



HALK SAĞLIĞI HİZMET BİRİMLERİ

İZLEME VE DEĞERLENDİRME PERSONELİ

SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI

EĞİTİM REHBERİ

Ankara
2023



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığı

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Sedat KAYGUSUZ

Genel Müdür

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman ÖZSARI

Genel Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Tuğba Güler SÖNMEZ

Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Daire Başkanı

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Ayşegül ÖZKAN

Hatice Bahar YAKARYILMAZ ŞAHİN

Fatmahan ŞANVER

Münüre YILMAZ

Yağmur ÇAĞLAR

Yasemin GÜÇTAŞ



ÖNSÖZ

Misyonumuz, insan merkezli yaklaşımla, birey ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, halkın yaşam kalitesini yükseltmek ve halk sağlığını tehdit eden konularda gerekli tüm önlemleri almaktır. Bu çerçevede temel ve koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirerek ve çağın gerekliliklerine uygun bir şekilde sunmak için Genel Müdürlüğümüz tarafından çok çeşitli programlar yürütülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aktif rol, taşra teşkilatlarımız ve bağlı birimlerine düşmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ve sunulan hizmetin izleme ve değerlendirilmesi, ilerlemenin boyutu ve amaçlara ulaşma yönünden bize çok kıymetli bilgiler sunar. İzleme ve değerlendirme süreci, kurumsal öğrenmeyi ve buna bağlı olarak faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini sağlar. Hedefimiz; merkez ve taşra teşkilatlarımızda izleme ve değerlendirme çalışmalarını yürüten personelin, koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin bilgi ve becerilerini artırmak, daha etkili ve nitelikli koruyucu sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunmak için etkin bir izleme ve değerlendirme yapılmasını sağlamaktır.

Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığınca yürütülen “Halk Sağlığı Hizmet Birimleri İzleme ve Değerlendirme Personeli Sertifikalı Eğitim Programı” ile Bakanlığımıza nitelikli bir izleme ve değerlendirme kadrosu kazandırılması amaçlanmaktadır. Gerçekleştirilecek eğitimlerde yararlanılacak olan bu kitabın hazırlanmasında da emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Prof. Dr. Sedat KAYGUSUZ
Genel Müdür

KISALTMALAR

AH	: Aile Hekimi
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASİE	: Aşı Sonrası İstenmeyen Etki
AP	: Aile Planlaması
ASÇ	: Aile Sağlığı Çalışanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ATS	: Aşı Takip Sistemi
BBSKK	: Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşları
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BYT	: Biyotinidaz
BZBH	: Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar
CBS	: Coğrafi Bilgi Sistemi
ÇEKÜS	: Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı
ÇKYS	: Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
ÇPGD	: 0-6 Yaş çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı
ÇST	: Çevre Sağlığı Teknisyeni
DGT	: Doğrudan Gözetimli Tedavi
DHSDS	: Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUCS	: Erken Uyarı Cevap Sistemi
FKÜ	: Fenilketonüri
GBP	: Genişletilmiş Bağışıklama Programı
GGK	: Gaitada Gizli Kan
HTS	: Hızlı Takip Sistemi
HPV	: Human Papilloma Virüsü
HSYS	: Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
HSL	: Halk Sağlığı Laboratuvarı
HYP	: Hastalık Yönetimi Platformu
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
İZCİ	: Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi
KBRN	: Kimyasal Biyolojik Radyolojik Nükleer Tehditler
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KRS	: Kanser Randevu Sistemi
MBYS	: Muayene Bilgi Yönetim Sistemi
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
OPA	: Oral Polio Aşısı
OSGB	:Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi
ÖBS	:Ölüm Bildirim Sistemi
PPD	: Tüberkülin Deri Testi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
TAPDK	: Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu
TENMAK	: Türkiye Enerji, Nükleer ve Maden Araştırma Kurumu
Td	: Tetanoz Difteri
TSH	: Tiroid Stimülan Hormon
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
UATF	: Ulusal Atık Taşıma Formu
USVS	:Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
UTS	: Ulusal Tüberküloz Sistemi
UYAP	: Ulusal Yargı Ağı Projesi
YUKK	: Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu
VGT	: Video Gözetimli Tedavi
VSD	: Verem Savaş Dispanseri Birimi

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	ix
BÖLÜM I	1
İZLEME VE DEĞERLENDİRME	1
1.1. GENEL BİLGİ	1
1.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME EKİP ÜYELERİNİN NİTELİKLERİ	2
1.3. İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMLARI	3
1.3.1. İzleme ve Değerlendirme Formları Neden Gereklidir?.....	3
1.3.2. İzleme ve Değerlendirme Formlarının Yapısı.....	3
1.3.3. İzleme ve Değerlendirme Formları	3
1.4. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ	3
1.5. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN SONUÇLANDIRILMASI	5
1.5.1. ASM-AHB İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması	5
1.5.2. TSM, Bağlı Birim ve Diğer Birimlerin İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması	9
BÖLÜM II	11
HUKUK VE MEVZUAT	11
2.1.TANIMLAR	11
2.1.1.Hukuk.....	11
2.1.2.Yaptırım	11
2.1.3. Mevzuat	11
2.1.4. Normlar Hiyerarşisi	11
2.1.5. Normlar Hiyerarşisinin Değişik Görünüm Şekilleri	13
2.1.6. Anayasal Koruma	15
2.1.7. Yargısal Koruma.....	15
2.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ MEVZUAT	17
2.2.1. Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnameler ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri	17
2.2.2. Tüzükler	17
2.2.3. Yönetmelikler	17
2.2.4. Tebliğler.....	18
2.2.5. Yönergeler	18
2.2.6. Genelgeler.....	19
2.2.7. Genel Yazılar	20
2.3. YASAL DAYANAK.....	21
2.3.1. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (R.G. 10/07/2018-30474).....	21
2.3.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge 23	
2.3.3. İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Biriminin Görevleri	25
2.3.4. Aile Hekimliği Kanunu.....	26

2.3.5.	Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	26
2.3.6.	Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği	26
2.3.7.	Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.....	30
BÖLÜM III.....		31
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI		31
3.1.	TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	31
3.1.1.	ÇEKÜS (Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi	32
3.1.2.	Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi	33
3.1.3.	Diyabet ve Obezite Birimi	33
3.1.4.	Entegre Sağlık Merkezi.....	33
3.1.5.	Hemoglobinopati Tanı Birimi.....	34
3.1.6.	Göçmen Sağlığı Merkezi	34
3.1.7.	KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Birimi.....	35
3.1.8.	Çalışan Sağlığı Merkezi (ÇASMER).....	35
3.1.9.	Sağlık Evi.....	35
3.1.10.	Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM).....	36
3.1.11.	Sıtma Savaş Birimi	39
3.1.12.	VSD (Verem Savaş Dispanseri) Birimi	40
3.2.	AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ	41
3.3.	HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI.....	43
3.4.	KANSER KAYIT MERKEZİ	44
3.5.	CEZA İNFAZ KURUMLARINDA (CİK) SUNULAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	44
3.5.1.	Hizmet Sunum Dayanakları;	44
3.5.2.	Genel Bakış;	45
3.5.3.	Sevk, İleri Muayene, Tetkik ve Tedavi Hizmetleri:	45
3.5.4.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri:.....	46
3.5.5.	Sağlık Eğitimi ve Sağlık Denetimleri:.....	46
3.5.6.	Hizmet Talebi ve Talebin Değerlendirilmesi:	46
3.5.7.	Hizmetlerin Ücretlendirilmesi:	46
3.5.8.	Ceza İnfaz Kurumları Sağlık Hizmetlerinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	46
3.6.	BİRİNCİ BASAMAK ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİ	47
BÖLÜM IV.....		49
FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR		49
4.1.	GENEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR	49
4.1.1.	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsatlandırma İşlemleri	49
4.1.2.	Kiralama	49
4.1.3.	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi.....	50
4.1.4.	Tabela ve Yönlendirme İşaretleri	50
4.1.5.	Tıbbi Cihazların Envanteri	59
4.1.6.	Tıbbi Atık Kontrolü	59
4.1.7.	Arşiv Düzenlemesi	60

4.1.8. Taşınmaz (Bina) Envanteri.....	60
4.2. BİRİME ÖZEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR	61
4.2.1. Aile Sağlığı Merkezi	61
4.2.2. Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırılması.....	63
4.2.3. Gruplandırma Değerlendirme Formu.....	66
4.2.4. Halk Sağlığı Laboratuvarı.....	72
BÖLÜM V	75
EPİDEMİYOLOJİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ.....	75
5.1. EPİDEMİYOLOJİ.....	75
5.1.1. Tanım.....	75
5.1.2. Kullanım Alanı	75
5.1.3. Epidemiyolojinin Stratejisi	75
5.2. SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ (GÖSTERGELERİ)	75
5.2.1. Ölçütlerle İlgili Temel Kavramlar.....	76
5.2.2. Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler.....	76
5.2.3. Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler	77
5.2.4. Hastalık (morbidite) düzeyini belirleyen ölçütler	78
5.2.5. Diğer Ölçütler	78
BÖLÜM VI.....	81
BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA.....	81
6.1. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ	81
6.1.1. Genel Bilgiler.....	81
6.1.2. İlgili Mevzuat	82
6.1.3. Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Mevzuatı	84
6.1.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim	85
6.1.5. Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenlerinin Bildirimi	86
6.1.6. Bulaşıcı Hastalık Bildirim Oranları	86
6.2. Akut Halk Sağlığı Tehditleri ve Erken Uyarı Cevap Sistemi	86
6.3. Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi-İZCİ	89
6.4. Tüberküloz Kontrol Hizmetleri	89
6.5. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar	94
6.6. Deri ve Zührevi Hastalıklar	95
6.7. BAĞIŞIKLAMA	96
6.7.1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP).....	96
6.7.2. Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi.....	97
6.7.3. Gebelerde Aşılama	97
6.7.4. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi	97
6.7.5. Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları (Önerilen Risk Gruplarına)	97
6.7.6. Sağlık Çalışanı Aşılama.....	98
6.7.7. Göçmenlere Yönelik Aşı Uygulamaları.....	99
6.7.8. Soğuk Zincir Kuralları ve Aşı Teminine İlişkin Hususlar	100

6.7.9.	Buzdolabına Aşı Yerleştirirken Dikkat Edilecek Hususlar:.....	101
6.7.10.	Aşı ve Antiserum Sıcaklık ve Stok Takip Sistemi (ATS).....	102
BÖLÜM VII		105
BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR		105
7.1.	KANSER	105
7.1.1.	Kanser Kayıtçılığı	105
7.1.2.	Kanser Taramaları.....	106
7.2.	KRONİK HASTALIKLAR.....	112
7.2.1.	Hastalık Yönetim Platformu.....	112
7.2.2.	Hipertansiyon.....	115
7.2.3.	Diyabette Danışmanlık Hizmetleri.....	115
7.2.4.	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	117
7.2.5.	Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlemi.....	118
7.3.	OBEZİTE VE DİYABET/SAĞLIKLI BESLENME DANIŞMANLIK HİZMETLERİ.....	119
7.4.	PSİKOSOSYAL DESTEK.....	121
7.4.1.	0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı	121
7.4.2.	ÇPGD Programı Kapsamında İl Değerlendirmesinde Kontrol Edilmesi Gerekenler	122
7.5.	OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ	122
7.5.1.	Okul Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	123
7.5.2.	Okullarda Sağlık Eğitimi	123
7.6.	TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE HİZMETLERİ.....	124
7.6.1.	Tütün Kontrol Çalışmaları	124
7.6.2.	Uyuşturucu İle Mücadele Çalışmaları.....	126
7.6.3.	Alkol Kontrol Çalışmaları.....	128
7.6.4.	Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Hizmetlerinde İSM ve TSM'nin İzleme ve Değerlendirmesi	129
BÖLÜM VIII.....		131
KADIN, ÇOCUK ve ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ.....		131
8.1.	KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ	131
8.1.1.	15-49 Yaş Kadın İzlem	131
8.1.2.	Evlilik Öncesi Danışmanlık	132
8.1.3.	Üreme Sağlığı	132
8.1.4.	Üreme Sağlığı Halk Eğitimleri	133
8.1.5.	Doğum Öncesi Bakım Protokolü.....	133
8.1.6.	Riskli Gebelik Yaklaşımı	141
8.1.7.	Doğum Sonrası Bakım Protokolü.....	141
8.1.8.	Misafir Anne Uygulaması.....	145
8.1.9.	Gebe Bilgilendirme Sınıfı	145
8.2.	ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ	147
8.2.1.	Sağlığın Geliştirilmesi Programları.....	147
8.2.2.	Evlilik Öncesi Tarama Programları.....	162
8.2.2.1.	Hemoglobülinopati Tarama Programı.....	162

8.2.2.2.	Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı	164
8.2.3.	Yenidoğan ve Çocukluk Çağı Tarama Programları	164
8.2.4.	Beslenme Programları	176
8.2.5.	Bebek Ölümelerini İzleme Programı	178
BÖLÜM IX	181
ÇALIŞAN SAĞLIĞI	181
9.1.	ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİ	181
9.2.	MESLEK HASTALIKLARI VE İŞ KAZALARI	183
9.2.1.	Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı	184
9.3	BİRİNCİ BASAMAK BEYAZ KOD	186
BÖLÜM X	191
ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ	191
10.1.	ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ	191
10.1.1.	Şebeke Sularının Denetimi.....	191
10.1.2.	Ambalajlı Suların Denetimi	195
10.1.3.	Kaplıcaların Denetimi.....	195
10.1.4.	Yüzme Havuzlarının Denetimi	195
10.1.5.	Yüzme Sularının Denetimi	196
10.1.6.	Biyosidal Ürünler İle İlgili İşlemler.....	197
BÖLÜM XI	199
SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ	199
11.1.	TANIMLAR.....	199
11.1.1.	e-Nabız Sistemi	199
11.1.2.	e-Nabız Yönetim Web (Yönetim Paneli)	200
11.1.3.	Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Platformu	200
11.1.4.	Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Doküman Online	201
11.1.5.	Sağlık Kodları Referans Sunucusu (SKRS).....	201
11.1.6.	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)	202
11.1.7.	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS).....	202
11.1.8.	Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)	204
Mevcut Durum	204
Mevcut Modüller	205
11.1.8.1.	Muayene Bilgi Yönetim Sistemi	205
11.1.8.2.	Kanser Modülleri	205
11.1.8.3.	Evde Sağlık Yönetim Sistemi.....	206
11.1.8.4.	Misafir Anne.....	207
11.1.8.5.	Influenza Surveyans	207
11.1.8.6.	Tüberküloz Modülleri.....	207
11.1.8.7.	Sosyal Yardım	208
11.1.8.8.	Kullanıcı ve Rol Yönetimi.....	208
11.1.8.9.	Koruyucu Ağız Diş Sağlığı	208
11.1.8.10.	Diş Muayenesi.....	208

11.1.8.11. Okul Sağlığı.....	208
11.1.8.12. Beslenme ve Fiziksel Aktivite	208
11.1.8.13. Sağlıklı Hayat Merkezi Uygulamaları	209
11.1.8.31. Merkezi Entegre Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS)	213
11.1.8.32. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS).....	214
11.1.9. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS).....	214
11.1.10. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS).....	214
11.1.10.1. Neyim Var Sistemi	215
11.1.11. Reçetem Sistemi	215
11.1.12. Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS).....	215
11.1.13. Mekansal İş Zekası (MİZ) Platformu	216
11.1.14. Hastalık Yönetim Platformu (HYP)	218
11.1.15. Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (UMEP)	219
11.1.16. e-Rapor Sistemi	219
11.1.17. Teleradyoloji Sistemi	221
11.2. HSYS Mobil UYGULAMALAR	221
11.2.1. AŞILA Mobil Uygulaması	221
11.2.2. Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS) Mobil Uygulaması	222
11.3. AHBS VE HBYS'LERDE BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMALARI	223
11.4. İZLEME DEĞERLENDİRME BİLİŞİM SENARYOSU	226
BÖLÜM XII	229
İLETİŞİM, EKİP ÇALIŞMASI, ÇATIŞMA YÖNETİMİ	229
12.1. KİŞİLER ARASI İLETİŞİM.....	229
12.1.1. İletişimde Anlaşmayı Kolaylaştıran Özellikler	229
12.1.2. İletişim Becerileri	230
12.1.3. Etkili İletişimde Sık Kullanılan Teknikler	234
12.2. ÇATIŞMA YÖNETİMİ	235
12.2.1. Çatışma Nedir?	235
12.2.2. Çatışmaların Nedenleri	236
12.2.3. Çatışma Kavramına İlişkin Yanılgılar ve Gerçekler	236
12.2.4. Çatışma Yönetimi Stratejileri	237
12.2.5. Çatışma Yönetiminin Aşamaları.....	238
12.2.6. Çatışmaların Olumlu ve Olumsuz Yanları.....	240
12.3. EKİP ÇALIŞMASI.....	241
12.3.1. Ekip Nedir?	241
12.3.2. Ekip Çalışması Nedir?	241
12.3.3. Ekip Oluşturmanın Gerekçesi	241
12.3.4. Hangi Durumlarda Ekip Oluşturulmalıdır?.....	242
12.3.5. Ekip Oluşturulmasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	242
12.3.6. Ekip Çalışmasının Aşamaları.....	242
12.3.7. Ekip Liderliği	243

12.3.8.	Ekibin Çalışmasında Ekibin Üyelerinin Rolü	244
12.3.9.	Etkili Ekibin Özellikleri.....	244
12.3.10.	Ekibin Neden Başarısız Olurlar	245
12.3.11.	Ekibin Olarak Çalışmanın Avantajları	246
12.3.12.	Ekibin Çalışmasının Çalışan Motivasyonuna Etkisi	246
12.3.13.	EK-1 Test “İyi Bir Ekibin Üyesi Misiniz?”	247
BÖLÜM XIII.....		249
DİĞER HUSUSLAR.....		249
13.1.	HASTA MAHREMİYETİ	249
13.2.	YEŞİL VE KIRMIZI REÇETE	250
13.3.	ASM YÖNETİM KARAR DEFTERİ.....	251
13.4.	DEFİBRİLATÖR	252
13.5.	ASPIRATÖR.....	252
13.6.	GRUPLANDIRMA İŞLEMLERİ VE GÜVENLİK KAMERA SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ	252
13.6.	JENERATÖR -1	253
13.7.	JENERATÖR -2	253
KAYNAKLAR		255

BÖLÜM I

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

1.1.GENEL BİLGİ

İzleme, belirli göstergeler üzerinden sistematik veri toplayarak, devam eden bir programın idarecilerine ve paydaşlarına, ilerlemenin boyutu ve amaçlara ulaşma ile ilgili bulgular sunan ve süreklilik arz eden bir fonksiyondur. İzleme, bir programın ilgili hedefler ve sonuçlar açısından herhangi bir dönemde nerede bulunduğu bilgisini vermektedir.

Değerlendirme, yapılan uygulamaların, sağlanan hizmetlerin verimli, etkili ve başarılı olmasını sağlamak üzere uygulanan; değerlendirme, rehberlik ve kolaylaştırıcı süreçlerin tamamıdır. Yapılan işlerin verimliliğinin, etkililiğinin, etkisinin, ayırıcı özelliği ve sürdürülebilirliğinin analiz edilerek ortaya konulmasıdır. Değerlendirme, hedeflere nasıl erişildiğini gösterir. Değerlendirme süreci, güvenilir ve kullanışlı bilgiler sunabilmeli ve çıkarılan derslerin yardımı ile karar almaya katkı verilebilmelidir.

İzleme ve değerlendirme; yapılan çalışmaların, hizmetlerin ve aktivitelerin “sürdürülebilirliğinin sağlanması” için kullanılan en önemli araçlar arasındadır. İzleme ve değerlendirme süreci kurumsal öğrenmeyi ve buna bağlı olarak faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesini sağlar. İyi bir izleme ve değerlendirme sistemi; göstergelerin nasıl, kim tarafından, ne zaman ölçüleceğini gösteren ve bilginin karar mekanizmasını nasıl etkiyeceğini ortaya koyan bir sistem olmalıdır.

İzleme ve Değerlendirmenin Amaçları

- Süreci kontrol etmek: Yapacağınızı söylediğiniz şeyi yaptığınızı teyit etmek.
- Etkinizi belirleme: Hedef gruplar üzerinde istediğiniz etkiyi yaratıp yaratmadığınızı kontrol etmek.
- Destek için zemin oluşturmak: Fon sağlayıcı kuruluşlar ve diğer paydaşlarla paylaşmak üzere bilgi ve kanıt derlemek.
- Tekrarlamayı gerekçelendirmek: Programın genişletilmesi veya başka bir bölgede tekrarlanması için başarıyı gösteren kanıtlar bulmak.
- Çıkarılan dersleri kayıt altına almak.
- Projenin iyileştirilmesi için öneriler çıkartmak.



İzleme ve Değerlendirme süreçlerinde cevap aranan sorular;

İzleme: “Doğru yapıyor muyuz?” sorusuna cevap ararken, değerlendirme: “Doğru yapıyor muyuz?” sorusuna ek olarak “Sonuçları elde etmenin daha iyi yolları var mı?” sorusuna da cevap arar.

İzleme:

- Ne oldu?
- Nasıl oldu?
- Neden oldu?
- İşleri doğru şekilde yapıyor muyuz?

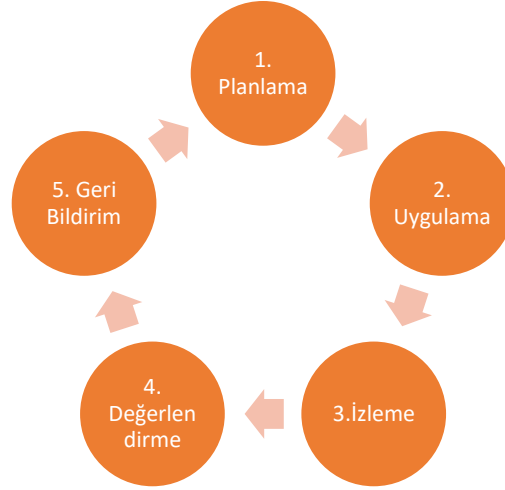
Değerlendirme:

- Nasıl bir fark ortaya kondu?
- Doğru işleri mi yapıyoruz?
- Sonuçları elde etmenin daha iyi yolları var mı?

İzleme ve Değerlendirme Süreçleri

1. Amaçların belirlenmesi
2. Ölçütlerin / Standartların belirlenmesi
3. İstenen başarının belirlenmesi (planlanması)
4. Gerçekleşen başarının ölçülmesi
5. Kıyaslama ve değerlendirme
6. Başarısızlık nedenlerini (sorun) bulma
7. Düzeltici eylemde bulunma (sorun çözme)
8. Yeniden planlama/Yeniden izleme ve değerlendirme

İzleme ve Değerlendirme Döngüsü



1.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME EKİP ÜYELERİNİN NİTELİKLERİ

- İzleme ve değerlendirme yapan sağlık personeli, farklı rolleri birarada yürütürler.
- İzleme ve değerlendirmesini yaptığı becerilerde **uzmandır**.
- Objektiftir, standart gözlem listeleri/değerlendirme rehberleri ile değerlendirme yapar.
- Bir görevin, becerinin yanlış bir şekilde yapılmasına izin vermez.
- Olumlu iletişim becerilerine sahiptir.
- Açık (iki-yönlü) iletişim kurar.
- Gerektiği anda geribildirim sağlar.
- Spesifik, açık, net, iyi tanımlanmış, objektif geribildirim verir.
- Olumlu geribildirim verir. Önce başarıları vurgular.
- Değerlendirilen kişinin geliştirmesi gereken hususları da açıkça tanımlar.
- Bu esnada olumlu ve açık beden dili kullanır, göz teması kurar.
- Nezaket kurallarına dikkat eder, saygılı ve olumlu ifadeler kullanır.
- Yargılayıcı, genelleme içermeyen değildir.
- Kişilere yönelik tanımlama yapmaz.
- Destekleyici sözler söyler.
- Olumsuz tavırlardan kaçınır. Yapıcı ve geliştirici yöntemler sunar.
- Asla teftiş eden kişi gibi davranmaz.

- Kendini otorite, tek bilgi kaynağı veya üstün statüde görmez.
- Stres, korku yaratmaz, eleştirmez.
- Kolaylaştırıcı, destekleyici, yüreklendirici yaklaşım ile yol gösterir.

1.3. İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMLARI

1.3.1. İzleme ve Değerlendirme Formları Neden Gereklidir?

Değerlendirmenin mevzuatla belirlenmiş olan standart formlar üzerinden yapılması;

- Değerlendirmenin tarafsız, objektif olmasına,
- Değerlendirme kriterlerinin standardının olması ile kişisel görecelikten uzak durulmasına,
- Her değerlendirme sürecinin önceki değerlendirme süreçleri ile karşılaştırılmasına,
- Değerlendirme işinin profesyonelleri tarafından formlar incelendiğinde değerlendirme bulguları ile ilgili kanıt dayalı aktarımların sağlanmasına imkân sağlar.
- İzlenen ve değerlendirilen sağlık personeli, değerlendirme kriterlerinin neler olacağı konusunda (standart olmasından dolayı) bilgi sahibi olacağından değerlendirme esnasında kendini daha rahat ve güvende hissedecektir.
- İzleme ve değerlendirme sırasında formlardan elde edilen bulgular doğrultusunda eksikliklerin giderilmesi için düzeltici/önleyici faaliyetler gerçekleştirilir.
- Ayrıca formlardan elde edilen bulgularla çalışan personelin eğitim ihtiyaçları da tespit edilebilir.

1.3.2. İzleme ve Değerlendirme Formlarının Yapısı

- Sağlık birimine/merkezine ait genel bilgiler (birim/merkez adı, personel durumu, adres vb.),
- Fiziki ve teknik şartların değerlendirilmesine yönelik sorular,
- Hizmetin değerlendirilmesine yönelik sorulardan oluşur.

1.3.3. İzleme ve Değerlendirme Formları

- EK-1 Aile Sağlığı Merkezinin İzleme ve Değerlendirmesi
- EK-2 Aile Hekimliği Biriminin İzleme ve Değerlendirmesi
- EK-3 ASM ve AHB'nin Olağan Dışı Durum, İhbar ve Şikayetlerinde Kullanılacak Denetim Formu ve İnceleme Tutanağı
- Toplum Sağlığı Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- AÇSAP Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Halk Sağ. Lab. İzleme ve Değerlendirme Formu
- Kanser Kayıt Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- KETEM İzleme ve Değerlendirme Formu
- Sağlık Evi Değerlendirme Formu
- Sitma Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Verem Savaşı Dispanseri Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Göçmen Sağlığı Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Sağlıklı Hayat Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu

1.4. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

- İl Sağlık Müdürlüğü ve Birimlerinin Performans Kriterleri doğrultusunda birinci basamak sağlık kuruluşları (ASM ve AHB hariç) yılda bir kez izleme ve değerlendirme formları ile değerlendirilir. Her yılın planı bir önceki yılın aralık ayında hazırlanmış ve onaylatılmış olmalıdır.
- Aile sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri olağan dışı izleme ve değerlendirmeler ihbar ve şikayetler vb. haller hariç olmak üzere yılda 2 kez, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendirdiği personelce izleme ve değerlendirmeler gerçekleştirilir. İzleme ve değerlendirme arasında en az ortalama 6 aylık süreler bırakılmasına özen gösterilmelidir. Aile hekimliği birimlerinin gruplandırma çalışmaları da olağan dışı ihbar ve şikayetler vb. haller hariç olmak üzere yılda 2 kez gerçekleştirilir.

- İl Sağlık Müdürlüğünce izleme ve değerlendirme yapılacak birimler ile değerlendirme yapılacak tarihlere ilişkin planlama yapılır.
- Planlama dahilinde izleme ve değerlendirme gerçekleştirecek olan personel için makam onayı alınır.
- İzleme ve değerlendirme planlanırken aile hekimliği hizmetlerinin aksamaması için aile sağlığı merkezi yönetici hekimine ve aile hekimlerine izleme ve değerlendirme yapılacağına en az 15 gün önceden bildirilmesi gerekmektedir.
- Hazırlanmış plan doğrultusunda izleme ve değerlendirmeyi gerçekleştirmek üzere yeterli sayıda ve yapılacak işe uygun nitelikte ekipler oluşturulması gerekmektedir.
- İzleme ve değerlendirmeyi gerçekleştirecek olan personelin izleme ve değerlendirme ile ilgili mevzuata ve uygulamaya hâkim olması ve izleme ve değerlendirme eğitimini almış olması gerekmektedir.
- Etkin bir izleme değerlendirme için zaman (uzaklık, birim sayısı, gezici sağlık hizmeti ve hasta yoğunluğu gibi etkenler dikkate alınmalı) planlamasına dikkat edilmelidir.
- Yeterli sayıda araç planlaması yapılmalıdır.
- İzleme ve değerlendirme için görevlendirilen personel, kullanılan bilgi sistemlerine hâkim olmalıdır.
- İzleme ve değerlendirmede kullanılacak yeterli sayıda boş form önceden çoğaltılmış olmalıdır.
- ASM'nin onaylı krokisinin bir örneğinin (bölümlerin metrekaresini ve ne için kullanıldığını gösteren) ekibin elinde olması önemlidir.
- Ekip üyeleri kılık kıyafet kurallarına uygun giyinmelidir.
- Planlanan zamanda hareket etmeye özen gösterilmelidir.
- Ekibin bir ekip başkanı olmalıdır.
- İzleme ve değerlendirme süresince ekip üyelerinin kurum kimliklerinin (isim ve unvanlarını gösterir) yakalarına takılı olması gerekir.
- İzleme ve değerlendirmeye giden ekip üyeleri, öncelikle kendilerini tanıtmalı, ekibin birimde bulunma nedeni hakkında ön bilgi vermelidir.
- İzleme ve değerlendirme sırasında birimlerde sağlık hizmetinin aksamamasına özen gösterilmelidir.
- İzleme ve değerlendirme sırasında hasta haklarına ve mahremiyetine dikkat edilmelidir.
- İzleme ve değerlendirme sırasında insani, idari, hukuki ve etik usul ve esaslara riayet edilerek, karşılıklı anlayış içinde olunmasına özen gösterilmelidir.
- İzleme ve değerlendirme ekibinin birimlerde birbirlerinden bağımsız bir şekilde dağılarak izleme değerlendirme formlarını doldurması doğru değildir.
- Öncelikle EK-1 Formu (Aile Sağlığı Merkezi İzleme Değerlendirme Formu) üzerinden ASM yönetici hekimi ve aile sağlığı elamanı eşliğinde izleme değerlendirmeye başlanmalı ve hiçbir soru atlamadan ilgili mevzuat hükümlerine göre her bir soru ayrı ayrı değerlendirilmelidir.
- Soğuk zincir değerlendirmesinde muhakkak soğuk zincir sorumlularının da izleme değerlendirme sürecine katılması sağlanmalıdır.
- Birimlerde bulunması zorunlu ilaçlar ile diğer ilaçların (kırmızı ve yeşil reçeteye tabi olanlar gibi) izleme ve değerlendirmesi sürecinde bu ilaçların kayıt ve miad takibinden ve saklama koşullarından sorumlu personelin de izleme değerlendirme sürecine katılması sağlanmalıdır.
- Birimlerin temizlik ve bakımının izleme değerlendirmesinde temizlik görevlilerinin de bu sürece katılması sağlanmalıdır.
- Aile Hekimliği Birimlerinin izleme değerlendirmesi yapılırken ilgili birimin aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının her ikisinin de bu sürece katılımı sağlanmalıdır.
- İzleme ve değerlendirme sürecinde çalışanlardan gelebilecek soru ve öneriler olabilir. Çözüm önerileri veya bilgi aktarılmalı o anda çözümlenecek bir şey değilse not alınmalı ve mutlaka en kısa sürede bilgi veya çözüm önerisi olarak geri dönüş yapılmalıdır.

1.5. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN SONUÇLANDIRILMASI

1.5.1. ASM-AHB İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması

1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin Denetimi düzenleyen 33. maddesinde yer alan “(1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Kurum, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir...” hükmü gereği izleme ve değerlendirme yapma yetkisi kurum, ilgili mülkî idare amirleri ve yerel sağlık idare amirlerinde olmakla birlikte mahiyetindeki personele bu yetkiyi yazılı olarak devredebilirler.

Denetime çıkacak ekip için alınan onay, denetim sırasında gerektiğinde ibraz edilmek üzere ekip üyelerinde olmalıdır. Bu onayda denetlenecek birimin de belirtilmesi uygun olacaktır.

2. İlgili mevzuatta belirtildiği şekilde gerçekleştirilen denetim sonunda uygunsuzluklar yazılı olarak (tutanak, form v.s) belirlenmeli ve denetlenenlerin de imzaları alınmalıdır.

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 14. maddesinde yer alan

(1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, asgari altı ayda bir, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık halinde müdürlükçe/Bakanlıkça incelemeci veya soruşturmacı görevlendirilir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırı fiillerin tespit edilmesi halinde aykırılığın mahiyetine göre;

a) Adli yönden; 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun,

b) İdari yönden; 10 uncu ve 11 inci madde,

c) Kamu zararı oluşturan mali hususlar yönünden; 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik,

hükümlerine göre, gerekli işlemler tesis edilir.” hükmü ile tespit edilen uygunsuzluklar ile ilgili tesis edilebilecek iş ve işlemler belirtilmektedir.

Yine Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 11. maddesinde-

(1) Bu Yönetmeliğin eki (EK-3 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ)’nde yer alan fiilleri işlediği tespit edilen sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına;

a) Müdürlüğün halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanınca,

b) Tespitin Bakanlık tarafından yapılması halinde Bakanlıkça, yazılı ihtar yapılır.

(2) Sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanına, ihtarın tebliğinden itibaren savunma yapması için yedi gün süre verilir. Yapılan savunmalar uygun görülmediği takdirde veya süresi içinde savunma yapılmaması durumunda ihtar puanı verilir. Bir sözleşme dönemi içerisinde herhangi bir fiilin ikinci ve devam eden ihlallerinde, ihtar puanı iki kat olarak uygulanır.

(3) İhtar puanının kendisine tebliğ edilen ilgili aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, tebliğ tarihinden itibaren yedi gün içinde;

a) Müdürlüğün halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanının verdiği ihtar puanına karşı, il sağlık müdürlüğüne,

b) Bakanlığın verdiği ihtara karşı Bakan Yardımcısına, itirazda bulunabilir. İtiraz mercileri otuz gün içinde itirazı inceleyerek karara bağlar ve karar ilgisine yazılı olarak bildirilir.

(4) Bakanlıkça yapılan ihtarlar ve sonuçları, işlem yapılmak üzere ilgili müdürlüğe bildirilir.

(5) Bir sözleşme dönemi içinde verilen ihtar puanlarının iki yüz puana ulaşması halinde sözleşme, il sağlık müdürü tarafından sona erdirilir.

(6) Mali yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının, sözleşme dönemi sonuna kadar kalan sürenin iki yıllık çalışma süresine oranının, iki yüz puan ile çarpılmasıyla bulunacak puana ulaşması halinde de sözleşme, il sağlık müdürü tarafından ihtaren sona erdirilir. Hesaplamalarda kesirler tama iblağ edilir.

(7) Bu madde hükümleri gereğince sözleşmesi ihtaren sona erdirilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, bir yıl süreyle sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.

(8) Bir sözleşme dönemi içinde ihtar puanlarının iki yüz puana ulaştığının, sözleşme dönemi sona erdikten sonra tespit edilmesi halinde, tespit tarihinde geçerli olan sözleşme sona erdirilir.

(9) İhtarı gerektiren fiilin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlemin başlatılarak, takip eden altı ay içerisinde sonuçlandırılması esastır. İhtarı gerektiren fiillerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde ihtar puanı verilmemesi halinde ihtar puanı verme yetkisi zaman aşımına uğrar.” hükmü yer almaktadır.

3. Tutulan tutanak doğrultusunda denetim ekibinde yer alan kişiler dışında bir inceleme atanarak kişi/kişilerin savunmaları alınmalıdır. Mevzuatta belirtilen süreler dikkate alınarak işlem tesis edilmelidir.

4. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği Ek AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ No: 20 “Aile sağlığı merkezinin fizikî şartlarını ve teknik donanımlarını on gün içinde uygun hâle getirmemek (her bir eksiklik için);

- Denetim, izleme ve değerlendirme ziyaretlerinde asgari fiziki ve teknik donanım eksikliklerinin tespit edilmesi halinde (ASM’deki eksiklikler için tüm hekimler adına yönetici hekime, AHB’deki eksiklikler ise ilgili hekime tebliğ yapılır), eksikliklerin tamamlanması için 10 gün süre verilecektir.
- Onuncu günden sonra eksikliklerin tamamlanmaması halinde ihtar puanına ilişkin süreç başlatılacaktır.
- Asgari fiziki ve teknik şartlar ve gruplandırma kriterleri dışında eksiklik tespit edilmesi halinde ise, 10 gün süre verilmeden eksikliğin gerektirdiği ihtar puanına ilişkin süreç başlatılacaktır.
- İhtar gerektiren fiiller içinde yer alan “Kalibrasyon gerektiren cihazların kalibrasyonunu yaptırmamak; 10” ile “Miadi geçmiş ilaç ve/veya aşı bulundurmamak; 20” fiilleri ile ilgili olarak 10 günlük süre beklenmeden disiplin süreci başlatılarak ihtar puanı verilir.
- Aile sağlığı merkezinde bulunması gereken asgari teknik donanım eksikliklerin tamamlanmaması ve bu hususta yapılan işlemler neticesinde ihtar puanı verilmesine rağmen eksikliğin giderilmemesi durumunda, söz konusu eksiklikler tamamlanmaya kadar (11. gün ve sonrası) denetim, izleme ve değerlendirme yapılacak ve fiilin karşılığı olan ihtar puanı tekrar verilebilecektir. (ASM’de tespit edilen eksikliklerde sadece yönetici hekim değil ASM’deki tüm hekimler sorumlu olacaktır.)
- Tutanak sonucunda inceleme başlatılacaktır, ilgili aile hekiminden savunma istenecektir, hekimin savunmasını yapması için 7 gün süre verilecektir. Hekimin savunması yeterli görülmediği takdirde ihtar puanı verilecektir.
 - İnceleme müdürlüğün personel hizmetlerinden sorumlu başkanı onayı ile başlatılır.
 - İnceleme için mutlaka yetkin bir muhakkik görevlendirilir.
 - İnceleme yapılırken konuyla ilgili tarafların, tanıkların vb. ifadeleri alınır.
 - Dosyanın bitiminde mutlaka inceleme raporu düzenlenir (inceleme raporu sonuna inceleme raporunun tamamlanma tarihi mutlaka yazılmalıdır).
 - Gerekliyse kamu zararının tazmini için işlem yapılır.
 - Muhakkik tarafından ihtar puanına karar verilirse, ihtar kararı uygulanmadan önce aile hekimi veya aile sağlığı çalışanının son savunmaları mutlaka alınır. Muhakkikin bu süre içerisinde zaman aşımına dikkat etmesi gerekir.
 - İfade ve son savunmalar için 7 gün süre verilir ve usulünce (Yazılı ve tebellüğ belgesi imzalatılarak) tebligat yapılır.
 - İhtar puanı tebligatı müdürlüğün personel hizmetlerinden sorumlu başkanı tarafından yapılır. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından müdürlüğün halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanının verdiği ihtar karşı tebliğ tarihinden itibaren 7 gün içinde il sağlık müdürlüğüne yapılan itiraz sürecinde sekreteryaya işleri disiplin işlemlerinden sorumlu personel hizmetleri başkanlığınca yürütülecektir.

Tebliğat sonrası itiraz mercilerinin düzenli ve zamanında çalıştırılması gerekmektedir.

- Kesinleşen ceza ihtar puanlarının ivedilikle ÇKYS'ye girilmesi gerekmektedir.

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği;

EK 3**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ**

Sıra No.	İHTAR UYGULANACAK FİİL	İHTAR PUANI
1	Çalışma saatleri planına uymamak	6
2	Güncel afiş ve duyuruları usulüne uygun şekilde asmamak	5
3	Aile sağlığı merkezi iç ve dış tabelalarının usulüne uygun olmaması	5
4	Mesai saati içinde ilaç firma temsilcilerini aile sağlığı merkezi içinde kabul etmek	5
5	Mesleki beyaz önlük veya forma giymemek	5
6	İzinsiz işe gelmemek (işe gelmediği her gün için)	12
7	Görevleri ile ilgili kayıtları düzenli tutmamak veya müdürlüğe ya da Bakanlığa bildirmemek	10
8	Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını güncellemek veya devretmemek	10
9	Yönetim karar defterini uygun şekilde tutmamak	10
10	Mazeretsiz aile sağlığı merkezi yönetim toplantılarına katılmamak	10
11	Aile sağlığı merkezinin tıbbi donanım eksikliğini on gün içinde gidermemek (eksik olan her malzeme için)	10
12	Kalibrasyon gerektiren cihazların kalibrasyonunu yaptırmamak	10
13	Verilen eğitimlere katılmamak ve/veya eğitimler için belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak	10
14	Yeşil ve/veya kırmızı reçete bulundurmamak	10
15	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçları usulüne uygun muhafaza altına almamak	10
16	Tüberküloz hastalarının doğrudan gözetim tedavisini yapmamak veya yapılmasını sağlamamak	10
17	Evde sağlık hizmetlerinden görevi olan kısımları yapmamak	10
18	Gezici/yerinde sağlık hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak	10
19	Mevzuatla verilen diğer görevleri yapmamak	10
20	Aile sağlığı merkezinin fizikî şartlarını ve teknik donanımlarını on gün içinde uygun hâle getirmemek (her bir eksiklik için)	10
21	Performansa tabi olmayan koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek.	10
22	Performansa tabi aşılarından her birinin aşılama hızlarını mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	20
23	Miadi geçmiş ilaç ve/veya aşı bulundurmak	20
24	Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	20
25	Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uymamak	20
26	Denetimlerde iş birliği yapmamak ve/veya istenilen verileri ibraz etmemek ve/veya gerçek dışı beyanda bulunmak	20
27	Mevzuatına göre mal bildiriminde bulunmamak	20
28	Performansa tabi gebelik izlem oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	20
29	Performansa tabi bebek-çocuk takip oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	20

30	Soğuk zincir kurallarına uymamak veya soğuk zincir kırılmasına sebebiyet vermek	20
31	İlgili mevzuat hükümlerince hasta haklarına ve/veya hasta mahremiyetine uymamak	20
32	Mesleki ve etik kurallar bakımından Tıbbi Deontoloji Nizamnamesine uymamak	20
33	İş arkadaşlarına veya hizmet alanlara hakarete bulunmak	20
34	Mesai dışı hizmet ve/veya nöbete mazeretsiz gelmemek	20
35	Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	50
36	Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek	50
37	Gerçeğe aykırı rapor ve/veya belge düzenlemek	50
38	Kusurlu olarak miadı geçmiş aşı ve/veya ilaç uygulamak	50
39	Kamu görevleri hakkında izinsiz olarak basına, haber ajanslarına, radyo ve televizyon kurumlarına veya sosyal medya araçlarıyla bilgi veya demeç vermek	50
40	Görev yerinde kişilere basit tıbbi müdahale ile giderilebilir fiili eylemde bulunmak veya tehdit etmek	50

1.5.2. TSM, Bağlı Birim ve Diğer Birimlerin İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nin 5. maddesinde (Değişik: RG-25/5/2018-30431);

“(1) Nüfusu 15.000’e kadar olan ilçelerde ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar esas alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamış ise toplum sağlığı merkezi kurularak hizmetler yürütülür.

.....

(6) Toplum sağlığı merkezinin bulunduğu yerlerde, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM tarafından yerine getirilir.” hükmü yer almaktadır.

Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimlerinde olduğu gibi ilçe sağlık müdürlüğü ve bağlı birimlerinde yürütülen halk sağlığı hizmetlerinin yerinde izleme ve değerlendirmesinin yapılarak rapor düzenlenmesi esastır. Düzenlenen raporun il sağlık müdürlüğüne onaylanması sonrasında tespit edilen eksiklikler ve/veya iyi uygulamaların Müdürlüğün ilgili başkanlıklarına/birimlerine gereğinin yapılması için tebliğ edilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM II

HUKUK VE MEVZUAT

2.1.TANIMLAR

2.1.1.Hukuk

Örgütlenmiş bir toplum içinde yaşayan şahısların davranışlarını ve ilişkilerini düzenleyen, kişilerin hukuki güvencesini ve insan haklarını sağlamak amacıyla oluşturulan ve uyulması devlet zoruna bağlanmış olan kuralların bütünüdür. Bu anlamda hukukun öğeleri devlet, kural ve yaptırım olarak belirlenebilir.

Hukuk kuralları; kişilerin gerek diğer kişilerle gerek doğrudan doğruya toplumla olan ilişkilerini düzenlerken, bunların birbirlerine karşı sahip olacakları hakların ve üstlenecekleri yükümlülüklerin nelerden ibaret olacağını da belirler. Bu kurallar, topluma bireylere karşı; bireylere de hem topluma hem de birbirlerine karşı uymak zorunda oldukları birtakım yükümlülükler koyar. İşte tüm bunlar sayesinde hukuk toplumda barışı, hukuki güvenliği ve adaleti sağlar.

Hukuk Kuralları hukuki niteliklere göre 3 grupta toplanabilir:

a) Emredici Kurallar: Aksi taraflarca kararlaştırılmayan ve uyulması zorunlu olan kurallardır. Genellikle kamu yararının, kamu düzeninin, genel ahlakın, zayıfların ve kişiliğin korunmasına hizmet eden ve bir hukuki işlemin şekline ilişkin getirilen hükümler, emredici hukuk kuralı özelliği taşır. Bu kuralların uygulanmaması konusunda yapılan sözleşmeler hüküm ifade etmediği gibi emredici kuralın uygulanmasına da engel teşkil etmez. Bir hükmün emredici nitelik taşıyıp taşımadığı genel olarak kuralın ifade ve yazılışından anlaşılırsa da bazı durumlarda değişiklik gösterebilir. Bu yüzden ilk olarak maddenin yazılış ve ifade tarzına bakılmalı, bu çalışmadan sonra maddenin amacı değerlendirilerek kuralın emredici nitelik taşıyıp taşımadığı tespit edilmelidir. Örneğin; MK. Md. 23: “Kimse hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez”. Bu emredici kural kişiliği korumak için getirilmiştir.

b) Yedek Kurallar: Taraflarca hukuki işlem veya sözleşmeler ile aksi kararlaştırılabilen ve aksi yönünde bir irade belirtilmedikçe geçerli olan hukuk kurallarıdır.

c) Tanımlayıcı Kurallar: Bir hukuki kavramın anlamını kanuni unsur ve şartlarını belirterek açıklayan hukuk kurallarıdır.

2.1.2.Yaptırım

Bir hukuk kuralına aykırı davranıldığında o davranışta bulunan kişinin karşılaşması, hukuk düzenince öngörülen sonuç yaptırım olarak adlandırılır. Örneğin adam öldürme fiilinin sonucunda hapis cezası ile cezalandırılmak o fiilin yaptırımıdır.

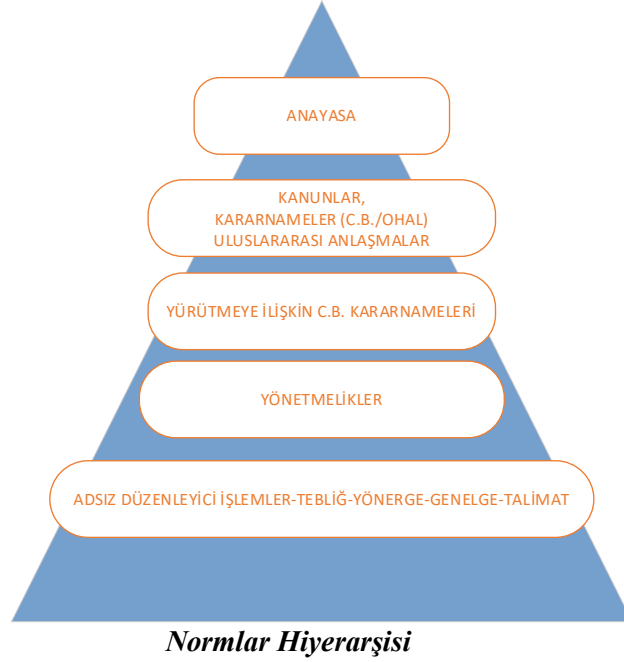
2.1.3. Mevzuat

Yürürlükte olan Anayasa, Yasa, Yönetmelik, Yönerge, Genelge, Talimatname gibi hukuki metinlerin bütünü ifade eder. İdari iş ve işlemler ancak mevzuatta düzenlenmiş olan sebebin varlığı halinde ve o sebebe dayalı olarak tesis edilebilir. Dolayısıyla sebep unsurunu ve kaynağını mevzuattan almayan hiçbir idari işlemin hukuken ayakta kalma şansı yoktur.

2.1.4. Normlar Hiyerarşisi

Normlar hiyerarşisi; hukuk normlarının derece ve kuvvetini belirlemektedir. Hukuk düzeni bir piramide benzetilecek olursa bu piramit anayasa, kanun, olağanüstü hâl cumhurbaşkanlığı kararnameleri ve yürütmeye ilişkin cumhurbaşkanlığı kararnameleri, yönetmelik ve adsız düzenleyici işlemlerden oluşan birden çok normun varlığını ifade etmektedir. Bu normlar farklı kademelerde yer almakta, normlar arasında altlık ve üstlük ilişkisi söz konusu olmakta ve her norm geçerliliğini bir üst hukuk normundan almaktadır. Anayasalar ülkelerin temel hukuki metinleri olarak ele alınmakta; Buna istinaden kanunlar, cumhurbaşkanlığı kararnameleri, yönetmelikler, yönerge ve genelgeler ile benzeri isimler altında hukuki metinler çıkarılmaktadır.

Normlar hiyerarşisi bu şekilde sıralanmakla birlikte, hukuken ayrı statüdeki hukuk normları arasında aynı olayda farklı düzenlemeler yapılmış olması durumunda somut olayda uygulanacak hukuk normunun tespitinde sorunlar yaşanabilmektedir. Örneğin bir Kanun hükmü ile yönetmelik hükmünün birbiri ile çelişmesi halinde hangi hukuk normunun uygulanacağı konusunda tereddüt hâsıl olabilmekte olup, bu durumda üst hukuk normu olan kanun hükümleri uygulanacaktır. Aynı zamanda aynı olayı düzenleyen eşit hukuki statüdeki iki norm birbiriyle çeliştiği takdirde, genel hüküm ve özel hüküm ilişkisi veya önceki düzenleme ve sonraki düzenleme ilişkilerine bakılmak suretiyle söz konusu olaya uygulanacak hukuk normu tespit edilmektedir.



2.1.4.1. Anayasa

Anayasanın 11 inci maddesinde yer alan “**Anayasa hükümleri, yasama, yürütme ve yargı organlarını, idare makamlarını ve diğer kuruluş ve kişileri bağlayan temel hukuk kurallarıdır. Kanunlar Anayasaya aykırı olamaz.**” şeklindeki düzenlemeyle Anayasanın bağlayıcılığı ve üstünlüğü açıkça vurgulanmış ve hukuk hiyerarşisi adına temel bir kural vazedilmiştir.

2.1.4.2. Usulüne Göre Yürürlüğe Konulmuş Milletlerarası Antlaşmalar

Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar, Anayasa’nın 90. maddesine göre kanun hükmündedir. Bu nedenle de milletlerarası antlaşmalarla ulusal kanunlar arasında aynı konuda farklı düzenlemeler yer alması halinde uygulanacak hukuk normları hususunda teoride ve uygulamada tereddütler söz konusu olmuştur. Bunun üzerine 5170 sayılı Kanun’un 7 inci maddesiyle getirilen düzenleme ile usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla, ulusal kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası antlaşma hükümlerinin esas alınacağı belirtilmiştir. Söz konusu değişiklik çerçevesinde, temel hak ve özgürlüklere ilişkin usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalarla ulusal kanunlar çakıştığı takdirde milletlerarası antlaşma hükümleri esas alınacaktır. Kanun koyucu bu iradesi ile temel hak ve özgürlükler dışındaki alanları düzenleyen milletlerarası antlaşmalar ile kanunların farklı hükümler içermesi durumunda hukuk hiyerarşisi açısından yerel kanunların esas alınması gerektiğine dair zımni bir irade ortaya koymaktadır.

2.1.4.3. Kanunlar

Anayasa’nın 2’nci maddesinde zikredilen ve Devletin temel niteliklerinden biri olan hukuk devleti ilkesinin gereği olarak, Anayasa’da genel hatlarıyla düzenlenen hususların uygulamaya yönelik ayrıntıları kanunlarla ve bu kanunlara dayanarak çıkartılan ikincil mevzuatla düzenlenmektedir. Anayasa’nın başlangıç bölümünde yer alan “üstünlüğün ancak Anayasa ve kanunlarda bulunduğu” şeklindeki vurgulamayla, kanunların Anayasa’dan sonra gelen hukuki metinler olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca Anayasa’nın 11’ inci maddesinde, kanunların Anayasa’ya aykırı olamayacağı açıkça hüküm altına alınmaktadır.

2.1.4.4. Olağanüstü Hal Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Olağanüstü hal Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri Cumhurbaşkanı tarafından çıkarılır. Olağanüstü hal Cumhurbaşkanlığı kararnameleri kanun hükmündedir. Resmî Gazetede yayımlandıkları aynı gün Meclis onayına sunulan kararnameler, savaş ve mücbir sebeplerle Meclisini toplanamaması hâli hariç olmak üzere üç ay içinde Meclis tarafından görüşülüp, karara bağlanmadığı takdirde kendiliğinden yürürlükten kalkar.

2.1.4.5. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri, Cumhurbaşkanı tarafından yürütme yetkisine ilişkin konularda çıkarılır. Bu Kararnameler ile Anayasanın ikinci kısmının üçüncü bölümünde yer alan sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler düzenlenebilir. Anayasada münhasıran kanunla düzenlenmesi öngörülen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz. Aynı konuda kanun çıkarılması durumunda hükümsüz hale gelir. Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile kanunlarda farklı hükümler bulunması halinde, kanun hükümleri uygulanır.

2.1.4.6. Yönetmelikler

Yürütme organının düzenleyici işlemleri arasında yer alan yönetmelikler, Anayasa'nın 124'üncü maddesi ile düzenlenmiştir. Mezkûr 124'üncü madde ile Cumhurbaşkanlığa, bakanlıklara ve kamu tüzel kişilerine, kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların ve Cumhurbaşkanlığı Kararnamelerinin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olmamak şartıyla, yönetmelik çıkarabilme yetkisi verilmiştir. Yönetmeliklerin Resmi Gazete'de yayımlanıp yayımlanacağı hususu da 3011 sayılı "Resmi Gazete'de Yayımlanacak Olan Yönetmelikler Hakkında Kanunda" belirtilmiştir.

2.1.4.7. Adsız Düzenleyici İşlemler (Genel Tebliğler, Tebliğler, Genelgeler vb.)

Anayasa'da öngörülmüş yürütme organının düzenleyici işlemleri, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve yönetmelik olmak üzere iki olarak kabul edilmektedir. Ancak, uygulamada yürütme organının bunların dışında, "karar", "tebliğ", "sirküler", "genelge", "ilke kararı" "esaslar", "yönerge", "talimat", "statü", "genel emir", "tenbihname", "genel tenbih", "ilân", "duyuru", "plân", "tarife" gibi değişik isimler taşıyan işlemler ile de genel, soyut ve objektif hukuk kuralları koyduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu işlemler de yürütme organının düzenleyici işlemleri arasında yer almakta ve bu tür düzenleyici işlemler idare hukukunda "adsız düzenleyici işlemler" olarak nitelendirilmektedir.

Bununla beraber adsız düzenleyici işlemlerden olan genelgeler, Anayasa'nın bazı maddeleri ile idarenin düzenleyici işlemleri arasında sayılmakta ancak söz konusu düzenlemelerde genelgelerin çıkarılma esas ve usullerine dair herhangi bir açıklama yapılmamaktadır.

2.1.5. Normlar Hiyerarşisinin Değişik Görünüm Şekilleri

Normlar hiyerarşisinde normlar anayasa, kanun, cumhurbaşkanlığı kararnamesi, yönetmelik ve adsız düzenleyici işlemler olarak sıralanmakla birlikte bu hiyerarşi her zaman somut olayda uygulanacak normu tayin etmede yeterli olmamaktadır. Sosyal hayatı düzenleyen hukuk normları arasında, aynı hususla ilgili farklı düzenlemeler içeren eşit hiyerarşik statüyü paylaşan normlar bulunabilmektedir. Bu durumda, üzerinde durulan olayda hangi norm uygulanacaktır? Söz konusu hallerde mevcut iş ve eylemlere uygulanacak hukuk normları, genel kanun ve özel kanun veya öncelik ve sonralık ilişkileri göz önünde bulundurularak belirlenmektedir. Ayrıca Anayasa Mahkemesi içtihatlarıyla ortaya çıkan bir uygulama olan esas madde ve geçici madde arasındaki ilişki de somut olayda uygulanacak normu belirlemede bir kriter olarak ele alınmaktadır.

2.1.5.1. Özel Kanun ve Genel Kanun İlişkisi (Özel Hüküm ve Genel Hüküm İlişkisi)

Hükümlerinin mahiyeti itibarıyla herkese veya her olaya uygulanması mümkün olan kanunlara genel kanun denilmektedir. Buna mukabil belli kişilere veya belli olaylara uygulanan kanunlara ise özel kanun denmektedir. Örneğin 4721 sayılı Medeni Kanun genel nitelikli bir kanundur ve içerisinde (56 ve 100. maddeler arasında) dernekleri de düzenlemektedir. Ancak dernekler, özel bir kanun olan 5253 sayılı Dernekler Kanunu ile de düzenlenmektedir. Yukarıda yer aldığı üzere belirli bir olayı düzenleyen iki ayrı kanunun aynı zamanda yürürlükte bulunduğu durumlar görülmektedir. Söz konusu iki yasanın olayı düzenleyen hükümleri arasında bir çelişki yoksa sorun doğmaz. Ancak iki yasa aynı olayı farklı biçimde düzenlemişlerse bu durumda hangi yasanın söz konusu olaya uygulanacağı sorunu karşımıza çıkmaktadır. Aynı olayı düzenleyen iki ayrı kanun, ikisi de genel veya ikisi de özel nitelikte ise bu durumda sonraki kanunun önceki kanunla düzenlenen hususlarda meydana getirdiği değişiklikler çerçevesinde sonraki kanun uygulanmalıdır. Sonraki tarihli kanunla önceki tarihli bir kanunla düzenlenen hükümlerin kaldırıldığı açıkça ifade edilebileceği gibi zımni bir kaldırma da söz konusu olabilmektedir. Aynı anda aynı olayı düzenleyen biri genel diğeri özel iki ayrı kanun yürürlükte bulunduğu takdirde ise, eğer önceki kanun genel yeni kanun özel ise, bu takdirde olaya özel olan yeni kanun hükümleri uygulanmalıdır. Şayet, önceki kanun özel yeni kanun genel ise bu durumda da kanun koyucunun genel yasayı çıkarırken hangi amacı taşıdığına bakmak gerekir. Yasa koyucu önceki tarihli özel kanunla düzenlenen hususlarda yeni bir bakış açısıyla sonraki tarihli genel kanunla bir değişiklik öngördüğü takdirde olaya sonraki tarihli genel kanunun uygulanması gerekir.

Mahkeme içtihatları ile ortaya çıkan ve uygulamaya yön veren genel kanun ve özel kanun ilişkisinin görünüm şekillerinden birisi de Danıştay kararları ile ortaya çıkan durumdur. Danıştay; 6183

sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun'un 58 inci maddesinde düzenlenen "Kendisine ödeme emri tebliğ olunan şahıs, böyle bir borcu olmadığı veya kısmen ödemediği veya zamanaşımına uğradığı hakkında tebliğ tarihinden itibaren 7 gün içinde alacaklı tahsil dairesine ait itiraz işlerine bakan vergi itiraz komisyonu nezdinde itirazda bulunabilir." şeklinde düzenlenen hükmü, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 7' nci maddesindeki "Dava açma süresi, özel kanunlarında ayrı süre gösterilmeyen hallerde Danıştay'da ve idare mahkemelerinde altmış ve vergi mahkemelerinde otuz gündür." şeklindeki hükme göre özel hüküm olarak değerlendirmiştir. Görüldüğü üzere burada dava açma süresi bakımından uyumsuzluğa esas alınacak kısmi bir özel hüküm ve genel hüküm ilişkisi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle normlar hiyerarşisinde aynı hukuki statüde yer alan hükümler arasında maddeler itibariyle de alt norm ve üst norm şeklinde bir hiyerarşi oluşmaktadır.

2.1.5.2. Önceki Kanun ve Sonraki Kanun İlişkisi

Aynı anda yürürlükte bulunan iki ayrı kanun, aynı olayda birbirinden farklı düzenlemeler içerdiği takdirde, sonraki kanunda yer alan hükümler olaya uygulanmakta ve kanun koyucunun o mevzudaki iradesinin yeni getirilen düzenlemeler çerçevesinde değiştiği kabul edilmektedir. Eğer kanun koyucu, sonraki düzenlemesinde önceki düzenleme hükümlerini değiştirdiğini açıkça belirtmişse problem doğmaz ancak sonraki düzenleme aynı hususu farklı şekilde düzenlemişse ve açıkça bir ilgadan bahsedilmiyorsa Anayasa Mahkemesinin 15.3.1966 tarih ve E,1965/40K,1966/15 sayılı Kararı'nda nitelendirildiği üzere üstü kapalı (zımnı) bir kaldırma söz konusudur. Anayasa Mahkemesi "Özel kanunlardan yürürlük tarihine göre önceki ve sonraki kanun hükümleri arasında çelişme bulunursa veya öncekinin ele aldığı konuyu sonraki kanun yeni baştan düzenlerse sonraki kanun, önceki kanunu üstü kapalı olarak yürürlükten kaldırır." şeklindeki içtihadı ile normlar hiyerarşisinde önceki kanun ve sonraki kanun hususuna açıklık getirmektedir.

Somut olayda uygulanması gereken iki ayrı kanunun farklı hükümlerinin seçiminde önceki kanun ve sonraki kanun hususu, bazı durumlarda genel kanun ve özel kanun kriteri ile iç içe ele alınmaktadır. Nitekim Danıştay İçtihadı Birleştirme Genel Kurulunun 11.2.1988 tarih ve E.1987/3 K. 1988/1 sayılı Kararında önceki ve sonraki kanun hükümleri arasında çelişme olduğu takdirde somut olayda özel ve sonraki kanun hükümlerinin uygulanacağı belirtilmektedir.

2.1.5.3. Esas Madde ve Geçici Madde İlişkisi

Normlar hiyerarşisinde yaşanan hukuki problemler genellikle aynı statüdeki düzenlemelerin aynı hususlardaki farklı hükümleri arasında yaşanmaktadır. Bununla birlikte ortada aynı hususu düzenleyen tek kanun olması durumlarında da bazı ihtilaflar ortaya çıkmaktadır. Yasama organı tarafından çıkarılan kanunların ekseriyetinde esas maddelerin yanında geçiş sürecini düzenleyen geçici maddeler de yer almakta ve bazen bu maddeler arasında aynı hususta farklı düzenlemelere rastlanmaktadır. Söz konusu durumlarda, aynı konuda esas maddelerle geçici maddeler arasındaki düzenleme farklılıklarında uygulama önceliği nasıl belirlenecektir? Anayasa Mahkemesi 28.1.1992 tarih ve E,1992/7 K,1992/2 sayılı Kararı'nda yer alan "geçici maddeler, genellikle geçiş dönemlerine ilişkin işlemlerin uygulama yöntemini ve kapsamını gösteren ayrı hükümleri içerirler. Hukukta genel kural olarak, yasalar, yayımından sonraki olaylara ve durumlara uygulanırlar. Bu ilkenin en çarpıcı ayrıklığı, yasalardaki geçici kurallardır. Bu nedenle yasaların geçici maddeleri ile esas maddeleri arasında çelişme varsa, özel niteliği nedeniyle, esas maddeden önce uygulanırlar. Çünkü yasa koyucu, kuralın ayrıklığında kamu yararı görmüştür. Bilindiği gibi, özel düzenlemenin genel düzenlemeden önce geleceği hukukun genel bir ilkesidir. Bu nedenle, bir yasada öncelik alan geçici maddeler uygulanıp sonuçları tümüyle alındıktan sonra yürürlükten kalkmış olurlar." şeklindeki içtihadı ile esas maddeler ve geçici maddeler arasındaki uygulama çatışmasında geçici maddelerin uygulama önceliğine sahip olduğu kanısındadır.

Esas madde ve geçici madde ilişkisine 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu örnek gösterilebilir. Söz konusu Kanunun Ek 14'üncü maddesinde "Tıpta uzmanlık ana dalları ile eğitim süreleri EK-1 sayılı çizelgede; dış tabipliğinde uzmanlık ana dalları ile eğitim süreleri EK-2 sayılı çizelgede; tıpta uzmanlık yan dalları, bağlı ana dalları ve eğitim süreleri de EK-3 sayılı çizelgede belirtilmiştir. Bu çizelgelerde belirtilen eğitim süreleri, Sağlık Bakanlığınca, Tıpta Uzmanlık Kurulunun kararı üzerine üçte bir oranına kadar arttırılabilir. Süre artırımını yapılan ana dallarda, süre artırımının gerekçesi olan çekirdek eğitim müfredatının içeriği o uzmanlık dalına bağlı yan dal alanlarıyla örtüşüyorsa, ilgili yan dalın eğitim süreleri Tıpta Uzmanlık Kurulunca üçte birine kadar azaltılır." düzenlemesi bulunmaktadır. Yine aynı Kanunun Geçici 8 inci maddesinin birinci fıkrasında ise "Kanunun ek 14'üncü maddesinin yürürlüğe girmesinden önce ilgili mevzuatına uygun olarak uzmanlık eğitimi yapmış, eğitime başlamış veya bir uzmanlık eğitimi kontenjanına yerleşmiş

olanların hakları saklıdır.” denilmek suretiyle Ek 14’üncü madde hükmü yürürlüğe girmeden önce uzmanlık eğitimi yapmış, eğitime başlamış veya bir uzmanlık eğitimi kontenjanına yerleşmiş olanlar için istisna getirilmiştir.

2.1.6. Anayasal Koruma

1982 Anayasası 4’üncü maddesi ile Anayasa’nın 1 inci maddesindeki Devletin şeklinin Cumhuriyet olduğu, 2’nci maddesindeki Cumhuriyetin nitelikleri ve 3’üncü maddesindeki hükümlerin değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif dahi edilemez olduğunu belirtmek suretiyle kendi içindeki hükümler arasında da bir hiyerarşi ortaya koymaktadır. Anayasa’nın 11 inci maddesinde yer alan “Kanunlar Anayasaya aykırı olamaz” şeklindeki düzenlemeyle de kanunların Anayasa’ya aykırı olamayacağı belirtilmekte ve Anayasa hükümlerinin, yasama, yürütme ve yargı organlarını, idare makamlarını ve diğer kuruluş ve kişileri bağlayan temel hukuk kuralları olduğu vurgulanmaktadır. Anayasa’da normlar hiyerarşisi hususunda yer alan düzenlemelerden birisi de bizzat Anayasa tarafından bazı konuların kanunlarla düzenlenmesi gerektiğinin önemle vurgulanmasıdır. Örneğin Anayasa’nın 13’üncü maddesinde temel hak ve hürriyetlerin, 35 inci maddesinde mülkiyet ve miras haklarının ancak kanunla sınırlanabileceği ve 73’üncü maddesinde ise vergi, resim, harç ve benzeri malî yükümlülüklerin kanunla konulup değiştirilebileceği veya kaldırılabilmesi hususları yer almak suretiyle söz konusu alanlarda kanunlar dışında daha alt hukuk normlarıyla herhangi bir düzenleme yapılması mümkün değildir. Normlar hiyerarşisinde anayasal korumanın ele alındığı düzenlemeler arasında Anayasa’nın 124’üncü maddesi ile Cumhurbaşkanlığı, bakanlıklar ve kamu tüzelkişilerine, kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların ve Cumhurbaşkanlığı kararnamelerinin uygulanmasını sağlamak üzere verilen yönetmelik çıkarma yetkisinin kanunlara ve Cumhurbaşkanlığı kararnamelerinin aykırı olarak kullanılmayacağı hususları yer almaktadır.

2.1.7. Yargısal Koruma

Anayasa’da yer alan normlar hiyerarşisine dair düzenlemelerin Anayasa metninde yer alması hukuk devleti adına bir güvence olmakla birlikte başlı başına yeterli görülmemektedir. Bu nedenle de Anayasa, kanun, cumhurbaşkanlığı kararnamesi, yönetmelik ve benzeri alt metinler şeklinde sıralanan normlar arası altlık üstlük ilişkisinin hukuken sağlıklı işleyebilmesi adına Anayasa ile yargısal güvenceler getirilmektedir.

Genel hukuk bilgisine girişine müteakip üzerinde hassasiyetle durulması gereken birkaç hususun altını çizmek gerekiyor.

1. Tesis edilecek tüm iş, işlem veya eylemlere ilişkin olarak **mevzuat dayanağının oluşturulması** gerekmektedir. Zira mevzuata dayanmayan hiçbir idari işlemin ayakta kalması hukuken olanaklı değildir. Yargı mercilerince iptaline karar verilmiş bulunan idari iş ve işlemler neticesinde gerek kurumsal bazda gerekse bireysel bazda hukuki ve cezai sorumluluklar doğabilmektedir. Bu bakımdan tüm iş ve işlemlerimizde mevzuat dayanağının doğru oluşturulması hayati önem arz etmektedir.
2. İdari iş ve işlemlere tatbik edilecek hukuki dayanağın **en doğru kaynaktan sorgulanması** gerekmektedir. Nitekim bu uygulamanın doğru yapılmaması, yani mevzuat sorgulamalarımızın güncel kaynaklardan yapılmaması, yürürlükten kaldırılmış, ya da değiştirilmiş bir hükmün somut olaya uygulanması sonucunu doğuracaktır. Bu durum hem bireysel hem de kurumsal anlamda güvenilirliğimize zarar verebileceği gibi, hukuki cezai veya mali birtakım sonuçları da beraberinde getirecektir. Bu anlamda mevzuat takibinin veya sorgulamasının www.mevzuat.gov.tr üzerinden yapılması uygun olacaktır. Zira bu sistem tüm mevzuat değişikliklerinin günlük olarak işlendiği bir mevzuat takip sistemidir.

Mevzuat sorgulamalarının doğru kaynaktan yapılması kadar önemli bir diğer husus **Resmi Gazetenin günlük olarak takip edilmesi** hususudur. Zira Bakanlığımızı ilgilendiren bir mevzuatın yayınlanması her gün için mümkün olup Resmi Gazetenin bu anlamda günlük takibi elzemdir. Sadece Bakanlığımız mevzuatı anlamında değil, birçok Bakanlık veya Kurumca yayınlanan mevzuatın

Bakanlığımız görev, yetki ve sorumluluk alanına ilişkin olabileceği düşünülerek takibin bu yönüyle de yapılması uygun olacaktır. Hukukun genel ilkelerinden birisi **Kanunu bilmemenin mazeret sayılmadığı** ilkesidir. Mevzuattan haberim olmadı, bana tebliğ edilmedi gibi gerekçelerle sorumluluktan kurtulmak hukuken olanaklı değildir. Nitekim Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren her düzenleme, tüm vatandaşlara tebliğ edilmiş sayılır. Bu bakımdan tebliğ edilmiş sayılan düzenlemelerden de haberdar olmak, bilgi edinmek ve ona göre işlem tesis etmek icap eder. Yukarıda da hassasiyetle ifade edildiği üzere, mevzuatın günlük takip edilmemesi, tesis edilecek iş ve işleme yanlış hükmün tatbik edilmesine ve dolayısıyla gerek bireysel gerekse de kurumsal manada hukuki ve cezai sorumluluk doğmasına sebebiyet verebilir. Bununla birlikte Bakanlığımızca yürürlüğe konulan Genelge, Yönerge gibi adsız düzenleyici işlemler Resmi Gazete’de yayımlanmadığından bu normların takibi için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün resmi web sayfasında yer alan “Mevzuat” bölümünün takibi iş ve işlemlerin en güncel kurallara göre yürütülmesinde önem arz etmektedir.

T.C. CUMHURBAŞKANLIĞI
RESMİ GAZETE

Burhan 7 Ekim 1920

Kasım 2019

Resmî Gazete nin 07.02.1921 tarihinden itibaren yayımlanan tüm sayılarına engel değildir.

13 Kasım 2019 Tarihli ve 30949 Sayılı Resmî Gazete

PDF Görüntüle

YÜRÜTME VE İDARE BÖLÜMÜ

YÖNETMELİKLER

- Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Perakende Ticarete Uygulanacak İlke ve Kurallar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Karayolu Taşıma Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Nadir Toprak Elementleri Uzmanlığı Yönetmeliği
- Borsa İstanbul A.Ş. Borsacılık Faaliyetlerine İlişkin Esaslar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Borsalar ve Piyasa İşleticilerinin Kuruluş, Faaliyet, Çalışma ve Denetim Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

TEBLİĞLER

- İşkolu Tespit Kararları (No: 2019/142, 143, 144, 145, 146)
- 2020 Yılına Ait Genel Yatırım ve Finansman Programının Uygulanmasına İlişkin Usul ve Esasların Belirlenmesine Dair Tebliğ
- Bitki Karantinası Tazminatı Desteği Uygulama Tebliği (No: 2019/52)
- 2019 Yılı Ekim Ayına Ait Dahilde İşleme İzin Belgelerinin (D1) Listesi
- 2019 Yılı Ekim Ayına Ait Yurt İçi Satış ve Teslim Belgelerinin (D3) Listesi
- 2019 Yılı Ekim Ayına Ait Haricte İşleme İzin Belgelerinin (D4) Listesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

facebook Twitter Google+ Instagram YouTube

arama... arama...

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ANASAYFA KURUMSAL BİRİMLER MEVZUAT İÇ KONTROL HABERLER DUYURULAR İLETİŞİM

Kanunlar

Bakanlar Kurulu Kararları

Tüzükler

Yönetmelikler

Tebliğler

Yönergeler

Genelgeler

Genel Nitelikli Yazı ve Görüşler

Protokoller

Taslaklar

Akciğer Kanseri Fark

YAYINLARIMIZ
Rehberler, Programlar,
Eylem Planları

AŞI PORTALI
Çocukluk Dönemi Aşı
Takvimi- Aşıya dair her şey

ALO 171
Sigara Bırakma Danışma
Hattı

ALO 191
Uyuzdurucu İle Mücadele
Danışma ve Destek Hattı

HSYS
Halk Sağlığı Yönetim
Sistemi

E-POSTA
Sağlık Bakanlığı E-posta
Hizmetleri

2.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ MEVZUAT

2.2.1. Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnameler ve Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri

1. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi
2. 663 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararneme (Bu KHK'nin adı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararneme" iken 2/7/2018 tarihli ve 703 sayılı KHK'nin 25 inci maddesiyle bu şekilde değiştirilmiştir.)
3. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
4. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
5. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
6. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu
7. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu
8. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
9. 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
10. 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun
11. 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
12. 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun
13. 1380 sayılı Su Ürünleri Kanunu
14. 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun
15. 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun
16. 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun
17. 5898 sayılı Uçucu Maddelerin Zararlarından İnsan Sağlığının Korunmasına Dair Kanun
18. 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu
19. 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun
20. 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun
21. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu
22. 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun
23. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu
24. 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu
25. 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanun
26. 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu

2.2.2. Tüzükler

1. Uluslararası Sağlık Tüzüğü
2. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük
3. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
4. Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname
5. Mezarlıklar Hakkındaki Nizamname
6. Sular Kanununun Uygulanışını Gösteren Tüzük

2.2.3. Yönetmelikler

1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
2. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği
3. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği
4. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Hizmet Birimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
5. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
6. 507 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik
7. 509 sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği
8. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
9. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği

10. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
11. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
12. Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik
13. Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
14. İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik
15. Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinoziti Kontrol Programı İle Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
16. Kanseri Kayıt Merkezi Yönetmeliği
17. Kaplıcalar Yönetmeliği
18. Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği
19. Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliği
20. Hasta Hakları Yönetmeliği
21. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik
22. Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği
23. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik
24. Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik
25. Hijyen Eğitimi Yönetmeliği
26. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik
27. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
28. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği
29. Bilgi Edinme Kanununun Uygulanmasına İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik
30. Evlendirme Yönetmeliği
31. Geçici Koruma Yönetmeliği
32. Resmî Yazışmalarda Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik
33. Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği
34. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği
35. Isınmadan Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği
36. Tarımda İş Aracılığı Yönetmeliği
37. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik
38. Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik
39. Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik
40. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği
41. Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
42. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik
43. Lejyoner Hastalığı Kontrol Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

2.2.4. Tebliğler

1. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ
2. Havuz Suyunda Kullanılan Yardımcı Kimyasal Maddelerin Üretimine, İthalatına ve Bildirim Esaslarına Dair Tebliğ
3. Peloidlerin Üretimi ve Satışı Hakkında Tebliğ
4. Ulusal Tüberküloz Tanı Laboratuvarları Ağı Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ
5. Aktif Madde İçermeyen Biyosidal Ürünler Tebliği
6. Okul Sütü Programı Uygulama Tebliği
7. Nargilelik Tütün Mamulü İçilen İşyerine Ait Alan/Alanlara Sunum Uygunluk Belgesi Verilmesi İle Bu Yerlerin İşletilmesinde Uyulması Gerekli Hususlar Hakkında Tebliğ

2.2.5. Yönergeler

1. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge
2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge
3. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi

4. Toplum Sağlığı Merkezi İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Uygulamaları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
5. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge
6. Aile Hekimliği Tarama ve Takip Katsayısına İlişkin Yönerge
7. Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehditlerine Yönelik Erken Uyarı Cevap Sistemi Uygulama Yönergesi
8. Çevre ve Toplum Sağlığını Olumsuz Etkileyebilecek Gayrisihhî Müesseselerin Etrafında Bırakılacak Sağlık Koruma Bandı Mesafesinin Belirlenmesi Hakkında Yönerge
9. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge
10. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

2.2.6. Genelgeler

1. 2021/7 Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) Genelgesi
2. 2004/127 Sağlık Evleri Hakkında Genelge
3. 2007/27 -2007/57 Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi
4. 2018/7 Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi
5. 2010/13 Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi
6. 2010/27 Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi
7. RİA Tazeleme Eğitimeleri Daimî Genelge (2002/11)
8. 2003/126 Kutanoz Leishmaniasis Genelgesi
9. 2005/61 Tularemi Genelgesi
10. 2005/143 sayılı Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Konulu Genelge
11. 2009/17 Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi
12. 2009/18 Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi
13. 2014/10 Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi Genelgesi
14. 2014/19 Uyuşturucu ile Mücadele Genelgesi
15. 2014/27 Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi
16. 2014/29 Sağlık Raporlarının Düzenlenmesi Hakkında Genelge
17. 2014/31 Tüberküloz Aktif Sürveyansı Genelgesi
18. 2014/7 Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi
19. 2015/6 Tütün Kontrolü Uygulamaları Genelgesi
20. 2015/18 Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi
21. 2016/2 Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi
22. 2016/16 Nöbet Hizmetleri Genelgesi
23. 2016/23 Aşı İle Önenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi
24. 2018/24 Mobil Sağlık Hizmetleri Genelgesi
25. 2019/04 Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi
26. 2019/5 Küresel Grip Salgını (Pandemi) Genelgesi
27. 2019/07 Kanser Kayıtcılığı Genelgesi
28. 2019/12 Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Genelgesi
29. 2019/12 Sayılı "Bilgi ve İletişim Güvenliği Tedbirleri" konulu Cumhurbaşkanlığı Genelgesi
30. 2019/13 Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı Genelgesi
31. 2019/17 Ulusal Görme Tarama Genelgesi
32. 2020/1 Aile Hekimliğine Geciste Muvafakat İşlemleri Genelgesi
33. 2020/03 Çocuklara Yönelik Mikrobesein Destek Programları Genelgesi
34. 2020/4 Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Ugulamaları Genelgesi
35. 2021/10 Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Genelgesi
36. 2021/11 sayılı Yenidoğanlarda K Vitamini Uygulaması Genelgesi
37. Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Muayene ve Sevkleri ile ilgili Genelge
38. 2015/1 Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) Hakkında Genelge
39. 2019/2 Bağımlılık ile Mücadele (2017/23) Başbakanlık Genelgesi (Cumhurbaşkanlığı Genelgesi)
40. 2014/4 Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Genelge

41. 2010/22 Türkiye Sağlıkli Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Genelgesi (Başbakanlık Genelgesi)
42. 2020/8 Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi Genelgesi in Denetimi ve Uygulanacak Hijyen Kuralları Genelgesi
43. 2014/1 Mesai Saatleri Haricinde İşyeri Hekimliği Genelgesi
44. 2017/6 Mevsimlik Tarım İşçileri sayılı Başbakanlık Genelgesi
45. 2020/03 Sayılı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Genelgesi
46. 2016/23 Aşı İle Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıklar Sürveyansı Genelgesi

2.2.7. Genel Yazılar

1. THSK Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırma İşlemleri hakkında 21.07.2017 tarih ve E.01-1828 sayılı yazı
2. THSK 29.05.2014 tarih ve 2014.5679.37694 sayılı Performans İtiraz Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları
3. THSK 30.04.2013 tarih ve 46119 sayılı ASM'de Bulundurulması Zorunlu Asgari İlaç Listesi, ASM ve AHB İzleme ve Değerlendirme Formları konulu yazı
4. Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu (Dış Tabela)
5. S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 13.01.2012 tarih ve 1363 sayılı Aile Sağlığı Merkezi Tabelaları ile Aile Hekimlerinin Kaşelerine İlişkin Usul ve Esaslar
6. THSK Bina Bakım Onarımı hakkında 04.05.2012 tarihli ve 5487 sayılı yazı
7. THSK 15.04.2015 tarihli ve 768 sayılı Aspiratör Cihazı konulu yazı
8. THSK 27.05.2013 tarihli 55489 sayılı Defibrilatör konulu yazı
9. THSK 15.03.2016 tarihli ve E.211 sayılı Yönetim Karar Defteri konulu yazı
10. Sağlık Bakanlığı 30.01.2012 tarih ve 2592 sayılı Denetim Formları konulu yazı
11. THSK 13.06.2014 tarihli ve 2014.569.40965 sayılı Denetimler Hakkında genel yazı
12. THSK 27.01.2014 tarihli ve 2014.5679.6899/900 sayılı Mesai Denetimi konulu yazı
13. HSGM 23.03.2018 tarihli ve E.245 sayılı Aile Hekimliği İhtar İşlemleri konulu yazı
14. HSGM 11.12.2018 tarihli ve E.2659 sayılı Aile Hekimliğinde İzin konulu yazı
15. HSGM 12.05.2020 tarihli ve E.912 sayılı Geçici Koruma Altına Alınan Kişilerin Aile Hekimlerine Kaydı konulu yazı
16. HSGM 02/12/2021 tarihli ve 2127 sayılı Aile Hekimliği Çalışanlarının Sözleşmelerinin Yenilenmesi konulu yazı
17. HSGM 19.09.2017 tarihli ve E.2643 sayılı Gruplandırma İşlemleri ve Güvenlik Kamera Sisteminin Özellikleri konulu yazı
18. HSGM 04.11.2021 tarihli ve 151525947 sayılı ASM'de Bulundurulması Zorunlu Jenaratörün Özellikleri Hakkında yazı
19. HSGM 27.10.2015 tarihli ve 489 sayılı Aile Sağlığı Merkezinde Yeşil ve Kırmızı Reçete Bulundurma konulu yazı
20. HSGM 27.03.2018 tarihli ve E.109 sayılı Kırmızı ve Yeşil Reçete konulu yazı
21. 21.03.2017 tarih ve E-67414668-234.99-E.267 sayılı Okul Sağlığı Programı Uygulama Klavuzu konulu yazı
22. 22.10.2018 tarih ve 67414668-233.01-E.917 sayılı Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı konulu yazı
23. 23.12.2021 tarih ve E-67414668-233.02-853 sayılı Evlilik Öncesi Ulusal SMA Tarama Programı konulu yazı

Ayrıca Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri İzleme ve Değerlendirme Personeli için hazırlanmış olan ve izleme ve değerlendirme ile ilgili mevzuat bilgilerinin bir arada bulunduğu Mevzuat Kitabına HSGM web sayfasından ulaşılabilir.



2.3. YASAL DAYANAK

2.3.1. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (R.G. 10/07/2018-30474)

Sağlık Bakanlığı

Görevler

MADDE 352 - (1) Herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığının görev ve yetkileri şunlardır:

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi için çalışmalar yapmak,
 - Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütmek,
 - Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesini önlemek,
 - Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerini geliştirmek,
 - Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasaya sunulması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi için çalışmalar yapmak,
 - İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu sağlamak,
 - Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak,
 - Kanunlarla ve Cumhurbaşkanlığı kararnameleri ile verilen diğer görevleri yapmak.
- (2) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usûl ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Cumhurbaşkanınca belirlenir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

MADDE 361- (1) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu amaçla birinci basamak sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bunlarla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak.

ç) Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek.

d) Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek.

e) Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak.

f) Biyolojik ürünler ve test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak, üretirmek ve gerektiğinde üretmek.

g) Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlarla işbirliği yaparak eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak.

ğ) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığı

MADDE 24- (1) Aile Hekimliği Eğitim ve İzleme Dairesi Başkanlığının görevleri şunlardır:

a) Eğitim aile sağlığı merkezleri/birimlerinin açma, kapama ve yer değiştirme işlerini yürütmek, ilgili dairelerle koordinasyonu sağlamak.

b) Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi (SAHU) alan aile hekimlerinin eğitim aldığı kurumlarla iş birliği içerisinde saha eğitimlerinin süreç takibini ve ilgili işleri yürütmek.

c) Tıpta uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği asistanlarının saha eğitimlerinin, eğitim aldığı kurumlarla iş birliği içerisinde planlamasını yapmak.

ç) Aile hekimliği uygulamaları kapsamında eğitim ve geliştirme faaliyetlerini üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde yürütmek.

d) Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının ilgili dairelerle iş birliği içerisinde hizmet içi ve diğer ihtiyaç duyulan eğitimlerini planlamak, eğitimlerle ilgili memnuniyet anketi çalışmalarından elde edilen verilerin analizini ve raporlamasını yapmak.

e) Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS) uygulamalarının güncelleme çalışmalarını ilgili birimlerle koordineli olarak yürütmek.

f) Aile hekimliği uygulaması kapsamındaki sağlık kuruluşları ve hekimlerin rollerinde oluşan değişikliklerin değerlendirilmesi amacıyla izleme ve değerlendirme ölçüm metodlarının geliştirilmesi ve standardizasyonu için çalışmalar yapmak.

g) Aile hekimliği uygulaması sürecinde ilgili verileri toplamak, incelemek, istatistik raporlama ve analiz faaliyetlerini yapmak.

ğ) Aile hekimliği hizmetlerini hasta, çalışan güvenliği ve kalite yönetim sistemi uygulamaları doğrultusunda izlemek ve değerlendirmek.

h) Aile hekimliği uygulamasına ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmalarını rapor haline getirip üst makamlara ve ilgili diğer birimlere sunmak.

ı) Kişi ve sağlık bilgilerine ilişkin düzeltme, düzenleme ve güncelleme faaliyetlerini yürütmek.

j) Aile hekimliği uygulamasının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uygunluk denetimini, Teftiş Kurulu Başkanlığı ile iş birliği içerisinde yürütmek ve gerekli yaptırımları uygulamak veya uygulamak.

k) Görev alanı ile ilgili mevzuat düzenleme faaliyetlerini yürütmek ve ilgili dairelerle koordine etmek.

l) Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim, sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı sağlamak.

Taşra teşkilatı

MADDE 371- (1) Bakanlık taşra teşkilatı kurmaya yetkilidir.

(2) Bakanlığın il ve ihtiyaca göre kurulacak ilçe yönetim birimleri il ve ilçe sağlık müdürlükleridir. İl sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilir.

(3) İl sağlık müdürleri Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumludur; Bakanlığın düzenlemeleri çerçevesinde il düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapar ve bu amaçla il içinde personel nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirir.

(4) İl sağlık müdürü, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.

(5) Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

2.3.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

İl sağlık müdürlüğünün kuruluşu

MADDE 6- (Değişik madde: 09/10/2019 tarihli ve 13461 sayılı Bakan Onayı)

(1) İldeki sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla her ilde bir müdürlük kurulur.

(2) Müdürlükte kurulacak başkanlıklar ile başkan ve başkan yardımcılarını Ek-1’de belirtilmiştir.

(3) Müdürlük bünyesinde, Ek-2’de belirtilen iş ve işlemleri yürütmek üzere Ek-3’te belirtilen birim isimleri ve birim sayıları esas alınarak birimler kurulur. Şehir Hastaneleri Birimi, şehir hastaneleri kurulan/planlanan illerde kurulur. **(Değişik dördüncü cümle:23/12/2020 tarihli ve 11739sayılı Bakan Onayı)** Birimlerin sorumluluğu öncelik sırasına göre şube müdürleri, uzmanlar ve en az yüksek öğrenim görmüş diğer personel tarafından yerine getirilir.

(4) Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

EK-I

BAŞKAN VE BAŞKAN YARDIMCILARININ İLLERE VE HİZMET ALANLARINA GÖRE DAĞILIMI							
İl Grubu	Halk Sağlığı Hizmetleri	Kamu Hastaneleri Hizmetleri	Acil Sağlık Hizmetleri	İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri	Personel Hizmetleri	Destek Hizmetleri
İ1	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	6 Başkan 12 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 5 Başkan Yardımcısı
İ2	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı
İ3	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı
İ4	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ5	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ6	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ7	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan	1 Başkan	1 Başkan
İ8	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan	1 Başkan	1 Başkan	1 Başkan	1 Başkan	1 Başkan
İ9			1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı				1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı

1) İ1 illerinde; halk sağlığı hizmetleri bir başkan, kamu hastaneleri hizmetleri altı başkan, acil sağlık hizmetleri bir başkan, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri bir başkan, sağlık hizmetleri bir başkan, personel hizmetleri bir başkan ve destek hizmetleri bir başkan tarafından yürütülür.

2) İ2 ve İ3 illerinde; halk sağlığı hizmetleri bir başkan, kamu hastaneleri hizmetleri iki başkan, acil sağlık hizmetleri bir başkan, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ile sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan, personel hizmetleri bir başkan ve destek hizmetleri bir başkan tarafından yürütülür.

3) İ4 ve İ5 illerinde; halk sağlığı hizmetleri bir başkan, kamu hastaneleri hizmetleri bir başkan, acil sağlık hizmetleri bir başkan, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ile sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan, personel hizmetleri bir başkan ve destek hizmetleri bir başkan tarafından yürütülür.

4) İ6 illerinde; halk sağlığı hizmetleri bir başkan, kamu hastaneleri hizmetleri bir başkan, acil sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ile sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan, personel hizmetleri bir başkan ve destek hizmetleri bir başkan tarafından yürütülür.

5) İ7 ve İ8 illerinde; halk sağlığı hizmetleri bir başkan, kamu hastaneleri hizmetleri bir başkan, acil sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ile sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan, personel hizmetleri ile destek hizmetleri (Destek Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan tarafından yürütülür.

6) İ9 illerinde; halk sağlığı hizmetleri, kamu hastaneleri hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ile sağlık hizmetleri (Sağlık Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan, personel hizmetleri ile destek hizmetleri (Destek Hizmetleri Başkanlığı adı altında) bir başkan tarafından yürütülür.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31755a9a-de8a-4066-8685-bd9cccf9583 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼đ¼ (Halk Sağlığı Hizmetleri) birim dağlım cetveli

EK-III

I) İİ GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
2. GÖÇ SAĞLIĞI BİRİMİ
3. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
4. İZLEME, DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİK BİRİMİ
5. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ
6. RUH SAĞLIĞI BİRİMİ
7. SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
8. T¼T¼N VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE M¼CADELE BİRİMİ
9. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
10. KANSER BİRİMİ
11. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ
12. AŞI PROGRAMLARI BİRİMİ
13. TÜBERK¼LOZ BİRİMİ
14. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
15. ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ

II) İİ GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
2. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
Toplum Sağlığı Birimi ile G¼ç Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
3. İZLEME, DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİK BİRİMİ
4. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ
5. RUH SAĞLIĞI BİRİMİ
6. SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
7. T¼T¼N VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE M¼CADELE BİRİMİ
8. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
9. KANSER BİRİMİ
10. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ
11. AŞI PROGRAMLARI BİRİMİ
12. TÜBERK¼LOZ BİRİMİ
13. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
Çevre Sağlığı Birimi ile Çalışan Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

III) İİ-İİ GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
2. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
Toplum Sağlığı Birimi ile G¼ç Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
3. İZLEME, DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİK BİRİMİ
4. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi ile Ruh Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
5. SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
6. T¼T¼N VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE M¼CADELE BİRİMİ
7. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi ile Kanser Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
8. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ
Bulaşıcı Hastalıklar Birimi ile T¼berk¼loz Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
9. AŞI PROGRAMLARI BİRİMİ
10. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
Çevre Sağlığı Birimi ile Çalışan Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

IV) İİ-İİ GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

2. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ

Toplum Sağlığı Birimi ile Göç Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

3. İZLEME, DEĞERLENDİRME VE İSTATİSTİK BİRİMİ

4. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi, Ruh Sağlığı Birimi ile Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

5. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ

Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi ile Kanser Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

6. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Hastalıklar Birimi, Aşı Programları Birimi ile Tüberküloz Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

7. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ

Çevre Sağlığı Birimi, Çalışan Sağlığı Birimi ile Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

V) İ7 GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

2. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ

Toplum Sağlığı Birimi, Göç Sağlığı Birimi ile İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

3. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi, Ruh Sağlığı Birimi, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi ile Kanser Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

4. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Hastalıklar Birimi, Aşı Programları Birimi ile Tüberküloz Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

5. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ

Çevre Sağlığı Birimi, Çalışan Sağlığı Birimi ile Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

VI) İ8 GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ

Toplum Sağlığı Birimi, İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi, Aile Hekimliği Birimi, Göç Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

2. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Hastalıklar Birimi, Çevre Sağlığı Birimi, Aşı Programları Birimi, Çalışan Sağlığı Birimi, Tüberküloz Birimi ile Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

3. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİRİMİ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birimi, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi, Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi, Ruh Sağlığı Birimi ile Kanser Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

VII) İ9 GRUBU İLLERDE KURULACAK BİRİMLER

1. HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ

Halk Sağlığı Başkanlığı altındaki birimlere tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

2.3.3. İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Biriminin Görevleri

İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi;

a) Aile hekimliği izleme ve değerlendirme iş ve işlemlerini yürütmek,

b) Toplum sağlığı merkezi/ ilçe sağlık müdürlüğü ve /entegre ilçe devlet hastanesi ve bağlı birimleri ile diğer birimlerinde yürütülen halk sağlığı hizmetlerinin izleme ve değerlendirme iş ve işlemlerini yürütmek,

c) Yıllık izleme ve değerlendirme planlarını hazırlamak, onaylatmak ve uygulamak,

ç) İzleme ve değerlendirme faaliyetine ait formları bilgi sistemlerine kaydetmek,

d) İzleme ve değerlendirme çalışmalarını rapor haline getirerek üst makamlara sunmak ve gerekli düzeltici önlemlerin alınmasını takip etmek,

- e) Aile hekimliği performans itiraz komisyonu iş ve işlemleri ile ilgili işleri yürütmek,
f) Müdürlüğün ilgili birimleriyle iş birliği yaparak halk sağlığı verilerini takip etmek ve değerlendirmek,
g) Halk sağlığı alanındaki istatistiki verileri derlemek, standartlara uygun olarak analiz etmek, rapor haline getirmek ve önerilerde bulunmak,
ğ) Faaliyet alanları ile ilgili hizmet içi eğitim programı hazırlamak ya da hazırlanmasını sağlamak, bu eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,
h) İl Sağlık Müdürü tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

2.3.4. Aile Hekimliği Kanunu

Aile Hekimliği Kanunu'na göre;

“Denetim, sorumluluk ve mal bildirimini

MADDE 6- Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tâbidir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlüdür.”

2.3.5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

“Denetim

MADDE 33 – (1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Kurum, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tâbidir. Denetim yapmaya yetkili amir, ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılığı doğrudan kendisi tespit edebileceği gibi, tespiti yapmak üzere incelemeci veya soruşturmacı da görevlendirebilir. Bu denetimler Kurum tarafından belirlenen denetleme formları ile gerçekleştirilir. Mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık tespit edildiği takdirde, Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirtilen hükümler çerçevesinde ilgililer hakkında işlem tesis edilir.

Çalışma saatleri, izin ve denetim

MADDE 37 – (1) Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde görev yapan asistan, eğitici ve aile sağlığı elemanları izinler, disiplin işlemleri ve kazanç getirici faaliyet yasağı bakımından asli statülerine ilişkin mevzuata tabidirler.

(2) Eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminde eğitim kurumu tarafından eğitici, asistan ve aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilen personel tam gün esasına göre çalışırlar. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak eğitim kurumu tarafından belirlenir ve müdürlükçe onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler eğitim aile sağlığı merkezi/egitim aile hekimliği biriminin görünür bir yerine asılarak kişilerin bilgilenebilmesi sağlanır.”

2.3.6. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği

“Denetim

MADDE 14- (1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, asgari altı ayda bir, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare amirleri ve yerel sağlık idare amirleri veya bunların görevlendireceği personelin denetimine tabidir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırılık halinde müdürlükçe/Bakanlıkça incelemeci veya soruşturmacı görevlendirilir. İlgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırı fiillerin tespit edilmesi halinde aykırılığın mahiyetine göre;

a) Adli yönden; 2/12/1999 tarihli ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun,

b) İdari yönden; 10 uncu ve 11 inci madde,

c) Kamu zararı oluşturan mali hususlar yönünden; 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik,

hükümlerine göre, gerekli işlemler tesis edilir.

Sözleşmenin Feshi

MADDE 10- (1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanınun;

a) 657 sayılı Kanununun 48 inci maddesinin birinci fıkrasının (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde yer alan şartlar ile bu Yönetmelikte belirtilen şartları taşınmadığının veya bu şartların sonradan kaybedilmiş olduğunun tespit edilmesi,

b) 15 inci maddede belirtilen faaliyetlerde bulunulduğunun tespit edilmesi,

c) Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlardan, haklarında yüksek disiplin kurullarınca verilen devlet memurluğundan çıkarma cezasına veya sözleşmesinin sona erdirilmesine dair kararın ilgili müdürlüğe bildirilmesi,

ç) Çalışanın kadrosu veya pozisyonundan istifa etmesi,

d) Mücbir sebepler hariç, özürsüz ve kesintisiz olarak on gün görev başında bulunmadığının tespit edilmesi,

e) Sağlık sebebiyle yüz seksen günü aşan süreyle görevini ifa edememesi,

f) Eczane veya medikal firmaları, beşeri ilaç firmaları veya özel sağlık kuruluşları gibi mesleği ile ilgili alanlarda faaliyet gösteren gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilerinin temsilcileri ile etik dışı haksız çıkar ilişkisinde bulunulduğunun tespit edilmesi,

g) Menfaat karşılığında gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlendiğinin tespit edilmesi,

ğ) 657 sayılı Kanununun 125 inci maddesinin birinci fıkrasının (E) bendinde yer alan fül ve hallerin işlendiğinin tespit edilmesi,

h) Gözaltına alınma, tutuklanma, hükümlülük veya 8/3/2012 tarihli ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamında uzaklaştırma kararı verilmesi nedeniyle görevi başında bulunamama süresinin sekiz haftayı aşması,

ı) Görevi başında bulunduğu halde entegre sağlık hizmetlerinde mazeretli olup olmadığına bakılmaksızın beş nöbet görevini yerine getirmediğinin/getiremediğinin tespit edilmesi,

hallerinde bu durum, aile hekimi veya aile sağlığı çalışanına tebliğ edilir. Tebliğ tarihinden itibaren savunma yapmak üzere yedi gün süre verilir. Yapılan savunmalar uygun görülmediği takdirde veya süresi içinde savunma yapılmaması durumunda, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanınun sözleşmesi, il sağlık müdürü tarafından başkaca herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir.

(2) Birinci fıkranın;

a) (a), (c), (f), (g) ve (ğ) bentlerine göre sözleşmesi sona erdirilenler, beş yıl süreyle,

b) (b), (ç) (d) ve (ı) bentlerine göre sözleşmesi sona erdirilenler, bir yıl süreyle,

c) (e) bendine göre sözleşmesi sona erdirilenler, sağlık durumunun görevin sürekli ifasına engel olmadığına dair sağlık kurulu raporu ibraz edilinceye kadar,

sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.

(3) Birinci fıkranın (f), (g) ve (ğ) bentlerine münhasır olmak üzere, aile hekimliği hizmetlerinin gerektirdiği hallerde, görevi başında kalmasında sakınca görülen aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, Sağlık Bakanı, İl Sağlık Müdürü, Bakanlık Müfettişi tarafından, sözleşmeleri askıya alınmak suretiyle iki aya kadar görevden uzaklaştırılabilir. İhtiyaç halinde ve gerekmesi durumunda bu süre bir defaya mahsus olmak üzere iki ay daha uzatılabilir. Bu süre içinde tamamlanacak idari soruşturma neticesinde ilgililerin anılan bentlerde yer alan fiilleri işledikleri sabit görülür ise sözleşmeleri sona erdirilir, aksi halde ilgililer görevlerine iade edilir.

(4) 7179 sayılı Kanuna istinaden bedelli askerlik yapmak üzere ayrılmak isteyen sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanının sözleşmesi feshedilir. Pozisyonlarının korunması talebinde bulunarak sözleşmesi feshedilenler hakkında 7 nci maddenin dördüncü fıkrası hükümleri uygulanır.

(5) Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız üç ay süreyle bin kişinin altına düşmesi halinde bu durum, aile hekimi ve/veya aile sağlığı çalışanına tebliğ edilir. Tebliğ tarihinden itibaren savunma yapmak üzere yedi gün süre verilir. Yapılan savunmalar uygun görülmediği takdirde veya süresi içinde savunma yapılmaması durumunda, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının sözleşmesi, il sağlık müdürü tarafından başkaca herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir. Ancak;

a) Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması halinde sözleşme yapılan aile hekimi hakkında,

b) Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız üç ay süreyle bin kişinin altında seyretmesi nedeniyle sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine sözleşme yapılan aile hekimi hakkında,

birinci cümle hükmü sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanır.

(6) Bu maddede yer alan fiillerin işlendiğinin sözleşme döneminden sonra öğrenilmesi veya sözleşme döneminde öğrenilse dahi başlatılan soruşturmanın ilgili sözleşme döneminden sonra aile hekimi veya aile sağlığı çalışanının aleyhine sonuçlanması durumunda mevcut sözleşme sona erdirilir.

(7) Bu maddede yer alan fiillerin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlemin başlatılarak, takip eden altı ay içerisinde sonuçlandırılması esastır. Belirtilen fiillerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde sözleşme feshedilmediği takdirde fesih yetkisi zamanaşımına uğrar.

Sözleşmenin ihtaren sona erdirilmesi

MADDE 11- (1) Bu Yönetmeliğin eki (EK-3 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ)'nde yer alan fiilleri işlediği tespit edilen sözleşmeli aile hekimi ve aile sağlığı çalışanına;

a) Müdürlüğün halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanınca,

b) Tespitin Bakanlık tarafından yapılması halinde Bakanlıkça,

yazılı ihtar yapılır.

(2) Sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanına, ihtarın tebliğinden itibaren savunma yapması için yedi gün süre verilir. Yapılan savunmalar uygun görülmediği takdirde veya süresi içinde savunma yapılmaması durumunda ihtar puanı verilir. Bir sözleşme dönemi içerisinde herhangi bir fiilin ikinci ve devam eden ihlallerinde, ihtar puanı iki kat olarak uygulanır.

(3) İhtar puanının kendisine tebliğ edilen ilgili aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, tebliğ tarihinden itibaren yedi gün içinde;

a) Müdürlüğün halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkanının verdiği ihtar puanına karşı, il sağlık müdürlüğüne,

b) Bakanlığın verdiği ihtara karşı Bakan Yardımcısına,

itirazda bulunabilir. İtiraz mercileri otuz gün içinde itirazı inceleyerek karara bağlar ve karar ilgisine yazılı olarak bildirilir.

(4) Bakanlıkça yapılan ihtarlar ve sonuçları, işlem yapılmak üzere ilgili müdürlüğe bildirilir.

(5) Bir sözleşme dönemi içinde verilen ihtar puanlarının iki yüz puana ulaşması halinde sözleşme, il sağlık müdürü tarafından sona erdirilir.

(6) Mali yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının, sözleşme dönemi sonuna kadar kalan sürenin iki yıllık çalışma süresine oranının, iki yüz puan ile çarpılmasıyla bulunacak puana ulaşması halinde de sözleşme, il sağlık müdürü tarafından ihtaren sona erdirilir. Hesaplamalarda kesirler tama iblağ edilir.

(7) Bu madde hükümleri gereğince sözleşmesi ihtaren sona erdirilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı, bir yıl süreyle sözleşmeli aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.

(8) Bir sözleşme dönemi içinde ihtar puanlarının iki yüz puana ulaştığının, sözleşme dönemi sona erdikten sonra tespit edilmesi halinde, tespit tarihinde geçerli olan sözleşme sona erdirilir.

(9) İhtarı gerektiren fiilin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlemin başlatılarak, takip eden altı ay içerisinde sonuçlandırılması esastır. İhtarı gerektiren fiillerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde ihtar puanı verilmemesi halinde ihtar puanı verme yetkisi zamanaşımına uğrar.

Sözleşmelerin yenilenmesi

MADDE 7- (1) Sözleşme süresi sonunda, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı olarak görevine devam etmek isteyenlerin sözleşmesi yenilenir. Ancak bir sözleşme döneminde bu Yönetmeliğin eki (EK-3 AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ)'nde yer alan fiillerden 5 ve daha fazla kez ihtar puanı verilmesi veya toplamda 150 ve üzerinde ihtar puanına ulaşılması halinde müdürlükçe komisyon oluşturularak değerlendirme yapılır. Değerlendirme neticesinde komisyon tarafından; yeniden sözleşme imzalanmasına veya sözleşmenin yenilenmemesine karar verilir. Aile sağlığı çalışanları için verilecek kararlarda aile hekiminin görüşü de alınır. Komisyonun teşekkülü ile çalışma usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.

(2) Bakanlık müfettişlerince yapılacak inceleme ve soruşturma neticesine göre sözleşmenin yenilenmemesi kararı verilebilir.

(3) Birinci ve ikinci fıkralara göre sözleşmesi yenilenmeyenler, bir yıl süreyle aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olmak üzere başvuruda bulunamaz.

(4) 25/6/2019 tarihli ve 7179 sayılı Askeralma Kanununa istinaden bedelli askerlik yapmak üzere pozisyonlarının korunması talebinde bulunarak sözleşmesi feshedilenler, sözleşme fesih tarihinden itibaren en geç otuz gün içerisinde başvurularını halinde ayrılmadan önce çalıştığı aile hekimliği biriminde sözleşme imzalayarak göreve başlayabilir.”

2.3.7. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği

“Açılması ve kapatılması

MADDE 5 – (Değişik: RG-25/5/2018-30431)

(1) Nüfusu 15.000'e kadar olan ilçelerde ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar esas alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamış ise toplum sağlığı merkezi kurularak hizmetler yürütülür.

(2) Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz.

(3) Toplum sağlığı merkezinin kurulmadığı ilçelerde bu Yönetmelik ile öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğünün de kurulmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür.

(4) Toplum sağlığı merkezleri ile bunların ek ve bağlı birimlerinin tipleri ile fiziki ve teknik donanımları Bakanlıkça tespit edilen standartlar doğrultusunda belirlenir.

(5) Hizmete ulaşımları ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak üzere, ihtiyaç doğrultusunda, farklı bir binada TSM bağlı birimi ve/veya ek birimi açılabilir. Toplum sağlığı merkezleri ile ek ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması ve yer değişikliği ilgili Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir.

(6) Toplum sağlığı merkezinin bulunduğu yerlerde, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM tarafından yerine getirilir.

“İzleme ve değerlendirme çalışmaları

MADDE 13 – (1) TSM'nin izleme ve değerlendirme çalışmalarına ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bölgesindeki hizmet sunucularının verdikleri koruyucu sağlık hizmetlerinin mevzuat/sözleşme hükümlerine uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

b) Bağlı birimlerin hizmetlerine yönelik çalışmalarını ve çalışma düzenine uyumlarını izlemek ve değerlendirmek, hazırlayacağı raporu müdürlüğe iletmek,

c) Bölgesindeki aile hekimliği birimlerinin çalışma düzenine uyumlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe iletmek,

ç) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin çalışmalarını ve kayıtlarını ilgili mevzuatına göre izlemek ve değerlendirmek amacıyla aile sağlığı merkezlerini ziyaret etmek, mevzuatın izin verdiği sınırlar çerçevesinde her türlü kayıtlarına erişmek, elde ettiği verileri ve yaptığı değerlendirmeleri öncelikli olarak aile sağlığı merkezi çalışanlarına yazılı ya da sözlü olarak, ayrıca altışar aylık dönemlerde de müdürlüğe yazılı olarak ya da elektronik ortamda bildirmek, bu görevi yaparken hasta ve çalışan hakları ile kişisel mahremiyetin korunması ilkelerine riayet etmek,

d) Bölgesinde hizmet veren aile hekimliği birimlerinin gezici sağlık hizmeti planlarını bir önceki ayın son haftası içinde aile hekimlerinden almak, plana uyulup uyulmadığını izlemek ve değerlendirmek, hazırladığı raporu müdürlüğe bildirmek,

e) Hasta hakları ile ilgili çalışmaların yürütülmesini sağlamak, yapılan çalışmaları izlemek ve değerlendirmek.”

BÖLÜM III

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI

3.1.TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

Tanım

5 Şubat 2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nde Toplum Sağlığı Merkezi: “Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu” şeklinde tanımlanmaktadır.

Açılması ve kapatılması,

MADDE 5 – (Değişik: RG-25/5/2018-30431)

(1) Nüfusu 15.000’e kadar olan ilçelerde ve 10/7/2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde bir toplum sağlığı merkezi kurulur. Nüfusu 15.000 ila 30.000 arasında olan ilçelerde, sağlık hizmet sunumunun planlanması, coğrafi koşullar, dönemsel nüfus artışları gibi hususlar esas alınarak ilçe sağlık müdürlüğü kurulmamış ise toplum sağlığı merkezi kurularak hizmetler yürütülür.

(2) Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerde toplum sağlığı merkezi kurulmaz.

(3) Toplum sağlığı merkezinin kurulmadığı ilçelerde bu Yönetmelik ile öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğünün de kurulmadığı yerlerde ise ilçe devlet hastanesi tarafından yürütülür.

(4) Toplum sağlığı merkezleri ile bunların ek ve bağlı birimlerinin tipleri ile fiziki ve teknik donanımları Bakanlıkça tespit edilen standartlar doğrultusunda belirlenir.

(5) Hizmete ulaşımı ve hizmet sunumunu kolaylaştırmak üzere, ihtiyaç doğrultusunda, farklı bir binada TSM bağlı birimi ve/veya ek birimi açılabilir. Toplum sağlığı merkezleri ile ek ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması ve yer değişikliği ilgili Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir.

(6) Toplum sağlığı merkezinin bulunduğu yerlerde, ilçe sağlık müdürlüğüne ait hizmetler TSM tarafından yerine getirilir.

26.01.2023 tarih ve 95796091 sayılı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün yazısına istinaden E2 ve E3 rolündeki hastaneler E1 rolüne geçirilerek Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bağlanmıştır.

Birim açılması

MADDE 38 – (Değişik: RG-25/5/2018-30431)

(1) Toplum sağlığı merkezi bünyesinde SHM, KETEM, ÇEKÜS, Enfeksiyon Kontrol, İSG, Diyabet ve Obezite, Göçmen Sağlığı Merkezi, Sağlık Evi gibi belirli hizmetleri yoğun olarak sunmak üzere bağlı birimler açılabilir.

a) Bağlı birimler, ihtiyaç doğrultusunda, Bakanlıkça belirlenen hedeflere uygun olarak, Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile açılır ya da kapatılır.

b) Birim sorumlusu, birimin görev alanı ve ilgili mevzuatı dikkate alınmak suretiyle toplum sağlığı merkezi başkanının teklifi ve müdürlük onayı ile görevlendirilir, Bakanlığa bildirilir.

c) Bağlı birimlerin asgari fiziki ve teknik özellikleri ile çalışma usul ve esasları Bakanlık tarafından belirlenir. Ancak toplum sağlığı merkezlerine bağlı iş sağlığı ve güvenliği birimleri ilgili mevzuatında belirlenen standartlar doğrultusunda oluşturulur ve faaliyet gösterir.

