T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,

SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DAL GÖĞÜS HASTALIKLARI EĞİTİM HASTANESİNDE MESAİ VE MESAİ DIŞI SAATLERDEKİ HASTA ÖLÜMLERİNDE HASTALIK CİDDİYETİ VE HASTANE KAYNAKLARININ ETKİSİ

Dr. TANER SEZGİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,

SÜREYYAPAŞA GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DAL GÖĞÜS HASTALIKLARI EĞİTİM HASTANESİNDE MESAİ VE MESAİ DIŞI SAATLERDEKİ HASTA ÖLÜMLERİNDE HASTALIK CİDDİYETİ VE HASTANE KAYNAKLARININ ETKİSİ

Dr. TANER SEZGİN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. ZÜHAL KARAKURT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....i
KISALTMALAR.....ii
TABLO LİSTESİ.....iii
ŞEKİL LİSTESİ.....iv
ÖZET.....v
ABSTRACT.....vii
GİRİŞ VE AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER.....3
GEREÇ VE YÖNTEM.....10
BULGULAR.....14
TARTIŞMA.....31
SONUÇLAR.....36
KAYNAKLAR.....37
ÖZGEÇMİŞ.....40
EKLER.....42

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana devamlı yol gösterici olan, tez çalışmamın tasarımında ve yürütülmesinde her aşamada katkıda bulunan, desteğini esirgemeyen sevgili tez hocam Prof. Dr. Zühal Karakurt'a;

Asistanlığım süresince hem mesleki hem sosyal açıdan desteğini hiçbir zaman üzerimden çekmeyen, tezin yazılmasında ilgisi ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Esra Usta Bülbül'e;

Tez yazım ve hazırlama süresince büyük bir sabırla tüm bilgi ve deneyimini paylaşan Doç. Dr. Sinem Güngör ve değerli eşi Emre Güngör'e;

Asistanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım yanlarında çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm klinik şef hocalarıma ve uzmanlarıma;

Hastanede uyumla çalıştığım tüm asistan arkadaşlarım ve sağlık personeline;

Bugünlere gelmem de sonsuz destekleri ile her zaman yanımda olan aileme;

teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

APACHE : Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
CPR : Cardiopulmonary Resuscitation
DMAH : Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin
EF : Ejeksiyon Fraksiyonu
IMV : İnvaziv Mekanik Ventilasyon
IV : İntravenöz
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
NIMV : Non İnvaziv Mekanik Ventilasyon
NSTEMI : Non St Elevation Myocardial Infarction
STEMI : St Elevation Myocardial Infarction
SS : Standart Sapma
SVO : Serebrovasküler Olay
OR : Odds Ratio
TB : Tüberküloz
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Vefat eden hastaların ek hastalıkları.

Tablo 2. Vefat eden hastaların yatış tanıları

Tablo 3. Hastalara uygulanan tedaviler

Tablo 4. Vefat saatlerine hastaların yaş grupları, cinsiyet ve ek hastalıklarının karşılaştırması

Tablo 5. Vefat eden hastaların hastaneye yatış tanıları.

Tablo 6. Ölüm zamanları ve hastaneye yatış yapılan yerler

Tablo 7. Vefat eden hastaların ölüm zamanları ve uygulanan tedavilerin karşılaştırması.

Tablo 8. Hastaların ölüm zamanları ve ölüm yerleri

Tablo 9. Hastaların mesai dışı ölümlerinde risk prediktörlerinin logistik regresyon analizi.

Tablo 10. Mesai saatidışında ölümlerde risk perdikörü backward LR multi logistic regresyon analizi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Akış şeması

Şekil 2. Vefat eden hastaların hastaneye kabul yerleri

Şekil 3. Vefat eden hastaları ölüm zamanları

Şekil 4. Vefat eden hastaların hastane yatış yerleri

Şekil 5. Vefat eden hastaların ölüm yerleri

Şekil 6. Vefat eden hastaların vefat saatleri ve hastalık ciddiyetleri.

Şekil 7. Ölen hastaların ölüm saatleri

Şekil 8. Mesai çalışma gruplarına göre ölüm saatlerinin dağılımı.

Şekil 9. Acil Servisten yatışı yapılan hastaların ölüm saatleri dağılımları.

Şekil 10. Ölüm yerleri ve ölüm saatleri mesai içi ve mesai dışı gruplarda.

Şekil 11. Hastaların ölüm saatleri dağılımı ve ciddiyet durumlarının varlığı.

ÖZET

Giriş-Amaç: Hastane ölümlerinin mesai içi ve mesai dışı saatlerde olması; hastalığın ciddiyeti ve hastane kaynaklarının kullanımı hakkında bilgiler sınırlıdır. Çalışmada; hastanede ölümlerin mesai saati içi ve mesai dışında gerçekleşmiş olması, hastalığın ciddiyetinin daha önemli olduğu, hastane kaynaklarının fark yaratmadığını göstermek amaçlandı.

Yöntem: Geriye dönük gözlemsel kesitsel çalışma. Bir göğüs dal eğitim hastanesinde 2017-2019 yıllarında ölen hastalar çalışmaya alındı. Acile exduhul gelen ve yakınlarınca acilde ölmesi için getirilen son dönem hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların ek hastalıkları, yatış yerlerleri ve ölüm yerleri kayıt edildi. Ciddi hastalık; malignitesi olan, sepsis çoklu organ yetmezliği bulunan, invaziv mekanik ventilasyon uygulanan, vazopressör kullanan, palyatif üniteye yatırılan hastalar olarak tanımlandı. Mesai grupları ölüm saatlerine göre yapıldı, mesai içi: çalışma iş günleri, saat 08.00-17.00 ve mesai dışı: tatil, haftasonu ve 17.00-08.00 saatleri olarak tanımlandı. Mesai grupları, hastalık ciddiyet grupları, kayıt edilen veriler ile karşılaştırıldı. Mesai saati dışı ölüm grubu için risk prediktörleri logistik regresyon analizi ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmada 2529 (erkek %68.7) ölen hasta çalışmaya alındı. Ortalam yaşları 72 (standard sapma 13) idi. Mesai içi %61 (n=1549), mesai dışı %39 (n=980) ölüm oldu. Hastalık ciddiyeti %87 (n=2212) ölümde tanımlandı. Mesai içi ve dışı saatlerde ölen hastalarda hastalık ciddiyeti %87 ile benzerdi. (p=0.61). Mesai gruplarında yaş, ek hastalık, yatış tanıları , yatış, ölüm yerleri ve ciddi hastalık oranları benzerdi. Mesai saatinde 85 yaş üzeri ölen hasta sayısı anlamlı fazlaydı.. Logistik regresyonda 85 yaş üzeri olmak %24 daha az mesai dışı vefat ettiği bulundu (p=0.013).

Sonuçlar: Hastane kaynakları 7/24 çalışma düzeninde mortalite için etkin düzenlemiş olup, ileri yaş hastaların mesai saati dışı ölümü daha az olması bu grup hastalara daha dikkat edildiği gösterebilir.

Anahtar kelimeler: Mesai saatleri, hastane ölümleri, ciddi hastalıklar

ABSTRACT

Introduction-Aim: The information about the severity of the disease and the use of resources to the patient is limited in the hospital deaths during in hours and off hours. Study was aimed to show that the severity of the disease is more important in the realization of deaths in the hospital in hours and off hours and that the hospital resources do not make any difference.

Methods : Retrospective partial cross-sectional study. Patients who died in a chest diseases teaching hospital in 2017-2019 were included in the study. Terminal and already died patients who came to the emergency room were excluded from the study. Co-morbid diseases, reasons of hospitalizations and death place were recorded. Serious illness is defined as patients with malignancy, sepsis, multiple organ failure, invasive mechanical ventilation, using vasopressors and palliative care hospitalized. The study groups were made according to the hours of death, in hours, 08.00-17.00 hours and off hours: holidays, weekends and 17.00-08.00 hours. Study groups, disease severity groups were compared with recorded data. Risk predictors for off hour death were performed by logistic regression analysis.

Results: 2529 (68.7% male) patients died. Their average age was 72 (standard deviation 13). There were 61% of in hour (n = 1549) and 39% off -hours (n = 980). Disease severity was defined in 87% (n = 2212) of deaths. Disease severity was similar with 87% in patients who died in hours and off hours (p = 0.61). Age, additional disease, hospitalization diagnoses, hospitalization place, death locations and serious disease were similar in study groups. The

number of patients who died over 85 years of age was significantly higher in-hours group. Being over 85 years of age in logistic regression was found to be 24% less off-hours ($p = 0.013$).

Conclusions: Hospital resources have been well planned and arranged health support in a 24/7. The fact that older patients died are lesser rate in off-hours than in hours this may addreesed that over health suppoert and attention is done to elder patients.

Keywords: Working hours, hospital deaths, serious diseases

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dal göğüs hastalıkları eğitim hastanelerinde gerçekleşen ölümlerin mesai saati dışında gerçekleşmesi; hastane kaynaklarının sınırlılığı yerine mevcut progresif hastalığın kötüleşmesinden kaynaklandığını göstermek için çalışma planlandı.

Hastanede gerçekleşen ölüm sayıları ilerleyen sağlık teknolojilerine rağmen her yıl artmaktadır. Hastanede gelişen kardiyak arrestlerde yapılan müdahalenin hızı, ekibin deneyimi, resüsitasyon sonrası bakımın kalitesi sağ kalımda önemli parametreler olarak belirtilmiştir (1). Gelişen tıbbi teknoloji sayesinde zaman ilerledikçe hastanede gelişen kardiyak arestlerde sağ kalımda artış gösterilmiştir. Hastanede gelişen kardiyak arrestlerin mesai saati dışında gerçekleştiğinde sağ kalımın az olması, bakım ve ekip yetersizliğini düşündürmektedir. (2,3).

Ölüm, respiratuvar-kardiyak arrest olarak tanımlandığında sonuç gelişmeden önceki süreçler hakkında veriler sınırlıdır. Kritik hasta takibinde, geriye döndürülebilir nedenlere bağlı hasta ölümü gerçekleştiğinde mortalite toplantılarında değerlendirmeler yapılır. Gündüz ve gece sağlık ekibinin sayıları değişmektedir (4,5). Ölümlerde bakım yetersizliği mortalite toplantılarında gözden geçirilir. Mevcut hastalık ciddiyetinin yüksek olması ölümün mesai saati dışında gerçekleştiğinde hastane kaynaklarının gözden geçirilmesini gerektirir (6). Bu araştırmada hastanede gelişen respiratuvar-kardiyak arrestlerde müdahalenin sonucunun, kardiyak arrestin mesai saati içi ve dışında gerçeklemesine göre mi? yoksa kardiyak arrest nedenine göre mi değişeceği sorusuna yanıt arandı.

Araştırma hipotezi “dal göğüs hastalıkları eğitim hastanesinde, mesai ve mesai dışı saatlerdeki hasta ölümlerinde hastalığın ciddiyeti, hastane imkanlarından daha belirleyicidir” . Mesai saatlerinde hastane kaynaklarının aşırı kullanımı ile geri dönüşümlü olmayan hasta ölümlerinin futulite tedaviler ile mesai saatinde sağ kalımları sağlanmış olabilir (7,8). Bu

araştırma tezinde mevcut hastalığı geri dönüşümlü olmaması mesai saatleri dışında gerçekleşen ölümlerde en önemli nedeni oluşturacağı gösterilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

Hastane çalışma sistemi 7/24 saat düzeni ile olmaktadır. Çalışma düzeni oluşturulurken hafta içi ve gündüz mesai saati 08.00-17.00 arası olarak kabul edilirken mesai saati dışı 17.00-08.00, haftasonu, resmi tatil-dini bayram günleri ise mesai saati dışı olarak tanımlanır. Sağlık çalışanlarının sayısal çokluğu yapılacak işi yüküne göre mesai saati içinde daha fazla olarak planlanmıştır. Hastanede tanısal invaziv işlemler, elektif ameliyatlar mesai saati içinde planlanır. Poliklinik ve acil servis yatışları mesai saati içinde daha kontrollü olarak yapılır. Ülkemizde hastanelerin çalışma sistemi de 7/24 saat kuralına uygun olarak düzenlenir (9-11 Sağlık Bakanlığı Genelge, Acil ve YBÜ Tebliğ). Acil servislerde mesai içi ve mesai dışı sağlık çalışanı, hemşire ve hekim sayısında belirgin değişim olmaz iken yoğun bakımlarda mesai için hekim sayısı mesai dışı saatlerdekine göre daha yüksektir (10, 11). Bunun dışında yoğun bakımlarda hemşire ve personel sayısında standart gereklilik sayılarına uyulur (11 YBÜ Personel sayısı genelge).

Sağlık çalışanları 7/24 saat prensibi ile çalışırken hayatı tehdit eden travma ve akut cerrahi problemleri yönetecek şekilde ekiplerini hazır bekletir. Sağlık çalışanları nöbet, vardiya usulü çalışırken 24 saat süreyle haftanın belli günleri çalışan sağlık çalışanları da bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 41 de nöbet türleri hakkında tanımları yaparak açıklamıştır (Ekler) (9).

2.1 Hastane Kaynakları:

Hastane kaynakları sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti sunumunda kullanılan tıbbi cihaz donamımları ile hastane kaynaklarını oluşturur.

A-Cihaz ve Donanımları Kaynakları:

1. Laboratuvar
2. Görüntüleme merkezi,
3. Ameliyathane,
4. Yoğun Bakımlar (Düzey 1, Düzey 2, Düzey 3)
5. Acil servis (Seviye 1-3),
6. Acil müdahale İnme Merkezleri
7. Acil Müdahale Kardiovasküler Girişim Merkezleri
8. Mikro Cerrrahi Merkezleri

B- Sağlık Çalışanları Kaynakları

1) Ana dal branş hekimleri (7/24)
2) Yandal branş hekimleri (7/24)
3) Mikro cerrahi 7/24 esaslı hizmet
4) İnme merkezi 7/24 esaslı hekim hizmeti
5) Yoğun Bakım Ünitelerinde 7/24 yoğun bakım uzman hekim
6) Acil Servis Uzman hekimi ve her branş 7/24 uzman hekim hizmeti
7) Hemşirlerin ana ve yandal branşlarının varlığı
8) Hemşire sayılarının rehberlere uygunluğu

C- Sağlık Yönetimi Kaynakları

1) Hastane yönetimi için gerekli donanımda yönetimin
2) Hastane idari işlerin 7/24 varlığı
3) Hekim ve Hemşirenin sayı-mesai saatleri ve çalışma düzenleme varlığı
4) Hastane seviyesi (birinci basamak hastane, ikinci basamak hastane, üçüncü basamak hastane, A1 dal hastanesi, eğitim araştırma hastanesi, üniversite hastanesi)

Kritik hasta yönetiminde için hastanın kritik olduğunun tanımlanması ve bu tanımlamada tanısal işlemlerin 7/24 esasında sağlık çalışanı (ilgili branş hekim ve diğer sağlık çalışanları) verilmesi gerekir. Hastaneler rollerine hasta yönetimini yaparlar. Kritik hasta için uygun kaynaklara sahip hastanelere sevk planlanması belirlenen usul esaslar çerçevesinde yapılır. Hastane için ilgili birimlere nakiller yapılacağı gibi, farklı blok, hastane ve şehirlere ambulans ile nakiller gerçekleştirilir.

2.2 Hastane Kaynakları Yönetiminde Eğitim

Hastane görev rollerine göre, donanımları çerçevesinde hastaya sağlık-bakım hizmeti verir. Hastane çalışanları yıllık veya iki yıllık aralıklarla ileri yaşam desteği eğitimi, kritik hasta tanımı, sepsis erken tanımı konusunda eğitim seminerleri, uygulama modülleri yapar. Verilen eğitimler, eğiticiler, katılımcılar, yapılan pratikler imza atarak eğitim aldıkları kayıt altına alınır.

Düzenli eğitimlerin dışında süreçte pandemi gibi öngörülmeyen durumlarda "Pandemi Yönetimi" ile ilgili ek eğitim ve gerekli düzenlemeler yapılır. Kritik hasta yönetimi, kritik hasta tanımı ile başlar. Kritik hasta acile yakınlarınca getirilebileceği gibi, serviste hasta yakını hastasında genel durum bozukluğu olarak hemşiresine haber verebilir. Yoğun bakım üniteleri sürekli hasta gözleme imkanı olması nedeni ile hastada mevcut durumundaki ilave kötüleşmeyi daha hızlı tanır. Bu durumlar ile ilgili olarak hastaneler rollerine göre hemşire ve hekimleri yıl içinde planladıkları eğitim seminerleri ile farkındalık oluştururlar.

2.3 Acil Servisler

Yataklı servisi olan 2. ve 3. basamak hastanelerde Acil Servis oluşturulması zorunludur. İlgili yönetmelikte Acil Servis seviyelerine göre istenen asgari koşullar, cihazlar, hekim, hemşire sayıları belirlenmiştir. Çalışma esası 7/24 olması, çalışan sayılarının belirlenen azami çalışma süresini aşmaması gözetilerek idarece çalıştırılır. Yıllık verimlilik, kalite denetlemesi yapılarak bakanlık düzeyinde takip edildiği gibi Başkanlık düzeyinde 3-4 aylık aralar ile İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Acil Servisler her yönü ile denetlenir. Hasta takibinde hastaların güvenliği, kayıtların klinik durumu yansıtması, bakan sağlık çalışanın imza ve kaşeleri kontrol edilir. Bu süreçler güvenli hasta takibi için gerekli azami şartlardır.

2.4 Yoğun Bakım Üniteleri

Yoğun bakım üniteleri, takip ettikleri hastaların klinik ciddiyetlerine göre derecelendirilir. Yoğun bakım üniteleri hasta kabullerinde 7/24 esasında çalışır.

Düzey 1 Yoğun Bakım Üniteleri organ yetmezliği gelişmemiş yakın takip için hasta kabul edilen en az dört yataklı, hemşire/hasta oranı ¼ olan pratisyen hekim ile yönetilen yoğun bakımlardır. Düzey 2 Yoğun Bakım Üniteleri tek organ yetmezliği olan ve ilgili branş uzman hekimlerin olduğu hemşire /hasta oranı 1/3 olan yoğun bakım üniteleridir. Düzey 2 de solunum desteği verilir, gerekirse entübe mekanik ventilatörde takip edilir. Düzey 3 yoğun bakım ünitesi çoklu organ yetmezliği gelişen klinik olarak ağır sepsis hasta takibine uygun yerlerdir. Sepsis, erken tanı ile rehberlerin önerdiği yaklaşımları uygulayarak mortalitenin azaltılacağı bildirilmiştir (12). Hemşire hasta oranı ½ ve yoğun bakım yan dal uzmanı hekim ile 7/24 uzman hekimin bulunduğu yerlerdir.

2.5 Palyatif Bakım Üniteleri

Tedavisi mümkün olmayan ileri evre hastalıkların akut sorunlarının kısmı tedavisinin verildiği, hasta konforunu arttırmak, beslenmesini sağlamak ve ağrılarını kontrol etmek için destek tedavisi uygulanan yerlerdir. Hemşire/hasta sayıları tanımlanmamıştır, 7/24 saat esasında bir uzman hekim yönetiminde yeterli sayıda pratisyen hekim ile yönetileceği tanımlanmıştır. Son dönem hastaların yatırıldığı palyatif bakım ünitelerinin fiziki şartları Sağlık Bakanlığı tescilliği ile belirlenir.

2.6 Koroner Yoğun Bakım Üniteleri

Kardiyak yönden yakın takip edilen, akut koroner sendrom, myokard infarktüsü ve kardiyak ileri monitörizasyon olanakları olan yerlerdir. Kardioloji uzman hekimlerinin bulunduğu 7/24 saat esası ile çalışan koroner yoğun bakım üniteleri her hastanede bulunmayabilir.

2.7 Postoperatif Takip Üniteleri

Ameliyat sonrası hastaların yakın takip ve tedavisinin verildiği yoğun bakım olanaklarının sağladığı yerlerdir. 7/24 esasında çalışır. Ameliyathanesi olan hastanelerde olması zorunlu birimlerdir.

2.8 Yataklı Servisler

Hastanelerin rollerine göre yataklı servisler genel, branş, eğitim kliniği olarak hazırlanır. Hastanelerin 2. ve 3. basamak hastaneler olmaları kabul edeceği hastaları belirler. Yatan hastaların kliniği hastanenin üstlendiği rol ve kaynakları ile çözümlenemiyorsa usul ve esaslar çerçevesinde sevk işlemleri yapılır. Yataklı servislerde hemşire/hasta oranları 1/10 hedeflenir. Nöbetlerde hekim kliniklere özel ya da blok nöbetleri şeklinde hastane rollerine, nöbet usul esaslarına göre yapılır.

2.9 Hastane Ölümleri

Türkiye İstatististik Kurumu (TÜİK) Sağlık Bakanlığı Ölüm Bildirim Sistemi verilerinden elde ettiği bilgi ile 2019 yılı için ölüm nedenlerini açıkladı (13). Bu raporda ölüm yerleri ve saatleri konusunda veri paylaşılmamıştır. TÜİK raporunda dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler ilk sırada idi (n=160.263) (13). İkinci sırada 2019 yılı ölüm nedenleri iyi huylu ve kötü huylu tümörler (n=80.186), üçüncü sırada solunum sistemi hastalıkları (n=56.391), dördüncü sırada sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları (n=19.996) olarak bildirilmiştir. TÜİK 2019 raporunda 119.105 ölüm için diğer nedenler

tanımlaması yapılmıştır. Ülkemizde ilk sırada olan kardiyo-vasküler nedenler diğer ülkelerde de ilk sıradaki ölüm nedenleri olup hastane içi ölümlerde kayıtları tutulmuştur. Amerika'da da kardiyak nedenli hastane ölümlerin yıllar içinde arttığını bildirmişlerdir (1). Japonya hastanede kardiyak nedenli ölümler üzerine araştırmalarında gerçekleşen ölümlerin mesai saati dışı ve mesai saati arasında fark olmadığını ve sağlık sistemlerinin iyi yönetildiklerini bildirmişlerdir (2).

