

ONAY SAYFASI				
	UNVANI	ADI SOYADI	TARİH	İMZA
HAZIRLAYANLAR	MESUL MÜDÜR/ ACİL SERVİS SORUMLUSU/ KALİTE TEMSİLCİSİ	AYGEN LAÇIN	01/01/2019	
	MESUL MÜDÜR YRD.	SİNAN AKTÜRK	01/01/2019	
	BAŞHEMŞİRE	ZEHRA AKBULUT	01/01/2019	
	GÜVENLİKTEN SORUMLU MÜDÜR	SADULLAH CEBECİ	01/01/2019	
	AMELİYATHANE SORUMLUSU	UĞUR EKİNCİ	01/01/2019	
	YOĞUNBAKIM SORUMLUSU	İNAN KILIÇ	01/01/2019	
	LABORATUVAR SORUMLUSU	NİHAL MALAY	01/01/2019	
	İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI	GAMZE DEMİRBAŞ ERKAN	01/01/2019	
İNCELEYEN				
ONAYLAYAN	BAŞHEKİM	HALİL ALAGÖZ	01/01/2019	

Tablo 1: Onay Sayfası

DAĞITIM ÇİZELGESİ					
Sıra	Birim	Adet	Basılı	CD	Program ile
1	ACİL SERVİS	1			X
2	ECZANE	1			X
3	GÖRÜNTÜLEME HİZM.	1			X
4	LABORATUVAR	1			X
5	AMELİYATHANE	1			X
6	POLİKLİNİK	1			X
7	YOĞUNBAKIMLAR	1			X
8	DOĞUMHANE	1			X
9	TRANSFÜZYON	1			X
10	TEKNİK HİZMETLER	1			X
11	YEMEKHANE	1			X
12	GÜVENLİK	1			X

Tablo 2: Dağıtım Çizelgesi

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ					
NO	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görev/Unvanı	Adı Soyadı	İmzası
1	Sorumlu Kişiler, Yerleşim Planı, Kapasite	01/01/2019	BAŞHEKİM	HALİL ALAGÖZ	
2					
3					

Tablo 3: Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi

TANIMLAR

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

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

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

Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

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

AFET YÖNETİMİ: Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet 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. Bütünleşik afet yönetimi, mevcut ve muhtemel tüm afet tehlike ve risklerini, afet yönetiminin tüm temel evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) kapsayan, tüm sektörlerden (kamu, özel, sivil, akademik) kurum ve kuruluşların, toplumun afet yönetimi süreçlerine katılımını ve tüm kaynakların seferber edilmesini ifade eden bir yaklaşımdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

1. GİRİŞ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. HAP ÇERÇEVESİ

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

HAP, **ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ** 'nde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanenin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir:

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

3. AMAÇ

HAP, **ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ'**nde afet ve acil durumlara ilişkin risklerini önlemeyi ve azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılması amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda HAP'ın temel hedefleri şöyle sıralanabilir:

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

4. HUKUKİ DAYANAK

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

5. KAPSAM

ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ' çalışanları, yüklenici şirket çalışanları, her ne nedenle olursa olsun acil durumlarda işyerinde bulunanlar ile protokollerle işbirliği yapılması karar altına alınan; özel veya tüzel kişiliği olan kamu kurum ve kuruluşları, özel şirket veya kuruluşları kapsar.

6. HAP İŞLEYİŞİ

6.1 HAP'ın İL-SAP İçindeki Yeri

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

• HAP hazırlanırken ilin kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karşıya olduğu afet risklerinin göz önüne alınması; İl Sağlık ve Halk Sağlığı Müdürlükleri başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordineli bir şekilde çalışılması esastır.

• İL-SAP il düzeyinde olası afetlere ilişkin zarar azaltma ve hazırlık çalışmalarının, müdahale aşamasının, rehabilitasyon ve yeniden yapılanma çalışmalarının planlanmasını içermektedir.

6.2 HAP Hazırlama Komisyonu

HAP Hazırlama Komisyonu aşağıda belirtilen personellerden oluşturulmuştur.

- 1) Mesul müdür/Acil Servis Sorumlusu/Kalite Temsilcisi: *Aygen Laçın*
- 2) Mesul müdür yardımcısı: *Sinan Aktürk*
- 3) Başhemşire: *Zehra Akbulut*
- 4) Güvenlikten sorumlu müdür: *Sadullah Cebeci*
- 5) Ameliyathane sorumlusu: *Uğur Ekinci*
- 6) Yoğun bakım sorumlusu: *İnan Kılıç*
- 7) Laboratuvar sorumlusu: *Nihal Malay*
- 8) İş yeri güvenliği uzmanı: *Gamze Demirbaş Erkan*

6.3 HAP'ın Güncellenme Periyodu ve Yöntemi

ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ' nde Hastane Mesul Müdürü *Dr.Aygen Laçın* başkanlığında HAP hazırlama komisyonunu oluşturulmuştur. Oluşturulan komisyon her yılın başında hastanenin planını ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP hazırlama komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP başkanı tarafından onaylanarak ilgili yönetmelikte belirtilen HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylanmak üzere 1 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir.

6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

• *Diğer Hastanelerle İşbirliği:* Sağlık hizmetleri tesislerinin diğer hastanelerle işbirliği yapması hastane kapasitesi için önemlidir. Faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Diğer hastaneler ile işbirliği planlanırken, kapasitenin etkin kullanımını sağlamak için il düzeyinde düşünmek, dolayısı ile İL-SAP kapsamında yaklaşmak gerekmektedir.

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

6.5 HAP Konusunda Toplumun Bilgilendirilmesi

Planın varlığı, kapsamı ve planla ilgili sorumluluğu hakkında toplum bilgilendirilmelidir. Böylesi bir bilgilendirme toplumun plana destek olması ve uygun davranması açısından önemlidir.

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1 HAP Eğitimleri

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

7.2 HAP Tatbikatları

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

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

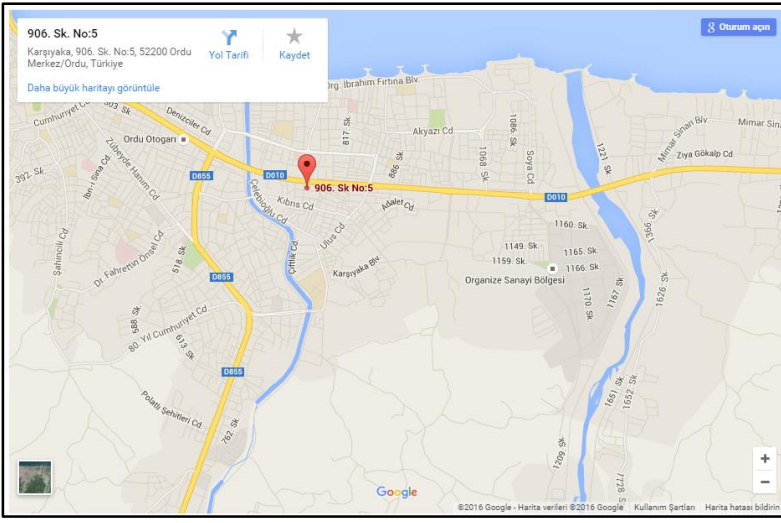
8. MEVCUT DURUM ANALİZİ

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

• **Hastane binasının fiziki özellikleri:** Blok, servis, bölüm sayıları ve krokiler, yatak sayısı, erişkin, çocuk, yeni doğan yoğun bakım yatak sayısı ve seviyeleri, branşlara göre ameliyathaneler, jeneratör konumları, helikopter, yaralı toplama, toplama noktaları, tahliye alanları, triyaj vb. alanları, afet depolar, asansör ve sedye taşınabilen asansörler, güvenlik giriş noktaları, tıbbi, evsel nitelikli, tehlikeli, radyoaktif vb. atık noktaları ve kapasiteleri ayrıntılı şekilde belirtilmektedir.

YAPISI VE ÖZELLİKLERİ:

KURUM ÇEVRESİ VE CİVARI DURUMU



KURUM ADI: ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ

(ORJİN ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ MEDİKAL SAN. VE TİC.LTD. ŞTİ.)

ADRES: KARŞIYAKA MAH. 906.SK. NO:5 ORDU

İŞ KOLU: İnsan Sağlığına Yönelik Yataklı Hastane Hizmetleri

ÇALIŞMA TARZI: 24 Saat Kesintisiz

ÇALIŞMA DEVRESİ VE ŞEKLİ:

GÜNDÜZ MESAİ SAATLERİ: 08:30-18:00

GECE MESAİ SAATLERİ: 18:00-08:30

SAĞLIK HİZMET ÜNİTELERİ:

Acil Servis:

- 1- Hastanemizde Acil serviste 24 saat boyunca 1 Doktor 2 hemşire bulunmaktadır.
- 2- 7 müşahede yatağı 1 muayene sedyesi 1 resüsitasyon odası bulunmaktadır.
- 3- 1 Adet 112 acil yardım ambulansı vardır.
- 4- 1adet ambulans da 1 adet resüsitasyon odasında olmak üzere 2 adet defibilatör bulunmaktadır.
 - a- Acil servis de aynı anda 7 hastaya yatarak tedavi ve müdahale yapılabilir.
 - b- Acil servise aynı anda 9 ve daha üzeri hasta ve yaralı başvurusu durumunda personel sayısı ve ambulans sayısı yetersiz kalmaktadır.
 - c- Bu gibi durumlarda HAP a göre Acil servis yatak sayısı artırılır (Ek sedye ve servis yatakları- Serviste yatan hastalardan durumu stabil olanlar taburcu edilerek yatak boşaltılabilir.)
 - d- Acil servise destek personel sağlanır.(HAP a göre)
 - e- Tıbbi malzeme desteği sağlanır (öncelik hastane eczanesi)
 - f- 112 komuta ile irtibata geçilerek Ambulans desteği sağlanır.
 - g- Kurum içi destek hizmetlerinin yetersiz kalması durumunda HAP a göre protokol yapılan kardeş hastaneden destek sağlanır.

Servisler:

- 1- 39 yatak vardır.
- 2- Aynı anda 39 hasta ve üzeri servislere yatışı yapıldığında servis kapasitesini aşmaktadır.
- 3- Meydana gelebilecek bu gibi durumlarda HAP a göre servis yatakları artırılmaya çalışılır.(Ek sedye-Stabil hastalar taburcu edilerek tedavilerine evlerinde devam etmesi sağlanır.)
- 4- HAP a göre destek personel sağlanır
- 5- Malzeme desteği sağlanır (Öncelik kurum içi),
- 6- Sevki gereken hastalar 112 B tipi ekibiyle irtibata geçilerek sağlanır.

Ameliyathane:

- 1- 2 Adet ameliyat masası vardır
- 2- 2 acil vaka geldiğinde kapasitesini aşmaktadır
- 3- Kapasitesini aştığı durumlarda hasta ve yaralıların durumuna göre 112 B tipi istasyonla irtibata geçilerek sevki sağlanır

Laboratuvar – Röntgen:

- 1- 1 Adet röntgen, 1 adet MR ve 1 Adet Tomografi cihazı vardır.
- 2- 6 Personel mevcuttur.
- 3- Oluşabilecek afetlerde gerekli donanım mevcuttur.
- 4- Laboratuvar da gerekli tıbbi donanım mevcuttur.

Hasta, Personel Nakli (Araç - Ulaşım) :

- 1- 1 adet acil ambulans ve 2 adet binek araç mevcuttur.
- 2- Ambulans ve araç yetersizliği yüksek risktir.
- 3- Afet durumunda il belediyesinden ve şoförler odasından ambulans ve araç istenecektir.

Jeneratör:

- 1- Hastanemizde elektrik kesintilerine karşı 1 adet 500 kw'lık jeneratör bulunmaktadır.
- 2- Ayrıca 1 adet 100 kw'lık kesintisiz güç kaynağı (UPS) bulunmaktadır.
- 3- 250 kw lık Jeneratör için 800 lt yakıt tankı bulunmaktadır.