Görev ve yetkileri

MADDE 8 – (1) Toplum sağlığı merkezi, aşağıdaki hizmetleri sunar:

- İdari ve mali işler,
- Kayıt ve istatistik,
- Plan ve program yapma,

- ç) Diğer kurumlarla işbirliği,
- d) İzleme ve değerlendirme çalışmaları,
- e) Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü,
- f) Tüberküloz kontrolü,
- g) Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü,
- ğ) Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları,
- h) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü,
- ı) Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri,
- i) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri,
- j) Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri,
- k) Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler,
- l) Ulusal programlar ile ilgili hizmetler,
- m) Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri,
- n) Acil sağlık hizmetleri,
- o) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri,
- ö) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
- p) Çevre sağlığı hizmetleri,
- r) Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler,
- s) Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri,
- ş) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri,
- t) Evde sağlık hizmetleri,
- u) Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- ü) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları,
- v) Sosyal hizmet çalışmaları,
- y) Hizmet içi eğitimler,
- z) Diğer görevler.

3.1.1. ÇEKÜS (Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi

MADDE 40- Kadın, ana, çocuk ve ergenlerin sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetlerini sunmak ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarıyla iş birliği içinde kadın, ana, çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinin sunumunu, koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun olarak gerçekleştirmek üzere açılan ÇEKÜS biriminin görevleri şunlardır:

- a) Hizmet bölgesindeki kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergenlere Kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak ve Kurumca belirlenen tedbirleri almak; başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- b) Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve serviks kanseri gibi konularda erken teşhis için KETEM birimi ile iş birliği yapmak,
- c) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak sorumluluk bölgesinin ihtiyaçları ve şartlarına göre Kurum veya müdürlükçe hazırlanmış olan programları uygulamak,
- ç) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığına yönelik hizmet sunan diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak hizmetlerin sunumunda koordinasyon sağlamak,
- d) Başvuranların, birimde uygulanamayan gebeliği önleyici yöntemleri diğer sağlık kuruluşlarından almalarını sağlamak,
- e) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında; mahallin kitle iletişim araçları ile sivil toplum kuruluşlarından da faydalanmak suretiyle eğitim çalışmalarını organize etmek, sistemli bir şekilde halk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri vermek,
- f) İlin birinci basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerini yürütmek,
- g) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında hizmet içi eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasını temin için Kurumca belirlenen eğitim merkezlerinde eğitici eğitimlerini yapmak,
- ğ) Gerektiğinde il dışı sağlık personelinin de kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında eğitimlerini sağlamak,
- h) İlde yataklı veya yataksız sağlık hizmeti veya destek hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık eğitimi veren diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak,

- 1) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konuları ile ilgili yürüttüğü hizmetlerin kayıt ve bildirimlerini yapmak,
- i) Kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı konularında Kurumca verilen diğer görevleri yapmak.

(2) Sağlık personelinin kadın, ana, çocuk, ergen ve üreme sağlığı kapsamındaki hizmet içi eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi için, Kurumca belirlenen fiziki yapı, insan kaynakları ve günlük hizmet yükü gibi kriterler göz önünde bulundurularak, açılan birimler, ihtiyaç çerçevesinde Eğitim Merkezi olarak faaliyet gösterebilir.

3.1.2. Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi

Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi Umumi Hıfzısıhha Kanunu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı ve taşra teşkilatı bünyesinde bir yapılanma ile oluşmuştur. Bakanlar Kurulu kararı ile kurulan 24/04/1930 ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununa dayanılarak 19/04/1961 tarihli Resmi Gazetede 10786 sayı ile yayımlanan Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü kapsamında hizmet vermektedir.

6 İlde (Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, İzmir, Mersin) Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi olarak hizmet verirken İstanbul'da İstanbul Leptra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet sunulmaktadır.

3.1.3. Diyabet ve Obezite Birimi

MADDE 43- Diyabet ve obezite biriminin görevleri şunlardır:

- a) Gerekli hallerde hedef nüfusun obezite ve fiziksel aktivite açısından periyodik taramalarını gerçekleştirmek ve araştırmalar yapmak,
- b) Hizmet bölgesinde obezite, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi diyabetin risk faktörlerine ve erken teşhisine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
- c) Aile hekimliği birimleri tarafından yönlendirilen obezite ve diyabet tanısı almış olguları kayıt altına almak; obezite ve diyabet tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında, diyabet tanısı olan kişilere ilave olarak öz bakım konusunda, bireysel beslenme danışmanlığı dâhil olmak üzere bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- ç) İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde obezitenin önlenmesine yönelik bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermek,
- d) İlgili mevzuat doğrultusunda, hizmet bölgesindeki okullarda bulunan tip 1 veya tip 2 diyabet tanısı almış öğrencilerin takibi ile öğrencilerin, öğrenci velilerinin ve okul çalışanlarının diyabetle ilgili eğitimlerini okul yönetimiyle iş birliği içerisinde gerçekleştirmek.

3.1.4. Entegre Sağlık Merkezi

25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Tanımlar" başlıklı 3 üncü maddesinin (i) bendinde "Kurumca belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbi ve cerrahi müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerim yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmeti" olarak tanımlanan entegre sağlık hizmetinin yürütülmesine dair usul ve esaslar aynı Yönetmeliğin 4 üncü, 10 uncu ve 20 nci maddelerinde belirlenmiştir. Bu çerçevede;

Toplam nüfusu (TÜİK) 18.000'e kadar olan ve yataklı sağlık tesisi bulunmayan ilçelerde, toplam nüfusu (TÜİK) 7.200 ve üzerinde olup yataklı sağlık tesisine en az 20 km uzaklıkta olan ilçelerde, toplam nüfusu (TÜİK) 12.000 ve üzerinde olup yataklı sağlık tesisine 10 km uzaklıkta olan beldelerde (bugün itibarıyla mahalle olan ancak 06.12.2012 tarihli ve 28489 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "On Dört İlde Büyükşehir ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kapsamında büyükşehir belediye mevzuatındaki değişiklik öncesinde ilçe ve belde olan yerleşim yerleri de bu kapsamda değerlendirilir) entegre sağlık hizmeti sunulan merkez açılabilir.

Bu merkezlerde mevzuatına göre oluşturulan aile ve toplum sağlığına yönelik hizmet mekânlarına ilave olarak acil poliklinik, acil müdahale, müşahede (en az iki yataklı), basit laboratuvar ve görüntüleme hizmet alanları oluşturulmuştur.

3.1.5. Hemoglobinopati Tanı Birimi

Hemoglobinopatiler konusunda eğitim, taşıyıcı ve toplum taraması, evlilik öncesi çiftlere tarama ve genetik rehberlik hizmeti veren, Hemoglobin Elektroforezi veya kolon analizi yöntemlerinin uygulanabildiği merkezlerdir.

Merkezlerde, en az bir Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı veya Dahiliye Uzmanı veya Biyokimya Uzmanı veya Tıp Eğitimi Fiziyojji Uzmanı veya hemoglobinopati ve genetik danışma konusunda deneyimli (Hemoglobinopati merkezinde 1 yıl çalışmış) veya doktoralı bir pratisyen doktor bulunmalıdır. Bu merkezin sorumlusu birinci cümlede tanımlanan kişilerden biri olabilir. Merkezlerde en az bir hemşire, bir laboratuvar teknisyeni ile sekreter de bulunur.

Bu merkezler;

- a) Toplum eğitimi, toplum taraması, riskli ailelerin taranması ile rehberlik hizmetlerini verir ve ikinci basamak ile iş birliği yapar.
- b) Evli çiftlerin taramasını yapar, taşıyıcı belgesi verir.
- c) Bulunduğu ilin hasta sayısı, taşıyıcı sıklığı ve benzeri yönlerden durum tespitini yapar.
- d) Hemoglobinopatiler yönünden risk faktörlerini ve sıklığını belirler.
- e) Sağlık personelinin genetik danışmanlık (rehberlik), toplum eğitimi ve tarama hizmetlerini sunabilmesi için hizmet içi eğitimler planlar ve gerçekleştirir.
- f) Eğitilmiş sağlık personelinin yardımıyla halk eğitimleri yaparak toplumu bilinçlendirir.
- g) Kitle iletişim araçlarını kullanarak toplumu Hemoglobinopatiler konusunda bilgilendirir.
- h) Toplum taramaları ile tespit edilen taşıyıcı ve hasta bireylere genetik rehberlik hizmeti sunar.
- i) Konuyla ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yaparak halk eğitimi, okul eğitimi, toplum taraması faaliyetlerini gerçekleştirir.

3.1.6. Göçmen Sağlığı Merkezi

Ülkemizde geçici koruma altına alınanlara ilişkin;

- 11.04.2013 tarihli ve 28615 sayılı RG’de yayımlanan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK)
- 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı RG’ de yayımlanan Geçici Koruma Yönetmeliği
- 04.11.2015 tarihli ve 9648 sayılı ‘‘Ülkemizde Geçici Koruma Altına Alınanlara Sunulacak Sağlık Hizmetlerine Dair Usul ve Esaslar’’
- Göç İdaresi Başkanlığı ile Bakanlığımız arasında her yıl düzenlenen ‘‘Global Bütçe Protokolü’’ kapsamında hizmet sunulmaktadır.

Göçmen sağlığı birimleri/merkezleri, 05.02.2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği çerçevesinde; TSM ek birimi olarak, Valiliğin teklifi ve Genel Müdürlüğün onayı ile açılır.

Bu kapsamda 2022 yılı sonu itibari ile 31 ilde 49’u güçlendirilmiş olmak üzere 191 GSM/GGSM de 860 Göçmen Sağlığı Birimi ile hizmet verilmektedir.

GSM’ler, ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasına benzer şekilde, ortalama her 4.000 kişiye hizmet verecek bir hekim ile asgari bir ebe-hemşireden oluşan göçmen sağlığı birimlerini (GSB) ihtiva etmekte, aile hekimliği için tanımlanan fiziki ve teknik standartlara göre oluşturulmakta, ağırlıklı olarak kişiye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Ancak, nüfus hareketliliğinin devam etmesi ve kimliklendirme sorunlarından dolayı, hizmetler, ‘‘bölge tabanlı yaklaşımla’’ sunulmaktadır.

Nüfusu nispeten yüksek olup tam teşekküllü bir kamu hastanesine uzak olan geçici barınma merkezleri ile Suriyeli sayısının 15 binin üzerinde olduğu yerleşim yerlerinde, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması için ‘‘Güçlendirilmiş GSM’’ teşekkül ettirilmektedir.

Güçlendirilmiş GSM’lerde birinci basamak sağlık hizmetlerine ilave olarak dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri alanlarında uzmanlık birimleri teşkil edilmekte, sunulan hizmetler görüntüleme üniteleri (dijital röntgen ve ultrason) ve basit hizmet laboratuvarları ile desteklenmektedir. Böylelikle, hastanelerin yükünün azaltılması ve zikredilen hizmetlere erişimin artırılması amaçlanmıştır.

Ülkemizde bulunan geçici koruma altındaki Suriyeliler birinci basamak sağlık hizmetlerini Göçmen Sağlığı Merkezlerinden, Aile Hekimliklerinden ve göçmen sağlığı merkezi bulunmayan yerlerde ise Yabancı Uyruklular Polikliniklerinden alabilmektedir.

Bu merkezlerde sunulan sağlık hizmetlerine dair veriler Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS) ile uygulanan aşılar ise Aşı Takip Sistemi (ATS) ile kayıt altına alınmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında olduğu gibi ring sistemiyle kapsamlı “laboratuvar hizmeti” sunulmaktadır.

GSM’lerde, çoğunluğu Suriyeli olan sağlık personeline ilave olarak, iki dil bilen (Arapça-Türkçe) hasta yönlendirme personeli ile destek hizmetleri personeli de görev yapmaktadır.

3.1.7. KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Birimi

Ulusal kanser tarama standartları doğrultusunda tanımlanmış risk toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme, serviks, kolorektal kanserler vb.) erken dönemde tanı konulmasını sağlayan, bu kanserlere bağlı ölümleri azaltan, sağlık personeli ve halkı kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik olarak eğitim faaliyetleri yapan merkezlerdir.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde:

MADDE 39 – (1) KETEM biriminin görevleri şunlardır:

- a) Kanser hastalığının risk faktörleri ve erken teşhisine yönelik her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmek,
- b) Aile hekimleri ile birlikte Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre planlanan toplum tabanlı kanser taramalarını yürütmek,
- c) Ulusal Kanser Tarama Standartlarına göre kanser taramasını TSM ve aile hekimliği birimleri dışında yaptıran kişilere ait verileri tarama yapan merkezle birlikte kayıt altına almak,
- ç) Tütün ve alkol mücadelesi ile ilgili olarak yürütülmesi uygun görölen Kurum programlarına destek olmak,
- d) Aile hekimliği birimleri ile birlikte yürütölen kanser taramaları neticesinde tespit edilen şüpheli olguların ileri tetkik, teşhis ve tedavisini kayıt altına almak; taranan ve kanser açısından riskli olduğu bilinen veya riskli olduğu saptanan kişilerin takiplerini gerçekleştirmek,
- e) Kurumca gerekli görölmesi halinde; kanser yönünden riskli bölge ve gruplara yönelik olarak kanser tarama hizmetlerini sunmak,
- f) Gerekli durumlarda tarama faaliyetlerini yürütmek için öncelikle kamu kurum ve kuruluşları olmak üzere diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.

3.1.8. Çalışan Sağlığı Merkezi (ÇASMER)

Bakanlığımız ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte hazırlanan ve 20.01.2022 tarihinde Resmî Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “*Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” ve 10.02.2022 tarihli ve 31746 sayılı Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik hükümleri doğrultusunda 19.04.2022 tarih ve 513 sayılı Makam Oluru ile İş Sağlığı ve Güvenliği Biriminin adı Çalışan Sağlığı Merkezi olarak değiştirilmiştir.

MADDE 42- İş sağlığı ve güvenliği biriminin görevleri şunlardır:

- a) Birimin yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak,
 - b) Birimin insan gücü, araç-gereç gibi ihtiyaçlarının karşılanması için planlamalar yapmak ve gerekli tedbirleri almak,
 - c) İlgili mevzuat doğrultusunda sorumluluğu kapsamındaki iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili faaliyetleri yürütmek,
 - ç) Çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda verilen diğer görevleri yürütmek.
- (2) İş sağlığı ve güvenliği birimlerinin sunduğu hizmetin sunumuna dair usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

3.1.9. Sağlık Evi

Bilindiği üzere Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanmasında yer alan toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimlerinin açılması, kapatılması, organizasyonu ve görevleri ile ilgili usul ve esasları Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. Toplum sağlığı merkezi bağlı birimi olan sağlık evleri ihtiyaç doğrultusunda, Bakanlıkça belirlenen hedeflere uygun olarak, Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile açılır ya da kapatılabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge 20’ inci maddesinin 4. fıkrasında; “Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre toplam nüfusu 500’ün üzerinde olan belde, köy ve mezralarda Müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile

sağlık evleri açılabilir” hükmü yer almaktadır. Sağlık evleri ile ilgili planlama yapılırken; bölgenin sağlık hizmet ihtiyacı, sağlık alt yapısı da gözetilerek nüfusu 500’ün üzerinde olan yerler için sağlık evi ihtiyaç değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Sağlık evi personelinin görevleri

MADDE 49 – (1) Sağlık evlerinde çalışmakta olan personel, hizmet yönünden o bölgenin bağlı olduğu aile hekimine; idari yönden ise toplum sağlığı merkezine bağlı olarak çalışırlar.

(2) Sağlık evi personelinin görevleri şunlardır:

a) Sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek,

b) Bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek,

c) Sağlık evinde bulundurulacak malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak bulundurmak,

ç) Sorumluluk alanında sağlıkla ilgili kayıtları tutmak,

d) Aylık çalışmalarını toplum sağlığı merkezine bildirmek,

e) Yürüttüğü hizmetler açısından bağlı olduğu aile hekimini bilgilendirmek,

f) Sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek,

g) Sorumluluk alanının sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak,

ğ) Bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak,

h) Sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık hizmeti vermek,

ı) Evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak,

i) Çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak,

j) Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak,

k) Sorumluluk alanında bulunan veremli hastalara DGT uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek,

l) Sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemelerini yapmak,

m) Sorumluluk alanında obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak,

n) Okul sağlığı hizmetlerinde görev almak,

o) Gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit sütür atmak,

ö) Sorumluluk alanında, bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak,

p) TSM başkanının vereceği görevi ile ilgili diğer işleri yapmak.

3.1.10. Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)

MADDE 41 – (Başlığı ile birlikte değişik: RG-25/5/2018-30431)

(1) SHM biriminin toplum sağlığına yönelik görevleri şunlardır:

a) Sağlıklı beslenme danışmanlığı yapmak, obezite tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında, bireysel beslenme danışmanlığı dâhil olmak üzere bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermek,

b) Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlamak ve uygulamak,

c) Sağlıklı bireylerin; kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolüne yönelik bireysel danışman faaliyetleri, grup danışmanlık hizmetleri ve farkındalık eğitimlerini yürütmek, sağlıklı yaşlanma danışmanlığı yapmak,

ç) Bireylerin kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, bulguları belirleyebilmeleri ve kendileri için iyi olduğunu düşündükleri kararları alabilmeleri için sağlık okuryazarlığı hizmetlerini vermek,

d) Kadın ve üreme sağlığı ile KETEM faaliyetlerine yönelik hizmetleri yürütmek,

e) Koruyucu ruh sağlığı, sigara bırakma, çocuk gelişimi, sosyal hizmet, risk grupları danışmanlığı gibi psiko-sosyal destek faaliyetlerini yürütmek,

f) Ağız diş sağlığı, okul sağlığı, teşhis ve tedaviye yönelik laboratuvar ve görüntüleme, pansuman ve enjeksiyon gibi destek hizmetlerini sunmak,

- g) Bölgesindeki enfeksiyon kontrol hizmetlerini yürütmek,
ğ) Bakanlıkça veya Müdürlükçe verilecek benzeri hizmetleri yürütmek.

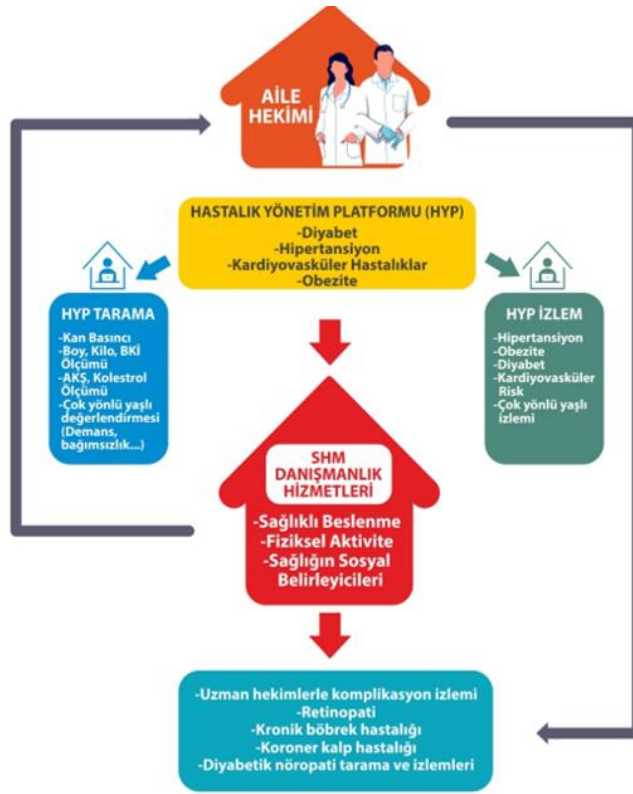
Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM); sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. SHM'ler, toplum sağlığı merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedir. Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinin sunmuş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek, bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek amacıyla Sağlıklı Hayat Merkezleri faaliyete geçirilmiştir. "Hastalığa değil, sağlığa yatırım yapmak" anlayışını önemseyen Bakanlığımız, Sağlıklı Hayat Merkezleriyle; ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetleri gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi; hâlihazırda sağlık beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi; toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde; risk faktörleriyle mücadele, beslenme danışmanlığı, psiko-sosyal danışmanlık, ağız ve diş sağlığı, enjeksiyon hizmetleri, kadın ve üreme sağlığı, okul sağlığı, kanser erken teşhis ve tarama, sigara bırakma danışmanlığı, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi ve gereksinimlere göre Bakanlığımız tarafından belirlenecek diğer hizmetler bütüncül bir anlayışla, ilgili mevzuatlar doğrultusunda sunulmaktadır. Gereksinim duyulan alanlarda ise laboratuvar ve görüntüleme alt yapıları oluşturulmakta, halka ve personele yönelik sağlık eğitimleri gerçekleştirilmektedir.

İlk 50.000 nüfusa (TÜİK nüfusu) 1 adet SHM sonraki her 100.000 nüfusa ilave 1 (bir) SHM planlanmaktadır. Bakanlığımız 2019-2023 stratejik plan hedefleri doğrultusunda ülkemiz genelinde SHM sayılarının artırılması planlanmıştır. 2023 yılı Nisan ayı itibarı ile toplamda 243 SHM hizmet vermektedir. Sağlıklı Hayat Merkezleri pek çok alanda hastaneye gitmeye gerek duymayacak şekilde, birinci basamak koruyucu sağlık hizmeti vermektedir. Ayrıca, verilen hizmetlerin tamamı sosyal güvencesi olsun ya da olmasın ülkemizde yaşayan herkesi kapsamaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvuru; kişinin bağlı bulunduğu aile hekiminin yönlendirmesi ya da bizzat SHM ye gelerek randevu alınması yolu ile olabilmektedir. SHM lerde görev yapan vaka koordinatörleri, aile hekiminin yönlendirdiği ya da direkt başvuru yapan kişilerin ihtiyacına uygun olarak randevu oluşturur.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinin mahal alanları ve malzeme ihtiyaçlarının belirlenmesi, sahada yol gösterici olmak ve uygulama birliğini sağlamak için "SHM Hizmet Rehberi ile SHM Mahal Alanları ve Malzeme İhtiyaç Listesi Rehberi" hazırlanmıştır.

Sağlıklı hayat merkezlerinde; kronik hastalıklar ve fiziksel aktivite danışmanlığı, kadın ve üreme sağlığı danışmanlığı, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM) danışmanlığı, beslenme danışmanlığı, ruh sağlığı danışmanlığı, çocuk ve ergen sağlığı danışmanlığı, tütün ve madde bağımlılığı danışmanlığı, enfeksiyon kontrol hizmetleri, koruyucu ağız ve diş sağlığı danışmanlığı, tıbbi hizmetler ve idari hizmetler yer almaktadır.

Hareketli yaşam ve doğru beslenmede iyi uygulama örnekleri gösterilerek sağlık okuryazarlığının artırılmasına ve sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. "Hastalık Yönetimi Platformu (HYP)", kronik hastalıkların erken teşhisi, periyodik izlemlerle kanıta dayalı tıp kılavuzlarının önerileri doğrultusunda uygun tedavi sağlanarak hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve komplikasyon izlemi ile bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi amacıyla hayata geçirilen bir program olup hem aile sağlığı merkezleri hem de SHM'ler tarafından kullanılmaktadır. SHM ler bu uygulama ile hem kendileri sağlık hizmeti sunmakta hem de aile hekimlerinin verdiği hizmetlere katkı sağlamaktadırlar. Aile hekimleri tarafından tedavisi, takibi yapılan kronik hastalıkların yönetiminde SHM lerde istihdam edilen psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimci aktif rol almakta olup hastaneye başvurular azaltılarak sağlıklı yaşam kapsamında kişilerin sağlık durumları yakından takip edilmektedir.



Sağlıklı Hayat Merkezlerinde merkezin fiziksel yapısı da göz önünde bulundurularak fonksiyonel olarak bulunması öngörülen hizmetler ve izlenen çalışmalar aşağıda yer almaktadır.

1. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) Birimi

- HPV bakılan kişi sayısı
- MMG bakılan kişi sayısı
- GGK bakılan kişi sayısı
- Meme muayenesi yapılan kişi sayısı
- Danışmanlık Verilen kişi sayısı

2. Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri ve Aşı Birimi

- Muayene sayısı
- Sağlık raporu verilen kişi sayısı (işe giriş, evlilik vb.)
- PPD yapılan kişi sayısı
- DGT uygulanan kişi sayısı
- Aşı (Hac-umre, covid-19, Tetanoz vb.)

3. Gebe Sınıfı Birimi (Gebe Sınıfında danışmanlık verilen kişi sayısı)

4. Kadın ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı Birimi

- Kondom verilen kişi sayısı
- OKS verilen kişi sayısı
- 1 ve 3 aylık enjeksiyon uygulanan kişi sayısı
- RİA takılan kişi sayısı
- Danışmanlık hizmeti verilen kişi sayısı

5. Beslenme Danışmanlığı Birimi (Danışmanlık verilen kişi sayısı)

6. Fizyoterapi ve Egzersiz Birimi

- Fiziksel Aktivite Danışmanlık Hizmeti Verilen Kişi Sayısı
- Fiziksel Aktivite Salonunda Hizmet Alan Kişi Sayısı

7. Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Birimi

- Sigara bırakma danışmanlığı hizmeti
- Uyuşturucu Bağımlılığı danışmanlığı hizmeti

8. Çocuk ve Ergen Sağlığı Danışmanlığı Birimi (Danışmanlık verilen kişi sayısı)

9. Sosyal Destek Birimi (Danışmanlık verilen kişi sayısı)

10. Ruh Sağlığı Danışmanlığı Birimi (Danışmanlık verilen kişi sayısı)

11. Görüntüleme Birimi (Görüntüleme hizmeti verilen kişi sayısı)

12. Laboratuvar Birimi (Laboratuvar hizmeti verilen kişi sayısı)

13. Enjeksiyon ve Pansuman Birimi

- Enjeksiyon uygulanan kişi sayısı
- Pansuman yapılan kişi sayısı
- Tansiyon ölçülen kişi sayısı

14. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Danışmanlığı

- Okulda Yapılan Muayene Sayısı
- SHM’de Yapılan Muayene Sayısı
- Danışmanlık Verilen Kişi Sayısı
- Okullarda Koruyucu Ağız ve Diş Eğitimi Verilen Kişi Sayısı
- Okullarda Flor Vernik Uygulanan Kişi Sayısı
- Diş Fırçası ve Macun Dağıtımı Yapılan Kişi Sayısı
- Fissür ve Pit Örtücü Gibi Diğer Koruyucu Uygulama Yapılan Kişi Sayısı

15. Okul Sağlığı Birimi

- Aşı yapılan öğrenci sayısı
- Tarama yapılan öğrenci sayısı (Okul çağı ıhtime, diğer taramalar)
- Eğitim verilen öğrenci sayısı (TSHEDB)



3.1.11. Sıtma Savaş Birimi

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 05/02/2015 tarih ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış olup zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü başlıklı Madde 16 nın “ç” bendinde “Sıtma sürveyans çalışmalarını planlamak, koordine etmek ve raporlamak” yer almaktadır. Ayrıca yine aynı yönetmeliğin Birim açılması başlıklı 38. maddesinde (Değişik: RG-25/5/2018-30431) Toplum sağlığı merkezi bünyesinde SHM, KETEM, ÇEKÜS, Enfeksiyon Kontrol, İSG, Diyabet ve Obezite, Göçmen Sağlığı Merkezi, Sağlık Evi gibi belirli hizmetleri yoğun olarak sunmak üzere bağlı birimler açılabilir.” ibaresi yer almaktadır.

Sıtma Savaş Birimleri’nin görevleri:

Sıtmanın yaygın olarak görüldüğü illerde kurularak sağlık müdürlüğüne bağlı olarak çalışan sıtma savaş birimlerinin görevleri şunlardır:

- a) Yıllık plan ve programlarını hazırlamak.
- b) Kurumu ile ilgili hizmetlerin gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasını yapmak, planlamanın gerçekleşmesi için gereken tedbirleri almak.
- c) Sıtma işçilerinin ilgili yasalar çerçevesinde özlük hakları ile ilgili işlerini yürütmek, hizmetlerini programlamak ve denetlemek.

d) Personelinin hizmet-içi eğitimlerinin plan ve programlarını yapmak, ilgili şahıs ve birimlerle iş birliği içerisinde bu plan ve programın gerçekleşmesini sağlamak.

e) Sıtmanın il içerisinde dağılımını ve sıklığını tespit etmek; bulaşma ve yayılmasının genel sebeplerini ortaya çıkarmak; bunun için aktif ve pasif sürveyans hizmetlerini düzenlemek; epidemiyolojik araştırmalarla enfeksiyon kaynağını ve bulaşma zincirini tespit etmek; ilgili resmi ve özel kuruluşlarla iş birliği yaparak enfeksiyon zincirinin kırılmasına ve kaynaklarının yok edilmesine çalışmak.

f) İl dahilinde görülen sıtma vakalarının zamanında ihbarını sağlamak, ihbar sistemini işler halde tutmak ve aksayan yönlerini gidermek için gerekli önlemleri almak.

g) Nüfus hareketlerini izleyerek hariçten gelebilecek vakaların herhangi bir yayılmaya meydan vermeden, erken teşhis ve tedavilerinin yapılmasını sağlamak.

h) Sağlamların hastalığa karşı korunması için gerekli tedbirleri almak, izlemek, denetlemek ve değerlendirmek.

i) Sıtma vektörüyle mücadele için vektör üreme yerlerini tespit etmek, gerektiğinde kimyasal, mekanik ve biyolojik metotlarla mücadele yapmak, sonuçlarını izlemek ve değerlendirmek, bu konuda ilgili resmi ve özel kuruluşlarla iş birliğini sağlamak.

i) Hizmet ile ilgili malzemenin envanter kayıtlarını tutmak, ihtiyaç duyulanları temin, depolama ve dağıtım hizmetlerini, ödeneklerin zamanında usulünde uygun ve yerinde harcanmasını sağlamak.

j) Sıtma ile ilgili gereken organizasyon ve eşgüdümü sağlamak, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla iş birliği yapmak.

k) Sıtma hizmeti veren sağlık kuruluşlarının çalışmalarını kontrol etmek, buralardaki çalışmaların niceliği ve niteliği hakkında bilgi toplamak gerek sağlık kuruluşlarını gerekse konuyla ilgili diğer resmi ve özel kuruluşları belli aralıklarla ziyaret ederek gereken yönlendirmeleri yapmak.

l) Çalışma plan ve programlarının ilgili kuruluşlarla iş birliği içerisinde zamanında, eşgüdümlü, düzenli ve doğru bir şekilde gerçekleşmesini sağlayarak sonuçlandırmak.

m) Sıtma ile ilgili istatistik bilgileri toplamak ve toplanan verileri değerlendirmek.

n) Sunulan sıtma hizmetlerini istatistik bilgiler ışığında değerlendirmek, tespit edilen aksaklıkların düzeltilmesini sağlamak ve değerlendirme sonuçlarını gelecek yılın çalışma plan ve programında göz önünde bulundurmak.

o) Hizmetleri ile ilgili araştırma ihtiyaçlarını belirlemek, ilgili kuruluşlarla iş birliği yaparak araştırma projeleri hazırlamak ve Bakanlığın onayından sonra uygulanmasını sağlamak.

ö) Konusu ile ilgili mahalli kurul ve toplantılara (Hıfzıssıhha, Çeltik Komisyonları vb.) katılmak.

p) Bakanlık emirlerinin ilgili kurumlara ulaşmasını sağlamak.

r) Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmak

3.1.12. VSD (Verem Savaş Dispanseri) Birimi

VSD'lerin taşınması, VSD binalarına başka birimlerin tahsisi, VSD'lerin kapatılması işlemleri için mutlaka Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüberküloz Dairesi Başkanlığından ön oluru alınması gerekmektedir.

VSD'lerde enfeksiyon kontrolü için; hastaların giriş, bekleme salonları ve çıkışlarının ayrı ayrı düzenlenmesi gerekmektedir. VSD odalarının güneş ışığı almasına, oda yerleşimlerinin etkili doğal havalandırma yapılmasına müsait olmasına, yüksek tavanlı olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca odalara, TB hastalarının bulunduğu koridor ve bölümlere ultraviyole (UV) lamba ve ortamın havasını dışarı atan aspiratörler takılması gerekmektedir. UV lambalarının göze ve cilde yan etkileri olduğundan, lambanın altını ve yanlarını kapatan plakalar ışığın görülmesini engellemelidir.

VSD'de hizmetlerin düzenli olarak yürütülebilmesi için şehirlerarasına açık telefon, faks ve hasta bildirim/kayıtlarının anlık/kesintisiz yapılabilmesi için de internet bağlantılı bilgisayar olmalıdır.

VSD nin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Birime doğrudan başvuran veya hastaneler, aile hekimliği birimleri, diğer sağlık kuruluşları ve tarama ekipleri tarafından gönderilen hastaların ve/veya şüphelilerin klinik, bakteriyolojik ve radyolojik muayeneleri ile tedavilerini yaparak gerekli durumlarda hastaneye sevk etmek,

b) Tedavi hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda tüberküloz tanısı konarak çıkan hastaların tetkik, takip ve hastane sonrası tedavilerini sağlamak,

c) Hastalığın seyrini izlemek amacıyla hastaların kontrolünün, muayenesinin ve laboratuvar tahlillerinin yapılmasını sağlamak,

- ç) Hasta ile birlikte Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulanacak yeri ve DGT uygulayacak kişiyi kararlaştırmak, DGT uygulamalarının takibini yapmak,
- d) İlde veya iller arası bildirim yapılmış hastalar ile kayıp veya tedaviye uyumsuz hastaların tespit ve takiplerini yaparak yeniden tedavi sürecine kazandırılmalarını sağlamak,
- e) Tüberküloz tanısı konmuş hastaların kayıtlarını tutmak, bölgesine ait tüberküloz verilerini toplayıp analiz etmek, bölgesindeki tüberküloz hastalarına ve tüberküloz faaliyetlerine ait istatistik formlarını düzenlemek,
- f) İhtiyaç halinde BCG aşılama hizmetini yürütmek,
- g) Tüberküloz tanısı almış hastaların ve temashıların tanı, tedavi ve takipleri ile ilgili hizmetleri ücretsiz olarak sunmak,
- ğ) Tüberküloz hastalarının tedavilerinde kullanılan ilaç ve malzemelerin planlamasını, teminini, stok yönetimini ve dağıtımını sağlamak; Kurumca temin edilen tüm verem ilaçlarını verem hastalarına ve koruma tedavisi alanlara ücretsiz olarak vermek,
- h) Tüberküloz hastalığı konusunda hasta ve temashılarına eğitim vermek, Verem Haftası ve Dünya Tüberküloz Günü etkinlikleri kapsamında halk eğitimleri düzenlemek, bölgesindeki aile hekimlerine ve diğer sağlık personeline tüberküloz hakkında eğitim vermek veya verilmesini sağlamak,
- ı) Tüberkülozlu hastaların temashıları arasından hastalık bulaşmış kişileri tespit etmek amacıyla temaslı taramalarını yapmak ve koruyucu tedavi hizmetlerini yürütmek,
- i) Mobil tarama ekipleri ile tüberküloz yönünden belirlenmiş risk gruplarının taramalarını yürütmek,
- j) Tüberkülozlu hasta dosyalarını, koruma dosyalarını, tüberkülozlu hasta kayıt defterini ve ilaçla koruma defterini süresiz olarak birimde saklamak,
- k) Kurum tarafından tüberküloz kontrol hizmetlerine yönelik olarak verilen diğer hizmetleri yürütmek.
- l) Tüberküloz hastaları ve ailelerine yönelik sosyal ve ekonomik destek sağlanması konusunda çalışma yapmak.

3.2. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Aile sağlığı merkezi, Kurum tarafından öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir.

Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır.

Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya ve benzeri hizmetler için ferden veya müştereken personel çalıştırabilir ya da hizmet satın alabilirler.

Aile sağlığı merkezinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilir. Bu şekilde görevlendirilecek personelin çalışma usul ve esasları Kurum tarafından belirlenir.

Eğitim aile sağlığı merkezleri ve Kurum tarafından uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile sağlığı çalışanının görev, yetki ve sorumlulukları

Aile sağlığı çalışanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiyeye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4'üncü maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışır.

Aile sağlığı çalışanının Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.
- Aile hekiminin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.
- Yara bakım hizmetlerini yürütmek.
- Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.
- Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.
- Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.
- Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.
- Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.
- Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.
- Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

3.3.HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI

Halk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi kapsamında birey ve toplum sağlığını etkileyen ve etkileyebilecek etmenleri inceleyen ve görev alanıyla ilgili klinik ve klinik dışı hizmet sunan laboratuvarlardır.

Halk sağlığı laboratuvarları hizmet tipine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

1.L2 Hizmet Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı: Genel Müdürlüğün planlaması ve izni dahilinde ilgili mevzuatı kapsamında Kurumca belirlenen klinik ve klinik dışı analizleri gerçekleştiren laboratuvardır.

2.L1 Hizmet Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı: TS EN ISO/IEC 17025 standardına göre akredite olan, ilgili mevzuatı kapsamında Genel Müdürlükçe belirlenen klinik ve klinik dışı analizleri gerçekleştiren ve bölgesindeki L2 hizmet tipi laboratuvarlara analiz, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunan laboratuvardır.

3.Referans Yetkili Laboratuvar: Referans olduğu parametrenin doğrulamasını yapan, gerektiğinde yeni yöntemlerin geçerli kılınmasını sağlayan ve bu kapsamda Genel Müdürlükçe yetkilendirilen laboratuvardır. Referans Yetkili Laboratuvar olabilme ölçütleri ve görevleri Genel Müdürlükçe belirlenir.

Halk sağlığı laboratuvarları aşağıdaki laboratuvar birimlerinden oluşur ve ihtiyaç halinde Müdürlüğün teklifi ve Genel Müdürlüğün onayı ile yeni laboratuvar birimleri açılabilir.

1) Klinik Laboratuvar Birimi: Genel Müdürlüğün planlaması ve izni dâhilinde belirlenen klinik numunelerde, aile hekimliği hizmetleri ve birinci basamak tanı/tarama testleri kapsamında tanıya yardımcı test ve analizleri yapar. Klinik laboratuvar birimi tıbbi biyokimya ile tıbbi mikrobiyoloji alt birimlerinden oluşur.

2) Klinik Dışı Laboratuvar Birimi: Genel Müdürlüğün planlaması ve izni dâhilinde, belirlenen klinik dışı numunelerde, fiziki/biyolojik/çevresel sebeplerden kaynaklanan ve insan sağlığını etkileyen etkenlerin, fiziksel, kimyasal, biyolojik, mikrobiyolojik, toksikolojik ve benzeri klinik dışı analizlerini yapar. Klinik dışı laboratuvar birimi, klinik dışı mikrobiyoloji laboratuvarı ile kimyasal analiz laboratuvarı alt birimlerinden oluşur.

Halk sağlığı laboratuvarlarının görevleri;

- Hizmet tipine göre; Bakanlık sorumluluğunda bulunan içme-kullanma suları, kaynak suları, içme suları ve doğal mineralli suların ruhsat, denetim izleme, kontrol izleme analizleri ile piyasa gözetimi ve denetimi kapsamındaki analizlerini, kaplıca suları, havuz suları, yüzme suları, sularda legionella analizleri, talassoterapi amaçlı deniz suyu analizleri ve hemodiyaliz çözeltilerinin dilüsyonunda kullanılan suların analizleri, peloid analizleri, çalışan sağlığına yönelik analizleri yapmak,
- Aile hekimliği hizmetleri ve birinci basamak tanı/tarama testleri kapsamında tanıya yardımcı test ve analizleri yapmak,
- Kan, idrar gibi vücut sıvıları ile diğer klinik örneklerde mikrobiyolojik ve biyokimyasal analizleri yapmak,
- Klinik ve klinik dışı örnekleri gerektiğinde kesin tanı için test bazında referans yetkili laboratuvara göndermek,
- Salgın veya olay araştırması amacıyla aktif vaka bulma çalışmaları dahil, Müdürlük tarafından ilde endemik, epidemik ve/veya halk sağlığı problemi olduğu belirlenen durumların araştırılmasına katılmak, salgın durumlarında olaya maruz kalmış birey, hayvan ve çevresel numunelerin toplama işleminde gerektiğinde Müdürlüğe yardımcı olmak, analizlerini yapmak, gereken numuneleri test bazında referans yetkili laboratuvara göndermek,
- Hizmet içi eğitim planları hazırlamak, bu amaca yönelik eğitimleri yapmak ve yapılmasını sağlamak,
- Halk sağlığı laboratuvarı hizmetleri kapsamında ulusal ve uluslararası gelişmeleri takip ederek araştırma geliştirme faaliyetlerinde bulunmak,
- Yerel ve bölgesel ihtiyaçlar doğrultusunda tespit edilen analizleri yapmak,
- Genel Müdürlükçe faaliyet alanları ile ilgili verilecek diğer görevleri yapmak.

3.4. KANSER KAYIT MERKEZİ

13 Haziran 2015 tarih 29375 sayılı Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliğine göre;

İdari yapı

MADDE 6 – (1) Merkez, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı onayı ile kurulur. Merkezler, Sağlık Bakanlığının 29 sağlık bölgesini temsil edecek şekilde planlanır.

(2) Merkez, kanser kayıtlarının düzenli olarak Daire Başkanlığına gönderilmesini sağlamak ve epidemiyolojik araştırmalar yapmak üzere şube müdürlüğü bünyesinde oluşturulur.

(3) Merkezde Kurumun belirlediği sayıda müdürlükçe görevlendirilen kanser kayıt elemanları çalışır. İllerde merkez oluşturulmasından ve kanser kayıt elemanları (Kanser kayıt merkezinde kanser kayıtlarını tutmakla görevli sağlık personeli) görevlendirilmesinden müdür, hastane kayıt birimi oluşturulmasından ve hastane kayıt elemanı görevlendirilmesinden hastane yöneticisi sorumludur.

(4) Toplum sağlığı merkezi personeli gezici kayıt elemanı olarak görevlendirilebilir.

(5) Merkez ve hastane kayıt birimlerinde çalışan personelin sertifikalı eleman olması esastır. Sertifikalı personel bulunmaması halinde sertifikasyon işlemleri için Kuruma başvuru yapılır.

Çalışmaların yürütülebilmesi için internet, bilgisayar vb malzemelerin temini gerekir.

Toplanan kayıtların Uluslararası kabul edilebilirliği için Canreg programının kullanılması ve kaydı gerekmektedir. Kayıtların günlük olarak yedekleme işlemi de yapılmalıdır.

3.5. CEZA İNFAZ KURUMLARINDA (ÇİK) SUNULAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

3.5.1. Hizmet Sunum Dayanakları;

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 05/02/2015 tarih ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmış olup Madde 4 nın “s” bendinde “Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı çalışanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini (Değişik:RG-25/5/2018-30431) ifade eder.” tanımı bulunmaktadır.

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” (Madde- 6, ikinci fıkra)

05.02.2015 Tarih ve 29258 Sayılı “Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” (madde 56, birinci fıkra, (e) bendi)

30.04.2009 tarihinde imzalanan “Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol” (İkili protokol)

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları arasında imzalanan 26.01.2017 tarihli "Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetim, Dış Koruma, Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Protokol" (Üçlü Protokol) hizmet sunum dayanaklarını oluşturmaktadır.

Bu doğrultuda, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 6'ncı maddesinde:

(1) Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; (...) Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır. (...) Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak onaylanan yerlerle ilgili yapılmak istenen değişiklikler 6 aylık dönemler halinde ilgili aile hekimlerinin de görüşleri alınmak suretiyle müdürlükçe belirlenerek Kurumun onayına sunulur. Aile hekimi tarafından talep edilen gezici veya yerinde sağlık hizmet bölgesi değişiklikleri ise müdürlükçe uygun bulunması durumunda, 6 aylık dönem kısıtlamasına tabi olmaksızın Kurum onayına sunulur. Kurum onayına sunulan değişiklik tekliflerine ilişkin karar Kurum tarafından en geç 1 ay içerisinde alınır.

(2) Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir.

Bu kurumlarda yerinde sağlık hizmeti veren aile hekimleri, kurumlarda ikamet eden kişileri kayıt ederler. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sunacağı sağlık hizmeti için asgari şartları sağlamakla yukmldr.

Bu yerlerde her 100 kişi için ayda  saatten az olmamak üzere; 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez yerinde sağlık hizmeti verilir. Cezaevi ve ocuk ıslahevi için bu süre iki kat olarak uygulanır.

(4) (...) Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar ve toplum sağlığı merkezine bildirir. Bu plan sözleşme döneminin sonuna kadar her ay uygulanır. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. (...) Aile sağlığı çalışanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı çalışanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı alışanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti sresinden sayılmaz” düzenlemeleri yapılmıştır.

3.5.2. Genel Bakış;

Ceza infaz kurumlarında sağlık hizmetleri, Adalet Bakanlığı ile koordinasyon içerisinde, Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri tarafından sunulmaktadır.

Tutuklu/hükümlülerin birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği uygulaması kapsamında, Bakanlığımıza bağlı birimler tarafından verilmektedir.

Toplam tutuklu/hükümlü mevcudu 1.000 ve üzeri olan kurumlarda, müstakil aile hekimliği birimi (AHB) açılarak sağlık hizmeti verilmektedir.

Birim bulunmayan kurumlarda ise ilgili mevzuatına uygun olarak aile hekimleri tarafından yerinde sağlık hizmeti verilmektedir.

9.8.3 Tutuklu/Hükümlü Giriş- ıkış Muayeneleri:

Hükümlü/ tutuklunun giriş muayenesi, ceza infaz kurumuna kabulünü takip eden en kısa sürede, aile hekimi tarafından, revir veya aile hekimliği biriminde yapılarak kişisel sağlık dosyasına eklenmektedir.

9.8.4 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri:

Kurumlarda birinci basamak muayene hizmetleri mevzuata göre kurulmuş aile hekimliği birimleri veya bu kapsamda görevlendirilmiş olan aile hekimleri tarafından “yerinde sağlık hizmeti” modeli ile sunulmaktadır.

Sağlık kayıtları poliklinik defterlerine ve kişisel sağlık dosyalarına yapılmaktadır. Ancak, kişisel sağlık verileri ve reçetelerin veri güvenliği ve gizliliğini sağlayıcı şekilde UYAP (Ulusal Yargı Ağı Projesi) zerinden kaydedilmesi öngörülmektedir. Bu amaçla UYAP, Muayene Bilgi Sistemi (MBYS) ve SGK veri tabanları arasında entegrasyon çalışmaları sürmektedir.

3.5.3. Sevk, İleri Muayene, Tetkik ve Tedavi Hizmetleri:

Hükümlü/ tutukluların birinci basamakta sonuçlandırılmayan veya acil olan sağlık ihtiyaçları, l Protokol’n “Hükümlü ve Tutukluların Muayene ve Tedavileri” başlıklı Beşinci Bölümünde yer alan hükümleri uyarınca muayene, tetkik ve tedavi işlemleri için ilgili sağlık kurumlarına sevkleri yapılarak karşılanmaktadır.

(MADDE 28- (1) Acil veya hayati bir sağlık sorunu dışında hükümlü ve tutukluların muayene, tetkik, tahlil ve tedavileri için sağlık kurum ve kuruluşlarına sevklerinde, mümkün olduğu ölçüde önceden randevu alınır ve sevkler jandarma tarafından randevu saatinde sağlık kuruluşunda hazır olunacak şekilde yapılır.

MADDE 29- (1) Hükümlü ve tutuklular, acil veya hayati bir sağlık sorunu nedeniyle muayene, teşhis ve tedavi amacıyla kurumun bulunduğu yerdeki sağlık kuruluşuna hekim raporu ile hekimin bulunmaması halinde ise kurum amiri veya nöbetçi amirinin yazılı izni ile sevk edilir.

(2) Ancak acil durumlarda acil ağrı merkezi vasıtasıyla 112 acil yardım aracıyla sevk istenir.)

Hükümlü veya tutukluların muayene ve tedavilerinin yapılacağı hastaneler l Protokol’n 34’üncü maddesinde belirtilmiştir.

(MADDE 34- (1) Hastaneye sevki zorunlu görülen hükümlü veya tutukluların muayene ve tedavileri, bulunduğu yer ya da en yakın Devlet veya niversite hastanesinin hükümlü koğuşlarında yapılır.

... (3) Hükümlü ve tutuklular acil haller dışında özel sağlık kuruluşlarına sevk edilmez.

(4) Kampüslerde kurulan semt polikliniklerinde, kampüste bulunan ceza infaz kurumu hasta hükümlü ve tutuklularının yanında, başka ceza infaz kurumlarından gelen hasta hükümlü ve tutukluların da muayene ve tedavisi yapılabilir.)

3.5.4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri:

Sağlıklı içme suyunun temini, su denetimi, çevre sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konularda koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar, Üçlü Protokol'ün ilgili maddelerine göre il sağlık müdürlüklerinin koordinasyonunda yapılmaktadır.

(Hükümlü ve tutukluların aşıları- MADDE 41- (1) Ceza infaz kurumlarında, Sağlık Bakanlığınca ulusal aşı programı çerçevesinde, kurum idaresiyle gerekli koordinasyon sağlanarak aile hekimi tarafından hükümlü ve tutukluların bulaşıcı ve salgın hastalıklar dışında rızaları alınmak suretiyle aşıları yapılır.

Hükümlü ve tutukluların verem taramasından geçirilmesi- MADDE 42- (1) Kapalı ceza infaz kurumunda bulunan tüm hükümlü ve tutukluların en az yılda bir defa il sağlık müdürlüğünün uygun gördüğü metotla tüberküloz taraması yapılır ve ayrıca ceza infaz kurumuna yeni gelen her hükümlü ve tutuklunun muayene edilmesi sağlanır. Bunlardan tüberküloz teşhisi konulanlar ile muayeneleri sırasında tespit edilen şüpheliler, ilgili sağlık kurumlarına sevk edilerek tetkik ve tedavileri yapılır. Tüberkülozlu hükümlü ve tutukluların, tedavi ve takibinden sorumlu hekimin belirleyeceği süre içinde, diğer hükümlü ve tutuklulardan ayrı yerlerde barınmaları (revir gibi) temin edilir.)

3.5.5. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Denetimleri:

İl Sağlık Müdürlüklerinin koordinasyonunda Üçlü Protokol'ün ilgili maddelerine göre eğitim ve sağlık denetimi çalışmaları yapılmaktadır.

(MADDE 43- Ceza infaz kurumu personelinin, genel sağlık ve ilkyardım konularında eğitilmesi kurum idaresi ve il sağlık müdürlüklerince yerine getirilir. Aile hekimleri tarafından da hükümlülere genel sağlık eğitimi verilir.

MADDE 44- Ceza infaz kurumlarının sağlık şartları bakımından gözetim ve denetimi İl Sağlık Müdürlüklerince periyodik olarak yapılır ve hazırlanan raporun bir örneği ilgili Cumhuriyet başsavcılığına bildirilir.)

Adalet Bakanlığı tarafından talep edilen; ceza infaz kurumlarında görev yapan görevli infaz ve koruma memurlarına "Bulaşıcı Hastalıklar Konusunda Eğitim Modülleri" 02.03.2020 tarih ve E.344 sayılı yazı ile il müdürlüklerimiz eğitim ve iş birliği yapılması konusunda oluşturulan eğitim dokümanları paylaşılmış, eğitimlerin düzenlenmesi konusunda talimatlandırılmıştır.

3.5.6. Hizmet Talebi ve Talebin Değerlendirilmesi:

Ceza infaz kurumlarında sunulacak olan hizmetin planlaması, aile hekimliği birimi açılacak kurumlar, yerinde sağlık hizmeti verecek aile hekimliği birimi veya birimleri Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda il sağlık müdürlüklerince belirlenerek Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne onaylanmaktadır. (Madde 6)

Aile hekimliği birimleri, yapılan görevlendirmelere uygun olarak görev yaptıkları bölge içerisinde yer alan ceza infaz kurumlarında yerinde sağlık hizmeti vermekle mükelleftir.

3.5.7. Hizmetlerin Ücretlendirilmesi:

Ceza infaz kurumlarında sunulan sağlık hizmetleri karşılığında hükümlü ve tutuklulardan herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

Aile hekimi tarafından reçete edilmiş olan ilaçlar, kurum personeli tarafından, Adalet Bakanlığı ile anlaşmalı eczanelerden temin edilerek hasta kişilere ulaştırılmaktadır.

(Madde 8- (Tedavi giderlerinin karşılanması) Ceza infaz kurumu semt polikliniklerinde, bu protokol usul ve esaslarına uygun olarak, muayene ve tedavileri sağlanan tutuklu ve hükümlülerin giderleri Sağlık Bakanlığınının 24.4.2006 tarihli ve 8113 sayılı genelge esasları dâhilinde, bütçenin 15.01.31.62.07.3.100.03 ekonomik sınıflandırma düzeyine konulan ödenekten karşılanır.)

3.5.8. Ceza İnfaz Kurumları Sağlık Hizmetlerinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Söz konusu hizmetlere ilişkin veriler aylık olarak Genel Müdürlüğümüzce belirlenen başlıklar altında Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) Hızlı Veri Takip Sistemi (HTS) Modülü üzerinden toplanmakta ve değerlendirilmektedir.

3.6. BİRİNCİ BASAMAK ASKERİ SAĞLIK BİRİMLERİ

Türk Silahlı Kuvvetleri'ne ve Jandarma Teşkilatına bağlı birliklerde sunulan sağlık ve askeri sağlık hizmetlerinin ulusal sağlık mevzuatıyla uyumlu olarak yürütülmesini ve milli kaynakların etkin, ekonomik ve tarafların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde kullanılabilmesini sağlamak amacıyla Bakanlığımız ve Millî Savunma Bakanlığı arasında iş birliğine ilişkin protokoller 15.04.2015 ve 07.02.2018 tarihlerinde imzalanmıştır.

Söz konusu Protokollerin ifası için il sağlık müdürlüklerimiz tarafından birinci basamak askeri sağlık birimi statüsünde olan yapılar tespit edilmiş, bu tespiti takiben ÇKYS ve MBYS tanımları yapılmıştır. Bu birimler için asgari standartlar ise kurum hekimliği standartları kabul edilmiştir.

Birinci basamak askeri sağlık birimleri; Bakanlığımız veri sistemlerini kullanabilmekte, muayene, teşhis, tedavi ve aşı uygulamalarını gerçekleştirebilmekte, karar verme aşamasında burada bulunan hekimler hastanın sağlık verilerine de sistem üzerinden ulaşabilmektedir.

BÖLÜM IV

FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

4.1. GENEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

4.1.1. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ruhsatlandırma İşlemleri

2 Ocak 2014 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen ek madde 11 ile sağlık tesislerinin ruhsatlandırılması zorunlu hale getirilmiştir. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etme yetkisi 1 Numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci maddesi gereğince Bakanlığımız görevleri arasında sayılmıştır.

Kamu sağlık tesislerinin dengeli dağılımı, hizmetin kaliteli ve verimli sunulması için sağlık tesisleri ile bünyesindeki merkez, ünite ve birimlerin ruhsatlandırılması iş ve işlemlerinin usul ve esasları “Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği” ile belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık tesisleri ile ilgili ruhsatlandırma iş ve işlemleri bahse konu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslar gözetilerek yürütülmektedir. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliğinin yürürlüğe girmesi ile birlikte;

- Ruhsatlandırma işlemlerinde standardizasyonun sağlanması,
- Sağlık tesisleri fiziki kriterlerinde asgari standart sağlanması,
- Sağlık hizmeti sunulan mekanların güvenliğinin artırılması,
- Ruhsat disiplini ile kayıt altına alınan kamu sağlık tesislerine ait envanter çıkarılabilmesi,
- Sağlık tesislerinin denetlenebilir ve sürdürülebilirliğinin sağlanması,
- Kamu sağlık tesislerinin ruhsatlandırmasına yönelik ikincil mevzuatın oluşması,
- Geçici ruhsat belgesi olan sağlık tesislerin kalıcı ruhsata dönüştürülmesi,
- Diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık tesisleri için oluşturulacak kriterlere göre izin verilmesi ve denetiminin sağlanması ile kamu sağlık tesislerinde verimlilik ve kalitenin artırılması hedeflenmiştir.

4.1.2. Kiralama

5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanuna göre hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilmektedir.

Bu itibarla; mülkiyeti Hazineye ait olup Bakanlığımıza tahsisli/tasarrufunda olan yerler ile diğer kamu kurum/kuruluşları veya özel hukuk (gerçek ve tüzel) kişilerinden geçici-süreklili tahsis, protokol, encümen kararı vb. ile kullanım hakkı Bakanlığımız tasarrufuna bırakılan yerler aile hekimlerine kiralanmaktadır. Bu binalarının aile hekimlerine kiraya verilmesi işlemleri; 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu, Hazine Taşınmazlarının İdaresi Hakkında Yönetmelik ve 2011/ 43 Sayılı Genelgede (Kurumlarımızda yer alan ticari alanların kiraya verilmesi konulu Genelge) belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yapılmaktadır.

Aile hekimleri ile yapılacak kiralamalarda; kira sözleşme süresi aile hekimi hizmet sözleşme süresi ile sınırlı olmalı, kira sözleşmesinde bu hususa yer verilmelidir. Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği gereğince; aile hekimliği hizmet sözleşmesi ile kiralama sözleşmesi birlikte imzalanır.

İlçe sağlık müdürlüğü/TSM veya bağlı birimler gibi diğer hizmet birimleri ile aile sağlığı merkezlerinin birlikte hizmet verdiği müşterek binalarda aile hekimliği birimlerince kullanılan alanların kira bedelleri, kullanım alanları gözetilerek hesaplanmalıdır.

Müşterek olarak kullanılan ve aile hekimlerine kiralanan binalarda, elektrik, su vb. aboneliklerin mümkünse ayrılması; hizmetin gereği ve altyapı gibi nedenlerle aboneliklerin ayrılmasının mümkün olmadığı hallerde ise elektrik, su, doğalgaz, gibi işletme giderlerinin kullanım alanı ve kullanım zamanı gibi faktörler dikkate alınarak ilgili aile hekimlerinden tahsil edilmelidir.

Bakanlığımız tasarrufunda olmayan ve ilgili mevzuatında belirlenen standartları sağlayan diğer kamu kurumları veya özel hukuk (gerçek ve tüzel) kişilerin tasarrufunda/mülkiyetinde olan yerler de aile hekimleri tarafından doğrudan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) olarak kiralanabilmektedir. Bu binaların kiralama iş ve işlemleri sözleşmenin tarafları arasında tesis edilmektedir.

Öte yandan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinin 18. Maddesine göre il sağlık müdürlükleri tarafından aile sağlığı merkezi oluşturulabilir. Buna göre; ilk yerleştirme sonucunda boş kalması halinde Bakanlıktan ayrıca izin alınmasına gerek kalmaksızın özelden kiralama yolu ile aile sağlığı merkezi oluşturulabilir. Yine müdürlükçe gerekçelendirilmek ve Bakanlıkça onaylanmak kaydıyla yerleştirme işlemi beklenmeksizin giderleri döner sermaye bütçesinden karşılanarak özelden kiralama yolu ile de il sağlık müdürlükleri tarafından aile sağlığı merkezi oluşturulabilmektedir.

Bakanlığımız tasarrufunda/tahsisli olup aile sağlığı merkezi olarak kullanılan binalarda taşıyıcı sistem ve mimari elemanları ile bakım-onarım ve yenileme işlemleri idare/müdürlük tarafından yaptırılmaktadır. Ancak hazırlanan ve teknik raporlarda kiracının (aile hekimi) ihmal ya da hatasından kaynaklandığı belirlenen bakım ve onarımlar ise kiracı tarafından yapılacaktır. Bu binaların taşıyıcı sistem ve mimari elemanlar ile ilgili bakım-onarım ve yenileme işlemlerinin dışında kalan küçük-bakım ve onarımlar ise kiracı (aile hekimi) tarafından yapılması gerekmektedir. Aile hekimleri tarafından doğrudan diğer kamu-özel hukuk (gerçek ve tüzel) kişilerinden kiralanan binaların bakım ve onarımı kiracı/kiralayan ilişkileri çerçevesinde sözleşmenin taraflarınca yerine getirilmesi gerekmektedir.

4.1.3. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara halk sağlığı laboratuvarları, ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezleri ile bu müdürlük/merkezlere bağlı olan birimlere ad verilmesi ile ilgili iş ve işlemler “Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Ad Verilmesi Hakkında Yönerge” hükümleri çerçevesinde tesis edilmektedir.

4.1.4. Tabela ve Yönlendirme İşaretleri

4.1.1.1. Dış Yönlendirme Tabelası

5393 Sayılı Belediye Kanunu'nun Belediyenin yetkileri ve imtiyazları başlıklı 15. Maddesinin n) fıkrasında; “*Reklam panoları ve tanıtıcı tabelalar konusunda standartlar getirmek.*” hükmü yer almaktadır. Bu hüküm doğrultusunda kaldırım ve yol üstü yönlendirme tabelaları yerleştirilmesi ile ilgili usul ve esaslar Belediyeler tarafından belirlenmektedir.

4.1.1.2. Dış Tabela

Kurumsal kimlik kılavuzu, kurum kimliğini oluşturan tüm tasarım öğelerinin kullanım biçimlerini açıklayan kitapçıktır. Kılavuz; logo, amblem gibi tanıtıcı işaretlerin yazı karakteri, punto, renk, ölçüler gibi tüm özelliklerini belirtmenin yanı sıra bu işaretlerin bayrak, flama, afiş, antetli kağıt gibi yüzeylerde uygulanış biçimlerini açıklar.

Bakanlığımızın kurum kimliğinin bütünlüğünü sağlamak için, hizmet birimlerimiz ve bağlı kuruluşlarımızla ortak kimliğimizi oluşturan grafik, görsel öğelerin standartlarına ilişkin bir çalışma yapılmış ve kılavuzumuz oluşturulmuştur.

Kurumsal kimliğimizi ifade eden ve tanımlayan bu kılavuzdaki her bir unsurun gerektiği yerlerde, tarif edilen standartlarda hassasiyetle kullanılması, kurumsal bütünlüğümüzün devamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Bakanlığımız Kurumsal Kimlik Kılavuzu dış tabela örnekleri:



4.1.1.3. İç Yönlendirme ve Birim Tabelası

“Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Kılavuzu” nda bina iç kapı tabelası örnekleri bulunmaktadır.

“Aile Sağlığı Merkezi Tabelaları ile Aile Hekimlerinin Kaşelerine ilişkin Usul ve Esaslar”a göre;

c) İç Tabela 1 (Aile Hekimi Tabelası): En fazla 25X40 cm. ebadında, tabeladaki yazı karakterleri beyaz zeminde siyah renkte olmalı, aile hekiminin ve aile sağlığı çalışanının adı, soyadı, unvanı, aile hekimliği biriminin adı ve telefon numarası eklenmelidir. Aile hekimi isterse cep telefonu numarasını da ekleyebilir. İç tabela yerden 160 cm. yükseklikte ve kullanılan odanın giriş kapısının sağ tarafına asılmalıdır.

d) İç Tabela 2 (Aile Hekimliği Birimi Çalışma Planı Tabelası): Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde en fazla 25X40 cm. ebadında, tabeladaki yazı karakterleri beyaz zeminde siyah renkte olmalıdır. Söz konusu tabela aile hekimi tabelasının altına veya kapısına asılmalıdır. Bu tabelanın üzerine yazılan yazılar silinebilir mahiyette olmalı aile hekiminin çalışma planını göstermelidir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 10. maddesinin 2. fıkrasına göre;

“Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin şartları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından teklif edilir ve müdürlükçe uygun görülmesi halinde onaylanır. Yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetleri çalışma süresine dâhil edilir. Çalışılan günler ve saatler aile sağlığı merkezinin dış levhasının yakınında ve görülecek bir yere asılarak kişilerin bilgilenmesi sağlanır.”

Çalışma Tabelası Örneği;

ÇALIŞMA PLANI		
Dr. Misal ÖRNEK		
GÜNLER	SAATLER (SABAH)	SAATLER(AKŞAM)
PAZARTESİ	08:00 – 12:00	13:00 – 17:00
SALI	08:00 – 12:00	13:00 – 17:00 (GEZİCİ HİZMET)
ÇARŞAMBA	09:00 – 12:00	13:00 – 18:00
PERŞEMBE	09:00 – 12:00 (YERİNDE HİZMET)	13:00 – 17:00
CUMA	09:00 – 13:00	14:00 – 17:00
CUMARTESİ	08:00 – 10:00	
NOT:TARİHLERİNDE SENELİK İZİNDE OLACAĞIM İÇİN YERİME DR. EMSAL ÖRNEK HİZMET VERECEKTİR.		

4.1.1.4. Yangına Yönelik Önlemler

2007/12937 Karar Sayılı “Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik” te yer alan aşağıdaki hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

4.1.1.5. Kaçış Güvenliği Esasları

Madde 30- (4) Her yapının içinde, yapının kullanıma girmesiyle her kesimden serbest ve engelsiz erişilebilen şekilde kaçış yollarının düzenlenmesi ve bakım altında tutulması gerekir. Herhangi bir yapının içinden serbest kaçışları engelleyecek şekilde çıkışlara veya kapılara kilit, sürgü ve benzeri bileşenler takılamaz.

4.1.1.6. Acil Durum Yönlendirmesi

MADDE 73-(4) Yönlendirme işaretleri; yeşil zemin üzerine beyaz olarak, ilgili yönetmelik ve standartlara uygun sembolleri ve normal zamanlarda kullanılacak çıkışlar için “ÇIKIŞ”, acil durumlarda kullanılacak çıkışlar için ise, “ACİL ÇIKIŞ” yazısını ihtiva eder. Yönlendirme işaretlerinin her noktadan görülebilecek şekilde ve işaret yüksekliği 15 cm’den az olmamak üzere, azami görülebilirlik uzaklığı; dışarıdan veya kenarından aydınlatılan yönlendirme işaretleri için işaret boyut yüksekliğinin 100 katına, içeriden ve arkasından aydınlatılan işaretlere sahip acil durum yönlendirme üniteleri için işaret boyut yüksekliğinin 200 katına eşit olan uzaklık olması gerekir. Bu uzaklıktan daha uzak noktalardan erişim için gerektiği kadar yönlendirme işareti ilave edilir.

(5) Yönlendirme işaretleri, yerden 200 cm ilâ 240 cm yüksekliğe yerleştirilir.

4.1.1.7. Taşınabilir Söndürme Tüpleri

MADDE 99- (1) Taşınabilir söndürme tüplerinin tipi ve sayısı, mekânlarda var olan durum ve risklere göre belirlenir. Buna göre;

- A sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, çok maksatlı kuru kimyevi tozlu veya sulu,
- B sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu, karbondioksitli veya köpüklü,
- C sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu veya karbondioksitli,
- D sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru metal tozlu, söndürme tüpleri bulundurulur.

(2) Düşük tehlike sınıfında her 500 m², orta tehlike ve yüksek tehlike sınıfında her 250 m² yapı inşaat alanı için 1 adet olmak üzere, uygun tipte 6 kg’lık yangın söndürme tüpü bulundurulması gerekir.

(3) Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde ayrıca tekerlekli tip söndürme tüpü bulundurulması mecburidir.

(4) Söndürme tüpleri dışarıya doğru, geçiş boşluklarının yakınına ve dengeli dağıtılarak, görülebilecek şekilde işaretlenir ve her durumda kolayca girilebilir yerlere, yangın dolaplarının içine veya yakınına yerleştirilir. Söndürme tüplerine ulaşma mesafesi en fazla 25 m olur.

(5) Taşınabilir söndürme tüpleri için, söndürücünün duvara bağlantı asma halkası duvardan kolaylıkla alınabilecek ve zeminden asma halkasına olan uzaklığı yaklaşık 90 cm'yi aşmayacak şekilde montaj yapılır.

(6) Arabalı yangın söndürücülerin TS 11749- EN 1866 ve diğer taşınabilir yangın söndürme tüplerinin TS 862- EN 3 kalite belgeli olması şarttır.

(7) Yangın söndürücülerin periyodik kontrolü ve bakımı TS 11748 standardına göre yapılır. Söndürücülerin bakımını yapan üreticinin veya servis firmalarının Sanayi ve Ticaret Bakanlığının dolun ve servis yeterlilik belgesine sahip olması gerekir. Servis veren firmalar, istenildiğinde müşterilerine belgelerini göstermek zorundadır. Söndürme tüplerinin altı ayda bir kontrol edilmesi, yıllık genel bakımlarının yapılması, standartlara uygun toz kullanılması ve dört yıl sonunda tozunun değiştirilmesi şarttır.

(8) Binalara konulacak yangın söndürme tüplerinin cinsi, miktarı ve yerlerinin belirlenmesi konusunda, gerekirse mahalli itfaiye teşkilatının görüşü alınabilir.

4.1.1.8. Eğitim ve Tatbikat

MADDE 129- (1) Acil durum ekiplerinin personeli; bina sahibi, yöneticisi veya amirinin sorumluluğunda yangından korunma, yangının söndürülmesi, can ve mal kurtarma, ilk yardım faaliyetleri, itfaiye ile iş birliği ve organizasyon sağlanması konularında, mahalli itfaiye ve sivil savunma teşkilatlarından yararlanılarak eğitilir ve yapılan tatbikatlar ile bilgi ve becerileri artırılır. Ekip personeli ile binadaki diğer görevliler, yangın söndürme alet ve malzemelerinin nasıl kullanılacağı ve en kısa zamanda itfaiyeye nasıl ulaşılabileceği konularında tatbikî eğitimden geçirilir. Binada senede en az 1 kez söndürme ve tahliye tatbikatı yapılır.

4.1.1.9. Engelli ve Yaşlılara Yönelik Düzenlemeler

Bilindiği üzere 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun, engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için tüm idari ve hizmet binalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu çerçevede denetim komisyonları tarafından engellilerin erişilebilirliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirmediği tespit edilen kurum ve kuruluşları için idari para cezası şeklinde yaptırımlar öngörülmektedir. Bu itibarla birinci basamak sağlık tesislerimizin, mevzuat gereği engelli bireylerin erişilebilirliğine uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Engellilerin erişilebilirliğine ilişkin düzenlemeler Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2020/03 Sayılı *Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları hakkında Genelgesi* "Ek-1: Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formunda" belirlenen standartlara uygun olarak yapılması gerekmektedir. Buna göre;

4.1.1.9.1. Bina Yakın Çevresi /Bahçe içi Düzenlemeleri

- Bahçe girişleri iyi aydınlatılmış olmalıdır.
- Bahçe yolu veya yayanın kullanabileceği güzergâh varsa bu güzergâhta mevzuatta belirlenen standartlara uygun gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Yaya kaldırımları/ bahçe yolunun yüzeyi düz, sabit, dayanıklı, ıslak, kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
- Bahçe yolu engellerden (elektrik direği, tabelalar, süs bitkileri, çiçeklik/saksılar, reklam/ilan panoları vb.) arındırılmış olmalıdır. Yaya kaldırımlarının engellerden arındırılmış genişliği net en az 150 cm olmalıdır.
- Kaldırımlardan bahçeye girişte kot farkı var ise (kod farkı 1,3 cm'den fazla ise) standardına uygun rampalı giriş sağlanmalıdır.
- Rampanın temiz geçiş genişliği uygun (en az 100 cm), yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.
- Rampa eğimi (h/1) standarda uygun olmalıdır. (h= rampa ile aşılacak yükseklik, 1= rampanın uzunluğu)
 - ✓ h : 15 cm ve daha az ise eğim en fazla 1:10 (% 10)
 - ✓ h :16 cm-50 cm arasında ise eğim en fazla 1:11 (% 9)
 - ✓ h :51 cm-100 cm arasında ise eğim en fazla 1:12 (% 8)
 - ✓ h :100 cm üzerinde ise eğim en fazla 1:16 (% 6) olmalıdır.

4.1.1.9.2. Otoparklar

- Binanın mülkiyet sınırları içerisinde açık veya kapalı otopark alanı varsa en az 1 tane olmak üzere engelliler için yeterli sayıda park yeri ayrılmalıdır.
- Binanın mülkiyet sınırları içerisinde açık veya kapalı otopark alanı olmadığı durumlar için bina girişine yakın yerde engelliler için otopark yeri düzenlenmelidir.

- Engellilere ayrılan park yerleri bina girişine ve/veya asansöre en yakın yerde konumlandırılmış olmalıdır.
- Otopark alanlarında mevzuatta belirlenen standartlara uygun gerekli yönlendirme ve işaretlemeler yapılmalıdır.
- Engelli otopark alanları mevzuatta belirlenen standartlara uygun boyutlarda olmalıdır. (Bakınız: Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; C.13, C14 ve/veya C.53, C.54)
- Otoparkın ve kullanılan işaretlemelerin aydınlatmaları yeterli olmalıdır.
- Engelli otoparkının zemin yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.

4.1.1.9.3. Bina Girişleri

- Bina girişinin yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.
- Bina girişlerinde paspas var ise üst yüzeyleri zeminle aynı seviyede olmalıdır.
- Bina girişleri iyi aydınlatılmış olmalıdır.
- Bina girişi düzayak değil ise kot farkını gidermek için yapılan rampa standartlara uygun olmalıdır.
- Ana girişte ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.
- Bina giriş ve/veya alternatif giriş kapıları ile varsa rüzgarlık kapıları da dahil tüm kapıların önündeki manevra alanı, kapının kanat genişliği/derinliği ve temiz geçiş genişliği standartlara uygun olmalıdır. (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; D.72-D.76.i)
- Bina girişlerinde çiçeklik, tabela, çöp kutusu vb. nesnelere geçişe engel oluşturmayacak şekilde yerleştirilmiş olmalıdır.
- Bina giriş ve/veya alternatif giriş kapıları (varsa rüzgarlık kapıları da dahil) çevresinde geniş/büyük cam yüzeyler varsa bunlar yerden 130-140 cm birinci düzey ve 90-100 cm ikinci düzey yükseklikte en az 7,5 cm genişlikte uyarıcı zıt (kontrast) renkli bantlarla işaretlemeler yapılmış olmalıdır.

4.1.1.9.4. Rampalar

- Bahçe içi, bina girişi, bina içi yatay dolaşım vb. alanlarda kot farkını gidermek için yapılan rampalar standartlara uygun olmalıdır.
- Rampa yüzeyi düz, sabit, dayanıklı ve ıslak- kuru halde kaymayan malzeme ile kaplı olmalıdır.
- Rampaların başlangıç ve bitimi yaya hareketini engelleyecek herhangi bir çıkıntı veya çukurluk olmayacak şekilde ve engellerden arındırılmış olmalıdır.
- Rampanın temiz geçiş genişliği mevzuatta belirtilen standartlara uygun olmalıdır. (Bina girişinde en az 100 cm, bina içinde en az 90 cm.)
- Rampanın başlangıç ve bitiminde tekerlekli sandalye için en az 150x150 cm'lik manevra alanı olmalıdır
- Rampa uzunluğu 9 m'den fazla ise veya rampa yön değiştiriyorsa en az 150x150 cm ölçülerinde ara sahanlık bulunmalıdır.



4.1.1.9.5. Merdivenler

- Merdiven basamakları düz, sabit, dayanıklı ve ıslak- kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmalıdır.

- Basamak uçları çıkıntısız olmalıdır. (Proje onay veya yapı izni tarihi 1 Ekim 2017 öncesine ait olan binalarda çıkıntı en fazla 1,5 cm olabilir. Ancak yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek basamak uçları çıkıntısız olmalıdır.)
- Merdiven basamaklarının ön kenarında algılamayı kolaylaştırıcı farklı renkte ve çıkıntı yapmayacak şekilde 4-5 cm eninde kaymaz şeritler kullanılmalıdır.
- Görme engellileri korumak amacıyla bina içlerinde merdiven varsa merdiven altı 220 cm yüksekliğe kadar kapatılmalıdır.
- Merdivenlerin başlangıcının 30 cm öncesinde ve bitiminden 30 cm sonrasında 60 cm genişliğinde merdiven genişliği boyunca uyarıcı yüzey bulunmalıdır.
- Bina girişinde merdiven varsa merdivenin tüm basamakları aynı derinlikte ve aynı yükseklikte olmalıdır.

4.1.1.9.6. Merdiven-Rampa Korkuluk ve Küpeşterleri

- Küpeşte, merdiven ve rampalarda döşeme kaplaması üzerinden 90 cm yükseklikte olmalıdır.
- Her iki tarafı boşluk olan merdivenin/rampanın her iki tarafında veya tek tarafı boşluk olan merdivenin/rampanın tek tarafında kesintisiz küpeşte (tutamak) olmalıdır.
- Küpeşterlerin uçları kullananlara zarar vermemesi için yarım ay şeklinde yuvarlatılmalıdır.
- Merdiven ve rampalarda bulunan tırabzanlara ve küpeşterlere dayanan yetişkin bir kişinin vücut kütleliğini çekebilecek şekilde emniyetle tutturulmuş olmalıdır.

4.1.1.9.7. Engelli Polikliniği

- Poliklinik muayene odaları içinde en az 150x150 cm genişliğinde manevra alanları olmalıdır.
- Poliklinik kapılarının temiz geçiş genişliği en az 110 cm olmalıdır. Bununla birlikte Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu: E. İç Kapılar bölümünde; projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011'den önce alınmış olan binalarda en az 80 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011-1 Ekim 2017 arasında alınmış olan binalarda en az 85 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 1 Ekim 2017'den sonra alınmış olan binalarda en az 90 cm, olması gerektiği ifade edilmektedir.)
- İç mekânlardaki mobilya düzenlemeleri minimum geçiş genişliklerini (en az 90 cm) sağlayacak şekilde yapılmalıdır.
- Bekleme alanlarında tekerlekli sandalyeler için yeterli genişlikte en az 150x150 cm manevra alanı ve en az 90 cm bekleme yeri oluşturulmalıdır.

4.1.1.9.8. Engelli Tuvaletleri

- Binada en az 1 adet kadın ve 1 adet erkek veya bağımsız girişi olan en az bir adet kadın-erkek ortak kullanımda olan engelli tuvaleti olmalıdır.
- Engelli tuvaletine engelsiz ulaşım sağlanmalıdır.
- Engelli tuvaletine geçiş sağlayan tüm kapıların ve engelli tuvalet kabin kapısının temiz geçiş genişliği; bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011'den önce alınmış olan binalarda en az 80 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011-1 Ekim 2017 arasında alınan binalarda en az 85 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 1 Ekim 2017 tarihinden sonra alınan binalarda ise en az 90 cm olmalıdır.
- Engelli tuvalet kabinleri içinde tekerlekli sandalyelilerin klozete erişimi için kapının dışarı açıldığı durumlarda en az net zemin yüzeyi genişlik ve derinliği; önden yaklaşımda (düz bir transfer için) 122x167,5 cm, sağ yandan yaklaşımda (diyagonal bir transfer için) 122x142 cm ve hem ön hem sol yandan yaklaşımda (yan bir transfer için) 150x142 cm ölçülerinde olmalıdır. (Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurumu binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden sonra alınmış olan binalarda tuvalette klozet, lavabo ve donatılar hariç manevra alanı 150 cm x 150 cm ölçülerinde olmalıdır.
- Kapının içeri açıldığı durumlarda bu ölçülere kapının açılıp kapanması için gerekli alan eklenerek bulunan ölçülerde manevra alanı (boşluk) sağlanmalıdır.
- Engelli tuvaletlerine ana girişten itibaren gerekli yerlerde yönlendirme sağlanmalıdır.
- Kapı yanında, duvarda, kapının mandalının bulunduğu tarafta, işaretin yan kenarı pervazdan 5 cm-10 cm arasında bir uzaklıkta yer alacak şekilde bilgilendirici işaretler bulunmalıdır.
- Kapı yanındaki işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- İşaretlemeler (tabelalar) çevre rengi ile zıt (kontrast) olmalıdır.

- Yazılar ve işaretler görüş mesafesine uygun büyüklükte olmalıdır. (harf yüksekliği 15mm den az olmamalı ve görüş mesafesindeki her metre için yazı büyüklüğü 20 mm - 30 mm arttırılmalıdır.)
- Tüm yönlendirme ve bilgilendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt (kontrast) renklerde olmalıdır.
- İşaretler görme engelliler için Braille Alfabeti ile yazılı olmalıdır.
- Tuvaletlerin zemin kaplaması düz, sabit ve dayanıklı olmalı, ıslak-kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
- Engelinin kullanabileceği engelli tuvalet kabini içerisinde veya genel tuvaletin içinde konumlandırılmış, alt yüzüne kadar en az 75 cm, ön üst yüzüne kadar en fazla 86 cm yüksekliğinde ve en az 20,5 cm derinliğinde diz boşluğu bulunan bir lavabo olmalıdır.
- Sifon kollarının (butonları/zincirleri) yerden yüksekliği; Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden önce alınmış olan binalarda yerden en fazla 140 cm olmalıdır. Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden sonra alınmış olan binalarda yerden en fazla 112 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sifon kolları yerden en fazla 112 cm olmalıdır.)
- Sifon kolları tek elle ve kavrama gerektirmeden kullanılabilir nitelikte olmalıdır.
- Tuvalet kâğıtlığının yerden yüksekliği; bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden önce alınmış olan binalarda yerden en fazla 140 cm olmalıdır. Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden sonra alınmış olan binalarda yerden en fazla 43-48 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek Tuvalet kâğıtlığının yerden yüksekliği 43-48 cm arasında yerleştirilmelidir)
- Sabunlukların yerden yüksekliği; Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden önce alınmış olan binalarda yerden en fazla 140 cm olmalıdır. Bina proje onayı veya yapı izni Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamında denetimi yapılan binalar için 30 Mayıs 2019, Yapı Denetimi Uygulama Mevzuatı kapsamı dışındaki kamu kurum binaları için 1 Ocak 2021 tarihinden sonra alınmış olan binalarda yerden en fazla 80-110 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sabunlukların yerden yüksekliği yerden en fazla 80-110 cm olmalıdır).
- Musluklar el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.
- Tuvaletlerde hareketli veya öne doğru 10-15 derece eğim verilmiş engelli aynası ya da yerden yüksekliği en fazla 90 cm olan sabit ayna veya boy aynası olmalıdır.
- Klozetlerin oturma yeri yerden en az 43 cm, en fazla 48 cm yükseklikte olmalıdır.
- Klozete tek taraftan (klozet duvar kenarında konumlandırılmış) yaklaşım sağlanabiliyorsa tuvalette duvar tarafında sabit, yerden yüksekliği 80 cm–95 cm arasında, duvarla arasında 4 cm mesafe olacak şekilde tutunma çubuğu bulunmalıdır. Klozetle duvar arasındaki mesafe klozetin orta noktasından 46 cm mesafede olmalıdır. Tuvalette duvar olmayan tarafta tutunma çubuğu hareketli (katlanabilir) olmalıdır. Duvar olmayan taraftaki hareketli tutunma çubuğunun yerden yüksekliği klozet yüksekliğinden 25-35 cm daha yukarıda olmalıdır. Duvar olmayan tarafta hareketli (katlanabilir) tutunma çubuğunun klozet ile arasındaki mesafe klozetin orta noktasından en az 30 cm, en fazla 35 cm mesafede olmalıdır.
- Klozete her iki taraftan (klozet ortalı konumlandırılmışsa) yaklaşım sağlandığı durumlarda klozetin her iki tarafındaki tutunma barları da hareketli (katlanabilir) olmalıdır. Hareketli (katlanabilir) tutunma çubuklarının klozet ile aralarındaki mesafe klozetin orta noktasından en az 30 cm, en fazla 35 cm olmalıdır.
- Taharet musluğu en az 43 cm, en fazla 48 cm yükseklikte ve klozetten kolayca erişilebilecek ve klozete transferi engellemeyecek konumda olmalı.
- Taharet musluğu tek el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır. (Sensörlü, butonlu kumandalı vb. çözümler de tercih edilebilir.)

- Engelli tuvaletinde klozetten ve yere düştüğünde yetişilebilecek şekilde, iple çekilerek çalıştırılabilir özellikte acil durum çağrı aparatı bulunmalıdır.
- Tuvalette oynar kapaklı, pedalsız, sensörlü kapaklı veya kapaksız çöp kutusu olmalı.

4.1.1.9.9. Bina İçi Yatay Dolaşım

- Tüm dolaşım alanları boyunca engellerden (çöp kutusu, su sebili, çay kahve makinası vb.) arındırılmış en az 110 cm geçiş genişliği olmalıdır.
- Baş seviyesi üzerinde bulunan tüm engeller ve duvara dik veya tavana monte edilmiş levhalar yerden en az 220 cm yükseklikte olmalıdır. (Bina projesi onayı veya yapı izni aldığı tarihteki mevzuata uygun olmak şartı ile bina taşıyıcı sisteminden kaynaklı giriş gibi elemanların 220 cm yüksekliği sağlamaması durumundaki mahallerde bu soru cevaplanmayacaktır)
- Tüm dolaşım alanlarında zemin kaplaması düz, sabit, dayanıklı, ıslak ve kuru halde kaymayan malzeme olmalıdır.
- Tüm dolaşım alanları iyi aydınlatılmış olmalıdır.
- Odalarda bulunan mobilya düzenlemelerinin geçiş genişlikleri en az 90 cm olacak şekilde düzenlenmelidir.
- Tekerlekli sandalyeler için sirkülasyon alanlarında 150 cmx150 cm `lik manevra alanları olmalıdır.
- Kapılar fazla kuvvet gerektirmeden kolay açılabilir olmalıdır.



4.1.1.9.10. Bina İçi Dikey Dolaşım

- Asansör önü ve kabin içi yeterince aydınlatılmış olmalıdır.
- Asansör kapısının temiz geçiş genişlikleri en az 90 cm olmalıdır. Ancak bina projesi onayı veya yapı izni 2 Eylül 1999 tarihinden önce alınmış binalarda ise kapının temiz (net) geçiş genişliği en az 80 cm olmalıdır.
- Asansör kapısının yanında bilgilendirici ve/veya uyarıcı işaretler standarda uygun olmalıdır.
- Asansör kapısının yanındaki işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- İşaretler okunaklı ve anlaşılabilir olmalıdır.
- İşaretlemeler çevre rengi ile zıt (kontrast) renkte olmalıdır.
- Yazılar ve işaretler görüş mesafesine göre uygun büyüklükte olmalıdır. (Harf yüksekliği 15 mm'den az olmamalı ve görüş mesafesindeki her metre için yazı büyüklüğü 20 mm-30 mm arttırılmalıdır.)
- Tüm yönlendirme ve bilgilendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt (kontrast) renklerde olmalıdır.
- İşaretler görme engelliler için Braille yazılı olmalıdır.
- Kabin içi kontrol ve kabin dışı çağrı düğmelerinde hissedilebilir kabartmalı rakamlar, harfler ve semboller kullanılmalıdır.

- Asansör kabin içi kontrol ve kabin dışı çağrı düğmelerinde Braille Alfabeli rakam ve yazılar olmalıdır.
- Asansör kapıları açıldığında kabin zemini, kat zemini ile aynı seviyede olmalıdır. (Kabul edilebilir seviye farkı ± 1 cm)
- Asansör kabinin içinde ve dışında kat bilgisi veren/sağlayan görsel ve sesli uyarı sistemleri olmalıdır.
- Asansör kabin zemini uygun malzeme ile kaplı olmalıdır (Halı, parlak ve kaygan malzeme vb. olmamalıdır.).
- Her katta asansör kapısının önündeki sahanlığın genişliği standartlara uygun olmalıdır. Her katta asansör kapısının açıldığı sahanlığın genişliği (derinliği); asansör kapısı sürme kapı ise en az 120 cm asansör kapısı dışı açılan kapı ise en az 150 cm olmalıdır. (Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sahanlık ölçüleri en az 150 cm x 150 cm olmalıdır.)
- Asansör kabin içi ve dışındaki rakam, yazı ve semboller buldukları zeminle zıt (kontrast) renkli olmalıdır.

4.1.1.9.11. Yönlendirme ve İşaretler

- Duvara yatay monte edilmiş işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- Duvara yatay monte edilmiş tüm işaretler görme engelliler için Braille yazılı olmalıdır. (*Denetime tabi kapıların kapı bilgilendirici işaretlerinden sadece mahal isimlerinin Braille olması gerekir*)
- Asansörlere ve merdivenlere yönlendirme sağlanmış olmalıdır.
- Tekerlekli sandalyeli kullanıcılar için otoparktan binaya ve sağlık kuruluşu içinde bulunan rampalara yönlendirme yapılmış olmalıdır.
- Tüm işaretlemeler çevre rengi ile zıt (kontrast) renkte olmalıdır.
- Yönlendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt (kontrast) renklerde olmalıdır.
- Yazılar ve işaretler görüş mesafesine göre uygun büyüklükte olmalıdır.
- Binada alternatif giriş var ise binanın ana girişi ve otopark ile alternatif bina girişi arasında yönlendirme yapılmalıdır.
- Otoparktan bina girişlerine yönlendirme olmalıdır.
- Engelli tuvaletlerine yönlendirme sağlanmış olmalıdır.
- Engelli tuvaletleri hem tuvalet hem de kabin girişinde işaretlerle belirtilmiş olmalıdır.
- Ana giriş holünde görme engelliler için 120 cm-160 cm arasındaki yükseklikte Braille Alfabeti ile yazılı ve kabartmalı bilgilendirme panosu olmalıdır.

4.1.1.9.12. Acil Durum ve Bina Tesisatı

- Acil durumda çıkışa yönlendirecek kolayca fark edilebilir ışıklı ve sesli yönlendirme işaretleri olmalıdır.
- Acil durumlarda işitilebilir ve görülebilir alarm olmalıdır.
- Aydınlatma düğmeleri (anahtar) çevirme gerekmeden kullanılabilir olmalıdır.
- Tehlikeli bölümlerin (trafo, jeneratör vb.) önüne 60-122 cm yükseklikte uyarı levhası yerleştirilmelidir.



4.1.1.9.13. Hissedilebilir Yürüme Yüzeyi İşaretleri

- Bahçe girişinden danışma bankosu/birimi olan en az bir bina giriş kapısına kadar görme engellinin kesintisiz ve güvenli erişimi için bordür takibi sağlanmalı. (Takip edilen bordürün kenarında yatayda en az 90 cm tabela, kolon vb. engellerin olmadığı ve dikeyde en az 220 cm baş kurtarma mesafesi bulunan yürüyüş alanı olmalıdır.),
- Bahçe girişi, bahçe girişinin tanımlı olmadığı yerlerde parsel sınırından danışma bankosu/birimi olan en az bir bina giriş kapısına kadar hissedilebilir yürüme yüzeyi işareti olmalı. (**İlk soruya evet cevabı verilmiş ise bu soruyu cevaplamak zorunlu değildir*).
- Bina içinde danışma bankosu/birimi olan bina giriş kapısından danışma birimine/bankosuna kadar, danışma birimi/bankosu bulunmadığı durumda hissedilebilir kat planına giriş kapısından itibaren hissedilebilir yürüme yüzeyi işaretleri bulunmalıdır.

- Hissedilebilir yüzeyin rengi çevreleyen yüzeye zıt (kontrast) olmalıdır
- Yürüyüş güzergahını işaret etmek için kılavuz iz (yüzey) kullanılmış olmalıdır.
- Hissedilebilir yüzey uygulaması ızgara vb. yatay ve tabela, kolon vb. dikey engeller ile kesintiye uğramadan uygulanmış olmalıdır.

4.1.5. Tıbbi Cihazların Envanteri

18/01/2007 tarihli ve 26407 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Taşınır Mal Yönetmeliği İkinci Bölüm Sorumluluk ve Görevlileri Sorumluluk 5 inci maddesi birinci fıkrası, üçüncü bendi “Kamu idarelerine ait taşınırların muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınırları en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, verilmiş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar.” hükmü gereği taşınır mal kaydı tutulmak zorundadır.

4.1.6. Tıbbi Atık Kontrolü

25.01.2017 tarih ve 29959 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği” doğrultusunda işlem tesis edilir.

Sağlık kuruluşlarının yükümlülükleri

MADDE 9 – (1) Sağlık kuruluşları;

- a) Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmakla,
- b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla,
- c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde taşınması ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla,
- ç) Tıbbi, tehlikeli, tehlikesiz, ambalaj, belediye atıkları ve diğer atıkları birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrı toplamakla,
- d) Herhangi bir kimyasalla muamele görmüş patolojik atıkları diğer tıbbi atıklardan ayrı toplamakla,
- e) Tıbbi atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla,
- f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını UATF düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmekle,
- g) Ayrı toplanan tıbbi atıkları sadece bu iş için tahsis edilmiş kapaklı konteyner/kap/kova ile tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine taşımakla,
- j) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gereken harcamaları karşılamakla,
- k) Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almakla,
- l) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl ocak ayından başlamak üzere en geç mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamaları kullanarak doldurmak, onaylamak ve form çıktısının bir nüshasını beş yıl boyunca saklamakla, yükümlüdürler.

Tıbbi atıkların ayrılması ve toplanması

MADDE 10 – (1) Tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın olduğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle belediye atıkları, ambalaj atıkları, tehlikeli atıklar ve benzeri diğer atıklar ile karıştırılmaz.

(2) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı, orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılamaz ve tekrar kullanılamaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmaz, tıbbi atıklar torbasından çıkarılamaz, boşaltılamaz ve başka bir kaba aktarılamaz.

(4) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün

olmayan, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harflerle yazılmış “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve tıbbi atık torbalarına konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılmaz ve geri kazanılmaz.

(6) Tıbbi atık torbaları biriktirme süresince tıbbi atık kabı ya da kovası içerisinde muhafaza edilir. Tıbbi atık kabı ya da kovasının delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan turuncu renkli plastik malzemeden yapılmış olması zorunludur.

4.1.7. Arşiv Düzenlemesi

Kurumların arşiv düzenlemesi ile ilgili 16.05.1988 tarihli ve 19816 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Koruma Yükümlülüğü

Madde 4- Mükellefler, ellerinde bulundurdukları ve Genel Müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler. Mükellefler, arşiv malzemesi ile arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;

- a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahripine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
- b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimî çalışır durumda bulundurulmasından,
- c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
- d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevî maddelerin kullanılmasından,
- e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden
- f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,
- g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme 12-15 derece arasında) tutulmasından, sorumludurlar.
- h) Kutu ve dosyalara verilecek sıra numaraları, dosyalama sistemleri devam ettiği sürece müteselsil olarak devam ettirilir.
- i) Bu tasnif sisteminde, ayırma ve tarihleme işlemi tamamlanan evrakın, envanteri hazırlanır. Bunun için her evrakın veya ekleriyle birlikte evrak bütünlüğünün, mahiyeti hakkında özeti çıkarılıp fişlenir.
- j) Bütün bu işlemler, daha sonra kataloglara geçirilir.
- k) Tasnifi tamamlanmış olan evrak, standart dosya gömlekleri içerisinde kutulara (Ek:4) (veya klâsörlere) konmuş olarak, gerekli şartları haiz arşiv depolarında ve madenî raflarda, tasnif plânına uygun olarak, bir yerleştirme plânı dahilinde yerleştirilir. Bu yerleştirmede, raflarda, çift taraflı ranzalar da dahil soldan sağa, gözlerde ise yukarıdan aşağıya doğru teselsül eden bir sıra dahilinde hareket edilir.

Yerleştirme işlemi, arşiv deposuna girildiğinde, sol taraftaki ilk rafın sol üst köşesinden başlamak üzere yapılır. Bu işlem, her raf grubu için tekrarlanır.

Arşiv deposunun yerleşim şeması çıkarılır ve depo girişinin uygun bir yerine asılır. Bu tasnif sistemi, yalnızca klasik tip arşiv belgesi denilen evrak için söz konusudur. Değişik tür ve çeşitteki malzemenin (film, fotoğraf, plâk, ses ve görüntü bandı, vb.) tasnifi, değişik sistem ve işlemlere göre yapılır.

4.1.8. Taşınmaz (Bina) Envanteri

Birinci basamak sağlık kuruluşları hizmet binaları envanterinin takip edilmesi amacıyla ÇKYS Taşınmaz Bilgi Sistemi kullanılmaktadır. Yeni yapılan, kiralanan veya tahsis edilen birinci basamak sağlık hizmet binalarının ÇKYS’ye giriş, takip ve güncelleme işlemleri ÇKYS il kullanıcıları tarafından yapılmaktadır. ÇKYS Taşınmaz Bilgi Sistemine girilen bu veriler esas alınarak bina envanteri çıkarılmaktadır. Bu bina kayıtlar aynı zamanda Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS) bina verilerinin oluşturulmasında da kullanılmaktadır.

Dolayısıyla hem taşınmaz/bina envanteri doğru çıkarılması hem de CBS bina verisinin eksiksiz oluşturulması için ÇKYS bina kayıtlarının doğru ve eksiksiz yapılmalıdır. Özellikle yeni bina açılması, kapatılması vb. durumlarda gerekli kayıt ve güncelleme işlemlerinin yapılması önem arz etmektedir.

4.2. BİRİME ÖZEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

4.2.1. Aile Sağlığı Merkezi

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği uyarınca;

MADDE 23 – (1) Aile sağlığı merkezlerinde aşağıda belirtilen asgari fiziki şartlar aranır.

a) Binanın kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip, toplam alanının tek aile hekimi için 60 metrekare olması gerekir. Birden fazla hekimin birlikte çalışması durumunda her aile hekimi için 20 metrekare ilave edilir. Bir aile sağlığı merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterilir.

b) Bekleme ve danışma bölümü bulunur. Bir hekim için bekleme alanında en az 5, daha sonraki her hekim için ilaveten en az 3'er adet olmak üzere yeterli sayıda bekleme koltuğu bulundurulur. Bekleme koltuğunun kolay temizlenebilir ve ergonomik yapıda olması; ahşap, PVC veya metal malzemelerden yapılmışsa oturlan ve yaslanılan alanların bir döşeme malzemesi ile kaplanmış olması gerekir. Bekleme alanında Kurumca gönderilen güncel afiş ve broşürler düzenlenmiş panoda asılı olarak bulundurulur, panoda asılamayacak olanlar çerçeveli olarak bulundurulur. Hasta ve hasta yakınlarının dilek ve önerilerini kolaylıkla ulaştırılabilmesini sağlayacak dilek ve öneri kutuları (Ek ibare: RG-11/3/2015-29292) ile hijyeni sağlamaya yönelik el antiseptiği bulundurulur.

c) Muayene odasının, her aile hekimi için en az 10 metrekare olması gerekir. Muayene odasında lavabo bulunur.

ç) Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabileceği büyüklükte, lavabosu bulunan bir odadır. Bu odada aşı, enjeksiyon, küçük cerrahi müdahalelerin yapılmasına uygun muayene ve müdahale masası, muayene ve acil müdahale malzemeleri, jinekolojik muayene masası ile dezenfeksiyon ve sterilizasyon cihazlarının bulunması gereklidir.

d) Laboratuvar hizmetlerinin aile hekimince merkezde verilmesi planlanıyorsa bu hizmetler için uygun bir oda bulunur.

e) Aile sağlığı merkezi içerisinde kullanıma hazır, bütün aile hekimliği birimlerince de kullanılabilir mahremiyet kurallarının uygulandığı, bebek bakım ve emzirme alanı veya odası bulunur.

f) Hastaların kullanabileceği tercihen kadın-erkek için ayrı olmak üzere birbirinden ayrılmış, müstakil tuvalet ve lavaboların olması gerekir. Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve poşetli çöp sepeti, her tuvalette tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp sepeti bulundurulur. Tuvaletlerde acil çağrı butonu bulundurulur.

g) Tercihen binanın giriş katında kururlar. Engelli ve yaşlı vatandaşların giriş ve çıkışlarını mümkün kılan, kolaylaştırıcı tedbirler alınır.

ğ) Tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklığı 18-27 °C arasında tutulur, muayene odasının iç ortam sıcaklığı için alt sınırın 20 °C olması gerekir. Isıtma soba hariç diğer araçlarla sağlanır.

h) Aile sağlığı merkezinin iç alanlarının boya ve bakımı tam olmalıdır. Dış cephe boyası ve tamirata ile ilgili gerekli talepler belirlenerek ilgili yerlere gönderilmelidir.

ı) Aile sağlığı merkezinin sağlık hizmeti sunulan alanlarına ait zemin kaplamasının kolay temizlenebilir nitelikte olması gerekir.

(2) Kullanım ömrünü tamamlamış veya ihtiyaç fazlası olan malzemeler aile sağlığı merkezi içinde bulundurulamaz.

(3) Bakanlığa tahsisli bulunan ve Kurum tarafından aile hekimlerine kiralanmış müstakil bina olarak kullanılan aile sağlığı merkezlerinin ilk çevre düzenlemesi müdürlük tarafından yapılır. Daha sonraki bakımları aile hekimleri tarafından devam ettirilir.

(4) Muayene odası dışında birinci fıkrada sayılan diğer odalar aile hekimlerince müşterek kullanılabilir.

Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı

MADDE 24 – (1) Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemenin faal olarak bulundurulması zorunludur.

a) Steteskop.

b) Tansiyon aleti (çocuk ve erişkin olmak üzere en az iki boy).

- c) Otoskop.
 ç) Oftalmoskop.
 d) Termometre.
 e) Işık kaynağı.
 f) Dil basacağı.
 g) Paravan, perde ve benzerleri.
 ğ) Muayene masası.
 h) Refleks çekici.
 ı) Mezura.
 i) Fetal el doppleri.
 j) Aşı nakil kabı.
 k) Snellen eşeli.
 l) Diapozon seti.
 m) Tartı aleti (bebek, erişkin boy).
 n) Boy ölçer (bebek, erişkin boy).
 o) Pansuman seti.
 ö) Enjektör, gazlı bez gibi gerekli sarf malzemeleri.
 p) Keskin atık kabı.
 r) Acil seti; acil müdahale setinde asgari aşağıda belirtilen malzemeler bulunur.
 1) Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
 2) Ambu ve maske (çocuk ve erişkin boy),
 3) Oksijen hortumu ve maskeleri,
 4) Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin için),
 5) Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),
 6) Enjektörler (2, 5,10 cc ebatlarında her bir ebattan asgari beş adet),
 7) Kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske ve benzerleri.).
 s) Defibrilatör.
 ş) Manometreli oksijen tüpü (taşınabilir).
 t) Seyyar lamba.
 u) Buzdolabı (sadece aşular ve antiserumlar için).
 ü) Aşı dolabının ve aile sağlığı merkezinin tıbbi hizmet alanları ile bekleme alanlarında iç ortam sıcaklık takiplerini yapmak için standartları Kurumca belirlenmiş olan ısı verisi gönderebilen 2 adet termometre (Aşı dolabı sıcaklık takipleri en fazla iki saatlik aralıklarla yapılacak olup bu süre gerekli görülmesi halinde Kurumca değiştirilebilir).
 v) Aşular ve ilaçlar için karekod okuyucu.
 y) İlaçların miat ve stoklarının listesi (elektronik ortamda takip edilir.).
 z) Jinekolojik muayene masası, spekülüm, muayene ve RİA seti.
 aa) İlâç ve malzeme dolabı.
 bb) Sterilizatör.
 cc) EKG cihazı.
 çç) Tromel.
 dd) Glikometre.
 ee) Tekerlekli sandalye.
 ff) Nebülizatör.
 gg) Santrifüj cihazı.
 ğğ) Jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı.
 hh) Küçük cerrahi seti; asgari 1 portegü, 1 makas, 1 penset, 1 bisturi sapı, (Mülga ibare: RG-11/3/2015-29292) (...) (dört hekim kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set).
 ıı) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşular ve antiserumlar.
 ii) Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilâçlar, aşular ve antiserumlar.
 jj) (Ek:RG-11/3/2015-29292) Aspiratör.
 kk) (Ek:RG-16/5/2017-30068) Spirometre veya Peakflowmeter
 (2) Birden fazla aile hekiminin bir arada çalıştığı aile sağlığı merkezlerinde, bu maddenin birinci fıkrasındaki tıbbi cihaz ve malzemelerden (a)'dan (k) bendine kadar (k bendi dahil) olanlar her aile hekimi için ayrı ayrı bulundurulur.

(3) Bakanlıkça ve Kurumca özellikleri belirlenen bilgisayar, donanım, yazılım ve bilgi teknolojileri ile ilgili asgari şartlara uyulur.

(4) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak aile hekimleri tarafından temin edilir.

(5) Aile hekimleri, aile sağlığı merkezinde yangına karşı alınması gereken tedbirleri alır, tıbbi atıklar ve çöpler için 22/7/2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirleri alır.

(6) Aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimleri, fiziki şartlar ve donanım açısından Ek-1 deki gibi değerlendirilir.

(7) (Ek:RG-16/5/2017-30068) Üç ve üzeri aile hekimliği birimi bulunan aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerince aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği güvenlik kamera sistemi kurulur.

4.2.2. Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırılması

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği’nin 18 inci maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendi uyarınca aile sağlığı merkezi giderleri için yapılacak ödemelere esas aile hekimliği birimi grubunun belirlenmesine yönelik olarak aşağıda belirtilen hususlara dikkat edilecektir:

1) Gruplandırma işlemleri, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 23’üncü ve 24’üncü maddelerinde belirtilen asgari fiziki şartlar ve teknik donanımlar ile aynı yönetmeliğin Ek (1)’inde yer alan gruplandırma kriterleri çerçevesinde yapılacaktır.

2) Sözleşmeli aile hekimi tarafından, talep edilen gruba ait tüm kriterlerin sağlandığına dair belgeleri içeren dosya ve “Gruplandırma Değerlendirme Formu” beyan alanları doldurularak Toplum Sağlığı Merkezine başvuru yapılacaktır. Toplum Sağlığı Merkezi tarafından en fazla 5 iş günü içerisinde; başvuru dosyası değerlendirilerek, eksiklik bulunmaması halinde İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecektir. Dosyada eksik evrak bulunması halinde ise dosya başvuru sahibine iade edilecektir.

3) Gruplandırma işlemleri ve gruplandırılmış aile hekimliği birimlerinin periyodik değerlendirmeleri ekte yer alan “Gruplandırma Değerlendirme Formu” kullanılarak yapılacaktır.

4) Aile hekimliği birimlerinin gruplandırma işlemlerini gerçekleştirmek üzere İl Sağlık Müdürlüğüne bir ekip oluşturulacaktır. Bu ekip İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi ile Aile Hekimliği Birimi personelinden oluşturulacak olup, bu birimlerin bulunmadığı illerde ise Aile Hekimliği Birimi ile Toplum Sağlığı Birimi veya Halk Sağlığı Hizmetleri Birimi personelinden oluşturulacaktır. Ekip en az 3 personelden oluşturulacak olup gerektiği durumlarda İl Sağlık Müdürlüğü tarafından diğer birimlerden ve/veya toplum sağlığı merkezlerinden personel de ekibe dâhil edilebilecektir. Bu ekipte aile hekimliği mevzuatına ve uygulamasına hâkim personelin görev alması ve mümkünse her ekipte bir hekim bulunmasına özen gösterilecektir. Uygulamada standardizasyonun sağlanması açısından bu ekipler düzenli aralıklarla bilgilendirmeye ve eğitime tabi tutulacaktır.

5) Gruplandırmaya ilk defa müracaat eden ve grup değiştirecek aile hekimliği biriminin değerlendirilmesinin yapılacağı tarih, ilgili aile hekimine önceden bildirilecektir. Ekip tarafından aile hekimliği biriminin asgari fiziki ve teknik şartları ile gruplandırma kriterleri değerlendirilecektir. Yapılan değerlendirme neticesinde;

a) Talep edilen grup kriterlerinin sağlandığı ancak asgari fiziki şartlar ve teknik donanım şartlarında eksiklik bulunduğu tespit edilmesi halinde, asgari fiziki ve teknik şartların eksikliği tutanak altına alınacak ve eksikliğin giderilmesi için 10 gün süre verilecektir. 10 gün süre sonunda asgari fiziki şartlar ve teknik donanım eksikliklerinin giderildiğinin tespit edilmesi halinde, gruplandırma şartlarını taşıyan aile hekimliği birimleri gruplandırılacaktır. Eksik tamamlanmadı ise ilgili mevzuat hükümleri çerçevesince işlem tesis edilecek olup gruplandırma işlemine son verilecektir.

b) Asgari fiziki şartlar ve teknik donanım şartlarının sağlandığı ancak talep edilen grup kriterlerinde eksiklik bulunduğu tespit edilmesi halinde, eksiklik tutanak altına alınacaktır. Değerlendirme sırasında aile hekimince 10 güne kadar eksikliğin tamamlanacağına taahhüt edilmesi halinde, taahhüt edilen süre sonrasında yapılacak değerlendirme sonucu grup şartlarını taşıyan aile hekimliği birimleri gruplandırılacaktır. Bununla birlikte değerlendirme sırasında aile hekimliği biriminin başka bir grubun kriterlerini taşıdığı tespit edilmesi halinde, ilgili aile hekiminin yazılı talebi doğrultusunda şartlarını taşıdığı grup üzerinden değerlendirme yapılabilecek veya değerlendirme işlemine son verilecektir.

c) Hem asgari fiziki ve teknik donanım şartları hem de gruplandırma kriterlerinde eksiklik bulunduğu tespit edilmesi halinde, asgari fiziki ve teknik şartları ile gruplandırma kriterlerindeki eksiklik tutanak altına alınacaktır. Asgari fiziki ve teknik şartlarındaki eksikliğin giderilmesi için 10 gün süre verilecektir. 10 gün süre sonunda asgari fiziki şartlar ve teknik donanım eksikliklerinin giderildiğinin tespit edilmesi halinde, gruplandırma şartlarını da taşıyan aile hekimliği birimleri gruplandırılacaktır. Eksikliğin tamamlanmaması veya gruplandırma kriterlerinde eksikliğin bulunması halinde gruplandırma işlemine son verilecek ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesince işlem tesis edilecektir.

6) İl Sağlık Müdürlüğü'ne dosyanın geliş tarihinden itibaren en geç otuz gün içinde (beşinci maddede belirtilen 10 gün süre dâhil olmak üzere) aile hekimliği birimlerinin değerlendirmesi tamamlanacaktır. Değerlendirme yapıldıktan sonra değerlendirme evrakının bir nüshası sözleşmeli aile hekimine verilecektir.

7) Gruplandırma ve periyodik değerlendirmelere ilişkin değerlendirme raporu aile hekimliği biriminden sorumlu halk sağlığı başkan yardımcısı tarafından onaylanacak olup değerlendirme raporunun onaylanmasını müteakiben ivedilikle bilgiler Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemine (ÇKYS) girilecek ve birimin hangi gruba dâhil olduğu aile hekimine yazılı olarak bildirilecektir.

8) Gruplu aile hekimliği birimlerinden sözleşmeli aile hekiminin ayrılması durumunda il sağlık müdürlüğüne grup şartlarının devam ettirilmesi esas olup, bu birimlere yeni başlayacak olan sözleşmeli aile hekimi, hangi grup üzerinden devam etmek istiyor ise göreve başlama tarihinden itibaren en geç 5 iş günü içerisinde talep ettiği grup için başvuru yapacaktır. Bu süreç içerisinde hangi grup şartları taşıyor ise o grup üzerinden ödeme yapılacak, şartları kaybedilen grubun ödemesi geri alınacaktır.

9) Gruplandırılmış olan aile hekimliği birimi/birimlerinin aynı grup kriterlerinin sağlanacağını beyan ederek yeni bir mekâna taşınması halinde, adres değişikliği nedeniyle yapılacak değerlendirmede gruplandırma kriterleri de değerlendirilecek olup ayrıca başvuru şartı aranmayacaktır.

10) Grup değiştirmek amacıyla başvuruda bulunulan aile hekimliği birimi için, değerlendirme raporunun halk sağlığı başkan yardımcısı tarafından onaylanma tarihinden itibaren; üç aydan önce (birim değiştiren, ilk defa yerleşen ve adres değişikliği yapan aile hekimleri hariç olmak üzere) aynı birim ile ilgili olarak yeniden grup değiştirmek için başvuruda bulunulamayacaktır.

11) Onaylanan değerlendirme raporlarına karşı yedi gün içinde il sağlık müdürlüğüne itiraz edilebilecektir. İtiraz, halk sağlığı hizmetleri başkanı başkanlığında oluşturulan komisyon tarafından oy çokluğu (oyların eşitliği halinde başkanın kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanmış sayılır) ile on beş gün içinde karara bağlanarak gerekli işlemler yapılacaktır. Bu komisyon;

a) Halk sağlığı hizmetleri başkanı

b) Başkan yardımcısı (destek hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısı ve/veya aile hekimliği hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısı, her ikisi de bulunan illerde ikisi de komisyona dahil edilecektir.)

c) Aile hekimliği hizmetleri ile ilgili birim sorumlusu (aile hekimliği birimi ve izleme değerlendirme ve istatistik birimi bulunan illerde her ikisi de komisyona dahil edilecektir.)

ç) İlgili TSM sorumlu hekimi,

d) Halk sağlığı başkanının görevlendireceği tercihen mali işler ile ilgili bir personel dahil olmak üzere oluşturulacaktır.