Ülkemizde kanser nedenli ölümler 2. sırada olup hasta ve hekimlerin hastalık adaptasyonu, süreç yönetimi sonu mortal olsa da daha kabullenebilir hastalıklardandır. Hasta yakınları hastanelere hastalarını kısmı tıbbi destek için getirirler.

Ülkemizde solunum sistemi kaynaklı ölümlerin 3. sırada yer aldığı TÜİK raporunda alt veriler paylaşılmamakla birlikte kronik hava yolu hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları (pnömoni) önemli yer tutmaktadır. Solunum sistemi hastalıkları acil servislerde ciddiyeti yüksek hasta populasyonunu oluştururlar. Erken tanı ve tedavi hayat kurtaracağı için 7/24 kardiyak hastalıklar gibi uzman hekim desteği gerektiren hastalıklar arasındadır. Solunum yetmezliği gelişen hasta yönetiminde sağlık çalışanlarınca 7/24 noninvaziv mekanik ventilasyon, entübasyon ve mekanik ventilasyon desteği sağlanabilmesi olanakları önemlidir. Hastanelerde genel durumu hızla kötüleşebilen solunum sistemi hastalıklarında uygun klinik takip edilecek yer aranması tıbbi desteğin zamanında başlanması mortaliteyi ciddi oranda azaltır. Göğüs hastalıkları dal hastaneleri, ülkemizde nüfusun çok olduğu üç büyük şehirde, ciddi sayıda hastayı 7/24 esasında başarılı bir şekilde yönetmektedir.

Hastane koşulları mesai saati dışı zamanlarda hekim desteği yönünden daha ve klinik uygulamalarda sınırlılıklar bilinmektedir. Mesai dışı nöbet ekibinin acil cerrahi girişimlerde yorgun olabileceği akut vakalardaki uygulamaların eksik olabileceği özellikle ölümle sonuçlanan hasta başvurularında olmaktadır. Bu çalışmada göğüs dal hastanesinde yönetilen

göğüs hastaların ölümlerinde mesai saati ve mesai saati dışı olmasında hastane kaynakları mı hastalık ciddiyeti mi önemli araştırmasına soruna yanıt arandı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Geriye dönük gözlemsel kesitsel çalışma. Araştırma geriye dönük 3 yıllık hastane aylık mortalite verilerinden yapılacaktır. Hastane mortalite verilerinde hastalık bilgileri, kabul ve ölüm saatleri, ek hastalıkları, uygulanan tedaviler, yoğun bakım ihtiyacı, mekanik ventilasyon uygulamaları hastane giriş ve ölüm öncesi, hemogram ve temel biyokimya verileri, yapılan antibiyoterapi değişiklikleri, klinik geçişleri, hastaneye kabul yeri ve ölüm yeri, ölüm

nedenleri (maksimum dört neden) mortalite kayıtlarından elde edilecek. Günler mesai saati (0) ve mesai dışı (1) saatler olarak kodlanacak. Hastalık ciddiyeti tanımında olan hastalar (1) ve olmayan hastalar (0) olarak kodlanacak. Sonuçlar birincil ve ikincil amaçları göstermek içi analiz yapılacaktır.

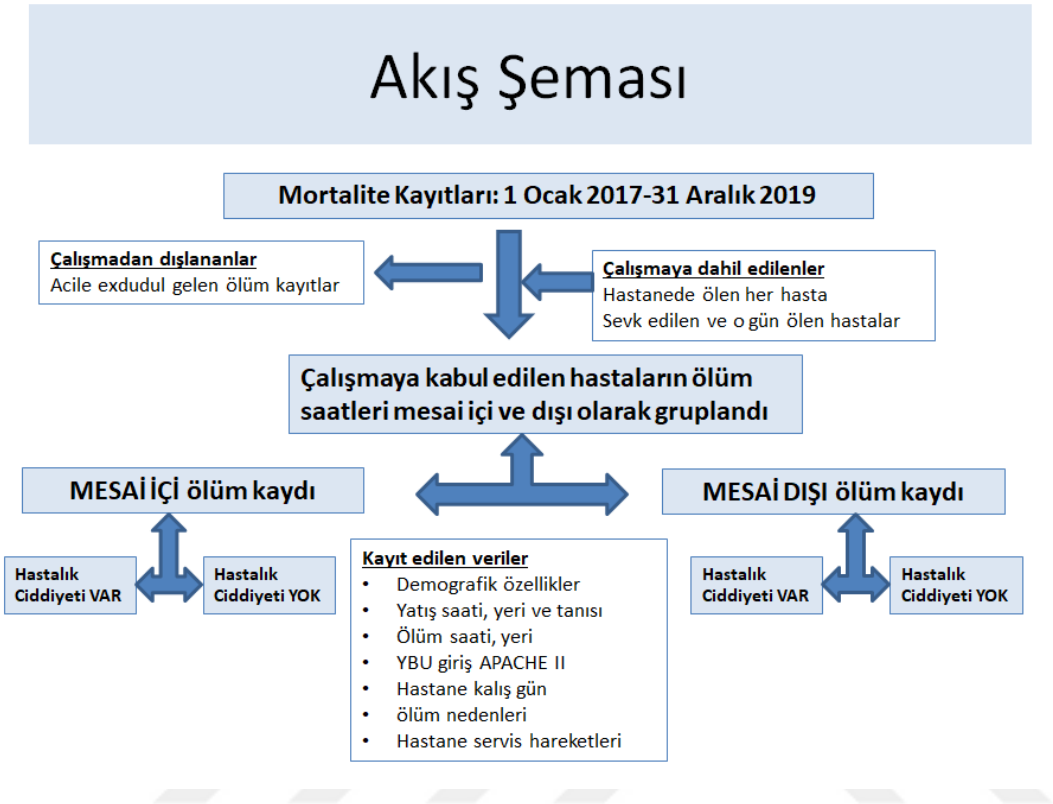
Hastane hekim-hemşire çalışma sistemi:

Hastane çalışma şekli 7/24 Acil Serviste hafta içimesai saatinde 1 uzman 2 asistan hekim ve mesai saati dışında değişen ekip ile 1 uzman 2 asistan hekim ile haftasonu ve bayramda 24 saat aynı 1 uzman ve 2 asistan hekim olarak yapılmaktadır. Hemşireler 2 vardiya mesai saatinde, haftasonu tek vardiya olarak yazın 5-6 hemşire, kışın 7 hemşire olarak çalışmaktadır. Acil hasta yoğunluğu 50 hasta ile 300 hasta/24 saat olarak yaz ve kış döneminde değişmektedir. Yoğun bakımlarda 7/24 yoğun bakım deneyimi olan bir akademisyen ve 2 aistan ile 2 vardiya olarak çalışmaktadır. Yoğun bakımlar 3. Düzeyde (yatak sayısı 24) 2 hastaya 1 hemşire, Düzey 2 yoğun bakımda (yatak sayısı 34) 3-4 hastaya 1 hemşire olarak hemşirelik hizmeti iki vardiya olarak yapılmaktadır. Servislerde mesai içi akademisyen yönetiminde uzman ve asistanlar ile 2 vizit yapılmakta mesai saati dışında ve haftasonu çalışma döneminde kat nöbetçi asistan, uzman hekimi ile hasta takibi yapılmaktadır. Palyatif bakım ünitesi 72 yataklı olup 7/24 esasında 36 yatağa 1 hekim ve 5 hemşire ile tedavi-bakım hizmeti vermektedir. Hastaların durumu kritikleştiğinde tıbbi destek ve hasta yakını beklentisi-talebi ile merkezimizdeki yoğun bakıma nakli sağlanmaktadır.

Hastane laboratuvar sistemi 7/24 acil tüm tekikleri yapmakta, ultrason ve tomografi hizmeti çalışma döneminde mesai saatleri içinde yapılmaktadır. Mesai saatleri dışında bu hizmetler gerektiğinde hasta dış merkezlere gönderilmektedir.

Birincil amaç: Göğüs hastalıkları dal eğitim hastanelerinde gerçekleşen ölümlerin mesai saati dışında gerçekleşmesi mevcut hastalığın geri dönüşümlü nedenlerden olmadığını göstermek.

İkincil amaçlar: Mesai saati içinde mortalitenin daha az olması geri dönüşümlü ya da geri dönüşümsüz nedenlere bağlı kliniği ciddi hastalara benzer desteğin verildiğini göstermek.



Şekil 1. Akış şeması

1 0cak 2017-31 Aralık 2019 tarihleri arasında hastanede ölüm kaydı yapılan her hasta

Çalışmadan dışlanacak hastalar: acile exduhul gelen ölüm olgular

Tanımlar

Mesai saati: hafta içi günlerde 08.00-17.00

Mesai dışı: hafta sonu, bayramlar, 17.00-08.00

Hastalık ciddiyeti: kronik hastalığın son evresi (evre 4 kanser, kemoterapi off hastalar, akut hastalığın takip sürecinde yoğun bakım ihtiyacı, yüksek akut ciddiyet skoru (APACHE II >30)

Geri dönüşümsüz nedenler: kronik hastalığın son evresi olan hastalar

- ileri evre (Evre 4) kanser hastaları,
- kemoterapi off hastalar,
- ileri kalp yetmezliği olan hastalar EF<%20;
- kardiyomyopati evre 4 hastalar,
- akciğerinde yaygın bal peteği interstisyel kalp hastalığı olanlar,

- in operable trakea tümörleri;
- yaygın akciğer parankim hasarı olan amfizem hastaları
- akciğerde yaygın parankimal tutulum olan çok ilaca dirençli tüberküloz hastaları
- ileri yaş, beslenme olmayan alzheirmer hastaları

Hasta verileri: Aylık hastane mortalite verilerinden kayıt edilecek

Hedeflenen örneklem büyüklüğü

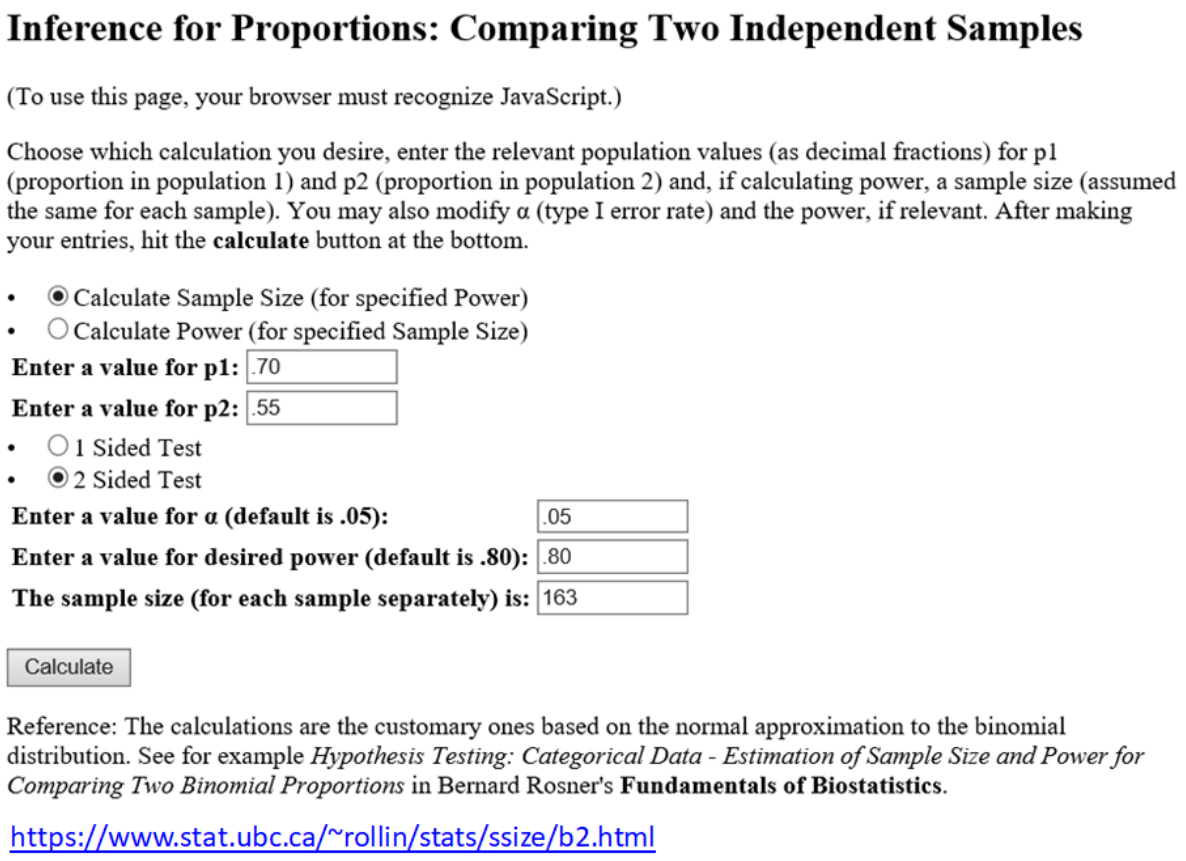
Çalışma gücü %80 ve $p<0.05$ olan hastalık ciddiyetine bağlı mesai içi ölümlerin oranı %55 iken mesai dışı saatte %70 olması halinde her iki kolonda en az 163 hasta olmalıdır

Yöntem: 2X2 TABLO

Sonuç : Ölüm hastalık ciddiyetine bağlı

Maruziyet : Ölüm Saati Mesai saati ve dışı

2X2 TABLO	**Ölüm Zamanı**		
Hastalık Ciddiyeti	**MESAİ DIŞI**	**MESAİ İÇİ**	TOPLAM
VAR	%70	%55	
YOK			
TOPLAM			



Inference for Proportions: Comparing Two Independent Samples

(To use this page, your browser must recognize JavaScript.)

Choose which calculation you desire, enter the relevant population values (as decimal fractions) for p1 (proportion in population 1) and p2 (proportion in population 2) and, if calculating power, a sample size (assumed the same for each sample). You may also modify α (type I error rate) and the power, if relevant. After making your entries, hit the **calculate** button at the bottom.

- ◉ Calculate Sample Size (for specified Power)
- ○ Calculate Power (for specified Sample Size)

Enter a value for p1: .70

Enter a value for p2: .55

- ○ 1 Sided Test
- ◉ 2 Sided Test

Enter a value for α (default is .05): .05

Enter a value for desired power (default is .80): .80

The sample size (for each sample separately) is: 163

Calculate

Reference: The calculations are the customary ones based on the normal approximation to the binomial distribution. See for example *Hypothesis Testing: Categorical Data - Estimation of Sample Size and Power for Comparing Two Binomial Proportions* in Bernard Rosner's **Fundamentals of Biostatistics**.

https://www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/b2.html

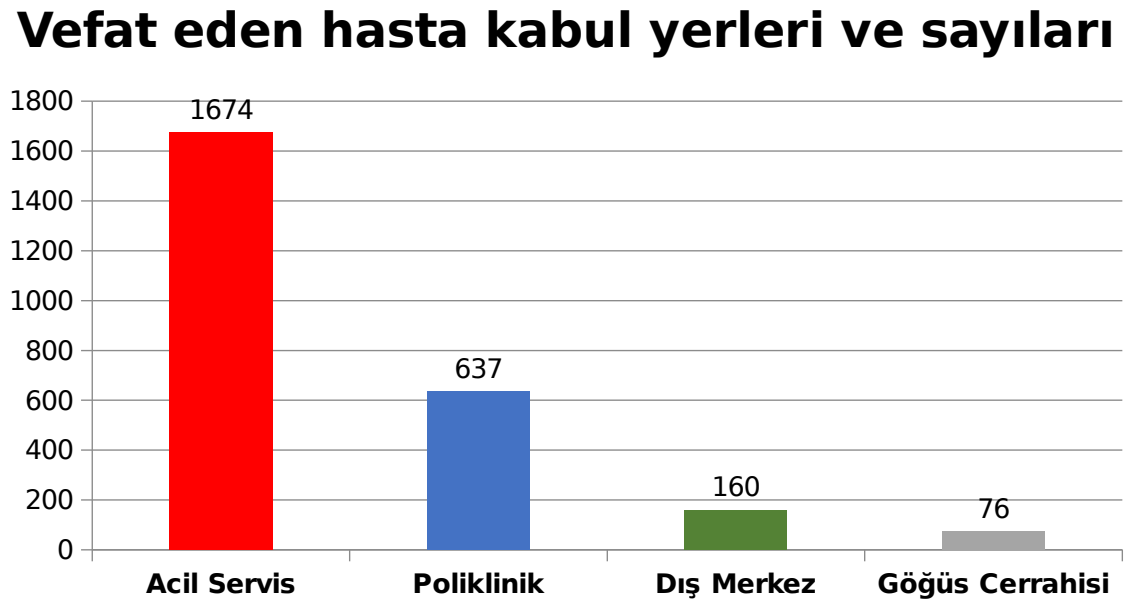
1.1 İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri, sayısal değerler (yaş, hastane gün gibi) normal dağılıyorsa ortalama ve standart sapma (SS) ile gösterildi; normal dağılmayanlar ortanca ve %25-%75 olarak gösterildi. Cinsiyet, ek hastalık gibi dikotom değerler sayı ve % olarak gösterildi. Hastaların ölüm saatleri: mesai saati ve mesai saati dışı olarak kodlanarak hastalar iki gruba ayrıldı. Grupların demografik özelliklerinden yaş, hemogram ve biyokimya değerleri, YBÜ' ye yatanların APACHE II değerleri gibi sayısal değerleri normal dağılıyorsa Student T testi ile ortalama (SS) sapma yazılarak karşılaştırılacak; normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi ile ortanca (%25-%75) yazılarak karşılaştırılacak. Grupların dikotom değerleri (cinsiyet, hastalık varlığı) Ki Kare testi ile karşılaştırılacak. Gruplarda hastalık ciddiyetinin varlığı, akut nedenler mesai saati dışı ölüm saatlerinde risk belirteçleri için logistik regresyon testi ile araştırılacak.

4. BULGULAR

Çalışma dönemi 1 Ocak 2017-31 Aralık 2019 da hastanemizde 2669 hasta vefat etti. Tanıları, hastalık bilgileri olan çalışmaya 2529 ölüm kaydı dahil edildi. Dışlanan hastalar 140 hasta acil servise exduhul gelen veya acil servise ölüm öncesi yakınlarınca getirilen terminal hastalar idi. Tüm hastaların ortalama (standart sapma) yaşları 72 (13) idi yaşları 85 yaş ve üzeri 19.7% (n=487), 90 yaş ve üzeri %7.7 (n=194) kişi vardı. Hastaların %68.6'sı (n=1735) erkek idi. Hastaların yatış saatleri mesai saatlerine göre değerlendirildiğinde 986 (%39.2) hasta mesai dışı saatte yatırıldı. İlk 24 saatte ölen 156 (%6.2) hasta oldu. Yatış saatinin mesai saati dışı (n=61, %6.2) ve mesai saati içi (n=95, %6.2) olması istatistiksel olarak benzerdi. (p=0.98). İlk 24 saat içinde ölenlerin (n=156) ölüm saatlerinde mesai saati dışı oran (%45.5), mesai içi saatteki orandan (%39.2) istatistiksel olarak sınırda anlamlılıkta yüksekti. (p=0.073).

Şekil 2 de hastaların hastane kabul yerleri gösterildi. Hastaların 2/3 acil servisten, ¼'ü polikliniklerden yatırılmıştı.



Şekil 2. Vefat eden hastaların hastaneye kabul yerleri. Poliklinik başvurularının 16'sı, Dışmerkezden 1 başvuru, Göğüs Cerrahisinden 1 başvuru Acil Servisten hastaneye başvurmuştur.

Yatış saatleri mesai saati dışı ve içi kabul yerlerine ve hasta oranlarına bakıldığında sırasıyla; acil serviste %86.1 (n=825) ve %56.8(n=831), p <0.001 idi; Poliklinik yatışları %8.1 (n=78) ve 37.7% (n=553) p<0.001 idi; Dış merkez %7.4 (n=71) ve %5.8 (n=85) p=0.12 idi; Göğüs Cerrahisi %2.8 (n=26) ve %3.3 (n=49) p=0.47 idi. İlk 24 saat içinde ölenlerin

Vefat eden hastaların mesai içi (hafta içi, saat 08.00-17.00) ve mesai dışı (tatiller, hafta sonu ve 17.00-08.00) sayıları Şekil 3 de gösterildi.



Şekil 3. Vefat eden hastaları ölüm zamanları

Tablo 1 de hastaların ek hastaları özetlendi. Hastalıklar arasında, malignite varlığı, akciğer kanseri, KOAH ve hipertansiyon, diyabet, koroer arter hastalığı ilk altı sıradaki ek hastalıklardı. Ölen hastaların yarısında malignite varlığı görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Vefat eden hastaların ek hastalıkları*.		
Ek Hastalık	N	%
Malignite varlığı	1258	49,7
Akciğer Kanseri	1027	40,6
KOAH	890	35,2
Hipertansiyon	841	33,3
Diyabet	522	20,7
Koroner Arter Hastalığı	507	20,1
Akciğer Dışı Organ Kanseri	505	20,0
Kalp Yetmezliği	442	17,5
Alzheirmer	205	8,1
Demans	195	7,7
Kronik Böbrek Hastalığı	177	7,0
Tüberküloz öyküsü	169	6,7

Astım	67	2,7
Kas Hastalığı	21	0,8
Kan Hastalığı	21	0,8
Bir kişide birden fazla ek hastalık olabilir.		

