır:

A. YÖNETİM:

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

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve yönetimin üstlenilmesi,
- Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,
- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan Olay Eylem Planının onaylanması,
- Dış paydaşlarla iş birliği yapılması,
- Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- OYE personeli ve diğer kritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

B. PLANLAMA:

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

Planlamanın sorumlulukları:

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

C. OPERASYON:

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

Operasyonun sorumlulukları:

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

D. LOJİSTİK:

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

Lojistiğin sorumlulukları:

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

E. FİNANS:

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

Finans bölümünün sorumlulukları:

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesi ve maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulması,
- Ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi,
- Muhasebe işlemlerinin izlenmesi, analizi ve muhasebe raporlarının düzenlenmesi,
- Gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, OYE'nin düzenli bilgilendirilmesi,

- Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunların belirlenmesi ve çözümü,
- Ek fon, bağış kabulünün prosedüre uygun gerçekleştirilmesi,
- Görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması ve ödenmesi,
- Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapların yönetimi,
- Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplanması ve raporlanması,
- Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtların muhafazası,
- Acil Müdahale Planı'nın (AMP) sonlandırılmasının ardından ilgili tüm hesapların toparlanması ve denetlenmesi.

3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibinin (OYE) Oluşumu ve Görevleri

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

- OYE'nin oluşumu⁶:
 - HAP Başkanı,
 - Halkla İlişkiler Sorumlusu,
 - İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu,
 - Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu,
 - Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu,
 - HAP Sekreteryası,
 - Operasyon Şefi,
 - Planlama Şefi,
 - Lojistik Şefi,
 - Finans Şefi.
- Olay Yönetim Ekibinde (OYE) yer alan **HAP Başkanı her zaman aktive olan tek pozisyonudur**. Diğer pozisyonlar olayın türüne göre HAP Başkanının görevlendirmesi ile aktive olur.
- Olay Yönetim Ekibi'nin görev ve sorumlulukları önceden belirlenir. OYE, HAP'ın afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında (Kılavuz İkinci Bölüm, md. 2.1) gösterildiği üzere beş temel işlevi (fonksiyonu) yerine getirir: Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans.
- OYE'nin her üyesi için görevin kapsadığı temel faaliyetleri ve raporlama sistemini detaylı olarak açıklayan bir İş Akış Talimatı hazırlanır. Her OYE üyesinin harekete geçmeden önce görevine ait İş Akış Talimatını tekrar okuması son derece önemlidir. (OYE üyeleri için geliştirilecek İş Akış Talimatlarıyla ilgili örnekler bkz. Ek 1-A).
- Olay Yönetim Ekibi ile Birim Sorumluları arasındaki **koordinasyon mekanizmaları** önceden belirlenir. Hastane etkili koordinasyonu sağlamak için kendisine uygun şekilde düzenleme yapabilir.
- Her departman/servis/birimin kendine ait tüm tıbbi ve teknik faaliyetleri önceden belirlenen esaslar çerçevesinde organize etme ve denetleme sorumluluğu vardır (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü).

⁶ Personel ismi yerine görevi belirtilmelidir.

3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları⁷

3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

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

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

- *Prosedür adı/başlığı:* SOP'un hangi konuda hazırlanacağına dair başlık.
- *Temel faaliyet:* Ana faaliyetin belirlenmesi.
- *Hedefler:* Temel faaliyeti gerçekleştirmek için yapılması gerekenlerin belirlenmesi.
- *Sırasıyla gerçekleştirilecek eylemler:* Belirlenen hedefleri gerçekleştirmek amacıyla uygulamaların zaman sırasına göre yazılması.
- *İş sağlığı ve güvenliği kuralları:* İş sağlığı ve güvenliği açısından gerekli tedbirlerin belirlenmesi ve uygulanması.
- *Kullanılacak materyal:* SOP, İşAT, formlar, görev yelekleri vb.
- *Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri:* Yapılması istenilen hizmetin nitelikli şekilde gerçekleşmesi için yerine getirilmesi gereken kritik eylemler -
- *Zaman dilimi:* Aktivasyona başlangıç ve uygulama süreci.
- *Diğer SOP'lar, ilgili İşAT'lar ve paydaşlar ile koordinasyon:* Diğer SOP ve İşAT'larla olan bağlantı, uyum ve entegrasyonun belirtilmesi.
- *Karşılaşılabilecek özel durumlar:* Olası problem ve yetersizlikleri öngörerek alınacak önlemlerin belirlenmesi (örneğin; pandemi sırasında deprem meydana gelirse kurtarma çalışmalarında KKE'ler kullanılmaya devam edilecek, yangın esnasında yangın alarmının çalışmaması durumunda şeklinde duyuru yapılacak)
- *Sürece dahil kişiler:* Uygulamada görev alacak tüm personel.
- *Ekler:* Faaliyeti gerçekleştirirken kullanılacak tüm dokümanlar (formlar, kayıtlar, araçlar, malzemeler, ekipman, haritalar, şemalar, rehberler, envanterler, akış şemaları, şekiller, tablolar vb.)
- *Eylemlerin kaydedilme şekli:* İlgili formların kullanılarak eylemlerin kayıt altına alınması ve raporlanması.
- *Raporlama mekanizması:* SOP'ta gerçekleştirilen/gerçekleştirilecek eylemler ile ilgili bilgilendirme şekli
- *İzleme:* Belirlenen aralıklarla SOP'un işleyişinin izlenmesi ve kontrol edilmesi.
- *Güvenlik konuları:* Temel faaliyet gerçekleştirilirken karşılaşılabilecek güvenlik sorunlarına yönelik alınacak önlemler (kritik malzeme, ekipman, çalışanlar vb.).
- *İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.*

⁷ Hastane Olay Yönetim Araçları, esas olarak afet ve acil durumlara hazırlık ile müdahaleye yönelik doküman ve materyallerdir.

3.2.2 İş Akış Talimatı (İşAT)

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

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

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

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

3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birimler tarafından kendi faaliyetlerini organize etmek amacıyla geliştirilen Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/Servis/Birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, Departman/Servis/Birimlerin özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ile uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulanır:

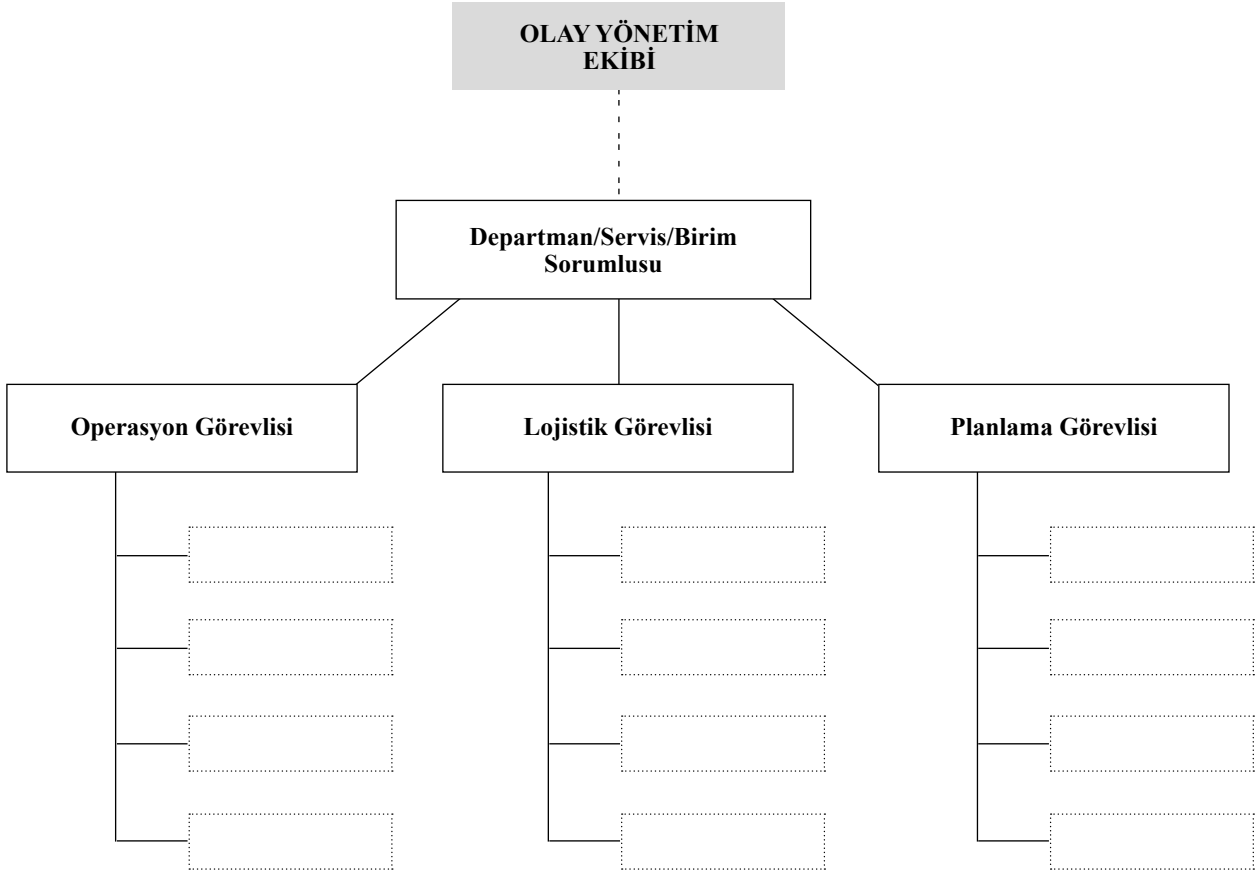
- 500 ve üzeri yatağı olan hastanelerde tüm Departman/Servis/Birimler için müdahale prosedürleri hazırlanmalıdır,

- 100-499 yatağı olan hastanelerde Departman/Servis/Birimler için müdahale prosedürlerinin hazırlanması önerilmektedir,
- ≤ 99 yatağı olan hastanelerde ise geliştirilecek Standart Operasyon Prosedürlerinin yeterli olabileceği öngörülmektedir.

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü hazırlanırken dikkat edilecek hususlar:

- Afet ve acil durumlarda Departman/Servis/Birimin yönetilmesine yönelik bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır. Oluşturulacak pozisyonlar HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında (Kılavuz İkinci Bölüm, md. 2.1) yer alan pozisyonlarla çakışmamalı, tekrarlanmamalıdır.
- Afet ve acil durumda Departman/Servis/Birimlerin sunduğu hizmetler önceliklendirilmeli ve hangilerinin sürdürüleceği belirlenmelidir.
- Hastane Olay Yönetim Ekibi ile bilgi yönetiminin ve iletişimin nasıl, hangi yolla yapılacağı belirlenmelidir.
- Tahliye prosedürlerini, servisler arası iletişimi, servisler arası yönetim yapısını ve servise özel faaliyetleri içerecek şekilde spesifik olmalıdır.
- Prosedür, basit, kısa ve pratik olmalı, yalnızca ilgili Departman/Servis/Birimlerin yetki ve sorumluluğunda olan faaliyetlere ilişkin bilgiyi sağlamalıdır. Kimin, hangi iş ya da işlemi, hangi yöntemle yerine getireceği belirlenmelidir.
- Raporlama, sorumluluk ve denetimin hangi esaslara göre yapılacağı belirlenmelidir.
- Departman/Servis/Birimlere afet ve acil durumlarda yeni hizmetler verilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (örneğin, ayaktan tedavi bölümünde hafif yaralılar tedavi edilebilir).
- Yangın, tahliye, kritik sistemlerin çökmesi vb. durumlarda hangi Olaya Özel Planlar, SOP, İşAT ve Formların kullanılacağı belirlenmelidir.
- Departman/Servis/Birim sorumlusu aşağıda yer alan organizasyon şemasında yer almalıdır. Ayrıca planlama görevlisi ve lojistik görevlisi görevlendirilmelidir.
- Aşağıda yer alan organizasyon şemasında Departman/Servis/Birim sorumlusu operasyonu yönetir, ihtiyaç duyulursa operasyon görevlisi görevlendirilebilir.
- Prosedürler öncelikli olarak şu Departman/Servis/Birimlerden başlayarak yapılmalıdır:
 - Yoğun Bakım,
 - Ameliyathane,
 - Psikiyatri,
 - Mahkum koğuşu,
 - Pediatri,
 - Eczane,
 - Laboratuvar ve Kan Bankası,
 - Temizlik hizmetleri,
 - İaşe hizmetleri vb.
- Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü başlıca şu başlıkları içerir (Ek 1-D):
 - Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Adı,
 - Amaç,
 - Kapsam,
 - Afet ve acil durum risk değerlendirmesi (departmana özel değerlendirme),
 - Mevcut durum,

- Departman/Servis/Birim Olay Yönetimi Organizasyonu (OYS Şemasına uygun olarak),



*Not: Organizasyon şeması ve içindeki pozisyonlar örnektir.
Her Departman/Servis/Birim kendi şemasını ve pozisyonlarını belirlemelidir.*

- Departman/Servis/Birim görev tanımları,
- Ertelenebilir/vazgeçilebilir eylemlerin belirlenmesi,
- Müdahalede eylemlerin sırası,
- Müdahale sürecinde eylem zaman çizelgesi,
- Haberleşme /iletişim,
- Hizmetin niteliğini değerlendirme kriterleri ,
- İş sağlığı ve güvenliği kuralları,
- Karşılaşılabilecek özel durumlar,
- Kullanılacak SOP'lar,
- Prosedürde yer alan pozisyonlar için hazırlanmış İşAT'lar,
- Sürece dahil olabilecek Departman/Servis/Birim /kişiler,
- Kullanılacak form ve kayıtlar,
- Müdahale sürecinin sonlandırılması,
- Prosedürün ilk yayınlanma ve revizyon tarihi.

3.2.4 Formlar

Formlar, afet ve acil durumlarda karar verme süreçlerinde yardımcı olmak ve hizmetlerin hızlı şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla, bilgilerin düzenli olarak kaydedilmesi, iletilmesi, verilerin standartlaştırılmasında kullanılan, geliştirmeye açık bir yönetim aracıdır.

Kılavuzda yer verilen formların sınıflandırılması şöyledir:

- 1) Planlama aşamasında kullanılan formlar (mevcut durumu gösteren formlar),
- 2) Operasyon aşamasında kullanılan formlar (olaya müdahale sürecinde kullanılan formlar),
- 3) Raporlama amacıyla kullanılan formlar (olaya müdahale ve sonrasında kullanılan formlar),
- 4) Diğer formlar (olay sırası ve sonrasında kullanılan çeşitli formlar),
- 5) Özel amaçlı formlar (Olaya Özel Planlar bölümünde yer alan formlar).

Ek 1-C’de yer alan formlarda hangi sınıflandırmaya ait olduğu yazılmıştır.

Formların oluşturulması veya mevcut olanların uyarlanması dahil, gerekli form ve kayıtların, kontrol listelerinin hazırlanması hastanede Departman/Servis/Birimler tarafından yapılmalı ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylanmalıdır. Personele gerekli eğitimler verilmeli ve tatbikatlarda kullanılarak test edilmelidir. Sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak formlar revize edilmeli ve HAP Hazırlama Komisyonu tarafından onaylandıktan sonra kullanıma sunulmalıdır.

Hastane tarafından hazırlanacak HAP’ta, bu Kılavuz’un Ekler bölümünde bulunan formların içerdiği bilgiler asgari olarak yer almak zorundadır, formların içeriği hastaneler tarafından ihtiyaçlara göre geliştirilebilir.

3.2.5 Olay Eylem Planı

Olay Eylem Planı (OEP) Acil Müdahale Planı’nın (AMP) etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada **gidişata göre** geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır.

Operasyonel kaynaklar ve görevlendirmeler plan içerisinde tanımlanabilir. OEP, hedeflerin tümüyle başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için bütüncül hedefleri ve stratejiyi, genel taktiksel eylemleri ve destekleyici bilgiyi içerir. Olay Eylem Planında bir çok dokümandan destek alınır (örneğin trafiğin düzenlenmesi, haberleşmenin düzenlenmesi, krokiler vb.).

Olay Eylem Planı;

- Mevcut durumu belirler (ihtiyaçlar ve mevcut kaynaklar),
- Müdahalenin erken döneminin yönetimi için olay operasyon hedeflerini belirler,
- Tamamlanacak faaliyetleri belirler (kim ne yapacak; nasıl ve ne zaman, nerede ve kiminle),
- Belirli bir zaman dilimini kapsar (OEP zaman sınırlı hazırlanır ve ihtiyaç halinde revize edilir, durum değişince güncellenir: düzenli olarak duruma uygun hale getirilir),
- Olay yönetiminin prensiplerine uygun olur,
- Müdahale sırasında açık ve net talimatların verilmesi, sağlık sektörü ve sektörler arası koordinasyonun düzgün işlenmesini sağlar.

Olay Eylem Planı Standart Formu (Form 06) Ek 1-C’de yer almaktadır.

3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

- Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM); tatbikatlar, afet ve acil durumlarda HAP afet ve acil durum müdahale yönetiminde görevli temel pozisyonların toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. OYM ve HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile HAP ve eklerinin bir örneği muhafaza edilir.
- Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) yeri HAP'ta önceden belirlenir. OYM olarak belirlenen yerin zarar görmesi ihtimali düşünülerek alternatif bir alan da belirlenerek planda belirtilmelidir.
- OYM'de, destekleyici lojistik ve haberleşme araçları olmadan OYE'nin saatlerce ya da günlerce verimli çalışması neredeyse imkansızdır. Bu nedenle genel eğilim OYE'nin toplanacağı ve çalışacağı "konum" olarak özel bir oda seçmek yönündedir. OYM olarak belirlenen yer işlev ve ihtiyaca uygun şekilde ve tamamen donatılmalı, çok kısa sürede fonksiyonel ve operasyonel hale gelebilmesi için mutlaka bulunması gereken malzeme ve ekipman temin edilmeli, gerektiğinde kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır. Televizyon, radyo, dizüstü ve sabit bilgisayarlar, telsiz, telsiz ve telefonlar için değişik marka ve modellerde şarj cihazları, aydınlatma aparatları, jeneratör, kesintisiz güç kaynağı, kırtasiye malzemeleri, faks cihazı, fotokopi makinesi, fotoğraf makinesi, harici disk, afet anında kullanılabilecek basılı materyallerin kayıtlı olduğu USB bellek, projeksiyon, beyaz tahta ve kalemleri bulunması gereken asgari malzemelerdir (daha detaylı envanter listesi hastane tarafından hazırlanarak HAP Ekler kısmında belirtilmelidir.)
- Ekipmanlar arasında görev yelekleri de yer almakta olup, yelekler uygun yerde bulundurulur (OYM, Acil Servis vb.).

3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir (yeni bir talimata kadar tam zamanlı görevde olma; OYM'de yarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.).
- Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatlarını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatlar yerine getirilir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geribildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.
- HAP Başkanı, OYE'nin ilerleyen saatlerde nasıl çalışacağına karar verir ve OYE üyelerine talimat verir.
- Olay boyunca belirlenen her bir zaman diliminde (örneğin, 1 saat, 2 saat, 6 saat, 48 saat vb.) gerçekleştirilen eylemlerin gidişatı ve olaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır. OYE müdahale hedef ve stratejileri ile Olay Eylem Planlarını çeşitli faaliyetlerle açıklar:
 - Personele ve kurumlara brifing verir.
 - Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi

- Olayın önemine ve OYE'nin talebine göre saatlik/iki saatlik ya da daha uzun sürelerde olayla ilgili haberleşme raporları düzenlenir.
- Haberleşme ile ilgili sorunlar önceliklidir ve en kısa sürede çözülmesi için gerekli çalışmalar yapılır. Bu konuda gerekli eğitim önceden planlanıp düzenli olarak yapılmalıdır.

- Hastaneler merkezi haberleşme sisteminin kesileceğini ön görerek özel iç haberleşme sistemlerini oluşturmalıdır. Bu amaçla, bilgisayarlar, iç hat telefonları, bölgesel telsiz ağları ve diğer çağrı sistemleri kullanılabilir. Bu sistemlerin bir kısmı, yalnız afet anlarında kullanılmak için tahsis edilmelidir.
- HAP'ta görevli tüm personelin telefon ve adres bilgilerinin planlarda ek dosya halinde mutlaka bulunması gerekir. Ayrıca afet anlarında iş birliği ihtiyacı olacak İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü, Afet ve Acil Durum Arama Kurtarma Birlik Müdürlüğü, İtfaiye, Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri, 112 Komuta Kontrol Merkezi, 112 Acil Çağrı Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (İl SAKOM), İlçe Belediyesi, Elektrik Kurumu, Emniyet, Askeri Birlik vb. kurum ve kuruluşların telefon numara ve adresleri de planlarda ek dosya halinde bulunmalıdır.
- Afet ve acil durumlarda haberleşmenin sağlanması için telsiz kullanımı öncelikli hale gelmektedir. Kullanılacak telsizler, HAP'ta aktif alanda görevli personel sayısına göre planlanmalıdır. Hastane idaresince afete özel telefon numarası oluşturulmalıdır.
- Görev alacak personelin ve yöneticilerin olay anında iç haberleşme sistemini kullanabilmesi için afet öncesi telsiz kullanımına yatkınlığının olması gerekir. Bu nedenle hastane yöneticileri ve kritik birimlerde çalışan personelin (Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari Mali Hizmetler Müdürü, Otelcilik Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcıları, Klinik Sorumlu Hekim ve Hemşireleri, UMKE personeli vb.) normal zamanlarda da telsiz kullanabiliyor olması afet durumlarında telsiz kullanımını kolaylaştıracaktır.
- Bazı tatbikatlarda, afet ve acil durumda sabit ve cep telefonlarının çalışmadığı düşünülerek tüm iletişimin telsiz üzerinden yapılması sağlanmalıdır.

3.3.3 Görev Yelekleri

HAP afet ve acil durum müdahale yönetimiyle ilgili organizasyon şemasında görev alan personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymelidir. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımaları ve renklerde olmalıdır.

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

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim tarafından hastanelerden, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilip edilmediğine bakılmaksızın, harici yardım sağlamaları talep edilebilir. Talepler müdahale aşamalarına göre farklılık gösterir.

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

İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, hastanelerden istek yapar. Hastaneden talep edilen ekipman ve malzemeler ilgili forma (Form 21)⁸ kaydedilerek karşılanır. Malzeme ve ekipman, hastanenin temel bakım hizmetini sürdürme kapasitesinde herhangi bir olumsuz sonuca yol açmayacak şekilde temin edilir.

⁸ Her hastane bu formu oluşturmalıdır. Örnek form oluşturulmuş olup eklerde yer almaktadır.

4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet Triyaj Ekibi ve/veya Travma Ekibi⁹)

Olay Yönetim Ekibi'nin faaliyete geçmesiyle, İl Sağlık Müdürü ve/veya yetkilendireceği kişi/birim, doğrudan müdahil hastanelerin Olay Yönetim Ekibinden veya hastane yöneticisinden talep yapar.

Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

- *Ekipman türü ve özellikleri (örneğin; afet sağlık kitleri; triyaj kitleri; kişisel koruyucu ekipman, vb.) belirlenir.* Ekipmanın hangi depolardan temin edileceği belirlenir ve görevlendirilen personele bildirilir. Söz konusu ekipman bilgileri hastane tarafından hazırlanan ekipman bilgi formu (Form 21) kullanılarak kayıt altına alınır.
- Ekibin kimlerden oluşturulacağı belirlenir (olay yerinin ihtiyacına ve ilgili uzman personelin bulunup bulunmadığına göre). Görevlendirilen personele ait bilgiler, personel bilgi formu (Form 20) ile kayıt altına alınır.
- Görevlendirilen ekibin olay yerinde kendi arasında ve gerektiğinde hastane ile haberleşmesinin ne şekilde sağlanacağı belirlenir (telsiz, cep telefonu, uydu telefonu vb.).

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

Aşama II'ye karar verildiğinde Aşama II ve Aşama III birleştirilebilir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna yönelik olası birkaç etkinleştirme düzeyi bulunmaktadır (Kılavuz İkinci Bölüm md. 5). Aktivasyon düzeyi ne olursa olsun Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi halinde OYE tarafından 112 AÇM/KKM/İL SAKOM bilgilendirilir. Kamu, özel, üniversite vb. hastane yöneticileri 112 AÇM/KKM/İL SAKOM aracılığı ile İl Sağlık Müdürüne bilgi verir. İl Sağlık Müdürü bu aşamadan sonra ilgili makamları bilgilendirir.

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI (AMP) AKTİVASYONU

5.1. Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

AMP'nin aktivasyonunu gerektiren olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sekteye uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bazı durumlarda çok sayıda hastanın Acil Servis'e gelmesi ilk endikasyon olabilir. Bu durumda görevdeki personel, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimine haber vermelidir.

Hastanede Acil Müdahale Planı'nın aktive edildiği **Olay Seviyeleri**, aşağıdaki gibidir:

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- Hastane, dış yardım almaksızın ve yedek kaynaklarını seferber etmeksizin hizmet yükünü yönetebilir,
- Hastane, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'u bilgilendirir.

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

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

⁹ Hastane için uygulanabilir ise dikkate alınacaktır.

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Bölgesel olarak aktive edilmiş tüm hastanelerin etkin iş birliği ve koordinasyonu,
- Yerel ve ulusal düzeyde tüm sağlık yöneticilerinin tamamen dahil olması.

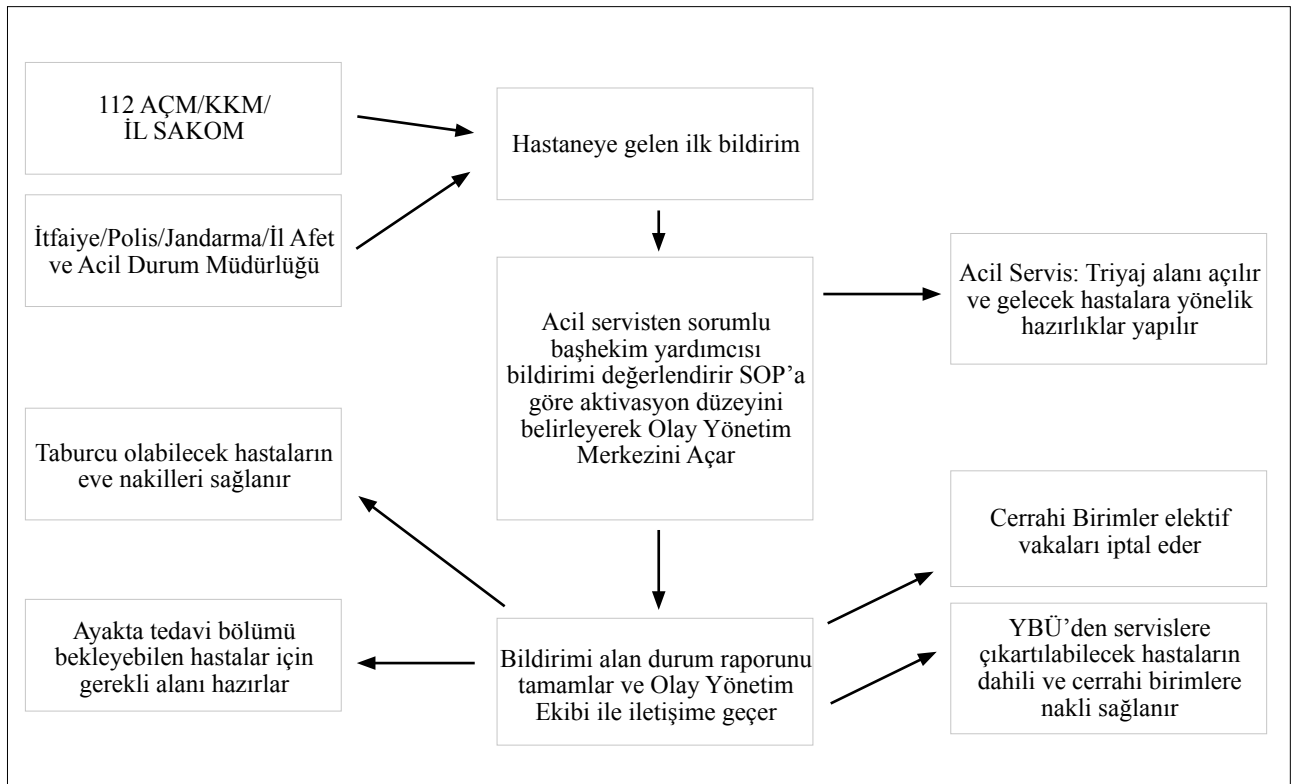
Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

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

5.2. Olay Bildirim Akış Şeması

Bu bölüm, bildirim alınması, kayıt edilmesi ve yöneticilere iletilmesi için önceden hazırlanmış prosedürleri (formlar ve kısa kontrol listeleri dahil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve alarmın hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir. Hastane HAP Hazırlama Komisyonları kendi hastanelerinin durumuna göre, hangi akış şemasının uyarlanacağına karar vermelidir. Akış şeması, alarmın nasıl karşılanacağı ve müdahale için alınan ilk karar (örneğin, OYE'nin devreye sokulması) ile işleme alınması arasındaki bağlantılar hakkında bilgi vermelidir.



Şekil 3: Bildirim ve Alarm Durumu Akış Şeması (örnek olarak verilmiştir)

Bildirim sıralaması:

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

Olay bildirimini Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı veya vekilleri/Acil Servis Sorumlusu tarafından doğrulanır.

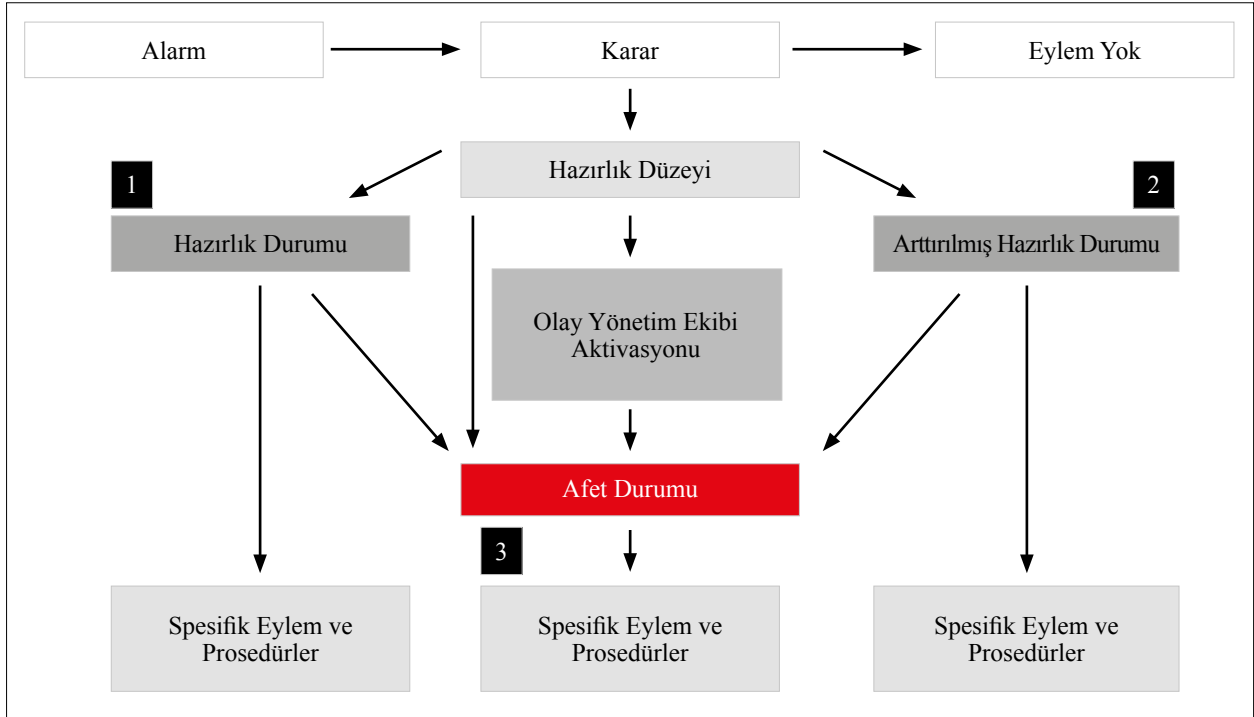
Bildirim akışında aşağıda belirtilen Standart Operasyon Prosedürü, formlar ve kayıtlar kullanılacaktır¹⁰:

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

5.3. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri

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

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda üç düzey tanımlanmıştır: **Hazır olma/Alarm, Hazırlığı Artırma, Afet Durumu**. Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür. Seviye 2 veya 3'den başladığında önceki seviyelerde yer alan süreçler tamamlanmalıdır.



Şekil 4: AMP Aktivasyon Seviyeleri İçin Örnek Diyagram

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

Seviye I: Hazır Olma ya da Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır.
- Olay Yönetim Merkezi aktive edilir.
- Ek personel ihtiyacına yönelik mevcut kaynaklar değerlendirilir.
- İkinci bir talimata kadar tüm personel çalışmaya devam eder.
- Durum raporları Olay Yönetim Merkezine iletilir (Form 5-13-14-16-19)¹¹.
- Acil durum kesinleşene kadar tüm elektif vakalar askıya alınır.

Seviye I, görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi veya Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından aktive edilir. Bu her zaman Olay Yönetim Ekibi'nin seferber edilmesi anlamına gelir (Olay türüne göre kapsamlı müdahale için zaman varsa: Olay Yönetim Ekibi'nin tamamen etkinleştirilmesi yerine, sadece ilgili üyeler aktif hale getirilebilir).

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu¹²⁻¹³

- Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.
- Özel alanların açılması düşünülür:
 - Hastane afet triyaj alanı,
 - Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralılar için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
 - Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
 - Geçici morg alanı,
 - Medya ve VIP için alan,
 - Harici trafik akış sistemi¹⁴,
 - Personel bilgilendirme alanı,
 - Personel yakınlarına yönelik hazırlık,
 - Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar.

Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanmış krokiler esas alınır.

Seviye III: Afet Durumu

- Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm Departman/Servis/Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur.

11 Hangi belgenin kullanılması gerektiğine hastane Olay Yönetim ekibi (OYE) karar vermelidir.

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

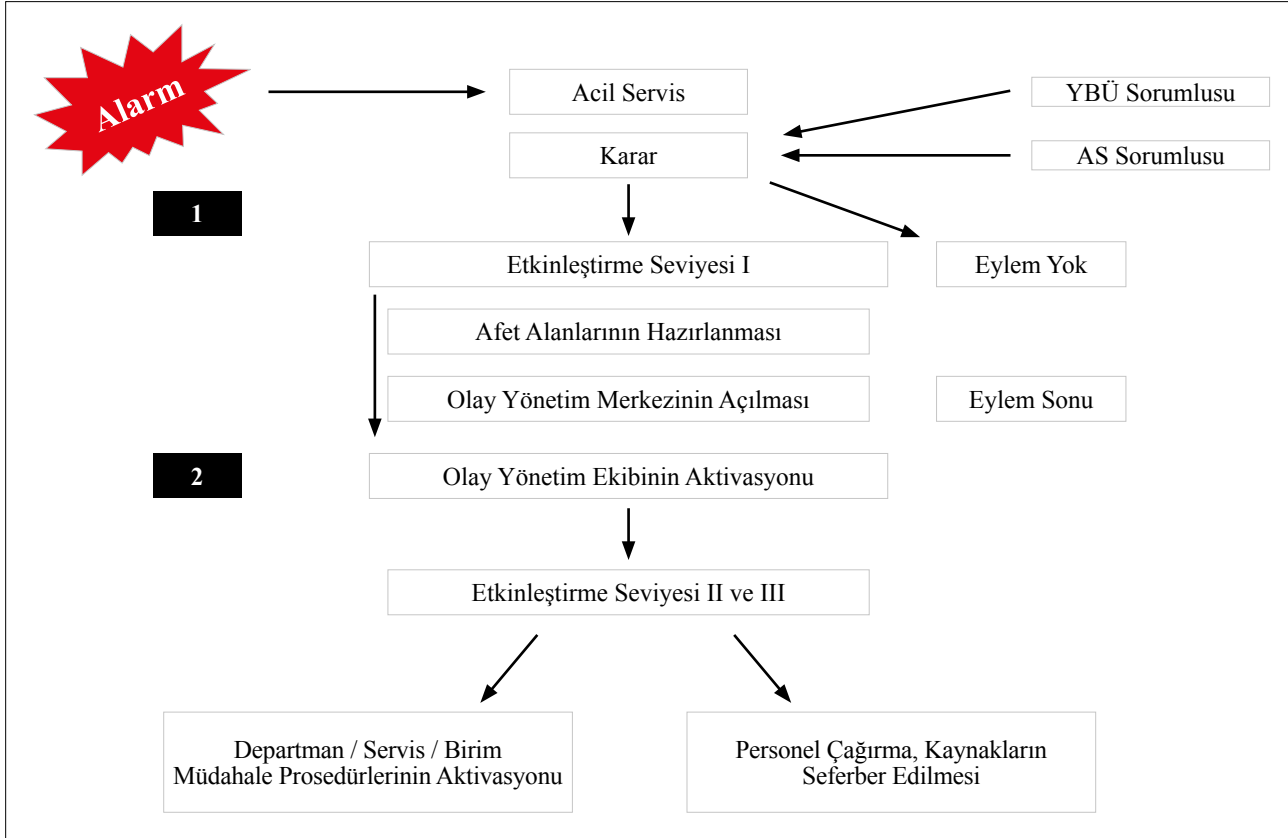
13 Renkle kodlama olaya özel planlar için de kullanıldığından, karışıklığa yol açmamak üzere, Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonu için renk kodunun tercih edilmemesi, I, II ve III. Seviye ifadelerini kullanmak daha isabetlidir.

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

- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur.

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

5.4. Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler



Şekil 5: Alarm Durumunu Yönetmek ve Plan Etkinleştirilmesindeki Bağlantılara İlişkin Diyagram Örneği

Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyon seviyeleri ile ilgili öncelikli eylemler aşağıda özetlenmiştir:

- **Aktivasyon Seviyesi I (Hazır Olma ya da Alarm):**
 - Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmın ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,
 - HAP Başkanı görevi üstlenir,
 - Olay Yönetim Ekibi (OYE) hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini (OYM) kullanıma uygun hale getirir,
 - Tüm Departman/Servis/Birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için hazırlık yapmaya başlar,
 - Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,

- İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,
- Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman gerekiyorsa, temin edilir,
- Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,
- Personel “irtibat” listelerine erişim sağlanır,
- Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyathalar, ayaktan hasta kabulü vb.),
- Açılacak özel alanları güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),
- Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

• **Aktivasyon Seviyesi II ve III (Aktive):**

- Olay Yönetim Ekibi (OYE) seferber edilir, tam olarak devreye girer, ilgili sağlık yetkilileri haberdar edilir,
- Durumun gerektirdiği hastane Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerini uygulamaya koymaları için tüm departman, servis ve birimler bilgilendirilir,
- Duruma uygun olan tüm İş Akış Talimatları kullanılır,
- Olay Yönetim Ekibi içinde raporları yazmak üzere kişi/kişiler görevlendirilir, **tüm** belgeler muhafaza edilir,
- Ameliyathaneler, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri ve Yoğun Bakım Ünitesi gibi kritik birimler alarm geçirilir,
- Radyoloji, patoloji ve laboratuvar gibi birimlerin acil harici çalışmaları sınırlandırılır.
- Erteleme ya da iptal edilme ihtimali olan elektif cerrahi ve ayaktan tedavi hizmetleri gözden geçirilir,
- Hasta kabul kriterleri belirlenir, hastaneye başvurması muhtemel vakaların (yanık, pediatri, KBRN, travma vb.) niteliklerine göre hazırlık yapılır,
- Hastaların ev ya da başka bir ortama taburcu edilme süreci başlatılır ve ambulans vb. ulaşım araçlarından faydalanılır,
- Tıbbi bakım standartlarını sürdürmek için niteliklerine göre personel ihtiyacı belirlenir,
- Hastanede en yoğun iş yüküne sahip birimler belirlenir,
- Özel alanların açılması ile ilgili faaliyetlere başlanır:
 - √ Hastane afet triyaj alanı,
 - √ Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralıları için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
 - √ Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
 - √ Geçici morg alanı,
 - √ Hasta eşyaları muhafaza alanı,
 - √ Personel, hasta yakınları ve basın için brifing alanları gibi alanlar açılır.
- Ayrıca,
 - √ Harici trafik akış sistemi düzenlenir¹⁵,
 - √ Personel yakınlarına yönelik hazırlıklar yapılır.

• **AMP Aktivasyonunun Sonlandırılması:**

- Olağan yönetim faaliyetlerine geçilir,

15 Hasta trafik akışının etkin yönetimiyle ilgili bilgi için bkz. Bölüm 2, md.8.2.

- Duruma uygun olarak personel normal çalışma düzenine geçer,
- Olayın hemen ardından tüm personelden bilgi alınır,
- İşleyişe dair değerlendirme toplantısı yapılır,
- Rapor Formu (Form 33) doldurulur.

5.5 AMP Aktivasyon Seviyesi Konusunda Personelin Bilgilendirilmesi

Olay Yönetim Ekibi (OYE) personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) etkinleştirilmesi sürecinde personelin çağrılması ve göreve gelen personelin yönetimi, Kılavuz İkinci Bölüm md. 6.1.3'te açıklanmaktadır.

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

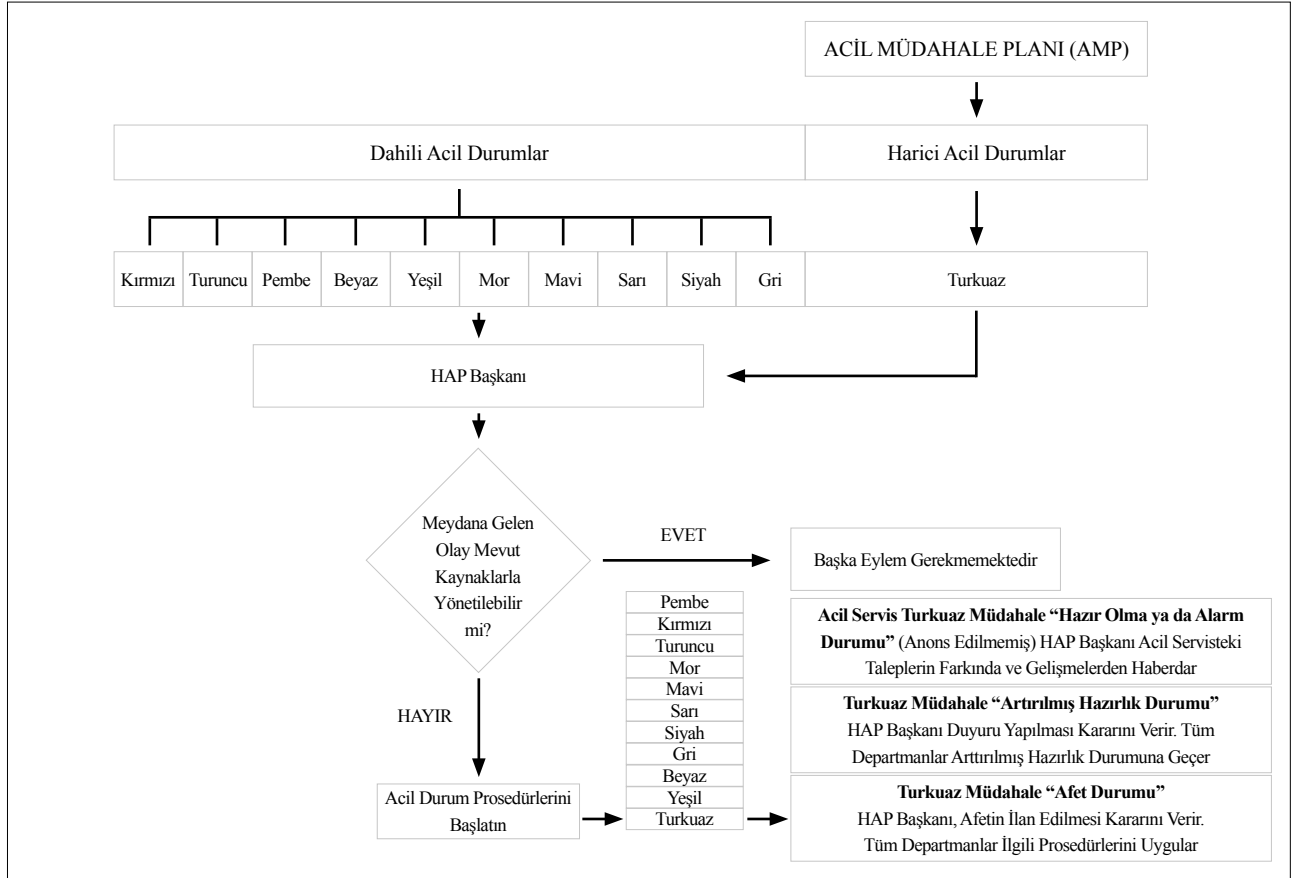
- Hastane içi yangın ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **kırmızı**,
- Hastanede tahliye gerektiren durumlar ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **sarı**, vb.

5.6 Acil Renk Kodu Sistemi

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

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

Olaya Özel Planlardan ve Formlardan yararlanılarak acil renk kodları ile ilgili SOP hazırlanması önerilmektedir.



Şekil 6: Turkuaz renk kodunun müdahale aşamalarını gösteren örnek diyagram

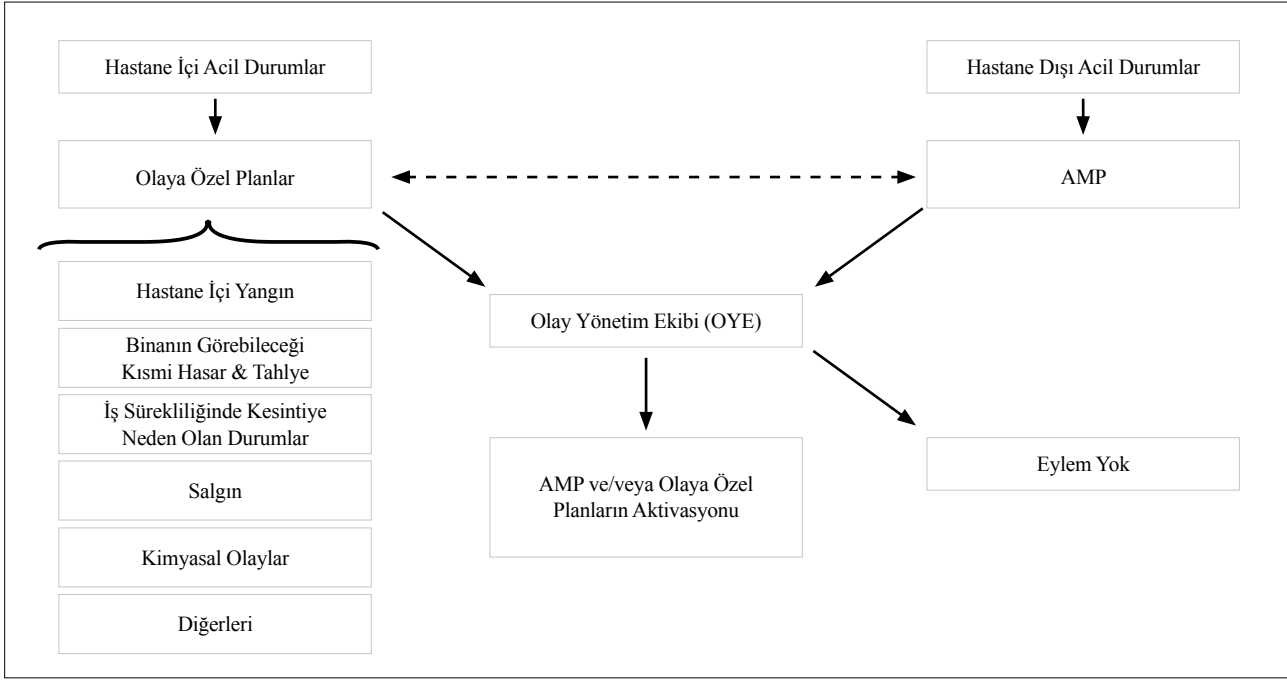
5.7 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

Acil durum karmaşık özellik gösterebilir, birden fazla acil durumun ya da hastane içi ve dışı acil durumların bir arada ortaya çıkmasını içerebilir (örneğin, hastanede kritik sistemlerin bir kısmının etkisiz hale geldiği kitlesel yaralanma durumları vb.). Bu durumlar olaya özel, spesifik (özellikli) müdahaleler gerektirebilir.

Acil Müdahale Planı (AMP) ve Olaya Özel Planlar birbirleriyle bağlantılıdır: Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi (OYE) olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dahil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir). Hastanelerde "olaya özel planlar", "tamamlayıcı ayrı planlar" olarak ve Acil Renk Kodu sistemi (md. 5.6) ile uyumlu şekilde renk kodları kullanılarak tanımlanabilir. Olaya müdahaleye yönelik süreç iyi tanımlanmış olmalıdır.

Acil Müdahale Planı ile Olaya Özel Planlar arasındaki en kapsamlı planlama ve uygulamalar özellikler salgın (epidemi, pandemi) süreçlerinde söz konusu olmaktadır. Salgına karşı ulusal pandemi planları (örneğin, *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı*, 2019) çerçevesinde önceden hazırlık söz konusu olmakla birlikte, salgın sırasında hastane düzeyinde hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla ilave plan ve araçlar da gündeme gelebilmektedir (örneğin, Ek 2-D'de yer alan *Hastane Hazırlık Kontrol Listesi* Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2020 yılı başında ilan edilen COVID-19 pandemisi sırasında bu amaçla geliştirilmiştir¹⁶).

16 Bu belge, WHO/EUROPE "Hospital Readiness Checklist for COVID-19" başlıklı belgeden özetlenerek Türkçe'ye uyarlanmıştır. ©World Health Organization 2020. Tüm hakları saklıdır.



Şekil 7: AMP ve Olaya Özel Planların Bağımlı Gösteren Diyagram Örneği

6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

Her aşamada müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkanlarına bağlıdır. **Kapasite**, nicel yönleri ifade eder (yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb.). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahinin olup olmaması, ya da karantinaya alınması gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.).

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

- Çeşitli departman/servis/birimlerdeki dolu yatak sayısı,
- Kullanılabilecek boş fonksiyonel yatak sayısı,
- Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli Departman/Servis/Birimlerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri (örneğin, yoğun bakım, ameliyathane, eczane, laboratuvar vb.),
- Destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (kan bankası, eczane: ilaç ve ekipman, idari destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik personeli vb.),
- Devam eden süreçte hastanenin kapasite ve imkanlarının (tıbbi kapasite) ne kadar artırabileceğinin ve bunların nasıl geliştirebileceğinin tahmin edilmesi,
- Ayaktan Tedavi Bölümünün, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle verilecek yeni görevlerine uygun olarak değerlendirilmesi.

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

Hastane, yapılan risk analizlerine göre yüksek riskli tehlikelere yönelik personel eğitimi, rotasyonu vb. uygulamaları planlamalıdır. Böylece afet veya acil durum meydana geldiğinde yapılan eğitim ve rotasyonlar göz önüne alınarak, iş yükü artan servislere diğer birimlerden personel desteği sağlanması daha etkili olacaktır (örneğin kitlesel yaralanmalarda acil servis, yoğun bakım, ameliyathane gibi; pandemi durumlarında acil servis, yoğun bakım, enfeksiyon hastalıkları gibi; yangın/patlama gibi olaylarda yanık, ameliyathane vb. birimlerin tercihen eğitim almış ve/veya rotasyon yapmış personel ile desteklenmesi).

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

- Kullanılabilir yatakların sayısı Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her Departman/Servis/Birim, ilgili formu (Form 14) kullanarak Olay Yönetim Ekibi'ne mümkün olan en kısa sürede geri bildirimde bulunur; Olay Yönetim Ekibi, saatte bir güncellenen kayda dayanarak bilgileri kaydeder.
- Olay Yönetim Ekibi, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir.
- Olay Yönetim Ekibi, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman "fonksiyonel"¹⁷ olmalıdır.
- Kabul edilen hastalar söz konusu prosedürlere (SOP 6) uygun olarak, Departman/Servis/Birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, başka bir sağlık tesisine transferine Olay Yönetim Ekibi karar verecektir; bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu (Lojistik Bölümü) yürütür.

6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

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

Ekipman ve malzeme artırımına yönelik temel yaklaşımlar için **Lojistik ve Malzemeler** başlığına bakınız (Kılavuz İkinci Bölüm md. 11).

6.1.3 Personelin Geri Çağırılması

- Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağrılacağına karar verecektir (nitelik ve sayı bakımından). Planlama Bölümü, gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Bununla birlikte, Olay Yönetim Ekibi, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini Planlama Şefi yönetir.
- Göreve gelen tüm personel bilgilendirilir, yaka kartları verilir ve Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatıyla yönlendirilir.

6.1.4 Gönüllü Yönetimi

Gönüllü yönetimi Olay Yönetim Ekibi'nce yapılır. Hastane bazı durumlarda, gönüllülerden yardım isteyebilir. Gönüllüler yalnızca Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilecektir.

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

İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan ‘‘Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet ve Acil Durumlara İlişkin Hizmet Standartları ve Akreditasyon Esaslarının Belirlenmesi Hakkında Yönetmelik’’ 29 Temmuz 2020 tarih ve 31200 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Yönetmelik kapsamında akreditasyon çalışmaları yürütülecek olup Bakanlık tarafından yapılan açıklamalar doğrultusunda hareket edilmelidir.

Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (SOP 8), form ve kayıtlar kullanılabilir. Olaya özel durumlarda izlenecek prosedür Olaya Özel Planlarda belirtilir.

6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

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

6.2 Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

İhtiyaca göre, yeni ve özel alanların açılması, hastane kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu alanlar prosedürlere uygun olarak açılır. Bu alanlara, örnek olarak; hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir. Hastane tarafından oluşturulacak alanlar önceden belirlenerek (Form 24), konumları HAP’ta yer alan krokilerde gösterilmelidir.

7. HASTANE AFET TRIYAJ ALANI

Triyaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır.

Bir afet ve acil durumda ise ‘‘yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi’’ şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, **mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak** anlamına gelir.