12) Aile hekimliği birimi gruplandırmasına ilişkin periyodik değerlendirmeler altı ayda bir yapılacak olup bu değerlendirmelerde;

a) Asgari fiziki şartlar ve teknik donanımında eksiklik tespit edilmesi halinde, eksiklik tutanak altına alınacak ve eksikliğin giderilmesi için 10 gün süre verilecektir. En geç 10 gün süre sonunda eksikliği tamamlamayan aile hekimliği birimi grupsuz olarak değerlendirilecek ve ilgili mevzuat hükümleri uygulanacaktır.

b) Bulduğu grup şartlarını kaybettiğinin tespit edilmesi halinde değerlendirme esnasında hangi grup şartlarını taşıyor ise değerlendirme o grup üzerinde yapılacaktır. Periyodik değerlendirme sırasında bulunduğu grubun şartlarını taşımadığı tespit edilen aile hekimliği biriminin gider ödemesine esas olmak üzere şartların hangi tarihten itibaren kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme yapılması gerektiği değerlendirme raporunda belirtilecektir. Bu rapora göre tespit edilen fazla ödemeler geri alınacaktır.

c) Periyodik değerlendirme sonucunda bulunduğu grubun şartlarını taşımadığı tespit edilen aile hekimliği biriminin kaybedilmiş grup şartlarını tekrar sağlaması halinde, aile hekimi tarafından onuncu maddede yer alan 3 aylık bekleme süresi aranmadan yalnızca kaybedilen grup için tekrar başvuru

yapılabilecektir. Ancak bu başvurunun sonuçlandırıldığı tarih ile grup şartlarının kaybedildiği tarih arasındaki ödemeler, bu tarihler arasındaki hak edilen grup üzerinden yapılacak ve tespit edilen fazla ödemeler geri alınacaktır.

4.2.3. Gruplandırma Değerlendirme Formu

GRUPLANDIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

Değerlendirme Tarihi :	
Değerlendirme Nedeni:	<input type="checkbox"/> Yeni ASM/AHB açılması <input type="checkbox"/> ASM/AHB taşınması <input type="checkbox"/> Gruplandırma <input type="checkbox"/> İzleme - Değerlendirme ve Denetim
A - Değerlendirme Yapılan Aile Hekimliği Birimi (AHB) ile ilgili Genel Bilgiler	
İl	İlçe
ASM Adı	ASM ÇKYS Kodu
AHB Adı	AHB ÇKYS Kodu

B – Gruplandırma Kriterlerinin Karşılama Durumu									
*Beyan alanı, gruplandırmaya başvuran aile hekimince doldurularak, başvuru dosyası ve ilgili evraklar ile Toplum Sağlığı Merkezine teslim edilecektir.(izleme-değerlendirme ve denetimlerde beyan alanının doldurulması aranmayacaktır.									
**Tespit 2 alanı yalnızca değerlendirme sonucu süre verilen durumlarda (A/B - 2 ve 3) kullanılacaktır.									
S.n.	Kriterler	Beyan*		Tespit 1 (.../.../.....)		Tespit 2** (.../.../.....)		Grup	Açıklama
		Evvet	Hayır	Evvet	Hayır	Evvet	Hayır		
1	Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.							A, B, C, D	
a) Bekleme alanında başvuranların sıra numarası alabilmeleri için uygun elektronik sistem bulunmalıdır. b) Her bir poliklinik odasının dışına sağlık hizmeti alacak kişinin sıra numarasının veya adı ve soyadının görülebilmesi için uygun elektronik sistem kurulmalıdır. (ebatları asgari 10*10 cm olmalıdır.) c) Elektronik sistemler çalışır durumda olmalıdır.									
2	Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun LCD, plazma, LED TV ve benzeri cihazlar bulundurup sağlık geliştirici eğitim amaçlı yayınlar yapılmaktadır.							A, B, C, D	
a) Bekleme alanlarında büyüklüğüne uygun (asgari 70 ekran) LCD, plazma, LED TV vb. cihazlar bulunmalıdır. b) Sağlık geliştirici eğitim amaçlı yayınlar bulunmalıdır. c) Mesai saatleri boyunca eğitim yayını olmalıdır.									
3	Tek hekimli aile sağlığı merkezlerinde bekleme alanı asgari 20 m ² 'dir (birden fazla aile hekimi görev yapıyorsa her bir aile hekimi için 5 m ² ilave edilir).							A, B, C, D	
a) Bekleme alanı asgari 20 m ² olmalıdır. b) Birden fazla aile hekimliği birimi varsa her bir aile hekimliği birimi için 5 m ² ilave edilmelidir. Not: Bekleme alanı içine hol ve koridorlar girmektedir.									
4	Aile sağlığı merkezinde en az 10 m ² 'lik müstakil bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir "aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası" planlanır).							A, B, C	
a) Aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası asgari 10 m ² olmalıdır. b) Gruplandırmaya dâhil olan 4-7 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde müstakil 1 oda, 8-11 aile hekimliği birimi için 2 oda, 12-15 aile hekimliği birimi için 3 oda vb. şekilde aşılama ve bebek/çocuk izlemleri odası olmalıdır. c) Oda içerisinde muayene masası, en az iki adet sandalye ve masa olmalıdır. Not: Gruplandırılmış 1, 2, 3 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde soru kapsam dışıdır.									

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden sorumlu olacağımı beyan ederim.
Aile Hekimi (Ad- Soyad): _____ İmza: _____

S.n.	Kriterler	Beyan*		Tespit 1 (.../.../.....)		Tespit 2** (.../.../.....)		Grup	Açıklama
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
5	Aile sağlığı merkezinde gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için en az 10 m²'lik müstakil bir oda oluşturulmuştur (gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir "gebe izlem ve üreme sağlığı odası" planlanır).							A, B	
	a) Gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü oda asgari 10 m ² olmalıdır. b) Gruplandırmaya dâhil olan 4-7 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde müstakil 1 oda, 8-11 aile hekimliği birimi için 2 oda, 12-15 aile hekimliği birimi için 3 oda vb. şeklinde gebe izlem ve üreme sağlığı odası olmalıdır. c) Oda içerisinde muayene masası, jinekolojik muayene masası bulunmalı, hastaların mahremiyeti perde, paravan vb. araçlar ile sağlanmış olmalıdır. ç) Oda içerisinde lavabo olmalıdır. Not: Gruplandırılmış 1, 2, 3 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde soru kapsam dışıdır.								
6	Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m²'lik bir emzirme odası veya bölümü planlanmıştır (bu alan diğer aile hekimleri ile birlikte ortak kullanılabilir). Emzirme alanında masa, oturma grubu ve bebek bakım ünitesi ile bebeği koruyucu güvenlik önlemleri (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar ve benzerleri) bulunmaktadır.							A	
	a) Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m ² 'lik bir emzirme odası veya bölümü olmalıdır. Emzirme bölümü oluşturulmuş ise, paravan ya da perde ile oluşturulmuş olmamalı, mahremiyeti sağlayacak kapısı olmalıdır. b) Emzirme bölümünde bebek bakım ünitesi (bebeğin düşmemesi için gerekli düzenlemenin yapıldığı korkuluk, emniyet kemeri vb. olduğu temiz bir alt değiştirme yeri) bulunmalıdır. c) Emzirme bölümünde annelerin kullanabileceği ıslak mendil, en az bir adet koltuk veya sandalye olmalıdır. ç) Emzirme bölümünün kolay fark edilebilen ve okunabilen asgari 15x30 cm ebatında bir tabelası olmalıdır.								
7	Aile sağlığı merkezinde gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmıştır.							A	
	a) Gruplandırmaya dâhil olan 7 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lere kadar 1 oda, 8-11 aile hekimliği birimi için 2 oda, 12-15 aile hekimliği birimi için 3 oda vb. şeklinde müdahale odası olmalıdır. b) Gruplandırılmış 7 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde soru kapsam dışı olup asgari şartlardaki müdahale odası yeterli sayılacaktır. c) İlave müdahale odasında lavabo, muayene ve müdahale masası, hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik paravan vb. önlemler ve müdahale için gerekli tıbbi sarf malzemeleri kullanıma hazır şekilde bulundurulmalıdır.								
8	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.							A, B, C, D	
	a) Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır. b) Temizlik personeli bu konuda eğitilmelidir ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır. c) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine, aile hekimi/hekimlerince sigorta primlerinin yatırıldığına ve maaşının ödendiğine dair belgeler özlük dosyasında saklanmalıdır. İşe yeni başlayan personel için ilk ay sadece SGK İşe Giriş Belgesi istenmelidir. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir. ç) Çalıştırılan personelin güncel çalışma gün ve saatleri yazılı olarak müdürlüğe bildirilmiş olmalıdır. d) Çalıştırılan personelin kullanacağı izinler ve çalışma planındaki değişiklikler de yazılı (ani gelişen durumlarda aynı gün içerisinde sözlü, en geç ertesi iş günü yazılı) olarak müdürlüğe önceden bildirilmiş olmalıdır. Not: Personel çalıştırılması ile ilgili herhangi bir süre kesintisi olması (yeni personel, izin vb.) durumunda gruplandırma kriterlerinin devamı bakımından aile hekimine 1 yılda toplamda 14 (ondört) güne kadar süre tanınabilir. Bu sürenin uzaması halinde hizmetin devamlılığı için başka bir personel çalıştırılmalıdır. Söz konusu personel aynı aile sağlığı merkezindeki tek aile hekimliği birimiyle veya birden fazla aile hekimliği birimiyle sözleşme imzalamış olsa dahi bu süre 1 yılda toplamda 14 (ondört) günü geçemez.								

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden sorumlu olacağımı beyan ederim.
Aile Hekimi (Ad- Soyad):

İmza:

2

S.n.	Kriterler	Beyan*		Tespit 1 (.../.../.....)		Tespit 2** (.../.../.....)		Grup	Açıklama
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
9	Belgelendirmek kaydıyla ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır (aile hekimi başına haftalık 10 saat).							A, B, C	
	<p>a) Bakanlığın istihdam ettiği aile sağlığı elamanı dışında başka bir personel çalıştırılıyor olmalıdır.</p> <p>b) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine, aile hekimi/hekimlerince sigorta primlerinin yatırıldığına ve maaşının ödendiğine dair belgeleri ile mesleğinin icrasına yönelik tescilli diploma örneği işe giriş tarihinden itibaren özlük dosyasında saklanmalıdır. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir. İşe yeni başlayan personel için ilk ay sadece SGK İşe Giriş Belgesi ve mesleğinin icrasına yönelik tescilli diploma örneği istenmelidir.</p> <p>c) Çalışan personelin çalışma saatleri aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri ile aynı olmalıdır.</p> <p>ç) Bu personel temizlik hizmeti görmek üzere çalıştırılmaz.</p> <p>d) Çalıştırılan personelin güncel çalışma gün ve saatleri yazılı olarak müdürlüğe bildirilmiş olmalıdır.</p> <p>e) Çalıştırılan personelin kullanacağı izinler ve çalışma planındaki değişiklikler de yazılı (ani gelişen durumlarda aynı gün içerisinde sözlü, en geç ertesi iş günü yazılı) olarak müdürlüğe önceden bildirilmiş olmalıdır.</p> <p>Not 1: Tıbbi sekreter olarak görevlendirilecek bireyler Sağlık Meslek Liselerinin Tıbbi Sekreterlik bölümü mezunları ile üniversitelerin Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinden mezun olmaları gerekmektedir.</p> <p>Not 2: Personel çalıştırılması ile ilgili herhangi bir süre kesintisi olması (yeni personel, izin vb.) durumunda gruplandırma kriterlerinin devamı bakımından aile hekimine 1 yılda toplamda 14 (ondört) güne kadar süre tanımlanabilir. Bu sürenin uzaması halinde hizmetin devamlılığı için başka bir personel çalıştırılmalıdır. Söz konusu personel aynı aile sağlığı merkezindeki tek aile hekimi birimiyle veya birden fazla aile hekimi birimiyle sözleşme imzalamış olsa dahi bu süre 1 yılda toplamda 14 (ondört) günü geçemez.</p> <p>Not 3: Personel değişikliği durumunda grup kriterlerinin devamlılığı için, yukarıdaki şartlara haiz personelin çalıştırıldığına ilişkin Müdürlüğe yazılı bildirim yapılmalı, Müdürlükçe kontrol edilip uygun bulunması halinde kriter sağlanmış kabul edilmelidir.</p>								
10	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi için 9 uncu satıra ilave olarak haftalık 10 saat ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterden birisi çalıştırılmaktadır.							A	
	<p>a) Bakanlığın istihdam ettiği aile sağlığı elamanı dışında başka bir personel çalıştırılıyor olmalıdır.</p> <p>b) Çalıştırılan personelin ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna kaydedildiğine, aile hekimi/hekimlerince sigorta primlerinin yatırıldığına ve maaşının ödendiğine dair belgeleri ile mesleğinin icrasına yönelik tescilli diploma örneği işe giriş tarihinden itibaren özlük dosyasında saklanmalıdır. Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura da dosyaya eklenmelidir. İşe yeni başlayan personel için ilk ay sadece SGK İşe Giriş Belgesi ve mesleğinin icrasına yönelik tescilli diploma örneği istenmelidir.</p> <p>c) Çalışan personelin çalışma saatleri aile sağlığı merkezinin çalışma saatleri ile aynı olmalıdır.</p> <p>ç) Bu personel temizlik hizmeti görmek üzere çalıştırılmaz.</p> <p>d) Çalıştırılan personelin güncel çalışma gün ve saatleri yazılı olarak müdürlüğe bildirilmiş olmalıdır.</p> <p>e) Çalıştırılan personelin kullanacağı izinler ve çalışma planındaki değişiklikler de yazılı olarak (ani gelişen durumlarda aynı gün içerisinde sözlü, en geç ertesi iş günü yazılı)müdürlüğe önceden bildirilmiş olmalıdır.</p> <p>Not 1: Tıbbi sekreter olarak görevlendirilecek bireyler Sağlık Meslek Liselerinin Tıbbi Sekreterlik bölümü mezunları ile üniversitelerin Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinden mezun olmaları gerekmektedir.</p> <p>Not 2: Personel çalıştırılması ile ilgili herhangi bir süre kesintisi olması (yeni personel, izin vb.) durumunda gruplandırma kriterlerinin devamı bakımından aile hekimine 1 yılda toplamda 14 (ondört) güne kadar süre tanımlanabilir. Bu sürenin uzaması halinde hizmetin devamlılığı için başka bir personel çalıştırılmalıdır. Söz konusu personel aynı aile sağlığı merkezindeki tek aile hekimi birimiyle veya birden fazla aile hekimi birimiyle sözleşme imzalamış olsa dahi bu süre 1 yılda toplamda 14 (ondört) günü geçemez.</p> <p>Not 3: Personel değişikliği durumunda grup kriterlerinin devamlılığı için, yukarıdaki şartlara haiz personelin çalıştırıldığına ilişkin Müdürlüğe yazılı bildirim yapılmalı, Müdürlükçe kontrol edilip uygun bulunması halinde kriter sağlanmış kabul edilmelidir.</p>								

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden sorumlu olacağımı beyan ederim.
Aile Hekimi (Ad- Soyad): _____ İmza: _____

S.n.	Kriterler	Beyan*		Tespit 1 (.../.../.....)		Tespit 2** (.../.../.....)		Grup	Açıklama
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
11	Birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır)							A, B	
	a) Aylık onaylı esnek mesai çizelgeleri olmalıdır. b) Esnek mesai çizelgesi hazırlanarak o ASM'nin günün hangi saatlerinde açık buldurulacağı, vatandaşın rahatlıkla görebileceği büyüklükte ve uygun bir yere asılmalıdır. c) Esnek mesailerde aile hekimi ve aile sağlığı elamanı beraber çalışmalıdır. ç) Esnek mesai saatlerinin vatandaşın aile hekimliği hizmeti alışkanlıkları dikkate alınarak makul saatlerde yapılması gerekmektedir. Not 1: Tek Birimli ASM'de çalışan aile hekimleri için soru kapsam dışıdır. Ancak birden fazla birimi olup, gruplandırmaya katılmayan birim olması halinde tek başına gruplandırılan aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmalıdır. Not 2: Takiplerde esnek mesai yapmayan birim tespit edildiğinde sadece esnek mesai yapmayan birimin grubu düşürülmelidir.								
12	Aile sağlığı merkezine ait güncel internet sayfası bulunmaktadır.							A	
	a) Aile sağlığı merkezine ait güncel web sitesi olmalıdır. b) İnternet sayfasında güncel; aile sağlığı merkezi dış ve iç hizmet alanlarına ait mevcut halinin fotoğrafları, ulaşım adresi ve iletişim numaraları, ASM'de çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının isimleri, çalışma saatleri, sunulan hizmetler (hizmet detayı ve hizmet için gerekli bilgi-belgeler dahil olmak üzere açıklayıcı bilgiler), varsa yapılan halk eğitimi ve sosyal projelere ilişkin bilgiler, hizmete ilişkin önemli duyurular, bağlı olunan HSM ve TSM adres ve iletişim bilgileri yer almaktadır. (ASM'deki A grubu olmayan diğer birimlerin yalnızca birim adlarının olması yeterlidir.) c) Web sitesi adresi ASM'de bulunan panoda ilan edilmiş olmalıdır.								
13	Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır.							A	
	a) Mevcut tuvaletlere ilave olarak en az bir adet engelli tuvaleti bulunmalı ya da mevcut olan bay ve bayan tuvaletlerinden her ikisi de engelliler için yeniden düzenlenmiş olmalıdır. (Bay WC + Bayan WC + Engelli WC veya Engelli Bayan WC + Engelli Bay WC) b) Günlük temizlikleri yapılmalıdır ve temizlik kontrol çizelgesi bulunmalıdır. c) Engelli tuvaletinde sıvı sabun, kâğıt havlu ve tuvalet kâğıdı bulunmalıdır. ç) Engelli tuvaletinde poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. d) Kapısı, penceresi ve camları tam ve eksiksiz olmalıdır. Pencere bulunmayan yerlerde mekanik havalandırma olmalıdır.								
14	Bebek dostu aile hekimliği birimi belgesine sahip olup bu hizmet sunulmaktadır.							A, B, C, D	
	a) Aile hekimliği biriminin "Bebek Dostu" olduğunu gösterir belge olmalıdır.								
15	Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği güvenlik kamera sistemi mevcuttur.							A, B, C	
	a) Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği güvenlik kamera sistemi mevcuttur. b) Kameralar hasta mahremiyetini dikkate alarak yerleştirilmiş olmalıdır. c) Kameraların tümü aktif olarak kayıt yapıyor olmalıdır. (Arıza durumunda yapılan işleme ilişkin belge ibraz edilmelidir.) ç) Kameralar asgari ASM'nin açık olduğu saatler süresince görüntülü kayıt yapmalı, yapılan kayıtlar 1 ay süreyle müdürlük veya adli makamlarca talep edildiğinde ibraz edilmek üzere uygun bir yerde muhafaza edilecek saklanmalıdır. d) Kayıtlar CD, DVD, Flash Disk veya buna benzer depolama aygıtları ile alınabilmelidir. e) Bekleme alanlarına ve ASM girişine binanın güvenlik kamerası ile görüntülü kayıt altına alındığını belirtir tabela asılmalıdır.								

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden sorumlu olacağımı beyan ederim.
Aile Hekimi (Ad- Soyad):

İmza:

C - Değerlendirme Sonucu		Ekip Başkanı (Ad – soyad ve imza)	AH (Ad – soyad ve imza)	
A - Gruplandırma Başvurusu	1	.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile Grubu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir.		
	2	2a	10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlandığı ve Grup kriterlerinin karşılandığı tespit edilmiştir. Birim asgari şartları sağlamadığı 10 gün süre içinde grupsuz (ÇKYS E grubu) olarak değerlendirilecektir. (Aile hekiminin eksikliği erken tamamlaması ve talepte bulunması halinde 10 günlük sürenin tamamlanması beklenmeyebilir.)	
		2b	10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlanmadığı tespit edilmiştir. Gruplandırma işlemine son verilmiştir. Birimin asgari şartları sağlamadığı 10 gün süre de dahil olmak üzere birim grupsuz olarak değerlendirilecektir. (ÇKYS E grubu)	
		2c	10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlandığı ancak talep edilen grup kriterlerinde eksiklik tespit edilmiştir. Gruplandırma işlemine son verilmiştir. Birimin asgari şartları sağlamadığı 10 gün süre içinde birim grupsuz olarak değerlendirilecektir. (ÇKYS E grubu)	
	3		.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı ancak ... Grubu kriterlerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Aile hekimince talep edilen grup şartlarının 10 gün içinde tamamlanacağı tahahhüt edilmiştir.	
		3a	10 gün içinde (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile Grubu kriterlerinin karşılandığı tespit edilmiştir. Bu süre içinde şartlarını karşıladığı grup üzerinden değerlendirilecektir.	
		3b	10 gün içinde (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı ancak talep edilen ... Grubu kriterlerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Gruplandırma işlemine son verilmiştir. Bu süre de dahil olmak üzere şartlarını karşıladığı grup üzerinden değerlendirilecektir.	
	4		.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı, ... Grubu kriterlerini karşılanmadığı ancak ... Grubu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir.	
		4a	Aile hekimince kriterlerini taşıdığı tespit edilen Grubu üzerinden değerlendirme yapılması talep edilmiştir.	
		4b	Aile hekimince kriterlerini taşıdığı tespit edilen Grubu üzerinden değerlendirme yapılması talep edilmediğinden gruplandırma işlemine son verilmiştir.	
	B - İzleme - Değerlendirme & Rutin Denetim	1	.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ... Grubu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir.	
		2		.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede Grubu kriterlerini karşıladığı ancak asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksiklik olduğu tespit edildiğinden eksikliklerin tamamlanması için 10 gün süre verilmiştir.
2a			10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlandığı ve Grubu kriterlerinin karşılandığı tespit edilmiştir. Birim asgari şartları sağlamadığı 10 gün süre içinde grupsuz (ÇKYS E grubu) olarak değerlendirilecektir. (Aile hekiminin eksikliği erken tamamlaması ve talepte bulunması halinde 10 günlük sürenin tamamlanması beklenmeyebilir.)	
2b			10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlanmadığı tespit edilmiştir. Birimin asgari şartları sağlamadığı 10 gün süre de dahil olmak üzere birim grupsuz olarak değerlendirilecektir. (ÇKYS E grubu)	
	2c	10. gün sonunda (.../.../..... tarihinde) yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlandığı ancak grup kriterlerinde eksiklik tespit edilmiştir. Birimin asgari şartları sağlamadığı 10 gün sürede dahil olmak üzere birim grupsuz olarak değerlendirilecektir. (ÇKYS E grubu)		
B -	3	.../.../..... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı, ... Grubu kriterlerinin karşılanmadığı tespit edilmiştir. Grubu şartlarının .../.../..... tarihinden itibaren kaybedildiği ve .../.../..... tarihinden itibaren ... Grubu kriterlerini taşıdığı tespit edilmiştir.		
C - Diğer		Tespit edilen diğer durumlar açıklamaları ve tarihleri ile belirtilecektir;		

Toplam 5 sayfadan ibaret olan bu değerlendirme formu iki (2) nüsha olarak düzenlenmiş ve bir nüshası aile hekiminin kendisine imza karşılığı teslim edilmiştir.

**AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ GRUPLANDIRMA BAŞVURU DOSYASINDA
BULUNMASI GEREKEN EVRAKLAR VE KONTROL LİSTESİ**

Gruplarına göre Başvuru Dosyasına bulunması gereken evraklar		VAR	YOK
1	ASM-AH bilgilerini içeren, hangi grubun talep edildiğini ve talep edilen gruba ait tüm kriterlerin sağlandığını belirtir sözleşmeli aile hekiminin başvuru dilekçesi		
D GRUBU İÇİN;			
2	TSM tarafından onaylanmış Aile Hekimliği Bina Yerleşim Krokisi,		
	Çalıştırılan temizlik personelinin;		
3	a. ASM de çalışmaya başladığına dair SGK işe giriş belgesi, b. Personel Hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura, c. Çalışma gün ve saatlerini gösterir çizelge d. Sözleşme		
4	Aile Hekimliği Biriminin Bebek Dostu olduğuna dair belge		
C GRUBU İÇİN (D Grubu belgelerine ek olarak)			
5	Her aile hekimi için ilave olarak haftalık 10 saat çalıştırılan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterin; a. ASM de çalışmaya başladığına dair SGK işe giriş belgesi, b. Personel hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura, c. Mesleğinin icrasına yönelik mezuniyet belge örnekleri, d. Çalışma gün ve saatlerini gösterir çizelge, e. Sözleşme		
B GRUBU İÇİN (C ve D Grubu belgelerine ek olarak)			
6	Aile Hekimliği Uygulama Birimi tarafından onaylanmış Aylık Esnek Mesai Çizelgeleri,		
A GRUBU İÇİN (B, C ve D Grubu belgelerine ek olarak)			
7	Her aile hekimi için (C Grubu için çalıştırılan personele) ilave olarak haftalık 10 saat çalıştırılan ebe, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru (toplum sağlığı) veya tıbbi sekreterin; a. ASM de çalışmaya başladığına dair SGK işe giriş belgesi, b. Personel hizmet satın alma yöntemi ile çalıştırılıyor ise ayrıca fatura, c. Mesleğinin icrasına yönelik mezuniyet belge örnekleri, d. Çalışma gün ve saatlerini gösterir çizelge, e. Sözleşme		
8	ASM'de çalışan hekimler, sunduğu hizmetler, çalışma saatleri, eğitim materyalleri ve ASM'den nasıl hizmet alınabileceği konusunda bilgilerin bulunduğu internet sitesi adresini bildiren belge		

Başvuru dosyası incelenmiş olup, eksiklik bulunmadığından Halk Sağlığı Müdürlüğüne gönderilecektir.

Başvuru dosyası incelenmiş olup, dosya içeriğinde eksiklik tespit edildiğinden başvuru sahibine iade edilmiştir.

Düzenleyen
Ad-Soyad:
İmza:
Tarih:

Başvuru Sahibi
Ad-Soyad:
İmza:
Tarih:

4.2.4. Halk Sağlığı Laboratuvarı

Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik uyarınca;

Laboratuvar binası

MADDE 12 – (1) Laboratuvarlar mesken olarak kullanılan binalarda açılmaz.

(2) Laboratuvarların müstakil binalarda kurulması esastır; ancak zorunlu durumlarda Genel Müdürlüğün izniyle, kontrollü geçişle ayrılması şartıyla, binaların bağımsız bölümlerinde kurulabilir.

Yerleşim planı

MADDE 13 – (1) Laboratuvarlarda binaya girişten itibaren numune kabul, kayıt, ofisler, teknik alanlar, depolar, asansörler gibi alanlar iş akış yönüne göre düzenlenir ve yönlendirme yapılır.

(2) Laboratuvar yerleşim planı; teknik alanlar, ortak destek alanları, laboratuvar destek alanları ve ofis alanları olmak üzere dört temel alandan oluşur. Bu alanlar;

a) Teknik alanlar; laboratuvar çalışmalarının gerçekleştirilmesi için gerekli donanım ve uygun şartların sağlandığı fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik analiz aşamalarının yürütüldüğü alanlardır.

b) Ortak destek alanları; numune alma/kabul birimi, raporlandırma, arşiv, geçici atık depolama alanı, sarf malzeme deposu, kimyasal malzeme deposu ve laboratuvarın ortak ihtiyacı olarak kullanılan benzer birimlerdir.

c) Laboratuvar destek alanları; besiyeri hazırlama ve sterilizasyon, kirli dekontaminasyon, tartım/solüsyon hazırlama odası ve laboratuvar çalışmalarında kullanılan diğer laboratuvar alanlarıdır.

ç) Ofis alanları; sekreteryaya, idari büro, yönetici ve personel odaları, sosyal alanlar gibi alanlardır. Bu alanlar teknik alanlar ve laboratuvar destek alanlarının içinde yer alamaz.

Fiziki şartlar

MADDE 14 – (1) Klinik laboratuvarlar, Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğindeki fiziki şartları yerine getirecek şekilde yapılandırılır. Klinik dışı laboratuvarlar ise sınıflarına uygun olarak aşağıdaki fiziki şartları yerine getirecek şekilde yapılandırılır:

a) Klinik dışı mikrobiyoloji ve kimyasal analiz laboratuvarları, kapsamında yer alan teknik alanların her biri en az 16 metrekare olur. Mikrobiyoloji ve kimyasal analiz çalışmaları birleştirilemez ve aynı alanda gerçekleştirilemez.

b) Destek alanları en az bir numune kabul birimi, malzeme deposu, besiyeri hazırlama ve sterilizasyon odası için uygun alandan oluşur. Bu alanların her biri en az 10 metrekare olur. Bu alanlar, laboratuvar ve laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütünlük oluşturacak şekilde düzenlenir.

c) Ofis alanlarındaki bölümler bir bölgede toplanabilir ve ortak kullanılabilir. Ancak bu bölümler laboratuvar teknik alanının içinde yer alamaz.

ç) Teknik alanların, laboratuvar destek alanlarının ve numune alma/kabul biriminin zemin kaplamaları yüzey boyunca eklentisiz, tek parça, kolay temizlenebilir yer kaplama malzemesi ile kaplanır.

d) Enstrümental cihazlarla yapılan analizlerde numune hazırlama birimi ile cihazın bulunduğu birim ayrı planlanır. Ortama hava ve gaz veren cihazlar ile analizde kullanılan çözeltiler ve hazırlanan numuneler açık ortamda bulunuyor ise uygun havalandırma sistemi bulunur.

e) Laboratuvarda su ihtiyacını sürekli sağlayacak şebeke suyu ve sıcak su tertibatı bulunur.

f) Kesintisiz güç kaynağı düzenekleri laboratuvar çalışmasına uygun biçimde yapılandırılır.

g) Su ve gaz iletim sistemleri, radyatörler, aydınlatma sistemi ve bağlantıları ile diğer servis noktaları kolayca temizlenebilir ve gerektiğinde dezenfekte edilebilir özellikte olur.

ğ) Laboratuvar çalışmalarına ait atık yönetimi de dâhil olmak üzere ilgili tüm standart çalışma prosedürleri ve cihaz kullanım talimatları kolay ulaşılabilir bir yerde bulunur.

h) Laboratuvar teknik alanlarının kapıları, giriş ve acil durumda çıkışa engel olmayacak şekilde otomatik kayar kapı veya dışarı doğru açılabilen, içeriğinin görülmesine imkân sağlayan cam bölmeli ve kontrollü geçiş sistemine göre düzenlenir.

ı) Aydınlatma, ısıtma, soğutma ve havalandırma sistemleri yapılacak analizlere uygun olmalı ve doğrudan veya dolaylı olarak analizleri etkilememelidir. Laboratuvar çalışma koşulları $23\pm 2^{\circ}\text{C}$ ayarlanabilir olacak şekilde düzenlenir.

i) Klinik laboratuvar birimleri ile klinik dışı laboratuvar birimlerinin çalışma alanları ayrıdır. Ortak kullanılması gereken alanlar var ise iş akışını ve laboratuvar güvenliğini bozmayacak şekilde planlanır.

j) Mikrobiyoloji laboratuvarlarında kontaminasyonu önlemek amacıyla kişisel koruyucu ekipman giyme bölümü bulunur. Laboratuvar tek yönlü iş akış prensibine uygun olarak besiyeri hazırlama ve sterilizasyon bölümü, ekim alanı, inkübasyon ve değerlendirme alanı, kirli malzemelerin dekontaminasyonu ve yıkanmasına ilişkin alan olmak üzere birbirinden ayrı alanlardan oluşur.

k) Fiziki şartlar engelli personel ve hasta ihtiyaçlarına göre düzenlenir.

Laboratuvar güvenliği

MADDE 15 – (1) Mikrobiyoloji laboratuvarlarının fiziksel korunma düzeyi en az TS EN 12128 standardında belirtilen “fiziksel korunma düzeyi 2” şartlarına uygun olur. Yüksek riskli patojenler için ise en az “fiziksel korunma düzeyi 3” standartlarına uygun olur.

(2) Teknik alanların çıkış tarafının uygun bir yerinde laboratuvar önlüğünün asılacağı yer ve fotoselli el yıkama lavabosu bulunur.

(3) Teknik alanlarda veya koridorda acil basınçlı duş ve göz yıkama duşu bulunur.

(4) Teknik ve destek alanları görevli olmayan kişi ve ziyaretçilerin geçişine izin vermeyecek şekilde düzenlenir.

(5) Laboratuvar binasının acil çıkış merdiveni ve kapısı bulunur.

(6) Laboratuvarda ilk yardım için gerekli ilaç ve malzemelerin bulunduğu ilk yardım dolabı ve talimatı yer alır.

(7) Teknik alanlarda analiz risklerine uygun acil dökülme saçılma kiti bulunur.

(8) Laboratuvarda ortaya çıkan atıklar, ilgili mevzuata göre ayrıştırılır, geçici depolanır ve hizmet alınan firmaya bertarafı için teslim edilir.

(9) Laboratuvarda kullanılan yanıcı, yakıcı, boğucu ve patlayıcı gaz içeren gaz tüpleri bina dışında tekniğine uygun olarak havalandırılmak şartıyla muhafaza edilir. Ancak, cihaz kurulum şartı gereği cihazdan ayrı bir noktada muhafaza edilemeyecek tüpler, gerekli önlemlerin alınması ve cihaz teknik servisinin onayı ile teknik alan içinde bulundurulabilir.

(10) Çalışan sağlığı ve iş güvenliği için yapılan işe uygun kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanılması sağlanır.

(11) Laboratuvarda kullanılacak yanıcı, yakıcı, boğucu ve patlayıcı kimyasal maddeler ve yedek yardımcı malzemeler için yapısına ve risk grupları ile saklama koşullarına göre ayrı muhafaza edilmek üzere yeterli havalandırması bulunan depo ve/veya uygun düzenlenmiş dolaplar bulunur. Kimyasal maddeler için ürün güvenlik bilgi formlarında belirtildiği şekilde gerekli tüm güvenlik önlemleri alınır. Kimyasal maddelerin bulunduğu oda, dolap ve depolar kilitlenir ve anahtarı sorumlu personelde olur.

(12) Yapılan risk değerlendirmesine göre uygun alanlara gaz ve/veya duman sensörü tertibatı kurulur.

(13) Teknik alanlarda veya koridorda yangın söndürme düzeneği bulunur.

(14) Mevzuatı gereği yapılması gerekli olan laboratuvar güvenliğine yönelik her türlü iş ve işlemler eksiksiz uygulanır.

BÖLÜM V EPİDEMİYOLOJİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

5.1. EPİDEMİYOLOJİ

5.1.1. Tanım

“Epidemiyoloji” kelimesi Yunanca’da “üzerine” anlamına gelen “epi” kelimesi ile “toplum” anlamına gelen “demos” ve “bilim” anlamına gelen “logos” kelimelerinden türetilmiştir. Asıl amacı toplumların sağlığını geliştirmek olan epidemiyoloji, halk sağlığının temel bilim alanlarından biridir.

Epidemiyoloji bir “sağlık olayının” dağılımını (kişi, yer, zaman özelliklerine göre), nedenlerini inceleyen ve çözüm yollarını araştırma sırasında başvurulan yöntemleri öğreten bir bilim dalıdır.

5.1.2. Kullanım Alanı

Sağlıkla ilgili tüm sorunların ve hastalıkların;

- Kişi-yer-zaman özelliklerine göre tanımlanması,
- Bu sorun ve hastalıkların nedenleri/risk faktörlerinin belirlenmesi
- Belirlenen neden ve risk faktörlerine yönelik en uygun çözüm/tedavi yöntemlerinin ve bunların kabul edilebilirliğinin/güvenliğinin saptanması epidemiyolojinin kapsamındadır.

Epidemiyoloji, toplum sağlığının iyileştirilmesine büyük katkılar sağlamıştır. Ortaya çıkan hastalıkların saptanması ve haritalandırılması süreci için gereklidir.

Epidemiyolojinin kullanım alanları;

- Sağlık sorunlarının zaman içinde gösterdiği değişimin incelenmesi
- Toplum sağlık sorunlarına tanı konulmasına katkı sağlanması
- Bir hastalığın klinik tablosunun tam olarak belirlenmesi
- Kişilerin belirli sağlık sorunları ile karşılaşma olasılıklarının risklerinin saptanması
- Sendromların belirlenmesi
- Hastalık ve sağlık sorunlarının nedenlerinin araştırılması
- Sağlık kurumlarının çalışmalarının değerlendirilmesidir.

5.1.3. Epidemiyolojinin Stratejisi

İnceleme alanı (araştırma birimi) birey değil daima toplumdur. Daima iki ya da daha fazla grup birbiriyle karşılaştırılır. Niçin bir gruptakiler belirli hastalığa, diğer gruptakilerden fazla yakalanıyor sorusuna yanıt bulmaya çalışır.

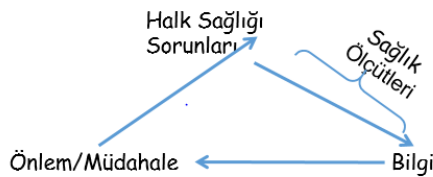
Aynı grup içindeki bireyleri birbiriyle karşılaştırır. Aynı niteliklere sahip bireylerden niçin bazıları hastalığa yakalanıyor? Sorusuna yanıt aranır.

Çoğunlukla gözleme dayalı bir bilimdir, ancak bazen laboratuarda, bazen sahada deneysel yöntemleri de kullanır.

5.2. SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ (GÖSTERGELERİ)

Bir toplumu sağlık, hastalık, ölüm, doğurganlık gibi yönlerden tanımlayan ve toplumun sağlık düzeyini saptamada kullanılan ölçütlerdir. Bir toplumun sağlık düzeyini saptamak için çok sayıda sağlık ölçütü geliştirilmiştir. Ölçütler:

1. Bir toplumun sağlığını tanımlama ve sağlığın değişik özelliklere (yaş, cins vb.) göre değişimini belirleme,
2. Sağlık sorunlarının zaman içinde gösterdiği değişimi değerlendirme,
3. Bir toplumun sağlık düzeyini başka toplumlarınkı ile karşılaştırma,
4. Sunulan sağlık hizmetlerinin (ilaç, aşı, eğitim, yeni kurumlar açma vb) sorunları çözmedeki etkinliklerinin değerlendirmesinde kullanılır.



5.2.1. Ölçütlerle İlgili Temel Kavramlar

5.2.1.1. Oran

Bir sağlık olayının diğerine göre ne boyutta olduğunu ifade eder. Pay ve paydada yer alan olaylar farklıdır, diğer bir deyişle payda payı içermez.

Bir toplumda, belirli bir anda veya süre içindeki

$$\text{Oran} = \frac{\text{"a" olayı sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı an veya sürede "b" olayı sayısı}} \times k \text{ (1, 100 gibi)}$$

$$\text{Oran} = \frac{A}{B} \times k$$

5.2.1.2. Orantı

Bir olayın yaygınlığı, bütün içindeki yerinden bahsedilecekse, grubun büyüklüğü bilinmelidir. Orantıda, payda payı içerir. Çoğunlukla yüzde olarak ifade edilir.

$$\text{Oran} = \frac{A}{A + B} \times k$$

5.2.1.3. Hız

Bir sağlık olayının toplum içindeki görülme sıklığını ölçmek için kullanılır. Pay bir sağlık sorunu ile karşılaşanların sayısını, payda ise risk altındaki toplumu içerir. Her hız bir katsayı (100, 1000, 10 000 vb) ile ifade edilir. Yani matematiksel olarak hız, bir olgunun "bütün" içindeki yerini belirten ölçüdür. Hızın hesaplanmasında kullanılan pay ve paydadaki sayılar aynı bölgeden ve aynı süre içinde elde edilmiş olmalıdır. Orantıdan farklı olarak, bir zaman ölçümü vardır.

Bir toplumda, belirli bir anda veya süre içinde

$$\text{Hız} = \frac{\text{hasta kişi veya olay sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı an veya süredeki toplam nüfusu}} \times k \text{ (100,1000,10000 vb)}$$

$$\text{Hız} = \frac{A}{A + B} \times k$$

Katsayı(k); olarak istenilen birim seçilebilir, ancak elde edilen hızla birlikte katsayının birimi belirtilmelidir. Genellikle toplumda az görülen olguların hızları büyük katsayılar (10 000, 100 000'de gibi), sık görülenlerinki küçük katsayılar (100, 1000'de gibi) ile ifade edilir.

5.2.2. Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler

5.2.2.1. Kaba Ölüm Hızı (KÖH)

Ölüm ölçütleri içinde en sık kullanılan ölçüt olup bir toplumdaki ölüm düzeyini gösteren kaba bir ölçüttür. Kaba ölüm hızı belli bir zaman zarfında (genellikle yıl) bir toplumda meydana gelen ölümlerin o toplumun nüfus miktarına bölümü olarak ifade edilir.

Kaba Ölüm Hızı (KÖH): Bir toplumda belli bir zaman zarfında meydana gelen toplam ölüm sayısının aynı toplumun aynı süre zarfındaki nüfus miktarına bölümüdür.

$$\text{KÖH} = \frac{\text{Bir toplumda belirli bir süre içinde meydana gelen ölüm sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı süre içindeki (yıl ortası)nüfusu}} \times k \text{ (1000)}$$

5.2.2.2. Anne Ölüm Oranı

Anne Ölümü; bir kadının, gebelik sırasında ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumunun ya da gebelik süresinin şiddetlendirdiği tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümüdür.

Anne ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda): Bir toplumda bir yılda gebelik nedeniyle ölen anne sayısının aynı toplumda aynı yılda canlı doğan bebek sayısına oranının 100.000 ile çarpımı sonucu elde edilir.

$$\text{Anne Ölüm Oranı} = \frac{\text{Belirli bir yılda belirli bir coğrafi alandaki anne ölümlerinin sayısı}}{\text{Aynı yılda, aynı coğrafi alanda 76 nüfusta görülen canlı doğumların sayısı}} \times 100.000$$

5.2.2.3. Bebek Ölüm Hızı

Belli bir zaman periyodunda bir toplumda canlı doğan ve 1 yaşını doldurmadan (0-364 gün) ölen bebeklerin sayısının aynı toplumda aynı süre zarfındaki canlı doğum sayısına bölümüdür.

$$BÖH = \frac{\text{Belli bir zaman içinde bir yaşını doldurmadan ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı zaman dilimine ait canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

5.2.2.4. Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı

Belirli bir bölgede bir yıl içinde beş yaşından daha küçük ölen çocuk sayısının o yıl olan canlı doğum sayısına bölünmesi ve k (1000) katsayısı ile çarpılması şeklinde hesaplanır. Ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişim göstergesi olarak sıklıkla kullanılan ölçütlerin arasında yer almaktadır.

$$5 \text{ yaşaltı } \dot{C}ÖH = \frac{\text{Biryılıçında 5 yaş altında (0-59 ay 29 gün) ölen çocuk sayısı}}{\text{Aynı yıla ait canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

5.2.3. Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler

5.2.3.1. Kaba Doğum Hızı (KDH)

Bir toplumun doğurganlık düzeyini genel olarak gösteren, ayrıntılı bilgi vermeyen, elde edilmesi kolay olan ancak çok duyarlı olmayan bir ölçüttür. Çünkü paydada doğurganlığa katkısı olmayan yaş ve cinsler de yer almaktadır.

Bir toplumda belli bir zaman zarfında meydana gelen canlı doğum sayısının aynı toplumun aynı süre içindeki nüfus miktarına bölümüdür.

$$KDH = \frac{\text{Bir toplumda bir yıl içindeki canlı doğum sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı yılın yıl ortası nüfusu}} \times k (1000)$$

5.2.3.2. Yaşa Özel Doğurganlık Hızı

Kadınlarda doğurganlık döneminde (15-49 yaşlar) belirli yaşlardaki doğurganlık düzeyini belirten en duyarlı fertilite ölçütüdür. Doğurganlık dönemi olan 15-49 yaşların her 5 yıllık aralığı için hesap edilir.

Yaş grupları: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 ve 45-49

$$YÖDH = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda X yaş grubundaki kadınların yaptığı canlı doğum sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki X yaş grubundaki kadın sayısı}} \times k (1000)$$

5.2.3.3. Toplam Doğurganlık Hızı (TDH)

Toplam doğurganlık hızı, bir kadının doğurgan olduğu dönem (15-49 yaş grubu) boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir.

- Doğurganlık çağındaki kadınların yaş yapısı dikkate alınır.
- Yaşa özel doğurganlık hızlarının toplamının 5 ile çarpılmasıyla elde edilir.

Örnek:

YAŞ GRUBU	DOĞUM SAYISI	KADIN NÜFUSU	YAŞA ÖZEL DOĞUM HIZI
15-19	100	2000	50
20-24	200	3000	67
25-29	300	3000	100
30-34	200	3000	67
35-39	100	2000	50
40-44	50	2000	25

45-49	10	2000	5
-------	----	------	---

Toplam Doğ. Hızı= (50+67+100+67+50 25+5) x5=1820

Her 1000 kadına düşen çocuk sayısı=1820

Bir kadına düşen çocuk sayısı=1820/1000=1,82 yaklaşık 2 ---- Bir kadının doğurganlık hayatı boyunca sahip olması beklenen çocuk sayısı

2016 Yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızı 2,10 iken TDH en yüksek olan il Şanlıurfa’da 4,33 ve TDH en düşük olan il Karabük’te 1,46’dır.

5.2.4. Hastalık (morbidite) düzeyini belirleyen ölçütler

5.2.4.1. İnsidans

İnsidans, bir nüfusta yeni olguların ortaya çıkma hızına atıfta bulunmaktadır.

Belirli bir süre içinde bir toplumdaki “sağlam” kişilerin belirli bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Bu hız, belirli bir süre (hafta, ay, yıl) içinde görülen yeni vaka sayısının risk altındaki sağlam kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir.

$$\text{İnsidans} = \frac{\text{Bir toplumda belirli bir sürede saptanan yeni vaka sayısı}}{\text{Aynı toplumun (yılortası)nüfusu}} \times 100$$

5.2.4.2. Prevalans

Belirli bir zaman kesitinde, bir toplumda saptanan tüm (eski ve yeni) vaka sayısının, aynı andaki risk altındaki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bir hastalığın o anda toplumdaki görülme sıklığını ifade eder. Kullanılacak katsayı hastalığın yaygınlığına göre değişir.

$$\text{Prevalans} = \frac{\text{Bir toplumda belirli bir sürede saptanan tüm (eski + yeni)vaka sayısı}}{\text{Aynı toplumun (yılortası) nüfusu}} \times 100$$

5.2.5. Diğer Ölçütler

5.2.5.1. Hastanede Yapılan Doğum Yüzdesi

Bir toplumda belli bir zaman zarfında hastane ortamında gerçekleşen doğumların tüm doğumlara (hastane dışı + ev + hastanede meydana gelen) bölümüdür.

$$\text{Hast. Yapılan Doğum Yüzdesi} = \frac{\text{Bir toplumda belli bir sürede hastanede gerçekleşen doğum sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki tüm doğumlar}} \times 100$$

5.2.5.2. Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğum Yüzdesi

Hastane dışı + ev + hastanede sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumların tüm doğumlara bölümüdür.

$$\text{SP Yard. İle Yapılan Doğum Yüzdesi} = \frac{\text{Bir toplumda belli bir sürede sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğum sayısı (ev + hastane + hastane dışı)}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki tüm doğumlar}} \times 100$$

5.2.5.3. Sezaryenle Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı (%)

Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı (%): Belirli bir zaman diliminde hastanelerde gerçekleşen sezaryen ameliyat sayısının, aynı zaman diliminde gerçekleşen canlı doğum sayısına oranıdır.

$$\text{Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranı} = \frac{\text{Bir toplumda belli bir sürede sezaryenle gerçekleşen doğum sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı süredeki gerçekleşen canlı doğumlar}} \times 100$$

5.2.5.4. Aile Hekiminden Hiç Hizmet Almayan Kişi Yüzdesi

$$\text{AH Hiç Hizmet Almayan Kişi Yüzdesi} = \frac{\text{Son bir yıl içinde AH Hiç Hizmet Almayan Kişi sayısı}}{\text{İlin KDS Nüfusu}} \times 100$$

5.2.5.5. Kişi Başı Aile Hekimine Ortalama Müracaat (başvuru) Sayısı:

$$\text{Kişi Başı AH Ort. Müracaat Sayısı} = \frac{\text{Aile hekimine müracaat sayısı}}{\text{İlin KDS Nüfusu}}$$

5.2.5.6. İl Ortalama ASM Büyüklüğü

$$\text{İl Ortalama ASM Büyüklüğü} = \frac{\text{AHB Sayısı}}{\text{ASM Sayısı}}$$

5.2.5.7. Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarına Müracaat Durumu

$$\text{Birinci basamak müracaat yüzdesi} = \frac{\text{İlde I. basamak sağ. kur. müracaat sayısı}}{\text{İlde sağ. kur. (I., II. ve III. basamak) toplam müracaat sayısı}} \times 100$$

$$\text{II. ve III. basamak müracaat yüzdesi} = \frac{\text{İlde II. ve III. basamak sağ. kur. müracaat sayısı}}{\text{İlde sağ. kur. (I., II. ve III. basamak) toplam müracaat sayısı}} \times 100$$

*Kişi başı tüm sağlık kuruluşlarına ortalama müracaat sayısı = İldeki tüm sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı/Toplam nüfus

5.2.5.8. Bebek Başına Ortalama İzlem

$$\text{Bebek Başına Ort. İzlem} = \frac{\text{Belirtilen sürede yapılan toplam bebek izlem sayısı}}{\text{Toplam bebek sayısı}}$$

Not: Gebe, lohusa ve çocuk başına ortalama izlem de aynı şekilde hesaplanır.

5.2.5.9. Evlilik Öncesi Talasemi Tarama Yüzdesi

$$\text{Evlilik Önc. Talasemi Tarama Yüzdesi} = \frac{\text{Evlenmek üzere başvuranlardan talasemi taraması yapılan erkek aday sayısı}}{\text{Evlenmek üzere tüm başvuran çift sayısı}} \times 100$$

5.2.5.10. Misafir Edilen Gebe Yüzdesi

$$\text{Misafir Edilen Gebe Yüzdesi} = \frac{\text{Misafir edilen gebe sayısı}}{\text{Daveti kabul eden gebe sayısı}} \times 100$$

5.2.5.10. Rutin Tütün Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi

$$\text{Rutin Denetimlerdeki İhlal Yüzdesi} = \frac{\text{Belirlenen dönemde rutin denetim sonucu tespit edilen ihlal sayısı}}{\text{Belirlenen dönemdeki rutin denetim sayısı}} \times 100$$

5.2.5.11. Tütün İhbar Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi

$$\text{Tütün İhbar Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi} = \frac{\text{İhbar denetimi sonucu tespit edilen ihlal sayısı}}{\text{Müdahale edilen ihbar sayısı}} \times 100$$

5.2.5.12. Beyaz Kod Uygulaması

İldeki Tüm Beyaz Kod Başvurularının Birinci Basamaktakine Yüzdesi

$$\text{Birinci Basamak Beyaz Kod Uygulama Yüzdesi} = \frac{\text{Birinci basamaktaki beyaz kod başvuru sayısı}}{\text{İldeki tüm beyaz kod başvuru sayısı}} \times 100$$

BÖLÜM VI BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA

6.1. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ

6.1.1. Genel Bilgiler

Bulaşıcı hastalık bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. Etkenin, bir enfekte kişiden, hayvandan veya rezervuardan; hayvan konak, vektör veya cansız çevre aracılığıyla, doğrudan veya dolaylı olarak bir duyarlı konağa geçişiyle oluşur. Oluşumunda bireysel, toplumsal ve enfeksiyon etkenine bağlı etmenler rol oynamaktadır.

Toplumun sağlıklı olabilmesi için, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarının korunması gerekir. Bu amaçla hastalıklardan korunmalı, hastalananlara erken tanı hizmeti verilmeli ve tedavileri yapılmalıdır. Ancak bulaşıcı hastalıklar çeşitli şekillerde sağlam kişilere ulaşarak bir anda toplumu tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir. Bazen bulaşıcı hastalıklar ortaya çıktıktan sonra alınan önlemler yetersiz kalabilmekte ve ciddi kayıplara neden olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların topluma verebileceği zararlar; toplum huzurunun kaçması, rutin sağlık hizmetlerinin aksaması, ölüm ve sekel olaylarının olması, ekonomik kayıplar ve hastalıkların uluslararası yayılma kolaylığı şeklinde özetlenebilir.

Vakaların Bildirilmesinden Sonra Yapılması Gereken Çalışmalar

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında vakaların bildiriminden sonra hastalık etkenini, kaynağını, bulaşma yolunu saptamak ve korunma ve kontrol önlemlerini almak amacıyla aşağıdaki çalışmalar yürütülecektir:

Filyasyon

Saha incelemesi/filyasyon kaynağın ve etkenin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dâhil koruma ve kontrol önlemlerinin alınmasıdır.

Vaka İncelemesi

Kümelenme veya salgın özelliği göstermeyen durumlarda hastaya sağlık kurumunda tanı konulduktan sonra vaka inceleme formunda yer alan bilgilerin doldurularak gönderilmesi ve tanının kesinleştirilmesine yönelik diğer çalışmaların yapılmasıdır.

Salgın İncelemesi

Salgın olarak tanımlanmış bir olayın kaynağının, etkeninin, bulaşma yolunun bulunması, gerekli halk sağlığı önlemlerinin alınması ve ileride oluşabilecek benzer salgınların önlenmesi gibi amaçlarla epidemiyolojik yöntemler kullanılarak araştırılmasıdır. Tek vakanın salgın kabul edildiği durumda hastalık ile ilgili vaka bilgi formunun doldurulması da gereklidir.

Sürveyans ve Sürveyans Tipleri

Sürveyans: Verilerin zamanında ve sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve elde edilen sonuçların ihtiyacı olan birimlere hızla geri bildirimini sağlayacak şekilde değerlendirilmesi sürecidir. Kısaca, yapılacak halk sağlığı eylemleri için bilgi toplamaktır.

Sürveyansın amacı korunma ve kontrol sağlanarak, morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.

Sürveyans hastalıkların görülme sıklığı ve salgınların erken tespit edilmesini, alınan koruyucu önlemlerin etkisinin değerlendirilmesini hassas gruplar ile kaynak dağılımının belirlenmesini ve hastalık nedenleri, hastalıkların trendi hakkında ipuçları elde etmeyi sağlar.

Sürveyans, veri toplama yöntemine göre genellikle üç başlıkta değerlendirilmektedir:

1. Pasif sürveyans: Bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerden aktif olarak veri toplanmadan, tanı koyan kişiler tarafından belirlenen sistem dâhilinde, belirlenmiş sürelerle gönderilen verilerin analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans yöntemidir.

Örnek: Bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi aracılığı ile bilgilerin toplanması (TSİM, SİNA, AHBS, vb.)

2. Aktif sürveyans: Sürveyans sisteminde bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerin kendiliğinden rapor etmesini beklemeksizin yetkili birimlerce düzenli olarak verilerin toplandığı, verilerin analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans yöntemidir. (Sıtma sürveyansında aktif sürveyans farklı tanımlanmıştır. Tanımları için bkz. Sıtma Genelgesi)

Örnek: AFP sürveyansı ve Makülopapüler hastalıklar sürveyansı

Aktif ve pasif sürveyans bir hastalık için ayrı ayrı yürütülebildiği gibi bir arada da yürütülebilir.

3. Sentinel sürveyans: Vakaları erken saptamak, hastalık eğilimleri hakkında bilgiye ulaşmak, kaliteli ve doğru veri toplamak için seçilen örnek bir toplumda, verilerin toplandığı, verilerin analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans yöntemidir.

Rutin sürveyansın uygulanamayacağı hastalıklarda, uygulamanın elverişli olmadığı koşullarda ülkenin, bölgenin durumunu izlemek amacıyla yapılır.

Örnek: İnfluenza sürveyansı

Ayrıca halk sağlığı tehditlerinin erken tanınması ve müdahale edilebilmesi amacıyla sendromik sürveyans da yürütülür:

Sendromik sürveyans: Belirli bir hastalığa özgü olmayan tanı veya semptomlardan oluşan sağlık ile ilgili verilerin toplandığı, analiz edildiği, yorumlandığı ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans yöntemidir.

Bir hastalık veya salgının erken dönemde tespit edilebilmesi için gereklidir. Hastalıkla ilgili kesin tanı konmadan önceki sağlık verilerine dayanır. Sendromik sürveyans verilerine ek olarak erken uyarı amacıyla, sağlık dışı sektörlerden de hastalıkla ilişkili olabilecek veriler tamamlayıcı olarak toplanır.

Sürveyans, veri kaynağına göre de genellikle 2 başlık altında toplanabilir:

a. Göstergeye dayalı sürveyans: Vaka tanımları kullanılarak hastalıklarla ilgili önceden belirlenmiş verilerin rutin bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans sistemidir. Bu veriler erken uyarı ve yanıt amacıyla salgın eşiklerini ve erken uyarı eşiklerini hesaplamak için de kullanılır.

b. Olaya dayalı sürveyans: Hastalık kümelenmeleri, açıklanamayan ölümler vb. halk sağlığı olaylarının erken tespiti, bildirim, doğrulanması, değerlendirilmesi ve raporlanması amacıyla akut halk sağlığı olayları ile ilgili verilerin hızlı bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve geri bildirimini yapıldığı sürveyans sistemidir. Olaya dayalı sürveyans, tanımlanabilir bir hastalıkla uyum göstermeyen, benzer klinik belirtiler ve semptomları taşıyan vaka kümelenmelerinin tespit edilmesi amacıyla, çok sayıda resmi ve resmi olmayan bilgi kaynağını kullanmaktadır.

Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçilmesi ve 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında değişikliğe gidilmesi ile Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 2015/18 sayılı Genelge ile yeniden düzenlenmiştir. 2011 yılında yayınlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde yer alan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ait standart vaka tanımları ve tanı kriterleri dikkate alınacaktır.

Vaka tanımı kişinin ilgilenilen hastalık sınıflamasında hangi gruba dâhil edileceğine karar vermek için geliştirilen bir dizi kriterden oluşur ve sınıflamanın standardizasyonu için gereklidir.

Şüpheli vaka: Bazı klinik özellikleri taşıyan vakalardır.

Olası vaka: Net bir klinik tabloya sahip ve/veya destekleyici bir laboratuvar testi sonucu pozitif bulunmuş veya kesin vaka ile epidemiyolojik olarak ilişkili vakalardır.

Kesin vaka: Laboratuvar incelemeleri ile doğrulanmış vakalardır.

Sürveyans kapsamında, belirlenen bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklarla ilişkili olarak sağlık kurumlarında bir hastalık tanısı konulduktan sonra aşağıda yer alan çalışmalar yapılacaktır. Ayrıca bildirim zorunlu hastalık kapsamında olmayan ancak olağandışı veya beklenmeyen durumlar ve halk sağlığı tehditlerinde de durumun ya da olayın niteliğine göre bu çalışmaların bir bölümü ya da tamamı yürütülecektir.

6.1.2. İlgili Mevzuat

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (25.05.2018 tarih ve 30431 sayılı Resmi Gazete) belirtildiği gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik yapılacak iş ve işlemler asıl olarak bölge tabanlı hizmet veren TSM/İSM'lerce yürütülmesi gerekmektedir. TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışmalarına gerekli hallerde İl Sağlık Müdürlüğü ve Aile Hekimleri de katılmalıdır.

Toplum sağlığı merkezlerinde bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü mevzuta uygun olarak yürütülmelidir. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Madde 14'e göre TSM'nin bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolüne ilişkin görevleri şunlardır:

a) Bakanlığın veya Kurumun yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ve bağışıklama verilerini toplamak, kayıtlarını tutmak, değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yaparak gerekli tüm tedbirleri almak ve/veya alınmasını sağlamak ve tüm düzeylerde geri bildirim yapmak,

b) Bakanlığın veya Kurumun bulaşıcı hastalıklar sürveyansı ve bağışıklama mevzuatına uygun olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bulaşıcı hastalık ve bağışıklamaya ilişkin bildirimlerinin uygunluğunu izlemek ve kalitesini değerlendirmek, geri bildirimlerde bulunmak, bildirimlerde sorun tespit edildiğinde gerekli müdahaleleri yapmak ve/veya gereği için müdürlüğe rapor etmek,

c) Mevzuatla belirlenen bulaşıcı hastalık olgularına yönelik filyasyon çalışmalarını yürütmek ve kayıtlarını tutmak; bu çalışmaları yürütürken, müdürlüğün gerekli gördüğü durumlarda, ilgili aile hekimlerini filyasyon ekibine katarak belirlenen sorunlara yönelik gerekli önlemleri almak veya aldirmek; kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu ilgili toplum sağlığı merkezine bildirmek,

ç) Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirlemek; müdürlük tarafından tedarik edilen aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklamak; müdürlük ile koordineli olarak bunların, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlamak,

d) Soğuk zincir sisteminin düzgün olarak işlemesini sağlamak; en az aylık periyotlarla, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında izleme ve değerlendirme yapmak, tespit ettiği soğuk zincir kırılmalarını müdürlüğe bildirmek,

e) Bağışıklama hizmetleri ve tüberkülin cilt testi (PPD) konusunda sağlık personeli eğitimlerini planlamak, eğitimleri vermek veya verilmesini sağlamak,

f) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aile hekimleri tarafından uygulanan bağışıklama hizmetlerinin izleme ve değerlendirmesini yapmak,

g) Konu ile ilgili mevzuata göre belli yaş ve nüfus gruplarına uygulanan (okul çağı yaş grubu gibi) aşılama ve destek aşılama ile aile sağlığı merkezleriyle iş birliği içerisinde yürütmek,

ğ) Okul çağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılama dahil destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içerisinde yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımını sağlamak ve takibini yapmak,

h) Aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) bildirim olması halinde ASİE formunun eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak ve müdürlüğe bildirmek,

ı) Gerekli durumlarda aşı, antiserum ve ilaçlar ile ilgili materyalden numune alınmasını ve müdürlüğe gönderilmesini sağlamak,

i) Aile hekimlerinin ve aile sağlığı çalışanlarının bulaşıcı hastalıklar, salgın kontrolü, sürveyans ve bağışıklama hizmetleri konusundaki teorik ve uygulamalı eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlamak ve uygulanmasını sağlamak,

j) Kurum tarafından gerekli görüldüğü hallerde gerçekleştirilen aşı kampanyalarını veya aşı uygulamalarını kendi bölgesinde yapmak veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara bölgedeki sağlık çalışanlarının aktif olarak katılımının takibini yapmak,

k) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek faktörleri tespit etmek ve izlemek; konu hakkında gerekli önlemleri almak ve/veya alınması için ilgili kurumlarla iş birliği yapmak,

l) Bulaşıcı hastalıklar konusunda halk eğitimi çalışmalarını planlamak ve yürütmek,

m) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduğunda, ilgili mevzuatına göre, aile hekimleriyle birlikte, tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diğer kuruluşlarla iş birliği yaparak her türlü salgın kontrol önlemlerini almak; bölgesindeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum ve kuruluş çalışanlarını ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum farkındalığı oluşturmak; ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından alınan tedbirleri izlemek ve sürdürülmesini sağlamak,

n) Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini kabul etmek; bildirimlerde sorun var ise bunları saptamak ve iyileştirilmesini sağlamak,

o) Ulusal Hastalık Kontrol Programları çerçevesindeki özel sürveyans çalışmalarını yürütmek; numune nakline yönelik özel besiyerleri, numune nakil kapları gibi özellikli malzemeleri, müdürlükten temin ederek aile hekimleri ve ilgili birimlere ulaştırmak; numunelerin uygun yöntemlerle alınma durumunu izlemek ve değerlendirmek, numunelerin müdürlüğe uygun koşullarda naklini sağlamak,

ö) Kurum ve müdürlük tarafından bazı bulaşıcı hastalıklara veya bulaşıcı hastalık komplikasyonlarına yönelik olarak temin edilen ilaçların aile hekimleri ve/veya diğer sağlık kurum ve kuruluşları aracılığıyla ilgili kişilere ulaşmasını sağlamak,

p) Pandemilere (grip, SARS gibi) yönelik bölgesel planları yaparak müdürlüğün onayına sunmak; bu planları aile hekimleri ile paylaşmak ve takibini yapmak,

r) Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılmak ve destek sağlamak; gerektiğinde bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla saha araştırmaları planlamak ve gerekli izinleri alarak yapmak,

s) Bölgesinde görülme ihtimali olan veya görülen bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalarda ilgili birim, kurum ve kuruluşlarla her türlü iş birliğini yapmak,

ş) Bulaşıcı hastalıklar alanında mevzuat ile öngörülen diğer görevleri yapmak.

6.1.3. Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Mevzuatı

Ülkemizde, bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların sürveyansı sistemi kapsamında, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, oluşturulan programların izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemeler yapılması amacı ile kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi ile elde edilen bilgilerdir. Bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma özellikleri olması ve bu tehditlerin erkenden saptanarak gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan tüm hekimler tarafından yapılması zorunludur.

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemi hakkında yayınlanan ilk mevzuat 1930 yılında yayınlanan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”dur. Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi ile alakalı olarak “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği” 30/05/2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir. 02/04/2011 tarihli ve 27891 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği” ile bildirim esas bulaşıcı hastalıklar sayısı 73’e çıkarılmıştır. 04/05/2019 tarihli ve 30764 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile bildirim esas bulaşıcı hastalıklar sayısı güncellenerek 80’e çıkarılmıştır.

2019 yılı sonunda ilk defa Çin’de ortaya çıkan yeni tip koronavirüs hastalığı kısa sürede tüm dünyada yayılım göstermesi neticesinde 2020 yılı başlarında DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiş ve COVID-19 hastalığı olarak isimlendirilmiştir. Ülkemizde COVID-19 hastalığının bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık listesine dahil edilmesine dair yasal düzenleme “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (22/4/2020 tarih ve 31107 sayılı) ile sağlanmıştır. Mevcut bildirim sisteminde 2019 yılında güncellenen “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği”nde yer alan standart vaka tanımları ve tanı kriterleri kullanılmakta ve bildirim algoritmaları ise 2015/18 sayılı Genelge’ye uygun olarak uygulanmaktadır. Bununla birlikte ilgili genelgenin güncelleme çalışmaları sürdürülmektedir. Ayrıca bulaşıcı hastalıklara hazırlıklı olma, bulaşıcı hastalıkların erken tespiti ile müdahale ve kontrol önlemlerinin alınması aşamalarında yapılacak çalışmalara yol gösterici olması ve yapılacak tüm çalışmaların rehberine uygun olarak yürütülmesi amacıyla; 2018/22 sayılı “Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi” yayımlanmıştır.

Bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık sürveyansı ve akut halk sağlığı tehditlerinin erken uyarı ve cevabına yönelik süreçlerin elektronik ortamda ve tam zamanlı olarak yürütülebilmesi amacıyla “Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ)” oluşturulmuş ve 2019 yılında kullanıma açılmıştır. Hastaneler ve Aile sağlığı merkezlerinden E-Nabız’a elektronik ortamda yapılan bulaşıcı hastalık bildirimleri ile enfeksiyon etken bildirimleri otomatik ve tam zamanlı olarak İZCİ’ye aktarılmaktadır. İZCİ’de il-ilçe-kurum düzeyinde vaka dağılımları yapılarak Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi/İlçe Sağlık Müdürlüğü ve hastane kullanıcıları tarafından görüntülenebilir ve raporlanabilir hale getirilmektedir. İZCİ’ye gelen bulaşıcı hastalık vaka bildirimlerine yönelik gerekli durumlarda yapılacak olan tüm filyasyon çalışmaları (vaka inceleme, saha inceleme ve temaslı inceleme, vb.) sistem içerisindeki elektronik formlar aracılığı ile yürütülmekte ve kaydedilmektedir.

Ayrıca sendromik sürveyans kapsamında takip edilen hastalıklara ait tanımlanan semptom ve bulgular ile hastane acil servislerine yapılan başvuru bilgileri E-Nabız aracılığı ile otomatik olarak İZCİ’ye aktarılmakta, salgınların erken dönemde tespit edilmesine yönelik sinyal ve analizler İZCİ içerisinde otomatik olarak üretilerek ülke-il-ilçe-mahalle-sokak detayına kadar raporlanmaktadır.

Filyasyonun amacı enfeksiyon kaynağının tespit edilmesi, vakanın incelenmesi, temaslıların takip edilmesi ve koruma kontrol önlemlerinin alınmasıdır. Filyasyon çalışmaları esnasında hastalığın saptandığı evin ziyaret edilmesi, hane halkının derinlemesine incelenmesi oldukça önemlidir. Filyasyon

çalışmaları aile hekimleriyle TSM/İSM hekimlerinin iş birliği içinde yürütmesi gereken işlerdendir. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te (25.05.2018 tarih ve 30431 sayılı Resmi Gazete) belirtildiği gibi bu çalışmaların asıl olarak bölge tabanlı hizmet veren TSM/İSM'leri tarafından yürütülmesi gerekmektedir. Filyasyon gerektiren durumlar hastalığın özelliğine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu özellikler hastalığın bulaş yolu, kuluçka süresi, bulaş mekanizması gibi faktörler olarak sıralanabilir. Örneğin su ve besinlerle bulaşan hastalıklarda kuluçka süresi kısa olduğundan filyasyonu ivedilikle yapılmalıdır. Tüm filyasyon çalışmalarının ortak özelliği ise çalışmanın sonunda mutlaka filyasyon raporunun hazırlanmasıdır.

6.1.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim

1., 2. ve 3. Basamak tüm sağlık kurumlarında kullanılan sistemlerde (HBYS, AHBS, MBYS, vb) herhangi bir hastaya bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı konulduğu anda, girilen tanının bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık olduğunu hatırlatan bir uyarı mesajı ekrana gelmektedir. Uyarının kabul edilmesi halinde "bulaşıcı hastalık bildirim ekranı" açılmaktadır.

Form-014 standardındaki bu ekranda yer alan bilgilerin bir bölümü sistemden otomatik olarak gelmekte bir bölümü de tanı koyan hekim tarafından doldurulmaktadır.

- Bildirim yapan kurum bilgileri,
- Bildirim yapan kişi bilgileri,
- Hastanın kimlik bilgileri,
- Kayıtlı ikamet adresi (MERNİS)

Sistemdeki kayıtlardan otomatik olarak ekrana getirilecektir.

- Tanı Adı,
- Tanı Kodu

muayene kaydından otomatik getirilecektir.

- Vaka Tipi,
- Belirtilerin Başlama Tarihi,
- Beyan adresi

hekim tarafından dolduracaktır.

Beyan adresi bölümü doldurulması zorunlu olmamakla birlikte, hastanın fiilen ikamet ettiği adres kayıtlı ikamet adresinden farklı ise bu alanın doldurulması gerekmektedir. Beyan adresi bölümünde, kişinin beyanı doğrultusunda hastalığının kendisine bulaştığından şüphelendiği yere göre adres tipinin seçilerek doldurulması gerekir. Filyasyon çalışmalarının doğru noktadan başlayabilmesi ve vaka dağılımının doğru yapılabilmesi için beyan adresi önemli bir bilgidir.

Beyan adresi bölümünde 6 farklı adres tipi bulunmaktadır. Bunlar;

- Sürekli ikamet adresi,
- Geçici ikamet adresi,
- İş adresi,
- Okul adresi,
- Velisinin veya yakınının adresi,
- Olayın gerçekleştiği adrestir.

AHBS ve HBYS yazılımlarında yer alan bulaşıcı hastalık bildirim ekranındaki bilgiler doldurulduktan sonra hastalık bildirimleri 'Bulaşıcı Hastalık Bildirim Veri Seti' aracılığı ile anlık ve otomatik olarak E-Nabız'a gönderilmektedir. HBYS'lerde (AHBS'lerden farklı olarak) kurum içinde yapılan tüm bildirimler eş zamanlı olarak hastane sürveyans sorumlusu ekranına da otomatik olarak düşmektedir. Hastane sürveyans sorumlusu, formda eksiklik/hata tespit ederse ilgili hekimle görüşerek bildirimdeki bilgilerin güncellenmesini ve elektronik ortamda E-Nabız'a tekrar gönderilmesini sağlamaktadır. E-Nabız'a gönderilen bulaşıcı hastalık bildirimleri eş zamanlı ve otomatik olarak E-Nabız'dan İZCİ'ye aktarılmaktadır. Elektronik ortamda E-Nabız'a gönderilen bulaşıcı hastalık bildirimleri için ayrıca TSM/İSM'ye Form 014 (Bildirim Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu) çıktısı gönderilmeyecektir.

2021 yılı Kasım ayında yapılan düzenleme ile kuduz riskli temas vaka bildirimleri 'Bulaşıcı Hastalık Bildirim Veri Seti' kapsamından çıkarılmıştır. Düzenleme sonrasında kuduz riskli temas vaka bildirimleri için "Kuduz Riskli Temas Bildirim Veri Seti", vakalara yönelik profilaksi izlem bilgilerinin

gönderimi için de “Kuduz Riskli Temas İzlem Veri Seti” aracılığı ile açılan hastalığa özel bildirim ve izlem ekranları kullanılmaya başlanmıştır.

6.1.5. Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenlerinin Bildirimi

Hali hazırda fiziki ortamdaki Form 014-D ile bildirim yapılan enfeksiyon etkenlerinin elektronik ortamda bildirimlerinin yapılabilmesi amacıyla hazırlanan Enfeksiyon Etken Bildirim Veri Seti 2022 Nisan ayında uygulamaya konulmuştur.

Laboratuvarlarda tanı konulan/izole edilen enfeksiyon etkenlerinin bildirimleri elektronik ortamdaki Enfeksiyon Etken Bildirim Ekranı (Form 014-D) aracılığı ile yapılmaktadır. Bildirim ekranındaki bilgiler laboratuvar uzmanı tarafından vaka bazlı olarak doldurulmakta ve ‘Enfeksiyon Etken Bildirim Veri Seti’ aracılığı ile anlık ve otomatik olarak E-Nabız’a gönderilmektedir. Hastane içinde yapılan tüm bildirimler eş zamanlı olarak hastane sürveyans sorumlusu ekranına da otomatik olarak düşmektedir. Hastane sürveyans sorumlusu, formda eksiklik/hata tespit ederse ilgili hekimle görüşerek bildirimdeki bilgilerin güncellenmesini ve elektronik ortamda E-Nabız’a tekrar gönderilmesini sağlamaktadır. E-Nabız’a gönderilen enfeksiyon etken bildirimleri eş zamanlı ve otomatik olarak E-Nabız’dan İZCİ’ye aktarılmaktadır. Elektronik ortamda E-Nabız’a gönderilen bildirimler için ayrıca TSM/İSM’ye fiziki ortamdaki Form 014-D (Grup-D Enfeksiyon Etken Bildirim Formu) çıktısı gönderilmeyecektir.

6.1.6. Bulaşıcı Hastalık Bildirim Oranları

Kurum-İlçe-İl-Ülke genelinde tanı konulan bulaşıcı hastalık vakaları ile bu vakalar için yapılan bildirimlerin karşılaştırmalı olarak izlenmesi için Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler platformunda (SİNA) «Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Raporları» yapılmıştır. Bildirim mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi için her bir bulaşıcı hastalık tanısı için bildirim yapılmış olması gerekir. Kurum-İlçe-İl-Ülke düzeyinde bildirim sisteminin düzgün olarak işlediğinden bahsedebilmek için bildirim oranının %95’in üzerinde olması gerekmektedir.

6.2. Akut Halk Sağlığı Tehditleri ve Erken Uyarı Cevap Sistemi

İnsan sağlığı için olumsuz sonuçları olabilecek ani başlangıçlı herhangi bir olay ile henüz insanlarda hastalığa yol açmamış ancak enfekte ya da kontamine gıda, su, hayvan, sanayi ürünü vb. ile maruz kalma yoluyla toplum sağlığını tehdit eden olaylar da dahil olmak üzere, salgın yapma potansiyeli olan etkenleri, teşhis edilmiş insan vakası olmamasına rağmen bir halk sağlığı riski oluşturan olaylar, kitlesel insan hareketleri ve kamuoyu gündeminde yer alan olaylar ani gelişen halk sağlığı tehdidi/acili/olayı olarak tanımlanmaktadır.

Yukarıda tanımlanan biyolojik, kimyasal, çevresel, radyolojik, nükleer veya kaynağı henüz bilinmeyen risklerin azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla etken, olay veya durumların erken tespiti, değerlendirilmesi, izlenmesi ve ilgililere bildirilmesi ve uygun müdahale ile korunma ve kontrol önlemlerinin alınması kapsamında yürütülen sistematik faaliyetler de erken uyarı ve cevap sistemini (EUCS) oluşturmaktadır. EUCS, biyolojik, kimyasal, çevresel, radyolojik, nükleer veya kaynağı henüz bilinmeyen ve salgın yapma potansiyeli taşıyan; yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeydeki hastalık veya olaylar gibi ani gelişen halk sağlığı tehditleriyle ilgili, entegre sürveyans ile zamanında veri ve bilgi toplayan, riskleri tespit eden, değerlendiren, yayılmasını önleme ve kontrol etmeyi içeren bir sistemdir.

Uluslararası Öneme Haiz Halk Sağlığı Acil Durumları, Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nde öngörüldüğü şekilde bir halk sağlığı tehdidinin, uluslararası yayılma yoluyla diğer Devletler için halk sağlığı riski oluşturduğu ve eşgüdüm içinde uluslararası cevap verilmesini gerekli kıldığı tespit edilen olağandışı olaylardır. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST 2005), uluslararası trafik ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınarak halk sağlığı açısından ortaya çıkacak risk ile orantılı ve sınırlı olarak hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemeyi, bu hastalıklara karşı korunmayı, yayılmalarını kontrol etmeyi ve halk sağlığı açısından gerekli cevabı vermeyi amaç edinen, DSÖ Anayasası’nın ilgili maddelerine dayanarak 2005 yılında güncellenen ve DSÖ’ye üye ülkeler açısından bağlayıcı olan tüzüktür. Bu tüzüğün gerekliliklerinden biri de “UST Ulusal Odak Noktası”dır. Üye ülkelerin uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumlarında ülke adına DSÖ ve diğer üye ülkelerin UST ulusal odak noktaları ile her an ulaşılabilecek şekilde haberleşmek ve sürveyans, bildirim, giriş kapıları, halk

sağlığı hizmetleri ve diğer ilgili sektörlere gerektiğinde bilgi yaymak üzere belirlenmiş ulusal merkezleri, UST Ulusal Odak Noktasını oluşturmaktadır.

EUCS'nin işlevleri 15.03.2019 tarihinde yayınlanan Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehditlerinde Erken Uyarı Cevap Sisteminin Uygulanması Yönergesi'nde belirtildiği şekilde;

Tüm halk sağlığı tehditlerini kapsama, ilgili paydaşlarla iş birliği, zamanındalık, süreklilik, duyarlılık, olaya özgü olma, olayın yerinde tespiti ve müdahalesine yönelik kapasite, kişisel verilerin korunması, veri güvenilirliği, kanıta dayalı olma, uzman ekip çalışması, şeffaflık ve entegre sürveyans ilkelerine uygun olarak yürütülür. EUCS ani gelişen halk sağlığı tehdidini ortadan kaldırmaya ve/veya azaltmaya yönelik birbirinin tamamlayıcısı olan hazırlıklılık, erken tespit, olay, müdahale ve normale dönme/iyileştirme dönemlerini kapsar. Temel bileşenler, erken uyarı ve cevap amacıyla genişletilmiş bir sürveyans sistemi ile risk iletişimi, risk değerlendirmesi ve risk yönetimidir. Olayın ulusal düzeyde kriz olarak değerlendirilmesi halinde Halk Sağlığı Acilleri Operasyon Merkezi aktif hale getirilir.

Halk sağlığı riski taşıyan ve EUCS kapsamında tespit edilen, değerlendirilen ve gerektiği durumda müdahale edilen ve paydaşlara bildirilmesi gereken olay ve durumlar şunlardır;

- a) Yayılma potansiyeli olan, önemli hastalık yüküne veya ölümlere yol açabilecek kümelenme, salgın hastalık veya sağlıkla ilgili olaylar,
- b) Yeni veya yeniden ortaya çıkan/çıkma olasılığı bulunan hastalık veya durumlar,
- c) Ani olarak meydana gelen ve kısa sürede çok sayıda kişiyi etkileme olasılığı bulunan durumlar,
- ç) Kişi, yer, zaman analizlerinde sıra dışı aktivite artışının görüldüğü durumlar,
- d) Beklenenden fazla ölümlerin tespit edildiği durumlar,
- e) Henüz insanda hastalık oluşturmamış ancak maruz kalmaya bağlı olarak hastalık yapma potansiyeli olan olaylar,
- f) Olası sağlık etkileri bulunabilecek kitlesel insan hareketleri,
- g) Halk sağlığını etkileme potansiyeli olan doğa kaynaklı afetler, beklenmedik hava olayları,
- ğ) Kamuoyunu meşgul eden ve halk sağlığı riski olan diğer sağlık olayları,
- h) Uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları.

İl düzeyinde EUCS için görevlendirilen ekip Bulaşıcı Hastalıklar Birimi içinde işlev görür. EUCS için il düzeyinde yapılması gereken görevler şunlardır:

- a) EUCS kapsamında potansiyel veya ani gelişen halk sağlığı tehditlerini tespit eder ve önceliklendirir.
- b) Yapılacak tespit ve önceliklendirme çerçevesinde gerekli hazırlıkları yapar ve alınacak tedbirleri önceden planlar.
- c) Önceliklendirme çerçevesinde ili ilgilendiren tüm sürveyans, veri, bilgi ve analiz raporlarını takip eder. Ani gelişen halk sağlığı tehditlerinin erken tespit, doğrulama, olaya müdahale ve normale dönme aşamalarında elde edilen tüm bilgi ve verilerin her birini her aşamada Genel Müdürlük'te oluşturulan Olay Yönetim Sistemi yazılımı üzerinden bildirir, korunma ve kontrol önlemlerini alır ve/veya alınmasını sağlar, raporlandırır.
- ç) Ani gelişen halk sağlığı tehdidinin tespit edilmesinden itibaren olay sonlanıncaya kadar ilgili paydaşlarla ortak risk değerlendirme toplantılarını Ek-1'e uygun olarak yürütür.
- d) Gerekli hallerde il sağlık müdürü veya halk sağlığından sorumlu başkanının katılımı ile hızlı risk değerlendirmesi yapar, raporlandırır, uygun tavsiye kararları alır, uygular ve ilgililer ile paylaşır.
- e) Salgın inceleme ekiplerinde yer alır.
- f) Önceliklendirilmiş ani gelişen halk sağlığı tehditlerine karşı il hazırlıklılık ve cevap planı hazırlar ve günceller.
- g) İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimleri, KBRN olayları kapsamında İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü birimleri ile koordineli şekilde Ek-2'ye uygun olarak çalışır.
- ğ) İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birimleri ilde var ise Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün ildeki birimi ile koordineli şekilde çalışır.
- h) İl düzeyinde veri ve bilgi kaynaklarını belirleyerek olay bazlı sürveyansı kurar ve geliştirir.
- ı) Günlük değerlendirme toplantıları yapar.
- i) İl Sağlık Müdürlüğü dışında diğer kurumlarda belirlenen odak kişiler listesini oluşturur, günceller, yılda en az bir kez odak kişilerle yıllık değerlendirme toplantısı yapar.
- j) Halk sağlığı acillerine yönelik halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri yürütür.
- k) İhtiyaç halinde 7/24 aktif hale getirilen il kriz merkezinde görevini yürütür.

İl sağlık müdürlüğünde halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu başkan EUCS kapsamındaki görevleri il düzeyinde yürütmek üzere sorumlu olan il odak kişisidir.

İl sağlık müdürlüğünün bulaşıcı hastalıklar kontrol programlarından sorumlu birimleri EUCS'nin yürütülmesinden, koordinasyonundan ve sekretaryasından sorumludur ve il sağlık müdürlüğü ilgili birimleri ile iş birliği içinde çalışır.

İl sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar kontrol programlarından sorumlu birimlerde EUCS'den sorumlu personelin, İ1-İ5 grubu illerde tercihen halk sağlığı uzmanı, yoksa saha epidemiyolojisi konusunda eğitim almış, yoksa Bakanlıkça düzenlenen kısa uygulamalı epidemiyoloji/erken uyarı kurslarına katılmış uzman tabip/tabip arasından, İ6-İ9 grubu illerde yukarıdakilerden herhangi biri yoksa, kısa uygulamalı epidemiyoloji/erken uyarı kurslarına katılmış Sağlık Hizmetleri Sınıfı (SHS) personelden görevlendirilir.

Gerekli görüldüğü takdirde erken uyarının tanımı kapsamındaki risk tipine göre ilgili birimler ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ve konunun uzmanlarının katılımı ile il risk değerlendirme grupları oluşturulur.

EUCS süreçleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Hazırlıklılık
2. Hastalığın/Olayın erken tespiti
3. Doğrulama
4. Filtreleme ve Önceliklendirme
5. Ön Değerlendirme
6. Olay/Salgın inceleme basamakları (gerekli ise)
7. Risk iletişimi ve risk değerlendirmesi
8. Müdahale ve normale dönme
9. Rapor hazırlama

1. Hazırlıklılık: İlde öncelikli hastalıklar/durumlar listesinin seçim kriterlerine göre hazırlanması ve güncellenmesi (ülke temel riskleri ve il özel riskler dikkate alınarak), biyolojik, kimyasal, radyolojik, çevresel kaynaklı halk sağlığı tehditlerine yönelik İl Afet Acil Durum Planına entegre edilmiş İl Hazırlık Planlarının hazırlanması gerekmektedir. Ayrıca hastane yatak kapasiteleri, enfeksiyon yoğun bakım ünitesi, izolasyon odası, dekontaminasyon ünitesi sayısı, il mikrobiyoloji laboratuvar kapasitesi, il 112 ambulans kapasitesinin sağlanması, tıbbi malzeme lojistiğinin (lab. malzemesi, 3'lü nakil kabı, transport besiyerleri, N95 maske, sıvı geçirimsiz eldiven, giysi, gözlük, aşı, antiserum, antiviral, soğuk zincir malzemesi, aşı deposu, klor tableti, komparatör v.s.) ve araç gereç lojistiğinin (jeneratör, bilgisayar, çadır, modem, veri aktarım bağlantısı, formlar v.s.) gözden geçirilerek eksiklerin tamamlanması personel planlaması kadar önemlidir. Yatay ve dikey risk iletişim planı (operasyonel, kamusal) 5N1K (kim kime, ne zaman, neyi, nasıl ve niçin bildirecek), uzman havuzu oluşturulması, sürveyans sistemlerinin gözden geçirilmesi varsa eksikliklerin giderilmesi, olağandışı durumlar için veri toplama planı, bilgi başvuru kaynakları (mevzuatlar, talimatlar, kılavuz rehberler, formlar), ildeki kritik tesislere özel planlama ve sağlık personelinin ve halkın eğitimi de hazırlıklılık açısından önem verilmesi gereken konulardır.

2. Erken tespit: Biyolojik/kimyasal/çevresel/radyolojik/nükleer olayların erken tespiti için gerekli veri/bilgiler göstergelere dayalı sürveyans ve olaya dayalı sürveyans kanallarından elde edilir. Ani Gelişen Halk Sağlığı Tehditlerine Yönelik Erken Uyarı ve Cevap Sistemi Uygulama Yönergesi eklerinde bu iki sürveyans aracılığıyla bilgi/veri elde edilen kaynaklar ayrıntılı bir biçimde yer almaktadır.

3. Doğrulama: Olayın doğrulanması en geç 2 saat içinde yapılmalıdır. Bu kapsamda, sendromik sürveyans ve hastalık sürveyans göstergeleri izlenir ve karşılaştırılır. Uyarılar ile ilişkili tüm analiz sonuçları (göstergeler), yer tabakalarına göre ve yaş gruplarına özel incelenir. Ayrıca günlük resmi ve resmi olmayan kaynaklardan bildirimler ile (günlük ve önceki günlere ait) göstergeler karşılaştırılır. İl, olay doğrulamasını yaparken aşağıdaki incelemeleri yapar:

- Olay yerinde (okul, fabrika, yurt, kreş, köy, vs.) inceleme,
- Temel epidemiyolojik ön veri-bilgilerin toplanması,
- Tanı koyan hekimler ile görüşme,
- İlde veri arka plan doğrulaması; vaka sayılarının, bildirimlerin kontrolü, varsa laboratuvar inceleme sonuçları,
- Olay bilgisini destekleyici ek verilerin diğer kurumlardan toplanması.

4. Filtreleme ve Önceliklendirme: EUCS kapsamında izlenmesi gereken olay olup olmadığına göre karar verilir.

5. Ön değerlendirme: Günlük uyarı türüne özel ortak çalışma grupları ile ön değerlendirme toplantıları yapılır. Toplantı çıktısı müdahale veya izleme kararıdır.

6. Olay/Salgın inceleme basamakları: Gereken durumlarda Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi'nde yer aldığı biçimde uygulanır.

7. Risk iletişimi ve Risk Değerlendirmesi: Aslında başından sonuna tüm basamaklar boyunca yapılması gereken iletişim ve değerlendirmelerdir. Risk iletişimi, olay özelinde ve koordinasyon amaçlı yürütülür. Kurumsal Odak Noktaları, SB Merkez ve il teşkilatı içinde iletişim, medya ile iletişim ve halk ile iletişim boyutları vardır. Risk değerlendirmesi de Tehlike Değerlendirmesi, Maruz Kalma Değerlendirmesi ve Bağlam/ortam değerlendirmesi şeklinde 3 alanda yapılır. Sonucunda İzlem (Takip) gerektirmiyor, İzlem (Takip), Cevap/Müdahale veya İzleme son verilmesi gibi 4 temel karar verilir.

8. Müdahale ve normale dönme: Müdahale açısından kaynak, bulaş yolu ve etkeni belirleme, hastalığa neden olan risk faktörleri ve aralarındaki ilişkileri belirlemek esastır. Halk sağlığı müdahalesinin her aşamasında olayın etkisini sınırlandırmak, etkilenen kişi sayısını en aza indirebilmek için risk değerlendirme sonuçları ile uyumlu korunma ve kontrol tedbirleri için ilgili kurumlarla iş birliği yapılır.

9. Rapor hazırlama: Meydana gelen salgın/olay ile ilgili inceleme raporu hazırlanır. Ayrıca İlde olayın tespiti ve doğrulanmasından itibaren yürütülen tüm faaliyetler OYS'ye kaydedilir.

6.3. Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi-İZCİ

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık sürveyansı ve akut halk sağlığı tehditlerinin erken uyarı ve cevabına yönelik süreçlerin elektronik ortamda ve tam zamanlı olarak yürütülebilmesi amacıyla "Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ)" oluşturulmuş ve 2019 yılı Şubat ayında kullanıma açılmıştır. Hastaneler ve Aile sağlığı merkezlerinden E-Nabız'a elektronik ortamda yapılan bulaşıcı hastalık bildirimleri ile enfeksiyon etken bildirimleri otomatik ve tam zamanlı olarak İZCİ'ye aktarılmaktadır.

İZCİ'ye aktarılan bildirimlerin tekilleştirilmesi ve il-ilçe düzeyindeki vaka dağılımı sistem tarafından otomatik olarak yapılır (Vaka dağılımı öncelikle hastanın beyan adresine göre yapılır. Beyan adresi olmayan bildirimlerin vaka dağılımında MERNİS adresi referans alınır).

Bildirimler, kullanıcıların yetki seviyesine göre (Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi/İlçe Sağlık Müdürlüğü ve hastane) İZCİ'de görüntülenebilir ve raporlanabilir hale getirilmektedir.

İZCİ'ye gelen bulaşıcı hastalık vaka bildirimlerine yönelik gerekli durumlarda yapılacak olan tüm fiyasyon çalışmaları (vaka inceleme, saha inceleme ve temaslı inceleme, vb.) sistem içerisindeki elektronik formlar aracılığı ile yürütülmekte ve kaydedilmektedir. Bulaşıcı hastalık vaka sayıları ve vakalara yönelik yürütülen fiyasyon çalışmalarına dair raporlamalar İZCİ'deki tematik raporlar, standart raporlar ve dinamik raporlama araçları ile kullanıcıların yetki düzeylerine göre elektronik ortamda yapılmaktadır.

Sendromik sürveyans kapsamında tanımlı olan semptom ve bulgularla hastane acil servislerine yapılan başvuru sayıları E-Nabız aracılığı ile İZCİ'ye günlük olarak aktarılmakta ve sistem dahilinde oluşturulan raporlamalar ve analiz sayfalarında izlenmektedir. Alınan verilerin analizlerinde belirlenen tanılar (akut barsak enfeksiyonu, grip benzeri hastalık gibi) trend takibi yapılmakta, eşik değerlere göre uyarılar alınmakta, bu uyarıların salgın yapma potansiyeli incelenerek erken dönemde koruma ve kontrol önlemleri alınmaktadır.

6.4. Tüberküloz Kontrol Hizmetleri

Tüberküloz (TB), dünya çapında başlıca ölüm nedenlerinden biri olan bulaşıcı bir hastalıktır. Dünya nüfusunun yaklaşık dörtte birinin *Mycobacterium tuberculosis* etkeni ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Uzun yıllardır küresel olarak yüksek sayıda hastalık ve ölüme yol açmaktadır.

Tüberküloz kontrolünün amaçları:

1- TB olgularını, ölümlerini ve bulaşımı azaltmak:

a. Erken tanı, standart tedavi ve enfeksiyon kontrolü önlemleriyle bulaşı azaltmak,

b. Temaslı takibi, koruma tedavisi ve BCG aşılımları ile yeni hastaların ortaya çıkmasını azaltmak,

c. Aktif TB hastalığı ya da geç etkilerinden dolayı hastanın ölümünü önlemek.

2- İlaça direnç gelişimini önlemek:

- d. TB hastalarının tedavilerini tam ve uygun olarak almasını sağlamak,
- e. İlaça dirençli olguları erken tanı ve etkili tedavi ile iyileştirmek,
- f. Dirençli basil bulaşmasını önlemek.

TB kontrolünde merkez birimi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü oluşturmaktadır. Ülkemizde TB kontrolünde ara birimi il sağlık müdürlüğü, uç birimi ise ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezleri (TSM)'ne bağlı faaliyet gösteren verem savaşı dispanseri birimleri (VSD) oluşturmaktadır. Bu birimler, bakteriyolojik inceleme yapabilen, ücretsiz ilaç dağıtan, hasta kayıt sistemi ile tedavi altına aldığı hastaları tedavi sonuna kadar takip eden birimlerdir.

TB hastalarına yaklaşım, tanı ve tedavilerine ilişkin uygulamalarda Bakanlığımızca yayımlanan Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı” ve “Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi”ne bütün sağlık kurum ve kuruluşlarınca uyma zorunluluğu vardır.



6.4.1. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)

DSÖ tarafından TB kontrol programları için önerilen tedavi yöntemi Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)'dir. Ülkemizde 2003 yılında pilot uygulamaya geçilmiş ve 2006 yılında DGT uygulaması yaygınlaştırılarak tüm ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır.

DGT uygulamalarında TB hastası DGT gözetmeni eşliğinde günlük ilaçlarını içer. Bu uygulamanın sonunda hasta ve gözetmen tarafından aylık DGT izlem cetveli doldurularak imzalanır. DGT gözetmeni hastanın tedaviye uyumuna destek olur. Hastaya ilaçlarını içiremediği günleri de kayıt altına alarak ilgili birimlere bildirir. Böyle bir durumda ilgili aile hekimi ve dispanser hekimi hastaya ilaçlarını alması konusunda olumlu telkinlerde bulunmalıdır. DGT uygulamaları ile tedavi başarısı ve kür oranları artarken hastalık insidansı, bununla birlikte nüks oranları ve ilaç direnci oranları da düşmektedir. Etkili ve başarılı bir tedavi için aktif olarak hastalara ilaç içirilmesi gereklidir. DGT uygulamalarında her aşamada yapılması gerekli olan izleme ve değerlendirme başarı oranlarını artırmaktadır.

2009/51 sayılı Doğrudan Gözetimli Tedavi Genelgesi uyarınca “Verem hastasına DGT uygulanması işleyişinden, hastanın ikamet ettiği ilin İl Sağlık Müdürlüğü sorumludur”. Aynı zamanda “Verem hastasının dispansere kaydı sonrasında dispanser doktoru, hastayı ilgili aile hekimine yönlendirir. Aile hekimi, hastaya DGT uygulaması hakkında bilgi verdikten sonra hasta ve ailesiyle görüşerek; hastanın yaşı, genel durumu, çalışma hayatı ve sosyal durumu dikkate alınarak ne zaman, kim tarafından (DGT gözetmeni) ve nerede en uygun DGT uygulaması yapılacağı kararlaştırılır. Sonra “Tüberküloz Hastası ve DGT Bilgi Formu” doldurularak aynı gün ilgili Verem Savaşı Dispanseri Birimine ve İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine bildirir”. Bununla birlikte VSD'ye kaydolun TB hastası VSD hekimi ile Video Gözetimli DGT (VGT) de dahil olmak üzere kendisine en uygun DGT uygulamasını planlar.

DGT uygulaması bütün sağlık personelinin öncelikli görevidir. DGT uygulamalarının planlayıcısı VSD'lerdir. DGT planlaması VSD tarafından yapıldıktan sonra hastanın ilaçlarının takibi aile hekimine, DGT gözetmenine, DGT ile ilgili sürecin takibi ise ilçe sağlık müdürlüğü/TSM

desteğinde VSD'ye aittir. DGT ile ilgili formların Tüberküloz Dairesi Başkanlığına zamanında gönderilmesine dikkat edilmelidir.

6.4.2. Temaslı Taraması

Temaslı: Bulaştırıcı TB hastası ile aynı havayı paylaşan ve TB basiline maruz kalan kişidir. Bu kişiler ev içi ve ev dışı olarak ayrılır. Ev dışı temaslılar; işyeri, okul, yurt, kışla, cezaevi vb. ortamlarda hasta ile birlikte bulunan kişilerdir.

Temaslı muayenesinin amacı;

- a) Kaynak olguyu,
- b) Hastanın basil bulaştırdığı kişileri,
- c) Hasta ile aynı kaynaktan basil alıp hastalanmış kişileri saptamaktır.

Temaslılar, hasta tanı aldıktan sonraki bir hafta içinde TB enfeksiyonu ve hastalığı yönünden kontrolden geçirilir, muayene edilir. Temaslıların sonraki muayeneleri ilk muayeneden sonra 3., 6., 12. aylarında yapılır; 18. ve 24. aylarda da yapılması önerilir.

Her TB hastası başına aylık olarak en az 4, yıllık olarak da ortalama 8 temaslı muayenesinin yapılması istenmektedir.

6.4.3. Bildirim

TB, ülkemizde bildirim zorunlu olan hastalıklar içinde yer almaktadır. 1930 yılında yayımlanmış olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 113'üncü maddesi ile verem hastalığının bildirim zorunlu kılınmıştır. 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nin 10 uncu maddesi gereğince TB hastalığının bildirim zorunludur. Bakanlığımızca 2004 yılında yayımlanan "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi"ne göre de A Grubu bildirim zorunlu hastalıkların arasında yer almaktadır.

TB hastalarının ve kontrol faaliyetlerinin kayıt altına alınması amacıyla VSD'ler tarafından web tabanlı Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS) kullanılmaktadır. VSD'de TB tanısı konduktan sonra 24 saat içinde UTS'ye girilir. İl genelinde TB tanısı koyan tüm hastanelerin tanı konduğu anda e-Nabız aracılığıyla bildirimleri İZCİ yazılımına düşer.

6.4.4. İlaç- İkmal Faaliyetleri

Bilindiği üzere anti TB ilaçları, tanı alan hastalara ve koruma tedavisi alanlara ücretsiz olarak verilmektedir. İlaçların hastalara bedelsiz verilmesi ile ilgili mevzuat 05/08/2010 tarih ve 27663 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 12/07/2010 tarih ve 725 sayılı Bakanlar Kurulu kararına dayanmaktadır. Bakanlıkça temin edilerek tüberküloz hastaları ve ilaçla koruma tedavilerinde kullanılmak şartıyla gönderilen antitüberküloz ilaçlar, mevzuatı gereği tüberküloz dışı tanı alan hastalarda kullanılamaz.

İlçe sağlık müdürlükleri/TSM'ler, hastaların ilaçlarının VSD'lerden temin edilmesi ve ilgili hastalara/DGT gözetmenlerine ulaştırmakla görevlidir.

Birinci ve ikinci seçenek ilaçların temini;

Birinci seçenek ilaçlar: il sağlık müdürlükleri tarafından VSD depoları kontrol edilmek suretiyle yapılan talepler Tüberküloz Dairesi Başkanlığı Saha Hizmetleri ve İlaç İkmal Birimi tarafından değerlendirilir ve dağıtım listesi hazırlanır ve Stok Yönetim ve Lojistik Dairesi Başkanlığına bildirilir. İlaçlar Sağlık Bakanlığı Aşı ve İlaç Deposunda görevli personel tarafından Bakanlığımıza ait araçlar veya kargo yolu ile dörder aylık dönemler halinde (1. Dönem: Ocak-Şubat-Mart, 2. Dönem: Nisan-Mayıs-Haziran, 3. Dönem: Temmuz-Ağustos-Eylül, 4. Dönem: Ekim-Kasım-Aralık) yılda 4 kez illere gönderilmektedir. Dönem harici olarak il sağlık müdürlükleri, 1. 2. ve 3. basamak sağlık kurum ve kuruluşları, üniversite hastaneleri ile özel hastanelerin yapmış olduğu ek talepler, Stok Yönetim ve Lojistik Dairesi Başkanlığında görevli Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilisi tarafından Taşınır İşlem Fişi kesilerek Tüberküloz Daire Başkanlığınca gönderilmektedir. Birinci seçenek ilaç talepleri, Daire Başkanlığının talep formları kullanılarak il sağlık müdürlüğü üzerinden yapılır. Bu ilaçlar tüberküloz hastalarını tedavi eden sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sadece tüberküloz hastalarının tedavilerinde kullanılmak amacıyla talep edilir.

İkinci seçenek ilaçlar: Bu ilaçların talepleri ayaktan tedavi gören hastalar için VSD'ler ve yatarak tedavi gören hastalar içinse dört referans hastane (Ankara Keçiören Sanatoryum Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları

ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi ve Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarafından talep edilmektedir. Referans hastaneler dışındaki hastanelere ikinci seçenek ilaç gönderilmemektedir.

VSD'lerce ayaktan tedavi gören VSD'lerce Çok İlaç Dirençli tTüberküloz (ÇİD-TB) hastalarının kullandığı ikinci seçenek ilaçların talebi, VSD hekimi tarafından doğrudan Tüberküloz Dairesi Başkanlığına yapılır. Talep yaparken ikinci seçenek anti-tüberküloz ilaç talep formu, hastanın epikriz raporu, ilaç kullanım raporu ve reçetesi Tüberküloz Daire Başkanlığı İlaç İkmal Biriminin saglik.gov.tr uzantılı e-posta adresine mail gönderilerek yapılır. Hastanın ilaçsız kalmaması ve mağdur olmaması için kargoda geçen süre göz önünde bulundurularak, talebin hastanın ilaçlarının bitimine en az 5 gün kala yapılmasına dikkat edilmelidir.

Dört referans hastane (Ankara Atatürk, İstanbul Süreyyapaşa, İstanbul Yedikule ve İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi) il sağlık müdürlüğü üzerinden resmi yazı ile Daire Başkanlığıımızdan taşınır işlem fişinin kesilmesi kaydı ile talepte bulunur. Her iki şekilde de Daire Başkanlığıımızca değerlendirilen talepler uygun görülen miktarlar kadar kargo yolu ile ilgili VSD'lere veya referans hastaneye gönderilir.

Hazırlanan ilaçların kayıtları güncel olarak tutulmalı, ilaçların sirkülasyonu "İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulmuş Ürünler ile İlgili İyi Dağıtım ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu"nda yer alan "ilk giren ilk çıkar" ilkesine uygun olarak sağlanmalı ve sistemin doğru şekilde çalıştığını görmek üzere kontroller yapılmalıdır.

İlaç depolarında miadı geçmiş, mahkemelerle herhangi bir ilgilisi bulunmayan ve mevzuata göre imhasında bir engel olmayan ilaçların mutlaka tıbbi atık yönetmeliğine uygun şekilde imha edilmesi gerekmektedir. Bu konudaki esas sorumluluk il sağlık müdürlüğüne aittir. Ancak Daire Başkanlığıımızca mahkemelik olduğuna dair yazı gönderildiği için depoda bekletilen ilaçlar Bakanlıktan bir talimat gelmedikçe asla imha edilmemelidir.

İlaçlarla ilgili olarak Stok Yönetim ve Lojistik Dairesi Başkanlığıından gönderilen Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi üzerinden kesilen taşınır kayıt işlem fişleri ivedi olarak imzalanarak Stok Yönetim ve Lojistik Dairesi Başkanlığıındaki taşınır işlem fişi kesiminden sorumlu personele geri gönderilmelidir.

İlaçların prospektüslerinde belirtilen kurallara uygun olarak uygun oda sıcaklığında, güneş ışığı görmeyen, ısı ve nem takibinin yapıldığı depolarda, mümkünse kilitli dolaplar içinde saklanmasına özen gösterilmelidir. İlaçların saklandığı koliler, yerle direkt temas halinde bulundurulmamalıdır. İlaç paketlerinin su baskını vb. olumsuz koşullardan etkilenmemesi için koliler yerden en az 50 cm yükseklikte, tercihen raflarda muhafaza edilmelidir. İlaçlar hastalara teslim edilmeden önce mutlaka eldiven takılarak gün ışığı ve ısıdan uzak bir yerde günlük paketler halinde (DGT paketi) hazırlanmalıdır.

6.4.5. Eğitim

Hekim, tedavisine başlanan her hastaya, ilaçları verilmeden önce hastalığın tedavisi, yan etkileri ve tedavinin sürekliliği konusunda temel bir eğitim vermelidir. Dispanserin ve aile hekiminin çalışma düzeniyle ve bütün çalışanları ile hastaya sıcak yaklaşımı da hastanın güvenini ve saygısını kazanarak tedaviye uyumunu artıracaktır. Hastaya ve ailesine verilen eğitim hastanın tedaviye uyumunu artırır. Hastalığın sonuçları, tedavi edilmediğinde ortaya çıkabilecek sorunlar, tedavinin etkinliği, ilaçlara bağlı yan etkiler ve DGT'nin önemi konularında bilgi verilmelidir. VSD tarafından tanı alan hasta ve hasta yakınlarına hastalık ve tedavi süreci hakkında gerekli bilgilendirme yapılarak "Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları" rehberi verilmelidir.



6.4.6. Mobil Tarama Ekiplerine Destek Sağlanması

Mobil tarama hizmetleri 2006/61 sayılı genelge kapsamında yürütülmektedir. Mobil tarama ekipleri (MTE), TB Tanı ve Tedavi Rehberi ile belirlenmiş olan riskli topluluklarda TB taraması yapar. İlçe sağlık müdürlüğü/TSM'ler, bölgesindeki TB açısından riskli topluluklar bulunan cezaevlerinin (huzurevi, cezaevi, vb.) ilçe sağlık müdürlüğü/TSM'lerin bu yerlerin yılda en az bir kere taranması için çalışmalarını TB il koordinatörü ile koordineli çalışma yürütmelidir. Bölgelerine intikal eden MTE'lerine tarama faaliyetlerinde destek olmalıdırlar. Toplu yaşam alanlarında (huzurevi, cezaevi, geri gönderme merkezleri, vd) tüberküloz vakası çıktığında, taramanın kısa sürede tamamlanması için MTE'ler görevlendirilebilir.

İlinde MTE bulunan TB il koordinatörleri tarama faaliyetlerinin, ekip bilgilerinin ve tarama sonuçlarının UTS'ye girilmesinden esas olarak sorumludurlar. Tarama programının yürütülmesindeki esas sorumluluk MTE'lere ait olsa da filmlerin değerlendirilmesi, şüpheli hastaların değerlendirilmesi ve takibinden her ilin kendisi sorumludur.

Tüberküloz şüpheli olarak tespit edilen kişi UTS Mobil Tarama Modülü'ne tüberküloz şüpheli olarak kayıt edildikten sonra hastanın takibinden, hastanın tespit edildiği kurumun bulunduğu ilin sağlık müdürlüğü sorumludur. İl, TB tanısı aldığını öğrendiği hastayı ayrıca MTE'nin il sağlık müdürlüğüne de bildirir. MTE'lerin dönem faaliyetlerinin Daire Başkanlığına bildiriminde güncel formlar kullanılmalıdır.

Askeri birlikler TB risk gruplarından çıkarılmıştır. Dolayısıyla rutin taramalar içinde yer almayacaktır. Ancak indeks vaka çıkması durumunda ihtiyaç duyulduğu takdirde MTE, ilgili askeri birlikte ücretsiz tarama yapabilir.

Bunun dışında Millî Savunma Bakanlığı/Genelkurmay Başkanlığı ile yapılan protokole göre; askeri birliklerde tarama yapılabilmesi için taramayı talep eden askeri birlikle MTE'nin il sağlık müdürlüğü arasında protokol yapılması gerekmektedir.

6.4.7.Şartlı Nakdi Sosyal Yardım

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile yapılan protokol gereği tüberküloz tanısı alan hastalara şartlı nakdi yardım verilmektedir. Yardım alan hastalara Doğrudan Gözetimli Tedavi yapılması esastır. Bu yardımlara ilişkin iş ve işlemler Tüberküloz Hastalarına Yönelik Şartlı ve Düzenli Sosyal Nakdi Yardım Kılavuzu'na göre yürütülmelidir.

6.4.8. Tüberküloz İl Koordinatörleri

TB il koordinatörü il genelinde yürütülen TB ile ilgili iş ve işlemleri takip eder, il içindeki tüm paydaşları koordine eder. İl sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklardan sorumlu başkan yardımcısına bağlı olarak çalışır.

6.4.9.Uyumsuz/Zor hasta

TB tedavisi en az 6 ay süren, düzenli ve eksiksiz ilaç kullanılmasını gerektiren bir süreçtir. Bu süreçte yaşanan aksaklıkların çözümünde VSD hekimi, TB il koordinatörü, ilçe sağlık müdürü/TSM başkanı, aile hekimliği birimi çalışanları diğer il yöneticileri ile birlikte çalışmalıdır.

6.4.10. Tüberküloz Kontrol Hizmetlerinin İzleme ve Değerlendirmesi VSD hizmet binası

- Hizmet binasının hastaların erişimine en uygun, mümkünse yerleşim yerlerinden tek araçla ulaşılabilen bir mevkide olması tercih edilmelidir.
- İki girişli (tüberküloz hastaları ve muayeneye gelen yeni hastaların ayrı ayrı giriş yapabilecekleri) hizmet binaları tercih sebebidir.
- Doğal havalandırmaya müsait olmalıdır.
- Hizmet odaları güneş ışığı almalıdır.
- VSD yerleşimi planlanırken hizmet odalarının yanı sıra VSD için ayrılmış arşiv ve deponun olmasına dikkat edilmelidir.

Personel durumu (nitelik ve nicelik)

- VSD'lerde her 100 hasta için 1 hekim ve 2 hemşire çalışması uygundur. TB hasta takibi bilgi ve deneyim gerektirir. Bu sebeple tüberküloz konusunda eğitim alan hekim ve sağlık çalışanlarının istihdamına öncelik verilmelidir.
- VSD personelinin sirkülasyonu, programda başarısızlık getiren önemli bir engeldir. Bu sebeple VSD personelinin mümkün olduğunca sabit tutulması gerekir.

Antitüberküloz ilaç ikmali

- İlaçlar amacına uygun kullanılmalıdır.
- İlaçların takibi ve depo durumu düzenli yapılmalıdır.
- İlaçlar uygun ortamda saklanmalıdır.

Bildirim ve hasta ziyaretleri

- Hizmet aracı tahsis edilmelidir.
- İletişim araçları (telefon ve faks) aktif olmalıdır.
- İnternet bağlantısı ve bilgisayarlar aktif olmalıdır.

Radyoloji hizmetleri

- Röntgen cihazı aktif ve TENMAK lisanslı olmalıdır.
- Personelin dozimetleri takip edilmelidir.

Laboratuvar hizmetleri

- Tüberküloz tanısı ve takibinde ihtiyaç duyulan tetkikler için hastalardan alınan materyaller (balgam, kan vd.) günlük toplanarak ilgili laboratuvarlara gönderilmelidir.
- Her tüberküloz hastası için ARB, Kültür ve gerekli durumlarda Direnç testi yapılmalıdır. Yayma mikroskopisi yapılan her materyale kültür yapılması sağlanmalıdır. Kültürü pozitif çıkan hastalara direnç testi yapılmalıdır.
- Yeni tanı alan TB hastalarına, hastanın onamını almak şartıyla HIV testi yapılmalıdır.