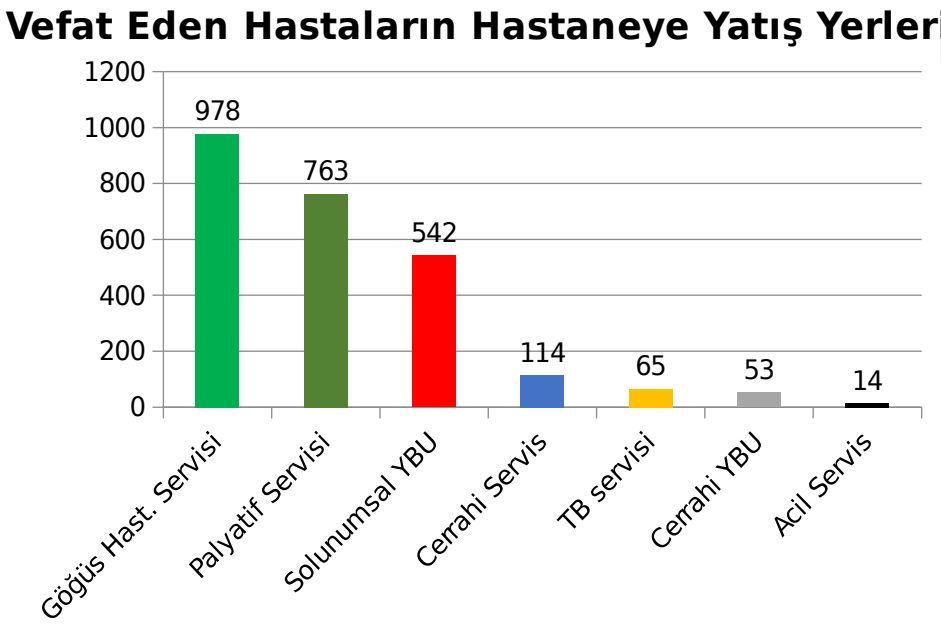
Tablo 2 de hastaların yatış nedenleri özetlendi. Hastaların yaklaşık 2/5 kanser ilişkili komplikasyonlar ile yatmıştı. Kanser ilişkili nedenler sonrasında ilk sıraları pnömoni, genel durum bozukluğu ile yakınlarınca hastanede vefat etmesi için getirilen hastalar, terminal KOAH hastaların alevlenmesi, Terminal interstisyel akciğer hastalığı, dirençli Tüberküloza bağlı harap olmuş akciğer hastalıklarıydı. (Tablo 2).

Tablo 2. Vefat eden hastaların yatış tanıları

Yatış tanıları	**N**	**%**
Kanser İlişkili Nedenler (obstrüktif pnömoni, çoklu organ yetmezliği, plevral effüzyon, pulmoner emboli, ağrı)	1177	46,5%
Pnömoni	559	22,1%
Genel Durum Bozukluğu	187	7,4%
Terminal KOAH Alevlenme	136	5,4%
İnterstisyel Akciğer Hastalığı	71	2,8%
Tüberküloz	69	2,7%
Alzheirmer Ve Pnömoni	52	2,1%
Aspirasyon Pnömonisi	51	2,0%
Plevral Effüzyon	42	1,7%
Akciğer Dışı Organ Malignitesi	38	1,5%
Pulmoner Emboli	24	,9%
Kalp Yetmezliği	23	,9%
Akut Solunum Yetmezliği	19	,8%
Sepsis Çoklu Organ Yetmezliği	17	,7%
Bronşektazi	12	,5%
Pnömotoraks	11	,4%

Hemoptizi	8	,3%
Akut Kardiojenik Ödem	5	,2%
Post CPR	5	,2%
Kifoskolyoz	4	,2%
Myokard Enfarktüsü	4	,2%
Serebro Vasküler Olay	3	,1%
Ürosepsis	3	,1%
Akut Koroner Sendrom	2	,1%
Astım Atak	2	,1%
Ampiyem	1	,0%
Gastrointestinal Kanama	1	,0%
Kronik Böbrek Hastalığı, Mikst Asidoz	1	,0%
Kontrolsüz Diyabet	1	,0%
Trakeal Darlık	1	,0%
TOPLAM	2529	100,0%

Şekil 4 de vefat eden hastaların hastaneye yatışyerleri gösterildi. Hastaların 2/5'ü göğüs hastalıkları servisine, 1/3'ü palyatif ünitesine, 1/5'i solunumsal yoğun bakım ünitesine yatırılmıştı.

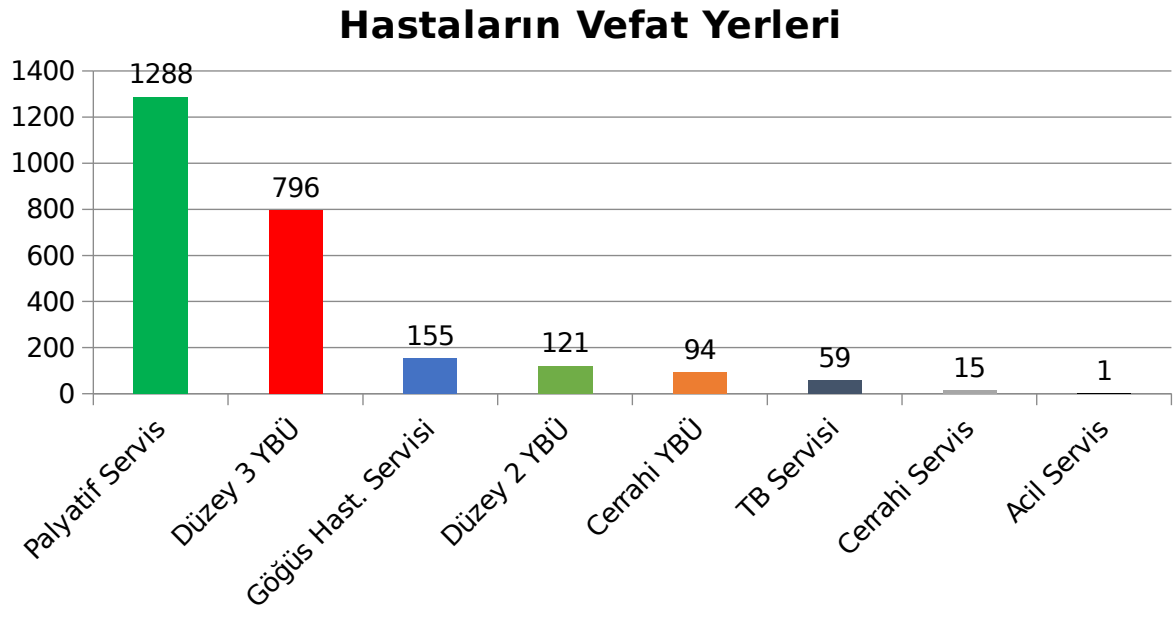


Şekil 4. Vefat eden hastaların hastane yatış yerleri (n=2529)

Tablo 3 de vefat eden hastalara uygulanan medikal ve solunum tedavi yöntemleri özetlendi. İntravenöz sıvı, antibiyotik, bronkodilatör %90 üstünde uygulanan tedavilerdi.

Tablo 3. Hastalara uygulanan tedaviler		
Tedaviler*	N	%
IV Sıvı Replasmanı	2337	95,9
Antibiyotik	2232	91,5
Bronkodilatör	2195	90,0
DMAH	2058	84,4
Sedasyon	1488	61,1
NIMV	1332	54,7
Vazopressor	1300	53,4
IMV	868	35,7
Anti Fungal	165	6,8
Anti TB	88	3,6
Anti Viral	65	2,7
*Bir hastaya birden çok tedavi verilebilir.		

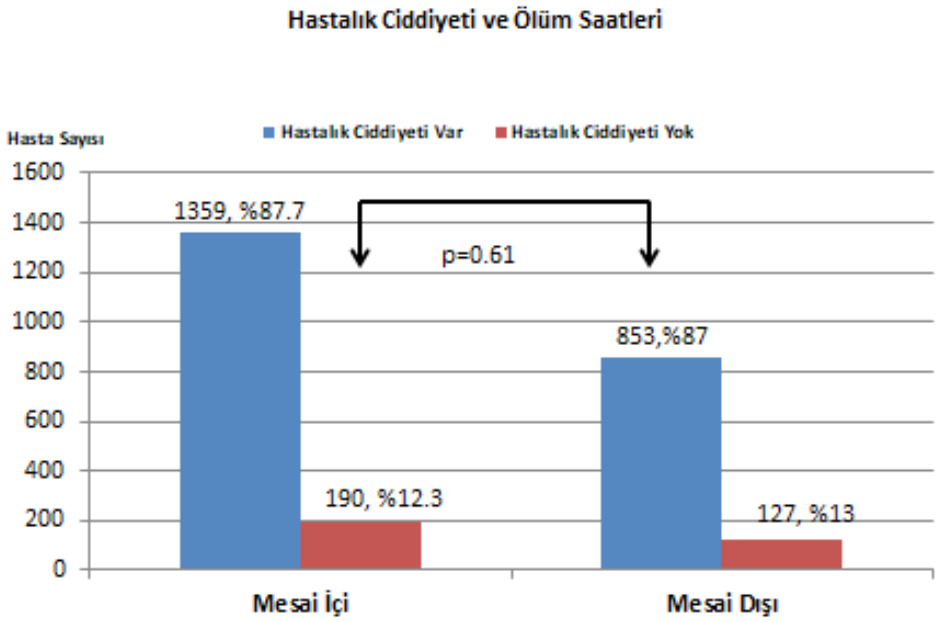
Şekil 5 de hastaların vefat yerleri özetlendi. Hastaların yarısı palyatif bakım ünitesinde, 1/3'ü Düzey 3 YBÜ'de vefat etti (Şekil 5).



Şekil 5. Vefat eden hastaların ölüm yerleri

Yatış tanısında kanser ilişkili nedenleri olanlar, genel durum bozukluğu, interstisyel akciğer hastalığı olanlar, hemoptizi (masif), Akciğer dışı organ kanseri olanlar, aspirasyon pnömonileri (SVO, Alzheirmer), kalp yetmezliği olanlar ve Sepsis, çoklu organ yetmezliği olan, IMV uygulanan, vazopressör kullananları hastalık ciddiyeti olan hastalar olarak tanımlandığında "ciddi hastalar 2212 (%87.5)" olarak bulundu.

Mesai saatlerine ve hastalık ciddiyet varlığına ölen hastalar karşılaştırıldığında ölüm saati ve hastalık ciddiyeti arasında bir fark bulunmadı (p=0.61) (Şekil 6)



Şekil 6. Vefat eden hastaların vefat saatleri ve hastalık ciddiyetleri.

Tablo 4 de hastaların ölüm saatleri gruplarına göre yaş grupları, cinsiyet, ek hastalıkları karşılaştırıldı. Mesai saati içinde anlamlı 85 yaş ve üstü hastalar daha çoğunlukta ölmüştü.

Diğer karşılaştırılan parametreler benzer bulundu (Tablo 4).

Tablo 4. Vefat saatlerine hastaların yaş grupları, cinsiyet ve ek hastalıklarının karşılaştırması					
	Mesai Dışı		Mesai İçi		
	N	%	N	%	p değeri
Yaş >= 85 yaş	164	16.7	323	20.9	0.011
Yaş >=90 yaş	63	6,4	131	8,5	0.062
Erkek	682	69.6	1053	68	0.40
Ek Hastalıklar					
• KOAH	363	37,1	527	34,1	0.12
• Astım	25	2,6	42	2,7	0.81
• Diyabet	194	19,8	328	21,2	0.40
• Hipertansiyon	326	33,3	515	33,3	0.73
• Koroner Arter Hastalığı	205	20,9	302	19,5	0.39
• Kronik Böbrek Hastalığı	68	6,9	109	7,0	0.92
• Tüberküloz Öyküsü	59	6,0	110	7,1	0.29
• Akciğer Kanseri	389	39,7	638	41,2	0.45
• Akciğer Dışı Kanser	187	19,1	318	20,6	0.37
• Malignite	771	49.8	487	49.7	0.97
• Alzheirmer	78	8,0	127	8,2	0.83
• Demans	85	8,7	110	7,1	0.15
• Kalp Yetmezliği	179	18,3	263	17,0	0.41
• Kas Hastalığı	9	0,9	12	0,8	0.70
• Kan Hastalığı	6	0,6	15	1,0	0.34
Bir kişide birden çok ek hastalık olabilir.					

Tablo 5 de hastaların yatış tanıları ve ölüm saatleri karşılaştırıldı. Her iki zaman grubunda ölenlerin tanıları benzerdi.

Tablo 5. Vefat eden hastaların hastaneye yatış tanıları.					
	Mesai İçi		Mesai Dışı		
	N	%	N	%	P değeri
Akciğer dışı organ malignitesi	27	1,7	11	1,1	0.24
Akut Kardiojenik Ödem	1	0,1	4	0,4	
Akut koroner sendrom	0	0,0	2	0,2	

Alzheirmer ve pnömoni	34	2,2	18	1,8
Ampiyem	1	0,1	0	0,0
Aspirasyon pnömonisi	35	2,3	16	1,6
Astım Atak	0	0,0	2	0,2
Akut solunum yetmezliği	10	0,6	9	0,9
Bronşektazi	6	0,4	6	0,6
Genel durum bozukluğu	123	7,9	64	6,5
Gastrointestinal sistem kanama	0	0,0	1	0,1
Hemoptizi	5	0,3	3	0,3
İnterstisyel Akciğer Hastalığı	39	2,5	32	3,3
Kalp yetmezliği	16	1,0	7	0,7
Kanser ilişkili nedenler	721	46,5	456	46,5
KBY	1	0,1	0	0,0
Kifoskolyoz	2	0,1	2	0,2
KOAH alevlenme	76	4,9	60	6,1
Kontrolsüz diyabet	0	0,0	1	0,1
Myokard Enfarktüsü	2	0,1	2	0,2
Plevral Efüzyon	24	1,5	18	1,8
Pnömoni	343	22,1	216	22,0
Post CPR	2	0,1	3	0,3
Pulmoner emboli	11	0,7	13	1,3
Pnömotoraks	8	0,5	3	0,3
Sepsis Çoklu Organ yetmezliği	10	0,6	7	0,7
Serebrovasküler Olay	1	0,1	2	0,2
Tüberküloz	49	3,2	20	2,0
Trakeal darlık	1	0,1	0	0,0
Ürosepsis	1	0,1	2	0,2

Tablo 6 da vefat eden hastaların vefat zamanları ve hastaneye yatırılan yerler karşılaştırıldı. Ölüm zamanları ve yatış yapılan yerler benzer bulundu (Tablo 6)

Tablo 6. Ölüm zamanları ve hastaneye yatış yapılan yerler					
	Mesai İçi		Mesai Dışı		
	N	%	N	%	p değeri

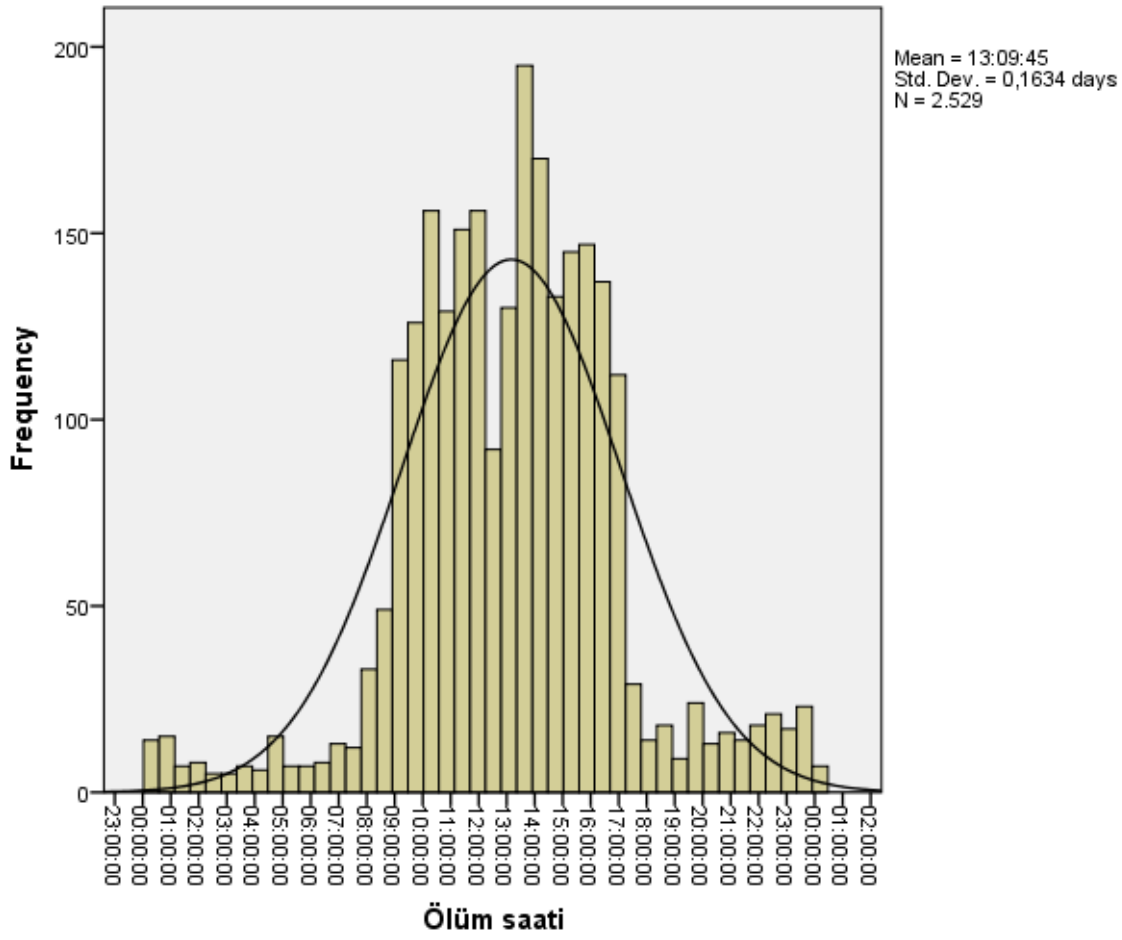
Acil Servis	1033	68,5	641	68,4	0.96
Poliklinik	398	26,4	239	25,5	0.63
Dış Merkez	95	6,3	65	6,9	0.54
Göğüs Cerrahisi	50	3,3	26	2,8	0.45

Tablo 7 de vefat eden hastalara uygulanan tedaviler ile ölüm zaman grupları karşılaştırıldı. Tedaviler ve ölüm zamanları mesai içi ve mesai dışı zaman gruplarında benzer bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. Vefat eden hastaların ölüm zamanları ve uygulanan tedavilerin karşılaştırması.

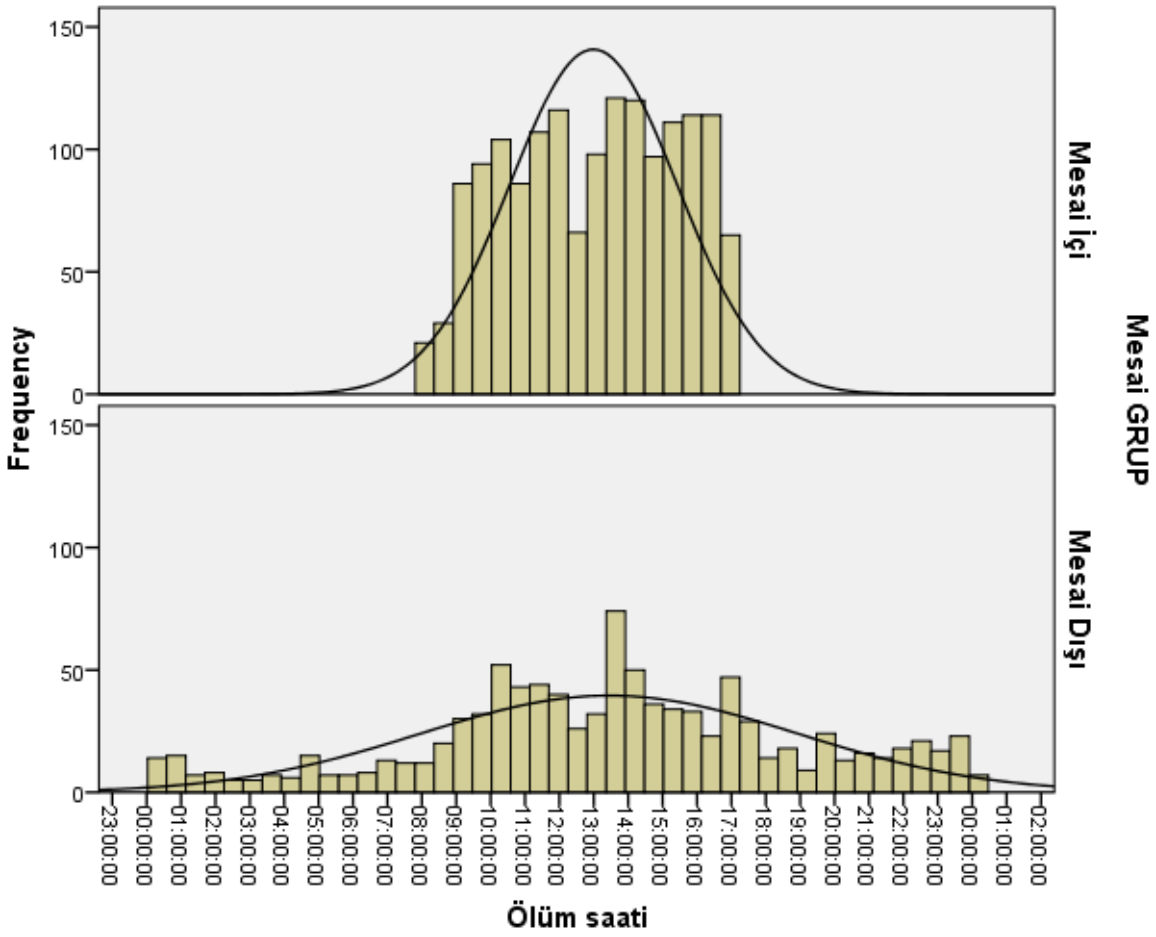
	Mesai İçi		Mesai Dışı		
	N	%	N	%	p değeri
Antibiyotik	1377	91,6	855	91,3	0.47
Bronkodilatör	1354	90,1	841	89,9	0.81
Anti TB	56	3,7	32	3,4	0.70
Anti Viral	41	2,7	24	2,6	0.81
DMAH	1259	83,8	799	85,5	0.28
Anti Fungal	109	7,3	56	6,0	0.22
İntravenöz sıvı resplasmanı	1444	96,2	893	95,5	0.40
Non invaziv mekanik ventilasyon	843	56,1	489	52,4	0.074
İnvaziv mekanik ventilasyon	520	34,7	348	37,3	0.19
Sedasyon	915	61,0	573	61,2	0.92
Vazopressör	810	54,0	490	52,4	0.43

Hastaların mesai saati içi vefat edenlerin hastane kalış günleri ortanca ve çeyrekler arası oran (%25-%75) değerleri olarak karşılaştırıldığında benzer bulundu. Mesai Dışı ölenler 12 (5-21) gün, Mesai İçin vefat edenler 12 (5-21) p=0.75 idi.