Su Deposu:

- 1- Su Kesintisine karşıda 1adet 40 tonluk 1 adet 5 tonluk içme suyu (5 Günlük) mevcuttur.
- 2- Bu birimlerimize yetkisiz kişilerin girmesi yasak olup uyarıcı levhalarımız bulunmakta ayrıca 24 saat teknik elemanlar görev yapmaktadır.

KAPASİTE:

Günlük Ortalama Poliklinik Sayısı:	400
Yoğun Bakım:	7+1 Yenidoğan Yoğunbakım 8 Genel Yoğunbakım Yatak Kapasiteli
Ameliyathane:	2 odalı
Acil Servis:	7 Yatak Kapasiteli
Nöbetçi Uzman Sayısı:	---
Doktor Sayısı:	25
Ebe-Hemşire Sayısı:	5 Ebe 37 Hemşire
Diğer Personel Sayısı:	5 ATT 6 Anestezi Teknisyeni
Yatak Sayısı:	48

BAĞLI OLDUĞU, DENETLENMESİNE TABİ, BAKANLIK VE YA TÜZEL KİŞİLİĞE HAİZ GENEL MÜDÜRLÜK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

KURUM BİNA VE TESİSLERİNİN YAPI TARZI:

İŞGAL ETTİĞİ SAHA: ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ 1300 m2 alan üzerine kurulmuştur.

KAPALI ALAN: 3800 m2 'dir. İdari Bölümler, Ameliyathaneler, Acil Servis, Poliklinikler, Eczane, Morg, Cerrahi Katlar, Dâhili Katlar, Yoğun Bakım, Depolar, Yemekhane, Çamaşırhane vb.

BİNA YAPI TARZI: Bina Betonarme 1 Bloktan oluşmaktadır. (-1.KAT, ZEMİN KAT, ASMA KAT,1.KAT, 2.KAT,3.KAT,4.KAT,5.KAT)

AÇIK ALAN: Otopark

KURUM İŞTİGAL KONUSU: Sağlık Hizmetleri

TOPLANMA YERİ:



Güvenli yer: Kurumumuz binasının kullanmakta olduğu otopark alanı güvenli yer olarak belirlenmiştir. Kurumumuzda acil bir durum meydana geldiğinde acil çıkış kapılarından toplanma yeri olarak belirlediğimiz otopark alanına çıkılacaktır. Planda belirtilen kurumlarla irtibat kurulacaktır.

• **Hastanede hizmet veren departman/servis/birimler:** İdari Şef, Dahiliye, Genel Cerrahi, Anestezi, Nöroloji, Ortopedi, Kadın Doğum, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji vb. ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

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

• **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 almaktadır.

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

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

DİĞER KURUMLARA YAPILACAK VEYA KURUMLARDAN ALINACAK YARDIM ŞEKİLLERİ:

- a) **Sığınaklar:** Kurumumuz binası -1.KAT olağanüstü halde sığınak olarak kullanılacaktır. Kurumumuzda özel olarak yapılmış bir sığınak bulunmamaktadır. Sığınak yeri ancak personelimiz için yeterlidir. Komşu müesseselere bu konuda yardımda bulunulmayacak, yardımda alınmayacaktır.
- b) **Makine – Malzeme – Malların Korunması ve Yedeklenmesi:** Genel Sağlık Hizmetleri için olanaklar ölçüsünde malzeme stoku yapılacaktır. Enkaz kaldırma, bina onarım ve yangınlarla mücadele konularında Valilikten yardım alınacaktır.
- c) **Gizleme – Yedekleme ve Gömme:** Kurumumuzun gizleme ve karartma konularında faaliyetleri hastane yönetimi tarafından yürütülür
- d) **İkaz-Alarm:** Kurumumuz acil durum ekiplerini üyeleri herhangi bir tehlikede telefonla veya diğer haberleşme cihazlarıyla birbirlerine haber vereceklerdir.
- e) **Sağlık ve Sosyal Yardım:** Kurumumuzun olanaklarının yetmediği konularda (yeme-içme, barınma vb.) Kurumumuz bölgede yer alan diğer hastanelerden, Sağlık Müdürlüğünden ve Valilikten yardım istenecektir.

KURUMLAR ARASI ANLAŞMALARLA BAŞKA KURUMLARA HASTALARIN SEVK EDİLMESİ:

Afet sürecinde, hastanelerin fiziki yapılarında hasar oluşması ya da gelen hasta ve yaralıların çokluğu sebebiyle yetersiz kalınması durumunda; 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile irtibata geçilir.

İL BAZINDA: Öncelikle ilgili hastanece Afet Eylem Planında ön görülen “ Karşılıklı Yardım ve İşbirliği Protokolü ” gereği olarak bu hastane yâda kuruluşla yardım ve işbirliğine gidilir; Hastanemiz ile Özel Ordu Umut Hastanesi arasında yapılan protokol uyarınca hastalar sevk edilecektir.

8.1 Hastane Risk Değerlendirmesi

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

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

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

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

1. *Hayatın korunması*: Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının can güvenliğini korumak.

2. *Yatırımın korunması*: Hastaneye ait yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.

3. *İşleyişin korunması*: Sağlık kurumunun faaliyetlerini her durumda kesintisiz sürdürebilmesini sağlamaktır.

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

1. Bulunduğu coğrafi, fiziksel, çevresel, sosyal ortamda hastanenin güvenliğini, afet ve acil durum yönetimindeki rolünü etkileyebilecek tehlikelerin belirlenmesi,

2. Hastane binası ve çevresini oluşturan yapısal elemanların güvenliği,

3. Hastanenin yapısal olmayan elemanlarının güvenliği,

4. Hastanenin afet ve acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin ve iş sürekliliğinin güvence altına alınması.

Hastane güvenliğini ve performansını etkileyebilecek tehlike ve riskler bakımından, öncelikle hastanenin bulunduğu yerleşimde doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler göz önünde bulundurulmakta; ayrıca gerçekleşebilecek sosyal ve çevresel olaylar da değerlendirilmektedir.

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

8.2 Yapısal Risklerin Azaltılması

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

1) Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar,

2) Binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik.

Planda hastanenin **yapısal dayanıklılık testi** sonucunun yer almaktadır. Hastanenin yapısal dayanıklılık inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara işlenmelidir.

8.3 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

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

1) Mimari elemanların güvenliği,

2) Hastanedeki kritik servis ve alanların; ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergâhlarının güvenliği,

3) Kritik sistemlerin durumu (bilişim sistemleri, elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb.),

4) Ekipman ve malzeme güvenliği (ofis ve depo ekipman ve donanımı; teşhis ve tedavi için gerekli medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemeleri vb.).

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

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

a) Can güvenliği,

b) Ekipman-donanım kaybı,

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

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

• 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. Personelin günlük bilgi ile gerçekleştirilebileceği basit önlemler (eşyanın yerini değiştirme vb),

2. Önceden belirlenmiş teknik ve usullere (mevzuat ya da kullanım kılavuzu vb.) göre gerçekleştirilen, teknik bilgi/teknisyenlik gerektiren önlemler,

3. Özellikle kritik güvenlik ve yüksek maliyet kapsamındakiler başta olmak üzere uzmanlık, mühendislik bilgisi gerektiren önlemler.

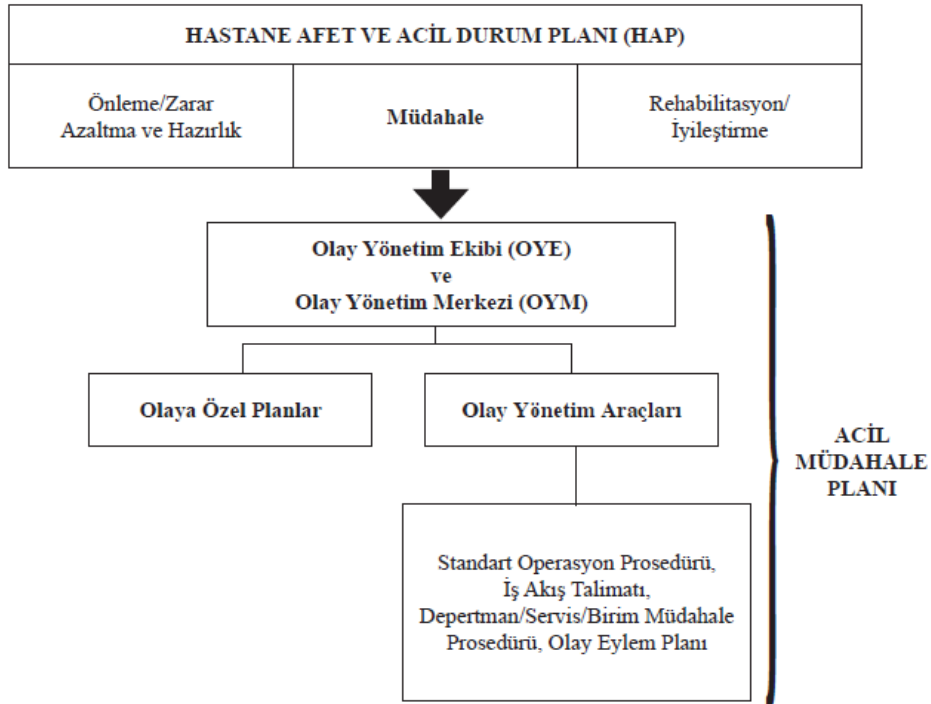
Yapısal olmayan elemanların güvenliği konusunda, afet ve acil durumlarda, talebin yoğunlaşma eğilimi göstereceği en kritik servis ve alanlara öncelik verilmelidir. Hastanede yapısal olmayan elemanlarla ilgili düzenli ve kapsamlı değerlendirmeler, esas olarak kalite yönetim, tesis güvenliği ve teknik 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 işlenmelidir.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

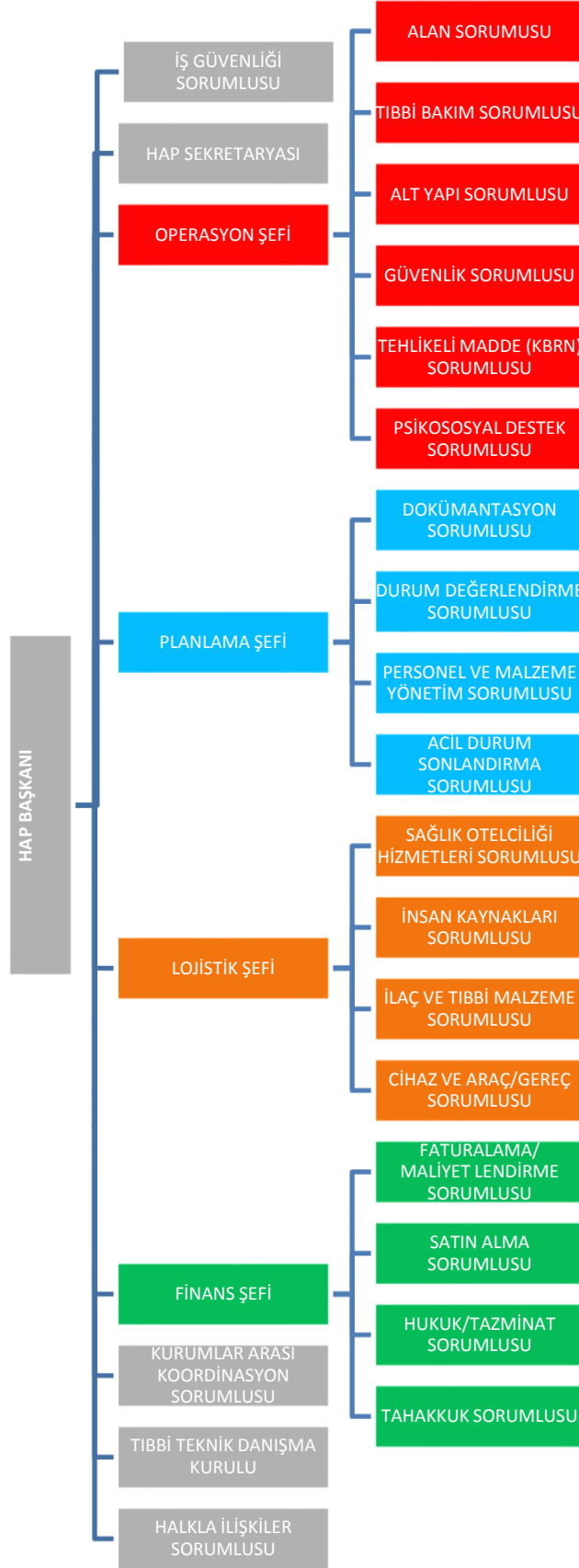
1. ACİL MÜDAHALE PLANI

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.