Hava hijyeni

- Birimin pencereleri sürekli açık kalarak doğal havalandırma sağlanmalıdır.
- Tuvaletler dahil uygun yerlerde ultraviyole (UV) lambalar kullanılarak hava dezenfekte edilmelidir.
- UV lambaların takılma tarihi ve her ay alkolle temizlendiğini gösteren bakım çizelgesi kayıt altına alınmalıdır.
- Tüberkülin deri testi (TDT/PPD) saklanan buzdolaplarında Aşı Takip Sistemi olmalıdır.
- Aile hekimlerine verilen Aylık DGT İzlem Cetveli aile hekimi tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olmalıdır.

6.5. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar

Enfeksiyon hastalıkları alanında yüz yıl öncesine göre çok daha gelişmiş tanı ve tedavi imkânlarına sahip olmamıza rağmen halen salgınlar büyük insan topluluklarını etkilemektedir.

Enfeksiyon hastalıkları arasında olan Zoonotik hastalıklar, hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıklar grubudur. Bu hastalıklar hem hayvan sağlığını etkileyerek hayvan ölümlerine ve ekonomik kayıplara neden olmakta hem de insanlarda hastalık oluşturarak önemli halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplum kaynaklı enfeksiyonların %60'ını oluşturan zoonotik enfeksiyonlar günümüzde insan sağlığına yönelik ciddi tehdit oluşturmaktadır. Özellikle Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, bruselloz, kuduz ve şarbon başta olmak üzere birçok zoonotik hastalık ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olma eğilimini sürdürmektedir. Zoonotik hastalıklar; halk sağlığına olumsuz etkileri yanında, hayvanlardaki verim kayıpları ve ölümler dolayısıyla ekonomik kayıplara da neden olmaktadır. Ayrıca sivrisinek, tatarcık ve küçük kemirgenlerle bulaşan ve ülkemizde potansiyel tehdit oluşturan diğer zoonotik ve vektörel hastalıklar (Batı Nil Virüs Enfeksiyonu, Zika Virüs Enfeksiyonu, Dengue Virüsü, Chikunya Ateşi, Leishmaniasis, Hantavirüs Enfeksiyonu, Leptospiroz vb.) önemlidir. Viral vektörel hastalıklar iklim değişikliklerine bağlı olarak gelecek yıllarda halk sağlığını daha fazla olumsuz etkilemeye devam edecektir.

Dünyada tüm enfeksiyon hastalıklarının %17'si oluşturan vektörle bulaşan hastalıklar da halen ülkemizdeki önemini korumaktadır. Ülkemizde sıtma geçmişte yaygın görülen bir hastalık iken yürütülen başarılı çalışmalar neticesinde yerli sıtma bulaşı sona ermiştir. Halen yerli sıtma vakası görülmemekle beraber hastalık riski halen devam ettiğinden Sıtma Eliminasyon Programı çerçevesinde faaliyetlere devam edilmektedir. 2016/2 sayılı "Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi" Genelgesi ile sürveyans ve önleme çalışmaları, tanı ve laboratuvar hizmetleri, tedavi ve vaka yönetimi, vektör kontrol çalışmalarının esasları ile yapılacak çalışmalar belirlenmiştir.

Zoonotik ve vektörel hastalıkların görülmesinde sosyokültürel alışkanlıkların ve sosyoekonomik durumun önemli etkileri bulunmaktadır. Bu yüzden zoonotik ve vektörel hastalıklar, birçok kurum ve kuruluşun eş güdümlü çalışması ile kontrol altına alınabilecek hastalıklardır. Sağlık Bakanlığı olarak zoonozlar konusunda öncelikli stratejimiz hayvan kaynaklı hastalıkları önlemek ve halk sağlığını korumaktır. Bu amaç doğrultusunda son zamanlarda zoonotik hastalıkların sıklığının da artması nedeniyle personelin bu hastalıklara duyarlılığının artırılması ve bu vakalara uygun yaklaşımın desteklenmesi çalışmaları sürdürülmektedir.

6.6. Deri ve Zührevi Hastalıklar

Bildirimi Zorunlu Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

- Sifiliz (Frengi)
- Gonore (Bel soğukluğu)
- Chlamydia trachomatis enfeksiyonları
- HIV enfeksiyonu (İnsan immün-yetmezlik virüsü enfeksiyonu)
- AIDS (Edinilmiş immün-yetmezlik sendromu)

Yasal Dayanak

- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- Fuhuşla Mücadele Tüzüğü
- Evlilik Nizamnamesi
- Frengi Savaş Yönetmeliği
- Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 2015/18 Sayılı Genelgesi
- Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, 2007
- Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, İkinci Bap, Beşinci Fesil, Zührevi Hastalıklarla Mücadele, Madde 103 "Vücudun hangi kısmında ve ne şekilde tezahür ederse etsin frengi, belsoğukluğu ve yumuşak şankra müptela her şahıs kendisini Türkiye'de sanat icrasına mezun bir tabibe tedavi ettirmeğe mecburdur."
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, İkinci Bap, Beşinci Fesil, Zührevi Hastalıklarla Mücadele, Madde 104

"Sanatını icra eden her tabip her ay nihayetinde protokol defterlerindeki kayıtlara nazaran o ay zarfında kendilerine müracaat eden frengili hastaların ismini, yaşını ve hastalığının devrini, evvelce bir tabip tarafından tedavi edilip edilmediğini Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletine

bildirmek üzere bulunduğu mıntıkanın Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürlüğüne yazı ile bildirir. Mahrem olarak alınacak bu ihbaratı ifşa eden memurlar hakkında Devletin mahrem kayıtlarını ifşa ve vazife-i memuriyetini suistimal etmenin istilzam ettiği mücazat tayin olunur.’

6.7. BAĞIŞIKLAMA

6.7.1. Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) amacının; Hassas yaş gruplarına enfeksiyona yakalanmalarından önce ulaşıp bağışıklanmalarını sağlamak ve aşı ile önlenabilir hastalıklardan kaynaklanan hastalık, sakatlık ve ölümlerini önlemek ve bu amaca yönelik **Bağışıklama Danışma Kurulu Kararlarına** uygun olarak bağışıklama hizmetleri yürütülmekte olup 13 hastalığa karşı aşı uygulanmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında;

- Difteri Kontrol Programı,
- Kabakulak Kontrolü Programı,
- Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Kızamıkçık Sendromunun Önlenmesi Programı,
- Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı,
- S. Pneumoniae ve Hemofilus İnfluenzae Tip B’ ye Bağlı İnvaziv Hastalıkların Kontrolü Programı,
- Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı Hepatit A ve Hepatit B,
- Çocuk Felci (Polio) Eradikasyon Programı,
- Boğmaca Kontrol Programı,
- Suçiçeği Kontrol Programı,
- Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE) uygulanmaktadır.

Ayrıca Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) izleme sistemi yürütülmektedir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) uygulanmasında aile hekimleri ile koordineli çalışarak;

- Her bir antijen için ülke genelinde %97 aşılama hızının devamlılığını sağlamak,
- 13–24 aylık bebeklerin %90’ını tam aşıli hale getirmek,
- 5 yaş altı (0–59 aylık) aşısız ya da eksik aşıli çocukları tespit edip aşılamak,
- Okul çağı çocuk aşılamalarında her bir antijende %95 aşılama hızına ulaşmayı sağlamak,
- Ülkenin poliomyelitten arındırılmış durumunu sürdürmek,
- Maternal-neonatal tetanoz eliminasyonunu sürdürmek ve Kızamık ve kızamıkçık hastalıklarını elimine etmek,
- Konjenital Rubella Sendromunu kontrol altına almak için gerekli çalışmaları yapar.

6.7.2. Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılamaya Takvimi (2020)

	Doğumda	1. Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu	12. Ayın Sonu	18. Ayın Sonu	24. Ayın Sonu	³ 48. Ay	13 Yaş
Hep-B	I	II			III					
BCG			I							
KPA			I	II		R				
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
OPA					I		II			
¹ Suçiçeği						I				
KKK						I			II	
² Hep-A							I	II		
DaBT-İPA									R	
Td										R

¹ 1 Ocak 2012 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

² 1 Mart 2011 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır.

³ 1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere

48. ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır.

1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretim başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.
Detaylı bilgi için <https://asi.saglik.gov.tr/>

Hep-B	: Hepatit B Aşısı
BCG	: Verem Aşısı
KPA	: Konjuge Pnömonokok Aşısı
DaBT-İPA-Hib	: Difteri-Aseklüler Boğmaca-Tetanoz-inaktif Polio-Hemofilius influenza tip b Aşısı (Beşi Karma Aşısı)
OPA	: Oral Polio Çocuk Felci Aşısı
Suçiçeği	: Suçiçeği Aşısı
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı
Hep-A	: Hepatit A Aşısı
DaBT-İPA	: Difteri-Aseklüler Boğmaca-Tetanoz-inaktif Polio (Dörtlü Karma Aşısı)
Td	: Erişkin Tip Difteri-Tetanoz Aşısı
R	: Rapel (Pekiştirme)

6.7.3. Gebelerde Aşılamaya

- Çocuk doğurma çağındaki kadınlar gebelik öncesinde, poliomyelit, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, tetanoz ve difteriye bağışık olmalıdır.
- Canlı aşılar mümkünse gebelik sonrasına ertelenmelidir.
- Tetanoz ve Difteri:
- Bağışık olmayan gebeler: Tercihan 2. veya 3. trimesterde 4-8 hafta aralıkla 2 doz Td, 6-12 ay sonra 3. doz.
- Primer şema tamamlanmamış veya üzerinden 10 yıldan fazla süre geçmişse 1 veya 2 doz rapel Td.
- Anneden bebeğe geçen 6 ay koruyucu.

6.7.4. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında – 4. ay sonrası ilk karşılaşmada	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

6.7.5. Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları (Önerilen Risk Gruplarına)

- Erişkin Difteri-Tetanoz Aşılması
- Doğurganlık Çağı /Gebe Kadınlara Difteri-Tetanoz Aşılması
- 65 Yaş ve Üzerinde Aşılamaya
- Altta Yatan Hastalık ve Diğer Riskler Nedeniyle Aşılamaya

- Temaslı Aşılması,
- Seyahat Sağlığı / Hac ve Umre Ziyaretine Giden Kişilere Yönelik Aşılama
- Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılama;
 - ✓ Sağlık çalışanlarına yönelik aşılama
 - ✓ MSB personeli aşılama,
 - ✓ Kanalizasyon işçileri,
 - ✓ Hepatit B enfeksiyonu açısından risk altında bulunan meslek gruplarındaki kişilere yönelik aşılama
 - ✓ Tıbbi atık yönetiminde çalışan kişilere yönelik aşılama

6.7.6. Sağlık Çalışanı Aşılama Td /Tdab Aşılması

- Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları vb. öğrencileri, sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları ve 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer sağlık çalışanları Td ile aşılanmalıdır.
- Daha önce aşılanma durumu kayıtlı olmayan tüm sağlık çalışanlarının 3 doz Td aşısı ile aşılanarak primer immünizasyonlarının tamamlanması gerekmektedir
- Primer serisi tamamlanan tüm sağlık çalışanlarına 10 yılda bir Td aşısı yapılmalıdır.

KKK ((Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak) Aşılması

- Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları vb. öğrencileri, sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları ve 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer çalışanlar için gereklidir. En az dört hafta ara ile iki doz KKK aşısı önerilir.
- En az 1 ay ara ile iki doz KKK aşısı önerilir.
- Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarını geçirdiklerine dair kayıtları olanlara, 1 yaşından sonra en az 2 doz KKK aşısı uygulandığına dair kaydı olanlara veya laboratuvar tetkikleri ile bağışık olduğu gösterilenlere aşı uygulanmasına gerek yoktur.

Mevsimsel İnfluenza Aşılması

- Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, sağlık meslek yüksekokullarında kliniklerde staj yapan veya hizmet veren vb. öğrencileri, sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları ve 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer çalışanlar için gereklidir.
- Her influenza mevsiminde 1 doz aşı uygulaması yapılır.

Hep-A Aşılması

- Tıp fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları öğrencileri ve sağlık kurumlarında alt bakımı verilen servislerde (örneğin pediatri servisleri, çocuk enfeksiyon servisleri, erişkin yoğun bakım üniteleri gibi) çalışan sağlık personeli ve bu bölümlerde çalışan temizlik işçileri ayrıca fekal materyal ile çalışan laboratuvar çalışanları ve 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi(UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel için gereklidir. Kronik hepatiti olan tüm sağlık çalışanlarına hepatit A aşısı yapılmalıdır.
- 6 ay ara ile iki doz uygulanmalıdır.
- Hepatit A aşılması öncesinde serolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Hep-B Aşılması

- Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları vb. öğrencileri, hasta ve hasta çıkartıları ile teması bulunan tüm sağlık çalışanları (askeri sağlık personeli dâhil), sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları, 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer çalışanlar için gereklidir.
- Hepatit B aşılması öncesinde serolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Suçiçeği Aşılması

- Tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, hemşire/ebelik eğitimi veren okullar, sağlık meslek yüksekokulları vb. öğrencileri, sağlık çalışanları, sağlık kurumlarında çalışan temizlik elemanları ve 112 acil sağlık hizmetleri personeli ile acil durum, afet ve olağandışı durumlarda görev alan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) personeli ve acil sağlık araçlarında görev yapan personel dâhil diğer çalışanlar için gereklidir.
- Suçiçeği geçirdiğine ilişkin öyküsü olanlara aşı uygulanmasına gerek yoktur.
- Suçiçeği geçirdiğine ilişkin öyküsü bulunmayan veya aşı kaydı olmayan kişilerin aşılamaya öncesinde antikor düzeylerinin değerlendirilmesi gereklidir.
- Suçiçeği aşısı uygulaması (13 yaş ve üzerinde 2 doz önerildiği için) en az 4 hafta ara ile 2 doz şeklinde yapılmalıdır.
- Aşı uygulanmasından sonra 6 hafta süresince salisilat kullanımından kaçınılmalıdır.

Meningokok Aşılması

- Mikrobiyoloji laboratuvarında meningokok ile çalışan laboratuvar personeli için gereklidir.
- Dört bileşenli konjuge meningokok aşısı; ACWY-Difteri Toksoidi aşısı 55 yaşına kadar, ACWY-CRM197 ve ACWY-Tetanos Toksoidi aşısı ise üst yaş sınırı olmaksızın, tek doz uygulanır.
- Temasın devam etmesi durumunda her üç aşı da 5 yılda bir tekrarlanır.

6.7.7. Göçmenlere Yönelik Aşı Uygulamaları

- **Sınır Geçişinde Aşılamaya**
 - ✓ OPA (0-15 yaş arası),
 - ✓ KKK (9 ay-15 yaş arası)
 - ✓ DTaB-İPA-Hib (7 yaş altı),
 - ✓ DTaB-İPA (7-12 yaş arası),
 - ✓ 15 – 49 yaş Kadınlara Td
- **Rutin Aşılamaya**
- 0-59 ay ‘Ulusal Çocukluk Çağı Rutin Aşılamaya Takvimi’ kendi çocuklarımıza uyguladığımız aynı şekilde uygulanmaktadır.
- **Rutin dışı Aşılamaya**
 - ✓ Ülkemizde bulunan göçmenlere yönelik, GBP’de belirtilen ülkemiz ulusal aşı takvimine uygun olarak;
 - 0-11 aylık bebeklere,
 - 15-49 yaş grubu kadınlara,
 - Okul çağındaki çocuklara rutin aşılamaya hizmeti sunulmakta,
 - Kampanyalar dahilinde çocuk felci aşısı ve Kızamık içeren aşı, 5’li karma aşı uygulaması 0-15 yaş grubunu içerecek şekilde uygulanmaktadır.

6.7.8. Soğuk Zincir Kuralları ve Aşı Teminine İlişkin Hususlar

13.03.2009 tarih ve 7941 (2009/17) sayılı “Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi” ne göre Soğuk Zincir Kuralları ve Aşı Teminine İlişkin Hususlar buna göre düzenlenir.

GBP için gerekli aşı ve malzemeler sevk dönemlerinde ve düzenli aralıklarla dağıtılırlar.

Aşağıda yer alan tabloda aşı depolaması yapılan ve kullanılan merkezlere ne kadar süre için aşı sevkiyatı yapılması gerektiği belirtilmektedir.

Aşının depolandığı yer	Sevk dönemleri
Bölge deposu ve İl deposu	Üç ayda bir
İlçe deposu / TSM	Ayda bir
Aile Hekimi	Ayda bir
Sağlık Evi	Haftada bir

Genelgede “İl düzeyinde soğuk zincir uygulamaları aşağıdaki kurallara göre düzenlenir” başlığı altında soğuk zincir uygulanma kuralları anlatılmış olup konu ile ilgili değerlendirme bu hususa göre yapılır.

- Aşıların dağıtımında ve kullanımında son kullanma tarihleri mutlaka göz önüne alınarak, miadı (kullanım süresi) daha önce dolacak aşıların kullanımına öncelik verilmeli, miadı dolmuş olanlar imha edilmelidir.
- Gönderilen aşılar farklı firmalar tarafından üretildiğinden uygulama dozları için mutlaka prospektüsleri kontrol edilmelidir.
- İl depolarında bulunan soğuk hava depoları, buzdolapları ve sağlık kuruluşlarında bulunan buzdolaplarının içerisine aşı, antiserum, buz aküsü ve su bidonlarından başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır. Aşı uygulanan birimlerde sulandırıcılar da buzdolabında saklanmalıdır.
- Aşı dolabı olarak buzluk ve alt bölümü ayrı olan çift kapılı no-frost buzdolapları tercih edilmelidir.
- Aşı dolaplarında en az bir adet güvenilir termometre (Uzun süreli dijital ısı kayıt cihazı) olmalıdır. Termometrelerin sürekli ısı kaydeden ve belirlenen aralığın dışına çıktığında uyarı veren modelleri tercih edilmelidir. Bozulan veya kırılan termometre hemen yenisi ile değiştirilmelidir. **Buzdolabının ısısı +2 ila +8 °C arasında korunmalıdır. Özellikle +4 °C’de kalması sağlanmalıdır.**
- Buzdolabı her açıldığında ısının kontrol edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Buzdolabının kapısına bir ısı izlem çizelgesi yapıştirılarak dolabın ısısı sabah ve akşam bu çizelgeye kaydedilmelidir. Isı izlem çizelgesinin altında soğuk zincir sorumlusunun ve yedeğinin adı, soyadı bulunmalıdır.
- Aşıların saklandığı buzdolabı aşırı soğuk ve sıcağa maruz kalmayacak şekilde uygun bir odaya yerleştirilmelidir. Buzdolabı kışın ısıtılan odalardan birine gölgede olacak şekilde, ısıtıcılardan uzak, duvardan en az 10–15 cm mesafede düz bir zemine yerleştirilmelidir.
- Tatil dönemleri ve elektrik kesintilerinde, il ve kurum düzeyinde soğuk zincir sorumluları dolap ısınısını kontrol ederek gereken önlemleri almalıdır.
- Merkezden illere 3 ayda bir yapılan aşı sevkinde kullanılan soğutuculu (frigorifik) kamyonların soğutucu üniteleri ilde bulunduğu süre içerisinde şebeke elektriği ile çalıştırılmalı, bunun için de kamyonun park edeceği yere elektrik hattı (sanayi elektriği = 380 volt trifaze) çekilmiş olmalıdır.
- Ankara merkez depodan kurye ile sevk yapılması gereken hallerde, aşı naklinde yalnızca uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.
- İllerden kurumlara aylık olarak yapılan aşı sevklerinde 4 saate kadar olan mesafelere askılı tip aşı nakil kabı kullanılabilir. Daha uzun mesafeler için uzun ömürlü aşı nakil kabı kullanılmalıdır.
- İl içi aşı nakillerinin İl Soğuk Zincir Sorumlusunun gözetiminde merkezden kurumlara tek elden yürütülmesi esastır. Bu amaçla kullanılmak üzere aşı nakil araçları hizmete sunulmalıdır.

- Her yıl, ilin soğuk zincir malzemesi mevcudu, periyodik bakım ve tamir gerektirenler ile yeni malzeme ihtiyacı belirlenmeli, onarımı veya temini sağlanmalı, ilgili malzemenin servis sözleşmeleri yenilenmelidir.
- **İlk kullanılacak kutusu:** Daha önceki aşılama seanslarında açılmış aşılardan diğer flakonlara karışmasını önlemek ve bunların öncelikli olarak kullanılmasını sağlamak için, buzdolabında dikkat çekici bir biçimde işaretlenmiş ayrı bir kutu bulundurulmalı ve orta rafta tutulmalıdır. Kullanılmayacak hale gelmiş aşı ve sulandırıcı flakonları buzdolabında tutulmamalıdır. Aşılar yalnızca buzdolabı raflarında tutulmalıdır. Kapak bölümündeki raflara aşı konulmamalıdır.

6.7.9. Buzdolabına Aşı Yerleştirirken Dikkat Edilecek Hususlar:

Buzdolaplarının standart olarak üstten soğutma yapmadığı çeşitli modellerde alttan, yan duvardan soğutmalı sistemlerin olduğu unutulmamalı ve buzdolabı kullanım kılavuzu dikkatle incelenerek soğutmanın hangi bölümden yapıldığı, daha soğuk ve daha sıcak rafların hangisi olduğu mutlaka öğrenilmeli ve aşı yerleşimi buna göre düzenlenmelidir.

- Aşıların donmaya karşı hassasiyetleri (en hassas olandan başlayarak);
 - ✓ Hepatit B aşısı
 - ✓ DaBT-İPA-Hib, KPA, PPD, grip aşısı, tüm antiserumlar
 - ✓ Td, DT, tüm sulandırıcılar,
 - ✓ Kızamık, KKK, BCG, Hib, meningokok aşıları (sulandırıcılar hariç),
 - ✓ OPA
- Üstten soğutmalı bir buzdolabı için aşı yerleşim şeması GBP genelgesine göre yerleşim planı uygulanır.
- Özel üretilmiş, “Aşı saklama dolaplarının” kullanımında ise genel olarak GBP kurallarına uyulmalıdır. Ancak, dolap iç sıcaklığın homojen dağılım göstermesi, sebzelik ve kapak içlerinde raf bulunmaması, kapağının ışık geçirmemesi, led aydınlatma kullanılması, dolabın bulunduğu oda sıcaklığının 0°C'nin altına düşmediği durumlarda aşılardan donma riski bulunmaması nedeniyle aşı yerleşim planı zorunlu değildir.
- Aşı flakonları, aralarında yeterli hava akımı dolaşacak şekilde yerleştirilmelidir.
- Donmaya hassas olan aşılardan buzdolabının soğutucu kısmından uzakta tutulmalı, aşılardan orijinal kutularının içerisinde saklanmalı ve buzdolabının duvarı ile temas ettirilmemelidir.
- Aşı yerleştirilmesinde, miadı yakın olan aşılardan ön kısımda bulunmasına dikkat edilmelidir.
- Dolap kapağına hiçbir şey konulmamalıdır.
- Buzdolaplarının içerisine aşı, sulandırıcı, antiserum, buz aküsü ve su bidonlarından başka hiçbir malzeme (ilaç, yiyecek, içecek, enjektör, vb) konulmamalıdır.
- Buzlukta aralıklı olarak dizilmiş buz aküleri bulundurulmalıdır.
- Buzluğun 0,5 cm'den fazla kalınlıkta buzlanmamasına dikkat edilmelidir.
- Aşılar buzuğa konulmamalıdır.
- Üstten soğutmalı bir buzdolabı için buzdolabının;
 - ✓ Üst rafına: OPA, sulandırıcıları ayrı olmak üzere Hib, BCG, KKK, Kızamık ve Kızamıkçık aşıları
 - ✓ Orta rafına: DaBT-İPA-Hib, kuduz aşısı
 - ✓ Alt rafına: KPA, Hep B, Td, DT aşıları ile PPD solüsyonu, aşı sulandırıcıları ve tüm antiserumlar, yerleştirilmelidir.
 - ✓ Ayrıca sulandırıcısı ayrı olmak üzere meningokok aşısı üst rafa; meningokok aşısının sulandırıcısı ve grip aşısı alt rafa konulmalıdır.
- En alt kısma (sebzelik) dolap ısısının sabit tutulmasına yardımcı olmak üzere su şişeleri yerleştirilmelidir.
- Uzun süreli elektrik kesintilerinde buzdolabı ısısı düzenli olarak kontrol edilmeli, gerekirse buzluktaki buz aküleri buzdolabı kapağına yerleştirilmeli ve kapak sık sık açılmamalıdır. İzolasyonu iyi bir buzdolabında bu yolla genellikle 24 saat süre ile ısı korunur. Daha uzun süreli kesintilerde acil durum planı uygulanmalıdır.
- Aşılar buzdolabı temizliği yapılırken aşı nakil kabında korunmalı ve buzdolabı çalıştırıldıktan sonra uygun ısı aralığına ulaşıncaya kadar buzdolabına aktarılmalıdır.

Aşı nakil kaplarının kullanımı:

Aşı nakil kapları sahip oldukları soğuk ömürlerine bakılarak kısa veya uzun ömürlü olarak ikiye ayrılırlar. Soğuk ömürleri 1 gün ve daha az olan aşı nakil kapları kısa ömürlü (askılı aşı nakil kabı), soğuk ömürleri 3–5 gün arasında olanlara ise uzun ömürlü aşı nakil kabı denilir. Gezici hizmet veren her AH için en az bir adet kısa ömürlü ve gezici hizmet dışında her ASM’de üç hekime bir kısa ömürlü aşı nakil kabı olmalıdır, aşı nakil kapları sadece gezici hizmet ve aşuların nakli için kullanılmalıdır. Aşı dolabı olan her yerde aşı direkt olarak aşı dolabından alınarak kullanılmalıdır.

Buz akülerinin kullanımı:

Buz aküleri aşı nakil kabına uygun olmalı ve yeterli miktarda buz aküsü bulunmalıdır. Buz aküsünü dondururken, buz aküsü ağzında bir miktar boşluk kalacak kadar su ile doldurulmalı ve kapağı sıkıca kapatılmalı, akıtıp akıtmadığı kontrol edilmelidir. Buz aküleri aralarında hava dolaşımına izin verecek (bkz. buzdolabı yerleşim şeması), yan yüzleri açıktaki kalacak ve çok sıkışık olmayacak şekilde buzluğa yerleştirilerek evaporatör ile uygun olarak etkileşmesi sağlanmalıdır. Buz aküleri en az 24 saat dondurulmalıdır. Aşılama seansından sonra buz aküleri tekrar donması için buzluğa yerleştirilmelidir.

Aşı dolabının dış kapağında **acil eylem planı** bulunmalıdır. Her merkezde bir aşı sorumlusu ve bir soğuk zincir sorumlusu ve yedekleri olmalıdır. Belirlenen isimler mutlaka acil eylem planında yer almalı ve Toplum Sağlığı Merkezine bildirilmelidir. Acil eylem planında görev alacak personelin yedekleri ile birlikte iletişim bilgileri yer almalı ve sürekli olarak ulaşılır olmalıdır. Planda soğuk zincir kırılmasında alınacak önlemler yer almalıdır. Kısa ve uzun süreli arıza, elektrik kesintisi vb. durumda yapılacaklar belirtilmelidir.

6.7.10. Aşı ve Antiserum Sıcaklık ve Stok Takip Sistemi (ATS)

Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından sevk ve idaresi gerçekleştirilen soğuk zincire tabi ürünlerin (aşı ve antiserumlar) tüm noktalarda, saklandıkları depo ve dolaplarla, nakledildikleri araçlardaki sıcaklık takibinin gerçek zamanlı olarak, kesintisiz ve düzenli bir şekilde yapılması, gerekli bilgilerin kayıt altına alınması, raporlamaların yapılması, ilgili merkezlerden izlenilmesi ve gerekli durumlarda ilgililere uygun yöntemlerle (SMS, e-posta, çağrı) uyarı yapılması amacı ile Aşı ve Antiserum Sıcaklık ve Stok Takip Sistemi (ATS) kurulmuştur. ATS, dünya üzerinde hem sıcaklık hem de stok takibini yapan ilk sistemdir.

Sıcaklık Takip Sistemi; her birimde kurulan en az 1 tane Sıcaklık Takip Cihazı (STC) ve en az bir tane Sıcaklık Sensöründen meydana gelmektedir. Her bir stok birimine kurulan Sıcaklık Sensörü etrafındaki STC ile eşleştirilerek veri göndermeye başlar. STC, Mobil hatlar üzerinden Telemetry ana sunucularıyla GSM operatörü tarafından özel olarak tanımlanmış Internet çıkışı üzerinden iletişime geçerek sıcaklık bilgilerini iletir. Bu bilgiler sunucular tarafında analiz edilerek sıcaklık ile gerekli alarmların (Sıcaklık Alt Limiti ve Sıcaklık Üst Limiti) sistem tarafından oluşturulmasını ve tanımlı süre kriterleri içinde bu stok birimlerinin ait olduğu Birimler veya Birimin bağlı bulunduğu üst birimlerdeki sorumluların Çağrı Merkezi tarafından uyarılmasını sağlar. Oluşan alarmlara ek olarak elektrik kesintisi, sensör ve cihazla ilgili iletişim alarmları ve cihaz müdahale alarmları da üretilmekte ve aynı şekilde Çağrı Merkezi üzerinden SMS ve çağrı yoluyla bilgilendirme yapılmaktadır.

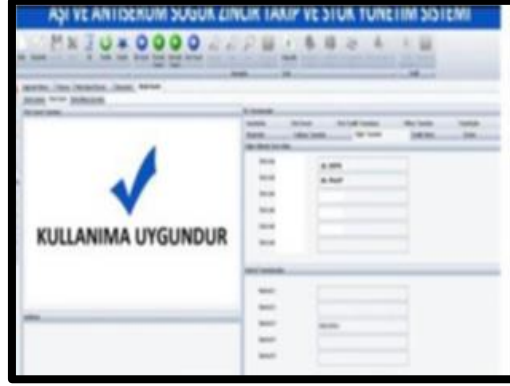
ATS sistemi <http://ats.saglik.gov.tr> web adresinden hizmet vermektedir. Tüm ATS üzerine tanımlanmış kullanıcılar bu adres üzerinden sisteme girişlerini yapıp yetkileri dahilinde gerekli işlemlere, izleme ve raporlama **ekranlarına ulaşabilmektedirler. Stokların envanter detaylarını ATS üzerinden anlık olarak görebilmektedirler.**





Aşı ve Antiserum Sıcaklık ve Stok Takip Sistemi 7/24 iletişim hattı **0850 200 08 81**

Karekod Okuyucu: ATS, Sağlık Bakanlığına ait diğer sistemlerle de bütünleşmiş çalışabilecek web servis altyapısına sahiptir. Aşı uygulaması yapan Birimler, karekodunu okuttukları aşının kullanılabilir olup olmadığını ATS ye web servisler üzerinden sormakta ve kullanılabilir olan aşı uygulandıktan sonra ya Sağlık-net sistemine veya yine Uygulama Bildirim servislerini kullanarak stok düşümünü gerçekleştirebilmektedir.

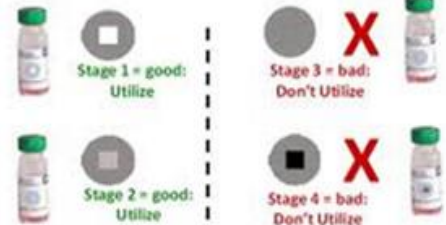
Aşıda son uygulayıcılar olan aile hekimleri her aşamada aşüyü kontrol etmekte aynı zamanda aşular ana merkezden de kontrol edilmektedir. Uygulama esnasında aşı buzdolabından alınarak, üzerindeki barkod ATS sistemine okutulmakta, kullanıma uygunluğu ATS’den onaylandıktan sonra kişiye ya da bebeğe uygulanmalıdır.

Aşı Isı İzlem Monitörü (VVM): Aşıların termostabiliteyi göz önüne alınarak, ısıya maruz kalma sürelerini belirlemek için aşı flakon izlemcileri kullanılmaktadır.



-  ✓ İç kısımda bulunan kare rengi dış yuvarlağın renginden daha açıktır. Son kullanma tarihi geçmemiş ise aşı güvenli şekilde kullanılabilir.
-  ✓ Zaman geçtikçe iç kare kısmı dış çembere nazaran halen daha açık renktir. Son kullanma tarihi geçmemiş ise aşı kullanılabilir.
-  ✗ Atılma durumu: İç karenin rengi dış çemberin rengi ile uyumludur. Aşığı kesinlikle kullanmayınız.
-  ✗ Atılma noktasının da ötesinde : iç kare kısmı dış çemberin renginden de koyu renktedir. Aşığı kullanmayınız.

Vaccine Vial Monitor



Stage 1 = good: Utilize

Stage 2 = good: Utilize

Stage 3 = bad: Don't Utilize

Stage 4 = bad: Don't Utilize

The central square is lighter than the surrounding circle

The central square is equal to, or darker than the surrounding circle

BÖLÜM VII BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR

7.1. KANSER

7.1.1. Kanser Kayıtcılığı

Belirli bir nüfusta ortaya çıkan tüm kanser vakalarıyla ilgili bilgileri toplamak ve bu bilgileri kanserin klinik ve patolojik göstergeleri ile birlikte tam olarak belgelemek işlemlerinin tümüne kanser kayıtcılığı denir. Kanser Kayıt Merkezi ise bulunduğu il sınırları içinde yaşayan ve kanser tanısı alan bütün hastaların kanser ile ilgili verilerine ulaşmayı hedefleyen, uluslararası standartlara uygun biçimde ve aktif yöntemle kanser verileri toplayan, nüfus tabanlı bir kayıt ve araştırma merkezi olarak hizmet vermektedir. Bu amaçla her ilimizde bir Kanser Kayıt Merkezi bulunmaktadır.

Kanser kayıtcılığında, kanser kayıt elemanları tarafından üniversite, kamu ve özel hastanelerde hasta dosyaları araştırılarak elde edilen bilgiler uluslararası kurallar çerçevesinde kanser kayıt formlarına aktarılmaktadır. Bu formların İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan Kanser Kayıt Merkezlerinde Canreg-4 veya Canreg-5 bilgisayar programına girilmesinin ardından il düzeyinde kalite kontrolü çalışmaları yapılmakta ve Kanser Daire Başkanlığı'na elektronik ortamda gönderilmektedir. Kanser Daire Başkanlığına gelen bilgiler veri kalitesi açısından incelenmektedir. Veri kalitesi sağlandıktan sonra yapılan analizlerle veriler yayına hazır hale gelmektedir.

Kanser Kayıt Merkezinin Değerlendirilmesi;

Görünen bir yerde birimin kanser kayıt merkezi olduğunu belirten bir tabela olmalıdır. Bu merkezler için arşiv çok önemli olup mutlaka bir arşiv odasının olması gerekir. Merkez çalışanları arşivdeki dosyaları Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik kapsamında her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.

Arşivin korunması ile ilgili olarak;

1. Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirler alınmalıdır,
2. Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimî çalışır durumda bulundurulmalıdır,
3. Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevî maddeler kullanılmalıdır,
4. Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depoları dezenfekte edilmelidir,
5. Işık ve havalandırma tertibatı elverişli bir şekilde düzenlenmelidir,

Kanser kayıtcılığı genelgesi gereğince verilerin gizliliğini sağlamak amacıyla kanser kayıt merkezi çalışanlarına Ek-1 de bulunan "Kanser Kayıt Merkezi Elemanlarının Gizlilik Bildirimi" belgesi imzalatılır ve saklanır.

Merkezlerde çalışan personelin bilgi ve becerilerinin tazelenmesi amacıyla yılda bir kez hizmet içi eğitim verilmesi ve bunun kayıt altına alınması gerekmektedir.

Hastane kanser kayıt birimi, hastane ile merkez arasındaki veri akışını sağlamak üzere hastanelerde kurulan birimdir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilecek tüm kayıt elemanları kanser olgularının toplanması ve merkeze gönderilmesinden sorumludur. Bu birimlerin yılda 1 kez Halk Sağlığı Başkanlığı Kanser şubesi tarafından denetlenerek kayıt altına alınması gerekir.

Her yıl il kanser kayıt merkezi tarafından toplanan verilerin analizinin yapılarak raporlanması gerekir. Bu raporlar ilgili birimlerle paylaşılmalıdır.

İl kanser danışma komisyonu, ildeki kanser çalışmalarının etkin yürütülebilmesi için; kanser kayıt, erken teşhis, tarama, kanser kontrol, epidemiyolojik araştırma ve benzeri konularda müdürlüğe görüş bildirmek, eğitim programlarına öneri ve katkı sağlamak üzere oluşturulur. Komisyon; vali yardımcısı, müdür, İl Gıda Tarım ve Hayvancılık Müdürü, İl Çevre ve Şehircilik Müdürü, İl Sağlık Müdürü, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi sorumlusu ile ilde en fazla kanser bildirim yapan üniversite ve özel hastane yöneticilerinden oluşur.

İl kanser danışma komisyonu yılda en az bir kez toplanır ve alınan kararlar HSGM Kanser Daire Başkanlığına iletilir.

Kanser tanısı ile ilgili şüpheli hastalara ilk kez bulunduğu ilin hastanesinde konulmaktadır. Hastalar çoğunlukla bu şüpheli tanının ardından İstanbul, İzmir, Ankara gibi daha büyük onkolojik tanı ve tedavi merkezlerinin olduğu illere gelmektedir. Bu hastaların zaman zaman hem tanıları (primer kanserin olduğu organ) hem de histolojik tanıları (hücrenin ne olduğu) değişmektedir. Bu nedenle kanser

olgularının kayıt süreci uzamaktadır. Hastaya ilişkin tüm tanımlar değişik illerden ve hastanelerden gelmekte bunların doğrulaması yapıldıktan sonra “doğru ve geçerli kayıt” elde edilmektedir. Bu ise kanserin istatistik raporlarının geriden gelmesine neden olmaktadır.

Kanser Kayıt Merkezleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Merkez sorumlusu olarak hekim bulunuyor mu?
- Kanser kayıt elemanları gizlilik bildirgesi imzamış mı?
- Arşiv, “Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun mu?
- Arşive yetkili kişiler dışında giriş yapılmaması için gerekli önlemler alınmış mı?
- Verilerin kaydedildiği Canreg bilgisayar programına yetkili kişiler dışında giriş yapılmaması için gerekli önlemler alınmış mı?
- Kanser kayıt merkezi verileri 3 (üç) ayda bir (ya da daire başkanlığının belirlediği aralıklarla) Kanser Dairesi Başkanlığına gönderiliyor mu?
- Hastane kayıt birimlerinin veri tabanının, yılda bir kez düzenli olarak izleme ve değerlendirilmesi yapılıyor mu?
- İl Kanser Danışma Komisyonu yılda 1 kez toplanıyor mu? Alınan kararlar Kanser Dairesi Başkanlığına gönderiliyor mu?

Ek-1

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Kanser Dairesi Başkanlığı

Kanser Kayıt Merkezleri Elemanlarının Gizlilik Bildirimi

Bir Kanser Kayıt Merkezleri görevlisi olarak,

- yetkililerin veri gizliliği ile ilgili olarak koyacakları kuralları öğrenmeyi,
- görevim gereği ulaştığım ya da ulaşmam mümkün olan verileri gizlilik kurallarına uygun biçimde korumayı,
- yetkisiz kişilerin bu verilere kasten ya da rastlantı sonucu ulaşmasını engellemek için gerekli her türlü önlemi almayı ve bu amaçla alınmış önlemleri uygulamayı kabul ediyorum;
- bu bildirimime aykırı davrandığım takdirde ortaya çıkacak her türlü idari ve adli sorumlulukların bana ait olacağına bilincinde olduğumu bildiriyorum.

Elemanın adı, soyadı ve imzası:

Gözlemci yetkilinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası:

Bildirimim imzalandığı tarih:

(Bu bildirim, elemanın Kanser Kayıt Merkezi’nde göreve başlamasından sonra en kısa zamanda tek kopya olarak doldurulur ve öteki elemanların bildirimleri ile birlikte, Kanser Kayıt Merkezlerinde bir dosya da saklanır)

7.1.2. Kanser Taramaları

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri, 31 ilde 1996 yılından itibaren KETEM adı ile öncül olarak Bakanlığımızca kurulmuşsa da Avrupa Birliği Standartlarında tarama merkezleri ilk olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2004 yılında 11 ilde açılmıştır. Ülkemizde 1995 yılında ilki açılmış olan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) 2004 yılında Avrupa Birliği kriterleriyle kurulan 11 KETEM’e entegre edilmiştir. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan Doktor, Hemşire, Ebe, Röntgen Teknisyeni ve Tıbbi Teknologlar görevlendirilmiştir. Tarama için uygun yaş grubundaki kişiler çeşitli yöntemlerle (telefon, SMS) bu merkezlere davet edilerek gerekli muayene ve testler yapılmaktadır.

Avrupa Standartlarında mevzuat da ilk olarak Sağlıkta Dönüşüm programı ile yayımlanmıştır. Ülkemizde kanser taramaları toplum tabanlı na toplum temelli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2004 yılında Balıkesir’de başlanmış olup halen 81 ilde Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve mobil tarama araçlarında ücretsiz olarak yapılmaktadır.

Aile hekimleri ve kanser taramaları

Ülkemizde aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanıyan, aynı zamanda ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerini bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir. Aile hekimi kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Aile hekimliği ile ülkemizde bireylerin yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sağlık hizmeti sunmak temel hedeftir. Birey merkezli olmasının yanında süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özellikleri nedeniyle aile hekimi toplumda vatandaşa en yakın kişidir. Aile hekimi güvene dayalı iletişim kurar, sorunları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alır.

Kanser taramalarından maksimum toplumsal yarar sağlanabilmesi için en önemli kriter hedef nüfusa ulaşan bir programın yürütülmesidir. Bu amaçla Aile Hekimliklerinin hedef nüfusundaki kişilere ulaşabilmek için Kanser Randevu Sistemi (KRS) oluşturularak yazılım çalışmaları tamamlanmış ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri ile entegrasyonu yapılmıştır.

Bu sayede kansere bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılması, ücretsiz tarama hizmetlerimizden daha fazla vatandaşımızın faydalanması sağlanacaktır.

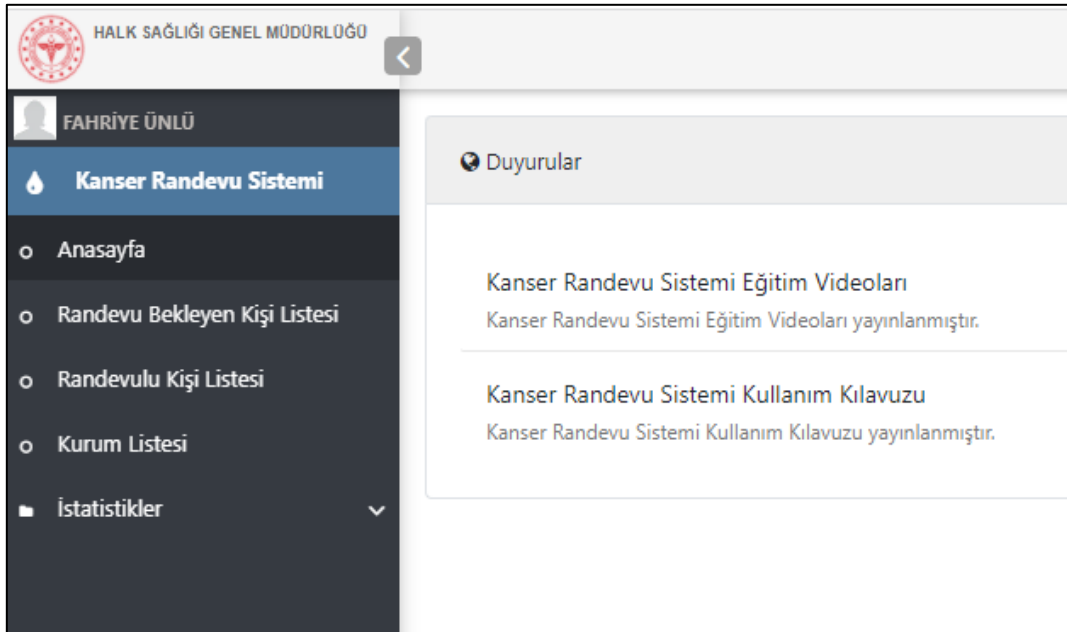
Bu nedenlerle Aile Hekimleri tarama programlarının mutlaka bir parçası olmalı ve Aile Hekimleri bu konuda desteklenmelidir.

Kanser Randevu Sistemi (KRS)

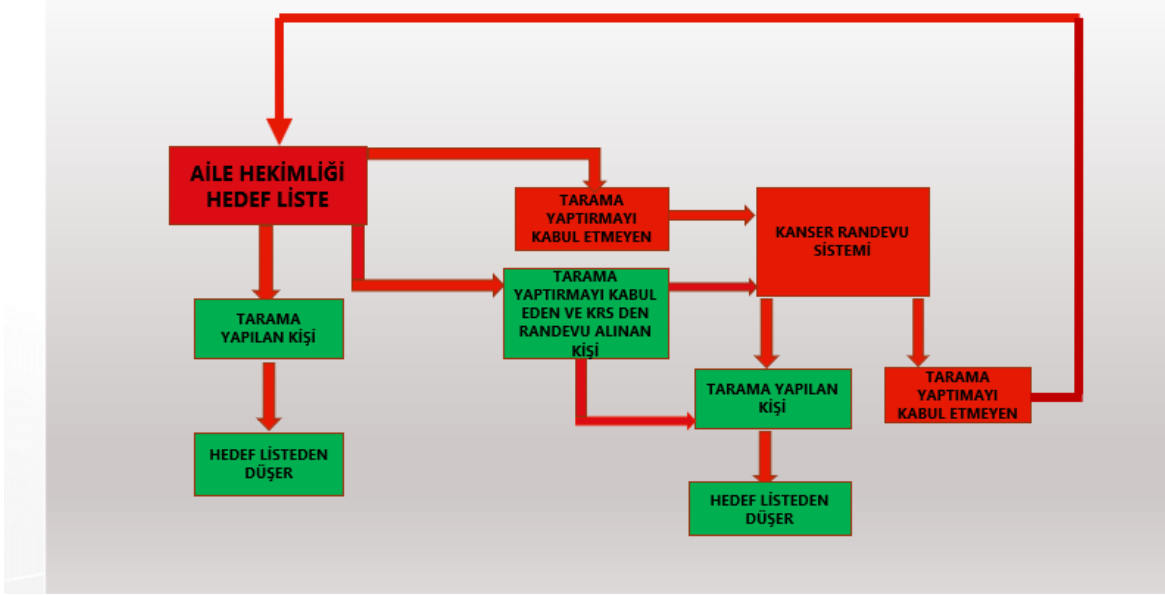
Kanser Randevu Sisteminde tarama merkezleri (TSM, SHM, KETEM) randevu ekranlarında randevu açar. Böylece Aile hekimleri kendi hedef listelerindeki kişileri taramaya davet ederek randevu oluşturabilir.

Kişinin taramayı kabul etmemesi durumunda ise kişi HSYS Kanser Randevu Sistemine düşer ve randevu operatörü tarafından kişiye ulaşılarak yeniden randevu oluşturulabilir.

- KRS modülünde yetki verilenler; Randevu Operatörü, Kurum Sorumlusu (İSM, İlçe SM, TSM, SHM, KETEM ve Bakanlık) kullanıcılarıdır.
- Sisteme e-İmza, Bakanlık e-Posta hesabı veya Bakanlık ortak giriş noktasından giriş yapılabilmektedir.
- Kullanıcılar şifreleri ile <https://hsys.saglik.gov.tr/Account/Login> adresinden sisteme giriş yapabilirler.
- Ana sayfada sistemle ilgili duyuruların yapıldığı bölüm (Kanser Randevu Sistemi Kullanım Kılavuzu, Kanser Randevu Sistemi Eğitim Videoları) yer almaktadır.



KANSER RANDEVU SİSTEMİ ALGORİTMA



Aile Hekimliği Kullanıcıları-1

- Kanser tipi (meme, serviks ve kolorektal) seçilerek “Ara” butonu ile hedef kişiler listelenir.
- Listede; “Kanser Randevu Sistemi” butonuna basıldığında “Hasta Bildirim Formu” ekranına yönlendirilir.

The screenshot shows the 'Kanser Hedef Liste' (Cancer Target List) interface. At the top, there is a search bar with a dropdown menu for 'Kanser Tipi' (Cancer Type) set to 'Meme' (Breast). A red arrow points to the 'Ara' (Search) button. Below the search bar, a table displays the target list with columns for 'Tc No', 'Ad Soyad', 'Hasta Telefon', 'Kanser Tipi', and 'Kanser Randevu Sistemi'. A red arrow points to the 'Kanser Randevu Sistemi' column, which contains buttons for each individual. The table shows 10 rows of data, with the first row having a red arrow pointing to the 'Kanser Randevu Sistemi' button. The bottom of the screen shows pagination information: 'Gösterilen 1 - 10 Toplam 625 Kayıt' and a page navigation bar with buttons for 'Önceki', '1', '2', '3', '4', '5', '60', and 'Sonraki'.

Tc No	Ad Soyad	Hasta Telefon	Kanser Tipi	Kanser Randevu Sistemi
00****40		040001221	Meme	Kanser Randevu Sistemi
17****44			Meme	Kanser Randevu Sistemi
20****72		0546739401	Meme	Kanser Randevu Sistemi
25****20			Meme	Kanser Randevu Sistemi
45****28		030000774	Meme	Kanser Randevu Sistemi
17****20		0546739404	Meme	Kanser Randevu Sistemi
20****42			Meme	Kanser Randevu Sistemi
54****04			Meme	Kanser Randevu Sistemi
27****28		0546739478	Meme	Kanser Randevu Sistemi
00****52		0546739481	Meme	Kanser Randevu Sistemi

Aile Hekimliği Hedef Liste Ekranı

7.1.2.1. Meme Kanseri Taramaları

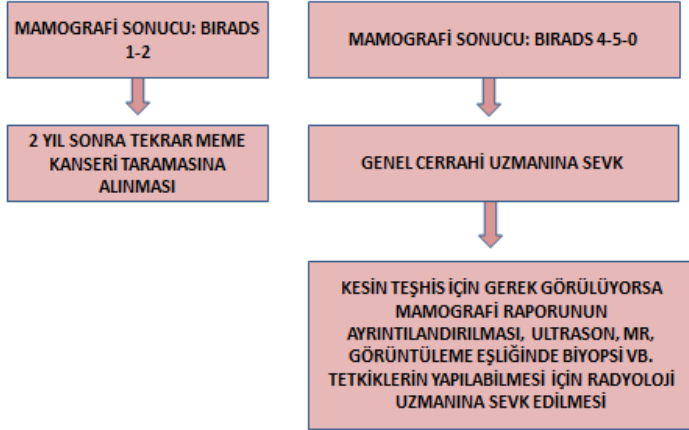
Ulusal Kanser Tarama Programında meme kanseri taraması, 40 yaşında taramaya başlanması ve 69 yaşına kadar (69 yaş dahil) her iki yılda bir **ücretsiz** olarak mamografi çekimi ile tarama yapılması şeklindedir. Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramaları yapılmaktadır. Toplum tabanlı taramalar, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Mobil Tarama araçları tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise 2.3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurularla yapılmaktadır. Tarama yaş aralığında olan bireylere sağlık personeli

tarafından meme kanseri hakkında eğitim verilir ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Bu konuda eğitimli sağlık personeli tarafından uygulama yapılır.

Kişiler sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır. Mamografi sonucu şüpheli (+) pozitif olan kişiler teşhis merkezine yönlendirilir.

Meme kanseri tedavisinde erken teşhis önemli olup, tarama programlarının meme kanseri morbidite ve mortalitesine olumlu katkısı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Meme kanseri taramasında mamografi çekimi altın standarttır.

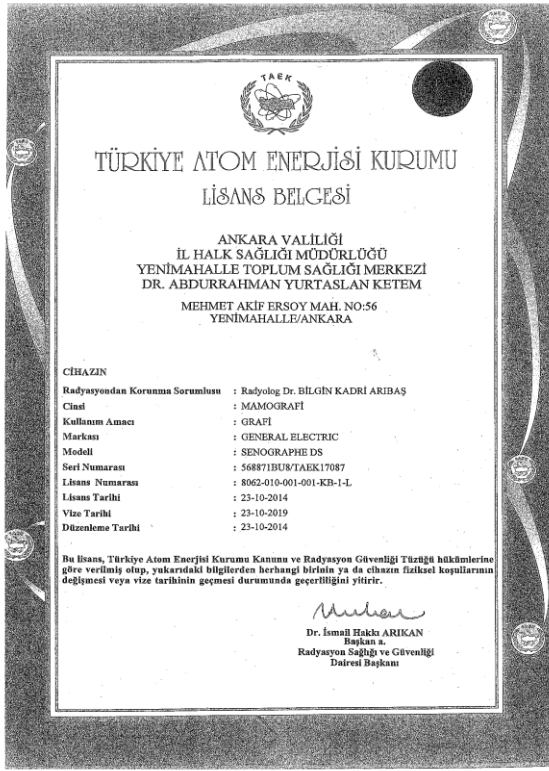
Mamografi Tarama Süreci Algoritma



Röntgen teknisyeni tarafından günlük çekilmesi gereken mamografi sayısında bir sınırlama yoktur. Çalışan güvenliği açısından önemli olan teknisyenlerin çekim odasında dozimetre ve kurşun yelek kullanmasıdır. Dozimetrelerin periyodik aralıklarla Nükleer Düzenleme Kurumuna (NDK) gönderilerek ölçümünün yapılması ve bunların kayıt altına alınması ayrıca personelin periyodik muayenelerinin yılda iki kez yapılması gerekmektedir.

Mamografi çekim odasının çalışan sağlığı ve cihazın efektif çalışması için yeterli fiziksel koşullara sahip olması, cihaz lisansı ve bakım kayıtlarının olması gerekir.

(Ek NDK ruhsat/Servis raporu örneği)



SERVİS RAPORU/SERVICE REPORT			
Müşteri Adı / Customer Name : <i>YENİMAHALLE</i>	Sistem No/System Id : <i>06.03.2014</i>	Sistem Tanım / System Description : <i>Senograf</i>	
Yer / Job No : <i>1000000000</i>	Rapor No / SR No : <i>1000000000</i>	Servis MDR / Field Eng. :	
Servis Tarihi / Service Date : <i>23.10.2014</i>	Yerleşim Saati / Time on Site :	Servis Saati / End Time :	Servis Saati / Labour : <i>2h</i>
Yerleşim Tarihi / Service Date :	Servis Saati / Time on Site :	Servis Saati / Service Hours :	Seyahat / Travel : <i>1h</i>
Servis Türü/Job Type : <i>P</i>		Sözleşmeli / Contracted : <input type="checkbox"/>	Garantili / Warranty : <input type="checkbox"/>
Sözleşmeli / Contracted : <input type="checkbox"/>		Diğer / Other : <input type="checkbox"/>	Montaj / Installation : <input type="checkbox"/>
Sözleşmeli / Contracted : <input type="checkbox"/>		Diğer / Other : <input type="checkbox"/>	Yedek / Spare : <input type="checkbox"/>
Kullanılan Yedek Parçalar / Spare Parts Used :			
Parça No / Part No :	Parça İsmi / Part Description :	Seri No / S/N :	Adelet/Qty :
Açıklama / Remarks :			
Arıza Detayı / Problem Details : <i>Bakım</i>			
Teşhis / Diagnosis : <i>Bakım</i>			
Düzeltilen Hata / Corrective Action : <i>Let cihazın phbi bakım yapılması için.</i>			
Servis Mühendisi İmzası / IFC Signature : <i>Dr. Mehmet Akif ERSOY</i>		Müşteri İsmi ve Soyadı / Customer Name and Surname : <i>Dr. ERSOY MAH. NO:56</i>	
Görevi / Title : <i>Dr. ERSOY MAH. NO:56</i>		İmza / Signature : <i>Dr. ERSOY MAH. NO:56</i>	

022781

7.1.2.2. Serviks Kanseri Taramaları

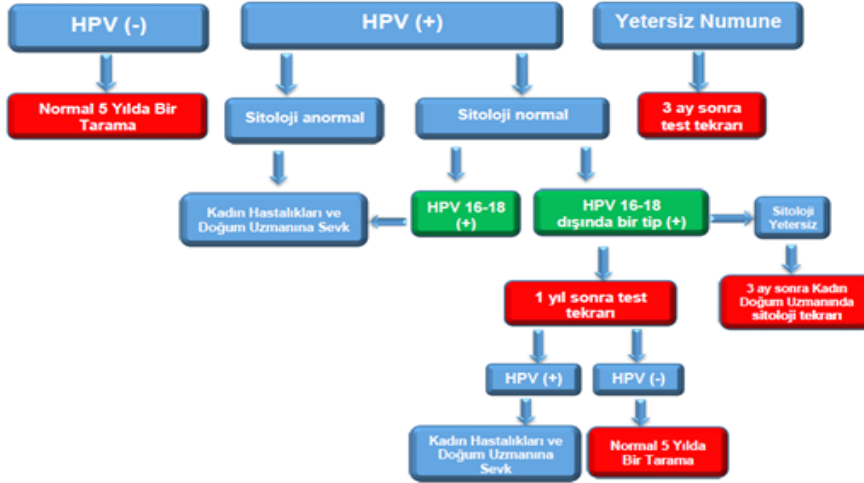
Serviks kanserinin taranmasındaki temel amaç; hedef popülasyona ulaşarak, servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invazif kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir.

Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı serviks kanseri taramaları yapılmaktadır. Ulusal Kanser Tarama Programında toplum tabanlı serviks kanseri taraması, 30 yaşında taramaya başlanması ve 65 yaşına kadar (65 yaş dahil) her 5 (beş) yılda 1 (bir) **ücretsiz** olarak HPV-DNA ve Pap-Smear testi ile tarama yapılması şeklindedir. Toplum tabanlı taramalar, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Mobil Tarama araçları tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise 2.3. basamak sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

Tarama yaş aralığında olan bireylere sağlık personeli tarafından serviks kanseri hakkında eğitim verilir ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Uygulama bu konuda eğitilmiş sağlık personeli tarafından yapılır.

Alınan materyaller İl Sağlık Müdürlüklerince belirlenen merkezlere inceleme için uygun koşullarda gönderilir. Kişiler sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir. Test sonuçları şüpheli (+) pozitif olan kişiler teşhis merkezine yönlendirilir.

HPV TARAMA SÜRECİ ALGORİTMA



7.1.2.3. Kolorektal Kanser Taramaları

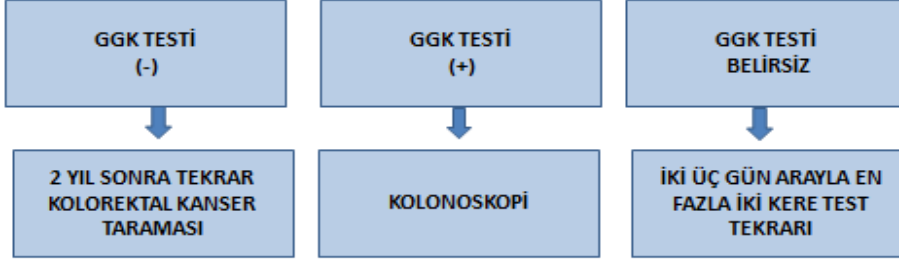
Kolorektal kanser, ülkemizde en sık görülen ilk 10 kanser arasında olup önemli bir sağlık sorunudur. Kolorektal kanseri gelişmeden önlemek ve erken evrede yakalayabilmek için tarama testleri kullanılmaktadır. Kalın bağırsağın (kolon ve rektumun) polip ve kanserleri çoğu kez iyice büyüye kadar belirti vermezler. Tarama programları ile henüz kansere dönüşmemiş (premaligün) adenomatöz polipleri ve erken dönem lokalize kanserleri saptamak ve tedavi etmek mümkündür. Ülkemizde, bireylerin, bilinen tarama yöntemleri ile kanser taramalarının gerçekleştirilmesi, erken tanı ve etkin tedavilerinin yapılması ile kanser vakalarına bağlı ölümlerde önemli bir oranda azalma sağlanması beklenmektedir.

Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, tüm erkek ve kadınlarda 50 yaşında başlayan ve 70 yaşında biten GGK testi ile yapılan toplum tabanlı taramadır (50 ve 70 yaş dahil). Toplum tabanlı taramalar, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Mobil Tarama araçları tarafından **ücretsiz** olarak yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise 2.3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlara GGK testi ile yapılmaktadır.

Gaitada gizli kan testi 2 (iki) yılda bir yapılmaktadır. Kolonoskopi ise her 10 yılda bir önerilmektedir. Son iki Gaitada Gizli Kan testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama kesilmelidir.

Tarama yaş aralığında olan bireylere sağlık personeli tarafından kolorektal kanserler ve GGK kitinin kullanımı ile ilgili bire bir eğitim verilir ve bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır. Değerlendirme, eğitimli sağlık personelleri tarafından yapılarak kişi sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir. Test sonuçları (+) pozitif-şüpheli olanlar teşhis merkezine yönlendirilir.

GGK Tarama Süreci Algoritma



Tarama programına katılan bireylerin tüm testleri negatif olsa dahi; 10 yılda bir kolonoskopi yapılmak üzere kişilere davet gönderilir. Tüm bireyler 51 ve 61 yaşında olmak üzere toplam iki kez kolonoskopiye davet edilir. Eğer birey ilgili sağlık merkezine ilk kez örneğin 55 yaşında gelmişse ve o güne kadar hiç kolonoskopi yaptırmamışsa, tarama amaçlı kolonoskopi hemen istenir.



KOLON KANSERİ

Gaitada qızılı kan testi

50-70 yaş kadın, erkek
2 yılda bir
Her 10 yılda bir kolonoskopi

Aile Sağlığı Merkezlerinde Kanser Tarama Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Aile hekimleri “Ulusal Kanser Tarama Standartlarına” göre kendi nüfusuna kayıtlı kişilerin kanser taramalarını yapıyor mu?
- Kanser taramaları ve erken teşhisin önemi konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?
- Kanser Randevu Sistemi Modülünü kullanıyor mu?
- Kanser tarama sonucu pozitif şüpheli çıkan hastalarının takibini yaparak Teşhis Merkezlerine yönlendiriyor mu?

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)ve Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) İzleme ve Değerlendirmesi

- TSM, SHM, KETEM’ler “Ulusal Kanser Tarama Standartlarına” göre kişilerin kanser taramalarını yapıyor mu?
- Kanser taramaları ve erken teşhisin önemi konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?
- Kendi Kendine Meme Muayenesi eğitimi veriliyor mu?
- Kanser Randevu Sistemi Modülü ekranlarında randevu ekranı oluşturuluyor mu?
- Kanser tarama sonucu pozitif- şüpheli çıkan kişilerin takibi yapılarak Teşhis Merkezlerine yönlendiriliyor mu?
- Binada kanser tarama afişleri asılmış mı?
- İlgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği halinde kanserin önlenmesi ve erken teşhisine yönelik halk eğitimi ve hizmet içi eğitimler veriliyor mu?
- Özel gün ve haftalarda farkındalık etkinlikleri düzenleniyor mu?

7.2. KRONİK HASTALIKLAR

7.2.1. Hastalık Yönetim Platformu

Hastalık Yönetim Platformu Bakanlığımız tarafından hazırlanmış olan kronik hastalık tarama ve izlem kılavuzları çerçevesinde geliştirilmiş online bir yazılımdır.

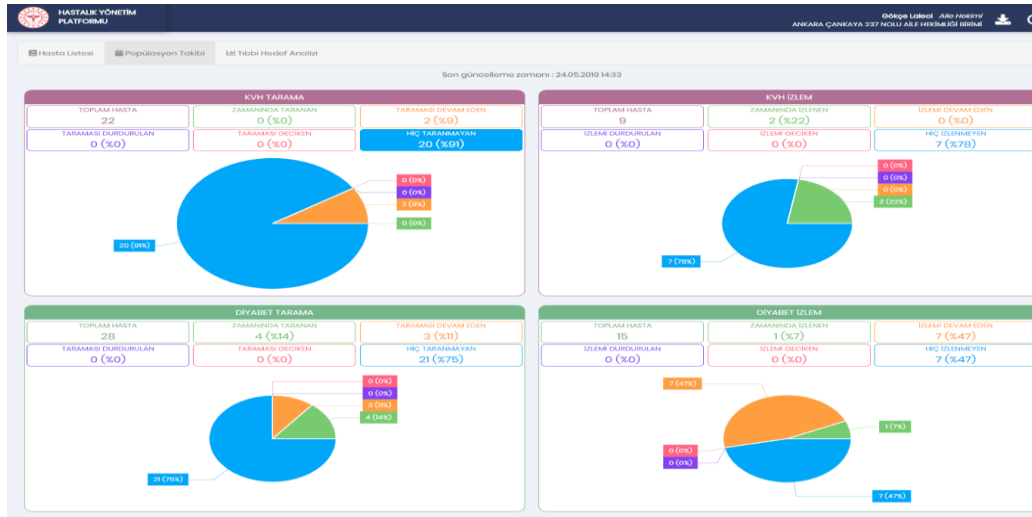
- HYP ile kronik hastalık taraması/izlemi ve yaşlı izlemi yapılması gereken hedef nüfusu toplu olarak görüntülenebilmektedir. Hastaların takip edilen hastalıklarına göre (Diyabet, Hipertansiyon, Kardiyovasküler Risk Değerlendirme, Obezite, Yaşlı Değerlendirme) ayrı ayrı durumları gözlenebilmektedir. Hekimlerin hedef nüfus listesindeki bireylerin hangi kronik

hastalık takip/izlem listelerinde oldukları bilgileri Bakanlık tarafından sağlanan “Ulusal Sağlık Sistemi Hastalık Bilgiler Listesi” servisinde alınarak bu ekranda listelenir.

Hasta adı	Hostatik	HT	KVR	OBE	KAH	YAŞ	İNM	KBH
ESRA AKARCA	II							
FERİYE ASLI GÖVEN AKERİVOĞLU	II							
Hülya AKSOY								
KIZBAN AKSU								
Fayza Alımdar								
GAMZE ALGÖN								
MUSTAFA ALI ALTINÖZ								
BERAT ALVER								
SEZİ ANAÇ ERDOY								
FERİHAN ANDİCİ								

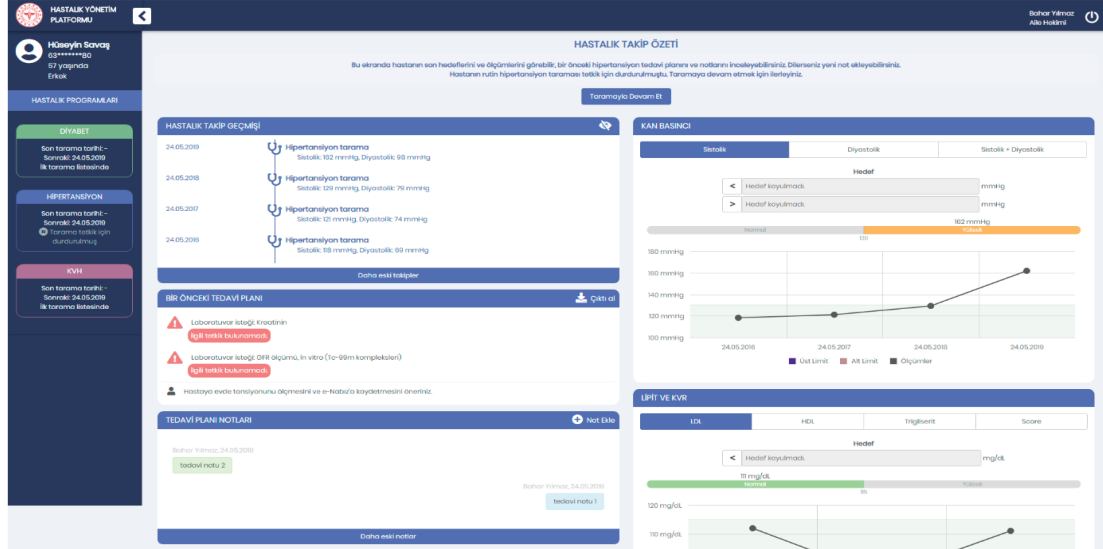
Hasta Listesi Ekranı

- HYP’de yer alan Populasyon Takibi bölümünde hekim kendi hedef kitle populasyonundaki hastalarının tüm hastalıklar için ayrı ayrı tarama ve izlem istatistiklerini görebilir. Bu alanlarda ‘Toplam Hasta’ sayısı, ‘Zamanında Taranan/İzlenen’ hasta sayısı ve oranı, ‘Taraması/İzlemi devam eden’ hasta sayısı ve oranı, ‘Taraması/İzlemi durdurulan’ hasta sayısı ve oranı, ‘Taraması/İzlemi geciken’ hasta sayısı ve oranı ve ‘Hiç Taranmayan/İzlenmeyen’ hasta sayısı ve oranı görüntülenebilmektedir.



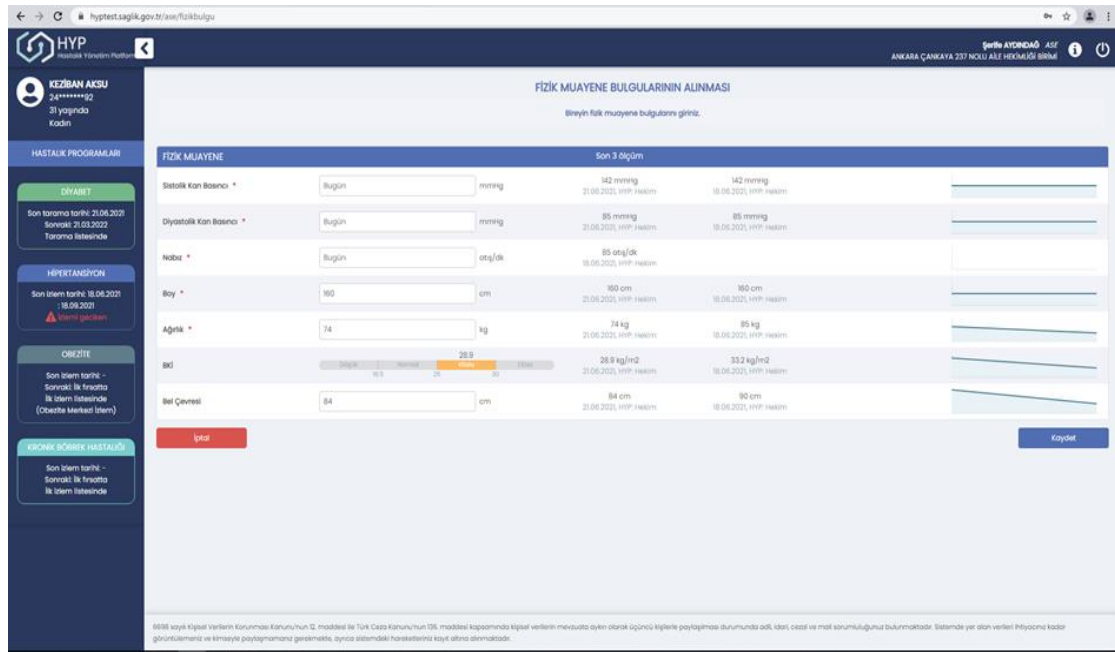
Nüfus Takibi Ekranı

- HYP de hastanın herhangi bir hastalık programı için taraması veya izlemi başlatılacağı zaman öncelikle hastayla ilgili genel bilgilerin görüntülediği hasta ekranı açılır ve bu bölümde hastanın demografik bilgileri ve hastalık programlarındaki durumları, hastanın tarama ve izlem geçmişi ile sağlık kurumu ziyaretlerinin kronolojik gösterimi, hastanın tedavisi ile ilgili son takipte verilen öneriler, hasta için girilmiş tedavi planı notları, hastanın varsa kan basıncı değerleri/hedefleri, lipit, KVR, kan şekeri, yaşam tarzı değerleri/hedefleri vb. ile hastanın e-Nabız’a girdiği ölçümleri (Kilo, tansiyon gibi) de görüntülenebilmektedir.



Hasta Takip Ekranı

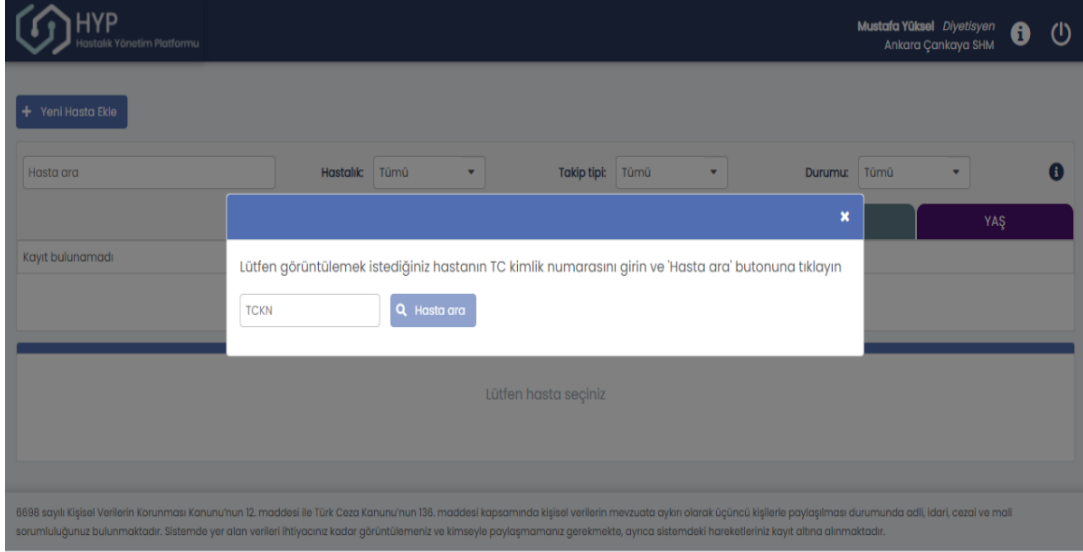
- HYP’de yer alan Aile Sağlığı Çalışanı ekranı ile Aile Sağlığı Çalışanı bağlı bulunduğu birimdeki tüm hastaları görüntüleyebilmekte, popülasyonunu filtreleyebilmekte, isim ve TC Kimlik Numarası ile hasta arayabilmekte ve hastalar için temel fizik muayene ölçümlerini girebilmektedir.



Aile Sağlığı Çalışanı Takip Ekranı

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan fizyoterapist, diyetisyen ve psikologlar aile hekimi tarafından SHM’deki sağlık çalışanlarına sevk edilen hastaların temel bilgilerine ‘Hasta Takip Özeti’ ekranından erişebilmektedir. Bu erişimin sağlanması için ‘HYP üzerinden aktif bir tarama / izlem işlemi sırasında ilgili yardımcı sağlık uzmanına sevk edilmesi ve erişmeye çalışan yardımcı sağlık uzmanının aynı ilde bulunması’ şartı aranmaktadır.

Tüm sağlık çalışanları Hastalık Yönetim Platformu’na <http://hyp.saglik.gov.tr> adresi üzerinden giriş yaptıktan sonra alttaki ekranla karşılaşılır. Kullanıcı hastasının T.C. Kimlik numarasını yazarak sistemde hastasını arayabilir ve kendi hasta listelerine ekleyebilirler.



Yardımcı Sağlık Uzmanı kullanıcıları tarafından listelerine hastaların eklenmesi

7.2.2. Hipertansiyon

18 yaş ve üzeri sağlıklı erişkinlerde yılda en az bir kez, hipertansiyon (140/90 mmHg ve üstü) tanısı almış erişkinlerde ise yılda 4 kez kan basıncı ölçülmelidir.

Hipertansif hastalarda ve normotansif/prehipertansif özel riski olan bireylerde (50 yaş üstü, kilolu/obez, sigara içen, şeker hastası olan, ailede kronik böbrek yetmezliği hikâyesi, ailede erken yaş ateroskleroz, üriner sistem hastalığı belirtileri/öyküsü ve ateroskleroz vb.) öyküsü varsa;

- Kan basıncı ölçümü
- Boy ölçümü
- Kilo ölçümü
- Bel çevresi ölçümü

her yıl düzenli olarak yapılmalıdır.

Kardiyovasküler riskin yüksek olduğu hastalarda kan basıncı takipleri daha sık yapılmalıdır.

Hipertansif hastalarda ve normotansif/prehipertansif özel riski olan bireylerde (50 yaş üstü, kilolu/obez, sigara içen, şeker hastası olan, ailede kronik böbrek yetmezliği hikayesi, ailede erken yaş ateroskleroz, üriner sistem hastalığı belirtileri/öyküsü, taş, prostat hipertrofisi, sık idrar yolu enfeksiyonu, idrar inkontinansı ve ateroskleroz vb.) öyküsü varsa;

- Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi (tahmini glomerüler filtrasyon hızı, kreatinin, ürik asit)
- Tam idrar tetkiki
- Açlık kan glukozu
- Lipid profili (total kolesterol, LDL kolesterol, HDL, trigliserid)
- Mikroalbuminüri tetkikleri
- EKG

her yıl düzenli olarak yapılmalıdır.

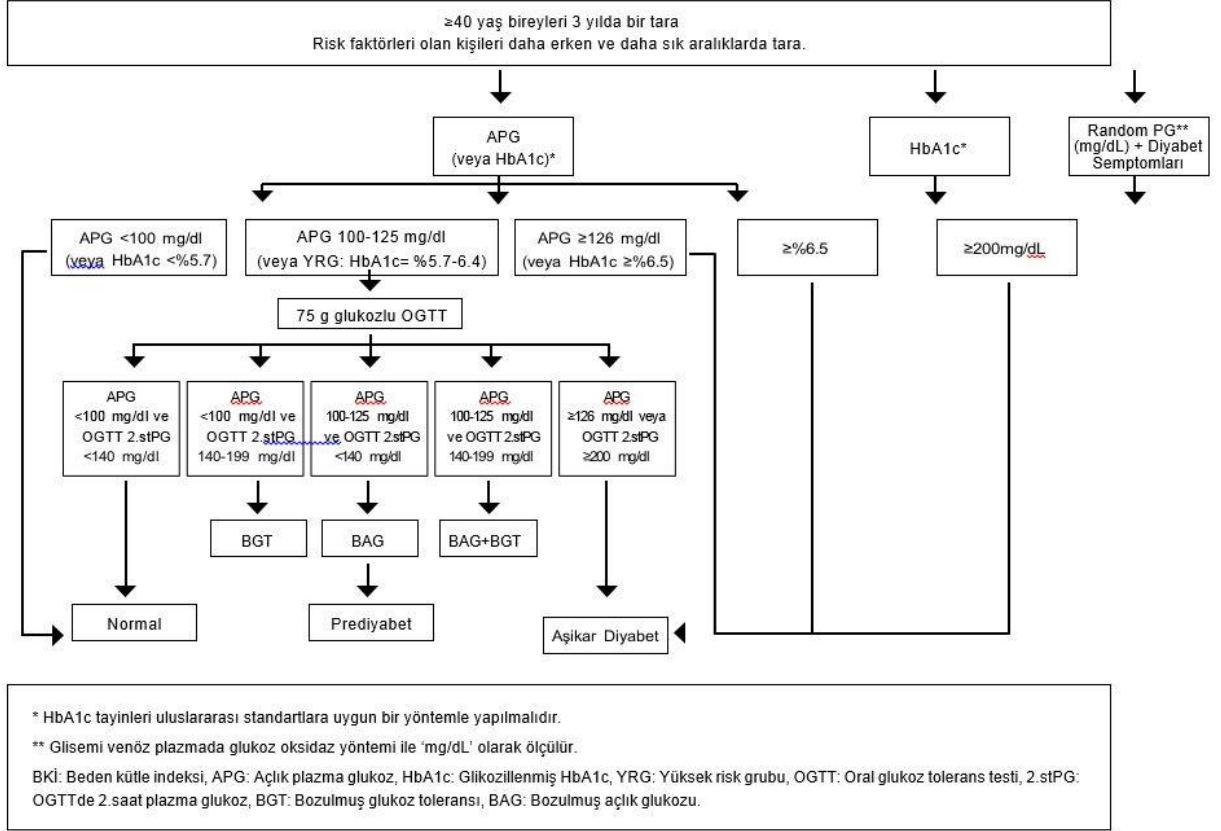
Hekim her muayenede sağlıklı birey/hasta için yaşam tarzı önerilerinde (sağlıklı beslenme, fizik aktivite, tütün ve alkol bırakma) bulunmalıdır.

7.2.3. Diyabette Danışmanlık Hizmetleri

7.2.3.1. Diyabet Tanı Kriterleri

Diyabet veya prediyabet tanısı; açlık plazma glukozu (APG), standart (75 gram(g) glukozlu 2 saatlik) oral glukoz tolerans testi (OGTT) ve glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c; A1C) ölçümleri ile konur. Bir test ile tanı koymadan önce, test mutlaka tekrarlanmalı veya diğer bir testle doğrulanmalıdır. Erişkinlerde diyabet tarama ve tanı algoritması aşağıda gösterilmiştir.

Erişkinlerde Tip 2 Diyabet Taraması ve Tanılama



7.2.3.2. Diyabet Tarama Kriterleri

Tip 1 diyabet için rutin tarama önerilmemektedir. Tüm yetişkinlerde 40 yaşından itibaren 3 yılda bir, tercihen Açlık Plazma Glukoz (APG) ölçümü ile diyabet taraması yapılmalıdır.

Tip 2 diyabet risk faktörleri aşağıda özetlenmiştir:

35 yaş üzerinde olup BKİ ≥25 kg/m² bulunan aşağıdaki risk faktörlerinden bir ya da birkaçı bulunan bireyler diyabet açısından risklidir.

- Ailede diyabet öyküsü
- Prediyabet
- Hipertansiyon
- HDL-kolesterol <35 mg/dL ve trigliserid >250 mg/dL
- Kardiyovasküler hastalık
- Fazla kiloluluk veya obezite
- Polikistik over sendromu
- Gestasyonel diyabet öyküsü
- Makrozomik (4,5 kg'nın üzerinde) bebek doğurma öyküsü
- İnsülin direnci ile ilişkili durumlar [akantozis nigrikans, non-alkolik yağlı karaciğer (NAYK) hastalığı ve özellikle non-alkolik steatohepatit (NASH)]
- Şizofreni
- Bazı ilaçların (kortikosteroid, atipik antipsikotikler, antidepresanlar, statinler vb.) kullanımı
- Fiziksel inaktivite
- Solid organ (özellikle böbrek) transplantasyonu öyküsü

(APG: Açlık plazma glukoz, BKİ: Beden kütle indeksi, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, HDL-kol: Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol, PKOS: Polikistik over sendromu)

7.2.3.3. Gestasyonel Diyabet Taramasının Önemi ve Risk Faktörleri

Gestasyonel diyabet tarama ve tanısı için ülkemizde 24.-28. gebelik haftasında iki yaklaşımdan biri uygulanabilir.

Ayrıca aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi birine sahip nondiyabetik gebelerde, gebelik tespit edildiği anda gebe olmayan erişkinlerde olduğu gibi diyabet taraması yapılması tavsiye edilmektedir.

Gestasyonel Diyabet Risk Faktörleri

- Obezite
- Daha önce GDM öyküsü
- Anne yaşının 40'tan büyük olması
- Glukozüri
- Daha önce tespit edilmiş glukoz yüksekliği (prediyabet) öyküsü
- Birinci derece akrabalarda diyabet
- Makrozomik bebek doğurmak
- PKOS

7.2.3.4. Prediyabet

Normal glukoz metabolizması ile aşikâr diyabet arasındaki süreç 'prediyabet' olarak adlandırılır. Bu süreç, normal kan glukoz değerleri ile diyabetik değerler arasında gri bölge olarak ifade edilebilir. Prediyabet tanımlamasına giren durumlar şunlardır.

- Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG): APG düzeyinin 100- 125 mg/dL arasında olması
- Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT): 75 g glukozlu OGTT testinde 2. st PG düzeyinin 140-199 mg/dL arasında olması
- Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu (BAG + BGT): APG düzeyinin 100- 125 mg/ dL ile birlikte 75 g glukozlu OGTT testinde 2. st PG düzeyinin 140-199 mg/dL arasında olması
- Yüksek Risk Grubu (YRG): HbA1c'nin %5,7-6,4 arasında olması.

Prediyabet, ileride diyabet gelişme riskinin yüksek olduğunun bir göstergesidir ve sadece diyabet için değil, kardiyovasküler hastalıklar için de yüksek risk oluşturur. BAG ve BGT obezite, dislipidemi ve hipertansiyon ile ilişkilidir. Popülasyon özelliklerine ve prediyabet tanımına göre değişmekle birlikte, çalışmalarda yılda %5-10 prediyabetli bireyin diyabet aşamasına geçtiği gösterilmiştir. BGT için yıllık diyabet insidansı %4-6, BAG için %6-9 ve her ikisinin birlikteliği (BAG + BGT) durumunda ise %15-19 olarak belirlenmiştir. İzole BAG saptanan bireylerin kardiyovasküler hastalık riski BGT, BAG+BGT veya YRG kategorilerine göre daha düşüktür. Öte yandan BAG, diğer prediyabet kategorileri ile birlikte de görülebileceğinden BAG saptanan bireylerde HbA1c veya OGTT ile de araştırma yapılması uygun olacaktır.

7.2.3.5. Diyabet Yönetimini Güçlendirmeye Yönelik Uygulamalar

Aile hekimlerinin diyabet açısından risk altındaki nüfusunu tanımlaması, gerekli tarama tetkiklerini yaptırması ve diyabet tanısı almış bireyleri uygun sıklıkta izlemesi, komplikasyonların azaltılması için gerekli tetkikleri yaptırması veya konsültasyon için kişileri yönlendirmesi beklenmektedir. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve basılarak tüm ASM'lere dağıtılan "Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehber" hem obezite hem de diyabetle ilgili tanı, tedavi ve izlem için kaynak olarak kullanılabilir.

Diyabetli bireylerin aile hekimine ilk başvurusunda veya yeni tanı konulduğunda klinik durumuna göre SHM'ye yönlendirilmesi hem fiziksel aktivite hem de bireysel beslenme danışmanlık hizmetlerini düzenli olarak alması sağlanmalıdır. Diyabetin hasta tarafından etkin yönetimi için SHM'ye düzenli başvurusu, beslenme ve fiziksel aktivite konularında katılımcı ve bilinçli olması önemlidir.

7.2.4. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi

Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ile "10 yıllık zaman dilimi içinde ölümcül koroner kalp hastalığı, inme ve geçici iskemik atak geçirme riski hesaplanmaktadır".

Risk Kategorileri

Yüksek Risk (%5-9 arası)

- Belirgin olarak yükselmiş tek risk faktörleri olanlar;
- Özellikle kolesterol >310 mg/dL (>8 mmol/L (örneğin, ailesel hiperkolesterolemide)
- Kan basıncı \geq 180/110 mmHg
- Diabetes mellituslu bireyler (tip 1 DM'li gençler hariç ve önemli risk faktörleri olmayan düşük veya orta derecede risk altında olanlar)
- Orta kronik böbrek hastalığı olan bireyler (GFR 30-59 mL/dak /1.73 m²).

Orta Risk (%1-4 arası)

- SCORE puanına göre 10 yıllık ölümcül KVH riski \geq %1 ve <%5 olanlar.
- Çoğu orta yaşlı kişi bu kategoriye girmektedir.

Düşük Risk (<%1)

- Hesaplanmış SCORE puanı <%1 olanlar

Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Yaklaşım

- Düşük riskli (%1'den az) olan bireylere; Genel tıbbi muayeneyi tamamlayarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinde bulunulmalıdır.
- Orta riskli (%1-4) olan bireylere; Hipertansiyon ve/veya hiperlipidemi için yaşam tarzı değişiklikleri önerileri ile birlikte antihipertansif ve/veya antihiperlipidemik tedavi başlanmalıdır.
- Yüksek (%5-9) ve çok yüksek (%10 ve üzeri) riskli bireylere; Hipertansiyon ve/veya Hiperlipidemi ve/veya Diyabet için yaşam tarzı önerileri verilip tedavileri başlanarak daha ileri tetkik ve tedavi planı için uzman hekime yönlendirilmelidir.

Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklıkları

Risk Grubu	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklığı
Düşük Risk Grubu	2 Yılda bir
Orta Risk Grubu	6-12 ayda bir
Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel izlem sıklığı belirleyiniz
Çok Yüksek Risk Grubu	Kişiye özel izlem sıklığı belirleyiniz

7.2.5. Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi ve İzlemi

Hekim tarafından 65 yaşını aşmış her birey genel sağlık durumu değerlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme (fonksiyonel bağımsızlık değerlendirilmesi ve mental durum değerlendirilmesi) ve ilaç kullanım durumu değerlendirilmesi en az yılda bir kez yapılır. Değerlendirmede tüm testleri normal olarak belirlenen bireyler 5 yıl sonra tekrar değerlendirilir.

Değerlendirmeler yaşlı bireyin bağımlılık durumuna uygun olarak sağlık kurumunda, (aile sağlığı merkezi/toplum sağlığı merkezi/sağlıklı yaşam merkezi) bireyin evinde ve/veya huzurevinde/bakımevinde yapılabilir.

Yaşlı bireyin sağlık durumuna dair geçirilmiş hastalıklar, Alzheimer / demans varlığı, sigara kullanımı, fiziksel aktivite durumu, beslenme alışkanlıkları, işitme ve görme sorunları, inkontinans varlığı, ağız ve diş sağlığı sorunları, ilaç kullanım durumu ve sağlığın sosyal belirleyicileri vb. bilgiler bütüncül bakışla ele alınmalıdır.

Genel fizik muayene bulguları (boy, kilo, kan basıncı vb.) kaydedilir.

Yaşlı izlemi için önerilen çok yönlü geriatrik değerlendirmeler yapılarak kaydedilir.

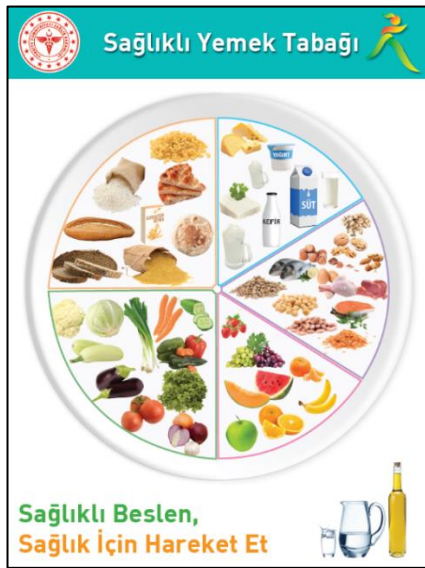
- Mental durum değerlendirilmesi
- Duygu durum değerlendirilmesi
- Görme değerlendirilmesi
- İşitme değerlendirilmesi
- Ağız ve diş sağlığı değerlendirilmesi

- Beslenme değerlendirmesi
- Bası yarası/ağrı değerlendirmesi
- Uyku durumu ve uyku bozuklukları
- Yürüme ve denge bozuklukları
- İnkontinans
- İhmal/ istismar değerlendirmesi yapılarak kaydedilir.

Kronik hastalık tarama ve izlemleri (HT, DM, kanser, kardiyovasküler risk değerlendirmesi vb. konularda) ilgili kılavuzlara uygun olarak yapılır. Kadınlar için 65 yaş üstü ve erkekler için 70 yaş üstü en az bir kez kemik densitometrisi ölçümü ile tarama yapılmasını sağlar.

7.3. OBEZİTE VE DİYABET/SAĞLIKLI BESLENME DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

Obezitenin önlenmesi, sağlıklı beslenme ve hareketli hayatın teşvik edilmesinde aile hekimleri, aile sağlığı çalışanları ve diyetisyenler önemli konumdadırlar. Bu doğrultuda birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimleri, aile sağlığı çalışanları ve İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM/SHM’de görevli diyetisyenlerin yararlanmaları için rehber, broşür, kontrol listesi vb. materyaller geliştirilmiştir.



Örnek Yürüyüş Programı
Yürüyüş programı her hafta 5'er dakika arttırılmalıdır.

	ISINMA	TEMPOLU YÜRÜTÜŞ	SOĞUMA	TOPLAM ZAMAN
1.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 5 dakika	Yavaş 5 dakika	15 dakika
2.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 8 dakika	Yavaş 5 dakika	18 dakika
3.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 11 dakika	Yavaş 5 dakika	21 dakika
4.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 14 dakika	Yavaş 5 dakika	24 dakika
5.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 17 dakika	Yavaş 5 dakika	27 dakika
6.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 20 dakika	Yavaş 5 dakika	30 dakika
7.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 23 dakika	Yavaş 5 dakika	33 dakika
8.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 26 dakika	Yavaş 5 dakika	36 dakika
9.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 30 dakika	Yavaş 5 dakika	40 dakika
10.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 35 dakika	Yavaş 5 dakika	45 dakika
11.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 40 dakika	Yavaş 5 dakika	50 dakika
12.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketli 50 dakika	Yavaş 5 dakika	60 dakika



Diyabette olduğu gibi obezite de kronik bir hastalıktır ve birinci basamak sağlık kurumlarında Hastalık Yönetim Platformu (HYP) kapsamında rehber eşliğinde tarama ve izlemi yapılması

gerekmektedir. HYP kapsamında yer alan obezite modülü 18 yaş ve üzerindeki her yetişkinin obezite taramasının ardından tanı konulan kişilerde klinik rehberlerdeki önerilere göre izlem/sevk değerlendirmesinin yapılmasını sağlar.

- Vücut ağırlığı ölçülerek HYP Beden Kütle İndeksi hesaplanmalıdır.
- Bel çevresi ölçülmelidir.
- Beslenme alışkanlıkları sorgulanmalıdır.
- Kişilerin beslenme alışkanlıkları sorgulanmalıdır.
- Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunulmalıdır.
- Fiziksel aktivite durumu sorgulanmalı ve verilen cevaplar orta şiddetli ve şiddetli fiziksel aktiviteyi içermiyorsa yetersiz fiziksel aktivite olarak değerlendirilmeli ve cevaplar işaretlenmelidir. Yeterli fiziksel aktivite, özellikle düzenli yürüyüş için teşvik edilmelidir. Yaş, kronik hastalık gibi risk faktörleri olanlar düzenli fiziksel aktivite öncesinde ilgili uzmanlık alanına yönlendirilmelidir.
- Obezite izlemde; gerekli risk faktörleri ve ilişkili hastalıklar için anamnez alınarak tüm veriler HYP sistemine kaydedilir.
- İzlemde HYP'de her adımda rehberine uygun öneriler verilerek izleme devam edilmelidir.
- BKİ değeri 30 kg/m² üstünde ve birlikte kronik hastalığı olan bireyler ile BKİ değeri 40 kg/m² üstünde olan bireyler 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşuna sevk edilir. Bu kriterlere sahip bireyler HYP sisteminde Aile Hekiminin izlem listesinden çıkarılır.

Aile Sağlığı Merkezlerinde Obezite ve Diyabet Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Aile hekimleri tarafından HYP'de yer alan modüller ile kendi nüfusuna kayıtlı bireylerin tarama ve izlemleri yapılıyor mu?
- Obezite ve diyabet tanısı almış olgular boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri ile HYP'de kayıt altına alınıyor mu?
- Aile hekimleri 18 yaş üzeri nüfus için BKİ hesaplaması sonrasında obez bireyleri E66 koduyla AHBS'ye kaydediyor mu?
- Obezite ve diyabet tanısı alan kişilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında; diyabetli kişilere öz bakım konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu?
- Aile hekimi, İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezleri/Sağlıklı Hayat Merkezlerinde bulunan Obezite ve Diyabet/Beslenme Danışmanlığı Birimlerinde bulunan diyetisyen ile iş birliği içinde hastalarının sağlıklı beslenme ve ağırlık yönetimi takibini yapıyor mu?
- Morbid obez ve immobil bireylere Evde Bakım Hizmeti ve ziyaretleri yapılıyor mu?
- İlgili mevzuat doğrultusunda, hizmet bölgesindeki okullarda bulunan Tip 1 veya Tip 2 diyabet tanısı almış öğrencilerin takibi okul yönetimiyle iş birliği içerisinde gerçekleştiriliyor mu?

Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde Obezite ve Diyabet Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Obezite ve Diyabet /Beslenme Danışmanlığı Birimi var mı?
- Obezite ve Diyabet /Beslenme Danışmanlığı Biriminde diyetisyen bulunuyor mu?
- Gerekli hallerde hedef nüfusun obezite ve fiziksel aktivite açısından periyodik taramaları ve araştırmalar gerçekleştiriliyor mu? (Örnek COSI, TBSA araştırmaları)
- Hizmet bölgesinde obezite, diyabet, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite konularında düzenli hizmet içi eğitimler yapılıyor mu?
- Binada Obezite ve Diyabet /Beslenme Danışmanlığı Biriminde sağlıklı yemek tabağı, besin piramidi afişleri asılı mı?
- İlgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği halinde obezite, diyabet, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmeti veriliyor mu? (Örneğin İlçe Millî Eğitim, Tarım İlçe Müdürlükleri, belediyeler vb.)
- İlgili mevzuat doğrultusunda öğrencilerin, öğrenci velilerinin ve okul çalışanlarının diyabetle ilgili eğitimleri okul yönetimiyle iş birliği içerisinde gerçekleştiriliyor mu?
- Binada sağlıklı yemek tabağı, besin piramidi afişleri asılı mı?

İl düzeyinde Obezite ve Diyabet Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Obezite ve Diyabet /Beslenme Danışmanlığı Birimleri destekleniyor mu?
- Diyetisyene çalışma alanı oluşturulmuş ve malzeme desteği (Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA) Cihazı, tartı, boy ölçer, mezura vb.) sağlanmış mı?
- HYP ve HSYS'ye danışan kayıtlarının/veri girişlerinin düzenli ve güvenilir bir şekilde yapılması takip ediliyor ve sağlanıyor mu?
- İllerde hizmet içi eğitimler düzenlenmesi ve halk eğitimlerini gerçekleştirilmesi sağlanıyor mu?
- Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı diyabet izlemelerini ve kayıtlarını yapıyor mu?
- Özel günlerde etkinlikler düzenleniyor mu?
- Toplum sağlığını geliştirmeye yönelik iyi uygulamaların çoğalması ve sürdürülebilmesi için çalışmalar yürütülüyor/çalışmalara gerekli destek veriliyor mu?
- İl genelinde okullarda verilen obezite, diyabet, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında verilen eğitimlerin sürekliliği sağlanıyor ve düzenli kayıtları tutuluyor mu?

7.4. PSİKOSOSYAL DESTEK

Psikososyal destek; bireyin yaşamıyla ilgili baş etmekte zorlandığı durumlarda uygulamaya koyulan, iyilik halini amaçlayan ve aynı zamanda koruyucu ve önleyici her türlü psikososyal müdahale biçimini kapsar.

Psikososyal Destek Birimi; kişinin/çocuğun ruhsal ve/veya fiziksel sağlık sorunları, evlilik veya çift ilişkisi, aile ve çocuklarla iletişim, iş veya okul yaşamı, özel yaşamı gibi konularda yaşanan psikolojik ve sosyoekonomik sorunların çözümü amacıyla gereken müdahaleyi yapan birimdir. Bu birimde sunulan hizmetler:

- Çocukluk Döneminde Danışmanlık
- Ergenlik Döneminde Danışmanlık
- Ebeveynlere Yönelik Danışmanlık
- Yetişkinlik Döneminde Sorunlara Yönelik Danışmanlık
- Yaşlılık Döneminde Danışmanlık
- Menopoz Döneminde Danışmanlık
- Hamilelik Döneminde Danışmanlık
- Obezite Olgularında Danışmanlık
- Kansere Hastası ve Yakınlarına Yönelik Danışmanlık
- Madde Kullanım Danışmanlığı
- Sigara Bırakma Danışmanlığı
- Diğer Danışmanlık Hizmetleri

Sağlıklı Hayat Merkezinde yürütülecek danışmanlık faaliyetleri, tanı ve tedavi bakış açısını değil, psikolojik danışma temel ilkelerini esas almaktadır.

Danışmanlar ileri tanı ve tedaviyi gerekli gördüğü hallerde ya da sağlık, sosyal, ekonomik, hukuki veya güvenlikle ilgili konularda destek alması gerektiğini düşündüğünde danışanını uygun kurumlara yönlendirmektedir.

7.4.1. 0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı

0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programının amacı; çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını birinci basamak sağlık hizmetleri içine entegre ederek, gebe ve çocuğun biyopsikososyal bakış açısı ile bütüncül olarak izlenmesini sağlamaktadır.

Programın Amaçları

Birinci basamakta gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuk gelişiminin ve sağlığının bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarını bütün olarak gözetken bakış açısıyla düzenli olarak izlemek, ihtiyacı olan aileleri sosyal destek sağlayan kurumlara yönlendirmek, ana-baba-çocuk-sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirmek, aileleri çocuk gelişimi (çocuklarıyla konuşmaları, kitap okumaları, oyun oynamaları, beslenme vb.) ve temel bakımla ilgili bilgilendirmek, çocuğun psikososyal gelişimi ve gelişimin desteklenmesi konularında sağlık personelinin farkındalığını artırmak, gelişimi engelleyebilecek risk faktörü ve patolojileri erken dönemde belirlemektir.

Programın Uygulanması

- Eğitim almış ebe/hemşireler tarafından; yeni tespit edilen bütün gebe, anne, bebek, çocuk ve babalar görüşme formu ile izlenmektedir.
- Gerekli durumlarda hekim ile görüşme sağlanmaktadır.
- Aile hekimi tarafından gerekli durumlarda olgular 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir.
- Sağlık kurumları dışında destek gerektiren durumlar için, aileler sorunlarına uygun destek alabilecekleri il içerisindeki kurumlara yönlendirilmektedir.

Program Kapsamında İzlenen Risk Faktörleri

- Beslenme yetersizliği düzeyinde yoksulluk
- Çevresel gelişim gerilikleri
- Anne/baba ruhsal bozuklukları
- Şiddet
- İhmal-İstismar

Riskli olgular tespit edilerek, sorunlarına uygun destek alabilecekleri il içerisindeki kurumlara yönlendirilmektedir.

Gebe-Bebek-Çocuk-Baba Psikososyal İzlem

Gebelik Dönemi	Bebeklik ve Çocukluk Dönemi	Baba Görüşmesi Gebelik Dönemi	Baba Görüşmesi Çocukluk Dönemi
2 görüşme	6 görüşme	1 görüşme	2 görüşme
1.Görüşme (...hf) 2.Görüşme (...hf)	0-1 ay 2-6 ay 7-12 ay 13-18 ay 19-24 ay 25-59 ay	0-9 ay	0-12 ay 13-59 ay

7.4.2. ÇPGD Programı Kapsamında İl Değerlendirmesinde Kontrol Edilmesi Gerekenler

- ÇPGD Gebe, Bebek-Çocuk izlemleri yapılıyor mu?
- ÇPGD Psikososyal İzlem formları kullanılıyor mu? (İzlem formlarının birebir aynısı AHBS'ye entegre edilmişse form kullanmadan da izlem yapılabilir.)
- AHBS'ye veri girişleri yapılıyor mu?

7.5. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Toplum Sağlığı Merkezlerince okul sağlığına yönelik hizmetler 05.02.2015 tarihli 29258 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" kapsamında verilmektedir. Adı geçen yönetmeliğin 30. Maddesinde "(1) TSM'nin toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır:

- Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek,
- Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerindeki suların kaynaklarını ve şebeke durumunu değerlendirmek ve depo denetimini yapmak; bakteriyolojik ve kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri almak; değerlendirme sonuçlarına göre ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte gerekli çalışmaları yapmak,
- Bölgesindeki öğrencilerin okula kayıtları sırasında, kayıtlı oldukları aile hekimi tarafından periyodik muayenelerinin yapılmasını sağlamak; elde edilen verileri ve aşılama durumlarını değerlendirmek; sonuçları yazılı olarak ya da elektronik ortamda müdürlüğe bildirmek ya da bildirilmesini sağlamak,
- Okul çağı çocuklarının aşılarını yapmak veya yapılmasını sağlamak ve sonuçları müdürlüğe bildirmek,
- Aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kuruluşları ile iş birliği yaparak okullarda, aile ve okul idaresinin katılımlarını da sağlayarak tütün, alkol, madde bağımlılığı ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesine dair çalışmaları yapmak,

e) Bakanlık tarafından belirlenen sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi konularda yapılacak eğitim ve uygulamalarla ilgili olarak okul idaresi ile iş birliği yapmak.” hükümleri yer almaktadır.

7.5.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için yılda en az iki kez, Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında “Okul Sağlığı Hizmetleri İş birliği Protokolü”ne uygun olarak; TSM hekimi ve sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirme çalışmalarıdır. Bu çalışmalarda TSM, İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile iş birliği yapar.

Öğrencilerin muayeneleri, Aile Hekimleri tarafından yapılmalı, protokol ekinde yer alan Form 1’in (okul sağlığı öğrenci muayene formu) okullarda çoğaltılarak ilgili bölümlerindeki öğrenciye ait bilgilerin doldurulması, öğrenciye teslim edilmesi ve velisi ile birlikte kayıtlı olduğu Aile Hekimine başvurusu sağlanmalıdır. Muayene aile hekimi tarafından yapıldıktan sonra AHBS’ye de kayıt edilmeli ve ilgili form öğrenciye doldurulmuş halde teslim edilmelidir. Öğrenci, Sınıf Öğretmenine formu geri teslim etmeli, formlar öğretmenlerde toplanmalı ve saklanmalıdır.

7.5.2. Okullarda Sağlık Eğitimi

Sağlığın geliştirmesi ve korunmasını sağlamak ve buna yönelik davranış kazandırmak için, Sağlık Bakanlığı’nın düzenli eğitim programları ile özel gün ve haftalarda okullarda interaktif eğitim tekniklerini kullanarak, hekim ve diğer sağlık personeliyle TSM tarafından, Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü programlar çerçevesinde sağlık eğitimi yapılır. TSM; ASM, Milli Eğitim Müdürlüğü, üniversiteler, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapar.

Sağlık eğitimi; çeşitli eğitim tekniklerini kullanarak hedef gruplara istenilen sağlık, bilgi, tutum, davranış ve değerlerin geliştirilmesini amaçlar. Okullarda sağlık eğitiminin amacı;

- Sağlığın önemini anlatmak,
- Bilgilendirmek ve bilinçlendirmek
- Sağlıklarını en yüksek düzeyde tutacak davranışları kazandırmak
- Eksik bilgilerini tamamlamak
- Yanlış tutum ve davranışları değiştirmektir.

Okullarda Sağlıkla İlgili Yürütülen Programlar

Program/Proje adı	Program sorumlusu
Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı	HSGM, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları	HSGM, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
Beyaz Bayrak Projesi	HSGM, Çevre Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Büyüme Gelişiminin İzlenmesi Programı	HSGM, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Fiziksel Aktivite Karnesi	HSGM, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
Okul Çağı Çocuklarının Aşılamaları	HSGM, Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Dairesi Başkanlığı
Okul Çağı Çocuklarında İştih Tarama Programı	HSGM, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı
Okullarda Diyabet Eğitimi Programı	HSGM, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
Okullarda Şiddetin Önlenmesine Yönelik Çalışmalar	MEB
Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı	YEŞİLAY HSGM, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı

7.6. TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE HİZMETLERİ

7.6.1. Tütün Kontrol Çalışmaları

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşmasını önlemeye yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanarak 2003 yılında ülkelere sunulan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi bu konudaki ilk uluslararası sağlık anlaşmasıdır. Bugün itibarıyla 182 ülke tarafından imzalanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)”, ülkemiz adına dönemin Sağlık Bakanı tarafından 2004 yılında imzalanmış ve 5261 sayılı Kanun ile ülkemiz tarafından da kabul edilmiştir.

TKÇS'nin imzalanması ile birlikte ülkemizde başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar ivme kazanmıştır. İlgili Bakanlıklar, Üniversiteler ve Sivil Toplum Örgütlerinden 130'a yakın uzmanın iş birliği ile hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır.

Eylem planında yer alan hedef, strateji ve faaliyetler günümüz şartları da göz önünde bulundurularak 2015-2018 yıllarını kapsayacak şekilde güncellenmiştir. Bakanlığımız koordinasyonunda ilgili bakanlıklar, üniversiteler, medya ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin katkılarıyla hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2015-2018” 27 Ocak 2015 tarih ve 29249 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Başbakanlık Genelgesiyle yürürlüğe girmiştir.

Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planının uygulanması ve planda yer alan faaliyetlerin il düzeyinde yerine getirilmesinin koordinasyonu ve takibi, tütün ve tütün ürünlerinin zararları ile mücadele ve kontrol faaliyetlerini yürütmek üzere, illerde Bakanlığımızın 24.05.2007 tarih ve 11083 sayılı (2007/38) genelgesiyle tüm illerde İl Hıfzıssıhha Meclisi kararı ile “İl Tütün Kontrol Kurulu” kurulmuştur.

İlde bulunan; tüm kamu kurum ve kuruluşları, üniversite, yerel basın kuruluşları, spor kulübü ve sivil toplum örgütlerinin kurula dâhil edilmesiyle mümkün olduğunca geniş bir katılım sağlanarak, tütün kontrolü çalışmaları bu kurul koordinasyonunda yürütülmektedir. Kurul, ayda bir kez vali ya da vali yardımcısı başkanlığında toplanmakta olup, Kurulun sekretarya işlemleri İl Sağlık Müdürlüğüne yapılmaktadır.

7.6.1.2. 4207 Sayılı Kanun Kapsamında Gerçekleştirilen Denetimler

Vatandaşlarımızın tütün dumanından etkilenmeden dumansız hava soluma hakları, 4207 sayılı Tütün ve Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile güvence altına alınmıştır. Kanun kapsamında vatandaşlarımızı tütün ürününün zararlarından korumak amacıyla vali veya yardımcısı başkanlığında oluşturulan il tütün kontrol kurulları koordinasyonunda denetim ekipleri görevlendirilmiştir.

Denetim ekiplerimiz; ildeki kamu kurum ve kuruluşlarında (sağlık müdürlüğü, emniyet müdürlüğü, milli eğitim müdürlüğü, belediyeler vs.) görev yapan, valilik ve kaymakamlıklarca yetkilendirilmiş en az iki kamu personeli ile kolluk kuvveti (polis, jandarma) temsilcisinden oluşmaktadır. Ülke genelinde denetimler 7/24 esasına göre sürdürülmektedir.

Oluşturulan ekiplere İl Sağlık Müdürlüğü tarafından; 4207 sayılı Kanun hükümleri, denetimde dikkat edilecek hususlar, Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi yönetim paneli ve kullanıcı paneli, denetim ekiplerinin görev ve sorumlulukları konularında hizmet içi eğitim verilerek bu eğitimi alan denetçilere katılım belgesi verilmektedir.

Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHSDS)

- 4207 sayılı Kanun kapsamında gerçekleştirilen denetimlerin;
- Daha hızlı ve etkin yapılması,
- Denetim verilerinin anlık olarak izlenerek değerlendirilebilmesi,
- Denetimlerin bir program dahilinde yapılması aşamasında il bazında tüm işletmelerin denetlenmesinin sağlanması,
- Bizzat denetim ekiplerince ihlal tekerrürlerinin sistem üzerinden görülerek takip edilmesi,
- İhlallerin tespit edilmesi durumunda delil niteliği taşıyacak fotoğraf ve video kayıtlarının yapılarak merkeze iletilmesi,

amacıyla 30 Eylül 2012 tarihinden itibaren GPS Mobil Cihaz İzleme Sisteminin kullanıldığı Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi (DHSDS) hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda kullanılmak üzere yaklaşık 1500 adet tablet bilgisayar dağıtılmıştır.



ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) – Tütün İhbar Hattı

Denetimler, ildeki tüm işletmeleri kapsayacak şekilde oluşturulan program dâhilinde yapılan rutin denetimler şeklinde gerçekleştirilmenin yanı sıra, kapalı alanda tütün tüketimine şahit olan vatandaşlarımızdan gelen ihbarlara müdahale şeklinde de gerçekleştirilmektedir. Bakanlığımızın iletişim hattı olan ALO 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hattını kapalı alanlarda sigara içilmesine yönelik ihbar ve şikâyetleri alacak şekilde yapılandırılarak DHSDS ile entegre çalışması sağlanmıştır. DHSDS'nin hayata geçtiği 30 Eylül 2012 tarihinden bugüne kadar 674.092 ihbar sisteme kaydedilmiştir.

ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) – Tütün İhbar Hattı süreç akışı şu şekildedir:

- ✓ 4207 sayılı Kanun hükümlerinin ihlallerine yönelik telefon veya Yeşil Dedektör aracılığıyla gelen ihbar ve şikâyet çağrıları, ALO 184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)'de görevli, tütün kontrolü eğitimi almış operatörler aracılığıyla karşılanır.
- ✓ Merkez tarafından değerlendirilen ihbar ve şikâyetler ilgili adrese en yakın denetim ekibine görev olarak atanır.
- ✓ İhbarı alan ekip ivedilikle verilen adrese gider ve ihbarı yerinde değerlendirir.
- ✓ İhlal tespit ederse gerekli işlemleri yaparak denetime ait görüntü ve tutanakları sistem üzerinden merkeze iletir.
- ✓ Ayrıca ihbarda bulunan kişiye denetim sonucu ile ilgili geri dönüş sağlanır.