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

7.1 Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu¹⁸

- Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa (toplam yaralı veya hasta sayısı¹⁹ ...’dan azsa) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (*hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar*), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servis’e gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.

¹⁸ Bazı hastanelerde triyaj faaliyeti, hastanenin Acil Servis (AS) biriminin giriş kapısında gerçekleştirilir; dolayısıyla resmi olarak belirlenmiş bir ‘‘afet triyaj alanı’’ bulunmaz. AS biriminin girişinde kargaşa yaratabileceği için, bu çözüm tehlikeli olabilir. Hastaların tedavisi için AS kapasitesi ‘‘artırılmalıdır’’ (yatak sayısının artırılması, AS biriminin uzantısı olan koridorların açılması); dolayısıyla çok yakınında olsa bile AS biriminin Afet Triyaj Alanından ayrı olması tavsiye edilir.

¹⁹ Burada sayı belirtilmemiştir.

- Hastane Afet Triyaj Alanına gelen tüm hastalar triyaj yapılarak HAP'ta belirlenen yeşil (Ayaktan Tedavi Bölümü-ATB), sarı (Acil Servis ayaktan hasta girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), kırmızı (Acil Servis ambulans girişi ve/veya HAP'ta belirlenen alan), siyah (morg ve/veya HAP'ta belirlenen alan) alanlara yönlendirilir.
- Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı'nın yanı sıra hazırlanacak Olaya Özel Planlar'da açıklanacaktır. Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.
- Yaralı sayısı hastane kapasitesinin üzerinde ise kargaşayı önlemek adına, hastaneye yakın güvenli bölgede uygun alanda ilk değerlendirme ve ilk müdahalenin yapılabileceği hastane afet triyaj alanı oluşturulması istenebilir.
- Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.
- Alanın çevre güvenliği ile ilgili hususlar hastane tarafından belirlenerek yazılı talimat haline getirilecektir. Bu alanın güvenliğini sağlamak için alınan tedbirler, hastanenin genel güvenlik yönetimine entegre edilir.
- Minör yaralanma veya minör sağlık sorunları olan, yürüyebilen hastalara özel düzenlenecek Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB)²⁰ ile ilgili konum, alan belirleme ve işaretleme, donanım gibi temel hususlarda ilgili prosedürlere uygun davranılır.
- Bu alanda görev alacak kişiler için görev pozisyonuna uygun görev yeleği kullanılması önerilir. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırt edilmesi için gereklidir.

7.2 Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar:

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler **çıkartılmamalıdır**. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karardır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı için Form 8-9-10-12²¹ kullanılır.

• Alandaki Personel:

Hastane afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış sağlık personeli²² görevlendirilir. Triyaj Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triyaj Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triyaj Alanına veya Acil Servis birimine gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (SOP 5) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından Acil Servis birimine ve/veya diğer Departman/Servis/Birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde Acil Servis personeli desteklemek üzere personel görevlendirilir.

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi:

Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım alması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar

20 Böyle bir yapı açılırsa, mevcut ATB'nin kullanımı en etkili çözüm olabilir.

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

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

vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, Acil Servis biriminde veya hasta kabul eden servislerde veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü'nde gerçekleştirilecektir.

- **Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel:**

Triyaj alanında çalışan sağlık personeli Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından görevlendirilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj Alanının işleyişi için, ilgili iş akış talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

- **Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması :**

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Servis'te ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır²³ (Örnek olarak Form 8-9-10, ilgili diğer formlar). Hastane Afet Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınmalıdır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ve ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır.

- **Ekipman, Yelekler ve Lojistik:**

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

7.3 Triyaj İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

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

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

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

- Kategori I (Yeşil: Acil değil),
- Kategori II (Sarı: Geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- Kategori III (Kırmızı: Acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (Siyah: Ölü).

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

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

7.4 Hastaların Nakli, Departman, Servis ve Birimlere Yönlendirilmesi

- Hastalar hastane Afet Triyaj Alanından Acil Servis'e, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan Ayaktan Tedavi Bölümü'ne (ATB) gönderilir. Triyaj Alanından Acil Servis birimine ve diğer Departman/Servis/ Birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.
- Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından triyaj alanında çalışan idari görevliye (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.
- İhtiyaç halinde idari görevli tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, idari görevli tarafından (SOP 5) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve Olay Yönetim Ekibi'ne yapılacak raporlama için, sedye personeli tarafından idari görevliye geri bildirim yapılır.

8. ACIL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1 Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1 Kontamine Hastalar

- Acil Servis birimine girmeden önce, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın Acil Servise kabulü yapılmadan önce Olaya Özel Plan dikkate alınarak, dekontaminasyon süreci kayıt altına alınır.
- Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir kayıt olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve Acil Servis'e kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

8.1.2 Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (Özellikle İnsandan İnsana Bulaşma Yoluyla Epidemiyeye Dönüşme İhtimali Olan)

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

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

Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıklara yönelik dokümanlar (Ulusal Pandemi Planı, SARS, MERS-CoV, KKKA, H5N1, COVID-19 vb.) dikkate alınmalı, kullanılmalıdır.

8.1.3 Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı Olay Yönetim Ekibi tarafından alınır. Konu Olay Yönetim Ekibi üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akını olması durumunda, Acil Servis Birim Sorumlusu mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip Olay Yönetim Ekibi'nden talepte bulunur. Acil Servis hizmetlerinin kesintisiz olarak sunulması ve devam etmesi zorunlu olduğundan, bu birimde görev alan personel afet ve acil durum süresince diğer birimlere görevlendirilmemelidir. Acil Servis Birim Sorumlusu ilgili İş Akış Talimatları uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

8.1.4 Acil Serviste Temel İşlevler²⁴

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

- *Acil Servis Birim Sorumlusu*
 - Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,
 - Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralıları için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,
 - Acil Servis Birim Sorumlusu bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis hekimi bu görevi **üstlenecektir**,
 - Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Birim Sorumlusu herhangi bir hasta/yaralı yönetimini **üstlenmeyecektir**.
- *Cerrahi Uzmanı*
 - Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Birim Sorumlusu koordinasyonunda çalışacaktır;

24 Bu, yalnızca bir örnektir. HAP Hazırlama Komisyonu, bu konu üzerinde daha fazla çalışmalıdır.

hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır,

- Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerekmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğu sürece, Cerrahi Kıdemli hekimi herhangi bir yaralı yönetimini **üstlenmeyecektir**.

- *Anestezi Uzmanı*

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

- *Ortopedi Uzmanı*

Acil Servis Birim Sorumlusunun koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır.

- *Acil Servis Hekimi/Acil Servis Asistanı*

Acil Servis Birim Sorumlusunun idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

- *Acil Servis Sorumlu Hemşiresi*

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

8.2 Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

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

8.3 Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (İlaç, Sarf Malzemesi, Ekipman)

- Afet stokunun²⁵ derhal kullanımına, Acil Servis Sorumlusu tarafından karar verilir. Afet stokunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.
- Afet stokunda halihazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

25 Birçok hastanenin AS biriminde, daima kullanıma hazır olan bir "afet stoku" bulunur (temel ilaç ve malzeme).

8.4 Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

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

- Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.
- Kişisel eşyalar için önceden belirlenen form (Form 15) kullanılır.
- Bu amaçla ayrılan özel oda (yeri burada belirtilmelidir.), depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alınmaya kadar özel odada saklanır.
- Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır²⁶, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve derhal özel odaya taşınır.
- Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görevlisi/görevli memur nöbet tutar.

8.5 Görev Yeleklere ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan personel yaka kartlarını takacak, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında yer alan pozisyon sorumluları görev yeleklerini de giyecektir.

9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1 Genel İlke ve Esaslar

Acil durum sırasında doğru ve zamanında bilgi yönetimi son derece önemlidir. Bilgi yönetimi farklı düzeylerde bilgilendirme, hasta takibi, kritik malzeme ihtiyacına yönelik tahmin, sunulan hizmetlere yönelik izleme ve değerlendirme gibi çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

- Departman/Servis/Birim sorumluları, olağan zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin (ad-soyadı, ev ve cep telefon numarası ve yaşadığı adres gibi bilgiler) yer aldığı listeler hazır bulundurulmalıdır (bu listeler çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personeli de kapsamalıdır). Bu listeler, talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne (OYE) teslim edilmelidir.
- OYE ve birimler gelen-giden bilgileri kaydetmek için gerektiğinde arama kayıtları tutabilir (Form 29).
- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.
- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

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

9.1.1 Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

Acil Müdahale Planı'nın bu bölümünde tüm personelin genel bilgi sahibi olabilmesi için, bilgilerin yalnızca özeti²⁷ ele alınmaktadır:

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır. Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:
 - Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
 - Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
 - Devam eden ve karşılaşılmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
 - Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarının soruşturulması vb.), olaya müdahaleye ilişkin yasal kayıt tutmak.
- Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür.

Bu kişiler:

- Belirlenen idari görevliler,
 - İdari sorumlu,
 - Güvenlik sorumlusu,
 - Hastane müdürü,
 - Acil servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,
 - Santral görevlisi vd. olabilir.
- Hastanede kullanılan hastane bilgi yönetim sistemlerinin kullanılmadığı durumlarda daha önceden belirlenen alternatif kayıt sistemi kullanılmalıdır. Belirlenen alternatif kayıt sistemleri HAP'ta belirtilmelidir.

9.1.2 Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

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

9.2 Hasta Kaydı ve Takibi

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

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

²⁷ Kılavuz'un diğer bölümlerinde de, bilgi yönetimine ilişkin bilgi ve talimatlar mevcuttur (örneğin afet triyaj alanında kullanılan formlar, tedavi kapasitesinin ve hasta akını durumunda tıbbi kapasitenin değerlendirilmesi).

9.3 Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

- Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yasaktır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).
- Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (SOP 14) uygun olarak organize eder.
- Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda hasta yakınlarını bilgilendirmek için hastanenin uygun bir yeri- ne periyodik paylaşımlarda bulunmak için duyuru panoları vb. asabilir.

9.4 Medyayı ve Toplum Bilgilendirme

- Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi **veremez** (veya röportaj yapmayı **kabul edemez**).
- Olay Yönetim Ekibi gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.
- Olay Yönetim Ekibi basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.
- Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe **giremez** ve herhangi bir yeri **ziyaret edemezler**; hastane Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları görev yeleği giymelidir.
- Toplum bilgilendirmek gereken durumlarda hastane web sayfası, hastane dışı / içi pano, afiş ve benzer yöntemler kullanılarak toplumla paylaşım istenilen bilgiler topluma sunulur. Söz konusu bilgilerin medya aracılığı ile iletilmesi durumunda yukardaki medya bilgilendirmesi ile ilgili maddeler uygulanmalıdır.

9.5 Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

- Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.
- Özellikle insandan insana bulaşarak epidemiyeye dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi vakaları, Olaya Özel Plan'da ele alınır.
- Hastaların hastaneye ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, beklenmeyen bulaşıcı hastalık vakası, zehirlenme ya da kontamine hastalar gibi diğer acil durumlarda derhal Birim Sorumlusunu ve Olay Yönetim Ekibini bilgilendirmelidir.

9.6 Durum Raporları

- Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını **düzenli** hazırlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.
- Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.
- Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:
 - Olayın tarifi (özet),
 - Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,
 - Hazırlık tarihi/zamanı,
 - Oluşan veya beklenen riskler,

- Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,
- Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,
- İletişim bilgileri,
- Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

9.7 Personel Brifingi

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı vb. durumlarla ilgili yeterli bilgi verilecektir.
- Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine görevlendirilmişler ise) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.
- Olay süresince personel hastaneye ve/veya departmana uygun yöntemler ile süreç hakkında periyodik olarak bilgilendirilmelidir.

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1 Hastaneye Ulaşım

- Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personel ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için "güvenlik"ten sorumlu personele Olay Yönetim Ekibi tarafından talimat verilir²⁸.
- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları²⁹ takip etmelidir. Bu personel görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir.
- Trafik akışını rahatlatmak üzere, hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir, personel, arabalarını yasak alana **park etmemelidir**.
- Personel, yaka kartlarını her zaman yanında taşımalıdır.
- Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.
- Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan basın-medya alanına yönlendirilir.
- Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan hasta yakınları ve aile alanına yönlendirilir.
- Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi Bölümü'ne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabileceğinden rutin hizmetleri sunamayabilir. Olay Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.
- Afet bölgesinden kendi imkanlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan hastane afet triyaj alanına yönlendirilecektir.

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

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

10.2 Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.
- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecektir.
- Hastaneye erişim yolunun³⁰ daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep edecektir.

10.3 Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

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

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, önceden belirlenen acil haberleşme yoluyla irtibat kurulabilir. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair Olay Yönetim Ekibi'nden talimat alır. Ekipman ve malzemedeki sorumlu personel, ilgili prosedür ve İş Akış Talimatı'na göre çalışır, ilgili form ve kayıtları kullanarak rapor verir.
- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için güvenlik personeli, bakım personeliyle iş birliği yapar ve Olay Yönetim Ekibi'ni bilgilendirir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1 Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)

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

30 Her hastaneye özeldir.

11.2 Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

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

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1 Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek "psikososyal müdahale ve destek" kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.
- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı arasından seçilmelidir. Bu meslek gruplarının hastanede olmaması durumunda Olay Yönetim Ekibi tarafından başka bir kişi görevlendirilmelidir.
- Psikososyal destek personeli, afetlerin bireyler ve toplum üzerindeki psikolojik etkilerine ve temel psikolojik travma bilgisine hakim olmalıdır. Genel bir prensip olarak psikososyal destek personeli, kendisini, sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip edebilmelidir.
- Mevcut personelin psikolojik travma ve psikososyal destek konusunda yeterli bilgisinin olmaması durumunda, afet öncesinde eğitim desteği sağlanmalıdır. Hazırlık ve zarar azaltma safhasında hastane içinde psikososyal destek merkezi olarak hizmet verecek ünitenin kurulacağı yer belirlenmeli ve hastane krokisinde belirtilmelidir. Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle mutlaka Psikososyal Destek Ünitesi'nin oluşturulması sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:
 - Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
 - Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
 - Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.
- Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk ve ilgili diğer konulardır.
- Afet ve acil durumlarda psikososyal destek çalışmaları kapsamında psikososyal destek ekibine afet öncesinde sunulacak eğitim programının içeriğinde asgari olarak aşağıdaki konular önerilmektedir:

Psikososyal Destek Kapsamında Önerilen Asgari Eğitim Başlıkları

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

12.1.1. Psikolojik Triyaj

Afet ve acil durumlarda insanların toplu olarak buldukları yerlerde ruh sağlığı ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi ve psikolojik triyajın yapılması psikolojik desteğe ihtiyacı olanların hızla yönlendirilmesine ve hayatın normalleşmesine katkı sağlamaktadır. Psikolojik triyaj özellikle afetlerde hastanelere başvuran hastaların psikolojik ihtiyaçlarının ve önceliklerinin hızlı şekilde değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Psikolojik triyaj yaklaşımında kişilerin riskli bir psikolojik durumda olup olmadıkları belirlenirken, öncelikle kişinin kendine veya bir başkasına zarar verme riski değerlendirilmektedir. Ajitasyona veya eksitasyona meyilli kişiler ile intihara meyilli veya kendine zarar verme eğiliminde olan kişiler öncelikle yönlendirilmesi gereken grupta yer almaktadır. Afettede ajitasyona ve eksitasyona meyilli ise mutlaka güvenlik desteği aranmalı ve istenmelidir. Burada dikkat edilmesi gereken her ajite veya eksite davranışın psikolojik bir rahatsızlıkla ilişkili olmayabileceğidir (bazı agresif davranışların hipoglisemi, deliryum, beyin hasarı veya madde etkisi vb. gibi organik rahatsızlıklarla da ortaya çıkabildiği unutulmamalıdır).

Psikolojik triyaj değerlendirmesi 4 ana başlıkla yapılmaktadır:

- 1. Dış görünümün Değerlendirilmesi:** Hastanın nasıl görüldüğü değerlendirilmektedir. Örneğin hastanın dağınık, bakımsız, iyi görünümlü, mevsime uygun giyinip giyinmediği değerlendirilmektedir.
- 2. Duygulanımın Değerlendirilmesi:** Duygulanımı düz, hüzünlü, ağlamaklı, stresli veya kaygılı olup olmadığı, duygu dışavurumlarının hızla değişip değişmediği, duygulanımının söylediği şeylerle örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmektedir.
- 3. Tutumların Değerlendirilmesi:** Hastanın aşırı huzursuz, ürkek, garip, tuhaf veya kestirilemez eylemleri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda oryante ve koopere olup olmadığı, tepkileri, düşmanca tavırlar sergileyip sergilememesi de öncelikli değerlendirme kriterleri arasındadır.
- 4. Konuşmanın Değerlendirilmesi:** Hastanın nasıl konuştuğu, konuşmasının anlamlı, hızlı, tekrarlı, yavaş, kesintisiz, fısıldayarak, bağırarak veya sessiz olup olmadığı, müstehcen bir dil kullanıp kullanmadığı, cümlenin ortasında durması gibi kriterler değerlendirilmektedir.

Psikolojik triyaj, AMP'nin aktivasyonu ile birlikte, hasta karşılama, tıbbi triyaj, bekleme alanları gibi hastaların gruplar halinde bekledikleri alanlarda, eğitimini alan başta psikososyal destek ekibi olmak üzere, gerektiğinde eğitimini alan tüm sağlık çalışanları tarafından uygulanmaya başlanabilir. Psikolojik triyajın tek seferlik bir uygulama olmadığı ve hasta, hasta yakını ve çalışanlarla ilgili tekrar tekrar psikolojik triyaj yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

12.2 Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personele psikososyal ihtiyaç ve psikososyal risk analizi yapılması önemlidir. Bu amaçla, eklerde yer alan form (Form 31) kullanılabilir.
- Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili HAP Başkanı ile sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulmalıdır. Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak yer almalıdır. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütülmelidir.
- Sağlık personelinin psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir.
- Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapılmalı, gerektiğinde diğer kurumlarla iş birliği sağlanmalıdır.
- Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilmelidir.
- Afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi desteklenmelidir. Sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş faaliyetlerinin düzenlenmesi önem taşımaktadır.
- Psikososyal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibinde standart kayıt prosedürlerinin aynı şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

12.3 Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanı'na yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.
- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulmalıdır.
- Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler alınmalı ve gerektiğinde hastaların sevki sağlanmalıdır.
- Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölümlerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla iş birliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4 Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, AMP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütmelidir.
- Afet ve acil durumlardan etkilenecek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirlenemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikososyal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar halinde hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz iş birliği ve koordinasyon çalışması yürütülerek, kurumlararası iş birliği protokolleri düzenlenebilir.
- Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde mutlaka “Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları” konusu yer almalı ve tüm personel bilgilendirilmelidir.
- Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm tedbirlerin alınması önemlidir.

13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1 Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

- Hastaneler genel prensip olarak geçici morg işlevi **görmemelidir**. Bu nedenle öncelikle afet ve acil durumlar öncesinde ölümlerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve iş birliği çalışmaları yürütülmelidir.
- Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durumlarda; ölümlerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nün belirlediği geçici morga transfer edilemediği durumlarda, hastanede geçici morg işlevi görecektir bir alan açılmalıdır.
- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bulunmalıdır.
- Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurmaya üzere hazırlık yapılmalıdır.
- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

13.2 Hastanedeki Geçici Morg Alanı

- Gerekli olması halinde, hastanede geçici morg işlevi görmesi için uygun bir yer belirlenir. Geçici morg alanı OYE'nin kararı ile açılır.
- Alan, ilgili prosedüre (SOP 17) tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve yönetilir.

13.3 Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlesele ölümlerin yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hastalara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.
- Hastane ölümlerin kimliklendirilmesi ve transfer edilmesi sürecinde, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü, Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz iş birliği sağ-

lamalıdır. Bunun için afet ve acil durum öncesinde iş birliği çalışmaları yürütülmeli ve gerektiğinde karşılıklı işbirli protokolleri düzenlenmelidir.

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İYİLEŞTİRME/REHABİLİTASYON

Afet ve acil durum yönetiminde iyileştirme aşaması afete müdahaleden sonra gelen dönem ve süreçleri kapsar. İyileştirme çalışmaları, genel yaklaşımla, müdahaleyi izleyen **ön iyileştirme** ve daha sonraki süreçlerde gerçekleştirilen **kalıcı iyileştirme** uygulamaları olarak gruplanmaktadır.

Afet ve acil durum sonrası etkilenen nüfusun hayatta kalabilmesi ve varlığını sürdürebilmesi için gereken öncelikli adımların ve önlemlerin gerçekleştirildiği acil müdahale (acil yardım, insani yardım) aşamasından sonra, ön (erken) iyileştirme aşaması günlük hayatın afet/acil durum sonrası yeni koşullarda normalleşmesine, istikrar kazanmasına yardımcı bir dönemi ifade etmektedir. Hasara uğramış veya hizmet gerçekleştirme ortamını, fonksiyonunu kaybetmiş kurum ve yapıların kısa sürede tekrar çalışabilir hale getirilmesi faaliyetlerinin gerçekleştirildiği ön iyileştirme dönemi, afet/acil durumun türüne, büyüklüğüne, mevsime, etkilenen yerleşimin ve nüfusun özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Bu aşamada söz konusu olan yalnızca temel yapı ve hizmetleri afet öncesindeki haline döndürmek değildir; aynı zamanda, öncekinden daha güvenli bir yapılanma için orta ve uzun dönemde hayata geçirilecek yasal, kurumsal, fiziksel, sosyal ve ekonomik faaliyetlerin tümünü kapsayan kalıcı iyileştirme için başlangıç adımları da gündemdedir. Diğer bir deyişle, ön iyileştirme çalışmaları aynı zamanda, kalıcı iyileştirme planlaması ve uygulamaları için elverişli zemin oluşturmak bakımından önemli ve özenle yürütülmesi gereken çalışmalardır.

HAP çerçevesinde, afet sonrası iyileştirme süreçleri esas olarak, kısa dönemde tamamlanabilecek ön iyileştirme koşullarını tanımlamaktadır. Hastane düzeyinde bu koşullar, mevcut hastane yapılarının ayakta kaldığı; hastanenin hizmet verdiği mevcut yapıların terk edilmesinin, sağlık hizmetlerinin zorunlu olarak başka yapılarda sürdürülmesinin gerekmediği durumlardır. Hastane, afet sonrası mevcut yapılarında faaliyet gösteremeyecek ve işleyişini sürdüremeyecek durumda ise mevcut HAP uygulanabilirliğini kaybeder; hastanenin fiziksel, idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılanmasına ilişkin kalıcı iyileştirme kararları ve süreçleri HAP boyutu ötesinde şekillenir.

HAP kapsamında, afet ve acil durum sonrası sağlık hizmetini mevcut yapı ve fonksiyonlarıyla sürdürebilen hastanede iyileştirme süreçleri, olaya acil müdahalenin tamamlanması ve alarm durumunun sonlandırılması, müdahalenin raporlanması ile başlar. Olay/müdahale raporu da dikkate alınarak, zaman kaybetmeden afet ve acil durumun türü, büyüklüğü, etkisine göre iyileştirme gereken durumlar belirlenir. Bu çerçevede, hastanenin olağan (rutin) işleyişe geçiş sürecinde, öncelikle hastane ve personelin durumu fiziksel ve fonksiyonel bakımdan gözden geçirilmeli; fiziksel, sosyal ve çevresel olarak iyileştirme gereken durum ve koşullar önceliklendirilerek, önlem alınmalıdır.

Afet ve acil durum sonrası hastanelerin rutin işleyişe dönmesinde öncelik taşıyan konulara şu örnekler verilebilir:

1. Tıbbi kapasite artışının sonlandırılması

- İyileştirme planlaması yapılırken, tıbbi kapasite artışının sonlandırılma kararı yoğun hasta bakım hizmeti azaldığı takdirde verilmelidir.
- Olay esnasında kullanılan ilave ekipman, malzeme ve ilaçlar olay öncesi normal seviyelerine mümkün olan en kısa sürede dönmelidir.
- Müdahale esnasında görevlendirilen ek personel sayısı, ihtiyaç duyulan hasta bakım hizmetlerinde ve destek hizmet alanlarında azaltılmaz.

2. Personelin korunması ve desteklenmesine yönelik önlemler

- Acil durum öncesi, sırası ve sonrasında iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin ve afet güvenliğinin gerektirdiği ek önlemlerin eksiksiz uygulanması çok önemlidir.
- Kişisel koruyucu kıyafet ve ekipman kullanan personelin tıbbi takibi yapılmalıdır. Ayrıca söz konusu personele olası semptom ve bulgularla ilgili bilgi verilmelidir.
- Görev esnasında hastalanan veya yaralanan personelin maddi, psikolojik, tıbbi bakım ve barınma vb. konuları yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Görev esnasında hayatını kaybeden personel için önceden yapılmış planlamaların uygulanması takip edilmelidir.
- Hastalanan veya hayatını kaybeden personel olması halinde, iş arkadaşlarının da bu durumdan kısa ve uzun sürede olumsuz etkilenebileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır.
- Acil durum sona erdiğinde müdahale evresinde görev yapan hastane personeline ve gönüllülere yönetim tarafından paylaşım ve geribildirim yapılmalıdır. Ayrıca motivasyonu artıran düzenlemeler (teşekkür belgesi vb.) yapılabilir.
- Afet ve acil durumlarda görev yapan personelin işle ilgili tehlike algısı ve ailelerine yönelik endişeleri olay sırasında veya sonrasında işe devamsızlık hatta istifa ile sonuçlanabilmektedir. Bu kapsamda personelle düzenli, etkili bir iletişim/etkileşim kurulması; personel, personel ailesi ve gönüllülere psikososyal destek verilmesi önemlidir.

3. Mevcut durum bilgisi ve hasar tespit çalışmaları

Hastanenin tedavi kapasitesinin afet ve acil durumdan olumsuz etkilenmesi söz konusuysa, eski haline ya da eskisinden daha iyi hale getirilebilmesi, afet ve acil durumla baş edebilme kapasitesinin iyileştirilmesi amacıyla yapılacak çalışmaların ilk adımı hasar ve zarar tespit çalışmalarıdır. Bu çalışmalar en kısa sürede, mümkün olduğunca tam ve doğru bilgi vermelidir. Hastanede bulunan her departman, servis ve birim, zarar ve hasar tespiti yapmak amacıyla daha önce doldurulmuş formlar ve bilgilendirmeler doğrultusunda asgari olarak aşağıdaki başlıkların yer aldığı raporu hazırlamalıdır:

- Operasyonel durum (Departman/Servis/Birim aktif, yarı aktif, aktif değil)
- Personel durumu
- Fiziki alan ve ekipman hasarı
- Haberleşme ve bilgi teknolojileri sistemlerinde kesilme/aksama
- Acil ve uzun dönem ihtiyaçları (tıbbi ve diğer)
- Departman, servis ve birim fonksiyonlarının rutin işleyişe dönüşü için tahmini süre

4. Etkilenen ve etkilenmeyen alanların değerlendirilmesi

Hasar ve zarar tespitinden sonra, öncelikle çevre koşullarında istikrarın sağlanması (örneğin, binanın tümü ve tek tek bölümlerde kritik sistemlerde güvenlik kontrolü vb.) önemlidir.

Afet/acil durum sonrası hastanenin hasar tespit sonuçlarına göre, fiziksel alanlardaki yapısal hasarlar dışında, iyileştirme amaçlı iki yönlü çalışma gerekebilecektir:

• Etkilenmeyen alanlar

Etkilenmeyen ya da hemen faaliyete geçebilecek bölüm ve alanlarda çalışmanın başlaması kararı hastane yönetimi tarafından açıklanır, faaliyet sürekliliğinin, sağlık hizmet sunumunun sürmesi ya da yeniden sağlanması ile ilgili yazışma, açıklama, duyuru ve düzenlemeler yapılır.

• Etkilenen alanlar

- Etkilenen alanlara girişin güvenli olduğu ilgili resmi kurumlar tarafından teyit edildikten sonra hastane içinde gerekli faaliyet ve işlemlere başlanır. Süreç Operasyon Şefi tarafından Tıbbi Bakım ve Altyapı Sorumluları ile birlikte yürütülür.
- Afet ve acil durum nedeniyle hastanenin fiziksel yapısı farklı düzeylerde etkilenebilir, bu durumda, öncelikle tüm hasta bakım alanları ve ekipmanı baştan sona temizlenir ve kontrol edilir. Bu süreç etkilenen alana bağlı olarak zaman alıcı ve maliyetli olabilir. Afet/acil durumdan etkilenen alanlarda temizlik işlemleri mevcut temizlik personeli ile yapılabilir. İyileştirme süresini kısaltmak amacıyla ihtiyaç halinde dışarıdan hizmet alımı ile temizlik gerçekleştirilir.
- Tehlikeli maddelerle ilgili veya biyolojik olaylarda temizlik hizmetleri özel temizlik ajanları ve prosedürleri gerektirir. Yetkili firmalardan hizmet alımı yapılabilir. Dekontaminasyon sonrası toplanan atık su dahil tüm tehlikeli atıkların imhası uygun şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli Madde Sorumlusu ve Altyapı Sorumlusu süreci koordine eder.
- Temizliği ve işlemleri tamamlanmış malzeme, güvenlik önlemlerine dikkat edilerek, yeniden düzenlenmiş yerlerine yerleştirilmelidir. Her birimde yapılacak kapsamlı değerlendirme ile faaliyetin yeniden başlayabilmesi ya da sürdürülebilmesi için gerekli hizmet ve ekipmanın durumu ve seçenekler (örneğin, ek personel, yer vb.) ayrıntılı olarak belirlenmelidir.

5. Uygulamaların kayıt altına alınması

- Afet sonrası iyileştirme uygulamaları ile ilgili olarak Kılavuz'un hastane afet ve acil durum yönetim sisteminin anlatıldığı İkinci Bölümde Görev Tanımları (md. 2.2) başlığı altında ve izleyen diğer madde başlıkları (örneğin, Psikososyal Destek Faaliyetleri/Bölüm 2, md. 12) altında müdahalenin yanı sıra afet/acil durum sonrası iyileştirme görevleri ve uygulamalarıyla ilgili bilgiler de yer almaktadır. Bu uygulamalar faaliyeti gerçekleştiren, ilgili bölüm tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- Afet ve acil durumların iyileştirme evresinde görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması, gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, muhasebe raporlarının düzenlenmesi, ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi, hastane restorasyon giderleri, ekipman ve teçhizat tamiri/alımı Finans bölümü tarafından yapılır.
- Afet ve acil durum sonrasında, yaşanan deneyimden edinilen dersler göz önünde tutularak müdahale ve müdahalenin dayandığı önceki hazırlık aşamaları Yönetim ve birimler tarafından gözden geçirilir, kapsamlı biçimde incelenir, eksikler giderilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

GİRİŞ

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

Olaya Özel Plan hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanelerin acil önceliklerinin tespit edilmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Plan'da, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipman kullanmasından bahsedilemeyecek ve bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmalıdır: 1) Olayın seyrine, gidişata göre gerçekleştirilecek **Olay Eylem Planı**, 2) **İş Sürekliliği** prosedür ve uygulamaları, 3) Olay sonrası **İyileştirme** plan ve uygulamaları.

Kılavuz'da Olaya Özel Plan ile ilgili yaklaşım ve bilgiler beş olay başlığı altında örneklenmektedir: **Yan-ğın, Kimyasal Olay, Tahliye Gerektiren Durumlar, İş Sürekliliğinde Kesinti, Pandemi**. Olaya Özel Planların aynı zamanda birbiriyle bağlantıları da belirtilmektedir.

Bu **örneklerin dışında**, HAP Hazırlama Komisyonu tarafından göz önünde bulundurulabilecek diğer Olaya Özel Plan konularına şu örnekler verilebilir:

- Hastane bilgi yönetim sistemlerinin çalışmaması
- Kitlesel yaralanma ve ölüme yol açabilecek olaylar (doğa kaynaklı olaylar, kazalar vb.)
- Biyolojik, radyolojik, nükleer olaylar
- Kitlesel yanık yaralanmaları
- Bomba tehdidi, insan kaçırma, rehin alma olayları
- İş sürekliliğini olumsuz etkileyen diğer olaylar (sosyal hareketlilik, hastane enfeksiyonu vb.)

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

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1

HASTANE İÇİ YANGIN

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

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

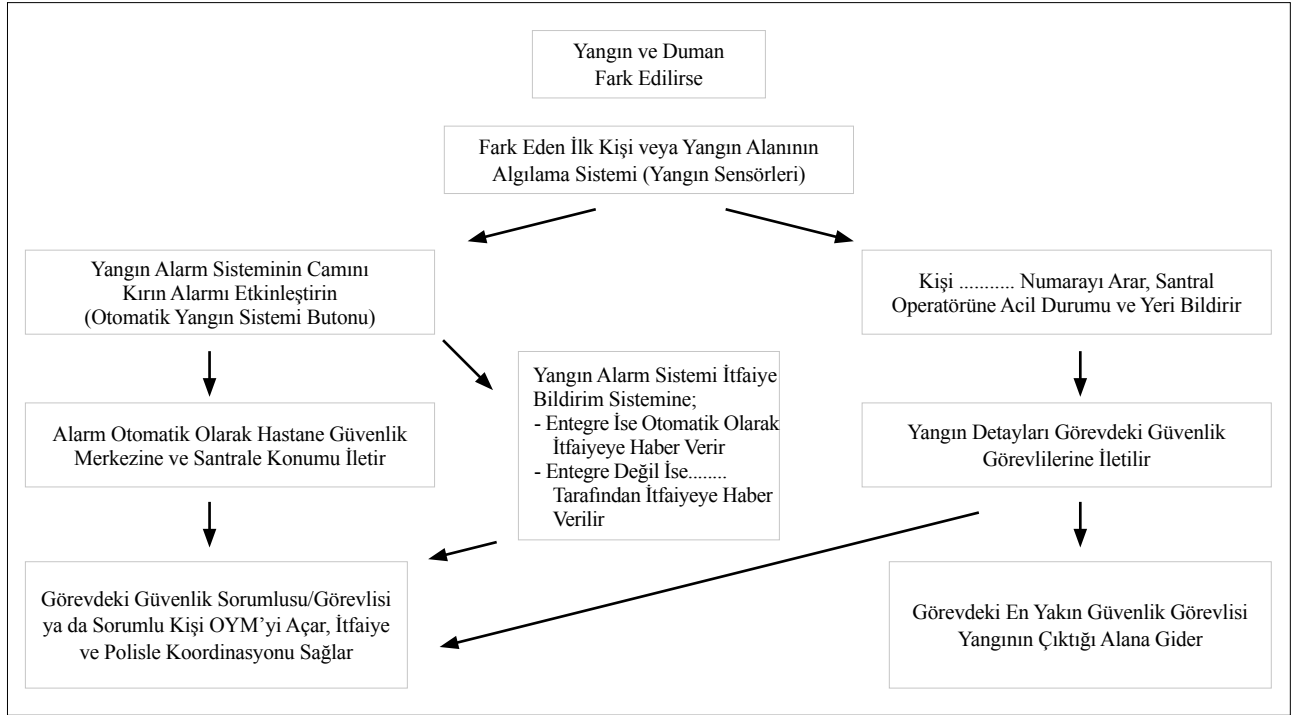
Her hastanede tüm personel yangınla ilgili eğitim almalıdır. Her hastane, bina içinde güvenlik ve yangın söndürme görevlisi olarak hareket etmeleri için de belirli sayıda personel eğitmelidir (hemşireler, doktorlar, idari ve destek personeli). Çalışanlar yangın söndürücülerin nerede olduğunu, yangınla nasıl mücadele edileceğini, tahliyenin nasıl başlatılacağını ve itfaiye ile nasıl iş birliği yapılması gerektiğini bilmelidir. Hastane tarafından hazırlanan Olaya Özel Plan, yangın ile ilgili eğitimlerde kullanılmalı ve tüm personelin söz konusu planı okuması sağlanmalıdır.

1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

- Şu numarayı arayın (..... hastane içi dahili numara) yangının türünü ve yerini bildirin.
- Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangın süresince, alarla ilgili arama/görüşmelerin dışında tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- Sizin için tehlike arz etmiyorsa, **kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra**:
 - Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangını/dumanı izole edin.
 - Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı **hastaya güvenliğini sağladıktan sonra** kapatın ve mümkünse izole edin.
 - Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, tahliyeyi başlatın, binayı boşaltın.
- Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- Tüm sağlık personeli (yöneticiler dahil) ve destek personel güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, **Dur, Yat, Yuvarlan** prensibini uygulayın. Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen, nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın. Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun (varsa yangın söndürücü battaniye kullanılabilir).

1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması



Şekil 8: Yangın/Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması

Yangın/duman müdahalesinde bilgi yönetimine ilişkin iş akış şeması örnek olarak verilmiştir. Hastaneler bu şemayı ihtiyacına göre geliştirmeli ve uyarlamalıdır.

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

• **Alarm Ver :**

Hemen güvenlik sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (kendi çalışma alanınızda gösterilen talimatları izleyin).

• **Kurtar :**

- Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olmalıdır.-
- Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilinceye kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen dışına taşınmalıdır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine, **yatay tahliye** tercih edilebilir.
- Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye, pike vb. verilmelidir.
- Boşaltılan odanın/alanın görsel ve sesli taramasından sonra, odanın içinde kimsenin olmadığından emin olunduktan sonra odanın/alanın girişi/kapısı açıkça işaretlenmelidir. Tahliyeden sonra hastaların yönlerini şaşırarak tekrar aynı birime girmelerini engelleyebilmek için bu işaretler güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde yazılı olmalıdır. Her hastane kullanılacak işaretleme sistemini önceden belirlemelidir.
- Bulunamayan hastalar için dolapların içi, yatakların altı ve tuvaletler her zaman kontrol edilmelidir.

- **Kontrol Altına Al :**

- Yangınla mücadele profesyonel yardım ulaşınca kadar hastanenin kendi personeli tarafından yapılır.
- Eğitim almamış personelin taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmelerine izin verilmemelidir.
- Alevler kontrol altına alınmadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına almak önemlidir.
- Tıbbi gaz vanaları ve havalandırma sistemi kapatılmalıdır. Kapılar tekrar açılmamalı, böylece yangının odadaki oksijeni tüketerek sınırlı kalması sağlanmalıdır. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.
- Tutuşabilir maddeler ve malzeme alandan uzaklaştırılmalıdır.

- **Tahliye Et / Kaç:**

- Hastanenin tüm alanlarında her zaman yangına müdahale için eğitimli personel bulunmalıdır. Yangın halinde güvenlik personeli olay yerinde bulunmalı ve yangın bölgesinin güvenliğinin düzenlenmesini üstlenmelidir.
- Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokilerine uyulmalıdır.
- Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemlerini zorlaştırabilecek olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda personel kendi servisinin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardımı beklemelidir.

1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Yangın alarmı verildiği an **Olay Yönetim Ekibi** (OYE) hemen faaliyete geçirilir.
- HAP Başkanı tarafından yetkilendirilen kişi hemen **Olay Yönetim Merkezi**'ne (OYM) gider ve Merkezi açar:
 - İtfaiye ile teması sağlar,
 - Polis ile teması sağlar,
 - 112 AÇM/KKM/İL SAKOM ile ilk teması sağlar,
 - İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği, diğer servisler gibi alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan'da dikkate alınmalıdır).
- **Olay Yönetim Ekibi** toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:
 - Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
 - Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
 - Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

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

- Tüm personel hastane içi yangın için düzenli olarak eğitim almalıdır ve her departmanda görev başında hastane içi yangına karşı yapılacakları bilen en az bir eğitilmiş personel olmalıdır (doktor, hemşire veya diğer görevliler).
 - İtfaiye hizmetlerinin tüm binalara rahat erişimini sağlamak amacıyla, hastanedeki her binanın etrafında kolay erişim için, araç yolu ve çıkış olması tavsiye edilir. Yollar her zaman açık tutulmalıdır. Personelin araçlarını izin verilen yerler dışına park etmesine müsaade edilmemelidir.
 - Yangın kapıları çıkış yönünde açılmalı, kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucu olmalıdır. Koridorlarda duman geçirmeyen kapı olması yatay tahliye olan durumlarda yangından korunmada faydalı olur. Çıkış işaretleri açıkça görülebilir olmalıdır. Farklı türde yangın söndürücüler muhtemel yangının türüne göre kritik noktalara yerleştirilmelidir; konumları açıkça belirtilmeli ve o alanda çalışan personel nerede olduklarını bilmelidir.
 - Mevzuat kapsamında mümkün ise hasta odaları ve diğer kritik odalara, duman ve ısı algılayıcılar ile otomatik sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmalıdır.
 - Hastanedeki havalandırma ve sirkülasyon sistemi gaz ve duman gibi zehirli maddeleri taşımamalıdır. Yangın alarmı verildiğinde otomatik kapanma işlevi olmalıdır. Otomatik kapama sistemi yok ise görevli personel nasıl ve nereden kapatacağı konusunda eğitim bilgisine sahip olmalıdır.
 - Hastane yangın alarm sistemi, mümkünse bilgi paylaşma konusunda vakit kaybetmemek için doğrudan itfaiye ile bağlantılı olmalıdır. Bu mümkün değilse, her departmanda veya birimde görev başında olan tüm personel santrale ve/veya itfaiyeye hemen nasıl haber vereceğini bilmelidir. Santralde yangın alarmının merkezi bir şekilde kontrol edilmesini sağlayacak bir gösterge paneli olmalıdır. Bu panel itfaiye ekibinin hastaneye varmasının hemen ardından kolayca ulaşabileceği şekilde olmalıdır.
 - Personel, yangın alarmı verildiğinde, kime ulaşılacağını, nereye gidileceğini ve neyin kontrol edileceğini bilmelidir. Alarm sırasında kafeterya gibi kendi birimi dışındaki mekanlarda bulunan personel, olayın mağduru olmamak için kendi birimlerine geri dönmek zorunda olup olmadıklarını bilmelidir. Duyuruda personele açıkça talimatlar verilmelidir.
 - Yangın için hazırlanmış bilgilendirici talimatlar merdivenlere veya çıkış kapılarına yakın her kritik bölgeye, ayrıca uygun görülen yerlere de yerleştirilmelidir.
 - Hastanede yangına yönelik yapılan hazırlık faaliyetlerine (plan geliştirme, tatbikatlara vb.) itfaiyenin ilgili bölümü tam katılım sağlamalıdır.
 - Hastaneler ilgili mevzuatlar doğrultusunda yangın ekiplerini (söndürme, kurtarma, ilk yardım ve koruma) oluşturmak, ekip personeline bilgi ve eğitim vermek zorundadır.
 - Tıbbi gaz kesme vanaları, “açık” ve “kapalı” konumların yeri belirli olacak şekilde açıkça işaretlenmelidir. Vanaların yeri, vanaların hangi sistemleri kontrol ettiği, vanaları kapatma kararını kimin verebileceği konusunda gerekli planlar önceden yapılmış olmalıdır.
- Gaz vanalarının yeri, nasıl kapatılacağı ve hangi alanı beslediğine dair yazılı görsel uyarılar hazırlanmalı ve personele düzenli eğitimler verilmelidir.
- Vanalar kapatılmadan önce Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi kritik birimler özellikle bilgilendirilmeli ve alternatif önlemlerin nasıl alınacağı belirlenmelidir.
- Yangın alarmının bitişik odalara nasıl aktarılacağı hakkında açık prosedürler belirlenmelidir, örneğin diğer odalara personelin mi yoksa santralin mi haber vereceği belirtilmelidir. İdeal olarak alarm santrale ve itfaiyeye otomatik olarak aktarılmalıdır. Alarmın gerçek olup olmadığını belirlemeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir.
 - Yangın alarm sistemi mevcutsa, ilgili çalışma alanında hemen sesli olarak da alarm vermelidir.
 - Yangın prosedürleri bir şema, açıklama, kontrol listesi veya tüm bunların bir kombinasyonu (hastanenin boyutuna bağlı olarak) şeklinde verilebilir. Personelden bu prosedürleri düzenli olarak dikkatli bir biçimde okumaları istenmelidir.

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

1.5 Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü hastane içi yangın durumunda **örnek** olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. Söz konusu Standart Operasyon Prosedürü, hastane bulunan bir servis için genel prosedürü anlatmaktadır³¹.

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO ...		
HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Personel, hastalar ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak ve mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen numaraya (numarayı buraya yazınız) ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, • Yangına müdahaleye başlamak, • Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, • Daha fazla zararı önlemek, • Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak, 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Çalışma alanınızda gösterilen hastane içi yangın prosedürünü hızlıca okuyun, • Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın, • Hemen Güvenlik Sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (kendi çalışma alanınızda gösterilen talimatları izleyin), • Yakın servislerin personelini yardıma çağırın, • Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun, önce hasta güvenliğini sağlayın), • Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının yayılması ile ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin tamamlanmasını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin, 		

31 Her ana alana yönelik bir Standart Operasyon Prosedürü geliştirmek gereklidir (örneğin, eczane, mutfak, çamaşırhane, vb.) Bu çalışma, hastane HAP Hazırlama Komisyonu tarafından yapılmalıdır.

<ul style="list-style-type: none"> Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. Güvenlik Sorumlusu) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız), 		
<ul style="list-style-type: none"> Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıda yer alan karşılaşılabilecek özel durumlara bakınız). 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan Departman/Servis/Birim yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP Başkanı veya HAP Başkanı'nın olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir), 		
<ul style="list-style-type: none"> Servisin tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hastanın kalmadığından emin olmak için odalar tekrar kontrol edilmelidir. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden bir yetkilinin izniyle (örneğin, Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve hemen Güvenlik Sorumlusuna rapor verilmelidir (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır). 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Otomatik yangın söndürme sistemleri (yağmurlama sistemi (sprinkler) vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Yangın söndürme cihazları, 		
<ul style="list-style-type: none"> Battaniye, yatak, sedye, tekerlekli sandalye. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personeli hazır bulunur, yangına müdahale ve tahliyede görev alır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların servisten tahliye edilmelerinin ardından, servisin boşaltıldığını belirtecek bir işaret konulur, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapılır. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Alarm ver: Hemen 		
<ul style="list-style-type: none"> Kurtar : Hemen 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye ile ilgili SOP, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP, 		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İşAT, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Sorumlusu İşAT, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bölüm Sorumlusu İşAT. 		

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Yangına etkili bir şekilde müdahale edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan servisteki odaların pencerelerini ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir hastanın kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangına müdahaleye başlayana kadar kapıları asla açmayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> Servisin tüm sağlık personeli ve destek personel, 		
<ul style="list-style-type: none"> Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örneğin, eczane), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel, 		
<ul style="list-style-type: none"> İtfaiye, 		
<ul style="list-style-type: none"> Emniyet güçleri. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> Yangına müdahale malzemelerinin kullanım kılavuzları ve malzemelerin konumlarını gösteren krokiler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye yolları için harita/krokiler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Raporlama için kayıtlar ve formlar. 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Hasta, personel ve malzemeye ilişkin tahliye kayıtlarını tutun.		
Formlar:Tahliye kayıtları için Hasta, Personel ve Malzeme Tahliye Takip Formlarını kullanın. Tahliye durumunda, her bir hastanın hasta tanıtım kartını üzerine takın ve hasta dosyası ile birlikte gönderin.		
Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. 		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none"> Temel faaliyet: Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak. 		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın. 		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none"> Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır. 		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2

KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ

(İç veya Dış Kaynaklı)

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

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

2.1 Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

Hastanede, kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

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

2.2 Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması

Hastanede kimyasal olaya müdahalede iş akışının başlıca basamakları şunlardır:

- Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir.
- Hastane personeli **turuncu** renk kodu anonsu ile bilgilendirilir.
- Dekontaminasyon prosedürleri, mümkün olduğunca hastane dışında gerçekleştirilmelidir (Acil Servis'in kontamine olması engellenmelidir).
- Dekontaminasyon prosedürlerinin yönetimi ve/veya kontamine olan hastalara akut bakım hizmeti sunumuna dahil olan personel, kişisel koruyucu ekipman giymeli ve Olay Yönetim Ekibi talimatlarına ve Standart Operasyon Prosedürlerine uymalıdır.
- Kimyasal olaylara uygulanan özel triyaj prosedürlerine riayet edilmelidir.
- Olay Yönetim Ekibi'nin tavsiyesine uygun olarak standart tedavi protokollerine uyulmalıdır.
- Sınırlı sayıda bulunan bazı temel ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir.
- Tıbbi bakım hizmeti ve semptomlar, uzun süreli takip hedeflerine yönelik olanlar dâhil olmak üzere, özel form ve kayıtlara kaydedilmelidir.
- Hastaların bilgilendirilmesi her zaman gereklidir; ancak bilgilendirme, Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uymak suretiyle personel tarafından yapılmalıdır.
- Uzman kuruluşlarla iletişim, toplumun risk konusunda bilgilendirilmesi ve koordinasyonu, Olay Yönetim Ekibi tarafından yönetilir.

2.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

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

- Alandan hastaneye gelen hastalar ve diğer normal hastalar için triyaj faaliyetleri,
- Kontamine kişiler için Acil Servis'e girmeden önceki dekontaminasyon prosedürleri,
- Sürece dahil olan personelin güvenliği ve emniyeti,
- Geç ortaya çıkan ciddi semptomlara yönelik olarak taburcu hastalara uygulanacak takip faaliyetleri,
- Sürece dahil olan personelin sağlığını korumaya yönelik takip sistemi,
- Sağlık yetkilileriyle bilgi akışının koordinasyonu,
- Kontamine bölümden tahliye edilen hastalara yönelik alternatif tedavi alanının tespiti.

2.4 Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- Personelin güvenliği ve sağlığı önceliklidir.
- Akut olaylar, kronik salınım veya maruziyet, hastanede çok farklı kısıtlamalar yaratabilir.
- Ani olaylarda hem erken hem geç ortaya çıkan semptomlar görülebilir.
- Çok sayıda kontamine kişi olması, sağlık hizmeti sunumu için büyük zorluk oluşturur. Hastanenin acil müdahale kapasitesini kolaylıkla aşabilir ve kaynakların (sürece dahil olan personelin) yeniden dağılımı gerekli hale gelebilir; hastaların ve uygulanacak tedavi prosedürlerinin önceliklendirilmesi gerekebilir.

- Ağır yaralı hastaların, hayat kurtarmaya yönelik acil bakım hizmeti alması gerektiği durumlarda dekontaminasyon prosedürleri zaman tüketici olabilir. Triyaj faaliyetine dâhil olan personel, önceliğin hayat kurtarma olduğunu bilmelidir.
- Çok miktarda özel antidota ihtiyaç duyulabilir ve bu nedenle yalnızca bu tedaviye gerçekten ihtiyaç duyan hastalara verilmelidir.
- Hastane toksik maddenin içeriye dökülmesinden doğrudan etkilenebilir ya da dışardan kimyasal gaz bulutuna maruz kalabilir. Personel, dışarıdan hava girişini engelleyerek hastaneyi korumayı göz önünde bulundurmalıdır.

2.5 Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Hastane dekontaminasyon alanı asgari olarak aşağıdakileri içerir:

- Dekontaminasyon ünitesi,
- Yeteri kadar duş başlığı ve ılık su kaynağı,
- Atık tankı,
- C seviye koruyucu kıyafet (tam set olarak) ve yedek filtre,
- Yıkama süngeri ve plastik spatula,
- Sıvı sabun ve çamaşır suyu,
- Elbise makası,
- Kapaklı büyük boy çöp kovası (tıbbi atık kovası), tıbbi atık poşeti,
- Kablo bağı plastik kelepçe (poşetleri kapatmak için uygun boyda),
- Etiket (kapatılan poşetler için),
- Zemin temizlik fırçası ve paspas,
- Triyaj kartı,
- Banyo havlusu (tek kullanımlık),
- Arındırılmış hasta için terlik (tek kullanımlık),
- Hasta önlüğü (tek kullanımlık),
- Battaniye, nevresim, çarşaf, pike,
- Ceset torbası,
- Pansuman malzemesi,
- Hasta taşıma ve yıkama sedyesi (kolay yıkanabilir su tutmayan).

Dikkate alınacak diğer hususlar:

- Hastaneyi tehdit eden olası tehlike kaynaklarını (ve olası senaryo türlerini) belirleyin ve risk analizi yapın,
- Dekontaminasyon işlemi için hasta/yaralının yürüyebilirliği, yaşı, yaralanma durumu, cinsiyeti, engelli olması, gebe olması, yaşlı olması gibi benzer durumları kültürel öğelerle birlikte dikkate alın,
- Dekontaminasyon personelin dinlenmesine yönelik alan hazırlayın, sıvı ve gıda ile destekleyin,
- Dekontaminasyon personelinin işlem bittikten sonra dekontaminasyonunu sağlayın.

2.6 Standart Operasyon Prosedürü

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

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO ...		
KİMYASAL OLAYLARDA HASTALARIN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Tüm hastaların güvenli ve uygun şekilde tedavi edildiğinden, personelin iş güvenliği ve emniyetinin sağlandığından emin olmak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak, Triyaj faaliyetlerini düzenlemek, Acil Servis'e girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu sağlamak, Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek, Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek, Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi'nin koyduğu kabul ve ret kriterlerine uyum), Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık vb.) hazır olmasını sağlamak, Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili kimyasal(lar)ın yapısına ilişkin bilgiyi en doğru kaynaktan teyit edin, Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP'lara göre derhal faaliyete geçirmek için Acil Servis personelini haberdar edin,, Dekontaminasyonu yapacak olan personelin kontrol listesine uygun olarak yeterli koruyucu ekipmanı kullanmasını sağlayın, Tıbbi bakım hizmetlerinin/dekontaminasyon uygulamalarının, hasta giriş kayıt formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın, Temel bakım hizmetinin sunulmasını sağlamak için hasta kabul ve dekontaminasyon alanlarında yeterli sayıda personel ve ekipmanın bulundurulmasını sağlayın, Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dahil),, Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izin verin, kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından), 		

<ul style="list-style-type: none"> Geç ortaya çıkan semptomların tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart tedavi protokollerine uyulmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim, özel ilaç ve antidot almak için kabul ve ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa), 		
<ul style="list-style-type: none"> Bir oda veya bölüm kontamine hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delillerin karartılmaması açısından personeli uyarın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin kimyasal ajan kaynaklı sağlık risklerine maruz kalması önlenmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan, tıbbi bakım ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olunmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon ünitesi (yıkama alanı, atık su tankı, duş, sabun vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon prosedürü, 		
<ul style="list-style-type: none"> Atık su yönetimi prosedürü, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta dosyaları, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıt malzemeleri (triyaj kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.). 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığının korunması, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kontamine hastaların dekontamine edilmesi ve akut tıbbi bakım hizmeti almalarının sağlanması, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane ekipmanına kimyasal bulaşın engellenmesi, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi. 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesi. 		