2.1 Organizasyon Şeması



2.2 Görev Tanımları

1.HAP BAŞKANI: BAŞHEKİM OP. DR.HALİL ALAGÖZ

Hastane Olay Yönetim Merkezi'ni organize eder ve yönetir. Hastane afet yönetimi ve destek faaliyetler ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri verir. Olay eylem planını her operasyonel dönem için onaylar.

2.HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU: MİNE ALEV KÖKSAL

Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP Başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar.

3.KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU: BERK KARAMUSTAFA

Hastane Olay Yönetim Merkezi'nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar.

4.İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU: GAMZE DEMİRBAŞ ERKAN

İş güvenliği açısından çalışma ortamının güvenliğinden ve kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımının kontrolünden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehditleri takip ve tespit eder. Tehlikeli durumları takip eder ve azaltmak için gerekli önlemleri belirler. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.

5.TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU: MESUL MÜDÜR DR.AYGEN LAÇİN

HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

Tıbbi Teknik Danışma Kurulu

5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar

HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.2 Kimyasal Olaylar

HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.

5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar

HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir.

5.4 Klinik Yönetim

Hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlamak için HAP Başkanına veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.5 Hastane Yönetimi

Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar. HAP Başkanına veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.6 Hukuk Bürosu

Hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda, HAP Başkanı'na ya da bölüm şeflerine hukuki danışmanlık hizmeti verir.

5.7 Risk Yönetimi

Hastanenin Risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda, HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine danışmanlık hizmeti verir.

5.8 Tıbbi Personel

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir.

5.9 Pediyatrik Bakım

HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir.

5.10 Tıbbi Etik

HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.

6. HAP SEKRETERYASI: YELİZ ÇİÇEK

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

7. OPERASYON ŞEFİ: OP.DR.UĞUR EKİNCİ

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:
ŞİRKET MÜDÜRÜ NİHAL MALAY**

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

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:**7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu**

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

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

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

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU: UZM.DR. NERMİN ERİBOL

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

Tıbbi Bakım Sorumlularına Bağlı Birimler:**7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu**

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

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

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

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

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

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

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

7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu

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

<p><u>7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU: UZM.DR. NERMİN ERİBOL</u> Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir.</p>	<p><u>7.2.8 Anestezi Birim Sorumlusu</u> İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır. Gerekliyse yedek cihazları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini gözönüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar.</p> <p><u>7.2.9 Klinik Destek Birim Sorumlusu</u> 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><u>7.2.10 Laboratuvar Birim Sorumlusu</u> Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.</p> <p><u>7.2.11 Görüntüleme Birim Sorumlusu</u> Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulması, yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlanması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.</p> <p><u>7.2.12 Hasta Kayıt Birim Sorumlusu</u> Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.</p>
<p><u>7.3 ALTYAPI SORUMLUSU: EMRAH MANAV</u> Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespitini yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atık su, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p>	<p><u>7.3.1 Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu</u> Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>7.3.2 Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu</u> Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzenlemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>7.3.3 Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu</u> Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>7.3.4 Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu</u> Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur. (asansör, otomatik kapı, giriş-çıkış kapıları vb.).</p> <p><u>7.3.5 Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu</u> Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.</p> <p><u>7.3.6 Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu</u> 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.</p> <p><u>7.3.7 Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu</u> 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><u>7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU: SADULLAH CEBECİ</u> Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle işbirliği vb.) yürütür ve koordine eder.</p>	<p>Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler:</p> <p><u>7.4.1 Giriş Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar.</p> <p><u>7.4.2 Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu</u> Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar.</p> <p><u>7.4.3 Trafik Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygulatır.</p> <p><u>7.4.4 Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu</u> Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder.</p> <p><u>7.4.5 Emanet Birim Sorumlusu</u> Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar.</p> <p><u>7.4.6 Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu</u> Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta, ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.</p>
<p><u>7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN): SAMET GÜLER</u> 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><u>7.5.1 Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu</u> KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yönelik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder.</p> <p><u>7.5.2 Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu</u> Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder.</p> <p><u>7.5.3 Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu</u> KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylemlerin koordinasyonunu sağlar.</p> <p><u>7.5.4 Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu</u> KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanlarının dekontaminasyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.</p>
<p><u>7.6 PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU: PSİKOLOG ECEM ALTAY</u></p>	<p>Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler:</p> <p><u>7.6.1 Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu</u> 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 toplumdaki paydaşlar ile koordinasyonu sağlar.</p> <p><u>7.6.2 Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu</u> 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><u>7.6.3 Aile Buluşturma Birim Sorumlusu</u> Ailelerin tekrar bir araya getirilmesi için çalışmaları yapar.</p> <p><u>7.6.4 Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu</u> 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><u>7.6.5 Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu</u> 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>

8. PLANLAMA ŞEFİ: ZEHRA AKBULUT

Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini; uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planı'nın hazırlanmasını sağlar.

8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU

Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatların durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonları için ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur.

Kaynak Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler:

8.1.1 Personel İzleme Birim Sorumlusu

Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

8.1.2 Malzeme İzleme Birim Sorumlusu

Afet ve acil durumlarda destek için hastane stoğunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.

8.2 DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU

Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay eylem planında kullanılmak üzere bilgi/istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar.

Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler:

8.2.1 Hasta İzleme Birim Sorumlusu

Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar.

8.2.2 Yatak İzleme Birim Sorumlusu

Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar.

8.2.3 Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu

Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletilmesinden sorumludur.

8.3 DOKÜMANTASYON SORUMLUSU

Afet ve acil durumlarda 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.

8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU

Afet ve acil durumu sonlandırmak için gerekli faaliyetleri, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel talimatlar kapsamında geliştirmek ve koordine etmekle sorumludur.

9. LOJİSTİK ŞEFİ: UĞUR EKİNCİ

Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU:

MUSTAFA DEMİR

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

Sağlık Otelciliği Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

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

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

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

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

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

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

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

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

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

9.1.8 Destek Birim Sorumlusu

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

<p>9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU: NESLİHAN ŞENOL 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 Personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar.</p> <p>9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu Personel ve aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar. Gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder.</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. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.</p>
<p>9.3 CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU : SAMET GÜLER Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.</p>	
<p>9.4 İLAÇ VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU : ECZACI MUSTAFA ÇAVUŞOĞLU 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: MALİ İŞLER MÜDÜRÜ GÜVEN KEFELİ Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.</p>	
<p>10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu HAP Başkanınca onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyallerin alımı veya kiralanmasından sorumludur.</p>	
<p>10.2 FATURALAMA/MALİYETLENDİRME SORUMLUSU Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamakla sorumludur.</p>	
<p>10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu oluştuğu iddia edilen tüm zararlara ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.</p>	
<p>10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcirahının avans olarak verilmesinden sorumludur.</p>	

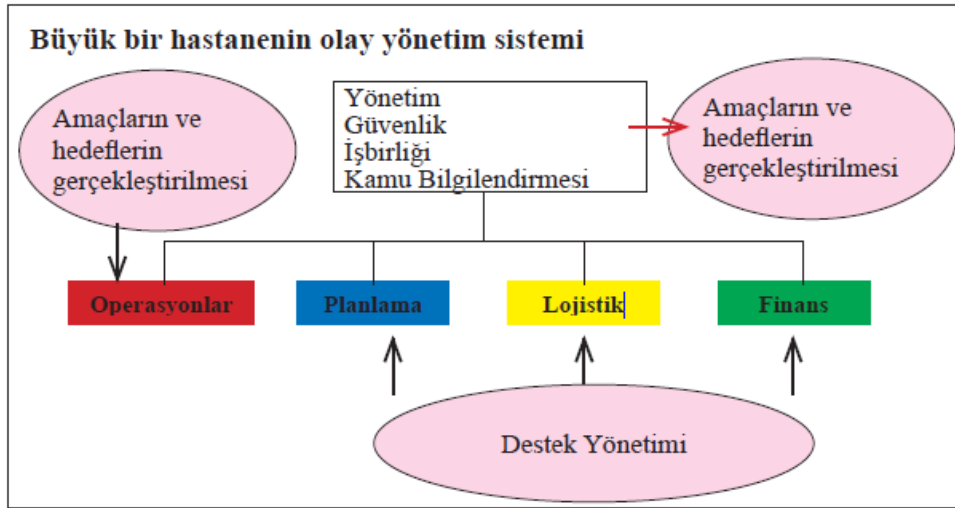
3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

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

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

3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri



A. Yönetim

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

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve Yönetimin üstlenilmesi,
- Olay Yönetim Merkezi'nin kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,

- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan olaya özel planın onaylanması,
- Dış paydaşlarla işbirliği yapılması,
- Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- OYE personeli ve diğer kritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

B. Planlama

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

Planlamanın sorumlulukları:

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

C. Operasyon

Operasyon bölümü, olayla başa çıkmaya dönük faaliyetlerin doğrudan belirleyicisi ve uygulayıcısıdır.

Olaya yönelik müdahale stratejilerinin etkisi değerlendirilir ve gerekirse olay eylem planı oluşturmak/geliştirmek için geribildirim sağlanır.

Operasyonun sorumlulukları:

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

D. Lojistik

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

Lojistiğin sorumlulukları:

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

E. Finans

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

Finans bölümünün sorumlulukları:

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

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

3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibi'nin Oluşumu ve Görevleri

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

OYE'nin oluşumu:

- HAP Başkanı,
 - Halkla İlişkiler Sorumlusu,
 - İş Güvenliği Sorumlusu,
 - Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu,
 - Tıbbi- Teknik Danışma Kurulu,
 - HAP Sekreteryası,
 - Operasyon Şefi,
 - Planlama Şefi,
 - Lojistik Şefi,
 - Finans Şefi.
- Olay Yönetim Ekibi'nin görev ve sorumlulukları önceden belirlenmiştir. OYE, Afet ve Acil Durum Yönetimi organizasyon şemasında gösterildiği üzere beş temel fonksiyonu yerine getirir: Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans.
 - OYE'nin her üyesi için görevin kapsadığı temel faaliyetleri ve raporlama sistemini detaylı olarak açıklayan bir İş Akış Talimatı hazırlanmıştır. Her OYE üyesinin harekete geçmeden önce görevine ait İş Akış Talimatını tekrar okuması son derece önemlidir.
 - Her departman/servis/birimin kendine ait tüm tıbbi ve teknik faaliyetleri önceden belirlenen esaslar çerçevesinde organize etme ve denetleme sorumluluğu vardır.

3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları

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 hazırlanmıştır.

Standart Operasyon Prosedürleri ektedir.

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

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

3.2.2 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 belirtilmektedir. Dayanıklı malzemeden yapılı 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 hazırlanmıştır. 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 hazırlanmıştır.

İş Akış Talimatları ektedir.