Yürütülen tüm bu denetim faaliyetlerinin etkinliğini artırmak amacıyla birtakım çalışmalar yürütülmektedir;

Denetim ekiplerinin kendi bölgelerinde denetim yapmalarının oluşturduğu sıkıntıları engellemek ve diğer illerdeki iyi uygulamaları görmelerini sağlamak amacıyla çapraz denetim uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çapraz denetimlerde ihlal tespit oranlarının rutin denetimlere göre yaklaşık 6 kat, ihbar denetimlerde tespit edilen ihlal oranlarının ise 2,5 kat arttığı görülmüştür.

4207 sayılı Kanun ile yasaklanmış alanlarda tütün mamulleri kullanımına şahit olunması durumunda ihlal bildirimini akıllı telefonlar aracılığıyla yapılan ve Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi ile entegre çalışan **Yeşil Dedektör Mobil Uygulaması** Türkiye Yeşilay Cemiyeti ile iş birliğinde geliştirilmiştir. **Yeşil Dedektör Mobil Uygulaması**, kullanıcıya günlük olarak pasif etkilenim konusunda bilgilendirme içerikli mesajlar paylaşarak bugüne kadar kaç adet ihbarda bulunduğu ve bu şekilde birçok insanın sağlıklarını korumalarına yardımcı olduğu bilgisi verilmektedir.

Kamu kurumlarında tütün ürünü tüketilmesi halinde; 27.05.2008 tarih ve 26888 Resmî Gazete’de yayımlanan “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Yer, Araç, Bina ve Tesislerde Tütün Ürünü Tüketenlere Verilecek İdari Yaptırım Kararlarının Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” hükümlerine göre yetkilendirilmiş personel belirlenerek, belirlenen personel gerekli işlemleri uygulamaktadır.

7.6.1.3. Sigara Bırakma İlaçları Destek Programı

Ülkemizde yürütülen **Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın** bir ayağını **kişilerin sigarayı bırakma çabalarının desteklenmesi** oluşturmaktadır. Bu çerçevede ülkemizde sigara bırakmak isteyen vatandaşlarımızın bu taleplerine karşılık verecek önlemler alınmıştır. Bu önlemlerden bir tanesi **Sigara Bırakma Poliklinikleri’nin (SBP)** açılması olmuştur. 2009 Yılında 62 olan Sigara Bırakma Polikliniklerinin sayısı bugün itibarıyla 581’e ulaşmıştır.

Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik ile SBP’lerin hizmet sunum standartları belirlenmiştir. Bu yönetmelik hükümlerine göre SBP’lerde görev yapacak hekimlerin öncelikle Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitim Birimleri Uzaktan Eğitim Programını (TUBATEB) tamamladıktan sonra gerçekleştirilecek yüzyüze eğitim programını başarıyla tamamlamış olmaları gerekmektedir.

Sigara bırakmak isteyen vatandaşlara sunulan tüm bu hizmetlerin yanında sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçlar ile nikotin replasman preparatları henüz geri ödeme kapsamında değildir. Ancak Bakanlığımız tarafından Cumhurbaşkanlığı kararı doğrultusunda sigara bırakma tedavisinde kullanılan “Vareniklin” ve “Bupropion” etken maddeli ilaçlar ile nikotin replasman preparatlardan satın alınarak sigara bırakma polikliniklerine başvuran hekimler tarafından uygun görülen hastaların sigara bırakma tedavisinde kullanılmaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastaların takiplerinin ve hekimlerce gerekli görülen hastalara verilecek ilaçların dağıtımlarının sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi amacıyla Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS) geliştirilmiştir. Bu sistem aracılığı ile polikliniğe başvuran hastalar merkezden takip edilmekte ve ALO 171 sigara bırakma danışma hattı ile desteklenmektedir. Hem poliklinikte verilen hizmet kontrol edilmekte hem de bırakma planı yapılan kişi yılda 6 defa aranıp cesaretlendirici önerilerle sigara bırakma süreci takip edilmektedir. Sistem üzerinden polikliniklerin başarı durumlarıyla birlikte ilaç stokları da takip edilerek anlık olarak geri bildirim verilmekte ve ilaç sevkiyatı yapılmaktadır.

7.6.1.4. ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı

Sigarayı bırakmak isteyen vatandaşlarımızı teşvik edip bırakma kararını almış olanlara destek olacak şekilde; kişiyi bırakma girişiminde bulunmak için motive etmek, bırakmaya karar vermiş kişilere nasıl bırakacakları konusunda yardımcı olmak, bırakma sürecinde ortaya çıkan yoksunluk semptomları ile ilgili tavsiyelerde bulunmak, sigara bırakma hizmeti sunan sağlık profesyonelleri ve birimleri hakkında bilgi sunarak gerekirse randevularını almak amacıyla 27 Ekim 2010’da ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı kurulmuştur.

Sabit hatlardan ücretsiz olarak aranabilen GSM hatlarından arandığında ilgili firmanın tarifesi doğrultusunda fiyatlandırılan ve 7 gün 24 saat canlı operatörlerle kesintisiz ve kaliteli hizmet veren danışma hattımız bu özellikleriyle dünyadaki en kapsamlı sigara bırakma danışma hattıdır.

7.6.2. Uyuşturucu İle Mücadele Çalışmaları

Ülkemizde uyuşturucuyla mücadele çalışmaları, 2014 yılına kadar Emniyet Genel Müdürlüğü’ne bağlı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) koordinasyonunda yürütülmüştür. 13 Kasım 2014 tarihli ve 29174 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2014/19 sayılı “Uyuşturucu ile Mücadele” konulu Başbakanlık Genelgesi ile **Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu** oluşturulmuştur. Uyuşturucu ile mücadele çalışmalarında üst düzeyde güçlü iş birliğini esas alan bu multisektörel yaklaşım, uyuşturucunun yanı sıra tütün, alkol gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ve kötü alışkanlıkların (teknoloji bağımlılığı, kumar vb.) önlenmesine yönelik çalışmaları içerecek şekilde genişletilerek 9 Aralık 2017 tarihli ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile **“Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu” (BMYK)** olarak yeniden yapılandırıldı.

Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçilmesiyle birlikte bağımlılıkla mücadele çalışmalarının kesintisiz sürdürülmesi ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması amacıyla kurul

yapılarıyla ilgili mevzuat düzenlemesi yapıldı. 14 Şubat 2019 tarihli 30686 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu yeni yapıya uygun olarak yeniden oluşturuldu ve Yüksek Kurulun Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında toplanması talimatlandırıldı.

2015 yılından itibaren, 2015 Uyuşturucuyla Mücadele Acil Eylem Planı (AEP) ve Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi, 2016-2018 yıllarını kapsayan Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planı ve 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı yayımlandı.

Aynı zamanda çalışmaların il düzeyinde yürütülmesini sağlamak üzere vali/vali yardımcısı başkanlığında **Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları** oluşturulmuştur. Anılan Başbakanlık Genelgesi uyarınca Kurullar, Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu Başkanının belirlediği periyotlarda toplanarak çalışmalarını yürütmektedir.

7.6.2.1.ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı

ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı, uyuşturucu ile ilgili danışma ve destek hizmetlerinin doğrudan verildiği, arayan kişinin ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirmelerin yapıldığı 7/24 esasına göre hizmet veren bir çözüm merkezidir.

Kendisi ya da yakını için arayan kişilerin isim ve kimlik bilgileri alınmadan hizmet sunulmaktadır. Ancak hastane randevusu alınacak kişilerden kabul etmesi halinde bu bilgiler alınmaktadır. Uyuşturucu kullandığını beyan eden kişilere bağımlılık risk değerlendirmesi yapılmakta, düşük ve yüksek riskli bireyler belirlenmektedir. Düşük riskli bireyler motivasyonel görüşme yapılarak aile hekimlerine, psikiyatri servislerine, öğrenci ise okulundaki rehberlik servislerine yönlendirilmektedir. Yüksek riskli bireyler ise kullandığı uyuşturucu madde hakkında bilgi verilip, tedavi için motivasyonel görüşme yapılarak psikiyatri servisine ve AMATEM’e yönlendirilmektedir.

Uyuşturucu kullandığını beyan eden kişinin talep etmesi halinde, kendisi için en uygun tedavi merkezinden randevusu da alınmaktadır. Yakınlarının (öğrencisi, çocuğu, eşi, komşu vb.) madde kullanımından şüphe duyan kişilere madde kullanımında görülebilecek davranış değişiklikleri, duygu durumu değişiklikleri, fiziksel etkileri hakkında bilgi verilmektedir.

Danışma hattı tarafından, arayan kişinin kabul etmesi halinde 1 hafta, 15 gün, 1 ay, 3 ay, 6 ay ve 1 yılın sonunda olmak üzere yılda en az 6 defa aranarak tedavi sürecinde destek olunmaktadır.

Uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında uyuşturucu kullanan bireyler ve ailelerin doğru bilgilenebilmelerini sağlamak ve sunulan hizmetlere erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla www.alo191uyusturucuilemucadele.saglik.gov.tr internet sitesi 2017 yılında hizmete açılmıştır.

7.6.2.2. Sağlık Personeline Yönelik Verilen Bağımlılık ile Mücadele Eğitimleri

Uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında birinci basamakta sunulan hizmetlerin etkinliğinin artırılması, aile hekimlerinin uyuşturucu kullanımı ya da bağımlılığı olan bireyler ve yakınlarına gerekli müdahaleleri yapabilecek donanıma sahip olmalarını sağlamak amacıyla “Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı” hazırlanmıştır. Bu eğitim programı çerçevesinde 2015 ve 2016 yıllarında 81 ilin eğitimleri tamamlanmış ve bugüne kadar 20.204 aile hekimine eğitim verilmiştir. Aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusa erken tanı ve danışmanlık hizmeti sunması, uygun hastaların (yüksek bağımlı olmayan) ayakta tedavilerini yapması sağlanmıştır.

Yataklı tedavi merkezlerinin hasta yükünü azaltmaya yönelik ayakta tedavi programları hayata geçirildi. Bağımlılık düzeylerine göre kişilerin hizmet alabilmesi için aile hekimliğinin yanı sıra, psikiyatri klinikleri ve ayaktan tedavi merkezleri de güçlendirildi. Bu kapsamda tüm psikiyatri uzmanlarına bağımlılık eğitimi verilerek 81 ilde psikiyatri kliniklerinin de bağımlılık tedavisinde görev almaları sağlandı.

Madde Kullanım Bozukluğunda Acil Yaklaşım Rehberi hazırlanmıştır. Bu rehber doğrultusunda uzaktan eğitim modülü oluşturmuş ve acil sağlık hizmetlerinde görevli sağlık personelinin bu eğitimleri almaları sağlanmıştır.

Sağlıklı hayat merkezlerindeki Psikososyal Destek Birimlerinde de psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimciden oluşan ekip tarafından kendisi ya da yakınları için bağımlılık konusunda danışmanlık verilmektedir.

7.6.2.3. Tedavi Merkezlerinin Sayı ve Kapasite Artışına Yönelik Çalışmalar

Eylem planları kapsamında tedavi merkezlerinin etkinliğinin artırılması ve tedavi hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) ile Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezlerinin (ÇEMATEM) sayı ve kapasiteleri artırılmıştır.

Yataklı tedavi merkezlerinin hasta yükünü azaltmaya yönelik ayakta tedavi programları hayata geçirildi. Bağımlılık düzeylerine göre kişilerin hizmet alabilmesi için aile hekimliğinin yanı sıra, psikiyatri klinikleri ve ayakta tedavi merkezleri de güçlendirildi. Bu kapsamda tüm psikiyatri uzmanlarına bağımlılık eğitimi verilerek 81 ilde psikiyatri kliniklerinin de bağımlılık tedavisinde görev almaları sağlandı.

Tedavi merkezlerinin sayı ve kapasitesi artırıldı. 2015 Acil Eylem Planının yayımlanmasından önce 33 tedavi merkezinde 712 yatak kapasitesi ile hizmet sunulurken bugün itibarıyla tedavi merkezi sayısı 135'e yatak kapasitesi ise 1388'e yükseltildi.

7.6.3. Alkol Kontrol Çalışmaları

Alkol kullanımı, başta bağımlılık olmak üzere, psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kanserler, akciğer hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler bozukluklar gibi pek çok fiziksel ve psikiyatrik hastalığın nedenidir. Ayrıca alkol; doğum anomalilerine yol açmanın yanı sıra, şiddet, suça eğilim, intihar, aile içi sorunlar, sosyal problemler, trafik kazaları ve iş yeri problemleri gibi pek çok toplumsal, ekonomik ve sosyal sorunun da nedenidir. 2019 yılında yapılan TÜİK-Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusta alkol kullanım sıklığı %14.9'dur. TAPDK 2021 yılı verilerine göre yine 15 yaş üzeri nüfusta kişi başı alkol tüketim miktarı 1 lt'dir.

Başta çocuk ve gençler olmak üzere tüm toplumun alkolün zararlı etkilerinden korunması amacıyla 11 Haziran 2013 tarihinde mevzuat düzenlemesi yapılmıştır. Bu düzenlemeyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından ülkelerin alkol politikalarının değerlendirilmesinde kriter olarak kabul edilen pek çok konunun yasal dayanağı oluşturulmuştur. Kabul edilen bu kanun kapsamında yapılan düzenlemeler aşağıda özetlenmiştir:

- Alkollü içkilerin her türlü reklam, sponsorluk, promosyon, tüketiciye yönelik tanıtımı, eşantıyon ya da promosyon olarak verilmesi ve bedelsiz satışı yasaklanmıştır,
- Televizyonda yayımlanan dizi, film ve müzik kliplerinde, alkollü içkileri özendirici görüntüler yasaklanmıştır,
- On sekiz yaşını doldurmamış kişilere açık ya da kapalı olarak alkollü içkilerin satılması veya sunulması yasaklanmış, ihlallerinde uygulanan yaptırımlar ağırlaştırılmıştır. Ayrıca On sekiz yaşını doldurmamış kişilerin alkollü içkilerin üretim, pazarlama, satış ya da sunumunda çalıştırılması yasaklanmıştır,
- Alkollü içkilerin otomatik satış makinaları, oyun makinaları ya da posta yoluyla satışı yasaklanmıştır,
- Alkollü içkilerin 22:00 ila 06:00 saatleri arasında perakende olarak satışı yasaklanmıştır,
- Alkollü içkilerin işletme dışından görülecek şekilde perakende satışı yasaklanmıştır,
- Ülkemizde tüketicinin kullanımına sunulan bütün alkollü içkilerin ambalajları üzerine Türkçe sağlık uyarı mesajlarının konulması zaruri hale getirilmiştir,
- Otoyollardaki ve devlet karayollarındaki yapı ve tesislerde alkollü içki satışı ve tüketimi yasaklanmıştır.
- Öğrenci yurtları, sağlık hizmeti verilen yerler, spor müsabakası yapılan stadyum ve kapalı spor salonları, her türlü eğitim ve öğretim kurumları, kahvehane, kıraathane, pastane, bezik ve briç salonları ile akaryakıt istasyonlarının mağaza ve lokantalarında alkollü içkilerin satışı yasaklanmıştır,
- Alkollü içkilerin perakende veya açık olarak satışının yapıldığı yerler ile örgün eğitim kurumları ve dershaneler, öğrenci yurtları ve ibadethaneler arasında kapıdan kapıya en az 100 metre mesafenin bulunması zorunlu hale getirilmiştir,
- Hususi otomobil sürücülerinin 0.50 promilin, diğer araç sürücülerinin 0.20 promilin üzerinde alkollü olarak araç sürmeleri yasaklanmıştır, Alkollü araç kullanmaktan dolayı uygulanan idari para cezaları ve hapis cezası artırılmıştır.

7.6.4. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Hizmetlerinde İSM ve TSM'nin İzleme ve Değerlendirmesi

Sigaraya başlamanın önlenmesi kapsamında:

- TSM/SHM bölgelerinde halk eğitim günleri
- Büyük konferansların yanı sıra daha küçük gruplarla eğitim çalışmaları
- İşletme sahipleri ile bilgilendirme toplantıları
- Halkı bilgilendirici afiş broşür hazırlanması ve dağıtımı
- Halkın yoğun olarak kullandığı yerlerde stantlarda karbonmonoksit ölçümleri vb etkinlikler
- Yılda en az 6 etkinlik
- Yerel TV ve radyo kanallarında yer alma
- Billboardların kullanımı
- Personelin; Tütün İhbar Hattı, Sigara Bırakma Danışma Hattı, Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı kısa numaralarını bilip bilmedikleri değerlendirilmelidir.

Pasif Etkilenim Stratejisi Kapsamında:

- İl tütün kontrol kurullarının periyodik olarak toplanması,
- Etkin karar alma sistematığının oluşturulmasının sağlanması,
- Kararların takibi ve sonuçlarının değerlendirilme durumu
- 2015/6 sayılı Genelge gerekleri
- İldeki diğer kurum temsilcilerinin kendi görev alanları ile ilgili yaptıkları denetimlerde (gıda, tarım ve hayvancılık müdürlüğü gıda hijyeni denetimleri, belediyenin denetimleri vb.) tütün ürünü kullanımına şahit olmaları halinde tutanakla tespit yapılmasına yönelik iş birliğinin varlığı
- İl Tütün Kontrol Kurulu Raporunun 2 ayda bir Bakanlığa gönderilme durumu
- Yıllık Denetim Planlarının mevcudiyeti
- İldeki/bölgedeki işletmelerin tespitinin yapılma durumu
- İldeki/bölgedeki her bir işletmenin yılda en az 6 kez denetim yapılma durumu
- DHSDS veri girişlerinin sağlıklı bir şekilde yapılma durumu
- Kolluk kuvvetlerin tarafından gönderilen tutanakların DHSDS'ye girişlerinin yapılma durumu
- Tütün ihbarlarının 2 saat içerisinde tamamlanma durumu
- İhbar denetimi İhlal tespit oranı
- İlçeler arası çapraz denetimlerin yapılma durumu
- Denetim ekiplerine diğer kurum personelinin özellikle emniyet kuvvetlerinin katılma durumu
- Gece denetimlerinin mevcudiyeti
- Üst düzey yöneticilerle yerel medya eşliğinde periyodik olarak denetim yapılması
- İller arası ve ilçeler arası çapraz denetimlerin yapılması

Sigara Bırakma Stratejisi Kapsamında:

- Sigara Bırakma Danışma Hattı kısa numarasının bilinirlik durumu
- Sigara bırakma poliklinikleri tarafından verilen ortalama randevu süresi (Türkiye ortalaması yaklaşık 1 hafta)
- Sigara bırakma ilaçları dağıtım merkezlerinin ulaşılabilirlik durumu
- Sigara bırakma polikliniklerinin Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik kapsamında yılda en az bir kez denetlenme durumu
- Nüfus başına düşen sigara bırakma polikliniği sayısı
- Aile hekimleri tarafından kısa klinik müdahalede bulunma durumu

Uyuşturucu ile Mücadele Çalışmaları Kapsamında:

- Uyuşturucu ile Mücadele İl Eylem Planının mevcudiyeti (valilik ve ilgili kurum kuruluşlarla koordine olarak hazırlanan)
- Eylem Planında tüm kurum ve kuruluşların sorumluluğunda yer alan faaliyetleri zaman takvimine uygun olarak uygulanma durumu
- Bağımlılıkla ile Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurullarının düzenli olarak toplanmalarının sağlanması
- "Bağımlılıkla ile Mücadele Eğitici Eğitimleri" ni ildeki tüm aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarının alma durumları
- Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı kısa numarasının bilinirlik durumu
- Vaka değerlendirme toplantılarının yapılma durumu

- Aile hekimlerinin ASM'ye ve sağlıklı hayat merkezlerine gelen kişilere uyuşturuğu ya da alkol kullanıp kullanma durumlarını sorgulama ve kullananlar için risk değerlendirme ölçeğini uygulamak ve risk durumuna göre gerekli müdahaleyi yapmak

Bu müdahaleler şunlardır;

- Alkol ve uyuşturuğu madde kullanmanın fiziksel ve ruhsal zararlarını anlatmak
- Alkol veya madde kullanan kişilerin tedavi olmaları için motivasyonel görüşme yapmak
- Kullanım düzeyinin riskine göre kişileri ayakta tedavi merkezi veya yatarak tedavi merkezine yönlendirmek ve gidip gitmediğinin takibini yapmak
- Alkol ve madde bağımlısı kişinin ailesini bağımlılık süreci ile ilgili bilgilendirmek
- Gerekli durumlarda kişilere ALO 191 Uyuşturuğu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı hakkında bilgilendirmek ve danışma hattını aramaları için yönlendirmek

BÖLÜM VIII

KADIN, ÇOCUK ve ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

8.1. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Hedeflerimiz:

- Anne ölüm oranını daha da azaltarak, önlenebilir nedenlerle annelerin ölmemesini sağlamak
- Tüm evlenen çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek
- Özelde ve kamuda çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına, kadın doğum kliniği bulunan hastanelerin acilinde çalışan pratisyen ve/veya acil tıp uzmanları ile özel ve kamuda çalışan ebe/hemşirelere Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi vermek
- Gebe ve lohusaları tespit ederek nitelikli sayı ve kalitede izlemek
- Gebe ve lohusalara demir ve D vitamini desteği sağlamak
- Hastane doğumlarını artırmak
- Doğumların Anne Dostu Hastanelerde gerçekleşmesini sağlamak
- Gebe Bilgilendirme Sınıflarında gebelere danışmanlık hizmeti vermek
- Primer sezaryen oranını azaltmak
- Riskli gebeleri protokollere uygun izlemek
- İstenmeyen gebelikleri önlemek,
- Elverişsiz şartlarda yaşayan gebelerin misafir anne uygulamasından yararlanmasını sağlamaktır.

8.1.1. 15-49 Yaş Kadın İzlem

Üreme Sağlığı “Üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Üreme sağlığında “yaşam boyu yaklaşım” önemlidir ve intrauterin dönemden başlar. 15-49 yaş “doğurganlık dönemi” ise gebelik ve doğumla ilgili olay ve istenmeyen sonuçların en fazla yaşandığı dönemdir. Bu nedenle 15-49 yaş kadın izlemleri hizmet sunumunda önem arz etmektedir. Bu kapsamda ülke genelinde yılda 2 defa 6 ay ara ile 15-49 yaş kadın izlemleri yapılarak; doğurganlık çağındaki kadında riskli durumların tespiti yapılabilmekte, gebelik öncesi danışmanlık verilmekte, erken dönemde gebelik tespiti yapılabilmekte, üreme sağlığı yöntemleri hakkında danışmanlık ve hizmet sunumu verilebilmektedir. 15-49 Yaş Kadın Risk Değerlendirme Formu ile değerlendirme yapılır.

15-49 Yaş Kadın Risk Değerlendirme Formu:

1. Kardiyovasküler Hastalıklar
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Serebrovasküler ve Nörolojik Hastalıklar: Anevrizma, Fistül vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: CYBE, Tüberküloz, Sıtma vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli Öyküsü
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar, Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıklar, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik Bozukluklar: DKÇ, Skolyoz vb.
18. Ciddi Anemi
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.

20. Düşük Sosyoekonomik Durum
21. Vücut Kitle İndeksi >30kg/m²
22. Vücut Kitle İndeksi <18kg/m²
23. Anormal PAP Smear
24. Adet Düzensizliği
25. Memede Şüpheli Kitle

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, kişiye riske yönelik mutlaka danışmanlık hizmeti sunulmalı ve hastalıkla ilgili uzmana yönlendirilmelidir.

Not: 15-49 yaş kadın gebe ise “Gebelikte Risk Değerlendirme Formu” ile risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

İzleme Değerlendirme esnasında rastgele seçilen 15-49 yaş kadınların % 5’ine ait kayıtlar incelenerek aşağıda yer alan konularda değerlendirme yapılacaktır.

1. Üreme Sağlığı Danışmanlığı verilmiş mi?
2. Anemi durumu değerlendirilmiş mi?
3. Risk değerlendirmesi yapılmış mı?

8.1.2. Evlilik Öncesi Danışmanlık

Evlilik Öncesi Danışmanlık Programının ülke çapında etkin ve standart kriterlerle sunulması amacıyla 2014/24 Sayılı “Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi”, sağlık personeli için “Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi”, evlenecek çiftlere verilmek üzere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığı hazırlanmıştır. Evlilik öncesi sağlık raporu almak için başvuran çiftlere sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, üreme sağlığı yöntemleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, akraba evliliği ve genetik geçişli hastalıklarla (kalıtsal kan hastalıkları- hemoglobinoziti) ilgili danışmanlık hizmeti verilmeli; evlenecek çiftlere olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca evlenmek için başvuran her çifte ve sağlık okuryazarlığı kapsamında başvuran herkese bir adet olmak üzere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığı verilmelidir.

Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti verilen çiftlere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığının verilip verilmediğinin kontrol edilmesi gerekmektedir.

8.1.3. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı yöntem danışmanlığında amaç; çiftlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerin de bunun nedenlerinin anlaşılması ve tedavisinin de yapılabilmesidir. Ülkemizde, üreme sağlığı yöntemlerinin verilmesinde bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çok önemli rol oynamaktadır. Bakanlığımızca üreme sağlığı yöntem danışmanlığı ve yöntem sunumu hizmetleri başvuran vatandaşlarımıza ücretsiz olarak sağlanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde üreme sağlığı yöntemlerinden en az üç farklı modern yöntem bilgisi ve hizmeti sunulması ve sürekliliğinin sağlanması için gerekli malzeme sağlanmakta, malzeme temini için başvuran ve malzeme alan/uygulanan kişi sayısının izleme değerlendirme ve geri bildirim yapılması ve malzeme dağıtımının gerçekleştirilmesi sağlanmaktadır.

Sağlık personeli için beceriye dayalı üreme sağlığı yöntemi uygulama eğitim programları ise temel olarak aşağıda yer alan başlıklarda düzenlenmektedir:

Üreme Sağlığı Yöntemi Klinik Uygulama Eğitimleri:

- Rahim İçi Araç Uygulama Eğitimi (RİA)
- RİA Uygulama Tazeleme Eğitimi (Ebe ve Hemşireler için)
- Mezuniyet Öncesi RİA Uygulama Eğitimi (Tıp Fakülteleri)
- Klinik Becerilerin Standardizasyonu ve Eğitim Metodolojisi Eğitimi (RİA Eğitici Eğitimi)

Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim Programı

Sağlık personelinin nitelikli hizmet sunumunu sağlamak için hizmet içi eğitimlerde kullanılmak üzere üreme sağlığı eğitim modülleri hazırlanmıştır. Modüller doktor, ebe ve hemşirelere yönelik olarak;

- Güvenli Annelik (GA),
- Üreme Sağlığı Yöntem Danışmanlığı (ÜSYD),
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE),
- Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri (GENÇLİK),

- Üreme Sağlığına Giriş (ÜSG) konularını içermektedir.
- Ayrıca sürdürülebilirliği sağlamak için;
- Eğitim Becerileri Eğitimi (EE),
- İleri Eğitim Becerileri Eğitimi (İEB),
- Üreme Sağlığı İzleme ve Değerlendirme Eğitimi (İD) modülleri de geliştirilmiştir.

Hizmet içi eğitimlerin sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulabilmesi için program kapsamında; 81 ilde alt yapısı güçlü merkezlerden 92'si Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi (ÜSEM) olarak hizmet sunmaya başlamıştır. Bu merkezlerden, hizmet içi eğitimlerin sürdürülebilirliğini sağlamak için eğitimci de yetiştirebilecek, kurumsal ve personel alt yapısı güçlü olan, her NUTS bölgesinde en az bir tane olmak üzere 14'ü ise (Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Bolu, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir, Malatya, Samsun, Sivas, Trabzon) Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak hizmet sunulmaktadır.

Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin üreme sağlığı eğitim modüllerini alması gerekmektedir.

Aile hekimliğinde görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının “Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi” alıp almadığı sorgulanmalıdır.

8.1.4. Üreme Sağlığı Halk Eğitimleri

Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi alan sağlık personeli tarafından halkımıza da Güvenli Annelik, Üreme Sağlığı Yöntemleri, Cinsel Sağlık, Ergen Üreme Sağlığı ve Cinsel Değişimler, Ergenlikte Sık Görülen Sorunlar, Gebelikte Beslenme ve CYBE konularında her TSM tarafından yılda en az 6 seans eğitim verilmesi gerekmektedir.

8.1.5. Doğum Öncesi Bakım Protokolü

Doğum Öncesi Bakım (DÖB), gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik olarak gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir.

Doğum Öncesi Bakımın genel amacı; anne ve bebeğin sağlığını korumak, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. DÖB hizmeti veren sağlık profesyonellerinin amacı ise; gebeye fiziksel, psikolojik ve sosyal bütüncül bir bakım hizmeti sunarak, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden riskleri kontrol altına almak/önlenmek, sağlığı korumak ve desteklemektir. Gebelik komplikasyonları anne ölümlerinin, erken neonatal ölümlerin ve morbiditenin önemli nedenleridir.

Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmetleri; ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Bakanlığımız bilim komisyonları ve ilgili meslek kuruluşlarının katkılarıyla hazırlanan ve belli aralıklarla güncellenen “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ne göre gebelerin izlenmesi sağlanarak yürütülmektedir. İzlemlerinin sayısı kadar niteliğinin artırılması da önemlidir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’ne göre gebeler:

- İlk 14 hafta içerisinde (30 dakika)
- 18-24. haftalar arası (20 dakika)
- 28-32. haftalar arası (20 dakika)
- 36-38. haftalar arası (20 dakika) izlenmelidir.

Bu haftalarda gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri yerine getirilir.

“Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ne göre;

BİRİNCİ İZLEM

(İlk 14 hafta içinde gerçekleştirilir.)

Birinci izlem, gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde yapılmalıdır. 14.gebelik haftasından sonraki gebe tespitleri; gebelik haftasına bakılmaksızın “İlk İzlem” olarak değerlendirilir. İlk izlemde yapılması gereken tüm prosedürler uygulanır. Ek olarak; gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri de yerine getirilir.

1. İLETİŞİM

- Kendini tanıtmaya
- Gebenin adını öğrenme ve kullanma
- Gerekli olumlu beden dilini kullanma
- İletişim için gerekli mesafeyi ayarlama
- Gebe ile yüz yüze olma, göz teması kurma
- Her aşamada soru sorabileceğini belirtme
- Gerekli mahremiyeti sağlama

2. ÖYKÜ ALMA

Kişisel bilgilerini alınız:

- T.C. Kimlik Numarası
- Yaş (Doğum tarihi)
- Adres ve telefon numarası
- Medeni hali
- Akraba evliliği/derecesi (Birinci derece akraba; kardeş çocukları arasında, ikinci derece akraba; kardeş torunları arasında)
- Yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı
- Yaşadığı mekânın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı
- Yaşadığı mekânın elektrik ve ısınma kaynağı
- Eğitim düzeyi
- Ekonomik kaynakları (Kendi mesleği ve çalışma durumu, eşinin mesleği ve çalışma durumu)
- Yaşadığı yerin en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığı ve ulaşım şartları
- Sosyal güvencesi

Soy geçmişini alınız:

- Kalıtsal hastalıkların (konjenital hastalıklar, kas hastalıkları, metabolik hastalıklar, endokrinolojik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar vb.) varlığı.

Alışkanlıklarını sorgulayınız:

- Madde bağımlılığı (sigara, alkol, uyuşturucu)
- Toprak vb. yeme

Tıbbi öykü alınız:

- Kronik sistemik hastalıklar (epilepsi, diyabet, hipertansiyon, tiroid, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları vb.)
- Venöz tromboemboli
- Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, brusella, paraziter hastalıklar, vb.)
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)
- Psikiyatrik hastalıklar
- Aile içi şiddet
- Kan transfüzyonu
- Talasemi taşıyıcılığı
- Hastaneye yatış öyküsü ve nedenleri
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar (histerotomi, myomektomi vb.)
- Geçirilmiş diğer operasyonlar (apendektomi vb.) Anestezi problemleri
- İlaç allerjisi
- Sürekli kullanılmak zorunda olduğu ilaçlar (antiepileptikler, antidiyabetikler, antihipertansifler vb.)
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Rubella immünizasyonu
- Hepatit B immünizasyonu
- Serviks kanseri taraması

- HIV profilaksi veya tedavisi

Obstetrik ve üreme sağlığı öyküsü alınır.

- Bu gebeliği dahil toplam gebelik sayısı (Gravida),
- Daha önceki doğum sayısı (Parite),
- Yaşayan çocuk sayısı,
- Son gebeliğin sonlanma tarihi ve şekli,
- İnfertilite hikayesi mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler (IVF vb.),
- Önceden kullanılan gebelik önleyici yöntem

Mevcut gebelik öyküsünü alınır.

- Son Adet Tarihinin ilk günü (SAT),
- Son adet tarihini bilmiyorsa veya şüpheli ise mevcut ultrason raporları ile gebelik yaşının belirlenmesi,
- Adet düzeni,
- Tahmini doğum tarihi,
- Gebelikte değerlendirilmesi gereken yakınmalar (bulantı, kusma, toprak vb. yeme, sık idrara çıkma, meme hassasiyeti, kabızlık, mide yanması, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb.)
- Gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi vb.),
- Gebelik öncesi ve gebelikte ilaç kullanımı,
- Gebelik öncesi ve gebelikte seyahat (sıtma, zika vb. açısından).

3. FİZİK MUAYENE

Fizik muayenesini yapınız ve özellikle aşağıdaki bilgileri kaydediniz.

Gebenin boy ve kilosu;

[Vücut Kitle İndeksi (VKİ))<18.5kg/ m2 veya ≥30kg/m2 ise diyetisyene yönlendiriniz. VKİ'ye göre zayıf ve normal ağırlıktaki gebelerde ayda en fazla 2 kilo alımı, kilolu ve obez olan gebelerde ise en fazla 1 kilo alımı önerilmektedir.]

Tablo: VKİ'ye Göre Gebelikte İdeal Kilo Alımı

Gebelik Öncesi VKİ Vücut Ağırlığı (kg) / Boy2 (m2)	Gebelik Alınabilecek Toplam Kilo	Boyunca 2.ve 3.Trimesterde Haftada Alınabilecek Kilo
Zayıf (<18.5kg/ m2)	12.5-18	0.51(0.44-0.58)
Normal	11.5-16	0.42(0.35-0.50)
Kilolu	7-11.5	0.28(0.23-0.33)
Obez	5-9	0.22(0.17-0.27)

Kan basıncı (sistolik 140 mmHg ve/veya diastolik 90 mmHg ve üzeri değerler gebelikte yüksek tansiyon olarak kabul edilir ve kadın doğum uzmanına sevk gerektirir. Sistolik 160 mmHg ve/veya diastolik 110 mmHg ve üzeri değerlerde ise 15 dakika sonra ölçümü tekrarlayınız, hala yüksek ise tedavi başlayarak 112 ile sevk ediniz.

- Nabız,
- Anemi bulguları,
- Göğüs ve kalp oskültasyonu,
- Pretibial ödem ve varis,
- Gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumu,
- Semptomatik CYBE bulgusu,
- Fetus kalp atımı (Fetal kalp atımı sayısı dakikada 120-160 aralığındadır. El doppleri ile 12.haftadan itibaren duyulabilir.)
- Hastalıklara özgü diğer tehlike işaretleri (döküntü, peteşi, kaşıntı izleri, sarılık vb.).

- Fizik muayeneden sonra gebenin risk değerlendirmesini forma göre yapınız. Saptanan riske göre uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar veriniz.

(Preeklampsi risk faktörlerine göre 12-35.haftalarda aspirin profilaksisi başlayınız.)

Tablo: Preeklampsi Öngörüsü İçin Risk Faktörleri

MAJÖR RİSK FAKTÖRLERİ	MİNÖR RİSK FAKTÖRLERİ
Önceki gebeliklerde hipertansif hastalık	İlk gebelik
Kronik böbrek hastalığı	Yaş \geq 40 yaş
Otoimmün hastalıklar (SLE ya da AFS)	10 yıldan fazla gebelik aralığı
Tip 1 ya da Tip 2 DM	VKİ \geq 35 kg/m ²
Kronik hipertansiyon	Ailede preeklampsi öyküsü
	Çoğul Gebelik

Majör risk faktörlerinden en az bir, minor risk faktörlerinden en az 2 tanesinin varlığında bir kontrendikasyon yoksa 12-35. gebelik haftalarında 80 mg/gün Aspirin veriniz.

- Gebeleri venöz tromboemboli risk faktörleri açısından değerlendiriniz. Gerekliyse tromboproflaksi başlayınız.
- Gebelikte sistemik hastalık varlığında hastayı değerlendiriniz ve gerekli konsültasyonları yaptırınız.

4. LABORATUVAR TESTLERİ

Tam İdrar Tahlili ve İdrar Kültürü

İdrar kültüründe asemptomatik bakteriüri tespit edilirse tedavi başlanır.

Kan tetkiki:

- Tam kan sayımına bakınız. Mikrositer anemi mevcut ise (Hb<11 gr/dL ve MCV (ortalama eritrosit hacmi) <80fL)demir tedavisi başlayınız.2-4 hafta sonra kontrol ediniz. Hemogloblin yükselmez ise sevk ediniz. Demir eksikliği olmayan gebede MCV <80 fL ise talasemi taramasına yönlendiriniz.
- Aşılınmış olsa dahi HBsAg bakınız.
- Kan grubu tayini: Gebenin ve eşinin kan grubuna bakınız. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise indirekt coombs testinin yapılmasını sağlayınız. İndirekt coombs testi sonucu (-) olanları 28.haftada tekrarlayınız, (+) olanları üst basamağa sevk ediniz.
- Sifiliz taraması yapınız.
- Gebenin bilgi ve onayı dahilinde HIV testi yapınız.
- TSH bakınız.

Diğer muayene ve testler:

Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise, riskli gebelik [makrozomik doğum öyküsü (\geq 4500 g), gestasyonel diyabet öyküsü, VKİ \geq 30kg/m², birinci derece yakınlarında diyabet öyküsü, bilinen bozulmuş glukoz toleransı (PKOS vb)] durumu, hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalığı varsa kan şekere bakınız. (AKŞ \geq 126/dl veya rastgele bakılan kan şekeri \geq 200 mg/dl ise aşikâr diyabet tanısı konulur.) Bu değerlerin altında ise 75 gr oral glukoz tanı testinin (OGTT) yapılmasını sağlayınız.

- Test sonuçları negatif ise gebeliğin 24-28. haftalar arasında 75 gr oral glukoz tanı testini tekrarlayınız.
- Fetal anomaliler ve kromozomal anoploidi tarama testleri ve USG incelemeleri hakkında bilgilendiriniz.
 - 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve kombine test,
 - 16-20. haftalar arasında maternal serum AFP,
 - 16-20. haftalar arasında üçlü/dörtlü test (kombine test yapılmamışsa) ,
 - 18-22. haftalar arasında ultrasonografi ile fetal anomali taraması.
- Gebenin semptomlarına göre gereken diğer testler sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise bir üst basamağa yönlendiriniz.

5. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, BAĞIŞIKLAMA VE TEDAVİLER

- Anemi tespit edildiğinde tedavi dozunda demir başlayınız.
- Anemi yoksa 16.gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlayınız.)
- Gebelik planlayan her kadının gebelikten en az 1 ay önce başlamak üzere 400-800 mikrogr/gün folik asit kullanması uygundur. Nöral tüp defekti açısından yüksek riskli gruplarda (antiepileptik ilaç kullananlar, nöral tüp defektli gebelik öyküsü olanlar, diyabet, obezite vb.) nöral tüp defektinin önlenmesi amacıyla gebelikten 3 ay önce başlanan yüksek doz (4mg/gün) folik asit kullanımına gebeliğin 12. haftasına kadar devam edilir.
- 12. Haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D Vitamini Preparatı başlayınız. D Vitaminin en önemli kaynağının güneş ışığı olduğu konusunda gebeyi bilgilendiriniz.
- Tetanoz bağışıklaması sorgulayınız gerekiyorsa tetanoz toksoid aşısını yapınız. (Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilmesi halinde aşının ilk dozunu yapınız ve aşı takvimine uygun olarak diğer dozları uygulayınız).
- Hepatit B enfeksiyonuna karşı bağışık değilse bağışıklanmasını öneriniz.
- Gebeye grip sezonunda (Eylül-Nisan aylarında) grip aşısı yaptırmasını öneriniz.

6. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK

Gebeyi bilgilendirme konuları:

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Çarpıntı
- Ciltteki değişiklikler
- Memelerde hassasiyet
- Vajinal akıntı
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme

Gebeye verilecek danışmanlık konuları:

Beslenme, diyet, kilo alımı

- Çevresel koşullar
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Seyahat
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Gebelikte Bağışıklama: Tetanoz, Hepatit B ve İnfluenza
- Gebelikte tehlike işaretleri:
 - ✓ Şiddetli bulantı kusma

- ✓ Vajinal kanama
- ✓ Konvülziyon
- ✓ Şiddetli Başağrısı
- ✓ Görmede bulanıklık
- ✓ Ateş
- ✓ Günlük aktivitelerini yerine getirememe
- ✓ Karın ağrısı
- ✓ Solunum güçlüğü veya sık solunum
- ✓ Yüz, el ve bacaklarda şişme
- ✓ Bebek hareketlerinde azalma
- ✓ Su gelmesi
- ✓ Nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı

Gebeyi gebe bilgilendirme sınıfına yönlendiriniz.

Gebe ve ailesini, acil durumlarda izleyecekleri yöntem konusunda bilgilendiriniz. Duygusal ve sosyal açıdan değerlendirip destekleyerek gerektiğinde ilgili birime yönlendiriniz.

7. SEVK EDİLECEK DURUMLAR

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilmiş ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

- Uzman hekimin değerlendirmesi ve önerisi doğrultusunda izlemlere birinci veya ikinci basamakta devam edilir.
- Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.
- İzlem ikinci basamakta devam edecek ise; gebeye yapılan müdahaleler ve izlem konusunda birinci basamağın bilgilendirmesi için danışmanlık verilir.
- Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir.
- İkinci basamak sağlık kuruluşlarında yukarıdaki durumların her biri için ayrırcı tanı yapılarak tedavinin planlanması gereklidir.
- Riskli durumlar değerlendirilerek gebenin hangi kuruluşta izleneceğine karar verilir. Aşağıda yer alan “**Gebelikte Risk Değerlendirme Formu**”ndaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilmiş ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

GEBELİKTE RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

A- Tıbbi Öykü:

1. Kardiyovasküler Hastalıklar: Akut Romatizmal Ateş, Aritmi, Konjenital Kalp Hastalıkları, Kardiyomiyopati vb.
2. Jinekolojik Hastalıklar: Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon vb.
3. Diabetes Mellitus
4. Diğer Endokrin Hastalıklar: Hipotroidi, Hipertroidi, Guatr, Hiperlipidemi vb.
5. Epilepsi
6. Diğer Nörolojik ve Serebrovasküler Hastalıklar: Multipl Skleroz, Anevrizma vb.
7. Psikiyatrik Hastalıklar: Şizofreni, Depresyon vb.
8. Kronik Hipertansiyon
9. Solunum Sistemi Hastalıkları: Astım, KOAH vb.
10. Renal Hastalıklar: Pyelonefrit, Nefrotik Sendrom, Kronik Böbrek Yetmezliği vb.
11. Hematolojik Hastalıklar: Orak Hücreli Anemi, Talasemi, Koagülasyon Bozukluğu vb.
12. Enfeksiyon Hastalıkları: Tüberküloz, Sıtma, HBV, HCV, HIV, vb.
13. Romatolojik Hastalıklar: Sistemik Lupus Eritematozus vb.
14. Venöz Tromboemboli
15. Neoplazmlar
16. Kalıtsal Hastalıklar: Konjenital Hastalıklar, Kas Hastalıkları, Metabolik Hastalıklar vb.
17. Ortopedik Bozukluk: Doğuştan Kalça Çıkıklığı, Skolyoz vb.
18. Akraba Evliliği
19. İlaç Kullanımı ve Zararlı Madde Bağımlılığı: Sigara, Alkol vb.

20. Düşük Sosyoekonomik Durum: İlgili birimlere yönlendiriniz.

B- Obstetrik Öykü:

1. Geçirilmiş Uterin Cerrahi: Sezaryen, Myomektomi, Metroplasti, Septum Rezeksiyonu vb.
2. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon
3. Tekrarlayan Düşük: 3 ve Üzeri
4. Düşük Doğum Ağırlığı 2500gr.↓
5. Makrozomik Bebek 4000gr.↑
6. Ölü Doğum
7. Eklampsi-Preeklampsi
8. Erken Doğum
9. Günaşımı
10. Anomalili Bebek
11. Gestasyonel Diyabet
12. Venöz Tromboemboli
13. Ektopik Gebelik
14. Rh/rh Uygunsuzluğu
15. Antepartum Kanama
16. Zor ve Müdahaleli Doğum
17. Plasenta Previa
18. Plasenta Dekolmanı
19. Postpartum Kanama
20. Yeni Doğan Ölümü

C- Mevcut Gebeliğin Değerlendirilmesi:

1. 18 Yaş Altı
2. 35 Yaş Üstü
3. Rh/rh Uygunsuzluğu
4. Çoğul Gebelik
5. İki Yıldan Sık Gebelik
6. Sigara, Alkol Kullanımı ve Madde Kullanım
7. Grandmultiparite: 5 ve üzeri doğum
8. Gestasyonel Diyabet
9. Plasenta Previa
10. Venöz Tromboemboli
11. Varis
12. Polihidramnios-Oligohidramnios
13. Anomalili Fetüs
14. Servikal Yetmezlik
15. Vajinal Kanama
16. Preeklampsi-Eklampsi
17. Gebelikte Cerrahi Müdahale Geçirilmesi: Appendektomi vb.
18. Yatış Gerektiren Hiperemesis Gravidarum
19. Preterm Eylem
20. Gebelikte Travma Geçirilmesi
21. Şiddetli Enfeksiyon
22. Ciddi Anemi: Hb<7gr/dL
23. Preterm Erken Membran Ruptürü
24. Vücut Kütle İndeksi >30kg/m²
25. Vücut Kütle İndeksi<18kg/m²
26. İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelik
27. Anormal HPV ve PAP Smear Taraması
28. Tekrarlayan Sistit
29. İntrauterin Gelişme Geriliği
30. Gestasyonel haftası ile uterus büyüklüğünün uygunsuzluğu

31. 10-12. haftalardan itibaren el Doppleri, 16-20. haftadan itibaren fetal steteskop ile fetal kalp seslerinin duyulmaması. 20. haftadan sonra gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi
32. Pelvik Kitle, Myom, Uterin Malformasyon

8. YAPILAN İZLEMLERİN KAYIT ALTINA ALINMASI

- Gebeye yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınız. Önerilere rağmen reddettiği işlemlerin de gebenin imzası ile kayıt altına alınmasını sağlayınız.
- Sağlık kuruluşunun telefon numarası, izlem yapan kişinin adı-soyadı ve bir sonraki izlem tarihinin yazıldığı randevu kartını veriniz.

(1. izlem basamaklarını 2.3.ve 4.izlemlerde de uygulayınız. Rutin uygulamalara ek olarak her izlem haftasına özgü değerlendirilmesi gerekenler aşağıda yer almaktadır.)

İKİNCİ İZLEM

(18-24. haftaları arasında gerçekleştirilir.)

1.İzlem basamaklar tekrarlanır.

Rutin uygulamalara ek olarak izlemlerde değerlendirilmesi gerekenler:

1. Üçlü tarama testi
2. Kan basıncı
3. Alfa fetoprotein (AFP)
4. Obstetrik USG
6. D vitamini desteği
7. Demir desteği
8. Tam idrar tetkiki (TİT)
9. Tam kan sayımı (CBC)
10. İdrar kültürü
11. Oral glikoz tolerans testi (OGTT)

ÜÇÜNCÜ İZLEM

(28-32. haftaları arasında gerçekleştirilir.)

1.İzlem basamaklar tekrarlanır.

Rutin uygulamalara ek olarak izlemlerde değerlendirilmesi gerekenler:

1. Oral glikoz tolerans testi (OGTT)
2. Kan basıncı
3. Tam idrar tetkiki (TİT)
4. Tam kan sayımı (CBC)

DÖRDÜNCÜ İZLEM

(36-38. haftaları arasında gerçekleştirilir.)

1.İzlem basamaklar tekrarlanır.

Rutin uygulamalara ek olarak izlemlerde değerlendirilmesi gerekenler:

1. Kan basıncı
2. Tam idrar tetkiki (TİT)
3. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)
4. USG
5. Tam kan sayımı (CBC)
6. Serviks, vajen, vulva kültürü

Ayrıca izlemlerde preeklampsi öngörüsü risk faktörlerinin ve venöztromboemboli (VTE) için risk faktörlerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir.

- Her izlemde gebenin tansiyonu ölçülmelidir.
- Her izlemde gebenin hemoglobini ölçülmelidir.
- Anemi yoksa 16. gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlanmalıdır.

- Gebe gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise 75 gr oral glikoz tolerans testinin hemen yapılması sağlanmalıdır. Gebe risk grubunda değilse gebeliğin 24-28. haftaları arasında oral glikoz tolerans testinin yapılması sağlanmalıdır.

8.1.6. Riskli Gebelik Yaklaşımı

Gebelik normal ve doğal bir süreçtir. Bazı durumlarda gebe kalmadan önce anne adayının vücudunda bulunan hastalıklar (annenin mevcut hastalıkları) veya gebelikten dolayı sonradan gebelik dönemi ortaya çıkan sorunlar çeşitli risklerin ortaya çıkmasına yol açar. Böyle gebeliklere riskli gebelik veya yüksek riskli gebelik denir. Riskli ve yüksek riskli gebelikler bazı durumlarda hem gebenin hem de anne karnındaki bebeğin sağlığını ve hatta hayatını tehdit edebilir.

Bakanlığımızca, riskli gebeliklerin yönetimine ilişkin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yapılması gerekenleri içerecek şekilde “Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi” hazırlanmıştır. Hazırlanan rehber; Epilepsili Gebe Yönetim Rehberi, Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Yönetim Rehberi, Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi, Astımlı Gebe Yönetim Rehberi ve güncellenen Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetimi Rehberinden oluşmaktadır.

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, gebe mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

Her gebenin en az bir kez hekim tarafından tam bir sistemik muayenesi gerçekleştirilmelidir.

Ayrıca Ülkemizde en sık görülen anne ölüm nedenleri esas alınarak 29 adet ICD-10 tanı kodu yüksek risk kriterleri olarak belirlenmiş ve "Yüksek Riskli Gebelik Takip Modül Algoritması " hazırlanmıştır. Yüksek Riskli Gebelik Takip Modül Algoritması kapsamında 5 farklı senaryo üzerinden sistem oluşturulmuş ve e-Nabız sistemine entegre edilmiştir. Süreç hasta –hekim arasında e-Nabız üzerinden ilerlemekte ve uyarı işaretleri çıkmaktadır. İzlemlerin sıklığı ve hangi sağlık kuruluşunda yapılacağı her gebenin durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilerek protokoller doğrultusunda yapılmaktadır.

Modül algoritması çalışmaları tamamlanmış olup, 81 il’ de kullanıma hazır hale gelmiştir.

8.1.7. Doğum Sonrası Bakım Protokolü

Lohusalık dönemi doğumdan hemen sonra başlayıp 42. güne kadar devam eden süreçtir. Doğum Sonu Bakım, bu süreçte lohusanın düzenli ve periyodik olarak gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre izlenmesidir.

Doğum sonu bakımı ile riskli durumları erken dönemde tespit ederek ilk 48 saat içinde gerçekleşen anne ölümlerini önlemek, anneye ve yakınlarına lohusalık dönemi, gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık vermek, nutrisyonel desteğe devam etmek amaçlanmaktadır. Lohusanın normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede kalması sağlanmaktadır. Lohusanın doğumun gerçekleştiği sağlık kuruluşunca en az 3 kez, taburcu olduktan sonra da aile hekimi/aile sağlığı çalışanınca en az 3 kez evde/sağlık kuruluşunda izlemi yapılmalıdır.

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre;

- Birinci izlem; hastanede lohusanın doğumu takip eden ilk 0-1 saatleri arasında,
- İkinci izlem; hastanede lohusanın doğumu takip eden ilk 1-6 saatleri arasında,
- Üçüncü izlem; hastanede lohusanın doğumu takip eden ilk 6-24 saatleri arasında,
- Dördüncü izlem 2-5. günler arasında anne bebeğini topuk kanı almaya getirdiğinde,
- Beşinci izlem 13-17. günler arasında anne bebeğini üçüncü izlem için getirdiğinde,
- Altıncı izlem 30-42. günler arasında yapılmalıdır.

Birinci İzlem (doğumu takip eden 0-1 saatleri arasında)

İlk izlemde geliştirilen profesyonel iletişim kaliteli bir izlem sürecinin temelini oluşturur. Lohusa ve varsa aile yakınları ile uygun iletişim kurulması sağlanır.

- Lohusa, Doğum öncesi bakım ve doğum ile ilgili eldeki kayıtlı olan bilgileri gözden geçirilerek değerlendirilir.
- Hastanede tahmini kalış süresini ve verilecek klinik hizmetleri belirlemek üzere risk tespiti yapılır.
- 15 dakikada bir vital bulgular alınır.
- Muayene /müdahale yapılacak ise annenin mahremiyeti sağlanır ve aydınlatılmış onam alınır.
- Kanama ve uterus involusyonu değerlendirilir.
- Vaginal doğum sonrası perine muayenesi yapılır.
- Anne hematoma açısından değerlendirilir.
- Risk tespiti yapılır.

İkinci İzlem (doğumu takip eden 1-6 saatleri arasında)

- Vital bulguları 1.-2. saatler arası 30 dakikada bir; 2.-6. saatler arası saatte bir ölçülür ve değerlendirilir.
- Preeklampsi varlığında ya da gelişimi açısından spinal baş ağrısı varlığı sorgulanır.
- Tromboemboli açısından baldır kısmında ağrı varlığı sorgulanır.
- Uterus involusyonunu kontrol edilir.
- Kanama miktarı ve niteliği değerlendirilir.
- Emzirme değerlendirilir, emzirme eğitimi verilir ve meme muayenesi de yapılır.
- Yapılmamışsa tetanoz immünizasyonu sağlanır.
- Rh uygunsuzluğu olanlarda bebeğin Rh durumuna göre anti-D Ig immünizasyonu yapılır.
- Doğumu takip eden ilk 2 saat içinde anneyi idrar yapmaya teşvik ediniz ve ilk 6 saat içinde idrara çıkıp çıkmadığını kaydediniz.
- Postpartum 6. saatte hemoglobin ölçümü yapılır.
- Tromboembolik olayları önlemek için annelerin doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde mobilize olmaları sağlanır.
- Normal doğumdan hemen sonra, Sezaryenle doğumda ise uygun olan lohusalarda 4-8 saat sonra oral beslenmeye geçilir.

Üçüncü İzlem (doğumu takip eden 6-24 saatleri arasında)

- Kanama ve uterus involusyonunu değerlendirilir.
- Gebeliğe bağlı sistemik hastalık veya doğum ile ilgili komplikasyon mevcut ise nedene yönelik tetkik ve tedaviye başlanır.
- Normal doğum sonrasında;
Epizyotomi hattında açılma, perine ya da karında fazla ağrı, hematoma, inkontinans (üriner/fekal)
- Sezaryen sonrasında;
İnsizyon hattında kızarıklık, ısı artışı, akıntı, kanama, şişlik, batında distansiyon, vb. bulgular açısından anne değerlendirilir.
- Lohusanın aile içi şiddet durumunu değerlendirilir. Annenin psikolojik durumunu değerlendirilir.
- Postpartum dönemde hüzün, hikayesinde ruhsal hastalık öyküsü, psikotik bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk) psikotik depresyon ve intihar riski varsa değerlendirilir. Gerekirse **“Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği”** uygulanır.
- Doğum sonu dönemde primer veya sekonder kanama ya da puerperal sepsis riskini arttıran durumların varlığı kontrol edilir.
- Doğum sonu dönemde lohusa acilen sağlık kuruluşuna başvurmasını gerektiren tehlike işaretleri konusunda bilgilendirilir.

Dördüncü İzlem (2.-5. günler arasında)

Birinci izlemde ve belirtilen iletişim basamakları uygulanır.

- Anne kanama, idrar problemleri, meme ve emzirme problemleri, ağrı, bağırsak problemleri konusunda değerlendirilir.
- Annenin psikolojik durumu değerlendirilir.
- Karın muayenesi yapılarak fundal yüksekliğe bakılır.
- Perine muayenesi yapılır.
- Gerektiği durumlarda, anti-D immün globulin ile izo-immünizasyonu yapılmamışsa uygulanması sağlanır.
- Fiziksel aktivite, pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri konusunda bilgilendirme yapılır.

- Anne doğum sonu fizyolojik süreç hakkında bilgilendirilir.

•

Beşinci İzlem (13.-17. günler arasında)

Birinci izlemde ve dördüncü izlemde değerlendirilen işlem basamakları yeniden değerlendirilir. Annenin bir sonraki izleme eşi ile gelmesi sağlanır.

Altıncı İzlem (30.-42. günler arasında)

Birinci izlemde ve dördüncü izlemde değerlendirilen işlem basamakları yeniden değerlendirilir.

- Gestasyonel diyabet öyküsü varsa oral glikoz tolerans testini postpartum 6-12. haftalarda yaptırmanın önemi konusunda anne bilgilendirilir.
- Anneyi tüm işlem basamakları açısından yeniden değerlendirip gerekli görülen konularda özellikle üreme sağlığı konularında bilgilendirme, danışmanlık ve yönlendirme yapılır.

SEVK KRİTERLERİ

Aşağıdaki durumlardan herhangi birinin varlığında anneyi acilen sevk ediniz.

1. Ani veya yoğun kan kaybı veya taşikardi, hipotansiyon, hipoperfüzyon dahil şok işaret ve bulguları ile beraber vajinal akıntı ve şuur düzeyinde oluşan değişiklikler mevcut ise
2. Kan basıncı 140/90 mmHg'nin üzerinde ve preklampsinin diğer bulguları eşlik ediyorsa veya 4 saat içinde kan basıncı 140/90 mmHg'nin altına düşürülemiyorsa
3. Konvülsiyon mevcut ise
4. Ciddi karın ağrısı ve/veya peritoneal irritasyon bulguları varsa
5. Solunum güçlüğü ve hızlı solunum mevcut ise
6. Şiddetli veya sürekli baş ağrısı, bulanık görme varsa
7. İki ölçümde ateş 38°C'nin üstündeyse veya enfeksiyonu düşündüren diğer işaret ve bulgular varsa
8. Baldır ağrısı, kızarıklık veya şişme mevcut ise
9. Nefes darlığı veya göğüs ağrısından şikâyet ediyorsa
10. Ciddi anemi (Hemoglobin 7 gr/dL ve altında) bulguları varsa
11. Sürekli idrar kaçırma veya fekal inkontinans

Gebe – Lohusa İzleme Fişi (Ön Yüz)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI FOrn No: 005		GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ				TC Kimlik No: <input type="text"/>	
Sıra No:		Kurumu:		Adı Soyadı:		Doğum Tarihi:	
Muhtarlığı:		Gebenin Tespit Edildiği Tarih:		Eşi ile Akrabalık Durumu:		Öğrenim Durumu:	
Sokakı: / /		İşi:		Evlenme Yaşı:	
Ev No:				İlk Gebelik Yaşı:		Eşinin Adı:	
Tlf. No:							

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yağayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annede Mevcut Sistemik Hastalık	Pelvis Durumu	Kan Grubu Rh	Eşinin Kan Grubu Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlaşma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu	Bir Önceki Doğumun Yeri
						DM HT KVS Astım Diğer	Uygun Der Şüpheli		 gün ay yıl	Canlı Doğum Ölü Doğum Düşük	Hastanede Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine

Bir Önceki Gebelikte	Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
		Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nesi Yaptı?	Doğumun Yeri ve Biçimi	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
Kanamama Yüksek Tansiyon Şeker hastalığı Plesantını Erken Ayrılması Enfeksiyon Diğer	RİA Hap Kondom Yok Diğer:	Düşük: Ölü Doğum: Canlı Doğum: / /	Spontan Vakum Foreseps Sezaryen	Hastanede Veya Diğer Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu gr. Boyu cm. Geliş Biçimi: Çoğul Doğum <input type="checkbox"/>	Yok Var:

Ebe Adı Soyadı:	Hekimin Adı Soyadı:
Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:

Gebe – Lohusa İzleme Fişi (Arka Yüz)

Risk Durumu:	Teteez aşamamın yapıldığı tarihler: 1.Aş:		4.Aş:
Son Adet Tarihi:	2.Aş:		5.Aş:
Beklenen Doğum Tarihi:	3.Aş:		
Boy: cm	İZLEM VE DANIŞMANLIK		

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız / Dakika	İdrarda Protein	Hemoglobin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak)	Geliş Biçimi	Gebe Demir	Sistemik Muayene	Laboratuvar Bulguları	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

LOHUSA İZLEMİ						
Tarih	Kan Basıncı / mmHg	Nabız / Dakika	Kanamama Takibi	Ateş	Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun izlem, danışmanlık ve sevk	İmza

8.1.8. Misafir Anne Uygulaması

Ülkemizin bazı bölgelerinde doğum eylemi yaklaşmış ya da başlamış olan anneler zaman zaman olumsuz iklim, ulaşım şartları veya sosyal sebeplerle sağlık kurum ve kuruluşlarına zamanında ulaştırılamamakta ve doğumlar olumsuz şartlarda gerçekleşebilmektedir. Bu tür olumsuzlukları önlemek, önlenebilir anne – bebek ölümlerini azaltmak, bebeğin ilerideki yaşam kalitesini bozacak doğumsal rahatsızlıkları engellemek amacıyla 16.04.2008 tarih ve 2008/29 sayılı Genelge ile “Misafir Anne Uygulaması” (MAU) başlatılmıştır.

Bu uygulama ile elverişsiz hava ve ulaşım şartları olan yerleşim yerlerinde ikamet eden gebelerin tespiti, izlemi, muhtemel doğum tarihleri yaklaştığında daha güvenli yerleşim merkezlerine nakledilerek konaklamalarının sağlanması ve doğumlarının hastanelerde gerçekleştirilmesi, doğum sonrası anne ve bebeğin sağlık durumu uygun hale geldikten sonra tekrar evlerine götürülmesi sağlanmaktadır.

Bu kapsamda İl Sağlık Müdürlükleri tarafından il genelinde, il özel idaresi, meteoroloji, karayolları gibi kamu kurum ve kuruluşlarıyla iletişime geçilerek kötü hava ve yol şartlarından dolayı yıl boyunca veya yılın belirli aylarında yollarının kapanması ya da ulaşımı kısıtlı olması ihtimali olan yerleşim merkezleri (şefkat bölgesi) tespit edilmekte, tüm yerleşim yerlerini ve karayollarını gösterir bir risk haritası oluşturulmaktadır.

Anne adaylarının, gebeliklerinin son 4 haftasında doğumun nerede yapılacağına planı gebe ve yakınları ile birlikte yapılarak kesinleştirilmektedir.

Gebeye, ailesine, yakınlarına ve gerekirse muhtara hava ve ulaşım şartlarıyla ilgili riskler anlatılmaktadır. Gebeler gebelik ile ilgili tüm müdahalelerin yapılabileceği bir sağlık kuruluşuna en kısa zamanda ve risk almadan ulaşabileceği yerleşim merkezlerine davet edilmektedirler.

- Daveti kabul etmeyen gebeden neden kabul etmediğine ilişkin imzalı tutanak alınır.
- Daveti kabul eden gebelerin konaklama yerine nakil işlemleri TSM-İSM iş birliğinde yapılır.

Daveti kabul edip henüz doğumu gerçekleşmeyen gebelerin takipleri devam etmektedir. Bu kapsamda misafir edilen gebeler hastane, yakınının evi, kamu misafirhanesi, otel, motel, pansiyon vb. yerlerde misafir edilmektedir.

Gebelerin daha elverişli koşullara nakilleri;

- 112 Hasta Nakil Ambulansı

8.1.9. Gebe Bilgilendirme Sınıfı

Anne ve bebekler, sağlık hizmetleri açısından risk altında bulunan ve öncelik tanınması gereken iki önemli grubu oluşturmaktadır. Taşındıkları riskler nedeniyle sağlık hizmetlerinden öncelikli ve özellikli hizmet almaları zorunludur.

Her kadının üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır. Anne adayını gebelik döneminde bilgilendirmek bir annelik hakkı olarak değerlendirilmelidir.

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı ile tüm gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerine ilişkin bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamak, anne ve baba adaylarına normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konusunda bilgi ve beceri kazandırmak amaçlanmıştır.

Ayrıca gebe bilgilendirme sınıfı ile “Doğum Ağrısıyla Baş Etme Yöntemleri”ne de değinilerek gebelerin kendi fizyolojisine uygun olan normal doğumu yapabileceği güvenini kazandırmak, korku ve kaygılarını gidererek doğum ağrısıyla baş etmenin mümkün olduğu gerçeğini aktarabilmek de amaçlardan bir tanesidir.

Program kapsamında danışmanlık hizmeti alan gebe ve gebeye doğumda eşlik edecek yakınlarının;

- Gebelik ve doğumun fizyolojik bir süreç olduğu, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olabileceği,
- Gebelik ve doğum sürecinde eş ve yakınının desteğinin önemini olduğu,

- Doğumun evreleri olan bir süreç olduğu,
- Doğumda ağrı ile baş etme yöntemleri,
- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yaşanabilecek sorunlar ve erken tanısı,
- Normal doğumun anne ve bebek açısından yararları,
- Lohusalık süreci,
- Doğum sonu üreme sağlığı yöntem danışmanlığı ve yenidoğan bakımı konularında bilgilendirmesi hedeflenmiştir.

Program kapsamında verilen eğitimlerin verileri 3'er aylık periyotlarla toplanmaktadır.

Gebe Bilgilendirme Sınıflarında ve Aile Hekimliklerinde başvuran gebelere Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanıp bastırılan "Bebeğim Yolda Ben Hazırım" kitapçığı verilmektedir.

Ayrıca Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri 02/10/2018 tarih ve 2018/23 sayılı genelge ile çalışma usul ve esasları (tescil denetim, asgari araç-gereç vb) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bakım Meslekleri Dairesi tarafından belirlenmiş olup genelge doğrultusunda ilgili Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir

Aile hekiminin kendi nüfusuna kayıtlı, takibinden sorumlu olduğu gebeyi "Gebe Bilgilendirme Sınıfı"na yönlendirmesi gerekmektedir.

8.2. ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

8.2.1. Sağlığın Geliştirilmesi Programları

8.2.1.1. Bebek, Çocuk ve Ergen İzlemleri

Toplumda bazı gruplar hassas gruplar olarak tanımlanır ve bu grupların sağlık sistemi tarafından yakından izlenmesi oldukça önemlidir. Bu gruplar; 15- 49 yaş kadınlar, gebeler, lohusalar, 0-5 yaş çocuklar, okul çağı çocuklar, ergenler, bulaşıcı hastalığı ve kronik hastalıkları olanlardır.

Bebek-çocuk izlemleri ile ilgili önemli bir konu okula başlayana kadar çocuklarla karşı karşıya gelen, onları izleyip destekleyebilecek tek sistemin sağlık sistemi olmasıdır. Eğer sağlık sistemi tarafından fark edilmezlerse bu çocuklar tamamıyla görünmez olup hayata dezavantajlı bir şekilde başlayacaktır.

Çocuk sağlığı izlemi; sadece hiçbir şikâyeti olmaksızın sağlık kuruluşuna başvuran çocukların sağlıklı olduğunun onaylanması ve aşılarının yapılması değil, tüm çocuklara verilmesi gereken ve çocuğun (DSÖ sağlık tanımına göre) fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olup olmadığının değerlendirilmesidir.

İzlem, hekim, aile, hekim dışı sağlık personeli iş birliği içinde yürütülmeli; çocuk, içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevre ile birlikte değerlendirilmelidir.

Öncelikle; çocuk izlemi, birinci basamak çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.

İkinci olarak; tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir sağlık hizmetidir.

Hekimler, çocuk sağlığı hizmetlerinin köşe taşı oluşturan ön bilgilendirme ve koruyucu hekimlik uygulama olanağını en çok rutin sağlam çocuk kontrolleri sırasında bulurlar.

Sağlam çocuk izleminde amaç; sağlıklılığını sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık, sakatlıkları azaltmak ve önlemektir. Daha geniş anlamda, sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini sağlamaktır.

İzlemin ilkeleri 4 ana başlık altında toplanmaktadır.

1. Hastalıkların önlenmesi

- Büyüme-gelişiminin izlenmesi
- Yaşa uygun beslenmenin sağlanması
- Aşılama
- Sağlık eğitimi ile mümkündür.

2. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi

- Öykü
- Fizik muayene
- Taramalar ile mümkündür.

3. Çocuğun sağlıklı yetişmesi konusunda aileye destek

- Sağlık eğitimi
- Çocuk yetiştirilmesi konusunda danışmanlık
- Aile planlaması konusunda danışmanlıklar ile mümkündür.

4. Bakımın sürekli olmasının sağlanması

Öncelikli olarak her bebeğin tespit edilmesi önemlidir. Bunun içinde gebe tespitinin yapılmış olması gerekmektedir ki doğan bebek kayıt altına alınarak izlemleri gerçekleştirilebilsin, gelişimi desteklensin. Sağlam çocuk izlemi, prenatal dönemden (anne-baba eğitimi ile) başlar, ergenliğin sonuna

kadar sürer. İzlemler 2019/12 sayılı Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Genelgesi kapsamında yürütülmektedir.

Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri, sağlık personelinin bebek, çocuk ve ergenlerin izlemi sırasında bir başvuru kaynağı olarak kullanılmak üzere hazırlanmıştır. İlki 2008 yılında hazırlanan protokoller 2018 yılında revize edilmiş ve basımı gerçekleştirilerek Aile hekimlerine iletmek üzere illere gönderilmiştir. Protokoller Bakanlığımız politikaları ve DSÖ'nün önerileri doğrultusunda Çocuk Nefroloji Derneği, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, Gelişimsel Pediatri Derneği, Sosyal Pediatri Derneği, Türk Neonatoloji Derneği ve Türk Oftalmoloji Derneği'nin bilimsel katkıları ile hazırlanmıştır.

Protokollerle bebek, çocuk, ergenlere yapılması gereken ve zorunlu olan asgari izlem zamanları ve aralıkları belirlenmiştir.

İlk yaşta izlemler en az 9 kez, 6 yaşa kadar toplam 16 kez, 6-19 yaşta ise yılda 1 kez izlemi yapılmalıdır.

Bu izlem sıklıkları, genel olarak büyümenin hızlı olduğu dönemlere ve aşılardan yapıldığı dönemlere denk getirilmiştir.

Bu sayılanlar asgari izlem sıklıklarıdır, risk durumunda, sevk edilmesi gereken bir durum tespitinde izlem sıklığı ve niteliği artırılmalıdır.

Protokoller kapsamında olan ve yapılması gereken bebek, çocuk ve ergenlerde izlem zamanları ve aralıkları aşağıda yer almaktadır.

Bebek İzlemleri;

1. İzlem: Doğumda (hastanede)
2. İzlem: Doğumdan sonraki ilk hafta içinde (1.-10.gün arası)
3. İzlem: 15. gün izlemi (11.-25.gün arası)
4. İzlem: 41. gün izlemi (30.-55. gün arası)
5. İzlem: 2. ay izlemi (60.-85. gün arası)
6. İzlem: 3. ay izlemi (90.-115. gün)
7. İzlem: 4. ay izlemi (120.-150. gün)
8. İzlem: 6. ay izlemi (175.-210. gün)
9. İzlem: 9. ay izlemi (250.-290. gün)

Çocuk İzlemleri;

10. İzlem: 12. ay izlemi (365.-394. gün)
11. İzlem: 18. ay izlemi (17.-19. ay)
12. İzlem: 24. ay izlemi (23.-25. ay)
13. İzlem: 30. ay izlemi (29.-31. ay)
14. İzlem: 36. ay izlemi (35.-37. ay)
15. İzlem: 48 ay izlemi (45.-51. ay)
16. İzlem: 60. ay izlemi (57.-63. ay)

Okul çağı çocuk/genç izlemleri;

6. yaş izlemi (67.-78. Ay)
7. yaş izlemi (79.-90. Ay)
8. yaş izlemi (91.-102 Ay)
9. yaş izlemi (103.-114. Ay)
10. yaş izlemi (115.-126. Ay)
11. yaş izlemi (127.-138. Ay)
12. yaş izlemi (139.-150. Ay)
13. yaş izlemi (151.-162. Ay)
14. yaş izlemi (163.-174. Ay)
15. yaş izlemi (175.-186. Ay)
16. yaş izlemi (187.-198. Ay)
17. yaş izlemi (199.-210. Ay)

18. yaş izlemi (211.-222. Ay)

19. yaş izlemi (223.-234. Ay)

Protokoller, yaş gruplarına göre yapılması ve sorgulanması gerekenleri içerir. İçinde; kontrol listeleri, kontrol listelerinde yer alan işlemler ile ilgili detaylı bilgilerin ve açıklamaların yer aldığı akış şemaları ve yönergeler yer almaktadır. Kontrol listeleri izlem dönemlerini ve bu dönemdeki bebek/çocuğa yapılması ve sorgulanması gerekenleri içermektedir. Yapılacak işlemlerin yanında Y (yönerge) ve/veya AŞ (Akış şeması) numaraları bulunmaktadır. Bu konularla ilgili detaylı bilgi ve açıklamalar için ilgili bölümlerdeki (Akış şemaları ve Yönergeler), numarası yer alan akış şeması ve/veya yönergeye bakılması gerekmektedir.

Protokoller içinde izlemlere dair özet bir tablo da bulunmaktadır. Tablonun sağ tarafında yapılacak işlemler, üst satırında ise yaş dönemleri yer almaktadır.

BİRİNCİ BASAMAKTA BEBEK ÇOCUK ERGEN İZLEMLERİ - ÖZET TABLO

İŞLEM	YAŞ	Yenidoğan İlk hafta 15. Gün 41. Gün 2. Ay 3. Ay 4. Ay 6. Ay 9. Ay 12. Ay 18. Ay 24. Ay 30. Ay 3 yaş 4 yaş 5 yaş 6 yaş 7 - 9 yaş 10 -14 yaş 15-18 yaş 19-21 yaş																					
		Yenidoğan	İlk hafta	15. Gün	41. Gün	2. Ay	3. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay	12. Ay	18. Ay	24. Ay	30. Ay	3 yaş	4 yaş	5 yaş	6 yaş	7 - 9 yaş	10 -14 yaş	15-18 yaş	19-21 yaş	
Ölçümler	Baş çevresi ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Boy ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Ağırlık ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Beden Kitle İndeksi																						
Duyusal taramalar	Kan basıncı değerlendirilmesi	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	İşitme değerlendirilmesi	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Görme taraması	+	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Gelişimsel değerlendirme	Fiziksel gelişimin değerlendirilmesi			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Sosyal davranışsal değerlendirme				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	HEADSSS değerlendirilmesi																			+	+	+	
	Otizm spektrum bozukluğu değerlendirilmesi											+	+		+								
Fizik muayene		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prosedürler	Yenidoğan topuk kanı taraması	+	+																				
	Bağışıklama	+	*	*	+	+	*	+	+	*	+	+	+	*	*	*	*	+	*	+	*	*	
	GKD taraması	*	*	*	+																		
	Hb/Htc ölçümü										+										+	+	+
	Hiperlipidemi risk değerlendirilmesi																				+	+	+
	D vitamini desteği	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Demir desteği					*		+	+	+	+												
Diş Sağlığı							+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Danışmanlık		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

+Mutlaka yapılacak

* Değerlendirme sonucunda gerekirse yapılacak

HEADSSS: Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İstihbar ve depresyon) ve Safety (güvenlik)

• Aile hekimleri, bebekte ilk izlem hariç diğer 8 izlemden, çocuk izlemleri ile 6-19 yaş aralığındaki izlemlerin tamamından sorumludur.
• 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerekmektedir, bununla birlikte bu dönemde Hb/Htc ölçümünün belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaşlar) 1'er kez yapılması yeterlidir.

Bebek izlem zamanları ve aralıkları:
• İlk izlem (doğumun hemen sonrasında)
• Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10.gün arası)
• 15. gün izlemi (11.-29.gün arası)
• 41. gün izlemi (30.-59. gün arası)
• 2. ay izlemi (60.-89. gün arası)
• 3. ay izlemi (90.-115. gün)
• 4. ay izlemi (120.-150. gün)
• 6. ay izlemi (180.-210. gün)
• 9. ay izlemi (250.-290. gün)

Çocuk izlem zamanları ve aralıkları:
• 12. ay izlemi (365.gün-394. Gün)
• 18. ay izlemi (481.gün-570.gün)
• 24. ay izlemi (661.gün-760.gün)
• 30. ay izlemi (841.gün-930.gün)
• 36. ay izlemi (1021.gün-1110.gün)
• 48. ay izlemi (1321.gün-1530.gün)
• 60. ay izlemi (1681.gün-1890.gün)

Okul çağı çocuk/Genç izlem zamanları ve aralıkları:
• 6. yaş izlemi (67.-78. ay) • 14. yaş izlemi (163.-174. ay)
• 7. yaş izlemi (79.-90. ay) • 15. yaş izlemi (175.-186. ay)
• 8. yaş izlemi (91.-102. ay) • 16. yaş izlemi (187.-198. ay)
• 9. yaş izlemi (103.-114. ay) • 17. yaş izlemi (199.-210. ay)
• 10. yaş izlemi (115.-126. ay) • 18. yaş izlemi (211.-222. ay)
• 11. yaş izlemi (127.-138. ay) • 19. yaş izlemi (223.-234. ay)
• 12. yaş izlemi (139.-150. ay) • 20. yaş izlemi (235.-246. ay)
• 13. yaş izlemi (151.-162. ay) • 21. yaş izlemi (247.-258. ay)

Bebek, çocuk, ergen izlem protokollerinde yer alan ve izlem zamanında yapılması gereken işlemler aşağıda yer almaktadır.

8.2.1.2. Yeni Doğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi

I. Doğum Anı ve Doğumun Hemen Sonrası

- Akış Şeması 1'e (AŞ1) bakınız
- 1 ve 5. dakikada Apgar değerlendirilmesi yapın (Y1)

II. Bebek Stabilize olduktan sonra

- Bebeğin göbek ve göz bakımı yapın (Y2)
- 1 mg IM K vitamini uygulayın
- Bebeğin baş çevresini ölçün, tartın, boyunu ölçün (Y3)
- Bebekte doğuştan anomali olup olmadığına bakın (AŞ2)
- Solunumu değerlendirin; takipne, düzensiz solunum, apne, inleme, burun kanadı solunumu ve çekilme olup olmadığına bakın
- Cildi gözden geçirin; sarılık, solukluk, morluk, şişlik, ödem ve döküntü açısından değerlendirin
- Hareketlerini ve tonusunu değerlendirin; normal ve simetrik mi bakın
- Yenidoğan reflekslerini değerlendirin (Y4)
- Bebeğin hipoglisemi (AŞ3), sepsis (AŞ4a-c) ve sarılık (AŞ5) için risk değerlendirmesini yapıp uygun önlemleri alın (Rh ve ABO uygunsuzluğu var mı?, annede 18 saati geçen EMR, koriyoamniyonit öyküsü var mı?, bebek gebelik haftasına göre küçük ya da büyük mü, preterm mi, annede diyabet var mı?).
- Bebek soğuk ya da sıcak hissediliyorsa vücut ısısını ölçün (Y5). Bebeğin ısısını kaybetmesini önlemek için bebeği giydirin
- Mümkün olan en kısa sürede anne sütü alması için anneye tensesel temasını ve emzirilmesini sağlayın

III. Taburculuk öncesi:

Doğum şekline göre anne ve bebek; normal vajinal doğumdan sonra 24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48 saat hastanede kalmalıdır. Bebek taburcu edilmeden önce mutlaka aşağıdaki kontrol listesine göre değerlendirin, kriterleri karşılayıp karşılamadığına bakın. Taburculuk için değerlendirmede her anne ve bebek çifti bireysel olarak değerlendirilmelidir.

1. Bebeğin klinik gidiş ve fizik muayenesinde yeniden hastaneye yatışı gerektirecek normallik olmamalı
2. Bebeğin vital bulgularının normal sınırlarda ve 12 saattir stabil olduğu kaydedilmiş olmalı (Bu sınırlar solunum hızı için 30- 60/dk, kalp hızı için 100-160/dk ve aksiller vücut ısısı için bebek açık yatakta ve giyinik iken 36,5-37,4 °C)
3. Bebeğin düzenli olarak idrar yaptığı ve en az bir mekonyum çıkışının olduğu gözlenmiş olmalı
4. Bebeğin emme-yutma ve nefes alma koordinasyonunu sağlayabildiğinin görüldüğü en az 2 ardışık başarılı emzirme yapılmış olmalı
5. Annenin risk faktörlerine göre sepsis için yeterince değerlendirilmiş ve izlenmiş olmalı (AŞ4)
6. Yenidoğan Tarama Programı (NTP) için kanı alınmış olmalı (Y6, AŞ6)
7. Hepatit B aşısı yapılmış olmalı (Y7)
8. Bebeğin sarılık taraması yapılmış ve risk durumuna göre sonraki izlem planı yapılmış olmalı (AŞ5)
9. İditme taraması yapılmış ya da planlanmış olmalı (Y8)
10. Bebeğin görmesi değerlendirilmiş olmalı (Y9a, AŞ7a)
11. Saturasyon değerlendirilmiş olmalı (AŞ8) ve
12. GKD için bilinen risk faktörleri faktörlerinden herhangi biri pozitif ise kalça ultrasonografisi için randevu alınmalı, risk faktörü yok ise 3-4 haftalık iken tarama için aile hekimine yönlendirilmeli (AŞ9)
13. Annenin, emzirme, anne sütünün önemi, yeterli idrar ve gaita miktarı, göbek ve hijyen bakımı, sarılık, önemli hastalık bulguları ve bebek güvenliği ile ilgili yeterli bilgi ve deneyime sahip olduğu değerlendirilmeli
Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin
 - Emzirme (AŞ10a-b)

- Göbek bakımı (Y2), bebek bakımı (Y10), el yıkama (Y11)
- Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Aile planlaması

14. Aile, çevre ve sosyal risk faktörleri değerlendirilmeli, gerekirse bu risk faktörleri ortadan kalkana kadar taburculuk geciktirilmeli

IV. Bebek ve anne kurumdan ayrılmadan önce:

- Bulgularınızı bebeğin kayıtlarına işleyin
- Aileye aşı kartını düzenleyip verin
- Aileye doğum raporunu hazırlayıp verin
- Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin
- Bebeğin doğumdan sonraki ilk hafta içinde kontrol için Aile Hekimine başvurmasını söyleyin

8.2.1.3. Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğanın İzlemi

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Bebeğin tanımlayıcı bilgilerini, annenin gebelik öyküsünü ve bebeğin doğumu ile ilgili bilgilerini kayıt sistemine girin
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorgulayın
- Bebeğin doğar doğmaz Hepatit B aşısının yapıp yapılmadığını sorgulayın (Y7)
- Yenidoğan taraması için topuğundan kan alınıp alınmadığını sorgulayın (Y6)
- Yenidoğan işitme taraması yapıp yapılmadığını sorgulayın (Y8)

III. Bebeği AŞ11'e göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin
- Bebeğin genel görünümüne bakın
 - Hareketli mi?
 - Canlı bir sesle ağlıyor mu?

Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösterir Enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin

- Doğuştan bir anomalisi var mı değerlendirin (AŞ2)
- Cildi muayene edin (AŞ12)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)

V. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (AŞ10a-b)
- Göbek bakımı (Y2)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)

- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)

VI. Bebeğin gelişimini “Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi”-ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

VII. Annenin lohusa izlemine yapın

- Annenin kendisi için Demir ve D vitamini kullanma durumunu sorgulayın
- Hemoglobin ölçümü yapın
- Kan basıncı ölçümü yapın
- Ateş ölçümü yapın
- Kanama kontrolü yapın
- Anneye AP danışmanlığı verin

VIII. Bebeğe ücretsiz D vitamini verin ve bilgilendirme yapın (Y16)

IX. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

X. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelerle ilgili hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ11)

XI. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XII. Bebek 15 günlükken kontrol için çağırın

8.2.1.4. 15.- 41. Gün ve 2. Ay İzlemleri

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Aşırı ağlama açısından bebeği değerlendirin (Y17)
- Bebeğin aşılarını sorgulayın (Y7)
- Yenidoğan taramalarını sorgulayın (Y6, Y8)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)

III. Bebeği yaşına göre AŞ 11 ya da AŞ17 ya da AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Bebeğin genel görünümüne bakın
 - Hareketli mi?
 - Canlı bir sesle ağlıyor mu?

Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösterir. Enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin

- Doğuştan bir anomalisi var mı değerlendirin (AŞ2)
- Cildi muayene edin (AŞ12) Term bebeklerde 2 hafta, preterm bebeklerde 3 haftayı geçtiği halde bebek halen sarı görünüyorsa uzamış sarılık araştırması için uzmana yönlendirin
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)

- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. 41.gün izleminde GKD taramasını yapın (Y19, AŞ9)

VI. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VIII. Bebeğin gelişimini “Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi”-ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

IX. Bebek prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı ise ve daha önce başlanmamışsa uygun yönergeleri kullanarak bebeğe profilaktik demir başlayın (AŞ20)

X. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (AŞ10a-b)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Aile Planlaması

XI. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

XII. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ11,17-19)

XIII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XIV. Kontrol için randevu tarihini belirleyin (15 günlük bebek 41. gün, 41 günlük bebek 2. ay, 2 aylık bebek 3. ay izlemi için çağrılacaktır)

8.2.1.5. 3.– 4. Ay İzlemleri

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorun
- Aşırı ağlama açısından bebeği değerlendirin (Y17)
- Bebeğin aşılarını sorgulayın (Y7)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)
- GKD taramasını sorgulayın (Y19-AŞ9)

III. Bebeği AŞ 19’a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Bebeğin genel görünümüne bakın

- Hareketli mi?
- Canlı bir sesle ağlıyor mu?

Yanıtınız hayır ise bebekte ciddi bir hastalık varlığını gösterir Enfeksiyon ve hipoglisemi başta olmak üzere nörolojik ve metabolik diğer nedenlerin araştırılması için sevk edin

- Cildi muayene edin (AŞ12)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7a)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VI. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VII. Bebeğin gelişimini “Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi”-ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

VIII. Bebeği anemi yönünden değerlendirin (AŞ21)

- Anemisi varsa uygun yönergeleri kullanarak tedavi dozunda demir başlayın
- Anemisi yoksa 4. aydan itibaren uygun yönergeleri kullanarak profilaktik dozda ücretsiz demir damlası verin

IX. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (AŞ10a-b)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Aile Planlaması

X. Bulgularınızı kayıtlarımıza işleyin

XI. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ17-19)

XII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XIII. Kontrol için randevu tarihini belirleyin (3 aylık bebek 4 Aylık olduğunda, 4 aylık olan bebek 6 aylık olduğunda kontrole çağrılacaktır)

8.2.1.6. 6., 9. ve 12. Ay İzlemleri

I. Anneyi ve bebeği karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde bebeğin eksik bilgilerini tamamlayın
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorun
- Bebeğin aşılarını sorgulayın (Y7)
- D vitamini kullanma durumunu sorgulayın (Y16)

- Demir kullanma durumunu sorgulayın (AŞ20-21)

III. Bebeği AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Bebeğe tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ölçün, bebeği tartın ve boyunu ölçerek bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (arka fontanel ilk 6-8 haftada kapanır)
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin işitmesini değerlendirin (Y8)
- Bebeğin görmesini değerlendirin (Y9a-b)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

V. 9. ay izleminde bebeğin anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapın ve sonucunu sisteme kaydedin

VI. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VIII. Bebeğin gelişimini "Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi"-ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

IX. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme, tamamlayıcı beslenme (Y22) ve beslenme alışkanlığı kazandırma (Y23)
- Bebek bakımı (Y10)
- Bebekle sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Uyku (Y14)
- El yıkama (Y11)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Aile Planlaması

X. Bulgularınızı kayıtlarımıza işleyin

XI. Değerlendirmeniz sırasında bebekte bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde bebeği bir uzmana yönlendirin (AŞ18-19)

XII. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XIII. Kontrol için 3 ay sonraya randevu verin. 12. ay izleminde bir sonraki randevuyu 6 ay sonraya verin.

8.2.1.7. 13 -36 Ay Arası Çocuk İzlemleri

Bu dönemde 6 ayda bir kontrol yapılır.

I. Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
- Emzirmenin nasıl gittiğini sorun

- Çocuğun aşılarını sorgulayın (Y7)
 - Çocuğu anemi yönünden değerlendirin (AŞ22)
- III. Çocuğu AŞ 19'a göre değerlendirin

IV. Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Baş çevresini ve boyu ölçün, çocuğu tartın bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3)
- Fontanel büyüklüklerini kaydedin (ön fontanel 18 aya kadar kapanabilir)
- Çocuğun genel görünümüne bakın
- Cildi muayene edin
- Baş ve boyun muayenesi yapın (AŞ13)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- 3 yaşında çocuğun kan basıncını ölçün (Y24, AŞ23)
- 2 yaş ve üzerindeki çocukları hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y25)
- Çocuğun işitmesini değerlendirin (Y8)
- Çocuğun görmesini değerlendirin (Y9a-b, AŞ7b) 3 yaşında görme keskinliği muayenesi yapın (Görme keskinliğinde azalma ya da iki göz arasında fark saptanan çocuklar değerlendirilmek üzere sevk edin)
- Üreme organlarını muayene edin (AŞ14)
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)
- Çocuğun yürümesini gelişimsel kalça displazisi açısından değerlendirin (Y19)

V. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VI. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VII. Çocuğun gelişimini “Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi”-ni (Y15, AŞ 15-16) kullanarak değerlendirin ve destekleyin.

VIII. Aşağıdaki konularda anneye danışmanlık verin

- Emzirme (en az 2 yaşa dek)
- Yaşına uygun olarak beslenme (Y22-23)
- Çocukla sağlıklı iletişim (AŞ16)
- Tuvalet eğitimi (Y26)
- Önemli hastalık bulguları (AŞ19)
- Fizik aktivite (Y27)
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Üreme sağlığı

IX. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

X. Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin (AŞ19)

XI. Ailenin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XII. Kontrol için 6 ay sonraya randevu verin

8.2.1.8. 4- 6 Yaş Çocuk İzlemleri

Bu dönemde yılda bir kontrol yapılır.

I. Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
- Çocuğun aşılarını sorgulayın (Y7)

III. Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Çocuğun boyunu ölçün, çocuğu tartın, beden kitle indeksini hesaplayın, bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y3, Y28)
- Çocuğun genel görünümüne bakın
- Cildi muayene edin
- Baş ve boyun muayenesi yapın
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Çocuğun kan basıncını ölçün (Y24, AŞ23)
- Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y25)
- Çocuğun işitmesini değerlendirin, ilköğretim 1. sınıfta işitme taramasının yapıp yapılmadığını sorgulayın
- Çocuğun görmesini değerlendirin ve 3 yaşında görme keskinliği muayenesi yapılmadı ise 4-6 yaş grubunda yaptırın
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)

IV. 5. yaş izleminde çocuğun anemisini değerlendirmek amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümü yapın ve sonucunu sisteme kaydedin

V. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

VI. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VII. Aşağıdaki konularda anneye ve/veya çocuğa danışmanlık verin

- Yaşına uygun olarak beslenme (Y29)
- Çocukla sağlıklı iletişim, ailenin çocuğa ad soyad adres bilgilerini öğretmesi, ev işlerinde sorumluluk vermesi
- Kazalardan korunma (Y12a-b), çocuğa trafik eğitimi verilmesi
- Diş sağlığı (Y21)
- Fiziksel aktivite (Y27)
- Okul öncesi eğitim
- Üreme sağlığı

VIII. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

IX. Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili yönergelere göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin

X. Ailenin ve çocuğun sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XI. Kontrol için 1 yıl sonraya randevu verin

8.2.1.9. 7-9 Yaş Arası Çocuk İzlemleri

Bu dönemde yılda bir kontrol yapılır.

I. Anneyi ve çocuğu karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y13)

II. Sorun:

- Kayıt sisteminde çocuğun eksik bilgilerini tamamlayın
- Çocuğun aşılarını sorgulayın (Y7)

- Çocuğu anemi yönünden değerlendirin

III. Çocuğa tam bir sistemik muayene yapın

- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)
- Çocuğun boyunu ölçün, çocuğu tartın bulgularınızı büyüme eğrilerine işaretleyin (Y28)
- Çocuğun genel görünümüne bakın
- Cildi muayene edin
- Baş ve boyun muayenesi yapın
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Çocuğun kan basıncını ölçün (Y24, AŞ23)
- Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y25)
- Çocuğun işitmesini değerlendirin, ilköğretim 1. sınıfta işitme taramasının yapıp yapılmadığını sorgulayın
- Çocuğun görmesini değerlendirin
- İdrar yolu enfeksiyonunu sorgulayın (Y18)
- Kas-iskelet sistemi muayenesi yapın (Y30)

IV. Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edin (Y20a). Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığını göz ardı etmeyin (Y20b)

V. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

VI. Aşağıdaki konularda anneye ve/veya çocuğa danışmanlık verin

- Yaşına uygun olarak beslenme (Y31)
- Çocukla sağlıklı iletişim
- Kazalardan korunma (Y12a-b)
- Diş sağlığı (Y21)
- Fiziksel aktivite
- Üreme sağlığı

VII. Bulgularınızı kayıtlarınıza işleyin

VIII. Değerlendirmeniz sırasında çocukta bir sorun saptarsanız ilgili yönergelerle göre hareket edin, gerektiğinde çocuğu bir uzmana yönlendirin

IX. Ailenin ve çocuğun sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

X. Kontrol için 1 yıl sonraya randevu verin

8.2.1.10. 10-21 Yaş Arası Ergen/Genç İzlemleri

Erken ergenlik (10-14 yaş), orta ergenlik (15-18 yaş), geç ergenlik (19-21 yaş) dönemleridir. Yılda 1 kez izlemi yapılmalıdır. Risk durumunda, sevk edilmesi gereken bir durum tespitinde izlem sıklığı ve niteliği artırılmalıdır.

I. Aileyi ve genci nazik bir şekilde karşılayın ve uygun iletişimi kurun (Y32)

II. Öykü alın

- Gence herhangi bir yakınması olup olmadığını sorun
- Psikososyal durumun belirlenmesi için HEEADSSS formunu kullanın (Y33)
- Başka yakınmaları var mı irdeleyin

III. Gence tam bir sistemik muayene yapın

- Gençten kendisini muayene etmek için izin isteyin
- Muayene başlamadan önce ellerinizi yıkayın (Y11)

- Her aşamada gence yaptığınız işlem ve bulgunuzla ilgili bilgi verin
- Vücut ağırlığı ve boy uzunluğunu ölçün, beden kitle indeksi ve ideal ağırlık yüzdesini hesaplayın önceki kayıtlarınızla karşılaştırın, boy ve ağırlık sorunlarını belirleyin (Y28, Y34)
- Solunumu ve kalbi değerlendirin, arteriyal femoral nabızları palpe edin
- Gencin kan basıncını ölçün (Y24, AŞ23)
- Hiperlipidemi riski açısından değerlendirin (Y25)
- Genito üriner sistem muayenesinde, gencin fiziksel gelişmişlik düzeyini belirlemek için Tanner evrelemesini kullanın (Y35) (Tanner evrelemesi kartını gence vererek kendisinin hangi evrede gördüğünü sorun) Gerektiğinde muayenesi yapın, erken ya da geç puberte açısından değerlendirin (Y36)
- Kas iskelet sistemi muayenesi yapın (Y30)
- Bulgularınızı kaydedin

IV. En az 3 ana izleme döneminde birer kez tam kan sayımı ile değerlendirme yapın, gerek görülürse diğer tetkikleri isteyin

V. Aşağıdaki konularda danışmanlık verin

- Fiziksel- cinsel büyüme ve gelişme
- Psikolojik gelişme
- Sosyal gelişme
- Kişisel Hijyen
- Beslenme
- Fizik Aktivite (Y37)
- Üreme Sağlığı
- Sigara, alkol, madde kullanımı
- Kaza ve yaralanma
- Şiddet davranışları

VI. Ulusal aşı programına göre aşılarını kontrol edin eksik aşılarını tamamlayın, aşı yan etkileri hakkında bilgilendirme yapın

VII. Değerlendirmeniz sırasında belirlediğiniz sağlık sorunları için “Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin: Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı”nda yer alan yönergeleri kullanın, gerektiğinde bir uzmana yönlendirin

VIII. Daha önceki izlemlerde tespit ettiğiniz bir sorun varsa onu tekrar değerlendirin

IX. Bulgularınızı ve önerilerinizi gence özetleyin. Gençle aileye hangi konularda bilgi verileceği üzerinde anlaştıktan sonra aileyi içeri çağırarak onlara da bulgularınızla ilgili bilgi verin ve önerilerinizi sıralayın

X. Gencin sorularını yanıtlayın ve verilen önerilerle ilgili broşürleri verin

XI. Kontrol için randevu tarihini belirleyin

Yukarıda yer alan bilgilerde de görüldüğü üzere tüm izlemlerde yapılması gereken işlemlerin ana başlıkları aşağıda yer almaktadır;

- Anne ve bebeğin/çocuğun karşılanarak uygun iletişimin kurulması (izlemin ilk adımındır, içeri girerken aileyi selamlamak, çocuğa ismi ile hitap etmek gibi yöntemlerle aileyi ve çocuğu rahatlatılması önemlidir)
- Bebek/çocuk bilgilerinin kullanılan kayıt sistemine girilmesi (kayıt her zaman atlanan bir işlem, çoğu zaman izlem yapılmış olsa bile kayıt yapılmadığından yapılmamış gibi görünmektedir. Oysa kayıt yapılan işlemin kanıtıdır.)
- Anneye bebeğin/çocuğun herhangi bir sorununun/yakınmasının olup olmadığının sorulması

- Bebeğ/çocuğa tam bir sistemik muayene yapılması (Muayene; antropometrik ölçümlerin yapılmasını, genel görünümün değerlendirilmesini, baş, boyun, cilt, solunum, kalp, üreme organlarının, görme ve işitmenin değerlendirilmesini, sistem muayenelerini içerir.)
- Öykü, özgeçmiş ve çocuk-aile ilişkisinde çocuğun ihmal ya da istismar edilmiş olabileceğini düşündürecek tavır ve davranışlara dikkat edilmesi/Fizik muayene bulgularını değerlendirirken istismar ve/veya ihmal olasılığının değerlendirilmesi
- Bebeğin/çocuğun aşılarının kontrol edilmesi eksik aşılarının tamamlanarak, aşı yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılması
- Bebeğin/çocuğun yaşına uygun uygulamaların yapılması/sorgulanması
- Taramalar
- NTP
- İşitme
- GKD
- Görme
- ...
- Mikrobesein destekleri
- Demir desteği
- D vitamini desteği
- Gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi
- ...
- Danışmanlık verilmesi (anne/ergen vb)
- Beslenme,
- Bakım,
- İletişim
- Kazalardan korunma
- Aile Planlaması
- Yaşına uygun ve saptanan soruna ilişkin diğer danışmanlıklar
- Bulguların kayıtlara işlenmesi
- Değerlendirme sırasında bebekte/çocukta bir sorun saptanırsa ilgili yönergelere göre hareket edilmesi, gerektiğinde bebeğin bir uzmana yönlendirilmesi
- Ailenin sorularının yanıtlanıp verilen önerilerle ilgili broşürlerin verilmesi
- Kontrol için randevu tarihinin belirlenmesi

Protokoller kanıta dayalıdır. İyi uygulama örneklerini içerir. Bebek ya da çocuğun sağlık düzeyini, risklerini bütüncül bir yaklaşımla belirlemeyi sağlar. Bakanlıkça yürütülen çocuklara yönelik program uygulamalarının tamamını içerir. Uygun müdahaleler için yol göstericidir. Çalışmalar için yasal zemin oluşturur, sağlık personelinin korur. Hem sorumluluklarını hem de bunların sınırlarını gösterir. Protokollerde yer almayan bir uygulamadan sorumlu değildir, ancak protokolde yer alan uygulamaları da yerine getirmekle mesuldür.

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği'nde "Madde 20- de "Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Aşılama, gebe, bebek-çocuk takiplerinin hangi aralıklarda ne şekilde yapılacağı ve kesintilerin usûl ve esasları Bakanlıkça belirlenerek duyurulur" ifadesi yer almaktadır. Bebek-çocuk izlemleri performansla dâhildir ve protokollerle belirlenen dönemlerde ve zaman aralığında ve protokollere göre yapılmalıdır.

Bakanlık olarak artık bebek ve çocukların tam izlenmesine ağırlık verilmektedir. Tam izlenen; "Belirlenen izlem zamanı ve aralığında yaş grubu için tüm izlemlerin yapılmış olması durumudur." Bebek başına ortalama izlem vb ne göre, bebek/çocukların almaları gereken sağlık bakım hizmetini ölçebilmek amacıyla kullanılan daha hassas bir göstergedir.

İzlemeye giden ekipler tarafından da hekimin/ASÇ'nın gelen bebek/çocuk/ergene yönelik olarak yukarıda belirtilen kapsamda hizmet veriliyor vermediğinin ve izlem dönemine uygun izlem yapıp yapılmadığının, izlem dönemine ilişkin yapılması gereken iş ve işlemlerin tam ve eksiksiz olarak yapıp

yapılmadığının kontrolü yapılmalı, sistem girişleri kontrol edilmelidir. Bu kontrol ve değerlendirme bilgi sistemleri üzerinden de aynen yapılmalıdır.

8.2.1.11. Çocuk Güvenliğinin Sağlanması Programı

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, ailelerin kazalardan korunma bilgisinin yetersiz olduğu ve çocukların kaza geçirme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. 0-6 yaş grubu çocuklarda yaşanan ev kazalarının önlenmesini ve ev kazası gerçekleştiğinde çocuklara doğru ilk yardım uygulamalarının yapılmasını sağlamak amacıyla annelerin/ailelerin bilinçlendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli bir yere sahiptir.

Bu bağlamda çocuk yaralanmaları ve beraberinde gelen sakatlık ile ölümleri önlemek amacıyla Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneğinin katkılarıyla bir program başlatılmıştır. Program kapsamında stratejilerin belirlenmesi ve yürütülmesine yönelik çalışmalar Bakanlık birimleri ile koordineli biçimde sürdürülmektedir.

Program kapsamında; en sık mortalite ve morbidite nedeni olan düşme, boğulma, yanık ve zehirlenmeler konusunda aile hekimleri, aile sağlığı çalışanları tarafından ebeveynler ve ailelere çocuğun yaşına özel hazırlanan kontrol listeleri kullanılarak bireysel danışmanlık hizmeti vermeleri sağlanmaktadır. Program kapsamında hazırlanan broşürler acil servis başvurusu ya da danışmanlık sonrası ailelere verilmektedir. TSM/SHM’lerde kaza ve yaralanmaların önlenmesi amacıyla halka yönelik farkındalık eğitimleri yapılmaya devam etmektedir.

8.2.1.12. Ergen/Genç Sağlığı ve Gelişimi Programı

Ergen/gençlerin karşılaştıkları sorunların ve gereksinimlerinin belirlenmesi, sağlıklı yaşam uygulamaları konusunda ergenlerin/gençlerin, toplumun ve ergen/gençlerle birlikte çalışan profesyonel grupların, ailelerin ve medyanın ergen/gençlik dönemi, bu dönemde karşılaşılan sorunlar ve gereksinimleri konusunda bilinçlendirilmesi, ergen/gençler için özel danışmanlık, rehberlik ve sağlık hizmet sunumunun sağlanması amaçlanmaktadır.

8.2.1.13. Okul Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi Programı

Okul sağlığı; öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır. Okul sağlığı alanında, farklı kurum ve kuruluşlar tarafından çeşitli konularda aktif olarak yürütülen pek çok program ve proje bulunmaktadır. Bu çalışmayla, ülkemiz şartlarına uygun, bütüncül yaklaşımın benimsendiği bir okul sağlığı modelinin oluşturulması hedeflenmektedir.

Ülkemizdeki okul sağlığı yaklaşımının daha geniş kapsamlı ve bütüncül olması için çalışmalar başlatılmış olup, ilgili Bakanlıklar, akademisyenler, kamu kurum ve kuruluşlarının katılımıyla Bilim Kurulu ve Yönlendirme Komitesi oluşturulmuştur.

17.05.2016 tarihinde T.C. Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) ve T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) arasında “Okul Sağlığı Hizmetleri İş Birliği Protokolü” imzalanmıştır. Hazırlık çalışmalarının ardından her iki Bakanlık arasında varılan mutabakat ile “Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı” başlatılmıştır. Bu Programın, okullarda şu ana kadar okul sağlığı kapsamında yürütülen ve yürütülecek olan tüm program ve projelerin çerçevesini oluşturması ve ülkemizin okul sağlığı modelini oluşturması hedeflenmiştir.

Çalışmalar 6 başlık altında toplanmıştır:

Sağlık Hizmetleri,

Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi,

Sağlıklı Beslenme,

Sağlık Eğitimi,

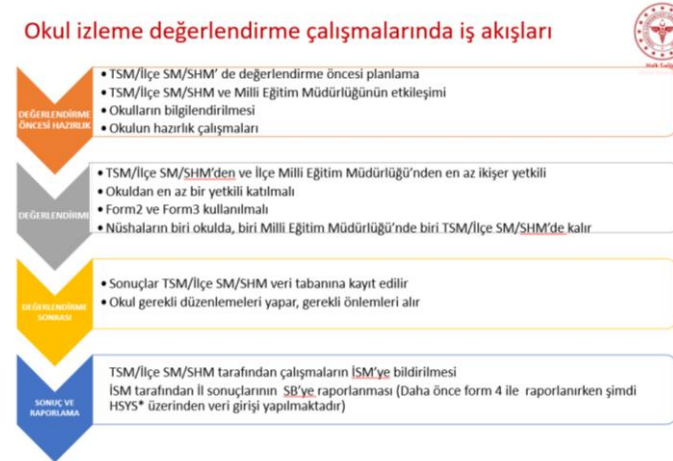
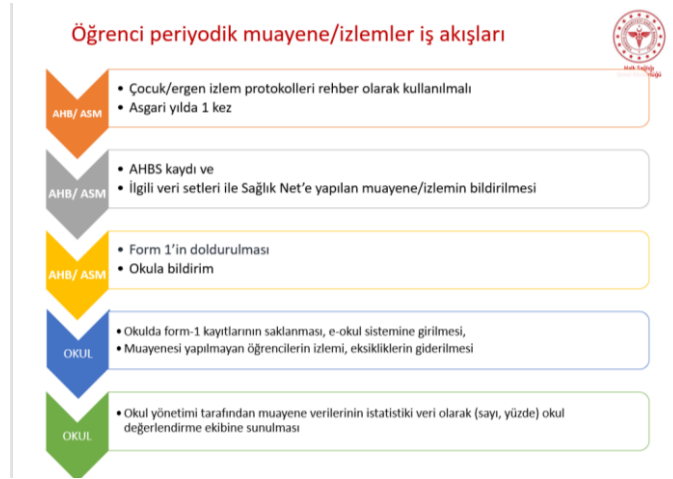
Fiziksel Aktivite,

Aile/Toplum Katılımı

Okul çalışanlarının sağlığı ile ilgili çalışmalar, “Sağlık Hizmetleri” ve “Sağlık Eğitimi” bileşenleri, psikososyal danışmanlık hizmetleri de “Sağlık Hizmetleri” bileşeni altında değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda; 2016 yılı sonu itibariyle Aile Hekimliği Birimleri tarafından öğrencilerin yıllık periyodik izlem ve muayenelerine başlanmış, Okul Sağlığı hizmetlerinde yeni mevzuata uygun iş akışları oluşturularak Uygulama Kılavuzu yayımlanmıştır. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı kapsamında tüm okul çağı çocukların yıllık periyodik izlemleri aile hekimlerince protokoller doğrultusunda yapılmaktadır.

Mevcut uygulamada; daha önce TSM’lerden okullarca talep edilen okulda sağlık taramalarının Aile hekimlerince periyodik izlem kapsamında yapılması uygun görülmüştür. Bu şekilde hem aile hekimlerinin bu yaş grubuna erişimleri, hem de okul çağı çocukların yıllık periyodik izlemlerinin sağlanması amaçlanmıştır.



*HSYS üzerinden Okul Sağlığı Takip Sistemi oluşturuldu ve veri girişi yapılmaktadır

8.2.2. Evlilik Öncesi Tarama Programları

8.2.2.1. Hemoglobinopati Tarama Programı

Yirmi birinci yüzyılda gerek ülkemizin sosyo-ekonomik durumunun iyileşmesi ile sağlık alt yapısının güçlendirilmesi, gerekse sağlık alanında yapılan araştırmaların hız kazanmasıyla bebek ve çocuk ölümlerinde ciddi azalmalar gözlenmektedir. Yapılmış çeşitli çalışmalar; tedavi edici yöntemlerin

geliştirilmesinden çok, hastalığın ortaya çıkışının önlenmesi ve hastalığın en erken dönemde yakalanarak, çocuğun yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yöntemlerin geliştirilmesi gerekliliğini göstermiştir. Beslenme bozuklukları ve enfeksiyon hastalıklarına bağlı çocuk ölümlerinin kontrol altına alınmasından sonra, kalıtsal hastalıklar gündeme gelmiştir.

Talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere kalıtsal kan hastalıkları ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde akraba evliliklerinin fazla olması, genetik geçişli bir hastalık olan Talasemi'nin görülme sıklığını arttırmakta, her yıl yüzlerce hastalıklı çocuk dünyaya gelmekte, aileler ve toplum maddi manevi zarara uğramaktadır. Ülkemizde, talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere, kalıtsal kan hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye'de, beta-talasemi taşıyıcı sıklığı %2,1'dir. Talasemi taşıyıcılarının büyük çoğunluğu bu hastalığı taşıdıklarını bilmezler. Ancak Talasemi hastası bir çocuk sahibi olduklarında ya da özel kan testi yaptırdıklarında öğrenirler.

Ülkemizde 30.12.1993 tarihinde 3960 sayılı Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu çıkmıştır. Bu çerçevede 1994 yılında Bakanlığımıza bağlı olarak Antalya, Antakya, Mersin ve Muğla'da talasemi merkezleri kurulmuştur. Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu'na dayanılarak hazırlanan "Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı İle Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" 24 Ekim 2002 tarihli ve 24916 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanmıştır.

Bu Yönetmeliğin amacı, ülkemizde sık görülen kalıtsal kan hastalıklarından talasemi ve orak hücre anemisi başta olmak üzere anormal hemoglobininin, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında önlenmesi ve mücadele edilmesine yönelik tedbirlerin ve bu hastalıkların tanı ve tedavilerine yönelik faaliyetlerin usul ve esaslarını düzenlemektir.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından şimdiye kadar yapılan hizmetleri organize etmek ve yaygınlaştırmak amacıyla, hastalığın görülme sıklığı göz önüne alınarak, riskli 33 ilde (Adana, Ankara, Antalya, Aydın, Batman, Bilecik, Burdur, Bursa, Çanakkale, Denizli, Diyarbakır, Düzce, Edirne, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, İçel, Isparta, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Karaman, Kayseri, Kırklareli, Kocaeli, Konya, Kütahya, Manisa, Muğla, Sakarya, Şanlıurfa, Tekirdağ) 2003 yılında Hemoglobinopati Kontrol Programı başlatılmış olup, 2013 yılında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığınca program gözden geçirilerek hastalığın görülme sıklığının fazla olduğu 8 il daha (Afyonkarahisar, Kilis, Mardin, Osmaniye, Siirt, Şırnak, Uşak, Yalova) programa eklenerek, evlenecek çiftlere aile hekimlerince evlilik raporu verilmeden önce hemoglobinopatilerle ilgili bilgilendirme yapılarak evlilik öncesi tarama yapılmıştır.