Zaman Dilimi		
• Olaya özel planın faaliyete geçirilmesinden hemen sonra başlar ve olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP,		
• Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı,		
• Dekontaminasyon Birim Sorumlusu İşAT'ı,		
• Müdahalenin yönetimi için İl Sağlık Müdürlüğü (112 AÇM/KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçilmesi.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini öngörerek koruyucu önlemleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın,		
• Kontamine olmuş kişilerin sayısı hastane hizmet kapasitesini aştığında müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.		
Sürece Dahil Kişiler		
• Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel,		
• Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli.		
Ekler		
• Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita/kroki,		
• Kayıtlar ve formlar,		
• Kontrol listesi,		
• Triage protokolü, triyaj kartı,		
• Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili).		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi ve bildirim sistemine kaydedilmesi.		
Formlar: Triage kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.		
Raporlama mekanizması:		
• Olay Yönetim Ekibinin talimatına uyulmalıdır,		
• Hastaları taburcu ederken hasta bilgilendirme formunu (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağını belirten) verin.		
İzleme		
• Temel faaliyetin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun,		
• Geç ortaya çıkan semptomlar açısından, tedavi edilen hastaların takibinden emin olun,		

<ul style="list-style-type: none"> Toplum sağlığına uzun süreli etkilerinin izlenmesi açısından, verilerin eksiksiz ve düzenli tutularak ilgili kurumlara iletildiğinden emin olun. 		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın. 		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none"> Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır. 		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO ...		
DEKONTAMİNASYON	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Kontamine olarak Acil Servis'e getirilen kazazede/hasta/yaralıların dekontaminasyonunu sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Kazazede/hasta/yaralının bilgilendirilmesini (bilinç açıksa) sağlamak, Kazazede/hasta/yaralının kıyafet ve aksesuarlarının çıkarılmasını sağlamak, Gerekliyse noktasal dekontaminasyonun yapılmasını sağlamak, Kazazede/hasta/yaralının tamamen dekontamine edilmesini sağlamak, Teknik dekontaminasyonun (dekontaminasyonu yapan personel ve ekipmanın dekontaminasyon işlemi) yapılmasını sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyona başlamadan önce kazazede/hasta/yaralının bilinci açık ise yapılacak işlemler hakkında bilgi verin, Hasta yürüyebiliyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysilerin çıkarılması sağlanır, Hasta yürüyemiyor ise; kontamine olmuş ayakkabılardan başlanarak kontakt lens, gözlük, takı vb. ile iç çamaşırlar dahil giysiler çıkarılır. Bunun için sırasıyla; <ul style="list-style-type: none"> - Önce ayakkabılar çıkarılır, - Kontakt lens, gözlük, takı, protez vb. çıkarılır (gözlük, protez gibi kişisel ihtiyaçları karşılayacak cihazlar/malzemeler dekontamine edilip hastaya geri verilebilir), - Giysiler cilde zarar vermeden hızlıca kesilir. * Toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır, Toz halindeki ajanlarla maruziyette önce giysiler hafifçe ıslatılır, * Makas dikkatli kullanılarak, duyarlı ve yaralı bölgelere yaklaşılmaz, 		

* Boyunda ön orta kısımdan başlayıp bedene doğru kesilir sonra omuzlardan başlayıp kollara doğru kesilir,		
* Pantolonu ayak bileğinden başlanıp yukarı bele doğru kesilir. Bacak arasında fermuarın bittiği yerde her iki hat birleştirilir,		
* İç çamaşırları kesilir.		
- Giysileri kafayı içinden geçirerek çıkartmaya çalışılmaz,		
- Giysi hastaya yapışmış ise yırtmaya, çekmeye ya da parçalamaya çalışılmaz, giysi altındaki deriden tamamen ayrılıncaya kadar su ile ıslatılır,		
- Dokuya zarar vermemek için giysiler dikkatlice kaldırılır. Kontaminasyonu engellemek için giysiler ters çevirip katlanarak çıkarılır.		
• Kontamine ayakkabı, kontakt lens, gözlük, takı, cep telefonu, saat vb. ile giysiler büyük plastik torbaya koyulur. Varsa triyaj kartının kontamine kısmı kopartılarak poşetin içerisine yerleştirilir. Biliniyorsa etken madde ve kişi bilgileri poşetin üzerine etiketlenir ve poşet tehlikeli olarak işaretlenir (emniyet güçlerine teslim edilecektir),		
• Kazazede/hasta/yaralı hemen dekontaminasyona alınmayacak ise kesilmiş giysilerinden uzaklaştırıldıktan sonra temiz bir sedyeye alınır ve üzeri örtülür,		
• Noktasal dekontaminasyon ile etkilenen bölgeler arındırılır.		
- Cilt üzerindeki bütün sıvılar emici temiz bir madde (örneğin sargı bezi) yardımı ile uzaklaştırılır. Üzerinde sıvı bulaşı olan açık yara var ise önce yaradan başlanır,		
- Cilde bulaşmış yağ ya da krem benzeri yoğun malzemeler var ise suyla yıkamadan önce tahta veya plastik cilde zarar vermeyecek spatula benzeri bir malzeme ile iyice kazıyarak ciltten uzaklaştırılır.		
• Yıka – Sil – Durula tekniği kullanılır. Bunun için sırasıyla;		
- Dekontaminasyonda kullanılacak suyun sıcaklığının 24-32 °C arasında olmasına dikkat edilir (ortam sıcaklığına bağlı olarak kazazede/hasta/yaralıyı üşütmeyecek en düşük sıcaklık seçilmelidir),		
- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden ağız ve burundan başlayarak saçları, boynu ve tüm vücudu ayak parmaklarına kadar yukarıdan aşağıya doğru sabunlu su ile nazikçe yıkanır. Tırnakları ve kıvrım yerleri daha dikkatli yıkanmalıdır (bu aşama kontaminantları seyreltir, partikülleri ve hidrofilik kimyasalları uzaklaştırır),		
- Etkilenen bölgeler sünger, yumuşak fırça veya temizlik bezi ile nazikçe tamamen silinir. Açık yara varsa etrafındaki deriden başlanır. Yara etrafı yaradan uzağa doğru silinir. Tırnak araları yumuşak fırça ile temizlenir. Sünger, fırça ve bezler düzenli aralıklarla değiştirilir (bu aşama organik kimyasalları ve suda çözünmeyen petrokimyasalları uzaklaştırır),		
- Açık yara varsa yaradan (yara arındırması sadece steril su veya serum fizyolojik ile yapılır) yoksa yüzden başlayarak tüm vücut su ile nazikçe durulanır,		
- Kazazede/hasta/yaralı tek kullanımlık havlular ile nazikçe kurulanır, açık yaraların kapatılması düşünülür.		

<ul style="list-style-type: none"> Kazazede/hasta/yaralı temiz bölgedeki yeni bir sedyeye aktarılır. Kullanılan sedye tekrar kullanmak için dekontamine edilir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon bölgesini terk etmeden önce bütün ekibin dekontamine edildiğinden (teknik arındırma) emin olunur. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon yapacak personel bu konuda yeterli eğitim almış olmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> C seviye Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) yeterli sayıda olmalıdır. Dekontaminasyonda çalışacak her personelin beden ölçüsüne uygun kıyafet olmalıdır. Özellikle maskeler kullanacak kişinin yüzünün ölçüsüne uygun ve kişiye özel olmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> KKD çıkarma kurallarına uyularak personelin kontamine olması engellenmelidir. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> C seviye KKD, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon için standartlara uygun ve mahremiyetin sağlanabileceği alan, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sabun, varsa dekontaminasyon sıvıları ve çamaşır suyu, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sünger ve emici malzemeler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Makas, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahta ya da plastik spatula, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yeterli sayıda suya dayanıklı ve kolayca temizlenebilen üzerinde suyun birikmeden akabileceği sedye, 		
<ul style="list-style-type: none"> Arındırma sonrası hastalar için hasta önlüğü, uygun yedek kıyafet veya örtü (çarşaf vb.) 		
<ul style="list-style-type: none"> Triyaj kartı, 		
<ul style="list-style-type: none"> 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyonda çalışan personele bu konuda eğitim verildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon kurallarına eksiksiz uyulur, 		
<ul style="list-style-type: none"> Dekontaminasyon süreci iyi gözlenerek kazazede/hasta/yaralıların dekontamine edildiğinden emin olun. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Kazazede/hasta/yaralının gelmesi ile hemen başlar. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Kimyasal Olaylarda Hastane Yönetimi Olaya Özel Planı, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusu İşAT'ı, 		

•		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Kitlesel bulaş olması durumunda gelen kontamine vaka sayısı oldukça fazla olacaktır. Bununla baş edebilmek için ayrıca planlama yapılmalıdır,		
• Eğer ajan biliniyorsa su ile dekontaminasyonun uygun olmayacağı kimyasallar ile kontamine olan vakalar geldiğinde, uygun dekontaminasyon yöntemi seçilmelidir,		
• Habersiz gelen kontamine kazazede/hasta/yaralıların Acil Servis'e girerek tüm servisi kontamine etmeleri.		
Sürece Dahil Kişiler		
• İlgili tüm personel,		
• Dekontaminasyonda görevli eğitim almış personel,		
• Tehlikeli madde (KBRN) sorumlusu,		
• Operasyon şefi,		
•		
Ekler		
• KBRN olaya özel planı,		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Hasta, personel ve kullanılan malzemeye ilişkin tüm kayıtları tutun.		
Formlar:Trijaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.		
Raporlama mekanizması:		
• OYE 'nin talimatlarını izleyin.		
İzleme		
• Tüm dekontaminasyon işleminin kurallara uygun yapıldığından emin olun.		
Güvenlik Konuları		
• Gerekğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		
İlk Yayınlanma Tarihi Revizyon		
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3

HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR

(Kısmen veya Tamamen)

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

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

3.1 Tahliye Tanımı ve Yöntemleri

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

Tahliye Yöntemleri:

- **Internal tahliye:** Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliyedir.
- **Eksternal tahliye:** Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir.

Tahliye Triyajı:

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

- **T0 Yürüyebilen Hastalar:** Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.
- **T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar:** Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.
- **T2 Yürüyemeyen Hastalar:** Sedyeye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.
- **T3 Kompleks ve Obez Hastalar:** Yatağı ve ekipmanı ile en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenir. Bu yerler;

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

3.2 Tahliyede Genel İlkeler

- Hastaların hangi hastanelere nakledileceği önceden belirlenmelidir. Ayrıca yoğun bakım, yanık, yenidoğan, psikiyatri, tutuklu ve hükümlü vb. hastalar için planlamalar ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve planda mutlaka yer almalıdır.
- Tahliye halinde, hastayı tanımayan personelin hastayı kolaylıkla tanıyabilmesinin sağlanması gerekmektedir. Hazırlanmış tanımlama kartları kullanmak basit ve etkili bir araçtır. **Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilmelidir.** Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanımlama kartları takılmalıdır. Bu kartlar; ad soyad, oda numarası, servisi, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgileri (örneğin; insülin ihtiyacı olan hastaların açık bir şekilde belirtilmesi) ve hasta yakınına ait iletişim numaraları gibi önemli bilgileri içermelidir.
- Hastanenin bir bölümünün, birkaç bölümünün veya tamamının tahliyesi gerektiğinde hastaların erken taburculuğuna yönelik ayrıca açık bir SOP bulunmalıdır. Söz konusu SOP, operasyonların sürekliliği, tahliye sırasında temel hizmetlerin sunumu (eğer hastane kapatılmamış ya da tamamen tahliye edilmemiş ise) ve tahliye edilenlere emniyetli bir şekilde kritik bakım sağlanmasına yönelik hazırlanmalıdır. Çevredeki diğer sağlık tesisleriyle önceden hazırlanmış protokollerin (karşılıklı nakil) geliştirilmesi önemle tavsiye edilmektedir. **Bu protokoller, il düzeyinde kapasitenin verimli ve uygun kullanımı için mutlaka TAMP Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı kapsamında değerlendirilmelidir.**
- Bir birimin ya da departmanın tahliye edilmesi ile ilgili olarak personelin, ziyaretçilerin ya da yürüeyebilen hastaların hangi rotayı takip edeceğini bilmesi önemlidir. Hastanenin fiziki koşulları uygun ve birden fazla tahliye yolu var ise tek yönlü (gidiş yolu ayrı, dönüş yolu ayrı) trafik akışı planlanmalıdır. Bu yollardan dönüş yolu tahliye için geri dönen personele ayrılabilir. Eğer hastane fizik koşulları uygun değilse, tek tahliye yolu iki yönlü trafik akışı için (iniş ve çıkışlarda yolun sağ tarafı kullanılır) planlanır. Koridorlarda ve basamaklarda trafik akışını organize etmek hayati öneme sahiptir, doğaçlama olarak yapılamaz. Bu nedenle, bu Olaya Özel Plan, tahliyeye yönelik haritalar/krokiler içermelidir. Toplanma alanı ya da bekleme alanı, hastaların ve personelin sonraki ulaşım ve nakilleri için bekleyebileceği emniyetli bir yer olarak seçilmelidir.
- İki farklı bekleme alanı belirlemek tavsiye edilmektedir: Bir alan yaralı olmayanlar ve stabil hastalar için, diğeri acil tıbbi müdahale ve bakım sunumunda sürekliliğe ihtiyacı olan hastalar için olmalıdır. Olay Yönetim Ekibi, bu iki kategorideki hastaların ihtiyaçlarına göre personel tahsis etmelidir. Hastaları ayırma, bakım ve tıbbi bakım verilmesi gerektiğinde aşırı kalabalık oluşmasını önlemeyi ve ambulans/otobüs gibi diğer araçlarla ulaşımı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Ulaşım araçlarının trafik akışının organize edilmesi hayati öneme sahiptir. **Öncelikli tahliyeler ve kabul eden tesislerin seçimi** (nakil yapılan yer) ile ilgili olarak hastaların triyajını organize etmek gerekebilir.
- Tahliye durumunda, hastaların güvenliğinin sağlanması, su ve gıda ihtiyacının karşılanması, psikososyal destek verilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastalar, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, mümkün olan en kısa sürede geçici bir yere nakledilmelidir. Yürüeyebilen hastaların otobüslerle ya da diğer uygun ulaşım araçlarıyla tahliyesi de nakledilecekleri yer belirlenir belirlenmez gerçekleştirilmelidir.
- Kısmi tahliyeler, hastanenin çıkış yollarını engellemeden mümkün oldukça çıkışlara yakın olarak yapılmalıdır. Hastaları tesiste tutmak mümkün olmadığında hastane dışındaki alanlar hazırlanmalıdır.
- İtfaiye araçları büyük alana ihtiyaç duyduğundan harici bekleme alanları, kurtarma hizmetlerinin çalışmalarını engellemeyecek şekilde düzenlenmelidir. Eğer tehdit bir çıkışı aniden güvenilir hale getiriyorsa, birden fazla çıkış belirlenmesi tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte, dışarıdaki bekleme alanları, personele aşırı iş yükü oluşmasını önlemek için çok fazla sayıda olmamalıdır.
- Kayıtlar, listeler ve zaman çizelgeleri gibi idari dokümanlar, tahliye planının bir parçası olarak önceden ve hastanenin asıl ihtiyaçlarına göre hazırlanmalıdır. Her hastanın, gideceği yer açık bir şekilde yazılmalıdır. Ambulanslara alındıklarında ve kabul eden hastanede (nakil yapılan yer), hastalar ayrıca kayıt altına alınmalıdır. Tüm hastaların nakledildiğini ve nerede olduklarını bilmek için merkezi bir sistem

oluşturulmalıdır. Kabul edecek tesise haber verilmediyse ve hastayı kabul etmeye hazır değilse kritik hastalar nakledilmemelidir.

- HAP Hazırlama Komisyonu personelin tahliye hazırlıklı olmasını sağlamak üzere eğitim ve tatbikat düzenlemelidir. Tatbikat senaryoları belirlenen riskler doğrultusunda ve kapsamlı olmalıdır.

3.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

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

- Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir.
- **Sarı** renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır.
- İlgili tüm bölümlerin SOP'larını faaliyete geçirmeye karar verir.
- İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dahil olmak üzere) karar verir.
- Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediğine karar verir ve bu konu ile ilgili SOP'ların mevcut haliyle veya değişikliklerle uygulanmasını değerlendirir (örneğin, başka bir tesise transfer veya taburcu edilecek hastalar için belirlenmiş toplanma alanının duruma göre yeniden belirlenmesi).
- Faaliyete geçirilen SOP'lar, sürekli tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için temel bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Hastalar, hastane dışında bir yere tahliye edilirse, tahliye edilen hastaların yakınlarının, hastaların yeni yerleri konusunda nasıl bilgilendirileceğine karar verir (hasta takibi).
- Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.
- Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM ile birlikte gerekli düzenlemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydını tutar.
- Olay Yönetim Ekibi, aksi yönde bir karara varmadığı sürece, personel SOP'ları uygular.

3.4 Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

Tahliye durumunda personel kendi bölümüne ait SOP'u kontrol etmeli ve aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmalıdır:

- Her bölümün ve birimin, tahliye için özel bir SOP'u olmalıdır. Bu SOP, gerekli tüm aşamaları açıkça belirtmelidir (tahliye, acil durumda yalnızca hastaların taşınmasını değil aynı zamanda önemli ekipmanların da güvenli hale getirilmesini ve taşınmasını gerektirebilir).
- Kritik görevlerdeki personel, kendi iş akış talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda inisiyatif kullanılır.
- Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları kroki ile belirtilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yollar belirlenir.
- Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir.

- **Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır.** Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.
- Edinilen tecrübeler, hastalar **dört gruba** ayrıldığında toplanma alanından transferlerin daha kolay hale geldiğini göstermektedir:
 - 1) Kritik bakıma ihtiyacı olan ve bu nedenle derhal bir hastaneye ambulans ile nakledilmesi gereken, genellikle yatağa bağlı hastalar.
 - 2) Genellikle yatağa bağlı olan ve nakil için ambulansa ihtiyaç duyan, ancak tıbbi bakımı veya hasta bakımı aciliyet gerektirmeyen hastalar.
 - 3) Yürüeyebilen ancak yakını tarafından evde bakılma ihtimali olmayan ve alternatif alana kabul edilmesi gereken hastalar.
 - 4) Yürüeyebilen veya destek ile yürüeyebilen ve taburcu edilebilecek olan hastalar.

3.5 Standart Operasyon Prosedürü

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

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO ...		
DAHİLİYE BÖLÜMÜNÜN KISMİ YATAY TAHLİYESİ (İkinci Kat Bölüm A ve B ile Sınırlı 36 Yatak)	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Tüm hasta, hasta yakını ve personel ile şartlar uygun olduğunda tıbbi ekipman ve malzemenin tahliye edilmesini sağlamak.		
Hedefler		
• Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,		
• Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak,		
• Hasta bakım hizmetinin sürekliliği için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,		
• Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir tehlikeli durumdan korunmasını sağlamak,		
• Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,		
• Gerekli durumlarda ve mümkünse, risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
• Tahliye kararının nedenini ve doğruluğunu Olay Yönetim Ekibi'nden teyit edin,		
• Bölüm (servis...) personeline, tahliye kararı alındığını bildirin,		

<ul style="list-style-type: none"> Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda bilgilendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler), 		
<ul style="list-style-type: none"> Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tekerlekli sandalye ve sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yatağıyla transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçınım), 		
<ul style="list-style-type: none"> Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye, branda vb.) kullanın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın), 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun (damar yolunun açık kalmasını sağlayın vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik ekipman ve malzemeleri zarar görme ihtimaline karşı, yeterli süre varsa tahliye edin. OYE talimat verdiğinde transfer işlemini her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası). 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Görevlisinin ve Operasyon Sorumlusunun yönetiminde (OYE başkanının izniyle) gerçekleştirilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye tamamlandıktan sonra, Güvenlik Sorumlusunun izniyle iki kişilik bir ekip tüm odaları tekrar kontrol etmelidir ve kontrol edildiğini gösteren bir işaret konmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidi değerlendirilmeli ve bu tehdit derhal Güvenlik Görevlisine (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya OYE'ye rapor edilmelidir, 		

<ul style="list-style-type: none"> Transfer edilmiş kritik ekipman ve malzemelerin, güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Tekerlekli sandalyeler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yataklar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sedyeler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Battaniyeler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Krokiler, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta dosyaları, formlar. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine uyulması, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sürece dahil olan personelin bilgilendirilmesi, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların tahliye sırası ve sonrası tıbbi bakım hizmetinin devamlılığının sağlanması, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik ekipmanların kurtarılması (hastaların tahliye edilmesinin ardından). 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye bildiriminin alınmasıyla başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane içi yangın SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Sorumlusu İşAT'ı, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman Sorumlusu İşAT'ı. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların tahliyesine başlamadan önce güvenlik görevlisinden acil yardım talebinde bulunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir risk durumunda, kendinizi yaralanma veya ölüm tehlikesine maruz bırakmayın. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tahliye edilmeyecek olan, diğer servislerin personeli (yardım talebi, Olay Yönetim Ekibi tarafından yapılır). 		

Ekler		
• Tahliye yollarına ilişkin krokiler,		
• Kayıtlar ve formlar,		
• Kontrol listesi.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:Hasta tahliye kaydı, takip kaydı.		
Formlar:Tahliye durumunda hasta kimlik formu (her hastaya iliştilmiş halde)/hasta dosyası. Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi.		
Raporlama mekanizması:		
• OYE 'nin talimatlarına uyun.		
İzleme		
• Tahliyenin güvenli bir şekilde gerçekleştirildiğinden emin olun.		
• Tahliye alanında tıbbi bakı ve tedavinin güvenli ve etkin bir şekilde devam ettiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
• Gerektiğinde kolluk kuvvetlerinden destek alın.		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4

HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ

(İç veya Dış Kaynaklı)

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

4.1 Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

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

• Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

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

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

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

• Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar

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

4.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

- Hastanenin çalışmaya nasıl devam edeceğini belirler ve önceden hazırlanan ilgili Standart Operasyon Prosedürü'nü ve diğer İş Sürekliliği Prosedürlerini etkinleştirir.
- Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yeniden tahsisini ve dağıtımını, gerekirse İş Sürekliliği Prosedürü'nü duruma uyarlar.
- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:
 - Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanın, tekstil ürünlerinin, reaktifler ve dezenfektanlar gibi temel ürünlerin nasıl dağıtılacağı konusundaki talimatları netleştirir; hastanenin temel madde stoku ve elektrik üretmek için imkânı sınırlı olduğu için, malzeme dağıtımını ve pay etme konusundaki kararların belirlenmesi özellikle acildir.
 - Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli epidemik ve pandemi durumunda katı ve sıvıların, gıda ve biyomedikal atıkların geçici olarak güvenli bir şekilde depolanması da dâhil olmak üzere, atıkların imhası, olayın gidişatı değerlendirilerek yapılacak Olay Eylem Planı'nda ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.
 - Personelin birkaç saat, hatta birkaç gün boyunca eve dönemeyeceği ve hastanede kalmasının gerektiği durumlarda, Olay Yönetim Ekibi derhal vardiyaları düzenleyecek, personelin dinlenebileceği, gıda ve su ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanları tespit edecektir.

4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

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

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.
- Sorun halinde, Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planı'nı geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).
- Olay Yönetim Ekibi, Altyapı Sorumlusunu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir:
 - Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir.
 - Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dahil).
 - Departman/Servis/Birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).
 - Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.
 - Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.
 - Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.

- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planı'nın ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.
- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

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

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

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

4.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

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

• **A Sınıfı kritik fonksiyonlar:**

- Hastanenin temel hizmetleri sağlama açısından **hayati önemi olan**, kesintiye uğradığında yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde büyük olumsuz sonuçlar bırakacak fonksiyonlardır.

- ☐ Bu fonksiyonlar hastaların ve personelin emniyetini temin etmek için her zaman sürdürülmesi gereken faaliyetleri içeren fonksiyonlardır (örneğin, Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların bakımı).
- ☐ **Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır** (birkaç dakikadan daha az)
- ☐ Olay Eylem Planı geliştirilirken, İş Sürekliliği Prosedürü hazırlanırken bu fonksiyonlar **öncelikle** dikkate alınmalıdır.
- ☐ Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara **her zaman** öncelikle dikkat edilmelidir.

• **B Sınıfı kritik fonksiyonlar:**

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

• **C Sınıfı fonksiyonlar:**

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

Olay Yönetim Ekibi, önceden hazırlanması gereken Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nü etkinleştirmek için, yukarıda belirtilen kritik fonksiyon sınıflaması örnekleri gibi karar almasına yardımcı göstergelerle birlikte aşağıdaki derecelendirme örneklerinden de yararlanabilecektir.³²

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

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri ³³
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumunun bozulması ve sekteye uğraması ya da hizmet kaybı)	ŞİDDETLİ	<ul style="list-style-type: none"> Çeşitli kritik iş (işletme) Fonksiyonlarını (A Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) birkaç İş Sürekliliği Prosedürü'nün³⁴ ve dolayısıyla da İş Sürekliliği Prosedürü'nün tamamen etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Etkilenen Departman/ Servis/Birim, müdahaleyi yönetebilir. Bölmeler arası kilit işlemlere dahil diğer Departman/Servis/Birim'ler de etkilenir; ancak temel hizmetleri sağlamaya devam edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	ORTA	<ul style="list-style-type: none"> Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir Departman/ Servis/Birim'in İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay OYE'nin görev yaptığı, sadece ilgili bölümün İş Sürekliliği Prosedürünün aktive edildiği olay (tüm iş sürekliliği prosedürü aktive edilmez) 	SKOR 2	
	HAFİF	<ul style="list-style-type: none"> Yalnızca yerel düzeyde (Departman/Servis/Birim; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay 	SKOR 1	
Sağlık sonuçları (kapsam, süre)		<ul style="list-style-type: none"> Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlayıcı etki
		<ul style="list-style-type: none"> Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir 	SKOR 2	
		<ul style="list-style-type: none"> Birkaç insan hafif bir şekilde etkilenmiştir 	SKOR 1	

33 Skoru bir derece düşürebilecek faktörler

34 İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesi daima, ilgili Kurtarma Ekip(ler)inin devreye sokulmasını gerektirmektedir.

Hastalar ve halk sağlığı programları üzerindeki etkilerinin yönetilebilirliği	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık Sistemi ve hastane üzerinde ağır yük oluşturan ya da ele alınması çok zor sağlık sorunları 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Yeterli miktardaki tıbbi kaynaklar ve ilaçlar Mevcut tıbbi personel
	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları 	SKOR 2	
	<ul style="list-style-type: none"> Etkilenen Departman/Servis/Birim dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları 	SKOR 1	
Diğer paydaşlardan dış destek ihtiyaçları	<ul style="list-style-type: none"> Olay, yalnızca hastane tarafından yönetilemez durumdadır ve birkaç dış paydaşın büyük oranda yardımını gerektirmektedir (yönetmesi çok zor olacaktır) 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Sınırlı dış yardım, temel hizmet sunumunun kısa zamanda yeniden başlatılmasına katkıda bulunabilir (iyileşme).
	<ul style="list-style-type: none"> Dış paydaşlardan gelen sınırlı yardım ile yönetilebilen olay 	SKOR 2	
	<ul style="list-style-type: none"> Dış paydaşlardan gelen az miktarda yardım ile kolaylıkla yönetilebilen olay 	SKOR 1	
Sağlık personelinin emniyeti	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik yüksek sağlık riski 	SKOR 3	<ul style="list-style-type: none"> Eğitilmiş sağlık personeli Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski 	SKOR 2	
	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski 	SKOR 1	

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

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

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 5

HASTANE PANDEMİ MÜDAHALE YÖNETİMİ

Pandemi, bölgesel olmaktan çıkıp küresel düzeyde etkili olan, birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel adıdır. Doğa kaynaklı ya da diğer afetlerden sonra (özellikle yetersiz hijyen, su, beslenme, barınma koşulları, altyapının çökmesi vb. sonucunda) ortaya çıkabilen bulaşıcı hastalıklardan, yerel salgınlardan farklı olarak, pandemi doğrudan afet özelliği taşımaktadır. Bu bakımdan, Pandemi için Olaya Özel Plan (hastane pandemi planı) hazırlığı yapılırken, hastane içinde ya da dışında meydana gelebilecek, müdahaleye hazırlık ve uygulama süreçleri bakımından Olaya Özel Plana konu olan diğer acil durum/afetlerden çok farklı, ayırt edici özellikleri öncelikle dikkate alınmalıdır.

Bu çerçevede, hastanede pandemi müdahale yönetimine ilişkin planlama, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından yayımlanan pandemi için hazırlık planlarında yer alan başlık ve içeriklere göre yapılmalıdır.

5.1 Pandemi Müdahale Yönetiminin Özellikleri

Pandemi, hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi bakımından, küresel düzeyden başlayarak, ülke ve kurum düzeylerine uzanan ve birbiriyle karşılıklı etkileşimi mutlaka gözetilmesi gereken özellikli (spesifik) süreç ve uygulamaları zorunlu kılmaktadır:

- a) **Küresel düzeyde:** Bir hastalığın pandemi ilan edilmesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmaktadır. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (*International Health Regulations-IHR/2005*) çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü için öngörülen en önemli yetkilerden biri, “Uluslararası Önemde Halk Sağlığı Acil Durumu” (*Public Health Emergency of International Concern-PHEIC*) varlığının tespitidir (md.12). Bu tespitle birlikte, beklenmedik ve ortaya çıktığı coğrafya, ülke dışındaki yerleri de etkileyebilecek durumlar için ülkelere işbirliği içerisinde ve koordine olarak harekete geçme uyarısı yapılmaktadır.³⁵ Bu uyarı, bir anlamda, ülkelerin sağlık sistemleri için her düzeyde Olay Bildirimi’dir.
- b) **Ülke düzeyinde:** Sağlıkla ilgili afet/acil durumlara hazırlık ve müdahalede ülkelerin Sağlık Bakanlıkları temel yönlendirici konumdadır. Pandemi durumunda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe stratejik yönlendirmeyi ve kaynak yönetimini kapsamlı biçimde gerçekleştirirken, aynı zamanda, ülkemizin tüm kamu kurum ve kuruluşlarının kendi sektörlerinde, görev ve hizmet alanlarında pandemi durumunda müdahale için ihtiyaç duydukları yönlendirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır.
- c) **Kurum düzeyinde:** Dünya Sağlık Örgütü’nün pandemi ilanı ile birlikte, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yönlendiriciliğinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) hazırlama yükümlülüğü olan tüm sağlık (yataklı tedavi) kurumlarında, HAP kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) etkinleştirilir (aktivasyon); AMP’nin tamamlayıcısı olan hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulanır. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı’nın talimatları doğrultusunda, ölçekleri ve özelliklerine bakılmaksızın tüm sağlık kurumlarında bütün faaliyetlerin pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerine uygun olarak düzenlenmesine geçilir.

³⁵ Uluslararası kamu (halk) sağlığı acil durumu ilanı yalnızca bulaşıcı hastalıkları kapsamamaktadır, kimyasal ve radyoaktif olaylar da acil durum ilanına neden olabilir. Durum 3 ayda bir gözden geçirilip uyarılar güncellenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü son on yılda (2009-2020) bu uyarıyı 6 kez yapmıştır: 2009/domuz gribi, 2014/çocuk felci, 2014/ebola Batı Afrika, 2015-16/zika virüsü, 2019/ebola Kivu (Kongo), 2020/yeni Koronavirüs salgınları. (Dünya Sağlık Örgütü 30 Ocak 2020’de yeni Koronavirüsün uluslararası kamu sağlığı bakımından acil durum (PHEIC) olduğunu açıklamış; 11 Mart 2020’de COVID-19’u pandemi ilan etmiştir.)

5.2 Pandemi Müdahale Yönetiminde Genel İlkeler

Pandemi durumunda hastanede müdahale yönetimi planlaması yapılırken göz önünde bulundurulması gereken, pandemi özellikli (spesifik) konular şu şekilde özetlenebilir:

- Pandeminin sağlık bakımından etkilerinin önemli bir kısmı **pandemiye özgü etkilerdir** ve esas olarak ülkenin/toplumun daha önce bilgi ve tecrübe sahibi olmadığı koşulları gündeme getirmektedir. Bu çerçevede, diğer acil durum/afetlerden farklı olarak, başta pandemiye özgü enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları (triyaj, tanı, kabul, izleme kriterleri vb.) ile pandemi döneminde gereken özellikli hizmetlerin, hizmeti verecek birimlerin belirlenmesi ve organizasyonu söz konusudur.
- Pandemiler yerleşim, ülke ve küresel tüm düzeylerde, toplum, ekonomi, çevre üzerinde **eş zamanlı, yoğun ve yaygın kayıplar** yaratabilen afetlerdir; yalnızca sağlık alanını değil, tüm yaşamı, tüm sektörleri ilgilendirmektedir. Pandemi koşullarında enfeksiyon bulaşma (transmisyon) ve yayılım riskinin önlenmesi/azaltılması, sağlık hizmetinin kalitesi ve devamlılığının hızla ve sürekli artabilecek hasta başvuru sayısına rağmen kesintiye uğramaması, mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık sektörü öncülüğünde etkili müdahale gerçekleştirilebilmesi, pandeminin hayatın her alanında yol açabileceği kayıp, yıkım ve yüklerin azaltılmasında belirleyici öneme sahiptir.
- Pandemiler **tehlikenin kaynağı** (yeni veya yeniden ortaya çıkan enfeksiyon hastalıkları), **etki alanı, kapsamı ve büyüklüğü** (coğrafya, nüfus, süre, doğrudan ve ikincil etkiler, kayıplar) bakımından diğer afetlerden çok daha ağır, yaygın ve kalıcı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Pandemi öncesinde ve sırasında, hastanenin görev alanındaki coğrafyada zarar görebilirliği artırabilecek sağlık risk faktörlerinin, demografik, fiziksel, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve idari etkenlerin, bireyler ve topluluklar arası temas özelliklerinin bilinmesi ve dikkate alınması, pandemiye müdahaleyi güçlendirecektir.
- Pandeminin önlenmesi, risk azaltma ve hazırlık süreçleri ve uygulamalarına ülkelerde tüm toplum kesimlerinin, küresel düzeyde tüm ülkelerin etkili ve sürekli katılımı, **her düzeyde işbirliğine** ve **etkili koordinasyona** dayalı, sonuç alıcı bir hazırlıkla mümkündür. Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlıklarında, HAP prosedürlerine uygun olarak, pandemi özellikli olay yönetim araçlarının geliştirilmesi/güncellenmesi, sağlık ve sağlık dışı sektörlerdeki paydaş kurumlarla iç ve dış paylaşımların yapılması, ortak bilgi ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi söz konusudur.

5.3 Pandemi Müdahale Planlaması Hazırlıkları

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hazırlık yaklaşımını tamamlayıcı olarak, hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan), Hastane Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) hızlı ve etkili müdahaleyi gerçekleştirebilecek şekilde işlemesi için başlıca şu konularda yapılacak hazırlıkları içermelidir (*örnek*):

- *Olay Yönetim Sistemi* (pandemi durumunda AMP aktivasyonu sürecinin organizasyonu)
- *Enfeksiyon Önleme ve Kontrol* (bulaş riskini asgariye indirecek operasyonel program)
- *Vaka Yönetimi* (çalışan hazırlığı, triyaj algoritması ve lojistiği, hasta yönetimi, tanı ve kabul kriterleri vb.)
- *Hasta Akını (Surge) Halinde Kapasite* (hasta yükünün karşılanması için hazırlık)
- *İnsan Kaynakları* (çalışma koşulları, yeterli çalışan kapasitesi, destek hizmetler ve operasyonların sürekliliği)
- *Temel Sağlık Hizmetleri ve Hasta Bakımının Sürekliliği*
- *Sürveysans: Erken Uyarı ve İzlem* (sistemik verilerin en riskliler bakımından önemi)
- *İletişim* (bilgiye dayalı karar verme, etkili işbirliği, kamu farkındalığı, güven sağlanması)

- *Lojistik ve Malzeme Yönetimi* (proaktif kaynak ve tesis yönetimi)
- *Laboratuvar Hizmetleri* (temel hizmetlerin, hastane tabanlı sürveyansın sağlanması)
- *Temel Destek Hizmetleri* (pandemi sırasında hasta bakımının ve çalışanın desteklenmesi ile işlevselliğin optimizasyonu).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi tarafından hazırlanan “*COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi*” pandemide müdahaleye hazırlık bileşenleriyle ilgili ayrıntılı bir çalışma örneğidir (Ek 2-D).

5.4 Hastane Pandemi Müdahale Planlaması Kapsamı

Hastanede pandemi planı (Olaya Özel Plan) hazırlanırken, öncelikleri belirlemede asgari standart Olay Yönetimi ve Vaka Yönetimi gerekleridir (HAP Kılavuzu, İkinci Bölüm md.8.1.2):

- İlgili Olay Yönetim Araçları (SOP ve diğer düzenlemeler),
- Triyaj Sistemi Gerekleri (Vaka Yönetimi algoritmaları),
- Koruyucu Önlemler (Personele, Hastalara, Ekipmana ve Ortama (çevre) yönelik koruyucu önlemler).

Faaliyetin sürekliliği bakımından sağlık hizmeti sunumunun pandeminin özelliklerine göre düzenlenmesi ihtiyacı göz önüne alınarak, hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) hazırlanırken dikkat edilmesi gereken başlıca hususlara şu örnekler verilebilir³⁶:

- Her yataklı tedavi kurumu için hastane pandemi planı hazırlama komisyonu oluşturulmalı (örneğin, HAP Hazırlama Komisyonu’nda görev alan personele çalışan sağlığı birimi, enfeksiyon hastalıkları, klinik mikrobiyoloji, çocuk enfeksiyon hastalıkları, dahiliye uzmanları ve diğer ilgili personel eklenebilir),
- Her yataklı tedavi kurumunda pandemi döneminde kurum içi ve dışı koordinasyonun sağlanması amacı ile bir koordinatör belirlenmeli (örneğin, hastane Olay Yönetim Ekibi (OYE) başkanı ya da üyeleri arasından görevlendirilebilir, hastane türü/ölçeğine göre, örneğin Şehir Hastanesi vd. çoklu hastane yapılarında, koordinatör/yardımcı koordinatör sayısı artabilir),
- Pandemiye müdahale planlaması başlangıçtan itibaren il/ilçe Sağlık Müdürlüğü ile koordine olarak hazırlanmalı,
- Mevcut imkan ve kapasitenin³⁷ etkin kullanımının yanı sıra pandemi özellikli (spesifik) ek görevlendirmeler, kapasite ve birimler (örneğin, yönetim, iletişim, eğitim, sürveyans birimleri) belirlenmeli ve şekillendirilmeli; uygun donanım ve ekipman sağlanmalı,
- Hastane içi ve hastane dışı iletişim planlarında enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri dikkate alınmalı (teletıp, telekonferans, hasta yakını bilgilendirmede mesafe vb.),
- Çalışan personelin tamamı pandemiye müdahale planlamasındaki görev, uygulama, korunma ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmeli ve bilgilendirme sürekli güncellenmeli; Koruyucu Kişisel Ekipman (KKE) ve ilgili diğer teknik malzeme ve destekler eksiksiz sağlanmalı; çalışma koşulları desteklenmeli, hasta/ temaslı personel için fiziksel ve psiko-sosyal korunma/barındırma gerçekleştirilmelidir.

Hastane pandemi müdahale planlaması hazırlıklarında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) evrelerine göre belirlenen **Ulusal Alarm Düzeyleri** dikkate alınmalı, değerlendirilmelidir.³⁸

36 Örnek: Ulusal Pandemi Planı (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı), Tablo 8. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları İçin Pandemi İnfluenza Hazırlık ve Faaliyet Planı Kontrol Listesi.

37 *Mevcut durumla ilgili başlıklara örnek:* Personel sayısı, özellikleri ve dağılımı, hizmet sunulan branşlar, poliklinik sayısı, günlük hasta muayene sayısı, yatak kapasitesi-yatak doluluk oranı, yoğun bakım kapasitesi (yatak ve ventilatör) ve yatak doluluk oranı, laboratuvar kapasitesi (yapılan tahliller, günlük analiz kapasitesi vb.), hastane içi transferler, ek poliklinik ya da yataklı servis olarak kullanılacak kapalı alan kapasitesi.

38 T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı-2019, sf. 23-37.

5.5 Hastane Pandemi Planı Çerçevesi

Pandemi için Olaya Özel Plan hazırlığında, yurt içi ve uluslararası bilgi ve belge kaynaklarının³⁹ yanı sıra, 2020'de COVID-19 pandemisi süreçlerinde hastanelerde yaşanan doğrudan tecrübelerin de dikkate alınması önemlidir. Farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hastane pandemi müdahale yönetimi örneklerinde, planlama çerçevesine esas olabilecek, işlevsel başlıklar şu şekilde gruplanabilir⁴⁰:

1. Hastane Pandemi Müdahale Yönetiminin Organizasyonu:

- 1.1 Pandemi hastane Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunun özellikleri⁴¹
- 1.2 Olay Yönetim Ekibinin takviyesi (enfeksiyon önleme/kontrol sorumlusu katılımı)
- 1.3 Hastane pandemi koordinatörünün göreve başlaması
- 1.4 Pandemi özellikli sağlık hizmetlerini verecek birimlerin harekete geçirilmesi
- 1.5 Kritik personel için acil müdahale bilgilendirmesi (eğitim-rehber doküman)
- 1.6 Hastane içi bilgi, talimat akışı ve anlık haberleşmenin sürekliliği için ek tedbirler
- 1.7 Hastane içi ve dışı bilgi yönetim sistemlerinin entegrasyonu
- 1.8 Kurum dışı paydaşlarla düzenli işbirliği ve koordinasyonun sağlanması
- 1.9 Pandemi için Olaya Özel Plan kontrol listesinin oluşturulması ve uygulanması⁴²

2. Hastane Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Artırılması:

- 2.1 Hizmet sunulan branşlar, hastanenin özellikleri
- 2.2 Pandemi dönemi hasta yoğunluğunun hesaplanması (hastalık yükü)
- 2.3 Hastane tedavi kapasitesinin artırılması:
 - a) Yatak kapasitesi ve kullanılabilirliği
 - b) Yoğun bakım kapasitesi ve kullanılabilirliği
 - c) Personel sayısı, özellikleri, dağılımı
 - d) Ekipman, malzeme ve farmasötik envanteri
 - e) Laboratuvar kapasitesi, çalışılan mikrobiyolojik tahliller
 - f) Görüntüleme kapasitesi
 - g) Altyapı sistemleri, lojistik, tedarik kapasitesi
- 2.4 Yeni, ek, özel alan ve hizmet hazırlığı (numune alma kabini, negatif basınçlı alan vd)

3. Hastanede Pandemi Vaka Yönetimi:

- 3.1 Vaka tanımları

39 Hastanede pandemi için Olaya Özel Plan hazırlığında, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından hazırlanan bulaşıcı hastalıklara yönelik dokümanlardan (örnek: Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, SARS, MERS CoV, KKKK, H5N1, COVID-19) yararlanılmalıdır.

40 COVID-19 pandemisinin ilk aylarından başlayarak, farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında müdahale yönetimi örnekleri olarak, Ekim 2020 itibarıyla ülkemizde farklı illerde kurulu 13 şehir, üniversite, devlet, özel ve meslek hastanesindeki pandemi uygulamaları incelenmiştir.

41 Pandemi AMP aktivasyonu uygulamalarına örnekler sonraki bölümde verilmektedir (Md. 5.6/Ek-1: Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu).

42 Hastane pandemi planlaması için kontrol listesi hazırlığında Kılavuz Ekler bölümünde Ek 2-D altındaki Dünya Sağlık Örgütü metninden ve T.C. Sağlık Bakanlığı Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı-2019 (sf. 85-86) metninden yararlanılabilir.

3.2 Vaka yönetimi algoritmaları

- a) Triyaj yönetimi
- b) Vaka tanı ve kabul/taburcu kriterleri
- c) Tedavi protokolleri

3.3 Pandemi tıbbi bakım alanları düzenlemeleri (ayaktan tedavi birimi vb.)

3.4 Özellikli alan düzenlemeleri (acil servisler, yoğun bakım, radyoloji, ameliyathane, yataklı servisler, poliklinikler, morg vb.)

3.5 Pandemi özellikli sürveyans sistemi

3.6 Hastane içi transfer ve acil durum tahliye uygulamaları

4. Hastanede Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Önlemleri:

4.1 Hastanede standart enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.2 Pandemi özellikli enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

- a) Personele yönelik koruyucu önlemler
- b) Hastalara yönelik koruyucu önlemler
- c) Donanım, malzeme ve tıbbi ekipmana yönelik koruyucu önlemler
- d) Çevresel enfeksiyon kontrolü (atık, yemekhane, çamaşırhane vd)

4.3 Hasta naklinde (iç-dış transfer/araç) enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.4 Hasta materyali (hastalara ait örneklerin) alınması ve naklinde (iç-dış transfer/araç) enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.5 Hasta izlemede enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri

4.6 Hayatını kaybeden hastalara yönelik planlama

5. Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler:⁴³

5.1 Çalışma ortamında risklerin azaltılması ile ilgili önlemler:

- a) Pandemi hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması
- b) Pandemi hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması
- c) Pandemi çalışma ortamında psikolojik yükün azaltılması

5.2 Pandemi özellikli işleyiş, çalışma koşulları, iş organizasyonu ve idari hizmetler ile ilgili önlemler

5.3 Çalışanın bireysel özellikleri ve pandemi özellikli ihtiyaçlarının karşılanması

5.4 Psikososyal destek hizmetlerinin bütünsel planlanması, organize edilmesi ve pandemi özellikli kapsayıcılığı

Hastane pandemi müdahale yönetimini konu alan Olaya Özel Plan hazırlığında planlama çerçevesine esas olabilecek, ortak işlevsel başlıklar yukarıda belirtilmiştir. Bu başlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) kapsamında yer alan Acil Müdahale Planı (AMP) ile bütünlük içerisinde uygulanmalıdır. Pandemi için hazırlanacak Olaya Özel Plan'da ayrıca belirtilmeyen konularda, yine hastanenin güncel Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nda (HAP) hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında, Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans işlevleri altında belirtilen görevler ve uygulamalar esas alınacaktır.

43 Pandemi çalışma ortamı, koşulları, çalışanlarla ilgili uygulama örnekleri sonraki bölümde verilmektedir (md.5.6/Ek-2).

Uygulamada ulaşılabilecek bilgi, veri ve sonuçlar HAP Hazırlama Komisyonu tarafından yıllık HAP güncelleme çalışmalarında, özellikle Olay Yönetim Sistemi (OYS) bakımından dikkate alınmalı, yıllık HAP eylem planlarına yansıtılmalıdır.

5.6 Hastane Pandemi Planı Uygulama Örnekleri

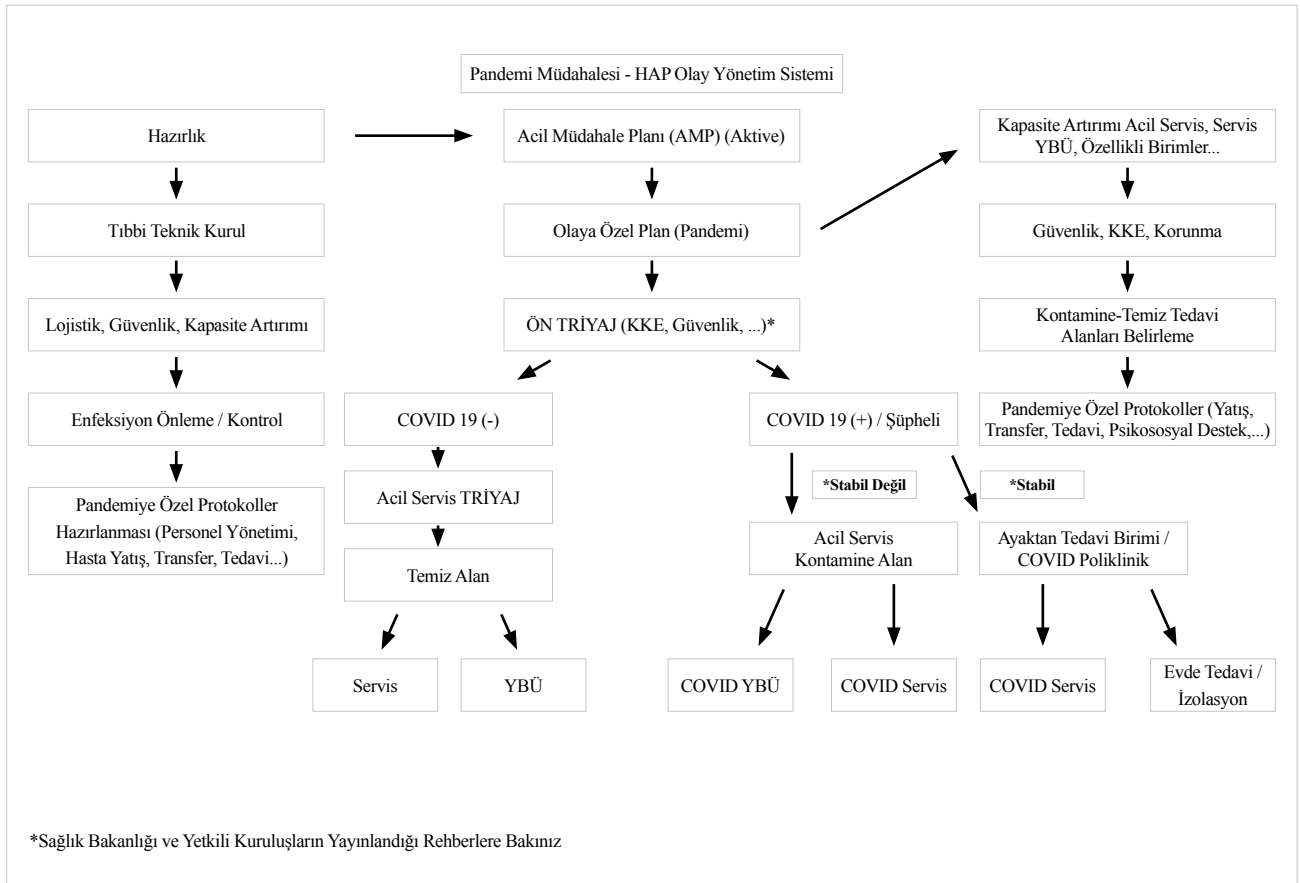
Bu bölümde, ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk aylarından başlayarak, farklı özelliklerde ve ölçeklerdeki sağlık kurumlarında gerçekleştirilen hastane pandemi müdahale yönetimi değerlendirmeleri de dikkate alınarak, uygulamaya dönük başlıca örnekler paylaşılmaktadır. Bu örnekler, konu olarak başlıca 3 başlık altında toplanmıştır:

- Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu
- Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler
- Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Uygulama örnekleriyle ilgili temel bilgiler, konuları itibarıyla, aşağıda verilmektedir.

5.6.1 Pandemi Müdahalesinin Hastane Afet/ Acil Durum Müdahale Sistemine Entegrasyonu

Pandemi müdahalesi, HAP'ta yer alan hastane afet ve acil durum müdahale yönetimi çerçevesinde, Olay Yönetim Sistemi'nin (OYS) temel pozisyonları (Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans) altında ve Acil Müdahale Planı (AMP) çerçevesinde uygulamaya geçirilecektir. Hastane OYS temel pozisyonları ve AMP aktivasyonu bakımından, pandemi müdahalesinde gündeme gelen uygulamalara, pandemiye özel ihtiyaçlar, hastanenin özellikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı ve yetkili kuruluşların rehberleri dikkate alınarak geliştirilen aşağıdaki algoritma çalışması bir örnek olarak verilebilir:



OYS’de temel pozisyonların tüm hastanelerde aynı şekilde oluşturulması öngörülmektedir; her hastane Yönetim dışında diğer dört temel pozisyonun alt birimlerinin ne ölçüde ve nasıl yapılacağına olay/afet, hastane, yerleşim koşullarını dikkate alarak karar verir.

OYS’nin bu modüler yapısını göz önünde tutarak, pandemi müdahalesi için gerektiğinde her hastane büyüklüğüne, sunduğu hizmetlere göre OYS temel pozisyonları altında ilave birim ve görev düzenlemelerini gerçekleştirebilir.⁴⁴ Bu kapsamda, Kılavuz’da yer alan afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şeması (İkinci Bölüm, md 2.1) çift yönlü gözden geçirilmelidir:

- a) Şemada mevcut temel pozisyonlar/işlevler bakımından gerekebilecek pandemi özellikli farklı uygulama, içerik ve görevlerin tanımlanması,
- b) Şemada yer almayan pandemi özellikli yeni alt pozisyonların/ işlevlerin/görevlerin tanımlanması ve harekete geçirilmesi.