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

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

3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/servis/birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, departman/servis/birimlere özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı'yla uyumlu bir şekilde hazırlanmış ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulamaya konulmuştur.

3.2.4 Görev Yelekleri



HAP'ta görev alan her personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymelidir. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımali 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/idari kısım yeşil, planlama mavi, lojistik ise sarı renkte olmalıdır.

3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

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

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

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

Envanter listesi ektedir.

3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezi’nin Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi’nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir. (yeni bir talimata kadar tam zamanlı görevde olma; OYM’de yarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.)
- Toplantıda tüm üyeler, OYM’deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon 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:
 - o Personele ve kurumlara brifing verir.
 - o Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
 - o Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi

- Olayın önemine ve OYE’nin talebine göre saatlik/iki saatlik ya da daha uzun sürelerde olayla ilgili haberleşme raporları düzenlenir.
- Haberleşme ile ilgili sorunlar önceliklidir ve en kısa sürede çözümlenmesi için gerekli çalışmalar yapılır. Bu konuda gerekli eğitim önceden planlanıp düzenli olarak yapılmalıdır.
- Hastane merkezi haberleşme sisteminin kesileceğini ön görerek alternatif 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 bulunmaktadır. Ayrıca afet anlarında işbirliği ihtiyacı olacak AFAD, Arama Kurtarma Birliği, İtfaiye,

Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri, 112 Komuta Kontrol Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi, İlçe Belediyesi, Elektrik kurumu, Emniyet, Askeri Birlik vb. kurum ve kuruluşların telefon numara ve adresleri de planlarda ek dosya halinde bulunmaktadır.

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

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

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

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

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

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

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

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

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

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

Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

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

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

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

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

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

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONU

5.1 Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

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

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

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

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

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

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

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

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

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

Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

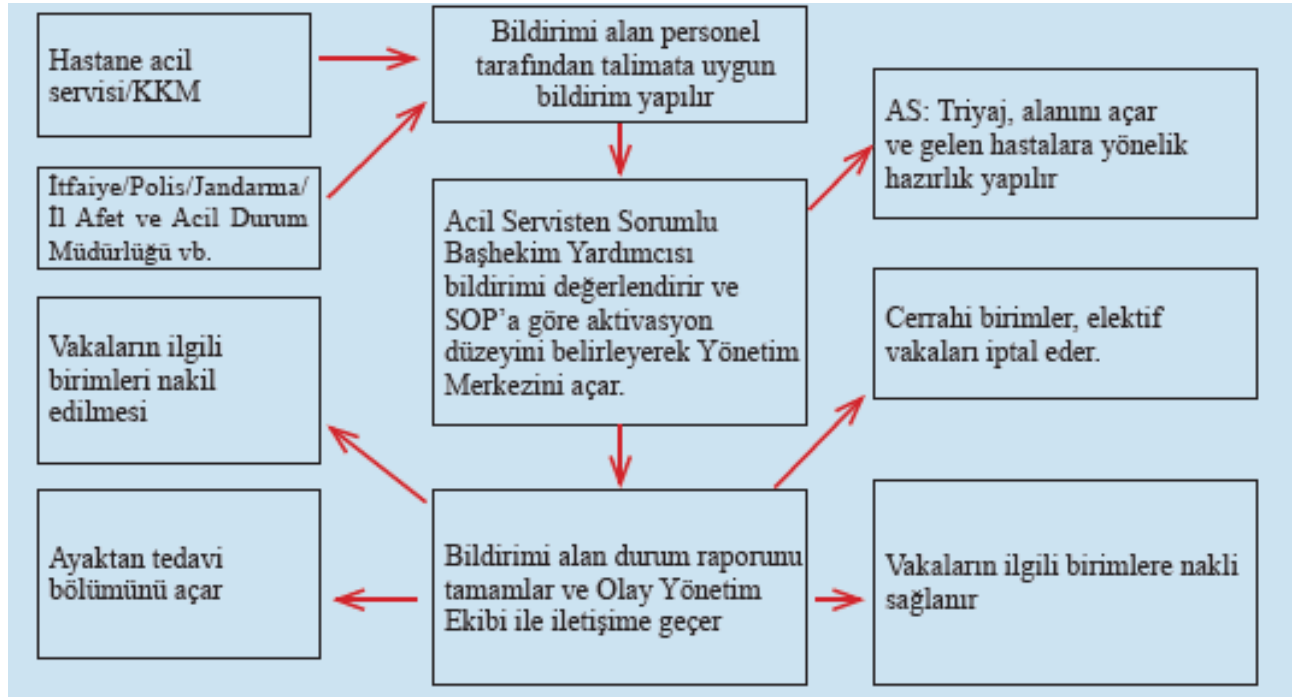
- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

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 dâhil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve

alarmın hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir.



Bildirim sıralaması;

Bildirim alan *Acil Servis Çalışanı (Doktor, Hemşire Vb.)* --> *Acil Servis Sorumlu Hekimi* --> *Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı* şeklindedir.

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

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

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

5.3 Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri

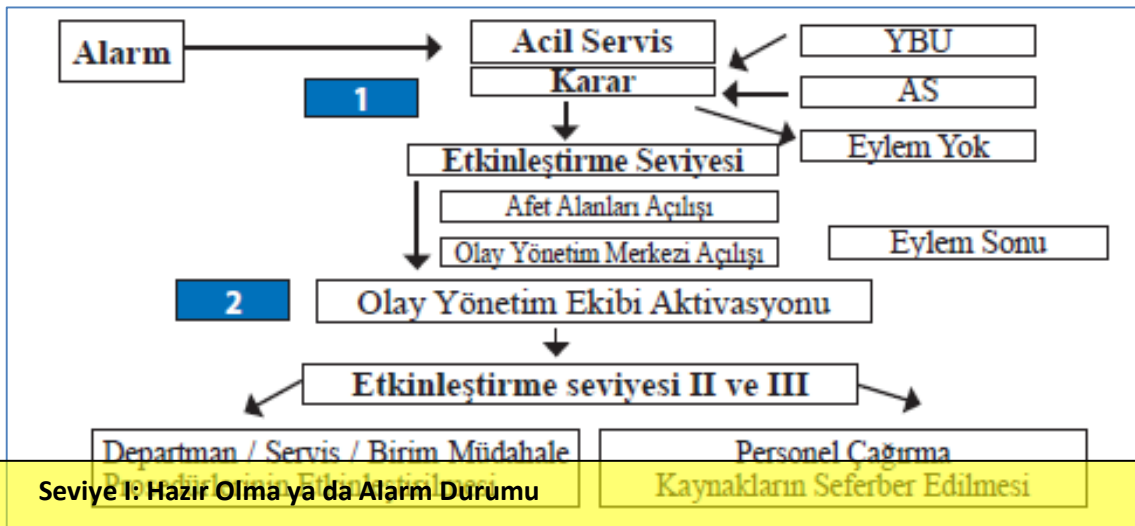
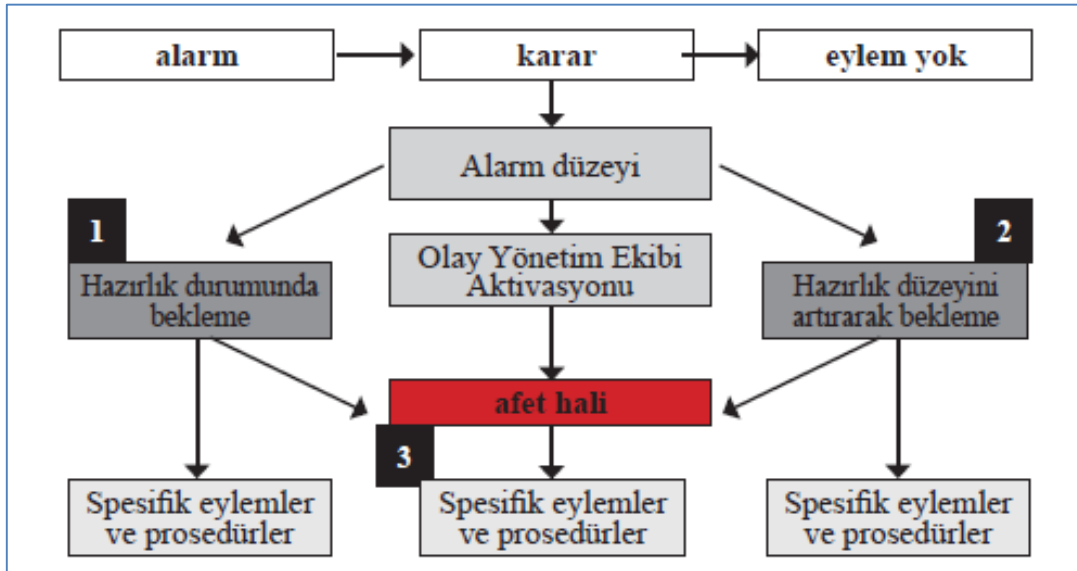
Bu bölümde, Acil Müdahale Planı'nın devreye sokulması ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizma kısaca açıklanmaktadır. Basit bir diyagram, aktivasyon düzeylerinin, alarmın işleme

alınması ile nasıl bağlantılı olduğunun daha kolay anlaşılmasını sağlayabilir. Diyagramlar kullanışlı olup karışıklık ya da yanlış anlamamanın önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı'nda üç düzey tanımlanmıştır:

Hazır olma/Alarm, Hazırlığı artırma, Afet durumu.

Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür.



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

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu

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

Seviye III: Afet/Acil Durum

- Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.
- Tüm departman/servis/birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur.
- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur.

5.4 Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu İçin Mekanizmalar

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyonu ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizmanın diyagramla anlatımı:

- **Seviye I:**

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

- **Seviye II ve III:**

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

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon seviyesi konusunda personelin bilgilendirilmesi:

Olay Yönetim Ekibi personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır.

Dâhili acil durumlara yönelik renk kodlamasının, hoparlörlerin (hastanede mevcut ise) ya da çağrı cihazlarının kullanılması uygulamaları hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırmaktadır.

5.5 Acil Renk Kodu Sistemi

Acil Renk Kodu Sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk

kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır. Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de artırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar.

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

5.6 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

Acil durum karmaşık özellik gösterebilir, birden fazla acil durumun ya da hastane içi ve dışı acil durumların bir arada ortaya çıkmasını içerebilir (örneğin, hastanede kritik sistemlerin bir kısmının etkisiz hale geldiği kitlesel yaralanma durumları vb.). Bu durumlar olaya özel müdahaleler gerektirebilir. Acil Müdahale Planı ve olaya özel planlar birbirleriyle bağlantılıdır. Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dâhil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir).