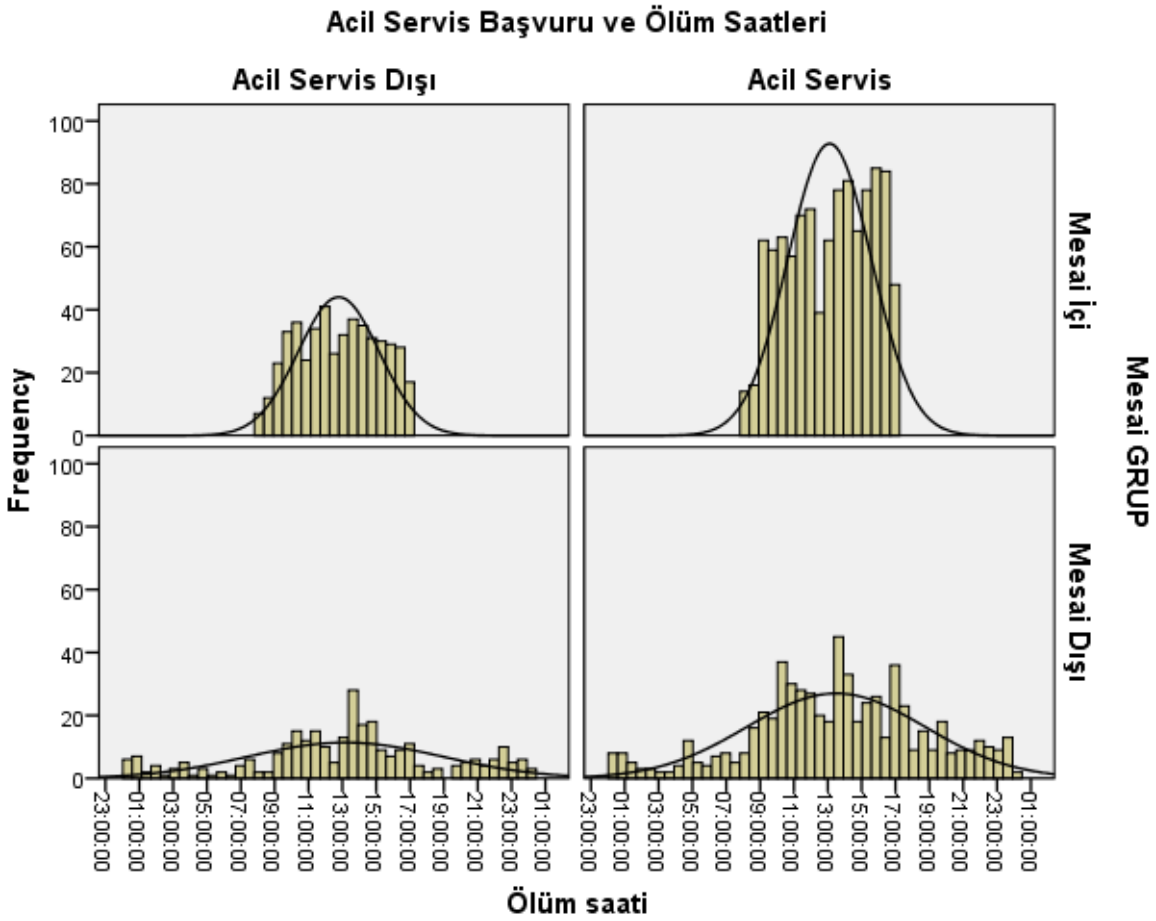
Şekil 7. Ölen hastaların ölüm saatleri

Hastaların ölüm saatlerinin histogram eğrisi grafisi Şekil 7 de gösterildi. Ölüm saat dağılımlarının büyük çoğunluğu gün içi sabah 08.00-17.00 aralığında olduğu görüldü.



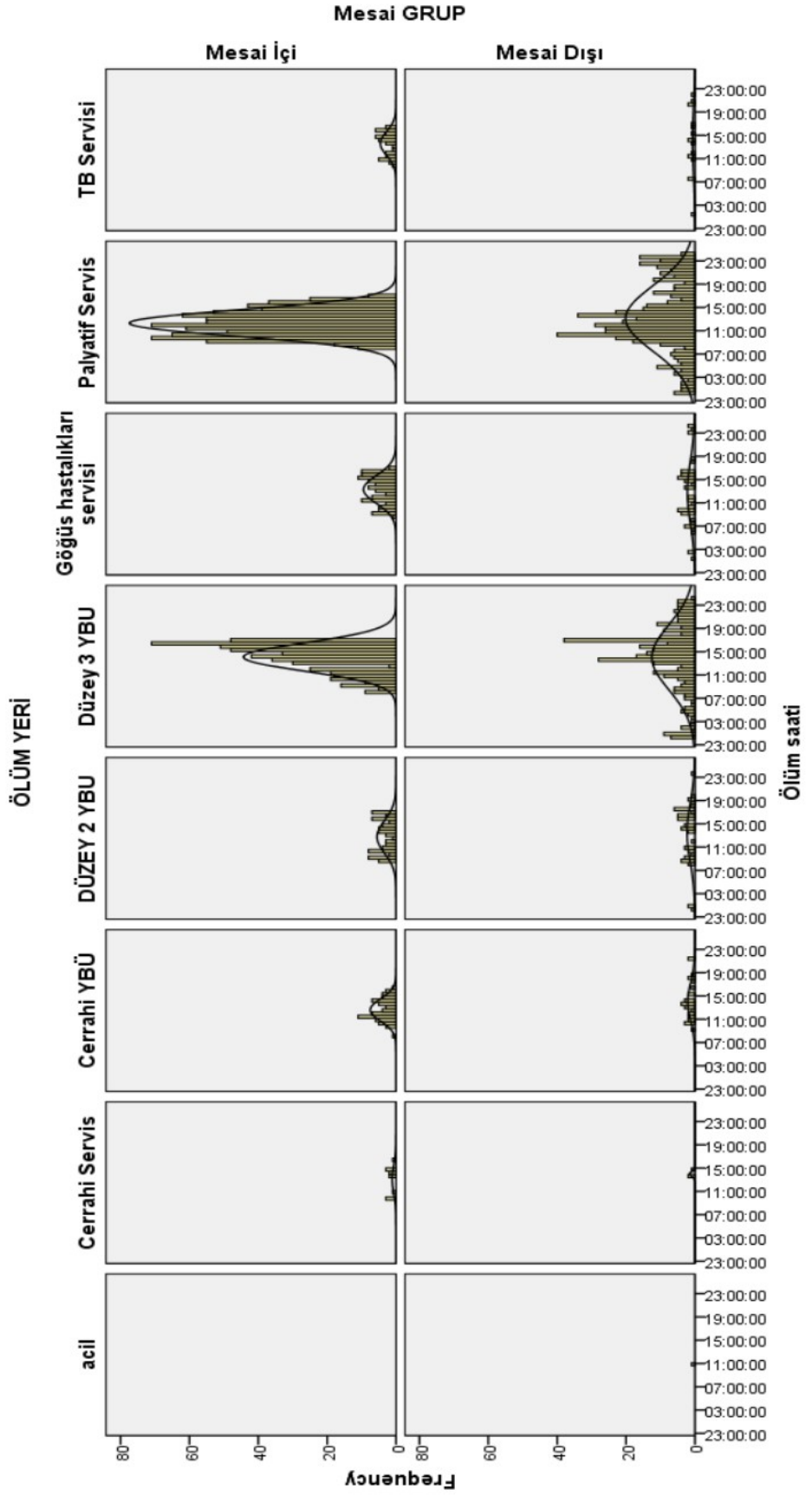
Şekil 8. Mesai çalışma gruplarına göre ölüm saatlerinin dağılımı.

Şekil 8 de mesai saatlerinde ölümler her saate benzer dağıldığı, mesai saati dışı grupta ölümlerin haftasonu 08.00-17.00 arası belirgin ve 20.00-01.00 arasında da tekrar artış gösterdiği görüldü.



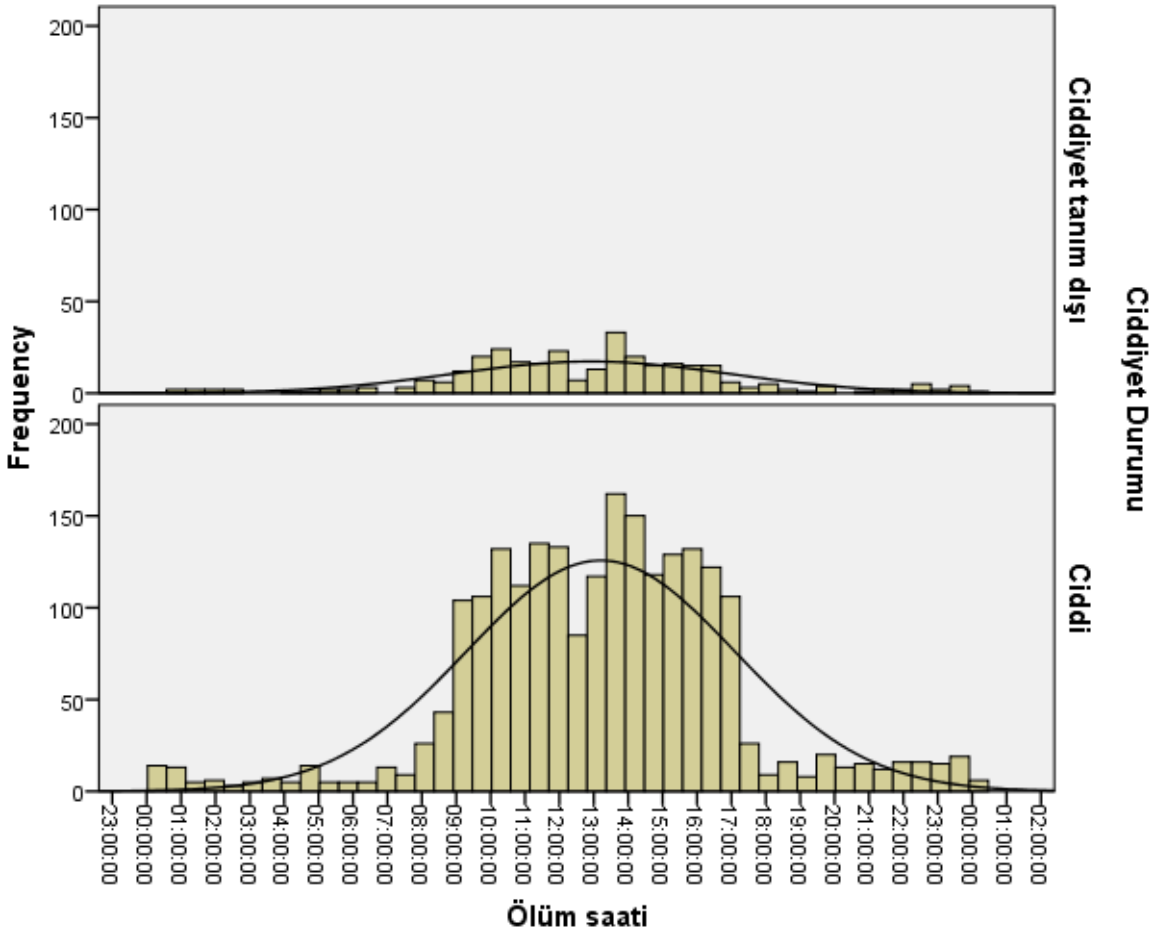
Şekil 9. Acil Servisten yatışı yapılan hastaların ölüm saatleri dağılımları.

Şekil 9 da Acil Servisten yatışı yapılanların ölüm saatleri dağılımları benzer olduğu histogram eğrisinde görüldü.



Şekil 10. Ölüm yerleri ve ölüm saatleri mesai içi ve mesai dışı gruplarda.

Şekil 10 da Mesai saati dışında Palyatif Servis ve Düzey 3 Yoğun Bakım Ünitesinde vefatların olduğu gösterildi.



Şekil 11. Hastaların ölüm saatleri dağılımı ve ciddiyet durumlarının varlığı.

Şekil 11 de hastaların ölüm saatlerinin dağılımında klinik ciddiyetelerin olup olmamasına göre histogram dağılımları gösterildi. Ciddiyeti olan hastaların büyük çoğunluğu gündüz saatleri için de vefat ettikleri görüldü.

Tablo 8 de vefat eden hastaları ölüm yerleri ve ölüm zamanları karşılaştırıldı ve benzer bulundu.

Tablo. 8. Hastaların ölüm zamanları ve ölüm yerleri					
	Ölüm Zamanları				
	Mesai İçi		Mesai Dışı		
Ölüm yeri	N	%	N	%	P değeri
Acil Servis	0	0,0	1	0,1	
Cerrahi Servis	12	0,8	3	0,3	0.15
Cerrahi YBÜ	64	4,1	30	3,1	
Düzey 2 YBÜ	70	4,5	51	5,2	
Düzey 3 YBÜ	481	31,1	315	32,1	
Göğüs Hastalıkları Servisi	102	6,6	53	5,4	
Palyatif Servis	778	50,2	510	52,0	
Tüberküloz Servisi	42	2,7	17	1,7	

Tablo 9 da mesai saati dışında ölenler için risk prediktörü olabilecek logistik regresyon bivariate (enter) modele dahil edildi. Logistik regresyonda, 85 yaş üzeri olmak, hastalık ciddiyeti (bu çalışmada tanımlanan kriterlerin olması), malignite varlığı, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı varlığı, acilden, poliklinikten, dış merkezden ve cerrahiden yatış yapılma durumu, noninvaziv ve invaziv mekanik ventilasyon uygulanması, vazopressör ihtiyacı olması modele dahil edildi. Modelde 85 yaş üzeri olanların %25 mesai saati dışında daha az öldüğü görüldü (p=0.014). P değeri anlamlılığa yakın olacak şekilde invaziv mekanik ventilasyon uygulananlar 1.25 kat daha fazla mesai saati dışında öldüğü görüldü.

Tablo 9. Hastaların mesai dışı ölümlerinde risk prediktörlerinin logistik regresyon analizi.				
		95% Güven Aralığı		
	Odds	**Alt Limit**	**Üst Limit**	**P değeri**
85 yaş ve üzeri olmak	0,76	0,61	0,94	0,014
Hastalık ciddiyeti ileri olmak	1,01	0,74	1,38	0,93
Malignite varlığı	1,04	0,86	1,26	0,69
Kalp yetmezliği olması	1,16	0,92	1,46	0,21
Koroner arter hastalığı olması	1,09	0,88	1,35	0,42
Acil servisten yatışı olmak	0,80	0,52	1,24	0,32
Poliklinikten yatışı olmak	0,76	0,49	1,20	0,24
Dış merkezden yatışı olmak	0,95	0,63	1,44	0,80
Göğüs Cerrahisine yatışı olmak	0,68	0,40	1,17	0,16
İnvaziv mekanik ventilasyon uygulamak	1,25	1,00	1,56	0,053
Vazopressör kullanılması	0,83	0,67	1,03	0,09
Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamak	0,85	0,72	1,01	0,07

Logistic regresyon testinde Backward likelyhood ratio uygulandığında 85 yaş ve üstü olanların odds oranı 0.76 olduğu görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. Mesai saati dışında ölümlerde risk prediktörü backward LR multi logistic regresyon analizi				
		95% Güven Aralığı		
	Odds	**Alt Limit**	**Üst Limit**	**P değeri**
85 yaş ve üzeri olmak	0,76	0,62	0,94	0,013

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hastane içi gerçekleşen ölümün %39'u mesai saati dışında olduğu bulundu. Ölen hastaların %19.3'ü 85 yaş ve üzeriydi ve mesai saati içi ölümlerin 85 yaş üzeri grupta anlamlı oranda daha fazla olduğu gösterildi. Ölen hastaların %87.5'inde ciddi hastalık olduğu ve mesai içi -dışı ölen hastaların hastalık ciddiyet oranlarının (terminal kanser, ağır enfeksiyon pnömoni, genel durum bozukluğu) benzer olduğu görüldü. Ölen hastaların ek hastalıklarında %49.7 ile malignite (%40.6 akciğer maligniteleri), %35.2 KOAH ve %33.3 Hipertansiyon, %20.7'i diyabet ve %20.1'i koroner arter hastalığı olduğu bulundu. Ölüm saatlerinin mesai içi-dışı olması ile oluşturulan grupta ek hastalıkları benzerdi. Mesai gruplarının yatış tanıları, uygulanan tedavileri ve ölüm yerleri benzerdi. Çalışmada 85 yaş üzeri olmanın mesai saati dışında ölüm riskini, modele dahil edilen diğer parametreler arasında, ölümü odds 0.26 ile azalttığı gösterildi.

Hui ve ark. son dönem kanser hastalarında semptomların tanımlanması, hastalığın kötü yönde ilerlediği özellikle 10 fizik bulgunun varlığında ölümün 3 gün içinde olacağı bildirilmiştir (8). Çalışmada özellikle arter nabzın alınmayacak kadar yüzeyelleşmesi, çene atan solunum hareketi, idrar çıkışının azalması, Cheyne Stokes solunum, can çekişme hırıltısı ölümün çok yakın olduğunu gösteren bulgular olduğu bildirilmiştir (8). Çalışmamızda kanser hastalarının semptomları kayıt edilmedi ancak ölen hastaların yarısı kanser hastasıydı. Genel durum bozukluğu olanlar da yüksekti. Hasta yakınları genel durum bozukluğu olan son dönem kanser hastalarını hastaneye getirdiklerini düşündüğümüz çalışmada hastane kaynaklarının tedavisi mümkün olmayan bu hastaları evde palyatif yaklaşımla yönetmeleri sağlık kaynaklarının etkin kullanılması için olumlu olacağı kanaatindeyiz. Çalışmamızda hastalara antibiyotik, mekanik vetilasyon desteği ölüm saattleri mesai dışı-içi grupta benzer olması etkin tedavi kaynaklarının kullanıldığını göstermektedir. Liu ve arkadaşları yakın zamanda sepsise bağlı ölümlerde özellikle ilk 1-6 saatte antibiyoterapinin başlanmasının

önemli olduğu ve bunun daha çok mesai saati içindeki sepsis tanımlanan hastalarda yapılabildiğini bildirmişlerdir (7). Çalışmamızda enfeksiyon tanımlı (sepsis, pnömoni) hastaların hepsine antibiyoterapi başlanmıştı. Hastanemizde sepsis tanımı konusunda etkin çalışılmış ve 2006 dan beri güncellemelere uyularak sepsis protokolü uygulanmaktadır (12,Vincet). Mesai saatinin antibiyoterapi seçimi ve verilme zamanı bu çalışmada araştırılmamakla birlikte mesai saati dışında 6 saatten daha geç sürede başlanmadığı düşünülmektedir. Sağlık hizmetinin 7/24 esasına göre olması çalışanların sayı ve özelliklerinin yazılı olarak belirlenmiş olması olası mevcut klinik uygulama eksiklerinin önlenmesi için belirlenmiştir (10, 11). Dünyada ve ülkemizde YBÜ de hasta/hemşire, hasta/hekim oranları kritik hastalarının güvenli yönetimi için yapılmaktadır (10, 11). Mesai saati dışı ölümlerde sepsis tanılı hastalarda geç başlanan antibiyoterapi riski her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastane içi kardiyak arrest olan hasta kohortlarında, mesai dışı saatlerde kardiyak arrest olanların diğer saatlere göre daha düşük bir sağkalım gösterdiği bildirilmiş (3). Ofama ve ark. haftasonları akut miyokard enfarktüsü nedeniyle hastaneye başvuran hastalarda daha yüksek mortalite bildiren önceki çalışmaları destekleyen verileri nedeniyle önemlidir. Hafta sonu hastaneye yatışta mortalitenin myokard enfarktüsüne bağlı kardiayak arrestlerde daha yüksek olması uzman hekimlerin bulunabilirliliğinin azalması veya invaziv kardiyak işlemlerin daha az kullanılması olabileceği söylenmiştir (3). İtalya Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak yapılan çalışmalarda benzer kanıtlar diğer vasküler hastalıklar için de mevcuttur (14). İtalyan çalışmasında haftasonları, hem akut aort diseksiyonu hem de rüptür nedeniyle başvuran hastalarda daha yüksek mortalite oranları gösterilmiş (n = 17,319; odds oranı [OR]: 1.34;% 95 güven aralığı [CI]: 1.24 ila 1.44; p <0.001) (15). Çalışmacı ekip farklı bir çalışmada benzer durumun pulmoner emboli hastalığında olduğunu bildirmişlerdir (n=265.035;OR: 1.15;% 95 [CI]: 1.13 ila 1.18; p <0.001) (16). Japon çalışması olan 2019 yılında yayınlanan çalışmada

hafta sonu gündüz hastaneye başvuran akut myokard enfarktüslerinde hastane mortalitesinin diğer zaman dilimlerine göre daha yüksek olduğu, reçete edilen tedaviler rehber ile uyumunun daha az olduğu bulunmuş (17). Mizuna ve arkadaşları haftasonu hastane başvuruların özellikle myokard enfarktüslerin daha mortal sonuçlanması nedeniyle Japonya sağlık sisteminde yakından takip etmeleri gerektiği paylaşılmıştır (17). Mercant ve ark. 2003-2007 yılları arasında Amerika'da 150 hastanenin yaklaşık 200 bin tedavi verilmiş kardiyak arrest sonuçlarını araştırmışlar. (1). Büyük veri çalışmasında Amerika'da 5 yıllık süreçte yatan hastalarda hastane içi kardiyak arrest oranlarının yıllar içinde arttığını ancak sonuçlarında kısmen düzelme olduğunu bununla birlikte hastane içi kardiyak arrestlerin neden olduğunun araştırılması ve sağlık çalışanlarının, sağlık sisteminin gözden geçirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (1).