Mart 2020’de pandemi (COVID-19) ilanı ile birlikte, Kılavuz’da belirtilen görev tanımları çerçevesinde, hastanelerde OYS temel pozisyonları ve ilgili alt birimlerinde pandemi özellikli olarak gerçekleştirilen uygulamalara şu örnekler verilebilir:

- 1. Yönetim pozisyonu:** HAP Başkanı’na yardımcı/danışman/destek birimlerin (Tıbbi Teknik Danışma Kurulu ile Kurumlar arası Koordinasyon, İş Güvenliği, Halkla İlişkiler sorumluları ve HAP Sekreteryası) pandemi ihtiyaçlarına göre ek faaliyetlerinin (örneğin, pandemi özellikli risk değerlendirme, koordinasyon, hastane yönetimi, iletişim, eğitim, surveyans, raporlama, brifingler vd.) belirlenmesi ve gerçekleştirilmesi söz konusudur (*örnek*): Olay Yönetim Ekibi’nde (OYE) pandemi özellikli yeni görevlendirmeler, hastane pandemi koordinatörü belirlenmesi, AMP aktivasyonunda pandemiye özel değerlendirmeler, Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği ile kurumlar arası koordinasyonun teknik ve içerik özellikleri vd.
- 2. Planlama pozisyonu:** Hastane HAP görev şemasının ve Pandemi Olaya Özel Planı’nın güncellenmesi planlanırken, içerik olarak başlıca şu konulara yer verilmektedir (*örnek*): Hastane ve personelin korunması önlemleri, hastane personel/tıbbi cihaz/malzeme yönetimi (kaynak yönetimi), hasta/yatak izleme (durum değerlendirme), personel eğitimleri ve eğitim materyali geliştirme ve yayınlama, dokümantasyon, vd.
- 3. Operasyon pozisyonu:** Acil Müdahale Planı (AMP) aktivasyonunda hemen gündeme gelen ve pandemiye özel uygulama gerektiren konular başlıca şöyledir (*örnek*): Hasta yönetimi, triyaj, hasta kabul, hasta transfer ve tedavi algoritmaları ve uygulamaları, tedaviye yardımcı birimlerin organizasyonu, pandemi özellikli hastane yatak kapasitesi yönetimi, personel yönetimi (riskli, temaslı ve diğer), güvenlik algoritmaları ve uygulamaları (ayaktan, yataklı servisler), psikososyal destek hizmetleri, bilişim-haberleşme sistemleri alt yapısı ve uygulamaları (teletıp, online görüşme, hasta ve yakını bilgilendirme), raporlama, vd.
- 4. Lojistik pozisyonu:** Hazırlık ve AMP aktivasyonu aşamalarında pandemi özellikli başlıca lojistik uygulamaları şöyledir (*örnek*): Personel görevlendirme/çağırma/takip, pandemiye özel kişisel koruyucu ekipman (KKE), tıbbi cihaz ve malzeme envanteri, temini ve yönetimi (triyaj konteyneri, örnek alma kabini, tek kullanımlık malzeme vb.), hastane dezenfeksiyonu ve korunması, hastane havalandırması (negatif basınç vd.), personel ve bakım yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik, tıbbi destek sağlanması (görevdeki personel için paket/seyyar yemek, ulaştırma ve barınma sağlanması, karantinadaki personelin barınma ve diğer ihtiyaçlarının karşılanması vb.), raporlama, vd.
- 5. Finans:** Sağlık Bakanlığı genelgesi çerçevesinde personel ödemelerinin yapılması, tıbbi cihaz, malzeme ve sarf malzemelerinin satın alımı, tahakkuk/faturalandırma, hukuk/tazminat taleplerinin alınması, araştırılması, dokümantasyonu, vd.

⁴⁴ Aynı şekilde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi tarafından hazırlanan “COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi”nde (Kılavuz Ekler Bölümü, Ek 2-D) yer alan konu ve başlıkların da OYS temel pozisyonları altındaki başlıklarla bütünleştirilmesi (entegrasyon) dikkate alınmalıdır.

5.6.2 Çalışanın Sağlığı, Güvenliği ve Psikososyal İyiliğinin Sağlanması için Önlemler

Pandemide hastane Olay Yönetim Ekibinin yönlendiriciliğinde Enfeksiyon Önleme/Kontrol sorumlusu görevlilerin/birimlerin hastane İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) sorumlusu/birimi, Psikososyal Destek sorumlusu/birimi ve İnsan Kaynakları sorumlusu/birimi ile sürekli birlikte çalışması, yukarıda Pandemi Planı Çerçevesi başlığı altında belirtilen 4 ve 5. maddeleri gerçekleştirmek üzere, başta çalışanların enfeksiyondan korunması ve hizmetin sürdürülebilirliği bakımından yaşamsal önem taşımaktadır.

Pandemi için hazırlık ve müdahale koşullarında, çalışan sağlığı ve güvenliği önlemleri ile çalışanın psikososyal iyiliğinin sağlanmasına dair önlemler alınırken, esas olarak,

- 1) Çalışma ortamında risklerin azaltılması ile ilgili önlemler (biyolojik, fiziksel, kimyasal, ergonomik korumaya boyutları ve psikolojik risk önleme boyutu),
- 2) İşleyiş, iş organizasyonu ve idari hizmetler ile ilgili önlemler (yönetim, sevk ve idare boyutu),
- 3) Çalışanın bireysel özellikleri ve sağlık risk grubuna göre öncelikli gereksinimlerini karşılanmasına yönelik önlemler (insan kaynakları boyutu),
- 4) Psikososyal destek hizmetlerinin (yukarıdaki üç maddede yer alan öğeler ve alt boyutları gözetilerek) bütünsel planlanması, organize edilmesi ve pandemi özellikli kapsayıcılığı söz konusudur.

Bu önlemlerin hayata geçirilmesinde ihtiyaçların, yukarıdaki gruplamalar temelinde, ilgili sorumlu, yetkili kişi/birimler ile birlikte tespit edilerek temin edilmesi önemlidir.

1. Çalışma Ortamında Risklerin Azaltılması ile İlgili Önlemler:

Sağlık hizmetleri işyeri tehlike sınıfları listesinde çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Bunun nedeni sağlık çalışanlarının çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, güvenlik ve psikososyal tehlikelere maruz kalabilmeleridir. Bu maruz kalım düzeyinin toplu ve kişisel koruma önlemleri ve ekipmanlarıyla en aza indirilmesi, aynı şekilde, çalışma ortamıyla ilgili izlem, düzenli gözlem, periyodik ölçüm ve bildirim-geri bildirim akışının sağlanması sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği bakımından belirleyicidir.

Pandemi koşullarında çalışma ortamında mevcut ya da yeni tehlikelerin öngörülebilir ya da öngörülemeyen biçimde risklere dönüşmesi, mevcut risklerin daha ağırlaşması söz konusu olabilmektedir. Örneğin, başta biyolojik etkenlerdeki artış, pandemi nedeniyle yoğun kimyasal kullanımı, fiziksel etkenlerin olumsuz yönde farklılaşması ve diğer olumsuzluklar gündeme gelmektedir. Bu çerçevede, olağan dönemlerdeki işleyişten farklı ve ek olarak, pandemi koşullarında dikkat edilmesi gereken özellikli konulara şu örnekler verilebilir:

a) *Pandemide hastane ortamında biyolojik etkenlerle karşılaşmanın azaltılması:*

Pandemi özellikli çalışma ortamında biyolojik risk söz konusudur. Biyolojik risklerin önlenmesi/azaltılması doğrultusunda önlemler alınırken, çalışanların etkene maruz kalma yönünden çalışma ortamında risk grubu gözetilen ve maruz kalma düzeyini azaltacak ihtiyaçlarının karşılanması yaşamsal önem taşımaktadır, örnek olarak:

- Farklı çalışma birimlerinin etkenle karşılaşma ve maruz kalma olasılıkları ile ilgili ihtiyaçları gözetilerek, çalışanların enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri konusunda bilgilendirilmesi, uygulaması ve izlenmesi için gerekli koşullar sağlanır.
- İş görev ve birim özelinde çalışana ihtiyaç duyabileceği pandemi özellikli malzemeler ile kişisel koruyucu ekipman ve donanım (KKE ve KKD) temini ve sürdürülebilir olarak sağlanması planlanır.
- Çalışanın pandemi ortamında kendisi ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için İSG önlemleri ve hızlı risk değerlendirmesi yapılır. Süreç ve bireysel maruz kalımlar kayıt, bildirim, düzeltme ve geribildirim ile sistematik olarak izlenir.

b) Pandemide hastanenin fiziksel, kimyasal ve fiziksel ergonomik risklerinin azaltılması:

Pandemi özellikli çalışma ortamında, mevcut risklerin düzeltilmesi, yeni/ek risklerin önlenmesi bakımından dikkat edilmesi gereken başlıca konulara örnek olarak:

- Fiziksel riskler olarak ele alınan ısı, ışık havalandırma, enerji, ışınım/radyasyon, gürültü, titreşim ve radyoaktif madde ile ilgili mevcut takip edilen kritik noktaların, ilgili ekipman ve ortamların güvenliğinin sağlanmasının aksamaması, ortamlarda yapılan değişiklikler ve uygulamalarda bu özelliklerle ilgili ek riskler oluşmaması için durum, denetim, iç kontrol süreçleri pandemi uygulaması özelinde değerlendirilmeli; ortam değişikliklerinde gözden geçirilmeli, kayıt altına alınmalı ve erken uyarı ile ilgili riskler önlemelidir.
- Hastane ortamında mevcut ve pandemi nedeniyle ihtiyaç duyulan mevcut ya da yeni kullanılmaya başlanılan kimyasallar açısından ek risklerin oluşmaması için kimyasal yönetim planı gözden geçirilmeli; düzenli kontrol ile izlem yapılmalı, ilgili personelin dikkati yönlendirilmeli ve erken uyarı hazırlığı aktif olmalıdır (dezenfektanlar, kimyasal uçucu gazlar, ve kullanım prosedürleri vb).
- Pandemi koşullarında başta hasta akını, ağır hasta bakım yükünün karşılanması olmak üzere, hastanenin bilgi ve/veya enerji ağırlıklı tüm hizmetlerinin ve çalışanlarının eş zamanlı devrede olması, hastanenin teknik-mühendislik, sosyal ve çevresel bakımdan amaca uygun, kullanıcı dostu bir ortama sahip olmasının önemini vurgulamaktadır. Hasta ve çalışan güvenliği ve mahremiyetine önem veren araç ve düzenlemelerin tercih ve temin edilmesi (paravan, koruyucu kabin uygulamaları, hasta taşıma nakil araçlarının sağlanması vb.); hastaya bakım sağlayanların hizmeti uygulama kurallarını eksiksiz bilmesinin ve hizmet verirken kendi fiziksel kapasitesine zarar vermeyecek, başkalarını tehlikeye atmayacak ve ek stres yaratmayacak araç, malzeme, teçhizat kullanmasının sağlanması vb. ergonomik faktörler özellikle dikkate alınmalıdır.
- Çalışanın pandemi koşullarında söz konusu riskler çerçevesinde, kendisini ve diğer çalışanları risk altında bırakmayacak şekilde çalışması için gerekli İSG önlemleri alınmalı ve hızlı risk değerlendirmesi yapılmalı; süreç ve bireysel maruz kalımlar kayıt, bildirim, düzeltme ve geribildirim ile sistematik olarak izlenmelidir.

c) Pandemide çalışma ortamında psikolojik risklerin azaltılması:

Hastaneye giren-çıkan, kalabalık ve trafik kontrolü, güvenlik ihlallerinin önlenmesi, emniyet ve asayiş faaliyetleri, kısaca tüm boyutlarıyla hastane güvenliği çalışma ortamında psikolojik risklerin önlenmesi/azaltılmasında belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu durum ek stres ve gerginliklerin yoğunlaştığı pandemi koşullarında özellikle önemlidir. Bu kapsamda, hastane ortamında ihtiyaca göre, hemen erişilebilir psikolojik risk önleme, erken uyarı, olay-durum bildirim alanları/bölgesi kurulması vd. önlemler alınmalıdır. Bu çalışmalar Güvenlik ve Psikososyal Destek ve diğer ilgili birimlerin işbirliğiyle şekillendirilmelidir.

2. Pandemi Özellikli İşleyiş, İş Organizasyonu, Çalışma Koşulları ve İdari Hizmetler ile İlgili Önlemler:

Pandemi koşullarında hastane işleyişi, iş organizasyonu, çalışma koşulları ve idari hizmetlerin gereken önlemleri sağlamak üzere güçlendirilmesi belirleyici önemdedir. Bu kapsamda çalışanlar bakımından çalışma zamanları, süreleri, iş yükü ve psikososyal etkenler vd. ilgili risk durumunun değerlendirilmesi, iş akışı, prosedür, organizasyon vb. çalışma koşullarının olabildiğince ve sürekli iyileştirilmesi önemlidir. Pandemiye hazırlık ve müdahalede etkili sonuçlar alınması çalışma koşullarında önceden yapılacak hazırlık ve önlemlerle yakından ilişkilidir, örnek olarak:

- Yüksek uzmanlık gerektiren alanlarda çalışan personelin ekip dinamiklerini korumak amacıyla iç rotasyonu ve hizmet içi eğitimi zamanında planlanarak eğitimleri yapılmalıdır.
- Gereksinim duyulan uzmanlık alanlarında sürdürülebilirliği sağlayacak insan gücü planlaması gözetilerek talepte bulunulmalıdır.
- Kritik durumdaki hastalara özellikli bir ekip ve ekipmanla müdahale, hızlı ve kesin karar verilmesini destekleyici tasarıma sahip kompleks cihaz sistemlerinin bulunması sağlanmalıdır.

- Çalışma zamanları, dinlenme zamanları ve iş yükü gerek çalışan işlevselliği gerekse risk gruplarının korunması açısından pandemi önlemlerinin elverdiği azami düzeyde dikkate alınmalıdır.
- Çalışanın, pandemi özellikli çalışma zamanları dışında, aile, sosyal ve özel yaşam gereksinimleri (ev-iş arayüzü destek gereksinimleri) gözetilerek, bu önceliklerinin pandemi özellikli önlemlerle buluşturulması desteklenmelidir.
- Pandemiye özel çalışma koşulları dikkate alınarak, çalışanın ailesi ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerle ilgili özel gereksinimlerin belirlenmesi ve destek sisteminin oluşturulması (örneğin bakıma muhtaç aile bireyi, yaşlı aile üyesi, bebek-çocuk bakımı, tek yaşarken enfekte olmak, vb.) sağlanmalıdır.
- Pandemi koşullarında, çalışanların görüş alma, bilgilenme ve gereği halinde karar alma sürecine güvenli (olabildiğince temassız) katılımının sağlanması için teknik bilişim-iletişim altyapı düzenlemesi dikkate alınmalıdır.
- Pandemiye özel çalışma ortamında çalışana karşı şiddet, saldırı vb. farklı güvenlik risklerinin kontrolü için önceden değerlendirme yapılarak, önlem alınmalıdır; acil durum, acil yardım organizasyonu ve ilgili enfeksiyon kontrol, iş sağlığı ve güvenliği bildirim yeri, kaydı, yetkilisi ve prosedürleri hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Olası sorunlar için çalışanların ortam, koşul, süreçler ile ilgili gözlemleri ve deneyimleri konusunda erken bildirim ile önlem alınması için bildirim-erken uyarı bilgi akışı sağlanmalıdır.
- Çalışma koşulları ile ilgili psikososyal destek hizmeti planlaması yapılmalıdır.

3. Çalışanın Bireysel Özellikleri ve Pandemi Özellikli İhtiyaçlarının Karşlanması:

Pandemi süreçlerinde çalışan odaklı koruma koşulları her zamankinden önemlidir:

- Çalışanın öncelikle risk grubunda olup olmadığının değerlendirilmesi ve sağlık durumu ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının sağlanması pandemi koşullarında özellikle önemlidir; örnek olarak, çalışanın yaşı, cinsiyeti, çalışılan birimdeki malzeme vb. kişisel uygunluğu ve ilgili gereksinimlerinin karşılanması söz konusudur.
- Bireysel sağlık durumunun sağlık riski açısından değerlendirilerek gereksinimlerinin (örneğin, kronik hastalığı, lens-gözlük kullanımı, ilaç kullanımı vb.) temini ve çalışanın yararlanabileceği bireysel danışma, bildirim izlem, destek erişiminin sağlanması dikkate alınmalıdır.
- Çalışanların işyerinde kişisel ihtiyaçlar ile ilgili düzenlemeler için birim temelinde önceden hazırlık yapılmalıdır (örneğin, duş, acil duş, bakım-yardım hizmeti planı, çalışma zamanlarında uygun dinlenme alanı, kişisel bakım malzemeleri, hijyen malzemeleri, gerektiğinde kıyafet hijyeni vb. ihtiyaçların sağlanması süreçleri).
- Çalışanın iş sağlığı ve güvenliği ilgili olaylar (kaza, hastalık, temas vb.) kayıt altına alınmalı ve bu konuda işleyiş hakkında bilgilendirilerek daha sonraki mağduriyetleri önlenmeli, meslek ve özlük hakları açısından hukuki sorunlar yaşanmaması için ilgili bildirimler yapılmalıdır.
- Çalışanın bireysel özellikleri ile ilgili psikososyal öncelik durumu ve destek gereksinimleri düzenli izlenmeli, değerlendirilmelidir.

4. Psikososyal Destek Hizmetlerinin Bütünsel Planlanması, Organizasyonu ve Pandemi Özellikli Kapsayıcılığı:

Pandemi koşullarında psikososyal destek hizmetleri kapsam, içerik ve uygulama olarak, kurum içinde ve dışında, tüm ihtiyaçların dikkate alınarak sürdürülmesi gereken, en yaygın, en yoğun ve en uzun süreli hizmetlerdendir. Pandemi hastane çalışma ortamı, koşulları ve çalışanların ihtiyaçları bakımından psikososyal destek hizmetlerine bütünsel yaklaşıma örnek olarak:

- Olağan dönemlere kıyasla, fiziksel ve duygusal olarak ağırlaşan çalışma koşullarının yol açabileceği çökkünlük (tükenmişlik) ve yanı sıra mesleki stres başta olmak üzere pandemi özellikli psikososyal destek ihtiyacı, bireysel ve kurumsal düzeyde, koordine olarak karşılanmak durumundadır. Bunun için sağlık çalışanları için özellikli destek sunan mekanizmaların hayata geçirilmesi ve hastanedeki ruh sağlığı uzmanlarından (psikolog, psikiyatrist, çocuk gelişimi uzmanı vb.) veya mevcut yerel ve

merkezi hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu noktada psikososyal destek hizmetleri her düzeyde, her meslekte sağlık hizmet sunumunda yer alan tüm çalışanları hedeflemelidir.

- Pandemi koşullarında, sağlık çalışanı ve destek personeli için başlıca zorlukların pandemi süreci belirsizliğinin yarattığı kaygı, iş yükünün ağırlaşması, kendi yaşam alanından, aileden ve destek sisteminin uzak ve izole olarak yaşamak durumunda kalmak, evde steril ortam yaratma çabası ve kendini yakınlıklarına dokunma konusunda baskılama, insanların tedbir almadığını düşünerek öfke ve umutsuzluk duyma, yakın çevreye bulaştırma korkusu, ekip arkadaşlarından kopma, ekip arkadaşlarının enfekte, hasta olması ve hayatını kaybedenlerin yarattığı çökkünlük, şiddete maruz kalma kaygısı vd. olduğu gözlenmiştir. Çalışanların hem iş yaşantılarında hem de kişisel hayatlarında işlevselliklerinin azalmasına yol açabilecek bir potansiyel taşıyan bu durumlar karşısında, psikososyal destek hizmetlerinin, çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, bedensel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekli önlemlerle birlikte planlanması ve hayata geçirilmesi söz konusudur.
- Pandemi süresinin görece uzunluğu göz önüne alındığında, pandemiyle etkin şekilde mücadele edebilmek için psikososyal faktörlerin sağlık çalışanları üzerinde önemli psikolojik sıkıntılara neden olabileceği gözetilmeli ve temel olarak çalışan odaklı çalışma ortamının düzenlenmesine yönelik bir bakış açısı getirilmelidir. Ekip çalışmasının önemi ve psikolojik destek programlarının sürekliliği her düzeyde (sağlık yöneticileri ve diğer ilgililer de dahil olacak şekilde) ve sürekli olarak sağlanarak, çalışma ortamının stresli özelliklerinin en aza indirilebileceği düzenlemeler yapılmalıdır.
- Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ailelerinin psikososyal destek faaliyetlerinde aktive edilmesi önemlidir. Örneğin çalışanın yalnız yaşaması, ailesinde bakmakla yükümlü bebek, bakıma-korumaya muhtaç çocuk, yaşlı, engelli, kronik hastalık vb. olduğu durumların takip edilmesi gibi destekleyici bir yaklaşımın geliştirilmesinin gerekliliği öne çıkmaktadır.
- Tüm sağlık çalışanlarının stres tepkileri ve zaman içinde yaygınlaşma veya kötüleşme seyri gösteren çalışanların olabileceği değerlendirilerek, psikososyal destek almalarıyla ilgili psikolojik triyaj çalışmalarının hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

5.6.3 Pandemi Özellikli Olay Yönetim Araçlarının Geliştirilmesi

Hastane pandemi planı (Olaya Özel Plan) uygulaması için prosedür geliştirilirken, HAP Hazırlama Kılavuzu'nda Ekler bölümünde yer alan, afet/acil durumlarda genel müdahaleye yönelik Standart Operasyon Prosedürleri (SOP) ve diğer Olay Yönetim Araçları dikkate alınabilir. Aşağıda, örnek olarak bir listesi verilen mevcut SOP'lardan yararlanılarak, her hastanenin yapısal ve işlevsel özellikleri, ölçeği, hizmet/görev alanı dikkate alınmak kaydıyla, pandeminin gerektirdiği ve öncelikli olan düzenlemeler yapılabilir, yeni başlıklar eklenebilir.

Kılavuz'da yer alan mevcut SOP başlıklarından öncelikle ilgili örnekler şöyledir:

- SOP 1 Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi
- SOP 3 Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Afet ve Acil Durum Müdahale Planının Aktive Edilmesi
- SOP 5 Tıbbi Triyaj Yönetimi
- SOP 8 İnsan Kaynakları Yönetimi
- SOP 9 Bilgi Yönetimi
- SOP 10 Lojistik ve Malzeme Yönetimi
- SOP 12 Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi
- SOP 13 Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi
- SOP 15 Güvenlik Yönetimi
- SOP 16 Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi

SOP 18 Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi

SOP 19 Eğitim Programları ve Planın Uygulanması

SOP'larda spesifik alanlarda hastane ihtiyaçlarına uygun pandemi özellikli düzenlemeler yapılırken, her SOP'ta yer alan İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri bölümü de, alan ihtiyaçlarına uygun, bir kontrol mekanizması (listesi) olarak şekillendirilmelidir.

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

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

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

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

EK/ B1	
	HAP.FR.
..... HASTANESİ	
..... BİRİMİ	
TAHLİYE EDİLEN MALZEME / EKİPMAN TAKİP FORMU	
Sayfa No	

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

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

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B2	
	HASTANESİ BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU
HAPFR.	
Yürürlük Tarihi	
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	

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

Sıra No	Hasta Adı Soyadı	TC Kimlik No	Protokol Numarası	Tamısı	Kısa Tedavi Protokollü	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Hastayı Teslim Eden	Hastayı Teslim Alan	Öneriler/Birlikte Gönderilen Ekipmanlar, Kişisel Eşyalar vb.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									


- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B3	
 HASTANESİ BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU
HAP.FR.	
Yürürlük Tarihi	
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	

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

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

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Tahliye edilen Departman/servis/birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B4			
	<p>..... HASTANESİ</p> <p>İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU</p>	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	


Olay (Ad/ Kod):	Yer (Konum):
------------------------	---------------------

Tahmini süre:	
Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:	
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):	
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:	
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nı onaylayan: işlev/ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nın adı:	

DURUM ÖZETİ

Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dâhil)	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini, ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B5			
	<p>..... HASTANESİ</p> <p>HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM</p>	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olayın Niteliği:

Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:


Tarih ve saat:**Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:**

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

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.

2) Eylemlere yönelik Öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman/ Servis/ Birimler ile koordineli olarak OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK/ B6	
	HAP.FR. Yürürlük Tarihi Revizyon No Revizyon Tarihi Sayfa No
..... HASTANESİ TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU	

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

BİLGİ PAYLAŞILAN KİŞİ /KURUM			BİLGİ		
Tarih/Saat	Bilgi Veren (Olay Yönetim Ekibi)	Bilgi Verilen	Konusu	Karar Verilen Eylemler (ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	Eylemlerin Takibi ve İzlenmesi (ne, nasıl, kim, ne zaman)

- 1) Operasyon aşamasında, 'İş Sürekliliği Olaya Özel Planında' kullanılacaktır.
- 2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur. Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman "Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu " (Form 28) ile birlikte doldurulmalıdır.
- 3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

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

EK 1-A İş Akış Talimatları

HAP Başkanı İş Akış Talimatı	143
Acil Servis Birim Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	145
Eczane Birim Sorumlusu Akış Talimatı.....	147
Görüntüleme Birimi Sorumlusu İş Akış Talimatı	149
Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı.....	151

EK 1-B Standart Operasyon Prosedürleri

SOP 1	Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Başlangıç Değerlendirmesi	153
SOP 2	Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktivasyon-Alarm Sürecinin Değerlendirilmesi	156
SOP 3	Olay Yönetim Ekibi (OYE), Olay Yönetim Merkezi (OYM) ve Afet ve Acil Durum Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi	158
SOP 4	Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi	161
SOP 5	Tıbbi Triyaj Yönetimi.....	165
SOP 6	Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli.....	168
SOP 7	Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü Aktivasyonu	172
SOP 8	İnsan Kaynakları Yönetimi.....	175
SOP 9	Bilgi Yönetimi	178
SOP 10	Lojistik ve Malzeme Yönetimi.....	182
SOP 11	Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler.....	186
SOP 12	Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi.....	189
SOP 13	Psikososyal Destek Hizmetlerinin Yönetimi.....	192
SOP 14	Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi.....	196
SOP 15	Güvenlik Yönetimi	199
SOP 16	Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi	202
SOP 17	Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi	205
SOP 18	Teknik Bakım Hizmetlerinin ve Kritik Ekipmanın Yönetimi	208
SOP 19	Eğitim Programları ve Planın Uygulanması.....	212
SOP 20	Risk İletişimi, HAP Konusunda Personelin ve Toplumun Bilgilendirilmesi	216

EK 1-C Formlar

Form-1	HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Görevlendirme Formu.....	219
Form-2	Brifing Formu	221
Form-3	Olay Bildirim Formu	222
Form-4	Operasyon Kayıt Formu	223
Form-5	Tesis Sistemleri Durum Formu.....	224
Form-6	Olay Eylem Planı Standart Formu.....	228

Form-7 Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu	230
Form-8 Hastane Giriş Kayıt Formu.....	231
Form-9 Hasta Dosyası Formu	232
Form-10 Hasta Takip Listesi Formu.....	233
Form-11 Hastane Olay İstatistik Formu	234
Form-12 Hasta Son Durum Listesi Formu	235
Form-13 Durum Rapor (İdari Birimler) Formu.....	236
Form-14 Durum Raporu (Yataklı Servis İçin Örnek) Formu	237
Form-15 Hasta Eşyası Teslim Formu	238
Form-16 Mevcut Personel Kayıt Formu.....	239
Form-17 Göreve Gelen Personel Kayıt Formu	240
Form-18 Personel Mesai Tablosu Formu	241
Form-19 Olay Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu.....	242
Form-20 Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu.....	243
Form-21 Alana Malzeme (Demirbaş, İlaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu.....	244
Form-22 İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu.....	245
Form-23 Malzeme Takip Formu.....	246
Form-24 Özel Alanlar Formu	247
Form-25 Finans Yönetimi Kayıt Formu	248
Form-26 Lojistik Yönetimi Kayıt Formu	249
Form-27 Yönetimi Kayıt Formu.....	250
Form-28 Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu.....	251
Form-29 Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu.....	252
Form-30 Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu.....	253
Form-31 Psikososyal Risk Analizi Formu.....	254
Form-32 Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu	255
Form-33 Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu.....	259
Form-34 Diyaliz Bilgisi Formu	260
Form-35 Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu.....	261
Form-36 Personel Bilgi Formu.....	262
Form-37 Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu.....	263
Form-38 Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu	264
Form-39 Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu	265
Form-40 Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu	266
Form-41 Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu	267
Form-42 HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon İletişim Formu.....	268
Form-43 Kurtarma- Söndürme-İlkyardım Ekibi İletişim Formu	269
Form-44 HAPYılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu.....	270

Form-45 HAP.... Yılı Eğitim Rapor Formu.....	271
Form-46 HAP.... Yılı Tatbikat Rapor Formu.....	272
Form-47 Afet ve Acil Durum Kurum Rehberi	273
Form-48 Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu	274
Form-49 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu	275
Ek 1-D Acil Servis Departman / Servis / Birim Müdahale Prosedürü	276
EK 2-A Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi	283
EK 2-B Güvenli Hastane Kontrol Listesi	290
EK 2-C KAISER Risk Analizi	335
EK 2-D COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi	342
EK 3-A HAP Onay Sayfası	357
EK 3-B HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi.....	359

EK 1-A
TEMEL GÖREVLER İÇİN İŞ AKIŞ TALİMATLARI

Aşağıda yer alan İş Akış Talimatları (İŞAT) örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından eklemeler ve düzeltmeler yapılmalıdır.

“örnek” HAP BAŞKANI İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Görev		
<ul style="list-style-type: none"> • Olay Yönetim Merkezi (OYM) ve Olay Yönetim Ekibi'ni (OYE) organize etmek ve yönetmek, • Hastane afet müdahale yönetimi ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek, • Gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak, • Yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek. 		
Gerçekleştirilecek Eylemler		
İlk Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • HAP Başkanı olarak OYE'yi faaliyete geçirmek amacıyla OYE üyelerini..... ile çağırın (telefon, telsiz, çağrı cihazı vb. belirtin), • OYE'nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin (tüm faaliyetleri dikkate alarak; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir), • Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere rapor verin, • OYE üyelerine sorumluluklarını bildiren İş Akış Talimatları/görev yelekleri/ilgili Formlar ve kayıtları dağıtın, • OYE üyelerine, raporlama zamanını belirterek görevler verin, • Sekreteryaya işlerini yürütecek personeli belirleyin ve İş Akış Talimatlarını dağıtın; ilgili Formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların Sekreteryaya'nın kontrolünde olmasını sağlayın, • Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM) bulunan personel, stoklar, malzemeler ve kapasitelere ilişkin bilgilerin güncelliğini kontrol edin; bilgi takibi yapmak için üyeleri görevlendirin, • Mevcut bilgiyi gözden geçirin ve sonraki iki saat boyunca OYE için ilk Olay Eylem Planı'nı hazırlayın, • Olayın hastane hizmetlerine etkisi hakkında bilgi edinin, • Planlama ve Operasyon bölümlerinden OYE tarafından belirlenen zaman dilimine ait Olay Eylem Planı'nı belirlemelerini isteyin, • OYE'nin toplantı ve brifing zamanına karar verin, • Hastane genelinde değerlendirme raporunun zamanlamasına (4, 8, 12, 24, 48 saat) karar verin, • Haberleşme cihazlarının ve personelinin, faaliyete hazır olmasını sağlayın, • Kritik hizmetlerde devam eden faaliyetlerle ilgili rapor alın (ameliyathane, görüntüleme, Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), • Mevcut yatak kapasitesine ilişkin rapor alın. 		

Devam Eden Eylemler		
• OYE üyeleri tarafından karar verilen kaynakların seferber edilmesine izin verin,		
• Departman/Servis/Birimlerin Sorumlularıyla, OYE için rutin raporlama mekanizmasını ve zamanlamasını belirleyin,		
• Personel nöbetlerinin düzenlenmesini sağlayın,		
• Sağlık üst yöneticileri ile irtibata geçin ve alınan talimatlara göre hareket edin,		
• Kaynakları izleme kayıtlarının, düzenli olarak güncellenmesini sağlayın,		
• Olay Eylem Planı'nın uygulanmasına izin verin (OYE'ye sunuldukları gibi),		
• Seferber edilen kaynaklarla birlikte yatak kapasitesinin artırılmasına yönelik eylem planını belirleyin,		
• Hastanenin tıbbi kapasitesine ilişkin olarak düzenli raporlar isteyin.		
Süresi Uzayan Eylemler		
• Herhangi bir dahili olumsuz olayın derhal rapor edilmesini ve buna karşı tedbir alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlayın,		
• İstenildiği takdirde, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılın,		
• Lojistik ihtiyaçlarının duruma göre belirlenmesini ve gerektiğinde tedarik edilmesini sağlayın,		
• Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde destek verilmesini sağlayın.		
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
• AMP aktivasyonunun sona erdiğini yoluyla bildirin (telefon, telsiz, çağrı cihazı vb. belirtin),		
• 112 AÇM/KKM/İl SAKOM'a aktivasyonun sona erdiğini bildirin,		
• Sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini değerlendirin,		
• Operasyonel süreçlerle ilgili raporlar hazırlayın,		
• Gerekirse, personelin psikososyal destek almasını sağlayın,		
• Olayın değerlendirilme sürecine katılın.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
• Hastaların takibi için.....		
• Kapasiteleri değerlendirmek için.....		
• Bilgi paylaşımı için.....		
• Alınan kararlar için.....		
Rapor Vereceğiniz Kişi		
Bir Üst Sağlık Yetkilisi		
Kimlik Belirleme		
Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.		
Diğer		
İlk Yayınlanma Tarihi		Revizyon
* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Hazırlama Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.		

“örnek” ACİL SERVİS BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
<p>Görev</p> <ul style="list-style-type: none"> Acil Servis’in iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak Acil Servis’teki tıbbi müdahaleyi koordine etmek ve yönetmek, Yaralıların birincil değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, Rutin acil durumlar ve hasta/yaralılara yönelik temel sağlık hizmetleri sunumunu sürdürmek amacıyla, Acil Servis’in iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, Afet/acil durumda Acil Servis’in genel yönetimini sağlamak. 		
Gerçekleştirilecek Eylemler		
İlk Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> HAP Afet ve Acil Durum Müdahale Yönetimi Organizasyon Şemasını gözden geçirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Görevdeki Acil Servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Taburcu ya da servislere transfer edilebilecek hastaların nakil sürecini organize edin, bu konuda karar alması için bir Acil Servis hekimini görevlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Halihazırda mevcut kaynakları değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis Müdahale Prosedürü’nün aktive edilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ile birlikte hareket edin. 		
Devam Eden Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Kanıtların daima korunmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta transfer edilecek Departman/Servis/Birimler ile irtibata geçerek etkili ve güvenli transfer edilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis’e kabul edilen yaralıların klinik değerlendirmelerinin düzenli aralıklarla gerçekleştirilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin ihtiyacını öngörerek OYE’den talepte bulunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis’te çalışan tüm personele düzenli brifing verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İlaç ve malzeme ihtiyacını öngörerek OYE’den talepte bulunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlayın (kimlik tespit etme sürecine katkıda bulunmaya yönelik Standart Operasyon Prosedürü’ne uyun). 		
Süresi Uzayan Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Diğer servislerle (Yoğun Bakım Ünitesi, ameliyathane gibi) yürütülecek hizmetler ve buraların mevcut imkanları konusunda OYE ile sürekli iletişim halinde bulunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olun. 		

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
• Acil Müdahale Planı aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlayın,		
• Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlayın,		
• Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirin,		
• Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılın,		
• Tüm belgeleri OYE'ye iletin.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
• Hasta takip çizelgesi		
• Kayıtlar		
• Formlar		
Rapor Vereceğiniz Kişi		
Operasyon Şefi (OYE)		
Kimlik Belirleme		
Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.		
Diğer		
İlk Yayınlanma Tarihi		Revizyon
* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Hazırlama Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.		

“örnek” ECZANE BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Görev		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane faaliyetlerinin Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyonundan sorumludur: 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczanenin personel ihtiyacını belirlemek, 		
<ul style="list-style-type: none"> İlaç ve intravenöz sıvıların klinik alanlara hızlıca temin edilmesini sağlamak, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kullanılan ilaçların kayıtlarının sürdürülmesini sağlamak. 		
Gerçekleştirilecek Eylemler		
İlk Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ile iletişime geçin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm faaliyetleri kaydetmeye başlayın; Lojistik Şefine durum raporunu sunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE’den düzenli olarak brifing alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane personeline bilgi ve talimatlar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Faaliyetleri düzenleyin ve uzman personelin katılımını sağlayın (7/24), 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis Birim Sorumlusu ve diğer servis sorumlularıyla iletişime geçerek eczane tarafından tedarik edilecek ilaç ve intravenöz sıvı ihtiyaçlarını belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verin. 		
Devam Eden Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Operasyonel brifinglere katılın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personele, mümkün olduğunca sık, operasyonel rapor verin ve personeli son durumdan haberdar edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlayın. 		
Süresi Uzayan Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturun, dinlenme sürelerini belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ekip üyelerinden durum raporu alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik Şefini (OYE) durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar edin. 		
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
<ul style="list-style-type: none"> Aktivasyonun sona ermesi kararı alındığında, normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlayın, 		

• Faaliyet raporlarını hazırlayın,		
• Tüm gerekli belgeleri OYE'ye iletin (özel kayıtlar ve formlar).		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
Rapor Vereceğiniz Kişi		
Lojistik Şefi (OYE)		
Kimlik Belirleme		
Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.		
Diğer		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Hazırlama Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.		

“örnek” GÖRÜNTÜLEME BİRİM SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI*	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Görev		
<ul style="list-style-type: none"> İlerleyen saatler için Birimin işlem kapasitesini değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal etmek ve hastanın geldiği kliniğe geri gönderilmesini sağlamak, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlamak, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde Birimin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapmak. 		
Gerçekleştirilecek Eylemler		
İlk Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Görüntüleme işlemleri açısından, birimin mevcut personel ve kaynak kapasitesini değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Servislere geri gönderilebilecek hastaları belirleyin ve bu hastaları servislere nakil edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil olmayan tüm işlemleri iptal edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ile iş birliği yapın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıt tutmak için ilgili formları ve kayıtları kullanın. 		
Devam Eden Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ile koordinasyonu sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Birimin faaliyetlerini yönetin ve personeli yönlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Birimin imkan ve kapasitesini düzenli olarak değerlendirin, düzeltici önlemler alın ve gerekirse OYE’den personel, malzeme desteği isteyin. 		
Süresi Uzayan Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Personeli yönlendirmeye devam edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Faaliyetleri yönetmeye devam edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İmkan ve kapasiteyi izlemeye devam edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile iş birliği yapın. 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		

Rapor Vereceğiniz Kişi		
Operasyon Şefi (OYE)		
Kimlik Belirleme		
Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.		
Diğer		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<p>* Bu İş Akış Talimatı, görevde hekim varsa kıdemli hekim tarafından, yok ise çalışan hekim tarafından, hekimin bulunmadığı hastanelerde görev yapan yetkilendirilmiş teknisyen veya kıdemli teknisyen tarafından yapılır.</p> <p>** Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Hazırlama Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.</p>		

“örnek” GÜVENLİK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Görev		
<ul style="list-style-type: none"> Hastanenin tüm alanlarında genel güvenlik (emniyet, asayiş) faaliyetlerini koordine etmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane triyaj alanının güvenliğini sağlamak ve dış trafik akışını düzenlemek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Emniyet güçleri ile beraber hastaneye erişimin düzenlenmesini sağlamak, hastaneye ulaşan hasta, hasta yakınları ve diğer kişileri ilgili alanlara yönlendirmek. 		
Gerçekleştirilecek Eylemler		
İlk Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Operasyon Şefinden mevcut durum ile ilgili talimat ve bilgi alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Durum tespit toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliye-yi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Operasyon Şefine düzenli yazılı durum raporları verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerekli durumlarda, kontrollü giriş çıkış sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerden çıkartın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ek güvenlik personeli temin edilene kadar, servislerden geçici personel talep edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ambulans giriş-çıkış ve ring alanlarını düzenleyerek, acil servis, triyaj alanı, morg ve aileler için oluşturulan alanlara erişimi açık tutun. Erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlayın. 		
Devam Eden Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personelinin, riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı uyarık olmalarını ve tespit ettikleri sorunları bildirmelerini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi aracılığıyla itfaiye, emniyet güçleri ve diğer ilgili kurumlarla irtibata geçin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personelinin rutin brifinglerini belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarla sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Telsiz konuşmalarını takip edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik Şefinin talimatı doğrultusunda; gıda, su, ilaç ve kan kaynaklarını güvenli hale getirmek için destek hizmetleri personeliyle birlikte hareket edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personelini düzenli olarak durumdan haberdar edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personeline ilgili formları ve kayıtları kullanmaları talimatını verin, takip edin. 		

Süresi Uzayan Eylemler		
• OYE ile sürekli irtibat halinde olun,		
• Planlama Şefi ile görüşerek, gerekli durumlarda ek güvenlik personeli için harici hizmet sunucularıyla bağlantıya geçin,		
• Tüm güvenlik personelinin gözlemleyin ve stres belirtisi gösterenlerin yeterli düzeyde desteğe erişmesini sağlayın,		
• Personele dinlenme süresi verilmesini sağlayın,		
• Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.		
Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyonunun Sona Ermesi		
• Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
Rapor Vereceğiniz Kişi		
Operasyon Şefi (OYE)		
Kimlik Belirleme		
Görev yeleğinizi giyin ve güvenlik personeline ilgili yelekleri dağıtın.		
Diğer		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Hazırlama Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.		

EK 1-B

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürleri (SOP) örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından eklemeler ve/veya düzeltmeler yapılmalıdır.

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:1

TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN BAŞLANGIÇ DEĞERLENDİRMESİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin kapasite ve yeteneğini değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla (nicel) kapasitesini değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi bakım hizmetini ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin yeteneğini (nitel kapasite) değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sonraki 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla Acil Servis'in ve/veya afet triyaj alanının kapasite ve yeteneğini değerlendirmek, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sonraki 24 saat süresince söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Halihazırda kullanılmakta olan, boşaltılabilecek ve eklenebilecek yatakların, sayısını değerlendirin (koridorlardaki sedyeler dahil), 		
<ul style="list-style-type: none"> Yatakların kullanımını fonksiyonel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirin. Diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personel ile hastaneyi destekleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kan bankası, eczane, laboratuvar, görüntüleme gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahmin edin), 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev başında bulunan ve göreve çağırılacak personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İdari desteğin imkân ve kapasitesini değerlendirin, 		

<ul style="list-style-type: none"> Tüm Departman/Servis/Birim Sorumlularından, halihazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini isteyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin yeterliliğini ve ihtiyaç duydukları temel malzemeleri göz önünde bulundurarak zamanla meydana gelebilecek değişimi ve temel hizmet sunumuna yönelik sürdürülebilirliği belirleyin. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yataklar fonksiyonel yatak olmalıdır, tıbbi bakım verilemeyecek yataklara hasta yatırılmamalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıtlar, formlar, kontrol listeleri..... 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'nin istediği kritik bilgilerin, Departman/Servis/Birimler tarafından en kısa sürede hazırlanarak değerlendirilmek üzere OYE'ye sunulduğundan emin olun. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktive edilmesiyle başlar. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili Olaya Özel SOP (örneğin, epidemi veya kimyasal olay), 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Triage Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünün Aktivasyonu SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaneler arası sevkten sorumlu yöneticiler ve sağlık yetkilileriyle düzenli olarak bilgi paylaşımı; takip kayıtları kullanılarak OYE tarafından gerçekleştirilir (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm). 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Herhangi bir Departman/Servis/Birim istenilen bilgiyi sağlayamazsa, kabaca bir tahminde bulunun (tahminlerde olası en düşük kapasiteleri kullanın), 		
<ul style="list-style-type: none"> Olay personelin iş yerine ulaşmasını engelleyecek boyutta ise, hastanenin tedavi imkân ve kapasitesinin düşebileceğini göz önünde bulundurun. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE üyeleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, idari hizmetler ve lojistik sorumluları. 		

Ekler	
•	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli	
Kayıtlar:.....	
Formlar:	
Raporlama mekanizması:	
• AMP’de belirtilen ilgili Formlar	
İzleme	
• OYE, hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini, belirlenmiş periyotlarla değerlendirmeye devam eder.	
Güvenlik Konuları	
•	
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.	

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:2		
ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN (AMP) AKTİVASYON - ALARM SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı (AMP) ilke ve prosedürleri doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak.		
Hedefler		
• Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek,		
• OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonuna ilişkin karar alınmasını sağlamak/başlatmak,		
• Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak,		
• Hastane Departman/Servis/Birim sorumluları ile iletişime geçmek,		
• OYE, olay bildirim ve alarm sürecinin uygulanabilirliğini AMP tatbikatları ile düzenli olarak kontrol etmelidir.		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler:(15 dakikadan kısa sürede bildirim değerlendirmek ve olayı doğrulamak)		
• Olay bildirimini değerlendirmek için bildirim ve alarm durumu akış şemasını kullanın,		
• İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) değerlendirin,		
• Hastanenin, sadeleştirilmiş ve önceden belirlenmiş kontrol listesini kullanarak söz konusu talebi karşılama kapasitesini değerlendirin,		
• Temel hastane hizmetlerinin sunumunu ve sürekliliğini sağlamada olası eksiklikleri değerlendirin (ilk değerlendirme),		
• AMP'nin aktivasyonunun gerekip gerekmediğini değerlendirin,		
• İlgili kişileri bilgilendirin (görevlerine göre),		
• Olay Bildirim Formunu kullanarak orijinal iletiyi kaydedin.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Hastane iş güvenliğinin genel bir ön değerlendirmesini yaparak söz konusu olayın iş güvenliği ve emniyeti tehdit edip etmediği değerlendirilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
• Acil Müdahale Planı'nın (AMP).....bölümü,		
• İş Akış Talimatı.....		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Kontrol listesi.....		
• Bildirim ve alarm durumu akış şeması.		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Bilgilendirilen kişilerin gerekli faaliyetleri gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin takibini sağlayın,		
• 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'un bilgilendirildiğinden emin olun.		
Zaman Dilimi		
• Acil (olay bildiriminin alınmasından itibaren ilk 15 dakika içinde)		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Olay Yönetim Ekibinin, Olay Yönetim Merkezinin, Acil Müdahale Planı'nın (AMP) Aktive Edilmesi SOP'u.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki yetkili sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecini başlatın,		
• Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'u bilgilendirin.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE üyeleri,		
• Yetkili sağlık personeli (bkz. AMP'nin.....bölümü).		
Ekler		
• Olay Bildirim Formu,		
• Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik ilgili Formlar.		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.		
İzleme		
1 saat sonra;		
• Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin.		
• 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'u bilgilendirildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:3		
OLAY YÖNETİM EKİBİ (OYE), OLAY YÖNETİM MERKEZİ (OYM) VE ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN (AMP) AKTİVE EDİLMESİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Yönetim yapısını derhal aktif hale getirmek.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Mümkün olduğunca çok sayıda olay yönetim ekip üyesini aktive etmek (pozisyonlar/fonksiyonlar), Olay Yönetim Merkezi'ni açmak (OYM) ve ilk Olay Yönetim Ekibi (OYE) toplantısını yapmak, Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlemek, Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtmak, Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirmek, Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar vermek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Merkezi'ni (OYM) açın, OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedürleri, İş Akış Talimatları, kayıtlar, kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edin, Olay Yönetim Merkezi'ndeki haberleşme araçlarını kontrol edin, OYE'nin çalışma yöntemine karar verin, OYE'nin çalışmalarını kolaylaştırmak için destek personelin hazırda bulunmasını sağlayın, OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirin ve acil ihtiyaçları belirleyin, Hastane içi ve dışındaki ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyonu sağlayın, Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dahil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik yedek sistemleri belirleyin, Epidemi durumunda, OYE toplantılarına, hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu dahil edin, Mevcut OYE üyeleri, işlenmesi/değerlendirilmesi gereken verilerin tespitinde şu hususları göz önünde bulundurmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> Yalnızca karar vermeye yönelik verilere odaklanın, Olayın türüne göre (kitlesel travma, zehirlenme veya pandemi) acil ihtiyaç duyulan ve sonraki birkaç saat içerisinde ihtiyaç duyulacak verilerin olabileceğini göz önünde bulundurun, Verilerin kaynağı nerededir, nasıl toplanır, kim ne yapacak, OYM 'de nasıl muhafaza edilip işlenecek gibi soruları cevaplayın. 		

<ul style="list-style-type: none"> İç ve dış koordinasyon tedbirlerini (AMP'de açıklandığı gibi) ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirleyin (bilgi yönetimi bölümüne bakınız), 		
<ul style="list-style-type: none"> İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> AMP aktivasyon düzeyini yeniden değerlendirin ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hangi alanların açılması gerektiğine karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin nasıl geri çağırılacağına karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Mevcut personelin ne yapacağına karar verin (hastanede kalacak mı, kalmayacak mı?), 		
<ul style="list-style-type: none"> Geri dönen personelin toplanma noktasının neresi olacağına karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceği ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceği kontrol edilmelidir.		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik Formlar ve kayıtlar (zaman, bildirim içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/kimler tarafından kullanıldığına kaydı, sağlık yöneticileri ile iletişim), 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Merkezi (OYM) ekipmanı. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için; kullanacakları İşAT'lar, Formlar ve SOP'ların hazır bulundurulmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Merkezi'nin açılması ve işlevsel olmasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Olay bildirimini alınmasıyla başlar, 2 saatten kısa süre içinde gerçekleşir. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/ Birimlere ilişkin müdahale prosedürleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünün Aktivasyonu SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u, 		

• Bilgi Yönetimi SOP'u,		
• Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planı'nı geliştirin (proaktif tutum ve öngörü).		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE üyeleri,		
• Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölümde açıklandığı şekilde raporlandırın.		
İzleme		
• OYE, operasyon koordinasyonu ve faaliyetlerde ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine karar vermelidir,		
• OYE, kaynakların etkin yönetildiğinden, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşıldığından emin olmalıdır.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO: 4		
HASTANE AFET TRİYAJ ALANININ, GELEN HASTALARA YÖNELİK HARİCİ TRAFİK AKIŞININ VE HASTA NAKLİNİN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Acil Müdahale Planı'nda (AMP) açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak: <ul style="list-style-type: none"> - Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.), - Ekipman ve ilaçları sağlamak, - Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedyeye personeli, idari personel vb.), - İş güvenliği ve emniyeti sağlamak. • Triyaj ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek, • Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis'le koordinasyon içinde yürütmek, • Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak, • Gelen hastaların tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili Departman / Servis/Birimlere naklini sağlamak (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.) ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, • Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek, • Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak, • Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, • Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Acil Servis'e ve hastanenin diğer servislerine erişimi, yalnızca iyileştirilebilir vakalar veya kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek vakalar için sağlayın¹. Bu nedenle: <ul style="list-style-type: none"> - Hafif yaralanmaları ya da diğer hafif tıbbi durumları Acil Servis dışında tedavi etme seçeneğini göz önünde bulundurun, - Hafif yaralıları tedavi etmek için Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB) açın. Halihazırda ATB varsa ve mekân bakımından sorun yoksa genişletin ve güçlendirin, - Olağan ATB hastalarını, OYE aksini belirtmedikçe rutin tesislere (polikliniklere) yönlendirin, (OYE bazı ATB faaliyetlerini durdurabilir), - Özellikle ATB, Acil Servis'e yakınsa, erişim sorunları ve aşırı yoğunluğa sebep olacaksa, aciliyeti olmayan tüm ATB konsültasyonlarının iptal edilmesi seçeneğini düşünün, 		

¹Pandemi durumlarında vakaların hastaneye kabul ve kabul edilmeme koşullarının tanımlanması çok önemlidir.

- Eğer bazı ATB faaliyetler iptal edilirse, bu durumda rutin olarak gelen hastalara nasıl haber verileceğine karar verin. (Örneğin, MH-RS'den randevu alan hastalara, randevu iptallerini duyuracak bir sistem kurun.).		
• Hastane afet triyaj alanını bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirmek için uygun önlemleri alın:		
- Hastane afet triyaj alanını açın, bu alana yedekli personel tayin edin, bu alanın güvenliğini sağlayıp donatmak ile ilgili AMP'de yer alan prosedürleri esas alın,		
- Hastane afet triyaj alanının açıldığını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini 112 AÇM/KKM/İL SAKOM'a bildirin,		
- Hastane afet triyaj alanında kimin çalışacağına, hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceğine, hangi formların, kayıtların, prosedürlerin ve iş akış talimatlarının kullanılacağına karar verin,		
- Kullanılabilecek standart tedavi protokollerini belirleyin,		
- Hastane afet triyaj alanıyla, OYE ve Acil Servis arasında bilgi paylaşımının nasıl yapılacağını belirleyin,		
- Triage sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını onaylamadıkça hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin (çocuk vakalar hariç),		
- Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dahil) kaydının yapılmasını sağlayın,		
- Hastaların sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın, hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis ayrı yerlerde ise bu iki alan arasında etkili bir koordinasyon olmasını sağlayın,		
- OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesini, yönetilmesini sağlar ve takip eder.		
• Hastane dışı trafik akışını organize edin:		
- Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak (gerektiğinde emniyet güçleri ile irtibatı sağlayacak ve birlikte çalışacak) yedekli bir güvenlik görevlisi tayin edin,		
- Alanların belirlenmesini, işaret ve yönlendirme tabelalarının yerleştirilmiş olmasını sağlayın,		
- Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin,		
- İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun,		
- Hastane afet triyaj alanına ulaşmak için harici trafik akışını düzenleyin/düzenletin. Triage alanından Acil Servis'e ya da diğer servislere hasta naklinin aksamaması için alternatif yollar ile giriş çıkışları belirleyin,		
- Harici trafik akışını kolaylaştırmak ve bu trafik akışını (ambulanslar) organize etmek için hastane afet triyaj alanının güvenli ve iyi belirlenmiş.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Görevli personelin kişisel koruyucu kıyafet kullanması sağlanmalıdır,		
• Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir,		

<ul style="list-style-type: none"> Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyalar etiketlenerek polis gözetiminde özel bir odada muhafaza edilmelidir). 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipman, Acil Servis'te hazırlanan özel afet stoku, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta kayıt ve izlemi için gerekli formlar ve kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta kaydı için gerekli elektronik/dijital altyapı, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü (bkz. Acil Müdahale Planı - AMP), 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Trijaj alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü (SOP). 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane afet triyaj alanının gelen hastalar için tam fonksiyonel olmasını sağlayın (personel, ekipman; güvenlik), 		
<ul style="list-style-type: none"> Harici trafiği düzenleyin ve trafik akışını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenliği sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'nin Afet Triyaj Alanı açmaya yönelik kararı ile başlar, bir saatten kısa süre içinde gerçekleşir. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü (SOP)..... 		
<ul style="list-style-type: none"> İş Akış Talimatı (İŞAT) 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Sağlık yetkilileri ile hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için, 112 AÇM/KKM/İL SAKOM bilgilendirmelidir. Bilgilendirme Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu kullanılarak yapılır (bkz. AMP Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölüm), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane içinde sürekli bilgi paylaşımına yönelik olağan prosedürler uygulanmalıdır, OYE'nin kararına göre özellikle Acil Servis, Ayaktan Tedavi Bölümü ve hastane afet triyaj alanı arasında sürekli bilgi paylaşımını sağlamak için ilgili Standart Operasyon Prosedürlerine bakılmaktadır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta kaydı ve hasta takibi ilgili prosedürlerin tam olarak uygulanmasını ve OYE ile bilgi paylaşımını gerektirmektedir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya bilgilendirme alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan). 		