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

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

• Aktivasyon Seviyesi I (Beklemede)

o Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmın ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,

o Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman gerekiyorsa, temin edilir,

o Tüm departman/servis/birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için plan yapmaya başlar,

o Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,

o İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,

o Hastane Afet Yöneticisi olarak HAP Başkanı görevi üstlenir,

o Olay Yönetim Ekibi hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini kullanıma uygun hale getirir,

o Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,

o Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyathane, ayakta hasta kabulü vb.),

o Personel "irtibat" listelerine erişim sağlanır,

o Alan güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),

o Triage alanının uygunluğu değerlendirilir,

o Aşağıdaki alanların kullanılabilirliği ve erişilebilirliği sağlanır:

- Personel briefing alanı,

- Gönüllü bilgilendirme ve görevlendirme alanı,

- Hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis,

- Ayaktan hasta/yaralı tedavi alanı,

- Uygun şekilde hazırlanan dekontaminasyon alanları.

o Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

Aktivasyon Seviyesi II ve III (Aktive)

o Hastaneye başvurusu muhtemel vakaların kendine özgü nitelikleri (yanık, pediatri, KBRN, travma vb) belirlenir,

- o HAP Başkanı ve ilgili sağlık yetkilileri haberdar edilir,
- o Olay Yönetim Ekibi (OYE) seferber edilir, tam olarak devreye girer,
- o Duruma uygun olan tüm İş Akış Talimatları (Eylem Kartları) kullanılır,
- o Uygun olduğunda planlarını uygulamaya koymaları için tüm hastane departman/servis/ müdahale prosedürlerini uygulamaya koymaları için tüm hastane departman/servis/ birimler bilgilendirilir,
- o Hastaların ev ya da başka bir ortama taburcu edilme süreci başlatılır,
- o Hasta kabul kriterleri belirlenir,
- o Erteleme ya da iptal edilme ihtimali olan elektif cerrahi ve ayaktan tedavi hizmetleri gözden geçirilir,
- o Ameliyathaneler, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri ve Yoğun Bakım Ünitesi gibi kritik birimler alarma geçirilir,
- o Radyoloji, patoloji ve laboratuvar gibi birimlerin acil harici çalışmaları sınırlandırılır,
- o Olay Yönetim Ekibi içinde raporları yazmak üzere kişi/kişiler görevlendirilir, **tüm** belgeler muhafaza edilir,
- o Taburcu edilecek hastalar için kamusal ya da özel ambulans vb. ulaşım araçlarından faydalanılır,
- o Tıbbi bakım standartlarını sürdürmek için niteliklerine göre personel ihtiyacı belirlenir,
- o Hastanede en yoğun iş yüküne sahip birimler belirlenir,
- o Personel, hasta yakınları ve basın için brifing alanları belirlenir.

Alarm durumundan çıkılması

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

Hastanenin tıbbi bakım kapasitesi ve imkânlarının değerlendirilmesi

Her aşamada müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkânlarına bağlıdır. Kapasite, nicel yönleri ifade eder (yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahının olup olmaması, ya da karantinaya

almanın gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.). Olay Yönetim Ekibi derhal aşağıda belirtilen kritik bilgilere ulaşmalıdır:

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

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

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

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

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

6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

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

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

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

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

6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

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

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

6.1.3. Personelin Geri Çağırılması

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

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

6.1.4 Gönüllü Yönetimi

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

6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

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

6.2 Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

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

7. HASTANE AFET TRİYAJ ALANI

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

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

7.1 Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu

- Kitlesele yaralanma olayı sınırlıysa (toplam yaralı veya hasta sayısı 10’dan azsa) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (*hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar*), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servise gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.

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

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

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

- 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) ile ilgili konum, alan belirleme ve işaretleme, donanım gibi temel hususlarda ilgili prosedürlere uygun davranılır.

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

7.2 Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler **çıkartılmamalıdır**. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı *Form 8-9-10-12* tutulmalıdır.

• Alandaki Personel

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

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi

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

• Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel

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

• Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Serviste ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır (*Form 8, Form 9, Form 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 Sorumlu Hekimi 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 Talimatı'nda belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteynır, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.





7.3 Triyaj ilkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

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

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

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

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

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

7.4 Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi

Gerektiğinde hastanemizde hasta tahliyesi şu sıralama ile yapılacaktır.

- 1- Yeni doğanlar, küçük çocuklar, makineye bağlı olmayan, yürüyebilen hastalar,
- 2- Tekerlekli sandalye ve yürüteçte hareket edebilen hastalar,
- 3- Taşınması için sedye ve vb. ekipmanlara ihtiyaç duyan hastalar,
- 4- Tekerlekli sandalye ve yürüteçte hareket edebilen hastalar,
- 5- Tüm yoğun bakım ünitelerindeki hastalar,
- 6- Yaşam şansı en az olan hastalar

Hastanemiz gerektiğinde tahliye kararı alabilir.

Kısmi tahliye (iç tahliye) aynı birim içerisinde bir odadan diğerine taşınmadır.

Genel tahliye kurum dışına taşımayı ifade eder.

Tahliye uzun vadeli etkileri olabilen bir süreçtir. Tahliyenin ne kadar hızlı olduğu değil, ne kadar güvenli olduğu önemlidir.

1. Derecede öncelikliler: ACİL / EN ÖNCE NAKLEDİLECEK olanlardır;

Hemen ve etkili müdahale edildiğinde ve hastaneye gönderildiğinde yaşama şansı yüksek olan ağır yaralı ve ağır hastalar bu gruba girer. Bu sorunlar:

- Solunum güçlüğü
- Ağır şok
- Durdurulamayan (kontrol altına alınamayan) kanama
- Açık göğüs ya da karın yaralanması
- Yüzün ya da solunum yollarının etkilendiği ağır yanıklar
- Vücut yüzeyinin % 40 ndan fazlasının etkilendiği yanıklar
- Ağır kafa yaralanması
- Diyabetliler
- Zehirlenmeler
- Normal olmayan doğumlar

2. Derecede öncelikliler: GECİKTİRİLEBİLECEK olanlardır;

Bu kazazedelere alanda gerekli acil bakım verildikten veya durumlarının daha kötüleşmesi önlendikten sonra nakil için bekleyebilirler

- Birinci derecede öncelikli hastalar nakledilene (2-3 saat) kadar bekleyebilecek olanlardır. Sorunları:
- Müdahale edildiğinde durdurulan kanamalar
- Vücut yüzeyinin % 15-40 nın etkilendiği yüzeysel yanıklar
- Birden fazla kırıkların olması
- Sırt/omurga yaralanmaları

3. Derecede öncelikliler: **BEKLEYEBİLECEK** durumda olanlardır;

Acil bakım verilmese bile yaşamsal tehlikesi olmayanlar bu gruba girer. Bu kişiler, olay yerini kendileri de terk edebilecek durumdadırlar ya da olay yerinden en son nakledilebilirler. Olası sorunları:

- Basit kapalı kırıklar
- Önemsiz yaralar (yüzeysel – küçük çaplı ve kanama olmayan) veya önemsiz hastalıkları olanlar
- Psikolojik olarak etkilenmiş ama ciddi yaralanması olmayanlar

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

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

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

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1 Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1 Kontamine Hastalar

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

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

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

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

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

8.1.3 Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

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

8.1.4 Acil Serviste Temel İşlevler

Hastanenin HAP hazırlama komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir.

- *Acil Servis Sorumlu Doktoru*
 - o Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,
 - o Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralılar için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,

o Acil Servis Sorumlu Doktorunun bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis Doktoru bu görevi üstlenecektir,

o Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Sorumlu Doktoru herhangi bir hasta/yaralı yönetimini **üstlenmeyecektir**.

- *Cerrahi Uzmanı*

o Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Sorumlu Doktorunun koordinasyonunda çalışacaktır; hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün mertebe Acil Servis'te kalacaktır,

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

- *Anestezi Uzmanı*

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

- *Ortopedi Uzmanı*

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

- *Acil Servis Doktoru/Acil Servis Asistanı*

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

- *Acil Servis Sorumlu Hemşiresi*

o Acil Servis Sorumlu Hekimi'ne bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,

o Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

8.2 Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

- Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralıları, Olay Yönetim Ekibi tarafından verilecek karara göre, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj alanı, Acil Servis, diğer).

- Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralıları Ayaktan Tedavi Bölümüne yönlendirilir.

- Ambulanların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi, yalnızca prosedürlere (SOP 4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Sorumlusundan izin alınarak mümkündür.

- Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

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

- Afet stoğunun derhal kullanımına, Acil Servis Sorumlusu tarafından karar verilir. Afet stoğunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.

- Afet stoğunda hâlihazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

8.4 Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

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

- Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketlenmesi, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.

- Kişisel eşyalar için önceden belirlenen özel form (*Form 15*) kullanılır.

- Bu amaçla ayrılan özel oda (-1.kat güvenlik odası) depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve özel odada saklanır.

- Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alınca kadar özel odada saklanır.

- Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görevlisi/ görevli memur nöbet tutar.

8.5 Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

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

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

- Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Acil Servis Sorumlu Hekimi,

- Hekimler,

- Acil Servis Sorumlu Hemşiresi,

- Sağlık personeli,

- Sağlık dışı personel,

- Güvenlik personeli.

9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1 Genel İlke ve Esaslar

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

- Departman/Servis/Birim sorumluları, normal zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin yer aldığı listeler hazırdır. Bu listelerde çalışanların ad-soyadı, telefon numarası (ev ve cep) ve yaşadığı adres gibi bilgiler yer alır. Bu listeler, sürekli olarak güncel tutulmalı ve talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne teslim edilmelidir.

- Birime gelen bilgileri kaydetmek için, gerekli görülmesi durumunda, gelen arama kaydı tutulması gündeme gelebilir (*İlgili Form 29*).

- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.

- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir.

Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

9.1.1 Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır. Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:

- o Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,

- o Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,

- o Hem devam eden hem de tamamlanmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,

- o Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarını soruşturma mahkemesi dâhil olabilir), olay müdahalesine ilişkin yasal bir kayıt tutmak.

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

Bu kişiler:

- o Belirlenen idari görevliler,

- o İdari sorumlu,

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

9.1.2 Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir.

Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. Bu durum, şöyle özetlenebilir: **“torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir”** . Ayrıca, kanıtın alındığı yer ve konumun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi de önemlidir ve yasal yükümlülüktür.

9.2 Hasta Kaydı ve Takibi

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

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

9.3 Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

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

9.4 Medyayı Bilgilendirme:

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

9.5 Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

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

9.6 Durum Raporları

• Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli tamamlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği veya Halk Sağlığı Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.

• Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.

• Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:

- o Olayın tarifi (özet),
- o Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,
- o Hazırlık tarihi/zamanı,
- o Oluşan veya beklenen riskler,
- o Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,
- o Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,
- o İletişim bilgileri,
- o Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

9.7 Personel Brifingi

• Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi verilecektir.

• Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine tayin edilmişlerse) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1 Hastaneye Ulaşım

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

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

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

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

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

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

10.2 Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

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

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

- Hastaneye erişim yolunun 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 Talimatına göre çalışır, ilgili form (*Form 5-19*) ve kayıtları kullanarak rapor verir.

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

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1 Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (Genel İlkeler)

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

11.2 Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

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

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1 Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek “psikososyal müdahale ve destek” kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.

- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı arasından seçilmelidir. Bu meslek gruplarının hastanede olmaması durumunda Olay Yönetim Ekibi tarafından başka bir kişi görevlendirilmelidir.

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

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

- Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:

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

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

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

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

12.2 Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

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

• Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili HAP Başkanıyla sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulmalıdır. Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak yer almalıdır. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütülmelidir.

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

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

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

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

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

12.3 Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.
- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanına yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.
- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dâhil olmak üzere) muhafaza edilen 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 işbirliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4 Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, HAP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütmelidir.
 - Afet ve acil durumlardan 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 Politikalar İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütülmesi gerekmektedir.
- Gerektiğinde kurumlararası işbirliği protokolleri düzenlenebilir.
- Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde mutlaka "Afet ve Acil 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 işbirliği 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 hastane, geçici morg işlevi görececek bir alan açacaktır.

• 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

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

• Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi OYE tarafından belirlenir.

• Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölümlerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilmelidir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilmelidir.

• Hasta yakınlarının ölümlerin 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, ölümlerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.

• Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.

• Ölü ve kayıpların takibi, ölü takip listesi (*Form 11-12*) kaydı kullanılarak organize edilir.

14. DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERİN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ

Müdahale Prosedürü, basit, kısa ve pratik olmalı ve yalnızca ilgili departman/servis/birimlerin yetki ve sorumluluğunda olan faaliyetlere ilişkin bilgiyi sağlamalıdır.

