



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı



**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINDA İZLEME VE DEĞERLENDİRME
KAPASİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN MERKEZ VE TAŞRA TEŞKİLATINDA
ÇALIŞAN PERSONELİN BİLGİ VE BECERİLERİNİN ARTTIRILMASI PROJESİ**

İZLEME VE DEĞERLENDİRME EĞİTİMİ REHBERİ

Ankara, 2019

EDİTÖRLER

Doç. Dr. Fatih KARA

Genel Müdür

Mahmut BİKEÇ

İzleme Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanı

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Ayşegül ÖZĞAN

Hülya ANBARYAPAN

Mesut TUNAY

Süleyman DALDAL

Yağmur ÇAĞLAR

KATKI SAĞLAYANLAR

Ayşegül ÖZĞAN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Fatmahan ŞANVER	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
H. Bahar YAKARYILMAZ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Hülya ANBARYAPAN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Merve GÖKTAŞ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Mesut TUNAY	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Münüre YILMAZ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Süleyman DALDAL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Yağmur ÇAĞLAR	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Yasemin GÜÇTAŞ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Murat TÜRKYILMAZ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Gülşay TÜRKMEN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dudu ÖZDEMİR	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Azize BİLEN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Emel ÖZDEMİR ŞAHİN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Erhami METİN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Rahime KAÇMAZ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Zerrin ÜNLÜ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Oben ÜNER	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Şirin AYDIN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Aysu VURAL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Uzm. Dr. Figen SEZEN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Uzm. Dr. Mine YENİCE	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Vet. Hek. Ramazan UZUN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Özlem KAHRAMAN TUNAY	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Oya POYRAZOĞLU	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Hakan BOZKURT	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Fatma KAYA	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Nermin SÖZÜAK	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Füsün TUNAY	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Nevin ÇOBANOĞLU	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Aylin YÜKSEL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Esra AKÇAY	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Çiğdem BAŞGÜL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Serkan UMay	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Mehmet ÇİMEN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Volkan BÜLBÜL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Hüseyin KİSBET	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Prof. Dr. Nur AKSAKAL	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Öğr. Gör. Asiye UĞRAŞ DİKMEN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Bediha ÖKSÜZ	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Betül ÖZBEK	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Çiğdem ŞİMŞEK	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Deniz ÇAKMAK	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.
Dr. Hatice TURAN	HSGM İzleme Değerlendirme ve İstatistik D.B.

Dr. Hidayet SELÇUK
Dr. Umut DOMAÇ
Dr. Raif ÖZDEMİR
Dr. Yasemin BAŞ
Dr. Semiha KOÇAK
Asiye ALİM ÖZDEN
Uzm. Dr. Berk GEROĞLU
Dr. Durmuş Ali ASLANLAR
Nurcan ERSOY
Dr. Fatih GÜMÜŞ
Dr. Özgür BİLEK
Dr. Feryal CEYLAN
Dr. Özer ÖZEN
Dr. Elif AĞIRBAŞ
Dr. Kamile AVCI
Dr. Merih AKMAN
Dr. Muhterem KOLAY
Derya AYHAN

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü
Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü
Giresun İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Konya İl Sağlık Müdürlüğü
Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü
Mardin İl Sağlık Müdürlüğü
Mardin İl Sağlık Müdürlüğü
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü
Aile Hekimi-Ankara
Aile Hekimi-Ankara
Aile Hekimi-Ankara
Aile Hekimi-İzmir
Aile Sağlığı Çalışanı-Ankara



ÖNSÖZ

Bakanlığımız, politikaları gereği bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılmasını amaçlamaktadır.

Sağlıklı ve sürdürülebilir büyüme, nitelikli insan gücü ve güçlü toplum oluşturulmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek sağlık sistemi içerisindeki etkinliğinin artırılması ve farkındalık oluşturarak izleme ve değerlendirme faaliyetlerinin yürütülmesi büyük önem arz etmektedir.

Bu kapsamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde il faaliyetlerine hakim, yerinde ve nitelikli izleme ve değerlendirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi için merkez ve taşra teşkilatımızda görevli personelin koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla Halk Sağlığı Hizmet Birimleri İzleme ve Değerlendirme Personeli Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenmektedir.

İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Dairesi Başkanlığımızca yürütülen proje kapsamında gerçekleştirilecek olan eğitimlerde yararlanılacak olan bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür eder, siz değerli katılımcılara başarılar dilerim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Genel Müdür

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM I

HUKUK VE MEVZUAT

1.1. TANIMLAR	3
1.1.1. Hukuk	3
1.1.2. Yaptırım	3
1.1.3. Mevzuat	3
1.1.4. Normlar Hiyerarşisi	3
1.1.4.1. Anayasa	4
1.1.4.2. Usulüne Göre Yürürlüğe Konulmuş Milletlerarası Antlaşmalar	4
1.1.4.3. Kanunlar	4
1.1.4.4. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi	5
1.1.4.5. Yönetmelikler	5
1.1.4.6. Adsız Düzenleyici İşlemler (Genel Tebliğler, Tebliğler, Genelgeler vb.)	5
1.1.5. Normlar Hiyerarşisinin Değişik Görünüm Şekilleri	5
1.1.5.1. Özel Kanun ve Genel Kanun İlişkisi (Özel Hüküm ve Genel Hüküm İlişkisi)	5
1.1.5.2. Önceki Kanun ve Sonraki Kanun İlişkisi	6
1.1.5.3. Esas Madde ve Geçici Madde İlişkisi	6
1.1.6. Anayasal Koruma	7
1.1.7. Yargısal Koruma	7
1.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ MEVZUAT	9
1.2.1. Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnameler	9
1.2.2. Tüzükler	10
1.2.3. Yönetmelikler	10
1.2.4. Tebliğler	11
1.2.5. Yönergeler	11
1.2.6. Genelgeler	11
1.2.7. Genel Yazılar	12
1.3. YASAL DAYANAK	12
1.3.1. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (R.G. 10/07/2018-30474)	12
1.3.2. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge	13
1.3.3. İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Dairesi Başkanlığının Görevleri	14
1.3.4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge	15
1.3.5. İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Biriminin Görevleri	17
1.3.6. Aile Hekimliği Kanunu	17
1.3.7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	17
1.3.8. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği	18
1.3.9. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği	20

BÖLÜM II

İLETİŞİM, EKİP ÇALIŞMASI, ÇATIŞMA YÖNETİMİ

2.1. KİŞİLER ARASI İLETİŞİM	23
2.1.1. İletişimde Anlaşmayı Kolaylaştıran Özellikler	23
2.1.2. İletişim Becerileri	24
2.1.2.1. Sözsüz İletişim (Beden Dili)	24
2.1.2.2. Sözlü İletişim	26
2.1.3. Etkili İletişimde Sık Kullanılan Teknikler	27
2.1.3.1. Ben Dili	27

2.1.3.2.	Sen Dili	28
2.1.3.3.	Sandviç Metodu	28
2.2.	ÇATIŞMA YÖNETİMİ	29
2.2.1.	Çatışma Nedir?	29
2.2.2.	Çatışmaların Nedenleri	29
2.2.3.	Çatışma Kavramına İlişkin Yanılgılar ve Gerçekler	30
2.2.4.	Çatışma Yönetimi Stratejileri	30
2.2.4.1.	Kaçınma (Avoiding)	30
2.2.4.2.	Rekabet (Competition)	31
2.2.4.3.	İşbirliği (Collaboration)	31
2.2.4.4.	Uyma (Accommodating)	31
2.2.4.5.	Uzlaşma (Compromise)	32
2.2.5.	Çatışma Yönetiminin Aşamaları	32
2.2.6.	Çatışmaların Olumlu ve Olumsuz Yanları	33
2.3.	EKİP ÇALIŞMASI	34
2.3.1.	Ekip Nedir	34
2.3.2.	Ekip Çalışması Nedir	35
2.3.3.	Ekip Oluşturmanın Gerekçesi	35
2.3.4.	Hangi Durumlarda Ekip Oluşturulmalıdır	35
2.3.5.	Ekip Oluşturulmasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	35
2.3.6.	Ekip Çalışmasının Aşamaları	36
2.3.7.	Ekip Liderliği	36
2.3.8.	Ekip Çalışmasında Ekip Üyelerinin Rolü	37
2.3.9.	Etkili Ekiplerin Özellikleri	38
2.3.10.	Ekipler Neden Başarısız Olurlar	38
2.3.11.	Ekip Olarak Çalışmanın Avantajları	39
2.3.12.	Ekip Çalışmasının Çalışan Motivasyonuna Etkisi	40
2.3.13.	EK-1 Test “İyi Bir Ekip Üyesi Misiniz?”	40

BÖLÜM III

EPİDEMİYOLOJİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

3.1.	EPİDEMİYOLOJİ	43
3.1.1.	Tanım	43
3.1.2.	Kullanım Alanı	43
3.1.3.	Epidemiyolojinin Stratejisi	43
3.2.	SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ (GÖSTERGELERİ)	43
3.2.1.	Ölçütlerle İlgili Temel Kavramlar	44
3.2.1.1.	Oran	44
3.2.1.2.	Orantı	44
3.2.1.3.	Hız	44
3.2.2.	Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler	45
3.2.2.1.	Kaba Ölüm Hızı (KÖH)	45
3.2.2.2.	Anne Ölüm Oranı	45
3.2.2.3.	Bebek Ölüm Hızı	45
3.2.2.4.	Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı	45
3.2.3.	Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler	45
3.2.3.1.	Kaba Doğum Hızı (KDH)	45
3.2.3.2.	Yaşa Özel Doğurganlık Hızı	45
3.2.3.3.	Toplam Doğurganlık Hızı (TDH)	46
3.2.4.	Hastalık (morbidite) düzeyini belirleyen ölçütler	46
3.2.4.1.	İnsidans	46
3.2.4.2.	Prevalans	46
3.2.5.	Diğer Ölçütler	47
3.2.5.1.	Hastanede Yapılan Doğum Yüzdesi	47

3.2.5.2.	Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğum Yüzdesi	47
3.2.5.3.	Sezaryenle Doğum Yüzdesi.....	47
3.2.5.4.	Aile Hekiminden Hiç Hizmet Almayan Kişi Yüzdesi.....	47
3.2.5.5.	Kişi Başı Aile Hekimine Ortalama Müracaat (başvuru) Sayısı:	47
3.2.5.6.	İl Ortalama ASM Büyüklüğü	47
3.2.5.7.	Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarına Müracaat Durumu	47
3.2.5.8.	Bebek Başına Ortalama İzlem	48
3.2.5.9.	Tam İzlenen Bebek/Çocuk Yüzdesi	48
3.2.5.10.	Takvimine Uygun İzlenen Bebek/Çocuk Yüzdesi	48
3.2.5.11.	Evlilik Öncesi Talasemi Tarama Yüzdesi	48
3.2.5.12.	Misafir Edilen Gebe Yüzdesi	48
3.2.5.13.	Rutin Tütün Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi	48
3.2.5.14.	Tütün İhbar Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi.....	48
3.2.5.15.	Beyaz Kod Uygulaması.....	48

BÖLÜM IV

BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA

4.1.	BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ	49
4.1.1.	Genel Bilgiler	49
4.1.2.	İlgili Mevzuat	49
4.1.3.	Vakaların Bildirilmesi	50
4.1.4.	İhbar ve Bildirimi Zorunlu Hastalıklar.....	51
4.1.5.	Vakaların Bildirilmesinden Sonra Yapılması Gereken Çalışmalar	51
4.1.5.1.	Filyasyon	51
4.1.5.2.	Vaka İncelemesi	51
4.1.5.3.	Salgın İncelemesi.....	51
4.1.6.	Sürveyans ve Sürveyans Tipleri	51
4.1.7.	Tüberküloz Kontrol Hizmetleri	53
4.1.7.1.	Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)	53
4.1.7.2.	Şartlı-Düzenli Nakdi Yardımlar	54
4.1.7.3.	Temaslı Taraması	54
4.1.7.4.	Bildirim.....	54
4.1.7.5.	İlaç-İkmal Faaliyetleri	54
4.1.7.6.	Eğitim	55
4.1.7.7.	Mobil Tarama Ekiplerine Destek Sağlanması	56
4.1.7.8.	Tüberküloz İl Koordinatörleri	56
4.1.7.9.	Uyumsuz/Zor hasta.....	56
4.1.7.10.	Tüberküloz Kontrol Hizmetlerinin İzleme ve Değerlendirmesi	56
4.1.8.	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar	57
4.1.9.	Deri ve Zührevi Hastalıklar.....	57
4.2.	BAĞIŞIKLAMA.....	58
4.2.1.	Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)	58
4.2.2.	Soğuk Zincir Kuralları ve Aşı Teminine İlişkin Hususlar.....	58
4.2.3.	T.C. Sağlık Bakanlığı Güncel Aşı Takvimi, 2019	63
4.2.4.	Gebelerde Aşılama	64
4.2.5.	Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi.....	64
4.2.6.	Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları (Önerilen Risk Gruplarına).....	64
4.2.7.	Sağlık Çalışanı Aşılması.....	64

BÖLÜM V

KADIN, ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

5.1.	KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ	67
5.1.1.	15-49 Yaş Kadın İzlem	67
5.1.2.	Üreme Sağlığı Yöntemleri	68

5.1.3.	Evlilik Öncesi Danışmanlık	70
5.1.4.	Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim Programı	70
5.1.5.	Üreme Sağlığı Halk Eğitimleri.....	71
5.1.6.	Doğum Öncesi Bakım Protokolü	71
5.1.6.1.	Riskli Gebelik Yaklaşımı.....	73
5.1.7.	Doğum Sonrası Bakım Protokolü	73
5.1.8.	Misafir Anne Uygulaması	75
5.1.9.	Gebe Bilgilendirme Sınıfı	76
5.2.	ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ	77
5.2.1.	Bebek, Çocuk ve Ergen İzlemleri.....	77
5.2.1.1.	Yeni Doğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi.....	79
5.2.1.2.	Doğumdan Sonraki İlk Hafta İçinde Yenidoğanın İzlemi	81
5.2.1.3.	15. - 41. Gün ve 2. Ay İzlemleri.....	82
5.2.1.4.	3.- 4. Ay İzlemleri.....	83
5.2.1.5.	6., 9. ve 12. Ay İzlemleri	84
5.2.1.6.	13 -36 Ay Arası Çocuk İzlemleri	85
5.2.1.7.	4- 6 Yaş Çocuk İzlemleri.....	86
5.2.1.8.	7-9 Yaş Arası Çocuk İzlemleri	87
5.2.1.9.	10-21 Yaş Arası Ergen/Genç İzlemleri.....	88
5.2.2.	Hemoglobinopati Tarama Programı.....	90
5.2.3.	Yenidoğan Tarama Programları	91
5.2.3.1.	Yenidoğan Tarama Programı (NTP)	91
5.2.3.2.	Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı.....	95
5.2.3.3.	Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Taraması.....	98
5.2.3.4.	Görme Taraması	100

BÖLÜM VI

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR

6.1.	KANSER	103
6.1.1.	Kanser Kayıtlılığı	103
6.1.2.	Kanser Taramaları	104
6.1.2.1.	Meme Kanseri Taramaları	105
6.1.2.2.	Serviks Kanseri Taramaları	107
6.1.2.3.	Kolorektal Kanseri Taramaları (KRK)	108
6.2.	KRONİK HASTALIKLAR	109
6.2.1.	Hipertansiyon	109
6.2.2.	Diyabette Danışmanlık Hizmetleri.....	110
6.2.2.1.	Diyabet Tanı Kriterleri.....	110
6.2.2.2.	Diyabet Tarama Kriterleri	111
6.2.2.3.	Gestasyonel Diyabet Tarama ve Tanı Kriterleri.....	112
6.2.2.4.	Prediyalet	113
6.2.2.5.	Diyabet Yönetimini Güçlendirmeye Yönelik Uygulamalar	113
6.2.3.	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi	113
6.3.	OBEZİTE VE DİYABET/SAĞLIKLI BESLENME DANIŞMANLIK HİZMETLERİ ...	114
6.4.	PSİKOSOSYAL DESTEK	118
6.4.1.	0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı	118
6.4.2.	ÇPGD Programı Kapsamında İl Değerlendirmesinde Kontrol Edilmesi Gerekenler ..	119
6.5.	OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ.....	119
6.5.1.	Okul Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.....	120
6.5.2.	Okullarda Sağlık Eğitimi.....	120
6.6.	TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE HİZMETLERİ.....	121
6.6.1.	Tütün Kontrol Çalışmaları	121
6.6.1.1.	4207 Sayılı Kanun Kapsamında Gerçekleştirilen Denetimler	122

6.6.1.2.	Sigara Bırakma İlaçları Destek Programı	124
6.6.1.3.	ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı	125
6.6.2.	Uyuşturucu İle Mücadele Çalışmaları	125
6.6.3.	Alkol Kontrol Çalışmaları	127
6.6.4.	Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Hizmetlerinde İlçe SM ve TSM'nin İzleme ve Değerlendirmesi	128

BÖLÜM VII

TÜKETİCİ VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

7.1.	ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİ	131
7.1.1.	İSG Hizmetlerinin Planlanması ve Uygulanması	132
7.1.2.	İSG Hizmetlerinin Yürütülmesi	133
7.1.3.	Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları Sürveyansı	133
7.1.4.	İşyerlerinde Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmaları	136
7.1.5.	Beyaz Kod	137
7.2.	ÇEVRE SAĞLIĞI HİZMETLERİ	139
7.2.1.	Şebeke Sularının Denetimi	139
7.2.1.1.	Kontrol İzleme Parametreleri	140
7.2.1.2.	Denetleme İzleme Parametreleri	141
7.2.1.3.	Uyumsuzluk Nedenleri	141
7.2.1.4.	Uyumsuzluk Yönetimi İş Akış Şeması	142
7.2.2.	Ambalajlı Suların Denetimi	143
7.2.3.	Kaplıcaların Denetimi	143
7.2.4.	Yüzme Havuzlarının Denetimi	143
7.2.5.	Yüzme Sularının Denetimi	144
7.2.6.	Biyosidal Ürünler İle İlgili İşlemler	145
7.2.7.	Beyaz Bayrak	146

BÖLÜM VIII

SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

8.1.	TANIMLAR	147
8.1.1.	Ulusal Sağlık Sistemi (USS)	147
8.1.2.	Yönetim Web (Yönetim Paneli)	148
8.1.3.	Karar Destek Sistemi (KDS)	148
8.1.4.	Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS) ve Doküman Online	149
8.1.5.	Sağlık Kodları Referans Sunucusu (SKRS)	149
8.1.6.	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)	150
8.1.7.	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)	151
8.1.8.	Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)	152
8.1.9.	Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS)	155
8.1.10.	Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)	155
8.1.11.	Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)	155
8.1.12.	Reçete Bilgi Sistemi (RBS)	155
8.1.13.	Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS)	155
8.1.14.	Aşı Antiserum Soğuk Zincir ve Stok Yönetim Sistemi (ATS)	156
8.1.15.	Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS)	156
8.1.16.	Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Sistemi (İZCİ)	156
8.1.17.	Ulusal İşitme Tarama Programı (UİTP)	157
8.1.18.	Yenidoğan Tarama Programı (NTP)	158
8.2.	AHBS VE HBYS'LERDE BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMALARI ...	159
8.3.	İZLEME DEĞERLENDİRME BİLİŞİM SENARYOSU	161

BÖLÜM IX

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI

9.1.	TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	165
9.1.1.	ÇEKÜS (Çocuk Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı) Birimi	166
9.1.2.	Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri.....	167
9.1.3.	Diyabet ve Obezite Birimi.....	167
9.1.4.	Entegre Sağlık Hizmeti Birimi	167
9.1.5.	Hemoglobinopati Tanı Merkezi	168
9.1.6.	Göçmen Sağlığı Merkezi.....	168
9.1.7.	KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Birimi.....	169
9.1.8.	İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi	169
9.1.9.	Sağlık Evi.....	170
9.1.10.	Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)	170
9.1.11.	Sıtma Savaş Dispanseri (Sıtma Birimi).....	171
9.1.12.	VSD (Verem Savaş Dispanseri) Birimi.....	172
9.2.	AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ.....	173
9.3.	E-II VE E-III GRUBU İLÇE DEVLET HASTANELERİ	174
9.4.	HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI	176
9.5.	ÇOCUK İZLEM MERKEZİ.....	177
9.6.	TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ (TRSM).....	180
9.7.	KANSER KAYIT MERKEZİ	181

BÖLÜM X

FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

10.1.	GENEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR.....	183
10.1.1.	Tabela ve Yönlendirme İşaretleri.....	183
10.1.1.1.	Dış Yönlendirme Tabelası	183
10.1.1.2.	Dış Tabela.....	183
10.1.1.3.	İç Yönlendirme ve Birim Tabelası	183
10.1.2.	Yangına Yönelik Önlemler	184
10.1.2.1.	Kaçış Güvenliği Esasları	184
10.1.2.2.	Acil Durum Yönlendirmesi	185
10.1.2.3.	Taşınabilir Söndürme Tüpleri.....	185
10.1.2.4.	Eğitim ve Tatbikat	185
10.1.3.	Engelli ve Yaşlılara Yönelik Düzenlemeler.....	186
10.1.3.1.	Bahçe içi Düzenlemeleri.....	186
10.1.3.2.	Otoparklar.....	186
10.1.3.3.	Bina Girişleri	187
10.1.3.4.	Rampalar.....	187
10.1.3.5.	Merdivenler	187
10.1.3.6.	Merdiven-Rampa Korkuluk ve Küpeşterleri.....	188
10.1.3.7.	Engelli Polikliniği.....	188
10.1.3.8.	Engelli Tuvaletleri	188
10.1.3.9.	Bina İçi Yatay Dolaşım	189
10.1.3.10.	Bina İçi Dikey Dolaşım	189
10.1.3.11.	Yönlendirme ve İşaretler	190
10.1.3.12.	Acil Durum ve Bina Tesisatı	190
10.1.4.	Tıbbi Cihazların Envanteri	190
10.1.5.	Tıbbi Atık Kontrolü.....	190
10.1.6.	Arşiv Düzenlemesi	192
10.2.	BİRİME ÖZEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR	192
10.2.1.	Aile Sağlığı Merkezi	192
10.2.2.	Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırılması.....	195

10.2.2.1. Gruplandırma Değerlendirme Formu	198
10.2.3. E-II ve E-III Grubu İlçe Devlet Hastaneleri	204
10.2.4. Halk Sağlığı Laboratuvarı	207

BÖLÜM XI

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

11.1. GENEL BİLGİ.....	209
11.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME EKİP ÜYELERİNİN NİTELİKLERİ	210
11.3. İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMLARI	211
11.3.1. İzleme ve Değerlendirme Formları Neden Gereklidir?.....	211
11.3.2. İzleme ve Değerlendirme Formlarının Yapısı.....	211
11.3.3. İzleme ve Değerlendirme Formları	211
11.4. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ	212
11.5. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN SONUÇLANDIRILMASI	213
11.5.1. ASM-AHB İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması.....	213
11.5.2. TSM, Bağlı Birim ve Diğer Birimlerin İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması.....	215

BÖLÜM XII

DİĞER HUSUSLAR

12.1. HASTA MAHREMİYETİ.....	217
12.2. YEŞİL VE KIRMIZI REÇETE	218
12.3. ASM YÖNETİM KARAR DEFTERİ	219
12.4. DEFİBRİLATÖR.....	220
12.5. ASPİRATÖR	220
12.6. GRUPLANDIRMA İŞLEMLERİ VE GÜVENLİK KAMERA SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	220
KAYNAKLAR.....	223

GİRİŞ

Proje Başlama Tarihi: 01 Ocak 2017

Proje Planlanan Tamamlanma Tarihi: 31 Haziran 2019

Proje Gerekçesi:

Genel Müdürlüğümüzün misyonu, 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.

Vizyonu ise, herkesin sağlığının korunup geliştirildiği sağlıklı ve mutlu bir Türkiye'dir.

İl sağlık müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri tarafından yapılan değerlendirme süreçlerinde personelin iletişim becerisi ve değerlendirme yöntemleri konusunda bilgi eksikliğinin hizmet sunumuna negatif yönde etkilerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Bu eksikliklerin giderilmesi için proje hazırlığı yapılmıştır.

Aile Hekimliği Uygulamalarında İzleme ve Değerlendirme Kapasitesinin Geliştirilmesi İçin Merkez ve Taşra Teşkilatında Çalışan Personelin Bilgi ve Becerilerinin Arttırılması Projesi ile izleme değerlendirme yapan personelin bilgi ve beceri düzeylerinin artırılarak hizmet standardının en üst seviyeye getirilip, aile hekimliği uygulamasının her yönü ile etkin kılınması hedeflenmektedir. Söz konusu hedefin gerçekleştirilmesi sonucunda hizmet sunan ve hizmetten yararlananların memnuniyet düzeylerinin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Öte yandan, merkez ve taşra teşkilatları arasında eşgüdümün sağlanması ve beceri düzeyi artmış insan gücünün kurumumuza kazandırılması amaçlanmaktadır.

Politika ve Stratejilerle Uyum:

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Planında yer verilen;

- “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi”,
- “Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması”,

stratejileri yer almaktadır.

Bu stratejilere paralel olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun belirlemiş olduğu 2014-2017 Stratejik Planda da; aşağıdaki amaçlar yer almaktadır:

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerini idari ve fonksiyonel olarak geliştirmeye devam etmek, hizmet standardizasyonunu sağlamak veya geliştirmek.
2. Aile hekimliği uygulamasını geliştirmek, hizmet standartlarını yükselterek verimliliği artırmak
3. Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında hizmetlerinin kalitesini ve sunumunu iyileştirmek.
4. Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında sunulan koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak.
5. Aile hekimliği uygulaması kapsamında yer alan hizmet sunucularının ve hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyini yükseltmek

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı hedefleri arasında;

“4.1.2. Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında hizmetlerinin kalitesini ve sunumunu iyileştirmek.

- Hizmet veren ve hizmet alanların ihtiyaçlarının, daha kaliteli, erişilebilir ve güvenilir bir şekilde tespiti ve karşılanmasını sağlamak amacı ile belirli periyotlarla il değerlendirmelerini yapmak.

- İl değerlendirme sonuçlarına göre ilgili raporlamaları yapmak ve bu kapsamda denetçi eğitimlerini sürdürmek.
- İl değerlendirme sonuçlarına göre ilgili raporlamaları yaparak sürekli iyileştirme faaliyetlerinde bulunmak.
- İzleme değerlendirmeyi yapacak personel değerlendirici havuzunu genişletmek.
- Aile hekimliği hizmet kalite standartlarını geliştirmek,” yer almaktadır.

Bu hedefler doğrultusunda izleme ve değerlendirme ilke ve metotlarının geliştirilip yaygınlaştırılması ile sürekliliğinin sağlanması ve personelin güçlendirilmesi planlanmaktadır.

Amaç ve Hedefler:

Halkımızın erişilebilir sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması, çalışanların uygulama sorunlarının tespit edilmesi, hizmet sunucularının ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenmesi ve bu amaçla gerekli stratejilerin geliştirilerek nitelikli bir izleme ve değerlendirme kadrosunun kurumumuza kazandırılması amaçlanmaktadır.

Projenin hedefleri aşağıda sıralanmıştır;

1. Merkez ve taşra teşkilatlarımızda izleme ve değerlendirme çalışmalarını yürüten sağlık personelinin koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin bilgi ve becerilerini artırmak, daha etkin ve nitelikli koruyucu sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunmak, personeli aynı amaç ve hedefler ekseninde buluşturabilmek, personelin moral ve motivasyonu ile memnuniyetini artırmak,
2. Mevzuatın tam ve eksiksiz bir şekilde uygulanmasını temin etmek,
3. Hasta ve yakınlarının memnuniyetini yükseltmek.

Sonuç Göstergeleri:

Proje tamamlandığında, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlükleri Halk Sağlığı Hizmetlerinde izleme ve değerlendirme görevi yapan personelin aynı metot ve ilkeler çerçevesinde izleme ve değerlendirme faaliyetlerini sürdürmesi, merkez ve taşra teşkilatları arasında izleme ve değerlendirme ziyareti standardizasyonunun sağlanması, uygulama farklılıkları ve tereddütlerin giderilmesi vb. olumlu sonuçların ortaya çıkması beklenmektedir.

Öte yandan, aile hekimliği hizmetlerindeki uygulama aksaklıklarının sağlıklı bir şekilde belirlenerek çözümlenmesine imkân tanınmış olacaktır.

Proje aşağıdaki göstergelerle takip edilebilecektir:

- Yapılacak eğitim ve toplantı sayısı (yıl)
- Eğitim alan sağlık personeli sayısı (yıl)
- Eğitim alan sağlık personeli yüzdesi (eğitim alan sağlık personeli sayısı/ izleme değerlendirme ziyarete katılımı planlanan personel sayısı*100)

Sonuç olarak; nitelikli izleme değerlendirme ekip sayısının artırılması ve sürekliliğinin sağlanması planlanmaktadır.

BÖLÜM I

HUKUK VE MEVZUAT

1.1. TANIMLAR

1.1.1. 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, 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 unsuru ve şartlarını belirterek açıklayan hukuk kurallarıdır.

1.1.2. 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.

1.1.3. Mevzuat

Yürürlükte olan Anayasa, Yasa, Kanun Hükmünde Kararname, Tüzük, 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. Dolayısı ile sebep unsurunu ve kaynağını mevzuattan almayan hiçbir idari işlemin hukuken ayakta kalma şansı yoktur.

1.1.4. Normlar Hiyerarşisi

Normlar hiyerarşisi; hukuk normlarının derece ve kuvvetini belirlemektedir. Hukuk düzeni bir piramide benzetilecek olursa bu piramit anayasa, kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, 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, kanun hükmünde kararnameler, tüzükler, yönetmelikler, yönerge ve genelgeler ile benzeri isimler altında hukuki metinler çıkarılmaktadır.

Normlar hiyerarşisi bu şekilde sıralanmakla birlikte, hukuken aynı 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.

Normlar Hiyerarşisi



1.1.4.1. 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.

1.1.4.2. 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. 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

1.1.4.3. 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.

1.1.4.4. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Anayasamızda tanımı bulunmamakla birlikte, anayasadaki düzenlemelere göre (m. 104/17), yürütme yetkisine ilişkin olarak daha önce Bakanlar Kurulu Kararı, Tüzük veya Kanun Hükmünde Kararnamelerle düzenlenen hususlara benzer hususları düzenleyen fakat Bakanların imzalarını değil sadece Cumhurbaşkanı'nın imzasını taşıyan yasal düzenleme aracıdır.

Mezkur 104 üncü madde onyedinci fıkrası hükmü ile; Cumhurbaşkanı, yürütme yetkisine ilişkin konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarabilir. Anayasanın ikinci kısmının birinci ve ikinci bölümlerinde yer alan temel haklar, kişi hakları ve ödevleriyle dördüncü bölümde yer alan siyasi haklar ve ödevler Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle düzenlenemez. Anayasada münhasıran kanunla düzenlenmesi öngörülen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz. Kanunda açıkça düzenlenen konularda Cumhurbaşkanlığı kararnamesi çıkarılamaz. Cumhurbaşkanlığı kararnamesi ile kanunlarda farklı hükümler bulunması halinde, kanun hükümleri uygulanır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin aynı konuda kanun çıkarması durumunda, Cumhurbaşkanlığı kararnamesi hükümsüz hale gelir.

1.1.4.5. Yönetmelikler

Yürütme organının düzenleyici işlemleri arasında yer alan yönetmelikler, Anayasa'nın 124' üncü maddesi ile düzenlenmiştir. Mezkûr 124' üncü madde ile Cumhurbaşkanlığı, 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 Kanunda belirtilmiştir.

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

Anayasa'da öngörölmüş yürütme organının düzenleyici işlemleri, Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve yönetmelik olarak kabul edilmektedir. Ancak, uygulamada yürütme organının bunların dışında, "kararname", "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 görölmektedir. 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.

1.1.5. 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.

1.1.5.1. 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 görölmektedir. 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 Danışta 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 ödediği 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 itibarıyla de alt norm ve üst norm şeklinde bir hiyerarşi oluşmaktadır.

1.1.5.2. 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 (zımni) 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.

1.1.5.3. 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 çelişiklik 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 arttırımı yapılan ana dallarda, süre arttırımının 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.

1.1.6. 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 kaldırılabilceği 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 Cumhurbaşkanı, bakanlıklar ve kamu tüzel kişilerine, kendi görev alanlarını ilgilendiren kanunların ve Cumhurbaşkanlığı Kararnemelerinin uygulanmasını sağlamak üzere ve bunlara aykırı olarak kullanılmayacağı hususları yer almaktadır.

1.1.7. 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 bilgisi 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 Cumhurbaşkanlığı Hukuk ve Mevzuat Genel Müdürlüğü resmi internet sayfası (<http://www.mevzuat.gov.tr>) üzerinden yapılması uygun olacaktır. Zira bu sistem tüm mevzuat değişikliklerinin günlük olarak işlendiği bir mevzuat takip sistemidir.



3. 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 elzendir. 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.

TC. CUMHURBAŞKANLIĞI
RESMİ GAZETE

Başlık T Dize #00

PDF Gözetile

Buğün

19 Kasım 2019, Tarifi ve 30940 Sayılı Resmî Gazete

YÜRÜTME VE İDARE BÖLÜMÜ

YÖNETMELİKLER

- Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü Personel Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Perakende Ticaret Uygulanacak İle ve Kurallar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Karayolu Taahhüt Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Nispetiye Toprak Elemanları Uzmanlığı Yönetmeliği
- Borsa İstanbul A.Ş. Borsaçılık Faaliyetlerine İlgilin Esaslar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik
- Borçlar ve Piyasa İşlemlerinin Kuruluş, Faaliyet, Çalışma ve Denetim Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

TEBLİĞLER

- İşkolü Tespit Kararları (No: 2019/142, 143, 144, 145, 146)
- 2020 Yılına Ait Genel Yatırım ve Finansman Programının Uygulanmasına İlgilin Usul ve Esasları Belirlenmesine Dair Tebliğ
- BHK Kararlarını Tasminatı Destek Uygulama Tebliği (No: 2019/52)
- 2019 Yılı Ekim Ayına Ait Dahilde İşleme İzin Belgelerinin (Dİ) Listesi
- 2019 Yılı Ekim Ayına Ait Yurt İçi Satış ve Teslim Belgelerinin (D3) Listesi

1.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME İLE İLGİLİ MEVZUAT

1.2.1. Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnameler

1. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi
2. 703 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Bu KHK'nin adı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" 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

1.2.2. 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

1.2.3. Yönetmelikler

1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
2. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme 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 Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
6. 507 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları Hakkında Yönetmelik
7. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği
8. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
9. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
10. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
11. Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik
12. Biyosidal Ürünlerin Kullanım Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik
13. İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik
14. Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı İle Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
15. Kanseri Kayıt Merkezi Yönetmeliği
16. Kaplıcalar Yönetmeliği
17. Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği
18. Yüzme Suyu Kalitesi Yönetmeliği
19. Hasta Hakları Yönetmeliği
20. Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği
21. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik
22. Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik
23. Hijyen Eğitimi Yönetmeliği
24. Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesi Hakkında Yönetmelik
25. Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik
26. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği
27. Bilgi Edinme Kanununun Uygulanmasına İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelik
28. Evlendirme Yönetmeliği
29. Geçici Koruma Yönetmeliği
30. Resmî Yazışmalarda Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik
31. Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği
32. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği
33. Isınmadan Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği
34. Tarımda İş Aracılığı Yönetmeliği
35. Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik
36. Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik
37. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

1.2.4. 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. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ
7. Nargilelik Tütün Mamulü İçilen İşyerine Ait Alan/Alanlara Sunum Uygunluk Belgesi Verilmesi İle Bu Yerlerin İşletilmesinde Uyulması Gerekli Hususlar Hakkında Tebliğ

1.2.5. 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 Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge
5. Toplum Sağlığı Merkezi İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Uygulamaları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
6. Sağlık Bakanlığına Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge

1.2.6. Genelgeler

1. Ölüm Bildirim Sistemi(ÖBS) Genelgesi
2. Anne Ölümleri Hakkında Genelge
3. Sağlık Evleri Hakkında Genelge
4. Anne Ölümleri Veri Sistemi Genelgesi
5. Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi
6. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi
7. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi
8. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uygulanacak Usul ve Esaslar
9. Çocuk İzlem Merkezleri Başbakanlık Genelgesi
10. Ruhsal Hastalığı Olan Kişilerin Muayene ve Sevkleri ile ilgili Genelge
11. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018) Hakkında Genelge
12. Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Şeker ve Tuz Kullanımı ile İlgili Genelge
13. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Genelgesi
14. Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uygulanacak Hijyen Kuralları Genelgesi
15. Mesai Saatleri Haricinde İşyeri Hekimliği Genelgesi
16. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Çalışma Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Başbakanlık Genelgesi
17. Aile Hekimliğinde Nöbet Hizmetleri Genelgesi
18. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2016/07 sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Hakkında Genelge
19. Sağlık Bakanlığının Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası 2010/ 73-80 sayılı genelgesi
20. TİTCK'nın Kırmızı ve Yeşil Reçete hakkındaki 2016/3 Genelgesi
21. TİTCK'nın Kırmızı ve Yeşil Reçetelerin Elektronik Ortamda Yazılması hakkındaki 2017/1 Genelgesi
22. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi Genelgesi (2018/22)
23. Sıtma Hastalığı ile Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2016/2)
24. Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi (2019/4)
25. Mobil Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2018/24)

1.2.7. 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 Hak. Genel yazı
12. THSK 27.01.2014 tarihli ve 2014.5679.6899/900 sayılı Mesai Denetimi konulu yazı

1.3. YASAL DAYANAK

1.3.1. 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:

a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi için çalışmalar yapmak,

b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütmek,

c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesini önlemek,

ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerini geliştirmek,

d) 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,

e) 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,

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak,

g) 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:

a) Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.

b) Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu amaçla birinci basamak sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.

c) 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 işlemleri 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 faaliyetlerinde bulunmak.

ğ) Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

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.

1.3.2. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge 03/10/2017 tarihli Bakanlık Makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergeye göre Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlı daire başkanlıkları şunlardır:

1. Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı
3. Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı
4. Çalışan Sağlığı Dairesi Başkanlığı
5. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Dairesi Başkanlığı
6. Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı

7. Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Dairesi Başkanlığı
8. Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı
9. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı
10. Tüberküloz Dairesi Başkanlığı
11. Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı
12. Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı
13. Kanser Dairesi Başkanlığı
14. Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı
15. Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
16. Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
17. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
18. Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı
19. İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Dairesi Başkanlığı
20. Çevre Sağlığı Dairesi Başkanlığı
21. Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı
22. İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı
23. Bütçe ve Projeler Dairesi Başkanlığı
24. Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanlığı

1.3.3. İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Dairesi Başkanlığının Görevleri

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge'ye göre:

MADDE 24- (1) İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Dairesi Başkanlığının görevleri şunlardır:

a) Genel müdürlüğün görev alanına giren hizmetleri hasta, çalışan güvenliği ve kalite yönetim sistemi uygulamaları doğrultusunda izlemek ve değerlendirmek.

b) Genel müdürlüğün görev alanına giren hizmetlere ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmalarını rapor haline getirip üst makamlara ve ilgili diğer birimlere sunmak.

c) Oluşturulan raporlar doğrultusunda uygulamalardaki eksikliklerin giderilmesine, uygulamaların ve/veya mevzuatın geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunmak ve yapılacak çalışmalarını ilgili daire başkanlıkları ile birlikte yürütmek.

ç) Ulusal ve uluslararası programlara ilişkin uygulamaları izlemek ve değerlendirmek, izleme ve değerlendirme çalışmalarını rapor haline getirip üst makamlara ve ilgili diğer birimlere sunmak.

d) İzleme ve değerlendirme ölçüm metotlarının geliştirilmesi ve standardizasyon çalışmalarını ilgili diğer birimlerle birlikte yapmak.

e) Maliyet analizlerini yapmak veya yaptırmak.

f) Memnuniyet anketlerini yapmak veya yaptırmak ve raporlamak.

g) Genel Müdürlüğün görev alanına giren konularda, Bakanlık ve bağlı kuruluşlarıyla iş birliği yaparak bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisini mevzuata ve e-devlet uygulamalarına uygun olarak daha etkin ve hızlı biçimde yerine getirmek.

ğ) Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının ilgili birimleriyle iş birliği yaparak Genel Müdürlüğün faaliyet alanlarında; sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını denetlemek, takip etmek ve önerilerde bulunmak.

h) Genel Müdürlük tarafından üretilen istatistiklerin ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunu sağlamak.

ı) Genel Müdürlüğün ihtiyaç duyduğu alanlarda istatistiki verileri derlemek, analiz etmek, rapor haline getirmek.

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

1.3.4. 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 sayı Bakan Onayı)

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

(2) Müdürlükte kurulacak başkanlıklar ile başkan yardımcıları sayıları Ek-1'de belirtilmiştir.

(3) Müdürlük bünyesinde, Ek-2'de belirtilen iş ve işlemleri yürütmek üzere Ek-3'te belirtilen birimler dışında birimler kurulamaz. Şehir Hastaneleri Birimi, şehir hastaneleri kurulan/planlanan illerde kurulur. Birimlerin sorumluluğu şube müdürleri ve/veya uzmanlar tarafından yerine getirilir.

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

İl sağlık müdürlüğü (Halk Sağlığı Hizmetleri) birim dağılım cetveli

EK-III

I) İ1 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. TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE BİRİMİ
9. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
10. KANSER BİRİMİ
11. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ
12. AŞI PROGRAMLARI BİRİMİ
13. TÜBERKÜLOZ BİRİMİ
14. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
15. ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ

II) İ2 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
5. RUH SAĞLIĞI BİRİMİ
6. SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
7. TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE BİRİMİ
8. ÇOCUK, ERGEN, KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
9. KANSER BİRİMİ
10. BULAŞICI HASTALIKLAR BİRİMİ
11. AŞI PROGRAMLARI BİRİMİ
12. TÜBERKÜLOZ BİRİMİ
13. ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
Çevre Sağlığı Birimi ile Çalışan Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

III) İ3-İ4 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 ile Ruh Sağlığı Birimi altında tanımlanan iş ve işlemleri yapar.
5. SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT BİRİMİ
6. TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE 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 Tüberküloz 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) İ5-İ6 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.

1.3.5. 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/ 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.*

1.3.6. Aile Hekimliği Kanunu

Aile Hekimliği Kanunu'na göre;

“Denetim, sorumluluk ve mal bildirimini

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

1.3.7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre;

“Çalışma saatleri

MADDE 10 – (1) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tam gün esasına göre çalışırlar.

(2) 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 yerine asılarak kişilerin bilgilendirilmesi sağlanır.

(3) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları depresyon, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalınmaksızın çalıştırılabilirler.

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 bilgilendirilmesi sağlanır.”

1.3.8. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'ne göre;

“Çalışma saatleri

MADDE 9- (1) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, görevlerini haftalık çalışma süresi kırk saatten az olmamak kaydıyla, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yerine getirir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının, pozisyonlarının bulunduğu mahalde ikamet etmeleri esastır.

Denetim

MADDE 11- (1) Aile sağlığı merkezi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 29 uncu maddesi hükmü çerçevesinde, olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, altı aylık aralıklarla denetlenir. Yapılan denetimler sonucunda ilgili mevzuat ve sözleşme şartlarına aykırı fiillerin tespit edilmesi hâlinde aykırılığın mahiyetine göre;

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

b) İdarî yönden 13 üncü ve 14 üncü madde hükümlerine göre,

c) Kamu zararı oluşturan malî 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 yetkili merci tarafından sona erdirilmesi

MADDE 13- (Değişik: 16/3/2015-2015/7528 K.)