1 Kasım 2018 tarihinden itibaren ise Hemoglobinopati Kontrol Programı, "Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı" adıyla 81 ilde uygulanmaya başlanmış olup, Program kapsamında;

- Evlilik öncesi rapor almak için aile hekimlerine başvuran eş adaylarına danışmanlık hizmeti sunulup ardından erkek eş adayından tarama için kan örneği alınarak ildeki ya da ilin anlaşmalı olduğu Halk Sağlığı Laboratuvarına kan örnekleri gönderilerek tarama testleri yapılmaktadır.
- Eğer erkek eş adayı hemoglobinopati açısından taşıyıcı ya da şüpheli çıkarsa kadın eş adayına da tarama testi yapılmaktadır.
- Her ikisi de taşıyıcı çıkan çiftler, mutlaka genetik danışmanlık almaları için merkezlere yönlendirilmekte ve çocuk sahibi olmayı düşündüklerinde sağlıklı bebek sahibi olmaları için gereken yönlendirmeler yapılmaktadır.
- Tüm verilerin aile hekimleri tarafından AHBS'ye işlenmesi gerekmektedir. SİNA'da raporlanması için çalışmalar yürütülmektedir.

8.2.2.2. Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı

SMA, kranial sinir motor çekirdekleri ve omurilikte yer alan ön boynuz motor nöron hücrelerinin geri dönüşsüz kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan kas atrofisi ve güçsüzlüğü ile karakterize olan bir grup genetik hastalıktır. En sık görülen hastalık formu otozomal resesif olarak kalıtılır. SMA hastalığı 1/40-60 oranında taşıyıcı oranına sahip bir hastalıktır. SMA taşıyıcılığı için yapılan geniş, çok uluslu ve veri sayısı fazla olan bir çalışmada, insidansı 1/11.000 bulunmuştur. Ülkemizde SMA hastalığının görülme sıklığı ve taşıyıcılık oranları net olarak bilinmemekle birlikte, son yıllarda yaklaşık 1.200.000/yıl canlı doğum gerçekleştiği göz önünde bulundurulduğunda, yıllık yeni vaka sayısının 130-180 (ortalama: 150) arasında olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde yaklaşık 3000 SMA hastası izlenmektedir.

Evlilik öncesi dönemde SMA açısından her ikisi de taşıyıcı çiftleri belirleyerek, ailelere genetik danışma vermek, SMA hastalığının uzun dönem morbidite ve mortalitesini azaltmak amaçlanmaktadır. Program 2021 yılı aralık sonu itibarıyla 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır.

SMA Taşıyıcı Taraması evlilik öncesi sağlık raporu almak için başvuran çiftler ve halen evli olan çiftlerden de talep edenler için yapılmaktadır. Tarama için öncelikle erkek eş/eş adayından örnek alınmaktadır. Evlilik öncesi sağlık raporu için başvuranlara rapor düzenlenir. Erkek eşin/eş adayının tetkik sonuçlarında şüpheli pozitif bir sonuç yoksa takipten çıkarılır. Eğer erkek eş adayında şüpheli sonuç çıkarsa mutlaka kadın eş/eş adayına da tarama testi uygulanmalıdır. Tarama testleri için kan örnekleri, eşlerin/eş adaylarının kayıtlı oldukları Aile Hekimliği Birimlerinde (AHB) alınmakta, alınan kan örnekleri İl Sağlık Müdürlüklerince belirlenen günlerde Genel Müdürlüğümüz bünyesinde kurulan tarama laboratuvarına gönderilmektedir. Tarama sonuçları aile hekimlerine sistem üzerinden iletilmekte, kişiler de sonuçlarını e-nabız üzerinden görebilmektedir.

Tüm bu çalışmaların sonucunda her iki eş adayının da SMA taşıyıcı olduğunun belirlenmesi durumunda, ailelere hastalık hakkında ayrıntılı bilgi ve genetik danışma verilmesi amaçlanmaktadır. Genişletilmiş bu programın amacı, mevcut eş adaylarının ayrıntılı genetik danışmanlık hizmeti ve prenatal tanı olanakları hakkında bilgilendirilmeleri ve yönlendirilmelerini sağlamaktır.

8.2.3. Yenidoğan ve Çocukluk Çağı Tarama Programları

Yenidoğan tarama programları, tüm dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı programları içerisinde çok önemli yeri olan koruyucu sağlık hizmetleridir

Ülkemizde yürütülen yenidoğan ve çocukluk çağı tarama programları:

- Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP)
- İşitme Taraması Programları
- Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı
- Görme Taramaları Programları

8.2.3.1. Yenidoğan Tarama Programı (NTP)

Fenilketonüri Tarama Programı 1987 yılında başlamış, 1993 yılında tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmıştır. Ulusal Yenidoğan Tarama Programı ise Fenilketonüri taramasına Konjenital Hipotiroidi taramasının eklenmesi ile 25.12.2006 tarihinde başlatılmıştır. 2008 Ekim'de Biotinidaz eksikliği, Ocak 2015'den itibaren ise Kistik Fibrozis taraması panele eklenmiştir. 2017 yılında Konjenital Adrenal Hiperplazisi pilot tarama olarak (Konya, Kayseri, Samsun, Adana) başlatılmış, 2020 yılında 41 ilde yaygınlaştırılmış ve 2022 yılında tüm Türkiye kapsamına alınmıştır. Tarama paneline 2022 yılının mayıs ayında Spinal Musküler Atrofi hastalığı eklenmiştir.

İl genelindeki tüm sağlık birimlerinde Yenidoğan Tarama Programı için alınacak topuk kanları, İl Sağlık Müdürlüğünde toplanarak, Ankara ve İstanbul Tarama Laboratuvarlarına gönderilmektedir. Tarama laboratuvarında her bir hastalık için çalışılan kan sonuçları Yenidoğan Tarama Programı Web Uygulaması üzerinden illere iletilmekte, tarama sonucu şüpheli çıkan bebekler ilgili kliniklere yönlendirilmektedir.

Taramalar sonucunda yılda yaklaşık 5000 çocuğun var olan hastalıklarının sonuçlarından korunması sağlanabilmekte, engelliliğin önüne geçilmektedir.

Tarama paneline eklenebilecek hastalıklar konusunda çalışmalar sürdürülmektedir.

Program kapsamında yenidoğanların Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biotinidaz Eksikliği, Kistik Fibrozis, Konjenital Adrenal Hiperplazi ve Spinal Musküler Atrofi yönünden taranması, hastalığa özel tedavilerinin en kısa sürede başlanması, erken tanılama ile bu hastalıklar nedeniyle oluşacak geri dönüşümsüz sağlık sorunlarının ve engelliliğin önlenmesi ayrıca akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması amaçlanmaktadır.

Konjenital Hipotiroidi, yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan endokrinolojik sorundur. Tiroit bezinin hormon yetersizliği ile karakterizedir. Sıklığı ırk ve etnik yapıya göre değişmekle birlikte dünya genelinde 3000-4000 canlı doğumda birdir. Bu hastalığı olan yenidoğan bebeklerin başlangıçta hemen tamamında hastalığa ait herhangi bir belirti ve bulgu yoktur. Erken teşhis yapılmaz ise kalıcı zekâ geriliği kaçınılmazdır. Hastalığa ne kadar erken tanı konulur ve tedavi başlanırsa tedavi o kadar yüz güldürücüdür. Özellikle ilk bir iki haftada tedavi başlananlarda sonuçlar çok iyidir.

Fenilketonüri (FKU) kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Bu hastalıkta bir protein yapıtaşı olan fenilalanin metabolize edilemez, kanda birikir ve geriye dönüşümsüz beyin hasarı yaratır. Erken tanımlanıp tedavi edilmediği takdirde kaçınılmaz sonuç ağır zihinsel geriliktir. Türkiye, bu hastalığın en sık (1/6.228) görüldüğü ülkelerden biridir. Ülkemizde sık görülmesinin en önemli nedenlerinden birisi akraba evliliklerinin oranının yüksek olmasıdır. Türkiye’de her 100 kişiden 4’ü FKU taşıyıcısı durumundadır. Hastalığın erken tanısı ve uygun diyet tedavisi ile zekâ geriliği önlenir.

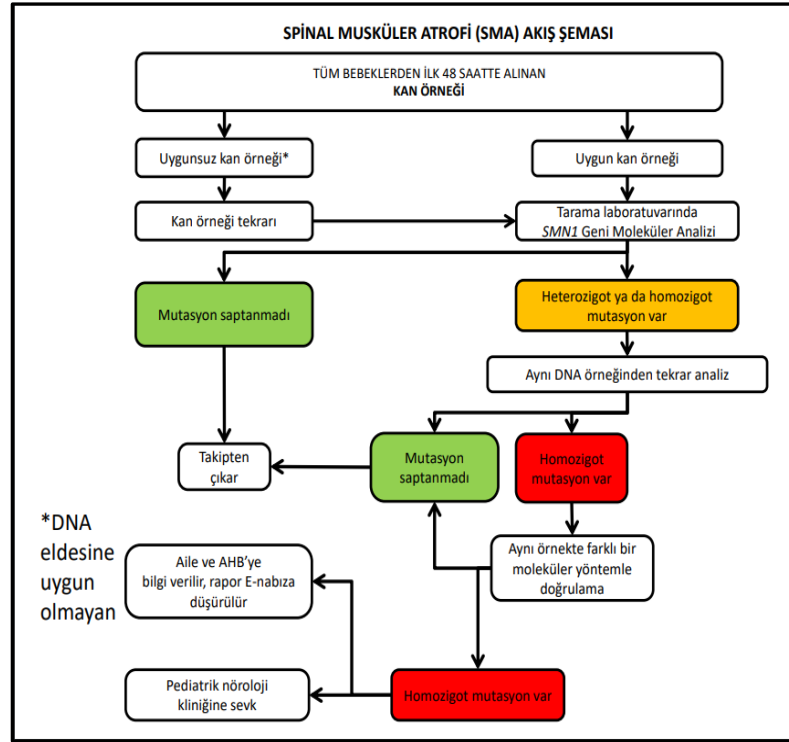
Biotinidaz Eksikliği: Biotin, B vitaminlerinden biridir, enerji sağlar ve büyüme için gereklidir. Biotinidaz eksikliği yediğimiz yiyeceklerden biotini serbestleştirmek için gerekli olan enzimi etkiler. Biotinidaz eksikliği olan kişi yiyeceklerinden biotini serbestleştiremediği için biotin vücut tarafından kullanılamaz. Biotinidaz eksikliği anneden veya babadan geçebilen kalıtsal (genetik) bir hastalıktır. Aile bireyleri daha önceden klinik bulgu vermese de enzim eksikliği riski taşırlar. Biotinidaz eksikliği tedavi edilmezse bebekte kas zayıflığı, işitme kaybı, görme (göz) problemleri, saç dökülmesi, deri döküntüleri, havale (kasılma-nöbet), gelişme geriliği gibi problemler gelişebilir.

Kistik Fibrozis: Kistik Fibrozis esas olarak akciğerleri ve sindirim sistemini etkileyen genetik bir hastalıktır. Kistik fibrozis hastalığının oluşabilmesi için biri anneden biri babadan gelen, hastalığı taşıyan iki genin bir araya gelmesi gerekmektedir. Yani hastalık sadece anneden ya da sadece babadan değil hem anneden hem de babadan gelen genlerin birleşmesi ile ortaya çıkar. Kistik fibrozisli bebeklerde hastalık ile bulgular çeşitli yaşlarda ortaya çıkabilir. En sık rastlanan şikâyetler tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve aldıkları besinleri yeterince sindiremedikleri için bol miktarda yağlı pis kokulu dışkılama ve yeterli kilo alamamalarıdır. Bu tarama testinin pozitif olması bebeğin kistik fibrozis olduğu anlamına gelmez. Bebeğe kistik fibrozis hastalığı olup olmadığının anlaşılabilmesi için başta ter testi olmak üzere bazı testler yapılması gerekmektedir. Erken tanı alan kistik fibrozisli hastalar uygun diyet, ilaçlar ve fizyoterapi ile tedavi edilmektedir. Kistik fibrozis hastalığının kesin tedavisi olmamakla birlikte her geçen gün bulunan yeni tedaviler sayesinde hastalar daha uzun ve sağlıklı bir hayata sahip olmaktadır.

Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH): Kız ve erkek çocuklarda başlıca cinsel gelişim bozukluklarına yol açan ciddi bir genetik hastalıktır. Hastaların %90’dan fazlasında 21-Hidroksilaz enzim eksikliği söz konusu olup kortizol üretim kusuruna yol açar. Kortizol eksikliğinde, adrenal yetmezlik gelişir ve hayatı tehdit eder. Özellikle erkeklerde sadece penis büyüklüğü ve skrotumda pigmentasyon olduğu ve fark edilemediği için ciddi enfeksiyonlara maruziyet ve bebeklik dönemlerinde ‘ishal’ nedeniyle ölümlere neden olur. Ülkemizden yapılan çalışmalarda da KAH’lı erkeklerin sayısının çok az olması bu çocukların öldüğünü düşündürmektedir. KAH’lı olgularda androjen yüksekliği kızlarda klitoris büyüklüğünden tam erkek görünümüne kadar farklı cinsel gelişim bozukluklarına yol açabilmektedir. Tam erkek dış genital yapısında olan kızlarda ölüm riski taşırlar. Diğer taraftan KAH’lı ciddi virilize kız çocukların yanlış olarak erkek cinsiyette yetiştirilmesi diğer bir trajik olaydır. Tanı konup tıbbi tedavisi yapılmayan olgularda diğer önemli bir risk, olası bir ameliyat esnasında adrenal yetmezlik gelişebilmesi ve ölüm riskidir. KAH’nin tanısı konduktan sonra tıbbi ve cerrahi tedavisi mümkün olup, hastaların sağlıklı bir ömür sürmesi söz konusudur. Erken tanı ile hem erkek ve kız bebeklerin ölümleri engellenmekte hem de erken tıbbi/cerrahi müdahale ile problemler, büyümeden düzeltilebilmektedir. KAH prevalansı, 1: 5.000-15.000 arasında değişmektedir. Eş akrabalığının sık olduğu ülkelerde daha yüksek prevalansa sahip olduğu bilinmektedir. Ülkemizde eş

akrabalığının yüksek olduğu düşünülürse prevalansın daha yüksek olduğu ön görülebilir.

Spinal Musküler Atrofi (SMA) Spinal müsküler atrofi (SMA), Kalıtsal, nöromüsküler (kas ve sinirler ile ilgili) bir grup hastalığa verilen addır. Hastalık kaslarda ilerleyici tarzda güçsüzlük ve kas kaybı ile karakterizedir. Hastalığın dört tipi vardır ve en sık görüleni yaklaşık %60-70 görülme oranı ile SMA Tip I'dir. SMA Tip I en sık görülen form olmakla birlikte, ciddi solunum yetmezliği ve nihayetinde iki yaşından önce hastanın kaybıyla sonuçlanan en ağır ve ölümcül formudur. Diğer formları daha geç başlangıçlı ve daha hafif klinik bulgularla seyreder. Hastalığın erken tanınması halinde hastalık yeni tedavi seçenekleri ile kontrol altına alınabilmekte ve hastaların yaşam kalitesi artmaktadır.



Yenidoğan taraması için kan örneği alınması

Yenidoğan taraması için ilk topuk kanı örneği, doğumdan sonra ilk 48 saat içinde alınmalıdır. . Aileye ilk hafta içinde (3-5.günler arasında) aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kurumuna başvurarak yeni topuk kanı örneği aldırması gerektiği söylenmelidir.



Aile Hekimlerinin Yükümlülükleri

- 3- 5 gün arasında topuk kanı örneği almalıdır
- Tarama sonucuna göre tekrar kan örneği alınması gereken bebeklerden tekrar topuk kanı örneği almalıdır
- Tarama sonucuna göre ilgili kliniklere yönlendirilmesi gereken bebeklerin uygun sevk kâğıdı ile sevk işlemlerini gerçekleştirmelidir

- Aile ile temasa geçerek bebeğin ilgili kliniğe gidip gitmediğini takip etmelidir
- İlgili kliniğe yönlendirilen bebeğe tedavi başlanıp başlanmadığını takip etmelidir
- Tedavi başlanan bebeklerin tedavisini izlemelidir
- İlgili kliniklere yönlendirilen bebeklerin sonuçları hakkında HSM ne bilgi vermelidir

Topuk Kanı Örneği Alınması

Kan örneği alınması öncesinde aileye bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirmede aileye söylenmesi gerekenler;

- Taranan hastalığın adı
- Taranan hastalıkların çocuk açısından önemi
- Neden kan örneği alınarak taramanın yapıldığı
- Tarama sonucunda ek olarak yapılması gerekebilecek işlemler
- Tarama testi “hastalık kuşkusunu” gösterir. “Kesin tanı yöntemi” değildir.
- Topuk kanı bebek yeterince oral beslenmeden alınmışsa yeni topuk kanı örneği alınması gerektiği ve bunun için ilk hafta içinde (3-5 günler arasında) aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği

Kan alma işlemine başlamadan önce mutlaka filtre kâğıdı üzerinde yer alan kişisel bilgiler eksiksiz doldurulmalıdır.

Kan örneği alınacak filtre kâğıdının doldurulması

- Guthrie kâğıdının her bir sayfası uygun ve tam şekilde elle, okunaklı ve tükenmez kalem ile doldurulmalıdır
- Özellikle annenin T.C. Kimlik Numarası başta olmak üzere bebeğe ulaşmak için gerekli zorunlu alanların tümünün eksiksiz ve doğru (mümkünse nüfus cüzdanından kontrol edilerek) doldurulmasına dikkat edilmelidir
- Çoğul bebeklerde (ikiz, üçüz vb) kaçınıcı bebek olduğu formun üzerine yazılmalıdır
- Prematürite ve düşük doğum ağırlığını değerlendirmek için gebelik haftası ve bebek doğum ağırlığı mutlaka yazılmalıdır.
- Filtre kâğıdının arkasında yer alan “Ebeveyn Rıza” Beyanı bölümü de mutlaka kanı alınan veya alınamayan her bebek için doldurularak ailelere imzalatılmalıdır.
- Filtre kâğıdı üzerinde yer alan kan örneği alınacak bölgenin el veya başka maddeler ile temasından kaçınılmalıdır.

Kan alınması

- Kan alınması için bebeklerin topuğunun plantar (taban) yüzlerinin medial (iç) veya lateral (dış) kısımları kullanılmalıdır. Numune alınması için kullanılacak Guthrie kâğıdı üzerinde bulunan formda yer alan bilgiler tam ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Çoğul bebeklerde (ikiz, üçüz vb.) kaçınıcı bebek olduğu formun üzerine yazılmalıdır. Formlar, elle, okunaklı olarak ve tükenmez kalem ile doldurulmalıdır.
- Kan alımını kolaylaştırmak için uygulanabilecek bir yöntem kan alınan bölgenin ısıtılmasıdır. Topuğun ısıtılması kanlanmayı artırır ve kan akışını hızlandırarak örnek almayı kolaylaştırır. Kan akışını arttırmak için, kan alınan bölge (kan alınmasından önce) ılık bir havlu veya avuç içi ile ısıtılabilir. Bebeğin bacağına kalp seviyesinin altında tutmak da venöz kan akışını arttıracaktır. Kan almadan önce deri %70’lik isopropyl alkol ile temizlenmeli, daha sonra kuruması beklenmeli veya steril bir gazlı bez ile kurulanmalıdır.
- Kan alma işlemi her bebek için tek bir steril lanset kullanılarak yapılmalı, ilk kan damlası silinmelidir. Daha sonra, Guthrie kâğıdının tek yüzüne ve işaretli alanın tamamını kaplayacak şekilde kan örneği alınmalıdır. Kan alma kâğıdının her iki yüzünden de eşit büyüklükte kan lekesi izlenecek şekilde kan örneği alınmalı, bu şekilde her beş işaretli alan doldurulmalıdır.

- Kan alımı sırasında, kan alma kâğıdı bastırılmamalıdır. Kanın hemoliz olmaması veya doku sıvısıyla dilüe olmaması (seyrelmemesi) için topuk sağılmamalı veya aşırı derecede sıkılmamalıdır.
- Tüm topuk kanı örnekleri 5'li daire içeren standart kan örneği kâğıdına alınmalıdır. Şüpheli durumlarda alınacak tekrar kan örnekleri de aynı kurala tabidir. Kan alındıktan sonra, Guthrie kâğıdı üzerindeki kandamlarına dokunulmamalı, birbirleri ya da ıslak yüzeylerle temas ettirilmemeli ve kan diğer yerlere bulaştırılmamalıdır.
- Kan alındıktan sonra kuruması için düz bir zemin üzerinde oda sıcaklığında (18-22°C) 2-3 saat bekletilmelidir. Kan damlasının doğrudan ısı ve ışık ile teması engellenmelidir.
- Örnek kuruduktan sonra nem almayacak şekilde bir zarf ya da kilitli naylon torba içine konularak İl Sağlık Müdürlüğüne iletilene kadar kurumdaki bir buzdolabı içinde bekletilmelidir. Bekletilme işlemi için aşı dolabı dışında bir buzdolabı kullanılmalıdır. Zorunlu hallerde aşı dolabı kullanılabilir, aşı soğuk zincirinin kırılmaması için aşı dolabının kapağı bu amaçla günde bir kez açılmalıdır.

Alınan tüm kan örnekleri internet ortamında tek tek kaydedilir.

Kayıt yapılacak web sitesi: <https://yenidogan.saglik.gov.tr>

Alınan kan kâğıdı üzerindeki kan damlalarına;

- Dokunulmamalıdır
- Birbirleri ya da ıslak yüzeylerle temas ettirilmemelidir
- Kan diğer yerlere bulaştırılmamalıdır
- Kan alındıktan sonra kuruması için düz bir zemin üzerinde oda sıcaklığında (18-22°C) 2-3 saat bekletilmelidir
- Kan damlasının doğrudan ısı ve ışık ile teması engellenmelidir

Kan örneğini gönderme

- Örnek kuruduktan sonra nem almayacak şekilde zarf içine konularak İl Sağlık Müdürlüğüne (İSM) ulaştırılana kadar kurumdaki bir buzdolabında kutu içinde bekletilmelidir.
- Bekletilme için aşı dolabı dışında bir dolap kullanılmalıdır.
- Zorunlu hallerde aşı dolabı kullanılabilir. Aşı soğuk zincirinin kırılmaması için aşı dolabının kapağı bu amaçla günde bir kez açılmalıdır.
- Alınan tüm kan örnekleri İSM iletilmelidir

Sorumluluk

- Atlanan ya da gecikilen olguların aileleri tazminat davası açabilmektedir
- Bakanlık dava sonucu tazminat ödemeye mahkûm olursa, bunu sorumlu personelden tahsil etmektedir.

Diğer önemli konular

- Örnekler yalnızca Bakanlığın dağıttığı Guthrie kâğıdına alınmalıdır
- Örneğin altına kişisel bilgiler mutlaka yazılmalıdır
- İleri incelemeler ücretsiz değildir, sosyal güvencesi olanların uygun sevkleri kurumdan yapılmalıdır.

8.2.3.2. İşitme Taraması Programları

8.2.3.2.1. Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı (YİTP)

İşitme kaybı en yaygın görülen doğumsal arazdır (1-3/1000 canlı doğum). Bebeklerde işitme kaybı erken dönemde tanımlanıp tedavi edilmediğinde konuşma ve dil gelişimi zarar görür. İşitme kaybını erken dönemde tanımak ve uygun yaklaşımın uygulanmasını sağlamak amacıyla ülkemizde her yenidoğana taburcu olmadan işitme taraması yapılmaktadır.



İşitme Taraması Programı T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın koordinasyonuyla 29.09.2000 tarihinde pilot program olarak başlatılmış, 2005 yılında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Yenidoğan İşitme Taraması Programı revize edilmiş olan 2014/ 27 sayılı Genelge ile yürütülmektedir.

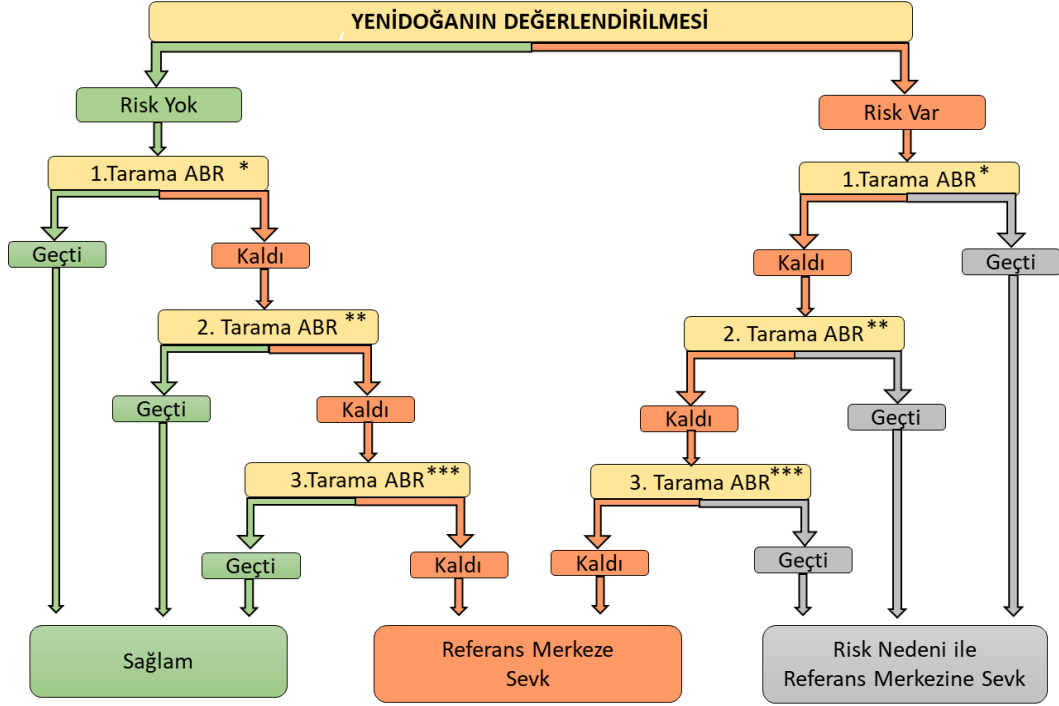
Yenidoğan İşitme Tarama Programının amacı; 81 ilin kamu, üniversite ve özel hastanelerinde doğan her bebeğe işitme taraması testlerini taburcu olmadan, aynı hastanede uygulayabilmek, ilk 1 ayda tarama testlerini tamamlamak, ilk 3 ayda işitme kayıplı bebeklerin tanılarını koyabilmek ve 6 ayda da işitme kaybı tanısı almış cihaz ihtiyacı olan bebeklerimizin cihazlanmalarını ve rehabilitasyonlarını sağlayarak topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktır.

Yenidoğan İşitme Tarama Programı, tarama merkezi şartlarını sağlayan doğumevleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde yürütülmektedir. Tarama eğitilmiş sağlık personeli (tercihen odyolog, odyometrist, bulunmadığı takdirde hemşire, ebe veya sağlık memuru) tarafından yapılmaktadır.

Yenidoğan bebekler doğumunun ilk günlerinde, basit, ucuz ve uygulaması çok kolay işitme tarama testleri ile taranmaktadır. Taramada; risk faktörü olsun ya da olmasın tüm yeni doğanlar tarama ABR cihazı ile taranmaktadır. Bu protokolda 5 günden fazla yoğun bakımda kalan bebekler ve direkt referans merkezine sevk edilen riskli bebekler hariç riskli olsun ya da olmasın tüm bebeklere aşağıdaki tarama ABR protokolü uygulanmaktadır.

Tarama ve referans merkez şartını sağlayan kurumlar ve tarama programında görev alacak personel Bakanlığımızın işitme tarama programı için hazırladığı Ulusal İşitme Tarama Programı Web Sistemine tanımlanmaktadır. Taraması yapılan bebeklerin kaydı, takibi ve izlemi yine bu program üzerinden yapılmaktadır.

TARAMA ABR PROTOKOLÜ AKIŞ ŞEMASI



1.Tarama ABR testi, doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde (taburcu olmadan),

**2.tarama ABR testi, doğumdan sonraki 7-15 gün içinde,

***3.tarama ABR ise doğumdan sonraki 15-30 gün içinde (30. günü geçmemeli) yapılmalıdır.

Bu tarama ABR protokolünde ilk işitme tarama testi doğumu takiben ilk 72 saat içinde yapılmaktadır. Tarama testinden kalan bebeğe 7-15 gün arasında ikinci kez tarama ABR testi yapılmaktadır bu testten de kalması durumunda 15-30 gün içinde üçüncü kez tarama ABR testi uygulanmaktadır. Üçüncü tarama ABR testinden kalan bebek ise ayrıntılı değerlendirme ve tanı testleri için referans merkezi dediğimiz bir üst tanı merkezine sevk edilmektedir.

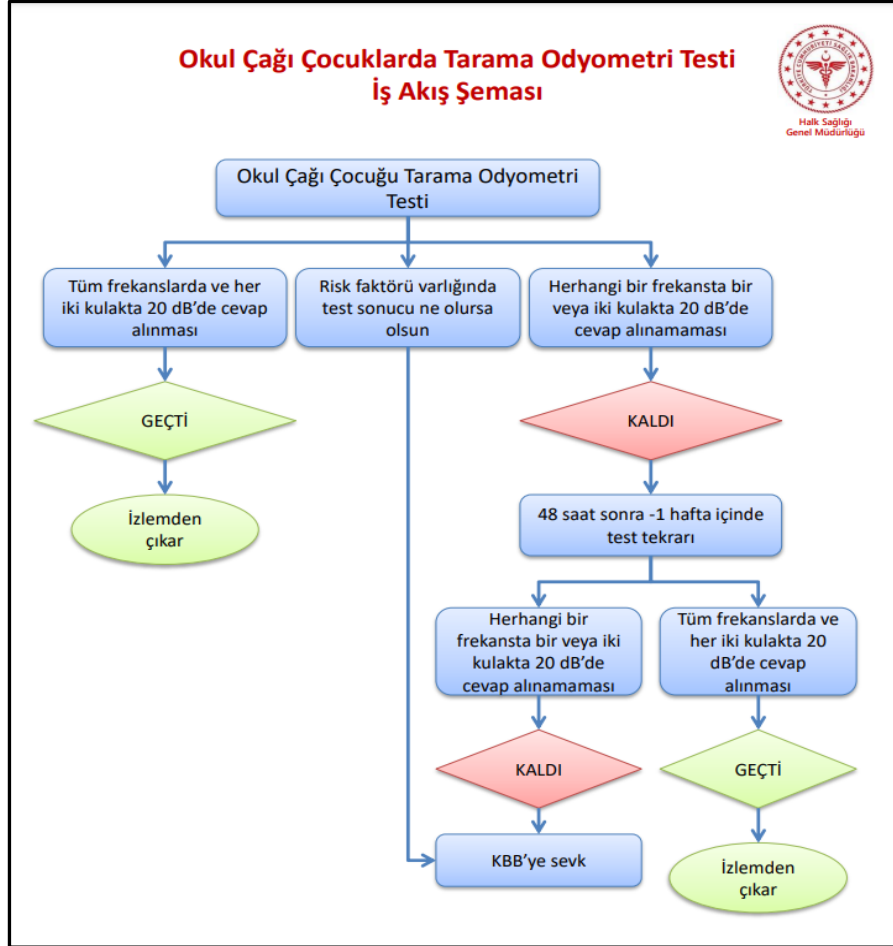
8.2.3.2.2. Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı

İşitme sadece bebeklik döneminde değil çocukluk döneminin her evresinde büyük bir öneme sahiptir. İşitme kayıpları enfeksiyonlar, travmalar ve progresif işitme kaybı yapan genetik hastalıklara bağlı olarak doğum sonrası dönemde de ortaya çıkabilmektedir. İşitme eğitim ve iletişim için en önemli bileşendir. Okul döneminde daha da önemli hale gelmektedir. Kalıcı işitme kaybı yaygınlığının okul-yaşı nüfusta binde dokuza yükseldiği bildirilmektedir. Bir ya da her iki kulakta kalıcı ya da geçici işitme kaybı okul-yaşı çocukların % 14 ten fazlasını (yedide bir) etkilemektedir. Tek taraflı işitme kayıplarında bile sınıf tekrar oranı %37 olarak bildirilmektedir. İşitme kaybı dikkat, öğrenme ve sosyal işlevlerdeki sıkıntıları artırmaktadır. Çocuklardaki işitme kaybı yaygınlığı eğer gerekli tıbbi ve eğitim desteği sağlanamazsa okul başarısını olumsuz yönde etkileyerek önemli ekonomik kayıplara sebep olmaktadır.

Okul çağında sık rastlanan işitme ile ilgili hastalıklarda erken tanı ve tedavi ile oluşabilecek sorunların en aza indirgenmesi amaçlanarak 2015 yılı sonunda Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı başlatılmıştır. Program kapsamında, ilköğretim 1. sınıfa devam eden çocuklara bilim komisyonu tarafından belirlenen protokoller çerçevesinde, TSM ya da SHM'de görevli sağlık personeli tarafından, okullarda tarama odyometri cihazı ile test yapılmaktadır.

Testte işitme kaybı şüphesi tespit edilen çocuklar o ilde çalışan Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (KBB) uzmanına sevk edilmektedir. Programın yürütülmesinden TSM/ İlçe SM'ler birinci derecede sorumludur.

Tarama sonucunda işitme kaybı şüphesi olan çocuklar, ildeki kulak burun boğaz hastalıkları uzmanlarına sevk edilmektedir. Daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren olgular ise kulak burun boğaz uzmanları tarafından, Yenidoğan İşitme Tarama Programında da üst basamak olan referans merkezlere yönlendirilmektedir. Referans merkezler; 2014/27 sayılı Yenidoğan İşitme Tarama Programı Genelgesi ve eklerinde yer alan koşulları sağlayan ve Genel Müdürlüğümüz tarafından onaylanan, 2/3. basamak sağlık kuruluşlarıdır.



8.2.3.3. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Taraması

Kalça displazisi (KD), kalça eklemine gelişimindeki bir yetersizlikten tam çıkığa kadar çok farklı şekillerde karşılaşılabilen bir ortopedik durumdur. Bu klinik durumla ilgili bilimsel yazılı kaynakçanın kesin olarak üzerinde fikir birliğine vardığı konu, KD'nin çok büyük bir bölümünün erken tanı ile olgunun ilerideki hayatına olumsuz hiçbir etkisi kalmayacak şekilde tam olarak tedavi edilebildiğidir.

Yurt dışı kaynaklı yayınlarda yeni doğan döneminde KD görülme sıklığı 1/100, tam çıkıklı çocuk görülme sıklığı da 1/1000 olarak bildirilmektedir. Ülkemiz için böylesi bir veri bulunmamakla birlikte kültürel kaynaklı kundak gibi olumsuz uygulamalar nedeniyle görülme sıklığının verilen rakamlardan bir hayli yüksek olduğu kabul edilmektedir. Yıllık canlı doğum hızının yaklaşık 1.300.000 olduğu ülkemizde, her yıl en az 13-18 bin KD'li bebeğimiz nüfusa katılmaktadır. Uygun tedavi edilmediğinde KD'li bireyler toplumda toplam sağlıklı yaşam günü ortalamasının düşmesine, sosyal güvenlik kurumu yükünün artmasına ve ciddi iş gücü kayıplarına neden olmaktadır.

Programın ana amacı; yenidoğan döneminde (3-4 hafta) tüm bebeklerin kalça çıkığı açısından muayenelerinin yapılması, pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda ileri tetkik ve muayene için ortopedi kliniğine sevk edilmesi, tedavi gerektiren olgularda

erken ve uygun tedavilerinin başlatılması, kalça çıkığı için yapılacak cerrahi tedavi sayısı ve muhtemel komplikasyonların en aza indirilmesidir.

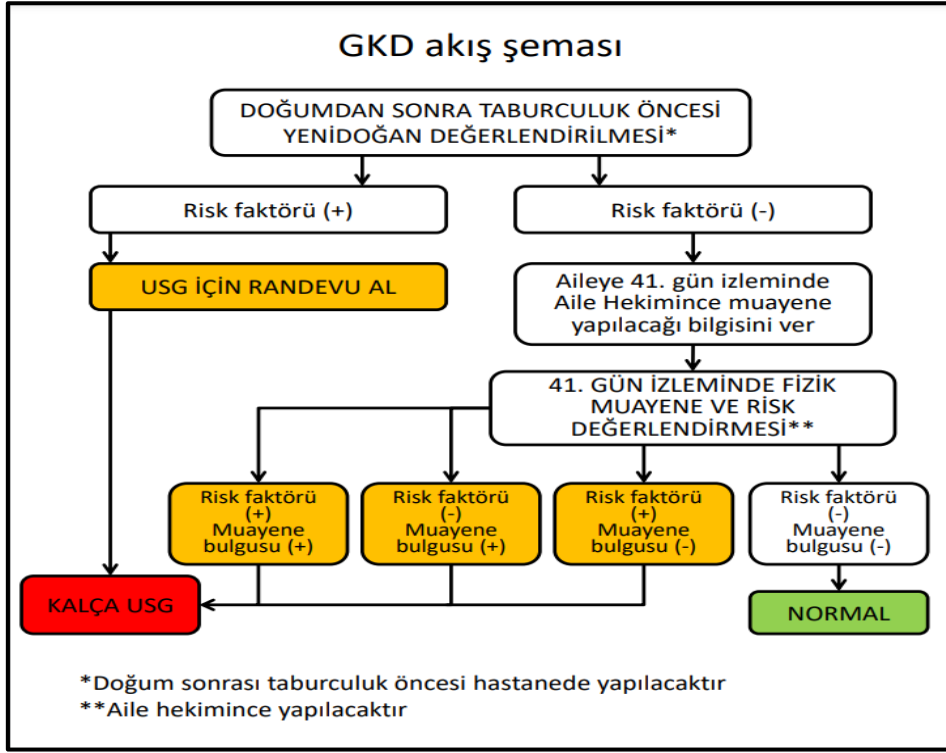
Bu amaçla Çocuk Ortopedisi Derneği iş birliğinde 2010 yılında başlatılmış ve sahada uygulayıcı olacak aile hekimlerine eğitim verilmiştir. 2013 yılında Radyoloji Uzmanlık Derneğinin de Programa katılması ile illerde tüm ortopedi ve radyoloji uzmanları ile aile hekimlerinin güncelleme eğitimleri yapılmıştır.

GKD için risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- GKD'li akraba (kardeş, anne, baba, dede, nine, teyze, hala, amca, dayı, kuzen)
- İlk doğan kız bebek
- Çoğul gebelik
- Amniyon Sıvısı Anormallikleri (sıvı azlığı ya da fazlalığı)
- Makat duruşu
- Bebeğin ayağında şekil bozukluğu (içe, dışa, yukarı dönüklük)
- Plajiosefali (düz kafa sendromu)
- Skolyoz
- Pelvik oblisite (pelvik eğrilik)
- Kalça adduksiyon kontraktürü
- Doğumsal tortikolis (boyunda eğrilik)
- Kundaklama

Program 2013/4 sayılı GKD Genelgesi kapsamında aşağıdaki şekilde yürütülmektedir.

- Doğumdan hemen sonra ailelerin GKD konusunda bilgilendirilmesi ve 1 aylık olunca fizik muayene yapılması gerektiğinin anlatılması,
- Bebeklere 1 aylık olduklarında aile hekimleri tarafından fizik muayene yapılması ve risk faktörleri açısından sorgulanması,
- Pozitif muayene bulgusu ya da risk faktörlerinden herhangi birinin varlığı durumunda ileri tetkik ve muayene için Ortopedi kliniğine sevk edilmesi,
- Bebeğin tanı ve tedavisinin sağlanması,
- Sonucundan aile hekimine bilgi verilmesi
- GKD tarama sonucunun Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kaydedilmesi programın yürütülmesinde izlenmesi gereken adımlardır.

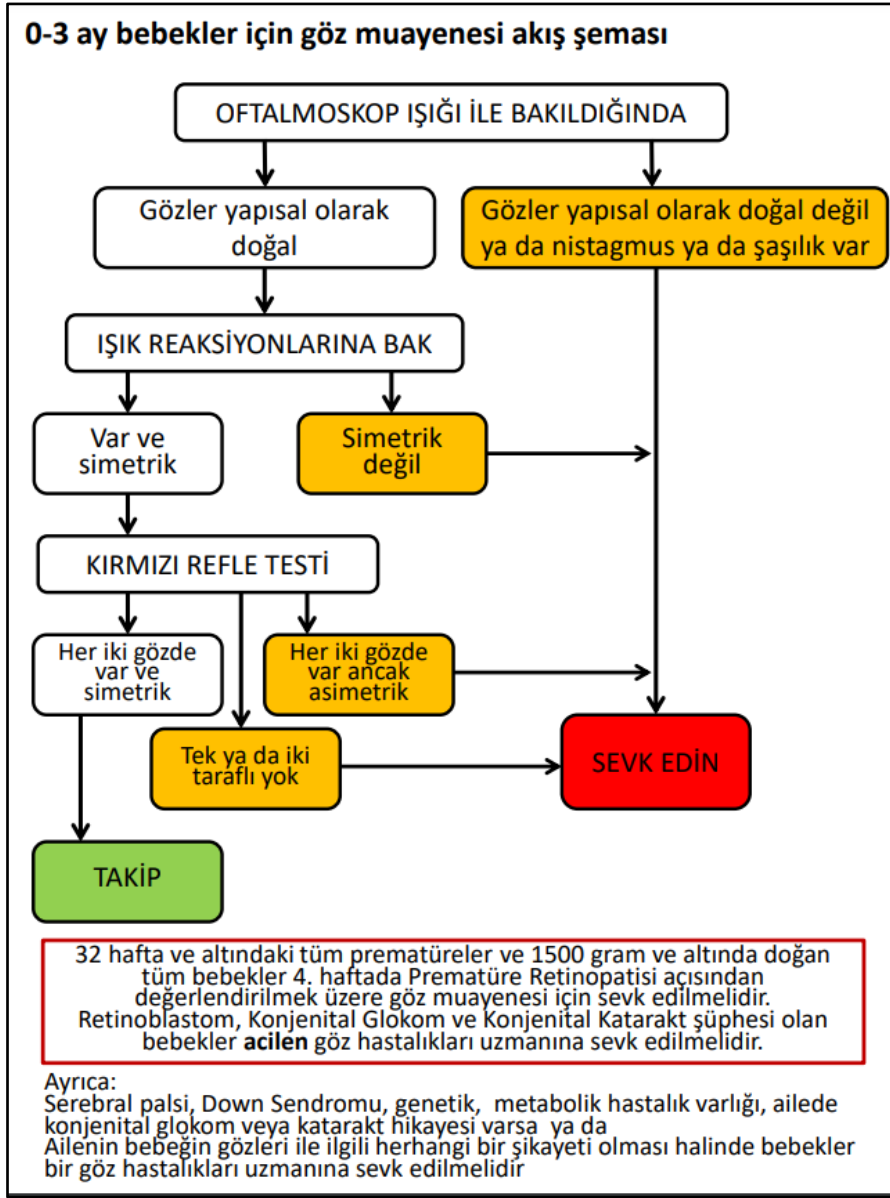


8.2.3.4. Görme Taraması Programları

8.2.3.4.1. Yenidoğan Görme Tarama Programı

Görme taraması ile amaçlanan, görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımaktır. Bebeklerin; şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom ve prematür retinopatisi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Retinoblastomlar kolay tanınabilecek ve önlenilecek mortalite nedeni iken konjenital katarakt da yine kolay tanınabilecek ve önlenilecek körlükle sonuçlanabilen bir durumdur. Ayrıca ülkemizde artan prematürite oranları prematüre retinopatisini önemli bir sağlık sorunu haline getirmiştir.

Program kapsamında aile hekimlerine kırmızı refle testi ve göz muayenesi konusunda eğitim verilmiştir. Bebek çocuk ergen izlem izlem protokolleri kapsamında bebeklerin muayeneleri yapılmaktadır.

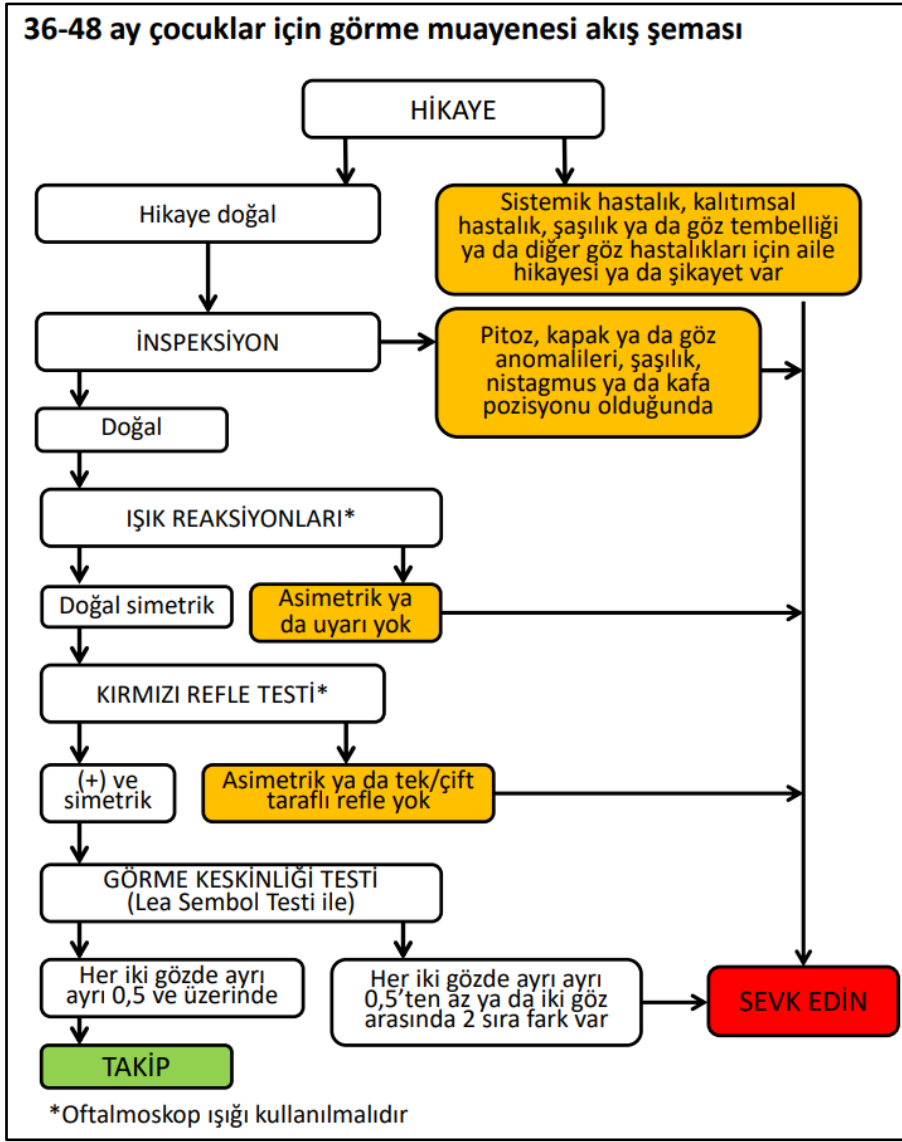


8.2.3.4.2. Okul Öncesi Çocuklarda Görme Taraması Programı

Çocuklarda yapılacak göz taramaları ile tanınabilen hastalıkların başında şaşılık, refraksiyon kusurları (sıklıkla hipermetropik izometropi ve anizometropi şeklindeki) veya katarakt ya da korneal skar gibi deprivasyona yol açan bazı durumlara bağlı olarak gelişebilen ampliyopi gelmektedir. Ampliyopi yalnızca gelişmekte olan vizüel sistemi etkilediğinden, çocukların ampliyopiye en hassas olduğu dönem, 2 veya 3. yaşlar olup, bu hassasiyet, vizüel sistemin maturasyonunun tamamlandığı zamana veya 7. yaşa kadar azalarak devam etmektedir.

Bu nedenle çocuklar; şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom açısından değerlendirilmelidir. Görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımak ve tedavilerini sağlamaktır.

2015 yılında başlanan program kapsamında 36-48 aylık çocuklara aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılır ve aile sağlığı çalışanlarıncı "Lea Sembol Testi" ile ilgili ailelere eğitim verilir. ASE tarafından, annesinin kucağında, tek göz kapatılarak, 3 metre mesafeden "Lea Sembol Testi" ile görme keskinliği testi uygulanır. Teste uyum göstermeyen çocuklar, aileleri tarafından evde "Lea Sembol Testi" çalıştırılarak tekrar test için 1 hafta içinde ASM'ye çağrılır. Değerlendirmede sorun saptanan çocuklar göz hastalıkları uzmanlarına sevk edilir.



8.2.3.4.3. Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programı

Okul çağı çocuklarında görme kusurları sık rastlanan ve okul başarısını olumsuz etkileyen etmenlerin başında gelmektedir. Okul çağı çocuklarda da okul öncesi gruptakine benzer olarak kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık en sık görülen nedenlerdendir.

İlkokul 1. sınıftan sonra oluşabilecek görme ile ilgili sorunların çocuk ve aile tarafından kolay fark edilmesi ve yönetilmesi, diğer ülke uygulamalarında da benzer nedenlerle daha büyük yaştaki çocuk ve gençlerde tarama programının gerekli olmadığı görüşünün hâkim olması sebebiyle, öncelikli olarak ilkökul 1. sınıflara görme taramasının yapılmasına karar verilmiştir.

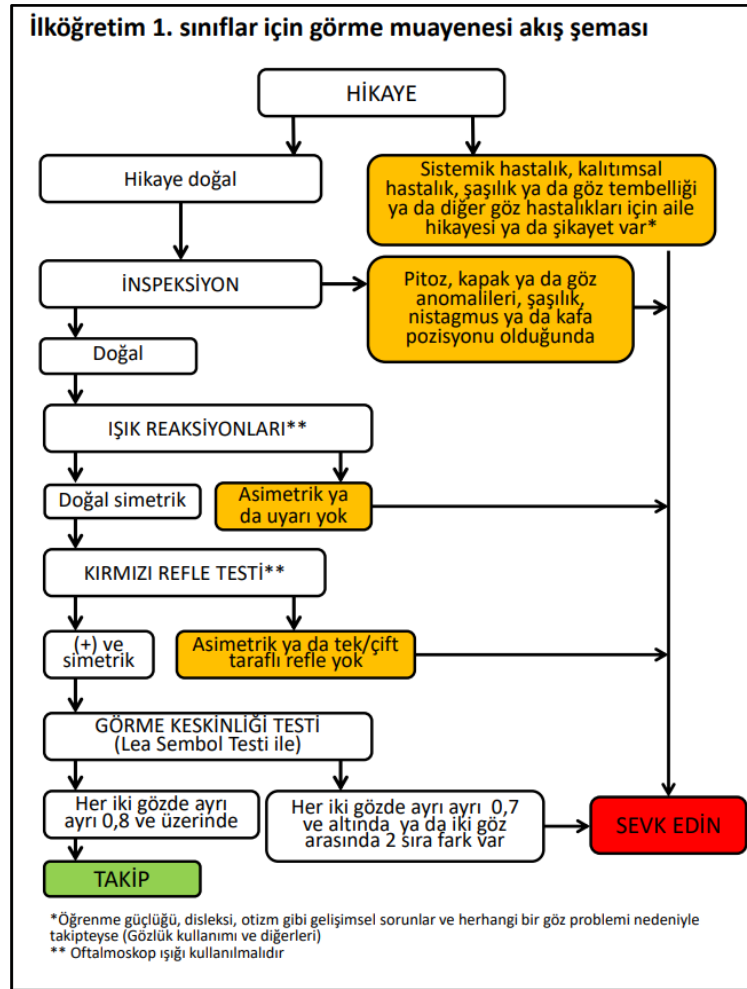
0-3 ay ve 36-48 ay görme taramalarında olduğu gibi programın okul çağı aşamasının da aile hekimliklerinde, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından, halen ellerinde mevcut olan ve diğer taramalarda da kullandıkları LEA Sembol Testi ve erişkin göz muayenelerinde de kullanılan Snellen Eşeli ile taramaların yapılması öngörülmüştür.

Çocukluk Çağında Sık Görülen Görme Sorunları

Görme Sorunları	>6 ay- <6 yaş (%)	>6 yaş- <18 yaş (%)
Hipermetropi	33	23

Astigmatizm	22,5	22,5
Miyopi	9.4	20.2
Nonstrabismic Binoküler Bozukluklar	5.0	16.3
Şaşılık	21.1	10.0
Göz Tembelliği	7,9	7,8
Akamodasyon Bozuklukları	1.0	6.0
Periferik Retinal Anarmollikler	0.5	2

Okul çağı için tarama rehberi ve algoritmalar hazırlanmış, program Eylül 2018’de ilkököl 1. sınıf öğrencilerine görme taraması başlatılmıştır.



8.2.4. Beslenme Programları

8.2.4.1. Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü Programı (Demir Gibi Türkiye)

Toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek, emzirmenin 2 yaşına kadar sürdürülmesi, 4-12 ay arası her bebeğe profilaktik amaçlı ücretsiz demir desteği sağlanması ve anemik bebeklerin tedavilerinin yapılması amaçlanmaktadır.

Program kapsamında;

- 4-12 ay arası her bebeğe destek amaçlı (10 mg/gün) demir preparatı kullanılması,
- Prematür veya 2500 gr'ın altında ağırlıkla doğmuş bebeklere, 2. ayında daha önce başlanmamışsa (2 mg/kg/gün) demir preparatı başlanması,
- 4-24 ay arası, anemi tespit edilen her bebeğe (3 mg/kg/gün 3 ay süre ile) demir preparatı verilmesi,
- Profiltik demir uygulanan bebekleri ilaç başlandıktan sonra 9. ayda takip edilmesi, anemisi varsa sevk edilmesinin yoksa profiltiksinin devamının sağlanması,
- Anemi tedavisi verilen bebekleri ilaç başlandıktan 1 ay sonra takip edilmesi, anemisi varsa sevk edilmesinin yoksa tedavisinin devamını sağlanması,
- Hb değeri 7 gr' dan, Htc değeri %21' den düşük tespit edilen her küçük bebek ve çocuğun hastaneye acil sevkinin sağlanması gerekmektedir.

TSM/ İlçe SM'ler bu konuda demir damla dağıtımının sağlanması, lojistiğin takibinin yapılması ve kayıtlarının tutulmasında destek verir. TSM/ İlçe SM'ler bu konuda ASM'lerin eğitimine ve değerlendirilmesine destek verir. Aile hekimleri tarafından yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde işlemlerin yürütülmesi ve AHBS' ye giriş yapılması gerekmektedir.

8.2.4.2. Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı

Dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı sağlık sorunlarından olan Raşitizmin önlenmesidir. Tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay "tek başına" anne sütünün verilmesi, altıncı aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin sürdürülmesi, gebelerin kalsiyum yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi, her doğan bebeğe profiltik amaçlı D vitamini desteğinin sağlanması, anne ve çocuk izleme ve değerlendirmelerinin yapılması amaçlanmıştır.

Bu kapsamda; 0-12 aylık **tüm bebeklere** tespit edildikleri günden, yeni doğanlara ise ilk haftadan itibaren **400 IU/gün** (3 damla/gün) dozunda en az **12 ay** süresince D vitamini desteği sağlanmaktadır.

TSM/ İlçe SM'ler bu konuda D vitamininin dağıtımının sağlanması, lojistiğin takibinin yapılması ve kayıtlarının tutulmasında destek verir. TSM/ İlçe SM'ler bu konuda ASM'lerin eğitimine ve değerlendirilmesine destek verir. Aile hekimleri tarafından yukarıda belirtilen hususlar çerçevesinde işlemlerin yürütülmesi ve AHBS' ye giriş yapılması gerekmektedir.

8.2.4.3. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

Emzirme tek başına bebek ve çocuk ölümlerini %55'e kadar azaltabilmektedir (kanıt düzeyi 5). 2017 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre, doğduktan 2-23 saat sonra emzirmeye başlayan yenidoğanların doğumu takip eden 28 gün içinde ölme riski doğumdan sonraki bir saat içerisinde emziren bebeklere kıyasla %33 daha fazladır; bu oranın doğduktan 1 gün veya daha uzun bir süre sonra emzirmeye başlayan yenidoğanlarda iki katından fazla olduğu görülmektedir. Yine 2016 yılında yapılan diğer bir çalışmada çıkan sonuç emzirmeye erken başlamanın sağladığı koruyucu fayda bebek altı aylık olana kadar devam etmekte olduğunu göstermektedir.

1991 yılından beri yürütülen "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı"na göre "bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6, aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesi" ve bu şekilde tüm bebeklerin yaşama sağlıklı başlaması temel amacımızdır, Emzirmenin korunması ve desteklenmesi ile programın temelini oluşturan başarılı emzirmede 10 adım stratejisinin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanması ve devamının sağlanması, ayrıca beslenme bozukluklarının önlenmesi yoluyla çocuklarda morbidite ve mortalite oranlarını düşürmek hedeflenmektedir.



Halk Sağlığı
Genel Müdürlüğü



BAŞARILI EMZİRMENİN ON ADIMI

Temel Yönetim Uygulamaları

1. Kuruluşta anne sütü ve emzirme uygulamasının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla bir emzirme politikası oluşturulur.

a) "Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla ilgili Uluslararası Yasa" ve Dünya Sağlık Asamblesi'nin ilgili kararları eksiksiz şekilde uygulanır.

b) Personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan, yazılı bir "bebek beslenme politikası" oluşturulur.

c) Sürekli izleme ve veri yönetim sistemleri kurulur.

2. Personelin emzirme konusunda annelere destek olmak için gereken bilgi, yetkinlik ve becerilerle donatılması sağlanır.

Temel Klinik Uygulamalar

3. Hamile kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirilir.

4. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en kısa sürede ten-tene temas kurması sağlanarak, en kısa sürede emzirmeye başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için annelere destek olunur.

5. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile sık karşılaşılan güçlüklerin yönetilmesi konusunda annelere destek sunulur.

6. Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, yenidoğana anne sütünden başka herhangi bir yiyecek veya sıvı verilmez.

7. Annelerin bebekleri ile bir arada tutulması ve günün 24 saati aynı odada kalmaları sağlanır.

8. Annelerin bebekleri acıktığı zaman verdiği işaretleri tanıması ve bunlara yanıt vermesi konusunda annelere destek olunur.

9. Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilir.

10. Ebeveynlerin ve bebeklerinin emzirme konusunda sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmeleri taburculuk işlemleri öncesinde sağlanır.

****Başarılı Emzirme Önerileri, tüm sağlık kuruluşlarında verilen hizmet üzerinden değerlendirilmek üzere standart olarak kullanılmalıdır.**

Program kapsamında; doğum yapılan sağlık kuruluşları, birinci basamak sağlık kuruluşları ile yenidoğan yoğunbakımlar yer almaktadır. Emzirme Danışmanlığı uygulayıcı ve eğitici eğitimleri düzenlenmektedir. TSM/ İlçe SM'ler bu konuda ASM'lerin eğitimine ve değerlendirilmesine destek verir. Aile hekimliklerinde; AH Biriminde Bebek Dostu Aile Sağlığı Birimi Belgesi mevcut mu? AH Biriminde çalışan 2 personeline (ASÇ-AH) eğitim belgeleri var mı? ve 10 adımın uygulamasında birimde çelişen bir durum var mı bakılarak, varsa düzeltilmesi için uyarılmalıdır.

8.2.5. Bebek Ölümünü İzleme Programı

Bebek ve perinatal dönem ölüm hızları ve nedenlerine ilişkin bilgi edinilmesi, her bebek ölümünün izlenerek nedeninin ortaya çıkarılması ve bir daha aynı nedenlerle oluşabilecek bebek ölümlerinin önlenmesi amaçlanmıştır. AH/TSM/İlçe SM lerce, sahada tespit edilerek hazırlanan Perinatal ve Bebek Ölümü Bilgi Formu ile İl İnceleme Kurullarınca değerlendirmede kullanılacak belge ve bilgilerin temini yapılmalıdır.

Doğum Bildirim Sistemi

Nüfus Hizmetleri Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 03 Kasım 2017 tarih 30229 sayılı Resmî Gazete'de yayımlandı:

MADDE 5- 5490 sayılı Kanunun (Nüfus Hizmetleri Kanunu) 15 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 15- (1) Sağ olarak dünyaya gelen her çocuğun, doğumdan itibaren Türkiye’de otuz gün içinde nüfus müdürlüğüne, yurt dışında ise altmış gün içinde dış temsilciliğe bildirilmesi zorunludur. Doğum bildirimleri, doğumu gerçekleştiren sağlık kuruluşlarına da yapılabilir.

(2) Sağlık kuruluşları ve sağlık kuruluşları dışında sağlık personeli nezaretinde gerçekleşen doğumlar, ilgili sağlık birimince bulunulan yer nüfus müdürlüğüne beş iş günü içinde bildirilir. Bildirimde, doğumun sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli nezaretinde olduğunu ispatlayan rapor veya resmî belge ve doğum tescil isteğini belirten form dilekçe yer alır.

(3) Sağlık personeli nezaretinde gerçekleşmeyen doğum bildirimini; gebelik sırasında anneyi takip eden tabip ya da sağlık mesleği mensubunca düzenlenecek rapor veya belge ile yapılır.

(4) **Sağlık personelinin takibi dışında** doğan çocukların doğum bildirimini nüfus müdürlüklerine **sözlü beyanla** yapılır. Her sözlü beyanda mülki idare amirinin emri ile **aile hekimlerince beyanların doğruluğunun araştırılması** zorunludur.

(5) Doğum bildirimini; veli, vasi, kayyım, bunların bulunmaması hâlinde çocuğun büyük ana, büyük baba veya ergin kardeşleri ya da çocuğu yanında bulunduranlar tarafından yapılır. Çocuğa konulan ad, üç adı geçmemek üzere ve kısaltma yapılmadan yazılır. Doğum ve gebelik raporu ile doğumun bildirilmesi ve doğum tutanağının düzenlenmesine ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir.

Kanundaki değişiklik sonrası aşağıda yer alan başlıklara dair usul ve esaslar, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (SBSGM), Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve NVİGM tarafından yapılan ortak çalışmalarla belirlenmiştir.

- Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar
- Sağlık kuruluşu dışında, sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumlar
- Sözlü beyan (herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmeyen ya da herhangi bir sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşen doğumlar)

Aile Hekimlerinin Sorumlulukları

- Aile hekimleri tarafından hiçbir şekilde doğum raporu düzenlenmeyecektir
- Aile hekimleri sözlü beyan kapsamında; İlçe Nüfus Müdürlüğüne başvuran kişinin kendisine kayıtlı olması halinde, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından aile hekiminden talep edilecek belge ve bilgileri (yazılı ve sözlü beyan) en kısa sürede temin edip İl Sağlık Müdürlüğüne iletmekle sorumludur.
- Aile hekimi zorunluluk halinde doğum yaptırmaması halinde ise sağlık kuruluşu dışında sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen doğumlar kapsamında değerlendirilerek bu kapsamdaki usul ve esaslara göre bildirimde bulunacaktır.

TSM/İlçe Sağlık Müdürlüğü

Sağlık kuruluşu dışında sağlık personeli yardımı ile olan doğumlarda; Doğumu yaptıran personelin hazırlayarak kendilerine teslim ettiği “sağlık personelinin nezaretinde ve sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların bildirim belgesini” en kısa sürede İl Sağlık Müdürlüğüne ve sonucunda İSM iletilen doğum raporunu aileye iletmekle sorumludur.

Ayrıntılı bilginin yer aldığı linkler;

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-anasayfa>

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genelgeler.html>

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yayinlarimiz/rehberler.html>

İzleme ve Değerlendirme Çalışmalarında Nelere Bakılmalıdır?

Aile Hekimlikleri

- Her bebek/çocuğun belirtilen izlem zamanlarında izlemleri yapılıyor mu?
- İzlemler Protokollerde yer alan kontrol listelerine uygun olarak yapılıyor mu?
- Bebeğin/çocuğun yaşına uygun olarak taramaları gerçekleştirilmiş ya da yapıp yapılmadığının sorgusu ve takibi yapılmış mı?
- Bebeğin/çocuğun yaşına uygun olarak mikrobesein destekleri veriliyor mu?
- ay, 5 yaş ve 10-21 yaş (3 kez) grubunda hb/hc ölçümü yapılmış ve değerler sisteme doğru olarak giriş yapılmış mı?
- Bebeğin/çocuğun zamanına uygun danışmanlık hizmetleri veriliyor mu?
- Sisteme giriş ve veri aktarımı yapılıyor mu? (Güncel USVS bilgilerini içeren bir sisteme sahip mi?) (Örneğin evlilik öncesi SMA taşıyıcılık taraması için kan alımı yapıp sisteme girildi, aynı şekilde kişinin hemoglobinopati taraması için de sistem girişi mevcut mu?)
- Bölgesinde kayıtlı nüfusta ölü doğum ve bebek ölümü var mı? Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu ile bildirimini yapıyor mu? Genelge kapsamında yer alan belge/bilgileri zamanında iletiyor mu?
- D vitamini ve demir damla için malzeme takibi yapılıyor mu?

TSM/İlçe SM/ SHM

- Bölgesindeki özellikli grupları biliyor mu?
- Sağlık personeli ve halk eğitimleri için ihtiyaç tespiti/planlaması var mı? Hangi konuda ne kadar eğitim gerçekleştirilmiş?
- Sağlıkla ilgili önemli gün ve hafta etkinlikleri yapılıyor mu?
- Okul çağı işitme taraması ile ilgili planlaması mevcut mu? Ne kadarını taramış?
- Okul Sağlığı Programı kapsamında faaliyetlerini planlamış mı?
- D vitamini ve demir damla için malzeme takibi yapılıyor mu?
- Yaptığı iş ve işlemler kayıt altında mı?

BÖLÜM IX

ÇALIŞAN SAĞLIĞI

9.1. ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Genel Bilgiler:

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve bağlı mevzuatı tüm işyerleri ve tüm çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini zorunlu kılarak “**çalışan**” kavramını getirmiştir.

İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG): İş Sağlığı bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üstün düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarıdır (*Uluslararası Çalışma Örgütü-Dünya Sağlık Örgütü – 1950*). İş sağlığı ve güvenliği tıp bilimleri, mühendislik bilimleri ve sosyal bilimleri içeren multidisipliner bir konudur.

İş Yeri Hekimliği: Çalışanları, çalışma ortamında maruz kaldıkları risklerin neden olduğu meslek hastalıklarından korumak için gerekli önlemleri aldirmek, bu hastalıkların erken tanınmasını ve tedavi edilmesini sağlamak için gerekli olan çalışmaları yapmaktır.

İş Hijyeni: İşyerlerinde bulunan ve işin yürütümünden kaynaklanan risklerin saptanması, ortam ölçümleri ile risk oluşturan faktörlerin niceliklerinin belirlenmesi ve bu risklerin ortadan kaldırılması amacı ile teknik düzenlemeler yapılmasıdır.

Meslek Hastalığı: İşyeri ortamında bulunan mesleki risk faktörlerinin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adıdır. Meslek hastalığı, kişinin çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple ya da işin yürütüm koşulları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, sakatlık veya ruhi arıza durumlarıdır.

İş Kazası: Uluslararası Çalışma Örgütü’ne göre iş kazası, planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durumdur. İşyeri ile ev arasında, işyeri ile işçinin normal olarak yemek yediği yer arasında, işyeri ile işçinin normal olarak ücretini aldığı yer arasında, oluşan kazalar, iş kazasıdır (*Uluslararası Çalışma Örgütü 121 Sayılı Tavsiye Kararı, 1964*) Ayrıca 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda iş kazası; “İşyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay.” olarak tanımlanmıştır.

İş Sağlığının Amaçları:

- Tüm mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumlarını en üst düzeye ulaştırmak ve bu düzeyde sürdürebilmek,
- Çalışma koşullarından dolayı çalışanların sağlıklarının bozulmasını önlemek,
- Çalışma ortamında bulunan her türlü fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal, ergonomik ve organizasyondan kaynaklanan risk faktörlerinden korunmayı sağlamak,
- Çalışanın fizyolojik ve psikolojik verilerine uygun bir çalışma ortamına yerleştirilmesi ve uyumlu bir ortamda işini sürdürmesini sağlamak (kişinin işe işin kişiye uygun olması).

İş Yeri Ortam Faktörleri

a. İş yerindeki sağlık ve güvenlik tehlikeleri:

İş yerlerinde çalışanların sağlığını riske sokacak çeşitli ve çok sayıda faktör vardır. Bunların neler olduğunun ve çalışanları ne şekilde etkileyeceğinin bilinmesi koruyucu önlemlerin alınabilmesi ve iş güvenliğinin sağlanabilmesi açısından önem taşır.

Kimyasal Faktörler: Değişik iş yerlerinde kullanılan çok sayıdaki kimyasal maddeler, metaller (kurşun, civa, arsenik, kadmiyum, krom, alüminyum, vb.), gazlar (karbonmonoksit, metan, kükürtlü hidrojen, hidrojen siyanür, klor, flor, nitroz gazlar, fosgen, siyan gazı vb.), çözücüler (benzen, toluen, hekzan vb), asit ve alkaliler (nitrik asit, sülfirik asit, organik asitler), pestisitler (klorlu insektisitler, organik fosforlu insektisitler, rodentisitler), boyalar, plastik maddeler olarak gruplandırılabilir. Bu maddelerden bazıları vücutta birikim sonucu zaman içinde zehirlenmelere yol açarken, kimileri kanserojen etkiye sahiptir.

Fiziksel Faktörler: İş yerlerinde en çok karşılaşılan aydınlatma, gürültü, ısı, nem, titreşim, basınç değişiklikleri, radyasyon gibi faktörlerdir.

Biyolojik Faktörler: Özellikle sağlık kurumlarında ve laboratuvarlarda, gıda sektöründe, tarım ve hayvancılık iş kollarında çalışanlar için risk oluşturan her tür mikroorganizma bu grupta yer alır.

Tozlar: Partikül büyüklüğüne göre vücuttaki etkisi değişen havada asılı bulunan maddelerdir. Tozlar solunum sistemini ve deriyi etkiler. Tozlarla ortaya çıkan meslek hastalıkları “pnömokonyoz” adı altında toplanan, progresif seyirli, kronik akciğer hastalıklarıdır.

Ergonomik Faktörler: Ergonomi; yapılan işin, kişilerin yetenek ve ihtiyaçlarına uyacak şekilde organize edilmesi, düşünülmesi ve planlanmasıdır. İş yerlerindeki çalışma koşullarının çalışanların kişisel özelliklerine uygun hale getirilmesi ve işin çalışana, çalışanın da işe uyumunun sağlanması yoluyla çalışanın iş kazası riski de azalır.

Psiko Sosyal Faktörler: Sağlık kişinin beden ve sosyal yönden olduğu kadar ruhsal yönden de tam bir iyilik halindedir. Bu yüzden işyerindeki psikososyal faktörlerin iyileştirilmesi Kişinin daha verimli çalışabilmesi, iş arkadaşlarına uyum sağlayabilmesi ve üretimde etkin olmasını sağlayacaktır.

b. İş sağlığı uygulama ilkeleri:

İş sağlığı uygulamalarının temel amacı çalışanların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesidir. Bu amaca ulaşabilmek için çalışanın sağlığını bozabilecek kişisel ve iş yerinden kaynaklanan faktörlerin bilinmesi gereklidir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, eğitimi, bazı alışkanlıkları, genetik ve ruhsal yapısı ile iş yerine ait risk faktörleri çalışanın sağlığını etkiler. Bireysel ve iş yeri ortamına ilişkin olumsuz faktörlerin olumlu hale getirilebilmesi için yapılan çalışmalar “iş sağlığı uygulama ilkeleri” olarak tanımlanır. Bu ilkeler:

1- Kişiyi uygun işe yerleştirme: Kişilerin niteliklerine uygun olan işlere yerleştirilmeleri, bu yerleştirme “işe giriş muayenesi” ile sağlanır. Sağlığın korunmasında “birincil koruma” olarak bilinen bu yaklaşımda, yapılan muayenelerle kişilerin özellikleri öğrenilir ve bu özellikleri ile uyumlu olan işlere yerleştirilmeleri sağlanır. Bu uygulamanın asıl amacı kişilerin “uygun olmayan işlere” yerleştirilmesinin, dolayısıyla sağlıkları bakımından özel olarak sakınca yaratabilecek koşullarda çalışmalarının önüne geçmektir.

2-İşyeri risklerinin değerlendirilmesi: İşyeri ortamında bulunan sağlığı bozucu tehditlerin saptanması gerekir. İşyerindeki mesleki risklerin saptanmasında gözlem ve genel bilgilerden yararlanılabilirse de bu konuda ortam ölçümleri yapılması esastır. Ortamda yapılan ölçümlerle risk faktörünün düzeyi saptanır, bulunan değer standart değerlerle (izin verilen alt ve üst sınır değerler) karşılaştırılır. İzin verilenin üzerinde değer saptanırsa, risk kontrolü gereklidir.

3- İşyeri risklerinin kontrolü: İşyerlerinde risklerin kontrolünde çeşitli yaklaşımlar vardır. İşyerinde yürütülen işin niteliğine göre havalandırma, kapalı sistemde çalışma, yerine koyma (ikame, replasman), ayırma, nemli, ıslak çalışma gibi farklı mühendislik hizmetlerini içeren teknik yöntemler uygulanır.

4- Aralıklı kontrol muayenesi (Periyodik Muayene): Tüm önlemlere rağmen zaman zaman işyeri ortamında bulunan risk faktörleri izin verilen düzeylerin üzerine çıkabilir ve çalışanlar açısından etkilenme söz konusu olabilir. Bu etkilenmeler sonucu ortaya çıkabilecek meslek hastalıklarının erken dönemde yakalanabilmesi amacı ile çalışanların belli aralıklarla muayene edilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım, sağlığı koruyucu yaklaşım olarak “ikincil koruma” ilkesi ile uyumludur.

5- İşyerinde sağlık hizmeti: İşyerinde verilen sağlık hizmeti birinci basamak düzeyinde bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet işyeri hekimi ve işyeri sağlık hizmeti konusunda eğitim alan diğer sağlık personeli (iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevlendirilmek üzere Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca belgelendirilmiş **hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve çevre sağlığı teknisyeni** diplomasına sahip olan kişiler ile Bakanlıkça verilen **diğer sağlık personeli** belgesine sahip kişiler) tarafından verilmektedir.

6- Sağlık eğitimi: İşyerinde bulunan mesleki riskler, bunların olası sağlık etkileri, bu risklerden korunma yolları ve “kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanımı” konusunda çalışanların eğitilmesidir. 15/05/2013 tarihli ve 28648 sayılı RG’ de yayımlanan Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte yer alan konuların eğitimi, İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) profesyonellerince her çalışana verilmelidir.

9.1.1. İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Başlıca Mevzuat

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987)
- 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (20.06.2012)
- 5 Kasım 2013/28812 sayılı Tozla Mücadele Yönetmeliği (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı)
- 1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesininin 352- 384. maddeleri arası (2018)
- Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği
- İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
- Çalışanların Sağlık Gözetimine Yönelik Tıbbi Tetkiklerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
- 2013/11 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Genelgesi
- 2014/1 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi
- 2009/24 sayılı “Kot Giysilere Uygulanan Püskürtme İşleminde Kum Kullanımının Yasaklanması” Genelgesi.2008/62 sayılı Silikozis Genelgesi
- Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

9.2. MESLEK HASTALIKLARI VE İŞ KAZALARI

Meslek Hastalığı; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda “mesleki risklere maruz kalma sonucu ortaya çıkan hastalık”, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda ise “Çalışanın, yaptığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellik halleri” olarak tanımlanmıştır. Bilindiği üzere çalışma hayatında çalışanın yaptığı işten dolayı maruz kaldığı mesleki risk faktörleri, işle ilgili hastalıklar ve meslek hastalıklarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. İşyerlerinde doğru

İSG uygulamaları sayesinde mesleki riskleri kontrol altında tutarak çalışanın meslek hastalıklarına yakalanmasını önlemek ve toplam nüfusun kronik hastalık yükünde azalma sağlamak mümkün olacaktır.

Meslek hastalığı tanısına esas dosya hazırlama yetkisi ülkemizde Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Devlet Üniversite Hastaneleri ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerine verilmiştir. Aile hekimlerinin meslek hastalığı ön tanısı koydukları ya da şüphelendikleri hastaları bu yetkilendirilmiş hastanelere sevk etmeleri gerekmektedir.

1. basamak sağlık hizmet sunucuları olarak aile hekimlerinin mesleki riskler ve meslek hastalıklarına yönelik farkındalığını artırmak ve hekimlerde hasta meslek bilgisini sorgulama alışkanlığını yerleştirmek amacıyla “Meslek Hastalığı Farkındalık ve Bildirimi Eğitimi” yürütülmektedir. Söz konusu eğitim 2021 yılından itibaren USES uzaktan eğitim sistemine entegre edilmiştir. Aile hekimlerinin bu eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir.

9.2.1. Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı

Meslek hastalığının oluşması sürecinde mesleki risklere maruziyet süresinin hastalık oluşumuna yetecek kadar uzun olması gereklidir. Bu süreçte henüz meslek hastalığı gelişmeden hastalığın erken belirtilerinin tanınması ve çalışanın söz konusu mesleki risklerden uzaklaştırılması için önlem alınması büyük önem arz etmektedir. 1. ve 2. basamak sağlık hizmet sunucusu hekimlerin mesleki risklere maruziyeti erken tespit edebilmesini sağlamak amacıyla “Mesleki Maruziyet Veri Paketi” uygulaması tasarlanmıştır.


AHBS ve HBYS uygulamalarına eklenen “Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı” kullanılarak hekimlerin, çalışanın hastalığının yaptığı işin mesleki risklerine maruziyet sonucu gelişip gelişmediğini sorgulaması sağlanmakta, veriler toplanmakta ve Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) platformunda raporlanıp analiz edilmektedir.



Aile hekimlerinin mesleki maruziyet ekranını doldurmaları resmi bir meslek hastalığı bildirimidir. Bununla beraber, ülkemizde meslek hastalıklarının durumunun analizini anlamak için hekim kanaatini ifade ettiğinden aile hekimleri tarafından doldurulması önem arz eden bir uygulamadır.

9.2.2. İş Kazaları Sürveysi

İş Kazası; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre “işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hâle getiren olay” şeklinde tanımlanmaktadır.

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	İŞ KAZASI AYLIK DEĞERLENDİRME FORMU	Güncelleme Tarihi: 19.03.2018
	BİRİM	ÇALIŞAN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI

SIRA NO	ÇALIŞTIĞI YER	ADI VE SOYADI	UNVANI	İŞ KAZASI TARİHİ	SGK'YE BİLDİRİM TARİHİ	KAZANIN KONUSU *	KAZANIN MUHTEMEL SEBEPLERİ *	KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER *

***Alta kodları ve açıklamaları verilen tablolardan ilgili kodları giriniz. "Diğer" seçeneğini girmişseniz yukarıdaki ilgili kutucuğa açıklamasını da giriniz.**

KODU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KAZANIN KONUSU	Düşme-Çarpma-Yaralanma	Kimyasal Maddeye Maruz Kalma	Ofis Kazaları	Yangın-Yanık	Biyolojik Etene Maruz Kalma	Kesici-Delici Alet Yaralanmaları	Elektrik Kazaları	Trafik-Ulaşım Kazaları	Patlama	Diğer

KODU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
KAZANIN MUHTEMEL SEBEPLERİ	Yetersiz Olumsuz Çalışmak	Ekipman Kullanımı Hatası	Yorgunluk-Uykusuzluk	Yetersiz Uygun-Alarm Sistemleri	Uygun Olmayan Hava Şartları	Emniyetli Davranış	Yetersiz Aydınlatma	Kuru Hava Şartları (Rüzgâr vb.)	Gürültü	Disiplinsiz- Ciddiyetsiz Çalışma	Yanlış Tehlike	Düzensiz Ortam	Yetersiz İkaz Levhası	Doküman- Saçılma
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Kullanılan Çiğnem Uyumsuz- Anzalı Olması	Talimatı Uymamak	Moral Basmalı- Korku- Dalgınlık	Emniyetli İnfirme	Kapalı-Boşluklar	Kayma Zemin	Elektrik Sistemlerinde Arıza	Ekipman Kullanım Hatası	Kıymetli Koruyucu Donanım Kullanılmaması	Kıymetli Koruyucu Donanım Eksikliği- Uyumsuzluğu	Yanlış Kaldırma	Uygun Olmayan Hız	Patlama- Parlama Tehlikesi	Diğer	

KODU	1	2	3	4
KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER	Çalışan zaman ve iş günü kaybı olmak üzere işe dönüştü	Çalışan rapor aldı	Kaza sonucu ölümlü	Diğer

NOT: İş sağlığı müdürlüğü çalışan sağlığı birimi tarafından doldurulacak rapor eden ayın ikinci haftasına kadar hsgm.calisan-sagligi@saqlik.gov.tr e-posta adresine Word formatında gönderilecektir.

F04ÇSDB-01

Aile hekimleri işveren olarak çalışanlarının yaşadığı iş kazalarını SGK'ya bildirmekle yükümlüdür.



Size en yakın Sağlık Hiyat Merkezlerinden aşağıdaki konularda **ücretsiz** danışmanlık hizmeti alabilirsiniz.

- Beslenme Danışmanlığı
- Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı
- Kadın ve Öreme Sağlık Danışmanlığı
- Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) Danışmanlığı
- Ruh Sağlık Danışmanlığı
- Çocuk ve Ergen Sağlık Danışmanlığı
- Tütün ve Madde Bağımlılığı Danışmanlığı
- Enfeksiyon Kontrol Hizmetleri
- Koruyucu Ağız ve Diş Sağlık Danışmanlığı
- Tıbbi Hizmetler

Aşı yaptırmak işinizden kaynaklanan hastalıklardan korunabilir miyiz?

Aile hekimlerine müracaat edilmesi halinde ağılma hizmetlerinden faydalanabilir, olası mesleki risklerden ve hastalıklardan korunabilirsiniz.

Aile hekiminizle yaptığınız işi söyleyin.

Önce SAĞLIK, Sonra İŞ

Herhangi bir sağlık sorunu zaman kaybetmeden iş yeri hekiminize başvurmalısınız.

İş Yerlerinde Sağlık Geliştirilmesi

Sağlıklı Gelecek
Sağlıklı İş Yeri
Sağlıklı Çalışan

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
www.halksagligi.gov.tr



9.3 BİRİNCİ BASAMAK BEYAZ KOD

Dünya Sağlık Örgütü genel olarak şiddeti “kişinin kendisine, karşısındaki bireye, gruba veya topluma karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar ve kayıpla sonuçlanan yahut sonuçlanması muhtemel fiziki güç uygulaması veya tehditte bulunması” olarak tanımlamıştır.

Hasta, hasta yakınları veya başka bir kişiden/kişilerden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözlü, fiziki veya cinsel saldırı niteliğindeki her saldırı sağlık çalışanlarına yönelik beyaz kod kapsamındaki “şiddet” olayları olarak değerlendirilir.

Beyaz kod sistemi, sağlık çalışanlarının bu kapsamda karşılaştıkları olaylarda kullanılan acil durum yönetim aracı olup sağlık çalışanları belirtilen bağlamda bir problem yaşadığında yeterli müdahalenin zamanında yapılması, gerek görülen tedbirlerinin alınması yanında, gerçekleşen olayların tetkik edilerek ilgili sağlık kuruluşuna mahsus önlemlerin hayata geçirilmesi için çalışma yürütülmesi amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir.

Bu kapsamda oluşturulan mevzuatla, mağdur çalışanlarımıza hukuki destek verilmesine ilaveten, çalışanımızın karşılaşılabileceği maddi ve manevi mağduriyetlerin giderilmesi gayesi de güdülmektedir.

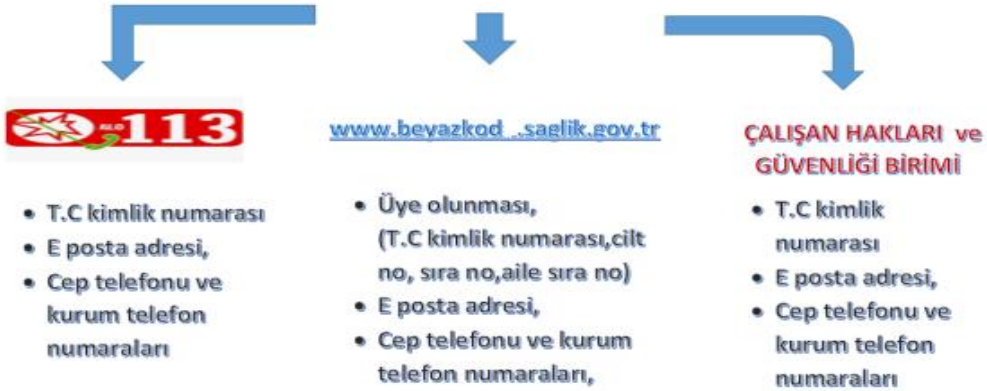
Esas itibarıyla konunun özünü, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı çalışanlara karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması hususu teşkil etmektedir.

Birinci Basamak Beyaz Kod Başvuruları

Sağlık çalışanları, hizmet sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı beyaz kod kapsamında bir mağduriyet olması durumunda 24 saat hizmet veren **113** numaralı telefonu arayarak, www.beyazkod.saglik.gov.tr adresindeki bildirim formunu doldurarak veya **çalışan hakları ve güvenliği birimlerine/beyaz koddan sorumlu çalışana (ÇGB)** müracaat ederek beyaz kod sistemine bildirebilirler. Sorumlu çalışanların, yapılan başvurulara ilişkin işlemleri mevzuatında belirtilen sürelerde değerlendirerek konunun adli mercilere intikal ettirilmesini sağlamaları gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında beyaz kod kapsamında meydana gelen bütün olayların yukarıda belirtilen sistemlere girilmesi ve gerekli işlemlerin yapılması, talep etmesi durumunda da mağdur çalışanımızın Bakanlığımız avukatlarından hukuki destek alması temin edilmelidir.

ŞİDDET MAGDURU



Bakanlığımızın www.beyazkod.saglik.gov.tr adresli beyaz kod elektronik sistemine yapılan başvuruların durumuna ait süreçleri takip etmek amacıyla bu sistemde *beklemede, çalışan güvenliği birimi inceliyor, il koordinatörü inceliyor, beyaz kod kapsamında ve beyaz kod kapsamı dışında* şeklinde seçenekler bulunmaktadır. Beyaz kod kapsamında yapılan her bir başvurunun, Bakanlığımız Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yayımlanan 2016/3 sayılı Genelge hükümleri ve diğer ilgili mevzuatı kapsamında değerlendirilerek söz konusu seçeneklerde verilen durumların *beyaz kod kapsamında veya beyaz kod kapsamı dışında* şeklinde sonlandırılması gerekmektedir. Elektronik sistemde, başvuruya ait işlemlerin henüz tamamlanmadığının ifadesi olarak yorumlanan *beklemede, çalışan güvenliği birimi inceliyor, il koordinatörü inceliyor* gibi durumların bulunması, kurumlar ve ilgili çalışanlar açısından ileride hukuki problemlere yol açabilecek hususlar olarak görülmektedir.

Beyaz Kod Kapsamında Çalışanlara Sağlanan İmkânlar ve Gerçekleştirilen Hukuki Düzenlemeler

Bakanlığımızca hazırlanan 2012/23 sayılı “Çalışan güvenliğinin sağlanması” konulu Genelge ile “beyaz kod” uygulaması başlatılmış olup beyaz kod kapsamında mağdur olan çalışanların yukarıda belirtilen yollarla beyaz kod sistemine **başvuruda bulunabilmeleri** sağlanmıştır.

Mağdur çalışanın veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine, Bakanlık avukatlarınca *Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* çerçevesinde **hukuki destek verilmesi** düzenlenmiştir.

Polis Vazife ve Salahiyetleri Kanunu’nun 15’inci maddesi ile 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*’nun Ek 12’nci maddesine ilave edilen fıkradaki (Ek fıkra:15/11/2018-7151/21 md.) hükümlerle **mağdur çalışanın ifadesinin görev yaptığı yerde alınabilmesi** imkânı getirilmiştir.

3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*’nun anılan Ek 12’nci maddesine ilave edilen bir fıkra ile (Ek fıkra:15/4/2020-7243/28 md.), Bakanlığımızca hazırlanan 2012/23 sayılı “Çalışan güvenliğinin sağlanması” konulu Genelge’nin 6’ncı maddesine göre, beyaz kod kapsamında mağdur olan sağlık çalışanın, acil verilmesi gereken sağlık hizmetleri hariç olmak kaydıyla **hizmetten çekilme hakkı** tanzim edilmiştir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 8’inci maddesinin ikinci fıkrası kapsamında adli veya mülki idare makamlarınca verilen bir belgeyle belgelendirilmesi hâlinde, **çalışanın mağdur olmasına sebep olan kişinin aile hekiminin değiştirilebilmesi** hakkı elde edilmiştir.

Ayrıca, 3359 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*’nun yine Ek 12’nci maddesine konan fıkra ile (Ek fıkra:15/4/2020-7243/28 md.), sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan çalışanlara karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçunun, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 100’üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama sebebi varsayılan suçlardan olduğu ifadesinin yanında, kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında

görev yapan sağlık çalışanları ile yardımcı sağlık çalışanlarına karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında ilgili maddelere göre tayin edilecek cezaların yarı oranında artırılacağı ve Türk Ceza Kanunu'nun 51'inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümlerinin uygulanmayacağı hükümlerine yer verilmiştir.

Sağlık kuruluşlarında meydana gelen olaylarla ilgili olarak mevzuatına göre en hızlı şekilde müdahale edilmesi ve mevzuatın tam olarak uygulanması amacıyla İçişleri Bakanlığınca (Emniyet Genel Müdürlüğü) hazırlanan 26.04.2012 tarihli ve B.05.1.EGM.0.11.49761 (Bakanlık Genelge Nu.: 2012/22, EGM Genelge Nu.: 2012/39) sayılı "Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması" konulu Genelge ve 19.02.2019 tarihli ve 31311769-67019 (62412)-21-56-41021 sayılı "Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet" konulu yazı ile beyaz kod kapsamındaki olayların kolluk kuvvetleri nezdindeki takibi sağlanmaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarından beyaz kod kapsamında yapılan başvuruların takip edilerek mağdur çalışanımıza gerekli desteğin zamanında verilmesinin temin edilmesi ve çalışanımıza yanında olduğumuzun hissettirilmesine ilaveten, bu kuruluşlarda meydana gelebilecek beyaz kod kapsamındaki olayların önlenmesine ilişkin çalışmalarda bulunmak üzere illerde *birinci basamak çalışan hakları birimleri* oluşturulmuştur.

İl düzeyinde birinci basamak sağlık kuruluşlarından yapılan başvurulara ait veriler genel olarak istatistiki açıdan değerlendirilip bilgiye dönüştürülerek birinci basamak sağlık kuruluşlarında olabilecek beyaz kod kapsamındaki olayların önlenmesi maksadıyla sahada uygulanmaktadır. Bu kapsamda hazırlanan, Genel Müdürlüğümüzün <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-birimler/calisansagligi-chb.html> adresli elektronik ağdan da ulaşılabilecek broşür ve afişlerden faydalanılabilir. Söz konusu eğitim malzemeleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında fiziki olarak kullanılabilmesi gibi kapalı devre elektronik sistemi bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının bu sistemlerinde de yayımlanabilir.

Beyaz KOD
Lütfen ayrı ayrı yapınız.
Çevreye Onayla Onayla Çıkış Yapınız
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
www.hsgm.gov.tr

Şiddete uğrayan sağlık çalışanı
Alo 113
telefon hatlarından,
beyazkod.saglik.gov.tr
internet sitesini
üzerinden veya
çalışan hakları ve güvenliği birimine
başvurarak
şikâyetle balenabilir.

Şiddete uğrayan Sağlık Çalışanı
113
www.beyazkod.saglik.gov.tr
ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİLİ BİRİMİ

ŞİDETSİZ TOPLUM SAĞLIKLI TOPLUM SAĞLIKLI GELECEK

Şiddet
sağlık hizmeti
almanın yolu değildir.

Sağlık çalışanının hizmet sunumu sırasında maruz kaldığı her türlü saldırgan davranış "ŞİDDET"tir.

Sözlü veya fiziki şiddet, çalışanın hizmet verme azmini kırar, diğer hastalara verilen hizmete de aksaktır.

Hizmet talep ederken çalışanlarla doğru iletişimi kurmayı gözlemlemek işleyişizi hızlandırır.

Maşiyene sırasına uymak, herkesin zamanında sağlık hizmeti almasını sağlar.

"Hastalık yoktur, hasta vardır."

Hekimimiz, size uygun tetkiklere ve ilaçlara karar verecek kişidir.

Başkasının ilacını kullanmak, size yarardan çok zarar verebilir.


Sevki veya istirahat ihtiyacınızın hekim belirler. Hekimimize güvenin!

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının, acil verilmesi gereken hizmetler dışında hizmetten çekilme hakkı vardır.

Kanunda suç olarak belirlenen hakaret, tehdit ve yaralama gibi fiitlere maruz kalan çalışan, kendisi şikâyetçi olmasa da Sağlık Bakanlığı tarafından hukuki süreç başlatılır.

Çalışan isterse, Sağlık Bakanlığı avukatlarımızla hukuki destek veririz.

Birinci basamak çalışan hakları biriminin eş güdümünde, birinci basamak çalışanlarına, beyaz kod kapsamında problemlere yol açtığı belirlenen hususlarda iletişim becerileri, stres yönetimi, problemleri hasta ve hasta yakınları ile iletişim, problem çözme teknikleri, zaman yönetimi, takım olma, beyaz kod mevzuatı, beyaz kod sürecinin işleyişi ile beyaz kod kapsamında ne gibi imkânların bulunduğu hususlarının yanında, beyaz kod kapsamında olan ve olmayan fiillerin neler olduğu gibi değişik konularda yüz yüze ve uzaktan eğitimler verilmelidir (Genel Müdürlüğümüzün, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-birimler/calisansagligi-chb.html> adresli elektronik ağından bazı sunumlara ulaşılabilir.). Söz konusu eğitimlerin il düzeyinde takip edilmesi yanında, eğitimlere ilişkin bilgilerin Genel Müdürlüğümüze ulaştırılması için aşağıda verilen formdan yararlanılmalıdır.

 İl Sağlık Müdürlüğü Birinci Basamak Beyaz Kod Eğitime Bildirim Formu (1)		Sayfa No: 1 / 1
BİRDİM ÇALIŞAN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI		
Eğitimlerin Verildiği Yıl		
İLAAd		
Eğitime Katılan Çalışanlar	Eğitim Verilen Çalışan Sayısı⁽¹⁾	Eğitimin Konusu⁽²⁾
Hakim		
Hakim Değ. Sağlık Çalışanı		
Genel İdare Hizmetleri Sınıflı Çalışan		
Birinci Basamak Beyaz Kod Eğitim Bildirim Formu Doldurma Talimatı: 1. Yıl içinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanlara beyaz kod kapsamında yapılan eğitimlere her bir kadrodan katılacak toplam sayıları takip eden yılın ocak ayına kadar bildirimson iş gününün mesai bitimine kadar beyazkod@saglik.gov.tr uzantılı e-iletilim sistemi aracılığıyla Genel Müdürlüğümüze iletilecektir. 2. Bildirim kadro sınıflarından eğitim verilen çalışanların sıraları yazılacaktır. 3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli çalışanlara ilişkin <i>becerileri, problem çözüme yetenekleri, stres yönetimi ve diğer konularla ilgili hizmetleri ve beceri yetersizlikleri</i> ile ilgili tablo olmalı, zaman yönetimi, beyaz kod mevzuatı, beyaz kod kapsamında bulunan kişiler ile beyaz kod kapsamı dışındaki kişilerin neiler olduğu vb. konularında verilen eğitim/eğitimlerin adı yazılacaktır.		
HAZIRLAYAN (Ad, Soyadı, Unvanı)	ONAYLAYAN (Ad, Soyadı, Unvanı)	
F71CEB00		

Birinci basamak çalışan hakları birimi tarafından il genelinde, yıl içinde beyaz kod kapsamında ikiden fazla başvurusu bulunan çalışanlar belirlenmeli, ilgili sorumlular ile tercihen sosyal çalışmacı veya psikolog unvanlı meslek mensuplarının yer aldığı bir heyet tarafından, denetleme hissiyatı uyandırılmadan mağdur çalışanın ziyaret edilmesi ve çalışanın karşılaştığı olumsuzluklara yol açan problemlerin birlikte çözülmesi sağlanmalıdır. Bu ziyaretlere ilişkin bilgiler, basamak1.beyazkod@saglik.gov.tr elektronik posta adresi üzerinden Genel Müdürlüğümüze ulaştırılmalıdır.

BÖLÜM X ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

10.1. ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ

05/02/2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren *Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine* göre Toplum Sağlığı Merkezinin çevre sağlığına ilişkin görevleri aşağıda belirtilmiştir.

a) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını mevzuatı kapsamında izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak,

b) Sorumluluk alanında yer alan içme kullanma suyu şebeke sistemi hakkında ilgili yerel idare ile iş birliği içerisinde bilgi sahibi olmak, şebeke ile ilgili envanter, basit kroki ve diğer bilgileri, derleyerek gerekli hallerde kullanılmak üzere toplum sağlığı merkezinde muhafaza etmek.

c)Mevzuatı kapsamında İl Sağlık Müdürlüğü ve Mahalli İdare tarafından belirlenen numune alım noktalarından denetim ve kontrol izlemesi amacıyla su numuneleri almak, alınan numuneleri Çevre Sağlığı Bilgi Yönetim sistemine kaydetmek, belirlenen numune alım noktalarından günlük bakiye klor ölçümlerini yapmak ve sisteme kaydetmek. Tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi için ilgili yerel idareye, bilgi amaçlı olarak İl Sağlık Müdürlüğüne yazılı bildirimde bulunmak ve süreci takip etmek

d) İlgili mevzuata göre; bölgesinde bulunan yüzme havuzlarından müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; ilgili verileri Yüzme Havuz Suyu Coğrafi Bilgi Sistemine tespit edilen uygunsuzlukları müdürlüğe bildirmek; uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluğun giderilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayarak alınan önlemleri takip etmek,

e) İlgili mevzuata göre; ambalajlı suların (kaynak, içme ve doğal mineralli su) piyasa denetimini yapmak; denetime ilişkin bilgi ve belgeler ile denetim sonuçlarını müdürlüğe bildirmek,

f) Gayri sıhhi müesseselerin, sıhhi müesseselerin, umuma açık işyerlerinin ruhsatlandırma ve denetimi kapsamında mevzuattan kaynaklanan görevleri yerine getirmek,

g) Hava kirliliği, gürültü, atıklar, elektromanyetik kirlilik ve diğer çevre sorunları konusunda alınan ve alınacak önlemlere yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak,

ğ) Bölgesinde piyasa gözetim ve denetim hizmetleri kapsamında gerekli olan çalışmaları yürütmek,

h) Bölgesinde biyosidal ürünlerin üretim, satış ve kullanım yerlerinin denetim hizmetlerinin yapılması amacıyla gereken çalışmaları yürütmek,

ı) İlgili mevzuatına göre mezarlıkların yer seçimi ile alakalı işlemleri yapmak.

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri de çalıştığı bölgenin sağlık hizmetlerinin planlamasında yerel sağlık idaresi ile iş birliği yapmalı, verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutarak gerekli bildirimleri yapmalı ve hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu TSM’ye bildirmelidir.

10.1.1. Şebeke Sularının Denetimi

Yerel yönetimler tarafından temini ve sürekli dezenfeksiyonu yapılan içme- kullanma sularının halk sağlığı açısından İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik hükümleri kapsamında İl Sağlık Müdürlüğü ve İlgili Yerel Yönetimler ile ortaklaşa belirlenen, bütün şebeke sistemini ve yaşayan nüfusu temsil edecek ve yıl boyu tüketilen suyun kalitesini yansıtacak şekilde numune alma noktalarından belirlenen programa göre su numuneleri alarak tüketime sunulan içme kullanma sularının kontrol ve denetim izlemesi parametreleri yönünden analizlerinin yapılması amacıyla ilgili laboratuvara gönderir.

İçme-kullanma suyunda yerel yönetimler tarafından yapılan dezenfeksiyonun etkinliğinin denetlenmesi amacıyla, serbest klor ölçümleri suyun mahallinde her gün yapılır. Mevzuatta belirlenen klor miktarına ulaşılmadığı takdirde ilgili yerel idare yazılı olarak uyarılarak gerekli düzeltici önleyici önlemlerin alınması sağlanır.

Sorumlu olduğu bölgenin Şebeke sisteminde yıllık denetimler dışında ortaya çıkan olağandışı (deprem, salgınlar ve Şikâyet vb.) durumlarda da numune alınabilir.

Suların sağlığa ve mevzuata uygunluğu bütün Şebeke sistemini ve yaşayan nüfusu temsil edecek ve yıl boyu tüketilen suyun kalitesini yansıtacak Şekilde mahalli idareler ile ortak belirlenen izleme noktalarından alınan numunelerin analizleri ile takip edilir. Yapılan analizler Kontrol ve Denetleme İzlemesi olarak ikiye ayrılmaktadır.

Kontrol izlemesinin amacı; İçme-kullanma suyunun İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelikte yer alan Ek-2 Tablo A'da sayılan parametrelerin Ek- 1'de yer alan değerlerine uyup uymadığını belirlemek amacıyla, suyun organoleptik ve mikrobiyolojik kalitesi ve aynı zamanda içme suyu arıtımının yapılması durumunda, bu arıtımın (özellikle dezenfeksiyon) etkili olup olmadığı hakkında düzenli bilgi sağlamaktır.

Denetleme izlemesinin amacı; İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik'teki bütün parametrik değgerlere uyulup uyulmadığını belirlemek için gerekli verileri temin etmektir.

Numune alma sıklığı İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik Ek-2 Tablo B-1'e göre belirlenir. İlgili tablo aşağıda verilmiştir.

Bir su Őebekesi bölgesi içinde her gün dağıtılan ya da üretilen suyun miktarı (m ³) (Not 1 ve 2)	Her yıl için kontrol izlemesi sayısı (Not 3, 4 ve 5)	Her yıl için denetleme izlemesi sayısı (Not 3 ve 5)
≤100	2	1
(>100) -(≤1000)	4	1
(>1000) -(≤10 000)	4 1000 m ³ üzerindeki her 1000 m ³ /gün için 3 kontrol izlemesi daha ilave edilecektir.	1 1000 m ³ üzerindeki her 3300 m ³ /gün için 1 denetim izlemesi daha ilave edilecektir.
(>10 000) -(≤100 000)	31 10.000 m ³ üzerindeki her 1000 m ³ /gün için 3 kontrol izlemesi daha ilave edilecektir.	3 10.000 m ³ üzerindeki her 10 000 m ³ /gün için 1 denetim izlemesi daha ilave edilecektir.
>100.000	301 100.000 m ³ üzerindeki her 1000 m ³ /gün için 3 kontrol izlemesi daha ilave edilecektir.	10 100.000 m ³ üzerindeki her 25 000 m ³ /gün için 1 denetim izlemesi daha ilave edilecektir.

Kontrol İzleme Parametreleri

Renk
Bulanıklık
Koku
Tat
İletkenlik
Hidrojen iyonu konsantrasyonu (pH)
Nitrit
Amonyum
Alüminyum
Demir
C. perfringens (Sporlar dâhil)
E. coli
Koliform bakteri

Denetim İzleme Parametreleri

Parametre	Değer	Birim
Akrilamid	0.1	µg/L
Antimon	5.0	µg/L
Arsenik	10	µg/L
Benzen	1.0	µg/L
Benzo (a) piren	0,010	µg/L
Bor	1	mg/L
Bromat	10	µg/L
Kadmiyum	5,0	µg/L
Krom	50	µg/L
Bakır	2	mg/L
Siyanür	50	µg/L
1,2-dikloreten	3,0	µg/L
Epikloridin	0,10	µg/L
Florür	1,5	mg/L

Parametre	Değer	Birim
Kurşun	10	µg/L
Cıva	1,0	µg/L
Nikel	20	µg/L
Nitrat	50	mg/L
Nitrit	0,50	mg/L
Pestisitler	0,10	µg/L
Toplam pestisitler	0,50	µg/L
Polisiklik arom. hidrokarb.	0,10	µg/L
Selenyum	10	µg/L
Tetrakloreten ve trikloreten	10	µg/L
Trihalometanlar (toplam)	100	µg/L
Vinil Klorür	0,50	µg/L

Parametre	Parametrik değer (sayı/100 ml)
Escherichia coli (E. coli)	0
Enterokok	0
Koliform bakteri	0

Ülkemizde tüketime verilen içme-kullanma sularının sağlıklı ve güvenli bir şekilde tüketiciye ulaştırılmasında suyun dezenfeksiyonunun yapılması son derece önemlidir ve İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmeliğine göre yapılmaktadır. İçme-kullanma sularının dezenfeksiyonunda klor ve klorlu bileşikler kullanılır, su deposunda suyun debisine ve basıncına göre ayarlanabilen otomatik klorlama cihazları ile dezenfeksiyon işlemi yapılır, uç noktada yapılacak ölçümlerde serbest klor düzeyinin 0.2-0.5 mg/L olması sağlanır. Deprem ve sel gibi olağanüstü durumlar ile kaynak, depo ve şebeke sistemi gibi su yapılarında oluşan arızalanmalara bağlı olarak yapılan su kesintilerinde şebekenin en uç noktasında serbest klor düzeyi en fazla 1 mg/L olacak şekilde klorlama (şok klorlama) yapılabilir. İçme-kullanma suyunda dezenfeksiyon etkinliğinin denetlenmesi amacıyla, serbest klor ölçümleri suyun mahallinde her gün yapılır.

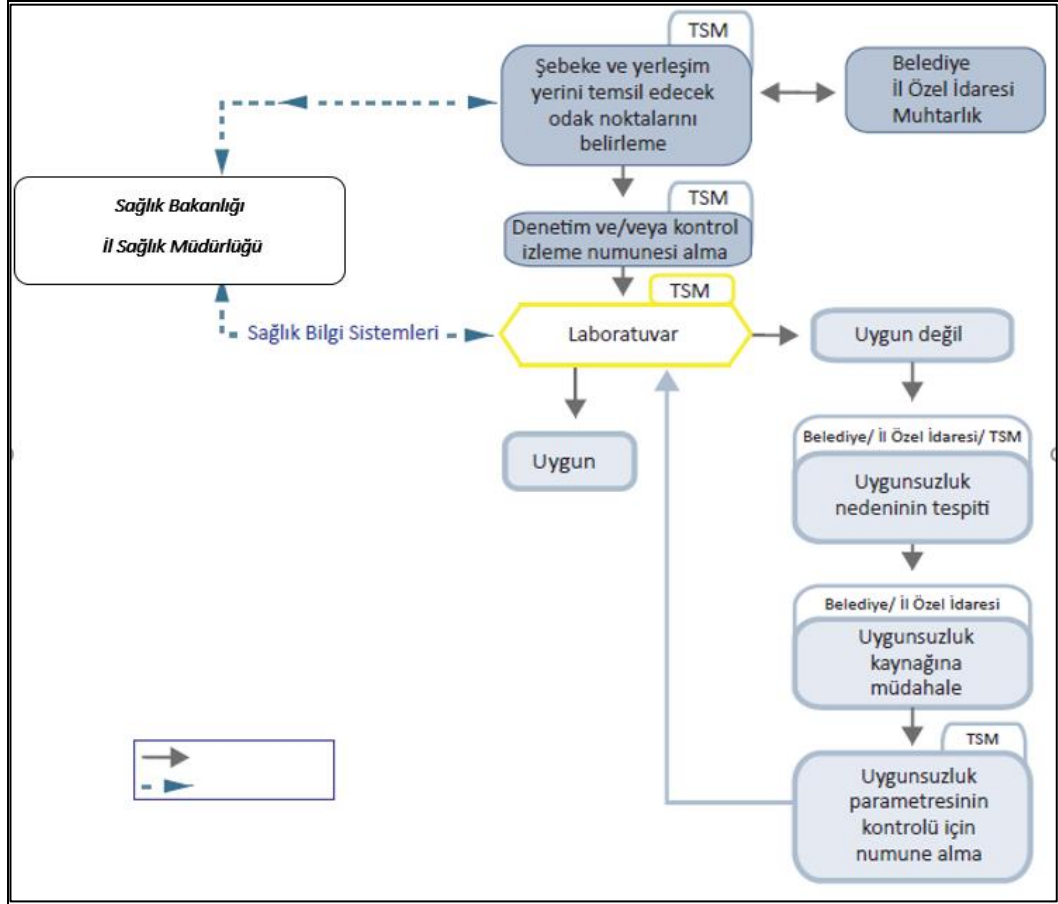
Eğer sadece belirli bir yerde uygunsuzluk tespit ediliyor ve bu uygunsuzluk iç şebeke sisteminden kaynaklanıyor ise, Yönetmelik hükümlerine uyulmuş kabul edilir ve uygunsuzluğun mesken sahibi tarafından giderilmesi sağlanmalıdır. Eğer uygunsuzluk dış şebeke sisteminden kaynaklı ise uygunsuzluğun şebeke sisteminden sorumlu olan mahalli idare tarafından giderilmesi sağlanmalıdır.

10.1.1.2. Uygunsuzluk Nedenleri

İçme kullanma suyu şebeke sisteminde kullanılan malzeme su ile etkileşime girmeyecek ve suyu kalitesini bozmayacak malzemeden yapılır.

Sorumlu olduğu bölgede yer alan şebeke sisteminin kontrolünde aşağıdaki hususların tespiti halinde gerekli önlemlerin alınması için ilgili yerel idareye gereği bilgi için İl Sağlık Müdürlüğüne yazılı olarak bildirimde bulunur;

- Su temin edilen kaynaklar ve kaynağı besleyen havzalarda gerekli koruyucu önlemlerin alınmaması
- Kaynak ve çevresinde kontrolsüz yapılaşmanın oluşması,
- Kaptaj ve depoların çevresel kirleticilere karşı korunmaması, koruma bandı uygulamasının yok/ya da yetersiz oluşu,
- Kaptaj ve depolarda haşere ve kemirgenlere karşı gerekli ve yeterli önlemlerin alınmaması,
- Şebeke sisteminde yer alan tüm ünitelerin su ile temas eden yüzeylerinin mevzuatta belirlenen hükümlere uygun malzemeden yapılmamış olması,
- Şebeke sistemi geçiş hatlarında yer alan çöp alanları, kanalizasyon ve pisu kanallarına karşı yeterli önlem alınmaması,
- Kesintisiz ve etkili su dezenfeksiyonunun yapılmaması,
- Her türlü bakım onarım dolayısıyla yapılacak su kesintilerinde yerel yönetimin bilgilendirme yapmaması,
- Su kesintisinden sonra yerel idare tarafından etkili şebeke dezenfeksiyonu yapılmaması,
- Şebeke yenileme, tamir ve bakım sırasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınmaması ve genel sağlık kurallarına uyulmaması,
- Depoların usulüne uygun malzemeden yapılmaması,
- Depolarda sabit, sürekli çalışan klorlama cihazlarının olmaması
- Depo temizliğinin yılda en az iki defa yapılmaması,
- Depoların teknik ve hijyenik şartlarının uygun olmaması,
- Depo içerisinde uygunsuz malzeme kullanımı.



Uygunsuzluk Yönetimi İş Akış Şeması

10.1.2. Ambalajlı Suların Denetimi

İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik ve Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik uyarınca;

- İzin alınmamış kaynak, mineralli ve içme sularının pazara arzı, satışı ve tüketime sunulması,
- Dere, göl, nehir gibi yüzeysel suların satışı,
- İzinli suların üretim izninde yer alan ticari isminden farklı bir isim altında satışı,
- İzin alınmadan kaynak, mineralli ve içme sularının tank, tanker vb. araçlarla taşınması, depolarda depolanması ve satılması yasaktır.

Yönetmelikte belirtilen esaslara uygun kaynak, mineralli ve içme sularını işletmek isteyenler, Valilikten tesis ve üretim izni almak zorundadır.

Kaynak, mineralli ve içme sularına ait tesisler senede bir defa Bakanlıkça, üçer aylık periyotlarla da İl Sağlık Müdürlüğüne denetlenmektedir. Tüketime sunulan kaynak, mineralli ve içme suları ise denetim izlemesine, kontrol izlemesine ve piyasa kontrolüne tabi tutulmaktadır. Bu izleme ve denetleme işlemlerinde Toplum Sağlığı Merkezi personeline düşen asıl görev piyasa gözetimi ve denetimidir. Piyasaya sunulan kaynak, mineralli ve içme sularından üçer aylık periyotlar halinde numuneler alınarak kontrol izlemesi parametreleri ile arsenik, florür, bromat ve bromoform (mineralli sulara ayrıca alüminyum) parametreleri yönünden analizleri Bakanlıkça yetki verilen laboratuvarlarda yaptırılmaktadır. Numuneler alınırken “Numune Alma Tutanağı” dikkatli bir şekilde doldurulmalı, numune alınan yere şahit numune mühürlenerek bırakılmalıdır. Ayrıca ambalajlı su satış yeri ve nakil araçlarının üçer aylık periyotlarda piyasa gözetimi ve denetimi kapsamında denetlenerek ambalajlı suların açık havada güneş ışınlarına doğrudan maruz kalmadığına, tüpgaz, otopaz, petrol ve petrol ürünleri depolama ve dağıtım yapılan yerlerde; suyun fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik özelliğini olumsuz yönde değiştirebilecek ısı, ışık, toz, duman, yağış gibi olumsuz şartlara açık ortamlarda satışı ve depolanmasının yapılmaması gerektiğine dikkat edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Ambalajlı sular ile ilgili tüm bu iş ve işlemlerin takibi elektronik ortamda yapıldığından ve yapılan işlemlerin etkin ve hızlı yürütülebilmesi açısından Ambalajlı Sular için Coğrafi Bilgi Sisteminin doğru kullanımı büyük önem taşımaktadır.