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemide durumunda, Bölüm 4'teki Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır),		
• Kimyasal bir olay durumunda, Bölüm 4'teki kontamine hastalara ilişkin Olaya Özel Plan'a bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır).		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE,		
• Triyaj ekiplerinde çalışan sağlık personeli,		
• Hastane afet triyaj alanında çalışan kayıt personeli ve idari personel,		
• İlgili Departman/Servis/Birimlerin sorumluları,		
• Güvenlik görevlisi,		
• Kolluk kuvveti.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Kontrol listeleri:		
Raporlama mekanizması:		
• Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölümde açıklandığı şekliyle raporlandırın,		
• İlgili formları kullanın,		
• Tedavi edilen ve kabul edilen hasta kayıtlarının tutulmasını sağlayın (hasta kartları),		
• Hasta kayıt ve izlem formları ile ilgili kayıtların tutulmasını/saklanması sağlayın.		
İzleme		
• Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun,		
• Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlendiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
• Hastane afet triyaj alanında güvenlik son derece önemlidir. Olayın hemen ardından kolluk kuvveti ile iş birliği sağlanmalıdır.		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:5		
TIBBİ TRİYAJ YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Gelen tüm hastaların yeterliliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak, Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak), Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (Acil Servis, ameliyathaneler, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayıda tutmak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Triyaj ekibi/ekiplerinin çalışmaya hazır olduğunu ve bilginin nasıl paylaşılacağını, Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Birim Sorumlusu/Acil Servis Sorumlu Hekimine bildirin, Triyajı yapılmış hastaların Acil Servis'te nereye nakledileceğine karar vermek için Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusu ile birlikte çalışın, Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için Güvenlik görevlisi ile birlikte çalışın, Hastane afet triyaj alanı ile Acil Servis arasındaki nakillerin uygun bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayın, Tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına alın, Hasta kabul alanlarının güvenliğini sağlayın (gerekirse kolluk kuvveti ile birlikte hareket edin), Güvenlik görevlisi ile iş birliği yaparak hasta kabul alanlarına yalnızca yetkili kişilerin girebilmesini sağlayın, Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi/Acil Servis Birim Sorumlusunun izin vermediği hasta yakınlarının, hastane afet triyaj alanına ve Acil Servis'e girmelerini engelleyin. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek hemen güvenlik görevlisine bildirilmelidir, Ciddi tehdit teşkil edebilecek her türlü durum Acil Servis Birim Sorumlusu ve HAP Başkanı'na rapor edilmelidir. 		

Kullanılacak Materyaller		
• Standart Operasyon Prosedürü,		
• İşaretler ve yönlendirme tabelaları,		
• İşaret (ikaz) şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller,		
• Formlar ve kontrol listeleri,		
• İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoku),		
• Görev yelekleri.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlayın.		
Zaman Dilimi		
• Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra başlar,		
• Hastalar hastaneye geldiği sürece devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Güvenlik Yönetimi SOP'u,		
• Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/ Birimlere Nakli SOP'u,		
• Hastane Afet Triage Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u,		
• Güvenlik Sorumlusu İşAT,		
• Triage Alan Sorumlusu İşAT,		
• OYE ve Acil Servis ile koordinasyon.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmediği halde hastalarına refakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen Güvenlik görevlisi ile temasa geçin,		
• Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; Güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.		
Sürece Dahil Kişiler		
• Triage faaliyetine katılan tüm tıbbi personel,		
• OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından görevlendirilen tüm idari personel ve kayıt personeli,		
• Güvenlik personeli.		
Ekler		
• Farklı alanların konumlarını gösteren haritalar/krokiler,		
• Kayıtlar ve formlar,		
• Mevcut malzemelerin kontrol listesi.		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none">OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatlarına uyun.		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none">Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none">		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none">Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:6		
ACİL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN DEPARTMAN/ SERVİS/BİRİMLERE NAKLİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis'in çok sayıda hastaya hizmet verebilecek şekilde çalışır durumda olmasını sağlamak ve hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini organize etmek (hastane içi trafik akışı). 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Müdahale Planı (AMP) aktive edildiğinde Acil Servis'i bu plana göre organize etmek (bölümlerin farklı hasta kategorilerine göre oluşturulması), Rutin çalışma şeklinden, afet ve acil durum çalışma şekline geçiş yapmak (komuta, koordinasyon, bilgi yönetimi), Personelin, Acil Servis'in çeşitli bölümlerinde, net talimatlarla görevlendirilmesini sağlamak, OYE ile koordineli olarak ek kaynakları (personel, malzeme, ekipman) devreye sokup, tedavi imkan ve kapasitesini artırmak, Acil Servis'te yoğunluk oluşmasını önlemek için, sağlık hizmetlerini öncelikli tıbbi tedavi ile sınırlandırarak devamlılığını sağlamak, İlgili personelin her türlü tehlikeli durum hakkında bilgilendirilmesini ve korunmasını sağlamak, Gerekli malzemelerin ve ekipmanların mevcut olmasını sağlamak (gereğinin yapılması için her türlü eksiklik hemen OYE'ye bildirilmelidir), Acil Servis'te kalınan sürede ve hastanede ilgili Departman/Servis/Birimlere nakil sırasında öncelikli tıbbi tedavinin devamlılığını sağlamak, Acil Servis ile tıbbi bakım alanları (Ayaktan Tedavi Bölümü, ameliyathane, yoğun bakım vb.) arasındaki hastane içi trafik akışını yönetmek, Tıbbi bakımın devamlılığı için gereken önemli belgeleri hastalarla birlikte nakletmek, Personel ve hastaların (kişisel eşyaları dahil) güvenlik ve emniyetini sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi aşağıdaki konuları OYE ile görüşmelidir: <ul style="list-style-type: none"> Acil Servis sorumlu hekimini, sorumlu hemşireyi, Güvenlik görevlisini ve idari memuru belirleyin, Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (yönetim, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla rehber, prosedür ve İşAt'ların kullanıldığından emin olun, Diğer birimlerden Acil Servis'e personel desteğinin nasıl sağlanacağına karar verin, Acil Servis'in hastane afet triyaj alanının yönetimine nasıl katkıda bulunacağına karar verin, Acil Servis'in, AMP ya da Acil Servis Müdahale Prosedürü'ne göre yeniden organize edilmesini sağlayın, 		

• Personeli sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin,		
• Malzemelerin (afet stoku) ve ekipmanın kullanıma hazır olmasını sağlayın,		
• Personel, malzeme ve ekipman ihtiyacının artacağını göz önünde bulundurun,		
• Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da gözönünde bulundurarak) OYE ile birlikte nihai karar alın,		
• Gelecek 24 saat içinde görev alacak personeli organize edin (nöbet/var-diya),		
• Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için Acil Servis'in bölümlerini işaretleyin/İsmlendirin,		
• Güvenlik görevlisinden destek alarak, Acil Servis'e girişlerin sadece yetkili kişilerle sınırlandırılmasına dikkat edin,		
• Gelen hastaların kontamine (kimyasal ajan vb.), enfekte (pandemi, epidemi yapma potansiyeline sahip ajan) olup olmadığından emin olun,		
• Dahili nakil kapasitesini (kullanılabilir sedyeler, personel), değerlendirerek yeterli olmasını sağlayın,		
• Departman/Servis/Birim sorumlularını, hasta alımının nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirin,		
• Hastaların Acil Servis'ten etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin,		
• Personelin, hastaların tıbbi bakımının devamlılığı açısından, nakil sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın,		
• Hastanın, hastane içi uygun transferinin yapılması için önceden belirlenen Form/Formların kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp, rapor edileceği konusunda bilgilendirin,		
• Acil Servis'in içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaret ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirildiğinden emin olun,		
• Hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasında, gerektiği durumlarda Güvenlik görevlisinden destek alın,		
• Nakil yollarının hareketi engellemeyecek şekilde, sürekli açık olmasını sağlayın, yoğunluk oluşmasını önleyin,		
• Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre naklini sağlayın (tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil Servis OYE'nin kararlarına uymalıdır),		
• Acil Servis'te hasta naklinde görevli personelin, görev yeleği giymesini sağlayın,		
• Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın,		
• Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Acil Servis'te yalnızca yetkili kişiler çalışmalıdır,		

<ul style="list-style-type: none"> Aile üyeleri yalnızca Acil Servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat etmemelidir (hasta başına bir kişi), 		
<ul style="list-style-type: none"> Her türlü güvenlik tehdidi değerlendirilerek Güvenlik görevlisine ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor edilmelidir (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planı'nda (AMP) belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Afet stoku, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi malzemeler ve ekipman, 		
<ul style="list-style-type: none"> İşaretler ve yönlendirme tabelaları, 		
<ul style="list-style-type: none"> Formlar ve kontrol listeleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis'te tüm hastalara ihtiyaçlarına göre tıbbi bakım verilmesinin sürekliliğini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın doğru yönetildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonundan hemen sonra başlar (Acil Servis'in yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzemelerin ve ekipmanın mobilize edilmesi 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir), 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastalar Acil Servis'e gelmeye devam ettiği sürece devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgi Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ölü ve Kayıpların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Sorumlusu İşAT, 		
<ul style="list-style-type: none"> Trijaj Alan Sorumlusu İşAT, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis Birim Sorumlusu İşAT. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmeden hastalarına refakat etmek istediği durumda, konu ile ilgili önlem alınması için hemen Güvenlik görevlisi ile temasa geçin, 		

<ul style="list-style-type: none"> Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini sağlayın, Güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay vb.), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek etkilenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis'te çalışan tüm sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ya da Acil Servis Birim Sorumlusu tarafından diğer Departman/ Servis/Birimlerden görevlendirilen tüm idari personel ve kayıt personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personeli. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> Farklı alanların konumlarının haritası/krokisi, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıtlar ve formlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü (SOP). 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar: Bilgi yönetimi <ul style="list-style-type: none"> - Hasta dosyası - Hasta takip formu 		
Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'nin ve Acil Servis Birim Sorumlusu'nun talimatlarına uyun. 		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none"> Sunulan tıbbi bakımın devamlılığından ve hizmet kalitesinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> İş sağlığı güvenliği ve emniyet konularının değerlendirildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Temel malzemelerin ve ekipmanın kullanılabilirliğinin kontrol edildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi personel tarafından hasta nakillerinde uygulanmak üzere hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun. 		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none"> 		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none"> Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır. 		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:7		
DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ AKTİVASYONU	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birimin kendisine ait Müdahale Prosedürüne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Gereken acil durumlarda/OYE'nin talebi halinde Departman/ Servis/ Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, Her Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi yönetim ve koordinasyon mekanizmalarına uygun (rutin çalışma şekline afet/acil durum çalışma şekline geçiş) yapılmasını sağlamak, Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite standartları doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, OYE'nin afet/acil durum müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, Görevli personelin iş sağlığı güvenliğini ve emniyetini sağlamak, İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planı'nı geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Sorumlularından Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve Formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını kontrol etmelerini isteyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birimler için hazırlanan afet/acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemalarının, Departman/Servis/Birim faaliyetleri ve AMP'nin olay yönetim sistemi ile uyumlu olduğundan emin olun. 		
<ul style="list-style-type: none"> Müdahale Prosedürü'ne sahip Departman/Servis/Birim Sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin: <ul style="list-style-type: none"> Müdahale prosedürlerinin gerçekleştirilecek eylemler açısından uygunluğunun değerlendirilmesini, OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını, Lojistik ile ilgili Departman/Servis/Birim ve OYE arasında belirlenecek yaklaşım/yöntemi; kimin ne yapacağını, Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve Güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını. 		

<ul style="list-style-type: none"> Müdahale Prosedürü'nün (kimyasal olaylar, epidemi ve pandemi, personel iş güvenliği ve emniyeti gibi özel durumlar başta olmak üzere) mevcut acil duruma uygun olarak uyarlanıp uyarlanmadığını kontrol edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim düzeyinde bilginin (personele ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İhtiyaçları ve olası sorunları öngörerek OYE ile Departman/Servis/Birim arasında Lojistik Yönetimi konusunda etkili ve sürdürülebilir koordinasyonu sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgi Yönetimi prosedürlerinin, AMP ve Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı şekilde aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve Departman/Servis/Birimler arası koordinasyona odaklı), 		
<ul style="list-style-type: none"> Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili Departman/Servis/Birim'den Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve Departman/Servis/Birimlerin görev ve sorumlulukları), 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik yönetiminin (bkz. ilgili SOP) yeterli olmasını sağlayın ve gerekirse düzeltici önlemler alın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim'lerde, yalnızca Departman/Servis/ Birim Müdahale Prosedürlerine ya da OYE ve ilgili Departman/Servis/Birim sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin yaka kartları takması ve mümkünse yelek giymesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik ekipmanın bakımının ihmal edilmemesi ve gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü (SOP, organizasyon şeması, İşAT dahil), 		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgi Yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik Yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri (varsa). 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili Departman/Servis/Birim'in ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın, 		

• Lojistik ve Güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın.		
Zaman Dilimi		
• İlgili Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Diğer Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü.....		
• OYE.....		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önlem için hemen OYE'ye haber verin,		
• İlgili Departman/Servis/Birim'in faaliyeti personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örneğin, elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin,		
• İlgili Departman/Servis/Birim'in kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen Tahliye ile ilgili Olaya Özel Planı uygulayın (bkz.Bölüm 4).		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE personeli,		
• Departman/Servis/Birim sorumluları,		
• Departman/Servis/Birim personeli,		
• Destek personeli (örneğin hastane dışından personel).		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• Acil Müdahale Planı'nın (AMP) aktivasyonunda Bilgi Yönetimi başlıklı bölümde açıklandığı şekilde raporlandırın.		
İzleme		
• Etkinleştirilen Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerini ya da OYE tarafından geliştirilen yeni talimatların, tamamen uyguladıklarından emin olun,		
• İlgili Departman/Servis/Birim Sorumluları ve HAP Başkanı tarafından kararlaştırıldığı şekilde beklenen hizmetleri sağladıklarından emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi		
Revizyon		
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:8		
İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> AMP aktive edildiğinde mevcut personelin yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelin rutin çalışma şekline afet/acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak, AMP'nin aktivasyon düzeyine göre geri çağırma prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak, Geri çağrılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek, OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel görevlendirmek, Personelin iş sağlığı, güvenliği ve emniyetini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek, Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak, Gerektiğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'de görevlendirilmek üzere İnsan Kaynakları yönetimiyle ilgili kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek İnsan Kaynakları Sorumlusunu belirleyin, Departman/Servis/Birimlerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin, travma konusunda nitelikli cerrah sayısı), Departman/Servis/Birimlerin, Acil Servis'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun, İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin, Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağrılan kritik personelin naklini organize edin), Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin, 		

<ul style="list-style-type: none"> Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve Departman/Servis/Birim Sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin; akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere AMP'de açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.), 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/Servis/Birimlerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin yaka kartları takması ve mümkünse görev yeleklerini giymesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman (KKE) dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uyması sağlanmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> AMP'de açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, Formlar ve kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kimlik kartları ve görev yelekleri. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Görevde olan ve olmayan personelin yapması gerekenler konusunda bilgilendirilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personel için en acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü..... 		

• Yerel sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,		
• İlgili ise diğer hastaneler ile koordinasyon kurun.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Eğer olay personele yönelik bir sağlık sorunu teşkil ederse (örneğin kimyasal olay, insandan insana bulaşma potansiyeli olan şiddetli bulaşıcı hastalık) personelin sağlığını korumak amacıyla gereken önlemleri alın (örneğin koruyucu ekipman dağıtımı, personelin bilgilendirilmesi) ve profilaktik ilaç kullanımını aktive edin,		
• En önemli hizmetleri sağlama konusunda personel eksikliği varsa, destek almak için sağlık yetkilileri ile irtibata geçin ve gönüllülerin katılımı veya özel sektörün sunabileceği katkı gibi alternatifleri değerlendirin.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE üyeleri,		
• Departman/Servis/Birim Sorumluları,		
• Hastane personeli,		
• Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.		
İzleme		
• OYE'nin gerekli gördüğü aralıklarla (örneğin, ilk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez) kontrol ederek, personelin nitelik ve niceliğinin hizmetin yeterliliği açısından uygun olduğundan emin olun.		
• Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:9		
BİLGİ YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Bilgi Yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda Olaya Özel Planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda olay eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık sürveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Öncelikle, düzenli güncellenecek kararların alınmasında etkili olan temel veri türlerini belirleyin (nasıl ve ne zaman gibi temel soruları içeren veri türlerini, veri kaynaklarını, veri toplama yöntemlerini ve OYE'ye raporlama mekanizmasını tespit edin), 		
<ul style="list-style-type: none"> • İlk etapta AMP'de yer alan verileri dikkate alın ve değerlendirin (özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler), 		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen Bilgi Yönetimi Sorumlusunu görevlendirmelidir. Genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip, aşağıdaki faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli bilgi yönetimi altyapısını sağlar: 		
<ul style="list-style-type: none"> - Diğer hastaneler, acil sağlık hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntem ve kurallarının gözden geçirilmesi, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunun bilgilendirilmesi (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil), 		

- Basın ve halkla ilişkiler konusundaki prosedürlerin değerlendirilmesi,		
- Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesinin sağlanması,		
- Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğinin ve verilere nasıl ulaşılabileceğinin belirlenmesi (örneğin mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler),		
- Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesinin sağlanması,		
- Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığının kontrol edilmesi,		
• OYE, sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir:		
- Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunun, risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edilmesi,		
- Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi.		
- Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemide sürveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi.		
• OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemideki durumda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• AMP’de açıklandığı şekilde, Bilgi Yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığı kontrol edilmelidir,		
• Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır,		
• Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesi sağlanmalıdır,		
• Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulması sağlanmalıdır,		
• Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması sağlanmalıdır,		
• Kamuya ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılması sağlanmalıdır,		
• Hastanenin sağlık sürveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunması ve özellikle sürveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesi sağlanmalıdır (Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nü dikkate alarak).		
Kullanılacak Materyaller		
• Formlar		

• Standart Operasyon Prosedürü		
• Kayıtlar		
• Takip kayıt belgeleri		
• Haberleşme araçları		
• Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Kritik verilerin düzenli olarak toplanması, işlenmesi, değerlendirilmesi, kullanılması ve depolanması sağlanır,		
• Ana faaliyet ve operasyonların AMP’de açıklandığı şekilde kayıt altına alınması sağlanır.		
Zaman Dilimi		
• OYE’nin faaliyete geçmesiyle başlar, olağan duruma geçilinceye kadar devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Tüm Standart Operasyon Prosedür’leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir).		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE,		
• Departman/Servis/Birim sorumlusu,		
• Güvenlik personeli,		
• Sağlık yetkilileri.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece AMP’de açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uyulmasını sağlayın.		
İzleme		
• OYE’nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun,		

<ul style="list-style-type: none">Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğın sağlandığından emin olun,		
<ul style="list-style-type: none">Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin AMP’de açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun,		
<ul style="list-style-type: none">Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun,		
<ul style="list-style-type: none">Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none">		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none">Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:10		
LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek, Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örneğin ulaştırma araçları, haberleşme araçları, su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak, Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak, OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak, Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak, Su, enerji, kanalizasyon sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak, Olaya özel ekipmanların (örneğin, personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak, Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iase) yönetimine katkıda bulunmak, OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak, Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak, Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'de Lojistik Yönetimi Sorumlusunu belirleyin. Lojistik yönetiminde mevcut kaynakların etkin kullanımı amacıyla OYE ile Departman/Servis/Birimlerin koordinasyonunu sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Merkezi'nde Lojistik Yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin, İşAT'ların bulunmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerindeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet/acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde (OYM) de mevcut olmalıdır, 		

<ul style="list-style-type: none"> Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanmasını sağlayın. OYE'deki Lojistik Yönetimi Sorumlusu mevcut krizin yönetimi etkileyebilecek özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya düzenlemeler yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik Olay Eylem Planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji, sisteme dayalı bir yaklaşımdır ve şunları içerir: <ul style="list-style-type: none"> - Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya Departman/Servis/Birim'e dayalı strateji), - Yeniden tedarik sistemi ve prosedürler iyi bir şekilde tanımlanır, - Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. Dış paydaşlar ile tedarik ve bakım için önceden protokoller yapılmış olmalıdır, - Departman/Servis/Birimler ve OYE arasındaki Lojistik Yönetimi prosedürleriyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir. 		
<ul style="list-style-type: none"> Sağlık sektörünün afet stoklarını değerlendirme ve yönetme prosedürlerini inceleyin. Bu tarz stokların mevcut olup olmadığını ve hastanenin ihtiyaç duyması durumunda nasıl seferber edilebileceğini kontrol edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örneğin, emniyet güçleri, tedarikçiler, icracı bakanlıklar) birlikte hareket edin. - 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunlar öngörülmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE, personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Formlar 		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıtlar..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Kontrol listeleri..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Yönlendirici tabelalar..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Kutular, depolar, araçlar vb. 		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> • Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> • AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> • İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Temel tedavi alanlarına ilişkin SOP, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık yetkilileri. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> • Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Eğer ulaşım ve haberleşme araçlarının sorunlu hale geleceği öngörülürse, hemen düzeltici önlemleri alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltici önlemleri alın. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE, OYM personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Çeşitli Departman/Servis/Birim personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Güvenlik personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Harici tedarikçiler ve paydaşlar. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> • 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar :		
Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none"> • AMP ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı şekliyle raporlandırın. 		

İzleme	
<ul style="list-style-type: none">Düzenli olarak lojistik ihtiyaçlarının takip edildiğinden ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkın (nicel ve nitel) değerlendirildiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları	
<ul style="list-style-type: none">Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.	
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon
<ul style="list-style-type: none">Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.	

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:11		
ECZANE YÖNETİMİ: TEMEL İLAÇLAR, AŞILAR, KORUYUCU EKİPMAN VE DİĞER MALZEMELER	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> • Eczanede depolanan malzemelerin ve ekipmanın, Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) verdiği karara göre, hemen kullanıma sunulmasını sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Personel için koruyucu ekipman, temel ilaçlar ve malzemeler bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu saptamak, • Mevcut durumu değerlendirip ihtiyaçları belirleyerek eczananın gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini saptamak, • OYE'nin talebi doğrultusunda gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, • OYE ile koordinasyon içinde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlem almak, • Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de olaydan etkilenmiş hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak, • Eğer durum özel ilaç (örneğin, kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) veya özel koruyucu ekipman (örneğin, pandemi durumlarında personel için yüksek miktarda kişisel koruyucu ekipman) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Görevdeki Sorumlu Eczacı: 		
<ul style="list-style-type: none"> - Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçların karşılanacağını değerlendirin, - Eczanede sınırlı miktarda depolanmış ilaç ve malzemenin afet ve acil durumda artan gereksinime göre daha ne kadar temin edilmesi gerektiğini belirleyin, - Gerekli ilaç ve malzemeleri kısa sürede kullanıma sunun; yetersizliği durumunda ise yeniden tedarik edilmeleri için eylem planı oluşturun, - Kimyasal bir olay veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa dezenfektanlar, aşılarda, koruyucu kıyafetler ve antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri alın 		
<ul style="list-style-type: none"> • Olay Yönetim Ekibi (OYE): 		
<ul style="list-style-type: none"> - Eczananın deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini kontrol edin, - Bu personelin işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol edin. Aksi bir durumda, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel görevlendirin. 		

<ul style="list-style-type: none"> Eczane malzemelerin satın alma, nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE Lojistik Sorumlusu'ndan yardım isteyebilir. 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczanede Görevli Personel 		
<ul style="list-style-type: none"> - Bu görev OYE'nin Lojistik Sorumlusu tarafından 'SOP-11'E24 ci- vardaki hastaneler de dahil olmak üzere, gerektiğinde ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, tıbbi cihaz ve malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vakıf vb.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Eczane depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirleyin (örneğin, soğuk zincir), 		
<ul style="list-style-type: none"> - Farklı birimlerin (Laboratuvar ve Kan Bankası vb.) ihtiyacı olan ürünlerin eczanede -hastane özelinde- bulunması durumunda yeterli miktarda olup olmadığını belirleyin ve OYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri alın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı Güvenlik personeli ile korunmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Formlar..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıtlar..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Kontrol Listeleri..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yelekleri..... 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane ile ilgili değerlendirmelerin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde gerçekleştirildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> AMP aktive edildikten sonraki 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçilince sona erer. 		

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u,		
• Güvenlik Yönetimi SOP'u.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Eğer eczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoku çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın,		
• Eğer eczane stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemeleri güvenli bir yere taşıyın veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için hemen Olay Eylem Planı oluşturun.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE, OYM personeli,		
• Eczane personeli,		
• Güvenlik personeli.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar :		
Raporlama mekanizması:		
• Kayıtlar ile Formları kullanın ve OYE'yi sürekli olarak durumdan haberdar edin.		
İzleme		
• Eczane tarafından kullanıma sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun,		
• Yeniden tedarik sisteminin proaktif olduğundan ve malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş verilip, temin edildiğinden emin olun,		
• Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:12		
LABORATUVAR VE KAN MERKEZİ YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve hastanede Kan Merkezi bulunması halinde kan teminini sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Hekim tarafından istenen kritik tetkikleri yapma konusunda laboratuvarın nicel ve nitel kapasitesini değerlendirmek, İlk 24 saat içerisinde Kan Merkezinin kan sağlama kapasitesini değerlendirmek, İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek, İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek, Laboratuvar tetkiklerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak, Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak, Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve tetkik yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE, operasyonlar dahilinde derhal laboratuvar ve Kan Merkezi Sorumlusu -yok ise- atamalı ve sorumlulara hemen aşağıdakileri nasıl yapacağını ele almak için laboratuvar personeli ve Kan Merkezi personeli ile iletişime geçmesi konusunda talimat vermelidir: 		
<ul style="list-style-type: none"> - Afet ve acil durumlarda laboratuvar ve Kan Merkezini yönetmek için hazırlanmış prosedürleri, İşAT'ları, kayıtları ve Formları seçin ve gerekiyorsa mevcut duruma uyarlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Hastane laboratuvarının bölgedeki hastaneler içindeki rolünü değerlendirin, belirli senaryolar (kimyasal olaylar, bulaşıcı hastalıklar vb.) için hangi laboratuvarın referans olduğunu belirleyin. Bu durumlarda hangi prosedürlerin uygulanacağına karar verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Olası sorunları ve riskleri belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Kritik madde ve malzemeleri kontrol edin ve ihtiyaçları belirleyerek tedarik hesaplaması yapın (örneğin laboratuvar kitleri), 		
<ul style="list-style-type: none"> - Tedarik konusunda koordinasyon sağlayın 		
<ul style="list-style-type: none"> - Hastane personelini kan ürünlerini, tetkiklerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirin, 		

- Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olun		
• Nitelikli personel eksikliği ile ilgili muhtemel sorunları ve ihtiyaçları belirleyin,		
- Personelin mevcut kan stoklarını değerlendirmesini sağlayın.		
• Olay Yönetim Ekibi (OYE) kan ihtiyacını önceden tahmin etmeli ve gerektiğinde Olay Eylem Planı oluşturarak düzeltici önlemleri almalı (bölge kan merkezi veya diğer hastaneler gibi diğer kan kaynakları ile iletişime geçmek), acil kan tedarikini sağlamalıdır,		
• Uygun diğer laboratuvarlarla iletişim kurmayı değerlendirin (özel sektör de dahil),		
• Laboratuvar personelinin gözetimi altında çalışabilecek kalifiye akredite olmuş gönüllüler (örneğin, yeni emekli olmuş personel vb.) ile çalışmayı öngörün,		
• Afet/acil durumun ilk safhalarında ihtiyat amacıyla gerekli izinleri alarak kan almayı düşünün (bu seçenek, birçok teknik sorun yaratabileceğinden, son seçenek olarak düşünülmelidir).		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Laboratuvar personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir,		
• Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kanın nitelik olarak uygunluğundan emin olduğunda yapılmalıdır),		
• Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olun,		
• Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olun,		
• Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olun,		
• Tetkiklerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olun.		
Kullanılacak Materyaller		
• Formlar.....		
• Kontrol listesi.....		
• Standart Operasyon Prosedürü,		
• Departman/Servis/BirimMüdahale Prosedürü,		
• Görev yeleği.		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Laboratuvar ve Kan Merkezinin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın,		
• İmkan ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın,		

<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hekimlerin sadece kritik tetkikleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'nin faaliyete geçmesini takip eden 1 saat içinde başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP'u. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örneğin özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen Olay Eylem Planı oluşturun, 		
<ul style="list-style-type: none"> İnsandan insana bulaşan hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün, 		
<ul style="list-style-type: none"> Elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE, OYM personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvar ve Kan Merkezi sorumluları, 		
<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvar ve Kan Merkezi personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personeli. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar :		
Raporlama mekanizması:		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none"> 		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none"> 		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none"> Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır. 		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:13		
PSİKOSOSYAL DESTEK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Afet/acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip, toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve personel arasında psikolojik sıkıntı yaşayan ve yaşayabilecek kişileri mümkün olduğu kadar hızlı şekilde belirlemek, Koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla yüksek riskli ruhsal tepkileri belirlemek, Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek, Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin nicel ve nitel imkan ve kapasitesini değerlendirmek, Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak, Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik tedaviye ihtiyaç duyma olasılığını azaltmak, Olaydan şiddetli şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edileceğinden emin olmak, Personelin ve hastaların yüksek öncelikli ihtiyaçlarının karşılandığından emin olmak, Psikososyal destek hizmetlerinin hasta, hasta yakını ve personelin tamamını kapsadığından emin olmak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE afet/acil durumlarda hastanenin rolüne uygun olarak, psikososyal destek hizmetinde hastane içi ve dışındaki diğer hizmet sunucularıyla koordine olmalıdır. 		
<ul style="list-style-type: none"> OYE hastane psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir. 		
<ul style="list-style-type: none"> Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur: 		
<ul style="list-style-type: none"> - SOP'lar, İşAT'lar, Formlar ile kayıt prosedürlerini hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanları seçin, afet/acil duruma uyumunu sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Psikososyal destek ekibinin görev yapacağı alanı belirleyin ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) psikososyal desteğe nasıl ulaşacağını açıkça belirtin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Psikososyal açıdan özel ihtiyaç sahibi ve zarar görebilir hasta, hasta yakınları ve personeli belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> - Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl sağlanacağı, kaygı ve stres belirtilerinin neler olduğu, normal ve şiddetli belirtilerin tanınması gibi bilgileri içeren broşür vb. basılı materyal hazırlayın ve dağıtımını yaygınlaştırın, 		

- İhtiyaç duyan hasta, ölü-kayıp yakınlarına ve ölü teşhisi için gelen ailelere/aile yakınlarına eşlik edin,		
- Öncelikle aktif görev yapan personelin temel ihtiyaçları (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi vb. konularda çalışmalar yürütün,		
- Hastaların ve personelin acil sosyal ihtiyaçlarının (aileleriyle iletişim vb.) karşılanmasını sağlayın ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirin,		
- Stres ve kaygı belirtileri nedeniyle destek almak isteyen sağlık personeli için güvenli bir oda/alan hazırlayın ve oda/alanın personel arasında bilinirliğini sağlayın,		
- Psikolojik triyaj, psikososyal ihtiyaç/kaynak analizi, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları ile psiko eğitim çalışmaları gibi temel psikososyal destek uygulamalarını planlayarak yürütün.		
• Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak koşuluyla, sağlık kurumlarıyla koordineli çalışan, toplum temelli hizmet sunan kuruluşlar, STK'lar, din görevlileri ve toplum liderleri vd. kurumsal paydaşlarla işbirliği içinde olun,		
• Hastane psikososyal destek ekibi olarak, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, afet/acil durumlara ilgili çalışan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü gibi kilit kurum ve kuruluşlarla koordinasyon içinde olun,		
• Sevk ve takip sisteminin kurulması için, OYE'nin bilgisi ve izni dahilinde, aile sağlığı merkezleri, toplum temelli psikososyal destek hizmetleri, özel sektör uzmanları, akredite gönüllüler ve akredite STK'larla koordinasyon içinde olun,		
• Afetlerde sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ve olası refakatsiz, kayıp, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilere destek verilmesi için diğer paydaşlarla koordinasyon içinde olun.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Sağlık ve psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil travmadan etkilenmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır,		
• Personelin temel ihtiyaçları giderilmelidir,		
• Personelin dinlenme alanı ve saatler planlandığı şekilde uygulanmalıdır,		
• Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
• Formlar.....		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Kayıtlar.....		
• Görev yelekleri.....		
• Bileklik, isimlik vb. (hasta için).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Psikososyal destek ekibinin, OYE tarafından görevlendirilen psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb. personelden oluştuğundan emin olunmalıdır,		

<ul style="list-style-type: none"> Gönüllü kişi ve kuruluşlarla yürütülmesi düşünülen çalışmalar konusunda OYE'nin izni ve bilgisi olduğundan emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> AMP aktive edildiği sürece psikososyal destek hizmetlerinin görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> İleri düzey desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sistemi kullanılmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Psikososyal destek hizmetlerinin sunumu için gerekli fiziksel alanın mevcut olduğundan emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ruhsal açıdan etkilenen hastaların taburcu edilmelerinin hemen sonrasında ilgili kurum (örneğin, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü) tarafından takip edilmeleri sağlanmalıdır. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> AMP'nin aktivasyonundan hemen sonra başlar, AMP aktivasyonu sonlandırılırsa dahi ihtiyaç olduğu süre boyunca devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eğitim Programları ve Plan Tatbikatı SOP'u 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> İnsan Kaynakları Yönetimi SOP'u. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen yerel düzey psikososyal destek hizmet grubu ve diğer dış paydaşlarla koordine olun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Akredite gönüllülerin, din görevlilerinin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE'nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın. 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> OYE, OYM personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Psikososyal destek hizmetler personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personeli, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane yönetimi personeli. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> 		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar :		

Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none">AMP'nin ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın.		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none">Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece OYE'nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın,		
<ul style="list-style-type: none">Takip gerektiren hastalara ve personele hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın/sağlatın.		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none">Çok fazla kişinin aynı alanda olması stres düzeyini yükseltebileceğinden ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alın.		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none">Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:14		
ÂİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Servis'e ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak, Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek, Hasta yakınlarının medya ile karşılaşma koşullarını yönlendirmek, İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psiko-sosyal destek hizmetlerini planlamak, Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane Departman/Servis/Birimlerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlayın, Ailelere yönelik alanı işaretler ve afişlerle belirleyin, Ailelere yönelik alanın güvenli ve emniyetli olmasını sağlayın ve emniyet güçlerinin bulundurulmasının gerekli olup olmadığını değerlendirin, Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su ve yiyeceği hazır bulundurun, İdare personelinin, ailelere yönelik alanı yönetmek üzere görevlendirildiğinden emin olun, Gerekli görüldüğünde psikososyal destek ekibi personelini bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirin, OYE'nin talimatları doğrultusunda aileleri, hastaları hakkında bilgilendirin, Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun. Ailesi tarafından aranan ve hastanede olmadığı belirlenen hastalar için ailenin iletişim bilgilerini kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın, Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıtların ve bilgilerin uygun şekilde paylaşılmasını sağlayın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Ailelere yönelik alanlar Güvenlik personeli veya ihtiyaç halinde emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır. 		

Kullanılacak Materyaller		
• Formlar.....		
• Kayıtlar.....		
• Kontrol listesi.....		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Görev yelekleri,		
• İşaret ve afişler,		
• Odalar (sandalye, battaniye, su, sıhhi tesisatı olan).		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Ailelere yönelik alanın güvenli olması ve ailelere iklime uygun bir ortam sunulması sağlanır,		
• Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanması sağlanır (örneğin, hastayı evine geri götürme vb.).		
Zaman Dilimi		
• OYE'nin bu alanları açma kararı vermesinden sonra başlar, olağan duruma geçildiğinde sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Emniyet güçleri,		
• OYE,		
• Sağlık yetkilileri.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin,		
• Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu olması durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin,		
• Refakatsiz çocuk, engelli vb. özel ihtiyaç sahibi kişilerin Sosyal Hizmetler birim sorumlusu ile koordinasyon sağlanarak uygun bir başka alanda bekletilmesi gerektiğinden emin olun.		
Sürece Dahil Kişiler		
• İdare personeli,		
• Psikososyal destek hizmetleri personeli,		
• Hasta bakım personeli,		
• Din görevlileri,		
• Sosyal hizmet personeli,		
• Emniyet güçleri,		
• Hastanenin güvenlik sorumlusu ve personeli.		

Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar.....		
Formlar.....		
Raporlama mekanizması:		
• Aksi yönde karar verilmediği sürece 3 saatte bir OYE ile bilgi paylaşımını sağlayın,		
• Özellikle hasta ve ölümler ile ilgili faaliyetler olmak üzere tüm faaliyetlerin kaydının tutulmasını sağlayın.		
İzleme		
• İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun,		
• Ailelerin su, gıda vb. temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun,		
• Ölülerin teşhisi ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesinin, emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun,		
• Ailelere yönelik alanın kapasitesinin yeterli olduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
• Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:15		
GÜVENLİK YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlamak. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, Hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevki için erişim yollarının açık olmasını sağlamak, Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak, Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak, Hastane afet triyaj alanı, Acil Servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak, Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak, Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve OYE ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak, Söz konusu afet/acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Mevcut afet/acil durumun özelliklerini ve hastanenin işleyişini güvenlik açısından nasıl etkileyebileceğini belirleyin, OYE’de bir Güvenlik Sorumlusu belirleyin, Güvenlik Sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtları hızlıca değerlendirin, kullanılacak olanların belirlenmesini sağlayın, Güvenlik Sorumlusu’ndan görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrelenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesini isteyin, Güvenlik Sorumlusu’nun mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemesini sağlayın, Hastanenin olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmalarını sırasında güvenlik hizmeti sağlayın, Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapın, güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim düzenleyin, 		

<ul style="list-style-type: none"> Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınmasını sağlayın, güvenliği sürekli olarak kontrol edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçları belirleyin ve hizmetin sürekliliğini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bomba ihbarı, yangın gibi hastane içindeki acil durumlarda özel durum işleyişlerine, Olaya Özel Planlara uygun davranılmasını sağlayın, tahliye prosedürlerini gözden geçirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Gerektiğinde emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile iş birliği yapmak için gerekli önlemleri alın. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı, güvenlik personelinin sürekli olarak yekek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eğitim almış ve bilgilendirilmiş yeterli sayıda personelin sürekli görevde olması sağlanmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Formlar..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Kontrol listesi..... 		
<ul style="list-style-type: none"> Görev yekeği 		
<ul style="list-style-type: none"> Özel ekipman..... 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane güvenlik personelinin emniyet güçleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> OYE'nin faaliyete geçmesinden hemen sonra başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> Hastane Afet Triyaj Alanının, Gelen Hastalara Yönelik Harici Trafik Akışının ve Hasta Naklinin Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Triyaj Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Tedavi Kapasite ve Yeteneğinin Değerlendirilmesi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Eczane Yönetimi: Temel İlaçlar, Aşılar, Koruyucu Ekipman ve Diğer Malzemeler SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> Laboratuvar ve Kan Merkezi Yönetimi SOP'u, 		

• Acil Servis Yönetimi ve Hastaların Departman/Servis/Birimlere Nakli SOP'u,		
• Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,		
• Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi SOP'u,		
• Hastane İçi Yangın SOP'u		
• Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi SOP'u,		
• Tahliye SOP'u		
• Emniyet güçleri.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE,		
• Güvenlik hizmetleri personeli,		
• Emniyet güçleri.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar :		
Formlar :		
Raporlama mekanizması		
• Gerekli durumlarda, AMP'nin Güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakın.		
İzleme		
• Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun,		
• Güvenlik personelinin sağlığını etkileyebilecek risk almadığından emin olun,		
• Güvenlik konusunda emniyet güçleri ve ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi		
Revizyon		
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:16		
TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
<ul style="list-style-type: none"> Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek. 		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: <ul style="list-style-type: none"> Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, Bulaşıcı hastalık riskinde artış (özellikle insandan insana bulaş), Hastane afet triyaj alanı, hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, Personel sayısındaki eksikliğe bağlı olarak hizmetin sürdürülmesinde fazla mesai gerekliliği Yeterli miktarda tedarik sağlanması ve sürdürülebilmesi, Epidemi veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personelinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: <ul style="list-style-type: none"> Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen kısıtlılıklar (örneğin, çalışanlar, ekipman kapasitesi). Atık yönetimde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak <ul style="list-style-type: none"> Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örneğin, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), Hastane atıklarının toplanmasına, depolanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, Afet durumunda atık taşıma hizmetinin yapılamaması gibi hastane dışı zorlukların hastanenin kısıtlılıklarıyla birleşmesi. Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken Olay Eylem Planını oluşturmak, Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak, Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak. 		

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> Söz konusu destek hizmetlere ilişkin SOP'ları ve İşAT'ları OYM'de değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü (ya da SOP'ları) faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın, 		
<ul style="list-style-type: none"> İhtiyaca bağlı olarak uygun personeli yeniden görevlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin, 		
<ul style="list-style-type: none"> İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğini dikkate almasını sağlayın, gerekli eğitimleri verin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Öngörülen bir eksiklik (personel, malzeme, ekipman vb.) durumunda gereken Olay Eylem Planını oluşturun, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgi yönetiminin (raporlama sistemi, izleme) işlevsel olmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alınmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlık riskleri ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine tam olarak uyduğundan emin olunmalıdır (kontamine ya da bulaşıcı atıklarla çalışırken). 		
<ul style="list-style-type: none"> Pandemi ve epidemideki durumda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulandığından emin olunmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> Kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Formlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> Standart Operasyon Prosedürü, 		
<ul style="list-style-type: none"> Ekipman ve malzemeler. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın. 		

• Çalışan personelin eğitim aldığından emin olun.		
Zaman Dilimi		
• AMP'nin aktive edilmesiyle başlar, olağan duruma geçilmesiyle sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Standart Operasyon Prosedürü		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Kimyasal bir olayda ya da insandan insana bulaşma ihtimali olan hastalık durumlarında, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın,		
• Kimyasal bir olay yaşanması halinde, kanalizasyon sisteminin mümkün olduğunca atık su ile kontamine olmasını engellemek amacıyla dekontaminasyon alanının sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE, OYM personeli,		
• Destek hizmetler personeli,		
• Dış paydaşlar.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması		
• Bilgi yönetimine ilişkin ilkelerin ve prosedürlerin AMP'de açıklandığı şekliyle uygulanmasını sağlayın.		
İzleme		
• Temizlik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve atık yönetimi hizmetlerinin yeterli ve zamanında verildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi		
Revizyon		
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:17		
ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ SÜRECİN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Hastane içinde ölümlerle ilgili sürecin yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölülerin ihtiyaç halinde güvenli bir alanda (geçici morg) muhafaza edilmesini sağlamak, • Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, • Ölülerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak, • Yakınlarını kaybeden veya teşhis etmek üzere hastanede bulunan ailelere psikososyal destek sağlamak, • Ölülerin saklama koşullarının uygun olmaması gibi durumlardan kaynaklanabilecek halk sağlığı sorunlarını önlemek • Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölümler hakkında bilgi vererek kayıp yönetimine katkıda bulunmak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Beklenen ölü sayısı hastanenin morg kapasitesinin üzerinde ise hemen, cesetlerin bir süre muhafaza edilebileceği geçici morg alanı açın/oluşturun: <ul style="list-style-type: none"> - Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliğini sağlayın, - Bu alana yetkisiz kişilerin girmesini ve cesetlerin alan dışından görülmesini engelleyin - Alanı emniyet güçleri ile iş birliği kurarak, psikososyal destek ekibinin önerileri doğrultusunda, yakınları tarafından ölümlerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın, - İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın - Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın, - Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun. - Ölülerin fotoğrafını çekin (mümkünse dışleri görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf). • Çeşitli Departman/Servis/Birimler, Acil Servis, triyaj alanı vb. için, ölümlerle ilgili sürecin yönetimine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilerde geçici morga nakil, kimlik tespitine yardımcı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin yer almasını sağlayın, • Ölülerle bağlantılı her türlü toksikolojik ve enfeksiyon riski olan durumlarda özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın, • Geçici morgda, emniyet güçleri ile iş birliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın, 		

<ul style="list-style-type: none"> • Ölülerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölü ve kayıplar konusunda ilgili kurumlarla bilgi paylaşımı yapın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Gereken durumlarda din görevlileriyle iş birliği yapın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölülerin hastaneden çıkışına ilişkin resmi bir prosedür oluşturun, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Geçici morga bütün girişlerin ve çıkışların kaydını tutun, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> • Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişilerin girişine izin verildiğinden emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölülere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölülerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uyması sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapılmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> • Formlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Kayıtlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Standart Operasyon Prosedürü, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Fotoğraf makinesi ve fotoğraflar, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, yönlendirme tabelaları, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Görev yelekleri. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> • Ölülerin mahremiyet ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa bu sürecin mahremiyete saygı çerçevesinde ve psikososyal destek eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Emniyet güçlerinin ölü yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> • AMP'nin aktive edilmesiyle derhal başlar ve gerektiği sürece devam eder. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> • Ailelere Yönelik Alanların Yönetimi SOP'u, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lojistik ve Malzeme Yönetimi SOP'u, 		

• Güvenlik Yönetimi SOP'u,		
• Psikososyal Hizmetlerin Yönetimi SOP'u,		
• Temizlik Hizmetleri, Çamaşırhane ve Atık Yönetimi SOP'u.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın,		
• Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla muhafaza edilmesi gereken durumlarda, süreç dahilinde ilgili toplama alanına nakilleri için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE,		
• Güvenlik personeli,		
• Emniyet güçleri,		
• Destek personeli,		
• İdari personel,		
• Psikososyal Destek Personeli.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• Bilgi yönetimi ve ölümlerle ilgili süreç yönetimi raporlamasını, AMP'de tanımlanan şekilde yapın.		
İzleme		
• Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da ilgili toplama alanına nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun (ölüler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla bırakılmamalıdır),		
• Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi		
Revizyon		
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:18		
TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMANIN YÖNETİMİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Tıbbi bakım hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için kritik ekipman ile temel hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda ve daima koruma altında olmasını sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Kritik ekipmanın hazır ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, • Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halinde derhal tamir edilmesini sağlamak, • Elektrik, su, haberleşme vb. kritik altyapıların sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak, • Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • Lojistik görevi kapsamında cihaz ve araç/gereç sorumlusu ile operasyon görevi kapsamında altyapı sorumlusu görevlendirilmeli ve şu talimatlar verilmelidir: <ul style="list-style-type: none"> - Teknik bakım hizmetleri personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve kullanılacak olanların seçilerek mevcut duruma uyarlanmasını sağlayın • Departman/Servis/Birim Sorumluları ile kritik ekipmanın faaliyet düzeyini belirleyin. Eksik ya da aşırı kullanım gibi sorunları ön görebilmek için bir izleme sistemi oluşturun (AMP’de tanımlanan prosedür ve kontrol listelerini kullanın), • Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinde açıklanan şekilde rehberleri ve kontrol listelerini kullanarak, kritik sistemlerin güvenliğinin sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirin. Öncelik elektrik ve su gibi kaynaklar olsa da atık yönetimi gibi diğer konuları da dikkate alın, • Kritik ekipmanın etkili bir şekilde işleyişi ve kritik sistemlerin erken dönemde bakım ve iyileştirilmesi için katkı sağlayabilecek harici paydaşları, tedarikçileri, uzmanları belirleyerek, gerektiğinde protokoller yapın, • Dış kaynaklı bir olayda hastanenin de etkilenmesi (örneğin, hastane binasının zarar görmesi, kritik ekipmanın kısmi yada tamamen hasar görmesi veya kullanım dışı olması gibi) durumunda OYE aşağıdaki adımları izlemelidir: <ul style="list-style-type: none"> - Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4), - Hemen teknik bakım ve güvenlik birimlerinden hasar tespiti yapmalarını isteyin, Bölüm 4’te açıklandığı üzere, prosedür ve kontrol listelerini kullanın. Hastane dışından ihtiyaç duyulan ek teknik uzmanlık hizmetlerini belirleyin, - Her Departman/Servis/Birim Sorumlusundan, kritik ekipman ve kritik sistemlerin işleyişi ile ilgili tüm sorunları bildirmesini isteyin, 		

- Hasarlı yapıların güvenliğine ilişkin karar alma sürecine katkı sağlayabilecek taraflarla acil toplantı yapın (hastanenin tahliyesi her zaman son seçenek olarak değerlendirilmelidir, yüksek risklerin olması halinde tedbir amaçlı tahliye önerilmektedir),		
- Toplum (kamu) hizmeti veren kurum ve kuruluşlarla, kritik ekipman ve sistemlerin eski haline getirilmesi için işbirliği sağlayın ve eylem planı oluşturun,		
- İzleme yöntemleri oluşturun.		
• Hastane içinde yangın çıkması halinde OYE aşağıdaki adımları izlemelidir:		
- Olaya Özel Planları kullanın (bkz. Bölüm 4),		
- Güvenlik ve teknik bakım hizmetleri personelinden, ortak durum değerlendirmesi yapmasını ve tedbir amaçlı tahliyeye yönelik ilk durum tesbit raporu hazırlamasını isteyin,		
- Yangınla mücadeleye yardımcı olabilecek tüm personeli seferber edin,		
- Temel teknik hizmetlerin sunulmasının önemini göz önünde bulundurun, en kötü senaryoyu düşünün, buna uygun bir eylem planı oluşturun.		
• Teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olabilmek için seferber edilecek araçları belirleyin:		
- Mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetleri sağlayan personeli, gerek görüldüğünde teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olmak üzere eğitin,		
- Güvenlik hizmetleri personeliyle iş birliği yapın,		
- Gerektiğinde hastane dışından yardımcı olabilecek uzman ve teknisyenlerin listesini hazırlayın.		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
• Kritik ekipman önceden belirlenen prosedürlere ve kontrol listelerine göre kullanıma uygun hale getirilmelidir,		
• Kritik ekipmanın işleyişinin, ilgili dış hizmet sağlayıcıları ile işbirliği içinde yürütüldüğünden emin olunmalıdır,		
• Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye atmamalıdır,		
• Kritik altyapı ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm 4'teki Olaya Özel Planlara göre ele alınmalıdır,		
• Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalı ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.		
Kullanılacak Materyaller		
• Formlar.....		
• Kayıtlar.....		
• Standart Operasyon Prosedürü.....		
• Görev yelekleri.....		
• Özel ekipman.....		

Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
• Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın,		
• Hastanenin kritik altyapısının çalışır durumda olmasını sağlayın,		
• Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun,		
• Kritik ekipmanın zarar görülebilirlik riskinin en aza indirildiğinden emin olun.		
Zaman Dilimi		
• OYE faaliyete geçtiğinde hemen başlar ve olağan duruma geçildiğinde sona erer.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Güvenlik Yönetimi SOP'u,		
• Departman/Servis/Birimlere ait Müdahale Prosedürleri,		
• İş Sürekliliğine ilişkin SOP.		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
• Zarar gören kritik ekipmanın hemen yerine konulamaması, hasta bakım hizmet kalitesi ve sayısında azalmaya neden oluyorsa, Bölüm 4'te yer alan İş Sürekliliğine ilişkin Olaya Özel Planı faaliyete geçirin.		
Sürece Dahil Kişiler		
• OYE, OYM personeli,		
• Teknik bakım hizmetleri personeli,		
• Güvenlik personeli,		
• Temel dış paydaşlar (kritik altyapıyla ilgili, tamirden sorumlu teknisyenler, yedek parça tedarikçileri ve/veya ekipmanın yenisiyle değiştirilmesini sağlayan kişiler).		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• AMP ve ilgili Olaya Özel Plana (faaliyete geçirilmişse) göre hazırlanır.		
İzleme		
• Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun,		
• Kritik altyapının veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun.		

Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
• Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:19		
EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLANIN UYGULANMASI	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Acil Müdahale Planı'nın (AMP) işlevsel olmasını sağlamak. Personelin AMP doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> Eğitim programları ve tatbikatların AMP'nin tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak, Tatbikatları (masa başı/fonksiyonel) düzenli aralıklarla ve farklı senaryolarla gerçekleştirmek. Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır. 		
1. Adım:		
Tatbikat İçeriğinin Tanımlanması: AMP'ye ve Olaya Özel Planlara göz atın; tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastanenin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedeflerini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değerlendirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.		
2. Adım:		
Tatbikatların Geliştirilmesi: Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personeli içerecek tatbikat planını yapın. Simülasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ihtiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personel, kontrol sorumlusu, simüle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.		
3. Adım:		
Tatbikatın Gerçekleştirilmesi: Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Briefing düzenleyerek katılımcılara talimatları verin; tatbikatın senaryosu, pratik bilgiler, güvenlik, zamanlama, görevler ve komuta sistemi vb. konularda bilgilendirme yaparak, ilgili malzeme ya da ekipmanları dağıtın. Katılımcıların aktif katılım göstermelerini ve kendilerinden bekleneni yerine getirmelerini sağlayın.		
4. Adım:		
Değerlendirme ve Geribildirim: Tatbikatın amacına ulaşmış olmadığını belirlemek üzere hastanenin tatbikat performansını değerlendirmek zorunludur. Mevcut AMP'nin işlevselliği, uygulanan afet/acil durum müdahale yönetim sistemi, eğitimler, personelin performansı, kullanılan ekipmanın durumunu değerlendirerek güçlü yönler ve güçlendirilmesi gereken alanları belirleyin iyileştirme ve geliştirme aktivitelerini planlayın.		
5. Adım:		
İzleme: Takip yapılmadan verilen tavsiyeler, hastanenin tatbikatlardan en iyi şekilde faydalanmasına engel olacaktır. Takip, tatbikatın en çok ihmal edilen alanlarından biridir.		
<ul style="list-style-type: none"> Amaç ve hedeflere göre (AMP'nin hangi bölümünün ve hangi fonksiyonunun test edileceğine bağlı olarak) farklı konularda ve farklı yöntemlerin uygulandığı tatbikatlar planlayın (örneğin masa başı tatbikatı, fonksiyonel tatbikat vb.). 		