Hastane organizasyonunda, "mesai saatleri dışı" için sağlık hizmetinin bir tür kara deliği temsil ettiğinin söylenmesi de doğru olmayacağı çünkü hafta sonları kabul edilen hastaların komorbidite ve komplikasyonları nedeniyle hafta içi gelen hastalara göre daha ağır klinikte olabileceği bu nedenle de sağ kalımın düşük olabileceği bildirilmiştir. Örneğin, akut koroner sendrom nedeniyle hastaneye yatırılan hastalar, günün zamanına bağlı olarak, çalışma saatleri dışında farklı klinik tablolar (örn., ST-segment dışı yükselme [NSTEMI] veya ST-segment yükselmesi miyokard enfarktüsü [STEMI]) göstermişlerdir (18). Bu nedenle, mesai saati dışı hasta kabulleri en yüksek dikkat gerektirdiği bildirilmiştir. Çalışmamızda hastaların hastane kabullerinde mesai saatleri analizi yapılmış ve mesai saati ve dışı yatanların özellikle ilk 24 saat ölümlerinin benzer olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda mesai saati dışı hasta kabul yeri çalışma işleyişi olarak beklenildiği gibi acil serviste anlamlı olarak fazla iken poliklinikten yatış gece poliklink yapılmadığı için düşük bulunmuştur. Çalışmamızda ölen hastaların hastaneye kabul yerleri mesai saati içinde ve mesai saati dışında ölenlerle benzerdi ve ölenlerin %69'u acil servisten yatışı yapılmıştı. (Tablo 6) Han ve ark. yakın zamanda hastane

mortalitesinde ölüm saatleri yerine yatış saatlerinin mesai saati ve mesai dışı olmasının mortaliteye etkisini İngiltere'de büyük bir eğitim araştırma hastanesinde 10 yıllık dönem için araştırmıştır (19). Ancak çalışmada hastane içi ve 7-30 gün kaba ölüm sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışmada 10 yıllık dönemde zaman içinde haftasonu ve acilden yatan hastalarda mortalitenin arttığının göstermişlerdir (19). Çalışmamızda da ölen hastaların 2/3'ü acil servisten yatmışlardı. Ancak çalışmamızda sadece ölen hastalar değerlendirilmiş, hastanenin yıllar içindeki mortalite değişimi bakılmamıştır. Acil servis yatışları ölüm riski taşıması bakımından önemsenmesi özellikle mesai saati sonrası, haftasonu yatan hastaların çok yüksek olduğunu Han ve arkdaşları bildirmiştir (19). Vollam ve arkadaşları yakın zamanda yoğun bakım ünitesinden servise mesai saati dışında hasta çıkarıldığında hastane mortalitesinin ve yoğun bakım ünitesine tekrar yatış oranlarının arttığını göstermiştir (4). Çalışmamızda bu bilgilerin analizi yapılmamış ancak hastane yoğun bakım taburculuk protokolünde mesai saati dışı transferlerin yapılmamaktadır. Nadir durumlarda yer açmak için vakalar servislere mesai dışı da nakledilebilmektedir. Kritik hasta takipleri yoğun bakım ünitelerinde güvenle yapılırken kritik hastaların yoğun bakım sonrası servis takipleri servis koşullarında mesai saati dışında azalan hekim ve hemşire nedeniyle yapılamaması öngörülen bir sonuç olabileceği kanaatindeyiz. Yoğun Bakım ünitelerinde basamak/seviye düşürerek hastanın takibi uygundur.

LİMİTASYONLAR

Çalışmamızda bazı limitasyonlar bulunmaktadır. Birinci olarak çalışmamız göğüs hastalıkları dal eğitim hastanesi olması nedeni ile sonuçlarımız diğer hastanelere genellenemez. Ancak benzer dal göğüs hastalıkları hastaneleri için genellenebilir. İkinci olarak hastaların ölüme yakın saatlerindeki semptomları, hemşire-hekim muayenesi olup olmadığı kayıt edilmemiştir. Bununla birlikte ölen hastaların büyük çoğunluğu terminal hasta ve palyatif bakım ünitesinde, ikinci sıradaki ölüm yeri ise yoğun bakım olması nedeniyle

sağlık çalışanı yakın takibi olduğu söylenebilir. Üçüncü limitasyon olarak ciddi hastalık grubu olarak tanımladığımız hastaların dışında kalan %13 lük grubun içinde de ciddi hasta tanımlaması olmuş olabilir, ancak düşük bir oran olabileceği için sonuçlarımızı etkilemez. Son limitasyonumuz çalışmamızda mesai saati dışı yatan ciddi hastalara reçete edilen antibiyotiklerin ne kadar sürede hastaya verildiği bilgisi kayıt edilmemiştir. Hastanemizde sepsis protokolü gereği antibiyotiklerin hızla verilmesi gerektiği bilinir ve uygulamanın bu şekilde ilk 6 saat içinde uygulanmaktadır.

6. SONUÇLAR

Çalışmamız üç yıllık süreçte göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitimi veren dal hastanesi olarak 7/24 esasında Sağlık Bakanlığı Genelgesi doğrultusunda sağlık hizmeti vermektedir. Mesai saati dışı dönemde çalışan sağlık çalışanı diğer eğitim vermeyen sağlık kuruluşlarından daha fazla uzman ve akademisyen ile yönetilmektedir. Hastaların hastalıklarının ciddiyetleri (kansere bağlı genel durum bozukluğu, kronik hastalığın son evresi olması, sepsis- çoklu organ yetmezliği gelişmesi) hastane için ölümlerde %90 gibi yüksek oranda olması, mesai saati ve mesai saati dışı dönemde de bu oranın benzer olması, ölen hastaların büyük çoğunluğunu oluşturması, sağlık hizmetinin uygun hasta grubuna verildiğini gösterir. Çalışmamızda, ölen hastaların yarısı terminal dönem kanser olması, ölüm yerlerinin palyatif bakım ünitesi olması, hastanelerin son dönem hastalarca ölüm yeri gibi kullanıldığını düşündürmüştür. Son dönem hastaya hastanede destek tedavinin verilmesi için ölüm öncesi saatler içinde olabileceği düşünülen hastalar için yerinde (evinde) destek tedavi düşünülebilir. Bunun için Sağlık Hizmetleri gerekli tanımlamalar, düzenlemeler yapabilir. Mesai saati dışı ölümler hastane ölümlerinin 2/5 olması ve son dönem hasta yoğunlu tedavide ve iş gücünde futuliteyi düşündürmüştür. Çalışmamızda mesai saati dışında 85 yaş ve üzeri hastaların daha az öldüğünün bulunması hasta-sağlık çalışanı arasındaki şiddet sorunu nedeni ile mesai dışı saatlerde sağlık çalışanlarının aşırı destek tedavi eğiliminde olabileceğini düşündürdü.

KAYNAKLAR

1) Merchant RM, Yang L, Becker LB, Berg RA, Nadkarni V, Nichol G, Carr BG, Mitra N, Bradley SM, Abella BS, Groeneveld PW; American Heart Association Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. Crit Care Med. 2011 Nov;39(11):2401-6.
2) Ogita M, Suwa S, Ebina H, Nakao K, Ozaki Y, Kimura K, Ako J, Noguchi T, Yasuda S, Fujimoto K, Nakama Y, Morita T, Shimizu W, Saito Y, Hirohata A, Morita Y, Inoue T, Okamura A, Uematsu M, Hirata K, Tanabe K, Shibata Y, Owa M, Hokimoto S, Funayama H, Kokubu N, Kozuma K, Uemura S, Toubaru T, Saku K, Oshima S, Nishimura K, Miyamoto Y, Ishihara M; J-MINUET investigators. Off-hours presentation does not affect in-hospital mortality of Japanese patients with acute myocardial infarction: J-MINUET substudy. J Cardiol. 2017 Dec;70(6):553-558.
3) Ofoma UR, Basnet S, Berger A, Kirchner HL, Girotra S; American Heart Association Get With the Guidelines – Resuscitation Investigators. Trends in Survival After In-Hospital Cardiac Arrest During Nights and Weekends. J Am Coll Cardiol. 2018 Jan 30;71(4):402-411.
4) Vollam S, Dutton S, Lamb S, Petrinic T, Young JD, Watkinson P. Out-of-hours discharge from intensive care, in-hospital mortality and intensive care readmission rates: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2018 Jul;44(7):1115-1129.
5) Mohammed MA, Rudge G, Watson D, Wood G, Smith GB, Prytherch DR, Girling A, Stevens A. Index blood tests and national early warning scores within 24 hours of

emergency admission can predict the risk of in-hospital mortality: a model development and validation study. PLoS One. 2013 May 29;8(5):e64340.

6) Han L, Sutton M, Clough S, Warner R, Doran T. Impact of out-of-hours admission on patient mortality: longitudinal analysis in a tertiary acute hospital. BMJ Qual Saf. 2018 Jun;27(6):445-454.

7) Liu VX, Fielding-Singh V, Greene JD, Baker JM, Iwashyna TJ, Bhattacharya J, Escobar GJ. The Timing of Early Antibiotics and Hospital Mortality in Sepsis. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Oct 1;196(7):856-863.

8) Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K, Crovador CS, Yu X, Swartz MD, Perez-Cruz PE, Leite Rde A, Nascimento MS, Reddy S, Seriaco F, Yennu S, Paiva CE, Dev R, Hall S, Fajardo J, Bruera E. Clinical signs of impending death in cancer patients. Oncologist.2014Jun;19(6):681-7.

9) Sağlık Bakanlığı https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisiklerle-beraber.html (Ekler)

10) Sağlık Bakanlığı Acil Servis https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13494&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5. (Ekler)

11) Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım ünitesi 7/24 çalışma hasta/personel sayısı genelgesihttps://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5 (Ekler)

12) Türkiye İstatistik Araştırma Kurumu 2019 Türkiye ölüm nedenleri istatistiği http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083

13) Mervyn Singer, Clifford S. Deutschman, Christopher Warren Seymour, Manu Shankar-Hari, Djillali Annane, Michael Bauer, Rinaldo Bellomo, Gordon R. Bernard, Jean-Daniel Chiche, Craig M. Coopersmith, Richard S. Hotchkiss, Mitchell M. Levy, John C. Marshall, Greg S. Martin, Steven M. Opal, Gordon D. Rubenfeld, Tom van

der Poll, Jean-Louis Vincent, Derek C. Angus. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) JAMA. 2016 Feb 23; 315(8): 801–810. doi: 10.1001/jama.2016.0287.

14) Fedeli U, Gallerani M, Manfredini R. Factor contributing to the weekend effect. JAMA 2017;317:1582.

15) Gallerani M, Volpato S, Boari B, et al. Outcomes of weekend versus weekday admission for acute aortic dissection or rupture: a retrospective study on the Italian National Hospital Database. Int J Cardiol 2013;168:3117–9.

16) Gallerani M, Fedeli U, Pala M, Giorgi A, Fabbian F, Manfredini R. Weekend versus weekday admission and in-hospital mortality for pulmonary embolism: a 14-year retrospective study on the National Hospital Database of Italy. Angiology 2018;69:236–41.

17) Mizuno S, Kunisawa S, Sasaki N, Fushimi K, Imanaka Y (2018) Effects of night-time and weekend admissions on in-hospital mortality in acute myocardial infarction patients in Japan. PLoS ONE 13(1): e0191460. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191460

18) LaBounty T, Eagle KA, Manfredini R, Fang J, et al. The impact of time and day on the presentation of acute coronary syndromes. Clin Cardiol 2006;29: 542–6.

19) Han L, Sutton M, Clough S, Warner R, Doran T. Impact of out-of-hours admission on patient mortality: longitudinal analysisin a tertiary acute hospital. BMJ Qual Saf 2018;27:445-454 doi: 10.1136/bmjqs-2017-00

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Taner SEZGİN

Doğum yeri ve tarihi: Kırcaali/Bulgaristan 21.12.1989

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Tamamlandı

İletişim bilgileri (e-posta / telefon) : drtanersezginmail.com / 05302325021

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bursa Anadolu Lisesi

Bursa Hürriyet Ticaret ve Sanayi Odası İlkokulu

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Pratisyen Hekim: 20.09.2014- 20.11.2014

Asistan Hekim: 20.07.2016- Halen Göğüs Hastalıkları Asistanı

IV- Mesleki Deneyimi

Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Zübeyde Hanım Ek Hizmet Binası: Eylül-Kasım 2014

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 20.07.2020- Halen Göğüs Hastalıkları Asistanı

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Toraks Derneği

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği

European Respiratory Society

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

1-) EP-298: Erişkin Yaşta Nadir Saptanan Bronşiektazi Etyolojisi: Primer İmmün Yetmezlik

TÜSAD 41. Uluslararası Katılımlı Ulusal Kongresi

2-) PS-36: Metastatik Akciğer Kanseri İle Karışan Pulmoner Hyalinize Granülom

Olgusu

UASK 2019 Ulusal Akciğer Sağlığı Kongresi

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: Yok

Ödüller: Yok

Projeleri: Yok

Verdiği konferans ya da seminerler: Yok

Katıldığı paneller (panelist olarak): Yok

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri: Yok

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar: Yok

Diğer üyelikleri: Yok

EKLER

Ek 1. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Madde 42 – Nöbet hizmetleri evde nöbet, normal, acil, branş nöbeti olarak dört şekilde yürütülür. Acil ve branş nöbetlerinin hangi hallerde, tutulacağı hastanenin türüne, iş durumuna, personel mevcuduna, hizmetin gereklerine göre baştabib tarafından tesbit edilir. Eğitim Hastanelerinde de uzman ve uzmanlık eğitimi görenlerden kimlerin hangi nöbete gireceklerini ve ne nöbeti tutacaklarını da baştabib tesbit eder.

A) **İcapçı nöbeti (Ev nöbeti):** Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur. Ev nöbetçisi akşam vizitlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur.

B) Normal Nöbetler: Mesai saatleri dışında personelin mesai başlangıç saatini değiştirerek veya vardiye sistemi ile gördürülemeyen veyahut bunların dışında kalan hizmetlerin yürütülmesi için düzenlenen nöbet şeklidir. Bundan amaç; ilgili hizmetin mesai saati dışındaki devamını sürdürerek idari ve tıbbi hizmetlerde süreklilik sağlamaktadır. Bu nedenle, bu nöbete kalan görevliler mensub olduğu hizmet bölümü amirinin yetki ve sorumlulukları ile mesleğinin yetki ve sorumluluklarını haizdirler.

Bu nöbetin tutulduğu kurumlarda, acil vak'alar için ayrıca nöbet veya hizmet birimi bulunmadığı takdirde acil vak'a muayenesini ve gerekli ilk yardım ve tedaviyi nöbetçi tabib yapar. **Vak'a kendi branşıyle ilgili değilse süratle ilgili dal uzmanını ve acil vak'a için gerekli görülen diğer personeli de davet eder**.

Bu nöbetle birlikte acil veya branş nöbeti tutulan kurumlarda normal nöbeti tutan tabib, baştabib yetkilerini haiz olarak sadece idari amir sorumluluğunu yüklenir.

Eğitim hastaneleri dışında uzman baştabib yardımcısı ile birlikte uzman tabib adedi normal nöbet tutmaya müsait kurumlarda baştabib yardımcıları da normal nöbete girerler.

C) Acil nöbetler: Uzman durumu müsait olan kurumlarda lüzum görülen branşlar için normal nöbete ilave olarak ayrıca acil nöbeti konulabilir. Bu takdirde acil nöbetine iştirak edecek diğer sağlık ve yardımcı sağlık personelinin kimler olacağını ve bunların miktarını baştabib tesbit eder.

Acil nöbeti tutanlar bir başka nöbete dahil edilmezler.

Acil nöbeti tutan uzmanın talebi üzerine yapılacak, çağrıya ilgili dal uzmanı ve diğer personel uymaya zorunludur.

D) Branş nöbeti: Birden fazla genel cerrahi, iç hastalıkları klinikleri ve kadın hastalıkları ve doğum kliniği bulunan yataklı tedavi kurumlarında uzman ve klinik adedi gözönüne alınarak acil hizmeti için kliniklere bütün personeliyle birlikte branş nöbeti tutturulabilir. Gerek görülürse ve uzman adedi yeterli bulunduğu takdirde acil vak'ası bulunan dallardan birer uzman, yoksa kıdemli uzmanlık eğitimi görenler de bu ekibe eklenebilir, veya davet edilebilir. Branş nöbetini üstlenen klinikler, gece nöbetini ifa edecek tabib ve personel ekiplerini düzenleyerek gereği yapılmak üzere baştabibliğe verirler. Bu kliniklere gereğinde başka hizmetlerden personel takviyesi yapılabilir. Branş nöbetlerini üstlenen klinikler o dalın acillerinin yatarak tedavi hizmetlerini de ifa ederler ve bu klinik personeline başkaca nöbet hizmetleri verilmez.

Madde 43 – Tabib nöbetleri:

A) Tek tabib bulunan kurumlarda, kurumda yatan hasta varsa, tabib arandığında bulunabileceği yeri bildirmekle ve akşam vizitlerini yapmakla görevlidir.

B) Baştabib dahil iki veya üç uzman bulunan kurumlarda sadece ev nöbeti tutulur.

C) Baştabib dahil dört ve daha yukarı tabib bulunan kurumlarda normal nöbet tutulur. Ancak baştabib dahil beş veya yukarı tabib olduğu zaman baştabib nöbet tutmaz.

Madde 44 – Diştabibi nöbetleri:

Dört veya daha fazla diş tabibi bulunan kurumlarda diştabibi nöbeti konulur.

Kurumların bünyesinde diş tedavi protez merkezi bulunup bulunmadığına, acil vak'a durumuna, iş hacmine ve diş tabibi mevcuduna göre kaç diş tabibinin nöbetçi kalacağına baştabib karar verir.

Madde 45 – Eczacı nöbetleri:

Başeczacı dahil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur.

Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda başeczacı nöbete girmez kurumun iş hacmine, acil vaka durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabib karar verir.

Madde 46 – Uzmanlık Eğitimi görenlerin nöbetleri:

a) Kurumda üçten fazla uzmanlık eğitimi gören bulunduğu hallerde genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutulur. Bu nöbeti baştabib düzenler. Genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti tutanlar genel hastane nöbeti tutan uzman nezaretinde çalışırlar. Kurumdaki uzmanlık eğitimi görenlerin hepsi yalnız bir dalda bulunduğu takdirde servis nöbeti tutmazlar. Genel uzmanlık eğitimi görenler nöbetine girerler.

Uzmanlık eğitimi görenlere hiçbir zaman uzman nöbeti tutturulamaz.

Bir serviste ikiden fazla uzmanlık eğitimi gören bulunduğu takdirde, bunlar sıra ile servis nöbeti tutarlar. Servis nöbetini servis şefi düzenler. Bu düzenlemede genel uzmanlık eğitimi görenler nöbeti göz önünde bulundurulur.

Madde 47 – Başhemşire yardımcılarının nöbetleri:

Başhemşire yardımcısı adedi dört veya daha fazla ise bunlar başhemşirelik nöbeti tutarlar.