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

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

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

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

- Eczane
- Laboratuvar ve Kan Bankası
- Teknik Bakım Hizmet
- Güvenlik
- Acil Servis
- Görüntüleme
- Temizlik Hizmetleri

14.2 Genel Yönetimle Koordinasyon Mekanizmaları

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

14.3 Raporlama Sistemi

Her Departman/Servis/Birim kendine ait SOP ve/veya M¼dahale Prosed¼r¼nde belirtildiği gibi Olay Y¼netim Ekibi'ni tam zamanında bilgilendirecektir. M¼dahale Prosed¼r¼n¼ ge¼ici olarak değiştirme ihtiyacı doğarsa, departman/servis/birim'in y¼netiminden sorumlu olan kişi, Olay Y¼netim Ekibi'ni derhal bilgilendirecektir.

14.4 Departman/Servis/Birim M¼dahale Prosed¼r¼ne Erişim

Her Departman/Servis/Birim'in M¼dahale Prosed¼r¼, herhangi bir g¼venlik engeli olmadığı s¼rece, basit bir taleple diğer departman/servis/birimlerin erişimine de a¼ılır. T¼m M¼dahale Prosed¼rleri, daimi olarak Olay Y¼netim Ekibinin erişimine a¼ık olmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLANLAR

GİRİŞ

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

Olaya Özel Plana konu olan acil durumlar; özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır.

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

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

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

HASTANE İÇİ YANGIN

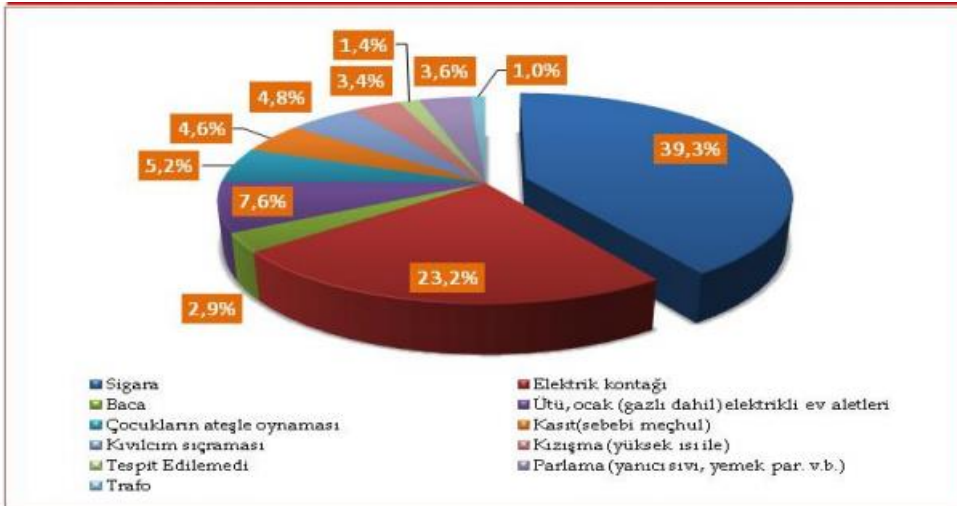
Hastanelerde bina içinde yangınlar sık sık yaşanmaktadır. Yangın, hastanelerde tahliyenin en yaygın nedenidir.

Hastane HAP Komisyonu, bina içi yangına karşı hazır olma ile ilgili bu bölümü dikkatli bir şekilde çalışmalı, gereken tüm Standart Operasyon Prosedürü ve kontrol listelerini geliştirmelidir. Bu konudaki prosedürler ayrıca güvenlik ve yangın (bina içi ve bina dışı) konusunda uzman olan kişilerle tartışılmalıdır. Personelin ne yapacağı hakkında basit algoritmalar geliştirmek önemlidir.

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





YANGIN VE SÖNDÜRME İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

YANGINLARIN SEBEPLERİ:



1. Sigara izmaritleri- kibrit,
2. Baca tutuşması,
3. Elektrik tesisatının kontrol, bakım ve onarımının yapılmaması,
4. Yıldırım Düşmesi
5. Güneş-Rüzgâr,
6. Akaryakıt sızıntısı,
7. Gaz kaçaqları

YANGIN TÜRLERİ:

 A SINIFI YANGINLAR	 B SINIFI YANGINLAR	 C SINIFI YANGINLAR	 D SINIFI YANGINLAR	
YANGIN SINIFLARI				
KORLU YANAN KATI MADDE YANGINLARI (A) Odun, Kağıt, Kauçuk, Tekstil, Deri, Kömür	AKARYAKIT YANGINLARI (B) Benzin, Mazot, Solvent, Reçine, Yağlar, Boyalar, Amin	GAZ YANGINLARI (C) L.P.G., Doğalgaz, Metan, Asetilen	YANICI HAFIF METAL YANGINLARI (D) Sodyum, Magnezyum, Alüminyum, Demir, Kalsiyum, Lityum	
SÖNDÜRME YÖNTEMLERİ				
SOĞUTMA YANMAYI ENGELLEME	ALEV ENGELLEME BOĞMA - SOĞUTMA	ALEV ENGELLEME	BOĞMA SOĞUTMA	
KULLANILACAK SÖNDÜRME MADDELERİ				
SU KÖPÜK ABC TOZ	KÖPÜK ABC TOZ	KARBONDİOKSİT HALOKARBON - HCFC	ABC TOZ KARBONDİOKSİT HALOKARBON - HCFC	D TOZU
DIKKAT EDİLECEK HUSUSLAR				
KORU SOĞUT	AKIŞI KES KESİNLİKLE SU SIKMA SADECE SUYU TANKI SOĞUTMAK İÇİN KULLAN	AKIŞI KES TANKI SOĞUT AKIŞI KESMEDEN YANGINI SÖNDÜRME	KESİNLİKLE SU SIKMA	

A Türü Yangınlar: Yanıcı katı madde yangınlarıdır (odun, kömür, kâğıt, ot, dokumalar vb.).

B Türü Yangınlar: Yanıcı sıvı madde yangınlarıdır (benzin, benzol, makine yağları, laklar, yağlı boyalar, katran, asfalt vb.).

C Türü Yangınlar: Yanıcı gaz madde yangınlarıdır (metan, Propan, bütan, LPG, asetilen, havagazı, hidrojen vb.).

D Türü Yangınlar: Hafif metallerle radyoaktif maddeler yangınlarıdır (lityum, sodyum, potasyum, alüminyum, magnezyum, vb.).

E Türü Yangınlar: Elektrik ve elektrikli cihazların yol açtığı yangınlardır.

YANGIN SÖNDÜRME YÖNTEMLERİ

Yangın Tehlikesi ise Yangının başlaması ve yayılmasına yol açabilecek riskleri ifade eden bir terimdir. Yangın Söndürme; Yangının kontrol altına alınması ve etkisinin tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Temel olarak bir yangını söndürmenin üç yolu vardır:

1-Soğutarak söndürme: Bir yangın, su sisi kullanarak yakıt sathının sıcaklığını alevlenme noktasının altına kadar düşüren soğutma yöntemi ile söndürülebilir. Yanan yakıtın yüzeyinin soğutulması buhar teşekkülünü önler. Buharlaştırma durunca yangın söner. Bu yangın söndürme yöntemine soğutma ile söndürme denir. Benzin gibi alevlenme noktası düşük yakıtlarda, yanmakta olan yakıtın su ile soğutulması buharlaşmayı durdurmaz. Soğutma, alevlenme noktası düşük yakıtların söz konusu olduğu yangınlarda etkin bir söndürme yöntemi değildir. Soğutma, alevlenme noktası yüksek yakıtların yangınlarını söndürmede kullanılan bir yöntemdir. Yakıtlarda, yanmakta olan yakıtın su ile soğutulması buharlaşmayı durdurmaz. Soğutma, alevlenme noktası düşük yakıtların söz konusu

olduğu yangınlarda etkin bir söndürme yöntemi değildir. Soğutma, alevlenme noktası yüksek yakıtların yangınlarını söndürmede kullanılan bir yöntemdir.

2-Boğarak söndürme: Yangınlar boğma yöntemiyle de söndürülebilir. Bir yangın, yanmak için gereksindiği havadan mahrum edilerek boğulabilir. Ateşin karbondioksit veya köpük örtüsü altına alınması, oksijenin kesilmesini sağlar. Bu söndürme yöntemine boğma denir. Derin bir kap içinde yanmakta olan benzinin üzerine bir su sisi püskürtülürse, suyun bir kısmı buharlaşıp havayı yeterince seyrelterek yangının boğulmasına ve sönmesine neden olabilir.

3-Yakıt kaynağını keserek söndürme: Bir yangın yakıt kaynağını keserek söndürülebilir. Genellikle yakıt kaynağı boru devresi üzerindeki bir vanayı kapamakla kesilebilir.

YANGIN SÖNDÜRME ARAÇLARI

Yangın söndürmede şu araçlar kullanılır;

1-Su: Yangınla mücadelede en çok kullanılan mücadele aracı sudur. Suyun ısıyı emmesi nedeniyle, söndürücü etkisi yüksektir. Su püskürtülmesi yangını başlıca soğutma etkisiyle söndürür.

2-Su sisi: B Grubu sıvı yangınlarında, yakıtın sıcaklığını alevlenme noktasının altına soğutabilmek üzere kullanılan yöntemdir. Yangınla yakın veya orta mesafeden mücadelede, sis şeklinde su kullanılır. Sabit su sisi püskürtme sistemleri de yangınları soğutup söndürmede ve ateşe maruz kalan teçhizatın korunmasında kullanılırlar.

3-Direkt su huzmesi: Yanan sıvıların teçhizatın altından süpürölüp uzaklaştırılması ve uzun mesafeden yangınla mücadelede kullanılır. Menzilin sonuna yaklaştığında direkt su huzmesi de damlacıklara ayrılır. Direkt huzmeler uygun şekilde kullanıldıklarında, uzun mesafede iyi bir sisle soğutma etkisi sağlayabilir. Petrolden çıkarılan yakıtlar A Grubu yanıcı maddeler tarafından tutuşturulduğunda bu yanıcı maddeler, su ile soğutularak tekrar tutuşmaları önlenir.

4-Seyyar Yangın Söndürme Cihazları:

a-Köpük: B türü yangınların söndürülmesinde kullanılan, protein köpük, su ve hava karışımının köpürmesi ile oluşturulan bir söndürme maddesidir.

b-Kuru Kimyasal Toz: Yangın söndürme işlemlerinde kullanılan bazı kimyasal madde tozlarının karışımıdır (Sodyum klorür, sodyum bikarbonat, mono amonyum fosfat, grafit, magnezyum karbonat, magnezyum oksit gibi).

Yangın türlerine göre toz çeşitleri vardır (ABC, BC, D tozu gibi).

c-Karbondioksitli Söndürücüler: İçinde yüksek basınç altında sıvılaştırılmış Karbondioksit bulunan ve B, C ve E türü yangınların söndürülmesinde kullanılan söndürücülerdir.