(1) Aşağıdaki hâllerde, sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanının sözleşmesi, feshi gerektiren fiilin kişiye tebliği tarihinden itibaren yedi gün içinde alınan savunmalar uygun görülmediği takdirde, vali tarafından herhangi bir ihbar veya ikaza gerek duyulmadan sona erdirilir:

a) Aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle (aylık yapılan üçüncü bildirimde) bin kişinin altına düşmesi.

"b) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin birinci fıkrasının (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerinde yer alan şartlar ile bu Yönetmelikte belirtilen şartların taşınmadığının anlaşılması veya bu şartların sonradan kaybedilmesi.

c) 7 nci maddede belirtilen faaliyetlerde bulunulduğunun tespit edilmesi.

ç) Kurumundan aylıksız veya ücretsiz izinli sayılanlar hakkında, yüksek disiplin kurullarınca verilen Devlet memurluğundan çıkarma cezasına veya sözleşmenin sona erdirilmesine dair kararın valiliğe bildirilmesi.

d) Çalışanın kadrosu veya pozisyonundan istifa etmesi.

e) Mücbir sebepler hariç, özürsüz ve kesintisiz olarak on gün görev başında bulunulmaması.

f) Sağlık sebebiyle bir sözleşme döneminde yüzseksen günü aşan süreyle görevin ifa edilememesi.

g) Eczane veya medikal firmaları, beşerî 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.

ğ) Menfaat karşılığında gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlendiğinin tespit edilmesi.

h) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesinin birinci fıkrasının (E) bendinde yer alan fiil ve hâllerin işlendiğinin tespit edilmesi.

ı) Gözaltına alınma, tutuklanma veya hükümlülük nedeniyle görevi başında bulunamama süresinin sekiz haftayı aşması.

(2) Birinci fıkranın (b), (ç), (g), (ğ) ve (h) bentlerine göre sözleşmesi sona erdirilenler, beş yıl süreyle yeniden sözleşmeli olarak çalıştırılmaz. Birinci fıkranın (c), (d) ve (e) bentlerine göre sözleşmesi sona erdirilenler bir yıl süreyle, (f) bendine göre sözleşmesi sona erdirilenler ise sağlık durumunun görevin sürekli ifasına engel olmadığına dair sağlık kurulu raporu ibraz edilinceye kadar yeniden sözleşmeli olarak çalıştırılmazlar.

(3) 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 elemanının aleyhine sonuçlanması durumunda mevcut sözleşme sona erdirilir.

(4) Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması hâlinde veya kayıtlı kişi sayısının iki aydan uzun süreyle bin kişinin altında seyretmesi nedeniyle sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine sözleşme yapılan aile hekimi hakkında, birinci fıkranın (a) bendi hükmü sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanır.

(5) Birinci fıkranın (g) ve (h) bentlerine münhasır olmak üzere, aile hekimliği hizmetlerinin gerektirdiği hâllerde, görevi başında kalmasında sakınca görülen aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, Sağlık Bakanı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı, vali, Bakanlık sağlık denetçileri veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu sağlık denetçileri tarafından en fazla iki aya kadar sözleşmeleri askıya alınmak suretiyle görevden uzaklaştırılabilir. Bu süre içinde tamamlanacak idari soruşturma neticesinde ilgililerin anılan bentlerde yer alan fiilleri işledikleri sabit görülür ise sözleşmeleri sona erdirilir, aksi hâlde ilgililer görevlerine iade edilir. Sözleşmenin askıda olduğu süre zarfında, müdürlükçe pozisyona geçici görevlendirme yapılır ve sözleşmeli aile hekimi ile görevlendirilen aile

hekimine 17 nci maddeye göre, sözleşmeli aile sağlığı elemanı ve görevlendirilen aile sağlığı elemanına ise 20 nci maddeye göre ödeme yapılır.

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

Sözleşmenin ihtaren sona erdirilmesi (1)

MADDE 14- (Değişik: 16/3/2015-2015/7528 K.)

(1) Ek (2)'de yer alan fiilleri işleyen sözleşmeli aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ilgili vali yardımcısı tarafından, tespitin Bakanlık veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yapılması hâlinde ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca, ihtar puanı gerektiren fiilin kişiye tebliği tarihinden itibaren yedi gün içinde alınan savunmalar uygun görülmediği takdirde fiillerine karşılık gelen ihtar puanları uygulanmak suretiyle doğrudan yazılı ihtar yapılır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca yapılan ihtarlar, işlem yapılmak üzere ilgili valiliğe bildirilir.

(2) İlgili aile hekimi ve aile sağlığı elemanı, vali yardımcısının verdiği ihtara karşı, tebliğ tarihinden itibaren yedi gün içinde valiye, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun verdiği ihtarlara karşı ise Bakanlık Müsteşarına itirazda bulunabilir. İtiraz mercileri otuz gün içinde itirazı inceleyerek karara bağlar ve kararı ilgisine yazılı olarak bildirir.

(3) Bir sözleşme dönemi içinde, verilen ihtar puanlarının iki yüz puana ulaşması hâlinde sözleşme vali tarafından sona erdirilir. (Ek cümleler: 8/2/2016-2016/8514 K.) Mali yıl başladıktan sonra sözleşme imzalayarak göreve başlayan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının ise sözleşme dönemi sonuna kadar kalan sürenin iki yıllık çalışma süresine oranının, iki yüz puan ile çarpılmasıyla bulunacak puana ulaşması halinde ihtaren sözleşmeleri sona erdirilir. Hesaplama kesirler tama iblağ edilir. (1)

(4) Sözleşmeleri ihtaren sona erdirilen aile hekimi ve aile sağlığı elemanları, bir yıl süreyle yeniden sözleşme imzalamak üzere talepte bulunamaz.

(5) Bir sözleşme dönemi içinde ihtar puanlarının iki yüz puana ulaştığının, sözleşme dönemi sona erdikten sonra tespit edilmesi hâlinde, tespit tarihinde geçerli olan sözleşme sona erdirilir.(1)

(6) İhtarı gerektiren fiilin işlendiğinin öğrenildiği tarihten itibaren en geç iki ay içinde gerekli işlem başlatılarak takip eden altı ay içerisinde sonuçlandırılır. İhtarı gerektiren fiillerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içinde ihtar verilmemesi hâlinde ihtar verme yetkisi zamanaşımına uğrar.”

1.3.9. 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 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.

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'ne göre;

“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 II İLETİŞİM, EKİP ÇALIŞMASI, ÇATIŞMA YÖNETİMİ

2.1. KİŞİLER ARASI İLETİŞİM

İletişim, Latince bir kelime olan “Communicare” fiilinden gelmektedir. Kelime anlamı ise “ortak kılma”dır. Dilimizde iletişim, 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 mesajı 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 halini sayılabilir. Kişilerarası iletişimde algı farklılıkları ve bunların yarattığı sorunlarla sık sık karşılaşmaktadır. Bu sorunları ilişkilere zarar vermeyecek düzeye indirmek için, kişinin hem kendi algısını hem de karşıdaki 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.

2.1.1. İletişimde Anlaşmayı Kolaylaştıran Özellikler

İnsanlar arası iletişim temel olarak duygu ve düşünce alışverişini yürütme düzenleridir. Burada ana öge “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 kişiyenin 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, karşımdaki kişiyenin 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.

2.1.2. 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.

2.1.2.1. 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.

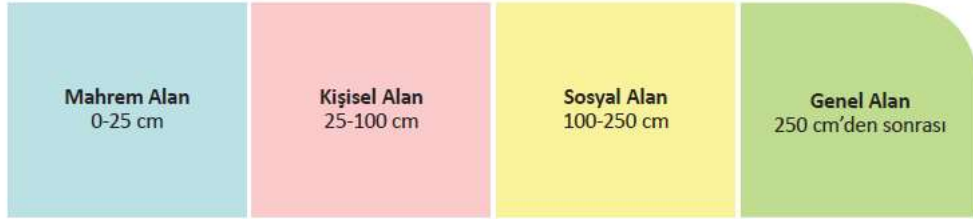
Oturma Biçimi

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 ilgimizi göstermenin bir yoludur. Oturma biçiminin yanı sıra, oturma düzeni de önemlidir. İşbirliği 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 tanıdığımız 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.

2.1.2.2. 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 dağılılabılır.

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, karşısındakiler 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 karşıdaki 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 karşıdakinin 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 işbirliği 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 yakınıınız, yanında oturan kişinin üzerine yemek döktü. Eğer yakınıınızın 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.

2.1.3. Etkili İletişimde Sık Kullanılan Teknikler

2.1.3.1. 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, karşındakine 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 işbirliği 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.

2.1.3.2. 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.

2.1.3.3. Sandviç Metodu

İletişimi olumlu yönde sürdürmemizi sağlayan bir diğer teknik de “Sandviç Metodu” dur. Özellikle karşımızdakine 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.

2.2. ÇATIŞMA YÖNETİMİ

2.2.1. 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.

2.2.2. 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

Grubun 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 işbirliği yerine rekabetin teşvik edilmesi ve ödüllendirme sisteminin buna göre kurulması
- Çalışanların istemedikleri bir denetim şekli ile karşılaşmaları
- Çalışanların yetenekleri ile Gruptaki statülerinin uyumsuzluğu

2.2.3. 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.

2.2.4. 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 çözmeye 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;

2.2.4.1. 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.

2.2.4.2. Rekabet (Competition)

Hükmetme adı da verilen “rekabet çatışma yönetim” tarzı iddiacı ve işbirliğine 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.

2.2.4.3. İşbirliği (Collaboration)

İşbirliği 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 işbirliği 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 çözüme için yeterli zaman varsa,
- Bir taraf problemi tek başına çözemediğinde,
- Ortak bir problemi çözmek için tarafların sahip olduğu kaynaklara ihtiyaç olduğunda, “İşbirliği stratejisi” kullanılır.

2.2.4.4. Uyuma (Accommodating)

Bu çatışma yönetim tarzı, işbirliğine 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 uyuma 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 “uyuma stratejisi” kullanılır.

2.2.4.5. 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,
- İşbirliği 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 “işbirliği” ve “uzlaşma” stratejileri çatışma yönetiminde uzun vadede çözüm sağlayan stratejilerdir.

2.2.5. 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 yaklaşmadan 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 çözümlemede en iyi yaklaşım nedir?
- İşbirliği 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 duyguları 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.

2.2.6. Çatışmaların Olumlu ve Olumsuz Yanları

Çatışma, kaynağı ve sonucu itibariyle 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 düzeliği 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.
- Çatışanlar, birbirine karşı kalıplaşmış olumsuz yargılar edinebilir.
- Emek, zaman, para savurganlığı artabilir, örgütün verimliliği düşer.
- Örgütün amaçlarının dışına çıkılması görülebilir.
- Çalışan memnuniyeti azalır.

2.3. 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.

2.3.1. 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 işbirliği 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.

2.3.2. 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.

2.3.3. 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 yararları katılmalarını sağlayarak çalışma yaşamının niteliğini iyileştirmek.

Ekip oluşturmada gerçek bir başarı için yönetimin ve grup üyelerinin bu iki amaca bağlanması zorunludur.

2.3.4. 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

2.3.5. 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.

2.3.6. 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
1. 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 hazırдыrlar. Olgunluk aşamasında; bağlılık ve tatmin duygusu, birbirini destekleyen ekip üyeleri, çatışmayla başa çıkmada ve problem çözmeye yetkinlik, paylaşılan liderlik ve yüksek performans gözlenir.

Ekiplerin ancak yarısından azının son aşamaya geçebildiği görülmüştür.

2.3.7. 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 çıkararak 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.

2.3.8. 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.

2.3.9. 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.

2.3.10. 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 ulaştıracak 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 bu güne 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 sağlanmadığı 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 sağlanmadığında 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.

2.3.11. 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.

2.3.12. 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.

2.3.13. 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 işbirliği 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 işbirliğinin ne kadar etkili olabileceğini görmek için kendinize fırsat tanıyın.

48–63: Ekip olarak birlikte çalışmanın ve işbirliğinin 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 III EPİDEMİYOLOJİ VE SAĞLIK GÖSTERGELERİ

3.1. EPİDEMİYOLOJİ

3.1.1. 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.

3.1.2. 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 konulması
- 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.

3.1.3. Epidemiyolojinin Stratejisi

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

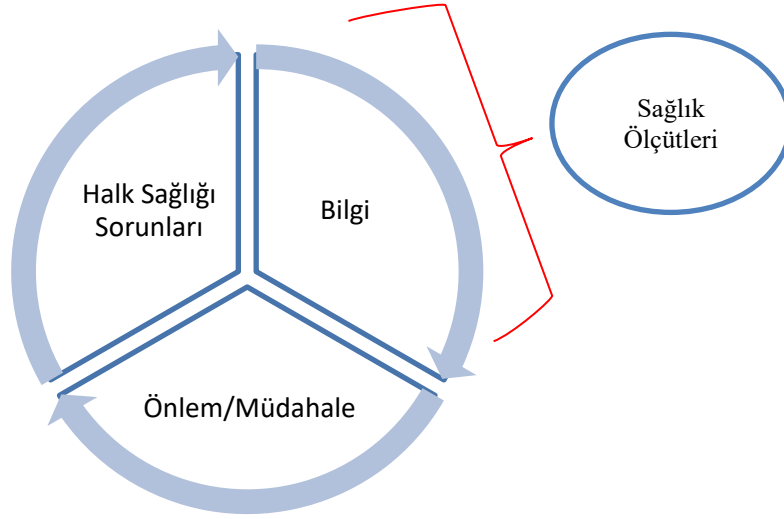
Aynı grup içindeki bireyleri birbiriyle karşılaştırır. Aynı niteliklere sahip bireylerden niçin bazıları hastalığa yakalanıyor? Sorusuna yanıt aranır.

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

3.2. 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 toplumlarındaki ile karşılaştırma,
4. Sunulan sağlık hizmetlerinin (ilaç, aşı, eğitim, yeni kurumlar açma vb) sorunları çözmedeki etkinliklerinin değerlendirmesinde kullanılır.



3.2.1. Ölçütlerle İlgili Temel Kavramlar

3.2.1.1. Oran

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

$$\text{Oran} = \frac{\text{Bir toplumda, belirli bir anda veya süre içindeki "a" olayı sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı an veya sürede "b" olayı sayısı}} \times k \text{ (1, 100 gibi)}$$

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

3.2.1.2. Orantı

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

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

3.2.1.3. 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.

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

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

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.

3.2.2. Ölüm (Mortalite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler

3.2.2.1. 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.

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

3.2.2.2. Anne Ölüm Oranı

Anne ölümü; bir kadının gebelik döneminde veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebelikle ilgili veya gebeliğin şiddetlendirdiği nedenlere bağlı ölümüdür.

Anne ölüm oranı ise; Bir toplumda belli bir zaman zarfında gebelik sırasında, doğum esnasında ve doğumdan sonraki 42 gün içinde ölen kadın sayısının aynı toplumda aynı süredeki canlı doğum sayısına bölümüdür.

$$AÖO = \frac{\text{Belli bir zaman içinde bir toplumdaki anne ölümlerinin sayısı}}{\text{Aynı zaman dilimine ait canlı doğum sayısı}} \times 100.000$$

Anne ölüm oranı kadın sağlığının ve obstetrik hizmetlerin göstergesidir.

3.2.2.3. 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.

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

3.2.2.4. 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.

$$5 \text{ yaşaltı } ÇÖH = \frac{\text{Bir yılı içinde 5 yaş altında (0-59 ay 29 gün) ölen çocuk sayısı}}{\text{Aynı yıla ait canlı doğum sayısı}} \times 1000$$

3.2.3. Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler

3.2.3.1. 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.

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

3.2.3.2. 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

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

3.2.3.3. 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

$$\text{Toplam Doğ. Hızı} = (50+67+100+67+50+25+5) \times 5 = 1820$$

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.

3.2.4. Hastalık (morbidite) düzeyini belirleyen ölçütler

3.2.4.1. 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.

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

3.2.4.2. 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.

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

3.2.5. Diğer Ölçütler

3.2.5.1. Hastanede Yapılan Doğum Yüzdesi

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

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

3.2.5.2. Sağlık Personeli Yardımı İle Yapılan Doğum Yüzdesi

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

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

3.2.5.3. Sezaryenle Doğum Yüzdesi

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

3.2.5.4. Aile Hekiminden Hiç Hizmet Almayan Kişi Yüzdesi

Aile Hekiminden hiç hizmet almayan kişi sayısı Sağlık-Net'te (Karar Destek Sistemi-KDS) Birinci Basamak İzleme Değerlendirme Raporları-Son bir yıl muayene durum raporunda bulunmaktadır.

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

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

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

3.2.5.6. İl Ortalama ASM Büyüklüğü

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

3.2.5.7. 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 (KDS)

3.2.5.8. 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.

3.2.5.9. Tam İzlenen Bebek/Çocuk Yüzdesi

$$\begin{aligned} \text{Tam izlenen bebek yüzdesi} \\ = \frac{\text{Belirtilen sürede bir yaşını tamamlamış bebeklerden belirlenen} \\ \text{tüm izlemleri yapılmış olanların sayısı}}{\text{Aynı sürede bir yaşını tamamlayan bebek sayısı}} \times 100 \end{aligned}$$

NOT: Tam izlenen çocuk oranı da 5 yaşını tamamlayan çocuklar için aynı şekilde hesaplanır.

3.2.5.10. Takvimine Uygun İzlenen Bebek/Çocuk Yüzdesi

$$\begin{aligned} \text{Takvimine uygun izlenen bebek yüzdesi} \\ = \frac{\text{Bir yaşın altındaki bebeklerden hesaplama anında} \\ \text{yaşına uygun tüm izlemleri yapılmış olanların sayısı}}{\text{Aynı anda bir yaş altındaki bebek sayısı}} \times 100 \end{aligned}$$

NOT: Takvimine uygun izlenen çocuk oranı da 5 yaş altındaki çocuklar için aynı şekilde hesaplanır.

3.2.5.11. Evlilik Öncesi Talasemi Tarama Yüzdesi

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

3.2.5.12. Misafir Edilen Gebe Yüzdesi

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

3.2.5.13. Rutin Tütün Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi

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

3.2.5.14. Tütün İhbar Denetimlerindeki İhlal Yüzdesi

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

3.2.5.15. Beyaz Kod Uygulaması

İldeki Tüm Beyaz Kod Başvurularının Birinci Basamaktakine Yüzdesi

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

BÖLÜM IV

BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ VE BAĞIŞIKLAMA

4.1. BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ

4.1.1. Genel Bilgiler

Bulaşıcı hastalık özel bir enfeksiyon etkeninin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan hastalıktır. 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.

4.1.2. İlgili Mevzuat

İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) bulaşıcı hastalıklara yönelik yapılacak iş ve işlemler Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'de (25.05.2018 tarih ve 30431 sayılı Resmi Gazete) açıklanmıştır.

Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçilmesi ve Bakanlığımızın yeniden yapılanması nedeni ile Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 2015/18 sayılı Genelge ile güncellenmiştir. Mevcut bildirim sisteminde gözönüne alınacak standart vaka tanımları ve tanı kriterleri 2019 yılında güncellenen Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te duyurulmuştur. Bildirim algoritmaları ise 2015/18 sayılı Genelge'ye göre olarak uygulanmaktadır. Ayrıca 2018/22 sayılı Genelge ile güncellenen Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi uygulamaya konulmuştur.

Toplum sağlığı merkezlerinde su ve besinler, solunum yolu ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların bildirimleri mevzuata uygun yapılmalıdır.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı konulması halinde elektronik ortamda aşağıdaki bildirim formu (Form-014) kullanılarak bildirim yapılmaktadır.

EK-1

.../.../20...



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Form No : 014

**BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR
BİLDİRİM FORMU
(U. Hıfzıssıhha Kanunu Mad. 57-64)**

BİLDİRİM YAPAN KURUM

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İLİ:

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		CSBM (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
DOĞUM YERİ		DIŞ KAPI NO	
MESLEĞİ		İÇ KAPI NO	
HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
HASTALIĞIN ADI		ADRES TİPİ	
HASTALIĞIN KODU		İL	
VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Şüpheli Vaka <input type="checkbox"/> Olası Vaka <input type="checkbox"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ	.../.../20...	BUCAK	
VAKA DURUMU	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSBM (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
		DIŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		IRTİBAT TELEFONU	

İMZA

Bulaşıcı hastalıklara ilişkin halka ve sağlık personeline yönelik eğitimler yapılmalı ve yapılan eğitimler kayıt altına alınarak İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmelidir.

4.1.3. Vakaların Bildirilmesi

Bildirimi zorunlu hastalık: Yasal bir gereklilik ile yerel veya merkezi sağlık otoritesine rapor edilmesi zorunlu hastalıklara denir. Bildirimi zorunlu bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden, sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler sorumludur. Vaka bildirimleri, bulaşıcı hastalıkların ihbar ve bildirimi hakkındaki güncel mevzuata göre yapılacaktır.

İhbar: Özellikle bir durum olup şüpheli, olası veya kesin tanı konulması durumunda normal bildirim beklemeyen vakaların sağlık birimlerine telefon ile bildirilmesidir. Ayrıca, bulaşıcı hastalıkların ihbarı dışında vakalarda veya ölümlerde kümelenme, hayvan ölümleri gibi olağandışı durumların da ihbarının yapılması gereklidir.

Bildirim: Sağlık otoritesi tarafından belirlenen formlar veya sistemler yardımı ile tanı koyan hekimler tarafından vaka tanımlarına uyan şüpheli, olası veya kesin tanı konulan vakaların 24 saat içinde bildirilmesi işlemidir.

4.1.4. İhbar ve Bildirimi Zorunlu Hastalıklar

Güncel mevzuata göre 80 hastalık ve etkenin bildirim zorunludur.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı bir hastalık tanısı konulduğu takdirde;

a) Aile Hekimlerinden Bildirim: AHBS yazılım programında bulunan Form 014'te, hastalığa ait bilgileri doldurup, E-Nabız'a anlık olarak ya da gün sonunda göndereceklerdir. Aile hekimleri, bu gönderim işlemini yapmadıkları takdirde, «zorunlu olan» hastalık bildirim yapılmamış olacaktır.

b) Hastanelerden Bildirim: Hastanelerdeki hekimler tarafından bildirim zorunlu bulaşıcı bir hastalığa ait tanı konulduğu takdirde; hekim yazılım programında bulunan Form 014'ü doldurarak bildirimini yapacaktır. Hastanelerde ise hekim tarafından doldurulan Form 014 hastane sürveyans sorumlusuna otomatik olarak ulaşmaktadır. Hastane sürveyans sorumlusu formda eksiklik veya yanlışlık olması halinde ilgili hekime tamamlatarak anlık olarak E-Nabız'a da göndermektedir.

4.1.5. 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:

4.1.5.1. Filyasyon

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

4.1.5.2. Vaka İncelemesi

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

4.1.5.3. 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.

4.1.6. 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, KDS, 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 Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi 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:

1. 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.

2. Olaya dayalı sürveyans: Hastalık kümelenmeleri, açıklanamayan ölümler vb. halk sağlığı olaylarının erken tespiti, bildirimi, 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 da, çok sayıda resmi ve resmi olmayan bilgi kaynağını kullanmaktadır.

Vaka tanımı: Belli bir hastalığın bildirimi, sürveyansı veya salgın araştırma amaçları için bir bireyin vaka olarak tanımlanabilmesinde bir arada bulunması gereken tanısal kriterler setidir. Standardizasyon için gereklidir.

Şüpheli vaka: Genellikle laboratuvar kriterleri ya da epidemiyolojik kriterler olmadan klinik tanımlamaya uyan vakadır.

Olası vaka: Genellikle klinik tanımlamaya uyan, epidemiyolojik bağlantılı veya bazı hastalıklarda destekleyici laboratuvar kriterleri de kullanılan vakadır.

Kesin vaka: Genellikle klinik tanımlamaya uyan, epidemiyolojik bağlantılı ve/veya doğrulayıcı laboratuvar kriterlerini karşılayan, yüksek düzeyde seçici olan hastalığa spesifik vakadır.

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.

4.1.7. Tüberküloz Kontrol Hizmetleri

Tüberküloz (TB) kontrolünde merkez birimi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü oluşturmaktadır. Ülkemizde TB kontrolünde ara birimi İl Sağlık Müdürlüğü, uç birimi ise İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı faaliyet gösteren verem savaşı dispanseri (VSD) birimleri oluşturmaktadır. Bu birimler, bakteriyolojik inceleme yapabilen, ücretsiz ilaç dağıtan, hasta kayıt sistemi ile tedavi altına aldığı hastaları tedavi sonuna kadar takip eden birimlerdir.

Tüberküloz hastalarına yaklaşım, tanı ve tedavilerine ilişkin uygulamalarda, bütün sağlık kurum ve kuruluşlarınca Bakanlığımızca yayımlanan “Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi”ne uyma zorunluluğu vardır. Bu rehber VSD’lerde mutlaka bulundurulmalıdır.



4.1.7.1. Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tüberküloz kontrol programları için önerilen tedavi yöntemi Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)'dir. 2003 yılında pilot uygulamaya geçilmiş ve 2006 yılında DGT uygulamaları yaygınlaştırılarak tüm ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır.

DGT uygulamalarında tüberküloz 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 veya dispanser hekimi hastaya ilaçlarını alması konusunda olumlu telkinlerde bulunmalıdır. DGT uygulamaları ile tedavi başarısı ve kür oranları artarken hastalık insidansı düşmektedir. Ayrıca nüks oranları, ilaç direnci oranları da düşmektedir. Etkili ve başarılı bir tedavi için, aktif olarak hastalara ilaç içirmek gereklidir. DGT uygulamalarında her aşamada yapılması gerekli olan denetim ve değerlendirme, başarı oranlarını artırmaktadır.

DGT uygulaması, tüm sağlık personelinin öncelikli görevlerindedir. DGT uygulamalarının planlayıcısı VSD'lerdir. DGT planlaması VSD tarafından yapıldıktan sonra hastanın tüberküloz ilaçlarının takibi DGT gözetmenine, DGT ile ilgili sürecin takibi ise İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM desteğinde VSD'ye aittir. Tüberküloz hastasının tedaviye uyumu ve tedavisini başarıyla tamamlaması ile ilgili sorumluluk il sağlık müdürlüğüne aittir.

DGT ile ilgili formların Başkanlığa zamanında gönderilmesine dikkat edilmelidir.

4.1.7.2. Şartlı-Düzenli Nakdi Yardımlar

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Bakanlığımız arasında 12.12.2017 tarihinde yapılan protokol kapsamında psiko-sosyal ve mali kayıp yaşayan hastalara yönelik şartlı-düzenli nakdi sosyal yardım programı başlatılmıştır. Bu yardımın şartı; hastaya VSD personeli gözetiminde DGT uygulanmasıdır. Nakdi yardımdan yararlanan hastalar ile ilgili güncellemeler hastanın kayıtlı olduğu dispanserin sorumluluğundadır.

Diğer sağlık kuruluşları tarafından yapılan DGT uygulamalarında DGT'nin fotoğraf/videoları hastanın kayıtlı olduğu VSD birimine ulaştırılmalıdır. Bu fotoğraf/videolar tıbbi gerekçe olmaksızın 5 iş günü VSD'ye gönderilmezse HSYs sosyal yardım modülündeki hastanın yardımı durdurulmaktadır.

4.1.7.3. 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 tüberküloz hastalığı yönünden kontrolden geçirilir, muayene edilir. Temaslıların sonraki muayeneleri; ilk muayenenin 3., 6., 12. aylarında yapılır; 18. ve 24. aylarda da yapılması önerilir.

4.1.7.4. Bildirim

Ülkemizde bildirim zorunlu olan hastalıklar içinde tüberküloz da yer almaktadır. 1930 yılında yayımlanmış olan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 113 üncü maddesi ile verem hastalığının bildirim zorunlu kılınmıştır. Bakanlığımızca 2004 yılında yayınlanan "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi"ne göre tüberküloz A Grubu bildirim zorunlu hastalıkların arasında yer almaktadır. 30.05.2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nin 10 uncu maddesi gereğince tüberküloz hastalığının bildirim zorunludur (Değişik: RG-2/4/2011-27893, Değişik: RG-4/5/2019-30764).

Kesin tüberküloz tanısı konulan hastaların, 24 saat içinde İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezine bildirim yapılması gereklidir.

Tüberküloz hastalarının ve tüberküloz kontrol faaliyetlerinin kayıt altına alınması amacıyla VSD'ler tarafından web tabanlı Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS) kullanılmaktadır. İl genelinde tüberküloz tanısı koyan tüm kurumların UTS'den de bildirim yapması gereklidir.

4.1.7.5. İlaç-İkmal Faaliyetleri

Bilindiği üzere anti tüberküloz ilaçları, tüberküloz tanısı alan hastalara ve koruma tedavisi alanlara ücretsiz olarak verilmektedir. Tüberküloz ilaçlarının hastalara bedelsiz verilmesi ile ilgili mevzuat 2010/725 sayılı Bakanlar Kurulu kararına dayanmaktadır.

İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM'ler, DGT uygulanan tüberküloz hastalarının ilaçlarının VSD'lerden temin edilmesi ve ilgili hastalara/DGT gözetmenlerine ulaştırmakla görevlidir.

Bu ilaçların temini, üçer aylık dönemler halinde illerin anti tüberküloz ilaç taleplerinde bulunması ve ayakta tedavi gören hastaların kullandığı ikinci seçenek ilaçların ihtiyaç halinde Genel Müdürlüğümüzden kargo yoluyla temin edilmesi olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır.

İkinci seçenек ilaç talepleri VSD'ler tarafından yapılmalıdır. İlaç talebi; ilaç talep formu, hastanın epikriz raporu, ilaç kullanım raporu ve reçetesi faks/eposta gönderilerek yapılır. Kargoda geçen zaman da göz önünde bulundurularak, hastanın ilaçsız kalmaması için hastanın bir aylık ilacı bitmeden, talebin en az 3 gün önceden yapılmasına dikkat edilmelidir.

Hazırlanan ilaçların kayıtları güncel olarak tutulmalı, ilaçların sirkülasyonu "İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulanan 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 ve malzemeler kullanım talimatlarında belirtilen şartlarda muhafaza edilmelidir.

İlaç depolarında miadı geçmiş, mahkemelerle herhangi bir ilgisi 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 Başkanlığınca mahkemelik olduğuna dair yazı gönderildiği için depoda bekletilen ilaçlar Bakanlıktan bir talimat gelmedikçe asla imha edilmemelidir.

İlaçlarla ilgili olarak Genel Müdürlüğümüzden gönderilen Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi üzerinden kesilen Taşınır Kayıt İşlem Fişleri ivedi olarak imzalanarak 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.

4.1.7.6. Eğitim

Hekim, tedavisine başlanan her hastaya, ilaçları verilmeden, hastalığın tedavisi, yan etkileri ve tedavinin sürekliliği konusunda temel bir eğitim vermelidir. Dispanserin, bütün çalışanları ile hastanın güvenini ve saygısını kazanarak tedaviye biyopsikososyal yaklaşım içinde hizmet sunumu hastanın 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. Tanı alan hasta ve hasta yakınlarına "Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları" rehberi verilmelidir. Bu rehber VSD'lerde mutlaka bulundurulmalıdır.



4.1.7.7. Mobil Tarama Ekiplerine Destek Sağlanması

Mobil tarama hizmetleri 2006/61 sayılı genelge kapsamında yürütülmektedir. Mobil tarama ekipleri (MTE), Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi ile riskli grup olarak belirlenmiş olan ceza infaz kurumlarında yıllık düzenli tüberküloz taraması yapar. İl Sağlık Müdürlüğü, bu yerlerin yılda en az bir kere taranması için tüberküloz il koordinatörü ile koordineli çalışma yürütmeleri ve bölgelerine intikal eden mobil tarama ekiplerine tarama faaliyetlerinde destek olmaları gerekir.

İlinde Mobil Tarama Ekibi bulunan Tüberküloz İl Koordinatörleri; MTE 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'ye 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'ler 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 temaslı muayenesi kapsamında MTE ilgili askeri birlikte ücretsiz tarama yapabilecektir.

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

4.1.7.8. Tüberküloz İl Koordinatörleri

Tüberküloz il koordinatörü; il genelinde yürütülen tüberküloz ile ilgili iş ve işlemleri takip eder, il içindeki tüm paydaşları koordine eder. İl Sağlık Müdürlüğü halk sağlığı başkanlığı bulaşıcı hastalıklardan sorumlu başkan yardımcısına bağlı olarak çalışır.

4.1.7.9. Uyumsuz/Zor hasta

Tüberküloz hastalığı, tedavisi en az 6 ay süren, düzenli ve eksiksiz ilaç kullanılmasını gerektiren bir hastalıktır. Bu süreçte yaşanan aksaklıkların biyopsikososyal yaklaşımla çözümünde VSD hekimi, tüberküloz il koordinatörü, psikolog, sosyal çalışmacı, sosyolog, TSM başkanı/ilçe sağlık müdürü birlikte çalışmalıdır.

4.1.7.10. Tüberküloz Kontrol Hizmetlerinin İzleme ve Değerlendirmesi

- VSD hizmet binasının genel durumu
 - Aynı binada başka bir birim/kurum varsa VSD'nin girişi ayrı olmalıdır
- Hava hijyeni
 - Birimin pencereleri sürekli açık kalarak doğal havalandırma sağlanmalıdır
 - Uygun yerlerde (tuvaletler dahil) UV lambalar kullanılmalıdır
 - UV lambaların takılma tarihi ve her ay alkolle temizlendiğini gösteren bakım çizelgesi kayıt altına alınmalıdır
 - UV lambaların etkinliği UVmetre ile en az yılda bir kez ölçülmelidir
- Personel durumu (nitelik ve nicelik)
 - VSD'lerde her 100 hasta için 1 hekim ve 2 hemşire çalışması uygundur. Çalışanların tüberküloz konusunda eğitim almış olmaları önemlidir. TB hasta takibi bilgi ve deneyim gerektirir. VSD personelinin sirkülasyonu programda başarısızlık getiren önemli bir engeldir
- İlaç ikmal hizmetleri
 - Hasta ziyareti için araç temin edilmelidir
 - İlaçlar uygun ortamda saklanmalıdır
 - İlaç deposunun ısı ve nem takibi için ısı/nem ölçer bulunmalıdır
 - Miad-Stok kontrolü düzenli yapılmalıdır

- VSD’de kullanılan cihaz ve araçlar aktif (çalışıyor) olmalıdır:
 - İletişim araçları (telefon ve faks)
 - İnternet bağlantısı ve bilgisayarlar
 - Röntgen cihazı
- MTE Hizmetleri
 - MTE’nin çektiği röntgen grafipleri zamanında okunmalıdır (5 iş günü)
 - Tüberküloz şüpheli kişiler UTS’ye girilmelidir
 - Sisteme kayıtlı şüpheli kişiler takip edilmelidir
- Ulusal Tüberküloz Sistemi
 - Güncellemeden sorumlu personel belirlenmiş olmalıdır
 - VSD ve personel bilgileri düzenli olarak sisteme girilmelidir
 - Dispanser çalışmalarının tamamı UTS’ye girilmiş olmalıdır
- HSYS Sosyal Yardım Modülü (Şartlı-Düzenli Nakdi Yardım)
 - VSD tarafından DGT günlük yapılmalıdır
 - Tıbbi gerekçe olmadan 5 iş günü DGT yapılmayan hastanın yardımı durdurulmalıdır
 - Diğer sağlık kuruluşları tarafından DGT yapılıyorsa foto/video kayıtları VSD’de bulunmalıdır
- ARB yapılan her materyale kültür yapılmalıdır.
 - Bu nedenle tüm örnekler kültür/İDT yapabilen laboratuvarlara gönderilmelidir.
 - Balgam vb örnekler laboratuvara gönderilirken üçlü balgam nakil kabı kullanılmalıdır.
- TDT saklanan buzdolaplarında ATS olmalıdır.
- Aile hekimlerine verilen Aylık DGT İzlem Cetveli aile hekimi tarafından doldurulmuş ve imzalanmış olmalıdır. Hasta dosyasında saklanmalıdır.
- Tüberküloz hastası ile ilgili TB hasta defteri, hasta dosyası vb tüm dokümanlar süresiz saklanmalıdır.
- Tüberkülozla ilgili güncel afiş ve broşürler kullanılmalıdır.
- Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi ile Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları kılavuzu bulunmalıdır.

4.1.8. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar

Toplum kaynaklı enfeksiyonların çoğunu zoonotik enfeksiyonlar oluşturmakta ve insan sağlığına yönelik ciddi tehdit oluşturabilmektedirler. Özellikle Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı, 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.

Bu hastalıkların görülmesinde sosyokültürel alışkanlıkların ve sosyoekonomik durumun önemli etkileri vardır. Zoonotik hastalıklar, birçok kurum ve kuruluşun eş güdüm çerçevesinde 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.

Dünyada tüm enfeksiyon hastalıklarının %17’si oluşturan vektörle bulaşan hastalıklar 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 hastalığın ülkemizde tekrar başlama riski devam ettiğinden çalışmalara kesintisiz olarak 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.

4.1.9. 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 (Kazanılmış 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.'

4.2. BAĞIŞIKLAMA

4.2.1. 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 hizmetleri yürütülmekte olduğunu, 13 hastalığa karşı aşı uygulandığını bilmelidir.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) kapsamında; Polio Eradikasyon Programı, Kızamık ve Kızamıkçığın Eliminasyonu ve Konjenital Rubella Sendromunun Kontrolü Programı, Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, Hepatit A ve B Kontrol Programı, Difteri Kontrol Programı, Boğmaca Kontrol Programı, Tüberküloz Kontrol Programı, Kabakulak Kontrolü Programı, Hemofilus influenza tip'ye bağlı hastalıkların Kontrolü Programı, İnvaziv Pömokokal Hastalıkların Kontrolü Programı, Suçiçeği Kontrol Programı uygulanmaktadır. Ayrıca Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) izleme sistemi yürütülmektedir.

Bu programların uygulanmasında aile hekimleri ile koordineli çalışarak her bir antijen için ülke genelinde %97 aşılama hızının devamlılığını sağlar. Okul çağı çocuk aşılama hızlarında her bir antijende %95 aşılama hızına ulaşmayı sağlamak, Ülkenin poliodan arındırılmış durumunun sürdürülmesi, maternal-neonatal tetanoz ve kızamık eliminasyon programlarının ve diğer kontrol programlarının yürütülmesi için gerekli çalışmaları yapar.

4.2.2. 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 sıcaklığa 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 ısını 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.

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 aşıların 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 hiç bir 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 buzluga 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 çalıştırdıktan 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 aşıların 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 açıkta 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.

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 Telemetri 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.

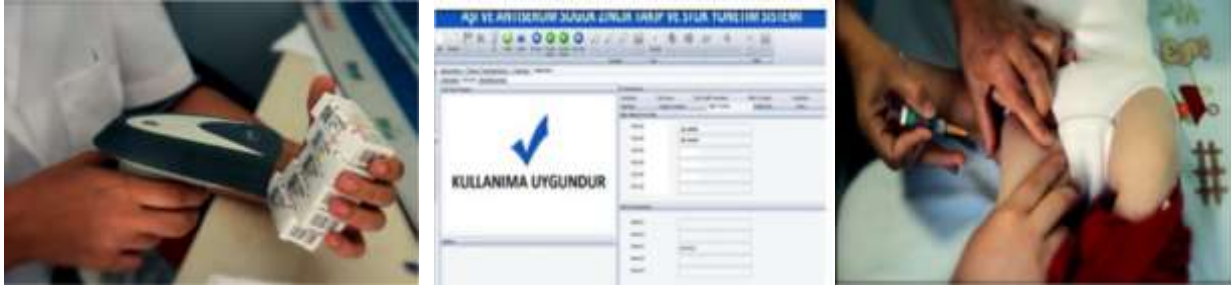
ATS sistemi <http://ats.saglik.gov.tr> web adresinden hizmet vermektedir. Tüm ATS üzerine tanımlanmış kullanıcılar bu adres üzerinden sisteme girişlerini yapıp yetkileri dahilinde gerekli işlemlere, izleme ve raporlama **ekranlarına ulaşabilmektedirler. Stokların envanter detaylarını ATS üzerinden anlık 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 aşımın 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 aşığı kontrol etmekte aynı zamanda aşılar 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.



4.2.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Güncel Aşı Takvimi, 2019

T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II		R				
KKK						I			II	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aseelüler Boğmacık, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
 KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
 KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
 DaBT-İPA: Difteri, Aseelüler Boğmacık, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)
 OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)
 Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı
 R: Rappel (Pekiştirme)

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Konjuge pnömokok aşısı, 01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.

1 Yaş Üstü Hiç Aşılınmamış Çocuklar için Aşılama Şeması

	12-71 Ay (1-5 Yaş)*	6-13 Yaş	14 Yaş ve Üzeri
İlk karşılaşma	DaBT-İPA-Hib ¹ , Hep-B, KPA ² , ppd ile TCT	DaBT-İPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep-B, KKK
İlk karşılaşmadan 2 gün sonra	KKK, TCT sonucuna göre gerekiyorsa BCG, Suçiçeği	-	-
İlk karşılaşmadan 2 ay sonra ³	DaBT-İPA-Hib ya da DaBT-İPA, Hep-B, OPA, Hep A, KPA ²	DaBT-İPA, OPA, Hep-B, KKK	Td, OPA, Hep B, KKK
İlk karşılaşmadan 8 ay sonra	DaBT-İPA, Hep-B, OPA, Hep A	DaBT-İPA, OPA, Hep-B	Td, Hep-B

* Çocukluk çağı aşılama takvimine okul aşıları ile devam edilecektir.

- 59 ayın üzerindeki çocuklara DaBT-İPA şeklinde uygulanır. 15-59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir.
- Mayıs 2008 ve sonrasında doğan çocuklara uygulanacaktır. 12-23 aylık çocuklara 8 hafta ara ile iki doz yapılmalıdır. 24 aydan büyük çocuklarda tek doz yeterlidir. 59 ay üzeri çocuklara uygulanmayacak.
- DaBT-İPA-Hib aşısının ilk dozunun 12-14 aylık iken uygulandığı çocuklara ikinci doz da DaBT-İPA-Hib şeklinde uygulanmalıdır.

Not: Hib'in 2. dozu sadece ilk doz 12–14 ay arasında yapıldıysa gereklidir, 15–59 ay arası çocuklarda tek doz Hib yeterlidir, 59 aylıktan büyüklerde Hib aşısı gerekli değildir. Hep A aşısı 1 Mart 2011 ve suçüçeği aşısı ise 01 Ocak 2012 doğumlulardan öncesine yapılmaz.

PPD: Pürifiye Protein Derivesi

TCT: Tüberkülin Cilt Testi

Aşı takviminde belirtilen aralıklara göre aşıları tamamlanamamış çocuklarda önceki aşı dozlarının tekrar yapılmasına gerek yoktur. Aradan uzun bir süre geçmiş olsa bile, aşılamaya bırakılan yerden devam edilir, eksik aşıları çocuk saptandığında yaşına ev önceki aşılanma durumuna uygun olarak aşıları tamamlanır.

4.2.4. Gebelerde Aşılanma

- 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 antikorlar 6 ay koruyucu.

4.2.5. Doğurganlık Çağı (15- 49 Yaş) /Gebe Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk 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

4.2.6. Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları (Önerilen Risk Gruplarına)

- Mesleğe Bağlı Riskler Nedeniyle Aşılanma
- Temaslı Aşılanması,
- Altta Yatan Hastalık ve Diğer Riskler Nedeniyle Aşılanma
- 65 Yaş ve Üzerinde Aşılanma
- Seyahat Sağlığı / Hac ve Umre Aşılanma
- Askerlik Dönemi Aşılanması
- Doğurganlık Çağı /Gebe Kadınlara Difteri-Tetanos Aşılanması
- Erişkin Difteri-Tetanos Aşılanması

4.2.7. Sağlık Çalışanı Aşılanması

- **Td**
- **KKK (Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı)**
 - 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.

- Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak hastalıklarını geçirdiklerine dair kayıtları olanlara veya laboratuvar tetkikleri ile bağışık olduğu gösterilenlere aşı uygulanmasına gerek yoktur.
- **Mevsimsel İnfluenza**
- **Hep-B** (Aşı öncesi ve sonrasında serolojik olarak gereklidir)
- **Hep-A** (Sadece fekal materyale maruz kalan, çocuk ve enfeksiyon hastalıkları servislerinde çalışan sağlık çalışanları için gereklidir. Aşı öncesi serolojik değerlendirme yapılmalıdır.)
- **Suçiçeği**
 - 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 aşılama 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**
 - Mikrobiyoloji laboratuvarında meningokok ile çalışan laboratuvar personeli için gereklidir.
 - Dört bileşenli konjuge meningokok aşısı; ACW135Y-Difteri Toksoidi aşısı 55 yaşına kadar, ACW135Y-CRM197, ve ACW135Y-Tetanoz Toksoidi aşısı ise üst yaş sınırı olmaksızın, iki ay arayla toplam iki doz uygulanır.
 - Temasın devam etmesi durumunda her üç aşı da 5 yılda bir tekrarlanır.

BÖLÜM V KADIN, ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

5.1. KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Hedeflerimiz:

- Anne ölüm oranını gelişmiş ülkeler seviyesine indirmek
- Tüm evlenen çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermek
- Özelde ve kamuda çalışan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına, kadın hastalıkları ve doğum kliniği bulunan hastanelerin acil servislerinde çalışan pratisyen ve/veya acil tıp uzmanı ile özel ve kamuda çalışan ebe/hemşirelere Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi vermek
- Gebelerimizi ve lohusalarımızı tespit ederek nitelikli sayı ve kalitede izlemek
- Gebe ve lohusalarımıza demir ve D vitamini desteği sağlamak
- Hastane doğumlarını artırmak
- Anne Dostu Hastanelerde doğumları gerçekleştirmek
- Gebe Bilgilendirme Sınıflarında gebelere danışmanlık hizmeti vermek
- Primer sezaryen oranını azaltmak
- Riskli gebeleri protokollere uygun izlemek
- İstenmeyen gebelikleri önlemek için üreme sağlığı yöntem kullanımını teşvik etmek
- Olumsuz iklim ve ulaşım koşulları olan yerleşim yerlerinde yaşayan gebelerle sosyal sebepler “Analık Hali” kapsamındaki gebelerin misafir anne uygulamasından yararlanmasını sağlamaktır.

5.1.1. 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 Hastalıkları, 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?

5.1.2. Üreme Sağlığı Yöntemleri

Üreme sağlığı yöntem danışmanlığında amaç; çiftlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları ve çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerde de bunun nedenlerinin anlaşılması ve tedavisinin de yapılabilmesidir. Ülkemizde, üreme sağlığı yöntemlerinin verilmesinde bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri çok önemli rol oynamaktadır.

Sağlık personeli için beceriye dayalı üreme sağlığı yöntemi uygulama eğitim programları ise temel olarak aşağıda yer alan başlıklarda düzenlenmektedir:

Üreme Sağlığı Klinik Uygulama Eğitimleri:

- Rahim İçi Araç (RİA) Uygulama Eğitimi
- RİA Uygulama Tazeleme Eğitimi (Ebe ve Hemşireler için her 5 yılda bir zorunlu, hekimler için talep olursa)
- Mezuniyet Öncesi RİA Uygulama Eğitimi (Tıp Fakülteleri, Ebe ve hemşire yetiştiren Sağlık Yüksek Okulları)
- Klinik Becerilerin Standardizasyonu ve Eğitim Metodolojisi Eğitimi (RİA Eğitici Eğitimi)

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Sunulan Üreme Sağlığı Yöntemleri:

1. Hormonal Yöntemler

Kombine Oral Kontraseptifler (Hap): Kadınlık hormonu içeren haplar, her gün bir adet alındığında kadının yumurtalıklarından yumurta hücrelerinin gelişip atılmasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler. Düzenli kullanırsa çok etkilidir. Kullanımı kolaydır. Adet kanaması sırasındaki ağrıyı azaltır. Adet dönemlerinin düzenli olmasını sağlayarak ve adet kanaması miktarını azaltarak, kansızlığın önlenmesine yardımcı olur.



Uterus ve over kanserine karşı koruyucudur. Kullanımı kolaydır. Hapa başlamadan önce bir sağlık kuruluşuna danışılması gerekmektedir. Çünkü bazı kadınların hap kullanmaları sakıncalı olabilir. Halen gebe olanlar ya da gebelik kuşkusu olanlar, meme kanseri ya da meme kanseri öyküsü olanlar, tromboemboli ya da diğer damar hastalığı olanlar, genital organ kanseri olanlar, kalp hastalığı ya da kuşkusu olanlar, akut karaciğer hastalığı olanlar oral kontraseptif kullanmamalıdır.

Enjekte Edilen Kontraseptifler(İğne): Ayda bir ya da üç ayda bir yapılan iğnelerdir. Kadının yumurtlamasını engeller. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler. Uterus ve over kanserine karşı koruyucudur. Adet kanaması öncesindeki gerginliği ve

ağrıyı azaltır, adet kanaması miktarını azaltarak, kansızlığı önleyebilir. Üç ayda bir yapılan enjeksiyon kullananlar bu yöntemi bıraktıklarında doğurganlığın geri dönmesi gecikebilir. Bu yöntemle başlamadan önce mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurarak muayene olunması ve yöntemi kullanılırken kontrol için belli aralıklarla sağlık kuruluşuna başvurulması gerekir.

Minihaplar: Kadınlık hormonlarından birini (progesteron) içeren haplardır. Her gün düzenli olarak aynı saatte alındığında gebelikten korur. Rahim ağzındaki salgıyı koyulaştırarak erkek tohum hücrelerinin rahmin içine geçmesini önler. Kadının yumurtalıklarından yumurta hücrelerini geliştirip atılmasını engeller. Kesintisiz olarak ve her gün hep aynı saatte alınması gereklidir. Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur. Mini doğum kontrol hapı ile korunma 35 yaş üzerinde olan ya da sigara içen kadınlar için de uygundur ve emzirme döneminde de kullanılabilir.

Post Koital Haplar (Ertesi Gün Hapı): Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmasının unutulması, cinsel tecavüz gibi durumlarda ihtiyaç duyulur. Gebelik oluştuktan sonra etkili değildir. Düşük yapıcı değildir. Tekrarlanan kullanımlar olabilir, fakat sık ve tekrar kullanımlarda koruyuculuk diğer yöntemlere göre daha düşüktür. Korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde uygulanmalıdır. (İlk doz cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde alınır, 12 saat sonra doz tekrarlanır.) Rutin bir korunma yöntemi olarak kullanılamaz.

2. Rahim İçi Araçlar (Spiral)

Bakırlı Rahim İçi Araçlar: Rahmin içine yerleştirilen küçük, plastik bir araçtır. Bakır ve hormon içeren tipleri vardır. Erkek tohum hücrelerinin kadın yumurta hücrelerini döllemesini engeller. Bakırlı olanlar 10 yıl korur. Bir kere uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir şey gerektirmez. Çıkartıldığında hemen gebe kalınabilir. Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz. Hiçbir ilaçla etkileşimi yoktur.

Mutlaka bir sağlık kuruluşunda uygulanması gereklidir. Bazı kadınlarda uygulama ve çıkarma işlemi ağrılı olabilir. Uygulamayı takibeden ilk aylarda kasık ağrısı, lekelenme ve adet miktarında artma veya adet süresinde uzama olabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korumaz.

Uzun süre korunmak isteyenler, ileri yaşta olup sterilizasyon istemeyenler, emziren kadınlar, kürtaç olmuş ya da kendiliğinden düşük yapmış kadınlar, diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekenler için uygundur.

Gebeler ya da gebelik şüphesi olanlar, kısa (bir yıldan az) sürede yeniden çocuk sahibi olmak isteyenler, adetleri aşırı ağrılı ve adet kanaması çok fazla olan kadınlar, rahminde veya diğer üreme organlarında kronik iltihap bulunanlar, rahminde veya diğer üreme organlarında yapısal bozukluğu olanlar, rahminde veya diğer üreme organlarında kanser olanlar, birden fazla cinsel eşi olanlar (kendisinin veya eşinin) için uygun değildir.



Rahim içi araç (RİA) uygulandıktan önce bir sağlık kuruluşundan MUTLAKA DANIŞMANLIK alınmalıdır. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından gebe olunmadığından emin olunan herhangi bir zamanda rahmin içine yerleştirilir. Kullanım süresi sonunda RİA değiştirileceği zaman ara vermeden hemen yenisi uygulanabilir; rahmi dinlendirmeye gerek yoktur. Herhangi bir yakınma yoksa RİA uygulandıktan sonra ilk kontrole 1'inci ayın sonunda, diğer kontrollere yılda 1 kez gidilmelidir.

3. Bariyer Yöntemler:

Kondom (erkek kondomu, prezervatif): Erkekler tarafından kullanılan, bir çeşit kauçuktan yapılmış, çok ince ve esnek bir kılıftır. Cinsel ilişki sırasında erkekte atılan meni içerisindeki erkek tohum hücrelerinin kadının haznesine dökülmesini engelleyerek gebelikten korur. Eşleri cinsel ilişki ile

bulaşan enfeksiyonlardan (AIDS, frengi, bel soğukluğu gibi) korur. Sağlığa hiçbir zararı yoktur, her yaştaki erkekler kullanabilirler.

Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir. Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekir. Korunmak isteyen her yaştaki erkekler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak isteyenler, başka yöntemleri kullanamayanlar, seyrek cinsel ilişkide bulunanlar, vazektomi sonrası geçici olarak korunması gerekenler için uygundur.

Kauçuğa alerjisi olanlar için uygun değildir.

Kondomu kullandıktan sonra delik olup olmadığı, kontrol edilmelidir. Yırtık veya sızıntı olduğu fark edilirse, acil önlem alınması için **en geç 72 saat içinde bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.**

5.1.3. 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 kişilere verilmek üzere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığı hazırlanmıştır. Evlilik öncesi sağlık raporu almak için başvuran kişilere (çift olarak başvuruları tercih edilmekte olup zorunlu hallerde bireysel olarak başvurabilirler) sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, üreme sağlığı yöntemleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, akraba evliliği ve genetik geçişli hastalıklarla (kalıtsal kan hastalıkları- hemoglobinopati) ilgili danışmanlık hizmeti verilmeli; evlenecek çiftlere olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca evlenmek için başvuran her çiftte bir adet olmak üzere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığı verilmelidir.

Evlilik öncesi danışmanlık hizmeti verilen çiftlere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitapçığının verilip verilmediğinin kontrol edilmesi gerekmektedir.

5.1.4. Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim Programı

Üreme sağlığı hizmetlerinde hizmet sunum kalitesinin artırılması amacıyla sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyini yükseltmeye yönelik hizmet içi eğitimler yapılmaktadır. Hizmet İçi Eğitimlerin kurumsallaşması ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, Ülke genelinde eğitim merkezlerinin hizmet sunum kapasiteleri genişletilerek, Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi (ÜSEM) olarak hizmet sunmaktadır. Bu merkezlerden personel ve fizik altyapısı güçlü olan 14’ü de, Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak faaliyet göstermeye devam etmektedir.

Hizmet içi eğitimlerin sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulabilmesi için program kapsamında; 81 ildeki alt yapısı güçlü Eğitim Merkezinden 94’ü Üreme Sağlığı Eğitim Merkezi (ÜSEM) olarak hizmet sunmaktadır. 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 (Adana, Ankara, Antalya, Balıkesir, Bolu, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, İzmir, Malatya, Samsun, Sivas, Trabzon) Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezi (ÜSBEM) olarak hizmet sunmaktadır.

Sağlık personelinin nitelikli hizmet sunumunu sağlamak için hizmet içi eğitimlerde kullanılmak üzere üreme sağlığı eğitim modülleri hazırlanmıştır. Yürütülen Üreme Sağlığı Modüler Eğitimi kapsamında sağlık personeline 15 gün (120 saat) teorik ve pratik olarak asgari standartta bir eğitim programı uygulanmakta;

- Üreme Sağlığına Giriş (2 gün/16 saat)
- Güvenli Annelik, (5 gün/40 saat)
- Üreme Sağlığı Hizmetleri Yöntem Danışmanlığı, (3 gün/24 saat)
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, (2,5 gün/20 saat)
- Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri (2,5 gün/20 saat)

konularını içermektedir.

Beceriye dayalı bu eğitime katılan sağlık personeline her bir modül için Katılım Belgesi, (5 Modül) tamamlayana ise Üreme Sağlığı Eğitimi Sertifikası verilmektedir.

Eğitimci ihtiyacı duyulduğunda, Üreme Sağlığı Modüler Eğitimini tamamlayan sağlık personelinin, Daire Başkanlığımızın koordinatörlüğünde, üreme sağlığı eğitimcileri tarafından, Üreme Sağlığı Bölgesel Eğitim Merkezinde (ÜSBEM) (5 gün/40 saat) üreme sağlığı eğitim becerileri eğitimi gerçekleştirip, Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi Sertifikası vererek, eğitimci sağlık personeli de yetiştirilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık personeli ile birlikte aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının Üreme Sağlığı Modül Eğitimi alma oranlarının ilde % 70-80 düzeyinde olması, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin Üreme Sağlığı Modül Eğitimi modüllerini alması gerekmektedir.

Aile hekimliğinde görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının “Üreme Sağlığı Modüler Eğitimi” alıp almadığı sorgulanmalıdır.

5.1.5. Üreme Sağlığı Halk Eğitimleri

Üreme Sağlığı Modüler Eğitimi alan sağlık personeli tarafından da üreme sağlığı hizmetlerinde farkındalığı arttırmak için kadınlara verilen eğitimlerin yanı sıra erkek katılımını da arttırmak üzere askerlik görevini yapan er ve erbaşlara, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda tüm öğrencilere, Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı birimlerde ve Halk Eğitim Merkezleri'nde vatandaşlarımıza, Göçmen Sağlığı Merkezleri'nde de göçmenlere Güvenli Annelik, Üreme Sağlığı Yöntem Danışmanlığı, Ergenlik Süreci ve Ergenlikte Sık Görülen Sorunlar, Gebelikte Beslenme ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) konularında her TSM tarafından yılda en az 6 seans eğitim verilmesi gerekmektedir.

5.1.6. Doğum Öncesi Bakım Protokolü

Doğum Öncesi Bakım (DÖB); anne ve fetüsün gebelik boyunca sağlık personeli tarafından düzenli aralıklarla gerekli muayenesi yapılarak ve danışmanlık verilerek izlenmesidir. Doğum öncesi bakım; annenin sağlıklı bir gebelik geçirerek sağlıklı bebek doğurmasını ve sağlığının korunmasını amaçlar. Annede gebelikten önce var olan hastalıkların saptanması, gebelikte komplikasyon yaratabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevkini de içerir.

Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, dünyanın gelişmekte olan pek çok ülkesinde halen doğurgan yaştaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır.

Bakanlığımızca, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla 2008 yılında “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” hazırlanmış ve 2014 yılında da ikinci revizyonu gerçekleştirilmiştir. Revize edilen yönetim rehberi 2014/9 sayılı Genelge ile yayınlanmıştır. Rehberin üçüncü revizyonu 2017 yılında yapılmış olup, basımı 2018 yılında tamamlanmış ve dağıtımı yapılmıştır.

Gebelik izlemleri “**Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**”ne uygun olarak yapılmalıdır. İzlemlerde eğitim, danışmanlık, fizik muayene laboratuvar testleri vb. işlemler yer almaktadır.

Anne adayının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi, kendi ve bebeğinin sağlığını koruyabilmesi, riskli durumların erken dönemde fark edilebilmesi için gebelik süresince en az 4 kez sağlık kontrolüne gitmesi önemlidir.

Gebe izlemleri aşağıdaki haftalarda yapılmalıdır;

- Gebeliğin ilk 14 haftası içinde
- 18-24. haftaları arasında
- 28-32. haftaları arasında
- 36-38. haftaları arasında

Bu haftalarda gebelik haftasına uygun izlem prosedürleri yerine getirilir.

Bu izlemlerde kalıtsal geçiş gösteren hastalıkların, doğumsal anomalilerin ve bazı enfeksiyonların erken tespit edilmesinde önerilen tarama testleri, bağışıklama, nutrisyonel destek yer almaktadır.

Her izlemde;

1. İletişim
2. Öykü alma
3. Fizik muayene
4. Laboratuvar testleri
5. Gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler
6. Bilgilendirme ve danışmanlık
7. Sevk edilecek durumlar
8. Yapılan izlemlerin kayıt altına alınması konularında “**Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**”ne uygun olarak izlem yapmaları gerekmekte olup; izleme değerlendirme çalışmalarında tüm izlemlerde bu konuların uygulanıp uygulanmadığının “**Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi**”ne göre değerlendirilmesi gerekmektedir.

Rutin uygulamalara ek olarak izlemlerde değerlendirilmesi gerekenler aşağıda özetlenmiştir:

Birinci İzlem (Gebeliğin ilk 14 haftası içinde)

1. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)
2. Kan basıncı
3. Kan grubu
4. Tam kan sayımı (CBC)
5. İkili kombine tarama testi
6. USG
7. Tam idrar tetkiki (TİT)
8. TSH
9. Gebelikte Risk faktörleri
10. Hepatit B testi
11. Gestasyonel diyabet açısından risk grubunda ise oral glikoz tanı testi (OGTT)
12. D vitamini desteği

İkinci İzlem (18-24. haftaları arasında)

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 tanı testi (OGTT)

Üçüncü İzlem (28-32. haftaları arasında)

1. Oral glikoz tarama testi (OGTT)
2. Kan basıncı
3. Tam idrar tetkiki (TİT)
4. Tam kan sayımı (CBC)

Dördüncü İzlem (36-38. haftaları arasında)

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

7. Gebe okuluna yönlendirilen gebe bakımından değerlendirilmeli, ayrıca; izlemlerde preeklampsi öngörüsü risk faktörlerinin ve venöz tromboemboli (VTE) için risk faktörlerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir.

5.1.6.1. Riskli Gebelik Yaklaşımı

Gebelik normal ve doğal bir süreçtir. Bazı durumlarda gebe kalmadan önce veya gebelik sürecinde gelişen sorunlar çeşitli risklerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Yüksek riskli gebelikler bazı durumlarda hem gebenin hem de anne karnındaki bebeğin sağlığını ve hatta hayatını tehdit edebilir. Bakanlığımızca “Riskli Gebelikler Yönetim Programı” başlatılmıştır.

Program kapsamında, 2014/10 sayılı Genelge ile “Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi” yayınlanmıştır. Hazırlanan rehber; Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetim Rehberi, Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Yönetim Rehberi, Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi, Astımlı Gebe Yönetim Rehberi ve Epileptik Gebe Yönetim Rehberinden oluşmaktadır. Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetim Rehberi revize edilmiştir.

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 Modülü" hazırlanmıştır. Modül, e-Nabız sistemine entegre edilmiştir. Süreç, hasta –hekim arasında e-Nabız sistemi üzerinden ilerlemekte ve uyarı işaretleri çıkmaktadır. İzlemlerin sıklığı ve hangi sağlık kuruluşunda yapılacağı her gebenin durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilerek protokoller doğrultusunda yapılmaktadır.

Ayrıca Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde yer alan Gebelikte Risk Değerlendirme Formu’nda bulunan kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi bütün basamakların koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

Her gebenin en az bir kez hekim tarafından tam bir sistemik muayenesi gerçekleştirilmelidir.

5.1.7. Doğum Sonrası Bakım Protokolü

Bakanlığımızca, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla 2008 yılında “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” hazırlanmış ve 2014 yılında da ikinci revizyonu gerçekleştirilmiştir. Revize edilen yönetim rehberi 2014/9 sayılı Genelge ile yayınlanmıştır. Rehberin üçüncü revizyonu 2017 yılında yapılmış olup, basımı 2018 yılında tamamlanmış ve dağıtımı yapılmıştır.

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine uygun olarak **tüm lohusaların en az 6 kez izlenmesi sağlanmalıdır.**

Anne 3 kez hastanede, 3 kez de taburcu olduktan sonra izlenmelidir.

1. İzlem doğumu takip eden 0-1 saatleri arasında
2. İzlem doğumu takip eden 1-6 saatleri arasında
3. İzlem doğumu takip eden 6-24 saatleri arasında
4. İzlem 2.-5. günler arasında anne bebeğini topuk kanı almaya getirdiğinde,
5. İzlem 13.-17. günler arasında bebek üçüncü izlem için getirildiğinde,
6. İzlem 30.-42. günler arasında anne bebeği Hepatit-B aşısının 2. dozu için getirdiğinde 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 hemogloblin 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.
- Gerekli 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.

5.1.8. 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 ulaştırılmamakta ve doğumlar olumsuz şartlarda gerçekleşebilmektedir. Bu tür olumsuzlukları önlemek, önlenabilir 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.

Yine bazı illerimizde olumsuz iklim ve ulaşım şartları yaşanmıyor olsa da sosyal sebeplerle (eşi ya da kendisinin SGK prim borcu olup hastane ortamı dışında doğum yapma ihtimali bulunan) “Analık Hali” kapsamındaki gebeler de bu uygulamadan yararlanmaktadır.

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 tespit edilmekte, tüm yerleşim yerlerini ve karayollarını gösterir bir risk haritası oluşturulmaktadır.

Bu bölgelerdeki tüm gebeler muhtemel doğum tarihlerine göre sıralanmakta ve gebeliklerinin son izleminde (son ayında) 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 İlçe SM, SHM, TSM-İSM işbirliğinde 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
- Halk Sağlık Müdürlüğü Hizmet Araçları
- Kendi imkânları ile
- Gezici Hizmet Aracı
- Evde sağlık hizmeti aracı
- Paletli ambulans veya hava ambulansı
- 112 Acil Yardım Ambulansı ile sağlanmaktadır.

Daveti kabul etmeyen gebelerin ise hava ve ulaşım şartlarından dolayı evde doğum yapmak zorunda kalmamaları için, Bakanlığımızın ambulans, kar paletli ambulans, snowtrak ve helikopter ambulans dahil tüm imkanları kullanılarak planlanan merkezlerde doğum yapımları sağlanmaktadır.

5.1.9. 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 yapımlarını 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.

5.2. ÇOCUK VE ERGEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

5.2.1. 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 işbirliği 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; sağlıklılığı 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-gelişmenin 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.

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 2015 yılında revize edilmiş ve basımı gerçekleştirilerek Aile hekimlerine iletilmek 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 aşılarda 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 İzlem;

1. izlem: Doğumda (hastanede)
2. izlem: Doğumdan sonraki ilk hafta içinde yenidoğanın izlemi (1.-10. gün arası)
3. izlem: 15. gün (11.-29. gün arası)
4. izlem: 41. gün (30.- 59. gün arası)
5. izlem: 2. ay (60.- 89. gün arası)
6. izlem: 3. ay (90.-115. gün)
7. izlem: 4. ay (120.-150. gün)
8. izlem: 6. ay (180.-210. gün)
9. izlem: 9. ay (250.-290. gün)

Çocuk izlem;

1. izlem: 12. ay izlemi (zaman aralığı: 365.gün-394. Gün)
2. izlem: 18. ay izlemi (zaman aralığı: 17.-19. ay) - (481. gün-570. gün)
3. izlem: 24. ay izlemi (zaman aralığı: 23.-25. ay) - (661. gün- 760. gün)
4. izlem: 30. ay izlemi (zaman aralığı: 29.-31. ay) - (841. gün-930. gün)
5. izlem: 36. ay izlemi (zaman aralığı: 35.-37. ay) - (1021. gün-1110. gün)
6. izlem: 48 ay izlemi (zaman aralığı: 45.-51. ay) - (1321. gün-1530. gün)
7. izlem: 60. ay izlemi (zaman aralığı: 57.-63. ay) - (1681. gün-1890. Gün)

Okul Çağı Çocuk/Genç İzlem

1. izlem: 6. Yaş izlemi (zaman aralığı: 67.-78. ay)-(1891. gün-2340. gün)
2. izlem: 7. Yaş izlemi (zaman aralığı: 79.-90. ay)-(2341. gün-2700.gün)
3. izlem: 8. Yaş izlemi (zaman aralığı: 91.-102. ay)-(2701. gün-3060.gün)
4. izlem: 9. Yaş izlemi (zaman aralığı: 103.-114. ay)-(3061. gün-3420.gün)
5. izlem: 10. Yaş izlemi (zaman aralığı: 115.-126. aylar)-(3421. gün-3780.gün)
6. izlem: 11. Yaş izlemi (zaman aralığı: 127.-138. aylar)-(3781. gün-4140.gün)
7. izlem: 12. Yaş izlemi (zaman aralığı: 139.-150. aylar)-(4141. gün-4500.gün)
8. izlem: 13. Yaş izlemi (zaman aralığı: 151.-162. aylar)-(4501. gün-4860.gün)
9. izlem: 14. Yaş izlemi (zaman aralığı: 163.-174. aylar)-(4861. gün-5220.gün)
10. izlem: 15. Yaş izlemi (zaman aralığı: 175.-186. aylar)-(5221. gün-5580.gün)
11. izlem: 16. Yaş izlemi (zaman aralığı: 187.-198. aylar)-(5581. gün-5940.gün)
12. izlem: 17. Yaş izlemi (zaman aralığı: 199.-210. aylar)-(5941. gün-6300.gün)
13. izlem: 18. Yaş izlemi (zaman aralığı: 211.-222. aylar)-(6301. gün-6660.gün)
14. izlem: 19. Yaş izlemi (zaman aralığı: 223.-234. aylar)-(6661. gün-7020.gün)
15. izlem: 20. Yaş izlemi (zaman aralığı: 235.-246. aylar)-(7021. gün-7380.gün)
16. izlem: 21. Yaş izlemi (zaman aralığı: 247.-258. aylar)-(7381. gün-7740.gün)

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:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/Bebek_cocuk_ergen_izlem_ozettablo.pdf

Bebek, çocuk, ergen izlem protokollerinde yer alan ve izlem zamanında yapılması gereken işlemler aşağıda yer almaktadır:

5.2.1.1. Yeni Doğmuş Bebeğin Değerlendirilmesi

I. Doğum Anı ve Doğumun Hemen Sonrası

- Akış Şeması 1'e (AŞ1) bakınız
- 1 ve 5. dakikada Apgar değerlendirmesi 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)
- Bebeğin 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 tenel 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 yataкта 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. İşitme 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

5.2.1.2. 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 yönergeler göre 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

5.2.1.3. 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, arteriyel 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)

5.2.1.4. 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, arteriyel 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)

5.2.1.5. 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, arteriyel femoral nabızları palpe edin
- Reflekslerini kontrol edin (Y4)
- Bebeğin iştmesini 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 kayıtlarınıza işleyin

XI. Değerlendirirken 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.

5.2.1.6. 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, arteriyal 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 yönergelerle 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

5.2.1.7. 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, 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 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

5.2.1.8. 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, 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
- 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 yönergelere 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

5.2.1.9. 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, arteriyel 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 anlaşıldıktan 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 adımıdır, 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
- Bebeğe/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 Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nde "Madde 18- 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/ASC'nın gelen bebek/çocuk/ergene yönelik olarak yukarıda belirtilen kapsamda hizmet verilip verilmediğinin 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.

5.2.2. Hemoglobınopati 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. 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 olup, bu taşıyıcı sıklığına göre eğer hiçbir önlem alınmazsa her yıl yüzlerce hastalıklı çocuk dünyaya gelecek, aileler ve toplum maddi ve manevi zarara uğrayacaktır.

Bu nedenle, 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 eklenmiştir. Bu programla hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerin belirlenmiş standartlarda yürütülmesi sağlanabilmektedir.

Türkiye’de çok sayıda Hb varyantının görülmesi, Anadolu’da yıllar boyunca çok çeşitli ırk ve kültürlerin yaşamasından ve akraba evliliklerinden kaynaklanmaktadır. Bilindiği gibi akraba evlilikleri nadir görülen otozomal ressesif geçişli hastalıkların toplumdaki sıklığını artırır. Türkiye’de akraba evliliklerinin fazla olması ve bu akraba evliliklerinin %70’ inin 1. derece akrabalar arasında yapılması nedeniyle, genetik geçişli hastalıklar olan hemoglobinopatilerin görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle, hemoglobinopatilerin önlenmesinde en önemli adım, evlilik öncesi çiftlerin taşıyıcılık testinden geçmesi ve her ikisi de taşıyıcı olan çiftlerin belirlenerek çocuk sahibi olmadan önce genetik danışmanlıktan yararlanmaları yoluyla yeni hasta doğumunun engellenmesidir.

Hastalığın tedavisinin ne kadar güç ve pahalı, aile ve çocuk için ne kadar sıkıntılı olduğu düşünülürse, hastalığı önlemenin önemi daha kolay anlaşılacaktır.

Ülke genelinde mevcut sorunların çözümü için, 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 hemoglobinlerin, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında önlenmesi ve mücadele edilmesine yönelik tedbirlerin ve bu hastalıkların tanı ve tedavilerine yönelik faaliyetlerin usul ve esaslarını düzenlemektir.

Programın halen riskli 41 yürütülmekte, ilde yeni tanı alan tüm vakalar ve tarama sayıları “Kalıtsal Kan Hastalıkları Bildirim Formu” ile 3 ayda bir iletilmektedir.

Aile Hekimlikleri tarafından kendine bağlı nüfusta evlilik için başvuranlarda;

- Danışmanlık hizmeti verilmeli,
- Kan örneğinin alınmalı/alınması için uygun merkeze yönlendirilmeli
- Her ikisi de taşıyıcı çıkan çiftler genetik danışmanlığa yönlendirilmelidir

5.2.3. Yenidoğan 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 Tarama Programları:

- Yenidoğan Tarama Programı (NTP)
- Yenidoğan İşitme Taraması Programı (YİTP)
- Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı
- Görme Taraması

5.2.3.1. Yenidoğan Tarama Programı (NTP)

Sağlık Bakanlığı Neonatal Tarama Programı Genelgesi (2006/130) 19 Aralık 2006 tarihinde yayınlanmıştır ve bu genelge ile Türkiye genelinde 25.12.2006 tarihinde Neonatal Tarama Programı ülkemizdeki yenidoğanların Fenilketonüri ve Konjenital Hipotiroidi yönünden taranması zorunlu hale gelmiştir. 2008 Ekim ayı sonunda panele Biotinidaz taraması da eklenmiştir. Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi 04.03.2014 tarihinde (2014/7) revize edilmiştir. 01 Ocak 2015 tarihinden itibaren panele Kistik Fibrozis taraması da eklenmiştir.

Yenidoğan Tarama Programı ile tüm yenidoğanların Konjenital Hipotiroidi, Fenilketonüri, Biotinidaz Eksikliği ve Kistik Fibrozis yönünden taranması, oluşacak zekâ geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenerek, topluma getirdiği ekonomik yükün önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması konusunda toplum bilincinin artırılması, tanı konan bebeklerde bu hastalıklar nedeniyle oluşacak rahatsızlıkları önlemek amacıyla uygun tedavi başlanması ve böylece belli bir zekâ seviyesine ulaşmalarının sağlanması 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 önlenebilir.

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 kullanılmaz. 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, iştih 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. Bebekte kistik fibrozis hastalığı olup olmadığının anlaşılabilmesi için başta ter testi olmak üzere bazı testler yapılması gerekmektedir. Bunun içinde 08.01.2015 tarih ve 2015.5788.17 sayılı yazı ekinde yer alan sevk formu ile yine yazı ekinde belirtilen Ter Testi Merkezlerine yönlendirilmektedir.

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.

Yenidoğan taraması için kan örneği alınması

Yenidoğan taraması için kan örneği, ideal olarak doğumdan sonraki 3.-5’inci günler arası alınmalıdır. Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumu takiben 48 saat sonra (oral beslenmenin ardından) topuk kanı örneği alınmalıdır. Ancak mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda topuk kanı örneği alınmalıdır. Eğer bu örnek bebek yeterince oral beslenmeden alınmışsa hastaya ilk hafta içinde 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 kağıdı 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 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.) kaçıncı 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.

5.2.3.2. Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Programı

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 Genelgesi (2014/27) revize edilmiştir.

İşitme kaybının, yenidoğanda ve süt çocuğunda erken tanısına gerek duyulmasının genel gerekçeleri şu biçimde sıralanabilir:

1. Konjenital işitme kayıplı bebeklerin %50'sinde altta yatan herhangi bir risk faktörünün olmaması,
2. Konjenital işitme kayıplı bebeklerin yalnızca 1/3'ünün yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) yatması,
3. Risk etmenlerinin yokluğunda, belirgin işitme kayıplı çocukların tanısında gecikme olması,
4. İşitme kaybının erken tanısında, hekimin önerisinin anne babanın kaygısına göre daha önemli etkisinin olması,
5. Yüksek riskli olan ya da olmayan bebeklerde, tarama yapılmaksızın işitme kaybının ortalama tayin yaşının 19 ay olması,
6. İşitme kaybı tanısıyla, işitme cihazının kullanılması arasında 6 ay gecikme saptanması,
7. Tanıyı geç almış bebeklerle karşılaştırıldığında, erken tanı ve müdahale almış bebeklerin dil gelişiminde belirgin düzelme olması.



Bu nedenlerle her yenidoğan bebek mutlaka işitme taramasına yönlendirilmeli ve tarama yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca bebek ve çocukların rutin muayenesi sırasında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasına ilişkin öykü alınmalıdır.

Tarama programı kapsamında yenidoğan bebeklerin ilk 1 ayda tarama testlerinin tekrarlarla birlikte tümünün, ilk 3 ay içinde tanı testlerinin tamamlanması ve 6. aya kadar da tanı sonrası cihazlama ve rehabilitasyonlarına başlanması gerekmektedir. Testlerden kalan bebekler zaman kaybetmeden mutlaka referans merkezlere yönlendirilmelidir. Referans merkez; en az 1 KBB Uzmanı, 1 Odyolog ve yeterli sayıda odyometristin olduğu, gerekli ekipmanı bulunduran, 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarıdır.

Doğan her bebeğe, doğumu takiben 72 saat içinde ilk işitme taraması testinin yapılması esastır. Ancak 72 saatten önce taburcu olma durumlarında, mümkün olduğunca çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda tarama testi yapılmalı, eğer sorun varsa ilgili genelge ekinde yer alan akış şemalarına uygun olarak işlemler yürütülmelidir. Yenidoğana uygulanacak testlerin hastaneden taburcu olmadan önce, bebek doğduktan 12 saat sonra

uygulanması en idealidir. Ancak normal yolla doğumlarda bebeğin hastanede kalış süresi göz önüne alındığında, bebek taburcu olmadan önce tarama testi uygulanmalıdır. Taramada riskli olmayan bebeklere OAE ve riskli olan/olmayan bebeklere ABR testleri uygulanmaktadır. Testler, belli protokollere göre bebeklere uygulanmaktadır.

Öyküde aşağıdakiler sorgulanmalıdır:

1. Anne hamilelik sırasında aşağıdaki durumlardan birini geçirmişse bebekte işitme kaybı olabilir:

- Toksoplazma
- Rubella
- CMV-Sitomegalovirüs
- Herpes
- Sifilis, en sık karşılaşılan durumdur.

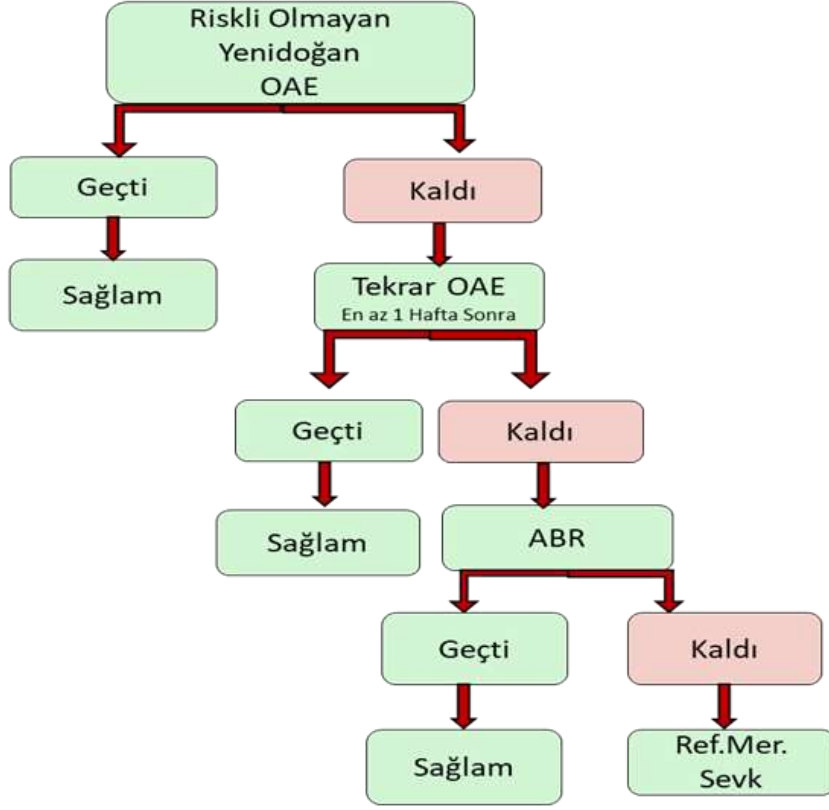
2. Eğer çocuk/bebek;

- Prematüre (<37 hafta)
- Düşük doğum ağırlığı (<1500gr)
- 5 günden daha fazla Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YDYBÜ)'nde kaldıysa
- 10 gün veya daha fazla solunum desteği almışsa
- 7 gün veya daha fazla ototoksik ilaç kullandıysa;
 - Örn: gentamisin, tobramisin, loop diüretikler(furosemid, lasix)
- Hiperbillirubinemi
- Bakteriyel Menenjit
- Extracorporeal membran oxigenation (ECMO);
 - Bir makine yardımıyla kanın vücut dışında oksijendirilmesi
- Progressif işitme kaybı ile birliktelik gösteren sendromik hastalıklar (Usher gibi)
- Aşağıdaki vücut bölümlerini de içeren kraniyofasiyal anomaliler
 - Kulak kepçesi anomalileri
 - Kulak kanalı anomalileri
 - Ear tag (kulakta et beni)
 - Ear pit (kulak kepçesi önünde delik)
 - Temporal kemik anomalileri
 - Yarık damak/ dudak anomalileri

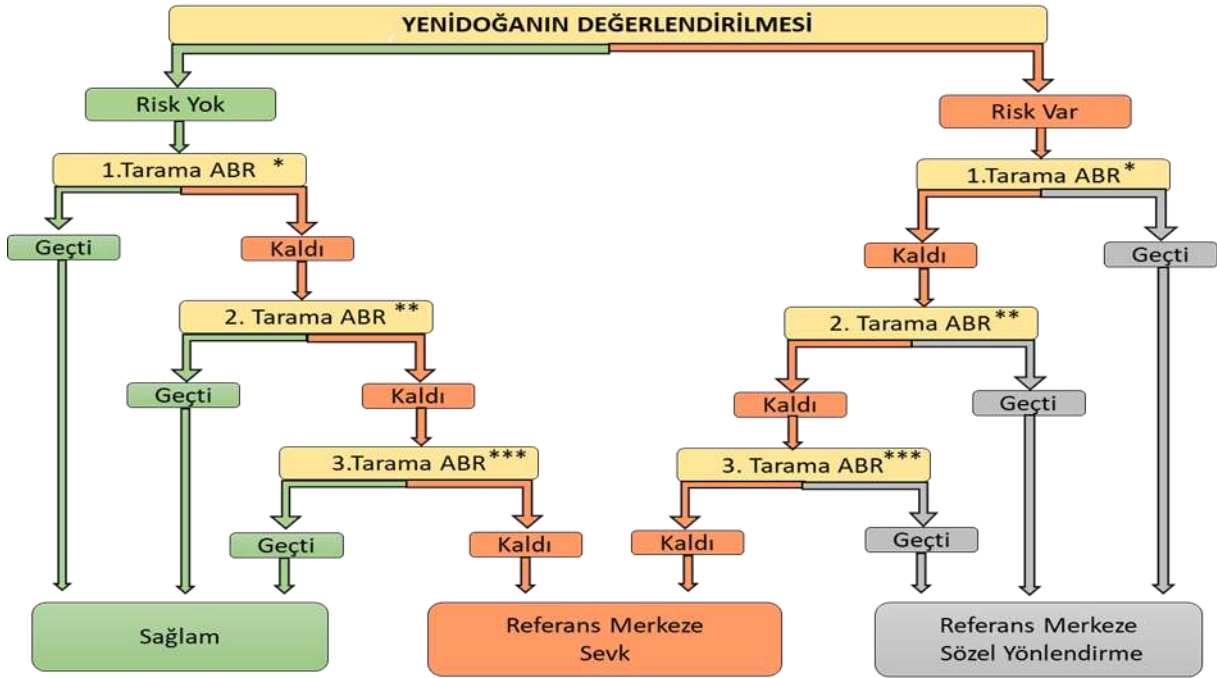
3. Ailede işitme kaybı öyküsü olması da risk faktörüdür.

Bu risk faktörlerinden herhangi birinin olması durumunda bebek Tarama ABR testi ile taranmalıdır. Tarama ABR testinden geçmiş olsa bile aile bebeğin işitme ve konuşma gelişiminin takip edilmesi gerektiği konusunda mutlaka bilgilendirilmeli ve takip açısından referans merkezine yönlendirilmelidir.

OAE PROTOKOLÜ



TARAMA ABR PROTOKOLÜ AKIŞ ŞEMASI

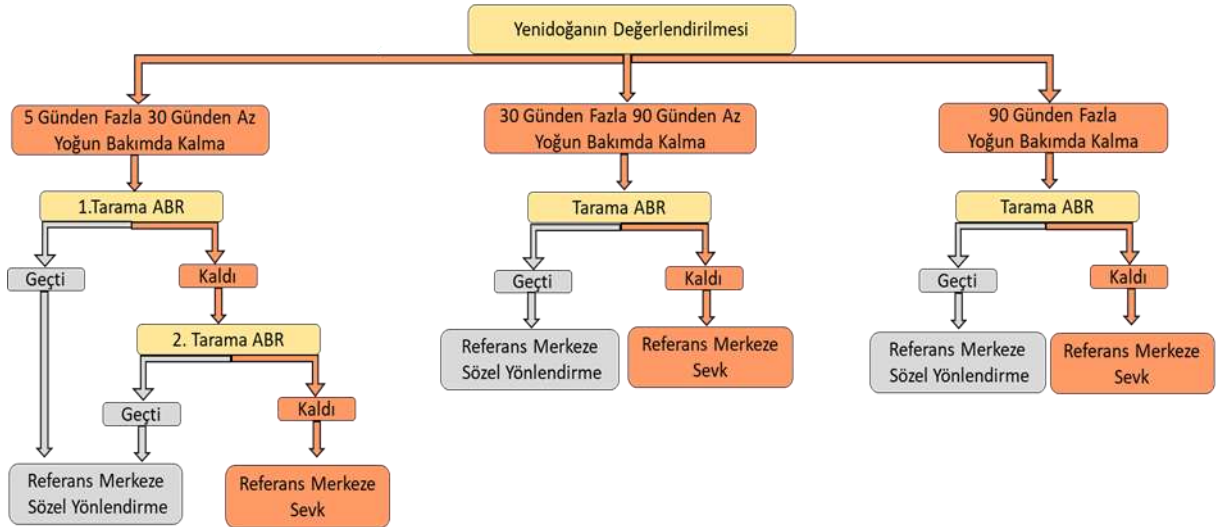


1. Tarama ABR testi, doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde (taburcu olmadan),

**2. tarama ABR testi, doğumdan sonraki 7-15 gün içinde,

***3. tarama ABR ise doğumdan sonraki 15-30 gün içinde (30. günü geçmemeli) yapılmalıdır.

5 GÜNDE FAZLA YOĞUN BAKIMDA KALAN BEBEKLERDE TARAMA ABR PROTOKOLÜ AKIŞ ŞEMASI



* Test zamanlarıyla ilgili detaylara «Yenidoğan İzleme Tarama Programında Tarama ABR Protokolü» içeriğinden ulaşabilirsiniz.