Madde 48 – Hemşire, ebe ve hemşire yardımcılarının nöbetleri:

A) Bünyesinde doğum servisi bulunmayan kurumlarda, hemşire, ebe ve hemşire yardımcısı (başhemşire dahil) toplamı ikiden fazla ise, bunlar arasında nöbet uygulanır. Başhemşire ile beraber dörtten fazla hemşire, ebe ve hemşire yardımcısı bulunan kurumlarda başhemşire nöbete girmez, herhangi bir sebeble sayıları dörtten aşağı inerse başhemşire de nöbete dahil olur.

B) Bünyesinde doğum servisi bulunan kurumlarda ebelik görevi yapanlarla, hemşirelik görevi yapanlar için A Fıkrasındaki ölçüler dahilinde ayrı ayrı nöbet düzenlenir. Kurumun özelliği, hizmetin gereği ebe ve hemşire görevi ifa edenlerin adedine göre baştabiblik bu nöbetleri birleştirip ayırabilir. Ebelik ve hemşirelik hizmeti görenlerin miktarı yeterli olduğu ve hizmetin icapları gerektirdiği takdirde baştabiblik ayrı ayrı yerlerde birden fazla hizmet yeri için hemşirelik nöbeti ihdas edilebilir. (Genel servisler, acil bakım, yoğun bakım v.s. gibi) Servis sorumlu hemşireleri nöbete girmezler.

Madde 49 – Tıbbi teknisyenlerin nöbetleri:

a) Aynı branştan bir veya iki tıbbi teknisyen bulunan kurumlarda bu teknisyenler servis nöbeti tutmazlar. Gerekli ve acil hallerde sıra ile baştabib veya nöbetçi tabibin davetine gelirler.

b) Aynı branşta ikiden fazla tıbbi teknisyen bulunan kurumlarda baş tabibin lüzumlu gördüğü hallerde ve hizmet yerlerinde bunlar da kendi aralarında nöbet tutarlar.

Madde 50 – Yardımcı hizmetler sınıfı personelin nöbetleri:

Yataklı tedavi kurumlarında çalışan yardımcı hizmetler personeli gerekli hallerde baştabibin uygun göreceği şekilde nöbet tutarlar.

Madde 51 – (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.)

Yataklı tedavi kurumlarında genel idare hizmetleri sınıfında görev yapan personelin nöbetleri aşağıdaki şekildedir:

a) Hastane Müdürü nöbet hizmetiyle yükümlü değildir.

b) Hastane müdür yardımcıları; hastane müdürünün belirleyeceği esaslara göre görevleri ile ilgili nöbete tabi tutulurlar. Baştabip, ihtiyaca göre hastane müdür yardımcılarını farklı çalışma saatlerinde çalıştırabilir.

c) Genel idare hizmetleri sınıfındaki veznedar hariç diğer memurların nöbetleri hizmet gerekleri dikkate alınarak hastane müdürü tarafından düzenlenir.

Madde 52 – Teknik personel nöbetleri:

a) Kadrolarında mühendis (makine,elektrik) bulunan kurumlarda mühendisler nöbet tutmakla yükümlü değildirler.

b) Dört ve daha fazla teknisyeni bulunan yataklı tedavi kurumlarında bunlar da teknik hizmetlerde nöbete tabi tutulurlar. Ancak baştekniseyen nöbete girmez.

c) Nöbet tutulmadığı zamanlarda gerekli ve acil hallerde mühendis ve teknisyenler görevlilerin davetine gelirler (9).

Acil Servis Personel Standartları, Nöbetler, Hasta Kabulü ve Sevk Esasları

Acil servis sorumlusu ve personel standartları (10):

MADDE 11 – (1) Acil servislerde var ise acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde baştabibin görevlendireceği bir baştabip yardımcısı veya bir uzman tabip ya da bir tabip acil servis sorumlu tabibi olarak görev yapar. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır. Acil serviste Ek-1'de gösterilen uzman tabip, tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak hizmetin yoğunluğu ve vakaların niteliğine göre acil servisin bu Tebliğ uyarınca belirlenen seviyesinin gerektirdiği, acil sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve nicelikte sağlık ve diğer personel planlaması yapılır.

(2) **(Ek:RG-20/2/2018-30338)** Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis bulunan hastanelerde, öncelikle acil tıp uzmanı veya cerrahi branşlardan olan bir baştabip yardımcısı, acil servisten sorumlu baştabip yardımcısı olarak görevlendirilir."

(3) **(Ek:RG-20/2/2018-30338)** Sağlık tesislerinde çalışan personelin, görevleri esnasında görev tanımına ve Bakanlık tarafından belirlenen çalışma elbiseleri mevzuatına uygun olarak giyinmeleri ve tanıtım kartı kullanmaları zorunludur.

(4) **(Ek:RG-20/2/2018-30338)** Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis bulunan hastanelerde, Müdürlükçe uygun görülen durumlarda, acil servise araçla gelen hastaların araçları için araç park imkânları ve kolaylıkları sunulur.

Acil servis daimi ve vardiya usulü çalışanları

MADDE 12 – (Başlığı ile birlikte değişik:RG-20/2/2018-30338)

(1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır.

(2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.

(3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez. Hastane bilgi sisteminde bu görevlilerin tanım ve rolleri ilgili gün için sadece acil işlerle ilişkilendirilerek, diğer işlerde görev almaları engellenir. Acil branş nöbeti ile görevli tabibin, acil bir vakanın tedavisi ile meşgul olduğu durumlarda, yeni gelen hasta için görevlendirilmek üzere, acil branş nöbeti yedek nöbetçiler sıralı listesi düzenlenir. Kurumda

acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar.

(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan diğer klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

(5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır. Acil servisin fiziki şartlarının yetersiz olduğu veya uygun olmadığı durumlarda, hastane elektif hizmetlerinde kullanılan alanlar bu hizmetler için kullanılmak üzere revize edilir.

(6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve aynı ilçe sınırlarındaki genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur.

(7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulan hastanelerde, nöbetçi tabiplerin branşları

dışında hasta kabulü ve konsültasyon ihtiyaçları için, her branşın acil icapçı tabip nöbet listesi düzenlenir.

(8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir ve bu uzman tabip ana dal branşının acil konsültasyon hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil brans nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır.

(10) Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir.

(11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir.

(12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; brans nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak

mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

(13) Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür. Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir.

(14) Özel sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak verilmesi esastır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki I. Seviye acil servislerde acil sağlık hizmetleri tabipler veya var ise aile hekimi uzmanı veya acil tıp uzmanı tarafından yürütülür ve ihtiyaç halinde ilgili dal uzmanı kuruma davet edilir. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur. Uzman tabip sayısının yeterli olması halinde, bu branşlara ilave olarak diğer branşlarda da müstakil acil branş nöbeti tutulabilir.

(15) Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan brans polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır. Konsültasyonların çabuklaştırılması için tüm konsültasyonlar hastane bilgi sistemi üzerinden tabiplere kayıtlı mesaj sistemi ile yapılır ve süreleri takip edilir. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları

“mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir. Konsültan tabipler kendi branşı ile ilgili net öneride bulunmalıdır. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı beklemeksizin yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir. İlk yapılan konsültasyonda konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.

(16) Konsültasyon, acil veya icapçı nöbetçi tabip listelerinde ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya bir başka hasta ile meşgul olması durumlarında, ilgili listede ismi bulunan sıralı nöbetçi tabip çağrılır. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilir (10).

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ

BİRİNCİ BÖLÜM Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan yoğun bakım hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, yoğun bakım servislerinin personel ve hizmet kıstaslarını, fiziki şartlarını, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, bünyesinde faaliyet gösterdiği yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre yeniden seviyelendirilmelerini sağlamak ve bu

birimlerde verilecek hizmetlere ilişkin uygulama usul ve esasları belirlemektir. Kapsam MADDE 2 – (1) (Değişik:RG-29/5/2013-28661) Bu Tebliğ Kamu Hastaneleri Birliklerine, üniversitelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde yoğun bakım hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar. (2) Özel sağlık tesisleri 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin yoğun bakım servislerine ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir. Dayanak MADDE 3 – (Değişik:RG-18/2/2012-28208) (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesi ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Tanımlar MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen; a) Bakan: Sağlık Bakanını, b) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını, c) Baştabip: Bünyesinde yoğun bakım hizmetleri verilen yataklı sağlık tesislerinin baştabibini, ç) Çocuk: Başvuru tarihindeki yaşı esas alınmak kaydıyla 28 günden büyük, 18 yaşını doldurmamış bireyleri, d) Komisyon: Müdürlük bünyesinde yoğun bakım servislerinin seviyelerini belirlemek üzere bu Tebliğin 14 üncü maddesine göre oluşturulan inceleme ve değerlendirme komisyonunu, e) Müdürlük: İl sağlık müdürlüklerini, f) (Değişik:RG-29/5/2013-28661) Sağlık tesisi: Kamu Hastaneleri Birliklerine, üniversitelere, diğer kamu kuruluşlarına ve özel sektöre ait, bünyesinde yoğun bakım hizmeti verilen tüm yataklı sağlık kurumlarını, g) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Sorumlu tabip: Yoğun bakım hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlanması, ilgili diğer kliniklerle koordinasyon ve işbirliği içerisinde yürütülmesinden sorumlu uzman tabibi, ğ) Yenidoğan: Doğum sonrası 0-28 günlük dönemdeki bebekler ile erken doğanlar için düzeltilmiş yaşı elli iki hafta olan bebekleri, h) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Yoğun bakım servisi: Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibariyle hasta bakımı açısından

özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı, fonksiyonel olarak, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan hasta birimlerini, ı) (Ek:RG-18/2/2012-28208) Solunum izolasyon odası: Solunum izolasyonu gereken hastaların yatırılarak izlendiği üçüncü basamak yoğun bakım fiziki şartlarını taşıyan odayı, i) (Ek:RG-18/2/2012-28208) Temas izolasyon odası: Temas izolasyonu gereken hastaların yatırılarak izlendiği üçüncü basamak yoğun bakım fiziki şartlarını taşıyan odayı, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM (Değişik bölüm başlığı:RG-18/2/2012-28208) Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları

Yoğun bakım servislerinin fiziki şartları (Değişik başlık:RG-18/2/2012-28208) MADDE 5 – (1) Yoğun bakım servislerinde fiziki altyapı, konum ve sağlık tesisi içerisindeki diğer birimlerle olan fonksiyonel ilişkileri bakımından uyulması gereken genel şartlar şunlardır: a) Yoğun bakım servisleri sağlık tesisindeki diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuar ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde yapılandırılır. b) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İkinci ve üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servisleri ile ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunur. Ancak aynı tür yoğun bakım servislerinin farklı seviyeleri için ön geçiş alanları ortak kullanılabilir. c) Hastaların yoğun bakım servisi ile ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılır. ç) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Hastane içinde, tercihen servisin yakınında yeterli büyüklükte hasta yakınları için

bilgilendirme, görüşme ve bekleme amacıyla uygun bir alan düzenlenir. Bu görüşmeler ilgili hekimin veya sağlık personelinin talebi üzerine bir güvenlik görevlisi refakatinde gerçekleştirilir. d) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Yoğun bakım servislerinde kayıtların tutulması ve muhafazası, iletişim ve sekretarya hizmetlerinin yürütülmesi, personelin iaşesi ve kısa süreli dinlenmesi, kadın ve erkek personelin kıyafet değiştirmesi için uygun ve yeterli destek hizmet alanları ayrılabilir. Hastane içinde tüm personel için genel bir kıyafet değiştirme bölümü varsa servis içinde ayrıca bir kıyafet değiştirme bölümü düzenlenmesi zorunlu değildir. e) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgâh, lavabo, musluk, sabun, kâğıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulundurulur. Bu odanın çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde düzenlenir. f) Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılır.

g) Eczaneden hazır olarak temin edilemeyen ve servis içerisinde hazırlanması gereken ilaç ve infüzyonlar için destek alanı içerisinde ayrı bir hazırlama alanı oluşturulur. ğ) Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemeden seçilir. h) (Değişik:RG-29/5/2013-28661) Yoğun bakım servislerinde hasta alanı içerisinde tuvalet bulundurulmaz. Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde hasta alanının hemen dışında, sadece personel eşliğindeki yoğun bakım hastalarının kullanımına tahsis edilmiş bir tuvalet bulundurulabilir. Kardiyoloji hastalarının takip edildiği yoğun bakım servislerinde ise tuvalet, hemşire gözetim alanı içerisinde bulundurulabilir. ı) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Servis girişinde en az bir ve hasta alanında her altı yatağa kadar en az bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt

havlu yeri mevcut olan lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur. i) Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılır ve açık renk tercih edilir. Duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılır. j) Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılır. k) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) (Değişik cümle:RG-1/2/2018-30319) Yoğun bakım servislerinde, açılmaz nitelikte olması şartıyla tercihen pencere bulunabilir. Penceresi bulunan yoğun bakım servislerinde; hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi ve hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılır. l) Servis ışıklandırması hastanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Hasta başı ışıklandırma tercihen her yatak için ayrı ve ayarlanabilir nitelikte olmalıdır. m) Yoğun bakım servisleri izolasyon odaları dahil, gürültü ve akustiği engelleyecek, arka plan gürültüyü en aza indirecek şekilde yapılandırılır. n) Yoğun bakım servislerinde hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda bir alan ayrılır. o) Her yatağın yanında hasta takip formlarının ve dosyalarının tutulduğu ve muhafaza edildiği bir düzenek bulunur. ö) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İzolasyon odaları dâhil, yoğun bakım servislerinde her yatak için ayrı olmak üzere zeminde olmayan ve hasta başı en az oniki çıkışlı elektrik paneli bulunur. Ancak birinci seviye yoğun bakım servislerinde, en az dört çıkışlı elektrik paneli bulunması yeterlidir. Birinci seviye hariç, tüm yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Birinci seviye yoğun bakım servislerinde ise bir basınçlı hava çıkışı, bir oksijen çıkışı ve bir vakum sistemi bulunması yeterlidir. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Ancak, birinci seviye yoğun bakım

servislerinde basınçlı hava zorunlu değildir. Diğer sistemlerin ise en az bir çıkışlı olması yeterlidir. p) (Ek:RG-18/2/2012-28208) Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir. r) (Ek:RG-29/5/2013-28661) Sağlık tesislerinde uzmanlık dallarına özgü hastalıklar için ilgili klinikler bünyesinde mevcut yoğun bakım servislerinden bağımsız ayrı yoğun bakım servisleri açılamaz. Ancak hasta yoğunluğu veya fiziki alan yetersizliği nedeniyle zorunlu olarak kurulan bu yoğun bakım servisleri hizmet seviyesine uygun asgari şartları taşır. s)(Ek:RG-29/5/2013-28661)(Değişik:RG-16/8/2015-29447) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım yatakları hariç olmak üzere koroner, dâhili ve cerrahi yoğun bakım yatakları; aynı seviyede olmak ve seviyesine uygun asgari şartları taşımak kaydıyla aynı yoğun bakım servisinin fiziki alanı içerisinde birlikte yapılandırılabilir. Bu şekilde yapılandırılan genel yoğun bakım servisindeki mevcut yataklar, toplam yatak sayısı olarak değerlendirilir ve buna göre tescil edilir. Erişkin yoğun bakım servislerinin fiziki şartları MADDE 6 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra: a) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Erişkin yoğun bakım servislerinde destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 1,5 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m2 alan ayrılır. b) Yatak sayısı on ve altında olan yoğun bakım servisleri tek servis olarak düzenlenebilir. On'dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla altı ila on yataktan oluşan birden fazla birime ayrılır. c) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere kolay temizlenebilir bir ayırma düzeneği bulundurulur. ç) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır. d) Koroner yoğun bakım ve birinci seviye yoğun bakım servisleri diğer yoğun bakım servislerinden ayrı mekânlarda düzenlenebilir. e) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Bünyesinde ayrıca çocuk yoğun bakım servisi bulunmayan veya çocuk yoğun bakım servisi

bulunup da boş yatak bulunmayan sağlık tesislerinde; dahilî ve cerrahî branşlar dâhil, yoğun bakım gereksinimi olan tüm çocuk hastaların bakım ve tedavisinin, uygun çocuk yoğun bakım yatağı bulununcaya kadar erişkin yoğun bakım servislerinin uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yatırılarak sağlanması zorunludur. f) Genel ışıklandırma tercihen, gündüz 150 fc veya 1614 lux, gece 100 fc ya da 1076 lux olacak şekilde ayarlanır. Çocuk yoğun bakım servislerinin fizikî şartları MADDE 7 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra: a) Çocuk yoğun bakım servisleri, mümkün olduğunca, her hastaya ve yakınlarına özel bir ortam ayrılabilecek şekilde düzenlenir. b) Destek alanları hariç, yataklar arasındaki mesafe en az 2 m olacak şekilde, her yatak için en az 12 m2 alan ayrılır. c) Genel ışıklandırma tercihen 20 fc veya 215 lux, spot ışıklandırma 150 fc veya 1600 lux olacak şekilde ayarlanır. ç) Yoğun bakım yatakları arasında gerektiğinde kullanılmak üzere enfeksiyon kontrol ilkelerine uygun biçimde bir ayırma düzeneği bulundurulur. d) Yoğun bakım servisinin bulunduğu katta, hasta alanı haricinde olmak kaydıyla, sürgü ve idrar kapları için temizleme ve muhafaza alanı ile tek kullanımlık malzemeler için kullanım öncesi muhafaza alanı ayrılır. Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları MADDE 8 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra: a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Ayrı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport küvözü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır. b) (Değişik birinci cümle:RG-29/5/2013-28661) Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. (Ek cümle:RG-29/5/2013-28661) Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. (Değişik

cümle:RG-22/3/2017-30015) Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin

kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunur. c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkânı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağmak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır. ç) Yenidoğan yoğun bakım servisi ile diğer yoğun bakım servisleri birbirinden ayrı yapılandırılır. Ancak ön geçiş alanları ortak kullanılabilir. d) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m2 alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü (Ek ibare:RG-22/3/2017-30015) ve dördüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır. e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez. f) Gereksiz ultraviyole ve infrared radyasyondan korunmak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılır. Işık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemeler yapılır. g) Serviste yenidoğan bakım ve diğer destek bölümlerinin yakın olduğu alanlarda görevli personel ile yenidoğanın gereksinimlerini ayrı karşılayabilecek nitelikte, çoklu ışıklandırma düzenlemeleri yapılır. ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır. h) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Doğum salonu, ameliyathane gibi doğum yapılan alanlarda bir radyan ısıtıcılı servo kontrollü açık yataktan oluşan, yeterli neonatal resusitasyon alanı ve resüsitasyon için gerekli donanımı bulunan bir bölüm oluşturulur. Buralarda görevli tüm hekim, hemşire ve ebelerin Neonatal Resusitasyon (NRP)

eğitimi almaları sağlanır. ı) Yenidoğan cerrahi yoğun bakım servisleri de bu Tebliğin yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin hükümlerine tabidir. Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri MADDE 9 – (1) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Bünyesinde kalp ve damar cerrahisi merkezi bulunan sağlık tesislerinde, kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servisleri bu Tebliğde belirlenen üçüncü seviye hizmet, personel ve donanım asgari standartlarına uygun olarak en az dört yoğun bakım yatağı ve tek yataklı bir temas izolasyon odası olacak şekilde yapılandırılır. (2) Kalp damar cerrahisi yoğun bakım servisi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olacak şekilde yapılandırılır. (3) (Değişik:RG-29/5/2013-28661) Kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servislerinde en az üç kalp ve damar cerrahisi uzmanı tabip bulunur. Uzman tabip sayısı altı ve üzerinde ise 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman tabip nöbeti tutulur. Uzman tabip sayısı üç ila altı arasında ise mesai saatleri dışındaki yoğun bakım hizmetleri, müstakil acil branş nöbeti ile yükümlü anesteziyoloji ve reanimasyon uzman tabipleri ve kardiyoloji uzmanı tabipleri tarafından dönüşümlü olarak yürütülür. Bu takdirde kalp ve damar cerrahisi uzman tabipleri, diğer branş uzman tabiplerinin nöbetlerinde dönüşümlü olarak icap nöbetine tabi tutulur. Bulundurulması zorunlu donanım, personel ve hizmet asgari standartları MADDE 10 – (1) Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinin seviyelerine göre tanımları, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak, personel, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin standartlar Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'te gösterilmiştir. (2) (Ek fıkra:RG-29/5/2013-28661) Sağlık tesisi yönetimleri, Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemine veri aktaracak yapıya sahip hastane otomasyon sistemini oluşturmak, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi-Hastane Entegrasyon Programına dâhil olmak ve bilgileri anlık güncelleyerek hizmetin sürekliliğini sağlamakla yükümlüdür. Sağlık tesisleri tarafından yoğun bakım servislerinin seviyesi ile boş ve dolu yatak sayıları Acil Sağlık

Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemi ve Bakanlık Hasta Bilgi ve Yönetim Sistemine girilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Enfeksiyon Kontrolü, İzolasyon Odası ve Güvenlik Önlemleri

Enfeksiyon kontrolü MADDE 11 – (1) Yoğun bakım servislerinde 11/08/2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği doğrultusunda etkin enfeksiyon kontrol programlarının uygulanması zorunludur. Üçüncü (Ek ibare:RG22/3/2017-30015) ve dördüncü seviye yoğun bakım servislerinde enfeksiyon kontrolü ile ilgili olarak alınacak ilave önlemler şunlardır: a) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Birinci seviye yoğun bakım servisleri hariç, tüm yoğun bakım servislerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılır. Üçüncü ve dördüncü seviye yoğun bakım servislerinde ise en az % 90 filtrasyon sağlayan, saatte asgari altı kez dış hava değişimi yapabilen, sıcaklığın 22-26 °C, bağıl nemin % 30-60 arasında ayarlanabildiği, Bakanlıkça belirlenen ulusal standarda uygun, merkezi havalandırma sistemleri kurulur. Havalandırma sisteminin validasyonu sağlanır, düzenli olarak fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri gerçekleştirilerek performans kalifikasyon uygunluğu izlenir ve kayıt altına alınır. Standardizasyonun yetkili kuruluşlara yaptırılması sağlanır. Bu Tebliğin yayımı tarihinden sonra oluşturulacak yenidoğan yoğun bakım servisleri hariç olmak üzere, fiziki altyapı yetersizliği nedeniyle merkezi havalandırma sistemi kurulamadığı belgelenen yoğun bakım servislerinde, merkezi havalandırma özelliklerine haiz ve yukarıda tanımlanan özellikleri sağlayabilen lokal havalandırma teknikleri de kullanılabilir. b) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde otomatik beslenme servisleri (TPN) kurulur ya da hizmet alımı yoluna gidilir. Otomatik beslenme servislerinin Bakanlıkça yayımlanan, Total Parenteral Nütrisyon (TPN) İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi'nde belirtilen standartlara uygun olması sağlanır. Total

Parenteral Nütrisyon (TPN) için hizmet alımı yapan sağlık tesisleri, tescil işlemleri ve denetimler sırasında hizmet alım protokolünü ve hastaya kullanımını belgelemekle yükümlüdür. İzolasyon odası MADDE 12 – (Değişik:RG-18/2/2012-28208) (1) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İkinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri ile üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde en az bir tane temas izolasyon odası bulunur. Yatak sayısı altıdan fazla olan üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde her altı yatağa kadar en az bir, üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde her yirmi yatağa kadar en az bir, dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde ise her on beş yatağa kadar en az bir ilave temas izolasyon odası oluşturulur. (2) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Temas izolasyon odalarının tek yataklı olarak düzenlenmesi zorunlu olup yenidoğan yoğun bakım servisindeki izolasyon odaları için giriş alanı dahil en az 10 m², çocuk ve erişkin yoğun bakım servislerindeki izolasyon odaları için ise en az 15 m² alan ayrılır. Aynı hastalık grubuna ait hastaların kullanabilmesi için iki yataklı düzenlenebilir ancak fiziki şartlar iki yatağa uygun olarak oluşturulmalıdır. (3) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Temas ve solunum izolasyon odalarının giriş kapıları ortak yoğun bakım alanına açılamaz, ortak koridora açılabilir. Oda giriş kapısının hemen dışında musluk ve lavabo bulunur. (4) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Bakanlık tarafından uygun görülen sağlık kuruluşlarında; üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servislerinde havanın % 100'ünü dışarı atabilen en az bir negatif basınçlı solunum izolasyon odası tesis edilir.