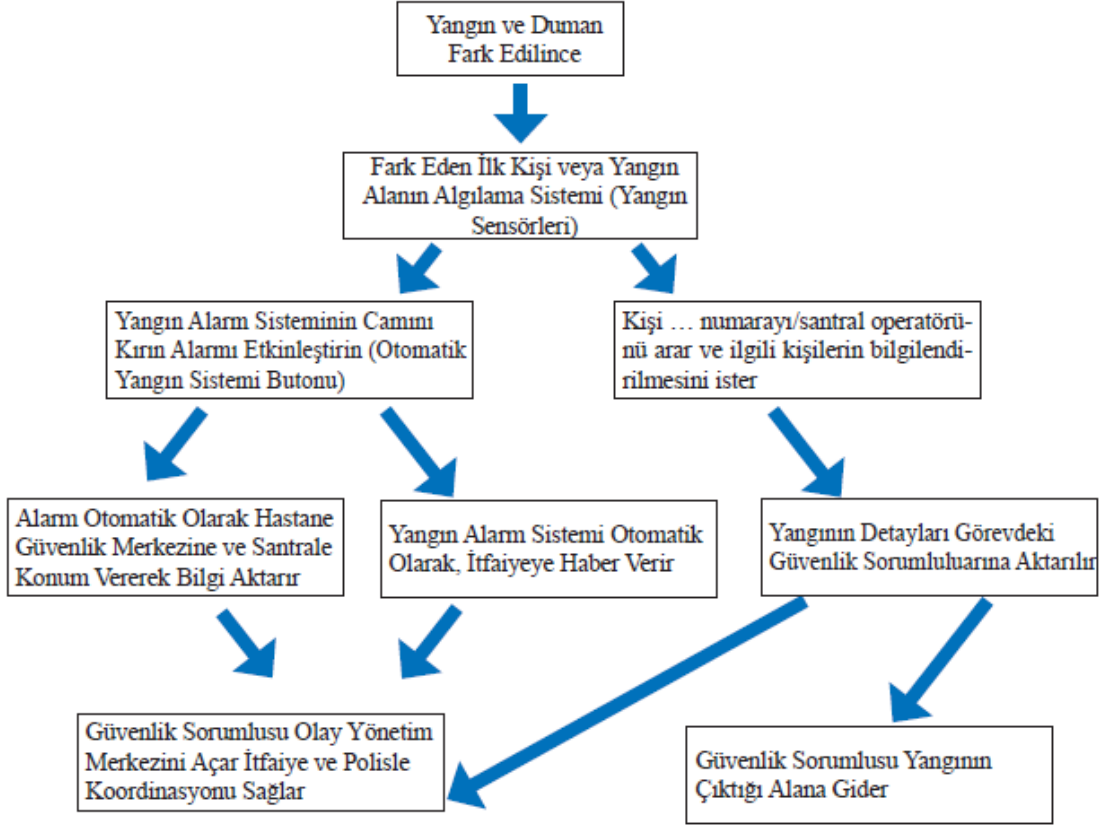
1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

- Ne yapacağınızı tam olarak bilmiyorsanız: Hızlı bir şekilde Hastane İçi Yangın Standart Operasyon Prosedürü'nü okuyun.
 - o Şu numarayı arayın (509) ve acil durum türünü ve yerini bildirin.
 - o Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangından hemen sonra, alarmla ilgili bir arama/görüşme olmadığı sürece tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- Sizin için tehlike arz etmiyorsa, **kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra:**
 - o Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangın/dumanı izole edin.
 - o Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı kapatın ve mümkünse izole edin.
 - o Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, binayı boşaltın.
- Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- Doktorlar ve sağlık çalışanları (kıdemli personel de dahil) güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, **dur, yat, yuvarlan** prensibini **uygulayın**: Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın. Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun.

1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması

İş Akış Şema No:1 Yangın /Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması



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

• Alarm Ver:

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

• Kurtar:

o Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olmak için, ne yapması gerektiğine yönelik olarak Standart Operasyon Prosedürünü uygulamalıdır.

o Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilene kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen ötesine taşınmalıdır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek olan merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine **yatay tahliye** tercih edilebilir.

o Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.

o Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye verilmelidir.

o Bir oda boşaltıldığında, odanın içinde kimsenin olmadığı yönünde hiçbir şüphe kalmaması için oda açıkça işaretlenmelidir. Yönünü şaşırın bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaret güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır.

o Bulunamayan hastalar için yatakların altı her zaman kontrol edilmelidir.

• **Kontrol Altına Al:**

o Yangınla mücadele mümkün olduğunda, en iyi şekilde, hastanenin kendi personeli tarafından yapılır.

o Eğitim almamış personelin taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmelerine izin verilmemelidir.

o Alevler kontrol altına alınamadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına almak önemlidir.

o Oksijen vanalarını kapatın. Kapıları tekrar açmayın, böylece yangın odadaki oksijeni tüketir ve bu şekilde sınırlı kalma eğilimi gösterir. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.

o Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.

• **Tahliye Et/Kaç:**

o Personel **yangın** ile ilgili prosedürü izlemelidir.

o Hastanenin tüm alanlarında her zaman yangınla mücadele için eğitimli personel bulunmalıdır. Yangın planı aktive edildiğinde, görevli yeleğini giymiş güvenlik personeli olay yerinde bulunmalıdır.

Bu kişinin talimatlarına uyulması sağlanmalıdır.

o Güvenlik ve Yangınla mücadele personeli hemen Görevli Yeleklerini giymeli ve bir sonraki seviyeye geçilene kadar, yangın bölgesi işleyişinin düzenlenmesi yetkisini üstlenmelidir.

o Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokileri ile birlikte verilen Tahliye Planına uyulmalıdır.

o Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemi yapmasını zorlaştırabilecek olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda kendi servisinizin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardım beklenmelidir. Bu olağanüstü bir durumdur. Böyle bir durumda, tahliyeler genelde itfaiye merdivenleri ile yapılmalıdır.

1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Yangın alarmı verildiği an **Olay Yönetim Ekibi** hemen faaliyete geçirilir.
- HAP Başkanı tarafından yetkilendirilen kişi hemen **Olay Yönetim Merkezine** gider ve merkezi açar:
 - o İtfaiye ile teması sağlar,
 - o Polis ile teması sağlar,
 - o 112 KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar,
 - o İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar,
- **Olay Yönetim Ekibi** toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:
 - o Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
 - o Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
 - o Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

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

- Tüm personel hastane içi yangın için düzenli olarak eğitim almalıdır ve her departmanda görev başında hastane içi yangına karşı yapılacakları bilen en az bir eğitilmiş personel olmalıdır (hemşire veya diğer görevlerde).
- İtfaiye hizmetlerinin tüm binalara rahat erişimini sağlamak amacıyla, hastanedeki her binanın etrafında kolay erişim için, araç yolu ve çıkış olması tavsiye edilir. Yollar her zaman açık tutulmalıdır. Personelin araçlarını izin verilen yerler dışına park etmesine müsaade edilmemelidir.
- Yangın kapıları çıkış yönünde açılmalı, kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucu olmalıdır. Koridorlarda duman geçirmeyen kapı olması yatay tahliye olan durumlarda yangından korunmada faydalı olur. Çıkış işaretleri açıkça görülebilir olmalıdır. Hasta odalarının kapılarının kapanması (alarm devreye alındığında kapıların otomatik kapanması sistemin düzgün çalışmadığı durumlarda) tehlikeli olabilir.
- Farklı türde yangın söndürücüler muhtemel yangının türüne göre kritik noktalara yerleştirilmelidir; konumları açıkça belirtilmeli ve o alanda çalışan personel nerede olduklarını bilmelidir.
- Mümkün ise hasta odaları ve diğer kritik odalara, duman ve ısı algılayıcılar ile otomatik sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmalıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Yangın prosedürleri bir şema, açıklama, kontrol listesi veya tüm bunların bir kombinasyonu 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

<p>Standart Operasyon Prosedürü No 1</p> <p>HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ</p>	<p>Faaliyetleri gerçekleştirme ve raporlama zaman çizelgesi</p>
<p>Temel Faaliyet: Personel, hastalar ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak ve mümkün olduğunda yangına müdahale etmek.</p> <p>Hedefler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen 509 numaraya ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, • Yangınla mücadele etmeye başlamak, • Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, • Daha fazla zararı önlemek 	<p>OLAY ANINDA/BEKLEMEDEN</p>
<p>Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler</p> <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), • Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının muhtemel gidişatıyla ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin, • Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız), • Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin. 	<p>OLAY ANINDA/BEKLEMEDEN</p>
<p>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan departman/servis/birimin yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir), • Servisin tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hastanın kalmadığından emin olmak için gidip odaları tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden birinin izniyle iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır, • Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirin ve hemen Güvenlik Sorumlusuna rapor verin (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır). 	<p>OLAY ANINDA/BEKLEMEDEN</p>

<p>Kullanılacak Materyaller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yağmurlama sistemi (sprinkler), • Yangın söndürme tüpleri, • Yataklar, sedyeler, • Mevcut durumun çok hızlı bir tahliye gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, • Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları. <p>Kalite Kontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Güvenlik personeli hazır bulunur, yangınla mücadele ve tahliye görev alır, • Hastaların servisten tahliye edilmelerinin ardından, servis boşaltıldığını belirtecek bir işaret koyun (örn: her odanın kapısının önünde bir yastık), • Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapın. <p>Zaman Dilimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alarm ver: Hemen • Kurtar: Hemen 	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, • Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, • Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı, • Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı, • Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı 	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>Karşılaşılabilecek Özel Durumlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yangınla etkili bir şekilde mücadele edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan servisteki odaların pencerelerini ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir hastanın kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangınla mücadeleye başlayana kadar kapıları asla açmayın, • Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın, • Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin. Bu olağanüstü bir durumdur. Tahliyeye her zaman öncelik verilmelidir 	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>Süreçe Dâhil Kişiler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli, • Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli, • Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örn. eczane), • Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel. 	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>Ekler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yangına müdahale malzemelerinin kullanımı ve bunların konumları, • Tahliye yolları için harita/kroki, • Raporlama için kayıtlar ve formlar 	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>Eylemlerin Kaydedilme Şekli</p> <p>Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu (her bir hastaya iliştilir)/ tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir. Raporlama mekanizması;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. <p>İzleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temel faaliyet: Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak. <p>Güvenlik Konuları:</p>	<p>OLAY ANINDA/ BEKLEMEDEN</p>
<p>İlk yayınlanma tarihi: 10/11/2016</p>	<p>Revizyon:-</p>

KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ

Hastane içerisinde meydana gelebilecek kimyasal olayların önlenmesi esastır. Hastane, düzenli olarak, dâhili kaynakların tehlike analizini ve risk değerlendirmesini gerçekleştirir. Bu bilgi temelinde, hastane, kimyasalları veya toksik gazları ile ilgili temizlik prosedürleriyle ilgilenen personelin eğitimi dâhil olmak üzere, önleyici tedbirleri oluşturur. Personel, tüm tatbikat ve eğitim faaliyetlerine aktif olarak katılmalıdır.

Kimyasal ve toksik gazların kullanma ve depolama alanları hasta alanlarından, ziyaretçilerden veya personelle etkileşimde olan alanlardan uzak olmalıdır. Bu ürünleri kullanacak personel eğitilmelidir. İhtiyaç duyulması halinde uygun giysileri giymeli, maskeleri ve solunum aparatlarını takmalıdır. Bu malzemelerden yeterli miktarda bulunmalı ve ihtiyaç duyulan yerlerde depolanmalıdır.

Önlemlere rağmen hastaneler içeride ve dışarıda toksik maddeyle meydana gelen kimyasal olaylardan etkilenebilir. Bu nedenle hastanelerde, insanları ve tesisi korumaya yönelik özel prosedürler bulunmaktadır.

2.1 Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

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

2.2 Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması

Hastanede kimyasal olaya müdahalede iş akışının başlıca basamakları şunlardır:

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

2.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

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

- Alandan hastaneye gelen hastalar ve diğer normal hastalar için triyaj faaliyetleri,
- Kontamine kişiler için acil servise girmeden önceki dekontaminasyon prosedürleri,
- Sürece dâhil olan personelin güvenliği ve emniyeti,
- Sağlık anlamında ciddi bir etkiyi önlemek amacıyla; geç ortaya çıkan ciddi semptomlara yönelik olarak taburcu hastalara uygulanacak takip faaliyetleri,
- Sürece dâhil olan personelin sağlığını korumaya yönelik takip sistemi,
- Sağlık yetkilileriyle bilgi koordinasyonu,
- Kontamine bölümden tahliye edilen hastalara yönelik alternatif tedavi alanının tespiti.