5.2.3.3. 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 kaynakların kesin olarak üzerinde fikir birliğine vardıği 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.

Yurt dışında daha önce yapılmış çalışmalarda tarama - erken tanı - tedavi programlarının etkinliği gösterilmiştir

Programın ana amacı, yenidoğan döneminde tüm bebeklerin kalça çıkığı açısından muayenelerinin yapılması, riskli ve klinik muayenede şüpheli grubun ileri tetkik için yönlendirilmesi, tedavi gerektiren olgularda erken ve uygun tedavilerinin başlatılması, kalça çıkığı için yapılacak cerrahi tedavi sayısı ve muhtemel komplikasyonların en aza indirilmesidir.

Bu amaçla Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Çocuk Ortopedisi Şubesi (TOTBİD/ÇOŞ) beraber Aile Hekimlerine yönelik teorik ve pratik uygulama olarak iki bölümden oluşan bir günlük eğitim programı yapılmıştır.

Bu personelin saptadığı riskli bebekler veya gelişimsel kalça displazisi şüpheli olgular ilgili ortopedist tarafından muayene edilmesi ve USG için yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

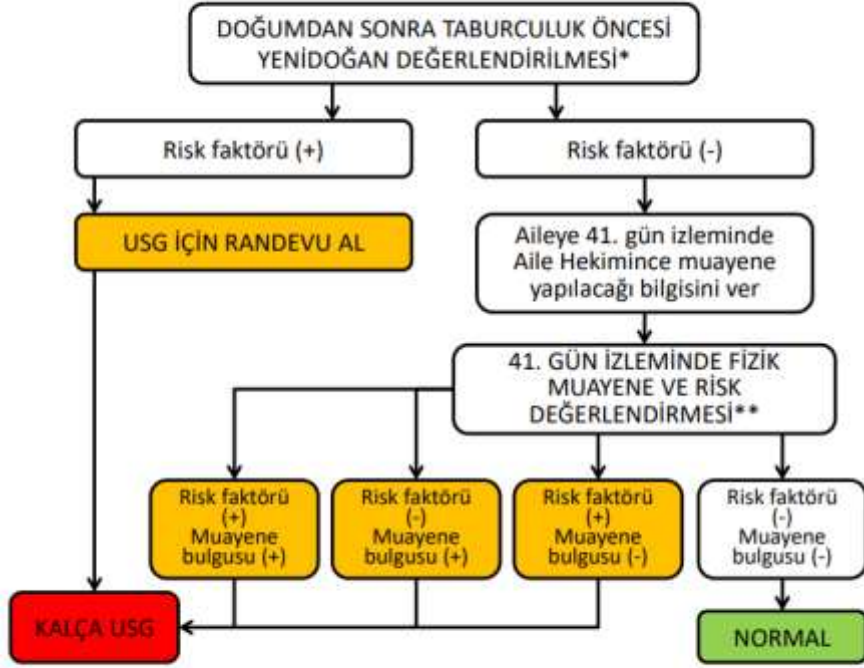
GKD için risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- 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).

Program 2019/13 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.

GKD akış şeması



*Doğum sonrası taburculuk öncesi hastanede yapılacaktır

**Aile hekimince yapılacaktır

5.2.3.4. Görme Taraması

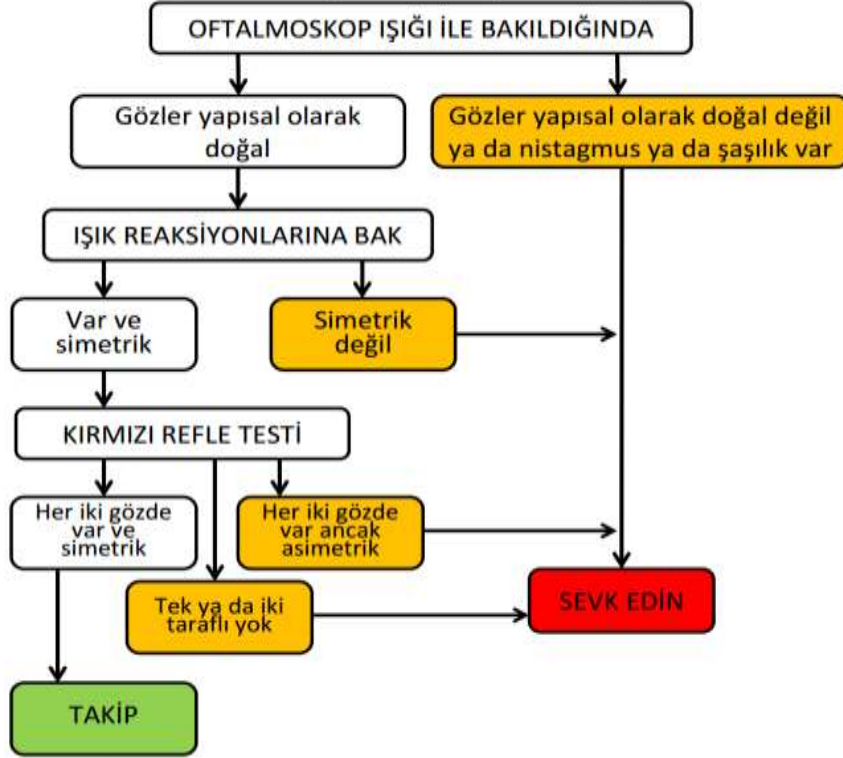
Tarama programının amacı; görmenin normal gelişimini engelleyecek risk etmenlerini saptamak ve yetersiz görmesi olan olguları erken dönemde tanımaktır. Bebekler; şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom ve prematür retinopatisi açısından değerlendirilmelidir. 0-3 aylık bebeklere “Çocuk İzlem Protokolleri” kapsamında göz taraması yapılmalıdır.

36-48 aylık çocuklara Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Aile Hekimi tarafından kırmızı refle testi yapılması ve Aile sağlığı çalışanlarınca (ASÇ) “Lea Sembol Testi” ile ilgili ailelere eğitim verilmesi gerekmektedir.

ASÇ tarafından, annesinin kucağında, tek göz kapatılarak, 3 metre mesafeden “Lea Sembol Testi” ile görme keskinliği testi uygulanmaktadır. Teste uyum göstermeyen çocuklar, aileleri tarafından evde “Lea Sembol Testi” çalıştırılarak tekrar test için 1 hafta içinde ASM’ye çağrılmalıdır.

İlköğretim 1. sınıf çocuklara Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Aile Hekimi (AH) tarafından kırmızı refle testi yapılması ve Aile Sağlığı Çalışanlarınca (ASÇ) “Lea Sembol Testi” ile ilgili ailelere eğitim verilmesi, ASÇ tarafından, tek göz kapatılarak, 3 metre mesafeden “Lea Sembol Testi” ile görme keskinliği testinin yapılması uygundur. Teste uyum göstermeyen çocuklar, aileleri tarafından evde Lea Sembol Testi çalıştırılarak tekrar test için 1 hafta içinde ASM’ye çağrılmaları gerekir. Ailelere ev çalışması için, Ek-6’daki test örneğinden çoğaltılmak suretiyle verilmesi uygundur. Bir üst merkeze sevk edilen bebek ve çocuklara ise göz hastalıkları uzmanları tarafından uygulanır. Program 2019/17 sayılı genelge hükümlerince yürütülmektedir.

0-3 Ay Bebekler İçin Göz Muayenesi Akış Şeması

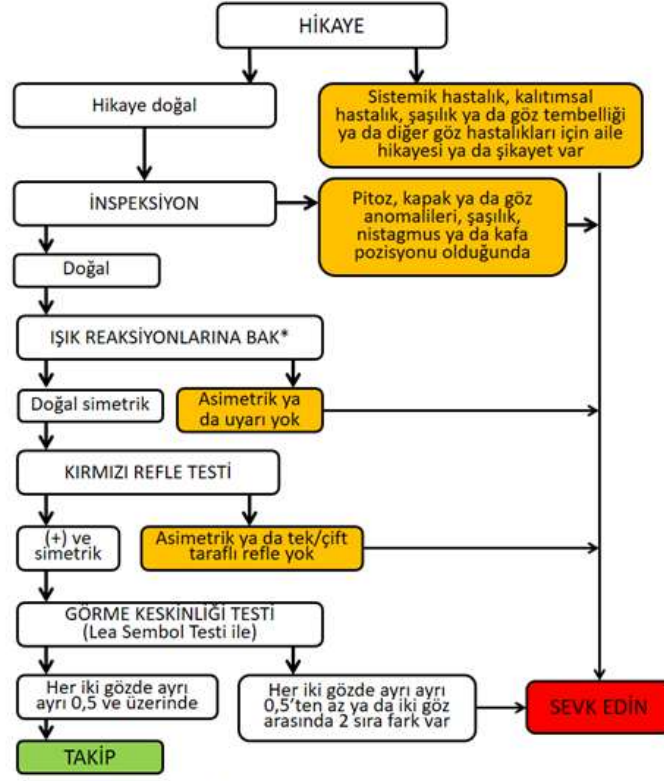


32 hafta ve altındaki tüm prematürel ve 1500 gram ve altında doğan tüm bebekler 4. haftada Prematüre Retinopatisi açısından değerlendirilmek üzere göz muayenesi için sevk edilmelidir. Retinoblastom, Konjenital Glokom ve Konjenital Katarakt şüphesi olan bebekler acilen göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.

Ayrıca:

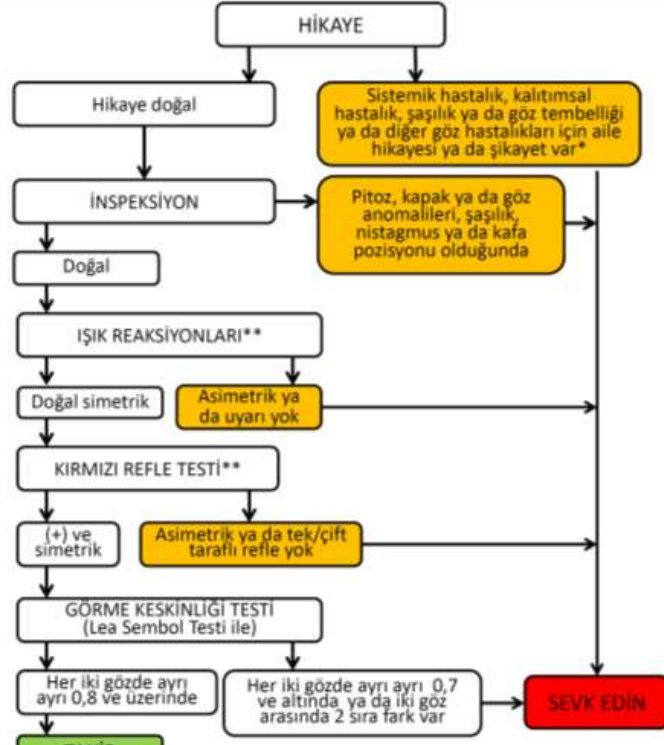
Serebral palsi, Down Sendromu, genetik, metabolik/genetik, metabolik hastalık varlığı, ailede konjenital glokom veya katarakt hikâyesi varsa ya da Ailenin bebeğin gözleri ile ilgili herhangi bir şikâyeti olması halinde bebekler bir göz hastalıkları uzmanına sevk edilmelidir.

36-48 Ay Çocuklar İçin Görme Taraması Akış Şeması



*Oftalmoskop ışığı kullanılmalıdır

İlköğretim 1. Sınıf Çocuklar İçin Görme Taraması Akış Şeması



*Öğrenme güçlüğü, disleksi, otizm gibi gelişimsel sorunlar ve herhangi bir göz problemi nedeniyle takipte (Gözlük kullanımı ve diğerleri)

** Oftalmoskop ışığı kullanılmalıdır

BÖLÜM VI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR VE PROGRAMLAR

6.1. KANSER

6.1.1. Kanser Kayıtlılığı

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 kayıtlılığı denir. Kanser Kayıt Merkezi kanser tanısı almış hastaların kayıt edildiği yerdir. Merkez bulunduğu il sınırları içinde yaşayan ve kanser tanısı alan bütün hastaların verilerine ulaşmayı hedefleyen, uluslararası standartlara uygun biçimde ve topluma dayalı aktif yöntemle kanser verileri toplayan, nüfus tabanlı bir kayıt ve araştırma merkezi olarak da hizmet vermektedir. Bu amaçla her ilimizde bir Kanser Kayıt Merkezi bulunmaktadır.

Kanser kayıtlılığı, kanser kayıt elemanları tarafından başta kamu hastaneleri olmak üzere, üniversite ve özel hastanelerde tek tek hasta dosyaları araştırılarak bilgiler kanser kayıt formlarına aktarılır. Bu formların İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan Kanser Kayıt Merkezlerinde Canreg-4 bilgisayar programına girilmesinin ardından il düzeyinde kalite kontrolü çalışmaları yapıldıktan sonra Kanser Daire Başkanlığı'na elektronik ortamda gönderilmektedir. Kanser Daire Başkanlığına gelen bilgiler kalite kontrolü ve birden fazla giriş açısından incelenmektedir. Veri kalitesi sağlandıktan sonra 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 Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliği kapsamında arşivdeki dosyaları 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,

(Detaylı bilgi; Bakanlar Kurulunun kararı ile 9.09.2009 gün ve 27344 sayılı ve 9.07.2015 gün ve 7401 sayılı Resmi Gazetelerde yayınlanan "Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" bakınız)

Verilerin gizliliğini sağlamak amacıyla kanser kayıt merkezi çalışanlarına Ek-1 de bulunan "Kanser Kayıt Merkezi Elemanlarının Gizlilik Bildirimi" belgesi imzalatılır ve saklanır.

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 kanserin kayıt süreci uzamaktadır. Hastaya ilişkin tüm tanımlar değişik illerden ve hastanelerden gelmekte bunların doğrulaması yapıldıktan sonra "doğru kayıt" elde edilmektedir. Bu ise kanserin istatistiklerinin çıkarılmasında geriden gelmesine neden olmaktadır. İzlem yaparken bir önceki yılın verilerinin toplanıyor olması gerekir.

Merkezlerde çalışan personelin bilgi ve becerilerinin tazelenmesi amacıyla yılda bir kez hizmet içi eğitim verilmesi ve bunun kayıt altına alınması gerekmektedir.

Hastane kayıt birimi, hastane ile merkez arasındaki veri akışını sağlamak üzere hastanelerde kurulan birimdir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilecek tüm kayıt elemanları kanser teşhisi

konulan olguların toplanması ve merkeze gönderilmesinden sorumludur. Hastanedeki birimlerden aldığı bilgileri, kanser kayıt bilgi formuna eksiksiz ve doğru olarak işleyerek, toplanan verileri merkeze gönderir. Bu birimlerin yılda bir kez İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Birimi tarafından denetlenerek kayıt altına alınması gerekir.

Her yıl İl kanser kayıt merkezi tarafından toplanan verilerin analizinin yapılarak raporlanması gerekir. Bu raporlar ilgili birimlerle paylaşılmalıdır.

İl kanser danışma kurulu, 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, il gıda, tarım ve hayvancılık müdürü, il çevre ve şehircilik müdürü, il sağlık müdürü, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi sorumlusu ile ilde en fazla kanser bildirimini 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.

Ek-1

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Kanser Daire 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 ediyor;
- bu bildirimime aykırı davrandığım takdirde ortaya çıkacak her türlü idari ve adli sorumlulukların bana ait olacağını 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)

6.1.2. Kanser Taramaları

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri, 29 ilde 1996 yılından itibaren KETEM adı ile öncül olarak Bakanlığımızca kurulmuşsa da Avrupa Birliği Standartlarında tarama merkezleri Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilk olarak 2004 yılında 11 ilde açılmıştır.

Ülkemizde kanser taramaları KETEM tarafından yapılmakta olup ilk olarak toplum temelli kanser taraması Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2004 yılında Balıkesir'de başlanmıştır.

Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama yöntemleri hakkında eğitim almış olan doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni görevlendirilmiştir. Çalışanlar aynı zamanda kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitim almış olmalıdır. Serviks ve meme kanserleri için yürütülen

taramalar çeşitli yöntemlerle (mektup, telefon vs.) kadınlarımızın davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde devam etmektedir

Dünya genelinde akciğer, mide, deri ve prostat kanseri gibi diğer kanserlerle ilgili ulusal tarama programları bulunmamakta ve önerilmemektedir. Bu konularda ulusal ve uluslararası paydaşlarla görüşülmekte, bilimsel literatür, güncel veriler ve ülkemizdeki kanser istatistikleri takip edilerek yeni politikaların geliştirilmesine yönelik planlamalar yapılmaktadır. Bu anlamda söz konusu diğer kanser türleri için de gelecekte bilimsel veriler ışığında bölgesel pilot projelerin başlatılması gündeme gelebilir.

Türkiye’de KETEM’ler ayrıca ciddi anlamda yerel halk eğitimleri, yerel medya ilişkilerini yürütmektedir. Öte yandan ayrıca Bakanlığımızın önemli bir diğer programı olan sigara bırakma poliklinik hizmetlerinde de yer almaktadır.

Buna göre bu merkezlerin en önemli özelliği, toplum temelli, yani adrese dayalı olarak davet usulüne göre ücretsiz kanser taramaları yapmasıdır.

Yeni yapılanmada KETEM’lerin Rolü

- a) Aile Hekimleri ile entegrasyonu takiben hastanelerimize ve KETEM’lere milyonlarca hasta gerek tarama gerekse de teşhis için yönlendirilecektir.
- b) KETEM’ler illerde tarama standartlarının kalitesini ve katılım oranlarını denetleyecektir. Örneğin Aile Hekimlerini organize ederek tarama katılımlarını artıracaktır.
- c) Taramalar konusunda illerde eğitilmiş ve tecrübeli personel tarafından halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimler yürütülecektir.

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 nüfusun %70’ine ulaşan bir programın yürütülmesidir. Bunun için hedef nüfusa ulaşabilmenin yolu Aile Hekimlerinin programa entegrasyonudur. Aile Hekimleri kanser tarama programında,

- Programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında ve katılımın artırılmasında
- Programa katılacak olan hedef nüfusun davet edilmesinde,
- Tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde,

anahtar fonksiyona sahiptir. Bu nedenlerle Aile Hekimleri tarama programlarının mutlaka bir parçası olmalı ve Aile Hekimleri bu konuda desteklenmelidir.

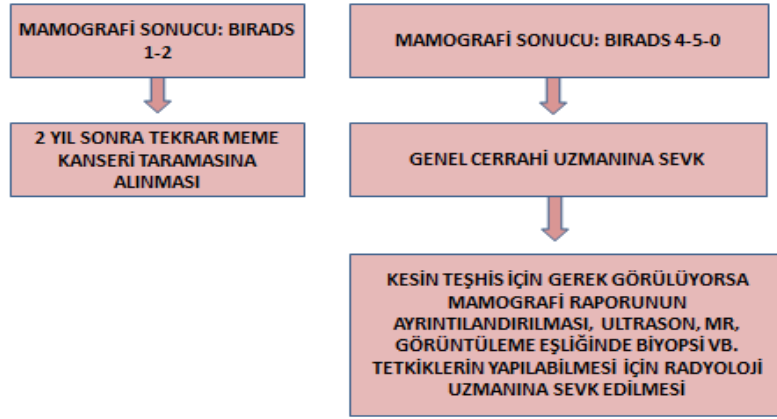
6.1.2.1. Meme Kanseri Taramaları

Ulusal Kanser Tarama Programında meme kanseri taraması, 40- 69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çekilmesi şeklindedir. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Gezici mamografi tarama araçları tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuranlara yapılmaktadır. Sürdürülen farkındalık ve eğitim faaliyetlere rağmen tarama oranlarımızın istenilen düzeye ulaşmaması nedeniyle olası sorunlar değerlendirilmiş; hizmete erişim ile ilgili sorunlar ile farkındalık eksikliği olarak tespit edilmiştir. Bu sorunların çözümüne yönelik olarak ilk etapta Aile hekimliğinin tarama programına entegrasyonu gerçekleştirilmiştir. Taramayı başlatan birim tarafından sonucun takip edilerek anormal sonuç ya da öykü/ Klinik muayene bulgusu durumunda gerekli sevk ve yönlendirme işlemleri yapılır.

Meme kanseri tedavisinde erken teşhis önemli olup, tarama programlarının meme kanseri morbidite ve mortalitesine olumlu katkısı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bazı dezavantajları ve bu nedenle de bazı karşıt görüşler bulunsa da; günümüzde mamografik tarama; diğer görüntüleme ve fizik muayene yöntemleri ile karşılaştırıldığında daha fazla mortalite ve morbidite düşüşü sağlayan etkinliği kanıtlanmış bir tarama yöntemidir.

Meme kanseri tarama süreci:

Mamografi Tarama Süreci Algoritma



Röntgen teknisyeninin günlük çekmesi gereken mamografi sayısında bir sınırlama olmamakla birlikte sayılar ancak dozimetre ölçüm sonuçlarına göre belirlenebilir. Çalışan güvenliği açısından önemli olan teknisyenlerin çekim odasında dozimetre ve kurşun koruyucuları kullanması gerekmektedir. Dozimetrelerin periyodik aralıklarla TAEK'e gönderilerek ölçümü yapılması ve bunların kayıt altına alınması gerekir.

Mamografi çekim odasının hasta, çalışan sağlığı ve cihazın efektif çalışması için yeterli fiziksel koşullara sahip olması gerekir (kurşun-havandırma-ısı vs). Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) lisansı olması ve cihazın kalibrasyon kayıtlarının tutulması gerekir.



6.1.2.2. 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.

Kadınlarda 30 - 65 yaş arasında yapılan toplum tabanlı taramadır. Taranacak popülasyon tespitinde, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınacaktır. HPV-DNA testi /Pap-smear testi ile geliştirilecek davet yöntemleriyle her beş yılda bir tekrarlanır.

Tarama yaş aralığında olan bireylere sağlık personeli tarafından serviks kanseri hakkında bire bir eğitim verilir ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılır. Bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulama yapılır.

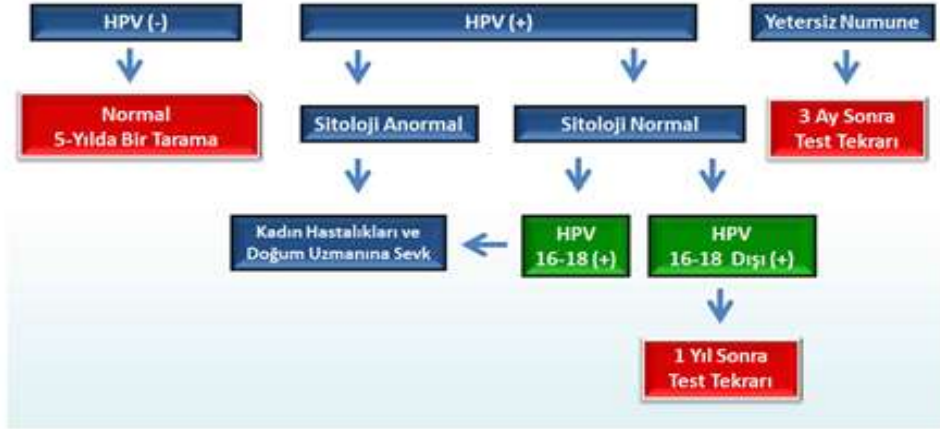
Alınan materyaller İl Sağlık Müdürlüklerince toplanarak Ulusal HPV laboratuvarlarına inceleme için uygun tespit koşullarında gönderilir. Tarama nerede yapılıyor ise Aile Hekimleri

AHBS'ye, KETEM, SHM, TSM, ÇEKÜS Birimi tarafından HSYS'ye işlenir ve taramayı başlatan birim tarafından gerekli takipler yapılır.

Kişiler, taramayı yapan birim tarafından, sonuç ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirilir, gerekli yönlendirmeler yapılır, anormal sonuç var ise teşhis merkezine yönlendirilir.

Serviks kanseri tarama süreci:

HPV Tarama Süreci Algoritma



6.1.2.3. Kolorektal Kanser Taramaları (KRK)

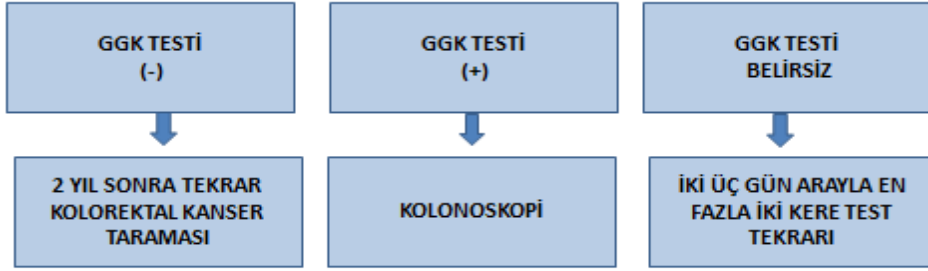
Kolorektal kanser erken evrede teşhis edildiğinde büyük ölçüde tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kolorektal kanserde erken teşhis, mortalite, morbidite azalmasının yanında; tedavi maliyetlerini de düşürecektir. Kolorektal kanseri erken evrede teşhis etmenin yolu ise hastalığı asemptomatik evrede tarama programları ile yakalamaktır. Tarama programlarında gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında kolorektal kanserden ölümlerin önlenmesi tedavilerin uygulanabilmesi için erken teşhis önemlidir. Erken teşhis için kaliteli ve etkili tarama programlarının uygulanması ile sağlanabilecektir.

Ülkemizde kanser taramalarının yapılması ve dolayısıyla kanser vakalarına bağlı ölümleri azaltmak amacıyla, KRK Taraması Ulusal Standartları belirlenmiştir. Buna göre tüm erkekler ve kadınlarda 50-70 yaş arası iki yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi uygulanması önerilmektedir. Taramayı yapan birim tarafından kişiye verilen GGK kitlerinin takibi ve sistemlere (AHBS, HSYS vs) işlenmesi gerekmektedir.

Kolorektal kanser tarama programında; Birinci derece akrabasında kolorektal kanser olanlarda 40 yaşında, olmayanlarda 50 yaşında gaitada gizli kan testi yapılmaya başlanır ve 70 yaşına kadar her iki yılda bir kadın ve erkeklerde gaitada gizli kan testi yapılır. Test sonuçları (+) pozitif olan hastalar teşhis merkezine yönlendirilir.

Kolon kanseri tarama süreci:

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.

6.2. KRONİK HASTALIKLAR

6.2.1. Hipertansiyon

18 yaşından büyük 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.

6.2.2. Diyabette Danışmanlık Hizmetleri

6.2.2.1. Diyabet Tanı Kriterleri

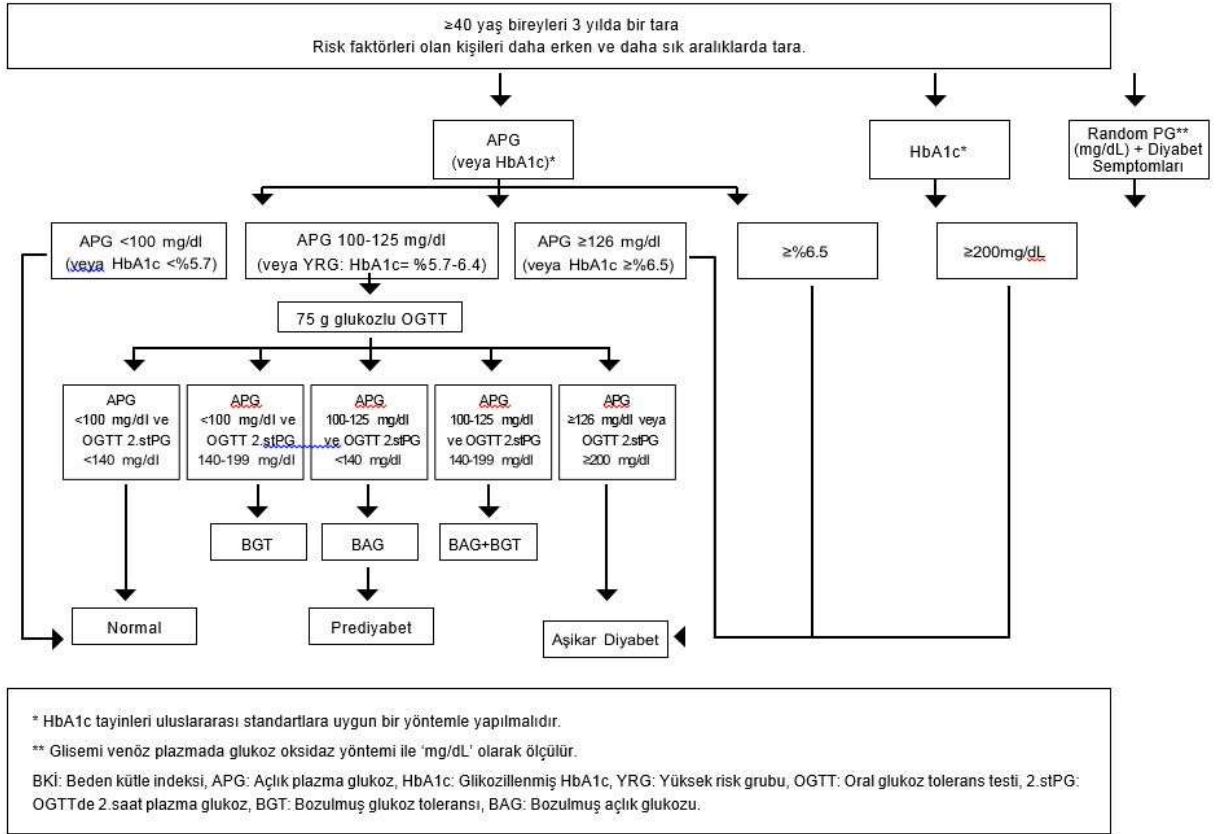
Diyabet veya prediyabet tanısı; açlık plazma glukozu (APG), standart (75 gram(g) glukozlu 2 saatlik) oral glukoz tolerans testi (OGTT) ve glikozillenmiş hemoglobin A1c (HbA1c; A1C) ölçümleri ile konur. Bir test ile tanı koymadan önce, test mutlaka tekrarlanmalı veya diğer bir testle doğrulanmalıdır. Erişkinlerde diyabet tarama ve tanı algoritması aşağıda gösterilmiştir.

Prediyabet ve Diyabet Tanı Kriterleri

TANI	TANI YÖNTEMİ			
	APG* (mg/dL)	OGTT 2.stPG* (mg/dL)	HbA1c** (%)	Random PG* (mg/dL) + Diyabet
PREDİYABET				
Bozulmuş Açlık Glukozu (BAG)	100 - 125	-	-	-
Bozulmuş Glukoz Toleransı (BGT)	-	140 – 199	-	-
Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu (BAG + BGT)	100 - 125	140 – 199	-	-
Yüksek Risk Grubu	-	-	5.7 – 6.4	-
DİABETES MELLİTUS				
Aşikar Diyabet	≥126	≥200	≥6.5	≥200

*Glisemi venöz plazmada glukoz oksidaz yöntemi ile 'mg/dL' olarak ölçülür. **Standardize bir yöntemle ölçülmelidir. APG: Açlık plazma glukoz, 2. st PG 2. saat plazma glukoz, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, HbA1c: Glikozillenmiş hemoglobin A1c.

Erişkinlerde Tip 2 Diyabet Taraması ve Tanılama



6.2.2.2. Diyabet Tarama Kriterleri

Tip 1 diyabet için rutin tarama önerilmemektedir. Tip 2 diyabet taraması yapılmasını gerektiren risk grupları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

1. Tüm yetişkinlerde 40 yaşından itibaren 3 yılda bir, tercihen Açlık Plazma Glukoz (APG) ölçümü ile diyabet taraması yapılmalıdır.
2. Beden kütle indeksi (BKİ) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan obez veya fazla kilolu (BKİ $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) ve özellikle santral obez* (bel çevresi kadında $\geq 90 \text{ cm}$, erkekte $\geq 96 \text{ cm}$) bireylerin, aşağıdaki risk gruplarından birine mensup olmaları halinde, daha genç yaşlardan itibaren ve daha sık araştırmaları gerekir.
• Birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler
• İri bebek doğuran (doğum tartısı $>4 \text{ kg}$) veya daha önce GDM tanısı almış kadınlar
• Hipertansif bireyler (arteryel kan basıncı $\geq 140/90 \text{ mmHg}$) veya antihipertansif tedavi alanlar
• Dislipidemikler (HDL-kolesterol $\leq 35 \text{ mg/dL}$ veya trigliserid $\geq 250 \text{ mg/dL}$)
• Daha önce herhangi bir aşamada prediyabet saptanmış hastalar
• Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar

• İnsülin direnci ile ilgili klinik hastalığı veya bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler
• Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar
• Düşük doğum tartılı (<2500 g) doğan kişiler
• Sedanter yaşam süren veya fizik aktivitesi düşük olan kişiler
• Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıkları olanlar
• Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler
• Solid organ (özellikle renal) transplantasyon yapılmış hastalar

*Erişkinlerde Türk toplumuna özgü bel çevresi kesim noktaları

APG: Açlık plazma glukoz, BKİ: Beden kütle indeksi, GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, HDL-kol: Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol, PKOS: Polikistik over sendromu.

6.2.2.3. Gestasyonel Diyabet Tarama ve Tanı Kriterleri

Gestasyonel diyabet tarama ve tanısı için ülkemizde 24.-28. gebelik haftasında iki yaklaşımdan biri uygulanabilir. Her iki yaklaşım aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Gestasyonel Diyabet için Tek Aşamalı (IADPSG) Tanı ve İki Aşamalı (Geleneksel) Tarama-Tanı Kriterleri

Glisemi (mg/dL)	KESİM NOKTASI	
	TEK AŞAMALI	İKİ AŞAMALI
TARAMA TESTİ (50 g Glukoz 1.stPG)	-	140-180*
OGTT TANI TESTİ	75 g Glukozlu	100 g Glukozlu
APG	≥92	≥95
1.stPG	≥180	≥180
2.stPG	≥153	≥155
3.stPG	-	≥140
Tanı Gereksinimi	≥1 değer	≥2 değer

*Tek aşamalı yaklaşımda 1. st PG >180 mg/dL ise 100 g glukozlu tanı testi yapılmasına gerek yoktur. Bu vakalar GDM gibi takip edilir. GDM: Gestasyonel diabetes mellitus, IADPSG: Uluslararası Gebelik ve Diyabet Çalışma Grupları Birliği, APG: Açlık plazma glukoz, 1. st. PG, 2. st. PG ve 3. st. PG 1, 2. ve 3.saat plazma glukoz, OGTT: Oral glukoz tolerans testi.

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

6.2.2.4. Prediyabet

Normal glukoz metabolizması ile aşikar 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.

6.2.2.5. 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.

Aile sağlığı elemanlarının Diyabetli bireylere yönelik danışmanlık hizmeti verebilmeleri için eğitim broşürleri hazırlanmıştır. Her ASE'nin nüfusuna kayıtlı diyabetli bireylerin herhangi bir nedenle başvurusu esnasında bu eğitim broşürlerini kullanarak eğitimlerini tamamlamaları beklenmektedir. Bu broşürlerin kullanımının yaygınlaşması diyabetli bireylerin kendi kendine hastalık yönetimi açısından desteklenmesini ve sağlık personelinin de kayıtlı diyabetlilerde diyabet izlemine eksiksiz yapmasını sağlayacaktır.

6.2.3. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi

Kişinin cinsiyeti, yaşı, sigara içme durumu, sistolik kan basıncı ölçüm değeri (mmHg) ve toplam kolesterol ölçüm değeri (mg/dl) esas alınarak SCORE Türkiye ölçeği ile riski hesaplanır.

- 40 yaşın üstünde olan bireylerde başvuru sebebinden bağımsız olarak bir kez kardiyovasküler risk değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- 40 yaşın altında olanların ailesinde erken yaşta (erkekler: <55 yaş; kadınlar: <60 yaş) arterosklerotik hastalık öyküsü varsa bir kez kardiyovasküler risk değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- 40 yaşın üstünde başvuran her bireyde kardiyovasküler hastalık (KVH) ve risk faktörlerine yönelik anamnez alınmalıdır. Anamnezde sigara içip içmediği, hastalık

öyküsü, aile anamnezi ve kişinin kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır.

Kardiyovasküler Risk Düzeylerine Göre Yaklaşım

- Düşük riskli (%1'den az) olan bireylere; Genel tıbbi muayeneyi tamamlayarak yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinde bulunulmalıdır.
- Orta riskli (%5-4) 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.

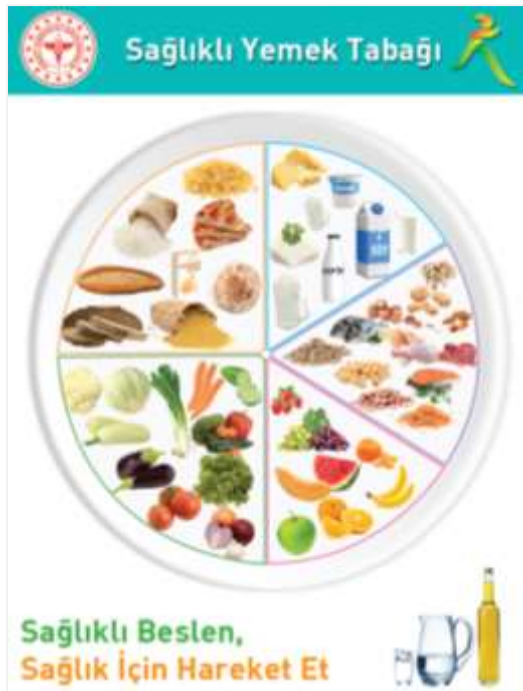
Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Sıklıkları

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

6.3. 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.

Sağlıklı yemek tabağı afişi



Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlere yönelik hazırlanan rehber



Yürüyüş Reçetesi - Örnek yürüyüş programı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan diyetisyenlere yönelik hazırlanan el kitabı

Örnek Yürüyüş Programı
Yürüyüş programı her hafta 5'er dakika artırılmalıdır.

HAFTA	BİRİNCİ	İKİNCİ	ÜÇÜNCÜ	TOPLAM ZAMAN
1.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 5 dakika	Yavaş 5 dakika	15 dakika
2.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 8 dakika	Yavaş 5 dakika	18 dakika
3.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 11 dakika	Yavaş 5 dakika	21 dakika
4.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 14 dakika	Yavaş 5 dakika	24 dakika
5.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 17 dakika	Yavaş 5 dakika	27 dakika
6.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 20 dakika	Yavaş 5 dakika	30 dakika
7.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 23 dakika	Yavaş 5 dakika	33 dakika
8.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 26 dakika	Yavaş 5 dakika	36 dakika
9.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 30 dakika	Yavaş 5 dakika	40 dakika
10.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 35 dakika	Yavaş 5 dakika	45 dakika
11.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 40 dakika	Yavaş 5 dakika	50 dakika
12.Hafta	Yavaş 5 dakika	Hareketsiz 45 dakika	Yavaş 5 dakika	55 dakika



Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi

SAĞLIKLI BESLENME ÖNERİLERİ

- Kahvaltı yapmadan güne başlamayınız.
- Sofrada kullandığınız yemek tabaklarınızın boylarını küçültünüz.
- Ayaküstü ağırlıklar ve fast food yemek tercihlerinden kaçınınız.
- Yemeklerinizi küçük lokmalar halinde uzun süre çiğneyerek tüketiniz.
- Her gün 3 ana, 2-3 ara öğün tüketmeye özen gösteriniz.
- Öğün atlamayınız.
- Sağlıklı beslenmek için mevsiminde doğal ve taze besinler tercih ediniz.
- Şeker ve tuz tüketiminizi azaltınız.
- Sofranızdan tuzlukları kaldırınız.
- Tam tahıl ürünlerini tercih ediniz.
- Günde en az 8-10 bardak su içiniz.
- Alkollü ve gazlı içecekleri tüketmeyiniz.

SORGULAYINIZ

Son 7 günde orta şiddetli aktivite
hızlı yürümek, düşük tempoda koşmak, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi, dans etmek, yavaş tempoda bisiklet sürmek

Son 7 günde şiddetli aktivite
tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, step-aerobik, hızlı tempoda bisiklet sürmek

YETERLİ FİZİKSEL AKTİVİTE

YETERSİZ FİZİKSEL AKTİVİTE

Bu kontrol listesini, birey Aile Hekimi ile görüşmeden önce kullanınız ve Aile Hekimine

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN
BESLENME ve FİZİKSEL
AKTİVİTE KONTROL LİSTESİ**

TC Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

2018 YILI

BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ)

Adı : _____

Soyadı : _____

Boy uzunluğu (m) : _____

Vücut ağırlığı (kg) : _____

Beden Kitle İndeksi (BKİ, kg/m²) : _____

BKİ: $\frac{\text{ağırlık (kg)}}{\text{boy (m)} \times \text{boy (m)}}$

ZAYIF	< 18,50
NORMAL	18,50 - 24,99
FAZLA KİLOLU	25,00 - 29,99
ŞİŞMAN	30,00 - 39,99
ÇOK ŞİŞMAN	≥ 40,00

www.beslenme.gov.tr

BEL ÇEVRESİ

Bel çevresi (cm) : _____

Erkek için 102 cm ve üzeri, kadın için 88 cm ve üzeri olması diyabet ve kalp damar hastalıkları açısından yüksek riskli kabul edilmektedir.

	ERKEK	KADIN
NORMAL	< 94	< 80
RİSKLİ	94 - 101,9	80 - 87,9
YÜKSEK RİSKLİ	≥ 102	≥ 88

Bireyin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi bilgilerini kayıt sistemine girmeyi

UNUTMAYINIZ!....

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. Öğün sayısı? _____
2. İşlenmiş besin ve fast food tüketiminiz var mı?
 EVET BAZEN HAYIR
3. Yüksek karbonhidrat ve yağ içeren besin tüketimi (pasta, kek, börek vb.) alışkanlığınız var mı?
 EVET BAZEN HAYIR
4. Yemek pişirme yönteminiz yağda kızartma ve kavurma gibi yöntemler midir?
 EVET BAZEN HAYIR
5. Alkollü ve alkolsüz hazır içecek tüketiyor musunuz?
 EVET BAZEN HAYIR
6. Günlük su tüketiminiz yaklaşık kaç su bardağıdır? _____

www.beslenme.gov.tr

“Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi”nde, aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin hekime yönlendirilmeden önce aile sağlığı çalışanları tarafından sorgulanması gereken ölçüm ve bilgiler yer almaktadır. Hastanın adı, soyadı bir sonraki takipler için alınmalıdır. Bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri yapıp Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kaydedilir.

1. Vücut ağırlığının kg cinsinden değerinin, boy uzunluğunun metre cinsinden değerinin karesine bölünerek Beden Kütle İndeksi hesaplanmalıdır.
2. Bel çevresi ölçülmelidir.
3. Beslenme alışkanlıkları sorgulanmalı ve cevaplar işaretlenmeli, boşluklar doldurulmalıdır.
4. Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunulmalıdır.
5. Fiziksel aktivite durumu sorgulanmalı ve verilen cevaplar orta şiddetli ve şiddetli fiziksel aktiviteyi içermiyorsa yetersiz fiziksel aktivite olarak değerlendirilmeli ve cevaplar işaretlenmelidir.
6. İzlem; elde edilen veriler sisteme kaydedildikten sonra hasta takibe alınır.
 - “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi” bireye verilerek aile hekimine yönlendirilir.
 - Aile hekimi, “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi” ile birlikte gelen hastayı muayene bulgularıyla değerlendirir, hastanın bilgilerini AHBS’ye kaydeder.
 - Değerlendirme sonucunda aile hekimi “FİZİKSEL AKTİVİTE AÇISINDAN KARDİYOVASKÜLER RİSK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ” ve “OBEZİTE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ” broşürüne göre sevk kriteri olmayan bireylere Örnek Yürüyüş Programını vererek bireyleri izleme alır.
 - Aile hekimi, İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezleri/Sağlıklı Hayat Merkezlerinde bulunan Obezite ve Diyabet/Beslenme Danışmanlığı Birimlerinde

görevli diyetisyen ile işbirliği içinde sağlıklı beslenme ve ağırlık yönetimi takibi yapılabilir.