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> HAP Planlama Komisyonu yıllık faaliyet planında eğitim ve tatbikatları belirlemeli ve bir takvime bağlamalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> Acil Müdahale Planı (AMP) tatbikatı yapılırken OYE tarafından aşağıdaki tavsiyeler göz önüne alınmalıdır. Plan tatbikatı yapıldığı sırada, aşağıdakilerin kontrol edilmesi gerekir: 		
<ul style="list-style-type: none"> - OYE 		
<ul style="list-style-type: none"> * OYE'nin yapısı, görevi, sorumlulukları, temel faaliyetleri ve yetki alanı, 		
<ul style="list-style-type: none"> * Her OYE üyesinin temel sorumlulukları, 		
<ul style="list-style-type: none"> * Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) bulunduğu yer ve ekipmanlar, 		
<ul style="list-style-type: none"> * SOP'lar, İş Akış Talimatları ve bulundurulması gereken Formlar ve diğer belgeler (karar almaya yönelik tüm kritik bilgiler), 		
<ul style="list-style-type: none"> * OYE'nin hastane içi ve hastane dışı haberleşmesi, 		
<ul style="list-style-type: none"> * Yılda en az iki defa OYE'nin faaliyete geçirilmesi ile ilgili tatbikat yapılmalıdır. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Triyaj ve Hasta Kabul: Hastane afet triyaj alanının bulunduğu yerin erişim, güvenlik, asgari çalışma koşulları, hava şartları vb. açısından uygunluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Alanın açılması ve kurulması konusunda da tatbikat yapılması gerekmektedir. AMP'de yer alan tüm prosedürler, iş akış talimatları ve kaynakların seferber edilmesi ile ilgili tedbirlerin alınması; bilgi yönetimi ve koordinasyon ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Acil Servis ve Hastane İçi Trafik Akışı: AMP'nin farklı seviyelerinde hangi kaynakların ne zaman ve nasıl seferber edileceği belirlenmelidir. Meydana gelen afet ve acil durum esnasında Acil Servis'in yatak, personel ve ekipman açısından nasıl işleyeceği ve ilave edilmesi gereken ekipman, ilaçlar ve kritik malzemelerin nereden temin edileceği belirlenmelidir. Özellikle Acil Servis için hazırlanan rehberler, prosedürler ve iş akış talimatları, kayıtlar ve diğer formların neler olduğu ile Acil Servis'in nasıl organize edileceği, bilgi yönetiminin nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır. Günlük acil prosedürlerinin, hasta kabulünün ve olağan ayakta tedavi konsültasyonlarının afet/acil durumda nasıl yönetileceği belirlenmelidir. Afet/acil durumlara müdahalede kullanılacak malzeme ve ekipmanların hastane içinde nerede ve nasıl muhafaza edileceği (afet stoku, SOP ve İşAt) belirlenmelidir. 		
<ul style="list-style-type: none"> - İnsan Kaynakları Yönetimi: Personelin emniyeti, sağlık güvenliği ve hastaneye erişimi sağlanmalıdır (hastanenin giriş noktalarının sayısı sınırlı tutulmalıdır). Haberleşme sistemleri ve araçları düzenli test edilmelidir. Personelin geri dönüşü ile ilgili özel prosedür (örneğin, kreş açılması vb.) belirlenmelidir. Pandemi ve pandemi gibi özel durumlar tartışılmalıdır (örneğin, personele yönelik kişisel koruyucu kıyafet ve donanıma ilişkin talimatlar verilmelidir) 		
<ul style="list-style-type: none"> - Lojistik Yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, protokoller, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ile malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Bilgi Yönetimi: Tüm prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir. 		

<ul style="list-style-type: none"> - Güvenlik: Hastane içinde meydana gelebilecek acil durumlar (örneğin yangın) başta olmak üzere, müdahale etmeye yönelik güvenlik prosedürlerini düzenli olarak (yılda en az üç defa önerilir) kontrol edin. Güvenlik hizmetlerinin kullanacağı ekipmanı uygunluk ve kullanılabilirlik açısından test edin. Emniyet güçleri, itfaiye ve diğer paydaşlarla ortak tatbikatlar hazırlayın. Herhangi bir olay, öğrenilmiş dersler açısından incelenmelidir. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Bakım ve Kritik Altyapı: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir. Dış paydaşlarla düzenli tatbikatlar yapılması ve gerekli ekipmanın uygunluğunun test edilmesi gerekmektedir. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Eczane, Laboratuvar ve Kan Merkezi, Temizlik Hizmetleri ve Atık Yönetimi, Psikososyal Destek, Ailelere Yönelik Alanlar, Ölü ve Kayıplarla İlgili Sürecin Yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir Hastane bünyesinde ve dışındaki paydaşlarla iş birliği içerisinde yürütülmelidir. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> • Tatbikatların ziyaretçi/personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından tehlike oluşturmadığından emin olunmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla gerçekleştirildiğinden emin olunmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE ve/veya tatbikat hazırlama komisyonu tarafından belirlenecektir. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından tanımlanacaktır. 		
Zaman Dilimi		
<ul style="list-style-type: none"> • AMP’de yazılanlara göre belirlenecektir. 		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
<ul style="list-style-type: none"> • OYE ve tatbikat hazırlama komisyonu tarafından kararlaştırılacaktır. 		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
<ul style="list-style-type: none"> • 		
Sürece Dahil Kişiler		
<ul style="list-style-type: none"> • Olay Yönetim Ekibi, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Eğitim verilen personel, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Tatbikatlara dahil olan personel (hastane dışı ve hastane içi), 		
<ul style="list-style-type: none"> • Dış paydaşlar. 		
Ekler		
<ul style="list-style-type: none"> • 		

Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
<ul style="list-style-type: none">Tatbikatları değerlendirin ve analiz edin,Eğitim faaliyetlerini değerlendirin ve analiz edin.		
İzleme		
<ul style="list-style-type: none">AMP'nin işlevsel olduğundan emin olun.		
Güvenlik Konuları		
<ul style="list-style-type: none">		
İlk Yayınlanma Tarihi	Revizyon	
<ul style="list-style-type: none">Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ NO:20		
RİSK İLETİŞİMİ VE HAP KONUSUNDA PERSONEL VE TOPLUMUN BİLGİLENDİRİLMESİ	Eylemin Gerçekleştirilme Zamanı	Eylemlerin Raporlama Zamanı
Temel Faaliyet		
Afet öncesi başta olmak üzere, afet risk azaltma ve afet yönetimi aşamalarının bütününe kapsayacak biçimde, tüm paydaşlar ile risk iletişimi faaliyetlerini etkili bir şekilde yürütebilmek; Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) hakkında bilgilendirilmesini sağlayarak, afete hazırlık ve afet durumlarında müdahale yönetiminin katılımcı ve etkili şekilde yürütülmesini sağlamak.		
Hedefler		
<ul style="list-style-type: none"> • Tüm hastane personelinin HAP hakkında yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak, • Personelin HAP yaklaşımı ve faaliyetlerine ilişkin görüş, öneri ve katkılarını sunabilme mekanizmalarını oluşturmak, • Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'tan haberdar olmasını sağlamak, • Başta hastanenin hizmet verdiği topluluk olmak üzere, toplumun HAP'ın afet risk yönetimi yaklaşımına destek olması ve planın amacına uygun davranışları benimsemesini sağlamak, • Topluma yönelik afet risk azaltma ve afete hazırlık bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Medya veya diğer risk iletişimi paydaşları ile afet öncesi dönemde gerekli ilişkilerin kurulması sureti ile afet sırası ve sonrasında hastane, toplum ve medya arasında daha sağlıklı ve kolay bir bilgi akışını sağlamak, • Medya veya diğer risk iletişimi paydaşlarına afet öncesi dönemde gerekli bilgilerin aktarılması ile afet öncesi, sırası ve sonrasında topluma doğru bilginin uygun yöntem ve şekillerle iletilmesine katkı sağlamak. 		
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler		
<ul style="list-style-type: none"> • HAP'ın hazırlanma ve/veya güncellenme sürecinin başlaması ile birlikte bir risk iletişimi planlaması yapılmalıdır. • İlk etapta hedef kitle ve özellikleri belirlenmelidir. Hedef kitle temel olarak üç ana gruptan oluşmaktadır. <ul style="list-style-type: none"> - Hastane personeli - Toplum - Medya 		
Daha etkin ve alt gruplara uygun iletişim için söz konusu hastane ve bulunduğu bölgeye uygun olacak şekilde, yukarıda belirtilen ana grupların alt grupları oluşturulmalıdır.		
<ul style="list-style-type: none"> • Hastane personeli: Hastanedeki personel sayısına ve personel özelliklerine göre, personel gruplara ayrılmalıdır. Bu gruplar ve özellikleri göz önüne alınarak HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlandığı bilgisi uygun içerik, biçim ve araçlarla personele duyurulmalıdır. HAP'ın hazırlanması veya güncellenmesi sonrasında şekillenecek Plan, oluşturulan alt gruplara yönelik toplantılarda, personel ile paylaşılmalıdır 		


<ul style="list-style-type: none"> • Toplum: Hastanenin fonksiyonunun, bulunduğu il, bölge, semt vb. yerel özellikler değerlendirilerek hedef kitlesinin ve alt gruplarının (hasta, hasta yakını ve ziyaretçisi gibi) tanımlanması ve bu hedef kitlelere ulaşım mekanizmaları (mahalle dernekleri, hasta dayanışma dernekleri vd. yerel örgütlenmeler) belirlenerek yılın belirli dönemlerinde afiş, duyuru, kampanya gibi farklı ve hedef gruplara uygun yöntemler aracılığı ile toplum ile paylaşılmalıdır. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Medya: Yerel ve ulusal medya olmak üzere paydaşlar belirlenmeli, gerekli ilişkiler önceden kurulmalı ve HAP söz konusu paydaşlara tanıtılmalıdır; bu yaklaşım bir afet/acil durumda medyanın doğru bilgiye dayalı, destekleyici katkısını sağlayıcıdır. Toplum bilgilendirme için medya ile düzenli işbirliği yapılmalıdır. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Gazete, radyo, TV gibi geleneksel medya kanalları dışındaki sosyal medya vb. sürekli gelişen iletişim kanalları da gözönünde bulundurulmalı, uygun bulunduğu bu kanallar da bir risk iletişimi aracı olarak kullanılmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Lodos, fırtına gibi doğa kaynaklı tehlikelerin mevsimi, 17 Ağustos, 12 Kasım deprem yıldönümleri gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler, tatbikat dönemleri HAP'a yönelik risk iletişimi için değerlendirilmelidir. 		
İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları		
<ul style="list-style-type: none"> • Risk iletişimi çalışmalarının hastane işleyişi, hasta, refakatçi, ziyaretçi ve personel güvenliğini sektöre uğratmadan yürütülmesi sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi paylaşımı, personelin ve hastaların bilgi güvenliğini koruyacak şekilde sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Kritik verilerin ve paylaşılması uygun olmayan plan kısımlarının ilgililer dışında paylaşılması sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olması gereken verilerle ilgili işleyişe dikkat edilmelidir, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Topluma ya da medyaya yönelik bilgilendirmenin afet öncesi, sorası ve sonrası süreçlerde yetkilendirilmiş birim veya kişilerce planlı bir şekilde yapılması sağlanmalıdır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Personele yönelik çalışmalar planlanırken, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel de (part-time, nöbet usulü, uzaktan ve benzeri çalışanlar) göz önüne alınmalıdır, onların da bu bilgilendirmelere ve çalışmalara dahil edilmesi sağlanmalıdır. 		
Kullanılacak Materyaller		
<ul style="list-style-type: none"> • HAP Hazırlama Komisyonu tarafından belirlenecektir. 		
Hizmet Niteliğini Değerlendirme Kriterleri		
<ul style="list-style-type: none"> • Toplumdan ve personelden gelen geri bildirimler derlenerek HAP Hazırlama Komisyonu'na sunulur, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin öncesi ve sonrasında değerlendirme anketleri veya görüşmeleri yapılır, 		
<ul style="list-style-type: none"> • Dağıtılan ve kullanılan broşür, afiş benzeri malzemenin sayı ve çeşitleri raporlanır. 		

Zaman Dilimi		
• HAP'ın hazırlanmaya veya güncellenmeye başlaması ile başlar; yıl boyunca bir sonraki HAP güncellemesine kadar devam eder.		
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri, İlgili İş Akış Talimatları ve Paydaşlar ile Koordinasyon		
• Bilgi Yönetimine ilişkin SOP 9 başta olmak üzere tüm SOP'lar,		
• Diğer üst planlar (il planları).		
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar		
•		
Sürece Dahil Kişiler		
• HAP Hazırlama Komisyonu,		
• Hastanenin tüm personeli,		
• Hastalar, hasta yakınları ve ziyaretçiler,		
• Hastanenin hizmet sunduğu toplum,		
• Dış paydaşlar.		
Ekler		
•		
Eylemlerin Kaydedilme Şekli		
Kayıtlar:		
Formlar:		
Raporlama mekanizması:		
• Yapılan çalışmalarını mutlaka raporlayın, bir sonraki risk iletişimi çalışmasında kullanılmak üzere değerlendirin, en geç bir sonraki HAP güncelleme sürecinde ele alın.		
İzleme		
• Yapılan risk iletişimi çalışmalarına ilişkin geri bildirim mekanizmaları oluşturun,		
• Çalışma raporlarını veya çalışmalarını değerlendirme amaçlı yapılan anket, görüşme ve kontrol listelerini analiz edin,		
• Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğinin sağlandığından emin olun,		
• Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla verilen bilgilerin basit, anlaşılır ve doğru olduğundan emin olun,		
• Tüm personelin çalışmalara dahil edildiğinden emin olun (Sağlık personeli, destek hizmetler personeli, çalışma düzeni ve zamanları standart olmayan personel),		
• Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.		
Güvenlik Konuları		
•		
İlk Yayınlanma Tarihi		
Revizyon		
* Koyu renkli alanlar doldurulmayacaktır.		

EK 1-C

Form-01					
	<p>..... HASTANESİ</p> <p>HAP AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ</p> <p>ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU</p>			HAP.FR.01	
				Yürürlük Tarihi	
				Revizyon No	
				Revizyon Tarihi	
				Sayfa No	
Olay Adı:		Tarih .../.../....	Saat ../..	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat .../.../.... ../..	
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad-Soyad/Kurum				
HAP Başkanı					
Halkla İlişkiler Sorumlusu					
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi					
İş Güvenliği Sorumlusu					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)					
HAP Sekreteryası					
Operasyon Bölümü					
Operasyon Şefi					
Alan Sorumlusu					
Tıbbi Bakım Sorumlusu					
Altyapı Sorumlusu					
Güvenlik Sorumlusu					
İş Sürekliliği Sorumlusu					

Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				
Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu				
Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu				
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu				
Finans Bölümü				
Finans Şefi				
Satınalma Sorumlusu				
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu				
Hukuk/Tazminat Sorumlusu				
Tahakkuk Sorumlusu				
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)				
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)				
Görev Yeri				
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.				

Form-02		HAP.FR.02	
 HASTANESİ BRİFİNG FORMU	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı :	
Tarih /Saat:	
Olayın Hikayesi ve Mevcut Faaliyet Özeti	
Organizasyon	
Notlar (Aşılan sorunlar, devam eden sorunlar, uyarılar, direktifler)	
Düzenleyen (Ad-Soyad/Pozisyon)	
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) HAP Başkanı tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.	

Form-03			
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ</p> <p style="text-align: center;">OLAY BİLDİRİM FORMU</p>	HAP.FR.3	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

İl /İlçe Adı:
Tarih / Saat:
Olayın Tanımı:
Yapılan ilk müdahale bilgisi:
Yaralı Sayısı:
Ölü Sayısı:
Bilgi Veren (İlgili Kişi):
112 AÇM Müdürlüğü Tel. No:
Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Tel No :
Sağlık Komuta Kontrol Merkezi Faks No :
İl SAKOM Tel No:
İl SAKOM Faks No:
<p>1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.</p> <p>2) Olayı haber alan kişi tarafından doldurulur.</p> <p>3) OYE tarafından uygun görülen birim ve kişilere gönderilir.</p>

Form-05		HAP.FR.5	
	<p>.....HASTANESİ</p> <p>TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Tarih -Saat :	Görevli Adı-Soyadı:	
Sistem Adı	Durum	Eğer tamamen fonksiyonel değilse bu bölümde yeri, sebebi ve tamirat için gereken yaklaşık zamanı yazınız.
İnternet	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Video Tele Konferans (VTC) Kablolu	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
ALT YAPI		
Tesise Ulaşım (Yollar, kaldırımlar, köprüler..)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Yangın Uyarı Sistemi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Yangın Söndürme Sistemi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Yiyecek Hazırlama Malzemeleri	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Buz Makinesi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	

Yapısal Unsurlar (Bina Bütünlüğü)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
HASTA BAKIMI		
Dekontaminasyon Sistemi (Arındırma Ünitesi)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Dijital Röntgen Sistemi Digital (Radyoloji ünitesi, rutin PACS, CT, MRI, diğer)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Buharlı /Kimyasal Sterilizatörler	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
İzolasyon Odaları (Pozitif/Negatif Hava)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (Kapı/anahtar kart erişimi)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Kampüs Güvenliği (Harici Panik Alarmlar)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Kampüs Güvenliği (Işıklandırma)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Panik Alarmları (Dahili ve diğer cihazlar)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	

Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Yakıt Deposu	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Sanitasyon Sistemleri	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Su	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Doğal Gaz	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Hava Kompresörü	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Asansör(ler)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Tibbi Atık Yönetimi Sistemi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Isıtma, Havalandırma, Klimalar	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Oksijen	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Medikal Gazlar, Diğer	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Pnömatik Taşıma Sistemi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	

Buhar Kazanı	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Arındırma Ünitesi Atık Su Sistemi	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Su Arıtma Sistemi (Varsa)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Vakum (Aspire etmek için)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Su Isıtıcı ve Dolaştırıcısı	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Harici Aydınlatma	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Harici Depo (Ekipman)	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Harici Depo Araçlar	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	
Araç Otoparkı	<input type="checkbox"/> Tamamen kullanılıyor	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)
	<input type="checkbox"/> Kısmen kullanılıyor	
	<input type="checkbox"/> Kullanım dışı	
	<input type="checkbox"/> Yok	

Kontrol Eden 1:

Onaylayan:

Bildirimi Yapılan Birim:

Kontrol eden 2:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Hastanenin olaya maruz kalması durumunda kullanılır.
- 2) Olaydan etkilenen departman/servis/birim tarafından doldurulur.
- 3) Alt yapı sorumlusuna gönderilir.

Form-06		HAP.FR.6	
	<p>.....HASTANESİ</p> <p>OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı:	
Tarih/saat (olayın meydana geldiği):	
Aktivasyon Tarihi:	
Olay Eylem Planının (OEP) Geçerlilik Süresi:	
OEP Hazırlayan/Hazırlayanlar	
OEP Onaylayan (Görevi Adı ve Tarih):	
OEP'in Adı :	
Mevcut durumun kısa özeti (temel zorluklar, problemler, kısıtlamalar, olası gelişmeler, düzenlenecek operasyonlar vb.)	
OEP'in hazırlanmasına dahil olan bölümler (görevleri ve isimleri)	
Müdahale / yönetimin amacı	
Ana hedefler (en fazla 6) önceliklerine göre numaralandırarak listeleyiniz.	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/ iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	

Haberleşme Planı (teknik detaylar; örneğin sıklık, cep telefonu numaraları vb.)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Önemli notlar:	
<p>OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde müdahale, hedef ve stratejilerin belirlenmesi gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi, kaydedilmesi ve izlenmesi için yapılan plandır.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.2) OYE ve departman/servis/birimler tarafından kullanılır.3) OYE' ye gönderilir. HAP başkanı tarafından onaylanmadan kullanılmaz.	


Form-08	
	<p>.....HASTANESİ HASTANE GİRİŞ KAYIT FORMU</p>
HAP.FR.8	
Yürürlük Tarihi	
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	


Olay Adı:	Hasta Kayıt No	Tarih	Saat	Protokol No	Tc Kimlik No	Adı -Soyadı/Eşgal	Cinsiyeti/Yaşı	Geliş Şekli (Ayaktan, Ambulans vb.)	Triyaj Kodu	Yapılan İlk Müdahale	Yönlendirilen Bölüm

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.Olay adı değiştiğinde Hastane Giriş Kayıt Formu yeniden oluşturulacaktır.

2) Triyaj alanında doldurulacaktır.

3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

Form-09		HASTANESİ HASTA DOSYASI FORMU		HAP.FR.9			
		HASTANESİ HASTA DOSYASI FORMU		Yürürlük Tarihi			
				Revizyon No			
				Revizyon Tarihi			
				Sayfa No			
Olay Adı:		Hasta Kayıt No:					
Tarih:		Saat:					
Triyaj Kodu:		Tc Kimlik No:					
Protokol No:		Adı-Soyadı/Eşgali:					
Şikayeti		Muayene Bulguları					
		Vital Bulgular					
		Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Saturasyon	Ateş
İstenilen Tetkikler		Yönlendirildiği Yer		Sonuç			
<p>1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.Kullanılan bir form yok ise kullanılacaktır.Hastanenin kullandığı hasta takip formunun üzerine bakıldığında ilk görülecek şekilde hasta kayıt no'su büyük puntolarla muhakkak yazılacaktır. Hastanın ilk geldiği yerde doldurulmaya başlanır, hasta ile birlikte nakledilir ve doldurulmaya devam edilir.</p> <p>2) Hasta ile karşılaşılan tüm alanlarda doldurulur</p> <p>3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.</p>							

 <p>.....HASTANESİ HASTA TAKIP LİSTESİ FORMU</p>		HAP.FR.10	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Dolduran Bölüm :											
Hasta Kayıt No	Tarih	Saat	Protokol No	Tc Kimlik No	Adı -Soyadı/Eşgal	Cinsiyeti/Yaşı	Geliş Şekli (Ayaktan, Ambulans vb.)	İstenilen Tetkikler (USG, CT, Anji vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Yönlendirilen Bölüm	Sonuç ve Saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Olay adı değiştirildiğinde Hasta Takip Listesi yeniden oluşturulacaktır.
- 2) Form Acil Servis, Ayaktan Tedavi Bölümü ve Morg tarafından doldurulacaktır. Hasta Takip Listesi Morg Tarafında Doldurulduğunda sonuç kısmına ölüm nedeni yazılacaktır.
- 3) Anlık bildirimde ve olay sonunda raporlama, dokümantasyon amacıyla kullanılır.

	Form-11
	HAP,FR,11
	Yürürlük Tarihi
	Revizyon No
	Revizyon Tarihi
<p>.....HASTANESİ.....</p> <p>HASTANE OLAY İSTATİSTİK FORMU</p>	
Sayfa No	

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

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. * Hastanın yoğun bakımda hangi klinik adına yatırıldığı değil nerde yattığına göre kayıt yapılacaktır.
 ** Olayın özelliğine göre istenilen farklı bilgiler bu bölüme yazılacaktır (Mesleki bilgileri , genel durumları, yaş ve cinsiyet dağılımı vb.).
 ***Bilgiler gelen hasta son durum formundan kontrol edilerek alınacaktır.
 2) Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur.
 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

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


Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Eşgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Trijaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjito vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatış, Sevk, Morg)	Açıklama
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

DÜZENLEYEN AD SOYAD ÜNVAN	ONAYLAYAN AD SOYAD ÜNVAN
İMZA	İMZA

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Bu Form farklı birimler tarafından doldurulan Hasta Takip Listesi Formlarının birleştirilmesi ile oluşturulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır.


2) Durum değerlendirme sorumlusu tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

Form-13		HAP.FR.13	
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ</p> <p style="text-align: center;">DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

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

- 1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır. Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır.
- 2) İdari birimler tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir.

Form-14		HAP.FR.14	
 HASTANESİ DURUM RAPOR (Yataklı Servis) FORMU	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay adı		Rapor No:
Alan/Servis/Ünite Adı		Tarih:
Hazırlayan		Saat:
İrtibat bilgileri (Telefon, E-posta)		İmza
MEVCUT YATAK DURUMU		
Dolu Yatak Sayısı		
Boş Yatak Sayısı		
Sevk Edilebilecek Hasta sayısı		
Taburcu Edilebilecek Hasta Sayısı		
Boşaltılabilecek Toplam Yatak Sayısı (Muhtemelen Taburcu ve Sevk Olabilecek Hasta Sayısı)		
MEVCUT PERSONEL DURUMU		Mevcut Tedarik Sistemi (Lojistik Durum):
Hemşire Sayısı		
Hekim Sayısı		
Hizmet Personel Sayısı (Temizlik ve Diğer)		
Klinik Destek Personel Sayısı		
Klinik Dışı Destek Personel Sayısı		
<u>Görüşler</u>		
<u>Talep edilen eylem ve bunun takibi</u>		<u>Sorumlular</u>
1) Operasyon aşamasında raporlama amacıyla kullanılacaktır.Aynı zaman da ihtiyaçları bildirmek amacıyla kullanılır. 2) Yataklı servisler tarafından doldurulur/doldurtulur. 3) İlgili yerlere iletilmek üzere OYE' ye gönderilir..		

Form-15		HAP.FR.15	
	<p align="center">.....HASTANESİ</p> <p align="center">HASTA EŞYASI TESLİM FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Adı-Soyadı:	Telefon:
-------------	----------

Adres:

Alınan Eşyanın				
Sıra	Cinsi	Renk	Miktarı	Açıklama
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Yukarıda cinsi , miktarı ve birimi belirtilen malzemeler..... tarafından isimli (Hastane Polisi/Sağlık Personeli/Hastane Nöbetçi Memuruna/ Hasta yakınına) teslim edilmiştir.
--

Tarih : .../.../....		Saat :	
Teslim Eden	Teslim Eden	Teslim Alan	Teslim Alan

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Hasta girişinin olduğu tüm alanlarda doldurulur.
- 3) Tüm ilgili birim ve kişilere gönderilir.

Form-17



.....HASTANESİ
MEVCUT PERSONEL KAYIT FORMU

HAP.FR.17

Yürürlük Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

Olay Adı:

Başlangıç Tarihi:

Departman/Servis/Birim:

Sayfa Numarası:


Tarih/Saat

Personelin adı

Olağan Çalışma Alanı

Olay Yönetim Ekibi Tarafından
Kararlaştırılması Halinde
Personelin Yeni Bir Çalışma
Alanına Gönderilmesine İlişkin
Yorumlar

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Olay anında hastaneye gelen personel listesidir. Genel olarak, geri dönen tüm personelin kaydı Afet ve Acil Durum Müdahale Planı'nda belirtildiği üzere bir toplanma noktasında yapılmalıdır ve nerede çalışacakları ile ilgili kısaca bilgi almaları için personele nereye gideceklerine ilişkin (ilgili personel kimlik kartı ve görev yeleğini almışsa) talimat verilmelidir.
- 2) Lojistik Şefine bağlı çalışan insan kaynakları sorumlusu tarafından doldurulur/dolturtulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir.

Form-18		HASTANESİ	
 <p>.....HASTANESİ PERSONEL MESAI TABLOSU FORMU</p>		HAP.FR.18	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı:													
Başlangıç Tarihi:				Bitiş Tarihi /Saat:				Servis/Birim:					
Sıra No	Ad-Soyad	Kadrolu (K) Görevlendirme (G)	Kimlik No	Görevi	Başlangıç Tarih/Saat	Bitiş Tarih/Saat	İmza	Toplam Süre	Servis Sorumlusu Adı-Soyadı/ İmzası				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
Teslim Tarihi/Saati:													
Onaylayan :													
1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi). Olay sürecinde hastanede çalışan personel mesai listesidir.													
2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.													
3) OYE 'ye gönderilir.													

Form-21	
 <p style="text-align: center;">.....HASTANESİ..... ALANA MALZEME (DEMİRBAŞ, İLAÇ, TIBBİ SARF VB.) GÖNDERME TAKİP FORMU</p>	HAP.FR.21
	Yürürlük Tarihi
	Revizyon No
	Revizyon Tarihi
	Sayfa No

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

1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. Kitlesel yaralanmalı olaylarda müdahale aşaması 1 ve 2 de kullanılır.

2) Lojistik şefi tarafından görevlendirilen ilgili sorumlular tarafından doldurulur/doldurtulur.

3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-22			
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ</p> <p style="text-align: center;">İLAC, TIBBİ SARF, DEMİRBAŞ VB. TALEP FORMU</p>	HAP.FR.22	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Sıra No	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, Özelliği vb.)	Miktarı	Hesap Kodu	Birim Stok Mevcudu	Açıklama
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						


TALEP TARİHİ		ONAY TARİHİ	
TALEP SAATİ		ONAY SAATİ	
TALEP EDEN AD SOYAD GÖREVİ		ONAYLAYAN AD SOYAD GÖREVİ	
İMZA		İMZA	

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur.
- 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-23	
 <p>.....HASTANESİ MALZEME TAKIP FORMU</p>	
HAP.FR.23	
Yürürlük Tarihi	
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	

Olay Adı:		Birim:					
Tarih:							
Teslim Edilen /Alınan Malzeme :							
Saat	Malzemenin Cinsi	Malzemenin Durumu	Teslim Eden	Teslim Alan	Geri Teslim Zamanı (Tarih/Saat)	Malzemenin Durumu	İmza
Onaylayan							Formun Teslim Tarihi/Saati
1) Operasyon aşamasında ve sonrasında kullanılacaktır (diğer form kategorisi) 2) Departman/Servis/Birimler tarafından doldurulur. 3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.							


Form-24


	HAP.FR.24
	Yürürlük Tarihi
	Revizyon No
	Revizyon Tarihi
	Sayfa No

.....**HASTANESİ**
ÖZEL ALANLAR FORMU


Sıra No	Alan	Alan m ²	Su		Elektirik		Telefon		Telsiz		Fax		İnternet		Bilgisayar		Olağan Günde Kullanım Amacı
			Evet	Hayır	Evet	Hayır	Gsm	Sabit	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	Form-25	<p>HAP.FR.25</p> <p>Yürürlük Tarihi</p> <p>Revizyon No</p> <p>Revizyon Tarihi</p> <p>Sayfa No</p>		
	<p>.....HASTANESİ</p> <p>FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU</p>			
	Başlangıç Tarihi:			
	Olay Adı :			
	Olay Yeri :			
Sayfa Numarası :				
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, boyutu, olası sonuçları)	Müdahaleler (Fon kaynağı, niteliği, erişim sağlanan yer, kim karar veriyor, kim ne yapıyor, ne zaman, nasıl, zaman çizelgeleri)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)	İzleme, Takip ve Durum (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu:				
<p>1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.</p> <p>2) Olay Yönetim Ekibi tarafından doldurulur/doldurtulur.</p> <p>3) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>				

Form-26		HAP.FR.26	
 <p style="text-align: center;">.....HASTANESİ..... LOJİSTİK YÖNETİMİ KAYIT FORMU</p>		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	


Olay Adı :		Başlangıç tarihi:	
Olay Yeri :			
Sayfa Numarası :			
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, kaynaklar, nakil, yöntemler, ekipman, malzemeler, vb.)	Müdahale (Beklenen sonuçlar, kim ne yapıyor, ne zaman, nasıl, katkı sağlayan kişiler, tedarikçilerin iribat bilgileri, zaman çizelgesi, vb.)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
			İzlem, Takip ve Durum (Ne, nasıl, kiminle, ne zaman)
Kayıt Sorumlusu:			
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.			
2) Olay Yönetim Ekibi tarafından doldurulur/doldurtulur.			
3) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.			

	<p>.....HASTANESİ.....</p> <p>..... YÖNETİMİ KAYIT FORMU</p>	HAP.FR.27
		Yürürlük Tarihi
		Revizyon No
		Revizyon Tarihi
		Sayfa No


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

Kayıt Sorumlusu:

- 1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır.
- 2) Departman/Servis/Birimler, Kurumlar Arası Koordinasyon, İş Güvenliği ve Halkla İlişkiler Bölümü vb. tarafından doldurulacaktır.
- 3) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

	Form-29	
	<p>.....HASTANESİ.....</p> <p>HASTANE İÇİNDE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU</p>	
	HAP.FR.29	Yürürlük Tarihi
	Revizyon No	Revizyon Tarihi
	Sayfa No	

Başlangıç Tarihi:				
Olay Adı :				
Olay Yeri :				
Sayfa Numarası :				
Tarih ve Saat	Paylaşılan Bilgiler, Kim Tarafından ve Kiminle (OYE, Departman, Servis ve Birim: Ad, görev, irtibat bilgileri)	Paylaşılan Bilgi Unsuru (Yalnızca temel unsurlar)	Kararlaştırılan Eylemler (Ne, nasıl, kim, ne zaman, nerede)	Faaliyetlerin Takibi ve İzlenmesi (Nasıl, ne zaman, kim, ne)
1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır. 2) OYE, Departman, Servis ve Birim tarafından doldurulur/doldurulur. 3) OYM 'de bulundurulur ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.				

Form-31		HAP.FR.31	
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ PSİKOSOSYAL RISK ANALİZİ FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Ad Soyad	
Yaşınız / Cinsiyetiniz	
İkametgah Adresiniz	
Ev Telefonu / Cep Telefonu	
ACİL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ	
İsim Soyisim / Telefon	
Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Birlikte yaşıyor
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu (bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Kullanmıyorum
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Duyma <input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> Fiziksel <input type="checkbox"/> Zihinsel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Duyma <input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> Fiziksel <input type="checkbox"/> Zihinsel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....
1) Planlama ve operasyon aşamasında kullanılabilir (diğer form kategorisi) 2) Çalışan tüm personel tarafından doldurulur. 3) Hastanenin insan kaynakları biriminde bulundurulur, HAP 'ın ekine konmaz .	

Form-32		HAP.FR.32	
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ</p> <p style="text-align: center;">AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olayın Adı:		
<p>Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandırıldığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona erdirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletilindiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır</p>	Tarih/...../..... -/...../..... Saat:/..... -/.....	
HAP BAŞKANI	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.		
<input type="checkbox"/> Tüm evraklar rapor oluşturulması için toplanarak gözden geçirildi.		
<input type="checkbox"/> Personele, paydaşlara ve medyaya yönelik sonuç raporu hazırlanarak dağıtımı yapıldı.		
<input type="checkbox"/> Tüm klinik operasyon normale/olay öncesi rutinine geri döndü.		
<input type="checkbox"/> Hastane Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı devre dışı bırakıldı.		
BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.		
<input type="checkbox"/> Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı ve dağıtıldı.		
<input type="checkbox"/> Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.		
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm paydaş ve harici kurumlara Hastane Olay Yönetim Merkezi ile Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planının devre dışı bırakıldığı ve rutin operasyon prosedürlerine dönüldüğü bilgisi verildi.		
İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı.		
<input type="checkbox"/> Tüm olası tehlikeler belirlendi ve çözüldü.		
<input type="checkbox"/> Tüm mekanlar/tehlikeler güvenli bir şekilde tekrar kullanım için onarıldı /azaltıldı.		
<input type="checkbox"/> Tüm ilgili düzenleyici kurumlar bilgilendirildi.		
<input type="checkbox"/> Tüm güvenlik özellikli evraklar tamamlanarak onaya sunuldu.		

TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
<input type="checkbox"/> Müdahaleye özel dokuman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Branş)	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
<input type="checkbox"/> Müdahaleye özel dokuman çalışması tamamlanarak Dökümantasyon Birim Sorunlusuna teslim edildi.		
ALAN SORUMLUSU		
<input type="checkbox"/> Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi.		
<input type="checkbox"/> Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.		
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi.		
<input type="checkbox"/> Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.		
<input type="checkbox"/> Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sisteme kayıt edildi.		
<input type="checkbox"/> Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü.		
<input type="checkbox"/> Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü.		
<input type="checkbox"/> Personel şefleri müdahale öncesi işleyişe tekrar geri döndü.		
<input type="checkbox"/> Bölümlerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.		
ALTYAPI SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı.		
<input type="checkbox"/> Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.		
<input type="checkbox"/> Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
<input type="checkbox"/> Kritik sistemler kontrol edildi.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
GÜVENLİK SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.		
<input type="checkbox"/> Güvenlik nedeniyle sayısı arttırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
<input type="checkbox"/> Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		


TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Dekontaminasyon işleşi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleşiine geri döndü.		
<input type="checkbox"/> Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı.		
<input type="checkbox"/> Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi.		
<input type="checkbox"/> Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
<input type="checkbox"/> Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		
HASTA YAKINI DESTEK SORUMLUSU		
<input type="checkbox"/> Yeri değiştirilen servislerde kullanılan tüm malzeme ve ekipman geri yerleştirildi.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
<input type="checkbox"/> Tüm izlem araçları toplanarak depoya gönderildi.		
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
<input type="checkbox"/> Tüm izlem araçları istiflenerek depoya gönderildi.		
DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Müdahale esnasında oluşturulan veya kullanılan tüm evraklar teslim alındı.		
<input type="checkbox"/> Tüm evraklar incelenmek üzere ilişkilendirildi ve kategorize edildi.		
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Onaylanmış afet ve acil durum sonlandırma formunda içeren evraklar, Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm iletişim ekipmanı hazırlıklı olma sürecine geri döndü. 1. Telsizler ve bataryalar şarj merkezlerine yerleştirildi. 2. Yedek afet telefonları depoya gönderildi. 3. Uydu telefonları toplandı ve şarja yerleştirildi. 4. Hastane Olay Yönetimi Merkezi iletişim ekipmanları depoya gönderildi.		
<input type="checkbox"/> Yerleştirilen tüm bilgi teknolojisi ekipmanları toplandı, incelendi; olaya özgü tüm veriler kaldırılarak arşivlendi.		

<input type="checkbox"/> Tüm yiyecek/su stokları günlük işleyiş seviyesine çekildi.		
<input type="checkbox"/> Tek kullanımlık yiyecekler ve besinler menüden çıkarıldı.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Müdahalede kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar incelendi, temizlendi ve günlük kullanıma ya da depoya geri gönderildi.		
<input type="checkbox"/> Kalibrasyon veya tamir gereken tüm ekipmanlar bakım sürecine girdi.		
<input type="checkbox"/> Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
SATINALMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
FATURALAMA / MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm zaman çizelgeleri ve diğer dökümantasyon araçları toplanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
<input type="checkbox"/> Tüm sigorta formları tamamlandı ve poliçelere başvuruldu (var ise).		
TAHAKKUK SORUMLUSU	NOT	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
<input type="checkbox"/> Tüm maliyet raporları tamamlandı.		
<input type="checkbox"/> Tüm ödenmemiş harcamalar, faturalar, satın alma talimatları, çekler, banka kartları çözümlendi.		
BÜTÜN POZİSYONLAR	UYARILAR	PARAF
<input type="checkbox"/> Tüm harcama formları ve diğer dökümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
<input type="checkbox"/> Rolünüze ilişkin kullanılan tüm yanıt ve iyileşme ile ilgili tüm cihaz ve aletlerin tamiri yapıldı, şarj edildi, eksikleri tamamlandı ve depoya gönderildi.		
<input type="checkbox"/> Günlük supervise gnlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		
Hazırlayan		
Ad Soyad:	İMZA	
Görevi:	Uzmanlık Alanı:	
Tarih/Saat:	Tesis Binası:	
<p>1) Operasyon aşamasında kullanılacaktır (diğer kategorisinde yer alan form).</p> <p>2) Formda yer alan sorumlular tarafından doldurularak imzalanır. Bu işlemin sekreteryası acil durum sonlandırma sorumlusu tarafından yürütülür.</p> <p>3) OYE 'ye gönderilir ve OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>		

Form-33		HAP.FR.33	
	<p style="text-align: center;">.....HASTANESİ</p> <p style="text-align: center;">HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU</p>	Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay: (Bu bölüme bir veya iki cümle ile bilgi notunun hangi olay ve duruma istinaden hazırlandığı yazılacak.)	
Bilgiler:	
Olay;	
a) Meydana geldiği tarih ve saat:	
b) Bildirilme tarih ve saati:	
c) İhbarı yapan kişi /Birim:	
d) Meydana geldiği yer /Birim:	
e) Meydana geliş şekli*:	
* (Eğer olay hastane kaynaklı ise; nerede, hangi nedene/ kime /nasıl ve neye bağlı olarak meydana geldiği ile nasıl geliştiği yazılacaktır.)	
Olaya Müdahale Bilgisi	
a) Aktivasyon bilgileri (Buraya, hastanenin hangi birimlerinin sürece nasıl dahil olduğu yazılacaktır.) :	
b) Olaya özgü ekipman ve araç kullanımı bilgileri:	
c) Olaya müdahil edilen diğer ekip ve paydaşlara ait bilgiler (Buraya, olaya müdahil olan diğer kamu kurumu ve STK bilgileri yazılmalıdır.):	
d) Olayın sonuçları:	
I. Ölü sayısı (kimlikli ve kimliksiz) (Toplam yazılacaktır.):	
II. Yaralı (Toplam yazılacaktır.):	
III. Başka hastanelere sevk edilen hasta sayısı:	
IV. Ameliyat edilen hasta sayısı:	
V. Yoğun bakımda yatan hasta sayısı:	
VI. Çalışan sağlık personeli sayısı:	
VII. Çalışan hekim-uzman hekim sayısı:	
VIII. Çalışan destek hizmetleri personel sayısı:	
IX. Olaydan etkilenen hastane personel sayısı:	
X. Diğer etkiler (Buraya vaka sırasında müdahale eden sağlık personeli, malzeme ve ekipmanların gördüğü zararlar yazılacaktır.)	
Alınan Tedbirler	
(Planlanan sağlık tedbirleri ve ihtiyaçları yazılacaktır.)	
Sonuç	
(Buraya olayın başlangıcı, sonlandırılış tarih ve saati yazılarak; toplam müdahale süresi bilgisi girilecektir.)	
5.Hazırlayan Personel/Yönetici	
Ad-Soyad	
Tarih	.../.../.....
Saat	.../.../.....
İmza	.../.../.....
1) Operasyon sonlandırıldığında kullanılacaktır. Raporu hazırlayanlar raporu hazırladıkları tarih ve saati yazarak imza altına alacaklardır.	
2) OYE tarafından doldurulur/doldurtulur.	
3) OYE tarafından ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.	

Form-35




.....**HASTANESİ**.....
HASTANE YATAK / ODA BİLGİSİ FORMU

HAP.FR.35
Yürürlük Tarihi
Revizyon No
Revizyon Tarihi
Sayfa No

Departman / Servis/Birim Adı	Yatak Sayısı	Arttırılabilir yatak Sayısı	Yer (Blok adı, kaçınca kat vb.)	Muayene Oda Sayısı	Ameliyathane Sayıları	Ameliyathane Oda Sayıları	Ameliyathane Masası

- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

Form-36	HASTANESİ			
		PERSONEL BİLGİ FORMU			
		HAP.FR.36			
		Yürürlük Tarihi			
		Revizyon No			
		Revizyon Tarihi			
		Sayfa No			

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı	Çalıştığı Birim	GSM Tel No	E Posta	Ev Adresi	Açıklama (Özel Durum Belirtilecek. Örn: Hastane UMIKE Personeli vb.)

Düzenleyen :


- 1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
- 2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
- 3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.


 <p>Form-37</p>	<p>.....HASTANESİ.....</p> <p>HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU</p>			
	HAP.FR.37			
	Yürürlük Tarihi			
	Revizyon No			
	Revizyon Tarihi			
Sayfa No				

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

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.
2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.
3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

 <p>Form-38</p>	<p>HASTANESİ</p> <p>SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU</p>	HAP.FR.38	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	
		Hemşire	
		Ebe	
		Rönt.Tek	
		Rad_yoterapi Teknikeri	
		Laborant	
		Laboratuvar Teknikeri	
		Laboratuvar Teknisyeni	
		ATT	
		Paramedik	
		Anestezi Teknikeri	
		Anestezi Teknisyeni	
		Fizyoterapist	
		Toplum Sağlığı Teknisyeni	
		Çevre sağ Tek	
		Çocuk Gelişimcisi	
		Eczacı	
		Psikolog	
		Sosyal Çalışması	
		Diğer	
		Toplam	
		<p>1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.</p> <p>2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.</p> <p>3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>	

 <p>Form-39</p>	<p>.....HASTANESİ.....</p> <p>TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU</p>					HAP.FR.39
						Yürürlük Tarihi
						Revizyon No
						Revizyon Tarihi
						Sayfa No
Elektrik Teknisyeni						
Sihhi Tesisat						
Mühendis						
Diğer						
Toplam						
<p>1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.</p> <p>2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.</p> <p>3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>						

 <p>Form-40</p>	<p>.....HASTANESİ</p> <p>SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU</p>					<p>HAP.FR.40</p>
						<p>Yürürlük Tarihi</p>
						<p>Revizyon No</p>
						<p>Revizyon Tarihi</p>
						<p>Sayfa No</p>
<p>Güvenlik</p>	<p>Temizlik</p>	<p>Veri Giriş</p>	<p>Karşılaştırma</p>	<p>Diğer</p>	<p>Toplam</p>	
<p>1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.</p> <p>2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.</p> <p>3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>						

Form-41					
HASTANESİ FIRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU		HAP.FR.41			
		Yürürlük Tarihi			
		Revizyon No			
		Revizyon Tarihi			
		Sayfa No			
Sıra No	Firma veya Tedarikçi İsmi	Konu	Telefon No	İrtibat Kurulacak Yetkili	
				Adı Soyadı	GSM No E-posta
<p>1) Planlama aşamasında kullanılacaktır. Varsa protokollerle birlikte kullanılacaktır.</p> <p>2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur.</p> <p>3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.</p>					

Form-42



.....HASTANESİ

HAP AFET VE ACIL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ ORGANİZASYON İLETİŞİM FORMU

HAP.FR.42

Yürürlük Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

Sıra No	Pozisyon	Adı Soyadı	Unvanı	Görevi	Çalıştığı Birim	Dahili Telefon No	GSM No	E-Posta	Ev Adresi

1) Planlama aşamasında kullanılacaktır.

2) HAP Hazırlama komisyonu tarafından doldurulur/doldurtulur. HAP organizasyon şemasında yer alan tüm pozisyonlara görevlendirilen isimler yer alır.

3) OYM 'de bulundurulur. İlgili birim ve kişilerle paylaşılır.

EK 1-D
(ÖRNEK)
..... HASTANESİ
ACİL SERVİS
DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜ

NOT: Aşağıda ana başlıklar altında yer alan bilgiler örnek olarak verilmiştir. Çerçeve başlıklar altında verilen bilgiler, Hastaneler tarafından kendi yapılarına uygun olarak geliştirilmeli, yeniden yazılmalıdır.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler bölümünde Prosedür'de yer alan başlıklar ve varsa alt başlıklar yazılmalıdır.

1. Başlık
2. Amaç
3. Kapsam
4. Afet ve Acil Durum Risk Değerlendirmesi
5. Mevcut Durum
6. Departman Olay Yönetimi Organizasyon Şeması
7. Departman Görev Tanımları
8. Ertelenebilir/Vazgeçilebilir Eylemlerin Belirlenmesi
9. Müdahalede Eylemlerin Sırası
10. Müdahale Sürecinde Eylem Zaman Çizelgesi
11. Haberleşme/İletişim
12. Hizmet Niteliğinin Değerlendirilmesi
13. İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları
14. Karşılaşılabilecek Özel Durumlar
15. Kullanılacak SOP'lar
16. Kullanılacak İşAT'lar
17. Sürece Dahil Olabilecek Departman/Servis/Birim/Kişiler
18. Kullanılacak Form ve Kayıtlar
19. Müdahale Sürecinin Sonlandırılması
20. Prosedürün İlk Yayınlanma ve Revizyon Tarihleri

EKLER

Ek 1...

Ek 2...

1.BAŞLIK

ACİL SERVİS DEPARTMAN MÜDAHALE PROSEDÜRÜ (kısaca AS DMP)

2. AMAÇ

AS DMP hazırlanmasındaki amaç, hastane Acil Servisi'nde afet ve acil durum risklerinin önlenmesi ve azaltılması, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olunması; personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğinin korunması, yatırım ve donanımın zarar görmesinin önlenmesi, faaliyetin ve iş sürekliliğinin kesintiye uğramaması, müdahalenin zamanında ve etkili biçimde gerçekleştirilmesi için gerekli planlama ve uygulamalara, HAP çerçevesinde, yol gösterilmesidir.

3. KAPSAM

AS DMP, Hastanesi Acil Servisi'nin, HAP çerçevesinde, afet risk azaltma, afet ve acil durumlar için müdahale hazırlıklarını kapsamaktadır.

4. AFET VE ACİL DURUM RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Hastanenin olağan işleyişinde karşılaşılabilecek meslek, iş güvenliği ve diğer risklerin yönetiminin yanı sıra, afet risklerinin yönetimi de hastanenin tüm birim ve fonksiyonları bakımından temel bir görevdir. Acil Servis Departman Müdahale Prosedürü, HAP bütünlüğü içerisinde, Departmana özel afet ve acil durum risk değerlendirmesini esas almaktadır. Bu çalışmalarla öncelikle mevcut yapısal, yapısal olmayan ve fonksiyon engelleyici risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi hedeflenmektedir.

4.1. Yapısal elemanların güvenliği

Acil Servis fiziksel ortamını ve çevresini oluşturan yapısal özellikler, taşıyıcı sistem ve kullanılan yapı malzemesinde inşaat ve/veya kullanım nedeniyle ortaya çıkan, AS faaliyetini etkileyebilecek tehlike ve riskler belirlenmeli ve önlem alınmalıdır.

Departmanın yapısal riskleriyle ilgili bilgiler hastanenin yapısal dayanıklılık incelemeleri kapsamında düzenli kaydedilmeli ve rapor edilmelidir (Form 48).

4.2. Yapısal olmayan elemanların güvenliği

Acil Servis'te yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet ve acil durum risk değerlendirmesinde öncelikle dikkat edilmesi gereken konular:

- Ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği,
- Kritik sistemlerin güvenli ve çalışabilir durumda olması (*elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb*),
- Mimari elemanların güvenliği (*çatı, baca, pencere, pervaz, korkuluk, asma ve alçı tavan, iç bölmeler, koridor, merdiven, rampa, asansör, taban döşemeleri vb*),
- Ekipman ve malzeme güvenliği (*AS faaliyeti için gerekli medikal ekipman ve malzemeler; genel kullanım ve depo ekipmanı, vb*).

Departmanın yapısal olmayan riskleriyle ilgili bilgiler düzenli kaydedilmeli ve rapor edilmelidir (Form 49).

4.3. Fonksiyonel kapasitenin sürekliliği

- Afet ve acil durumlarda Acil Servis fonksiyonel kapasitesi, iş ve faaliyet sürekliliği güvence altında olması her zamankinden önemlidir. Bu çerçevede öncelikle planlama yapılması gereken konular: Acil Servis kapasitesinin (yatak, personel, ekipman ve malzeme) artan talebi karşılayabilecek şekilde artırılması ve sınırlı kaynakların etkili biçimde kullanımına hazırlık;
- Departman olay yönetimi organizasyon şemasının belirlenmesi; organizasyon şemasına göre departman içi görevlerin tanımlanması,
- Departman müdahale eylemlerine yönelik yönlendirici bilgi, prosedür, talimat ve işaretlemelerin önceden belirlenmesi, öğrenilmesi ve test edilmesi,
- Ulaşım, haberleşme ve iletişimin etkili koordinasyonu ve sürekliliğinin sağlanması, vd.

Afet ve acil durumda fonksiyonel kapasiteyle ilgili yönlendirici bilgiler HAP Hazırlama Kılavuzu İkinci Bölüm'de, Acil Servis Yönetimi ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü'nde (SOP 6) ve aşağıdaki başlıklarda yer almaktadır. AS Departman Müdahale Prosedürü'nde bu başlıklar detaylandırılmaktadır.

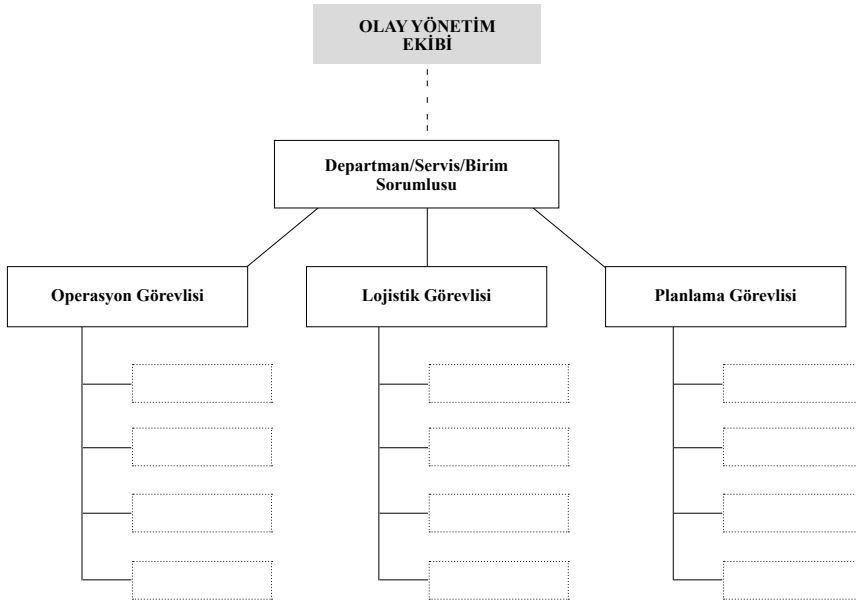
5. MEVCUT DURUM

Afet ve acil durumlara hazırlık kapsamında, Acil Servis'in personel ve işleyiş (fonksiyon) özellikleri tam olarak tanımlanmalı ve sürekli güncellenmelidir:

- Günlük Ortalama Vaka Kabul Sayısı
- Toplam Personel Sayısı ve Dağılımı
- Günlük Nöbet Tutan Personel Sayısı ve Dağılımı
- Mevcut Ekipman ve Malzeme Listesi

Hazırlanacak listeler Prosedürün ekinde yer almalıdır.