2.4 Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- Personelin güvenliği ve sağlığı önceliklidir.
- Akut olaylar, kronik salınım veya maruziyet, hastanede çok farklı kısıtlamalar yaratabilir.
- Akut olaylardaki akut ve geç ortaya çıkan semptomlar ilişkilidir.
- Çok sayıda kontamine kişi olması, akut sağlık hizmeti sunumu için büyük zorluk oluşturur. Hastanenin acil müdahale kapasitesini kolaylıkla aşabilir ve kaynakların (sürece dâhil olan personelin) yeniden dağılımı gerekli hale gelebilir; hastaların ve uygulanacak tedavi prosedürlerinin önceliklendirilmesi gerekebilir.
- Ağır yaralı hastaların, hayat kurtarmaya yönelik acil bakım hizmeti alması gerektiği durumlarda dekontaminasyon prosedürleri zaman tüketici olabilir. Triyaj faaliyetine dâhil olan personel, önceliğin hayat kurtarma olduğunu kabul etmelidir.
- Çok miktarda özel antidota ihtiyaç duyulabilir ve bu nedenle yalnızca bu tedaviye gerçekten ihtiyaç duyan hastaya verilmelidir.
- Hastane toksik maddenin içeriye dökülmesinden doğrudan etkilenebilir ya da dışardan kimyasal gaz bulutuna maruz kalabilir. Personel, dışarıdan hava girişini engelleyerek hastaneyi korumayı göz önünde bulundurmalıdır.

2.5 Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Hastane dekontaminasyon alanı asgari olarak aşağıdakileri içerir:

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

Dikkate alınacak diğer hususlar:

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

2.6 Standart Operasyon Prosedürü

Standart Operasyon Prosedür No 2	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
KİMYASAL OLAYLARDA HASTALARIN YÖNETİMİ	
Temel Faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tedavi edildiğinden ve personel güvenliğinin daimi olarak sağlandığından emin olmak. Hedefler <ul style="list-style-type: none">• Acil servise girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu (gerekirse triyaj yapılmasını) sağlamak,• Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek,• Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek,• Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi'nin koyduğu kabul ve ret kriterlerine uyun),• Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık, diğer) hazır olmasını sağlamak,• Triage faaliyetlerini düzenlemek,• Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak,• Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak.	OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN
Sırasıyla 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 takip çizelgesi/ formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın,• Temel bakım hizmetinin sunulmasını sağlamak için hasta kabul ve dekontaminasyon alanlarında yeterli sayıda personel ve ekipmanın bulundurulmasını sağlayın,• Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dâhil),• Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izin verin,• Nelerin transfer edildiğinin kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından),• Geç ortaya çıkan semptomların yeterli tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın,• Standart tedavi protokollerine uyulmasını sağlayın,• Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim , özel ilaç ve antidot almak için kabul- ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa),• Bir oda veya bölüm tehlikeli hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yeniden yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin,• Personeli olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delilleri karartma açısından uyarın.	OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN

<p>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verin, • Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığını kontrol edin, • Personelin aşırı sağlık risklerine maruz kalmadığından emin olun, • Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olun. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Kullanılacak Materyaller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, • Dekontaminasyon Ünitesi: dekontaminasyon alanı, malzemeler (duş, sabun vb.), atık suların yönetimi, • Dekontaminasyon prosedürü, • Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi), • Hasta dosyaları, • Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman, • Kayıt malzemeleri (Triyaj kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.). <p>Kalite Kontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontamine hastalar dekontamine edilir ve akut tıbbi bakım hizmetini alır, • Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığı korunur, • Hastane ekipmanına kimyasal bulaşması engellenir, • Temel hastane hizmetlerinin devamlılığı sağlanır, • Hastalar, sağlık sonuçları hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilir. <p>Zaman Dilimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olaya özel planlarının faaliyete geçirilmesinden hemen sonra. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi bakım hizmeti sunumunun devamlılığına ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri, • Güvenlik sorumlusu İş Akış Talimatı, • Birim Sorumlusunun İş Akış Talimatı, • Multisektörel müdahalenin yönetimi konusunda KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü (112 KKM/il SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçin. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Karşılaşılabilecek Özel Durumlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini farz ederek ihtiyati prosedürleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın, • Kontamine olmuş kişilerin sayısı (şehirlerde yüzlerce kontamine olmuş kişiye kadar), tedavi için kullanılan mevcut kaynakların sayısından fazlaysa, müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Sürece Dahil Kişiler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel, • Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Ekler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita, • Kayıtlar ve formlar, • Kontrol listesi, • Triyaj protokolü, • Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili). 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Eylemlerin Kaydedilme Şekli</p> <p>Kayıtlar: Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi, toplum sağlığı takibi, Formlar: Triyaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi, Raporlama mekanizması:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olay yönetim ekibinin talimatına uyun, • Hastalar, taburcu edilmeden önce hasta bilgilendirme formunu alır (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağı). <p>İzleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sürece dâhil olan personelin sağlığının değerlendirmesi (çalışan sağlığı ve güvenliği), • Tedavi edilen hastaların takibi (geç ortaya çıkan semptomlar), • Halk sağlığına uzun süreli etkileri, bu amaç doğrultusunda geliştirilen toplum sağlığı programı ile izlenir. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>İlk Yayınlanma Tarihi: 10/11/2016 Revizyon:- 01.08.2018-01.01.2019</p>	

HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR

(KISMEN VE YA TAMAMEN)

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

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

3.1 Tahliye Tanımı ve Yöntemleri

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

Tahliye Yöntemleri:

- **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 'Tahliye', 'T' ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

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

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

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

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

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenebilir. Bu yerler;

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

3.2 Tahliyede Genel İlkeler

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

- Bir birimin ya da departmanın tahliye edilmesi ile ilgili olarak personelin, ziyaretçilerin ya da yürüyebilen hastaların hangi rotayı takip edeceğini bilmesi önemlidir. Hastanenin fiziki koşulları uygun ve birden fazla tahliye yolu var ise tek yönlü (gidiş yolu ayrı dönüş yolu ayrı) trafik akışı planlanmalıdır. Bu yollardan dönüş yolu tahliye için geri dönen personele ayrılabilir. Eğer hastane fizik koşulları uygun değilse, tek tahliye yolu iki yönlü trafik akışı için (iniş ve çıkışlarda yolun sağ tarafı kullanılır) planlanır.

Koridorlarda ve basamaklarda trafik akışını organize etmek hayati öneme sahip olup doğaçlama olarak yapılamaz. Bu nedenle, bu Olaya Özel Plan, tahliyeye yönelik haritalar içermelidir. Toplanma alanı ya da bekleme alanı, hastaların ve personelin sonraki ulaşım ve nakilleri için bekleyebileceği emniyetli bir yer olarak seçilmelidir.

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

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

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

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

• Kayıtlar, listeler ve zaman çizelgeleri gibi idari dokümanlar, tahliye planının bir parçası olarak önceden ve hastanenin asıl ihtiyaçlarına göre hazırlanmalıdır. Her hastanın, gideceği yer açık bir şekilde yazılmalıdır. Ambulanslara alındıklarında ve alımı yapan hastanede (nakil yapılan yer), hastalar ayrıca kayıt altına alınmalıdır. Tüm hastaların nakledildiğini ve nerede olduklarını bilmek için merkezi bir sistem oluşturulmalıdır. Alım yapacak tesise haber verilmediyse ve hastayı kabul etmeye hazır değilse kritik hastalar nakledilmemelidir. Tahliye senaryosunun hiç konuşulmaması ya da personelin her durumda ne yapacağını bildiğini düşünmesi nedeniyle birçok hastanede bu büyük bir sorun olmaktadır. Bu nedenle, böyle bir duruma gerçek anlamda hazırlıklı olmak üzere HAP Komisyonunun bu konu üzerinde çalışması tavsiye edilmektedir.

3.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

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

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

3.4 Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

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

- Her bölümün ve birimin, tahliye için özel bir SOP'u olmalıdır. Bu SOP, gerekli tüm aşamaları açıkça belirtmelidir (Tahliye, acil durumda yalnızca hastaların taşınmasını değil aynı zamanda önemli ekipmanların da güvenli hale getirilmesini ve taşınmasını gerektirebilir).

- Kritik görevlerdeki personel, kendi İş Akış Talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda kişisel inisiyatif kullanılır.

- Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları belirtilir ve krokilendirilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yollar belirlenir.

- Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.

- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. **Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır.** Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

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

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

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

3. 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 verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. SOP, personeli eğitmek ve tatbikatlar hazırlamak açısından önem arz eder.

Standart Operasyon Prosedür No 3	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
DÂHİLİYE BÖLÜMÜ KISMİ YATAY TAHLİYESİ	
Temel faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler <ul style="list-style-type: none">• Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak,• Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak,• Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak,• Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak,• Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek,• Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN

<p>Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin, • Bölüm (servis...) personeline, tahliye kararı alındığını bildirin, • Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda temin edin, • Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler), • Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin, • Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın, • Tekerlekli sandalyeyle, sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin, • Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun, • Yatağı transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçınin), • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın, • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın) • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın, • Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, • Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın, • Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu), • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edilmelidir. <p>Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile, transfer işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası). 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin. <p>Kullanılacak Materyaller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliye gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). <p>Kalite Kontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. <p>Zaman Dilimi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildiriminden sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İşAT, • Departman sorumlusunun İşAT 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>

<p>Karşılaşılabilecek Özel Durumlar</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik sorumlusundan acil yardım talebinde bulunun, Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Sürece Dahil Kişiler</p> <ul style="list-style-type: none"> Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli. (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır). 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Ekler</p> <ul style="list-style-type: none"> Tahliye yollarına ilişkin krokiler, Kayıtlar ve formlar, Kontrol listesi. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Eylemlerin Kaydedilme Şekli</p> <p>Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı; Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştilmiş halde)/tıbbi kayıt; Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi; Raporlama mekanizması;</p> <ul style="list-style-type: none"> Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uyun. <p>İzleme</p> <ul style="list-style-type: none"> Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun. 	<p>OLAY ANINDA /BEKLEMEDEN</p>
<p>Güvenlik Konuları</p>	
<p>İlk yayınlanma tarihi: 10/11/2016 Revizyon:- 01.08.2018 01.01.2019</p>	

HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ

(İç ve ya 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 ka yıplar** ve **dış acil durum/afet hasarları** gelmektedir. Kritik sistemlerin kaybı halinde ve hastane dışından hiçbir yardım alınamadığı durumlarda hastanenin yönetimi için Olaya Özel Plan hazırlanmıştır.

• **Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar**

Kritik sistemler binanın hizmet verebilmesi için gerekli sistemler, bağlantıları ve uzantılarıdır (su, atık su, elektrik, haberleşme, ısıtma, havalandırma, gaz, tıbbi gaz, jeneratör, transformatör, dağıtım-kontrol panelleri, yangın algılama-söndürme, acil çıkış sistem ve tesisatları vb.).

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

• **Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar**

Bir dâhili acil durum sebebiyle ya da fırtına, deprem ve erişim yollarına zarar veren ani seller gibi bir afet sonucunda hastanenin haberleşmesi, bulunduğu yerleşimle ulaşımı, dış dünya ile irtibatı kesilebilir.

Böyle durumlarda İş Sürekliliğinde Kesinti ile ilgili Olaya Özel Plan, Tahliye konusundaki Olaya Özel Plan ile fonksiyonel bağlantısı sağlanarak geliştirilmelidir.

4.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

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

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

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

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

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

o Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli 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 Planında ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.

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

4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

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

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.

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

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

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

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

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

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

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

- o Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.

o Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.

- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.

- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal **zararın değerlendirilmesini** istemek.

- Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak.

- Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.

- Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.

- Gerektiğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir).

- Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.

- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek.

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

- Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir).

- Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek.

- Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatla 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 sınıflamasını** esas almaktadır):

- **A Sınıfı kritik fonksiyonlar:**

∅ Hastanenin temel hizmetleri sağlması 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 sağlması 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.

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri ⁹
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'nün 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. Bölümler arası kilit işlevlere 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 kısıtlı 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	
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	

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

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

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