Aile Sağlığı Merkezlerinde Obezite ve Diyabet Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi” kullanılıyor mu?
- Aile hekimleri tarafından “Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi”ne göre kendi nüfusuna kayıtlı bireylerin tarama ve izlemleri yapılıyor mu?
- Obezite ve diyabet tanısı almış olgular boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümleri ile AHBS’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 işbirliği 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 işbirliği içerisinde gerçekleştiriliyor mu?
- Binada sağlıklı yemek tabağı, besin piramidi afişleri asılı mı?

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 işbirliği 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 işbirliği içerisinde gerçekleştiriliyor mu?

İl düzeyinde Obezite ve Diyabet Hizmetleri İzleme ve Değerlendirmesi

- Obezite ve Diyabet /Beslenme Danışmanlığı Birimleri destekleniyor mu?
- Diyetisyene çalışma alanı oluşturulmuş ve malzeme desteği (tartı, boy ölçer, mezura vb) sağlanmış mı?
- HSYS’ye hasta kayıtlarının/veri girişlerinin düzenli ve güvenilir bir şekilde yapılması takip ediliyor ve sağlanıyor mu?
- İldeki Beslenme Dostu Okul sayısının artırılması için çalışmalar yapılıyor mu? Beslenme Dostu Okul Modülüne kayıtların düzenli ve güvenilir bir şekilde yapılması sağlanıyor mu?
- Eğitici eğitimi alan eğitimcilerimizin illerde hizmet içi eğitimler düzenlemesi ve halk eğitimlerini gerçekleştirilmesi sağlanıyor mu?
- Aile Sağlığı Merkezlerinde “Sağlık Çalışanları İçin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Kontrol Listesi”nin kullanım sürekliliği sağlanıyor mu?

- Aile Hekimi/Aile Sağlığı Çalışanı diyabet izlemlerini 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?

6.4. 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:

- Gelişim Değerlendirmesi
- Ebeveynlere Yönelik Danışmanlık
- Çift ve Aile Danışmanlığı
- Çocukluk ve Ergenlik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Sorunlara Yönelik Danışmanlık
- Yetişkinlik Dönemindeki Psikososyal Sorunlara Yönelik Danışmanlık
- Gebelik, Menopoz, Yaşlılık Gibi Yaşam Dönemlerine İlişkin Danışmanlık
- Kronik Hastalığı Olanlar ve Yakınlarına Yönelik Danışmanlık
- Madde Kullanım Danışmanlığı
- Sigara Bırakma Danışmanlığı
- Grup Çalışmaları
- Eğitim Çalışmaları
- Psikososyal Saha Çalışmaları

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.

6.4.1. 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 Uygulaması

- 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
- Çocukluk çağı gelişimsel ruhsal bozuklukları
- Anne/baba ruhsal bozuklukları
- Anne/babada sigara, alkol, madde bağımlılığı
- 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)	0-1 ay	0-9 ay	0-12 ay
2.Görüşme (...hf)	2-6 ay		13-59 ay
	7-12 ay		
	13-18 ay		
	19-24 ay		
	25-59 ay		

6.4.2. ÇPGD Programı Kapsamında İl Değerlendirmesinde Kontrol Edilmesi Gerekenler

- ÇPGD Gebe, Bebek-Çocuk izlemleri yapılıyor mu?
- ÇPGD Psikososyal İzlem formları kullanılıyor mu? (İzlem formlarının birebir aynı AHBS'ye entegre edilmişse form kullanmadan da izlem yapılabilir.)
- AHBS'ye veri girişleri yapılıyor mu?

6.5. 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:

a) Bölgesindeki toplu yaşam alanları, okullar ve konaklama yerlerini sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden değerlendirmek,

b) 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,

c) 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,

ç) Okul çağı çocuklarının aşılarını yapmak veya yapılmasını sağlamak ve sonuçları müdürlüğe bildirmek,

d) Aile hekimliği birimleri ve diğer sağlık kuruluşları ile işbirliği 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 işbirliği yapmak.” hükümleri yer almaktadır.

6.5.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için yılda en az iki kez, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında “Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü”ne uygun olarak; TSM hekimi ve sağlık çalışanları tarafından yapılan değerlendirme çalışmalarıdır. Bu çalışmalarda TSM, İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ile işbirliği 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 başvurması 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.

6.5.2. 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 işbirliği 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
Beslenme Dostu Okullar Programı	HSGM, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
Beyaz Bayrak Projesi	HSGM, Çevre Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Program/Proje adı	Program sorumlusu
Büyüme Gelişmenin İzlenmesi Programı	HSGM, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi	HSGM, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı
Okul Çağı Çocuklarının Aşılamaları	HSGM, Aşı ile Önlenabilir 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

6.6. TÜTÜN VE DİĞER BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERLE MÜCADELE HİZMETLERİ

6.6.1. 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 179 ülke tarafından imzalanan “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)”, ülkemiz 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 işbirliği ile hazırlanan “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır. Ulusal Tütün Kontrol Programının gerekliliklerini yerine getirebilmek için 2008–2012 ve 2015-2018 yılları için Eylem planları hazırlanmış son olarak 2018-2023 yıllarını kapsayan Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı hazırlanmıştır.

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.

Tütünle mücadele çalışmalarımız 3 temel strateji üzerine inşaa edilmiştir;

- Çocuklar ve gençler başta olmak üzere bireylerin tütün ürünlerine başlamalarının önlenmesi,
- Tütün ürünü kullananlara bırakmaları için destek sağlanması,
- Çocuklar ve gençler başta olmak üzere toplumun tamamının tütün ürünlerinin dumanından pasif maruziyetinin önlenmesi.

Bu stratejilere yönelik;

- 2008 yılında halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “*Dumansız Hava Sahası*” ve “*Havanı Koru*” sloganlarıyla ulusal medya kampanyası başlatıldı.
- **01 Mayıs 2010** tarihi itibarıyla sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarıları (birleşik uyarılar) kullanılmaya başlandı.
- **27 Ekim 2010** tarihinde ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı, sigara bırakmak isteyenlere destek olmak amacıyla hizmete açıldı. ALO 171 Sigarayı Bırakma Danışma Hattı tarafından günlük 4000’den fazla çağrı karşılanmaktadır.
- 2009 yılında 62 sigara bırakma polikliniği ile hizmet sunulurken, 2019 yılı itibarıyla ülke genelinde 532 sigara bırakma polikliniğinde hizmet sunulmaktadır. Sigara bırakma polikliniklerinde 01 Ocak 2009-31 Ağustos 2019 tarihleri arasında **2.579.056** muayene yapıldı.
- Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ancak ülkemizde geri ödeme kapsamında olmayan Vareniklin ve Bupropion etken maddeli ilaçlar ile Nikotin Replasman Tedavisi preparatları Bakanlığımız tarafından alınarak sigara bırakma polikliniklerinde kullanıma sunulmaktadır. Bu kapsamda Bakanlığımız tarafından;
- **2010** yılında 360.000 kutu Vareniklin ve Bupropion etken maddeli ilaç,
- **2015** yılında 600.000 kutu Vareniklin ve Bupropion etken maddeli ilaç, ,
- **2017** yılında 300.000 kutu Vareniklin etken maddeli ilaç ve 600.000 kutu nikotin bandı,
- **2019** yılında 300.000 kutu Vareniklin etken maddeli ilaç alındı.
- Bu ilaçlar sigara bırakma polikliniklerinde, hekimlerimiz tarafından uygun görülen hastaların sigara bırakma tedavisinde kullanıma sunuldu. Bu kapsamda; 2010 yılından itibaren, **1.011.283** vatandaşımız Bakanlığımız tarafından alınan ilaçlardan faydalandı.
- 4207 sayılı Kanun kapsamında belirlenen alanlarda tütün ürünü kullanımını önlemek ve vatandaşlarımızın temiz hava soluma hakkını korumak amacıyla ülke genelinde 1453 denetim ekibiyle 7 gün 24 saat esasına göre denetimler yapılmaktadır.
- 4207 sayılı Kanun kapsamında 2009 yılından 31.10.2019 tarihine kadar 24.494.242 adet denetim gerçekleştirilmiş, bu denetimler sonucu 344.319.654 TL cezai işlem uygulanmıştır
- Denetim sisteminin güçlendirilmesi amacıyla *Yeşil Dedektör Mobil Uygulaması, İller Arası Çapraz Denetim Modeli ve Tütün Denetçileri Uzaktan Eğitim Programı* hayata geçirildi.
- Saha araştırmaları ile sürdürülen programın etkinliği izlenmesi amacıyla Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması ve Küresel Gençlik Tütün Araştırması periyodik olarak yapılmaktadır.

6.6.1.1. 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 dâhilinde 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.



4207 sayılı Kanun kapsamında 2009 yılından 31.10.2019 tarihine kadar 24.494.242 adet denetim gerçekleştirilmiş, bu denetimler sonucu 344.319.654 TL cezai işlem uygulanmıştır

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 517.354 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 bir takım 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 işbirliğinde 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 Resmi 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.

6.6.1.2. 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 415'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 henüz geri ödeme kapsamında değildir. Bakanlar Kurulu Kararıyla Bakanlığımız tarafından 2010 ve 2014 yıllarında, sigara bırakma tedavisinde kullanılan "Vareniklin" ve "Bupropion" etken maddeli ilaçlardan satın alınmış ve sigara bırakma polikliniklerine başvuran ve hekimler tarafından uygun görülen hastaların sigara bırakma tedavisinde kullanılmıştır. Yine 2017 yılında da sigara bırakma tedavisinde kullanılan "Vareniklin" ve "Bupropion" etken maddeli 2019 yılında sigara bırakma tedavisinde kullanılan "Vareniklin" alınmış ve dağıtımı devam etmektedir.

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.

6.6.1.3. 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. Danışma hattı santraline 2010 yılından bugüne kadar yaklaşık 28.570.883 çağrı girişi olmuştur.

6.6.2. 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 Resmi Gazete'de yayımlanan 2014/19 sayılı "Uyuşturucu ile Mücadele" konulu Başbakanlık Genelgesi ile; Başbakan Yardımcısı başkanlığında ilgili 8 bakanın (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Adalet Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, İçişleri Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, Gümrük ve Ticaret Bakanı ile Sağlık Bakanı) katılımlarıyla **Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu** oluşturulmuştur. Oluşturulan bu yeni yapının koordinasyonu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurul Başkanının onayı ve TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı başkanlığında ilgili 8 bakanlığın müsteşar yardımcılarını ile Dışişleri ve Maliye Bakanlığı Müsteşar Yardımcıları, MASAK Başkanı, Diyanet İşleri Başkan Yardımcısı, Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürü, Kamu Diplomasisi Koordinatörü ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Müdürü'nün **Uyuşturucuyla Mücadele Kurulu**, çalışmaların teknik düzeyde değerlendirildiği ilgili bakanlıkların uzmanlarının katılımı ile de **Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu** oluşturulmuştur. Aynı zamanda çalışmaların il düzeyinde yürütülmesini sağlamak üzere vali/vali yardımcısı başkanlığında **Uyuşturucuyla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları** oluşturulmuştur. Anılan Başbakanlık Genelgesi uyarınca Kurullar, Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu Başkanının belirlediği periyotlarda toplanarak çalışmalarını yürütmektedir. Aynı zamanda çalışmaların il düzeyinde yürütülmesini sağlamak üzere vali/vali yardımcısı başkanlığında **İl Uyuşturucuyla Mücadele Koordinasyon Kurulları** oluşturuldu. Anılan Başbakanlık Genelgesi uyarınca Kurullar, Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu Başkanının belirlediği periyotlarda toplanarak çalışmalarını yürütmektedir.

Yürütülmekte olan çalışmalar kapsamında; 2017 yılı sonuna kadar Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu 4 toplantı, Uyuşturucu İle Mücadele Kurulu 23 toplantı, Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu 60 toplantı yaptı.

Bağımlılık yapıcı maddelerin aralarında geçirgen olduğu göz önünde bulundurularak, uyuşturucu ile mücadele çalışmalarında en üst düzeyde güçlü iş birliğini esas alan bu multisektörel yaklaşım daha da genişletilerek **9 Aralık 2017** tarihli ve **2017/23** sayılı Başbakanlık Genelge'si ile "**Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu**" olarak yeniden yapılandırıldı. Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu, Başbakan Yardımcısı başkanlığında Adalet, Aile ve Sosyal Politikalar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gümrük ve Ticaret, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, İçişleri, Maliye, Milli Eğitim, Sağlık, Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlarının katılımı ile oluşmaktadır. Böylece hem birey hem toplumun tamamı için maddi ve manevi kayıplara sebep olan bağımlılık yapıcı maddelerin (uyuşturucu, tütün, alkol vb.) kullanımı ile kötü alışkanlıkların (teknoloji bağımlılığı, kumar vb.), kararlı politikalar ve multisektörel yaklaşımlarla önlenmesi için çalışmalar bütüncül bir yaklaşımla güçlendirildi.

Bağımlılık ile Mücadele Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları'na ilişkin düzenleme, **23 Aralık 2017** tarihinde Yüksek Kurul Başkanı onayı ile yayımlanarak yürürlüğe girdi. Bu kapsamda; Bağımlılıkla Mücadele Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Çalışma Grupları (Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Alkol Bağımlılığı ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Tütün Bağımlılığı ile Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Davranışsal Bağımlılıklar ile (Teknoloji ve Kumar Bağımlılığı) Mücadele Teknik Çalışma Grubu, Bağımlılık ile Mücadele İletişim Teknik Çalışma Grubu) ve Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurulları oluşturuldu.

2019 yılı Haziran ayı sonuna kadar Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu 1, Bağımlılıkla Mücadele Kurulu 2, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Çalışma Grubu (BMTÇG) 5 toplantı yaptı.

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 Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu'nun Cumhurbaşkanı Yardımcısı başkanlığında toplanması talimatlandırıldı. Yüksek Kurul; Adalet, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve Şehircilik, Gençlik ve Spor, Hazine ve Maliye, İçişleri, Milli Eğitim, Sağlık, Tarım ve Orman, Ticaret, Ulaştırma ve Altyapı Bakanları ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla yeniden oluşturuldu. Cumhurbaşkanı Yardımcısının katılmadığı hallerde Yüksek Kurula Sağlık Bakanının başkanlık etmesi ayrıca Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısının başkanlığında kurul ve illerde de vali başkanlığında il koordinasyon kurullarının oluşturulması hükme bağlandı.

28-29 Kasım 2014 tarihlerinde ilgili kamu kurum ve kuruluşları, akademisyenler, sivil toplum örgütü temsilcileri, sanatçılar, sporcular, medya temsilcileri, eski kullanıcılar, servis şoförleri, kantinciler, muhtarlar gibi toplumun her kesiminden yaklaşık 2 bin kişinin katıldığı, katılımcıların fikir ve katkılarının alındığı **1. Uyuşturucu ile Mücadele Şurası** düzenlenmiştir. Şura sonrasında yapılan değerlendirmeler ile son şekli verilen **2015 Uyuşturucuyla Mücadele Acil Eylem Planı (AEP)** 09 Mart 2015 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ardından Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı (2016-2018) ve Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Planı **18 Nisan 2016** yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı, Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu Başkanı tarafından **11 Mayıs 2018** tarihinde imzalanarak yürürlüğe girdi. Yayımlanan Strateji Belgesi ve Eylem Planı ile ülkemizin, 2018-2023 döneminde, uyuşturucu ile mücadele konusundaki yol haritası belirlendi. Eylem Planı, planlanan çalışma ve faaliyetlerin yürütülmesi ve bunların etkilerinin tanımlanan gösterge ve hedefler yoluyla sistematik bir şekilde sürekli takip edilerek değerlendirme yapılabilmesine olanak sağlayacak şekilde oluşturuldu. Eylem Planı aşağıda belirtilen 4 bölüme yönelik detaylı faaliyetleri içerecek şekilde hazırlandı.

1. Uyuşturucunun Arzının Önlenmesi
2. Uyuşturucuya Olan Talebin Önlenmesi
3. Uyuşturucu ile Mücadelede İletişim
4. Uyuşturucu ile Mücadele Sürecinin Koordinasyonu, İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

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 bilgilencmelerini sağlamak ve sunulan hizmetlere erişimlerini kolaylaştırmak amacıyla <https://alo191uyusturucu.saglik.gov.tr/> internet sitesi 2017 yılında hizmete açılmıştır.

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 19.187 aile hekimine eğitim verilmiştir. Aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfusa erken tanı ve danışmanlık hizmeti sunması, uygun hastaların (yüksek bağımlı olmayan) ayakta tedavilerini yapması sağlanmıştır.

Ülke genelindeki 189 sağlıklı hayat merkezlerindeki Psikososyal Destek Birimlerinde de psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimciden oluşan ekip tarafından kendisi ya da yakınları için bağımlılık konusunda danışmanlık almak isteyen bireylere yönelik danışmanlık hizmeti sunulmakta, bağımlı bireylerin tedavi sistemi içine girmesini sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca sağlıklı hayat merkezinde bağımlılık tedavisi gören bireylerin izlem ve takibi de yapılmaktadır.

Psikiyatri kliniklerinin kapasitesinin güçlendirilerek uyuşturucu bağımlılarının tedavi sürecinde daha etkin rol almalarının sağlanması amacıyla erişkin ve çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerine yönelik hizmet içi eğitimler verilmektedir. Bu kapsamda 81 ilden 748 psikiyatri uzmanına eğitim verilmiştir.

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalışan personele, hizmet içi eğitimler kapsamında, SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı) eğitimi verilmektedir. 2014 yılından itibaren de “Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifikalı Eğitim Programı” kapsamında eğitimler verilmiştir. Tedavi merkezlerinde görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, sağlık memurlarından oluşan 353 personelin bu eğitimleri alması sağlanmıştır.

Eylem Planı kapsamında, bağımlı hastalara yönelik acil durumlarda müdahalede bulunan hastane acil çalışanları ve 112’lerde görevli personele yönelik hizmet içi eğitimler verilmektedir. Bu kapsamda 4860 hekim ve 155 hekim dışı sağlık personeli olmak üzere toplam 5015 çalışana eğitim verildi.

Madde Kullanım Bozukluğunda Acil Yaklaşım Rehberi hazırlanmıştır. Bu rehber doğrultusunda uzaktan eğitim modülü oluşturma çalışmalarına başlanmıştır.

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. 2015 Acil Eylem Planının yayımlanmasından önce 33 tedavi merkezinde, 712 yatak kapasitesi ile hizmet sunulurken bugün itibarıyla tedavi merkezi sayısı 124’ye yatak kapasitesi ise 1182’ye yükseltilmiştir.

6.6.3. 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. 2016 yılında yapılan TÜİK-Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre ülkemizde 15 yaş üzeri nüfusta alkol kullanım sıklığı %12.2'dir. Tarım ve Orman Bakanlığı 2018 yılı verilerine göre yine 15 yaş üzeri nüfusta kişi başı alkol tüketim miktarı 1.4 litredir.

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, kiraathane, 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.

6.6.4. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Hizmetlerinde İlçe SM ve TSM'nin İzleme ve Değerlendirmesi

Sigaraya Başlamanın Önlenmesi Kapsamında:

- TSM 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
- Stantlar
- 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 müdürlüğününü gıda hijyeni denetimleri, belediyenin denetimleri vb.) tütün ürünü kullanımına şahit olmaları halinde tutanakla tespit yapılmasına yönelik işbirliğinin 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 ihlal 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

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
- Uyuşturucu ile Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurullarının düzenli olarak toplanmalarının sağlanması
- “Bağımlılık ile Mücadele Eğitici Eğitimleri” ni ildeki tüm aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarının alma durumları
- Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı kısa numarasının bilinirlik durumu
- Aile hekimlerinin ASM'ye gelen kişilere uyuşturucu ya da alkol kullanıp kullanma durumlarını sorgulama ve kullananlar için risk değerlendirme ölçeğini uygulamak ve risk durumuna göre gerekli müdahaleyi yapmaları
- Yapmaları beklenen müdahaleler şunlardır;
 - Alkol ve uyuşturucu 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 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı hakkında bilgilendirmek ve danışma hattını aramaları için yönlendirmek

BÖLÜM VII TÜKETİCİ VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

7.1. ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİ

İş Sağlığı ve Güvenliği: Çalışanların sağlığını ve iyilik halini bozabilen, işyerinde ortaya çıkabilecek veya işyerinden kaynaklanabilecek tehlikeleri, topluma ve genel çevreye olası etkilerini de hesaba katarak, öngörme, tanıma, değerlendirme ve kontrol etme bilimi olarak tanımlanır.

İş Sağlığı ve güvenliği uygulama ilkeleri:

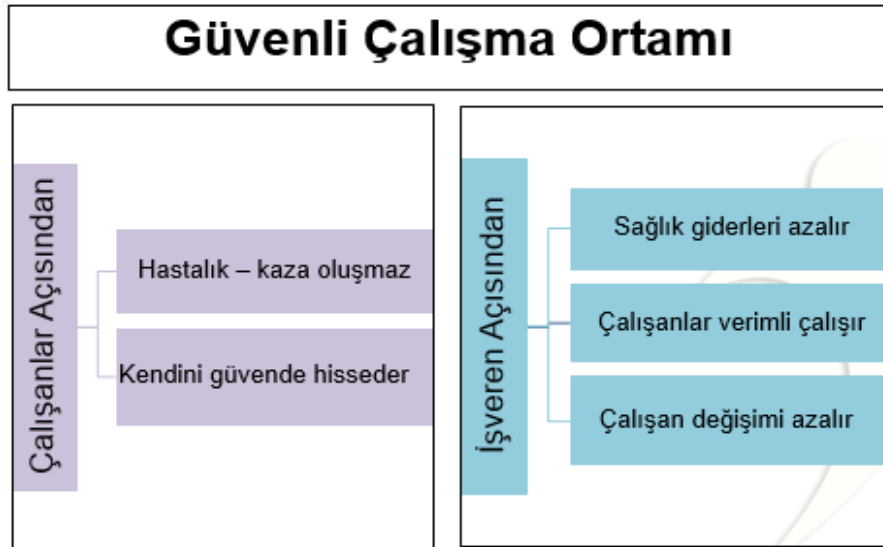
- Uygun işe yerleştirme,
- İşyeri ortam faktörlerinin değerlendirilmesi,
- İşyeri risklerinin kontrolü,
- Aralıklı kontrol muayeneleri,
- İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmeti sunulması,
- Sağlık ve güvenlik eğitimi, danışmanlık.

Güvenlik Kültürü:

Bir organizasyonun sağlık ve güvenlik yeterliliği ve tarzı ile birey ve grup değerlerinin, tutumların, algıların, yetkinliklerin ve bağlılığı belirleyen **davranış örüntülerinin bir ürünüdür**. Diğer bir deyişle bireylerin kendi sağlık ve güvenliğini sağlamaya yönelik davranışlarının yaşam tarzı haline getirilmesidir.

Güvenlik Kültürünün Amaçları:

- Davranış normları oluşturmak,
- Kaza ve yaralanmaları azaltmak,
- Dikkat çeken konularda güvenliği sağlamak,
- Örgüt üyelerinin riskler, kazalar ve hastalıklar hakkında aynı inanç ve fikirleri paylaşmasını sağlamak,
- Kişilerin güvenliğe bağlılığını artırmak,
- Örgüt sağlık ve güvenlik programının biçim ve yeterliğine karar vermektir.



Çalışan: Kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişiyi tanımlar.

İşveren: Çalışan istihdam eden gerçek veya tüzel kişi yahut tüzel kişiliği olmayan kurum ve kuruluşları tanımlar.

Çalışanların Hakları:

- ✓ Bilme Hakkı
- ✓ Eğitim Hakkı
- ✓ Görüş Bildirme ve Katılma Hakkı
- ✓ Seçme ve Seçilme Hakkı
- ✓ Çalışmaktan Kaçınma Hakkı
- ✓ Sağlık Gözetiminden Yararlanma Hakkı

İş Sağlığı ve Güvenliğinde Hedef:

Çalışma hayatında ve toplumda ortak bir ‘**GÜVENLİK KÜLTÜRÜ**’ nün oluşturulması ve sağlıklı ve güvenli davranışın bir alışkanlık haline getirilmesidir.

Mevzuat:

İşyeri hekimliği ile ilgili faaliyetler ilk olarak 1930 yılında çıkarılan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda “İşçiler hıfzıssıhhası” başlığı altında yer almıştır. 2010 yılından itibaren Toplum Sağlığı Merkezlerinde iş sağlığı hizmetleri sunulmaya başlamıştır. 2012 yılında yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile bu hizmetlerin tüm çalışanlara sunulması zorunlu hale getirilmiştir. “*Toplum Sağlığı Merkezlerinde Yürütülecek İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*” ile toplum sağlığı merkezlerinde yetkilendirilmiş birim ile iş sağlığı ve güvenliği hizmeti kamu eliyle sunulmasının esasları belirlenmiştir.

05/02/2015 tarihli ve 29258 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine göre Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında çalışan sağlığı hizmetleri de yer almaktadır. İlgili yönetmelik hükümlerine göre TSM’nin çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ilişkin; Bölgesindeki iş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği içerisinde çalışmalar yapmak, Bünyesinde TSM İSG birimi bulunması durumunda iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini sunmak üzere müdürlükle birlikte planlama ve organizasyon yapmak, bu birimin ihtiyaçlarını ilgili mevzuata uygun olarak temin etmek, Meslek hastalığı, işle ilişkili hastalık ve iş kazaları açısından bölgesini takip etmek, halk sağlığı için önem arz eden olayın meydana geldiği iş yerlerinde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tedbirleri almalarını istemek gibi görevleri vardır.

7.1.1. İSG Hizmetlerinin Planlanması ve Uygulanması

(1) Müdürlük, Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ile işbirliği içerisinde ildeki işyerlerinin sayılarını, sektörel dağılımlarını, adreslerini, bu işyerlerinin tehlike sınıfına göre dağılımlarını, meslek hastalıkları ve iş kazaları bildirimlerini yılda en az bir kez veya ihtiyaç halinde, elektronik ortamdan veri olarak saptar, durum tespitini yapar ve bölgedeki TSM’ye ve Yetkilendirilmiş TSM birimine bildirir.

(2) TSM’ler;

a) Müdürlüğün koordinasyonunda İSG hizmetlerini planlar ve yürütür.

b) Bölgesinde meslek kazaları ve iş kazaları boyutuyla halk sağlığı açısından önem arz eden işyerlerini izler.

c) Bölgesinde halk sağlığı açısından önem arz eden olaylarda Müdürlüğün koordinasyonunda işyerleriyle ilgili kayıtlara ulaşır, işyerine İSG hizmeti sunan personel ile birlikte incelemeleri yapar, ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.

(3) Her TSM kendi bölgesindeki personele yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini planlar ve yürütür. Ancak Müdürlük, ilgili mevzuatla belirlenen çalışma sürelerine riayet etmek koşuluyla bu görevi Yetkilendirilmiş TSM Birimi üzerinden de yürütebilir.

(4) TSM'ler işyeri hekimleri ve aile hekimlerinin koordinasyon içinde çalışmasını sağlar.

7.1.2. İSG Hizmetlerinin Yürütülmesi

(1) İSG hizmetini Yetkilendirilmiş TSM Biriminden almak isteyen işveren, işyerine ait bilgilerle beraber Müdürlüğe veya TSM'ye başvuruda bulunur.

(2) Müdürlük ve Yetkilendirilmiş TSM Birimi tarafından değerlendirilip İSG hizmeti sunulması uygun görülen işyerinin işvereni ile TSM arasında elektronik ortamda İSG-KATİP üzerinden bir sözleşme yapılır. Yapılan sözleşme karşılıklı imza altına alındıktan sonra sözleşme örneklerinin birer nüshası taraflarca muhafaza edilir.

(3) 50 ve üstü çalışanı olan işyerleri ile yapılan sözleşmeler Müdürlük tarafından imzalanır. 50'den az çalışanı olan işyerleri ile yapılacak sözleşmelerde bu yetki TSM'ye devredilebilir.

(4) İSG hizmetleri kapsamında verilecek laboratuvar hizmetleri, Halk Sağlığı Laboratuvarlarından, Halk Sağlığı Laboratuvarı tarafından karşılanamayan hizmetler, hizmet alımı yoluyla resmi kurum laboratuvarlarından veya diğer laboratuvarlardan sağlanır.

(5) Halk Sağlığı laboratuvarları hizmetlerinin planlanmasında, İSG hizmetleri ile ilgili laboratuvar ihtiyaçları da değerlendirmeye alınır.


(6) İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'te yer alan diğer tetkikler uygun koşulların sağlanması durumunda TSM'de sunulabilir.

7.1.3. Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları Sürveyansı

Dünyada ve ülkemizde çalışanların yaptığı işten kaynaklanan mesleki riskler, meslek hastalıklarının gelişmesine sebep olmaktadır. Meslek hastalıkları, iş yerlerindeki mesleki risklere karşı uygun iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınması yoluyla önlenebilir hastalıklardır.

Ülkemizdeki çalışan nüfusun en fazla olduğu 26-55 yaş aralığı, meslek hastalıklarının da en sık görüldüğü yaş aralığıdır. Meslek hastalıklarının önlenmesi yoluyla çalışan nüfusun hastalık yükü azaltılacak ve iş gücü kaybı da önlenecektir.

Meslek hastalıklarının önlenmesi hedefine yönelik olarak öncelikle ülkemizdeki meslek hastalıklarının gerçek sayılarını saptamak gerekmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılından itibaren meslek hastalığı klinik tanı dosyaları, meslek hastalığı tanısı koymakla yetkilendirilmiş hastanelerden "Meslek Hastalığı Klinik Tanı Dosya Bilgileri Formu" ile aylık olarak toplanmaktadır.

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ		MESLEK HASTALIĞI KLİNİK TANI DOSYA BİLGİLERİ FORMU					Güncelleme Tarihi: 19.03.2018 Sayfa No:1 / 1			
BİRİM: ÇALIŞAN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI										
BİLDİRİMİ YAPAN IL:										
AY/YIL:										
SIRA NO	HASTANIN ÇALIŞTIĞI İL	HASTANE ADI	BAŞVURU TARİHİ	DOSYA KURUL ONAY TARİHİ	YAŞI	CİNSİYETİ	TANI KODU	MESLEK HASTALIĞI KLİNİK TANI/ İŞLE İLİŞKİLİ HASTALIK TANISI	ALDIĞI TANI İLE İLİŞKİLİ YAPTIĞI İŞ	ALDIĞI TANI İLE İLİŞKİLENDİRİLEN İŞTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ (Maruziyet Süresi)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
DÜZENLEYEN					ONAYLAYAN BAŞHEKİM					
TARİH:					TARİH:					
ADI SOYADI:					ADI SOYADI:					
İMZA:					İMZA:					
Açıklama: 1- Her ayın ikinci haftasına kadar çalışan sağlığı birimi tarafından mhbildirim@saglik.gov.tr e-posta adresine ve Genel Müdürlüğümüze yazı ile bildirilmesi gerekmektedir. 2- Tüm sütunlar veri analizi açısından önem taşımaktadır. Tam ve doğru doldurulması gerekmektedir. 3- Formun excel formatında ve biçimi değiştirilmeden gönderilmesi gerekmektedir.										
F09/ÇSDB/01										

Meslek hastalıklarının aile hekimleri tarafından erken dönemde fark edilmesi ve bildirilmesi amacıyla aile hekimlerine yönelik olarak "Meslek Hastalığı Farkındalık ve Bildirimi Eğitimi" planlanmıştır.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanmış standart sunum kullanılarak 2017 yılından itibaren düzenli olarak Aile hekimi, TSM hekimi ve diğer sağlık personeline "Meslek Hastalığı Farkındalık ve Bildirimi Eğitimi" verilmektedir. Söz konusu sunumun güncel hali Genel Müdürlüğümüz internet sayfasında yayımlanmaktadır.



1. ve 2. basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından mesleki maruziyetlerin erken tespit edilmesini sağlamak, meslek hastalığı farkındalığını ve meslek / yapılan iş sorgulama oranını arttırmak amacıyla 2017 yılında 269 numaralı "Mesleki Maruziyet Veri Paketi" hazırlanmış, Şubat 2018 tarihinde "Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı" 81 ilde kullanıma açılmıştır. Bu uygulama yoluyla sağlık hizmet sunucularının hastalarında saptadıkları mesleki maruziyetlerin kayıt altına alınması sağlanmaktadır.

Veri Paketleri

- (254) Acil Sağlık Bilgisi (ASDS)
- (255) Nip Tarama
- (257) Çocuk Diyabet Bilgisi
- (258) Çocuk Diyabet İzlem
- (259) Kronik Hastalık Tarama (T)
- (260) Nöbetçi Personel Bilgisi K.
- (261) Olay Afet Bilgisi
- (262) Hasta Nüfus Bilgisi
- (263) Yenidoğan Nüfus Bilgisi
- (265) Hasta Özgüç Bilgisi
- (266) Vatandaş Kayıt
- (267) Yenidoğan Kayıt
- (268) Hekim Puan Bilgisi
- (269) Mesleki Maruziyet
- (270) Madde Bağımlılığı Bildirim
- (301) Hasta Kayıt Silme
- (302) Hizmet Silme

Doküman Online
MetaData Açıklamaları

Mesleki Maruziyet Paketi
Hasta Kayıt Paketi ile gönderilir. Muayene Veri Paketi ile gönderilir. SYS Takip Numarası ile gönderilir. 15 yaş ve üzeri hastalar için gönderilir. Sağlık Hizmeti sunan tüm sağlık tesisleri tarafından gönderilir.

İş Kuralları
Hasta Kayıt Paketi ile gönderilir.
Muayene Veri Paketi ile gönderilir.

- Muayene V
- SYS Takip I
- 15 yaş ve ü
- Sağlık hizm

Element	Tip	Tanım	Zorunlu
MESLEK	object		hayır
MESLEKI_MARUZİYET_BILGILERI	object		hayır

Sağlık hizmet sunucuları kapsamında iş kazası bildirimlerinin ilgili mevzuat uyarınca işverenlerce SGK'na yapılmasının ardından iş kazalarının sürveyansı amacıyla "İş Kazası Aylık Değerlendirme Formu" kullanılarak 81 ilden aylık olarak iş kazası verileri toplanmakta ve analiz edilmektedir. Elde edilen verilerle sağlık hizmet sunumu sırasında yaşanan iş kazalarının azaltılmasına yönelik planlamalar yapılmaktadır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı	İŞ KAZASI AYLIK DEĞERLENDİRME FORMU	Güncelleme Tarihi: 19.03.2018
	BİRİM	ÇALIŞAN SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI

İl Adı:	Düzenleme Tarihi:							
SIRA NO	ÇALIŞTIĞI YER	ADI VE SOYADI	UNVANI	İŞ KAZASI TARİHİ	SGK'YE BİLDİRİM TARİHİ	KAZANIN KONUSU *	KAZANIN MUHTEMEL SEBEPLERİ *	KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER *
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

*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	Büyük Etkene Maruz Kalma	Kesici-Delici Alet Yaralanmaları	Elektrik Kazaları	Trafik-Ulaşım Kazaları	Parlama	Diğer

KODU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
KAZANIN MUHTEMEL SEBEPLERİ	Yetkisi Olmadan Çalışmak	Ekipman Kullanım Hatası	Yorgunluk-Uykusuzluk	Yetersiz Uyarı-Alarım Sistemi	Uygun Olmayan Hava Şartları	Emniyetsiz Davranış	Yetersiz Aydınlatma	Kötü Hava Şartları (Rüzgâr vb.)	Gürültü	Disiplinsiz-Ciddiyetsiz Çalışma	Yangın Tehlikesi	Düzensiz Ortam	Yetersiz İkaz Levhası	Dökülme-Saçılma
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
KAZANIN MUHTEMEL SEBEPLERİ	Kullanılan Cihazın Uyumsuz-Anızlı Olması	Talimata Uymamak	Moral Bozukluğu-Korku-Dalgınlık	Emniyetsiz İsmifieme	Kapatılmamış Boşluklar	Kaygan Zemin	Elektrik Sistemlerinde Arıza	Ekipman Kullanım Hatası	Kişisel Koruyucu Donanım Kullanılmaması	Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği-Uyumsuzluğu	Yanlış Kaldırma	Uygun Olmayan Hız	Parlama-Parlama Tehlikesi	Diğer

KODU	1	2	3	4
KAZA SONUCU YAPILAN İŞLEMLER	Çalışan zaman ve iş gücü kaybı olmadıkça işe döndü	Çalışan rapor aldı	Kaza sonucu ölüm	Diğer

NOT: İl sağlık müdürlüğü çalışan sağığlı birimi tarafından doldurulacak takip eden ayın ikinci haftasına kadar hsgm.calisan.sagligi@saglik.gov.tr e-posta adresine Word formatında gönderilecektir.

F04/ÇSDB/01

7.1.4. İşyerlerinde Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmaları

İnsanların ve toplulukların kendi sağlıklarını belirleyen faktörleri kontrol etmelerinin ve bu yolla kendi sağlıklarını geliştirmelerinin, çalışanların sağlık düzeyini ve iş verimini arttırdığı, işe devamsızlık düzeyini, iş kazalarını ve sağlık harcamalarını ise azalttığı bilinmektedir.

Bu amaçla Bakanlığımız tarafından 05.07.2019 tarihinde 'İşyeri Ziyaretlerinde Uyulacak Usul ve Esaslar' talimatnamesi yayımlanmıştır. Bu talimata göre il sağlık müdürlükleri kayıtlı işyeri sayıları üzerinden işyeri ziyaretleri yapmakta ve "İşyeri Ziyaret Formu" ile aylık olarak Bakanlığımıza bildirimde bulunmaktadırlar.

İşyeri ziyaretleri ile işveren ve çalışanlarda farkındalık oluşturma, çalışma hayatından kaynaklanabilecek kronik hastalıklardan korunma, hareketli hayat tarzı ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırma, stres yönetimi, bağımlılıkla mücadele etme, kadın üreme sağlığı danışmanlığı ve bağışıklama gibi konularda bilgilendirmeler yapılarak halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflenmektedir.

İŞYERİ ZİYARET FORMU		
İşyeri Adı		
Ziyaret Tarihi		
Telefon No		
Tehlike Sınıfı		
Çalışan Sayısı		
Sektör/NACE Kodu		
Adres		
İşyeri Adı		
	Evet	Hayır
İşverene iş sağlığı ve güvenliği kavramının önemi, amacı, işverenin yetki ve sorumlulukları anlatıldı mı?		
İSG hizmeti ile ilgili detaylı bilgi alabileceği kurum/kuruluş (HSGM/ÇSDB, SHM, İSGGM, İSGÜM, ÇASGEM, İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, il sağlık müdürlüğü vb.) ve varsa broşür/doküman vb. paylaşıldı mı?		
Çalışanlar, işyeri kaynaklı riskler ile ortaya çıkabilecek hastalıklar ve mesleki maruziyetler hakkında bilgilendirildi mi?		
Varsa ildeki meslek hastalıkları klinik tanısı koymakla yetkilendirilmiş hastanelerin, bu alanda sunduğu hizmetlerle ilgili bilgilendirmeler yapıldı mı?		
6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında İSG hizmetlerini nerelerden alabilecekleri (YİSGB, İSGB ve OSGB) hususunda bilgilendirmeler yapıldı mı?		
İSG hizmetlerini alırken, işverenlerin nelere dikkat etmeleri gerektiği hususlarında bilgilendirmeler yapıldı mı?		
İşveren dışarıdan İSG hizmeti alıyor mu?		
İşveren almış olduğu İSG hizmetinden memnun mu? (Cevabın "HAYIR" olması halinde sebebi bu alana yazılacak)		
İşverene, İSG açısından alt işveren-üst işveren ilişkisi anlatıldı mı?		
Ziyaret sırasında SHM'lerde verilen sağlığı geliştirici halk sağlığı faaliyetleri hakkında bilgilendirme yapıldı mı?		
Koruyucu sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme yapıldı mı?		
ÖNERİ VE TALEPLER		
ZİYARETİ GERÇEKLEŞTİRENLER		
İŞVEREN		

7.1.5. Beyaz Kod

Bakanlığımızca “Çalışan güvenliğinin sağlanması” konusunda hazırlanan, 14.05.2012 tarihli ve B.10.0.SHG.0.21.00.00-951.99-6665 (2012/23) sayılı Genelge ile bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında “beyaz kod” uygulaması başlatılmıştır.

Bu kapsamda, çalışanların, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı şiddete uğramaları hâlinde müracaat edebilecekleri 24 saat esasıyla hizmet veren *Alo 113* telefon hattı ile *beyazkod.saglik.gov.tr* adresli genel ağ kurulmuştur. Ayrıca mağdur çalışanın, kurumlarımızda bulunan çalışan hakları ve güvenliği birimlerine/beyaz koddan sorumlu çalışanlara doğrudan ulaşarak süreci başlatabilecekleri bir yapı da geliştirilmiştir.

25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği”nin 8’inci maddesinin 2’nci fıkrası kapsamında adli veya mülki idare makamlarınca verilen bir belgeyle belgelendirilmesi hâlinde, çalışana şiddet uygulayan kişinin aile hekiminin değiştirilebileceği hükme bağlanmıştır.

Çalışana şiddet resmi makamlarca belgelendikten sonra, şiddet uygulayan kişinin mevcut aile hekiminden kaydı silinir.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanı
Alo 113
telefon hattından,
beyazkod.saglik.gov.tr
internet ağı
üzerinden veya
çalışan hakları ve güvenliği birimine
başvurarak
şikâyetle bulunabilir.

Şiddete Uğrayan Sağlık Çalışanı

ŞİDETSİZ TOPLUM
SAĞLIKLI TOPLUM
SAĞLIKLI GELECEK

113

www.beyazkod.saglik.gov.tr

ÇALIŞAN HAKLARI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ

2012/23 sayılı Genelge’ye göre sağlık çalışanının şiddete uğraması durumunda, acil verilmesi gereken sağlık hizmetleri hariç olmak kaydıyla, sağlık çalışanına hizmetten çekilme hakkı getirilmiştir.

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 hizmeti de aksatır.

Hizmet talep ederken çalışanlarla doğru iletişim kurmayı gözetmek işleyişi hızlandırır.

Muayene sırasına uymak, herkesin zamanında sağlık hizmeti almasını sağlar.

“Hastalık yoktur, hasta vardır.”

Hekiminiz, size uygun tetkiklere ve ilaçlara karar verecek kişidir.

Başkasının ilacını kullanmak, size yarardan çok zarar verebilir.

Sevki veya istirahat ihtiyacınızı hekim belirler.
Hekiminize güvenin!

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının, acil verilmesi gereken hizmetler dışında **hizmetten çekilme hakkı vardır.**

Kanunda suç olarak belirlenen hakaret, tehdit ve yaralama gibi fiillere maruz kalan çalışan, kendisi şikâyetçi olmasa da Sağlık Bakanlığı tarafından **hukuki süreç başlatılır.**

Çalışan isterse, Sağlık Bakanlığı avukatlarıncaya **hukuki destek verilir.**

Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevinden ötürü çalışana karşı bir suç işlendiğinde, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” ile çalışanın veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine, Sağlık Bakanlığı avukatlarınca hukuki yardım verilmesi temin edilmiştir.