6. DEPARTMAN OLAY YÖNETİMİ ORGANİZASYON ŞEMASI



Not: Organizasyon şeması ve içindeki pozisyonlar örnektir. Her departman/servis/birim kendi şemasını ve pozisyonlarını belirlemelidir. Oluşturulacak pozisyonlar HAP afet ve acil durum müdahale yönetimi organizasyon şemasında yer alan pozisyonlarla çakışmamalı, tekrarlanmamalıdır.

7. DEPARTMAN GÖREV TANIMLARI

7.1. Acil Servis Departman Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yönetimi ile ilgili tüm stratejik direktifleri verir ve yapılmasını organize eder. Ekip çalışmalarını denetler, bölümler arası haberleşmeyi sağlar, Olay Yönetim Ekibi (OYE) ile koordineli olarak çalışır.

7.2. Operasyon Görevlisi

Acil Servis'te tüm hasta bakım alanlarının organizasyonu yapar, acil servis içi hasta trafik akışını organize eder ve iş sürekliliğini sağlar.

7.3. Planlama Görevlisi

Acil Servis'te görevli tüm personelin çalışma düzenini organize eder, gerektiğinde ek personel planlamasını yapar ve Acil Servis Departman Sorumlusuna iletir. Tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini sağlar.

7.4. Lojistik Görevlisi

Acil Servis'te hasta bakımı için gerekli olan malzeme ve ekipmanın devamlılığını sağlar, personel için gıda ve barınma ihtiyacını organize eder ve yönetir.

Departman organizasyon şemasında yazılacak diğer pozisyonların görev tanımları eklenmelidir.

8. ERTELENEBİLİR/VAZGEÇİLEBİLİR EYLEMLERİN BELİRLENMESİ

Afet ve acil durumlarda talebin en öncelikle yoğunlaşacağı departmanların başında gelen Acil Servis'te hasta kabul, taburcu ve ertelenebilir/vazgeçilebilir hizmetlerle ilgili uygulamaların hızlı biçimde gözden geçirilmesi ve gerçekleştirilmesi için eylem hazırlıkları önceden yapılmalıdır.

Örneğin, Acil Servis'te rutin olarak yapılan enjeksiyon ve pansuman işlemleri sonlandırılabilir. Yeşil alan hastalarının bakımı ertelenebilir.

9. MÜDAHALEDE EYLEMLERİN SIRASI

9.1. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu

AMP aktivasyonu ile başlar.

9.2. Özel Alanların açılması

OYE'nin özel alanları açma kararı ile açılır.

Açılacak alanlara ait yapılan hazırlıklar önceden planlanarak Form 24'e kaydedilmeli, kroki, gerekli malzeme ve ekipmanlar (depolanma alanı belirtilerek) listesi ile birlikte Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

9.3 Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi

Departman Planlama görevlisi acil serviste bulunan mevcut personeli tespit edip, ek personel ihtiyacı hakkında Departman Sorumlusuna durum raporu verir.

OYE, Acil Servis'e **daha önceden** planlanan diğer birimlerden personel görevlendirir. *Personel görevlendirme planlaması Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

9.4. Triyaj

Trijaj ekibi/ekipleri hastane afet triyaj alanında hasta/yaralıların triyaj kartlarını doldurarak önceliklendirmeye başlar. Hasta/yaralılar verilen renk kodlarına göre uygun tedavi alanlarına nakledilir. *Trijaj ekibinde görev alacak personel ve hasta taşıma personeli listeleri Prosedürün ekinde yer almalıdır.*

9.5. Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması

Hastaların, uygun görülen yerlere personel eşliğinde nakilleri yapılır.

9.6. Kayıt ve rapor tutulması

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) kullanılmadığında alternatif kayıt sistemleri kullanılarak kayıt ve raporlama işlemi gerçekleştirilir. Alternatif kullanılacak kayıt ve raporlama bu bölümde belirtilmelidir.

9.7. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün Sonlandırılması

Afet ve acil durumdan olağan işleyişe geçilmesi renk kodu/anons ile duyurulur. Durum raporları hazırlanarak OYE'ye iletilir.

9.8. Tahliye (Gerekirse)

Acil Servis kullanılmaz duruma geldiğinde personel, hasta/yaralı, malzeme ve ekipmanın önceden belirlenmiş alternatif bakı alanına tahliyesi gerçekleştirilir.

Tahliye planı, ayrıntıları ile birlikte (personel planlaması, tahliye yolları, taşıma yöntemleri, kayıtlar vb.) Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

10. MÜDAHALE SÜRECİNDE EYLEM ZAMAN ÇİZELGESİ

EYLEMLER	ZAMAN (Hastane tarafından uygun süreler yazılacaktır)
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonu	
Alanların açılması	
Alanlarda çalışacak personelin görevlendirilmesi	
Trijaj	
Hastaların Acil Servis tedavi alanlarından, hastane içinde ilgili birimlere nakillerinin yapılması	
Kayıt ve rapor tutulması	
Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü'nün sonlandırılması	
.....	
.....	

11. HABERLEŞME/İLETİŞİM

Afet ve acil durumlarda Acil Servis içinde iletişim anons, telefon, ulak, telsiz vb. ile sağlanacaktır; AS personeli amaca uygun iletişim gerekleri, işleyiş ve raporlama bilgisine sahip olmalıdır. *Kullanılacak yöntemler ve nasıl işletileceği belirtilmelidir.*

12. HİZMET NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin, HAP çerçevesinde ve Acil Müdahale Planı'na (AMP) uygun olarak, yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir, *örneğin:*

- Hastane Afet Triyaj Alanının açıldığından emin olun,
- Hastanenin iç ve dış trafik akışının düzenlendiğinden emin olun,
- Afet triyaj alanının ve Acil Servis'in güvenliğinin sağlandığından emin olun.

13. İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURALLARI

Afet ve acil durumlarda Acil Servis hizmetinin İş Güvenliği kuralları ve kontrol bakımından yeniden organize edilmesi gereken yönleri varsa, AS Departman Müdahale Prosedürü'nde belirtilmelidir, *örneğin:*

- Personelin kişisel koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır.
- Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunlar değerlendirilmelidir.
- Acil Servis'e ve hastane Afet Triyaj Alanına erişim görevli personel ile sınırlandırılmalıdır.

14. KARŞILAŞILABİLECEK ÖZEL DURUMLAR

Afet ve acil durumlarda Acil Servis'in yeni alan ihtiyacı, izinsiz refakatçi izdihamı, epidemi, kontaminasyon vd. özel durumlara karşılaşılabileceği öngörülmelidir, *örneğin:*

- Acil Servis'in kullanılmayacağı durumlarda Olay Eylem Planı oluşturun.
- Nitelikli personel eksikliği durumunda düzeltici önlemleri alın.
- İlaç, tıbbi malzeme ve ekipman eksikliğinde düzeltici önlemleri alın.

15. KULLANILACAK SOP'LAR

İlgili tüm SOP'ların adı yazılmalıdır. *Yazılan tüm SOP'lar, müdahale prosedürü ayrıca basılırken Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

16. KULLANILACAK İŞAT'lar

Yukarıda Altıncı maddede yer alan Organizasyon şemasında bulunan pozisyonlara ait İşAT'lar hazırlanarak, listesi bu bölüme eklenmelidir.

Prosedüre özgü yazılan İşAT'lar sadece Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.

17. SÜRECE DAHİL OLABİLECEK DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM /KİŞİLER

Afet ve acil durumlarda OYE tarafından amaca uygunluk kapsamında harekete geçirilecek tüm ilgili departman, servis, birim ve kişiler yazılmalıdır.

18. KULLANILACAK FORM VE KAYITLAR

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü kapsamında kullanılacak kayıtlar ve formlar yazılmalıdır. *Kullanılacak kayıt ve formlar Prosedürün Ekler bölümünde yer almalıdır.*

19. MÜDAHALE SÜRECİNİN SONLANDIRILMASI

Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından aktivasyonunun sonlandırılması.

20. İLK YAYINLANMA VE REVİZYON TARİHLERİ

Tarih yazılmalıdır.

EKLER:

EK 2-A

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi¹

Dünya çapında ülkelerin karşı karşıya olduğu halk (kamu) sağlığına yönelik acil durum/afet riskleri yaygın ve çok çeşitlidir; bu kapsamda, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar, güvenli olmayan gıda ve su, kimyasal ve radyasyon kirliliği, doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler, çatışmalar, iklim değişikliği, plansız kentleşme ve diğer etkenlerle ilişkili sağlık riskleri ve sonuçları belirtilebilir. Ülkeler ve toplumların söz konusu sağlık riskleri ve sonuçları ile baş edebilmeleri ise, ulusal, yerel ve kurumsal düzeylerde, afet ve acil durumların önleme, zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik önlemleri içeren, **sağlık acil durum ve afet risk** yönetimi kapasitelerini güçlendirmeleri ile mümkündür.

Günümüzde sağlık sistemleri, acil durum ve afet halinde “hayat kurtarmaya” odaklı, reaktif müdahale anlayışının ötesinde, olağan ve acil sağlık hizmetleri açısından her türlü tehlike karşısında, **tehlikeye maruziyetin** ve **zarar görülebilirliklerin**, dolayısıyla **risklerin azaltılmasına** odaklı, proaktif bir yaklaşımla her düzeyde hayati bir rolü üstlenmektedir.

Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi (UNDRR) üst yönetiminden, Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'nin (SFDRR/2015-2030) kabulünün 5. yılında, Mart 2020'de COVID-19 salgını ile ilgili yapılan açıklamada afet risk azaltma ve afet yönetimi bakımından şu başlıklara özellikle işaret edilmektedir:²

- Doğa kaynaklı tehlikelerle birlikte, **sağlık acil durumlarının** da en öncelikli olarak ele alınması,
- **Biyolojik tehlikelerin yönetimine, sağlık sistemlerinin hazırlık ve dayanıklılığına** öncelik verilmesi,
- **Afet risk yönetiminin her düzeydeki sağlık hizmetiyle bütünleştirilmesi (entegrasyonu)**,
- Afet yöneticileri ile sağlık çalışanları arasında afetleri önlemeye yönelik **işbirliğinin geliştirilmesi**; sağlık kapsamında odak noktasının “afete müdahale”de kalmayıp, hazırlık, izleme-gözlem ve **afet risk yönetimine** yönelmesinin desteklenmesi.

Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında afet risk yönetiminin ayrıntılı olarak ele alındığı, uluslararası bağlantılı olan temel bir kaynak **Uluslararası Sağlık Tüzüğü**'dür.³ Tüzük halk (kamu) sağlığının, kökenine ve kaynağına bakılmaksızın tüm hastalık risklerinden korunmasına ilişkin uluslararası işbirliğinin etkili ve kapsamlı bir ifadesidir; yalnızca belirli hastalıkları değil, ileride ortaya çıkabilecek farklı hastalıkları da içermekte ve bu hastalıklarla ilgili alınabilecek tedbirlerin belirlenmesini de düzenlemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), afet ve acil durumlarla ilişkili sağlık risklerini yönetmek amacıyla sağlık sektörü ile diğer sektörlerde ülke ve toplum kapasitelerinin geliştirilmesi için destek sağlamaktadır; bu çalışmalar, Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve iklim değişikliği Paris Anlaşması'nın sağlıkla ilgili yaklaşım ve önceliklerinin uygulanması ile uyumlu olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen **Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi** ile sağlık sistemleri geliştirme stratejilerinin, çok-sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi geliştirme stratejileri ve iklim değişikliğine uyum stratejileri ile bütünleştirilmesi (entegrasyonu) amaçlanmaktadır.

1 World Health Organisation (WHO), Health Emergency and Disaster Risk Management (Health EDRM) Framework, 2019. <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/health-emergency-and-disaster-risk-management-framework-eng.pdf?ua=1>

2 <https://www.undrr.org/news/undrr-urges-disaster-management-agencies-prioritize-biological-hazards>

3 International Health Regulations (IHR), 2005 / T.C. Sağlık Bakanlığı HSSGM, Uluslararası Sağlık Tüzüğü, Türkçe 2. basım (2008)

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi'nde kapsamlı bir stratejinin oluşturulması yönünde, sağlık sektörü tarafından her düzeyde dikkate alınması gereken alanlar şöyle tanımlanmaktadır: Sürveyans, erken uyarı ve alarm sistemleri; tüm tehlikeler, tüm sağlık sistemi ve tüm sektörler bakımından, operasyonel hazırlık ve kitlesel yaralanmalı olay yönetim sistemleri dahil, acil durum müdahalesine hazırlık; güvenli, emniyetli, sürdürülebilir ve acil durum, afet halinde fonksiyonu devam edebilen dayanıklı hastaneler ve sağlık tesisleri.

Ülkelerin sağlık yöneticilerine ve diğer paydaşlara rehberlik sağlamak üzere yayınlanan Çerçeve, her türlü acil durum ve afetle ilişkili sağlık risk ve sonuçlarının azaltılmasında, ülkeler nezdinde sağlık hizmetleri ve diğer sektörleri de içerecek şekilde sistem ve kapasite geliştirilmesini sağlamaya yöneliktir. Çerçeve, bu yönde, afet risk yönetimi temel kavramlarını, yönlendirici ilkeleri, etkili bir uygulama için gereken bileşenleri ve fonksiyonları tanımlamaktadır.

TEMEL KAVRAMLAR, İLKELER VE YAKLAŞIMLAR

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi şu temel kavram, ilke ve yaklaşımları esas almaktadır:

1. Risk tabanlı (odaklı) yaklaşım
2. Kapsamlı (tüm aşamaları kapsayan) acil durum yönetimi
3. Tüm tehlikeler yaklaşımı (tehlikelere bütüncül yaklaşım)
4. Kapsayıcı, insan ve toplum merkezli yaklaşım
5. Çok-sektörlü ve çok-disiplinli işbirliği
6. Tüm sağlık sistemi temelli sorumluluk
7. Etik hususlar

Çerçeve'de tanımlanan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (*Sağlık ADARY*) politikaları, stratejileri, programları ve uygulamaları için yönlendirici nitelik taşıyan temel kavram, ilke ve yaklaşımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Risk Tabanlı (Odaklı) Yaklaşım:

Acil durumların oluşturduğu riskler, toplumların tehlikelere maruz kalması, söz konusu tehlikeler karşısında zarar görebilirlikleri ve olayların öncesi, sırası, sonrasında risk yönetimi kapasiteleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, ülkeler ve toplumlar acil durumların sağlıkla ilgili ve diğer olumsuz sonuçlarını, tehlikeleri önleme/zarar azaltma, tehlikelere maruziyeti azaltma, zarar görebilirliklerini en aza indirme ve/veya kapasitelerini güçlendirme yoluyla, etkili bir şekilde azaltabilir.

2. Kapsamlı (Tüm Aşamaları Kapsayan) Acil Durum Yönetimi:

Kapsamlı yaklaşım, afet ve acil durumların birbiriyle yakından ilişkili önleme/zarar azaltma, acil durum hazırlığı (operasyonel hazırlık dahil), müdahale ve iyileştirme evrelerine yönelik faaliyet ve önlemleri ifade eder. Bu şekilde, önleme ve zarar azaltma faaliyet ve önlemlerinin acil durumların olasılığını ve ciddiyetini azaltabileceği varsayımına dayanmaktadır; sağlam bir hazırlık zamanında ve etkili bir müdahaleyi mümkün kılacak; müdahalenin etkin koordinasyonu, sağlık hizmetlerinin zarar görebilir gruplara odaklanması ve etkilenenlerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sunulmasıyla sonuçlanacaktır; ayrıca iyileştirme ve yeniden yapılanma faaliyetleri, gelecekteki acil durumların risklerini azaltacak şekilde tasarlanmalıdır (Sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi de dahil olmak üzere eskisinden, öncekinden daha iyi/dayanıklı yapılandırma yaklaşımı).

3. Tüm Tehlikeler Yaklaşımı (Tehlikelere Bütüncül Yaklaşım):

Farklı tehlike türleri (doğa, insan, teknoloji kaynaklı) sağlık hizmetleri açısından benzer risklerle ilişkili olup, sağlık sistemini benzer şekilde zorlarlar. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi fonksiyonları da

birbirine benzer (örneğin: planlama, lojistik, risk iletişimi). Her bir tehlike için, ayrı, bağımsız kapasite geliştirmek ya da müdahale süreçleri ve prosedürleri oluşturmak, verimli olmadığı gibi maliyet etkin de değildir. Afet ve acil durumlarda risk yönetimi politikaları, stratejileri ve ilgili programlar, bu nedenle ortak sorunları ortak kapasitelerle çözmek üzere tasarlanmalı ve aynı zamanda, riske özel kapasitelerle desteklenmelidir.⁴

4. Kapsayıcı, İnsan ve Toplum Merkezli Yaklaşım:

Toplumunu oluşturan insanlar Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (*Sağlık ADARY*) bakımından en önemli konumdadır, çünkü acil durum ve afetler dahil her tehlikeli olayda onların sağlıkları, geçim kaynakları, mal ve diğer varlıkları risk altındadır. İnsanlar çoğu zaman risklerini kendileri, aileleri ve çevresindekiler için koruma sağlayan eylemlerle yönetmeye uygun konumdadır ve bir acil durumda ilk müdahale eden de kendileridir.

Sağlık ADARY erişilebilir ve ayrımcılık yapılmayan katılımı esas alan, kapsayıcı bir yaklaşıma sahiptir. Bu yaklaşım, en büyük risk altında olanlar ve acil durum/afetlerden orantısız olarak etkilenen insanların, özellikle en yoksulların, yanı sıra kadın, çocuk, engelli, yaşlı insanlarla, göçmen, mülteci ve diğer yerinden edilmiş kişiler, kronik hastalıkları olanlar ve toplumun nispeten daha yüksek risk altındaki kesimlerinden insanların ihtiyaçları ve kapasitelerine öncelik vermektedir. *Sağlık ADARY* kapsamındaki tüm politika ve uygulamalar toplumsal cinsiyet, yaş, engellilik ve kültürel bakış açıları ile bütünleşmeli; bu süreçte kadınların, gençliğin ve diğer riskli grupların yönlendiriciliği desteklenmelidir.

Toplumların dayanıklılığı, ilgili tehlikeler ve zarar görülebilirliklerin belirlenmesi ve zarar azaltma, acil durumlara hazırlık, müdahale ve iyileştirme kapasitelerinin geliştirilmesi desteklenerek güçlendirilebilir. **“Tüm Toplum Katılımı”** kavramından hareketle, etkili bir *Sağlık ADARY* ancak yerel yönetimlerin, sivil toplum ve gönüllü oluşumların, özel sektörün ve bireylerin aktif katılımı ile mümkün olabilir.

5. Çok Sektörlü ve Çok Disiplinli İşbirliği:

Acil durumların sağlık için oluşturduğu risklerin etkili bir şekilde yönetimi sektörler arasında güçlü, sürekli bir işbirliğini gerektirmektedir. Örneğin, **“Tek Sağlık”** yaklaşımı insan-hayvan-çevre etkileşimli bir sağlık tehdidine karşı, insanlar ve hayvanlar için en uygun sağlık sonuçlarını sağlamak amacıyla, kamu sağlığı, hayvan sağlığı ve diğer ilgili sektör ve disiplinler arasında işbirliği, iletişim ve ortak çalışmayı esas almaktadır. Sağlık sektörü bulaşıcı hastalık riskini yönetmede teknik olarak yönlendirici role sahipken, tehlikeler ve olayların pek çoğunda diğer sektörler teknik yönlendirici konumda olacaktır (örneğin, güvenli olmayan gıda için tarım, fırtınalar için erken uyarıda meteoroloji hizmetleri, sellere karşı acil müdahalede sivil korunma). Sağlığı korumaya yönelik çok sayıda Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi faaliyeti de diğer sektörler tarafından gerçekleştirilmektedir (örneğin, kritik altyapının bakımı, insan ihtiyaçları ve sağlık tesislerinin çalışması için gerekli su ve sanitasyon, taşıma, lojistik, acil hizmetler ve gıda güvenliği).

Sağlık sektörünün acil durumların sağlığa yönelik risklerini yönetmede rolü olan, farklı disiplinlerden çok sayıda uygulayıcıyla güçlü ilişkiler kurmaya ihtiyacı vardır. Bunlar arasında şehir plancıları, inşaat mühendisleri, tehlikeli tesislerin işletmecileri, iklim bilgisi sağlayıcılar, hayvan sağlığı profesyonelleri, medya ve acil hizmetler sayılabilir. Aynı zamanda, sağlık sistemine dahil çok sayıda disiplin arasında da etkili koordinasyon gereklidir (örneğin, acil tıp, afet sürveyansı, akıl sağlığı, beslenme, su ve sanitasyon, sağlık enformasyon yönetimi ve diğerleri).

6. Tüm Sağlık Sistemi Temelli Sorumluluk:

Genel sağlık sistemini güçlendiren çok sayıda tedbir *Sağlık ADARY* bakımından en etkili uygulamalar arasındadır. Temel sağlık hizmetlerinde yüksek kapsayıcılık oranının, örneğin **“Evrensel Sağlık Kap-**

⁴ Bu yaklaşım çerçevesinde, HAP Hazırlama Kılavuzu'nun birinci ve ikinci bölümünde tüm tehlikeleri kapsayan, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme evrelerini içerecek biçimde ortak çözüm ve önerilerden oluşmaktadır. Olaya Özel Planlar bölümü ise riske özel kapasitelerin desteklenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

sayıcılığı⁵⁵ politikalarının uygulanmasıyla sağlanması, genel sağlık durumunu iyileştirecek, salgınların önlenmesine katkıda bulunacak ve acil durumların sağlık sonuçlarındaki olumsuzlukları azaltacaktır. İyileştirilmiş temel sağlık ve beslenme koşulları toplumun dayanıklılığına katkıda bulunan en önemli faktörlerdendir. *Sağlık ADARY* ilkeleri ve uygulamalarının ulusal ve yerel sağlık politikaları, planları, programları ve *Sağlık ADARY* bileşenleri ve fonksiyonlarıyla ilgili hizmetlerle bütünleştirilmesi, acil durumların ve afetlerin sağlıkla ilgili risklerini ve sonuçlarını azaltmak bakımından yaşamsal önemdedir.

7. Etik Hususlar:

Sağlık ADARY süreçlerinde çok kaynaklı etik çelişkiler ortaya çıkmaktadır. Riskleri azaltma ya da afetlere müdahalede önceliklerle ilgili kararlar, sağlığın bir insan hakkı olarak korunmasını, etik yönleri, pragmatik, ekonomik, politik ve diğer hususları içermektedir. *Sağlık ADARY* etik standartlar ve uluslararası sağlık hukuka uygunluk içerisindedir; insanlara saygı, adalet, dayanışma ve kültürel duyarlılık ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkeler *Sağlık ADARY* politika, uygulama, iletişim, değerlendirme ve araştırmalarında etik davranışı sağlayıcı ve etkilenen toplumlarla karşılıklı ilişkilerde güven geliştiricidir.

Hükümetler, hükümetler arası (örneğin, BM kuruluşları) ve hükümet dışı örgütler (STK'lar) toplum kesimlerinin, özellikle zarar görebilirlik düzeyleri daha yüksek olan ve kendilerini etkileyen hizmetlerin planlanması, tasarımı ve sağlanması süreçlerine katılımcı yaklaşımlarla dahil edilmeleri gereken nüfusun, farklılık gösteren ihtiyaçlarını dikkate almalıdır. Halk acil durum riskleri ve duruma uygun yerel ve bireysel davranışlarla ilgili doğru, güncel ve kolayca anlaşılır bilgiye, her zaman erişebilmelidir. Politikaların ve eylemlerin planlanması, uygulanması, etkinliği ve etkisinin değerlendirilmesinde, özellikle zarar görebilir gruplarla ilgili gereken düzeltmelerin zamanında yapılabilmesi için, mümkün olan en iyi bilimsel ve sosyoekonomik kanıtlar, analizler ve ayrıştırılmış veriler kullanılmalıdır.

TEMEL FONKSİYONLAR VE BİLEŞENLER

Sağlıkta Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi politika, uygulama ve araştırmalarının da kayda değer artışla önem kazandığı süreçte, Dünya Sağlık Örgütü önemli ölçüde örgütsel değişime yönelmiştir. Organizasyonun acil durumları yönetme kapasitesini geliştirmek amacıyla, 2017 yılında DSÖ Sağlık Acil Durumları Programı başlatılmış, çok sayıda ve farklı acil durum riskleri için kurumsal yapıya çeşitli fonksiyonlar entegre edilmiştir.

Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi Çerçevesi, esas olarak sağlık sektörüne odaklanırken, sağlık riskleri ve sonuçlarını azaltmada önemli katkılarda bulunan çok sayıda diğer sektörle işbirliği ihtiyacı ve gerekliliğinin de altını çizmektedir. Çerçeve'de, yerel ve ulusal düzeylerde, ülkelerde uygulamanın başarısında çok-sektörlü yaklaşımla, sağlık bakanlıkları ve diğer bakanlıkların, ulusal afet yönetimi kurumu, özel sektör, yerel topluluklar ve toplum temelli kuruluşların ortak planlama ve işbirliği içerisinde hareketinin belirleyici önemi vurgulanmaktadır.

Çerçeve, temel olarak şu fonksiyon ve bileşenlerden oluşmaktadır:

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar
2. Planlama ve Koordinasyon
3. İnsan Kaynakları
4. Finans Kaynakları
5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi
6. Risk İletişimi
7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği

55 Universal Health Coverage-UHC.

8. Sağlık ve İlgili Hizmetler
9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri
10. İzleme ve Değerlendirme

Çerçeve kapsamında, ülkelerin sağlık sektörü ve diğer sektörlerinde sağlık acil durum ve afet risklerinin her düzeyde ortak yönetimini sağlayıcı sistemlerin oluşturulmasına yönelik temel fonksiyonlar ve bileşenler ana hatlarıyla şöyle tanımlanmaktadır:⁶

1. Politikalar, Stratejiler, Yasalar:

Sağlık ADARY kapsamında hükümetlerin ve diğer katılımcıların/paydaşların yapıları, rolleri ve sorumluluklarının tanımlanması:

Sağlık ADARY ile ilgili hususlar, uygun yasal düzenlemelerle desteklenerek, ilgili politikalar ve stratejilerle bütünleştirilmelidir: Ulusal sağlık politikalarına dahil edilmeli, ulusal planlama ve bütçe döngüleriyle ilişkilendirilmeli, ulusal ve yerel sağlık programlarında kapsamlı biçimde yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık ADARY ile ilgili ulusal politika ya da strateji kamu, özel, sivil toplum paydaşlarının tüm tehlikeleri dikkate alan Sağlık ADARY bileşenleriyle ilgili rol ve sorumluluklarını belirlemeli ve planlama, koordinasyon, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005), sürveyans ve erken uyarı, acil durum hazırlığı ve müdahale, iyileştirme, güvenli hastaneler ile sağlık ve ilgili hizmetlerden sorumlu olanlar dahil edilmelidir. Aynı şekilde, çok sektörlü acil durum ve afet risk yönetimi ile ilgili politikalar ve yasal düzenlemelerde, halk sağlığının korunması ve tüm sektörlerin eylem amaçları ve hedefleri bakımından sağlıkla ilgili sonuçların en aza indirgenmesi özellikle yer almalıdır. Sağlıkla ilgili konular sektörler arası politika ve stratejilerde çoğu zaman yeterli biçimde yer almamaktadır, bu durumda önem taşıyan çok sektörlü politika, strateji ve girişimlerde sağlık için merkezde bir konumlanmanın sağlanması güçlü bir savunuculuk gerektirebilir.

2. Planlama ve Koordinasyon:

Sağlık ADARY planlaması ve operasyonları için etkili koordinasyon mekanizmalarının öneminin vurgulanması:

Sağlık ADARY hayata geçirilirken, Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST/2005) ve Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi'nin ulusal düzeydeki uygulamalarını desteklemek üzere geliştirilenler dahil, bir dizi planlama gereklidir. Bu planlar hazırlanırken, özellikle ulusal düzeyde tüm tehlikeleri esas alan çok sektörlü afet risk yönetimi kapsamında ve UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi'ne uygun olarak gerçekleştirilen, risk ve kapasite değerlendirme, tatbikat ve gözden geçirme bulgularından yararlanılmalıdır. Sağlıkla ilgili hususlara sağlık planlarında ve çok sektörlü planlarda, örneğin ulusal sağlık güvenliği planları, ulusal afet risk azaltma planları, hazırlık, müdahale ve iyileştirme planları ve olay yönetim sistemlerinde, tam olarak yer verilmelidir.

Ulusal ve yerel, farklı düzeylerde ve yetki alanlarında geliştirilen planlar arasında tutarlılık ve süreklilik olmalıdır. Acil duruma hazırlık ve müdahale planları düzenli olarak test edilmeli ve gözden geçirilmelidir. Bir acil durum esnasında yaşamsal fonksiyon ve hizmetlerin devamlılığını sağlamak üzere kamu ve özel sektör kuruluşlarının iş sürekliliği planlarının da hazır olması gerekecektir. Sağlık ADARY koordinasyon mekanizmaları ve/veya görevli birimler, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında her düzeyde gerekli koordinasyonu sağlamak üzere, oluşturulmalıdır. Ulusal kapasiteleri aşan büyük ölçekli acil durumlarda uluslararası sağlık ortaklarıyla ilgili talepte bulunma, kabul ve koordine etme prosedürleri de hazır olmalıdır. Bu hazırlığa, ortak çalışma için kabul, görüntüleme, kayıt ve görevlendirme ile ihtiyaç duyulan ilaç ve ekipman bağışlarının tahmini, talep ve kabul edilmesi için gerekli sistemler dahildir.

⁶ Bu çalışmada özetlenen temel yaklaşım ve tanımlara ek olarak, Çerçeve ana metninin Ekler bölümünde (WHO Health EDRM Framework-Annexes) saha uygulayıcıları için, bileşenler başlıkları altında gruplanan fonksiyonlar ve başlıca paydaşlarla ilgili öneriler ayrıca yer almaktadır.

3. İnsan Kaynakları:

Sağlık ADARY'nin kapasiteler yelpazesi içinde her düzeyde kadrolaşma, eğitim, mesleki bilgilendirme ve personelin iş sağlığı ve güvenliği dahil planlama:

Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlar yönetmek ve faaliyetleri gerçekleştirmek üzere ulusal ve yerel düzeylerde, göreve uygun personel gereklidir. İnsan kaynakları yönetiminde kadro gereklerine uygun planlama (acil müdahalede hasta akını kapasitesi dahil), yeterliği geliştirme için eğitim ve mesleki bilgilendirme ile iş sağlığı ve güvenliği temel hususlar arasındadır. Vasıflı insan kaynakları Sağlık ADARY stratejilerini ve ilişkili programlarının etkili olabilmesi için ana önemdedir; Sağlık ADARY'nin geniş kapasite yelpazesi içinde, acil durum planlaması, olay yönetimi, epidemiyoloji, laboratuvar tanıları, enformasyon yönetimi, risk ve ihtiyaç analizleri, lojistik, risk iletişimi, sağlık hizmeti sunumu vb. teknik alanlarda spesifik ve uzun dönemli eğitim ve mesleki bilgilendirme yatırımları gerektirir.

4. Finans Kaynakları:

Sağlık ADARY faaliyetlerinin uygulanması, kapasite geliştirme ve olası acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanı için destek:

Kapasite geliştirmek, program ve faaliyetleri gerçekleştirmek için Sağlık Bakanlığı dahil, hükümetlerden ve diğer kaynaklardan mali tahsislerin yeterli olması gereklidir. Sağlık ADARY için, önleme ve hazırlık tedbirleri dahil, tekrarlayan maliyet söz konusudur ve nüfusun güvenliği ve emniyeti ile ilgili diğer sektörlerde olduğu gibi, tam olarak dikkate alınmalı ve karşılanmalıdır. Finansal mekanizmalar beklenmedik acil müdahale ve iyileştirmenin finansmanını da içermelidir. Ulusal bütçeleme sistemleri bir acil durum sonrasında süratle mali destek sağlamak üzere yeterli esnekliğe sahip olmalıdır. Görüşlerin savunulması ve planlamada kullanılmak amacıyla, geçmiş afetlerin sağlık ve sağlık sistemlerine ekonomik etkilerinin belgelendirilmesi, potansiyel acil durum ve afetlerle ilgili maliyet tahminlerinin yapılması önemlidir.

5. Enformasyon ve Bilgi Yönetimi:

Risk değerlendirme, sürveyans, erken uyarı, enformasyon yönetimi, teknik rehberlik ve araştırma kapsamında:

Enformasyon ve bilgi yönetimi kapasitelerinin risk/ihtiyaç analizlerini, afet sürveyansı ve diğer erken uyarı sistemlerini ve kamuya (halkla) iletişimi desteklemek üzere güçlendirilmesi gerekecektir. Enformasyon toplama, analiz ve yayma, ilgili sektörler arasında uyum sağlanması ve “doğru enformasyonun doğru insanlara doğru zamanda ulaşması”nı sağlayacak mekanizmaların var olması önemlidir. Araştırma kanıt, bilgi ve uygulamanın evrimini ve yeni ilaçlar, aşılarda ve risk yönetiminde yenilikçi önlemlerin geliştirilmesini destekleyicidir. Kanıta dayalı teknik rehberlik, mesleki bilgilendirme programları ve sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yoluyla, kapasite oluşturma için gereklidir.

6. Risk İletişimi:

Etkili iletişimin sağlık ve diğer sektörler, hükümet yetkilileri, medya ve halk için kritik öneminin farkında olunması:

Risk iletişimi dahil olmak üzere, iletişimin etkili biçimde gerçekleştirilmesi, özellikle diğer sektörlerle, hükümet yetkilileriyle, medya ve halkla ilgiliyse, Sağlık ADARY bakımından kritik bir fonksiyondur. Enformasyona, tavsiye ve görüşlere gerçek-zamanlı erişim ve karşılıklı paylaşım sağlanması, risk altındaki herkesin durumdan haberdar olarak karar verebilmesi ve potansiyel acil durumlara karşı önleme, zarar azaltma, müdahale için harekete geçebilmesi bakımından yaşamsal önem taşımaktadır. Kamuyu (halkı) bilgilendirme faaliyetleri, çelişen bilgilerin yayılmasını önlemek amacıyla, paydaşlar arasında koordine edilmeli ve zarar görülebilirlik düzeyleri daha yüksek olanlar dahil risk altındaki grupların farklı risk ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır.

7. Sağlık Altyapısı ve Lojistiği:

Sağlık ADARY'ni desteklemek üzere güvenli, sürdürülebilir, emniyetli ve hazırlıklı sağlık tesisleri, kritik altyapı (su, enerji vb.), lojistik ve tedarik sistemlerine odaklanma:

Hastaneleri, sağlık tesislerini ve ilgili altyapıyı güvenli ve emniyetli, acil durumlara hazırlıklı ve enerjiyi verimli kullanır hale getirmek, ortamdaki kullanıcıların hayatını koruyacak, sağlıkla ilgili müdahale ve iyileştirmenin etkili biçimde gerçekleştirilmesini sağlayacak, kamu ve özel sektör yatırımlarını muhafaza edecek, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlayacak, iklim ve çevre üzerindeki etkisini azaltacaktır. Sağlık ve sağlık bakım hizmetleri için gerekli olan çok sayıda temel hizmet, örneğin su, sanitasyon ve enerji, bir olay öncesi, sırası ve sonrasında mevcut ve kullanılabilir olmalıdır. Lojistik destek kapsamına, ilaçlar ve gereçlerin stoklanması ve ön konumlandırması, tedarik zincirlerinin etkinliği, ulaştırma ve telekomünikasyon sistemlerinin güvenilirliği dahil edilecektir.

8. Sağlık ve İlgili Hizmetler:

Sağlık ADARY için geniş çaplı sağlık bakım hizmetleri ve ilgili tedbirlerin tanınması:

Kamu sağlık, hastane öncesi ve tesis tabanlı klinik hizmetleri sağlık sonuçları olan bir acil duruma etkili müdahale edebilmek için iyi hazırlanmalıdır; bu kapsamda, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılamak (örneğin, yatak kapasitesini artırma, geçici tesis ya da seyyar klinikler oluşturma, aşılama kampanyaları) üzere hizmet ölçeğini büyütme ve belirli tehlikelerle ilgili spesifik önlemleri (örneğin, bulaşıcı vakaların izolasyonu) alma kapasitesine sahip olmalıdır.

Sağlık bakım hizmetleriyle ilgili çok sayıda disiplin, riski önleme ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme dahil olmak üzere, *Sağlık ADARY*'ne, toplumlarda ve ülkelerde dayanıklılığın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Farklı disiplinlerin temsilcileri risk ve kapasite değerlendirmelerine, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmeye olabildiğince katkı sağlamalıdır.

9. Sağlık ADARY için Toplum Kapasiteleri:

Yerel sağlık işgücü kapasitelerinin güçlendirilmesi ve kapsayıcı toplum merkezli planlama ve eylem üzerinde odaklanma:

Toplum üyelerinin yerel tehlikeleri ve zarar görülebilirlikleri belirlemek üzere risk değerlendirmelerine katılmaları, sağlık risklerini acil durum meydana gelmeden önce azaltabilecek eylemlerin saptanmasını sağlayacaktır. Acil durumun ilk saatlerinde, dışarıdan yardım henüz ulaşmadan, etkili bir yerel müdahaleyle çok sayıda hayat kurtarılabilir. Yerel nüfus iyileştirme ve yeniden inşa gayretlerinde de öncü rol oynayacaktır. Toplum kapasiteleri ve faaliyetleri -birinci basamak sağlık hizmeti dahil- ve yerel sağlık çalışanları, sivil toplum ve özel sektörün rolleri, etkili bir *Sağlık ADARY* için belirleyici öneme sahiptir. Sivil toplum topluluk düzeyi sürveyans, hane düzeyi hazırlık, yerel depolama, ilkyardım eğitimi ve acil müdahaleye katkıda bulunabilir. Bakanlıklar ve özel sektör kritik altyapının (örneğin, su tedariki, elektrik, ulaştırma, telekomünikasyon) yönetiminden sorumlu olabilir ve sivil faaliyetleri destekleyebilir. *Sağlık ADARY*'nin tüm yönleriyle ilgili faaliyetlere aktif katılımlar bu nedenle yaşamsaldır.

10. İzleme ve Değerlendirme

Riskler ve kapasitelerin izlenmesi, stratejilerin ve ilişkili program ve faaliyetlerin uygulanmasıyla ilgili değerlendirmeler dahil, Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik ilerlemeyi izleme süreçleri:

Sağlık ADARY hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve çekirdek kapasiteler ile ilgili gelişmeleri izleme süreçleri sağlık sektöründe mevcut izleme sistemleri ile bütünleştirilmelidir. Riskleri, kapasiteleri ve program uygulamalarını, hepsini izleme için standartlaştırılmış göstergeler gereklidir. Konuyla ilgili gösterge kaynakları arasında, Sendai Çerçevesi İzleme hedefleri ve göstergeleri, UST İzleme ve Değerlendirme Çerçevesi, Dünya Sağlık Örgütü *Sağlık ADARY* için ülke kapasiteleri konulu küresel araştırma ve DSÖ bölgesel izleme ve değerlendirme mekanizmaları bulunmaktadır. Sürmekte olan izlemeler belirli aralıklarla yapılacak ve özellikle hazırlık (örneğin, simülasyonlar), müdahale ve iyileştirme faaliyetleriyle ilgili değerlendirmelerle tamamlanabilir.

EK 2-B

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ
(Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık Ön Değerlendirme Bilgisi)

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

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

© World Health Organization and Pan American Health Organization, 2015

© T.C. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2015.

Tüm hakları saklıdır.

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

Eğitim amaçlı bilgilendirme çalışmalarında kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Bu yayın hiçbir biçimde ticari amaçla kullanılamaz.

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

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	287
BÖLÜM 1: HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	290
BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANELER KONTROL LİSTESİ	297
Modül 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler	298
1.1 Tehlikeler	
1.1.1 Jeolojik Tehlikeler	
1.1.2 Hidro-Meteorolojik Tehlikeler	
1.1.2.1 Meteorolojik Tehlikeler	
1.1.2.2 Hidrolojik Tehlikeler	
1.1.2.3 Klimatolojik Tehlikeler	
1.1.3 Biyolojik Tehlikeler	
1.1.4 Teknolojik Tehlikeler	
1.1.5 Toplumsal Tehlikeler	
1.2 Zeminin Jeoteknik Özellikleri	
Modül 2: Yapısal Güvenlik	306
2.1 Hastane Güvenliğini Etkileyen Önceki Olaylar	
2.2 Yapı Bütünlüğü	
Modül 3: Yapısal Olmayan Güvenlik	309
3.1 Mimari elemanların güvenliği	
3.2 Altyapının korunması, erişimi, fiziksel güvenliği	
3.3 Kritik Sistemler	
3.3.1 Elektrik sistemleri	
3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri	
3.3.3 Su tedarik sistemi	
3.3.4 Yangından korunma sistemleri	
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri	
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri	
3.3.7 Tıbbi gaz sistemleri	
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri	
3.4 Ekipman ve malzeme	
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası donanımı ve ekipmanı	
3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemesi	
Modül 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi	322
4.1 Afet ve Acil Durum Yönetimi faaliyetlerinin koordinasyonu	

- 4.2 Hastane afet ve acil durum müdahale ve iyileştirme planlaması
- 4.3 Haberleşme ve bilgi yönetimi
- 4.4 İnsan kaynakları
- 4.5 Lojistik ve finans
- 4.6 Hasta bakım ve destek hizmetleri
- 4.7 Tahliye, dekontaminasyon ve güvenlik

GİRİŞ

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

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

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

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

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

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

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

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

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastan-

elerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları¹ dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası katılımı geliştirilen *Hastane Güvenlik Endeksi*² çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

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

Çalışmanın Bölümleri

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır:

Bölüm 1: Hastane ile ilgili genel bilgiler

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

Bölüm 2: Güvenli Hastane kontrol listesi

Bu bölümde dört başlık (modül) yer almaktadır:

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

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

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

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

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

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

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

BÖLÜM 1:
HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

BÖLÜM 1:**HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER****1. Hastanenin adı:****2. Adresi:****3. Hastane üst yöneticilerinin ad, soyad ve unvanları:****4. Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri:****5. Hastane telefonu (il koduyla birlikte):****6. Hastane web-site ve e-posta adresi:****7. Hastanenin toplam yatak sayısı:****8. Olağan durumlarda doluluk oranı:****9. Toplam personel sayısı:**a) Klinik personeli sayısı (*hekim, hemşire, medikal teknisyen ve diğer*)

b) Yönetici, idari, teknik, destek personel sayısı

10. Hastanenin genel tanımı:

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

11. Hastanenin fiziksel dağılımı:

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

12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

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

a. DAHİLİ TIP

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

b. CERRAHİ

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

Oftalmoloji					
Nörocerrahi					
Plastik Cerrahi					
Kardiyovasküler Cerrahi					
Diğer (belirtiniz)					
Diğer (belirtiniz)					
TOPLAM					

c. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

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

d. AMELİYATHANELER

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

e. KLİNİK VE DİĞER DESTEK HİZMETLERİ

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

f. AFET ve ACİL DURUM OPERASYONLARI

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

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar

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

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

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

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

14. Ek bilgiler

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

BÖLÜM 2:

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

Bu bölüm toplam dört modülden oluşmaktadır:

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

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

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

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

BÖLÜM 2:**GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ****MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler**

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

<p>Tsunamiler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla deniz altındaki sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tsunami nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler</p>						
<p>1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler</p>						
<p>Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Tornadolar (Hortumlar) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla tornado tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tornado (hortum) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						

<p>Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) (Tanımlayın)..... Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler							
<p>Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							
<p>Ani seller Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları da dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından şiddetli yağışların yolaçabileceği ani sel tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede ani sel nedeniyle bir afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							
<p>Fırtına dalgası Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuvvetli fırtınaların yol açabileceği fırtına dalgası tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede fırtına dalgası ve buna bağlı seller nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfus itibarıyla) belirleyin.</p>							
<p>Islak kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla suya doymuş toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymuş topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							

<p>Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) (Tanımlayın).....</p> <p>Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, yukarıda yer almayan diğer hidro-meteorolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer hidrolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						
<p>Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Büyük yangınlar (örnek: ormanlar, tarım alanları, meskun yerler) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından hızla ve çevreye yayılan büyük yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Büyük yangınlar nedeniyle hastanenin afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Kuraklık Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuraklık tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanenin kuraklık (ve yol açabileceği kıtlık) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yetersiz beslenmenin tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (ör.: deniz suyu seviyesinde yükselme) (Tanımlayın).....</p> <p>Tehlike haritalarını, geçmişteki olayları ve tehlike modellerini dikkate alarak, risk oluşturabilecek diğer klimatolojik tehlikelerin hastane bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer klimatolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						

1.1.3 Biyolojik tehlikeler						
<p>Epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini, hastanedeki geçmiş olayları ve spesifik patojenleri dikkate alarak epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan (emerging) hastalıkların hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Gıda kaynaklı salgınlar</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanenin bulunduğu yerdeki (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için gıda kaynaklı salgınlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede gıda kaynaklı salgınlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Böcek istilası (örnek: enfestasyonlar)</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanedeki geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin böcek-haşere istilası veya enfestasyon (sinek, pire, kemirgenler vb.) nedeniyle tehlikelere maruz kalma düzeyini değerlendirin. Hastanede böcek istilası veya enfestasyona karşı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Diğer biyolojik tehlikeler (Tanımlayın).....</p> <p>Tüm risk değerlendirmelerini dikkate alarak, diğer biyolojik tehlikelerin hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer biyolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da biyolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						

İnsan kaynaklı tehlikeler						
1.1.4 Teknolojik tehlikeler						
<p>Endüstriyel tehlikeler (örnek: kimyasal, radyolojik)</p> <p>Endüstriyel tesislerle ilgili bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve endüstriyel tehlikelerin yol açtığı geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin yeri ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonu ile ilgili endüstriyel tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede endüstriyel tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da endüstriyel tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Yangınlar (örnek: bina yangını)</p> <p>Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik)</p> <p>Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeyi ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>	Kimyasal					
	Biyolojik					
	Radyolojik					
<p>Enerji kesintileri</p> <p>Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.</p>						

<p>Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.</p>							
<p>Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük ulaştırma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin ulaştırma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							
<p>Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>							
1.1.5 Toplumsal tehlikeler							
<p>Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik (emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.</p>							
<p>Silahlı çatışma Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							
<p>Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>							

<p>Kitleseel etkinlikler Kitleseel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.</p>						
<p>Yerinden Olan Nüfus Risk değerlendirmelerini dikkate alarak, çatışma, toplumsal olay ve diğer sosyo-politik koşullar veya büyük ölçekli göç nedeniyle insanların yerinden olması halinde hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Yerinden olan nüfus nedeniyle hastanede acil afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.</p>						
<p>Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama, terörizm) (Tanımlayın)..... Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.</p>						
1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ						
<p>Sıvılaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, suya doygun ve gevşek toprakaltından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.</p>						
<p>Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.</p>						
<p>Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.</p>						

Modül 1/ Yorumlar-Açıklamalar: _____

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası): _____

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

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

<p>8. Binaların yakınlığı (deprem kaynaklı vurma) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5'inden az; Orta= Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında; Yüksek = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 1.5'inden fazla. HASTANE YÜKSEK/ORTA DERECELİ SİSMİK BÖLGEDE KURULU DEĞİLSE, KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>				
<p>9. Binaların yakınlığı (rüzgar tüneli etkisi ve yangın) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık 5 m.den az; Orta= Aralık 5 ila 15 m. arasında; Yüksek = Aralık 15 m.den fazla.</p>				
<p>10. Yapısal yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her yönde üçten az direnç aksı var; Orta = Her yönde üç direnç aksı var ya da akslar ortogonal oryantasyona sahip değil; Yüksek = Binada her ortogonal doğrultuda üçten fazla direnç aksı var.</p>				
<p>11. Yapı ayrıntıları (bağlantılar dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Mühendislik gördüğüne dair kayıt ve kanıt yok veya eski bir tasarım standardına göre yapılmış; Orta = Önceki tasarım standartlarına göre inşa edilmiş ve geçerli standarda göre bir güçlendirme yok; Yüksek = Geçerli standarda göre inşa edilmiş.</p>				
<p>12. Kolon gücünün kiriş gücüne oranı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolonların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.</p>				
<p>13. Temel güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Temellerin standartlara (temel büyüklüğü, zemin etüdü) uygun tasarlandığını gösteren kanıt yok ve/veya hasar kanıtı var; hiçbir plan bilgisi yok; Orta = Temellerin standartlara uygunluğunu gösteren az sayıda kanıt (çizimler, zemin etüdü) var ve/veya orta derece hasar kanıtı var; Yüksek = Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var.</p>				
<p>14. Bina yapı planındaki düzensizlikler (rijitlik, kütle,direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Şekiller düzensiz ve yapı üniform değil; Orta = Plan üzerinde şekiller düzensiz ancak yapı üniform; Yüksek = Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform bir planı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.</p>				
<p>15. Bina yüksekliklerinde düzensizlikler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirgin biçimde süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde belirgin farklılıklar var; Orta = Bazı süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde bazı farklılıklar var; Yüksek = Süreksiz ya da düzensiz eleman yok, bina yüksekliklerinde küçük farklılık var ya da hiç yok.</p>				
<p>16. Kat yüksekliklerinde düzensizlikler (rijitlik, kütle ve direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kat yüksekliklerindeki farklılık yüzde 20'den fazla; Orta = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 20'den az, yüzde 5'ten fazla); Yüksek = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 5'ten az).</p>				

<p>17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük= Tek tarafa eğimli çatı ya da düz cam çatı ve/veya geniş saçaklar; Orta = Öndökümlü beton çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok; Yüksek = Donatıyla güçlendirilmiş beton çatı veya çok yüzeyli cam çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok.</p>				
<p>18. Çeşitli tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık (deprem ve kuvvetli rüzgar dışındaki diğer tehlikeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bulunduğu yerdeki tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık düşük; Orta = Yapısal dayanıklılık yeterli (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak); Yüksek = Yapısal dayanıklılık iyi (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak).</p>				

Modül 2/ Yorumlar/Açıklamalar:

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

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası): _____

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

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

<p>24. Korkuluk ve parapetlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Korkuluk ve parapetler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				
<p>25. Bina etrafındaki duvar ve çitlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina çevresindeki duvar ve çitler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				
<p>26. Diğer mimari elemanların durumu ve güvenliği (örnek: pervazlar, süslemeler, bacalar, işaretlemeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Diğer mimari eleman(lar) kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				
<p>27. Hastane binalarının dışında hareket güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılmaması veya zarar görmesi binalara ulaşımı engelleyecek ya da yayalar için tehlike yaratacaktır; Orta = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılmaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, yaya ya da araç ulaşımını sekteye uğratan bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				
<p>28. Hastane binası içinde hareket güvenliği (örnek: koridor, merdivenler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Engeller ve elemanların zarar görmesi bina içinde hareketi engelleyecek ve bina içindekiler için tehlike yaratacaktır; Orta = Engeller ve elemanların zarar görmesi insanların hareketini engellemeyecek ancak sedye, tekerlekli ekipman hareketini engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğratan bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				
<p>29. İç duvarlar ve bölmelerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç duvarlar ve bölmeler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.</p>				

<p>30. Asma ve alçı tavanların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alçı ve asma tavanlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu. <i>HASTANEDE ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i></p>				
<p>31. Asansör sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Asansör sistemi kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu. <i>HASTANEDE ASANSÖR YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i></p>				
<p>32. Merdiven ve rampaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kötü durumda, zarar görebilir veya kullanım engellerinin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve engellerin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu. <i>HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i></p>				
<p>33. Taban döşemelerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Taban döşemeleri kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.</p>				
3.2 ALTYAPININ KORUNMASI, ERİŞİMİ VE FİZİKİ GÜVENLİĞİ				
<p>34. Yerel tehlikeler bakımından hastane kritik servislerinin ve donanımının hastane binası içindeki yerleşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir koruyucu önlem yok; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, aksaması ve kesintiye uğraması sözkonusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması sözkonusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi sözkonusu.</p>				

<p>35. Hastaneye erişim güzergahları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve bazı engellerin varlığı erişimi ve işlevi sekteye uğratmaz; Yüksek = Diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratabilecek engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar söz konusu.</p>				
<p>36. Acil çıkışlar ve tahliye yolları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmemiş ve çoğu tıkalı durumda; Orta = Çıkış ve tahliye güzergahlarının bazıları işaretlenmiş ve çoğunda engeller kaldırılmış; Yüksek = Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz.</p>				
<p>37. Bina, donanım, çalışanlar ve hastaların fiziki güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir bir önlem yok; Orta = Bazı fiziksel koruma önlemleri alınmış (örnek: malzeme ve ekipmanın kilitli depolarda olması, mal varlığı izleme ve envanter denetimi); Yüksek = Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor (örnek: tasarım ve plan, fiziksel bariyerler, kontrollü erişim ve kapı güvenlik sistemleri, kilitli depolar)</p>				
3.3 KRİTİK SİSTEMLER				
3.3.1 Elektrik sistemi				
<p>38. Alternatif elektrik kaynaklarının kapasitesi (örnek: jeneratörler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynak(lar) yok ya da kritik alanlarda talebi karşılama düzeyi yüzde 30'dan az veya sadece elle çalıştırılabilir; Orta = Alternatif kaynak(lar) kritik alanlardaki talebi yüzde 31-70 düzeyinde karşılıyor ve kritik alanlarda 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor; Yüksek = Alternatif kaynak(lar) 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor ve kritik alanlardaki talebi karşılama düzeyi yüzde 70'ten fazla.</p>				
<p>39. Alternatif elektrik kaynaklarının kritik alanlarda düzenli denetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tam kapasite test aralığı 3 ay ve üzeri; Orta = Tam kapasite test aralığı her 1-3 ay; Yüksek = Her ay en az bir kez tam kapasite test ediliyor.</p>				
<p>40. Alternatif elektrik kaynaklarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; jeneratörler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Jeneratörler kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzgün çalışabilir vaziyette.</p>				
<p>41. Elektrik ekipmanı, kablolar, kablo borularının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.</p>				