(5) Negatif basınçlı solunum izolasyon odalarının duvarları, tavanı ve zemini sızdırma olmayacak şekilde tasarlanır. İzolasyon odalarının tüm çıkış kapılarının kendiliğinden kapanabilir nitelikte olması sağlanır. Bu odalarda ayrıca acil iletişim ve uzaktan hasta monitorizasyon sistemi de bulunur. (6)(Değişik:RG-16/8/2015-29447) Basınçlı solunum izolasyon odalarında, odanın basınç durumunu sürekli olarak izlemeyi sağlayan oda içi basıncın dış ortama göre kıyaslanabildiği monitorizasyon sistemi bulunur. (7) (Değişik:RG-

22/3/2017-30015) Hemşire sayısı yeterli olan sağlık tesisleri ile uzaktan monitorizasyon sistemi bulunmayan sağlık tesislerinde izolasyon odaları için ayrıca hemşire görevlendirilir. Güvenlik önlemleri MADDE 13 – (1) Yoğun bakım servislerinde hastanın, hasta yakınlarının ve çalışanların emniyetini sağlamak için sağlık tesisi yönetimlerince aşağıdaki güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur. a) Servis giriş ve çıkışları mümkün olduğunca en az sayıda planlanır. Kontrol noktaları servis girişine yakın ve görülebilecek şekilde yapılandırılır. b) Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır. c) Güvenlik önlemleri alınırken görevli personel, hasta, hasta yakını, aile ve bebeklerin rahatlığı ve mahremiyetinin korunması esastır. ç) Tüm elektrik çıkışları ortak bir zemine monte edilir. Kabul edilebilir kaçak miktarının, koruyucu uygulama standartlarına ve donanım kalitesi standartlarına uygun olması sağlanır. Personel muhtemel elektrik tehlikeleri konusunda bilgilendirilir. d) Yangından korunma mevzuatı çerçevesinde gerekli önlemler alınır. Yoğun bakım servisleri hastaların acil ve afet durumlarında kolaylıkla ve süratle tahliye edilmesine imkân verecek katlarda yapılandırılır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Komisyon Kurulması, Seviyelendirme ve İstisnalar

Komisyon kurulması MADDE-14 – (1) Yoğun bakım servislerinin seviyelendirilmesi ve (Değişik ibare:RG-16/8/2015-29447) Müdürlükçe tescili amacıyla illerde inceleme ve değerlendirme komisyonları kurulur. (2) Erişkin yoğun bakım servislerinin tescili için görevlendirilecek komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, yataklı tedavi kurumları şube müdürlüğünden bir kişi, bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman tabibi, bir yoğun bakım uzman tabibi, bulunmaması durumunda tercihen yoğun bakım konusunda deneyimli bir genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanı tabip, branş yoğun

bakım servislerinde ilgili dal uzman tabibinin katılımı ile oluşturulur. (3) Çocuk yoğun bakım servislerinin tescili için görevlendirilecek komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, yataklı tedavi kurumları şube müdürlüğünden bir kişi, çocuk enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı tabip, bulunamaması durumunda bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı tabip, bir çocuk yoğun bakım uzmanı tabip, bulunmaması durumunda tercihen yoğun bakım konusunda deneyimli bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tabibin katılımı ile oluşturulur. (4) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Yenidoğan yoğun bakım servislerinin tescili için görevlendirilecek komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, kamu yataklı sağlık hizmetleri şube müdürlüğünden bir kişi, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanı tabip bulunamaması durumunda bir enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı tabip ile neonatoloji uzmanı tabibin katılımı ile oluşturulur. Komisyonlarda görev yapacak neonatoloji uzmanı tabipler Bakanlıkça belirlenir. (5) Üniversite araştırma ve uygulama merkezi bulunan illerde ilgili anabilim dalı başkanlığından bir temsilci de komisyona dahil edilir. Lüzumu halinde ilgili diğer sağlık ve teknik personel görevlendirilebilir. (6) Komisyonlar oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyonun sekretaryası müdürlükçe yürütülür. (7) Seviyelendirme ve tescil işlemi yapılan yoğun bakım servislerinin sonradan seviyesinin yükseltilmesi veya yeniden değerlendirilmesine ilişkin başvurular ile yeni kurulanlar için başvurular, baştabip tarafından müdürlüğe resmi yazı ile yapılır. Başvurular müdürlüğe intikal ettiği tarihten itibaren 1 ay içerisinde sonuçlandırılır. Sağlık tesisi sayısı fazla olan illerde birden çok komisyon kurulabilir. Seviyelendirme MADDE 15 – (1) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Yoğun bakım servisleri; yatak kapasitesi, kabul ve tedavi edeceği hastaların özelliği ve klinik durumu, sahip olduğu fiziki şartlar, bulundurulması zorunlu uzmanlık dalları ve uzman tabip sayısı, tabip dışı personel sayısı ve niteliği, tıbbi araçgereç ve donanım standartları ile bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık

tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak seviyelendirilir. Erişkin yoğun bakım servisleri birinci, ikinci ve üçüncü seviye; çocuk yoğun bakım servisleri ikinci ve üçüncü seviye, yenidoğan yoğun bakım servisleri ise birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye, olarak seviyelendirilir. Dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri, seviye IV A ve seviye IV B olarak ayrı tescil edilir. (2) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinin tesisi ve tescilinde Bakanlıkça belirlenen yoğun bakım seviye ve yatak planlamaları esas alınır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerine ait yatak sayıları, Bakanlıkça düzenlenen faaliyet izin belgesinde yazılı yoğun bakım yatak sayısını aşamaz. (3) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümleri ile erişkin yoğun bakım servisleri için ek-1, çocuk yoğun bakım servisleri için ek-2, yenidoğan yoğun bakım servisleri için ek-3'te yer alan asgari standartlar çerçevesinde komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, ek-4, ek-5 ve ek-6'da yer alan "Seviye Tespit ve Denetleme Formu"na göre yapılır. Müdürlükçe yoğun bakım servisinin branşı, yatak sayısı ve seviyesini belirten valilik onayı alınarak tescil işlemi yapılır, ÇKYS'ye kaydedilir ve ayrıca Bakanlığa bildirilir. "Seviye Tespit ve Denetleme Formu" müdürlükte muhafaza edilir ve Bakanlığa gönderilmez. (4) (Ek:RG-22/3/2017-30015) Sağlık tesisleri; tescil işlemleri sırasında, yoğun bakım servislerinde görevlendirilen uzman tabip, tabip, ebe ve hemşire listesini, sağlık tesisinde görevli tüm uzman tabip, tabip, ebe ve hemşire personel listesi ile birlikte Komisyona ibraz etmekle yükümlüdür. Listelerin ilgili sağlık tesisi yönetimi tarafından onaylanmış olması şartı aranır. Seviyelendirmenin istisnaları MADDE-16 – (1) Dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım servisi kurulur. (2) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ruh sağlığı, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, deri ve zührevi hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastanelerinde yoğun bakım servisi kurulması zorunlu değildir. Ancak ihtiyaç duyulması halinde buralarda kurulacak olan yoğun bakım servisleri birinci seviye olarak yapılandırılır. Gerekli durumlarda hastanın nakli

sağlanıncaya kadar yaşam desteği sağlamak için transport ventilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi defibrilatör ve benzeri donanım bulundurulur. (3) Verilen sağlık hizmetinin niteliği gereğince koroner yoğun bakım servisleri en fazla ikinci seviye olarak tescil edilebilir. (4) (Ek:RG-16/8/2015-29447) Kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi, onkoloji, kemik hastalıkları, meslek hastalıkları ve benzeri dal hastaneleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinde, ilgili dal hastanesinin faaliyet gösterdiği uzmanlık dalı veya dallarına göre bulundurulması gerekli tıbbi donanım, malzeme ve uzman tabiplerin standartları ile taşıması gereken fiziki şartlar, ait olduğu seviyenin asgari standartlarına uygun olmalıdır.

BEŞİNCİ BÖLÜM Sorumlu Uzman Tabip ve Personel Görevlendirilmesi, Görev, Yetki ve Sorumluluklar ile Personelin Eğitimi

Sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirilmesi MADDE 17 – (1) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Yoğun bakım servisi sorumlusu uzman tabip üniversite hastanelerinde ilgili ana bilim dalı başkanının görüşü alınarak ilgili klinik hekimlerinden baştabip tarafından görevlendirilir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde yoğun bakım servis sorumlusu, ilgili kliniğin öncelikli olarak eğitim sorumlusu ihtiyaç halinde ise idari sorumlusu olacak şekilde hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Eğitim verilmeyen sağlık kuruluşu ve kliniklerin yoğun bakım servis sorumlu hekimi hastane yöneticisi tarafından (a) bendinde belirtilen klinik hekimlerinden seçilir. Hastanın takip ve tedavisinden; tek branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım servis sorumlu hekimi, birden fazla branşta hasta kabul edilen yoğun bakım servislerinde ise hastanın yoğun bakım servisine yatışını yapan hekim primer sorumludur. Görevlendirme, baştabibin belirleyeceği sürelerle, ilgili uzman tabipler arasında dönüşümlü

olarak yapılabilir. Yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilebilecek uzman tabipler şunlardır: a) (Mülga ibare:RG-16/8/2015-29447)(…) yoğun bakım servislerinde yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından, branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman görevlendirilir. b) Çocuk yoğun bakım servislerinde çocuk yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda, tercihen Bakanlıkça düzenlenen çocuk yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya bir çocuk cerrahisi uzmanı görevlendirilir. c) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Birinci, ikinci ve üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimi olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir. Dördüncü seviye (IV A ve IV B) yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabibin görevlendirilmesi zorunludur. (2) Yoğun bakım servislerinde Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'de gösterilen uzman tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak, hizmetin yoğunluğu ve vakaların özelliğine göre yoğun bakım hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve sayıda personel baştabip tarafından görevlendirilebilir. Sorumlu uzman tabibin görev, yetki ve sorumlulukları MADDE 18 – (1)(Değişik cümle:RG-16/8/2015-29447) Sorumlu uzman tabip, hizmetin koordinasyonu ve organizasyonundan, bir bütün olarak planlanıp yürütülmesinden ve ekibinde görevli tüm personelden ilgili eğitim sorumlusu veya anabilim dalı başkanına, eğitim verilmeyen sağlık tesislerinde ise hastane yöneticisine karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: a) Hizmetlerin, kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini, iş akışı ve nöbet hizmetlerini bu Tebliğ hükümlerine ve ilgili sair mevzuata uygun olarak planlar, baştabibin onayına sunar ve ilgililere tebliğ edilmesini sağlar. b) Yoğun bakım personeline hizmet ve uygulamalar konusunda hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar, periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit eder ve hizmetin geliştirilmesi, yeni tedavi yöntemleri ile

teknolojik gelişmelerin takibi ve uygulanması konusunda kararlar alır ve uygulatır. c) Lüzumlu ilaç, tıbbi cihaz, araç, gereç ve tıbbi sarf malzeme ihtiyacının tespiti ve temini, uygun koşullarda muhafazası ve kullanılmasını sağlar. ç) Sterilizasyon koşullarının sağlanması ve denetlenmesi, enfeksiyonlardan korunma, tıbbi atıkların toplanması ve depolanması ile ilgili iş ve işlemlerin mevzuatına uygun olarak yürütülmesini sağlar. d) Olağan dışı durumlarda birime davet edilecek ilave personeli belirler, uygulama planlarını yapar ve baştabibin onayına sunar. e) Yoğun bakım servislerine hastanın yatırılması, takip ve tedavi işlemleri ile konsültasyon hizmetlerinin verilmesi, taburcu edilmesi veya kurum dışına sevk edilmesine, lüzumu halinde ilgili dal uzmanı tabipler ile birlikte değerlendirerek karar verir. f) Yoğun bakım hastalarının tedavilerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için gerekli görülen branşlardaki uzman tabiplerin yoğun bakım servisine davet edilmesini ve konsültasyonlarının düzenli olarak sürdürülmesini sağlar. g) Yoğun bakım servislerine yatışına karar verilen hastaların, ilgili klinikten çıkışı yapılarak yoğun bakım servisine girişinin yapılmasını ve sorumlusu olduğu servisin hastası olarak kayıt altına alınmasını, kliniklere alınacak hastaların yine aynı usûlle çıkış işleminin yapılarak ilgili kliniğe yatış kaydının yapılmasını sağlar. ğ) Hasta yatışı, taburculuk veya kurum dışına sevk işlemlerinin yoğun bakım üzerinden doğrudan gerçekleştirilmesini sağlar. h) Yoğun bakım hizmetlerinin hasta hakları mevzuatına, tıbbi deontolojiye, etik ilke ve kurallara uygun olarak yürütülmesini sağlar. ı) Organ donörü olabilecek hastalar hakkında organ nakli koordinatörünü önceden bilgilendirir. (Ek cümle:RG-29/5/2013-28661) Bu amaçla, Bakanlıkça belirlenen kayıt ve bildirim sistemlerinin kurulmasını ve merkezi sisteme entegrasyonunu sağlar. i) Aile hekimliği uygulamasına ilişkin mevzuatta yer alan kendileri ile ilgili görevleri de yapmakla yükümlüdür. Personelin eğitimi MADDE 19 – (1) Yoğun bakım servislerinde görevlendirilen sorumlu uzman tabip, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve ebelerin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları

sağlanır. (Ek cümle:RG-22/3/2017-30015) Ancak 17 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen uzmanlık dallarında ve branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilecek uzman tabipler için bu eğitimlerin alınması şartı aranmaz.

ALTINCI BÖLÜM Yoğun Bakım Servislerinde Nöbet Hizmetleri, Hasta Kabul ve Yatış İşlemleri, Hasta Sevk ve Nakli

Nöbet hizmetleri MADDE 20 – (1) Yoğun bakım servislerinde hizmetler 24 saat kesintisiz olarak sunulur. Nöbet hizmetleri, 16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin ilgili hükümleri çerçevesinde aşağıdaki şekilde düzenlenir. a) Sorumlu uzman tabip, mesai saatleri içerisinde yoğun bakım servisinde görev yapar. Mesai saatleri dışında ise yoğun bakım icap nöbeti ile yükümlü olup zorunlu haller dışında başka nöbet hizmeti ile görevlendirilemez. b) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) (Mülga cümle:RG-22/3/2017-30015)(...) Yeterli sayıda uzman tabip bulunmayan özel sağlık tesislerinde müstakil branş nöbeti hizmetlerinin yürütülebilmesi için; ilgili uzmanlık dalında en az üç uzman tabip bulunması, bu uzmanlık dalındaki normal poliklinik, klinik, ameliyat ve benzeri rutin hizmetlerin aksatılmaması ve ilgili uzmanlık dallında 24 saat uzman tabip bulundurulacağının hastane yönetimi tarafından taahhüt edilmesi gerekir. c) (Değişik:RG-18/2/2012-28208) Mesai saatleri dışında ikinci seviye yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin, hastanede görevli bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman tabibinin sorumluluğunda yürütülmesi sağlanır. ç) Dahili ve cerrahi branşlarda acil havuz nöbeti tutulan ve bünyesinde ikinci seviye çocuk ve erişkin yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler branş nöbetine ilave olarak aynı zamanda mesai saatleri dışındaki, branşı ile ilgili yoğun bakım hizmetlerinin yürütülmesinden de sorumlu ve yetkili kılınır.

d) Nöbet hizmetlerinin nöbetçi uzman tabibin denetim ve gözetiminde, ağırlıklı olarak pratisyen tabiplerce yürütüldüğü, uzman tabip hizmeti gerektiren hastaların bu ihtiyaçlarının ilgili dal uzmanlarınca icap nöbeti yöntemiyle karşılandığı sağlık tesislerinde mesai saatleri haricindeki birinci seviye yoğun bakım hizmetleri, her vardiya için eğitim almış sertifikalı yoğun bakım hemşiresi bulunması kaydıyla, nöbetçi tabiplerin sorumluluğunda verilebilir. e) (Değişik:RG-29/5/2013-28661) Tıpta uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde yoğun bakım servis nöbetleri; bu alanda uzmanlık eğitimi görenler ile bu birime rotasyona gelen uzmanlık eğitimi görenler tarafından, ilgili dalın öğretim üyesi, öğretim görevlisi, eğitim görevlisi veya eğitim sorumlusunun gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür. Hasta kabul ve yatış işlemleri MADDE 21 – (1) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Yoğun bakım ihtiyacı bulunan hastaların, erişkin, çocuk ve ilgili branş yoğun bakım hastası olup olmadığına bakılmaksızın, sağlık tesisinin ilgili dal uzman tabibi mevcudu, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tıbbi bakım ve tedaviyi sağlayabilecek seviye ve şartları taşıması halinde hastanın başka sağlık tesisine sevk edilmemesi ve sağlık hizmetinin öncelikle bu sağlık tesisinde kalp ve damar cerrahi yoğun bakım hariç boş bulunan yoğun bakım yataklarından birisine yatırılarak verilmesi sağlanır. (2) Yoğun bakım servislerine hasta yatışı, taburcu veya kurum dışına sevk işlemleri diğer kliniklerde olduğu gibi gerektiğinde doğrudan yapılabilir. (3) Diğer kliniklerden yoğun bakım servislerine yatışına karar verilen hastanın ilgili klinikten çıkışı yapılarak bu servislere girişi yapılır ve yoğun bakım servisinin kendi hastası olarak kayıt altına alınır. Yoğun bakım servisinden kliniğe alınacak hastaların yine aynı usulle bu servislerden çıkış işlemi gerçekleştirilerek ilgili kliniğe yatış kaydı yapılır. (4) (Değişik:RG-16/8/2015-29447) Yoğun bakım servislerinin hasta yatış ve çıkış işlemleri, istatistiklerin tutulması ve servisle ilgili tüm iş ve işlemler diğer servislerde olduğu gibi yürütülür. (5) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İlgili yoğun bakım servisi sorumlusu uzman tabip tarafından

hastanın epikrizine yazılması şartıyla; a) Daha üst seviyede yoğun bakım hizmetine ihtiyaç duyulduğunda; ancak, boş veya üst seviyede yatak bulunmaması durumunda, hastaların takip ve tedavileri, seviyelerine uygun yatak bulununcaya veya uygun bir sağlık tesisine sevk edilinceye kadar daha alt seviyedeki yoğun bakım yataklarına yatırılmak suretiyle bulundukları sağlık tesisinde sağlanabilir. Bu takdirde, hastalara verilen tüm hizmetler, yatırıldıkları yoğun bakım yatağının seviyesi üzerinden değerlendirilir. b) Daha alt seviyede yoğun bakım hizmetine ihtiyaç duyulduğunda; ancak boş veya alt seviyede yatak bulunmaması durumunda, hastaların takip ve tedavileri, seviyelerine uygun yatak bulunana veya uygun bir sağlık tesisine sevk edilinceye kadar, daha üst seviyedeki yoğun bakım yataklarına yatırılmak suretiyle bulundukları sağlık tesisinde sağlanabilir. Bu takdirde, hastalara verilen tüm hizmetler, hastanın epikrizinde belirtilen yoğun bakım seviyesi üzerinden değerlendirilir. Sevk ve nakil işlemleri MADDE 22 – (Değişik:RG-29/5/2013-28661) (1) Yoğun bakım servislerinden hasta sevk ve nakli yapılırken aşağıdaki ilkelere riayet edilir: a) Yoğun bakım servislerinde yatan hastaların sevk ve nakillerinin 112 Komuta Kontrol Merkezi aracılığı ile yapılması esastır. Sağlık tesisi tarafından hastanın sevk edileceği sağlık tesisi belirlenemiyorsa sevk ve nakil işlemleri, İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezinin koordinasyonunda geçekleştirilir. Hasta nakillerinde Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Kayıt ve Operasyon Yönetim Sistemindeki güncellenmiş en son veriler esas alınarak planlama yapılır. Hastanın sevk ve nakli için belirlenen sağlık tesisi hastayı kabul etmekle yükümlüdür. b) Hastanın, nakledildiği sağlık tesisi tarafından acil serviste bekletilmeden, tıbbi durumunun gerektirdiği seviyedeki yoğun bakım servisine doğrudan yatışının yapılması esastır. c) Hastanın sevk ve nakil kararı; sorumlu uzman tabip tarafından, gerekiyor ise ilgili dal uzmanları ile de konsültasyon sağlanarak verilir ve sevk prosedürüne uygun olarak sevk edilir. Hasta, stabilize edildikten sonra gerektiğinde ilgili sağlık personeli refakatinde tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun şartlar sağlanarak 112 ambulans ekiplerine

teslim edilir. Hastanın sevk gerekçesi sağlık tesisi tarafından 112 Komuta Kontrol Merkezine detaylı olarak bildirilir. ç) Hastaya ait gerekli bilgi ve belgeler, adli vakalar için düzenlenen raporlar epikriz ile birlikte sevk evrakına eklenir. Yenidoğanların sevklerinde Ek-7'deki Yenidoğan Sevk ve Nakil Formu kullanılır. d) İlde sağlık tesisleri arasında yapılan nakiller Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) İl Sevkleri Değerlendirme ve Denetleme Komisyonunda, iller arasında gerçekleştirilen sevkler Bölge ASKOM Toplantılarında değerlendirilir. Tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirler alınır ve lüzumu halinde sonuçları raporlanarak Bakanlığa bildirilir. e)Yoğun bakımlarda hasta kabulünü engelleyen arıza, enfeksiyon ve bunun gibi hizmet kesintileri, anında İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezine telefon ve faks ile ve akabinde yazılı olarak müdürlüğe bildirilir. Her türlü teknik bakım ve tadilat işlemlerinin sağlık tesisinin hizmet sunumunu aksatmadan gerçekleştirilebilmesi için gerekli tedbirler alınır. f) Afet durumlarında yoğun bakım hastalarının nasıl tahliye edileceği Hastane Afet Planında (HAP) ayrıntılı bir şekilde tanımlanır ve fiili tatbikatları yapılır.