10.1.3. Kaplıcaların Denetimi

Kaplıcalar Yönetmeliğince Kaplıca; doğal termal su veya termomineralli su ortamlarının halkın hizmetine sunulduğu tesisler olarak tanımlanmaktadır. Kaplıca tesislerini işletmek isteyenler, bahsedilen Yönetmelikte belirtilen esaslara uygun olarak bulunduğu Valilikten önce tesis izni, sonra da işletme izni almak zorundadır.

Bu tesisler senede bir defa Bakanlıkça oluşturulan bir komisyon tarafından denetlenmektedir. Kaplıca suyunun kullanım yerinden alınan numunelerinde mikrobiyolojik kontroller üç ayda bir ilgili TSM'lerce yapılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kaynaktan alınan numunelerde Kaplıcalar Yönetmeliği EK-2'de belirtilen analizler üç yılda bir; kullanım yerinden alınan kimyasal analizler Kaplıcalar Yönetmeliği EK-3'de belirtilen formata uygun olarak her yıl yaptırılmaktadır.

Kaplıcalar ile ilgili tüm bu iş ve işlemlerin takibi elektronik ortamda yapıldığından ve yapılan işlemlerin etkin ve hızlı yürütülebilmesi açısından Kaplıcalar Coğrafi Bilgi Sisteminin doğru kullanımı büyük önem taşımaktadır.

10.1.4. Yüzme Havuzlarının Denetimi

Yüzme Havuzlarının Tabi Olacağı Sağlık Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre yüzme havuzu; yüzme, serinleme, eğlenme veya spor amaçlı kullanılan; tabanı, duvarları, taşma kanalları, rezerv deposu su kalitesini etkilemeyen ve güvenlik gereklerini yerine getiren uygun malzeme ile kaplanan ve bu Yönetmelikte belirtilen niteliklere uygun su ile dolu olan, sürekli bir devridaim akışı olan ve halkın kullanımına açık yapılar olarak tanımlanmaktadır.

Yüzme havuzu suyunun kimyasal, fiziksel ve mikrobiyolojik nitelikleri bahsedilen Yönetmelikte tanımlanmıştır. Havuz sularından TSM personeline ayda bir defa numuneler alınarak analizleri yaptırılmakta, işletmeci tarafından da günde üç defadan haftada bir defaya kadar çeşitli

sıklıklarda analizler (sıcaklık, pH ve klor ölçümü) yapılmaktadır. Denetim esnasında işletmeci yapmış olduğu analizleri ibraz etmekle yükümlüdür.

Numuneler alınırken su akımının en düşük olduğu veya kullanıcıların en yoğun olduğu bölgeden yüzme havuzu kenarının yaklaşık 50 cm uzağından ve su yüzeyinin 20 cm altından alınmasına dikkat edilmelidir.

Yüzme havuzunun açık olduğu süre içerisinde yüzme havuzu suyuna ait sıcaklık, pH, serbest klor değerleri ile suyun mikrobiyolojik özelliklerine ait en son analiz sonuçları kullanıcıların görebileceği bir panoda yazıyla veya elektronik olarak ilan edilmelidir.

Havuz suları ile ilgili tüm bu iş ve işlemlerin takibi elektronik ortamda yapıldığından ve yapılan işlemlerin etkin ve hızlı yürütülebilmesi açısından Havuz Suyu Coğrafi Bilgi Sisteminin doğru kullanımı büyük önem taşımaktadır.

10.1.5. Yüzme Sularının Denetimi

Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmeliğin amacı, insan sağlığını ve çevreyi korumak üzere, yüzme ve rekreasyon amaçlı kullanılan suların kalitesini belirlemek ve bu suların başta mikrobiyolojik olmak üzere her türlü kirletici ile kirlenmesinin engellenmesini sağlamaktır. Bu kapsamda Bakanlığımız yüzme suyu kalitesini izlemek, analiz sonuçlarını değerlendirmek ve yüzme suyu kalite sınıflarını belirlemekten sorumludur.

Toplum sağlığının korunması ve yüzme suyundaki kirleticilere karşı maruziyetin önlenmesi için İl Sağlık Müdürlükleri tarafından denize ve göle kıyısı olan 35 ilimizde yüzme sezonu boyunca deniz suyu kalitesi bakteriyolojik açıdan izlenmektedir.

Deniz suyu izlemi yapılan iller;

Adana, Artvin, Aydın, Antalya, Balıkesir, Bartın, Bitlis, Burdur, Bursa, Çanakkale, Düzce, Edirne, Elâzığ, Giresun, Hatay, Isparta, İstanbul, İzmir, Kastamonu, Kırklareli, Kocaeli, Konya, Mersin, Muğla, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, Sinop, Tekirdağ, Trabzon, Tunceli, Van, Yalova ve Zonguldak.

Bölgelere göre yüzme sezonu;

Karadeniz Bölgesi: 15 Haziran- 15 Eylül

Marmara Bölgesi: 15 Haziran- 15 Eylül

İç Sular: 15 Haziran- 15 Eylül

Ege Bölgesi: 1 Haziran- 30 Eylül

Akdeniz Bölgesi: 1 Mayıs- 30 Ekim

İl Sağlık Müdürlükleri tarafından belirlenen takvime göre yüzme sezonu boyunca yüzme alanlarından 15 günde bir su numuneleri alınmakta ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarında bakteriyolojik analizleri yapılmaktadır.

Analiz sonuçları, yüzenlerin maruz kaldıkları risk seviyesinin değerlendirilmesi, kirliliğin tespiti ve alınacak önlemlerin belirlenmesi için son derece önemli bir göstergedir.

Sezon içinde yapılan izlemelerde zorunlu değerleri sağlamayan yüzme alanı, öncelikle kirlilik kaynağının tespiti ve kirliliğin önlenmesi için Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığına bildirilmekte, gerekli tedbirlerin alınması için ilgili Belediye uyarılmakta ve gerekli görülmesi halinde yüzme alanı halkın kullanımına kapatılmaktadır.

Yüzme suları ile ilgili tüm bu iş ve işlemler Yüzme Suyu Coğrafi Bilgi Sistemine işlenerek sezon boyunca numune sonuçlarının takibi elektronik ortamda yapılmaktadır. Sezon sonunda yüzme alanları yüzme suyunun kalitesine göre sınıflandırılmaktadır.

Bakanlığımız bünyesinde <https://yuzme.saglik.gov.tr/> web adresinden Mavi Bayraklı plajlar, yüzme alanına ait bilgiler, yıllara göre kalite sınıflandırması, yüzme suyu analiz sonuçları, plaj fotoğrafları, plaj ve su zemin yapısı, tahmini su derinliği, çevresindeki sağlık tesisleri, plaja ulaşım, temel ihtiyaçlar ile engelli kullanımına uygunluk gibi birçok bilgi halkımız ile paylaşılmaktadır.



Halk Açık Yüzme Suyu Takip Sistemi

10.1.6. Biyosidal Ürünler İle İlgili İşlemler

Biyosidal Ürünler Yönetmeliğine göre; Sadece fiziksel ya da mekanik etkilerle değil, diğer başka yollarla herhangi bir zararlı organizmayı yok etme, uzaklaştırma, zararsız hale getirme ya da zararlı organizmanın etkisini önleme, üzerinde kontrol edici bir etki oluşturma amacıyla kullanılacak ve kullanıcıya sunulduğu haliyle bir ya da daha fazla aktif madde içeren, barındıran ya da bunların bileşiminden oluşturulan herhangi bir madde ya da karışımı veya madde ya da karışımlardan yerinde üretilen herhangi bir madde ya da karışımı veya ana işlevi biyosidal olan işlenmiş eşyayı, Biyosidal Ürün olarak adlandırılmaktadır.

Biyosidal Ürünler Yönetmeliği kapsamında 23 ürün tipinden 19 ürün tipine Genel Müdürlüğümüzce izin verilmektedir. Biyosidal ürün imal ya da ithal etmek isteyen gerçek veya tüzel kişilerin Genel Müdürlüğümüze ön başvuruda bulunmaları gerekmektedir. Ön başvurusu uygun görülen ürünler için; İl Sağlık Müdürlüğü yetkili personeline üretim izinlerinde üretim yerinden, ithal izinlerinde ürünün çekileceği Gümrük Müdürlüğü'nün bulunduğu ilin İl Sağlık Müdürlüğü yetkili personeli tarafından; analiz sertifikası ve etiket örneği ile birlikte mühürlü numuneler alınmaktadır. Ruhsata esas numunelerin Genel Müdürlüğümüzce biyosidal ürün analizine yetkilendirilen laboratuvarlardan birinde analiz ettirilmesi gerekmektedir. Analiz parametrelerinin uygun bulunması halinde ve gerekli bilgi ve belgeleri içeren dosya muhteviyatının değerlendirilmesi neticesinde biyosidal ürün ruhsatnamesi düzenlenir.

Piyasaya arz edilen biyosidal ürünler aktif madde içermeyen biyosidal ürünleri ile biyosidal ürünle işlenmiş eşyaların denetimleri, biyosidal ürünlere ilişkin olarak Yönetmeliği'nin 49 uncu ve devamı maddeleri, aktif madde içermeyen biyosidal ürünler ve biyosidal ürünle işlenmiş eşyalara ilişkin ise Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre yapılmaktadır. Yapılan denetimlerin takibi elektronik ortamda Çevre Sağlığı Bilgi Sistemi (ÇEVSİS) üzerinden gerçekleştirilmektedir. Piyasa gözetimi ve denetiminde uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda 7223 sayılı Kanun hükümleri gereğince ürünün üreticisi, ithalatçısı veya üreticinin tespitine yönelik fatura bilgi ve belge vermeyen dağıtıcıya idari para cezası uygulanarak; ürünün toplatılması, piyasaya arzının yasaklanması, uygunsuzluğun giderilmesi, uygunsuzluğu giderilemeyecek ürünlerin ise imhası istenilmektedir. Güvensizliğinden şüphelenilen ürünlerden ise numune alınarak ilgili laboratuvarlarda analizleri yaptırılmaktadır. Analizler sonucunda güvensizliği tespit edilen ürünler hakkında yine idari para cezası, ürünlerin toplatılması, piyasaya arzının yasaklanması ve imhası gibi yaptırımlar uygulanmaktadır. Ayrıca yapılan işlemlerin takibi de tarafımızca sağlanmaktadır.

Etiket örneğinde kullanıcı kategorisi uzman personel olarak belirtilen ürünlerin saha uygulamalarının Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik kapsamında uzman personel tarafından yapılması zorunludur. Bu ürünler genelde, 3. Ana Grupta yer alan haşere kontrolü için kullanılan, risk, güvenlik ve tehlike sembolleri açısından tehlike arz eden ürünlerdir. Uygulamalar Yönetmelik kapsamında Biyosidal Ürün Uygulama İzin Belgesi alan gerçek ve tüzel

kişiler ile Kurum/ Kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Bu iznin verilebilmesi için mesul müdür eğitimine katılarak sertifika almış mesul müdür ve uygulayıcı eğitimine katılarak sertifika almış en az bir uygulayıcıdan oluşan ekibin olması gerekmektedir. Ayrıca ilgili Yönetmelikte belirtilen gerekli olan bilgi belgelerle birlikte uygulamaya yönelik cihazların da olması gerekmektedir. Uygulamalar Biyosidal Ürün Takip Sistemi Üzerinden (BÜTS) takip edilmektedir.

10.1.7. Diğer Hususlar

- Gayrisihhi Müesseselerin (GSM) izin, ruhsat ve denetimleri ile ilgili iş ve işlemler, 10.08.2005 tarihli ve 25902 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan *İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmeliğinin* 4’üncü maddesinde belirtilen “Yetkili İdare” tarafından yürütülmektedir. Yetkili İdare tarafından oluşturulan İnceleme Kuruluna İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri davet edilmeleri durumunda İnceleme Kuruluna katılım sağlayarak, 1. sınıf GSM’lerin çevre ve toplum sağlığına yapacağı her türlü atık, emisyon, koku, gürültü, titreşim, elektromanyetik dalga, iyonize radyasyon gibi kirletici etkileri dikkate alınarak Bakanlığımızca yayımlanan 17.02.2011 tarihli ve 6359 sayılı *Çevre ve Toplum Sağlığını Olumsuz Etkileyebilecek Gayrisihhi Müesseselerin Etrafında Bırakılacak Sağlık Koruma Bandı Mesafesi Belirlenmesi Hakkında Yönerge* kapsamında tesisin mülkiyet sınırı içerisinde bırakılacak sağlık koruma bandı mesafeleri belirlenerek İnceleme Kuruluna önerilmektedir.
- Organize Sanayi Bölgeleri (OSB) ve Endüstri Bölgeleri (EB) nin yer seçimi toplantılarına katılım sağlanarak OSB ve EB’lerin etrafında bırakılması gereken sağlık koruma bandı mesafeleri belirlenmektedir.
- Bölgesinde bulunan mezarlık yer seçimi, ölü defin ve nakil işlemleri 19.01.2010 tarihli ve 27467 sayılı *Mezarlık Yerlerinin İnşası İle Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik* hükümleri doğrultusunda yürütülmektedir.
- Toplum Sağlığı Merkezlerine intikal eden, çevre ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen her türlü atıklarla ilgili (çöplük, gübrelik vb.) vatandaş şikayetleri ilgili kurumlarla koordinasyon içerisinde yürütülür.
- *Karbonmonoksit Zehirlenmelerinin Önlenmesi Programı ve Eylem Planı ile İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı* kapsamında; çevresel risk faktörlerinin olumsuz sağlık etkilerinin azaltılması konusunda (karbonmonoksit zehirlenmeleri, iklim değişikliği ve elektromanyetik alanlar ve etkileri vb.) halkın farkındalığını artırmak için toplantı, afiş, broşür, seminer, organizasyon vb. konularda eğitimler yapılarak İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM XI SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

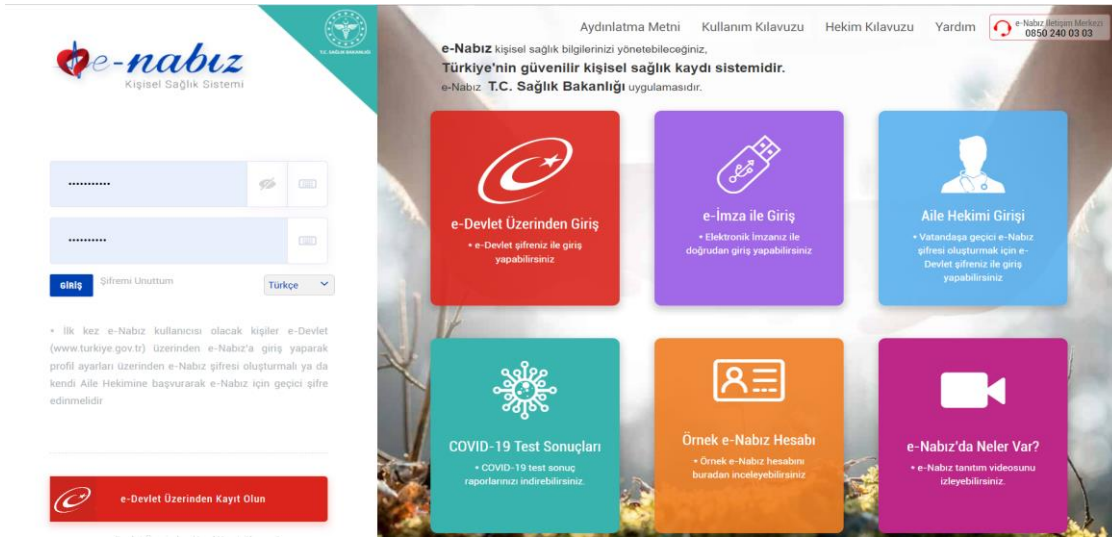
11.1. TANIMLAR

11.1.1. e-Nabız Sistemi

Sağlık tesisleri tarafından kayıt altına alınan sağlık verilerinin; Bakanlık tarafından raporlanması, değerlendirilmesi ve karar destek sistemleri kullanılarak sağlık politikaları oluşturulması amacıyla belirli standartlar çerçevesinde toplanması için tasarlanan sistemdir. Sistem, vatandaşların kendi sağlık verilerine bilişim teknolojileri aracılığıyla erişebilmelerini sağlamaktadır. Aynı zamanda vatandaş tarafından belirlenmiş paylaşım sınırları dahilinde sağlık verilerine yetkili sağlık profesyonelleri (hekimler) tarafından da erişilebilmektedir.

e-Nabız Sisteminde elektronik olarak toplanan sağlık kayıtları Karar Destek Platformları (SİNA, MİZ gibi) üzerinde kişisel verilerden arındırılmış olarak yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilmektedir. Böylece e-Nabız Sistemi Bakanlığımızın sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynamakta; hastane, hekim ve hizmet bazlı değerlendirme yapılmasına da imkân sunmaktadır. Sağlık kayıtlarının vatandaşların belirlemiş olduğu sınırlar dahilinde hekimler tarafından görüntülenmesi sayesinde tekrarlayan sağlık harcamaları azalmakta, kişiye özgü sağlık geçmişinin hekimler tarafından erişilebilir olmasıyla da tedavi hızı ve hizmet kalitesi artmaktadır. Sağlık hizmetlerini güncel olarak değerlendirerek sağlık yatırımlarının daha net belirlenebilmesine katkı sağlamakta ve böylece sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet artış göstermektedir.

Vatandaşlar kendi sağlık verilerine <https://enabiz.gov.tr> adresi üzerinden ve mobil uygulama aracılığıyla erişebilmektedir.



2015 yılında e-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi alt yapısı tüm sağlık kuruluşlarından elektronik ortamda veri toplamak üzere devreye alınmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından 01.09.2015 tarihinde veri gönderimine başlanmış olup aynı süreç 2017 yılı itibariyle 1. Basamak sağlık kuruluşlarında da gerçekleştirilmiştir.

Bu hizmetin kullanıcıları; vatandaşlar, hekimler, sağlık politikaları oluşturan Bakanlık yöneticileri, sağlık hizmetlerinin takibi ve devamlılığını sağlayan idari personel ve sağlık hizmet sunucularıdır.

e-Nabız Sistemi ile diğer kurum ve kuruluşlar ile olan entegrasyonlardan bazıları ise aşağıdaki gibidir.

- Adalet Bakanlığı Web Servis Entegrasyonu
- HSBS (Halk Sağlığı Bilgi Sistemi) Web Servis Entegrasyonu
- Emniyet Genel Müdürlüğü Web Entegrasyonu
- e-Devlet Entegrasyonu

e-Nabız'a veri gönderim işlemi:

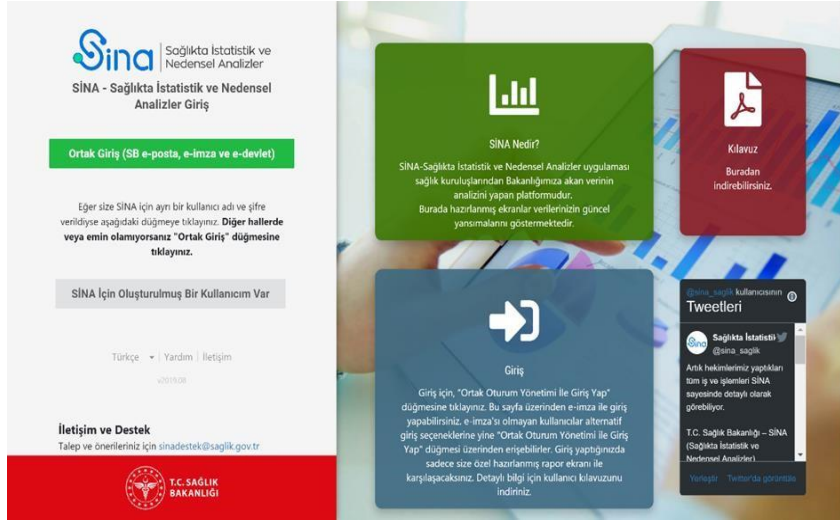
- Kişi sağlık tesisine gider,
- Muayene sırasında ya da sonrasında yapılan işlemler sağlık tesisinde elektronik olarak kayıt altına alınır.
- e-Nabız Sistemine gönderilmesi gereken sağlık verileri, veri gönderim paketlerindeki bilgilere göre hazırlanır.
- Veri paketlerindeki bilgilere göre oluşturulan sağlık kayıtları sistemine aile hekimleri tarafından AHBS uygulaması aracılığıyla, hastaneler tarafından HBYS uygulaması aracılığıyla, TSM ve bağlı kuruluşlarında HSYS modülleri aracılığıyla e-Nabız sunucularına elektronik olarak gönderilir.
- Veri e-Nabız'a ulaştığında "Kimlik doğrulama" ve belirlenmiş iş kuralları sonrasında gerekli doğrulama işlemlerinden sonra e-Nabız Sistemine kaydedilir.

11.1.2. e-Nabız Yönetim Web (Yönetim Paneli)

Aile hekimliği, hastane, muayenehane, laboratuvar ve diğer sağlık kuruluşlarına ilişkin operasyonel süreçlerin yürütülmesi için bakanlık merkez ve taşra teşkilatında görevli yetkili personeller tarafından kullanılan bir uygulamadır

11.1.3. Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Platformu

Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Platformu; kurum kaynaklarının daha etkin yönetilmesi, merkez ve taşra teşkilatı kullanıcılarının etkin ve hızlı karar alma yetisinin artırılması amacıyla geliştirilen Sağlık Bakanlığına ait yerli karar destek sistemi platformudur. SİNA, sağlık kuruluşlarından Sağlık Bakanlığına gelen verinin analizini yapan ve sağlık hizmet sunucularından Sağlık Bakanlığına iletilen sağlık verilerinin tüm detaylarıyla raporlanmasına imkân sağlayan platformdur. Yerli iş zekâsı platformu olma özelliği ile SİNA, tüm sağlık hizmet sunucularına ait dijital kayıtların canlı olarak izlenmesine ve raporlanmasına olanak tanımaktadır. Hem merkez yönetim hem de il, ilçe ve hastane yöneticileri ve hekimler tarafından kullanılan SİNA, ülke genelinde hızla yaygınlaşmaya devam etmektedir. Bakanlığa ait HSYS, e-Nabız, ÇKYS, ASOS, eRapor, Teleradyoloji, MHRS, Neyim Var gibi çok farklı sistem ve uygulamaların verilerinde istatistik ve raporlar üreterek her kademe yöneticilere karar desteği sağlamaktadır.



SİNA Platformu Giriş Ekran Görüntüsü (<https://sina.saglik.gov.tr>)

11.1.4. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Doküman Online

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü tüm sağlık kuruluşlarının sağlık verilerini hangi standartlarda ve nasıl göndereceklerini tanımlayan bir sözlüktür. Sözlük geliştirilirken ISO/IEC 11179-4 (Bilgi Teknolojisi-Veri Elemanlarının Özellikleri ve Standardizasyonu- Bölüm 4: Veri Tanımlarının Formülasyonuna Ait Kurallar ve Kılavuzlar) standardından faydalanılmıştır.

USVS ile tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından toplanması gereken elektronik sağlık kayıtlarının içeriğini belirlemek ve ayrıca birimlerin ihtiyaç duyduğu verilerde en üst düzeyde fayda sağlayabilecekleri sağlam, sistematik bir yapı oluşturmak amaçlanmıştır.

USVS'nin ilk sürümü, 2007 yılında oluşturulmuştur. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü' nün 1.1 sürümü, Sağlık Veri Standartları Geliştirme Komisyonu tarafından hazırlanmış ve 2008 yılının Ocak ayında sağlık alanında tüm paydaşların kullanımına sunulmuştur. USVS 2.0 versiyonu 14 Mart 2012 tarihinde yayınlanmıştır. USVS 1.1 versiyonunda yer alan veriler kamu ve özel 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında toplanırken USVS 2.0, aile hekimliğini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. İhtiyaçlar doğrultusunda 2014 yılında USVS 2.2 yayımlanmıştır. 2018 yılında Veri Sözlüğü 3.0 oluşturulmuştur. Tüm veri sözlüklerine <https://verisozlugu.saglik.gov.tr/> üzerinden erişilebilmektedir.

e-Nabız Sistemi'ne geçilmesi ile birlikte sağlık tesislerinden e-Nabız Sistemi'ne gönderilen verilerin gönderim kurallarını içeren bilgilere <https://sys.sagliknet.saglik.gov.tr/dokumanonline> üzerinden erişim sağlanabilmektedir.

11.1.5. Sağlık Kodları Referans Sunucusu (SKRS)

SKRS; Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri'nde kullanılan kodlama ve sınıflandırma standartlarının yer aldığı bir referans sunucusu olup sağlık alanında kullanılan verileri kodlanabilir bir yapıda kullanıcıya sunmakta ve veri iletiminde ortak bir dil kullanılmasını sağlamaktadır.

SKRS ile sağlık bilgi sistemi standartlarını ve kodlama sistemlerini bir araya getirmek, bunları açık teknolojilerle (XML web servisleriyle) paylaşmak ve gerektiğinde kolay güncelleme imkânı sağlamak amaçlanmaktadır.

SKRS'ye <https://skrs.saglik.gov.tr/> üzerinden erişim sağlanabilmektedir.



SKRS Ana Sayfa

AŞI KODU	KODU	DURUM	UYGULANMA TARİHİ	GÜNCELLENME TARİHİ	FİYATLIYORU TARİHİ
A	001	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
B	002	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
C	003	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
D	004	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
E	005	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
F	006	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
G	007	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
H	008	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
I	009	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
J	010	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
K	011	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
L	012	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
M	013	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
N	014	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
O	015	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
P	016	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
Q	017	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
R	018	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
S	019	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
T	020	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
U	021	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
V	022	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
Y	023	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	
Z	024	AKTİF	12.11.2015	12.11.2015	

SKRS Aşı Kodu Tablosu

11.1.6. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık verisinin oluşturulması, oluşturulmuş sağlık verilerinin e-Nabız Sistemi veri tabanına gönderimini sağlayan uygulamalardır.

Hastanelerde, sunulan tüm hizmetleri kayıt altına almak ve hem e-Nabız'a hem de MEDULA'ya veri göndermek için kullanılan yazılımlardır. Veri standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte olup yazılımlar piyasa koşullarında geliştirilmektedir.

HBYS; içerisinde laboratuvar, radyoloji gibi tetkik birimlerinde gerçekleştirilen tüm operasyonlardan, ameliyathane, hastane eczanesi, sicil veya insan kaynakları birimlerine varıncaya kadar farklı uzmanlıklar üzerine çalışan birçok modülün bir araya gelerek oluşturduğu yazılım grubudur. HBYS yazılımlarında gerçekleştirilen tetkik, cerrahi operasyon ve görüntüleme işlemlerinde kullanılan tıbbi cihazlar ile bütünleşik olarak yani tıbbi standart dil formatında da haberleşerek bilgi alışverişinde bulunabilir.

11.1.7. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Aile Hekimliği uygulaması kapsamında görev yapacak aile hekimi ve sağlık personelimizin kullanımı için hazırlanmış tüm sağlık verilerinin e-Nabız Sistemi veri tabanına gönderimini sağlayan uygulamalardır. Aile hekimleri, günlük pratiklerinde pek çok bilişim teknolojisini ve

sistemini bir arada kullanmak durumundadır. e-sağlık uygulamaları kapsamında birinci basamakta aile hekimleri tarafından Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) programları kullanılmaktadır.

Aile hekimleri AHBS aracılığı ile MERNİS (Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi), Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT), Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemleri (LBYS) vb. sistemlere erişebilmektedirler.

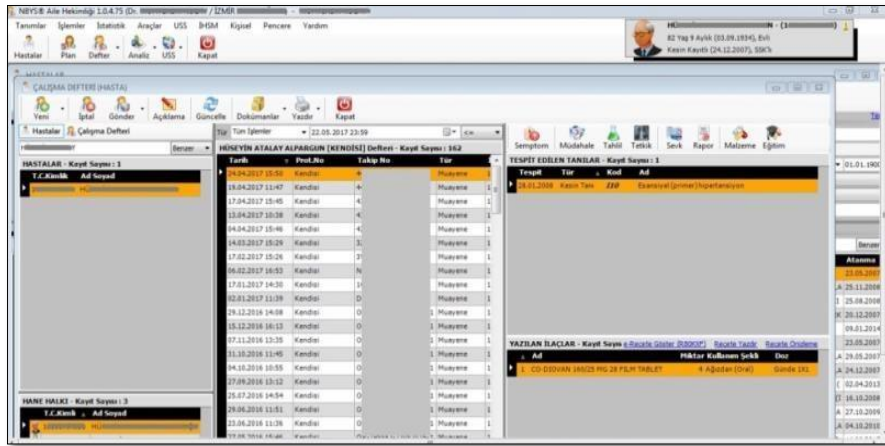
AHBS ile;

1. Vatandaşlarımızın, T.C. kimlik numaraları esas olarak aile hekimlerine kayıt edilmesi,
2. Aile hekimliği uygulamasının mevzuatına uygun olarak, vatandaşlarımızın sağlık bilgilerinin ve aile hekimlerinden aldıkları sağlık hizmetinin elektronik ortamda kayıt altına alınması,
3. Kayıt altına alınan bilgilerin, Bakanlık merkez teşkilatında yer alan e-Nabız Sistemine Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) olarak aktarılması,
4. ESK'daki bilgilerin, yetkiler dâhilinde ve gerektiğinde ilgili hekim tarafından erişilebilmesi,
5. Aile hekimine verilen sağlık hizmetine dair raporlama desteğinin sağlanması hizmetleri sunulmaktadır.

AHBS'de aile hekimleri;

- a. Kendilerine kayıtlı kişilerle (ya da misafir hastalarla) ilgili;
 - i. Demografik bilgiler
 - ii. Her türlü sağlık hizmeti
 - a) İzlemler
 - b) Aşılar
 - c) Muayeneler
 - d) ...
 - iii. Gezici hizmetler

Sağlık verilerini oluşturup gerekli web servisleri ve iş kuralları ile e-Nabız Sistemine aktarabilmekte ve standart ve isteğe bağlı raporlar, kayıtlı kişi listeleri, özelleştirilmiş raporlar ve listelere erişebilmektedirler.



AHBS ekran görüntüsü

11.1.8. Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)

Mevcut Durum

Bakanlığımızın ihtiyaç duyduğu bazı uygulamaların bütünleşik bir yapıda kurgulanması, kaliteli veri toplanması, toplanan verilerin analizinin yapılması, raporlanması, tüm süreçlerin uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi ve tek merkezden yönetilebilir olması amacıyla bir web uygulama geliştirme Framework'ünün (Framework-1) geliştirilmesi tamamlanmış, yazılım geliştirme teknolojilerinin gelişimine bağlı olarak Framework-1 revize edilerek Framework-2 geliştirilmiş, ihtiyaç duyulan yeni uygulamaların geliştirilmesi Framework-2 üzerinden yapılmaya başlanmıştır. Framework-1 üzerinde 33 uygulama, Framework-2 üzerinde 11 uygulama olmak üzere toplamda 44 aktif uygulama geliştirilmiştir. Uygulamaların tamamına yakını Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkmıştır. Hizmet vermekte olan tüm uygulamalar için hazırlanmış kullanıcı kılavuzları bulunmaktadır.

Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) aşığıda belirtilen ana modül ve bunların alt modüllerinden oluşmaktadır;

- Muayene Bilgi Yönetim Sistemi
 - Birinci versiyon HSYS-MBYS
 - İkinci versiyon Aile Hekimliği-MBYS
- Kanser Modülleri
 - Kanser Taramaları
 - Kanser Farkındalık Uygulaması
 - Kanser Randevu Sistemi
 - Kanser Teşhis Merkezleri Yazılımı
- Evde Sağlık Hizmetleri
- Misafir Anne
- Influenza Surveyans
- Tüberküloz Modülleri
 - Ulusal Tüberküloz Sistemi
 - Tüberküloz Mobil Tarama
 - Tüberküloz Laboratuvar Sürveyansı (TULSA)
- Sosyal Yardım
- Kullanıcı ve Rol Yönetimi
- Koruyucu Ağız Diş Sağlığı
- Diş Muayene
- Okul Sağlığı
- Beslenme ve Fiziksel Aktivite
- Sağlıklı Hayat Merkezi Uygulamaları
 - SHM Danışan Kayıt
 - SHM- Psikososyal Destek
 - Enjeksiyon ve Tıbbi Müdahale
 - SHM-Fizyoterapi Hizmetleri Sistemi
 - Alkol ve Madde Bağımlılığı, Tedavi, Danışmanlık ve İzlem Sistemi
- Fiziksel Aktivite Takip Modülü
- Hekim Cetveli
- İşitme Tarama Programı
- İyi Laboratuvar Uygulamaları Sistemi
- Hekim İletişim
- Geleneksel ve Tamalayıcı Tıp (GETAT)
- Klor Cihazı Takip
- Ambalajlı Su Cezaları
- Bağışıklama/Pandemik Uygulamalar
 - Vaka Takip Modülü

- COVID-19 Takip Merkezi
- COVID-19 Faz3 Çalışma Modülü
- Genişletilmiş Bağışıklama
- Dönemsel Menenjit Aşılama
- Pandemi/Salgın Aşılama
- Aşı Sonrası İstenmeyen Etki ASİE
- HIV/AIDS Bilgi Sistemi
- Neonatal Tarama Programı (NTP)
- Hızlı Veri Toplama Sistemi
- Sürücü Davranışlarını Geliştirme (SÜDGE)
- Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS)
- Gezici İSG Hizmetleri
- Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyal Hastalıklar Sürveyansı (Toplum Temelli Aktif Sürveyans)
- Hastane Enfeksiyonları (Inflin) Uygulaması
- İzleme ve Değerlendirme Formları
- Merkezi Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS)
- Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)

Mevcut Modüller

11.1.8.1. Muayene Bilgi Yönetim Sistemi

Birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde vatandaşlara ait muayene, reçete, tahlil, tetkik, tedavi, gebe-lohusa izlem, aşı, sağlık raporları vs. sağlık verilerinin elektronik ortamda sağlık personeli tarafından kayıt altına alınması amacıyla geliştirilmiştir. İl ve İlçe SM, TSM Hekimleri, Göçmen Sağlığı Merkezi Hekimleri, Yetkilendirilmiş Aile Hekimleri, Özel Muayenehane Hekimleri, Ceza İnfaz Kurumu Hekimleri vb. kullanıcılar sistemi aktif olarak kullanmaktadır. Temelde 2 farklı versiyonu bulunmaktadır.

Birinci versiyon HSYS-MBYS

İlçe SM, TSM, özel muayenehane, kurum hekimleri tarafından ve göçmen sağlığı merkezlerinde Suriyeli hekimler tarafından aktif olarak kullanılmakta ve HSYS içerisinde modül olarak hizmet vermektedir

İkinci versiyon Aile Hekimliği-MBYS

Aile hekimliği ihtiyaçlarına göre uyarlanmış, performans ve e-nabız odaklı geliştirilmiş olup MBYS domaininde (mbys.saglik.gov.tr) hizmet vermektedir.

11.1.8.2. Kanser Modülleri

Kanser Taramaları

Belirli yaş ve cinsiyetteki kişilerin meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarının yapıldığı sistemdir. 40-69 yaş aralığındaki daha önce 'C50' ve 'D05' ICD10 kodlu kanser tanısı almamış olan kadınlar her 2 yılda bir meme kanseri taramasına, 30-65 yaş aralığındaki daha önce 'C53' ve 'D06' ICD10 kodlu kanser tanısı almamış olan kadınlar her 5 yılda bir serviks kanseri taramasına, 50-70 yaş aralığındaki daha önce 'C18', 'C19', 'C20' ve 'D01' ICD10 kodlu kanser tanısı almamış olan kadın ve erkekler her 2 yılda bir kolorektal kanser taramasına alınır. Ailesinde kolorektal kanser tanısı olan kişiler ise 40 yaşından itibaren kolorektal kanser taramasına alınabilir.

TSM, İLÇE SM, SHM, KETEM ve Mobil KETEM'lerle yürütülen kanser tarama programları kapsamında hedef nüfusu oluşturan tüm bireylerin taranması ve erken teşhis ile kanser vakalarının önüne geçilmesi, HPV istemleri yapılarak HPV sonuçlarının alınması, mamografi taramaları yapılarak mamografi sonuçlarının alınması, kanser taramalarının elektronik ortamda kayıt altına alınması, ülke genelinde tarama verilerinin raporlanabilmesi amacıyla geliştirilmiştir.

Mevcut Entegrasyonlar: Sina, e-Nabız, MMTARAMA, HPV LAB

Kanser Farkındalık Uygulaması

Kanserde farkındalık çalışması kapsamında halka açık web uygulaması, KETEM 'ler tarafından gerçekleştirilen kanser taramaları kapsamında, taramalara katılımı arttırmak bu konuda bir farkındalık yaratmak amacı ile "https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa" üzerinden ve sosyal medya, tanıtım, broşür vb. yöntemler ile halka duyurulacak bir web sayfası üzerinden yapılacak sorgulama ile kişinin yaptırması gereken tarama önerilerinin gösterilmesi ve en yakın tarama merkezinin önerilmesi hedeflenmektedir.

Bu uygulama ile internet kullanıcısı olan tüm vatandaşların, paylaşılan bir web sayfası adresi üzerinden tarama bilgilendirme sayfasına erişim sağlayıp, bu web sayfasında kişisel bilgi paylaşmadan yaptırabileceği tarama bilgilerine ulaşabilmesi, en yakın tarama merkezi bilgilerine bir harita üzerinden ulaşabilmesi amaçlanmaktadır. En yakın tarama merkezi harita üzerinde gösterilmektedir. Son kullanıcıya çoklu seçenek sunabilmek için; Google, Atlas, MİZ (Mekânsal İş Zekâsı) harita altlıkları kullanılmıştır. Harita üzerinde interaktif işlemleri yapabilmek için LeafLet Kütüphanesi kullanılmıştır. Yapılan sorgulamalar ve sistemin önerileri istatistik verisi olarak HSYS Kanser istatistikleri kısmında gösterilmektedir.

Kanser Randevu Sistemi

Aile Hekimleri tarafından randevusu veya ret bilgisi oluşturulan vatandaşların, çağrı merkezi personelleri tarafından aranarak kanser tarama eğitimi ve randevusunun verildiği, bilgisinin kayıt altına alındığı sistemdir.

Mevcut Entegrasyonlar: AHBS

Kanser Teşhis Merkezleri Yazılımı

SHM, TSM ve Ketem üzerinden tarama sonuçları pozitif ve bir birime sevk edilmiş hastaların teşhis merkezlerinde tedavisinin kontrolü, kullanıcıların süreçlerini yönetirken elde edilen verilerden istifade etmelerinin yanı sıra topluca elde edilecek veriler ile istatistiki verilerin oluşturulması amaçlanmaktadır. Sistem üzerinden aşağıdaki işlemleri gerçekleştirilmektedir:

- SHM, TSM ve Ketem üzerinden tarama sonuçları pozitif olan hastaların kanser tetkiklerini takip etmek ve yönlendirilen olgulara hizmet vermek,
- Teşhis merkezlerine yönlendirilen hastaları değerlendirmek ve gerekli işlemleri yürütmek,
- Hastanın işlem değerlendirmesini yapmak ve izlemek, riskli olguların sevkini ve takibini yapmak,
- Kanser Erken Teşhis Hizmeti Sistemi ile manuel yürütülen süreçleri tek çatı altında toplamak ve otomatize etmek

Kanser tarama modülü üzerinden SHM, TSM ve Ketem'lerde yapılan ve tarama sonuçları pozitif ve sevk edilmiş hastaların verileri teşhis merkezlerinde görünecektir.

Mevcut Entegrasyonlar: Sina, Teletıp

11.1.8.3. Evde Sağlık Yönetim Sistemi

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı hastaneler, ağız dış sağlığı merkezleri, koordinasyon merkezleri ve Evde Sağlık çağrı merkezi kullanıcıları tarafından kullanılmaktadır.

Bakıma muhtaç hastaların kendisi ya da yakınları tarafından çağrı merkezi vasıtasıyla başvurusu alınır. Hizmet alacağı ilin koordinasyon merkezine kayıt düşer. Koordinasyon merkezi hasta ile iletişime geçer ve duruma göre başvuruyu onaylar ve uygun gördüğü hastaneye hizmet emri ataması yapar. Hizmet emri hastane koordinatörü önüne düşer. Hastane koordinatörü kendisine gelen hizmet emrini; hastanesinde bulunan uygun evde sağlık ekibine atayarak, bu ekibin hastaya vereceği sağlık hizmetini takip eder. Evde sağlık ekibi hasta ziyaretinde sisteme izlem girişlerini yapar ve bir sonraki izlem tarihini belirler. Sistemde tanımlı Koordinasyon Merkezi Koordinatörü sistemdeki tüm süreçleri izler ve yerine getirilmeyen başvuru takibi ve hizmet emirleri e-posta ile bu kişiye bildirilir.

11.1.8.4. Misafir Anne

İl Sağlık Müdürlükleri tarafından belirlenen şefkat bölgelerinde (ulaşımın zor olduğu) ikamet eden ve gebeliğin son 4 haftasındaki gebelerin nakil, takip ve tedavi süreçlerinin takip edilmesini sağlayan uygulamadır.

11.1.8.5. Influenza Surveyans

Sistem, yurt içinde gönüllü ve/veya anlaşmalı aile hekimi, hastane surveyans sorumlusu, hastane hekimleri tarafından haftalık influenza ve benzeri hastalık sayılarının bildirimini yapılması ve bakanlık yetkili kullanıcıları tarafından değerlendirmelerinin yapılarak istatistik verileri elde edilmesi amacı ile kullanılmaktadır.

Yine yukarıda tarif edilen kullanıcı portföyü tarafından influenza ve benzeri hastalık şüphesi ile numune alınan, ayakta tedavi gören veya yatarak tedavi gören hastaların numunelerinin, bir vaka kaydı oluşturularak referans laboratuvarlarına ulaştırılması, burada çalışılan numunelerinin sonuçlarının LBYS entegrasyonu ile tekrar Influenza Surveyans Sistemine aktarılması sağlanmaktadır.

Tüm bu süreçlerde toplum sağlığı merkezi, il sağlık müdürlüğü ve bakanlık kontrol ve onay mekanizmaları da ayrıca işletilmektedir.

Tüm bu süreçlerin bir hiyerarşi ile yürütülmesi ve sonuçlarından istatistik verilerinin elde edilmesi Influenza Surveyans Sistemi ile gerçekleştirilmektedir.

Mevcut Entegrasyonlar: LBYS

11.1.8.6. Tüberküloz Modülleri

Ulusal Tüberküloz Sistemi

Tüberküloz hastalarının HSYS üzerinden izlenebilmesi, bireylerin maruz kaldıkları hastalıkla en etkin şekilde mücadele etmeleri için ilaç, tedavi ve temaslarının süreçlerinin takip edilerek tüberküloz virüsünün yaygınlaşmasını minimum seviyeye indirme amaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiştir.

Tüberküloz Mobil Tarama

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Tüberküloz Daire Başkanlığı tarafından belirlenen illerde (Adana, Kayseri, Eskişehir, Samsun, İzmir, İstanbul, Bursa, Antalya, Trabzon, Erzurum, Diyarbakır, Edirne, Aydın, Muş, Konya, Sakarya, Van) görevlendirilen ekiplerin tarama planları oluşturup Ceza İnfaz Kurumu, Huzurevi, Çocuk Yuvası, Askeri Birlik, Sağlık Kurumu, Okul, Yurt gibi kurumları mobil turlarla ziyaret ederek röntgen çekilmesi, tüberkülin deri testi ve semptom sorgulama yapılarak (varsa) tüberküloz şüphelisi tespit edilmesi, tespit edilen şüphelilerin kesin teşhisi için ilgili hastane ve VSD'lere yönlendirilerek takibinin yapılması sağlanmaktadır.

Tüberküloz Laboratuvar Sürveyansı (TULSA)

Sahadaki tüberküloz laboratuvarlarının numune oluşturma, numune kabul ve sonuç işlemleri ile sonuç girilen numuneleri düzey düzey artan bir silsile içerisinde Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarı'na kadar ulaştırma ve değerlendirilme süreçlerini kapsamaktadır.

Tüberküloz ile ilgili klinik örnek türleri üzerinde tetkikler yapan laboratuvarlar yaptıkları tetkiklerin türlerine göre sınıflandırılmaktadırlar. Bu sınıflandırmalar aşağıdaki şekildedir.

- **Düzye 1:** Klinik örnek türleri üzerinde sadece mikroskop ile ARB (Aside Dirençli Boyama) yapabilen laboratuvarlardır. VSD bünyelerindeki laboratuvarların tamamı **Düzye 1** olarak sınıflandırılmaktadır. Bunların dışında bazı özel laboratuvarlar da Düzye 1 olarak belirlenmiştir.
- **Düzye 2:** Klinik örnek türleri üzerinde sadece mikroskop ile ARB boyama yapabilen, Moleküler Tanı ve Kültür yapabilen laboratuvarlardır.
- **Düzye 3:** Düzye 2 laboratuvarlara ek MTBC (Tüberküloz Bakterisi)/TDM (Tüberküloz Dışı Bakteri) ayrımı yapabilen, 1. ve 2. seçenek ilaç duyarlılık testleri yapabilen Mikobakteri Tür Tanımlaması yapabilen laboratuvarlardır.

- **Referans Laboratuvarı:** Ulusal Tüberküloz Referans Laboratuvarının yaptığı işleri yapabilecek bir laboratuvar düzeyidir.
- **Ulusal Referans Laboratuvarı:** Sahadaki laboratuvarların yaptığı bütün işleri referans düzeyde yapabilen laboratuvardır.

11.1.8.7. Sosyal Yardım

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından Bulaşıcı veya Kronik Hastalığa (Tüberküloz ve SSPE vb.) yakalananlara yapılacak olan sosyal yardımlar için tespit edilen hastalara ait başvuru alınması, başvuru sürecinin takibinin yapılması ve ilgili Bakanlıkla elektronik ortamda web servis aracılığıyla bu bilgilerin karşılıklı paylaşılması amacıyla geliştirilen uygulamadır. Bakım destek süreci boyunca yeni bir hastalık eklenmesi durumunda gerekli geliştirme yapılacaktır.

11.1.8.8. Kullanıcı ve Rol Yönetimi

Kullanıcı ve Rol Yönetimi ile aşağıdaki işlemler gerçekleştirilebilmektedir.

- Rol, rol grubu tanımlaması yapılabilir. Rol, modül, kurum ilişkilendirilebilir.
- Kullanıcılara yetki ve rol ataması yapılabilir.
- Bir kullanıcı için birden çok rol tanımlanabilir.
- Kullanıcılar, aktif ve pasif duruma alınabilir. Pasif hale getirilen kullanıcının tekrar aktif hale getirilene kadar girişi engellenir.
- Yönetici (admin) yetkisi bulunmaktadır ve bu yetkiye sahip kullanıcı tüm yetkilendirme işlemlerini gerçekleştirebilir.
- Modül ve sayfa tabanlı yetkilendirme yapılabilir.
- Yetkili olunmayan modül ve sayfa doğrudan çağrılrsa bile erişim engellenir.
- Framework Versiyon 2 ile geliştirilen modüller için action seviyesinde yetkilendirmeler yapılabilir.
- İstenilen tarih ve/veya zaman aralıklarında, kullanıcının/kullanıcıların sistemi kullandığı süre, girdiği kayıt miktarı, aldığı raporlar hakkında sistemden istatistiksel bilgiler alınabilir ve sistem bu yolla denetlenebilir.

11.1.8.9. Koruyucu Ağız Diş Sağlığı

Koruyucu Ağız Diş Sağlığı sisteminde, okulda ve okul dışında (iş yerleri, kurumlar vb.) ağız diş muayenesi, florürlü vernik uygulaması kayıtları, eğitim ve materyal dağıtımı gibi hizmetlerin kayıt altına alınması ve takibinin yapılması amacı ile geliştirilmiştir. Okul, sınıf, şube, öğrenci bilgileri Millî Eğitim Bakanlığı servislerinden entegrasyon ile alınmaktadır.

11.1.8.10. Diş Muayenesi

Toplum sağlığı merkezleri, ilçe sağlık müdürlükleri ve özel muayenehaneler tarafından kullanılan modül, muayene, reçete, diş muayenesi, rapor gibi işlemlerin kayıt altına alınması maksadı ile geliştirilmiştir.

11.1.8.11. Okul Sağlığı

Okul öncesi eğitim veren kurumlardan başlamak üzere lise dâhil tüm resmi ve özel eğitim kurumlarında; TSM, İLÇE SM yetkililerince okul ziyaretleri yapılarak, okul yöneticilerinden alınan bilgiler doğrultusunda önceden belirlenmiş istatistiksel bilgilerin, bir form üzerinde doldurulan verilerin kayıt altına alınması, bilgilerin takibinin yapılabilmesi, okul sağlığı kapsamında verilen eğitimlerin kayıt altına alınması, istatistiksel veriler elde edilebilmesi amacı ile kullanılmaktadır.

11.1.8.12. Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Obezite bulguları ile aile hekimleri veya 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarından yönlendirilen danışanların diyetisyen, fiziksel aktivite koçu, beden eğitimi öğretmeni kullanıcıları tarafından takibinin yapıldığı, danışanların izlem bilgilerinin kayıt altına alındığı ve süreçlerinin gözlemlendiği; ayrıca toplumda obezitenin önlenmesine yönelik düzenlenen eğitimlerin kaydedilebildiği ve raporlandığı uygulamadır.

Mevcut Entegrasyonlar: HYP

11.1.8.13. Sağlıklı Hayat Merkezi Uygulamaları

SHM Danışan Kayıt

Danışan/Hastaların SHM'leri ziyaret etmesi durumunda Vaka Koordinatörlerinin danışan/hastalara belirlenen birtakım soruları sorarak bu kişilerin birinci basamak hizmetlerine erişimleri hakkında bilgi ve görüşlerin toplanmasını sağlamak, Danışan/Hastaların sistem içindeki yolculuklarını ortaya çıkartmak adına yapılan yaygınlaştırma çalışmalarından etkili olanları ve nasıl etkili olduğuna dair istatistiki verilerin toplanmasını sağlamak, toplanan bu bilgiler ışığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına yönelik politikalar geliştirmesine destek sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SHM – Psikososyal Destek

SHM'lerde Psikososyal Destek Hizmetleri kapsamında 3 farklı hizmet için yazılım geliştirilmiştir. Geliştirilen uygulamalar ile bu hizmetlerin müracaat ve görüşme aşamalarının kayıt altına alınması, kullanıcıların süreçlerini yönetirken elde edilen verilerden istifade etmelerinin yanı sıra topluca elde edilecek veriler ile istatistiki verilerin oluşturulması amaçlanmaktadır.

- **Psikolojik Destek:** Aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından yönlendirilen danışanlara veya danışanların kendi başvuruları üzerine psikolojik destek gereken olgulara hizmet vermek, psikolojik şikâyetlerle başvuru yapan olguları psikolojik yönden değerlendirmek, gerekli işlemleri yürütmek ve işlemleri kayıt altına almak. Koruyucu ruh sağlığı konusunda düzenlenen eğitimleri kayıt altına almak ve raporlamak için kullanılmaktadır.
- **Sosyal Hizmet:** Aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından yönlendirilen danışanlara veya danışanların kendi başvuruları üzerine sosyal şikâyetler için destek gereken olgulara hizmet vermek amacıyla kullanılmaktadır.
- **Gelişim Takibi:** Çocuğun gelişim değerlendirmesini yapmak ve izlemek, riskli olguların sevkini ve takibini yapmak için kullanılmaktadır.

Enjeksiyon ve Tıbbi Müdahale

SHM'lerde yardımcı sağlık hizmetleri personelleri ve hekimler tarafından verilen enjeksiyon ve pansuman hizmetlerinin kayıt altına alınması amacı ile kullanılmaktadır.

SHM-Fizyoterapi Hizmetleri Sistemi

Sistem, sağlıklı hayat merkezlerinde bulunan fizyoterapistlerin, fizyoterapi hizmeti almak isteyen danışanların, müracaat kayıtlarının yapılabilmesi, izlem kayıtlarının yapılabilmesi, fizyoterapi hizmetleri açısından uygulanan testlerin kayıt altına alınabilmesi, uygulanan izlem, muayene, testlere ait rapor ve ilerleme raporlarının üretilmesi, grup egzersiz planlarının yapılabilmesi, planlanan grup egzersizlerinin danışanla ilişkilerinin kurulabilmesi, egzersiz veya danışan bazında yoklama kayıtlarının oluşturulması veya yoklama raporlarının elde edilmesi amacı ile planlanmış ve geliştirmesi tamamlanmıştır. İlk etapta SHM'ler kapsamında fizyoterapistlerin kullanması hedeflenmiş olsa da ileriki seviyede Hastalık Yönetim Platformu ile birlikte kullanılması planlanmaktadır.

Alkol ve Madde Bağımlılığı, Tedavi, Danışmanlık ve İzlem Sistemi

SHM'lerde Uyuşturucu ile Mücadele Hizmeti kapsamında yazılım geliştirilmesi, bu hizmetin müracaat ve görüşme aşamalarının kayıt altına alınması, elde edilen verilerin kullanıcılar tarafından süreçlerini yönetirken istifade etmelerinin yanı sıra topluca elde edilecek veriler ile istatistik verileri oluşturulması amaçlanmaktadır. Modülün temel amaçlarından bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- Sağlıklı Hayat Merkezleri tarafından madde kullanımını bırakma yönünde destek sağlanması için yönlendirilen olgulara hizmet vermek.
- Psikolojik ve/veya sosyal şikâyetlerle başvuru yapan olguları madde bağımlılığı ve diğer yönlerden değerlendirmek ve gerekli işlemleri yürütmek.
- Danışanın ilerleme değerlendirmesini yapmak ve izlemek, riskli olguların sevkini ve takibini yapmak.

- Alkol ve Madde Bağımlılığı, Tedavi, Danışmanlık ve İzlem Sistemi ile manuel yürütülen süreçlerin tek çatı altında toplanması ve otomatize edilmesi planlanmıştır. Sistem Alo 191 ile entegre çalışmaktadır. Sistemde oluşturulacak kayıtlarda genel olarak sevk ile müracaat veya müracaat sonrası sevk durumları mevcuttur.

11.1.8.14. Fiziksel Aktivite Takip Modülü

Modül, İSM ve HSGM yetkili kullanıcıları tarafından kullanılmaktadır. HSGM yetkili kullanıcıları topluca temin ettikleri bisiklet sayılarını sisteme girerek öncelikle stok oluşturmaktadır. Daha sonra bu stoklar üzerinden her bir İSM'ye yine sistem üzerinden tespit ettikleri ilde bulunan yeşil alan ve bisiklet yolu uzunluğu kayıtlarını referans alarak dağıtım yapmakta ve bu dağıtım kayıtlarını sisteme giriş yapmaktadırlar. İSM'ler ise kendi temin ettikleri bisikletlere ait kayıtlar ve HSGM tarafından stoklarına kayıt edilen bisiklet sayılarından oluşan stok kayıtlarına göre okul, üniversite, belediye, sivil toplum kuruluşları, gazı ve şehit yakınlarına bisikletlerin dağıtımını yapmakta ve bu dağıtım kayıtlarını sisteme giriş yapmaktadırlar. Ayrıca bisikletlerin kullanım durumları sistem üzerinden belirtilerek kayıt altına alınmaktadır.

11.1.8.15. Hekim Cetveli

Merkezi Hekim Randevu Sisteminde, aile hekimi randevu cetveli açma oranlarını arttırmak için aile hekimleri adına hekim cetveli oluşturabilme özellikleri olan ve MHRS servisleri üzerine inşa edilmiş İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Aile Hekimleri tarafından kullanılabilen uygulamadır.

11.1.8.16. İşitme Tarama Programı

Ulusal İşitme Tarama Programı (İTP); işitme engelli doğan bebeklerin ve okul çağındaki çocukların işitme probleminin erken dönemde tespit edilmesine, işitme taramalarının ve kesin teşhisin yapılmasına, işitme cihazı uygulamasına ve gerekli rehabilitasyonu sağlanmasına olanak tanır. İlgili hizmetin dijital ortamda kayıt altına alınması, raporlanması için geliştirilmiştir. Okul çağı işitme tarama cihazları ile entegrasyonu bulunmaktadır.

11.1.8.17. İyi Laboratuvar Uygulamaları Sistemi (İLUS)

Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Dairesi Başkanlığı'na bağlı Biosidal Ürünler Kimyasal Analiz ve Stabilitate Test Laboratuvarında İyi Laboratuvar Uygulamaları kapsamında kullanılan sistemdir.

11.1.8.18. Hekim İletişim

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından aile hekimlerine toplu olarak e-posta ve SMS gönderilmesini sağlamak üzere geliştirilmiştir. Aile hekimleri kendi telefon ve eposta verisini güncelleyerek iletişim tercihlerini de değiştirebilmektedir. Ayrıca güncellenen iletişim bilgileri ve tercihlerine göre topuk kanı SMSleri de bu sistemden alınan veriler üzerinden gönderilmektedir.

11.1.8.19. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT)

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Dairesi Başkanlığı'nın izni ile GETAT Eğitim Merkezleri tarafından verilen eğitimlerin katılımcı sayısı ve Bakanlık katılımcı sayısı ve bilgilerinin tutulduğu bir modüldür.

GETAT Eğitim Merkezleri tarafından verilen eğitimlerin eğitim türlerine göre katılımcı sayısı ve Bakanlık katılımcı sayısı ve bilgilerinin sistem üzerinden takip edilmesi amaçlanmaktadır. GETAT Eğitim Merkezleri tarafından verilen eğitimlerin eğitim türlerine göre katılımcı sayısı ve bakanlık katılımcı sayısı ve bilgilerinin tutulması ve bakanlık katılımcılarının birden fazla eğitime katılmaması için kontrollerin sağlanması, eğitim için başvuran eğitim merkezlerinin ve eğitim türlerinin sisteme eklenmesi adımlarını kapsamaktadır.

11.1.8.20. Klor Cihazı Takip

Yerleşim yerlerindeki içme kullanma suyu depolarında kullanılan otomatik klorlama cihazlarının sayı bilgilerinin girilerek takip edildiği sistemdir. İçme kullanma sularında otomatik klorlama cihazlarına ait bilgiler sistemde haftalık olarak güncellenmektedir.

11.1.8.21. Ambalajlı Su Cezaları

HSGM Çevre Sağlığı Dairesi Başkanlığı personeli tarafından kullanılan uygulamada, ambalajlı su üreten firmalara kesilen cezalar kayıt altına alınır ve takibi yapılır.

11.1.8.22. Bağışıklama/Pandemik Uygulamalar

Vaka Takip Modülü

Sistem ile ülkemizdeki COVID-19 pandemisi ile etkin mücadele kapsamında COVID-19 tanısı ile hastanelerde yatan hastaların tedavileri, genel durumu yatarak tedavi gerektirmeyen hastalar ise izolasyon koşulları altında takip ve tedavi edilmektedir.

Pandemi sürecini, daha sağlıklı yürütebilmek için, evde izolasyon verilen vakalar, vaka temaslıları, yurt dışı sınırından gelen ve şehirler arası seyahat eden vatandaşlarımızın bilim kurulu tavsiyeleri süresince takibi yapılmaktadır. Tüm bu süreçlerin bütünlüklü takibinin sağlanabilmesi ve her açıdan fayda sağlayacak bir veritabanı oluşturulabilmesi Vaka Takip Modülü kullanılmaktadır. Vaka Takip Modülünün mobil uygulaması bulunmaktadır.

Mevcut Entegrasyonlar

İç Entegrasyonlar: e-Nabız, Mekansal İş Zekâsı, Hayat Eve Sığar, Fitas, ÖBS, SİNA, KDS, LBYS, HBYS, AHBS, Covid-19 AŞI, COVID-19 Faz3 Aşı

Dış Entegrasyonlar: İçişleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türk Kızılayı, Adalet Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Türkiye Futbol Federasyonu, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı

COVID-19 Takip Merkezi

COVID-19 Takip Merkezlerinde kullanılmak üzere mevcut sağlık bilgi sistemleriyle entegre bir bilgi sistemi modülü oluşturulmuştur.

Amaç COVID-19 geçirmiş hastaların mevcut durumunun tespiti, hastalığa bağlı komplikasyonların en az 2 yıl süreyle standart ve multidisipliner takiplerinin yapılarak erken dönemde müdahalenin yapılması suretiyle sağlık hizmeti sunumuna ve sağlık politikaları geliştirmeye yönelik veri oluşturulması ve bilimsel araştırmalar için yeni yöntemler belirlenmesidir.

COVID-19 Faz3 Çalışma Modülü

Klinik çalışmalar esnasında gönüllülerin sağlık kayıtlarının yapılması, takibi ve istatistiksel analizlerin çıkarılması amacıyla kullanılan modüldür.

Genişletilmiş Bağışıklama

Genişletilmiş Bağışıklama Programı ve koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan aşılardan kullanılabilirliğinin sorgulanması, bireylere yapılan aşı tekrarlarının önlenmesi, bebeklerde aşı kartının oluşturulması ile bağışıklama hizmetlerinin kayıt altına alınması sağlayan uygulamadır.

Mevcut Entegrasyonlar: MEB, e-Nabız, ATS

Dönemsel Menenjit Aşlamaları

Hac/Umre ziyaretine gidecek kişilere yapılan aşılardan kayıt altına alınır. Diyanet İşleri Başkanlığı ile entegre çalışmaktadır.

Mevcut Entegrasyonlar: Diyanet İşleri Başkanlığı

Pandemik/Salgın Aşılama

Pandemi sürecinde yapılan COVID-19 aşularının kaydının sağlanması, e-Nabız'a gönderilmesi, ATS üzerinden soğuk zincir ve kullanılabilirliğinin sorgulanması, takibinin sağlanması, listelenmesi ve gerekli durumlarda yanlışlıkla girilen aşuların silinmesi amacıyla geliştirilmiştir.

Mevcut Entegrasyonlar: ATS, AŞILA, MHRS, e-Nabız

COVID-19 Aşı Modülünün mobil uygulaması bulunmaktadır.

Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE)

Pandemik COVID-19 aşı uygulamaları sonrasında ortaya çıkan istenmeyen etkilerin kayıt, bildirim ve raporlanmasının sağlanması amacıyla oluşturulmuştur.

11.1.8.23. HIV/AIDS Bilgi Sistemi

Bakanlığımızca yürütülmekte olan HIV/AIDS süreyansı çalışmaları kapsamında HIV enfeksiyonunun yayılımının önlenmesi, tanı, tedavi, kontrol, takip ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesinin yanı sıra kişilerin damgalanma ve her türlü ayrımcılığa karşı korunmalarının sağlanması amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Gerçekleştirilen faaliyetlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, istatistiki çalışmaların yapılabilmesi ve raporlanabilmesi ancak tam ve güvenilir verilerin toplanması, bu verilerin analizi, geribildirimlerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu amaçla;

HIV/AIDS süreyansının güçlendirilmesi, güncel vaka takibinin daha etkin yürütülmesi ve anlık istatistiklerin alınabilmesi,

Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı kapsamında ihtiyaç duyulacak veya talep edilebilecek verilerin güvenilir olarak elde edilebilmesi için HIV/AIDS Bilgi Sistemi oluşturulmuştur.

11.1.8.24. Neonatal Tarama Programı (NTP)

Neonatal Tarama Programı (NTP) yenidoğan bebeklerin kan numunelerinde, Tiroid Stimulan Hormonu (TSH), Fenilalanin (FA), Kistik Fibroz, Biyotinidaz (B) ve Konjenital Adrenal Hiperplazi (KAH) değerlerinin analizlerine yönelik laboratuvar hizmeti ve takibinin yapılması amacıyla geliştirilmiş bir uygulamadır.

11.1.8.25. Hızlı Veri Toplama Sistemi

Merkezin anlık veri ihtiyacını karşılayabilmek için sistem üzerinden soru oluşturup kısa sürede sahadan cevap alabildiği bir sistemdir.

11.1.8.26. Sürücü Davranışlarını Geliştirme (SÜDGE)

Sürücü Davranışlarını Geliştirme Yönetmeliği hükümlerine göre yürütülmekte olan SÜDGE'ye ilişkin kayıtların standardizasyonunun sağlanması, anlık veri elde edilebilmesi ve eğitime ilişkin Emniyet Genel Müdürlüğü ile paylaşılan verilerin elektronik ortamda ve güvenli aktarımının sağlanması amaçlanarak geliştirilmiştir. Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği hükümleri doğrultusunda eğitimi başarı ile tamamlayan kursiyerler için hazırlanan başarı belgeleri oluşturulan ara yüz ile Emniyet Genel Müdürlüğü ile paylaşılmaktadır. Ayrıca bu belgeleri e-devlet üzerinden kursiyerlerin alabilmeleri için de çalışma yapılmıştır.

11.1.8.27. Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS)

Tütün ürünü bağımlılarına yönelik tedavi hizmetinin sunulduğu tüm kurum ve kuruluşlarda bu hizmetin standart bir şekilde verilmesi, verilerin anlık olarak takiplerinin yapılarak raporlanması ve ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı ile entegre bir şekilde hizmetin sunulabilmesi için geliştirilmiştir.

Tütün Bağımlılığı ile Mücadele sistemi ile ülkemizde tütün kullanımının en aza indirilmesi için gerekli önlemlerin alınması, müdahale ve tedavi süreçlerinin işletilmesi; bu hizmetin müracaat ve görüşme aşamalarının kayıt altına alınması; elde edilen verilerin, kullanıcılar tarafından süreçler yönetilirken kullanılmasının yanı sıra topluca elde edilecek veriler ile istatistik verileri oluşturulması amaçlanmaktadır.

11.1.8.28. Gezici İSG Hizmetleri

OSGB/İSGB firmalarının Gezici İSG Hizmetleri ile ilgili kayıt, başvuru ve hizmet işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi ve bu çerçevede İSM yetkilileri tarafından bu işlemler çerçevesinde sağlanan kontrollerin sistem üzerinden gerçekleştirilebilmesi amaçlanmıştır.

Gezici İSG Hizmetleri genelgesi kapsamında OSGB/İSGB firmaları tarafından verilecek hizmete ilişkin detayların gerçekleştirilebilmesi için; firmaların profil oluşturma ve kayıt, başvuru vb. işlemlerini gerçekleştirebileceği ve İSM tarafındaki yetkililerin de kontrollerini ve denetimlerini gerçekleştirebileceği modüldür.

11.1.8.29. Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyal Hastalıklar Sürveyansı (Toplum Temelli Aktif Sürveyans)

Toplum temelli Aktif sürveyans yürütülen illerdeki belirlenmiş yataklı tedavi kurumlarında sürdürülen sürveyans çalışmaları kapsamında; verilerin kayıt ve bildirim ve raporlamasının yapılabilmesi amaçlanarak geliştirilmiştir.

11.1.8.29. Hastane Enfeksiyonları (Inflin) Uygulaması

Bütünleşik mimari içerisinde yeniden geliştirilmiş olan uygulama olan İNFLİNE yataklı tedavi kurumlarında enfeksiyon kontrol hekimleri ve hemşireleri tarafından sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar sürveyansının kayıt altına alındığı ve takibinin yapıldığı uygulamadır.

11.1.8.30. İzleme ve Değerlendirme Formları

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerin izleme ve değerlendirme faaliyetleri Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü taşra teşkilatı tarafından periyodik olarak yapılmaktadır. Formların bir sistem üzerinden takip edilebilmesi için HSYS – İzleme Değerlendirme Formları modülü geliştirilmiştir ve devreye alınmıştır.

11.1.8.31. Merkezi Entegre Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS)

Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşları ve laboratuvarlar arasında yürütülen işlemlerin merkezi sistem üzerinden yapılabilmesi, izlenebilmesi ve servis tabanlı merkezi veri paylaşımı ile yapılabilmesi için Merkezi Entegre Laboratuvar İşletim Sistemi (MELİS) tasarlanmıştır.

Tüm Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında (BBSKK) çalışmakta olan hekimlerin, bu yazılım aracılığı ile anlaşmalı laboratuvarların yazılımları ile entegre bir şekilde hastalarına laboratuvar hizmeti vermektedir. Hekimler tarafından yapılan tetkik istemlerinin numunelerle ilişkilendirilmesi, numune bilgilerinin laboratuvarlara iletilmesi, numuneler çalışıldıktan sonra laboratuvarlar tarafından üretilen sonuç verilerinin BBSKK hekimlerine iletilmesi hizmeti bu yazılım aracılığı ile gerçekleştirilmektedir.

BBSKK için laboratuvar tetkik istemlerinin yapılması ve laboratuvarlardan alınan sonuçların BBSKK'nda çalışan hekimlere iletilmesi sürecinin daha hızlı, güvenilir ve ekonomik olarak yürütülebilmesi amacıyla geliştirilmiş ve BBSKK yazılımları ile LİS (Laboratuvar İşletim Sistemi) yazılımları arasında entegre bir şekilde merkezi veri paylaşımı yapabilen servis tabanlı bir sistemdir.

11.1.8.32. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)

Sağlık Kuruluşlarında kullanılan Sağlık Bilgi Yazılım Sistemlerinin (SBYS), Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) ile entegre edilerek bu kuruluşlarda gerçekleşen ölümlerin ilgili sistemden ÖBS' ye aktarılması ve ölümün tescillenebilmesi için gerekli diğer süreçlerin tamamlanabilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde gerçekleşen tüm ölümleri elektronik ortamda kayıt altına alınmasını hedeflemektedir. Ülkemizin ölüm verilerinin TÜİK kanalıyla, zamanında ve doğru içerik ile uluslararası alanda yer almasını sağlamayı amaçlanmaktadır.

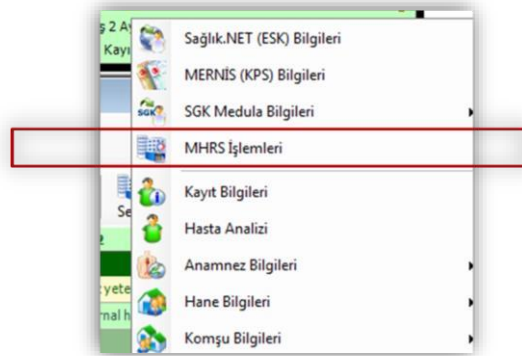
Genel Müdürlüğümüzce paydaş kurumlar ve entegre kurum ve kuruluşlarla yapılan paylaşımlar Ölüm Bildirim Sisteminin daha verimli çalışmasını planlar. ÖBS 1 Ocak 2013 tarihinde uygulanmaya alınmıştır. Ölümlülük modellerini yer, zaman ve nedenleri ile açıklamak, ülkemizde önlenabilir ve akut gelişen hastalıklar konusunda erken uyarı sistemi kurmak, sağlık bakım önceliklerini belirlemek, halk sağlığı konularında bebek ve anne ölümleri, bulaşıcı hastalıklar, iş kazaları ve intihar eylemlerini takip etmek, ölüm nedenlerinde veri kalitesini artırmak ÖBS'nin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır.

11.1.9. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)

Sağlık Bakanlığı'nın tüm personeli ile kurum ve bina bilgileri, malzeme bilgisi ve özel sağlık kuruluşlarının izlendiği sistemdir. Personel hareketlerinin takip edildiği İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS), Sağlık Bakanlığı bünyesindeki tüm malzeme depolarındaki taşınırların aktif olarak takip edildiği Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS), taşınmaz takibinin yapıldığı Yatırım Takip Sistemi (YTS), ülkemizde faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşlarına ait işlem adımlarının takip edildiği Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS) ve ülke genelinde temel sağlık hizmetleri hakkında istatistikî verilerin toplanmasını sağlayan Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) gibi alt modüllerine sahiptir.

11.1.10. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

Merkezi Hekim Randevu Sistemi vatandaşlarımızın Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine ALO 182 hattını arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine istedikleri hastane, klinik ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de daha etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşılması amacı ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ni yürürlüğe koymuş ve bu program kapsamındaki çalışmalarını büyük ölçüde gerçekleştirmiştir. Hekim çalışma cetveli, hekim listesi, kurum listesi, randevu listesi gibi bilgiler ilgili birimlere servisler aracılığı ile ulaştırılırken, MHRS raporlarına erişim SİNA (Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler) üzerinden sağlanmaktadır. Söz konusu raporlara erişim "Ortak Giriş" ya da SİNA kullanıcısı ile yapılmaktadır.



Çalışma Takvimlerinin işlenebileceği MHRS İşlemleri menüsü

11.1.10.1. Neyim Var Sistemi

Neyim Var Projesi ile; kullanıcının şikâyetlerine ilişkin alınan (ya da sisteme kayıtlı) T.C. kimlik numarası ile yaş, cinsiyet, aile hekimi vb. bilgileri ile geçmiş sağlık verilerine e-Nabız Sistemi üzerinden ulaşan, bu verileri kullanarak zenginleştirilmiş sorgulama süreci başlatıp hastaya gitmesi gereken branş ve muhtemel teşhis önerilerinde bulunan, sorgulama verilerini ve muhtemel teşhislerini hastanın gideceği doktorla paylaşabilen uzman sistemdir.

Projede mevcut durumda web tabanlı geliştirmesi tamamlanmış olup iyileştirme süreci devam etmektedir. Vatandaşlar NeyimVar Sistemi'ni kullanarak MHRS üzerinden sistemin önerdiği branşa randevu oluşturabilmektedir.

NeyimVar Sistemi Şikâyet Giriş Sayfası

11.1.11. Reçetem Sistemi

Kasım 2017'de uygulanmaya başlayan Reçetem Sistemi ile sağlık hizmet sunucularında kullanılan ilaç ve tedavi bilgilerine dair veri bütünlüğü sağlanmakta, tedavi protokollerine yön verecek uygun bir veri havuzu oluşturulmaktadır. Reçetem Sisteminin temel amacı reçete verilerinin kontrollü ve düzgün şekilde alınmasını sağlamaktır. Reçetem Sistemi, elektronik ortam üzerinde hekimler tarafından reçetelerin oluşturulabilmesi, oluşturulan reçetelerin eczacılar tarafından anlık olarak görüntülenerek hastalara ihtiyaç duyduğu ilaçların verilebilmesi ve süreçlerin geri ödeme kurumu (SGK) ile entegre bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir.

11.1.12. Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan referans laboratuvarları, 81 ilde bulunan Halk Sağlığı laboratuvarları, bazı özel laboratuvarlar, üniversite ve kamu hastaneleri laboratuvarlarında yapılan işlemlerin kaydı, sevki, sonuçlandırılması, yapılan diğer hizmetler, idari ve mali hizmetlerin web ortamında yürütülmesi, kayıt altına alınması ile bu kayıtların mevzuat ve kurum ihtiyaçlarına uygun olarak işlenmesi, hizmet ve malzeme kayıtlarının ilgili kurumlara faturalandırılması, kaydedilen verilerin web ortamında iletim ve paylaşımı, resmi kurumlardan gelen taleplerin değerlendirilmesi ve işlenmesi, Kanun, Tüzük, Yönetmelik, Yönerge, Genelge ve diğer resmi işlemlerin yazılıma modüler olarak yansıtılması ve taleplerin gerçekleştirilmesi, kurum mali kaynakları, zaman, araç, gereç, malzeme gibi kaynaklarının tasarrufuna ve verimliliklerinin artırılmasına yönelik iş akış düzenlemelerin güncellenmesi amaçlanmaktadır.

Hasta Bilgisi, Sağlık Kurumları ve Diğer Kurum Bilgileri, Sağlık Personeli ve İdari Personel Bilgileri, Tetkik Bilgileri, Numune Bilgileri, Tanılar, Ücret Bilgileri, Envanter Bilgileri, Stok Kontrolü

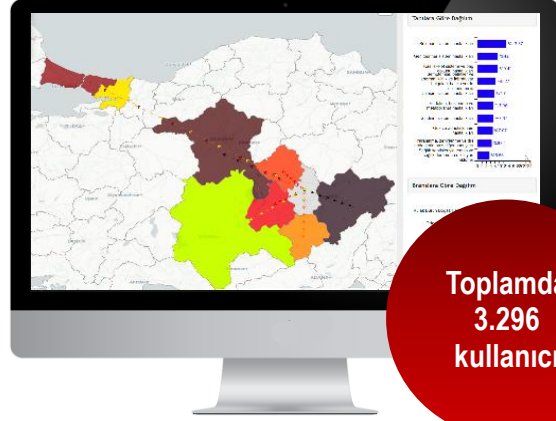
gibi ortak kullanılan bilgilerin merkez ve taşra teşkilatında kullanılabilmesi ve paylaşılabilmesi için gerekli bir yazılımı kapsamaktadır.

11.1.13. Mekansal İş Zekası (MİZ) Platformu

MİZ; standartlar çerçevesinde toplanan sağlık verilerinin, coğrafi konumlara göre sağlık hizmeti alan vatandaş hareketleri ile birlikte analiz ederek anlaşılır ve kolay yorumlanabilir hale getirildikten sonra karar vericilere sunulduğu bir platformdur.

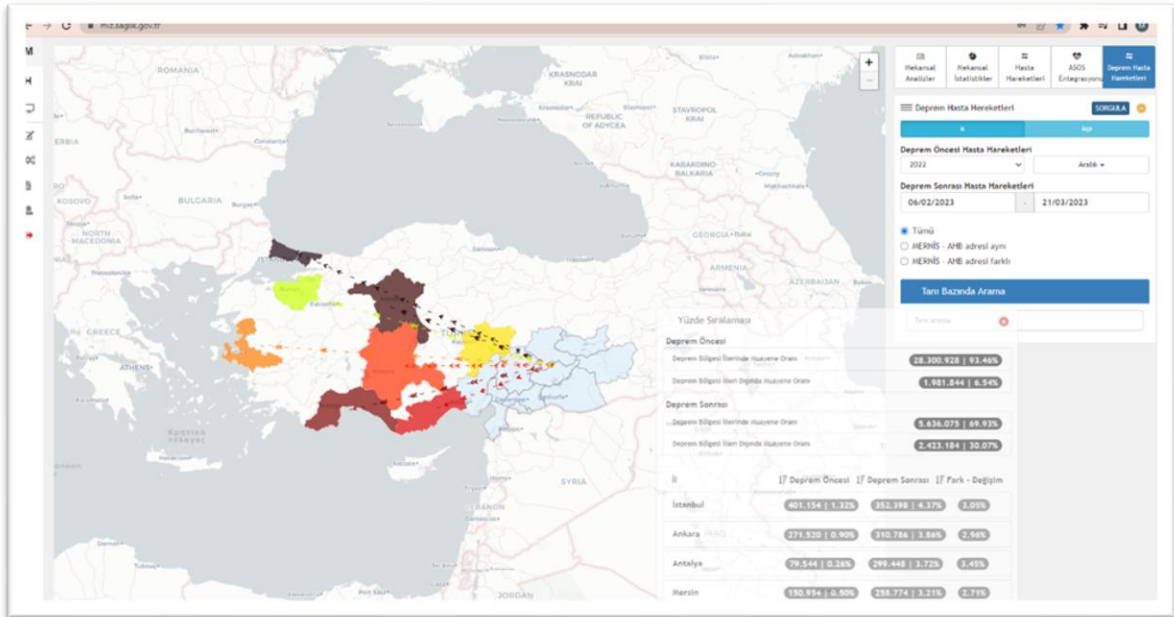
MİZ Platformu, birçok güncel web teknolojilerinin bir arada kullanıldığı yapıda oluşturulmuştur. MİZ; MİZ, Halk Sağlığı Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) ve Sağlık Pano olmak üzere üç modülden oluşmaktadır.

11.1.13.1.MİZ Modülü; Mekânsal verilerin oluşması ve standartlaşmaya başlaması ile birlikte karar verme süreçlerinde doğru, etkin ve hızlı kararlar alınması, kurum kaynaklarının daha etkin yönetilebilmesi, mekânsal özelliklerin analizi ve ilişkilendirmeler sayesinde problemlerin önceden tespiti ve geleceğin daha iyi planlanabilmesi amacıyla geliştirilmiştir. MİZ Sağlık Bakanlığının elindeki çeşitli verilerin, Bakanlık çalışmaları ile ilişkili diğer kurum verilerinin (örneğin hava kirliliği verisi), nüfus ve coğrafi verilerle birlikte CBS görselleştirme katmanları üzerinde çeşitli şekillerde Bakanlığımızın yetkili personelinin kullanımına sunulduğu web tabanlı bir uygulamadır.

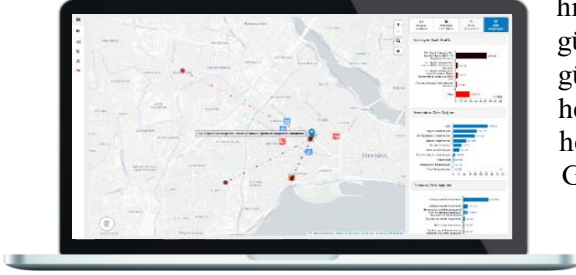


Hastalıkların, hasta hareketlerinin, sağlık kurumlarının, sağlık personelinin ülke genelinde dağılımı ve nüfusla ilişkisi belirlenmekte, mekâna (yere/bölgeye) göre analizi yapılmaktadır. Rapor formatları, harita altlıkları üzerinde animasyon ya da ısı haritası olarak kullanılmaktadır.

MİZ'de, deprem bölgesinden diğer illere veya kendi ilindeki ilçelere muayene için giden hastaların hareketlerinin izlenebileceği bir sekme bulunmaktadır. Deprem öncesi ve deprem sonrası hasta hareket yüzdeleri ve farkları ekranda görüntülenebilmektedir.



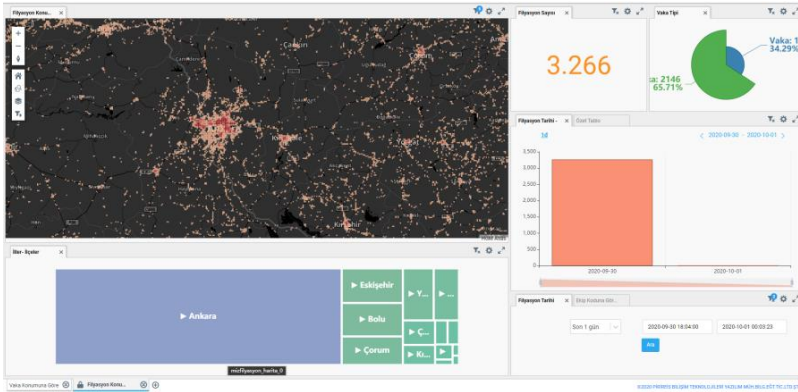
11.1.13.2.Halk Sağığı CBS Modülü: Halk Sağığı binalarının (ASM, TSM, SHM, Sağığı Evi, Verem Savaş Dispanseri vb.) harita üzerinde seçilen filtreye göre listelendiği, binalara ilişkin detay bilgilerin ve kurum detay bilgilerinin görüntülenebildiği, bina koordinat bilgisi ekleme, güncelleme ve fotoğraf ekleme, silme işlemlerinin yapılabildiği web tabanlı uygulamadır. Uygulama içerisinde; sağığı evi



hizmet bölgeleri gösterilmekte ve aile hekimlerinin güzergâh işlemleri (güzergâh ekleme, silme, güncelleme, kopyalama) yapılarak optimum rota hesaplanmaktadır. Hesaplanan rotalar üzerinden hekimlere yapılması gereken demeler yapılmaktadır. Gzergh raporları, gerçekleştirme raporları, personel raporları ve sağığı göstergeleri raporları çeşitli filtrelerle hazırlanarak excel formatında çıktı alınabilmektedir.

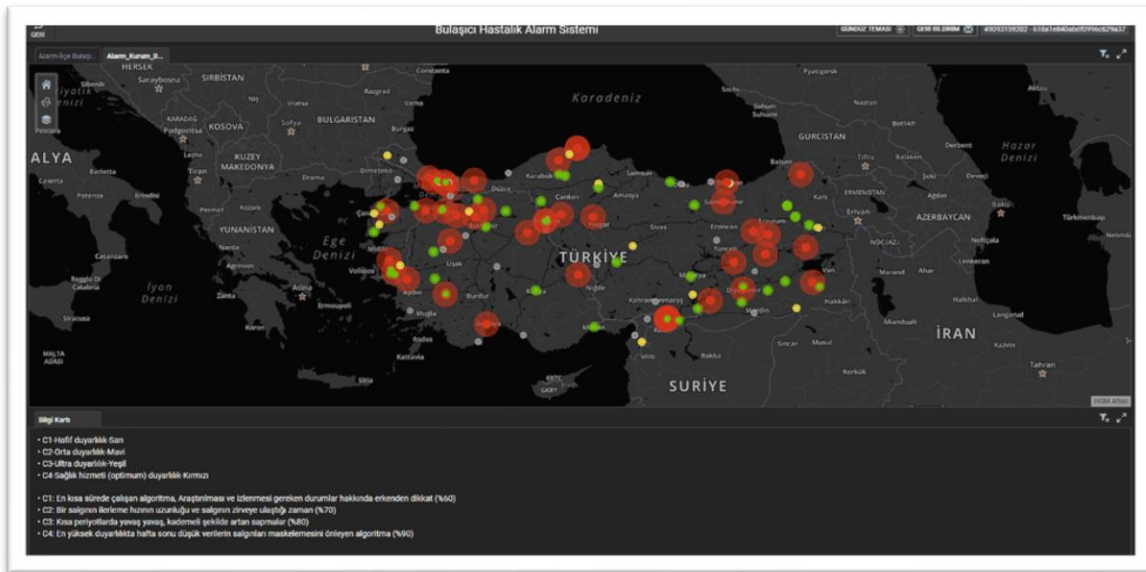
11.1.13.3.Sağığı Pano Modülü: Sağığı Pano, Covid-19 Salgınının yönetimi sürecinde bakanlık st düzey yöneticilerinin en çok kullandığı uygulamalardan biridir.

Yetkili kullanıcılar kolaylıkla haritalarını, analiz araçlarını, grafik kartlarını oluşturabilmekte ve bunu diğer kullanıcılarla paylaşabilmektedir.



Pano uygulamasında haritalar ve kartlar birbirleriyle aktif ve dinamik bir Şekilde değişebilmektedir. Haritada yapılan yakınlama ve uzaklaşmalar yandaki grafik kartlarının değişmesini sağlar. Aynı zamanda grafik kartlarında yapılan filtrelemelerde haritaya yansıtılmaktadır.

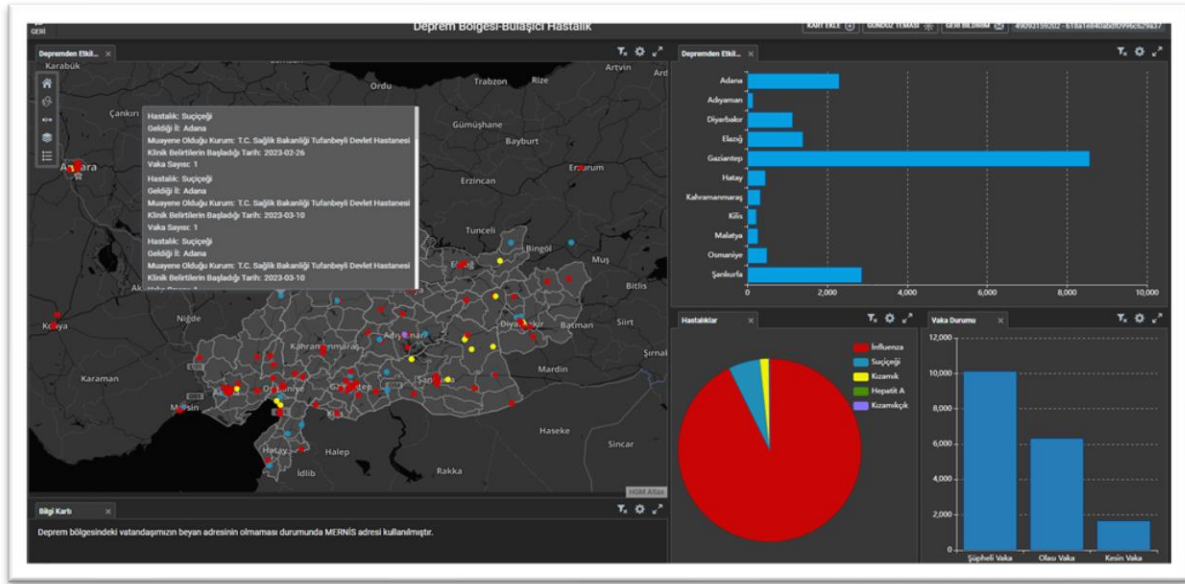
Deprem döneminde Sağığı Pano Uygulaması üzerinde; depremden etkilenen illerimizde görülen bulaşıcı hastalıklara ilişkin oluşturulan C1, C2, C3, C4 alarm seviyeleri harita üzerinde gösterilmiştir.



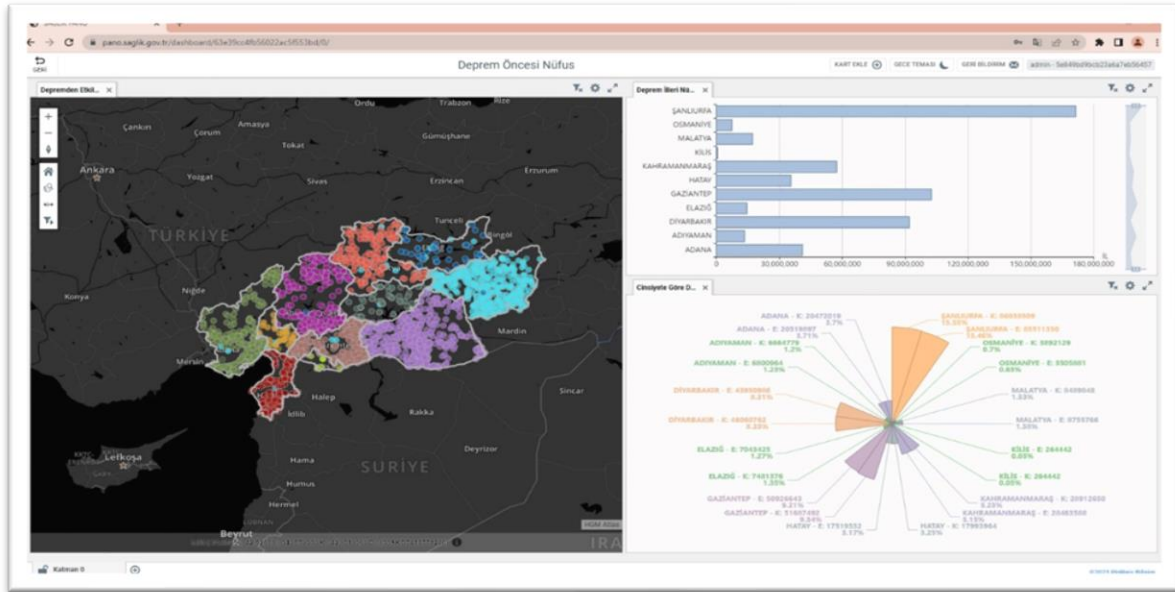
Panoda depremden etkilenen illerimizdeki sağığı merkezlerinin bina durumlarının gösterildiği rapor ekranı yer almaktadır.

Sağlık Pano Uygulaması üzerinde; depremden etkilenen illerimizde hizmet veren UMKE ekiplerinin hizmet noktaları konumsal olarak takip edilerek anlık olarak harita üzerinde gösterildiği ekran yer almaktadır.

Depremden etkilenen illerimizdeki bulaşıcı hastalıkların analiz edilebileceği harita etkileşimli rapor hazırlanmıştır.



Depremden önceki kadın-erkek nüfusu il ve cinsiyet kırılımında grafikler aracılığıyla görselleştirilerek harita üzerinde etkileşimli bir şekilde gösterilmektedir.



11.1.14. Hastalık Yönetim Platformu (HYP)

Kronik hastalıkların erken teşhisi, tedavisinde ve süreç yönetiminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif bir rol üstlenmesinin sağlanması; tarama ve tedavi sürecinin kanıta dayalı klinik uygulama yönergeleri doğrultusunda yürütülmesi; teşhisi takiben, periyodik izlemlerle kanıta dayalı tıp kılavuzlarının önerileri doğrultusunda uygun tedavi sağlanarak hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması ve komplikasyon izlemi ile bireylerin fonksiyon kayıpları yaşamalarının ve engelli hale gelmelerinin önüne geçilmesi amaçları ile Hastalık Yönetim Platformu web uygulaması geliştirilmiştir.

Uygulama Bünyesinde Yapılan İzlemler

- Hipertansiyon Tarama ve İzlemi
- Diyabet Tarama ve İzlemi
- Kardiyovasküler Risk Taraması ve İzlemi
- Obezite Tarama ve İzlemi
- Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi

Uygulama Bünyesinde Hazırlanmış ve Uygulamaya Açılması Planlanan İzlemler

- Koroner Arter Hastalığı İzlemi
- Beyin Damar Hastalıkları ve İnme İzlemi
- Kronik Böbrek Hastalığı İzlemi
- Astım İzlemi
- KOAH İzlemi

11.1.15. Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı (UMEP)

Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, uyuşturucuyla mücadelede ilgili kurumların eylem planında belirtilen hususları ve sorumluluklarını yerine getirilmesi için hazırlanmıştır. Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı projesi ile Strateji Belgesinde yer alan göstergeler üzerinden ilgili kurumlarca veri girişlerinin sağlanması ve bu girişler sonucunda elde edilen verilerin raporlanması yapılmaktadır.

“Toplum her türlü uyarıcı ve uyuşturucu madde kullanımından uzak tutmak” amacıyla 2018-2023 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan “Uyuşturucu İle Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı” kapsamındaki faaliyetlerin, merkez ve taşradaki ilgili ve sorumlu tüm kurum/kuruluşlar tarafından, planlanması, hayata geçirilmesi, yürütülen faaliyetlerin hedeflerine ulaşım ulaşılmadığının değerlendirilmesi, faaliyetlere ilişkin verilerin izlenmesini ve ilgili verilerin raporlanması anlık ve/veya belirlenen periyotlarda hazırlanması sağlanmaktadır.

Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı aktörleri, süper admin, kurum admin, veri giriş uzmanı, merkez/taşra veri giriş uzmanı olarak planlanmıştır.

Süper Admin Kullanıcısı, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı personelidir. Rollerde ki en üst yetkilidir. Uygulamadaki tüm kurum ve kuruluşlarda görme ve işlem yapma yetkisine sahiptir.

Kurum Admin Kullanıcısı, tanımlandığı kurumun yetkili adminidir. Kurumuna ait veri girişi kullanıcı tanımlamalarını yapar, sorumlusu oldukları gösterge faaliyetlerini görür. Kuruma bağlı Taşra/Merkez teşkilatlarının veri girişlerini görebilmektedir.

Veri Giriş Uzmanı Kullanıcısı, tüm kurumlar için aynıdır. Sistemde tanımlandığı kendisine tanımlanan faaliyetleri ve göstergeleri görür, belirlenen gösterge ve faaliyetlere veri girişi yapabilmektedir.

Merkez / Taşra Veri Giriş Uzmanı Kullanıcısı, kendi kurum/ kuruluşuna bağlı göstergelerinin merkez/ taşra (81 il) verisini girebilecek şekilde geliştirme çalışmaları devam etmektedir.

11.1.16. e-Rapor Sistemi

e-Rapor sistemi Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarınca verilen tüm raporların elektronik ortamda, e-izmalı olarak verilmesini sağlamak amacıyla Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünce geliştirilmekte olan sistemdir. Sağlık kuruluşlarımızda oluşan raporlar ilgili kurum ve kuruluşlarla

online ortamda ilgili mevzuat çerçevesinde paylaşılmaktadır. Vatandaşlarımız, kendilerine ait raporlara e-Nabız ve e-Devlet Kapısı üzerinden erişebilmektedir.



e-Rapor Sistemindeki Rapor Modülleri



e-Rapor Sistemi Kazanımları



e-Rapor Sistemi Entegrasyonları

11.1.17. Teleradyoloji Sistemi

Teleradyoloji Sistemi Sağlık tesislerindeki tetkiklerin, tıbbi görüntü verilerinin, radyolojik raporların ve klinik dokümanların uluslararası standartlarda bakanlığımıza ait sunucularda saklanması ve lokasyon bağımsız olarak farklı sağlık tesislerinden bunlara ulaşılması amacıyla Teleradyoloji Sistemi kurularak hizmete sunulmuştur. Hali hazırda sisteme 2077 hastanenin entegrasyonu sağlanmış olup veri aktarım süreci devam etmektedir. Teleradyoloji kullanımıyla hekimler sağlık tesisi içinden ve/veya dışından üretilen tüm raporlara, radyolojik görüntülere ve dokümanlara erişebildiği gibi, radyoloji uzmanları da sağlık tesislerine görüntü değerlendirme raporu yazabilmekte ve çevrimiçi konsültasyon yapabilmektedir.

e-Nabız sistemine entegre olan Teleradyoloji Uygulaması ile hekimler kendilerine başvuran hastaların tıbbi görüntülerini, bu görüntülere yazılmış raporları görebilmekte, meslektaşlarıyla anlık olarak online (çevrimiçi) fikir alışverişinde bulunabilmekte, görüntü ve sesli olarak aynı radyolojik görüntü üzerinde birlikte raporlama yapabilmektedir. Teleradyoloji Uygulamasında 2 Eylül 2019 itibarıyla mükerrer tetkik sorgulama servisi devreye alınmıştır. Bu kapsamda klinisyenlere radyolojik görüntü isteminde bulunmadan önce ilgili hastaya ait son 1 yıl içerisinde aynı kapsamda çekilmiş olan radyolojik görüntüleri ve görüntülere ait radyoloji raporları sunulmaktadır. Bu servis sayesinde hem gereksiz çekimlerin önüne geçilmiş hem de hastaların fazla radyasyon almaları engellenmiştir.

Proje kapsamında sahadaki personelin ve kurumdaki ilgili kişilerin hastanelerdeki veri gönderimini takip edebilecekleri Sistem Takip Modülü hazırlanmıştır. <https://stm.teletip.saglik.gov.tr/> linkinden kullanıcı adı ve şifresi ile giriş yapılabilmektedir.

Radyologların rapor yazabildiği ve klinisyenlerin yazılan raporları görüntüleyebildiği platforma <https://teletip.saglik.gov.tr> adresi üzerinden ulaşılabilir. Sisteme e-Devlet doğrulama kanalları ile giriş yapan kişinin bilgileri, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi'nden sorgulanıp doğrulandıktan sonra kişi radyolog ise görüntüleme ve rapor yazma yetkisi verilmektedir.

Teleradyoloji Uygulaması kapsamında 2019 yılında Görüntü Tekillliği Kontrolü yapılmaya başlanmıştır. Bu sayede aynı görüntünün faturalanması için daha önce gönderilip gönderilmediği tespit edilmektedir.

Proje kapsamında mamografi görüntülerinde lezyon ve kalsifiye alanların işaretlenmesini sağlayan bir yapay zekâ uygulaması geliştirilmiştir.

Akademik çalışmalar için görüntülerin anonimleştirilerek dış uygulamaların kullanımına sunulacağı bir akademik çalışma platformu altyapısı hazırlanmıştır.

Yapay zekâ uygulamalarında kullanılmak üzere radyolojik görüntülerin etiketlenmesine ve işaretlenmesine olanak sağlayan Görüntü İşaretleme ve Etiketleme uygulaması çalışmaları devam etmektedir.

Teleradyoloji Sistemi kapsamında MGA (Merkezi Görüntü Arşivi) sistemi devreye alınmıştır. Bu kapsamda kaynak ihtiyacı olan hastanelerin talepleri doğrultusunda hastane sunucularında bulunan KOS (Key Object Selection) verisi Teleradyoloji Sistemine gönderilmiş görüntülerin Bakanlık bünyesinde bulunan MGA sunucusuna aktarımı sağlanmaktadır. Bu süreçte hastanelerde yaşanan veri kaybının önüne geçilmesi hedeflenmekte ve ekstra bir kaynak ihtiyacı hâsıl olduğu durumlarda Bakanlık sunucularının kullanımı sağlanmaktadır. Hali hazırda sisteme 167 Kamu Hastanesinin entegrasyonu sağlanmış olup veri aktarım süreci devam etmektedir.

11.2. HSYS Mobil UYGULAMALAR

11.2.1. AŞILA Mobil Uygulaması

Pandemik COVID-19 aşılması için geliştirilmiş ve tüm COVID-19 aşısı yapmaya yetkili kurumlardaki sağlık personeli tarafından kullanılmakta olan mobil uygulamadır.

Uygulama, iOS ve Android platformlarında hem tablet hem de telefon ekranlarına otomatik adapte olabilen ekran tasarımları ile oluşturulmuştur. Uygulama iOS platformunda iOS 11.0 ve üzeri işletim sistemi sürümlerini desteklemektedir. Android platformunda 12 ve üzeri Api seviyelerine sahip işletim sistemi sürümlerini desteklemektedir. Uygulama iOS işletim sistemli telefonlar için Apple Store, Android işletim sistemli telefonlar veya Huawei telefonlar için <https://mobilmarket.saglik.gov.tr/> üzerinden erişilebilir durumdadır.

Uygulama tarafı (İstemci), HSYS nin sağladığı servisleri kullanmaktadır.

Uygulama kullanıcıları Apple Store veya <https://mobilmarket.saglik.gov.tr/> üzerinden kurulum işlemini tamamladıktan sonra, HSYS kullanıcısı hekimler “Hekim Girişi”nden T.C. Kimlik Numarası ve HSYS şifresi, aile hekimleri T.C. kimlik numarası ve e-Nabız veri gönderim şifresi ve hekimlerin uygulamaya ekledikleri yardımcı sağlık personeli cep telefonu ve SMS şifresi ile uygulamaya giriş yapabilmektedir.

Uygulama üzerinde bulunan menüler;

Aşı Uygula: Aşı olacak olan kişinin aşı kaydı yapılır.

Aşı Takvimi Yaklaşanlar: Aşıla uygulaması ile 1.doz aşısı uygulanmış henüz 2.doz aşısı uygulanmamış kişilerin takibi sağlanır.

Randevularım: Aşıla uygulaması ile aile hekimi ve hekim kullanıcıları kendi üzerine atanmış randevuları, sağlık personelleri ise kendisine yetki tanımlayan hekimlerin randevularını listeyebilir.

Popülasyon: Aşıla uygulaması ile aile hekimi kullanıcılarının sorumluluklarında olan aşı uygulanacak kişilerin takibi sağlanır.

Aşı Ekibimi Oluştur: Aşıla uygulaması ile aile hekimi ve hekim kullanıcıları sağlık personellerine uygulamaya giriş yetkisi verebilir.

Aşının İptal/Zayı İşlemi: Aşı kaydetme işlemi sisteme işlenmiş olmasına rağmen fiziki olarak gerçekleştirilemediği durumlarda iptal/zayı işlemi bildirim saatinden itibaren 1 saate kadar yapılabilecektir.

Kullanıcılar yetkilerine göre modüllere erişebilmektedir.

Aile Hekimi girişi yapan kullanıcılar Ana Sayfada;

Aşı Uygula

Aşı Takvimi Yaklaşanlar

Randevularım

Popülasyon

Aşı Ekibimi Oluştur

Hekim girişi yapan kullanıcılar Ana Sayfada;

Aşı Uygula

Randevularım

Aşı Ekibimi Oluştur

Sağlık Personeli girişi yapan kullanıcılar Ana Sayfada

Aşı Uygula

Randevularım

11.2.2. Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS) Mobil Uygulaması

HSYS’de izolasyona alınan vaka ve temaslıların evlerine gidilerek filyasyonu yapılmakta olup filaysyon ekiplerinin işlemlerini kolayca yapılabilmesi için geliştirilen mobil uygulamadır.

Uygulama, iOS ve Android platformlarında hem tablet hem de telefon ekranlarına otomatik adapte olabilen ekran tasarımları ile oluşturulmuştur. Uygulama iOS platformunda iOS 11.0 ve üzeri

işletim sistemi sürümlerini desteklemektedir. Android platformunda 12 ve üzeri Api seviyelerine sahip işletim sistemi sürümlerini desteklemektedir. Uygulama Apple Store ve Google Play üzerinden erişilebilir durumdadır. Uygulama tarafı (İstemci), HSYS nin sağladığı servisleri kullanmaktadır.

Uygulama kullanıcıları Apple Store veya Google Play marketleri üzerinden kurulum işlemini tamamladıktan sonra, T.C. Kimlik Numarası veya HSYS’ de kayıtlı bulunan cep telefon numarası ve HSYS şifresi ile uygulamaya giriş yapabilmektedir.

Uygulama Kullanıcıları HSYS de tanımlı rolüne bağlı olarak, Filyasyon Modülü, İzlem Modülü ve Toplumsal Tarama Modüllerine erişim sağlamaktadır.

Uygulamada bulunan Filyasyon Modülü ile pozitif vakaların temasta bulunduğu kişileri tespit etmek ve temaslı kişilerin filyasyon yaparak bilgilere ulaşılmaktadır. Filyasyon ekipleri kendi konumuna en yakın noktada olan pozitif vakaları, bu vakaların temaslılarının girişlerini sistem üzerinde gerçekleştirir.

İzlem Modülü ile hastane izlem süreci devam eden vakaların, günlük olarak izlem süreçleri yapılmaktadır.

Toplumsal Tarama Modülü ile Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ülke genelinde yeni tip koronavirüse (COVID-19) yönelik başlatılan Toplum Tarama Çalışması mobil uygulama ile gerçekleştirilebilmektedir.

Uygulamada yer alan modüllerde vakaların bağlı olduğu aile hekimi detay bilgilerinin gösterimi sağlanmaktadır.

Uygulama üzerinden filyasyon işlemi yapılacak vakalara işlem yapılmadan önce, sistemde kayıtlı cep telefonu kaydına Ziyaret Bilgi SMS’i gönderilebilmesi sağlanmaktadır.

Uygulama üzerinden işlem yapılan vakaların sistemde kayıtlı cep telefonu numaralarına onay SMS’i gönderilerek, SMS onay kodu doğrulaması yapılmaktadır.

Uygulama güncelleme işlemlerinden kullanıcıların haberdar olması için, FireBase altyapısı kullanılmaktadır. FİTAS’ın yüklü olduğu, bildirim almayı kabul etmiş cihazlara anlık olarak kullanıcı bazlı veya toplu olarak bildirim gönderilebilmektedir.

Uygulama, Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardaki personeli filyasyon ekipleri tarafından kullanılmaktadır.

11.3. AHBS VE HBYS’LERDE BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMALARI

Sağlık kurum ve kuruluşlarında tanı konulan ve bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar kapsamında olan vakalara ilişkin ihbar ve bildirimlerin Genel Müdürlüğümüzce öngörülen standartlar dahilinde e-Nabız Sistemine anlık olarak bildirim yapılması zorunluluğu vardır.

Bu zorunluluk kapsamında; bulaşıcı hastalık bildirimlerinin standart hale getirilmesi ve zamanında bildirim sağlanabilmesi için sistemlerde (AHBS/HBYS) kullanılan bulaşıcı hastalık bildirim ekranı ve bildirim mekanizmaları ile ilgili standartlar (ekran formatları, iş kuralları, bildirim algoritması, BZBH tanı kodları listesi) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü web sitesinde duyurular kısmında yayınlanmıştır.

<http://www.e-saglik.gov.tr/TR.6138/sagliknet-online.html>

Standarda uygun hazırlanmış Bulaşıcı Hastalık Bildirim ekran örneği.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan bilgi yönetim sistemindeki (AHBS/HBYS) muayene ekranında hasta için seçilen tanı “bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık” (BZBH) kapsamında ise, sistemlerde mevcut olan bulaşıcı hastalık bildirim ekranı açılır.

Bildirim ekranındaki hasta kimlik bilgileri, adres bilgileri, iletişim bilgileri hasta özlük bilgileri içerisinde mevcut olduğundan sistem tarafından otomatik olarak dolu getirilir. Hastalık adı ve tanı kodu ise muayene ekranından getirilir.

Bildirim ekranındaki zorunlu alanların doldurulması ve bilgilerin kayıt edilmesinin ardından bildirimler “Bulaşıcı Hastalık Bildirim Veri Seti” aracılığı ile Sağlık.Net-Online’a elektronik ortamda aynı gün içinde gönderilir.

Hastanelerde bu veri gönderiminin yanı sıra tüm bulaşıcı hastalık bildirimleri kurum sürveyans sorumlularının ekranında günlük olarak listelenir, sürveyans sorumlusunun kontrolünden sonra Form-014 formatında çıktı üretilir ve bu formlar kurumun bağlı bulunduğu ilçedeki TSM’ye günlük olarak gönderilir.

EK-1

... / ... / 20...

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Form No : 014

**BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR
BİLDİRİM FORMU**
(U. Hfzssshha Kanunu Mad. 57-64)

BİLDİRİM YAPAN KURUM

İL: _____ ADI: _____
İLÇESİ: _____ SOYADI: _____
KURUM ADI: _____ ÜNVANI: _____

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		KAYITLI İKAMET ADRESİ	
T.C. KİMLİK NO		İL	
ADI		İLÇE	
SOYADI		BUCAK	
BABA ADI		KÖY	
CİNSİYETİ		MAHALLE	
DOĞUM TARİHİ		CSEM (ca. 29. Bv. Mayıs)	
DOĞUM YERİ		DİŞ KAPI NO	
MESLEĞİ		İÇ KAPI NO	

HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
HASTALIK ADI		ADRES TİPİ	
HASTALIK KODU		İL	
VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Şüpheli Vaka <input checked="" type="checkbox"/> Olası Vaka <input type="checkbox"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ	... / ... / 20...	BUCAK	
VAKA DURUMU	<input checked="" type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSEM (ca. 29. Bv. Mayıs)	
		DİŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		İRTİBAT TELEFONU	

BİTİŞ

Bu şekilde TSM'ye gelen Form-014'ler, TSİM'de mevcut olan Form-014 ve Form-014D veri giriş ekranlarına günlük olarak işlenir.

BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR BİLDİRİM FORMU (FORM 014) - (TSM0049)

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

BİLDİRİM TARİHİ 24/03/2016

BİLDİRİM YAPAN KURUM

KURUM TİPİ HASTANE TSM/VSÖ ÖZEL TIP MERKEZİ/POLİKLİNİK/BUYÜNEHNE

İL **S** ANKARA İLÇE _____

KURUM _____

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ

Manuel Giriş T.C. Vatandaşı Yabancı Uyruklu

T.C. KİMLİK NO _____ PASAPORT NO _____

ADI _____

SOYADI _____

BABA ADI _____

CİNSİYETİ Erkek Kadın

DOĞUM TARİHİ _____

DOĞUM YERİ _____

MESLEĞİ _____

HASTALIK DURUMU

HASTALIK _____

VAKA TİPİ Şüpheli Vaka Olası Vaka Kesin Vaka

BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ _____

VAKA DURUMU Sağ Ölü

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

ADI SOYADI _____

UNVANI _____

BRANŞI _____

KAYITLI İKAMET ADRESİ

İL _____

İLÇE _____

BUCAK _____

KÖY _____

MAHALLE _____

CSEM _____

DİŞ KAPI NO _____

İÇ KAPI NO _____

BEYAN ADRESİ

ADRES TİPİ _____

İL _____

İLÇE _____

BUCAK _____

KÖY _____

MAHALLE _____

CSEM _____

DİŞ KAPI NO _____

İÇ KAPI NO _____

İRTİBAT TELEFONU _____

Formu atandıktan sonra P/B takip için videoya yüklenmelidir.

KOVİM formu atandıktan sonra doldurulması zorunlu atandıktan.

TSİM – Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Bildirim Formu kayıt ekranı

(Dipnot: Aile Hekimleri tarafından tanı konulan bulaşıcı hastalık bildirimleri raporlanmak üzere Sağlık.Net-Online'den TSİM'e aktarımı sistem tarafından otomatik olarak yapılır.)