<p>42. Yerel elektrik tedarik sistemi için yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yerel enerji tedarik sistemine sadece bir giriş var; Orta = Yerel enerji tedarik sistemine iki giriş var; Yüksek = Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.</p>				
<p>43. Kontrol paneli, aşırı yük şalteri ve kabloların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzenli çalışır vaziyette.</p>				
<p>44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.</p>				
<p>45. İç ve dış aydınlatma sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç ve dış aydınlatma sistemleri kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzenli çalışır vaziyette.</p>				
<p>46. Hastane alanında bina dışında elektrik sağlayan sistemlerin varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin taleplerini karşılamak üzere kurulu destek elektrik birimleri yok; Orta = Hastane alanında kurulu destek elektrik birimleri var, ama zarara veya kesintiye uğrayabilir; hastaneye yeterli enerji sağlamamaktadır; Yüksek = Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.</p>				
<p>47. Elektrik tedariki ve alternatif kaynaklar için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri				
<p>48. Antenlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Antenler ve bağlantıları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Antenler ve bağlantıları kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. HASTANEDE ANTEN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>				
<p>49. Düşük/çok düşük voltajlı sistemlerin durumu ve güvenliği (internet ve telefon) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düşük voltajlı sistemler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Düşük voltajlı sistemler kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.</p>				

<p>50. Alternatif haberleşme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif haberleşme sistemleri yok, kötü durumda ya da çalışmıyor; Orta = Hastane çapında alternatif haberleşme sistemi kullanılabilir durumda, ama her yıl test edilmiyor; Yüksek = Alternatif haberleşme sistemi iyi durumda, en az her yıl test ediliyor.</p>				
<p>51. Telekomünikasyon ekipmanı ve kablolarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon ekipmanı ve kabloları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman ve kablolar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor.</p>				
<p>52. Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (enterferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.</p>				
<p>53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemlerine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>54. Bina içi haberleşme sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç haberleşme sistemleri yok ya da kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = İç haberleşme sistemleri kullanılabilir durumda, ama alternatif sistemler yok; Yüksek = İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.</p>				
<p>55. Standart ve alternatif haberleşme sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.3 Su tedarik sistemi				
<p>56. Hastane servis ve hizmetleri için gereken su rezervi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süreyle yeterli veya su tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat yeterli.</p>				
<p>57. Su depolama tanklarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Su depolama tanklarının bulunduğu alanda hizmetin aksama riski yüksek (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Orta = Alan orta derecede aksama riskiyle karşı karşıya (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Yüksek = Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere maruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik). HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BİRAKILMAMAK VE AÇIKLAMADA BELİRTİLMEK ZORUNDUR.</p>				

<p>58. Su dağıtım sisteminin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilir durumda; Orta =Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir;Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.</p>				
<p>59. Ana dağıtım şebekesine alternatif su tedarik sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30'dan azını karşılar; Orta = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30-80'ini karşılar; Yüksek = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'den fazlasını karşılar.</p>				
<p>60. İlave (yedek) pompalama sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yedek pompa yok ve faal kapasite günlük minimum talebi karşılamıyor; Orta = İlave pompalar kullanılabilir durumda ama günlük minimum su talebini karşılamıyor; Yüksek = Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.</p>				
<p>61. Su tedarik sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.4 Yangından korunma sistemi				
<p>62. Yangından korunma (pasif) sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.</p>				
<p>63. Yangın/duman belirleme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya bakım ve testleri sıklıkla yapılmıyor; Yüksek = Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.</p>				
<p>64. Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.</p>				
<p>65. Yangın söndürme için su tedariki Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı yok; Orta = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı var; kullanım kapasitesi sınırlı ve bakım ve test yapılmamış; Yüksek = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli ve kayda değer kapasiteye sahip bir tedarik kaynağı var; düzenli bakım ve sıklıkla test yapılıyor.</p>				

<p>66. Yangından korunma sistemi için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri				
<p>67. Tehlikeli olmayan atıksu sistemlerinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli olmayan atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>				
<p>68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>				
<p>69. Tehlikeli olmayan katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>				
<p>70. Tehlikeli katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.</p>				
<p>71. Hastane atık yönetimi sistemlerinin tüm türleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
<p>72. Yakıt rezervleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması teminat altında.</p>				

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

<p>79. Tıbbi gaz dağıtım sisteminin durumu ve güvenliği (vana, hortum, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.</p>				
<p>80. Tıbbi gaz tankları, tüpleri ve ilgili ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; Orta = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.</p>				
<p>81. Alternatif tıbbi gaz kaynaklarının varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; Orta = Alternatif kaynaklar var ancak malzeme tedarik süresi 15 günden fazla; Yüksek = Kısa sürede (15 günden az) devreye girecek yeterli alternatif kaynaklar var.</p>				
<p>82. Tıbbi gaz sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri / HVAC (Heating, Ventilation, Air-Conditioning)				
<p>83. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin uygunluğu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan yerlerde bulunuyor; koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, buldukları yerler güvenli; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, buldukları yerler güvenli ve tehlikelere karşı korunuyor.</p>				
<p>84. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanına erişim mümkün değil; ekipmanın güvenli çalışması ve bakımı için koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanına erişim mümkün, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>85. HVAC ekipmanlarının güvenliği , çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.</p>				

<p>86. Sistem kanallarının uygun destekli, bina bölüm geçişlerinde kanal ve boru esnekliklerinin denetimli olması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Destek önlemleri yok ve bağlantılar esnek değil; Orta= Destekler kabul edilebilir durumda veya bağlantılar esnek; Yüksek = Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.</p>				
<p>87. Borular, bağlantılar ve vanaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Boruların yüzde 60'ından azı iyi durumda; tehlikelere karşı sınırlı koruma var; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi durumda; tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelere karşı korunuyor.</p>				
<p>88. İklimlendirme (air-conditioning) ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İklimlendirme ekipmanı kötü durumda, emniyet altında değil; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut (örnek: sabitleme ve destek kalitesi yetersiz); Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış).</p>				
<p>89. İklimlendirme (air-conditioning) sisteminin çalışması (negatif basınç alanları dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Air-condition sisteminin hastanede bölge (zone) kurma kapasitesi yok; Orta = Air-condition sistemi bölge oluşturabilir, ancak hastanenin yüksek risk alanları ile diğer alanları arasında hava sirkülasyonunu ayırabilecek kapasitesi yok; Yüksek = Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.</p>				
<p>90. HVAC sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/ denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.</p>				
3.4 EKİPMAN VE MALZEME				
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası ve bilgisayar donanımı dahil (seyyar, sabit) ekipman				
<p>91. Raflar ve raf malzemesinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmemiş (veya deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde rafların yüzde 20'sinden azı duvara sabitlenmiş); Orta= Raflar güvenli biçimde yerleştirilmiş (ve deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde raflar duvara sabitlenmiş) ve rafardaki malzeme yüzde 20 ila 80 düzeyinde emniyete alınmış; Yüksek = Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.</p>				
<p>92. Bilgisayar ve yazıcıların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bilgisayarları tehlikeden korumak için alınan önlem yok; Orta = Bilgisayarların yerleri güvenli, tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.</p>				

3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan kullanılan tıbbi ekipman, laboratuvar ekipmanı, malzemesi				
<p>93. Ameliyathane ve post-op uyandırma odasındaki tıbbi ekipmanın güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ameliyathanelerin yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>94. Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipmanın yeri güvenli, kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>95. Laboratuvar ekipman ve malzemesinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Biyogüvenlik önlemleri zayıf, laboratuvar ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>98. Eczane bölümündeki ekipman ve mobilyanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eczane ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>100. Acil obstetrik müdahale ve yenidoğan bakım ünitesindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				

<p>101. Yanıklarda acil bakım için gerekli tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.</p>				
<p>102. Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. HASTANEDE BU SERVİSLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</p>				
<p>103. Diğer servislerdeki medikal ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipmanın %30'dan fazlası materyal ya da fonksiyon kaybı riski altındadır ve/veya ekipman tüm servisin faaliyeti için doğrudan ya da dolaylı risk oluşturmaktadır; Orta= Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır; Yüksek = Ekipmanın %10'dan azı kayıp riski taşımaktadır.</p>				
<p>104. İlaçlar ve malzemeler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				
<p>105. Steril enstrüman ve diğer materyal Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				
<p>106. Özellikle afet/acil durum halinde kullanılan tıbbi ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				
<p>107. Tıbbi gaz mevcudu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İhtiyacı karşılama süresi 10 günden az; Orta = İhtiyacı karşılama süresi 10 ila 15 gün; Yüksek = İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.</p>				
<p>108. Mekanik volüm ventilatörleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				
<p>109. Elektro-medikal ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				
<p>110. Yaşam destek ekipmanı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.</p>				

<p>111. Kardiyopulmoner arrest için malzeme, ekipman veya acil müdahale arabaları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda, ancak maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipmanın (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda olması teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.</p>				
--	--	--	--	--

Modül 3/ Yorumlar-Açıklamalar: _____

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası): _____

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi

4.1 AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ FAALİYETLERİNİN KOORDİNASYONU	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
<p>112. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Komisyonu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok, ya da 1-3 departman ya da disiplin temsil edilmektedir; Orta = Komisyon var, 4-5 departman ya da disiplin temsil ediliyor, ancak fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getirmiyor; Yüksek = Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediliyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor.</p>				
<p>113. Komisyon üyelerinin sorumlulukları ve eğitimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok ya da üyeler bu konuda eğitilmiş değil ve sorumluluklar belirlenmemiş; Orta = Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş; Yüksek = Tüm üyeler eğitim almış ve kendi rol ve sorumluluklarını aktif olarak yerine getiriyor.</p>				
<p>114. Hastane Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanı (koordinatörü) atanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanede afet/acil durum yönetimi koordinatörü olarak tanımlanmış bir yönetici yok; Orta = Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil; Yüksek = Ana görevi afet/acil durum yönetimi koordinasyonu ile ilgili görevler olarak tanımlanmış bir yönetici var ve hastanenin hazırlık programının uygulanması rolünü yerine getiriyor.</p>				
<p>115. Afet ve acil duruma müdahaleyi ve iyileştirmeyi güçlendirmek için hazırlık programı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program yok ya da varsa da uygulanan hazırlık faaliyeti yok; Orta = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program var ve bazı faaliyetler uygulanıyor; Yüksek = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor.</p>				

<p>116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim sistemi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonların yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.</p>				
<p>117. Acil durum operasyon merkezi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri tanımlanmamıştır veya güvenli ya da emniyetli olmayan bir mekandır; Orta = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır, ancak acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesi sınırlıdır; Yüksek = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesine sahiptir.</p>				
<p>118. Yerel afet/acil durum yönetimi kurumları ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.</p>				
<p>119. Sağlık hizmetleri ağı ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.</p>				
4.2 HASTANE AFET/ACİL DURUM MÜDAHALE VE İYİLEŞTİRME PLANLAMASI				
<p>120. Hastane afet ve acil durum müdahale planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.</p>				
<p>121. Hastanenin olaya özel alt planları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Olaya özel müdahale alt planları belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, ancak kolayca erişilmemektedir ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.</p>				
<p>122. Planları aktive ve deaktive prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ama prosedürler güncellenmemekte ya da yıllık olarak test edilmemektedir; Yüksek = Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.</p>				
<p>123. Hastane afet ve acil durum müdahale planı tatbikatları, değerlendirme ve düzeltme faaliyetleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı ve alt planlar test edilmemektedir; Orta = Müdahale planı ve alt planlar test edilmektedir, ancak yılda en az iki kez test edilmemektedir; Yüksek = Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.</p>				

<p>124. Hastane iyileştirme planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İyileştirme planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/ güncellenmektedir.</p>				
4.3 HABERLEŞME ve BİLGİ YÖNETİMİ				
<p>125. Acil durumda iç ve dış haberleşme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezi iç ve dış haberleşme sistemi istikrarsız ya da eksik çalışmaktadır; operatörler acil durum haberleşmesi için eğitilmemiştir; Orta = Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitimler almıştır, yılda en az bir kez sistem testler yapılmamaktadır; Yüksek = Sistem tam olarak çalışmaktadır, operatörler acil durumda kullanım için tam eğitilmiştir, sistem testleri yılda en az bir kez yapılmaktadır.</p>				
<p>126. Dış paydaş rehberi (telefon-adres) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dış paydaş rehberi yok; Orta = Rehber var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahalede kilit görevleri olan personel muhafaza ediyor.</p>				
<p>127. Halk ve medya ile iletişim prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok, sözcü görevlendirmesi yapılmamış; Orta = Prosedürler var ve görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş; Yüksek = Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.</p>				
<p>128. Hasta bilgisi yönetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için prosedürler yok; Orta = Acil durumlar için prosedürler var, personel eğitim verilmiş ancak kaynak mevcut değil; Yüksek = Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynaklar mevcut.</p>				
4.4 İNSAN KAYNAKLARI				
<p>129. Personel irtibat listesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İrtibat listesi yok; Orta = Liste var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Liste var ve bilgiler güncel.</p>				
<p>130. Personel mevcudiyeti Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her departmanın yeterli çalışabilmesi için gereken personelden hazır bulunan yüzde 50'den az; Orta = Personelin yüzde 50-80'i hazır; Yüksek = Personelin yüzde 80-100'ü hazır.</p>				
<p>131. Afet/acil durum halinde personelin seferber ve takviye edilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak acil durumlar için insan kaynakları hazır değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir ve acil durum için öngörülen ihtiyaçları karşılayacak insan kaynakları hazır.</p>				

<p>132. Personelin afet/acil duruma müdahale ve iyileştirme görevlerinin tanımlanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum görevleri tanımsız ya da belgelendirilmemiş; Orta = Görevler tanımlanmıştır, bazı personel (hepsi değil) yazılı görevlendirme ve eğitim almıştır; Yüksek = Görevler yazılı olarak bildirilmiştir ve tüm personel için yılda en az iki kez eğitim ya da tatbikat yapılmaktadır.</p>				
<p>133. Afet/acil durum sırasında hastane personelinin desteklenmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ayrılmış bir yer ve belirlenmiş önlemler yok; Orta = Yer belirli, ama önlemler 72 saatten az süreyi kapsıyor; Yüksek = Önlemler en az 72 saati kapsıyor.</p>				
4.5 LOJİSTİK ve FİNANS				
<p>134. Afet/acil durum için yerel tedarikçi ve satıcılarla anlaşmalar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.</p>				
<p>135. Acil durum sırasında ulaştırma Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ambulanslar ve diğer araç ve ulaştırma yolları mevcut değil; Orta = Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil; Yüksek = Afet/acil durum sırasında kullanılacak uygun araçlar yeterli sayıda mevcut.</p>				
<p>136. Acil durumda gıda ve içme suyu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için gıda ve içme suyu prosedürleri yok; Orta = Prosedürler var, gıda ve içme suyu tedariki 72 saatten az süre için teminat altında; Yüksek = Acil durumlarda gıda ve içme suyu tedariki en az 72 saat için teminat altında.</p>				
<p>137. Afet/acil durumlar için mali kaynaklar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum bütçesi ya da acil durum fonlarına erişim mekanizması yok; Orta = Fonlar bütçelendirilmiş ve mekanizmalar mevcut ancak 72 saatten az süre için geçerli; Yüksek = Yeterli fonlar 72 saat ve sonrası için teminat altında.</p>				
4.6 HASTA BAKIM ve DESTEK HİZMETLERİ				
<p>138. Acil ve kritik bakım hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.</p>				
<p>139. Temel klinik destek hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.</p>				

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

4.7 TAHLİYE, DEKONTAMİNASYON ve GÜVENLİK

<p>147. Tahliye planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Plan yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Plan var, personele prosedürlerle ilgili eğitim verilmiş , ancak düzenli test edilmiyor; Yüksek = Plan mevcut, personele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.</p>				
<p>148. Kimyasal ve radyolojik tehlikeler için dekontaminasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerektiğinde hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir dekontaminasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve uygulaması yılda en az bir kez yapılıyor.</p>				
<p>149. Bulaşıcı hastalık ve epidemilerde kişisel koruyucu ekipman ve izolasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerekirse hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir izolasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek malzeme var, ama malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında ve tekrar tedarik için alternatif kaynaklar var, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel için yılda en az bir kez prosedür eğitimi ve uygulaması yapılıyor.</p>				
<p>150. Acil güvenlik (emniyet) prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Yazılı prosedürler var ve personele acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri eğitimi verilmiş, ancak her yıl test edilmiyor; Yüksek = Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl en az bir kez test ediliyor.</p>				
<p>151. Bilgisayar sistemi ağ güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bilgisayar güvenlik sistemi plan ve prosedürleri yok; Orta = Hastanenin temel siber güvenlik sistemi planı var ama düzenli izlenmiyor ve güncellenmiyor; Yüksek = Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.</p>				

Modül 4/ Yorumlar-Açıklamalar: _____

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası): _____

EK 2-C

KAISER RISK ANALİZİ

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



KAISER PERMANENTE®

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

AÇIKLAMALAR:

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

OLASILIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

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

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

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

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

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

Olayın **MALA/MÜLKE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Yenileme maliyeti
- 2 Geçici olarak yerine koyma maliyeti
- 3 Onarım maliyeti

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

- 1 İşin kesintiye uğraması
- 2 Personelin görev başında olamaması
- 3 Hastaların hastaneye ulaşamaması
- 4 Tedarikçilerin anlaşmaları ihlal etmesi
- 5 Cezai yaptırımların (para cezası, hapis veya mahkeme masrafı) uygulanması
- 6 Kritik malzemenin temininde kesintinin olması
- 7 Malzeme dağıtımında kesinti

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

- 1 Mevcut planların durumu
- 2 Eğitim ve tatbikatların gerçekleştirilme sıklığı
- 3 Sigorta
- 4 Yedekleme sistemlerinin varlığı
- 5 Toplumun sahip olduğu kaynaklar

İÇ KAYNAKLAR (iç yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Eldeki mevcut malzeme türleri
- 2 Mevcut malzemenin miktarı
- 3 Personel durumu
- 4 Hastanenin tüm tesisleri/bölgeleri ile koordinasyon

DIŞ KAYNAKLAR (dış yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İlgili kurum ve kuruluşlarla karşılıklı anlaşma ve tatbikatlar
- 2 Kamu birimleri ve yerel yönetim kurumlarıyla koordinasyon
- 3 İl Sağlık Müdürlüğü ve bölgedeki sağlık kuruluşlarıyla koordinasyon
- 4 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

Doğa kaynaklı, Teknolojik, İnsana Bağlı (doğrudan insan eliyle yaratılan) tehlikeler ve Tehlikeli Maddeler sayfalarının her birini tamamlayın. Özet bölümü hastanenizin spesifik ve toplu görel riskini otomatik olarak sıralayacaktır.

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR									
OLAY	OLASILIK Meydana gelme olasılığı 0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RİSK Göreceli tehdit*	
		İNSANA ETKİSİ Ölüm ya da yaralanma olasılığı	MAL/MÜLKE ETKİSİ Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	İŞE ETKİSİ Hizmetlerin kesintiye uğraması	HAZIRLIK Önceden planlama	İÇ YANIT Zaman, etkililik, kaynaklar	DIŞ YANIT Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi		
SKOR		0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%	
Kuvvetli/Tam fırtına								0%	
Hortum								0%	
Gökğürültülü şiddetli fırtına, sağanak								0%	
Kar yükü, çığ								0%	
Kar fırtınası (tipi)								0%	
Buz fırtınası								0%	
Deprem								0%	
Tsunami, kıyı dalgası								0%	
Sıcaklık uç değerleri								0%	
Kuraklık								0%	
Sel (dış)								0%	
Büyük yangın (orman, tarım alanı, yerleşim)								0%	
Heyelan								0%	
Baraj taşkını								0%	
Volkan aktivitesi								0%	
Epidemi								0%	
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RİSK = 0,00	OLASILIK 0,00	* ŞİDDET 0,00	RİSK = 0,00	OLASILIK 0,00	* ŞİDDET 0,00	0%	

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI TEKNOLOJİK OLAYLAR										
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)								RİSK
		İNSANA ETKİSİ	MAL/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	Göreceli tehdit*		
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkiliyet, kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi			
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok		0 - 100%
Elektrik arızası										0%
Jeneratör arızası										0%
Ulaştırma sorunu										0%
Yakıt yokluğu										0%
Doğalgaz yokluğu										0%
Su yokluğu										0%
Kanalizasyon arızası										0%
Buhar arızası										0%
Yangın alarmı arızası										0%
Haberleşme kesintisi										0%
Tıbbi gaz arızası										0%
Tıbbi aspirasyon arızası										0%
İklimlendirme sistemi (HVAC) arızası										0%
Bilgi sistemleri kesintisi										0%
Yangın (iç)										0%
Sel (iç)										0%
Tehlikeli maddeye maruzluk (iç)										0%
Malzeme/kaynak yokluğu										0%
Yapısal hasar										0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
* Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RİSK = 0,00	OLASILIK 0,00	* ŞİDDET 0,00						RİSK = 0,00

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI İNSANA BAĞLI OLAYLAR										
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTIMA)								RISK
		İNSANA ETKİSİ	MAL/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	RISK		
	Meydana gelme olasılığı	Ölümlü ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum/Yardımlaşma personeli ve malzemesi			Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok		0 - 100%
Kitlesele yaralanmalı olay (travma)										0%
Kitlesele yaralanmalı olay (tıbbi/enfeksiyöz)										0%
Terör olayı, Biyolojik										0%
VIP Durumu										0%
Bebek Kaçırılması										0%
Rehin Alınma Durumu										0%
Toplumsal Olaylar										0%
İş Eylemi										0%
Adli Başvurular										0%
Bomba Tehdidi										0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RISK = 0,00	OLASILIK 0,00	* ŞİDDET 0,00						

TEHLİKE VE ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI TEHLİKELİ MADDELER										
OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)								RISK
		İNSANA ETKİSİ	MAL/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	RISK		
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi		Göreceli tehdit*	
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%	
Tehlikeli maddeye bağlı kitlesel yaralanmalı olay (Kurumdaki geçmiş olayda ≥ 5 kurban)									0%	
Tehlikeli maddeye bağlı küçük ölçekli olay (Kurumdaki geçmiş olayda < 5 kurban)									0%	
Kimyasal maddeye maruzluk (dış)									0%	
Küçük-orta çaplı dökülme-saçılma (iç)									0%	
Büyük çaplı dökülme-saçılma (dış)									0%	
Terör olayı, Kimyasal									0%	
Radyolojik maruziyet (iç)									0%	
Radyolojik maruziyet (dış)									0%	
Terör olayı, Radyolojik									0%	
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.		RISK = OLASILIK * ŞİDDET 0,00 = 0,00 * 0,00								

HASTANE TEHLİKE ANALİZİ ÖZETİ					
	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler ile İlgili	Kurum için Toplam
Olasılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Şiddet	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tehlikeye Özgü Göreceli Risk:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Hastane İçin Tehlikeye Özgü Göreceli Risk



Tehlikelerin Hastane Bakımından Olasılığı ve Şiddeti



Bu doküman bir Tehlike Etkilenme Değerlendirme Aracıdır. Kapsamlı bir afet ve acil durum hazırlık programının ikamesi değildir.

Bu değerlendirme aracını kullanan bireyler ve/veya kurumlar hastane için her türlü afet tehlikesinin değerlendirilmesinde ve hastanede afet güvenliği ile ilgili yasa, yönetmelik ve uygulamalar bakımından tek sorumludur.

EK 2-D

COVID-19 SALGININA KARŞI HASTANE HAZIRLIK KONTROL LİSTESİ*

(Ara Sürüm, 24.02.2020)

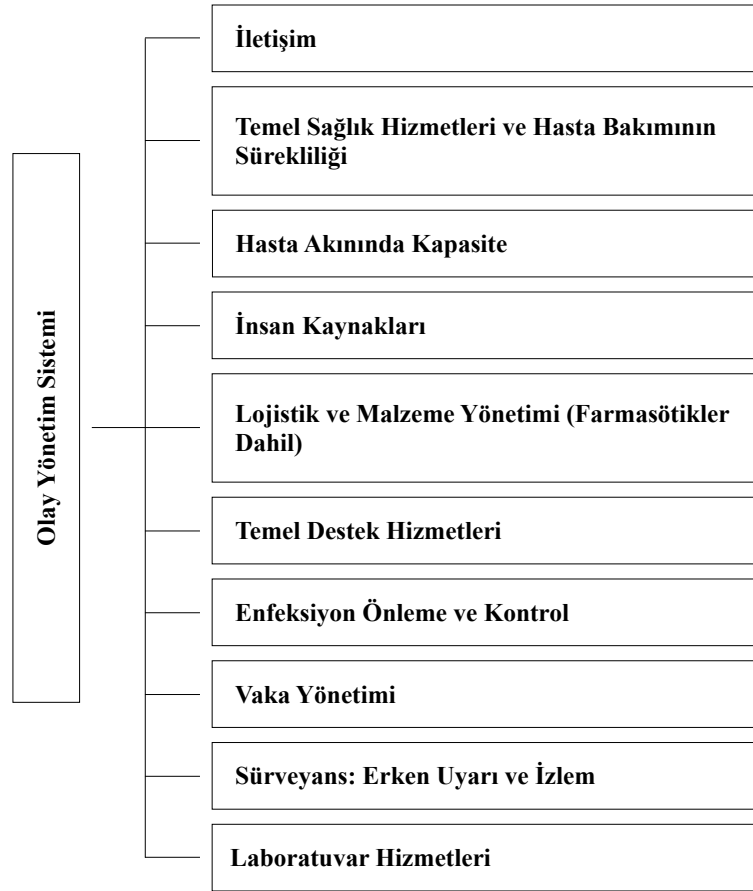
Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi
Kopenhag, 2020

website: www.euro.who.int

* Bu belge, WHO/EUROPE “*Hospital Readiness Checklist for COVID-19*” başlıklı belgeden özetlenerek Türkçe'ye uyarlanmıştır.
©World Health Organization 2020. Tüm hakları saklıdır.
Orijinal doküman pandemik influenza için hastane acil durum hazırlık kontrol listesinden uyarlanmıştır. DSÖ Avrupa tarafından 2009'da yayınlanan pandemik (H1N1) için bkz: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78988/E93006.pdf

Bu kontrol listesi COVID-19 salgınına karşı hızlı müdahaleyi sağlayıcı eylemleri tanımlama ve başlatmada, hastane yöneticileri ve acil durum planlaması ile ilgili görevlileri desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Kontrol listesi 11 ana bileşenden oluşmaktadır ve her bileşen başlığı altında önerilen eylemlerin uygulanma durumu sorulmaktadır. Bir araç olarak bu kontrol listesinde ana hatlarıyla yer verilen ilke ve önerilerin çoğu genel niteliktedir ve olası diğer acil durumlar için de uygulanabilir. Kontrol listesi kapsamlı, tüm tehlikeleri dikkate alan, çok-sektörlü hastane acil durum hazırlık planlaması programlarının yerine değil, onları tamamlama düşüncesiyle hazırlanmıştır.

COVID-19 Salgınına Karşı Hastane Hazırlık Kontrol Listesi Ana Bileşenleri:



I. OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

Acil durum operasyonlarının etkili biçimde yönetilebilmesi için hastane Olay Yönetim Sisteminin (OYS) iyi işlemesi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane Acil Müdahale Planınız (AMP) var mı? Cevabınız Evet ise, planı aktive edin. Değilse, geçici çözüm olarak acil durum müdahale operasyonlarını yönetmektensorumlu bir OYS oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM) oluşturun, bu amaçla hastanenin tüm acil durum müdahale faaliyetlerinin bir arada ve koordine biçimde yürütüleceği, sorunsuz çalışan iletişim (haberleşme) donanımına sahip özel bir yer hazırlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bu dokümanda belirtilen her ana bileşen için bir sorumlu belirleyerek ilgili müdahale faaliyetlerinde gereken koordinasyonu ve yönetimi sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her durumda karar verme ve kaynak yönetimi sürekliliğini güvence altına almak için yöneticiler ve irtibat kişilerinin yerine geçebilecekleri belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 salgını karşısında hastanenin etkili ve sonuç alıcı yönetimini sağlamak için, COVID-19'un yönetimiyle ilgili iç ve dış kaynaklı temel dokümanları önceden inceleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II . HASTA AKINI DURUMUNDA TIBBİ KAPASİTE ARTIŞI

Hasta akını durumunda tıbbi kapasite artışı, sağlık hizmetinin artan klinik bakım talebini karşılamak üzere normal kapasitesinin ötesinde genişleme kabiliyetidir. COVID-19 vakaları zamana yayılan hızlı bir talep artışına (ani gelişen bir afetle ortaya çıkan “büyük patlama”nın aksine “yükselen gelgit” şeklinde artışa) yol açabilir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Azami vaka kabul kapasitesini hesaplayın, yatak sayısının yanı sıra yararlanılabilir insan kaynaklarını, tesis alanının kritik bakım, izolasyon, özellikli gruplama (kohort) için kullanılabilirliğini, mekanik ventilatörlere erişim ve mevcut diğer kaynakların elverişlilik durumunu dikkate alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 salgını sırasında hastane hizmetlerine yönelik talep artışını tahmin etmek için mevcut planlama varsayımlarını ve araçlarını kullanın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin yatan hasta kapasitesini (fiziksel alan, personel, malzeme ve işleyiş dahil) artırmanın yollarını belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık hizmetinin, özellikle kritik bakım hizmetinin, sağlanmasında ortaya çıkabilecek eksiklikleri belirleyin; bu eksikliklerin giderilmesi için yetkililer ve yakındaki hastanelerle koordinasyon sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kritik olmayan hastalar için uygun alternatif tedavi yerlerinde (örneğin, hafif rahatsızlıklar için evde, kronik bakım gerektiren hastalar için uzun dönemli bakım kurumlarında) dış kaynaklı bakım sağlayarak, hastane için ek kapasite oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yerel makamlarla koordinasyon sağlayarak, hasta bakım ünitesine dönüştürülebilecek ek mekanları (örneğin, oteller, okullar, toplum merkezleri, spor salonları) belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gereken durumlarda zorunlu olmayan hizmetleri (örneğin, elektif cerrahi vakalar) iptal edin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kabul ve taburcu kriterlerini belirleyin. Hastalara ve klinik müdahalelere, mevcut tedavi kapasitesi ve talebe göre öncelik verin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL

Hastalara, hastane çalışanlarına ve ziyaretçilere sağlık hizmetiyle ilgili enfeksiyon bulaşma riskini asgariye indirmek için operasyonel bir Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programı gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Sağlık çalışanları, hastalar ve ziyaretçilerin solunum, el hijyeni ve sağlık hizmeti kaynaklı enfeksiyonların önlenmesiyle ilgili bilgisi olduğundan emin olun. Sözlü talimat/açıklama, bilgilendirme afişleri, kartlar vb. sağlayın. Mümkünse, hastanenin stratejik noktalarına el hijyeni noktaları (su, sabun, kağıt havlu, alkollü el temizleyici) ve atık kutuları yerleştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının standart önlemleri tüm hastalara uygulamasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 vakaları için önerilen damlacık ve temas önlemleri bulunmaktadır. Bu önlemler hasta asemptomatik duruma gelinceye kadar sürmelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalar havalandırması yeterli (hasta başına 60 L /saniye) tek kişilik odalara yerleştirilmelidir. Tek kişilik oda yoksa, COVID-19 şüphesi olan hastalar birlikte gruplanmalıdır. Şüpheli ve teyit edilmiş vakaları birbiriyle karıştırmayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastalarda COVID-19 şüphesi olup olmadığına bakılmaksızın yataklar arasında bir metre mesafe olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekipmanın tek kullanımlık ve atılabilir olduğundan ya da hastalar için ortak kullanılan ekipmanın (örneğin, stetoskoplar, kan basıncı ölçer bileklikler, termometreler, yemek tepsileri) her hasta için kullanımdan önce temizlendiği ve dezenfekte (örneğin, %70 etil alkol ile) edildiğinden emin olun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanın temas ettiği yüzeyleri düzenli temizleyin ve dezenfekte edin. Ambulanların rutin temizliği ve dezenfeksiyonunda COVID-19 için önerilen standart ve kılavuzlara uygun yöntemleri uygulayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 hastalarının odasına girmeden önce damlacık ve temas önlemlerini almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının trakeal entübasyon, noninvaziv ventilasyon, trakeotomi, kardiyopulmoner resüsitasyon, entübasyon öncesi manuel ventilasyon, bronkoskopi, nazofarengeal sürüntü/aspirasyon ve otopsi gibi aerosola neden olan işlemlerde havayla ilgili önlemleri almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mümkünse, bulaşma riskini azaltmak üzere, bir sağlık çalışanları ekibini sadece şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 bakımını yapmak üzere görevlendirin. Ekibin (sağlık çalışanları, temizlik personeli) standart, temas, damlacıklar, havayla ilgili önlemler (Kişisel Koruyucu Ekipmanın -KKE- doğru kullanımı, takma ve çıkarma, uygun maskeler, el hijyeni, solunum hijyeni vb) hakkında eğitim almasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların uygun kişisel koruyucu ekipmana (örneğin, tıbbi/cerrahi ve N95/FFP2 maskeler, eldivenler, önlükler, göz koruyucular) kolayca erişimini sağlayın. Eğer KKE sayısı sınırlı ise vaka bakımı yapanlara öncelik tanıyın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tıbben gerekmedikçe hastaları odalarından ya da buldukları alandan çıkarmayın ve nakil yapmayın. Belirlenmiş seyyar röntgen (X-ray) donanımı ve/veya belirlenmiş diğer tanı ekipmanını kullanın. Nakil gerekirse, çalışanlar, diğer hastalar ve ziyaretçiler için maruzluğu asgariye indirecek şekilde önceden belirlenmiş güzergahı kullanın ve hastanın uygunsa medikal maske takmasını sağlayın ya da solunum hijyenini güçlendirin. Hastaların naklini yapan sağlık çalışanlarının el hijyenine dikkat etmesini ve gerekli KKE kullanmasını sağlayın. Hastayı kabul edecek alandakileri almaları gereken önlemler konusunda hasta alana varmadan mümkün olduğunca önce bilgilendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziyaretçi sayısını hastaya destek için gerekli kişilerle sınırlandırın. Ziyaretçilerin damlacık ve temasla ilgili önlemlere uymasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanın odasına giren tüm kişilerin, tüm çalışanlar ve ziyaretçiler dahil, kaydını tutun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratuvar örnekleri, çamaşırhane, yemek servis malzemeleri ve tıbbi atıkları Enfeksiyon Önleme ve Kontrol programında belirtilen rutin güvenlik prosedürlerine göre yönetin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I V . VAKA YÖNETİMİ

COVID-19 akut solunum enfeksiyonunda yeterli tedavinin sağlanması için sonuç alıcı, doğru bir triyaj sistemi ve organize bir yatan hasta yönetimi stratejisi gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Trijaj, erken tanı ve kaynak kontrolü için uygulama mekanizmalarını sağlayın (COVID-19 şüphesi olan hastaları izole ederek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık tesisinin girişinde, eğitilmiş personelin bulunduğu, yeterli donanıma sahip bir triyaj noktası oluşturun. Semptomatik hastaların durumlarını sağlık çalışanlarına bildirmelerini sağlamak amacıyla kamusal alanlarda güncel vaka tanımına göre belirlenen anketlerin kullanımını sağlayın ve bilgilendirici afişler asın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının klinik şüphe düzeyinin yüksek olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solunum semptomları ve/veya ateşi olan kişiler için ayrı bir bekleme ve muayene alanı belirleyin. Bu alan çok iyi havalandırılmalı, geçişler az olmalı ve güvenliği sağlanmalıdır. Bu gruptaki hastalar arasında solunum sıkıntısı semptomları ve önceden mevcut ciddi sorunu olanlara tıbbi değerlendirmede öncelik tanıyın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastaneye gelen hastaların triyajı için, mümkünse hastane dışında, ek alanlar oluşturmayı dikkate alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tüm triyaj operasyonlarının gözetim/denetiminden sorumlu bir triyaj sorumlusu atayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akut solunum enfeksiyonu vakalarının belirlenmesini sağlayacak bir triyaj protokolü oluşturun. COVID-19 şüphesi olan vakalar için yeterli mesafenin gözetildiği bir alan gereklidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standart ve damlacıkla ilgili önlemlerin her zaman uygulanmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yerel sağlık makamlarıyla koordinasyon sağlayarak, hastanenin şiddetli akut solunum yolu enfeksiyon hastalarının yatış, iç nakil, sevk ve taburcu stratejisini, ilgili kriterler ve operasyonel protokollere uygun olarak, uygulayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu hafif vakalarda, COVID-19 için ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olmayan kişiler için evde bakımı değerlendirin. Tercihen bir aile üyesini bakım veren olarak belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarında, COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesi olanları hastaneye yatırın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COVID-19'un seyrinde ciddi ya da ölümcül risk oluşturan komorbiditesine bakılmaksızın destek bakım ve vital bulguların sürekli/düzenli izlenmesini gerektiren ağır COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu vakalarının yatışı için yeterli sayıda yatağın hazır olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vital bulguların (örneğin; vücut ısısı, kan basıncı, nabız, solunum hızı, bilinç düzeyi, dehidrasyon ya da şokla ilgili klinik işaretler) ve oksijen saturasyonunun (nabız oksimetre si veya kan gazı analizleri) düzenli izlenmesini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entübe hastalar için oksijen, solunum desteği araçları ve yeterli sedasyon sağlayın. Oksijen maskeleri ve nazal kanüller tek kullanımlık olmalıdır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta bakımında ulusal ve uluslararası kılavuzları izleyin. Tüm çalışanların vaka yönetimiyle ilgili ulusal ve uluslararası kılavuzlardan haberdar olmalarını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlgili hastane personeline, hasta nakledecek hastanelere, kliniklere, birinci basamak sağlık hizmetlerine, ambulans servislerine hasta kabul kriterleri ve triyaj lojistiği (örneğin, konum, giriş/çıkış yolları) hakkında iletişim kurun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık personelinin, ilaçların lisans dışı kullanımının ilgili protoköllere göre yapıldığını ve çıktılarının standardize değişkenlere göre kayıt edildiğini bildiğinden emin olun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V. İNSAN KAYNAKLARI

İnsan kaynakları yönetimi, belirlenmiş temel hizmetler devam ederken, insan kaynaklarına artan talep karşısında yeterli çalışan kapasitesini ve operasyonların sürekliliğini sağlamak üzere şekillenmelidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışıyor	Tamamlandı
Çalışanların temas/iletişim bilgilerini güncelleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların devamsızlık (görev başında olmama) durumunu önceden tahmin edin ve düzenli olarak izleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Şüpheli ya da teyit edilmiş COVID-19 olan ya da teyit edilmiş, olası veya şüpheli COVID-19 hastasıyla karşılaşmış çalışanların izlenmesi ve yönetimi için net bir politika belirleyin (bu politika, maruz kalma seviyelerini tanımlamalıdır).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Her departman/servis/birimin yeterli hizmet vermesini sağlamak için gereken asgari sağlık çalışanı ve diğer çalışan sayısını belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışan ihtiyacını departman/servis/birime göre önceliklendirin ve personel dağılımını da bu şekilde yapın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Öngörülen ihtiyaca göre, mevcut çalışanlara ek çalışanlar (örneğin, emekli personel, ihtiyat askeri personel, üniversite ilgilileri/öğrencileri, toplum gönüllüleri) belirleyin ve eğitim verin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta akınında destek olarak, departman/servis/birim çalışanlarını talebin yüksek olduğu alanlarda (örneğin, enfeksiyon hastalıkları, acil ve yoğun bakım üniteleri) çalışmaya hazırlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların yetkinliğini ve güvenliğini geliştirmek için, enfeksiyon önleme ve kontrol, klinik yönetimi dahil, ihtiyaç duyulan alanlarla ilgili eğitim ve tatbikatlar düzenleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların vardiyalı ve daha uzun süreli çalışma saatleri için esnek davranabilmelerini sağlamak üzere aile destek önlemlerini (örneğin, seyahat, çocuk bakımı, hasta ya da engelli aile bireylerinin bakımı) belirleyin ve çalışma saatleri dışındaki zamanı iyileştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Çalışanların aileleri ve hastalar için, sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar, tercümanlar, din görevlileri dahil, multi-disipliner psikososyal destek ekiplerinin hizmet vermesini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uzmanlık alanları dışında çalışma durumundaki personelle ilgili yükümlülük, sigorta (mesleki zorunluluk sigortası vb.) ve geçici lisans konularını çözün.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gönüllü çalışanların yönetimi (güvenlik araştırması, kabul etme, red etme, yükümlülük konuları vb.) için belirlenmiş politikaların yürütülmesini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 akut solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları bakımından yüksek riskli personelin yeniden görevlendirilmesini dikkatle değerlendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTA BAKIMININ SÜREKLİLİĞİ

COVID-19 salgını temel medikal ve cerrahi bakım (örneğin, acil servisler, acil cerrahi operasyonlar, ana ve çocuk sağlığı) için var olan gereksinimini ortadan kaldırmayacaktır. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanenin tüm hizmetlerini öncelik sırasına göre listeleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastanenin her zaman ve her koşulda sağlaması gereken hastane hizmetlerini belirleyin ve sürdürün.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanımlanan temel hastane hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için gereken kaynakları (insan kaynakları ve lojistik) belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık hizmetine talebin yüksek olduğu diğer olası acil durumları (örneğin, afetler, kitlesel yaralanmalı olaylar) dikkate alarak yerel sağlık hizmetleri ağındaki hazırlık mekanizmaları hakkında bilgi edinin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VII. SÜRVEYANS : ERKEN UYARI VE İZLEM

Sağlık tesislerinde olağandışı sağlık olaylarını (örneğin, vaka kümeleri, atipik klinik görünüm vb.) fark eden ve hemen bildiren sağlık çalışanları erken uyarı fonksiyonunun önemli bileşenidir. Erken uyarı fonksiyonuna hizmet etmenin yanı sıra, sistematik olarak toplanan ve analiz edilen laboratuvar ve epidemiyoloji verileri, sağlık yöneticilerinin COVID-19'un seyrini izlemesini ve ciddi sonuçlar bakımından en risklilere yönelik yapılması gereken müdahalelerle ilgili bilgilendirmeyi mümkün kılmakta ve hastane yöneticilerinin duruma uygun plan yapmasına yardımcı olmaktadır.

Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastanede bir epidemiyolojisti erken uyarı ve sürveyansla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olarak görevlendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toplanması gereken tüm bilgileri belirleyin ve bilginin kullanım amaçlarını tanımlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olağandışı sağlık olaylarının (COVID-19) sağlık çalışanları tarafından rapor edilmesini, hastane içinde ve sağlık yöneticileri ile iletişim kanalları ve prosedürler oluşturarak, geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulusal sağlık politikası ve talimatları doğrultusunda veri toplama ve raporlama mekanizmaları geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sağlık çalışanlarının olağandışı sağlık olayı raporlarını ve/veya izlem faaliyetleri sırasında belirlenen olağandışı bulguları derhal araştırın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İzlem faaliyetleri ve/veya olağandışı sağlık olaylarının ve/veya bulgularının araştırılması ile sağlanan bilginin hastanedeki klinik uzmanlar, ön safta çalışanlar ve diğer ilgili karar vericilerle hemen paylaşılmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19 için hastaneye yatan kişilere test yapılırken, standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonunun belirleyicilerini ulusal kriterlere uygunluğunu sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tüm çalışanların standart vaka tanımlarını, önerilen sürveyans kriterlerini, sürveyans eskalasyonu ya da de-eskalasyonu belirleyicilerini ulusal kriterlere uygun olarak ele almalarını ve aldıkları eğitimle olağandışı sağlık olaylarını ayırt etmelerini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIII. İLETİŞİM

Doğru ve zamanında iletişim, bilgiye dayalı karar verme, etkili destek ve işbirliği, kamu farkındalığı ve güvenin sağlanması bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Hastane yönetimi, departman/servis/birim sorumluları ve hastane çalışanları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırıcı iletişim mekanizmalarını oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane çalışanlarına OYS çerçevesinde COVID-19'un yönetimindeki rol ve sorumlulukları hakkında brifing verin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlgili tüm çalışanlar ve paydaşların klinik triyaj, hasta önceliklendirmesi (örneğin, uygulanan yatış ve taburcu kriterleri), enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri, vaka yönetimi ile ilgili politikalar ve hastane epidemiyolojisi hakkındaki tüm kararlardan haberdar olmasını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilgi toplanması, işlenmesi ve üst yönetici paydaşlara (örneğin, sağlık yöneticileri) rapor edilmesi ve onlar aracılığıyla yakındaki hastanelere, özel sağlık çalışanlarına ve birinci basamak sağlık hizmetlerine iletilmesini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farklı hedef kitleler (örneğin, hastalar, ziyaretçiler, çalışanlar, toplum, medya) için hazırlanacak COVID-19 ile ilgili çeşitli senaryolarda verilecek ana mesajları önceden belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kamu, medya ve sağlık makamları ile iletişimi koordine etmek üzere bir kamu bilgilendirme sözcüsü belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haberleşme sistemlerinin asıl ve yedeklerinin (örneğin, sabit hatlar, internet, mobil cihazlar, çağrı cihazları, uydu telefonları, çift yönlü telsiz ekipmanı, rehberde olmayan numaralar) güvenilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlayın, güncel temas/iletişim listelerini hazır bulundurun. Temas listesini düzenlerken kişileri belirtmek yerine görevleri belirtin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulusal düzeyde mevcut sevk mekanizmalarını ve ilgili haberleşme mekanizmalarını öğrenin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IX. LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ (FARMASÖTİKLER DAHİL)

Hastane hizmetlerinin sürekliliği ve farmasötikler dahil temel ekipman ve malzemelerin hazır olması için kaynak ve tesis yönetimine proaktif bir yaklaşım gerekmektedir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Tüm ekipman, malzemeler ve farmasötikler için güncel bir envanter geliştirin ve kullanın; eksiklikler için ikaz ve yeniden sipariş mekanizması oluşturun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olası bir salgınla ilgili senaryoya dayanarak temel ekipman, malzeme ve farmasötik tüketimini (örneğin, haftalık kullanım miktarını) hesaplayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel ilaç ve malzemenin sürekli tedarikini sağlamak üzere (örneğin, kurumsal ve merkezi stoklar, yerel tedarikçilerle acil durum sözleşmeleri, bağışlar) yetkililerle görüşün.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olası acil durumlarda kullanılacak malzemeyi satın alırken önce kalitesini kontrol edin, kalitenin belgelendirilmesini isteyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tedarikçilerle olası acil durumlar için anlaşmalar (örneğin, mutabakat anlaşması, karşılıklı yardım sözleşmesi) yaparak, yokluğu halinde ekipman, malzeme ve diğer kaynakların en kısa sürede temini ve teslimini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlave malzemeyi depolamak ve stoklamak için hastane içerisinde bir fiziki alan belirleyin. Bu alanın, erişilebilirlik, güvenlik, uygun ısı, havalandırma, aydınlatma düzeyi ve nem dahil, özelliklerine dikkat edin. Soğutma gerektiren temel maddeler için kesintisiz soğuk zincir sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerekli malzeme ve farmasötikleri belirtilen talimatlara uygun şekilde depolayın. Stoklanmış maddelerin zamanında kullanımını sağlayın, tüketim tarihinin geçmesi nedeniyle kayıpları önleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane eczanesinin evde ya da diğer alternatif tedavi alanlarında/mekanlarında tedavi gören vakalara farmasötik sağlamadaki rolünü tanımlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel hizmetler için gerekli ekipmanın kullanıma hazır bulunması ve anında onarımı için bir mekanizma oluşturun. Diğer ekipmanın bakım ve onarımını erteleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hasta nakillerinin sürekliliğini sağlamak üzere, ambulans ekipleri belirlemek gibi bir olası acil durum nakil stratejisi oluşturmak üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleriyle koordinasyon sağlayın (salgın büyüdükçe stratejinin değişmesi gerekebilir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikal malzeme, çalışanlar için gıda vb. bağışların yönetimi için politika belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X . LABORATUVAR HİZMETLERİ

Temel laboratuvar hizmetlerinin sürdürülmesi hem pandemi hem diğer hastalar ve aynı zamanda COVID-19 ile ilgili hastane tabanlı sürveyans için gerekli klinik yönetimi bakımından gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Temel laboratuvar testlerinin (örneğin, tam kan testi, biyokimya profili, elektrolitler, kan gazı analizi, kan kültürü ve balgam incelemesi) sürekliliğini sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temel laboratuvar malzemeleri ve kaynaklarını belirleyin ve sürekli mevcut olmalarını sağlayın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratuvar personeli için yedekleme yapın ve/veya alternatif laboratuvar hizmetlerini belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hastane tabanlı sürveyans için, laboratuvar verilerinin klinik yönetiminden ve sürveyanstan sorumlu hekimlere ve sağlık makamlarına hemen iletilmesi için gerekli mekanizmaları belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinik gereklilik ve hastane tabanlı sürveyans ihtiyaçlarına göre solunum virüsleri (örneğin, COVID-19) testlerinin yapılmasına öncelik verin. Gerektiğinde, farklı tanılar için bir solunum patojenleri paneli kullanın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19'un belirlenmesi, teyidi ve izlemi için (virüs karakteristiklerinde virülans, bulaş ve antivirüs rezistans gibi değişiklikler dahil) laboratuvarında izlenecek bir yönlendirme yolu belirleyin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örneklerin sevki konusunda, ulusal ve uluslararası taşıma düzenlemeleri ve gereklerine uygun olarak, paketlenme ve taşıma prosedürleri oluşturun ve çalışanları bilgilendirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X I . TEMEL DESTEK HİZMETLERİ

COVID-19 salgını sırasında hasta bakımını optimize etmek için temel destek hizmetlerini (örneğin, çamaşırhane, temizlik, atık yönetimi, beslenme hizmetleri ve güvenlik) belirlemek ve sürdürmek gereklidir. Aşağıdaki eylemleri dikkate alın.

Önerilen Eylem	İnceleniyor	Çalışılıyor	Tamamlandı
Destek hizmetleri için gereken ilave malzemeleri hesaplayın ve bu malzemelerin sürekli mevcut olması için bir mekanizma geliştirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Destek hizmetlerini artan taleple baş edebilecek şekilde uyumlu hale getirin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COVID-19'un hastanenin gıda malzemelerine muhtemel etkisini öngörün; gıdanın sürekliliğini sağlamak için proaktif önlemler alın.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Su, enerji ve oksijen gibi temel alt yapılar için gereken yedekleme/destek düzenlemelerini sağlayın.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potansiyel güvenlik sorunlarını belirlemede ve tesise erişim, temel farmasötik stoklar, hasta akışı, trafik, park konularını optimize etmede hastane güvenliğinin girdilerinden yararlanın.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geçici morg olarak kullanılmak üzere bir alan belirleyin; yeterli sayıda ceset torbası ve kefen/örtü bulunmasını sağlayın.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ölüm sonrası hizmetler konusunda ilgili paydaşlarla (örneğin, cenaze hazırlık ve defin hizmetleri) bir olası acil durum planı yapın.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 3-A

HAP ONAY SAYFASI

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI**

**20..... YILIHASTANESİ
HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)**

ONAY SAYFASI

Ekte sunulan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (...Sayfa Eklerden oluşan ve dijital ortamda sunulan) EK 1'de sunulan HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri tarafından hazırlanmış, EK 2'de sunulan Standart İnceleme Formuna uygun olarak inceleme makamı tarafından incelenmiş, EK 3'te sunulan Standart Denetleme Formuna uygun olarak denetim makamı tarafından hazırlanarak İl Sağlık Müdürü onayına sunulmuştur.

	Adı Soyadı Unvanı/Görevi	Tarih	İmzası
HAZIRLAYAN*		... / ... / 20....	
İNCELEYEN**		... / ... / 20....	
DENETLEYEN***		... / ... / 20....	
ONAYLAYAN		... / ... / 20....	

EK1: HAP Hazırlama Komisyon Üyeleri Listesi (...Sayfa)

EK2: Standart İnceleme Formu (İnceleme makamı tarafından doldurularak eklenecektir)

EK3: Standart Denetleme Formu (Denetleme makamı tarafından doldurularak eklenecektir)

*Hazırlayan bölümü HAP Hazırlama Komisyonu adına HAP Başkanı tarafından imzalanacaktır.

**İnceleyen bölümü kamu ve özel hastaneler için ilgili Başkan, üniversite hastaneleri için Rektör, belediye hastaneleri için Belediye Başkanı tarafından imzalanacaktır.

***Afetlerde Sağlık Hizmetleri Biriminin bağlı olduğu başkan tarafından imzalanacaktır.

EK 3-B

**20... YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON
ÜYELERİ LİSTESİ**

EK 3-B

	<p>.....HASTANESİ</p> <p>20..... YILI HAP HAZIRLAMA KOMİSYON ÜYELERİ LİSTESİ</p>	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Sıra No	Adı Soyadı	Unvanı/Görevi	Çalıştığı Birim	İmzası
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



T.C SAĞLIK BAKANLIĞI

www.saglik.gov.tr