Çalışanlara yönelik şiddet olaylarında, adli ve kolluk işlemlerinin hızlandırılmasını temin etmek üzere, İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü) tarafından, 26.04.2012 tarihli ve B.05.1.EGM.0.11.49761 (Bakanlık Genelge Nu.: 2012/22, EGM Genelge Nu.: 2012/39) sayılı Genelge ile 19.02.2019 tarihli ve 31311769-67019 (62412)-21-56-41021 sayılı talimat hazırlanarak valiliklere gönderilmiştir.

Diğer yandan, sağlık çalışanına yönelik şiddet olaylarında, çalışanlara ait işlemlerin emniyet birimlerine gitmeden gerçekleştirilmesi ve çalışanların ifadesinin karakola gitmeden iş yerinde alınmasını temin etmek üzere, 27.03.2015 tarihli ve 6638 sayılı Kanunla, “Polis Vazife ve Salahiyetleri Kanunu”nun 15’inci maddesine “Polis; müşteki, mağdur veya tanık ifadelerini, talepleri hâlinde ikamet ettikleri yerlerde veya işyerlerinde de alabilir.” hükmü konulmuştur.

Buna ilaveten, 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nun 12’nci maddesine “Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.” (Ek fıkra:15/11/2018-7151/21 md.) hükmü de eklenmiştir.

Çalışana karşı beyaz kod kapsamında meydana gelen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, mağdur çalışanın şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın ilgili idarecilerin olayı mutlaka adli mercilere bildirmeleri gerekmektedir.



7.2. 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.

MADDE 25 – (1) TSM’nin çevre sağlığı hizmetlerine ilişkin görevleri şunlardır;

a) Bölgesinde insan sağlığı ile ilgili her türlü çevre şartlarını izlemek ve değerlendirmek, önlem alınması gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,

b) İçme ve kullanma sularının kontrolünü yaparak bölgesindeki yerleşim birimlerinde bulunan su kaynaklarının envanterini çıkarmak,

c) İlgili mevzuata göre; bölgesinde yıllık ve aylık olarak yapılacak olan bakiye klor ölçüm sayısı ile kontrol ve denetim izleme sayısına göre hedefleri belirlemek, numune almak; verileri, veri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,

ç) İlgili mevzuata göre; yüzme sezonu içerisinde, yüzme amaçlı kullanılan deniz ve/veya göl suyundan müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; ilgili verileri toplama sistemine işlemek ve analiz sonuçlarını değerlendirmek; tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin ilgili kurum ve kuruluşları bilgilendirmek ve uygunsuzluğun giderilmesi için alınacak önlemleri takip etmek,

d) İlgili mevzuata göre; bölgesinde bulunan yüzme havuzlarından müdürlük tarafından planlanan numune alma takvimine göre numune almak; 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 işbirliği 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 işbirliği 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.

7.2.1. Şebeke Sularının Denetimi

İçme kullanma sularının, teknik ve hijyenik şartlara uygunluğu ile bu suların kalite standartlarının belirlenmesi ve izlenmesi, “İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik” gereği Kurumumuz görev alanına girmektedir. Bu kapsamda, görev ve sorumlulukların yürütülmesinde Toplum Sağlığı Merkezi personeli etkin bir şekilde görev almaktadır.

Suların sağlığa ve mevzuata uygunluğu bütün şebeke sistemini ve yaşayan nüfusu temsil edecek ve yıl boyu tüketilen suyun kalitesini yansıtacak şekilde mahalli idare ile ortak karar alınarak belirlenen numune alma 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 değerlere 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 şebekesi 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.

7.2.1.1. Kontrol İzleme Parametreleri

Renk
Bulanıklık
Koku
Tat
İletkenlik
Hidrojen iyonu konsantrasyonu (pH)
Nitrit
Amonyum
Alüminyum
Demir
C. perfringens (Sporlar dâhil)
E. coli
Koliform bakteri

7.2.1.2. Denetleme 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

Tüketime verilen suyun sağlıklı ve güvenli bir şekilde tüketiciye ulaştırılmasında suyun dezenfeksiyonunun yapılması son derece önemlidir ve İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmeliğe göre suyun otomatik olarak klorlanması zorunludur.

Ülkemizde içme-kullanma sularının dezenfeksiyonunda klor ve klorlu bileşikler kullanılmakta olup, 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.

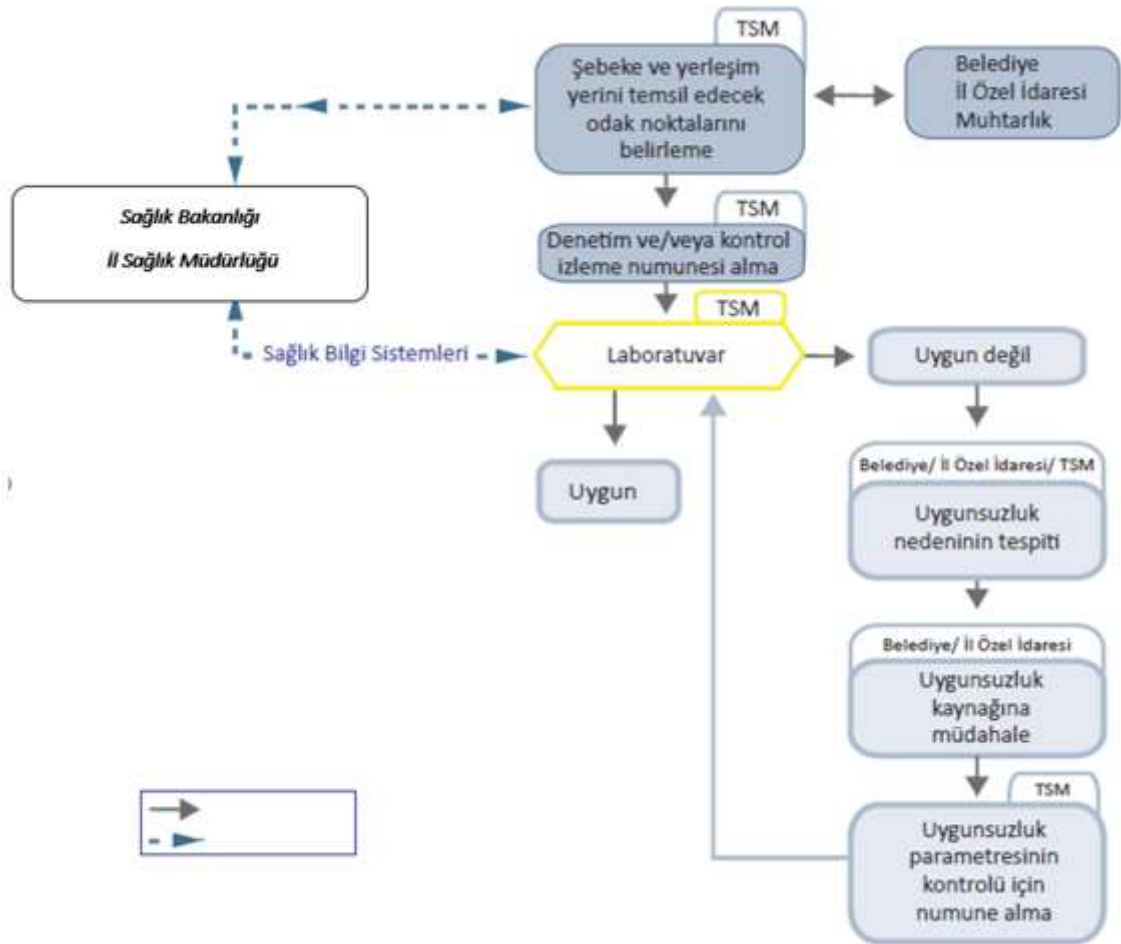
Eğer sadece belirli bir yerde uygunsuzluk tespit ediliyor ve bu uygunsuzluk bu yere ait iç şebeke sisteminden veya bakım ya da onarımından kaynaklanıyor ise, Yönetmelik hükümlerine uyulmuş kabul edilir ve uygunsuzluğun mesken sahibi tarafından giderilmesi sağlanmalıdır. Eğer uygunsuzluk o yere ait olan dış şebeke sisteminden kaynaklı ise uygunsuzluğun şebeke sisteminden sorumlu olan mahalli idare tarafından giderilmesi sağlanmalıdır.

7.2.1.3. Uygunsuzluk Nedenleri

- Haşere ve kemirgenlere karşı gerekli ve yeterli önlemlerin alınmaması
- Betonarme depoların su ile temas eden yüzeylerinin uygun malzemeden yapılmaması olması,
- PVC, Polietilen veya metal depoların temizliğinin yapılmaması
- Şebekenin negatif basınçtan etkilenmeyen yapıda olmaması
- Beton boruların usulüne uygun olmayan yöntemlerle monte edilmesi,
- Şebekenin geçiş hatlarında kanalizasyon ve pisu kanallarına karşı yeterli önlem alınmaması,
- PVC boruların kırılabilir olması ve yüzeye yakın yerleştirilmesi,
- Korozyon etkisiyle demir ve alüminyum borularda biyofilm tabakası oluşması
- Kesintisiz ve etkili su dezenfeksiyonunun yapılmaması,
- Su kesintisinden sonra şebeke dezenfeksiyonu yapılmaması,

- Şebeke üzerinde iptal edilen bağlantı borularının körtapa yöntemiyle kapatılması,
- Şebeke yenileme, tamir ve bakım sırasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınmaması ve genel sağlık kurallarına uyulmaması,
- Kaynakların çevresel kirleticilere karşı korunmaması koruma bandı uygulamasının yok/yada yetersiz oluşu,
- Kaynakların çevresinde kontrolsüz yapılaşmanın oluşması,
- Depoların teknik ve hijyenik şartlarının uygun olmaması,
- Depo içerisinde uygunsuz malzeme kullanımı,
- Depolardaki uygunsuzluklar;
- Fiziki koşullarının uygun olmaması,
- Bakım ve onarımlarının yapılmaması,
- Koruma alanı oluşturulmaması,
- Depoda klor cihazı olmaması, cihazların aktif kullanılmaması,

7.2.1.4. Uygunsuzluk Yönetimi İş Akış Şeması



Şebeke suları ile ilgili kaynak, arıtım tesisi, depo durumu, şebeke ve dezenfeksiyon bilgileri ile su kalitesi izlemi ve bakiye klor ölçümlerine ilişkin tüm iş ve işlemlerin takibi elektronik ortamda yapıldığından ve yapılan işlemlerin etkin ve hızlı yürütülebilmesi açısından İçme Kullanma suyu için Coğrafi Bilgi Sisteminin doğru kullanımı ve veri girişlerinin zamanında yapılması büyük önem taşımaktadır.

Şehir şebeke suyunda yıllık denetimler dışında ortaya çıkan olağandışı (salgınlar ve şikayet vb.) durumlarda da numune alınmalıdır.

7.2.2. Ambalajlı Suların Denetimi

İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik ve Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik uyarınca;

- İzin alınmamış doğal kaynak, doğal 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 doğal kaynak, doğal mineralli ve içme sularının tank, tanker vb. araçlarla taşınması, depolarda depolanması ve satılması yasaktır.

Yönetmelikte belirtilen esaslara uygun ambalajlı suları (doğal kaynak, doğal mineralli ve içme suları) işletmek isteyenler, Valilikten tesis ve üretim izni almak zorundadır.

Doğal kaynak, doğal mineralli ve içme sularına ait tesisler senede bir defa Bakanlıkça, üçer aylık periyotlarla da İl Sağlık Müdürlüğünce denetlenmektedir. Tüketime sunulan ambalajlı sular aynı zamanda 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 doğal kaynak, doğal mineralli ve içme sularından üçer aylık periyotlar halinde numuneler alınarak kontrol izlemesi parametreleri ile arsenik, florür, bromat ve bromoform (mineralli sulara ayrıca alimünyum) parametreleri yönünden analizleri halk sağlığı laboratuvarlarında 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.

7.2.3. 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.

7.2.4. 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.

7.2.5. Yüzme Sularının Denetimi

Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmeliğin (RG:25.09.2019/30899) amacı, insan sağlığının korunması, çevre ve yüzme suyu kalitesinin muhafaza edilmesi, yüzme suyu kalitesinin belirlenmesi ve izlenmesi, sınıflandırılması, yönetilmesi ve yüzme suyu kalitesi konusunda halkın bilgilendirilmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir. 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 54 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, Elazığ, 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

Göller: 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 yaptırılmaktadır.

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 ve Şehircilik İl Müdürlüğüne bildirilmekte, gerekli tedbirlerin alınması için ilgili Belediye uyarılmakta ve yüzme alanı halkın kullanımına kapatılmaktadır.

Yüzme suları ile ilgili tüm bu iş ve işlemlerin takibi elektronik ortamda yapıldığından ve yüzme suyu sonuçlarının "<http://yuzme.saglik.gov.tr/>" web adresinden halkın bilgisine sunulduğundan yapılan işlemlerin etkin ve hızlı yürütülebilmesi açısından Yüzme Suyu Coğrafi Bilgi Sisteminin doğru kullanımı büyük önem taşımaktadır.

7.2.6. Biyosidal Ürünler İle İlgili İşlemler

Biyosidal Ürünler Yönetmeliğine göre; Zararlı organizmalar üzerinde ya da onlara karşı genel veya özel etki gösteren virüsler ve funguslar da dâhil olmak üzere bir madde veya mikroorganizmaya aktif madde adı verilir. Bir veya birden fazla aktif madde içeren, kullanıma hazır hâlde satışa sunulmuş, kimyasal veya biyolojik açıdan herhangi bir zararlı organizma üzerinde kontrol edici etki gösteren veya hareketini kısıtlayan, uzaklaştıran, zararsız kılan, yok eden aktif maddeler ve müstahzarlar ise Biyosidal Ürün olarak adlandırılmaktadır.

Biyosidal Ürünler Yönetmeliği kapsamında mezkûr Yönetmeliğin Ek-V’inde tanımlanan 23 ürün tipinden mezkûr Yönetmeliğin 10 uncu maddesinin onuncu fıkrası hükümleri gereği izinlendirilemeyen 3 ürün tipi, 12/3/2014 tarihli ve 28939 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Biyosidal ürünler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik gereği mülga edilen 1 ürün tipi ve 13/9/2019 tarihli ve 30887 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 46 numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi gereği haklarındaki iş ve işlemler Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yürütülecek olan Biyosidal Ürünler Yönetmeliğinin Ek-V’inde tanımlanan ürün tipi 1 ve ürün tipi 19’da yer alan ve doğrudan insan vücuduna uygulanan biyosidal ürünler hariç olmak üzere 17 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 üretim izinlerinde üretim yerinden üretim tesisinin bulunduğu ilin İl Sağlık Müdürlüğü yetkili personeli tarafından; 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, denetimleri, Biyosidal Ürünler Yönetmeliği’nin 49 uncu ve devamı maddelerine göre yapılmaktadır. Yapılan denetimlerin takibi elektronik ortamda Çevre Sağlığı Bilgi Sistemleri (ÇevSis) üzerinden gerçekleştirilmektedir. Piyasa gözetimi ve denetiminde uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda 4703 sayılı Kanun hükümleri gereğince ürünün üreticisi, ithalatçısı veya üreticinin tespitine yönelik fatura bilgi ve belge vermeyen dağıtıcı üretici gibi değerlendirilir. Teknik düzenlemeye uygunsuz ürünlere 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, I. Ana Grupta ürün tipi 2’de yer alan kişisel ve umumi alanlarda kullanılan dezenfektanlar ile 3. Ana Grupta yer alan haşere kontrolü için kullanılan, zararlılık ve önlem ifadeleri ile zararlılık işaretleri bakımından 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 bilgi belgelerle birlikte uygulamaya yönelik cihazların da olması gerekmektedir. Uygulamalar Çevre Sağlığı Bilgi Sistemleri (ÇevSis) üzerinden takip edilmektedir.

7.2.7. Beyaz Bayrak

Okul çağı çocuklarının beden ve ruh sağlığını korumak, geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek, temizlik ve hijyen konusunda yeterli eğitim almış sağlıklı nesiller yetiştirmek, öğrencilerin hijyenik bir ortamda eğitim-öğretimini sürdürmek amacıyla Milli Eğitim Bakanlığına bağlı örgün ve yaygın eğitim kurumlarının temizlik ve hijyen konusunda teşvik edilmesi, okul sağlığının daha iyi düzeye çıkarılması amacıyla Millî Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında “Beyaz Bayrak İşbirliği Protokolü” imzalanarak yürürlüğe konulmuştur. Bu protokol çerçevesinde TSM personeli ile İl/İlçe Milli Eğitim Müdürlüğu personeli koordineli bir şekilde çalışır. Beyaz bayrak almak isteyen okullar İl/İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne başvururlar.

BÖLÜM VIII SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ

8.1. TANIMLAR

8.1.1. Ulusal Sağlık Sistemi (USS)

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. Ulusal Sağlık Sistemi (USS) ile toplanan veriler ile hazırlanan Karar Destek Sistemi (KDS) raporları, Bakanlığımızın sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir rol oynamakla birlikte; hastane, hekim ve hizmet bazlı değerlendirme yapılmasına imkân sunmaktadır. Sağlık kayıtlarının vatandaşların rızasıyla hekimler arasında paylaşılması sayesinde tekrarlayan sağlık harcamaları azalmakta, kişiye özgü sağlık geçmişinin biliniyor olmasıyla da tedavi 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 e-Nabız portalı aracılığıyla erişebilmektedir.

Sağlık.NET sistemi 01.08.2012 – 01.09.2015 tarihleri arasında tüm hastanelerde aktif olarak kullanılmış olup 01.01.2015 tarihinde e-Nabız Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi alt yapısı veri toplamak üzere devreye alınmıştır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarından Sağlık.NET'e veri gönderimi 01.09.2015 tarihinde durdurulmuş; Sağlık.NET sistemi yerini USS'ye bırakmıştır. Aynı süreç 2017 yılı itibarıyla 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.

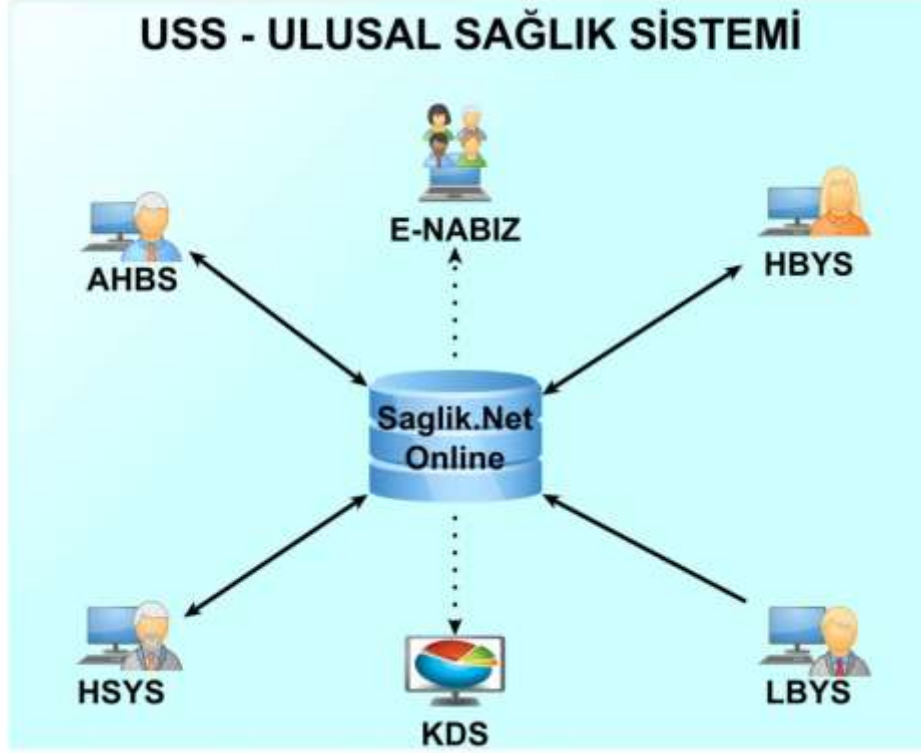
USS sayesinde sağlık tesisleri tarafından kayıt altına alınan sağlık verileri, hem karar destek sistemi raporlarının oluşmasını sağlamakta hem de e-Nabız kişisel sağlık kayıtlarına vatandaşlar tarafından erişilmesine olanak vermektedir.

Diğer kurum ve kuruluşlar ile olan entegrasyonları ise şu şekildedir:

- T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı Web Servis Entegrasyonu
- HSBS (Halk Sağlığı Bilgi Sistemi) Web Servis Entegrasyonu
- MEB (Milli Eğitim Bakanlığı) Web Servis Entegrasyonu
- EGM (Emniyet Genel Müdürlüğü) Sürücü Raporları Web Servis Entegrasyonu
- Göç İdaresi Web Servis Entegrasyonu

USS'ye veri gönderim işlemi:

1. Muayene sırasında ya da sonrasında yapılan işlemler bilgisayardaki yerel veri bankasına gerekli bilgiler işlenerek kaydedilir.
2. Veri gönderim paketi bilgisayardaki uygulama programı aracılığıyla hazırlanır.
3. Yapılan işlem USS'ye gönderilmek istendiğinde aile hekimleri tarafından AHBS uygulaması aracılığıyla, hastaneler tarafından HBYS uygulaması aracılığıyla, TSM ve bağlı kuruluşlarında HSYS modülleri aracılığıyla USS sunucularına İnternet ortamında gönderilir.
4. Veri USS'ye ulaştığında "Kimlik doğrulama" sonrasında Dokümanonline'da belirlenen diğer iş kuralları da doğrulandıktan sonra USS veri bankasına kaydedilir.
5. Kaydedilmiş bu veriler istatistiklere dönüştürülerek Karar Destek Sistemi (KDS) vitrinine veya HSYS raporlamalarına konularak internet üzerinden erişime hazır hale getirilir.



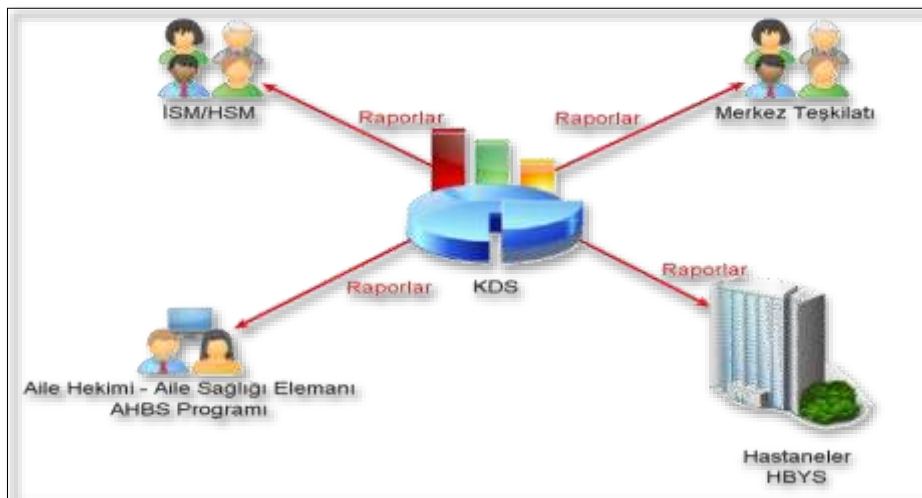
8.1.2. Yönetim Web (Yönetim Paneli)

Aile hekimliği, hastane, muayenehane, laboratuvar ve diğer sağlık kuruluşlarının idari amaçlı verilerinin yönetildiği (güncelleme-silme-listeleme vb.) uygulamadır.

8.1.3. Karar Destek Sistemi (KDS)

Elektronik sağlık veri havuzundaki her bir sağlık verisini istatistiksel analizleri yapılarak sağlık göstergelerine işlenmesi amacıyla tasarlanmış Sağlık.Net Online vitrinidir.

KDS ile Bakanlık, il ve ilçe yöneticilerinin karar verme sürecinde kullanacağı verilerin toplanması, depolanması, analiz edilmesi ve kolay erişilebilmesi amaçlanmıştır. KDS, sağlık politikalarının planlanmasında, stratejilerinin belirlenmesinde ve kritik yönetim kararlarının alınmasında kullanılmasını sağlamak amacıyla; formüller ve istatistiksel modellerle rapor ve göstergeler oluşturan bir sistemdir.



SKRS'nin son kullanıcıları, hastane, toplum sağlığı merkezleri, aile hekimleri ve diğer sağlık kurum ve çalışanları ile ödeyici kurumlar (SGK), istatistik kurumları ile benzer kurum ve kuruluşlardır.

<https://skrs3.sagliknet.saglik.gov.tr>

SKRS SİSTEM KODLARI ULUSAL SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ (USBS)		
Sistem kodları listesinde bir sisteme daha tıklayarak o sisteme ilgili kodları görüntüleyebilirsiniz.		
Aranacak kelimeyi giriniz:		
1. Adli Vaka Gözle Şahit	99. Erkekler Piyajları Durumu	197. Medeni Hiss
2. Adres Kodu Seviyesi	100. Ev Hijyeni	198. Meme Biyopsi Sonucu
3. Adres Tipi	101. Evde Sağlık Hizmetinin Sınırlanması	199. Meslek Hastalıkları
4. Ağırlık Ölçüm Zamanı	102. Evde Sağlık Hizmetleri Hasta Nekl	200. Meslekler
5. Ağzından Sine Tedavisi (AST)	103. Fosfor Bağlayıcı Ağrı	201. Mevcut Diş Durumu
6. Ağrı	104. Gebelikte Gelişim Testi	202. Morbid Obez Hasta Lenfatik Ödem Varlığı
7. Aile Planlaması (AP) Yöntemi Kullanılmasına Nedeni	105. Gametoziti Durumu	203. Miliyetlik Durumu
8. Aile Planlaması (AP) Yöntemi Lojistiği	106. Gebelik İstem Takvini	204. Nekl Öncesi Saldırma Nedeni
9. Ailesinde İnfarth Girişimi	107. Gebelikte Risk Faktörlerine Yapılan Müdahale	205. Nekl Tipi

Görsel: SKRS ana sayfası

Sistem Adı : Aşı Kodu				
Sistem Kodu : c3dbbb53-3b59-06e1-e043-14031b0a9fe6				
Değiştirilme Tarihi : 2013-01-22 15:19:43.0				
Aranacak Özellikleri Seçiniz:				
Liste				
ADI	HL7KODU	HL7ADI	KODU	AKTIF
TAKVİM DEĞİŞİ KKK AŞISI			99	1
DABT-İPA-HİB-HEP B (6'LI KOMBİNE AŞI)			132	1
ADSORBE TETANOS AŞISI			35	1
AKREP ANTİSERUMU			203	1
AT KAYNAKLI KUDUZ ANTİSERUMU			201	1
AT KAYNAKLI TETANOS ANTİSERUMU			202	1
BCG AŞISI			16	1
DABT-İPA AŞISI (4'LI KARMA AŞI)			130	1
DABT-İPA-HİB AŞISI (5'LI KARMA AŞI)			120	1
DABT-İPA-HİB AŞISI (5'LI KARMA AŞI) (ESKİ AŞI KODU)			58	1
DİFTERİ ANTİSERUMU			12	1
DOMUZ GRİBİ AŞISI			127	1
DÖRT VALANLI HPV AŞISI (HUMAN PAPİLLOMA VİRUS AŞISI)			62	1
DT PEDIATRİK (PEDIATRİK TIP TETANOS DİFTERİ AŞISI)			28	1
HAEMOPHILUS INFLUENZA TIP B AŞISI			46	1

Görsel: SKRS – aşı kodu tablosu

8.1.6. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında sağlık verisinin oluşturulması, oluşturulmuş sağlık verilerinin Sağlık.Net Online veri tabanına gönderimini sağlayan uygulamalardır.

Hastanelerde, sunulan tüm hizmetleri kayıt altına almak ve hem Sağlık.Net Online'a hem de MEDULA'ya veri göndermek için kullanılan yazılımlardır. Veri standartları T.C. 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. Hastane bilgi yönetim sistemlerinde gerçekleştirilen tetkik, cerrahi operasyon ve görüntüleme

işlemlerinde kullanılan tıbbi cihazlar ile bütünleşik olarak yani tıbbi standart dil formatında da haberleşerek bilgi alışverişinde bulunabilir.

8.1.7. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS)

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında görev yapacak aile hekimi ve sağlık personelimizin kullanımı için hazırlanmış tüm sağlık verilerinin Sağlık.Net Online 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.

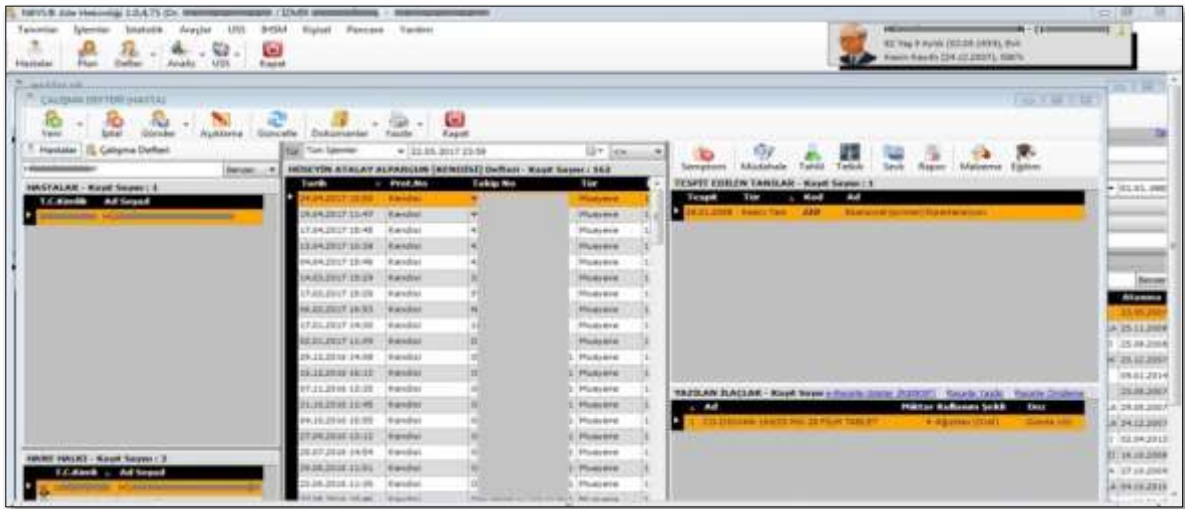
AHBS ile;

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 USS veri tabanında 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 USS veri tabanına aktarabilmekte ve standart ve isteğe bağlı raporlar, kayıtlı kişi listeleri, özelleştirilmiş raporlar ve listelere erişebilmektedirler.



Görsel: AHBS ekran görüntüsü

8.1.8. Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS)

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde geliştirilen yazılımların standartlaştırılması ve yazılım geliştirme adımlarının kolaylaştırılması adına Halk Sağlığı Bilgi Sistemi'nin yeniden geliştirilerek Halk Sağlığı Yönetim Sistemi olarak takip edilmesi aşamaların yürütülmesine ilişkin esasları kapsamaktadır.

Kurumun ihtiyacı olan farklı uygulamaların bütünleşik bir yapıda yeniden kurgulanması, kaliteli veri toplanması, toplanan verilerin analizinin yapılması, raporlanması, tüm süreçlerin uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi ve tek merkezden yönetilebilir olması amacıyla geliştirilecek sistemin adı Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) dir.

HSYS içerisinde USVS/Doküman Online'da yer alan veri elemanları dışında idari ve lojistik bilgiler de oluşturulmaktadır.

Halk sağlığı hizmetlerini kapsayan özel geliştirilmiş bir sistemdir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne taşra teşkilatının yaptığı iş ve işlemleri izleme, değerlendirme, raporlama gibi imkânlar sağlamaktadır.

Her iş ve işlem ayrı ayrı modüler yapıda tasarlanmıştır. Her modül; sahada ilgili işin hangi işlem sırasına göre yapılacağı konusunda yol gösterici bir kılavuz olarak da kullanılabilir şekilde tasarlanmıştır.

Örneğin "Bağışıklama" modülünde bir kişiye koruyucu sağlık hizmeti sunulurken aşı kaydı yapılır, okul aşılarında varsayılan aşı verisi oluşturulur, USS'ye veri gönderimi yapılır. Bu işlem sırası HSYS'de aynı sıra ile görülebilmektedir.

TC Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Halk Sağlığı
Yönetim
Sistemi
Giriş

E-posta / TC Kimlik No

Şifre...

Beni Hatırla ? Şifremi Unuttum

GİRİŞ

V 1.3.002

* E-imza ile giriş

* SSO ile giriş

* Eğer kullanıcı adınızdan ve şifrenizden emin değilseniz ve giriş yapamıyorsanız yöneticinizle iletişime geçin.

* Sisteme giriş ve karęılaştırdığınız problemlerinizi ilgili **YAZILIM DESTEK** ile veya 0312 240 51 51 numarasından bize ulaştırabilirsiniz.

Görsel: HSYS Giriş

7. İl Göstergeleri Modülü

Halk Sağlığı Hizmetleri çalışanlarının performans hedeflerinin belirlenmesi ve takip edilmesi için hazırlanmıştır.

8. Kuduz Takip Modülü

Ülkemizdeki kuduz riskli temas vakalarının takip edilmesi, değerlendirilmesi ve planlanan tedavinin uygulanması için hazırlanmıştır.

9. Beslenme ve Fiziksel Aktivite Modülü

10. Bağışıklama Modülü

TSM ve bağlı birimleri tarafından yürütülen bağışıklama hizmetlerinin (okul aşılama, dönemsel menenjit aşılama vb.) girildiği, raporlama ve sorgulamaların yapılabildiği modüldür.

11. Kanser Tarama Modülü

Serviks, kolorektal ve meme kanseri hastalarının kaydının gerçekleştirilerek tarama sonuçlarının takip edilmesi için hazırlanmıştır.

12. Akılcı Antibiyotik Modülü

Yapılan muayene sonucu girilen tanılara göre antibiyotik gerekliliğinin değerlendirilip izlenmesi ve raporlanması için hazırlanmıştır.

13. TSM Performans Yönetimi

Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan personelin günlük performans takibinin yapılması için hazırlanmıştır.

14. Kullanıcı ve Rol Yönetimi

Halk Sağlığı Yönetim Sistemini kullanan kullanıcıların tanımlaması ve yetkilendirilmesi için hazırlanmıştır.

15. Muayene Bilgi Yönetim Sistemi

Yetkilendirilmiş aile hekimleri tarafından yapılan hasta muayene işlemlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi için hazırlanmıştır.

Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS) Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimleri ve hastane hekimleri dışında muayene kaydı oluşturan, tedavi hizmeti veren tüm diğer hekimler için hazırlanmış bir bilgi sistemi yazılımıdır.

Muayene Bilgi Yönetim Sistemi, Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimleri ve hastane hekimleri dışında muayene kaydı oluşturan, tedavi hizmeti veren tüm diğer kamu hekimleri ve özel hizmet sunan hekimler için hazırlanmış bir bilgi sistemi yazılımıdır. Yazılım geliştirme işlemi T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır.

MBYS İl Sağlık Müdürlükleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, KETEM'ler, ÇEKÜS Birimleri, Ağız Diş Sağlığı hekimleri, geçici görevli aile hekimleri gibi kurum ve kuruluşların verdikleri sağlık hizmetlerinin dijital ortamda kayıt altına alınmasını Sağlık-Net ve SGK (MEDULA) e-reçete sistemlerine gönderilmesini sağlamayı amaçlayan bilgi sistemi yazılımıdır.

MBYS kullanmak için Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından kullanıcı tanımlanması ve ilgili yetkilendirmelerin yapılması gerekmektedir. MBYS hekimlere ve yardımcı sağlık personeline yaptıkları işlemleri kaydetme imkanı sağlamakta olup Sağlık.Net'e ve MEDULA'ya veri gönderim imkanını sadece hekim olan kullanıcılara sağlamaktadır. Bu nedenle Sağlık.Net'e veri gönderimi için kullanıcı bilgisi oluşturulmadan önce hekim diploma numarası, varsa ihtisas numarası, SGK e-reçete sistemi şifresi, Mernis-KPS şifresi bilgileri hazırlanmalıdır. Ayrıca MBYS kullanıcılarına ait ÇKYS kurum kodu kullanıcı tanımlama işlemi sırasında girilmesi gereken bilgidir.

8.1.9. 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.

8.1.10. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)

Merkezi Hekim Randevu Sistemi vatandaşlarımızın ALO 182 hattını arayarak veya internet üzerinden, Aile Hekimlerinden, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden muayene randevusu almalarını sağlayan bir hizmettir. Ekim 2013 tarihi itibarıyla aile hekimleri çalışma cetvellerinin TSM'ler tarafından HSBS üzerinden giriş yapılması kararlaştırılmıştır. Girilen veriler HSBS kanalıyla MHRS'ye aktarılmaktadır. Çalışma cetvellerine ilişkin değişiklikler HSBS üzerinden yapılabilmekte, MHRS raporlamaları ise <http://mhrsop.sagliknet.saglik.gov.tr/MHRS> adresinden yapılabilmektedir. Söz konusu raporlama işlemleri için İl MHRS Sorumlularına ve TSM sorumlu hekimlerine şifre tahsisi gerçekleştirilmiştir. Kullanıcı adları ve şifreleri T.C. kimlik numaralarıdır.



Görsel: Çalışma Takvimlerinin işlenebileceği MHRS İşlemleri menüsü

8.1.11. Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS)

Web tabanlı olarak tüm Türkiye de kullanılan sistem ile ölümü gerçekleştiren kişilere ilişkin kayıtlar düzenlenebilmekte, defin ruhsatı oluşturulabilmekte ve gerekli evrakların çıktısı alınarak diğer süreçler başlatılabilmektedir. Söz konusu sistem üzerinden demografik bilgiler ve bazı raporlamalar da yapılabilmektedir.

8.1.12. Reçete Bilgi Sistemi (RBS)

Bakanlığımıza bağlı olarak hizmet sunan ve veri gönderimi yapan kuruluşlarımızdan gelen dataların işlenmesi sonucu reçeteleme yapan kişilere, idari kuruluşlara geri bildirimde bulunan sistemdir. Söz konusu sistem ile akılcı ilaç kullanımına ilişkin izleme ve değerlendirmeye esas raporların elde edilmesi amaçlanmıştır.

8.1.13. Ulusal Tüberküloz Sistemi (UTS)

Web tabanlı olarak çalışmakta, tüberküloz hastalığına spesifik iş ve işlemler ile süreçlerin yönetimini sağlamaktadır. Türkiye Ulusal Tüberküloz Sürveyans Araştırması (TUTSA) raporları buradan hazırlanmaktadır.

8.1.14. Aşı Antiserum Soğuk Zincir ve Stok Yönetim Sistemi (ATS)

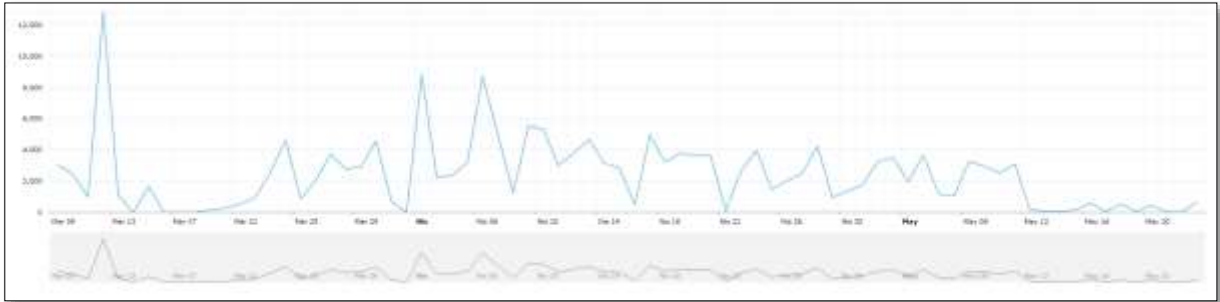
Sistem koruyucu sağlık hizmetlerin en önemli ayaklarından birisi olan aşılama ve anti serum uygulamalarının soğuk zincir kurallarına uygun olarak yapılması, ürünlerin nakledilmesi, depolanması ve stok yönetimi süreçlerini kapsayan web tabanlı bilişim sistemidir. Sistemin ayrıca mobil uygulaması da vardır. Söz konusu sistem AHBS, HBYS, HSYS, İTS ve dolayısıyla USS ile senkronize çalışmaktadır. Sistemin ayrıca içerisinde operasyonel bilgiler bulunmakta ve yönetilmekte ayrıca stok yönetimi gerçekleştirilmektedir.

8.1.15. Coğrafi Bilgi Sistemi (CBS)

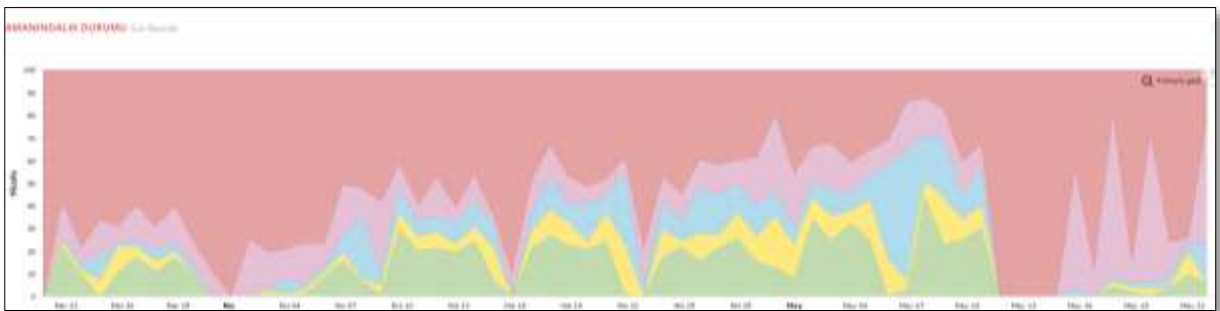
Harita ve uydu görüntüleri zemininde kuruluşlara ilişkin görsel materyallerle desteklenmiş sistem ile bina bilgileri, kuruluş adres arama, rota/mesafe ölçümü, sağlık evi hizmet bölgeleri, sağlık göstergeleri, sağlık istatistik yıllığı dataları, gezici birim işlemleri ve kuruluşların personel durumuna ilişkin bilgiler diğer sistemlerden alınarak veya sisteme yüklenerek kullanıcılara sunulmaktadır.

8.1.16. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Sistemi (İZCİ)

Sağlık kurumlarınca tanı konulan bulaşıcı hastalık vakalarına ait bildirimlerin USS'ye iletilmesinin ardından bu vakalara yönelik filyasyon çalışmalarının (vaka inceleme, vaka izlem, çevresel inceleme, temaslı takibi) yapılacağı sistemdir. Bulaşıcı hastalık vakalarına ait kayıtlar USS'den bulaşıcı hastalık sürveyans sistemine eş zamanlı olarak aktarılır ve adres tabanlı olarak İSM/TSM düzeyinde vaka dağılımları yapılır. Vakalara ait tamamlayıcı bilgiler (okul bilgisi, aşı bilgisi, ölüm bilgisi, iletişim bilgileri v.b.) diğer sistemlerden (MEB, ATS, ÖBS, MHRS vb.) web servisler aracılığı ile alınır. Yetkili İSM/TSM kendi bölgesindeki vakalara yönelik saha çalışmaları sistem içerisindeki elektronik formlar aracılığı ile gerçekleştirilir. Tüm çalışmalara ait raporlarla birlikte, bildirimlere yönelik zamanındalık analizleri ve bildirimlerden oluşturulacak salgın analizleri tematik haritalar, dinamik raporlar ve grafiklerle anlık olarak takip edilebilir.



Görsel: İZCİ-Bulaşıcı hastalık bildirim sıklığı analizi



Görsel: İZCİ-Bulaşıcı hastalık bildirim zamanındalık analizi

Ayrıca sendromik sürveyans kapsamında takibi yapılan hastalık ve durumlara ilişkin veriler anlık olarak USS'den Bulaşıcı Hastalık Sürveyans Sistemine (İZCİ) aktarılır. Bu veriler aracılığı ile sistem içerisinde tanımlanmış olan hızlı sinyal tespit sisteminde, salgına yönelik erken uyarıya sinyalleri (C1-C2-C3-C4) takip edilir.