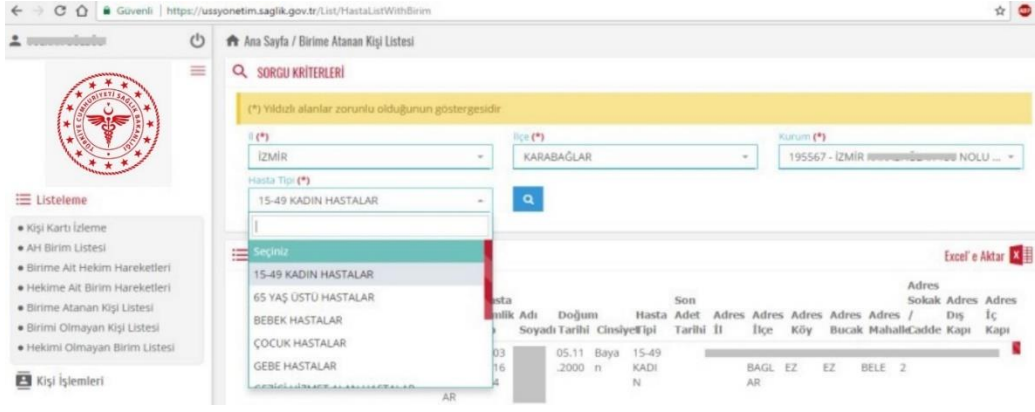
11.4. İZLEME DEĞERLENDİRME BİLİŞİM SENARYOSU

1. İzlem ve değerlendirme çalışmaları için; dönem içerisinde aşı ve izlem yapılmış ve yapılması gereken, gebelik bildirim, gebe izlem, lohusa izlem, 15-49 izlem yapılmış ve yapılması gereken, idarenin belirlediği sayıda örnek hasta grupları yönetim web aracılığıyla tespit edilir.
2. Seçilen vatandaşlar aile hekiminin kullandığı uygulama (AHBS) üzerinden bulunarak girilen verilerin merkez ile uyumluluğu kontrol edilir. (AHBS uygulamasına hâkim olunmadığı durumlarda aile hekiminden yardım alınır)
 - a. AHBS uygulaması üzerindeki aşının yapılma tarihi, vatandaşın yönetim web uygulamasında görüntülenen kişi kartında yer alan aşının yapılma tarihi ile örtüşüyor mu kontrolü yapılır.
 - b. AHBS uygulaması üzerindeki bebek- çocuk izlem tarihi, vatandaşın yönetim web uygulamasında görüntülenen kişi kartında yer alan bebek- çocuk izlem tarihi ile örtüşüyor mu kontrolü yapılır.
 - c. Bebek – çocuk izlem ekranlarından girişi yapılan, NTP, hemoglobun miktarı, demir desteği, işitme tarama, görme taraması verilerinin, vatandaşın yönetim web uygulamasında görüntülenen kişi kartında yer alan bilgiler ile örtüşüyor mu? kontrolü yapılır.
 - d. AHBS uygulaması üzerindeki gebelik bildirim ve son adet tarihi, vatandaşın yönetim web uygulamasında görüntülenen kişi kartında yer alan gebelik bildirim ve son adet tarihi ile örtüşüyor mu kontrolü yapılır.
 - e. AHBS uygulaması üzerindeki lohusa izlem tarihi, vatandaşın yönetim web uygulamasında görüntülenen kişi kartında yer alan lohusa izlem tarihi ile örtüşüyor mu kontrolü yapılır.
 - f. AHBS uygulamasında muayene içerisinde bildirim zorunlu tanı girişi yapıldığında bildirim ekranının açılıyor mu, açılan ekran standartları karşılıyor mu kontrolü yapılır.
 - g. KDS e-Nabız raporlarında yer alan BZBH rapor sayfasındaki BZBH muayene sayıları ve BZBH bildirim sayıları karşılaştırılır. Bu işlemde önemli olan husus: “Muayenedeki BZBH Sayısı” ile “Toplam bildirim sayısı” sütunlarındaki değerlerin eşit olmasıdır. Bu iki rakam arasındaki fark bize tanı konulan BZBH vakalarına ait bildirimlerin gönderim oranını göstermektedir.
3. Yukarıdaki maddelerde yer alan kontrollerin vatandaşlara da ulaşılarak teyit edilmesi.
4. Doğru aşı uygulamaları ve ATS kullanımı kapsamında bilgisayar/yazıcı donanımları ve karekod okuyucu var mı? ATS stoku ile dolaptaki Hepatit-B stoku tutarlı mı? ATS stoku ile dolaptaki 5'li karma stoku tutarlı mı? Dolap GBP'ye uygun mu? USIKC- donma göstergesi var mı? Kullanılan bilişim sistemi ile ATS uyumundan memnun musunuz? Aşılar uygun yerleştirilmiş mi? Çağrı merkezinden arama süresi ile dolaba gitme süreleri yeterli mi? sorularının da cevapları aranır.

Test senaryosu için gerekli bilgiler:

Nüfus Detay Listesi nasıl alınır?

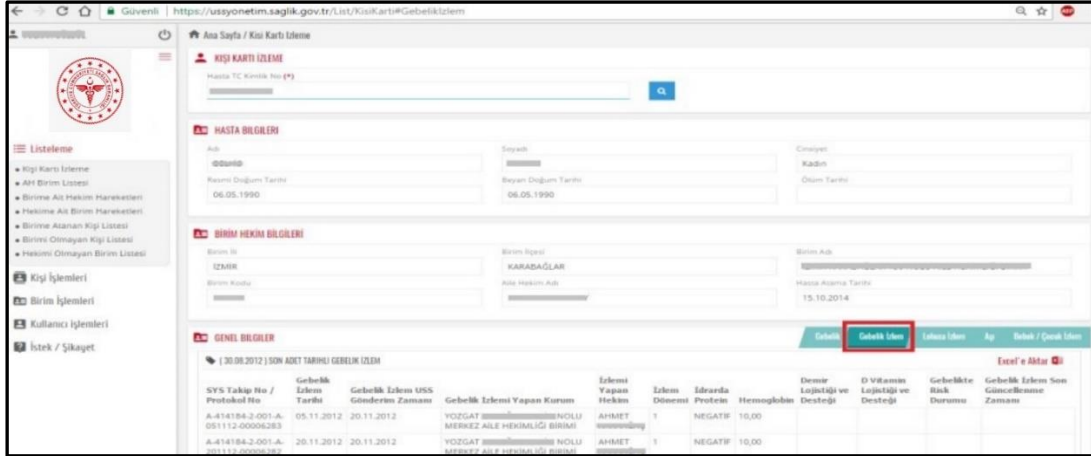
- <https://yonetim.enabiz.gov.tr/> Adresinden yönetim web uygulamasına giriş yapılır. (Kullanıcı tanımlamaları bağlı olunan İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki il admini tarafından yapılmaktadır. İşlemlerin hızlandırması ve kolaylaştırması adına, izleme değerlendirme ekip başkanına da söz konusu ekranları görüntüleyebileceği yetkilere sahip kullanıcı tanımlanması önerilmektedir)
- Listeleme menüsü altında yer alan birime atanan kişi listesi raporlama ekranına ulaşılır,
- Arama kriterlerinden il, ilçe ve kurum bilgisi seçilir,
- Hasta tipi kriterlerinden istenilen nüfus grubu seçilir, listelenen nüfus grubu excele aktar bölümüne tıklanarak veriler excel formatında kaydedilebilir.



Yönetim web- Nüfus detay

Kişi sağlık kayıtlarındaki (Gebe, Bebek, Çocuk izlem – Aşı kaydı) vb. detaylara nasıl ulaşılır?

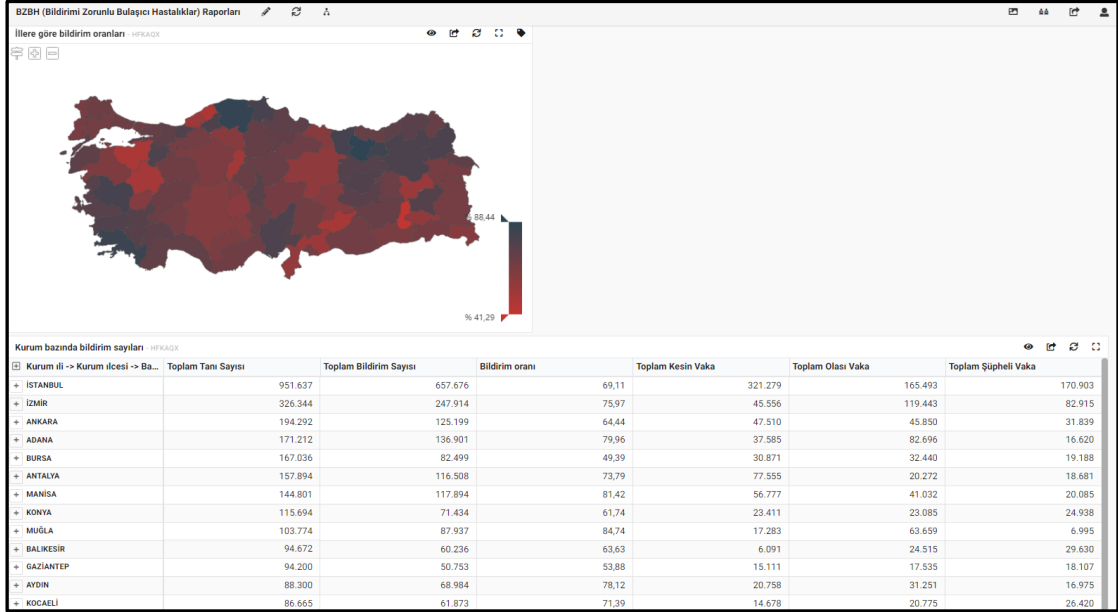
- <https://yonetim.enabiz.gov.tr/> Adresinden yönetim web uygulamasına giriş yapılır. Kullanıcı tanımlamaları bağlı bulunan İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki il admini tarafından yapılmaktadır. İşlemlerin hızlandırması ve kolaylaştırması adına, izleme değerlendirme ekip başkanına da söz konusu ekranları görüntüleyebileceği yetkilere sahip kullanıcı tanımlanması önerilmektedir.
- Listeleme menüsü altında yer alan kişi kartı izleme bölümü seçilir,
- Sorgulama yapılacak kişinin (gebe, bebek, çocuk vb.) TC kimlik numarası yazılarak sorgulama yapılır,
- Sorgulama sonunda kişinin sağlık kayıtlarına (gebelik, gebe izlem, aşı, bebek çocuk izlem) ulaşılır, excel e aktar bölümüne tıklanarak veriler excel formatında kaydedilebilir.



Yönetim web- Kişi Sağlık Kayıtları

Bulaşıcı hastalık bildirim raporlarına nasıl ulaşılır?

- <https://sina.saglik.gov.tr/> adresinden SİNA raporlama sayfasına giriş yapılır.
- BZBH Raporlarına girilir.
- Açılan raporda kullanıcı yetki alanına giren il/ilçe/kurum düzeyinde tanı alan BZBH vaka sayıları görüntülenir.
- Bu raporda BZBH tanısı ile gönderilen muayene sayıları ve aynı tanı için gönderilen bildirim sayıları, içinde bulunulan ay verilerini kapsayacak şekilde gösterilir (Filtrelerden yapılacak seçimle geçmiş dönemlere ait bildirim ve muayene sayıları getirilebilir).
- “Bulaşıcı Hastalık Bildim Veri Seti” ile gönderilen BZBH bildirimleri; satırda “tanı adı” başlığı altında, sütunda ise “Şüpheli vaka /Olası vaka /Kesin vaka/Toplam bildirim” başlıklarında detaylandırılır.
- Tablodaki açık mavi rakamlara tıkladığında rakamı oluşturan vakalara ait detay bilgileri ayrı bir pencerede gösterilir.



SİNA BZBH Raporları

BÖLÜM XII İLETİŞİM, EKİP ÇALIŞMASI, ÇATIŞMA YÖNETİMİ

12.1. KİŞİLER ARASI İLETİŞİM

İletişim, Latince bir kelime olan “Communicare” fiilinden gelmektedir. Kelime anlamı ise “ortak kılma”dır. Dilimizde komünikasyon, haberleşme veya bildirişim sözcükleriyle de tanımlanır. Düşünce, bilgi ve görüşlerin konuşma, yazı ve resim gibi semboller kullanılarak paylaşımı ve aktarımıdır. Toplumsal bir varlık olan insanın yaşamı incelendiğinde, kişilerarası ilişkiler üzerine kurulu olduğu görülmektedir. İnsan, çevresindeki diğer insanlarla sürekli iletişim ve etkileşim içindedir. İletişim sürekli bir olgudur, iki insan birbirinin farkına vardığı andan itibaren başlar. Bu, kişilerarası iletişimin en temel ilkesidir.

İki insan, birbirlerinin varlığının farkında ise davranışları mesaj değeri içerir ve iletişim yaşanır. Kişilerarası iletişim için konuşmak veya susmak, hareket etmek veya etmemek aynı derecede mesaj değeri taşımaktadır. Örneğin, dargın olduğunuz bir arkadaşınızla karşılaştığınızda onunla konuşmamanız, o durumda iletişim olmadığı anlamına gelmez. Kızgın olduğunuz ve konuşmak istemediğiniz mesajını verir. Birbirimizin farkında olduğumuz sürece iletişim kurmamak söz konusu değildir. Konuşmayı reddetmek de bir iletişim mesajıdır ve önemli bir mesajdır. Toplum içerisinde yüklenen sorumluluklar, roller ve görevler insanlarla iletişim kurma zorunluluğunu beraberinde getirmektedir. Önemli olan “etkili iletişimi” sağlamaktır. Etkili iletişim, iletilmek istenen mesajı karşıdaki kişiye amaçlanan biçimde iletmek, isteneni elde etmek ve beklenen tepkiyi oluşturmaktır. Daha sade bir ifade ile “anlaşmak”tır.

İletilmek istenen mesajlar karşıdaki kişiye her zaman amaçlanan biçimde iletilemeyebilir. Bunun en önemli nedenlerinden biri algı faktörüdür. Algılama, kişinin geçmiş yaşantısından, gelecekle ilgili beklentilerinden ve o andaki duygu ve düşüncelerinden etkilenen, kişiye özgü bir süreçtir. Her insanın bakış açısı ya da diğer bir deyişle kamerası birbirinden farklıdır.

Farklı algılamaya zihin filtreleri yol açar. Bu filtreler arasında kişilik, değerler, inançlar, deneyimler, ihtiyaçlar, beklentiler ve ruh hali sayılabilir. Kişilerarası iletişimde algı farklılıkları ve bunların yarattığı sorunlarla sık sık karşılaşılmaktadır. Bu sorunları ilişkilere zarar vermeyecek düzeye indirmek için, kişinin hem kendi algısını hem de karşıdakinin algısını netleştirmeye çalışarak, sözcüklerin ötesindeki süreci yakalayabilmesi önemlidir. Sonuç olarak etkili iletişimde, algının belirleyici bir faktör olduğunu bilerek iletişim sürecini başlatmak, sürecin doğru işlemesi açısından büyük önem taşır.

12.1.1. İletişimde Anlaşmayı Kolaylaştıran Özellikler

İnsanlar arası iletişim temel olarak duygu ve düşünce alışverişini yürütme düzenleridir. Burada ana öğe “anlatmaktır”. Kişilerin anlatma eylemlerinin iletişim açısından amacı ise “anlaşılmasıdır”. İletişimde, kişilerarası anlaşmaya zemin hazırlayacak ve anlaşmayı kolaylaştıracak bazı özellikler vardır. Bu özellikleri bilmek ve uygulamak iletişim sürecini doğru yönetmek açısından kolaylık sağlar.

İletişimde İlk Dakika Önemlidir:

İletişimin özellikle ilk 30 saniyesi olumlu ve olumsuz etkiler bırakması bakımından son derece önemlidir. Karşı karşıya gelen iki kişi arasındaki ilk etkileşim, iletişim sürecinin önemli bir belirleyicisidir. Bu etkiyi yaratan faktörler, kişinin giyiminden, beden dilinden, kullandığı kelimelere kadar geniş bir dağılım gösterir. İlk izlenimin oluşturduğu yargı iletişim biçiminde önemli rol oynar. İlk izlenim olumlu ise sürecin olumlu yönde devam etmesi kolaylaşır. Bu nedenle ilk dakikaların iyi değerlendirilmesi gerekir.

İletişim Sadece Bir Bilgi Alışverişi Değildir:

Bilgilenmek ve öğrenmek “anlamak” için yeterli değildir. Kelimelerin sözlük anlamlarını ya da kişide çağrıştırdıkları anlamları, kişinin eylem biçimleri ile birlikte değerlendirmek için doğru ve etkili iletişime ihtiyaç vardır. Örneğin; aile hekiminin hastaya hoş geldiniz dememesi bile hastanın ilgisini azaltarak hekime yetersiz bilgi vermesine ve tedavi uyumsuzluğuna neden olabilir.

İletişim Kişiyeye Değil Kişiyeye Yapılır:

İletişim başka bir kişiyeye yapılandırılan bir süreçtir. İki kişinin aynı fizik ortamda bulunmaları etkili iletişimi sağlamak için yeterli değildir, iki tarafın da iletişime açık olması gerekir. Eğer alıcı kişi hazır değilse, iletişim yolu tıkanır. Bu nedenle bir iletişimin başarılı olması ve amacına ulaşabilmesi için iletişim becerilerinin yanı sıra, şu soruların cevaplarının verilmesi yerinde olur.

- Ne söylemek istiyorum?
- Ne zaman söylersem, karşıdaki kişinin iletişim kanalları açık olur?
- Nerede-hangi ortamda-iletişimi başlatırsam yerinde olur?

İletişim Bir Bütündür:

İletişimi kelimeler, eller, gözler gibi bütünlüğünde soyutlayarak süreçteki bir kesite bakarak değerlendirmeye çalışmak bizi yanıltabilir. Doğru değerlendirme yapabilmek için beden dili, sözcükler, ses tonu birlikte değerlendirilmelidir.

12.1.2. İletişim Becerileri

Sözsüz İletişim

Yüz ifadesi

Göz teması

Jestler, mimikler

Oturma biçimi

Duruş, yöneliş

Mesafe (alan)

Dokunma

Sözlü İletişim

Dış görünüş (kıyafet)

Dilin kullanımı

Sesin kullanımı

Etkin dinleme becerisi

Empati kurma becerisi

İletişim; doğuştan gelen bir yetenek değil, kazanılan bir beceridir. Kişilerarası iletişim becerilerini bilmek, etkili iletişimi sağlamak için gereklidir. İletişim becerileri, sözsüz ve sözlü olarak ikiye ayrılabilir.

12.1.2.1. Sözsüz İletişim (Beden Dili)

İnsanlar ilk olarak beden dili ile iletişime geçerler. Bedensel tepkiler kendiliğindedir. İç dünyayı doğrudan yansıtır ve kontrolü güçtür. Sözlü mesajlar, sözsüz mesajlara göre (beden dili) daha kontrol edilebilir ve kasıtlıdır. Beden dili insanları etkilemede çok önemlidir. Çünkü sözcükler sınırlıdır ve karmaşık mesajları göndermede yardımcı olacak ayrı bir kanala ihtiyaç vardır.

Beden dili aşağıdaki öğeleri içerir:

- Yüz ifadesi
- Göz teması
- Jestler, mimikler
- Oturma biçimi
- Yöneliş, duruş
- Mesafe (alan)
- Dokunma

- Dış görünüş

Yüz İfadesi

Mümkün olduğu kadar sıcak ve dostça tebessüm edilmeli, donuk ve ifadesiz görünmekten kaçınılmalıdır.

Göz Teması

Gözler sözlere dökülmeyen mesajların aktarımında önemli bir kanaldır. Katılımcıların inanıp inanmadıkları, ilgilenip ilgilenmedikleri, söylenenlerin anlaşılıp anlaşılmadığı göz teması ile anlaşılabilir. Ayrıca göz teması kurulduğunda kişiler kendileri ile ilgilenildiği, önemsendikleri ve kabul gördükleri izlenimi edinirler. İnsanlarla onları rahatsız etmeyecek ölçüde, ancak mümkün olduğu kadar çok göz teması kurulmalıdır.

Jest ve Mimikler

Herhangi bir şeyi açıklamak için genellikle el, kol ve baş ile yapılan içgüdüsel veya iradeli hareketlere jest, yüz kaslarının anlatım amaçlı kullanımına mimik denir. Jest ve mimikler, düşünce ve duygularımızı destekleyen, onları somutlaştıran hareketlerimizdir. Jest ve mimikleri kullanmadan etkili bir konuşma yapmak mümkün değildir. Jestler ve mimikler aşırıya kaçmadan kullanılmalıdır. İletişim halindeyken ellerin cepte olması, kolların kavuşturulması, ellerle ağzın kapatılması, elin tersinin gösterilmesi, işaret parmağıyla gösterme gibi jestler kullanılmaması gereken jestlerdir.

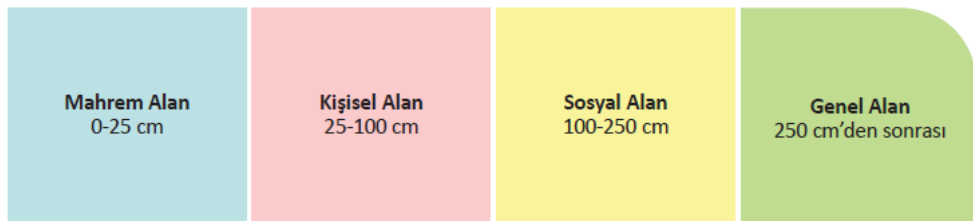
Oturma Biçimi

Dik oturma, canlılık, enerji ve kendine güven, omuzlar çökük bir oturma biçimi ise azalmış enerji ve çekingenlik ifadesi olarak değerlendirilir. İletişim halindeyken, konuşurken ve etkin dinleme yaparken hafifçe öne doğru eğilmek ilginizi göstermenin bir yoludur. Oturma biçiminin yanı sıra, oturma düzeni de önemlidir. İş birliği amacıyla kurulan bir ilişkide uygun olan, 90 derecelik açıyla oturmaktır. Böylece kişi karşısındakini, sorunu birlikte çözeceği biri olarak algılayacaktır. Yine yüz yüze oturma düzeni, kişilerarası dostça ilişki kurulmasını, göz temasını ve bireyin kendini rahat hissetmesini sağlar.

Duruş ve Yöneliş

Vücudun genel duruşu da o anki ruhsal durumumuz hakkında ipuçları vermektedir. Örneğin kamburun çıkarılmadığı, dik ve dengeli bir duruş; kişinin özgüvenli, fiziksel ve ruhsal anlamda sağlıklı ve dinç olduğu etkisini bırakır. Omuzların düşük olduğu, vücut ağırlığının önde toplandığı, başın öne düştüğü duruş karamsarlık ve çekingenliği temsil etmektedir. İletişim halindeyken konuşan kişiye dönülmelidir. Sadece yüz olarak değil gövdemiz karşımızdaki kişiye dönük olmalıdır.

Mesafe (Alan)



İletişimde kişiler arası mesafenin iyi ayarlanması gerekir.

Mahrem Alan: Her insanın bir psikolojik korunma sınırı vardır. Buna mahrem alan denir. 0-25 cm'lik alana sadece özel duygusal ilişkimiz olan insanları alırız. Bunlar ailemiz, çok az sayıdaki yakın arkadaşlarımızdır. Kişisel alanın istenmeyen kişiler tarafından aşılması rahatsızlık verir.

Kişisel Alan: İşyerinde, davetlerde birbirlerini tanıyan ve arkadaş kabul eden kimseler bu alanın içine girerler.

Sosyal Alan: Alışveriş ettiğiniz yerlerdeki satış görevlileri, kat görevlileri, eve gelen tamirciler, uzaktan tanıdığınız kişiler bu mesafeye girerler.

Genel Alan: Otobüs durakları, tren istasyonları, büyük otellerin lobileri gibi topluma açık yerlerdeki birbirini tanımayan insanların korumaya özen gösterdiği mesafedir.

Dokunma

Kişilere izin alındıktan sonra dokunulmalıdır. İnançlar, değerler, statü farkı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Dış Görünüş: Grup normlarına, toplumsal rol ve statüye uygun giyinilmelidir. Kendinize gösterdiğiniz özen, kendinize verdiğiniz değerini ifade eder.

Beden Dilini yorumlarken;

Beden dilinde anlık bir görüntüye bakarak karar vermek her zaman sağlıklı sonuçlar vermeyebilir. Çünkü her zaman aynı davranış aynı anlama gelmeyebilir. Bütün beden dili sinyallerinde tek bir harekete bağlı olarak kesin yargıya varmak güçtür. Beden dili sinyalleri yorumlanırken diğer iletişim kanallarından (şayet varsa) teyit alınmalıdır.

Kültürün Beden Diline Etkisi

Kültür, tarih boyunca insanın doğayla ve insanla ortaya çıkmış problemlerinin ve zorlanmalarının çözüm biçimidir. Bir başka açıdan gittikçe karmaşıklaşan yaşamla başa çıkabilmesi için insanın bilgiyi kodlama modelidir. Kodlanan bilgi iletişim araçlarıyla aktarılıp, paylaşıldığı için, kültür ve iletişim birbirleriyle iç içedir. Farklı kültür gruplarına girdikçe sözsüz iletişim mesajlarının ayrıntılarını değerlendirmek zorlaşır. İletişim kurulan kişilerle kültürümüzdeki ortak özellikler ne kadar fazlaysa, birbirlerinin beden dilini anlamaları da o kadar kolaylaşır.

12.1.2.2. Sözlü İletişim

Yüz yüze karşılıklı görüşmeler, toplantılar, konferanslar ve telefon görüşmeleri sözel iletişim kurulan durumlardır. Sözel iletişimde sesin doğru kullanımı ve etkin dinleme önemlidir.

Dilin Kullanımı

İletişim halindeyken kısa, net ve dolaysız cümleler kurulmalı, akıcı ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Yeni tıbbi terimler mutlaka açıklanmalı, her dilde yaygın olan “eeee”, “ıııı”, “şeyyyy” gibi anlamsız seslerden kaçınılmalı, “tamam”, “evet”, “falan”, “yani”, “hani” gibi tekrarlanan ifadeler kullanılmamalıdır.

Konuşma hızı da dilin kullanımında önemli bir parametredir. Çok hızlı konuşulduğunda karşı taraf takip etmekte güçlük çekebilir, çok yavaş konuşulduğunda ise dikkatleri dağılır.

Sesin Kullanımı

Konuşmada sesin duyguları ve düşünceleri belirtmeye yarayan özelliğine “ton” denir. İçinde bulunulan duygu durumu sese yansıtılmadan konuşulduğunda monoton konuşma gerçekleşir. Monoton konuşmadaki tekdüzelik dinleyende bıkkınlık yaratır ve dikkatin dağılmasına sebep olur. Bu konuşma üslubu kişi ortaya ne kadar orijinal fikirler koysa da ikna edici olmaktan güçlük çekecektir. Sert ve kesin konuşma biçimi ise çoğunlukla dinleyenlerde savunuculuğa sebep olur ve rahatsızlık doğurur. Ayrıca sesine özür diler gibi bir ton veren kişilerin, karsısındakiler tarafından istekleri kolayca geri çevrilir veya söyledikleri önemsiz olarak görülür.

Sesin yüksek veya alçak oluşu ise “volüm” olarak tanımlanır. Sesin vurgusu ise bir sözcük veya cümlede hece ya da sözcüklerin diğerlerinden ağırlıklı, farklı söylenmesidir. Vurgu konuşmanın anlaşılması ve önemli noktaların belirtilmesi için gereklidir.

Ses tonu, rahatlatmalı, huzur ve güven vermelidir. Çoğunlukla gündelik ilişkilerde canlı, neşeli, enerjik bir ses tonu insanlar üzerinde olumlu etki bırakır. İnsanlar arası ilişkilerde yaşanan en küçük gerginlik, kendini önce ses tonuyla ortaya koyar.

Etkin Dinleme

Dinleme, söylenileni duymak değil ne söylendiğini anlamaya çalışmaktır. Karşımızdakini anlamamanın ilk basamağı iyi bir dinleyici olmaktır. İletişim kurulan kişinin söylediklerine ilgi göstermek, anlatılanların o kişi için taşıdığı anlamın farkına varmak bir beceridir.

Etkin dinleme söylenenleri yorumlamadan, çözüm getirmeden, kişisel tepkiler vermeden, sadece duyguları anlayıp ifade etmektir. Etkin dinlemede, dinlenen kişinin duygu ve düşüncelerinin ne anlama geldiğini anlamaya çalışma ve anlaşılın duygu ve düşünceleri kendi cümlelerimizle karşıdaki kişiye iletme vardır.

Etkin dinleme yapıldığında sorun çözme kolaylaşır, stres azalır, karşı tarafın davranış değişikliğini kabul etmesi ve uygulaması kolaylaşır, olumsuz duygular etkisini yitirir ve karşı taraf da dinlemeye istekli olur, bilgi daha kolay aktarılır.

Empati

Carl Rogers empatiyi; “bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir” şeklinde tanımlamıştır.

Empati kuracak kişi ilk olarak; kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalı, ikinci olarak; o kişinin rolünde kısa süreli kalmalı, daha sonra bu rolden çıkarak kendi yerine geçebilmelidir. Son olarak ise, empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayış, karşıdaki kişiye iletilmelidir (empatik tepki). Karşıdaki kişinin duygu ve düşünceleri doğru anlaşılabilirse bile, eğer anlaşılın ifade edilmezse empati kurma süreci tamamlanmış sayılmaz. Karşımızdaki insanlara beden dilimizi kullanarak ya da sözlü olarak onu anladığımızı ifade ederek empatik tepki verilebilir ancak en doğrusu hem beden dilimizle hem de sözcüklerimizle birlikte geribildirim vermektir. Empati, sadece karşı tarafa yararı olan bir etkinlik değildir. Empati, kuran kişi için de önemlidir.

Yapılan araştırmalarda, liderlik özelliğine sahip kişilerin empati kurma becerilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca empati kurma becerisi ile iş birliği arasında da ilişki vardır. Empatinin kişilerarası iletişimi kolaylaştırıcı özelliği bilindiği için, empati becerilerini artırmak amacıyla çeşitli meslek gruplarına empati eğitimi verilmektedir. Örneğin, hekimlere, hekim adaylarına, hemşirelere, ticaretle uğraşanlara, hatta satış elemanlarına, öğretmenlere, sosyal çalışmacılara, psikiyatriklere, psikologlara, danışmanlara empati kurma becerilerini artırmak amacıyla eğitim verilmektedir. Araştırmalara göre empatinin, kendini açma, toplumsallaşma, sosyal duyarlılık ve topluma uyum ile pozitif ilişkisi vardır. Yani diğer insanlara kişisel duygu ve düşüncelerini iyi ifade edebilen, topluma uyumlu ve sosyal duyarlılığı yüksek olan kişiler aynı zamanda empati kurma becerisine de sahiptirler. Günlük dilimizde “empati” henüz konuşma dilimize girmemesine karşılık, “sempati” (özdeşim) sözcüğü sıklıkla kullanılmaktadır.

Bir insana sempati duymak demek, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak, onunla birlikte acı çekeriz ya da seviniriz. Empati kurduğumuzda ise karşımızdakinin duygu ve düşüncelerini anlamamız esastır. Kendimizi sempati duyduğumuz kişinin yerine koymamız ve onu anlamamız gerekli değildir; sempatide “yandaş” olmak esastır. Bir insanı “anlamak” başka şeydir, ona “hak vermek” başka şey. Empatide anlamak, sempatide anlamış olalım ya da olmayalım, karşımızdakine hak vermek söz konusudur. Diyelim ki bir

futbol takımını tutuyorsunuz. Aynı takımı tutan kişilere sempati duyarsınız; takımınız kazandığında hep birlikte sevinirsiniz. Fakat bu kişilerin, tuttuğunuz takımla ilgili neler hissettiklerini bilmeyebilirsiniz eğer bilseydiniz, bu kişilere sempati duymanın yanı sıra onlarla empati de kurmuş olurdunuz.

Bir başka örnek; bir ziyafettesiniz ve bir yakınınız, yanında oturan kişinin üzerine yemek döktü. Eğer yakınınızın utandığını fark ederseniz, bu empatidir. Eğer onunla birlikte siz de utanırsanız, sempati duymuş olursunuz. Günlük yaşamda bize yakın, bize sempati duyan yakınlarımızın, zaman zaman da olsa bizimle empati kurmalarını, bizi anlamalarını bekleriz. Çevremizdekiler bize sempati duyduklarında, bir gruba ait olduğumuzu, bizimle empati kurduklarında ise bizi anladıklarını hissederiz.

12.1.3. Etkili İletişimde Sık Kullanılan Teknikler

12.1.3.1. *Ben Dili*

“Ben” dili, kişinin o anda karşılaştığı durum veya davranış karşısında, kişisel tepkisini duygu ve düşüncelerle açıklayan bir ifade tarzıdır. Başkalarıyla ilgili değerlendirme ve yorumlara değil, kişinin kendi duygu ve yaşantılarına vurgusudur. Kendi duygu ve düşüncelerimizi içtenlikle ifade etmemizdir. “Ben” mesajını duyan kişi, karşısındakine ne hissettirdiğini öğrenir ve eğer bu olumsuz bir duyguysa, kendi isteğiyle davranışını değiştirir. Yani davranışın sorumluluğu tümüyle kendisine aittir. Suçlama olmadığı için “ben” mesajı ile gönderilen iletiler, genellikle gönüllü bir farklı davranma çabasına zemin hazırlar. “Ben” dilinin en önemli yanı; “ben böyle hissediyorum ama bu davranışın herkese böyle hissettirmeyebilir” mesajı içerdiğinden kişinin suçlanmadan davranışını gözden geçirmesine olanak tanınmasıdır.

Ben dilinin özellikleri:

- Hissedilenleri ifade eder.
- İyi niyetle iş birliği çağrısıdır.
- Çözüm getirmez, durumu açıklar.
- Güven geliştirir.
- Suçlamaz, yargılamaz.
- Savunmaya itmez.
- Paylaşmaya çağırır.
- Karşıdaki kişide düşünme ve empati yaratır.
- Hisler ve kaygılar açıkça dile getirilir.
- Durum, davranış ve olumsuz duygu belirtilir.
- Kişiliğe saldırı yoktur.

12.1.3.2. *Sen Dili*

Sen mesajı, sen kelimesi ile başlayan cümleler, sen dilidir (Ör: Sen zaten hep yüksek sesle konuşursun). Sen dili kızgınlığın gerçek nedenini açıklamaz. Kişi karşısındakinin neden kızdığını anlayamaz. Sen dili ile gönderilen kızgınlık ifadeleri, davranışa değil, kişiye yönelik açık saldırıdır. Kızgınlığın kişiye yönelik olması kişiyi sarsar, gücendirir, kızdırır, onun karşılık vermesine yol açar. Zamanla kişi içine kapanır iletişimini keser kişi kendisinin sevilmediğini düşünebilir. Onuru kırılan birey, “Ama sen de hatalı davranıyorsun” diyerek karşılık vermeye başlar. O da duygularını sen dili ile ifade etmeye başlar.

Sen dilinin özellikleri:

- Suçlayıcıdır.
- Kusur bulur, yargılayıcı, aşağılayıcı mesajlar taşır.
- İşbirliğinden uzaklaştırır.
- Savunucu ve düşmanca tavırlara neden olur.
- Olumsuzlukları pekiştirir.
- İnsanlar kendilerini kızgın, incinmiş ve değersiz görür
- Değişmeye direnç olur.

- Kişi önemsenmediğini düşünür.
- Kızgınlığı kışkırtır.
- Öç almaya hakkım var düşüncesini doğurur.

Etkili iletişim kurabilmek için ben dili tekniğini kullanarak iletişime geçmeye özen gösterilmelidir.

Bir Örnek:

“Sen” mesajı: “Şu gürültüyü kes artık!”

“Ben” mesajı: “Yüksek sesle konuştuğun için (davranış tanımı), ders çalışmıyorum (belirgin etki), ve bu nedenle sinirleniyorum (duygu).

12.1.3.3. *Sandviç Metodu*

İletişimi olumlu yönde sürdürmemizi sağlayan bir diğer teknik de “Sandviç Metodu” dur. Özellikle karşınızdakine olumsuz bir eleştiri verme durumunda, olumsuz bir durum ya da davranışın geribildiriminde etkili bir tekniktir. Önce olumluyla başlanır, arada olumsuz söylenir ve ileti olumluyla bitirilir.

OKUMA PARÇASI

Etkili İletişim İçin Tavsiyeler:

- İnsanların yansıttığı kişiliği kabul edin.
- Karşınızdakine seçim hakkı tanıyın.
- Karşınızdakini asla utandırmayın.
- Kişilerin övgü ve onay beklediklerini unutmayın.
- Karşınızdakine size yardım etme fırsatı verin.
- Karşınızdakine doğru bilgi verin.
- Karşınızdakini iyi dinleyin.
- Giyiminize ve dış görünüşünüze özen gösterin.

12.2. ÇATIŞMA YÖNETİMİ

12.2.1. Çatışma Nedir?

İnsanlar, sosyal bir varlık olduğu için hayatları boyunca iletişim sürecinin bir parçası olarak çatışma da yaşamaktadırlar. Çatışma insanın bulunduğu her yerde ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde sağlık yöneticilerinin en büyük sorunlarından biri de çatışma yönetimidir. Çatışma grupta iki veya daha fazla kişi ya da grup arasında kıt kaynakların paylaşılması, iletişim eksikliği veya faaliyetlerin tahsisi ile yine bu kişi ve gruplar arasındaki, amaç, statü, değer yargıları veya algılama farklılıklarından kaynaklanan anlaşmazlık biçiminde tanımlanabilir.

Çatışma ile ilgili tanımlar analiz edildiğinde, çatışmanın üç unsuru olduğu görülür. Bunlar; çatışmaya girenler (kişi, grup ya da örgüt gibi), çatışmaya neden olan şey ya da durum ve çatışmanın sonucunda ortaya çıkan durum olarak ifade edilebilir. Nedeni ne olursa olsun, önemli olan çatışmanın nasıl yönetildiğidir. Çatışmalar iyi yönetilmediğinde grup ikliminde bozulmalar, ortak amaçtan sapmalar, işe devamsızlıklar, motivasyonda ve iş veriminde düşmeler ve hatta kişilerin ruh ve beden sağlığında bozulmalar olabilmektedir.

Çağdaş yönetim anlayışında, gruplarda çatışmanın kaçınılmazlığı, bastırılması değil yönetilmesi ve grubun gelişmesi için kullanılması anlayışları hâkimdir. Bu nedenle çatışma gruplarda son derece önemlidir ve başarıyla yönetilmesi gerekir.

12.2.2. Çatışmaların Nedenleri

Çatışmalar çok farklı etkenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kişiler arası ilişkiler, bireyin kişilik, davranış, tutum bileşenleri, işletmelerin grup ve yönetim yapısı, iletişim sistemi gibi pek çok unsur çatışmaların önde gelen nedenleri arasında gösterilmektedir. Bir sınıflama yapmak gerekirse, çatışma nedenleri bireysel ve örgütsel nedenler olarak iki ana başlık altında toplanabilir.

Bireysel Nedenler

- Çalışanlar arasındaki kişilik farklılıkları
- Grup personeli arasındaki güç mücadeleleri
- Grup personeli arasındaki görüş farklılıkları
- Çalışanlar arasındaki amaç farklılıkları
- Bireylerin iletişim becerilerinden yoksun olması

Gruptan Kaynaklanan Nedenler

- Grup ve bölümlerdeki iş bölümünün yapısı
- Çalışanların iş için grup kaynaklarından daha fazla yararlanmak istemesi
- Grup içindeki bürokrasi (formalite) fazlalığı
- Grupta gerçekleşen teknolojik ve benzeri değişimler
- Departmanlar arası bağımlılık
- Grubun büyüklüğü
- İşletmede yetki ve sorumluluğun belirgin olmaması
- Çalışanlar arasındaki iletişim sorunları ve engelleri
- Gruplarda iş birliği yerine rekabetin teşvik edilmesi ve ödüllendirme sisteminin buna göre kurulması
- Çalışanların istemedikleri bir denetim şekli ile karşılaşmaları
- Çalışanların yetenekleri ile Gruptaki statülerinin uyumsuzluğu

12.2.3. Çatışma Kavramına İlişkin Yanılgılar ve Gerçekler

Çatışma, kaynağı ve sonucu itibariyle pozitif veya negatif olabilir. Ne şekilde sonuçlanacağı anlaşılmasına ve yönetilmesine bağlıdır. Genellikle negatif olarak algılanmasının sebebi, çatışma kavramına sadece yıkıcı anlam yüklenmesinden ve eksik bilgidir kaynaklanır. Bilgi eksikliği yanlış hareket edilmesine sebep olur. Çatışma kavramıyla ilgili yanlış harekete sebep olan yanılgılar şöyle gruplanabilir:

Yanılgı 1: Çatışmaya iş ortamındaki kötü yönetim sebep olur.

Gerçek 1: İş ortamında yönetim iyi bile olsa çeşitli nedenlerle zaman zaman çatışma yaşanabilir. Önemli olan, çatışma varken yöneticinin ne yaptığıdır. Başarılı yönetici çatışmanın zamanını öngörür ve çıktığında çatışmayı yönetir.

Yanılgı 2: Çatışma Gruba önem verilmediğini gösterir.

Gerçek 2: İnsanlar önem verdikleri şeyleri korumaya çalışırken çatışırlar.

Yanılgı 3: Kızgınlık olumsuz ve yıkıcıdır.

Gerçek 3: Bir duygu olarak kızgınlık olumlu ya da olumsuz değildir. Kızmak küçük bir sorunu felakete dönüştüreceği gibi, problemi çözmek için etkili bir tepki olarak da kullanılabilir. Tepki gösterirken uygun bir üslup önemlidir, ileride oluşabilecek çatışmaları engeller.

Yanılgı 4: Kendi haline bırakılırsa çatışma sona erer.

Gerçek 4: Kendi haline bırakılırsa çatışmanın sonuçlanabilmesi mümkün olabilir fakat yıkıcı olması da muhtemeldir.

Yanılgı 5: Çatışma mutlaka çözümlenmelidir.

Gerçek 5: Çatışma belirtilerinin tanınması ve çatışmanın taraflara ve örgüte zarar verici bir nitelik almadan bir strateji belirlenerek yönetilmesi gerekir. Acil çözümler bakış açısını daraltabilir.

12.2.4. Çatışma Yönetimi Stratejileri

Çatışma yönetimi, uzlaşmazlığı belirli bir yönde sonuca yöneltebilmek için çatışmaya taraf olanların ya da üçüncü bir tarafın karşılıklı olarak bir dizi eylemde bulunmasıdır. Eylemler çatışmanın sona erdirilmesine ya da çatışma sürecinin etkilenmesine yönelik olabilir. Çatışma yönetiminin amacı olumlu, barışçıl ve uzlaşmacı bir biçimde çatışmayı sonlandırmak olabileceği gibi, karşı tarafa üstünlük kurmaya yönelik de olabilir. Çatışmayı çözüme ise çatışma yönetiminden farklı olarak, çatışmanın taraflar arasında uzlaşma ya da anlaşma ile sonuçlanmasını içerir. Çatışma yönetimi sürecinde her zaman çatışmanın çözümlenmesi ve bir şekilde uzlaşma sağlanarak çatışmanın sonuçlandırılması gerekmez.

Çatışma yönetimi Grupsal etkililik için belirli bir düzeyde çatışmanın varlığını ve çatışmanın farklı durumlarda uygun stratejilerle yönetilmesini gerektirebilir. Çatışmalarda uygun stratejinin belirlenmesinde; stratejinin Grubun amaçlarına ulaşmasına sağladığı katkı, Grup üyelerinin etik ve moral ihtiyaçlarını karşılaması, toplumsal ihtiyaçlara cevap vermesi göz önünde bulundurulması gereken ölçütlerdir. Ayrıca Grubun, çalışanın ve hizmet alanın tatmini de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çatışma yönetim stratejileri beş başlık altında toplanabilir;

12.2.4.1. Kaçınma (Avoiding)

Kaçınma, iddiasız ve işbirliği olmayan bir stratejidir ve çatışma ile karşılaşma halinde en çok kullanılan yol olarak ifade edilmektedir. Farklılıkları çözmek için bir baskının olmadığı durumlarda en kolay yol olarak gösterilen kaçınma, uzun dönemli çatışma yönetimi tarzlarından biri olma konusunda etkili değildir. Bu çatışma yönetim tarzında yönetici durumu görmezden gelmekte, taraf olmamakta, doğrudan müdahale etmemekte ve bu konudaki kararlarını geciktirmektedir. Kaçınma yüksek gerilimin olduğu durumlarda kullanılmakta ve çatışmanın çözümü için bir erteleme yaklaşımı olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle bir olayın soğuma devresi de denilebilir. Kaçınmanın etkili bir yöntem olabilmesi için bilinçli, kontrollü ve amaca yönelik olarak kullanılması gerekmektedir. Bu yöntemde taraflar, anlaşmazlıkları yok sayarak veya tarafsız kalarak çatışmayı bastıran bir tepki vermektedir. Kaçınma yöntemi;

- Çatışma küçükse, daha acil işler varsa,
- Çatışma nedeni hakkında fazla bilgiye ihtiyaç varsa
- Diğer tarafla karşı karşıya gelmenin potansiyel olumsuz etkileri çözümün sağlayacağı yararlardan daha fazlaysa,
- Durulma süresine ihtiyaç varsa kullanılır.

12.2.4.2. Rekabet (Competition)

Hükmetme adı da verilen “rekabet çatışma yönetim” tarzı iddiacı ve iş birliğine yanaşmayan bir stratejidir. Bu çatışma yönetim tarzında kazanalım-kaybedin yaklaşımı görülmektedir. Rekabet tarzını kullanan kişi kendi çıkarlarını ön planda tutmaktadır. Bireyler, kendi fikirlerinin kabul edilmesi için ısrar etmekte, ikna etmeye çaba göstermekte, tartışmada kendi çözümünün kabul edilmesini istemektedir. Bu çatışma yönetim tarzı,

- Kişinin haklı olduğunu bilmesi, doğrularının arkasında durmak istemesi ve güçlü bir kişiliğinin olması halinde,
- Hızlı karar vermek gerektiğinde,
- Hoşa gitmeyen bir karar uygulanacaksa,
- Diğer tarafın alacağı kararın size maliyeti çok yüksekse,
- Astlar karar için gerekli yeterliklere sahip değilse, kullanılan bir çatışma yönetim tarzıdır.

12.2.4.3. İş birliği (Collaboration)

İş birliği stratejisi, işbirlikçi ve iddiacı bir stratejidir. Bu tarz bir çatışma yönetiminde taraflar anlaşmazlıkların kökenine inerek nedenlerini bulmaya çalışmaktadır. Çatışmaların çözümü için kazan-kazan yaklaşımı uygulanmaktadır ve her iki tarafında da çıkarlarının en üst düzeye çıkarılması hedeflenmektedir. Taraflar aralarındaki sorunları açık bir şekilde çözmeye çalışmaktadır. Bu nedenle bu çözüm tarzı olumlu etkileşim yaratmaktadır. Anlaşmazlık bulunan konular karara bağlanılarak denge kurulmaktadır. En etkili çatışma yönetimi tarzlarından biri olan iş birliği uzun dönemli bir yöntemdir. Bununla birlikte zaman ve enerji tükettiğinden bu yanı olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Ekip çalışması kültürüne sahip kişilerin bireyci kültüre sahip kişilere göre çatışma yönetiminde daha çok işbirlikçi çatışma yönetimi tarzını seçtikleri belirtilmektedir.

- Konu karmaşık olduğunda,
- Çözüm için görüşlerin sentezi gerektiğinde,
- Çözüm için karşı tarafın katkısına ihtiyaç duyulduğunda,
- Problem çözme için yeterli zaman varsa,
- Bir taraf problemi tek başına çözemediğinde,
- Ortak bir problemi çözmek için tarafların sahip olduğu kaynaklara ihtiyaç olduğunda, “İş birliği stratejisi” kullanılır.

12.2.4.4. Uyma (Accommodating)

Bu çatışma yönetim tarzı, iş birliğine yönelik ve iddiacı olmayan bir özellik gösterir. Burada ödün verme söz konusudur ve taraflar birbirlerine direnmemektedir. Paylaşmayı ve dayanışmayı içeren uzun vadeli bir çözüm yaklaşımıdır. Bu çözüm yaklaşımında bencillığe yer yoktur, bireyler birbirlerini desteklemektedir. Bununla birlikte uyma davranışı gösterenlerin zayıf veya kişiliksiz olarak algılanması riski söz konusudur.

- Taraflardan biri kendisinin hatalı olabileceğini düşünüyorsa,
- Konu diğer taraf için daha önemliyse,
- Taraflardan biri diğer taraftan, gelecekle ilgili bir beklentisi varsa,
- Taraflardan biri diğerine göre daha zayıfsa,
- İlişkinin devamlılığı çok önemliyse “uyma stratejisi” kullanılır.

12.2.4.5. Uzlaşma (Compromise)

Bu yaklaşımda farklılıklar paylaşılmaktadır. Taraflar kendi isteklerinden biraz fedakârlık yaparak orta yol bulmaktadır. Bu çatışma yönetim tarzında kazanan ya da kaybeden yoktur. Bununla birlikte bu yöntemin geçici olduğu ve yeniden çatışmaların oluşabileceği ifade edilmektedir. Bu yöntem grup ve birey amaçlarından daha üstün bir amaç etrafında toplanmayı sağlamakta ve kişiler arasında fikir birliği oluşturmaktadır. Bu yaklaşımın uygulanması aşamasında, özveri, fedakârlık, pazarlık, üçüncü taraf müdahaleleri gibi konular görülmektedir.

- Tarafların amaçları birbirini dışlıyorsa,
- Her iki taraf eşit ölçüde güçlü ise,
- Görüş birliği sağlanamıyorsa,
- İş birliği ve hükmetme stratejileri başarısızsa,
- Karmaşık bir soruna geçici bir çözüm ihtiyacı varsa “uzlaşma stratejisi” kullanılır.

Sonuç olarak yukarıda detayları verilen tüm stratejiler duruma uygunluğuna göre kullanılabilir. Ancak “iş birliği” ve “uzlaşma” stratejileri çatışma yönetiminde uzun vadede çözüm sağlayan stratejilerdir.

12.2.5. Çatışma Yönetiminin Aşamaları

Çatışma yönetiminde bireysel olarak izlenecek yollar;

1. Aşama

Kızgınlığınızı kontrol altına alın: Taraflar sağlıklı düşünemeyecek kadar kızgın ise ve duygularını kontrol edemiyorsa uzlaşma sağlanamaz. Kızgınlık durumunda misilleme-kıyas, hükmetme, uzaklaşma ve kızgınlıkla sakin bir biçimde baş etme gibi tepkiler görülebilir. Kızgınlığın yapıcı bir biçimde yönetilmesi için öncelikle kızgınlığın farkına varılması ve kızgınlığın nedeninin tanımlanması, daha sonra da kızgınlığın yapıcı bir biçimde ifade edilmesi gerekir. Kızgınlık Uyarımını Anında Kontrol Edebilmek İçin Öneriler;

- Bağırarak yerine konuşmayı deneyin.
- Olayı bireysel olarak algılamak yerine, konu üzerinde yoğunlaşın.
- Derin bir nefes alın.
- Karşı tarafı dinlemeyi deneyin.
- Fiziksel olarak gerginlik hissettiğinizde duruş biçiminizi değiştirin ya da kısa bir süre için gözlerinizi kapayarak gerginlik atmayı deneyin.
- Konuşma hızınızı kontrol edin, yavaş konuşmayı deneyin.
- Bir bardak su için (kafeinli içecekler kızgınlığın daha fazla uyarılmasına neden olabilir).
- Oturur konumda iken arkaya doğru yaslanın.
- El, kol hareketi yapmaktan kaçının, ellerinizi yanda tutun.
- Kendi kendinize, sakin olmanız, sesinizi kesmeniz gerektiğini söyleyin.
- Kendinize sakin ve sessiz bir ortam bulun.
- Zihninizi meşgul edecek bir şeylerle uğraşın.
- Pasif kalmayı tercih edin, işleri bir an için olurlarına bırakın.
- Rahat bir duruş ya da oturma konumu seçin.

2. Aşama

Karşı tarafa yaklaşımadan önce aşağıdaki sorular üzerinden bir kez daha düşünün.

- Çatışma tarafları nasıl etkilemektedir?
- Çatışmada taraflar için çıkarlar ve değerler nelerdir?
- Taraflardan her birinin diğerine ilişkin önyargıları ve varsayımları nelerdir?
- Söz konusu çatışmayı yönetmede ya da çözümlenmede en iyi yaklaşım nedir?
- İş birliği yapılacaksa, bunu başlatmak için en uygun yer ve zaman nedir?

Yukarıdaki sorulardan alınan cevapların analizi çatışmayı doğru yönetmek için gereklidir.

3. Aşama

Olumlu bir hava oluşturun.

- Karşı tarafı uzlaşmaya-konuşmaya davet edin.
- İyi niyetli olduğunuzu gösterin.
- Karşı tarafı dikkate aldığınızı ve önem verdiğinizi gösterin.

4. Aşama

Temel iletişim kurallarına dikkat edin.

- Karşı tarafı dikkatle dinleyin ve sözünü kesmeyin.
- Durumu iyileştirmek için çalışın.
- Sakinliğinizi koruyun.

5. Aşama

Problemi müzakere ederek tanımlayın.

- Taraflar için önemli olan hususları ortaya koyun ve duygularını paylaşın.
- Etkili konuşma ve dinleme tekniklerini kullanın.
- İhtiyaçları ve çıkarları belirleyin.
- Gerekiyorsa değerleri, varsayımları ve kaygıları paylaşın.

- Ortaya çıkan yeni algı ve anlayışı gözden geçirin.

6. Aşama

Olası çözümler için beyin fırtınası yapın.

- Tarafların ihtiyaç ve çıkarlarının tatmin olabilmesi için düşünceleri açıkça ifade edin.
- Bu aşamada henüz düşünceleri eleştirmeyin ve yargılamayın.
- Düşüncelere açık olun.
- “Sen” yerine “biz” kullanmaya özen gösterin.

7. Aşama

Olası çözümleri değerlendirin ve uygun çözümleri belirleyin.

- Çözümler şu nitelikleri taşımalıdır:
- Her iki taraf için de kabul edilebilir-onurlu,
- Gerçekçi ve gerçekleştirilebilir,
- Dengeli-adaletli olmalıdır.
- Çözümler her iki taraf için de önemli ana hususları içermelidir.

8. Aşama

Çözümlerin işlerliğini izleyin.

- Belirli bir süre sonra çözümlerin işleyip işlemediğini kontrol edin.
- İşlemiyorsa, yukarıdaki basamakları tekrarlayarak çözümleri yeniden gözden geçirin.

12.2.6. Çatışmaların Olumlu ve Olumsuz Yanları

Çatışma, kaynağı ve sonucu itibarıyla pozitif veya negatif olabilir. Ne şekilde sonuçlanacağı doğru anlaşılmasına ve doğru yönetilmesine bağlıdır. Genellikle negatif olarak algılanmasının sebebi, çatışma kavramına sadece yıkıcı anlam yüklenmesinden ve eksik bilgiden kaynaklanır. Çatışmalar iyi yönetildiğinde bireylerin ve örgütün yararına sonuçlar elde edilir. İyi yönetilen bir çatışmanın olumlu sonuçları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Çatışmaya bağlı olarak tarafların kendi haklılığını ortaya koymaları amacıyla yaratıcılık, özgün ve güzel fikirlerin ortaya çıkması söz konusudur.
- Çatışan bireylerin bilgi, yetenek ve kapasitelerinin ortaya dökülmesi ve kendilerini değerlendirmeleri söz konusu olur ve böylece bireyler eksik yönlerini geliştirerek eleştiriye açık olmayı öğrenirler.
- Çatışmada taraflar kendilerini savundukları için konularının önemini fark ederler.
- Çatışma sonucunda eski amaçlardan vazgeçilerek yerine daha iyi amaçların elde edilmesi mümkün olur.
- Bireylerin birbirini dinlemelerini, hoş görülme olmalarını, daha az benmerkezci olmalarını sağlar.
- Bireylerin güçlüklerin üstesinden gelerek kendine güven duymalarını sağlar.
- Çatışma ile bireyin gerçek düşünce ve duygularını ortaya koyması söz konusu olur ve içten pazarlıklı hesaplaşmalar ortadan kalkarak yerine iyi ilişkiler geliştirilebilir.
- Çatışma ile karşıt görüşlerin çarpışması söz konusu olduğundan bir konunun derinlemesine incelenmesi ve anlaşılması sağlanır.
- Çatışma süresinde hareketlilik, uyarma ve katılma, günlük rutinlerdeki tek düzelikli ortadan kaldırarak iş için gereken enerji ve güdülemeyi artırabilir.

Çatışmalar iyi yönetilmediğinde ise;

- Çalışma ortamında gerilim ve stres artar, motivasyon ve verimlilik düşer.
- Çatışmalar daha da derinleşerek yeni çatışmaların ortaya çıkması söz konusu olabilir.
- Tarafların zihinsel ve bedensel sağlığına yönelik zararlar ortaya çıkabilir.

- Çatışmalar nedeniyle işe devamsızlıkların oluşması söz konusu olabilir.
- Çalışanlar arasındaki iletişim zayıflar, tarafların kendi çıkarlarına göre yönlendirmesi yaşanabilir.
- Çatışmalar, birbirine karşı kalıplaşmış olumsuz yargılar edinebilir.
- Emek, zaman, para savurganlığı artabilir, örgütün verimliliği düşer.
- Örgütün amaçlarının dışına çıkılması görülebilir.
- Çalışan memnuniyeti azalır.

12.3. EKİP ÇALIŞMASI

En önemli yönetim görevlerinden biri ekiplerin gelişimi ve yönetimidir. Günümüzde, kurumların, performanslarının ekiplerin performansına bağlı olduğu düşüncesi kabul edilmektedir. Ekipler kendiliğinden gelişip, iyileşmezler. Ekiplerin performans düzeyleri sürekli ve planlı bir şekilde desteklenmezse zamanla aşınır ve işlevsiz hale gelebilir. Sağlık kurumları açısından bakıldığında sağlık hizmetleri sunumunun ekipler tarafından yürütüldüğü ve ekipler halinde çalışmanın bir zorunluluk olduğu görülmektedir. Neredeyse bütün tıbbi ve yönetsel çalışmalarda performans önemli derecede ekip performansına bağlıdır. Ekiplerin kurumsal performans açısından önemi göz önünde bulundurulduğunda, kurumların ekip performansını, üretkenliğini ve etkinliğini geliştirmeye yönelmeleri şattır. Ekiplerin kurumsal amaçlara uygun olarak faaliyet göstermesi ve başarılı olması birçok faktörle ilişkilidir. Sağlık kurumlarında ekipler tek başlarına işlev görmezler. Diğer ekiplerle ve birimlerle etkileşim içindedirler ve bu süreçte grup performansını etkileyen çatışmalar yaşanması beklenen bir durumdur. Sağlık hizmetlerinin multidisipliner doğası diğer örgütlere göre sağlık kurumlarında çatışma yaşanması olasılığını kat kat artırmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında çatışma kavramının yöneticiler tarafından iyi anlaşılması ve çatışmanın ekip performansı için bir tehdit olmaktan çıkarılması kritik önem taşımaktadır.

12.3.1. Ekip Nedir?

Ekip, etkin biçimde hedeflere ulaşmak için değişik beceri, eğitim ve görüşe sahip, birbirini tamamlayan roller üstlenen çalışanların yaratıcı güçlerini, emek ve bilgilerini birleştirdikleri en az iki ve daha fazla sayıda kişiden oluşturulan gruba verilen addır. Eğitimden sağlığa, hizmet sektöründen imalat örgütlerine kadar birçok alanda ekip çalışması yapılmaktadır. Sağlık Ekibi iki veya daha fazla sağlık meslek üyesinin iş birliği içinde çalıştığı bir birliktir. Ekipler;

Organizasyonlarda projelerin yürütülmesi,

- Karşılaşılan problemlerin çözülmesi,
- Kararlar alınması,
- Yapılan çalışmaları iyileştirerek yüksek kalite ve verime ulaşılması,
- Çalışanların potansiyelinin değerlendirilmesi gibi amaçlarla kurulurlar.

12.3.2. Ekip Çalışması Nedir?

Ekip üyelerinin aralarında etkileşimde bulunarak örgüt sorunlarını çözmek için yaptıkları etkinliklere “ekip çalışması” denir. Kurum içerisinde, kişiler arasında özgürlüğü ve iletişimi geliştirip, güven ortamının oluşmasına zemin hazırlayan ve bu ortamın kalıcı olmasını sağlayan bir çalışma sistemidir. Örneğin; ambulans hizmetleri.

12.3.3. Ekip Oluşturmanın Gerekçesi

Ekip oluşturmak hem yönetimin hem de yönetim dışında kalanların isteklerini karşılayacak iki amaca hizmet etmelidir:

1. Beraber çalışarak işin sonuçlarını iyileştirmek, problemleri çözmek, kararlar almak, hedefler belirlemek ve grup içindeki çalışma ilişkilerini düzeltmek,
2. Grup üyeleri arasındaki kişisel ilişkileri düzelterek, grup üyelerini gereksiz yakın gözetimden kurtararak, yaşamlarını zenginleştirerek, yaptıkları işin efendisi olmalarına

izin vererek, işleri başarıyla yapmaktan elde edilen yararlarla katılmalarını sağlayarak çalışma yaşamının niteliğini iyileştirmek.

Ekip oluşturmada gerçek bir başarı için yönetimin ve grup üyelerinin bu iki amaca bağlanması zorunludur.

12.3.4. Hangi Durumlarda Ekip Oluşturulmalıdır?

Ekip çalışması her zaman uygun olmayabilir. Bazı işler tek başına çalışan bir kişinin teknik becerilerine ihtiyaç duyar. Örneğin, karmaşık bir bilgisayar programı üretilmesi ekip çalışmasını gerektirmeyebilir. Ancak bazı durumlarda ise ekip çalışması büyük avantajlar sağlar. Ekip çalışması gerektiren durumları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

1. Özel bir iş konusunun bir ekip yaklaşımını gerektirmesi (Ör: Cerrahi müdahale, ambulans hizmetleri, tiyatro oyununun sergilenmesi vb.).
2. Bir kişinin tek başına sağlayamayacağı bilgi ya da becerilere ihtiyaç duyulması.
3. Ekip çalışmasının kararların benimsenmesini sağlaması ya da morali yüksek tutması.
4. Ekibin veriminin organizasyon içindeki yatay ve dikey ilişkileri etkileyebilmesi.
5. Ekip çalışmasının alınan kararların ve yapılan işlerin niteliğini artırması.
6. Ekip çalışmasının başarısızlık riskini azaltması.
7. Grup kararları ve eylem planlarının yürütülmesi için değişik insanlara ihtiyaç duyulması

12.3.5. Ekip Oluşturulmasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Ekiplerin bir hedefi olmalı ve bu ekip üyeleri ile paylaşılmalıdır. Bu hem üyelerin ne yaptıklarının daha iyi anlamalarını hem de motivasyonlarının artmasını sağlayacaktır.
- Her ekip bir ihtiyacın karşılığı olarak oluşturulmalı ve bir ihtiyacın karşılanması için oluşturulduklarına inanmalıdırlar. Varlığını anlamlı bulmayan ekiplerin başarı ihtimali yoktur.
- Ekibin de ekip üyelerinin de görevleri ve sorumlulukları net bir şekilde açıklanmalıdır. Herkes ekipteki rolünü iyi bilmelidir.
- Yapılacak göreve uygun elemanlar seçilmelidir. Görev-eleman dengesi tam olarak sağlanmalıdır. Ekip içindeki görevsiz eleman da sahipsiz bir görev de ekibi çok olumsuz etkiler.
- Ekip üyelerinin, kişisel özellikleri, yetenekleri, değer yargıları ve kişisel hedefleri ile çok iyi tanınmalıdır.
- Nerede ne zaman kişisel hizmete, nerede ne zaman ekip hizmetine ihtiyaç olduğu isabetle belirlenmelidir.
- Şartlar elverdikçe ve uygun görüldükçe, ekip oluşturulurken ekip üyelerinin istekleri göz önüne alınmalıdır.

12.3.6. Ekip Çalışmasının Aşamaları

Ekip olarak bir araya getirilen insanların birlikte çalışma becerileri kazanması ve ortak bir değer sistemine ulaşarak olgunlaşması için bir dizi aşamadan geçmeleri gerekmektedir;

1. Aşama: Biz Kimiz?
2. Aşama: Ben
3. Aşama: Norm Oluşması ve “Biz” Duygusu
4. Aşama: Olgunluk

16. Aşama: Biz Kimiz?

Ekip üyelerinin zihinleri, kendilerinden ve ekipten ne beklendiği konusunda çok açık değildir. Bazı ekip üyeleri otorite karşısında kaygı duyabilir ya da bağımlılık gösterebilir, diğerleri ise ne yapmaları gerektiğini tam olarak anlamadan görevlerine bir an önce başlama konusunda istek duyabilirler. Biz Kimiz? Aşamasında; çekingenlik, orta düzeyde istek, ilgi ve kaygı, heyecan, güvensizlik, resmi bir iletişim, otoriteye bağımlılık gözlenir.

2. Aşama: Ben

“Fırtına” olarak da adlandırılabilir bu aşamada ekipler; kimin, hangi işi, nasıl yapacağını, birbirleriyle nasıl iletişim kuracaklarını belirleme aşamasındadırlar. Birbirlerini ve birlikte nasıl çalışacaklarını denerler. Çatışma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Bazı ekipler bu aşamada takılıp kalırlar ya da çok büyük bir krizden sonra bu aşamaya geri dönüş yaparlar. “Ben” aşamasında; çatışmalar, tartışma ve münakaşalar, engellenme duygusu, belirsizlik/kızgınlık, arayış ve olumsuz tepkiler gözlenir.

3. Aşama: Norm Oluşması ve “Biz” Duygusu

Bu aşamada ekip üyeleri; açık iş rolleri, etkili iletişim yolları ve etkinliklerini yönlendirecekleri kuralları geliştirirler. Ekip içinde uyum ve güven oluşmuştur. Bu aşamanın özelliği, görevlerle ilgili düşüncelerin açıkça ifade edilmesi ve iletişimin düzenli olmasıdır. Uyum, güven, bağlılık, rahatlama ve amaca yönelik bir ortamın oluştuğu gözlenir.

4. Aşama: Olgunluk

En son aşamada ekipler; iletişim, sorun çözme, kurumsal hedef ve amaçlara ulaşılması konusunda beceri kazanmışlardır. Yüksek performans gerektiren hedeflere yönelmeye artık hazırdırlar. Olgunluk aşamasında; bağlılık ve tatmin duygusu, birbirini destekleyen ekip üyeleri, çatışmayla başa çıkmada ve problem çözümede yetkinlik, paylaşılan liderlik ve yüksek performans gözlenir.

Ekiplerin ancak yarısından azının son aşamaya geçebildiği görülmüştür.

12.3.7. Ekip Liderliği

Ekipler, gerekli durumlarda kontrolü ele alabilecek, donanımlı liderlere ihtiyaç duyarlar. Liderden beklenen; yönlendirici olabilmesi, grup üyeleri arasında koordinasyon sağlaması, güçlü iletişim becerilerine sahip olması ve takım üyelerinin aktif katılımını sağlamasıdır. Lider, ekip elemanlarının uyum içinde, fakat farklılıklarını koruyarak performans göstermelerini sağlamalıdır.

Liderin, kötü sonuç alınıp başarısız olduğu durumda sorumluluğu kendisinin üstlenmesi, iyi sonuçlar alınıp hedefe ulaştığı durumlarda ise “Biz” ruhunu ortaya çıkaran davranışlarda bulunması arzu edilir. Lider, ekipte insanların iç coşkularını, enerjilerini ortaya çıkaran hedefler ve ortamlar oluşturmalıdır. Bu şekilde teknik beceri, ruhla sentez oluşturur ve sonuçta ortaya sinerjik güç çıkar. Bu da başarıyı getirir.

Sağlık sektöründe biçimsel bir liderin yanı sıra biçimsel olmayan lider olabilir. Sağlık kurumlarında biçimsel liderlerin örnekleri başhemsireler, bölüm yöneticileri ve proje başkanlarıdır. Ekipte biçimsel olmayan liderlerin belirlenmesi birkaç şekilde olabilir. Bazen üyeler tarafından belirlenirken, bazen de ekip içinden bir kişi zaman içinde deneyimleri ve becerileri ile ön plana çıkarak kendiliğinden lider konumuna geçer. Bu liderlere “doğal lider” denir. Bazen de ekibin kurucusu yani üyeleri belirleyen kişi lider olarak ekiple çalışmaya devam eder. Bazı ekiplerin birden fazla lideri olabilir. Bazı ekiplerde ise ekip üyeleri tarafından dönüşümlü liderlik yapılabilir.

Ekip Faaliyetleri Sürecinde Liderin Dikkat Etmesi Gereken Hususlar:

- Güven ve açıklık ortamı yaratmalı, ekip üyelerine kendilerine güvenilmediği hissini verecek bütün söz ve hareketlerden kaçınmalıdır.
- Hedef ve misyona ilişkin bağlantıyı kurmalıdır.
- Örnek olmalı, göstermeli, yönlendirmeli, geri bildirim vermeli, danışmanlık yapmalı (koçluk yapmalı)
- Yaratıcılığı, risk almayı, çaba göstermeyi teşvik etmelidir.
- Bilgiyi paylaşmalı, ekip elemanlarını güçlendirmelidir. (daha iyi, hızlı ve kaliteli hizmet sunma becerilerini artırmalı, eğitimlerle desteklemeli vb.),
- Ekibin kendini gittikçe daha fazla yönetir olmasına ve lidere daha az bağımlı hale gelmesine yardımcı olmalıdır.

- Eğer zengin bir ortam isteniyorsa ekip içinde farklı düşüncelerin konuşulmasını desteklemeli ve ekip üyelerinin farklı seslere muhakkak saygı göstermesini sağlamalıdır.
- Ekipler arası transferde, ekip içindeki görev dağılımının yeniden şekillendirilmesinde, ekipten eleman alınmasında ya da ekibe eleman verilmesinde şartlara göre ekibin görüşleri almalıdır, gerçek ihtiyaç doğmadan eleman eklemesi yapmamalıdır.
- Ekip üyelerinin belli aralıklarla bir araya gelip yüz yüze görüşmelerle iletişimin halinde olmalarını sağlamalı, diğer zamanlarda da ekip içi iletişimin e-postalarla veya telefon görüşmeleri ile devam ettirilmesini teşvik etmelidir.
- Lider ekip üyelerinin her birinin sorumluluk almasını sağlamalıdır.
- Ekip elemanlarını dinlemeli, ekibin taleplerini dikkate almalıdır.
- Ekibin ve ayrı ayrı ekip üyelerinin çabalarını takdir etmeli, herkese eşit mesafede durmalıdır.
- Ekibin içindeki kişisel ilişkilerin niteliğini gözlemlemelidir. (Kişilerin birbirini desteklemesi, takdir etmesi, yardım etmesi gibi olumlu arkadaşlık ilişkilerinin kurulmasını teşvik etmelidir)
- Çatışmalarla ilgilenmeli, çatışma yönetiminde yardımcı olmalıdır.
- Herhangi bir faaliyete katıldığında ekibi bölmemelidir. (Ekip üyelerine eşit davranarak birlik ve beraberliği desteklemelidir)
- Ekipler arası rekabeti, kontrollü olarak teşvik etmelidir.
- Lider ekiplerin işlerini yürütürken inisiyatif kullanmasını ve ortak kararlar almasını desteklemelidir.
- Verim alınamayacağını düşünüyorsa ekip üyelerinin de fikrini alarak ekip çalışmasını sonlandırmalıdır.

12.3.8. Ekip Çalışmasında Ekip Üyelerinin Rolü

Bireyler genel olarak bireysel çalışmaya alışık olduğundan ekip çalışmasına inansa bile başlarda zor gelebilir. Bu noktada irade gösterip ekip içi iletişim ve ekip çalışması devam ettirilmelidir. Bir ekip üyesi sorumluluklarını yerine getirirken beraber çalıştığı arkadaşlarını düşünerek hareket etmelidir. Çalışmalarını aksatmasının ekibin ortak çalışmasını da sekteye uğratacağını iyi bilmelidir. Kendini bir birey olarak değil bir bütünün ayrılmaz bir parçası olarak görmelidir.

Her ekip üyesi ekip arkadaşları için bir moral faktörü oluşturmalıdır. Ekip üyeleri birbirlerini, motive etmeli, başarılarında takdir etmeli, yenilgilerinde üzüntülerini paylaşmalıdır

Ekip üyeleri;

- Ekip etkinliklerine aktif olarak katılmalı ve destek vermeli,
- Diğer üyelerin duygu ve ihtiyaçlarını anlamaya çalışmalı,
- Kendi davranışlarının, diğer üyeler üzerindeki etkilerinin farkında olmalıdır.

12.3.9. Etkili Ekiplerin Özellikleri

Bir ekibin etkililiği kendisine verilen görevleri istenen kalite ve nicelik ölçütlerine uygun olarak gerçekleştirme derecesi olarak tanımlanabilir. Bu başarıyı yakalayabilen ekipleri diğerlerinden ayıran ortak bir amaç, güven, destek, karşılıklı etki, açık bir iletişim, yüksek katılım, sorunlarla başa çıkabilme becerisi gibi bazı özellikleri vardır. Bunlar:

Doğal ve rahat bir atmosfer: Ekip üyeleri hem sorunlar hem de ekibin çalışma şekli üzerine duygularını ve fikirlerini özgürce ifade ederler.

Ortak bir amaç: Üyeler böyle bir ekibin neden kurulduğuna ve neyi başaracağına ilişkin paylaşılan amaçlara sahiptir. Grubun görevi ve amacı üyeleri tarafından iyi anlaşılmalı ve kabul edilmiştir.

Olumlu ve açık iletişim: Üyeler arasında açık bir güven ortamı ve dürüst bir iletişim sağlanır. Üyeler birbirini dinler ve saygı duyar. Eleştiriye açık bir ortam vardır. Üyeler geliştirilmesi gereken durumlarda birbirlerine uygun bir dille öneride bulunurlar.

İşlevlerinin bilincinde olma: Ekip kuruluş amacına uygun bir şekilde davranır. Sürekli olarak süreçlerini, işlevini değerlendirir ve iyileştirme çalışmaları yapar.

Katılımcı bir liderlik biçimi: Lider üyeleri bilgilendirir, gelişimlerine katkıda bulunur, üyeler düşünce ve eylemlerinde serbesttir, inisiyatif kullanabilirler.

Ortak bir sorumluluk: Her ekip üyesinin yapılan işten kendini sorumlu ve hatta yönetici gibi hissettiği bir ortam vardır.

Görev odaklı bir çalışma: Yapılan toplantılarda üyeler sonuca çabuk ulaşmaya ilişkin kararlar alırlar.

Uzlaşma yoluyla karar alma: Çoğu kararlara herkesin ortak anlaşma içinde ve devam etmeye istekli olduğu bir çeşit fikir birliği ile ulaşılır.

Yaratıcılık: Üyelerden, yaptıkları işe kendi yaratıcılıklarını katmaları istenir. Üyeler ancak böyle bir katılımı değişik ve başarılı işler ortaya koyabilirler.

Çatışma: Ekip çalışmasında anlaşmazlıklar doğal karşılanır. Ekip, çatışmadan kaçmak veya görmezden gelmek yerine açık ve samimi bir şekilde tartışarak çözmeye çalışır. Çatışmaların yönetiminde liderin olumlu yaklaşımı söz konusudur.

12.3.10. Ekipler Neden Başarısız Olurlar

Ekiplerin başarısız olma nedenleri temel olarak iki başlıkta toplanabilir.

1. Kurum kültüründen kaynaklanan nedenler
2. Ekip üyelerinden kaynaklanan nedenler

1. Kurum kültüründen kaynaklanan nedenler

Ekipler içinde yer aldıkları organizasyonun bir parçasıdır. Örgütün yapısı ve işleyişi, yönetimin insanlara bakışı ve yönetim tarzı, ekiplerin yapısını ve işleyişini etkiler ve ekip çalışmasının başarısını belirler.

Ekip Üyelerinin Seçilmesi: Ekibin başarılı olabilmesi için, beceri ya da kişilik özellikleri yapılacak işe uygun olan kişiler seçilmelidir. Örgütün seçilecek kişilerde aranan özellikler ile ilgili doğru kriterler belirlememesi, açık ve kararlı olmaması seçim sürecini etkiler.

Hiyerarşik Yapılanmalar: Her örgütün işleyişi ekip çalışması için uygun değildir. Özellikle hiyerarşik yapılanmalar yaratıcılık ve inisiyatif üzerinde bozucu etkilere sahiptir. Buna karşılık esnek ve özgür yapılanmalar ekip çalışmasını desteklerler.

Kontrol Zaafı: Aşırı kontrol bireylerde baskı oluşturur ve tepki doğurur. Aşırı kontrolün egemen olduğu bir ortamda ekip çalışması yürümez, çünkü insanlar ilkeler üzerinde anlaşmak ve uygulamak için irade gösteremezler.

Yetersiz Eğitim: Kurumun ekip üyelerini sürekli izleyerek eğitim ihtiyaçlarını tespit etmesi ve karşılaması gerekir.

Düşük Motivasyon: İnsanların çalıştıkları kurumla ilgili duygu, düşünce ve tutumları, onların ya pacakları işe ne kadar çaba harcamaya istekli olduklarını belirler. Motivasyonun düşük olduğu bir iş ortamında ekip çalışması boşa zaman ve kaynak harcamaktır. Çünkü insanlar ekibi başarıya ulaştırarak çabayı göstermeyecek ve bu çabayı birbirlerinden bekleyecektir.

Düşük Yaratıcılık: Öncelikle insanlar çalıştıkları örgütün yeni fikirlere ve katkılara değer verdiğini hissetmelidir. Yaratıcılık eksikliği, etkin olmayan ekip çalışmasının da bir sonucudur, ancak asıl sorun, yanlış insanların seçilmiş olmasından, kısıtlayıcı bir yönetim tarzından ya da en basiti herkesin gözünün geleceğe değil de bugüne veya geçmişe çevrili olmasından kaynaklanır.

Uygun Olmayan Yönetim Anlayışı: Eğer üst yönetimin insanlara bakışı açık, dürüst, destekleyici bir yönetim tarzının uygulanmasına izin vermiyorsa ekip çalışması başarılı olamaz. Böl-yönet tarzı yaklaşımlarla ya da tehdit ve baskı yoluyla motivasyon sağlamaya çalışan yönetimlerde ekip çalışması verimli olmaz.

Terfi ve Gelişim Planlama Eksikliği: İnsanların gelişmeye ve giderek daha fazla sorumluluk almaya ihtiyaçları vardır. Bu sağlanamadığı zaman yetenekli insan kaynağında azalma olur ve kilit pozisyonlarda yetişmiş insan eksikliği hissedilmeye başlanır. Ekip çalışması üst yönetim için de çok önemlidir. Terfi ve gelişim sağlanamadığında üst yönetim de gerekli insan kaynağından yoksun kalır.

Açık Olmayan Amaçlar: Kurumun nereye ve neden ulaşmak istediği çalışanlar tarafından bilinmeli ve kendi amaçları ile örtüştürülmelidir.

Adil Olmayan Ödüller: Kurumlarda mümkün olduğu kadar adil bir ödüllendirme sistemi olmalıdır. Kendisinden daha az katkı sağlayan bir çalışanın ödüllendirilmesi, çalışan motivasyonunu düşürür.

2. Ekip üyelerinden kaynaklanan nedenler

Bir ekip iyi organize olduğu takdirde, onu oluşturan bireylerin tek başlarına yapabileceklerinden çok daha fazlasını yapma potansiyeline sahiptirler. Ancak aşağıda yer alan kişilik özellikleri ve davranış biçimleri bulunan bireyler ekibin başarısını düşürürler.

Ekip üyelerinin;

- Kişisel gelişime açık ve hazır olmamaları,
- Zorlanmadan kaçınmaları, düşük standartlarla yetinmeleri,
- Risk ve sorumluluk almaktan çekinmeleri,
- Zamanı ve enerjiyi yanlış kullanmaları,
- Başkalarının görüşlerine tahammülsüz olmaları,
- İletişim becerilerinden yoksun olmaları ekip başarısını aşağı çeker.

12.3.11. Ekip Olarak Çalışmanın Avantajları

- Ekibin ortaya koyduğu ortak güç, ekibi oluşturan üyelerin tek tek güçlerinin toplamından daha büyük bir güç oluşturmaktadır.
- Ekip üyeleri birbirlerinin başarısından memnuniyet duymakta ve üyeler birbirlerini daha verimli çalışmak için teşvik etmektedirler.
- Yerinde taleplerde bulunmaktadırlar.
- Ekip içi problemler ekip içinde halledilmektedir.
- Diğer ekiplerin başarılarına ilgi duyulmaktadır.
- İhtiyaçlarını kendileri belirleyebilmektedirler.
- Ekip halinde çalışmak, yaratıcılık ve enerjiyi artırır.
- Ekip çalışması, insanların yaptıkları işten hoşlanmalarını ve etkinlik artışını sağlar.

12.3.12. Ekip Çalışmasının Çalışan Motivasyonuna Etkisi

Örgütlerde ekip temelli bir örgüt modelinin uygulanması, motivasyon açısından beklenen performans düzeyinin ortaya çıkmasını sağlar. Ekiplerde çalışan bireyler kendilerini daha az stresli bulurlar. Ekip içindeki rollerinden dolayı sorumluluk üstlenseler bile başarının genel sorumluluğu bir bireyin omuzlarından birçok kişinin omuzlarına geçer. Paylaşılan sorumluluk, tek başına çalışan

personelin çok yüksek hedefler ya da zorluklarla karşılaştığı zaman yaşadığı panik ve çaresizliği hafifletir. Birey kendini daha fazla örgütün bir parçası gibi hisseder, aidiyet duygusu artar. Ekipleri içindeki gerçek konum ve önemlerini görürler.

Ekip kararlarına ve faaliyetlerine üyelerin etkin katılımı, üyelik ilişkilerinin sürdürülmesi, ekip ikliminin arkadaşça olması ve üyeler arasındaki ilişkilerin artması nedeniyle ekibin bağlılığı yüksek olur. Yüksek bağlılığın ekip üyelerinin morali ve iş doyumuna olumlu etkileri bulunur.

Tek başına ekip üyeliği büyük doyum sağlasa bile, örgütün ekibe ve üyelerine değer vermesi de bir mutluluk kaynağıdır. Ekibin ürettiği şeylerde, üyeler kendi çabalarının nihai sonuçlarını görebildikleri için, başarı duygusu hissederler. Bu nihai ürün başka birimlerin ya da ekiplerin işleyeceği bir hammadde olsa bile ekip üyeleri kendi ekiplerinin üretimini ve bunun örgütün bütünsel üretimine etkisini görüp kavrarlar. Yönetimler örgütün bütünsel üretimi ile ekiplerin kritik yeteneklerini birleştiren bir motivasyon programını her zaman gündemde tutmalıdır.

Ekibin performansı ile kendi başarıları arasında bağ kuran üyeler, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutları ile olumlu bir sürecin içerisinde ilerlerler.

Üyelerin başarısına ilişkin duygu durumu, kendi başına büyük bir ödül içeriği taşır. Birçok örgüt, iyi yapılan işleri takdir etmek amacıyla ikramiyeler, hediyeler ve daha başka maddi ödüller kullanır. Maddi ödüller çalışanın üretkenliğini etkiler, buna karşılık, insanların işlerine, ekip ve kurumlarına olan kişisel bağlılığı güçlendiren manevi ödüllerin onlar üzerindeki etkisi başarı duygusu, kendini gerçekleştirme duygusu sağlar ve üretkenliği güçlü biçimde etkiler. Bireyleri tek tek motive etmenin maliyetinin ne denli yüksek olduğu göz önüne getirildiğinde ekip çalışması yoluyla motivasyonun, etkin ve maliyeti düşük bir motivasyon tekniği olduğu ortaya çıkar.

12.3.13. EK-1 Test “İyi Bir Ekip Üyesi Misiniz?”

İYİ BİR EKİP ÜYESİ MİSİNİZ?

İyi bir ekip üyesi olup olmadığınızı belirlemek, kendinizi daha iyi tanımanızı ve kontrol etmenizi sağlar. Aşağıdaki çalışmayı tamamladığınızda ekip çalışmasına ne kadar yatkın olduğunuzu görebilirsiniz. Lütfen aşağıdaki ifadelere göre kendinizi değerlendirin. Her ifadeyle ilgili düşünce, duygu ve tutumlarınızı temsil eden rakamı kare içine yazarak belirtiniz. Rakamlar şu anlama gelmektedir:

1. Ekip çalışmasının bireysel çalışmadan daha etkili olduğuna inanırım.
2. Ekip çalışması sırasında karşıma çıkan zorluklarla yapıcı bir şekilde başa çıkabilirim.
3. Ekip arkadaşlarımı daha yakından tanımak için çaba gösteririm.
4. Ekip içerisinde kişisel farklılıklara saygı duyarım.
5. Görev dağılımı yapıldıktan sonra, üzerime düşen işleri başarıyla yürütürüm.
6. Ekip içerisinde duygu ve düşüncelerimi gerek sözlü gerekse yazılı olarak etkili bir şekilde ifade ederim.
7. Üstlendiğim bir ekip çalışmasına önemli katkılarda bulunurum.
8. Ekip çalışması sırasında karşımdakinin görüşlerine değer verir ve katılmasam bile her fikrin önemli yanlarını görmeye çalışırım.
9. Ekip içerisinde verdiğim kararların sorumluluğunu üzerime alırım.
10. Ekip üyeleriyle bir sorun yaşadığımda her iki tarafında kazançlı çıkacağı bir çözüm yolu bulmaya çalışırım.
11. Karar alma ve problem çözme konusunda diğer ekip üyeleriyle sorun yaşamadan çalışırım.
12. Elimdeki bilgileri ekip üyeleriyle paylaşıyorum.
13. Ekip içerisinde sağlıklı iletişim ve etkileşim kurup bunu sürdürürüm.
14. Gerektiğinde olumlu ve yapıcı eleştirilerde bulunurum.
15. Ekip üyeleri tarafından güvenilir biri olarak algılanırım.
16. Ekip içerisinde iş birliği yaparak çalışırım.

DEĞERLENDİRME

16–31: Ekip çalışmasına henüz zihinsel olarak hazır değilsiniz. Bireysel çalışmanın ekip çalışmasından daha etkili olduğunu düşünüyorsunuz. Bir araya gelerek de çok etkili çalışılabileceği konusunda kendinizi hazırlamalısınız.

32–47: Ekip halinde insanlarla çalışabiliyorsunuz, ancak bu çok etkili olmuyor. Güven duygunuzu harekete geçirin ve iş birliğinin ne kadar etkili olabileceğini görmek için kendinize fırsat tanıyın.

48–63: Ekip olarak birlikte çalışmanın ve iş birliğinin nimetlerinden yararlanıyorsunuz. Verimli güvenilir ve etkili bir ekip üyesisiniz. Ekip üyeleriyle sorunsuz çalışabiliyorsunuz ancak, potansiyelinizi daha da geliştirebilirsiniz.

64–80: Her türlü ekip çalışmasına katkınız çok fazla. Ekip içerisinde sinerji oluşturuyorsunuz. Ekip çalışmasında güvenilir ve sorumluluk sahibisiniz. Ekibinize yepyeni bakış açıları kazandırıyorsunuz.

BÖLÜM XIII DİĞER HUSUSLAR

13.1. HASTA MAHREMİYETİ

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından: 15.07.2016 tarih ve 54567092.641.99.3104 sayılı (2016/10) “Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi” konulu genelgesinde “Hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesi, sağlık hizmet sunumunun temel esaslarından birisi olup, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğimin Mahremiyete Saygı Gösterilmesi başlıklı 21’inci maddesinde “Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır.” ve “Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.” denilmek suretiyle, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekliliği ortaya konulmuştur.

Keza, 16.10.2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin 2’inci maddesinde de “Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur.” denilerek, acil servis hizmetlerinde de hasta mahremiyeti, tıbbî etik kurallar ve hasta hakları ile ilgili ilkelere uyulması tâimatlandırılmıştır.

Fiziksel mahremiyetin korunması

- Polikliniklerde hasta mahremiyetine önem verilmelidir.
- Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.
- Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenir.

Tıbbi mahremiyetin korunması

Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı önemlidir.

- Tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır. Hastayı hazırlama işlemleri esnasında (hastaya ameliyat öncesi önlük giydirme, bone takma vb.) mahremiyet esaslarına dikkat edilmelidir.
- Kan alma ünitelerinde hem tıp etiği ve hasta hakları hem de kalite kriterlerinin de bir gereği olarak paravan veya perde bulunması gerekir. Kan verme veya tansiyon ölçme işlemleri sırasında paravan olmaksızın hastalardan ilgili uzuvlarını açmaları istenmemeli ve işlemler esnasında ortamda uzman kişi dışında konuyla alakasız kişiler bulundurulmamalıdır.
- Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.
- Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan vb.) bulunmalıdır.
- Muayene, müdahale ve müşahede odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).
- Kemoterapi ve diyaliz ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler (perde/paravan) bulundurulmalıdır.

- Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmalıdır. Yine aynı şekilde hasta transferi sırasında da mahremiyet sağlanmalıdır.
- Bebek bakım ve emzirme odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler (perde/paravan) bulundurulmalıdır.
- Hastalara ve personele yönelik güvenlik önlemleri alınması gereken yerlerde hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

Kayıtlı ve Kayıtsız Bilgi Mahremiyeti

Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öyküsü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir. Hastanın tıbbi bilgileri ve öyküleri başka ilgililere aktarılırken gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilmelidir. Hasta dosyalarına ve kayıtlarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreter tarafından gerekli önlemler alınmalıdır.

13.2. YEŞİL VE KIRMIZI REÇETE

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 4. Maddesinin I bendine göre;

"1) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek." aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle aile hekimleri yeşil ve kırmızı reçete bulundurmakla yükümlüdür.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun (TİTCK) Kontrole Tabi Madde ve Müstahzarlara İlişkin Reçeteler konulu 2016/3 sayılı Genelgesi gereği;

Uyuşturucu madde ve müstahzarları için kırmızı reçete, psikotrop madde ve müstahzarları için yeşil reçete kullanılır. Söz konusu reçeteler kendinden kopyalı, seri numaralı, üç nüshalı olup Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından bastırılmakta ve İl Sağlık Müdürlüklerinin talepleri doğrultusunda tahsis edilmektedir. Aile hekimleri de buldukları ilin sağlık müdürlüğünden zimmet karşılığında temin eder. Yeşil ve kırmızı reçetelerin üçüncü nüshasının reçete yazan hekim tarafından muhafaza edilmesi gerekmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri tarafından dağıtımı yapılan ve zimmetli olarak hekimler tarafından kullanılan matbu kırmızı ve yeşil reçeteler çalıma, kaybolma vb. olaylara sebebiyet vermeyecek şekilde gerekli tedbirler alınarak muhafaza edilmelidir.

TİTCK'nın 14.03.2017 tarih ve 0966 sayılı 2017/1 Renkli Reçete Sistemi konulu Genelgesi gereği;

17.03.2017 tarihinden itibaren Renkli Reçete Sistemi kullanıma açılmış olup, bu sistem üzerinden uyuşturucu madde ve müstahzarları ile psikotrop madde ve müstahzarları için elektronik reçete düzenlenmesi gerekmektedir. Bahsi geçen sistem kullanılırken imza kanununa göre yapılan düzenleme kapsamında ıslak imzaya eşdeğer hukuki geçerliliği olan e-imza prosedürü ile imzalanacaktır.

Mezkûr genelgede uyuşturucu madde ve müstahzarları ile psikotrop madde ve müstahzarları için **basılı (kâğıt) kırmızı ya da yeşil reçete yazılacak istisnalar** aşağıdaki şekilde belirtilmiştir;

1) Teknik sebeplerle Renkli Reçete Sisteminin çalışmaması durumunda ve henüz sistem entegrasyonu sağlanamayan sağlık hizmet sunucularında matbu düzenlenen kırmızı ya da yeşil reçete üzerinde "Sistemlerin çalışmaması nedeniyle e-reçete düzenlenememiştir" ibaresi kaşe ya da el yazısı şeklinde bulunan ve bu ibarenin reçeteyi düzenleyen hekim tarafından onaylandığı ıslak imzalı reçeteler,

2) Kişiyi özel yurt dışından getirtilen uyuşturucu ya da psikotrop ilaçları içeren reçeteler,

3) Veteriner hekimler tarafından düzenlenen uyuşturucu ya da psikotrop ilaçları içeren reçeteler,

4)Kontrole tabi madde içeren fakat sistemde bulunmayan majistral reçeteler olarak belirlenmiştir.

Konu ile ilgili sorunun değerlendirmesinde matbu düzenlenen kırmızı ve yeşil reçetelerin bulundurulma durumunun yanı sıra Renkli Reçete Sisteminin de kontrolünün sağlanması hususlarına bakılacaktır.

13.3. ASM YÖNETİM KARAR DEFTERİ

25/01/2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin, 26 ıncı maddesinin birinci fıkrasında, “*Aile sağlığı merkezinde birden çok aile hekimi hizmet veriyor ise, aile hekimleri kendi aralarında bir yönetim planı oluşturarak yönetici belirler ve yönetici ismini müdürlüğe bildirirler. Yönetici seçimi zorunlu haller dışında yılda bir kez yapılır. Yönetim tarafından alınan kararlar karar defterine işlenir. Yönetici, aile sağlığı Merkezinin işletilmesinden birinci derecede sorumlu olduğu gibi bu merkezin müdürlük ve toplum sağlığı merkezi ile koordinasyonunu sağlamakla da görevlidir. Yöneticinin diğer aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz.*” hükmü yer almaktadır.

Yönetim Karar Defteri ile ilgili olarak aşağıda belirtilen hususlara dikkat edilmelidir:

1. Yönetim karar defteri tek birimli Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) de dâhil tüm ASM’lerde bulundurulacaktır.
2. Yönetim karar defteri İl Sağlık Müdürlüğüne veya yetki verilmesi halinde ASM’ nin bölgesinde bulunduğu İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) tarafından her sayfası mühürlenecektir. Aynı şekilde defterin en sonuna da sayfa sayısı yazılmak suretiyle mühürlenecek ve imzalanacaktır.
3. Aile hekimleri tarafından yönetim planında, yönetim sürecini etkileyen, aile sağlığı merkezinde karşılaşılabilecek durumların (hekim değişikliği, yer değişikliği, gruplandırma değişikliği, birim sayısı değişikliği vb.) dikkate alınarak toplantı sıklığı, zamanı ve şartlarını özellikle belirtilecektir.
4. Aile hekimliği mevzuatı ile belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılması açısından alınacak kararların, sürecin aksamaması için oyçokluğu ile bunun dışındaki kararların ise yönetim planında belirlendiği şekilde alınması gerekmektedir. Oylama ile alınan tüm kararlarda ASM’de çalışan tüm hekimler toplantıya katılmakla mükelleftir. Ancak mazereti nedeniyle oylamaya katılamayan hekimlerin mazeret beyanları (rapor, izin) yönetim karar defterine işlenir ve kararı mazereti bitince imzalaması istenir. Aksi takdirde oylama geçersiz sayılır.
5. Aile sağlığı merkezinde hekim ve birim sayısı değişikliği olması halinde yönetim planının ve alınan kararların tekrar gözden geçirilmesi ve yönetim karar defterine konuya ilişkin değerlendirmenin, varsa değişikliklerin kaydedilmesi sağlanacaktır.
6. Hekimler arasında anlaşmazlık olması durumunda İl Sağlık Müdürlüğü yalnızca arabuluculuk görevini üstlenebilecek ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde konuyu değerlendirecektir. Yönetim karar defterinde alınan kararlarla ilgili olarak hukuki takipler adli yargı mercilerine yapılacaktır.
7. ASM’ de alınan kararlar tüm hekimlerce kabul veya ret olarak belirtilerek imzalanacak ve ret sebebi kısaca hekimin kendi el yazısı ile deftere yazılacaktır.
8. ASM’ ye alınan sarf malzemesi ve demirbaş niteliğindeki taşınır ve taşınmaz malzemelerin alınma, satılma, bakım-onarım kararları-fiyatları, kalibrasyon rapor tarihleri- fiyatları ve ASM’de ve AHB’de bulunan tıbbi malzemelerin seri numaraları, çalışan diğer personelin işe giriş, izin, ayrılış zamanları, SGK evrakları, kayıtları, soğuk zincir kırılmaları ile ilgili tutanaklar vb. deftere kaydedilecektir.
9. İzleme ve değerlendirme ziyareti ve denetim tutanaklarının bir örneği yönetim karar defteri ile birlikte bulundurulacaktır.
10. Aile hekimliği pozisyonunun, sözleşmeli aile hekimi bulunmaması nedeniyle boş olması durumunda, birimin giderlerinin İl Sağlık Müdürlüğü’nün döner sermayesinden karşılanabilmesi yönetim karar defterinin ibrazı ile mümkün olacaktır.

11. Aile hekimlerinden herhangi birinin, aile sağlığı merkezi giderlerinin kendisine isabet eden kısımlarını ödemediği yönetim karar defteri ile ispatlandığı takdirde, aile sağlığı merkezi giderlerini karşılamak üzere söz konusu aile hekimine yapılan ödemelerden Müdürlükçe kesinti yapılarak tutar yönetim karar defterinde belirtilen hesaba aktarılacaktır.

13.4. DEFİBRİLATÖR

25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin “Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı” başlıklı 24 üncü maddesi ile aile sağlığı merkezinde faal olarak bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz ve malzemeler düzenlenmiş olup “s)” bendi ile defibrilatör bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihazlar kapsamına alınmıştır. Aile hekimliği birimi gruplandırmasına göre A ve B grubunda yer alan aile sağlığı merkezlerinde hâlihazırda bulunan defibrilatörlerin kullanımına devam edilmesi, yeni alınacak defibrilatörlerin ise sahada uygulama birlikteliğinin sağlanması açısından aşığıdaki özellikleri taşıması gerekli görülmüştür.

- Otomatik Eksternal (AED) tipte veya manuel defibrilatör kullanılıyor ise otomatik eksternal özelliği olan tipte olmalıdır.
- Kullanılan dalga formu açısından bifazik olmalıdır.
- Pediatrik ve yetişkin pedleri veya kaşıkları olmalıdır.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası'na (TİTUBB) kayıt işlemleri tamamlanarak belgelendirilmiş olmalıdır.

13.5. ASPİRATÖR

11.03.2015 tarihli ve 29292 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile aile sağlığı merkezlerinde faal olarak bulundurulması zorunlu asgari tıbbi cihaz ve malzemeler kapsamına “aspiratör” cihazı dahil edilmesi üzerine söz konusu cihazın özellikleri duyurulmuş olup görülen lüzum üzerine ilgi yazıda düzenleme yapılması ihtiyacı hasıl olmuştur. Bu nedenle aspiratör cihazları ile ilgili aşığıdaki açıklamalar çerçevesinde işlem tesis edilmesi gerekmektedir.

Sahada uygulama birliğinin sağlanması açısından aile sağlığı merkezlerinde aşığıda belirtilen özellikleri taşıyan aspiratörlerin bulundurulması zorunludur. Buna göre;

- Emiş ve depolama sistemini barındıran portatif (taşınabilir, seyyar) bir aspiratör olmalıdır.
- Çocuk ve yetişkin kullanımına uygun olmalıdır.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası'na (TİTUBB) kayıt işlemleri tamamlanmış, belgelendirilmiş olmalıdır.

Aspiratör cihazı ve malzemelerinin kullanımı, bakımı, temizlenmesi ve saklanması ilişkin olarak dezenfeksiyon usullerine ve kullanım talimatına riayet edilmelidir.

13.6. GRUPLANDIRMA İŞLEMLERİ VE GÜVENLİK KAMERA SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

21/07/2017 tarihli ve 99858683-010.07.01-1828 sayılı, "Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırma İşlemleri" konulu genel yazının ekinde yer alan "Gruplandırma Değerlendirme Formu"ndaki 13. "Engelliler için düzenlenmiş tuvalet işlevsel olarak bulunmaktadır." kriterinin denetlenmesi sırasında yapılacak işlemler arasında yer alan "a) Mevcut tuvaletlere ilave olarak en az bir adet engelli tuvaleti bulunmalı ya da mevcut olan bay ve bayan tuvaletlerinden her ikisi de engelliler için yeniden düzenlenmiş olmalıdır." hükmü ile ilgili olarak; yapılan denetimlerde teknik açıdan söz konusu kriterin "(Bay WC + Bayan WC + Engelli WC veya Engelli Bayan WC + Engelli Bay WC)" sağlanması mümkün olmadığının tespit edilmesi halinde " aile sağlığı merkezindeki mevcut tuvaletlerden herhangi birinin aynı zaman da engelliler için düzenlenmiş olmasının grup kriterinin sağlanması bakımından yeterli olacağı, 15/05/2017 tarihli ve 30068 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ile Aile Sağlığı

Merkezinde faal olarak bulundurulması gereken asgari tıbbi cihaz ve malzemelerin yer aldığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 24 üncü maddesine eklenen “(7) Üç ve üzeri aile hekimliği birimi bulunan aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimlerince aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülediği güvenlik kamera sistemi kurulur.” fıkrasında yer alan "güvenlik kamera sisteminin;

- a) Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerini görüntülüyor olması,
- b) Kameraların hasta mahremiyetini dikkate alacak şekilde yerleştirilmiş olması,
- c) Kameraların tümünün aktif olarak kayıt yapıyor olması (Arıza durumunda yapılan işleme ilişkin belge ibraz edilmelidir.)
- ç) Kameraların asgari ASM'nin açık olduğu saatler süresince görüntülü kayıt yapması, yapılan kayıtların 1 ay süreyle müdürlük veya adli makamlarca talep edildiğinde ibraz edilmek üzere uygun bir yerde muhafaza edilerek saklanması,
- d) Kayıtların CD, DVD, Flash Disk veya buna benzer depolama aygıtları ile alınabilmesi,
- e) Bekleme alanlarına ve ASM girişine binanın güvenlik kamerası ile görüntülü kayıt altına alındığını belirtir tabela asılması gerekmektedir.

13.6. JENERATÖR -1

25.01.2013 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 24. maddesinin 1 inci fıkrasında “Aile sağlığı merkezinde aşağıda belirtilen asgari tıbbi cihaz ve malzemenin faal olarak bulundurulması zorunludur.” hükmü yer almaktadır. Mezkûr maddede ifade edilen tıbbi cihaz ve malzemelerin tümünün kullanıma hazır, faal olarak bulundurulması, ASM'de gerekli durumlarda kullanılması ve izleme değerlendirme esnasında ibraz edilmesi gerekmektedir. Olası elektrik kesintisi durumunda (özellikle mesai saati dışında, resmi tatillerde, gece ve hafta sonları) yaşanabilecek olumsuzlukların önlenilmesi (soğuk zincir kırılması vb.), sunulan hizmetin sekteye uğramaması ve enerji devamlılığının sağlanması için otomatik devreye giren jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı bulundurulması ve bakımlarının da düzenli olarak yaptırılması gerekmektedir.

13.7. JENERATÖR -2

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı başlıklı 24. Maddesi 1 inci fıkrasında zorunlu olarak bulundurulması gerekli asgari tıbbi cihaz ve malzemelerden olan jeneratör veya kesintisiz güç kaynağının teknik özelliklerine ilişkin olarak 20.09.2019 tarihli ve 30894 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği'nin Ek-12'inde yer alan Mevcut Sağlık Tesisleri Fiziki Kriterleri başlıklı tablonun ortak kullanım alanları bölümünde (teknik alanlar) Jeneratör/ kesintisiz güç kaynağı ile ilgili;

- Sağlık tesisinde bulunan bütün jeneratörlerin ilgili mevzuata uygun olarak ruhsat alınmalıdır.
- Jeneratörün bina içinde olması halinde ses izolasyonunu sağlanmalıdır.
- Jeneratör kapasitesi, sağlık tesisinin talep gücünün %70' inden az olmamalıdır.” şeklinde

standart getirilmiş olup halihazırdaki aile sağlığı merkezlerinde bu kriterlerin dikkate alınması gerektiği,

Yine yeni açılması planlanan bina ve ek binalarda sağlık tesislerinin ruhsatlandırılmasında uyulması gereken temel, asgari işlevsel ve sayısal fiziki kriterlerin belirtildiği mezkûr Yönetmeliğin ekinde yer alan "EK-2 Kamu Sağlık Tesislerinde Ruhsatlandırmaya Esas Genel Fiziki Kriterler " başlıklı tablodaki ortak kullanım alanları bölümünde (teknik alanlar) Jeneratör/kesintisiz güç kaynağının özellikleri;

- “Tüm sağlık tesislerinde elektrik kesintisine karşı, yeterli kapasitede jeneratör veya kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.
- Jeneratör kapasitesi, sağlık tesisinin talep gücünün %70' inden az olmamalı ve mevzuatına uygun olarak güncel ruhsat alınmalıdır.
- Jeneratörlerin bulunduğu mekanların ses yalıtımı, uygun havalandırması ve aydınlatması sağlanmış olmalıdır.

- Jeneratörlerin en az 24 saat elektrik kesintisine yetecek kadar yakıt tankı ve yangın algılama ve söndürme tesisatları olmalıdır.
- Kesintisiz güç kaynağına yakın konumda uygun oda sıcaklığı ayarlanmış, yangın söndürme tesisatı bulunan ve akülere müdahale edilebilecek çevre boşluğu olan akü odası olmalıdır.”

şeklinde açıklama yapıldığı dolayısıyla yeni açılması planlanan aile sağlığı merkezlerinde bulunacak olan jeneratör/kesintisiz güç kaynağının bu özellikleri taşıması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Adli Tabiplik Hizmetleri ve Adli Raporların Düzenlenmesi Hakkında Genelge, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014/29.

Aile Hekimliği Birimleri Grubunun Belirlenmesi Konulu Genelge, Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2011/3, Eki: Aile Sağlığı Merkezi/Birimi Gruplandırma Kriterleri Rehberi

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, Cumhurbaşkanlığı Yönetmeliği, RG. Tarih: 30/06/2021, Sayısı: 31527

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, RG., Tarihi: 25.01.2013, Sayısı: 28539

Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010, ISBN 975-590-136-1

AKSAKOĞLU G., “Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme”, Dokuz Eylül Üni.Yayımları, İzmir, 2006

ASM VE AHB'nin olağan dışı durum, ihbar ve şikayetlerinde kullanılacak denetim formu ve inceleme tutanağına ilişkin TSHK 30.01.2012 tarihli ve 2592 sayılı yazısı. TSHK 27.01.2014 tarihli ve 900 sayılı yazısı.

Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı,

Bebeklerde D vitamini yetersizliğinin önlenmesi ve kemik sağlığının korunması projesi konulu Sağlık Bakanlığı Genelgesi (29.04.2005 tarihli, 2005/71 Sayılı)

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, BKK Yönetmeliği, RG. Tarihi: 19.12.2007 Sayısı: 26735

BONİTA R, BEAGLEHOLE R., KJELLSTRÖM T., “Temel Epidemiyoloji”, Çeviri: Nazan Bilgel, Ankara,2009

Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, RG. Tarihi: 30.05.2007 Sayısı: 26537

Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015/18

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ, Sağlık Bakanlığı, RG. Tarihi:6/11/2004

Sayısı:25635

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi. SB. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 24.02.2004/1534

ÇKYS: <http://www.saglik.gov.tr/SBSGM/belge/1-15472/cekirdek-kaynak-yonetim-sistemi-ckys.html>

Demir Gibi Türkiye Projesi konulu Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2004 / 21

Doğum Öncesi Bakım Protokolü, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 924, Ankara, 2014

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 925, Ankara, 2014

Elektronik İmza Kanunu, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu, (5070 Sayılı)

Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliğe (20/7/2013 tarihinde 28713 Sayılı)istinaden çıkarılan 2020/3 Sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Hakkındaki Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Genelgesi ekinde yer alan formlar

Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014/24

Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik, BKK Yönetmeliği, RG Tarihi: 15.01.2016,Sayısı: 29594

Gelişimsel Kalça Displazisi Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2013/4

Genişletilmiş Bağışıklama Programı Konulu Sağlık Bakanlığı Genelgesi, SB. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009/17

Görme Taraması Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı 02.12.2015 tarih ve 2324855-234.02-E.63947 sayılı yazıları

GÜLER Ç., AKIN L. “Halk Sağlığı Temel Bilgiler”, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2015

Halk Sağlığı Laboratuvarları ve Yetkilendirilmiş Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, RG., Tarihi:22.01.2015 sayısı:29244

Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, RG. Tarihi: 06.08.2000 Sayısı: 24132

HENNECKENS CH, BURİNG JE, “Epidemiology in Medicine”, London, Tokyo, 1987

<http://www.e-saglik.gov.tr>

<http://www.saglik.gov.tr/DH/belge/1-29728/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html>

İçme Kullanma Suyu İzleme Faaliyetleri Genelgesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014/25

İNAN AKDENİZ D., “El Hijyeni” ÜTF İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Antalya

Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı, RG. Tarihi: 03.06.2015 Sayısı: 29375

Kanser Bildirimi ve Kanser Kayıt Merkezleri Genelgesi 2019/07

Kanser Kayıt Elemanı Sertifikalı Eğitim Programı Standart No: SASES-64 Tarih 24.03.2017

Kırmızı ve Yeşil Reçeteye İlişkin THSK 27.10.2015 Tarihli ve 13878920 Barkod Nolu Yazısı

Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi, Türkiye halk Sağlığı Kurumu, 2014/30

Kurum web sayfasında yer alan dokümanlar, www.thsk.saglik.gov.tr

LAST J., “Dictionary of epidemiology”, Oxford University Press, 2008

Meme, Serviks, Kolorektal Kanser Ulusal Tarama Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı

Mesai Saatleri Harici İşyeri Hekimliği Genelgesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı,2014/1.

Mevzuat Bilgi Sistemi (www.mevzuat.gov.tr)

Okul Sağlığı Hizmetleri Genelgesi, SB. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008/58.

Okul Sütü Programı Uygulama Tebliği, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, 2015/38

ÖZKAN S., “Sağlık Çalışanları İçin Eğitici Eğitimi Rehberi”, Ankara, 2014

Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelge, SB. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010/ 73-80 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/epidemioloji.pdf>

Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, RG. Tarihi: 24.03.2000 Sayısı: 23999

ROTHMAN KJ., “Epidemiology, an introduction”, Oxford, 2012

Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kimlik Klavuzu, Aile Sağlığı Merkezi Tabelaları ile Aile Hekimlerinin Kaşelerine ilişkin Usul ve Esaslar

Sağlık Bakanlığı’na Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge. SB. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 28.09.2011/39617

Sağlık Bakanlığının Talimat İçeren Yazıları

Sağlık Çalışanları İçin Eğitim Becerileri Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:913, Ankara, 2014

Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2012

Sağlık Uygulama Tebliği, Sosyal Güvenlik Kurumu, RG. Tarihi: 24.03.2013 Sayısı: 28597

Sağlık Yöneticileri ve Çalışanları İçin Kişisel Gelişim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 938

T.C. Sağlık Bakanlığı ile T.C. Millî Eğitim Bakanlığı arasında yapılan “Beyaz Bayrak” İş birliği Protokolü.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara, 2011

TEZCAN S, “Epidemiyoloji Tıbbi Araştırma Yöntemleri Bilimi”, Ankara, 1992

TEZCAN, Sabahat, “Sağlık Ölçütleri”, Ankara, 1995

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, RG. 25.01.2017 tarih ve 29959 sayılı

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, SB. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 16.02.2011/7364

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, RG. Tarihi: 05.02.2015 Sayısı: 29258

Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama, Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Türkiye halk Sağlığı Kurumu, 31.01.2014 tarih ve 5679.8974

TS EN ISO 15189- "Tıbbi Laboratuvarlar- Kalite ve Yeterlilik için özel şartlar

TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yeterliliği İçin Genel Şartlar

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. Sağlık Bakanlığı, 07.11.2017 tarih ve 51275 sayılı

Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı, RG., Tarihi: 23.11.2011 Sayısı: 28121

Tütün Hakkında 4027 Sayılı Kanun Hükümlerinin Uygulanması Genelgesi, Başbakanlık, 2009/13.

Tütün Kontrol Programı Genelgesi- Başbakanlık 2006/29.

Tütün Ürünlerinin Tüketilmemesine ve Satışına İlişkin Yasal Uyarılar Hakkında Yönetmelik, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu, RG. Tarihi:17.04.2010 Sayısı:27555

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü 2.2, / Doküman-online T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Genelgesi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014/27

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK)(1593 Sayılı)

Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı, RG., Tarihi: 22.02.2012 Sayısı: 28212

Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014/7

Yönetim Karar Defteri, THSK 15.03.2016 tarih ve 19831278/622.02 sayılı yazısı

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı Resmi yazıları

Eğitimlerle ilgili dokümanlara <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/birinci-basamak-saglik-hizmeti-kronik-hastalik-i-zlemi-egitimlerini-i-llerimizde-baslatiyoruz-2.html>