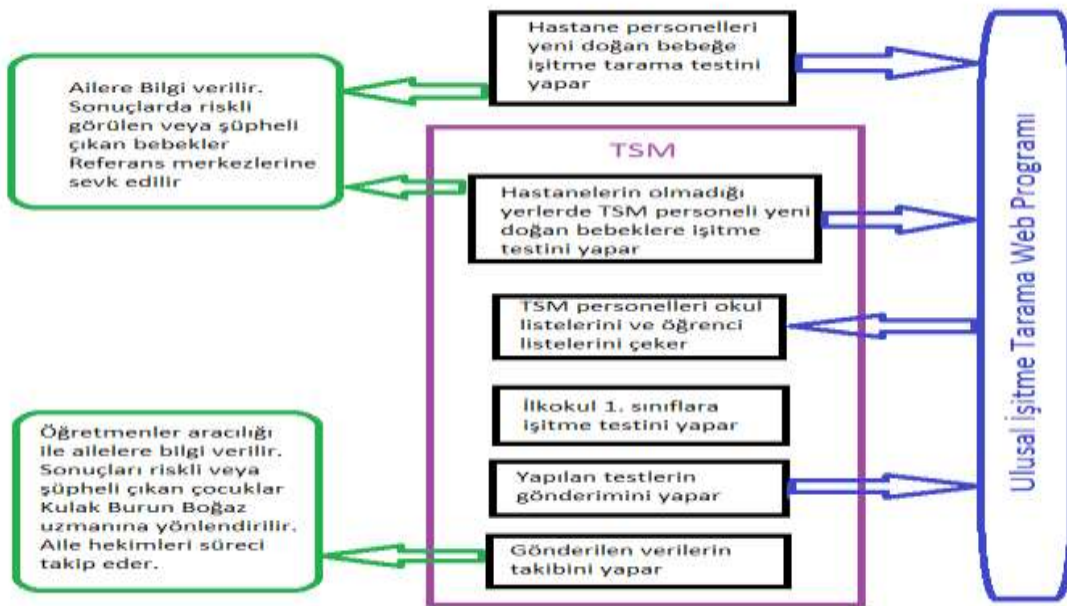
Görsel: İZCİ- HSTS (Hızlı sinyal tespit sistemi) raporu

8.1.17. Ulusal İşitme Tarama Programı (UİTP)

Yenidoğan bebeklerde ve ilkokul birinci sınıflarda işitme taramasına yönelik yürütülen çalışmaların elektronik ortama aktarılması için hazırlanan web programıdır. Yenidoğan taraması hastane seviyesinde, okul taramaları Toplum Sağlığı Merkezleri seviyesinde yapılmaktadır.

Yeni doğan bebeklere ABR, Otoakustik Emisyon cihazlarıyla yapılan taramaların UİTP'ye kaydı yapılmaktadır. Riskli/şüpheli çıkan bebekler UİTP'ye entegre olan referans merkezlerine yönlendirilerek takibi yapılmaktadır.

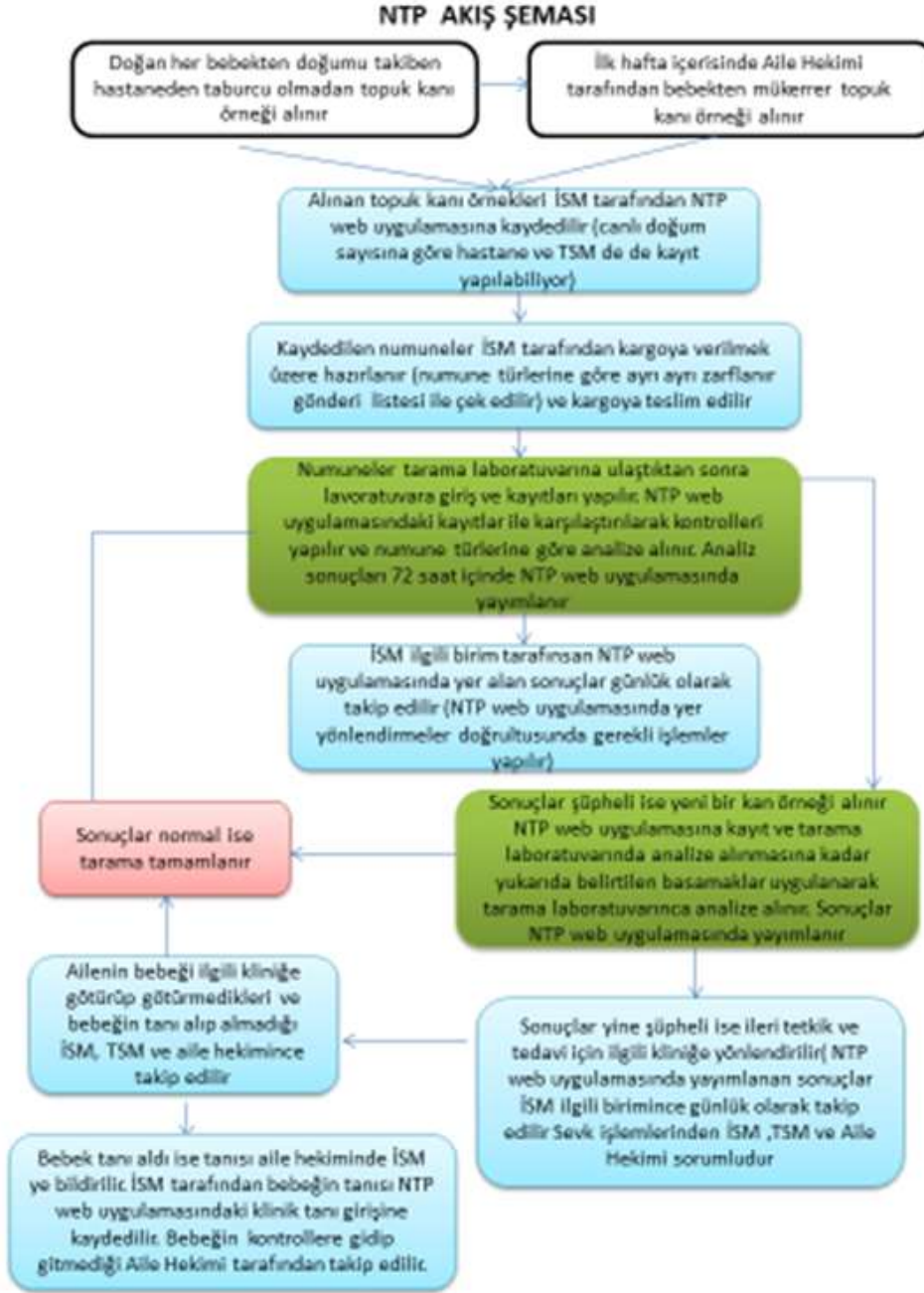
Okul taramaları Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından İSM'lere dağıtılan veya İSM'lerin kendi imkânlarıyla aldığı tarama-Odyometre cihazlarıyla yapılmaktadır. Cihazlara kullanıcı yetkisine bağlı olarak okul ve şube bilgisiyle öğrenci listesi indirilmekte ve cihazlar ile yapılan tarama verileri cihaza işlendikten sonra direkt UİTP'ye gönderilmektedir.



Görsel: İTP İş Akışı

8.1.18. Yenidoğan Tarama Programı (NTP)

Tüm yenidoğanların, fenilketonüri, konjenital hipotroidi ve biyotinidaz eksikliği ve kistik fibrozis yönünden taranması ve tanı konan bebeklerin tedavi ile belli zekâ seviyelerine ulaşmalarının sağlanması ve geri dönüşümsüz zararların engellenmesi, topluma getirdiği yükün önlenmesi amacıyla tüm ülke genelinde Yenidoğan Tarama Programı başlatılmıştır. Yenidoğan taramalarının takip edilebilmesi için NTP - web uygulaması yazılımı geliştirilmiştir. ASM ve hastanelerden toplanan topuk kanı verileri İSM'ler tarafından NTP web uygulamasına girilmektedir. Örneklerin takibi yine NTP web uygulaması üzerinden yapılmaktadır.



Görsel: YTP İş Akışı

8.2. 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 USS'ye 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>

The screenshot shows a web-based reporting interface for contagious diseases. The main form is titled 'BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİM ZORUNLU ALANLARI'. It contains several sections: 'BİLDİRİM YAPAN KURUM', 'BİLDİRİM YAPAN KİŞİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ', 'KURUMUN İZLENİMLERİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ', 'BİLDİRİM YAPAN KURUM', 'BİLDİRİM YAPAN KİŞİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ', 'KURUMUN İZLENİMLERİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ', 'BİLDİRİM YAPAN KURUM', 'BİLDİRİM YAPAN KİŞİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ', 'KURUMUN İZLENİMLERİ', 'HASTANIN ÖZELİĞİ BELGELERİ'. A red box highlights the 'BULAŞICI HASTALIK BİLDİRİM ZORUNLU ALANLARI' section, which contains fields for 'HASTALIK ADI' and 'HASTALIK KODU'. A red speech bubble with the text 'Doldurulması zorunlu alanlar' (Mandatory fields) points to these fields.

Görsel: Standarta 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 BULAĞIÇI HASTALIKLAR
BİLDİRİM FORMU
(U. Hfzssshha Kanunu Mad. 57-64)

BİLDİRİM YAPAN KURUM BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İL: _____ ADI: _____

İLÇESİ: _____ SOYADI: _____

KURUM ADI: _____ ÜNVANI: _____

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		KAYITLI İKAMET ADRESİ	
T.C. KİMLİK NO		İL	
ADI		İLÇE	
SOYADI		BÜCAK	
BABA ADI		KÖY	
CİNSİYETİ		MAHALLE	
DOĞUM TARİHİ		CSBM (Cd. St. Biv. Meyd.)	
DOĞUM YERİ		DIŞ KAPI NO	
MESLEĞİ		İÇ KAPI NO	

HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
HASTALIĞIN ADI		ADRES TİPİ	
HASTALIĞIN KODU		İL	
VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Şüpheli Vaka <input type="checkbox"/> Olası Vaka <input type="checkbox"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ	.../.../20...	BÜCAK	
VAKA DURUMU	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSBM (Cd. St. Biv. Meyd.)	
		DIŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		İRTİBAT TELEFONU	

İMZA _____

Bu şekilde TSM'ye gelen Form-014'ler, TSİM'de mevcut olan Form-014 ve Form-014D veri giriş ekranlarına günlük olarak işlenir.



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.)

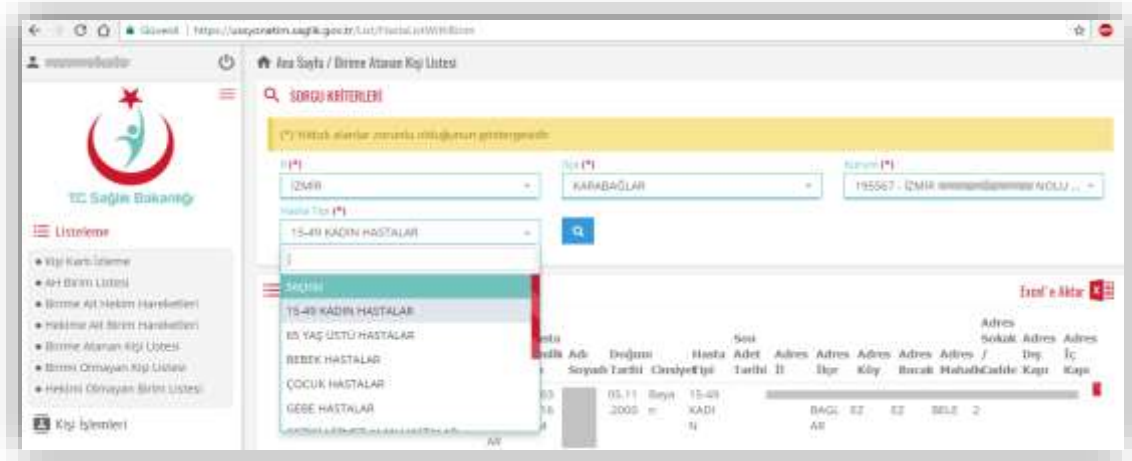
8.3. İZLEME DEĞERLENDİRME BİLİŞİM SENARYOSU

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, hemoglobın 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 öncelikli 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?

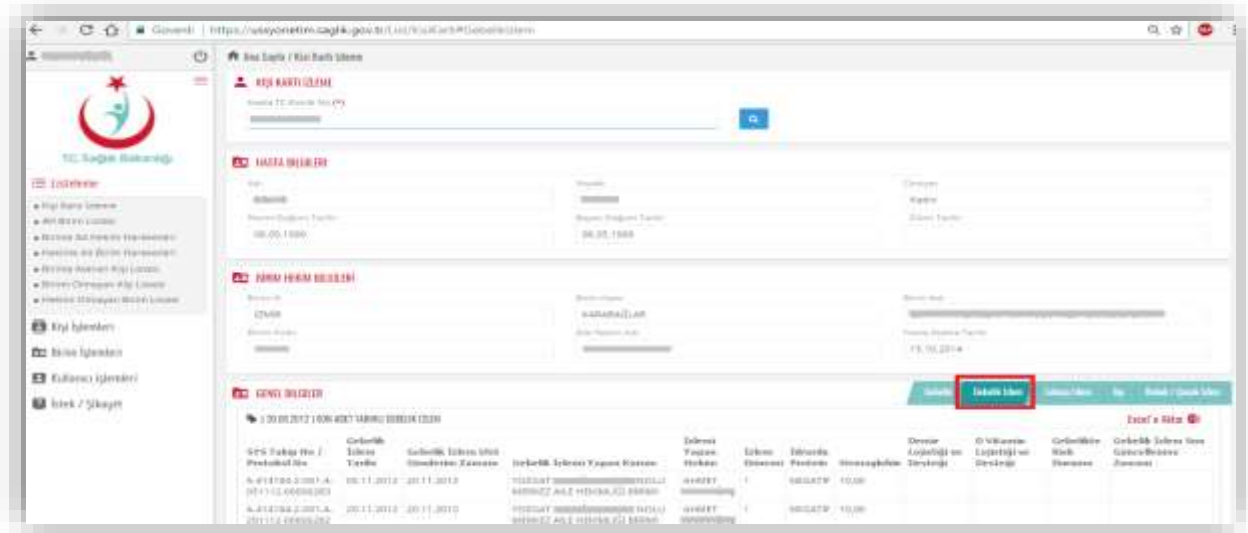
- <https://ussyonetim.saglik.gov.tr/> Adresinden yönetim web uygulamasına giriş yapılır, (Kullanıcı tanımlamaları bağlı olunan İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki il admini tarafından yapılmaktadır. İşlemlerin hızlandırması ve kolaylaştırması adına, izleme değerlendirme ekip başkanına da söz konusu ekranları 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.



Görsel: Yönetim web- Nüfus detay

Kişi sağlık kayıtlarındaki (Gebe, Bebek, Çocuk izlem – Aşı kaydı) vb. detaylara nasıl ulaşılır?

- <https://ussyonetim.saglik.gov.tr/> Adresinden yönetim web uygulamasına giriş yapılır, (Kullanıcı tanımlamaları bağlı olunan İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki il admini tarafından yapılmaktadır. İşlemlerin hızlandırılması ve kolaylaştırılması 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.) T.C. 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.



Görsel: Yönetim web- Kişi Sağlık Kayıtları

Bulaşıcı hastalık bildirim raporlarına nasıl ulaşılır?

- <https://kds.sagliknet.saglik.gov.tr/> adresinden KDS raporlama sayfasına giriş yapılır.
- E-nabız raporları başlığı altındaki “BZBH Raporlarına” girilir.

BÖLÜM IX

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI

9.1. 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, Kapatılması ve Yer Değişikliği

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.

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:

- a) İdari ve mali işler,
- b) Kayıt ve istatistik,
- c) 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) Kanseri 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.

9.1.1. 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 işbirliği 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 işbirliği 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) Gerekğinde 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 işbirliği yapmak,

ı) 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.

9.1.2. Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri

Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi Umumi Hıfzısıhha Kanunu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı ve taşra teşkilatı bünyesinde bir yapılanma 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.

10 İlde (Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Hatay, İzmir, Kayseri, Mersin, Samsun, Zonguldak) Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi olarak hizmet verirken İstanbul'da Deri ve Tenasül Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet sunulmaktadır.

9.1.3. 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, sağlıklı 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 işbirliği içerisinde gerçekleştirmek.

9.1.4. Entegre Sağlık Hizmeti Birimi

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 tıbbî ve cerrahî 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 itibariyle 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 Kararnamelerde 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.

Mesai sonrası acil sağlık hizmetlerinin verildiği, 24 saat aktif veya icap nöbet şeklinde hizmet sunulan gerektiğinde müşahede hizmetlerinin de verilebildiği birimlerdir.

9.1.5. Hemoglobinopati Tanı Merkezi

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 Fizyoloji 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 işbirliği 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 işbirliği yaparak halk eğitimi, okul eğitimi, toplum taraması faaliyetlerini gerçekleştirir.

Evlilik öncesi tarama testleri 81 ilimizde halk sağlığı laboratuvarlarında yapılmaktadır. Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimleri ile aile sağlığı merkezlerinde verilmektedir.

9.1.6. Göçmen Sağlığı Merkezi

Ülkemizde geçici koruma altına alınanlara;

- 2.2.2013 tarihli ve 6458 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK)
- Geçici Koruma Yönetmeliği
- Ülkemizde Geçici Koruma Altına Alınanlara Sunulacak Sağlık Hizmetlerine Dair Usul ve Esaslar
- AFAD Genelgeleri/Global Bütçe Protokolü kapsamında hizmet sunulmaktadır.

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

Göçmen sağlığı merkezleri Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Göç Sağlığı Dairesi Başkanlığı’nın 09/01/2017 tarih ve E.21 Sayılı yazısına istinaden Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ile tanımlanan asgari standartlara sahip olmalı ve hizmet alacakların kolay ulaşabilecekleri şekilde planlanmalıdır.

Bu merkezlerde, ülkemizde geçici koruma altına alınan kişilere yönelik olarak, “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” çerçevesinde; birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, aşı ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile üreme sağlığı hizmetleri sunulmakta; yaş ve cinsiyet gruplarına yönelik izlem ve taramalar (gebe, lohusa, yeni doğan, bebek, çocuk ve benzeri), muhtemel bulaşıcı hastalıklara yönelik (Sıtma, Şark Çıbanı, Tüberküloz vb.) çalışmalar yapılmakta; sağlık eğitimleri (hijyen, anne sütü, sağlıklı beslenme ve benzeri) gerçekleştirilmektedir.

Güçlendirilmiş göçmen sağlığı merkezi ve göçmen sağlığı eğitim merkezlerinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili uzmanlık alanları ve ağız diş sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca psikososyal destek hizmetleri verilmektedir.

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

Ulusal tarama standartları doğrultusunda yönlendirilen ve başvuran bireylere, toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme, serviks, kolorektal kanserler vb.) erken dönemde tanı koyarak bu kanserlere bağlı ölümleri azaltan, hasta takip ve değerlendirmelerini yapan, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlayan ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme ve tedavi merkezlerine sevkini 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 görülen Kurum programlarına destek olmak,
- d) Aile hekimliği birimleri ile birlikte yürütülen 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 görülmesi 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.

9.1.8. İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi

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.

9.1.9. Sağlık Evi

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 izlemlerini 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.

9.1.10. 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.

9.1.11. Sıtma Savaş Dispanseri (Sıtma Birimi)

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 05/02/2015 tarih ve 29258 sayılı Resmî 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.

Ülkemizde yerli sıtma bulaşısı sona ermiş olup sadece yurtdışı vakaları ile bunlardan kaynaklanan vakalar tespit edilmektedir. Ancak hastalık bulaşının yeniden başlamasını önlemek için sıtma ile mücadele çalışmaları kesintisiz olarak devam etmektedir. Yürütülecek olan çalışmaların esasları Sıtma Hastalığı İle Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi ile belirlenmiştir. Bu kapsamda sıtma birimleri tarafından aşağıda belirtilen çalışmaların yapılması beklenmekle beraber bunlara ilave olarak Müdürlük tarafından yapılması uygun görülen Genelge’deki diğer faaliyetlerde yapılacaktır.

a) Bölgelerinde sıtma açısından risk gruplarını belirlemek, nüfus hareketliliğini izlemek,

b) Sıtma açısından risk gruplarını oluşturan (sıtma endemik ülkelere seyahat edenler, mülteciler, göçmenler, sıtma salgının görüldüğü bölgeden gelenler, mevsimlik işçiler, misafirler ile son üç yıl içerisinde sıtma tanısı alıp tedavisi yapılan hastalar ve bu kişilerle aynı ortamda bulunan aile bireyleri, iş arkadaşları vb.) kişilerde sıtma sürveyans çalışmaları yürütmek,

c) Sıtma vaka tespiti halinde filyasyon çalışması yapmak, hastalığın bölgede yayılmasını önlemek için gerekli tedbirleri (vektör mücadelesi, eğitim ve farkındalık) almak,

d) Sıtma vakalarının bildirimini yapılmasını sağlamak,

e) Sıtma hastalığı, kontrolü, önlemler gibi hususlarda sağlık çalışanlarına ve halka yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yürütmek,

f) Sıtma ile ilgili hizmetlerin yürütülmesine ilişkin (tedavi ilacı, biyosidal ürün vb.) süreçleri takip etmek,

g) Müdürlük tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

9.1.12. VSD (Verem Savaş Dispanseri) Birimi

VSD'lerin taşınması, VSD binalarına başka birimlerin tahsisi, VSD'lerin kapatılması işlemleri için mutlaka Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüberküloz Daire Başkanlığından ön onur 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 temaslıların 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 temaslılarına 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 temaslıları 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.

9.2. AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Aile Hekimliği Uygulaması 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve bu kanun kapsamında yayımlanan yönetmelikler çerçevesinde yürütülmekte olup, uygulamaya geçiş, personel özlük hakları, çalışma koşulları, görev ve sorumlulukları ile disiplin işlemleri ilgili mevzuat ile ayrıca düzenlenmiştir.

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve realite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler olup, aile sağlığı çalışanları ise aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içerisinde aile hekimliği hizmetlerini sunmak üzere, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve acil tıp teknisyenleridir.

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça 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 Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği 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.
- Kişiye 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 kişiye 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 kişiye 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 çalışanı, aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye 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 Bakanlıkça 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 ocuk 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.
- Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı istihdamı 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununun 3 üncü maddesi ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 15 ve 16 ncı maddelerinde düzenlenmiş olup, her ikisi de ayrı ayrı Valilik ile hizmet sözleşmesi imzalamaktadır. Aile Hekimliği deme ve Sözleşme Yönetmeliği ile hizmet sözleşmesinin esasları ve fesih şartları düzenlenmiş olup, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının sözleşmeleri ve disiplin işlemlerinde bu mevzuat hükümlerine göre işlem tesis edilmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte aile sağlığı merkezlerinde; aile hekimlerince 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 alıştırabilmekte ya da hizmet satın alınabilmekte; Bakanlıkça belirlenen usuller çerçevesinde her üç aile hekimliği birimi için ilave bir sağlık personeli (ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi) müdürlük tarafından görevlendirilebilmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında temel hizmet birimi bir aile hekimi ve bir aile sağlığı çalışanının görev yaptığı aile hekimliği birimi olup, Aile Sağlığı Merkezlerinde bir veya birden fazla aile hekimliği biriminden oluşmaktadır. Aile hekimliği birimleri, nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önüne bulundurularak, Bakanlıkımız stratejik planı çerçevesinde belirlenen ortalama nüfus dikkate alınarak Valiliğin Teklifi ve Bakanlık Onayı ile açılmakta ve kapatılmaktadır. Aynı zamanda aile sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimlerinin yer değişiklikleri hizmet ihtiyacı doğrultusunda Valiliğin teklifi ve Bakanlık Onayı ile yapılabilmektedir. Bu işlemlerin İl Sağlık Müdürlüğünce planlanması ve değerlendirilmesi sürecinin Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 20 nci, 22 nci, 23 üncü, 24 üncü, 25 inci maddeleri hükümleri ile ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun şekilde yapılması gerekmektedir.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında vatandaşların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak üzere; gezici sağlık hizmeti, yerinde sağlık hizmeti ile yetkilendirilmiş, cezaevi ve entegre gibi özellikli hizmet birimleri planlanmış olup, bu uygulamalara ilişkin düzenlemeler yine Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Aile Hekimliği deme ve Sözleşme Yönetmeliği ve ilgili diğer mevzuat hükümleri ile yapılmıştır.

9.3. E-II VE E-III GRUBU İLÇE DEVLET HASTANELERİ

28.09.2011 tarih ve 39617 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulmuş olan ‘‘Sağlık Bakanlıkına Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul ve

Esaslar Hakkında Yönerge” hükümleri doğrultusunda hizmet sunulan ilçe devlet hastaneleri; bünyesinde koruyucu, birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile gezici sağlık hizmetlerinin yanı sıra acil sağlık hizmeti, doğum, ayaktan ve gerektiğinde hasta yatırarak tıbbi ve cerrahi müdahale yapılabilen, hasta potansiyeline göre diyaliz ünitesi bulundurabilen, ağız diş sağlığı gibi sağlık hizmetlerinin aile hekimleriyle bir arada ve tek merkezden, entegre sağlık hizmet sunum modeli ile verilebildiği hastaneleri ifade etmektedir.

İlçe devlet hastaneleri (E grubu hastaneler), hasta yatağı sayısı 25’in altında olan ilçe hastaneleridir.

Yönergeye göre; E-I grubu İlçe Devlet Hastanesi, aile hekimliği hariç olmak üzere, bünyesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin entegre sağlık hizmet sunumu kapsamında birlikte sunulduğu yataklı sağlık tesislerini ifade etmektedir ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet göstermektedir.

E-II ve E-III Grubu İlçe Devlet Hastaneleri birinci basamak sağlık hizmetleri ile acil sağlık hizmetlerinin aile hekimleriyle birlikte sunulduğu, kapasitesi doğrultusunda yataklı hizmetlerin de verilebildiği sağlık kurumlarını ifade etmektedir ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne bağlı olarak faaliyet göstermektedir.

Entegre sağlık hizmeti kapsamında kurumca belirlenecek yerlerde; bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve/veya yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız/diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmeti sunulmaktadır.

İlçe devlet hastanesi bünyesinde aile hekimliği uygulaması kapsamında verilen koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği mevzuatına göre istihdam edilen aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları, yataklı tedavi hizmetleri ise ilçe devlet hastanesi personeli tarafından sunulur.

E-II ve E-III Grubu ilçe devlet hastaneleri Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliğinde öngörülen hizmetlerle yükümlüdür.

E-II ve E-III Grubu ilçe devlet hastanelerinde, her aile hekiminin aile hekimliği mevzuatında belirtilen teknik donanım ve fizik şartları haiz mekânlarda hizmet vermesi esastır. Her aile hekimine ayrı bir poliklinik odası tahsis edilir. Aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında pansuman-enjeksiyon hizmetlerini verebilecekleri ve tüm aile hekimlerinin ortak kullanabileceği müdahale odası oluşturulur. Aile sağlığı merkezi gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimi gruplandırması için aile hekiminin ihtiyaç duyduğu mekânlar, imkânlar ölçüsünde aile hekiminin kullanımına sunulur.

Aile hekimlerinin çalışma saatleri, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 10 uncu maddesi çerçevesinde belirlenir. Esnek mesai uygulaması kapsamında nöbetler, başhekim tarafından düzenlenir ve aksatılmadan yürütülmesi sağlanır.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 15.06.2010 tarihli ve 24181 sayılı “Hastane Roller, Gruplandırma ve Hasta Yataklarının Kurum Bazlı Tesciline dair Makam Onayı” ile belirlenen kriterlere göre;

E-II Grubu İlçe Devlet Hastanelerinin;

- 1-Toplam nüfusu 9.000-18.000 arasında olan yerleşim birimlerinde faaliyet göstermesi,
- 2-Pratisyen tabiplere ilave olarak en az 1 aile hekimi uzmanının bulunması,
- 3-Acil sağlık hizmetlerinin acil poliklinik yapılanması içerisinde Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ nin 5’ inci maddesinin (b) bendinde belirlenen esaslara uygun olarak yürütülmesi,
- 4-Bünyesinde röntgen birimi ve rutin tetkiklerin yapılabileceği laboratuvar bulunması,
- 5-Yatırarak hasta takip ve tedavisinin sağlanabilmesi,
- 6-Normal doğum yaptırabilmesi,

7-Diş polikliniğinin bulunması gerekir.

E-III Grubu İlçe Devlet Hastanelerinin;

1-Toplam nüfusu 9.000' e kadar olan yerleşim birimlerinde faaliyet göstermesi,

2-Mesai saatleri haricindeki acil nöbet hizmetlerinin acil poliklinik yapılanması içerisinde, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 5'inci maddesinin (b) bendinde belirlenen esaslara uygun olarak yürütülmesi,

3-Normal doğum yaptırabilmesi,

4-Direkt grafi, rutin laboratuvar ve diş tabipliği hizmetlerinin verilebilmesi,

5-Müşahede amaçlı hasta yatışı ve takibi yapılabilmesi gerekir

E-II ve E-III grubu İlçe Devlet Hastanelerinde 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti verilmesi esastır. Hastane bünyesinde acil sağlık hizmetlerinin sunulabileceği en az bir acil muayene ve müdahale odasından oluşan acil poliklinik veya ünite bulunması zorunludur. Nöbet hizmetleri 24 saat hizmet esasına ve ihtiyaçlara göre esnek mesai uygulaması kapsamında aile hekimleri tarafından hastane personeli ile birlikte yürütülür. Gerektiğinde müşahede amaçlı hasta yatırılarak takip ve tedavisi sağlanır.

Entegre sağlık hizmeti sunulan ilçe devlet hastanelerinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilebilir.

Gerektiğinde doğum eylemine yönelik asgari düzenlemeler yapılmalıdır.

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik gereğince, ilçe devlet hastaneleri bünyesinde, planlamadan muaf olarak 10 cihaz kapasitesinde diyaliz üniteleri kurulabilmektedir.

9.4. HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları İle Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge'ye göre;

MADDE 21-(1) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında fiziki, biyolojik ve çevreden kaynaklanan ve insan sağlığını etkileyen etkenlerin, fiziksel, kimyasal, biyokimyasal, bakteriyolojik, mikolojik, virolojik, hematolojik, serolojik, parazitolojik, toksikolojik ve radyolojik yönden inceleme ve analizlerini yaparak, alınması gerekli tedbirler açısından koruyucu sağlık hizmetlerini yönlendirici verileri ortaya koyan, salgınların önlenmesi ve izlenmesi için gerekli analizleri yapan, su ve gıda maddeleri, biyolojik ürünler ve insan sağlığını ilgilendiren eşya ve levazımın kontrol ve ruhsatlandırılmasına esas analizleri yapan, teknik danışmanlık yapan, eğitim veren sağlık tesisidir.

(2) Halk sağlığı laboratuvarları il merkezlerinde ve ihtiyaca göre belirlenecek ilçe merkezlerinde müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile açılır. Bu laboratuvarlara müdürlüğün önerisi üzerine Bakanlıkça laboratuvar sorumlusu görevlendirilir. İl merkezi nüfusu 1 milyondan fazla olan illerde, müdürlüğün teklifi ve Bakanlığın onayı ile birden fazla halk sağlığı laboratuvarı kurulabilir. Halk sağlığı laboratuvarları fonksiyonlarına ve kuruluş yerlerine göre üç şekilde sınıflandırılır. L1 tipi laboratuvarlar bazı özellikli analizler bakımından gerektiğinde diğer illere de hizmet vermek üzere kurulur. L2 tipi laboratuvarlar il merkezlerinde L3 tipi laboratuvarlar ise ilçelerde kurulur. L1 tipi laboratuvarların hangi özellikli analizleri yapacakları ve bu analizler bakımından hangi illere hizmet vereceği Bakanlık tarafından belirlenir.

(3) Halk sağlığı laboratuvarlarının genel olarak görevleri şunlardır:

a) Ruhsatlandırma, Denetim ve Kontrol İzmeye yönelik olarak, insani tüketim amaçlı her tür suyun, yüzme suları, kaplıca suları, peloid ve deniz suyunun mikrobiyolojik ve kimyasal analizlerini yapmak.

b) Atık suların ve yüzey sularının mikrobiyolojik ve kimyasal analizlerini yapmak.

c) İşçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili analizleri yapmak.

ç) Gıda, yakıt, temizlik ürünleri, oyuncak gibi tüketime sunulan her türlü ürünün halk sağlığı

açısından gerekli analizlerini yapmak.

d) Bakanlık politikaları doğrultusunda farklı analiz parametrelerinin yapılabilirliğini sağlamak.

e) Klinik laboratuvar hizmeti vermek, beşeri (her türlü kan, idrar ve bunun gibi insani) numunelerin mikrobiyolojik, virolojik, toksikolojik ve biyokimyasal testleri ve analizleri yapmak.

f) Aile hekimliği hizmetleri kapsamında gerekli tam ve teşhise yardımcı test, analiz ve görüntüleme hizmetlerini sunmak.

g) Hizmetin yürütülmesi için mevzuat uygulamalarının ve diğer gelişmelerin saha hizmetlerini yürüten personele ve halka aktarılması amacıyla eğitim planları ve materyalleri hazırlamak, eğitim çalışmaları yapmak.

ğ) Halk sağlığı laboratuvarı hizmetleri kapsamında ulusal ve uluslararası gelişmeleri takip ederek araştırma geliştirme faaliyetlerinde bulunmak.

Halk sağlığı laboratuvarları hizmet tipine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

1. L2 Hizmet Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı: Bakanlığın planlaması ve izni dahilinde ilgili mevzuatı kapsamında Bakanlık tarafından 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 Bakanlık tarafından belirlenen klinik ve klinik dışı analizleri gerçekleştiren ve bölgesindeki L2 hizmet tipi laboratuvarlara analiz, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunan laboratuvardır.
3. Test Bazında Referans Yetkili Laboratuvar: Referans olduğu parametrenin doğrulamasını yapan, gerektiğinde yeni yöntemlerin geçerli kılınmasını sağlayan ve bu kapsamda kurumca yetkilendirilen laboratuvardır. Test Bazında Referans Yetkili Laboratuvar olabilme ölçütleri ve görevleri Kurumca belirlenir.
 - Klinik dışı mikrobiyoloji laboratuvar birimi; Bakanlığın izni dâhilinde belirlenen klinik dışı numunelerde mikrobiyolojik analizleri yapar.
 - Kimyasal analiz laboratuvar birimi; Bakanlığın izni dâhilinde belirlenen klinik dışı numunelerde fiziksel ve kimyasal analizleri yapar.

9.5. ÇOCUK İZLEM MERKEZİ

ÇİM'ler, cinsel istismar şüphesi olan çocuğun beyanının alındığı, muayenesinin yapıldığı, aile görüşmesinin yapıldığı ve raporunun hazırlanması için gereken tüm personel ve ekipmanın bulunduğu, işlemlerin her aşamada çocuğun yüksek yararı gözetilerek yürütüldüğü, tekrar örselenmesini engelleyecek biçimde, bütün işlemlerin tek seferde yapılmasına imkan verecek koşullarda sağlandığı çocuk dostu bir merkezdir.

Türkiye'de ÇİM'lerin kuruluşunu öngören ilk düzenleme 04.10.2012 tarih ve 28431 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesidir.

ÇİM'de;

- 0-18 yaş grubu cinsel istismara uğradığı bilinen, cinsel istismar kuşkusu olan çocuklara hizmet etmektedir.
- Bu merkezde çocukla ve ailesi ile görüşülmekte ve olayla ilgili bilgiler alınmaktadır.
- Çocuğun fizik muayenesi, ilk ruhsal değerlendirmesi ve adli tıp değerlendirmesi de burada uzman hekimler tarafından yapılmaktadır.
- Çocuktan ve aileden alınan bilgilerle muayeneler sonucunda elde edilen bilgileri içeren bir rapor hazırlanmaktadır.
- Tüm bu süreç çocuk dostu bir ortamda gerçekleşmektedir.

Merkezde, "Çocukla Adli Görüşmecî Sertifikalı Eğitim Programı" kapsamında eğitim almış hekim, çocuk gelişimcisi, psikolog, sosyal çalışmacı ile çocuk gelişimi, psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik veya sosyal hizmet alanlarında yüksek lisans yapmış hemşireler 24 saat nöbet sistemi ile çalışmaktadır.

Cinsel istismar düşünölen çocuğun ÇİM'e ulaşımı:

Çocuğun cinsel istismara uğradığına yönelik makul şüphe varlığında aile hekimi kolluk kuvvetlerine bildirimde bulunur. Cumhuriyet Savcısının talimatıyla kolluk kuvvetleri (jandarma/çocuk polisi) çocuğu sivil ekip ve sivil araçla, olay hakkında herhangi bir görüşme yapmadan ÇİM'e getirir.

ÇİM'de rutin değerlendirme yapılır;

- Adli görüşme (çocuğun beyanı kaydedilir) yapılır,
- Bedensel ve ruhsal muayenesi yapılır,
- Raporu hazırlanır
- İzlem planı yapılır.

Türk Ceza Kanunu'na göre;

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

Madde 279- (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun, adli kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

Madde 280- (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Çocuk İzlem Merkezleri

ÇİM SAYISI	İL SAYISI	İL	KURUM ADI
1	1	ADANA	ADANA ŞEHİR HASTANESİ
2	2	ADİYAMAN	T.C. S.B. ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EAH
3	3	AFYONKARAHİSAR	AFYONKARAHİSAR DEVLET HASTANESİ
4	4	ANKARA	T.C. SB. ANKARA YBÜ. YENİMAHALLE EAH
5	5	ANTALYA	T.C. SB. SBÜ. ANTALYA EAH
6	6	AYDIN	AYDIN KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
7	7	BİNGÖL	BİNGÖL KADIN DOğUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
8	8	BİTLİS	BİTLİS TATVAN DEVLET HASTANESİ
9	9	BURDUR	BURDUR DEVLET HASTANESİ
10	10	BURSA	T.C. SB. SBÜ. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EAH
11	11	ÇORUM	T.C. SB. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EAH
12	12	DENİZLİ	DENİZLİ DEVLET HASTANESİ

ÇİM SAYISI	İL SAYISI	İL	KURUM ADI
13	13	DİYARBAKIR	DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
14	14	EDİRNE	EDİRNE SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ
15	15	ELAZIĞ	T.C. SB. SBÜ. ELAZIĞ EAH
16	16	ERZURUM	T.C. SB. SBÜ. ERZURUM BÖLGE EAH
17	17	ESKİŞEHİR	ESKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ
18	18	GAZİANTEP	GAZİANTEP CENGİZ GÖKÇEK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTANESİ
19	19	GİRESUN	T.C. SB. GİRESUN ÜNİVERSİTESİ PROF. DR. A. İLHAN ÖZDEMİR EAH.
20	20	HATAY	HATAY DEVLET HASTANESİ
21	21	MERSİN	MERSİN TOROS DEVLET HASTANESİ
22	22	İSTANBUL(BAKIRKÖY)	T.C.SB. SBÜ. PROF.DR.MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI EAH.
23		İSTANBUL(ÇEKMECE)	T.C.SB. SBÜ. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EAH
24		İSTANBUL(BEYOĞLU)	T.C SB. SBÜ. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EAH
25		İSTANBUL(ANADOLU GÜNEY)	T.C.SB. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EAH
26	23	İZMİR	T.C.SB. SBÜ. DR.BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EAH.
27	24	KAYSERİ	KAYSERİ DEVLET HASTANESİ
28	25	KOCAELİ	T.C. SB. SBÜ. DERİNCE EAH
29	26	KONYA	KONYA BEYHEKİM DEVLET HASTANESİ
30	27	MALATYA	MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
31	28	MANİSA	MANİSA MERKEZEFENDİ DEVLET HASTANESİ
32	29	KAHRAMANMARAŞ	KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ
33	30	MARDİN	MARDİN DEVLET HASTANESİ
34	31	NİĞDE	T.C. SB. ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ EAH
35	32	SAKARYA	T.C. SB. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EAH
36	33	SAMSUN	T.C. SB. SBÜ. SAMSUN EAH
37	34	SİVAS	SİVAS NUMUNE HASTANESİ
38	35	TRABZON	TRABZON KANUNİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
39	36	ŞANLIURFA	ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
40	37	VAN	T.C. SB. SBÜ. VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
41	38	ZONGULDAK	ZONGULDAK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
42	39	KARAMAN	KARAMAN DEVLET HASTANESİ

ÇİM SAYISI	İL SAYISI	İL	KURUM ADI
43	40	KIRIKKALE	KIRIKKALE YÜKSEK İHTİSAS HASTANESİ
44	41	KARABÜK	T.C. SB. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EAH

9.6. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ (TRSM)

TRSM'ler, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş- uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemler kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak planlanmıştır. Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi olmaktadır.

Merkezin ekibi ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire, iş uğraş terapisti ya da usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, şoför, temizlik elemanı ve güvenlik görevlisinden oluşmaktadır.

Merkezlerin işleyişi, asgari fiziki şartları; bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamak için "Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge" 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge Bakanlığımızın yeni yapılanmasından sonra; 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı makam onayı ile revize edilmiştir.

Merkeze Kabul Edilme

- Hastaneye yatırılma riski olan ve psikoz veya diğer ağır ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyanlar
- Ağır bir ruhsal bozukluk nedeniyle işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler. (Şizofreni ve Bipolar Hastalar)

Merkezlerin Amaç ve Hedefleri

- Ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin durumlarını, işlevlerini ve iyilik hallerini geliştirmek,
- Hasta yakınlarının destek verme kapasitelerini artırmak,
- Birinci basamak sağlık kurumlarıyla ve hastane birimleriyle yakın işbirliği yapmak,
- Hastalara ve ailelere destek amacıyla diğer kurumlarla ve kuruluşlarla koordinasyonu sağlamak,
- Toplumda ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın azaltılmasına yönelik çalışmalar yapmak.

Nasıl Müracaat Edilir?

- Aile hekimlerinden,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarından,
- Hastanelerin psikiyatri birimlerinden,
- Sosyal bakım kurumlarından sevk kabul edilir.
- Ayrıca, hasta veya aileleri tarafından doğrudan başvurular da kabul edilir.
- Merkeze gelemeyecek durumda olan hastalar gezici ekip tarafından ziyaret edilir ve durumları belirlenerek merkeze davet edilir.
- Merkez hizmetlerinden yararlanmak için, hastanın bizzat kendisi veya hasta yakınları tarafından talep yapılabilir.

TRSM Hizmetleri Nelerdir?

- Merkez ile ilgili hasta ve yakınlarına işleyiş ile ilgili bilgi vermek,
- Hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek,
- Merkeze devamı sağlanan hastaların tedavisine düzenli devam edip etmediğini takip etmek,
- Hastanın bakım planı çerçevesinde gezici ekip tarafından ev ziyaretleri yapılması,
- Grup terapisi yapmak,
- Psikososyal beceri eğitimi vermek,

- Hastanın durumuna göre uygun olarak resim, el sanatları, müzik gibi uğraşı tedavileri düzenlemek,
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek,
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmak,
- Toplumun bilgilendirilmesiyle ilgili ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak.

9.7.KANSER KAYIT MERKEZİ

13 Haziran 2015 tarihli ve 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.

Kayıtların günlük olarak yedekleme işlemi yapılmalıdır.

İlgili yönetmeliğin uygulanması ve sahada yaşanan sorunların giderilmesi amacı ile 2019 yılında yayımlanan Kanser Kayıtçılığı Genelgesine göre;

“Madde 9) Kanser kayıt çalışmalarında öncelikli olarak sertifikalı elemanların çalışması gerekmektedir. Sertifikalı kanser kayıt elemanların kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi ile sağlık hizmet sunumunun kaliteli olması ilkesi çerçevesinde eğitim aldığı alanda görevlendirilmesi esastır.” hükmü yer almaktadır.

BÖLÜM X FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

10.1. GENEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

10.1.1. Tabela ve Yönlendirme İşaretleri

10.1.1.1. 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.

10.1.1.2. 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:



10.1.1.3. 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 elemanının adı, soyadı, unvanı, aile hekimliği biriminin adı ve telefon numarası eklenmelidir. Aile hekimisi 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 hekimisi 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 hekimisi 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 yerine asılarak kişilerin bilgilenebilmesi 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.		

10.1.2. Yangına Yönelik Önlemler

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

10.1.2.1. 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.

10.1.2.2. 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.

10.1.2.3. Taşınabilir Söndürme Tüpleri

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

- a) A sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, çok maksatlı kuru kimyevi tozlu veya sulu,
 - b) B sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu, karbondioksitli veya köpüklü,
 - c) C sınıfı yangın çıkması muhtemel yerlerde, kuru kimyevi tozlu veya karbondioksitli,
 - ç) 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 dolmuş 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.

10.1.2.4. 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 işbirliği 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.

10.1.3. 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. Buna göre denetim komisyonları tarafından engellilerin erişilebilirliğine ilişkin yükümlülükleri yerine getirmede tespit edilen kurum ve kuruluşları için idari para cezası şeklinde yaptırımlar öngörülmektedir.

Umuma açık hizmet veren her türlü yapılar ve açık alanlar ile toplu taşıma araçlarında erişilebilirliğin izleme ve denetimini yapacak olan komisyonların teşkili, çalışma usul ve esasları ile idari para cezalarının uygulanmasına ilişkin hususlar ise Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliğinde belirlenmiştir.

Birinci basamak sağlık tesislerimizin mevzuat gereği engelli bireylerin erişilebilirliğine uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Buna göre;

- Bina yakın çevresi/ bahçe içi düzenlemeleri
- Engelli otoparkı
- Bina girişleri
- İç kapılar
- Engelli tuvaleti/lavabosu
- Bina içi yatay dolaşım alanları
- Bina içi dikey dolaşım alanları
- Yönlendirme ve işaretlemeler
- Acil durum ve bina tesisatı
- Hissedilebilir yürüme yüzeyi işaretleri

20/07/2013 tarihli ve 28713 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının 2016/07 sayılı Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formları Hakkında Genelgenin Ek-1: Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formunda belirlenen formata uygun olarak yukarıda başlıklar halinde verilen düzenlemelerin birinci basamak sağlık tesislerimizde yapılması gerekmektedir.

İzleme ve değerlendirme faaliyetleri kapsamında engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini sağlamaya dönük aşağıdaki düzenlemeler yönünden değerlendirmelidir.

10.1.3.1. Bahçe içi Düzenlemeleri

- Kaldırımlardan bahçeye girişte kot farkı var ise standardına uygun rampalı giriş sağlanmalıdır.
- Rampanın temiz geçiş genişliği uygun (en az 100 cm), yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.
- Rampa eğimi standarda uygun olmalıdır (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; B.15)
- Bahçe yolu veya yayanın kullanabileceği güzergâh varsa bu güzergahta mevzuatta belirlenen standartlara uygun gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bahçe yolu engellerden arındırılmış (elektrik direği, tabelalar, süs bitkileri, çiçeklik/saksılar, reklam/ilan panolarıvb.) olmalıdır. (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; B.67-B.139)

10.1.3.2. 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.
- Otoparkın belirlenen standartlara göre aydınlatması yapılmalıdır.
- Engelli otoparkının zemin yüzeyi düz, sabit ve dayanıklı olmalıdır.

10.1.3.3. 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 olarak 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 cam yüzeyler varsa bunlar yerden 130 -140 cm birinci düzey ve 90-100 cm ikinci düzey yükseklikte en az 7.5 cm genişlikte uyarıcı renkli bantlarla işaretlenmeler yapılmış olmalıdır.

10.1.3.4. Rampalar

- Bahçe içi, bina girişi, bina içi yatay dolaşım vb. alanlarda kot farkı varsa bunu gidermek için yapılan rampalar standartlara uygun olmalıdır. (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu)
- 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 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 150x150 cm manevra alanı olmalıdır.
- Rampa uzunluğu 9 m'den fazla ise veya rampa yön değiştiriyorsa en az 150x150 cm ölçülerinde ara sahanlık bulunmalıdır.

10.1.3.5. Merdivenler

- Merdiven basamakları düz, sabit, dayanıklı ve ıslak- kuru halde kaymayan malzeme ile kaplanmalıdır.
- 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 basamaklar aynı derinlikte ve aynı yükseklikte olmalıdır.

10.1.3.6. Merdiven-Rampa Korkuluk ve Küpeşterleri

- Küpeşte, merdivenler/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.
- Tırabzanlara ve küpeşterlere dayanan bir kişinin vücut kütleini çekebilecek şekilde emniyetle tutturulmuş olmalıdır.

10.1.3.7. Engelli Polikliniği

- Poliklinik muayene odaları içinde en az 150x150 cm genişliğinde manevra alanları olmalıdır.
- Engelli poliklinik kapılarının temiz geçiş genişliği Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde belirlenen standartta uygun olmalıdır. (Mevcut polikliniklerde en az 100 cm yeni planlananlar için en az 110 cm)
- İç mekânlardaki mobilya düzenlemeleri minimum geçiş genişliklerini (en az 90 cm) sağlayacak şekilde yapılmalıdır.
- Bekleme alanlarında tekerlekli sandalyeler için yeterli genişlikte en az 150x150 manevra alanı ve en az 90 cm bekleme yeri oluşturulmalıdır.

10.1.3.8. Engelli Tuvaletleri

- Binada en az 1 adet kadın ve 1 adet erkek veya bağımsız girişi olan en az bir adet kadın-erkek ortak kullanımında olan engelli tuvaleti olmalıdır.
- Engelli tuvaletine engelsiz ulaşım sağlanmalıdır.
- Engelli tuvaletine geçiş sağlayan tüm kapıların ve engelli tuvalet kabini kapısının temiz geçiş genişliği; bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011 den önce alınmış olan binalarda en az 85 cm, bina projesi onayı veya yapı izni 22 Kasım 2011 den sonra alınmış olan binalarda 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) 122 cm x 167,5 cm, sağ yandan yaklaşımda (diyagonal bir transfer için) 122 cm x 142 cm ve hem ön hem sol yandan yaklaşımda (yan bir transfer için) 150 cm x 142 cm ölçülerinde; 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.
- İşaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- İşaretlemeler (tabelalar) çevre rengi ile zıt 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 renklerde olmalıdır.
- İşaretler görme engelliler için Braille 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 en fazla 140 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 en fazla 140 cm ve klozetten erişilebilecek konumda olmalıdır.
- Sabunlukların yerden yüksekliği en fazla 140 cm olmalıdır. **(Yeniden yapılacak veya tadilat sırasında değiştirilecek sifon kolları yerden en fazla 80-110 cm olmalıdır.)**
- Musluklar el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.
- Aynaların alt kenarının yerden yüksekliği en fazla 90 cm 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 yüksekliğe ve klozetten kolayca erişilebilecek şekilde konumlandırılmalıdır. Tek el ile kavrama gerektirmeden açılıp kapanabilecek nitelikte olmalıdır.
Engelli tuvaletinde klozetten ve yere düşüldüğünde yetişilebilecek şekilde, iple çekilerek çalıştırılabilir özellikte acil durum çağrı aparatı bulunmalıdır.

10.1.3.9. Bina İçi Yatay Dolaşım

- Tüm dolaşım alanları boyunca engellerden (çöp kutusu, su sebili, çay kahve makinesi 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.
- Tüm dolaşım alanlarında kolay hareket sağlayan, düz, sert ve sabit malzeme kullanılmış olmalıdır.
- Tüm dolaşım alanları iyi aydınlatılmış olmalıdır.
- Odalarda bulunan mobilya düzenlemelerinin geçiş genişlikleri en az 90 cm olacak şekilde düzenlenmelidir.
- Kapılar fazla kuvvet gerektirmeden kolay açılabilir nitelikte olmalıdır.

10.1.3.10. Bina İçi Dikey Dolaşım

- Asansör önü ve kabin içi yeterince aydınlatılmış olmalıdır.
- Asansör kapısının temiz geçiş genişlikleri en az 90 cm olmalıdır.
- Asansör kapısının yanında bilgilendirici ve/veya uyarıcı işaretler standarda uygun olmalıdır (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; I.10-I.17)
- 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.
- 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. (Bakınız Ek-1-Binalar İçin Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formu; I.26)
- Asansör kabin içi ve dışındaki rakam, yazı ve semboller buldukları zeminle zıt renkli olmalıdır.

10.1.3.11. Yönlendirme ve İşaretler

- Duvara yatay monte edilmiş işaretler zemin yüzeyinden en az 120 cm, en fazla 160 cm yükseklikte olmalıdır.
- Duvara dik veya tavana monte edilmiş levhalar zeminden en az 220 cm yükseklikte olmalıdır.
- 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 renkte olmalıdır.
- Yönlendirme işaretleri ve yazıları kolay görülebilmesi için yazıldığı zeminle zıt 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 Alfabesi ile yazılı ve kabartmalı bilgilendirme panosu olmalıdır.

10.1.3.12. 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.

10.1.4. 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.

10.1.5. 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 kilograma 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 sıkıştırılamaz, 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 sıkıştırılamaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz.

(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.



10.1.6. Arşiv Düzenlemesi

Kurumların arşiv düzenlemesi ile ilgili 18.10.2019 tarihli ve 30922 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Belgelerin korunması

MADDE 5- (1) Yükümlüler;

a) Ellerinde bulundurdukları her türlü belgenin yangın, hırsızlık, rutubet, sıcaklık, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahribatına karşı korunmasından ve mevcut asli düzenleri içerisinde muhafaza edilmesinden,

b) Elektronik ortamda teşekkül eden ve/veya depolanan belgeler için her türlü afet, siber saldırı, yazılım/donanım kaynaklı veya olası diğer tehditlere/risklere karşı gerekli güvenlik önlemlerinin alınması ve olası belge kayıplarının engellenmesi amacıyla felaket kurtarma planlaması yapılması ve yürütülmesi ile yedekleme ünitelerinin tesis edilmesinden sorumludur.

Arşivlerin oluşturulması

MADDE 9- (1) Yükümlüler; merkez teşkilatında “Kurum Arşivi”, taşra, bölge ve yurt dışı teşkilatlarında ise “Merkezi Arşiv”ler kurmakla yükümlüdür.

(2) Birimler, ihtiyaç halinde güncelliğini kaybetmemiş olarak aktif bir biçimde ve günlük iş akışı içerisinde kullanılan belgelerin belirli bir süre muhafaza edileceği birim arşivlerini oluşturabilir.

(3) Arşiv mekanlarının oluşturulması ve düzenlenmesinde TS13212 numaralı “Arşiv Mekanlarının Düzenlenmesi” standardı dikkate alınır.

(4) Belgelerin, kurum arşivi, merkezi arşiv ve varsa birim arşivlerinde bekletilme ve saklama süreleri, saklama planlarında belirtildiği şekilde uygulanır.

(5) Elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde elektronik arşivlerde tutulur.

Arşivlerde düzenleme

MADDE 15- (1) Belgeler, arşivlerde işlem gördüğü tarihte meydana gelen yapısına uygun olarak asli düzeni bozulmadan muhafaza edilir.

(2) Arşivlerde birimlere, belge yoğunluğu ve saklama sürelerinin uzunluğu dikkate alınarak yer ayrılır.

(3) Dosya/klasörler, bir yerleşim planı dâhilinde raflara yerleştirilir ve yerleşim şeması çıkartılır.

(4) Dosya/klasörlerin yerleştirilmesinde raflarda soldan sağa, gözlerde ise yukarıdan aşağıya doğru sıra uygulanır.

(5) Arşivde yerleştirme işlemi, sol taraftaki ilk rafın sol üst köşesinden başlanmak üzere yapılır. Bu işlem, her raf grubu için tekrarlanır.

(6) Yerleştirme işlemlerinde dosya kodları ve serileri dikkate alınarak, dosya/klasörler küçük numaradan büyük numaraya doğru yerleştirilir.

(7) Bu yerleştirme işlemi, yalnızca klasik tip belge için söz konusu olup film, fotoğraf, plak, ses ve görüntü bandı ve benzeri değişik tür ve çeşitteki belgelerin türüne göre raf sistemleri kurularak yerleştirme işlemi yapılır.

(8) Elektronik belge yönetim sistemlerinde belgeler, belge hiyerarşisi ve dosya bütünlüğü dikkate alınarak saklanır.

10.2. BİRİME ÖZEL FİZİKİ VE TEKNİK ŞARTLAR

10.2.1. 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 hekimi 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 kurulurlar. 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 tamirâtı 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 aşılar 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) Aşılar 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) İlaç 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 hekime kadar iki set, dört hekimden sonra her dört hekim için ilave bir set).
 - ıı) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında uygulanan aşılar ve antiserumlar.
 - ii) Kurum tarafından belirlenen bulundurulması zorunlu tutulan temel acil ilaçlar, aşılar 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.

10.2.2. Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırılması

Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırma İşlemleri konulu 21.07.2017 tarihli ve E.1828 sayılı genel yazıda;

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği’nin 16 ncı maddesinin birinci 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 Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü ile Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü personelinin oluşturulacak olup, bu şubelerin bulunmadığı illerde ise Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü veya Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü personelinin oluşturulacaktır. Ekip en az 3 personelden oluşturulacak olup gerektiği durumlarda İl Sağlık Müdürlüğü tarafından diğer şube müdürlüklerinden 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 taşıdığına 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 uygulama şubesinden sorumlu halk sağlığı müdür 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 İl 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 bulunan aile hekimliği birimi için, değerlendirme raporunun halk sağlığı müdür 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 müdürü 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 müdürü

b) Halk sağlığı müdür yardımcısı (destek hizmetlerinden sorumlu halk sağlığı müdür yardımcısı ve/veya aile hekimliği hizmetlerinden sorumlu halk sağlığı müdür yardımcısı, her ikisi de bulunan illerde ikisi de komisyona dahil edilecektir.)

c) Aile hekimliği hizmetleri ile ilgili şube müdürü (aile hekimliği uygulama şube müdürü ve aile hekimliği izleme ve değerlendirme şube müdürü bulunan illerde her ikisi de komisyona dahil edilecektir.)

ç) İlgili TSM sorumlu hekimi,

d) Halk sağlığı müdürünün 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) Bulunduğu 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 demeler 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 demeler, bu tarihler arasındaki hak edilen grup üzerinden yapılacak ve tespit edilen fazla demeler geri alınacaktır.

10.2.2.1. 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
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
1	Hasta müracaatları elektronik sıra takip sistemi ile yönlendirilmektedir.							A, B, C, D	
	a) Bekleme alanında başvuruların 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 konulmalıdır. (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 sağlığı 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) Sağlığı 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:

1

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	
	<p>a) Gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü oda asgari 10 m² olmalıdır.</p> <p>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 gebe izlem ve üreme sağlığı odası olmalıdır.</p> <p>c) Oda içerisinde muayene masası, jinekolojik muayene masası bulunmalı, hastaların mahremiyeti perde, paravan vb. araçlar ile sağlanmış olmalıdır.</p> <p>ç) Oda içerisinde lavabo olmalıdır.</p> <p>Not: Gruplandırılmış 1, 2, 3 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde soru kapsam dışıdır.</p>								
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	
	<p>a) Kullanıma hazır bir şekilde müstakil asgari 5 m²'lik bir emzirme odası veya bölümü olmalıdır. Emzirme bölümü oluşturulmuş ise, paravan ya da perde ile oluşturulmuş olmamalı, mahremiyeti sağlayacak kapısı olmalıdır.</p> <p>b) Emzirme bölümünde bebek bakım ünitesi (bebeğin düşmemesi için gerekli düzenlemenin yapıldığı korkuluk, emniyet kemeri vb. olduğu temiz bir alt değiştirme yeri) bulunmalıdır.</p> <p>c) Emzirme bölümünde annelerin kullanabileceği ıslak mendil, en az bir adet koltuk veya sandalye olmalıdır.</p> <p>ç) Emzirme bölümünün kolay fark edilebilen ve okunabilen asgari 15x30 cm ebatında bir tabelası olmalıdır.</p>								
7	Aile sağlığı merkezinde gruplandırmaya dâhil olan her dört hekim için bir adet müdahale odası planlanmıştır.							A	
	<p>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. şekilde müdahale odası olmalıdır.</p> <p>b) Gruplandırılmış 7 aile hekimliği biriminin bulunduğu ASM'lerde soru kapsam dışı olup asgari şartlardaki müdahale odası yeterli sayılacaktır.</p> <p>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.</p>								
8	Belgelendirmek kaydıyla her aile hekimi haftalık asgari 10 saat temizlik personeli çalıştırmaktadır.							A, B, C, D	
	<p>a) Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.</p> <p>b) Temizlik personeli bu konuda eğitilmelidir ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>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.</p> <p>ç) Çalıştırılan personelin güncel çalışma gün ve saatleri yazılı olarak müdürlüğe bildirilmiş olmalıdır.</p> <p>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.</p> <p>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 tanımlanabilir. 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.</p>								

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

İmza:

7

S.n.	Kriterler	Beyan*		Tespit 1 (.../.../...)		Tespit 2** (.../.../...)		Grup	Açıklama
		Evnet	Hayır	Evnet	Hayır	Evnet	Hayır		
	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	
9									<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 (anı 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 hekimliği birimiyle veya birden fazla aile hekimliği 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>
	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	
10									<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 (anı 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 hekimliği birimiyle veya birden fazla aile hekimliği 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 bulundurulacağı 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 kapsamı 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 almalıdır. (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 görüntülendiği güvenlik kamera sistemi mevcuttur.							A, B, C	
	a) Aile sağlığı merkezi girişinin, bekleme alanlarının ve oda girişlerinin görüntülendiği 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 edilerek 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 belirten tabela asılmalıdır.								

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

İmza:

C - Değerlendirme Sonucu		Ekib 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	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 donanım ile ilişkin eksikliğin tamamlanmadığı tespit edilmiştir. Gruplandırma işlemine son verilmiştir. Bu süre de dahil olmak üzere şartlarını karşıladığı grup üzerinden değerlendirilecektir.		
			.../.../... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı, Grubu kriterlerini karşılanmadığı tespit edilmiştir. Aile hekimince talep edilen grup şartlarının 10 gün içinde tamamlanacağı tahahhüt edilmiştir.		
	4	4a	.../.../... tarihinde yapılan değerlendirmede asgari fiziki şartlar ve teknik donanımın sağlandığı, Grubu kriterlerini karşılanmadığı ancak Grubu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir.		
		4b	Aile hekimince kriterlerini taşıdığı tespit edilen Grubu üzerinden değerlendirme yapılması talep edilmediğinden gruplandırma işlemine son verilmiştir.		
	B - İzleme - Değerlendirme & Rutin Deneim	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 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)		
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:

10.2.3. E-II ve E-III Grubu İlçe Devlet Hastaneleri

Acil Servis/Ünitesi

- Acil ünitesinde yer alan personel, tıbbî cihaz ve ilaç asgari standardı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ Ek-6, asgari tıbbî cihaz ve donanım için Ek-2 1. Seviye Acil Servislerde bulundurulması gereken tıbbî cihaz ve donanım asgari standardı karşılanmalıdır.
- Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirici işaretler bulunmalıdır.
- Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir şekilde olmalıdır.
- Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olmalı, ambulans ve diğer araçların kolay ulaşımını sağlayacak bir düzenleme yapılmalıdır.
- Acil serviste karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.
- Acil servis işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır;
 - ✓ Hasta kabulü,
 - ✓ Hasta müşahade süreci,
 - ✓ Görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine yönelik süreci,
 - ✓ Hastaların yatışı,
 - ✓ Nöbet süreci,
 - ✓ Hastaların hastane dışına sevk edilmesi konularını kapsamalıdır.
- İlaç ve sarf malzemelerin miad ve stok kontrolleri manuel/sistem üzerinden yapılmalıdır.
- İlaçlar; hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır. İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır. Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır. İlaçlar için oda sıcaklığı 15-25 °C, nem: max % 60, Buzdolabı +2 ile +8 °C arasında olmalıdır. Ancak ilaca özgü saklama şartları bulunduğunda gereklilikler yerine getirilmelidir.
- İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- Acil serviste gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunmamalıdır. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içermeli ve en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.
- Zehirlenme vakalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Tüm Zehirlenme vakaları Ulusal Zehir Merkezi kılavuzuna göre takip edilmelidir.
- Tüm vakalar Ulusal Zehir Merkezine bildirilmelidir.
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.
- Devir teslim kayıtlarında;
 - ✓ İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı,
 - ✓ İlacın kullanıldığı tarih,
 - ✓ İlacı kimin uyguladığı,
 - ✓ Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,
 - ✓ Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir.

Laboratuvar

- Hasta ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli, düzenli ve uygun laboratuvar hizmeti verilmelidir.
- Tüm laboratuvar cihazları, düzenli olarak kontrol edilip bakım ve kalibrasyonları yapılarak kayıtları tutulmalıdır.
- Laboratuvar güvenlik rehberi hazırlanmalıdır, asgari belirlenen hususları kapsamalıdır.
- Mesai saatleri dışında verilecek laboratuvar hizmetleri belirlenmelidir.
- Çalışılan tüm testlerin iç (internal) kalite kontrolü yapılmalıdır. Dış kalite kontrolü yapılabilen testler için dış kalite kontrolleri yapılmalıdır.

- Çalışılan parametrelerin panik değer bildirimleri yapılmalıdır.
- Laboratuvarda oluşan tehlikeli atıklar imhası yapılmalıdır.

Röntgen

- Radyoloji hizmetleri, hasta grupları ve sunulan klinik hizmetlerin gereksinimleri doğrultusunda organize edilmelidir.
- Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır. Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışına alınmalıdır. Radyoloji girişinde, laboratuvar alanı içinde ve bu alan ile bağlantılı hastane koridorlarında yönlendirme, uyarı ve güvenlik işaretleri kolaylıkla görülebilecek, anlaşılabilir şekilde uygun yerlere asılmalıdır.
- Radyasyon kaynağının bakımı, onarımı, sızıntı testi, tüp ve kaynak değişimi gibi işlemlerinin tarihleri, yapılan işlerin içeriği ve konu ile ilgili kişilerin isimleri, kayıt altına alınmalıdır.
- Radyasyon Güvenliği Tüzüğü ve Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği kapsamına giren radyasyon kaynaklarının imal, ithal ve ihraç edilmesi, alınması, satılması, taşınması, depolanması, bakımı, onarımı, kurulması, sökülmesi, değiştirilmesi, radyasyon kaynaklarıyla çalışılabilmesi ve her türlü amaçla bulundurulması ve kullanılması için TAEK 'den lisans alınması zorunludur. Bu lisans, başvurusu yapılan kaynakların TAEK tarafından onaylanan kişilerin sorumluluğu altında ve başvuruda belirtilen adresteki faaliyetini kapsar. TAEK lisansında bulunan seri numarası ile cihaz seri numarası uyumlu olmalıdır. Lisans beş yıl süreyle geçerlidir. Lisans sahibi tarafından lisans koşullarında değişiklik olmadığı bildirilerek lisansın vize edilmesi için süre bitiminden önceki altı ay içerisinde vize ücreti TAEK (Kurum) hesabına yatırılarak istenen bilgi ve belgelerle birlikte TAEK'e başvurulur.
- Kişisel dozimetre kullanılması zorunludur. Dozimetreler, TAEK ve TAEK tarafından uygun görülen kuruluşlar tarafından verilir ve aynı kuruluşlarca kontrol edilir. Dozimetrik değerlendirme sonuçları dönemsel ve yıllık takibi yapılmalı, kayıt altına alınmalıdır.
- Kurşun yelek, gonad koruyucusu vb. koruyucu malzemeler katlanmadan düzgün bir şekilde ya da özel tasarlanmış askılarda muhafaza edilmelidir. Sızdırmazlık testleri düzenli olarak yapılmalıdır.

Doğum Ünitesi

- Doğum salonuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalı, doğum süreci için gerekli ekipman bulundurulmalıdır.
- Doğum salonunda kullanılan malzemelerin (ilaç, sarf malzemelerin) günlük olarak devir teslimi yapılmalıdır.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne yayımlanmış olan Güvenli Doğum Kontrol Listesine göre anne değerlendirilir. Değerlendirme sonunda başka bir merkezde doğum yapmasının uygun görülmesi halinde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi sevk kriterlerinden herhangi birinin görülmesi halinde anne sevk edilir.
- Doğum öncesi ve sonrası hasta takipleri ile doğum eylemine yönelik personel eğitimleri planlanmalı, eğitimler gerçekleştirilmelidir.

Diyaliz Ünitesi

- Hastane yönetimince hastanede bulunan diyaliz makina sayısı ve tedavi alan hasta sayısını yansıtabilecek şekilde süreçler tanımlanmalı ve doküman oluşturulmalıdır. Oluşturulan doküman, asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - ✓ Hastanın diyaliz ünitesine kabulü,
 - ✓ Hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması,
 - ✓ Diyaliz işleminin uygulanması,
 - ✓ Sterilizasyon şartlarının sağlanması,
 - ✓ Diyaliz işleminin sonlandırılması,
 - ✓ Hastanın diyaliz ünitesinden ayrılması,
 - ✓ Hastaların tıbbi takibinin yapılması,
 - ✓ Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalı, kayıtlar tutulmalıdır. Kayıtlarda;
 - ✓ Dezenfeksiyon işlemini yapan görevlinin adı, soyadı, imzası,

- ✓ İşlemin yapıldığı tarih/saat, işlem süresi,
- ✓ İşlemden kullanılan dezenfektanın kimyasal adı yer almalıdır.
- Uzman tabibin muayene ve değerlendirmesine göre hastaların tedavi programları liste halinde düzenlenmelidir.
- Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Diş Ünitesi

- Aktif olarak poliklinik yapan her diş hekimine yeterli donanıma sahip ve çalışır durumda bir diş ünitesi tahsis edilmelidir.
- Diş ünitesine bağlı kompresör tercihen oda dışında olmalı aynı odada ise kompresörün yeterli ses izolasyonu sağlanmalıdır.
- Kullanılan aletlerin sterilizasyonu yapılmalı, sterilizasyon etkinliği kayıt altına alınmalıdır.
- Her hastadan sonra tedavide kullanılan ünit üzerindeki çıkarılabilen başlıklar (aerötör başlığı, mikromotor, kavitron vb.) steril/dezenfekte edilmelidir.

Genel Hizmetler

- Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.
- Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.
- Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.
- Hasta kullanımına uygun, içerisinde hasta kabul ve kayıt görevlisi için ayrılmış bölümün bulunduğu bir mekân ve polikliniklerin bulunduğu hastaların bekleyeceği bölümlerde uygun havalandırması sağlanan, hasta ve yakınlarının oturmaları için uygun şekilde döşenmiş mekânlar bulunur.
- Mavi, Kırmızı, Pembe ve Beyaz Kod uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak her bir koda karşılık gelen sorumlular belirlenmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır. Tatbikat kayıt altına alınmalı ve personele bildirilmelidir.
- Bilgi güvenliğine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır. Sağlık tesisinde HBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır. Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (HBYS, laboratuvar hizmet alımları, görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.
- Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
- Jeneratör, kesintisiz güç kaynağına (UPS) bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
- Su deposunun periyodik kontrolleri yapılmalıdır. Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.
- Isıtma ve soğutma sistemlerinin bakım ve kontrolleri düzenli yapılmalıdır.

Morg

- Morga yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
- Morg çıkışı, hastanenin ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.
- Cenaze yıkama yerinde sıcak su imkânı bulunmalıdır.

Çamaşırhane

- Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
- Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
- Çamaşırhanede kullanılan makinelerin bakımları yapılmalıdır.
- Çamaşırhanelerin taşınmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Çamaşırhaneler kapalı sistemlerle taşınmalıdır.

- Konteynırlar ile taşıma yapan hastanelerde; temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
- Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.

Mutfak Hizmetleri

- Mutfak hizmetlerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.
- Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.
- Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

10.2.4. Halk Sağlığı Laboratuvarı

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

Laboratuvar binası

MADDE 12 – (1) Laboratuvarlar mesken olarak kullanılan binalarda aılamaz.

(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.

) 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.

) 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 zltiler 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.

đ) 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, taşınır, geçici depolanır ve bertarafı sağlanır.

(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 XI İZLEME VE DEĞERLENDİRME

11.1. 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 etkileyeceğini 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?

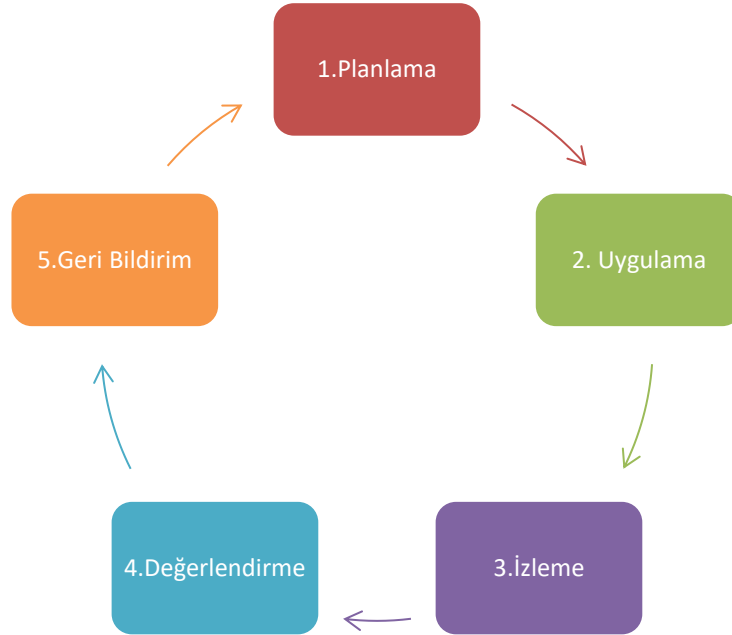
Değerlendirme:

- 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



11.2. İZLEME VE DEĞERLENDİRME EKİP ÜYELERİNİN NİTELİKLERİ

- İzleme ve değerlendirme yapan sağlık personeli, farklı rolleri birarada yürütürler.
- İzleme ve değerlendirmesini yaptığı becerilerde **uzmandır**.
- Objektiftir, duygusal değil, 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, genelleyici değildir.
- Kişiliklere 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. Meslekdaş ilişkisi kurar.
- Stres, korku yaratmaz, eleştirmez.
- Kolaylaştırıcı, destekleyici, yüreklendirici yaklaşım ile yol gösterir.

11.3. İZLEME VE DEĞERLENDİRME FORMLARI

11.3.1. 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 kanıta dayalı aktarımların sağlanmasına imkan 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.

11.3.2. 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.

11.3.3. 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
- AÇS/AP Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Çocuk İzlem Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Deri ve Tenasül Hastalıkları Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Entegre İlçe Hastanesi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Halk Sağ. Lab. İzleme ve Değerlendirme Formu
- Kanseri Kayıt Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- KETEM İzleme ve Değerlendirme Formu

- Sağlık Evi Değerlendirme Formu
- Sıtma Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu
- Verem Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu

11.4. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

- Aile sağlığı merkezi (ASM) ve aile hekimliği birimleri (AHB) hariç birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşları yılda bir kez izleme ve değerlendirme formları ile değerlendirilir. Her yılın izleme ve değerlendirme planı bir önceki yılın Aralık ayında hazırlanıp onaylanarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilmelidir.
- Aile sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleri (olağan dışı izleme ve değerlendirmeler ihbar ve şikayetler vb. haller hariç) altı ay aralıklarla yılda iki kez, il sağlık müdürünün/halk sağlığı başkanının görevlendirdiği personel tarafından izleme ve değerlendirme formları ile değerlendirilir. Aile hekimliği birimlerinin gruplandırma çalışmaları da olağan dışı ihbar ve şikayetler vb. haller hariç olmak üzere yılda 2 kez gerçekleştirilir.
- İzleme ve değerlendirme yapılacak birimler ile değerlendirme yapılacak tarihlere ilişkin planlama yapılır.
- Hazırlanmış plan doğrultusunda izleme ve değerlendirmeyi gerçekleştirmek üzere yeterli sayıda ve yapılacak işe uygun nitelikte ekipler oluşturulması gerekmektedir.
- Görevlendirilecek personelin yürürlükteki program ve uygulamalara, izleme ve değerlendirme ile ilgili mevzuata, bilgi sistemlerine hakim olması hususuna dikkat edilmelidir. Halk sağlığı hizmet birimlerinde izleme ve değerlendirme ile görevli personelin, görevlerinin gerektirdiği yeterliklerin (bilgi, beceri ve tutumların) kazandırılması amacıyla yürütülen “Halk Sağlığı Hizmet Birimleri İzleme ve Değerlendirme Personeli Sertifikalı Eğitim Programı” kapsamında hizmet içi eğitim alması ve sertifikalandırılması sağlanmalıdır.
- Planlama dahilinde izleme ve değerlendirme gerçekleştirecek olan personel için makam onayı alınır. Alınan onay, izleme ve değerlendirme sırasında gerektiğinde ibraz edilmek üzere ekip üyelerinde olmalıdır.
- 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.
- Aile sağlığı merkezi, aile hekimliği birimlerinin izleme ve değerlendirme/denetimleri ve gruplandırmalarında kullanılmak üzere Bakanlık tarafından “Aile Sağlığı Merkezi İzleme ve Değerlendirme Formu”, “Aile Hekimliği Birimi İzleme ve Değerlendirme Formu”, “ASM ve AHB'nin Olağan Dışı Durum, İhbar ve Şikayetlerinde Kullanılacak Denetim Formu ve İnceleme Tutanağı” ile “Aile Hekimliği Birimlerinin Gruplandırma Değerlendirme Formu” yayınlanmış olup değerlendirmelerin bu formlar doğrultusunda gerçekleştirilmesi esastır.
- 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 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 Aile Sağlığı Merkezi İzleme Değerlendirme Formu) üzerinden ASM yönetici hekimi ve aile sağlığı çalışanı 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.
- AHB'lerin izleme ve değerlendirmesi yapılırken ilgili birimin aile hekimi ve aile sağlığı çalışanın 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.

11.5. İZLEME VE DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN SONUÇLANDIRILMASI

11.5.1. ASM-AHB İzleme ve Değerlendirme Sürecinin Sonuçlandırılması

İzleme ve değerlendirme sırasında doldurulan ASM ve AHB İzleme Değerlendirme formlarındaki verilerin bilgi sistemlerine girişinin yapılması sağlanmalıdır. İzleme ve değerlendirme sırasında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde; tespit edilen uygunsuzluklar yazılı olarak (tutanak, form, fotoğraf vb.) belirlenmeli, imza altına alınmalı ve işlem tesis edilmek üzere Personel Hizmetleri Başkanlığı Disiplin Birimine gönderilmelidir. Bu süreçte mevzuatta belirtilen süreler konusunda hassas olunmalıdır.

- 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 verilir.
- Onuncu günden sonra eksikliklerin tamamlanmaması halinde ihtar puanına ilişkin süreç başlatılır.
- Asgari fiziki ve teknik şartlar ve gruplandırma kriterleri dışında eksiklik tespit edilmesi halinde ise, 10 gün süre verilmeden eksikliğin gerektirdiği ihtar puanına ilişkin süreç başlatılır.
- Aile sağlığı merkezinde bulunması gereken asgari teknik donanım eksikliklerinin tamamlanmaması ve bu hususta yapılan işlemler neticesinde ihtar puanı verilmesine rağmen eksikliğin giderilmemesi durumunda, söz konusu eksiklikler tamamlanmaya kadar gerekli denetim, izleme ve değerlendirme yapılmalıdır.
- Personel Hizmetleri Başkanlığı Disiplin Birimi tarafından tutanak sonucunda ilgili aile hekiminden savunma istenir, hekimin savunmasını yapması için 7 gün süre verilir. Hekimin savunması yeterli görülmediği takdirde inceleme başlatılır.
- İnceleme vali yardımcısının onayı ile başlatılır.
- İnceleme için mutlaka yetkin bir muhakkik görevlendirilir.

- İnceleme yapılırken konuyla ilgili tarafların ve tanıkların ifadeleri alınır.
- Dosyanın bitiminde mutlaka inceleme raporu düzenlenir. (İnceleme raporu sonuna inceleme raporunun tamamlanma tarihi mutlaka yazılmalıdır.)
- Gerekliyse kamu zararının tazmini için işlem yapılır.
- Muhakkik tarafından ihtar puanına karar verilirse, karar 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 vali yardımcısı tarafından yapılır. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından vali yardımcısının verdiği ihtara karşı tebliğ tarihinden itibaren 7 gün içinde valiye yapılan itiraz sürecinde sekreteryaya işleri il sağlık müdürlüğüne yürütülecektir. Tebligat sonrası itiraz mercilerinin düzenli ve zamanında çalıştırılması gerekmektedir.
- Kesinleşen ihtar puanlarının ivedilikle ÇKYS'ye girilmesi gerekmektedir.

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği;

EK 2 (Değişik:16/3/2015-2015/7528 K.)

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA UYGULANACAK İHTAR PUANI CETVELİ

No.	UYGULANACAK İHTARLAR	İHTAR PUANLARI
1	Çalışma saatleri planına uymamak	5
2	Afiş ve duyuruları usulüne uygun şekilde asmamak	5
3	Aile sağlığı merkezi içi yönlendirme tabelalarının ve aile sağlığı merkezi 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)	10
7	Görevleri ile ilgili kayıtları düzenli tutmamak veya müdürlük ya da Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bildirmemek	10
8	Kayıtlı kişilerin kişisel sağlık kayıtlarını devretmemek	10
9	Aile sağlığı merkezinin tıbbi donanım eksikliğini on gün içinde gidermemek (eksik olan her malzeme için)	10
10	Verilen eğitimler için belirlenmiş devamsızlık sürelerini aşmak	10
11	Miadi geçmiş ilaç bulundurmak	10
12	Yeşil ve kırmızı reçeteleri bulundurmamak	10
13	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçları usulüne uygun muhafaza altına almamak	10
14	Tüberküloz hastalarının doğrudan gözetim tedavisini yapmamak veya yapılmasını sağlamamak	10
15	Evde sağlık hizmetlerinden görevi olan kısımları yapmamak	10
16	Gezici sağlık hizmetlerini aksatmak veya planına uymamak	10

17	Mevzuatla verilen diğer görevleri yapmamak	10
18	Aile sağlığı merkezinin asgarî fizikî şartlarını ve teknik donanımlarını on gün içinde uygun hâle getirmemek (her bir eksiklik için)	10
19	Performansa tabi olmayan koruyucu hekimlik uygulamalarında verilen görevleri yerine getirmemek.	10
20	Performansa tabi aşılardan her birinin aşılama hızlarını mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	10
21	Miadı geçmiş aşı bulundurmak	15
22	Kusurlu olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	20
23	Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uymamak	20
24	Denetimlerde işbirliği yapmamak ve/veya istenilen verileri ibraz etmemek ve/veya gerçek dışı beyanda bulunmak	20
25	Mevzuatına göre mal bildiriminde bulunmamak	20
26	Performansa tabi gebelik izlem oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	20
27	Koruyucu hekimlik uygulamalarından bebek-çocuk takip oranlarının mücbir sebepler veya ihbar düzenlenen hâller dışında, %90'ın altına düşürmek	20
28	Soğuk zincir kurallarına uymamak veya soğuk zincir kırılmasına sebebiyet vermek	20
29	İlgili mevzuat hükümlerince hasta haklarına ve hasta mahremiyetine uymamak	20
30	Mesleki ve etik kurallar bakımından Tıbbi Deontoloji Nizamnamesine uymamak	20
31	İş arkadaşlarına veya hizmet alanlara hakarete bulunmak ya da tehdit etmek	20
32	Mesai dışı hizmet ve/veya nöbete mazeretsiz gelmemek	20
33	Kasıtlı olarak kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamamak	50
34	Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek	50
35	Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek	50

11.5.2. 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.

(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.

.....

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

Bu nedenle toplum sağlığı merkezi kurulmayan ilçelerde mezkûr yönetmelikle öngörülen hizmetler ilçe sağlık müdürlükleri ve ilçe devlet hastaneleri tarafından yürütülecektir. 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 müdürü/halk sağlığı hizmetleri başkanınca onaylanması sonrasında tespit edilen eksiklikler ve/veya iyi uygulamaların Müdürlüğün ilgili başkanlıklarına/birimlerine gereğinin yapılması için tebliğ edilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM XII DİĞER HUSUSLAR

12.1. 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 tâlimatlandırılmıştır.

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 gb.) 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.
- Hasta transferi sırasında da mahremiyet sağlanmalıdır.
- Anne 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. Hastanemizin tüm çalışanlarının hastalarımıza özel olan bilgileri tesadüfen ya da görevleri sırasında şahit oldukları bilgileri orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara taşımamak bakımından sorumludurlar. Hasta dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreter tarafından gerekli önlemler alınmalıdır. Hasta dosyasını görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin verilebilir.

12.2. 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 ederler. 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 kırmızı ve yeşil reçeteler çalınma, 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.

Mezkur genelgede uyuşturucu madde ve müstahzarları ile psikotrop madde ve müstahzarları için **basılı (kağıt) 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) Kişiye 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.

12.3. 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 elemanları üzerinde herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmaz.*” hükmü yer almaktadır.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 15/03/2016 tarihli ve 211 sayılı genel yazısı gereği 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 Müdürlüğünce 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 Müdürlüğünün 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.

12.4. 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.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 27/05/2013 tarihli ve 55489 sayılı yazısı ile sahada uygulama birlikteliğinin sağlanması açısından defibrilatörlerin aşağıdaki özellikleri taşıması gerekli görülmüştür:

1. Otomatik Eksternal (AED) tipte veya manuel defibrilatör kullanılıyor ise otomatik eksternal özelliği olan tipte olmalıdır.
2. Kullanılan dalga formu açısından bifazik olmalıdır.
3. Pediatrik ve yetişkin pedleri veya kaşıkları olmalıdır.
4. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası'na (TİTUBB) kayıt işlemleri tamamlanarak belgelendirilmiş olmalıdır.

12.5. ASPIRATÖR

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 Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 15/04/2015 tarihli ve 768 sayılı yazısı ile duyurulmuştur. İlgili yazı gereği sahada uygulama birliğinin sağlanması açısından aile sağlığı merkezlerinde aşağıda 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.

12.6. GRUPLANDIRMA İŞLEMLERİ VE GÜVENLİK KAMERA SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 19/09/2017 tarihli ve 2643 sayılı genel yazısına göre; “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)" sağlanmasının mümkün olmadığı 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 Gazete’de 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.”

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 Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, BKK Yönetmeliği, RG. Tarih: 30/12/2010, Sayısı: 27801

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.Yayınları, 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 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 925, Ankara, 2018

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Yayın No: 925, Ankara, 2018

Elektronik İmza Kanunu, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu, (5070 Sayılı)

Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliğe (20/7/2013 tarihinde 28713 Sayılı)istinaden çıkarılan 2016/07 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 Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, RG, Tarihi:09.03.2019 sayısı:30709

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 Yönetmeliği RG Tarihi: 03.06.2015, Sayısı: 29375

Kanser Kayıtçılığı Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı, 2019/07

Kırmızı ve Yeşil Reçeteye İlişkin THSK 27.10.2015 Tarihli ve 13878920 Barkod Nolu Yazısı

Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019/04

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

Sıtma Hastalığı ile Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi Genelgesi (2016/2)

T.C. Sağlık Bakanlığı ile T.C. Milli Eğitim Bakanlığı arasında yapılan “Beyaz Bayrak” İşbirliği 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 İçin Özel Şartlar Standardı

TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği İçin Genel Gereklilikler Standardı

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 tarihli ve 19831278/622.02-E.211 sayılı yazısı