YEDİNCİ BÖLÜM Çeşitli ve Son Hükümler

Denetim ve sorumluluk MADDE 23 – (1) Yoğun bakım servislerinin, bu Tebliğ hükümlerine uygun olarak yapılandırılması ve işleyişinden ilgili sağlık tesislerinin baştabipleri, yoğun bakım sorumlu tabipleri birinci derecede ve müteselsilen; bu birimlerin denetim ve koordinasyonundan ise müdürlükler sorumludur. (2) Müdürlükler işleyiş ile alakalı denetimleri yılda en az bir defa komisyon aracılığı ile yapar, sonuçları değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıkları ilgili sağlık tesisi baştabibine bildirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar. Lüzumu hâlinde denetim sonuçlarını raporlayarak Bakanlığa bildirir. (3) (Ek:RG-18/2/2012-28208) Komisyon üyeleri, Seviye Tespit ve Denetleme Formunun gerçeğe uygun olarak düzenlenmesinden sorumludur. Bakanlıkça yapılacak yerinde denetimlerde

yoğun bakım servislerinin bu Tebliğde belirtilen standartlara göre seviyelendirilmediğinin tespit edilmesi halinde, ilgili Komisyon üyeleri hakkında idari işlem yapılır. Yenidoğan temel bakım hizmetleri MADDE 23/A – (Ek:RG-22/3/2017-30015) (1) Her yenidoğan için anne yanında (kot/beşik/sepet) verilmesi gereken yenidoğan temel bakım hizmetleri şunlardır: a) Doğum sonrası yenidoğanın stabilizasyonu ve yenidoğanın ilk muayenesinin yapılması, b) Bebekte hipoterminin önlenmesi, c) Yenidoğanda K vitamini uygulaması, ç) Yenidoğanda göz, göbek, cilt ve ağız bakımının yapılması, d) Doğumdan sonraki ilk otuz dakika içinde anne sütünü almaya başlamasının sağlanması,

e) Anne eğitimi, emzirme desteği ve emzirme eğitiminin verilmesi, f)Taburculuk eğitiminin ve sık karşılaşılan sorunlarla ilgili aile bilgilendirmesinin yapılması, g) Topuk kanı örneği gönderilmesi, işitme taraması ve sair tarama testlerinin yapılması. Mevcut yoğun bakım servislerinin uyumu ve tescili GEÇİCİ MADDE 1 – (Başlığı ile Birlikte Değişik:RG-22/3/2017-30015) (1) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce, müdürlüklerce, seviye III A ve seviye III B olarak tescili veya geçici tescili yapılmış olan yenidoğan yoğun bakım servisleri, mevcut tescilli veya geçici tescilli pozisyonları korunarak üçüncü seviye kabul edilir. (2) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce müdürlüklerce tescili veya geçici tescili yapılmış olan tüm yoğun bakım servisleri için herhangi bir sebeple yeniden tescil işlemi söz konusu olduğunda; Bakanlıkça belirlenen seviye ve yatak planlaması esaslarına ve Tebliğ ile belirlenen asgari standartlara uygun olması şartıyla müdürlüklerce yeniden tescil işlemi yapılır. (3) Bu Tebliğin yayımı tarihinden önce faaliyette olan tescilli veya geçici tescilli yoğun bakım servisleri ile Bakanlıkça hastane ön izni verilmiş olan sağlık tesisleri bünyesindeki yoğun bakım servislerinden; a) Fiziki alt yapı yetersizliği komisyon raporu ile belgelenenler, Tebliğde belirlenen fiziki alanlara yönelik asgari standartlardan üç yıl süre ile muaf tutulur. b) (Mülga:RG-1/2/2018-30319) (4) Faaliyette olan özel sağlık tesisleri bünyesindeki mevcut kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım servislerinin, yatak sayısı ile kalp ve damar cerrahisi

uzman tabip asgari sayısını en geç üç yıl içerisinde 9 uncu maddede belirtilen standarda uygun hale getirmesi zorunludur. Bu birimlerin, Özel Hastaneler Yönetmeliğinin Ek-3/39 ve Ek 11 inci maddesinin (h) bendinde yer alan asgari alt yapı ve donanım standartlarını taşıması, en az iki yatak ve bir izolasyon odası bulunması ve diğer şartlar bakımından Tebliğin, üçüncü seviye yoğun bakım servisleri için belirlenen asgari standartlarına uygun olması gerekir. (5) (Değişik:RG-1/2/2018-30319) İlk defa açılan veya faaliyette olan yoğun bakım servislerinde görev yapan personelden, yoğun bakım eğitimi almış olması şartını sağlayamayanların, bu durumları komisyon tarafından düzenlenecek bir raporla belgelendirilir ve 31/12/2019 tarihine kadar personelin yoğun bakım eğitimi alması şartından muaf tutulur. (6) Üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servisleri için 12 nci maddenin birinci fıkrasında öngörülen; her yirmi yatağa kadar en az bir temas izolasyon odası şartının, 31/12/2018 tarihine kadar sağlanması zorunludur. (7) Üç yıl içerisinde binası yenilenecek veya yeni binasına nakledilecek olan sağlık tesisleri, bu durumlarını ilgili müdürlük aracılığı ile belgelemeleri kaydıyla, mevcut binalarında hizmet gereği zorunlu olarak oluşturacakları yeni yoğun bakım servisleri, Tebliğde belirlenen fiziki alanlara yönelik asgari standartlardan üç yıl süre ile muaf tutulur. (8) Üçüncü fıkranın (a) bendi ile dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci fıkrada belirtilen muafiyetler kapsamında değerlendirilen yoğun bakım servisleri; seviyesinin gerektirdiği diğer standartlar bakımından Tebliğ hükümlerine uygun olduğunun komisyon raporunda belirtilmesi kaydıyla seviyelendirilir ve müdürlükçe geçici tescil verilir. Muafiyete esas noksanlıkların tamamlanmasından sonra düzenlenecek komisyon raporuna istinaden müdürlükçe kesin tescil işlemi gerçekleştirilir. Üçüncü fıkranın (b) bendinde belirtilen muafiyet kapsamındaki yoğun bakım servisleri için ise Tebliğde belirlenen diğer standartları taşıması kaydıyla kesin tescil işlemi yapılır. Yürürlük MADDE 24 – (1) Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer. Yürütme MADDE 25 – (1) Bu Tebliğ hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ

BİRİNCİ BÖLÜM Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, (Değişik ibare:RG-20/2/2018-30338) hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir. Kapsam MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar. (2) Özel sağlık tesisleri, 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin acil servislere ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir. Dayanak MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesine, (Değişik ibare:RG20/2/2018-30338) 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40 ıncı maddesine, 13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine, 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15 inci maddesine, 26/6/2008 tarihli ve 26918 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesine

dayanılarak hazırlanmıştır. Tanımlar MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen; a) Acil servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan acil servisleri, b) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servis hizmetleri: Kronik bir hastalığın akut atağı, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri, beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetlerini, c) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil ünitesi: Acil hastalara ilk yardım, kesin tedavisinin yapılacağı merkeze nakline kadar temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimini, ç) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) ASKOM: İl genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere Müdürlük bünyesinde kurulan, sekretaryasını acil sağlık hizmetleri biriminin yaptığı İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunu, d) Bakan: Sağlık Bakanını, e) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını, f) Baştabip: Bünyesinde acil servis hizmetleri verilen yataklı sağlık tesislerinin baştabibini, g) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) İlçe Sağlık Müdürlüğü: İlçe sağlık müdürlüklerini, ğ) Komisyon: Müdürlük bünyesinde acil servislerin seviyelerini belirlemek üzere bu Tebliğin 6 ncı maddesine göre oluşturulan değerlendirme komisyonunu, h) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) 112 KKM: Valiliklere bağlı ortak çağrı merkezi veya 112 İl Ambulans Servisi Baştabipliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezini, ı) Müdürlük: İl sağlık müdürlüklerini, i) Renk kodlaması: Acil servislerde, triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı, j) Sağlık tesisi: Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere, diğer kamu

kuruluşlarına ve özel sektöre ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı tedavi kurumlarını, k) Triyaj: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini, ifade eder. İKİNCİ BÖLÜM Acil Servislerin Fiziki Şartları, Ulaşım, Hizmet ve Malzeme Standartları, Seviyelendirme ve İstisnalar Acil servislerin fiziki şartları ve ulaşıma ilişkin asgari standartlar MADDE 5 – (1) Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır: a) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında veya ambulans ile direkt ulaşılabilir olan katta; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşıma uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur. Hastanelerin kapasitesine göre acil servis kurma seviyeleri Ek-1'de tanımlanmıştır. b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur. ç) Acil servislerde, acil servisin seviyesine göre Ek-1'de belirtilen asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur. d) Acil servis

girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır. e) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servislerde fonksiyon dışı kullanım olmaması ve tüm taşınır ve taşınmazın standartlara uygun durumda ve fiziken tahrip olmamış durumda bulundurulması gerekir. Acil servis genel temizlik ve hijyen planları ayrıntılı olarak yapılır. Genel alanlar riskli hijyenik alan standartlarında, hasta müdahale alanları ve girişim alanları ise yüksek riskli hijyenik alan standartlarında temizliğe tabi tutulur. Acil servislerde temiz hava ve havalandırma imkânları sağlanır. Acil servis tefrişat, renk, döşeme ve düzeninin çalışan, hasta ve yakınlarının konforuna uygun olması gerekir. f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur. g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır. ğ) Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları konulur. h) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde beyaz zemin üzerine kırmızı yazı ile ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir. ı) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır. i) Acil servis binalarında, ışıklandırmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabela bulunur. j) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimleri ile başvuru için kullanılacak kurum telefon numaralarının yer aldığı, tercihen ışıklandırmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri

gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılır. Seviyelendirme MADDE 6 – (1) Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir. Acil servislerin seviyelerine göre tanımları, seviyelerine uygun olarak bulundurulması gereken birim ve alanlar, bunların asgari alan genişlikleri, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak ve personel standardı Ek1'de, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin asgari standartları Ek-2'de, bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi Ek-3'te, acil servislerde bulundurulması gereken birim ve alanlar ise Ek-4'de gösterilmiştir. (2) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümlerine ve Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'teki asgari standartlar çerçevesinde müdürlük bünyesinde oluşturulacak komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, Ek-5'deki Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formuna göre yapılır. Komisyon tarafından düzenlenen rapor ve ekinde yer alan Ek-5'deki Forma istinaden Valilik onayı alınarak tescil edilir. Tescil edilen kurumlar ilgili genel müdürlüklere bildirilir. (3) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir başkan yardımcısı başkanlığında, acil sağlık hizmetleri biriminden ve yataklı tedavi kurumları biriminden birer kişi, il ambulans servisi baştabibi veya görevlendireceği bir kişi ile bir mimar veya inşaat mühendisi, varsa acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde acil servis sorumlusu bir tabip olmak üzere en az altı kişiden oluşur. Üniversite bulunan illerde ilgili ana bilim dalı başkanlığından bir temsilci de komisyona dahil edilir. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması hâlinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyon sekretaryası müdürlükçe yürütülür. (4) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Seviyelendirme ve tescil işlemi yapılan acil servislerin sonradan seviyesinin yükseltilmesi veya yeniden değerlendirilmesine ilişkin başvurular kurum baştabibi

veya mesul müdürü tarafından ilgili müdürlüğe resmi yazı ile yapılır. Başvurular, müdürlüğe intikal ettiği tarihten itibaren 1 (bir) ay içerisinde sonuçlandırılır. Sağlık tesisi sayısı fazla olan illerde birden çok komisyon kurulabilir. Seviyelendirme 2 (iki) yılda bir yinelenir. Seviyelendirmenin istisnaları MADDE 7 – (1) Dal hastaneleri, özel hastaneler ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servisler veya acil üniteleri, komisyon tarafından aşağıdaki ölçütlere uygun olarak inceleme ve değerlendirmeye tâbi tutulur ve raporlanarak tescil için Bakanlığa bildirilir. a) Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulur. b) Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur. c) Faaliyet gösterdiği branşların özelliği gereği acil başvuru yoğunluğu bulunan, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, acil yardım ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, onkoloji ve kemik hastalıkları, meslek hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları ile göğüs hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri acil servislerinin; fiziki şartları bakımından en az I. Seviye'nin asgari standartlarını, diğer şartlar bakımından III. Seviye'nin asgari standartlarını taşıması gerekir. ç) Dal hastaneleri haricindeki özel sağlık tesislerinin acil servislerini, ilgili mevzuatındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla, bu Tebliğde belirtilen süre ve şartlar dahilinde en az I. Seviye acil servis asgari standartlarına uygun hâle getirmesi zorunludur. d) Entegre ilçe hastanelerinde acil sağlık hizmetleri, hasta yoğunluğuna ve kurumun fiziki şartlarına göre, acil muayene ve tıbbi müdahale hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan, acil ünitesi yapılanması içerisinde verilebilir. (2) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Günde ortalama 500 (beş yüz) hastadan fazla hasta kabul eden veya nöbetçi tabip başına günde ortalama 100 (yüz) hastadan fazla hasta kabul eden veya günde ortalama 50 (elli) hastadan fazla sarı alan hastası olan veya günde ortalama 25 (yirmi beş) hastadan fazla

kardiyopulmoner resusitasyon gerektirmeyen kırmızı alan hastası olan veya günde ortalama 3 (üç) hastadan fazla kardiyopulmoner resusitasyon gerektiren kırmızı alan hastası olan acil servisler, hastane büyüklüğü ile acil servis hasta oranı uyumsuz olan acil servisler, acil serviste ilk muayene için bekleme süresi 45 dakikayı geçen acil servisler, özel öneme sahip acil servisler, günlük ortalama ambulansla hasta alma sayısı 5 (beş)'ten fazla olan acil servisler "Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis" olarak tanımlanır. Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis standartları ve bu kapsama girecek acil servislerin listesi Bakanlıkça ilan edilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması, Muayene, Müdahale, Refakat Esasları ve Güvenlik Önlemleri Renk kodlaması ve triyaj uygulaması MADDE 8 – (1) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesi yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7'de gösterilmiştir. Ayrıca; a) Acil servise başvuran hastalara sağlık personeli tarafından etkin triyaj yapılır, sarı alan muayenesi gerekmeyen hastalardan öncelikle acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere "Yeşil Alan 1" kodu verilir, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılır. b) Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, "Yeşil Alan 2" kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerı oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir. c) Triyaj uygulaması esnasında kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden, doğrudan kırmızı alana geçirilmesi, sarı alan hastalarının triyaj sonrası doğrudan sarı alana ve sarı alan tabibinin bilgisine gönderilmesi esastır. ç) Acil servise başvuran hastaların eş zamanlı sayı artışı olduğu ve bekleme süresinin uzadığı durumlarda, sorumlu

idareci tarafından ek mekân ve ek insan kaynağı acil servis dışı hizmet birimlerinden sağlanarak, acil servis imkânları hemen artırılır. (2) Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır. (3) Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triyaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triyaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir. Muayene, müdahale ve refakat esasları MADDE 9 – (1) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalara kayıt işleminin yapılıp yapılmadığına bakılmaksızın derhal gerekli tıbbi işlemler uygulanır. Kritik hastaların kayıt işlemlerinin öncelikle yapılabilmesi için otomasyon sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılır. Bekleme süresince hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için, acil servis yeşil alanı ve sarı alanı yakınlarında hasta yakınları için bekleme salonu/salonları, bilgilendirme bankosu ve personeli ile gerekli olanaklar sağlanır. Kırmızı alan hastaları için belirli aralıklarla hasta yakınlarına bilgilendirme ilgili personel tarafından yapılır. (2) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servislerde hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyecek travmatik görüntülerden uzak tutulması için gerekli düzenlemeler yapılır. Acil serviste hastalar ilgili tabip tarafından, hemşire ve tabibin lüzum görmesi hâlinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Hasta yakını, hastanın kimlik bilgileri ve anamnez alımı gibi işlemler için refakat edebilir. Sarı ve Kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz.

Tetkik ve tahliller için gerekli numuneler sarı ve kırmızı alanlarda hastanın bulunduğu yerde alınır ve görevli personel tarafından ilgili birimine ulaştırılır. Acil servislerde hasta ve yakınlarına herhangi bir numune veya istek taşıması yaptırılmaz, pnömotik sistem marifetiyle işlemlerin çabuklaştırılması sağlanır. Görüntüleme ve benzeri işlemler görevli eğitimli yönlendirme personeli refakatinde gerçekleştirilir. Durumu kritik olan hastalara, bu işlemleri sırasında tıbbi durumunun gerektirdiği bir sağlık personelinin refakat etmesi sağlanır. Hasta veya yakınları hastanın tıbbi durumu ve yapılacak tıbbi uygulamalar konusunda ilgili tabip tarafından bilgilendirilir ve lüzumu hâlinde hasta hakkında yapılacak özel görüşmeler için ayrı bir oda tahsis edilebilir. (3) Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur. (4) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Acil serviste yapılan iş ve işlemleri kolaylaştırmak için hasta ve yakınlarının hastaya yapılan işlemler hakkında bilgilendirilmesi ile hasta hakkındaki acil bilgilerin sağlık çalışanına iletilmesi, sosyal hizmet uzmanları tarafından, yoksa bu konuda gerekli eğitimleri almış personel tarafından yapılır. Acil serviste ilgili alandan sorumlu olan tabibin bizzat hastalar hakkında tıbbi bilgi vermesi esastır. Ancak yoğunluk veya hastanın kritik olması sebebiyle, tabibin hastanın başından ayrılamaması durumunda ve/veya seçilmiş vakalarda (kırmızı alan hastaları) sağlanacak bilgilendirme alanlarında, bu konuda gerekli eğitimleri almış sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapılır. (5) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Acil servisler bünyesinde ambulans girişi ve acil servis girişlerinde yardıma ihtiyaç duyacak şekilde gelen hastalara kolaylık sağlamak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulur. Hasta yoğunluğuna göre gereken sayıda eleman, tekerlekli sandalye ve sedye temin edilir. Acil servislerde güvenlik önlemleri MADDE 10 – (1) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası

desteğiyle sağlanır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılamaz. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunamaz. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgilisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servislerin ana giriş ve hastane içi geçiş kapıları acil servis hastaları ve buralarda görevli personeller haricinde hiçbir şekilde kullanılamaz. Acil servislerin hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev alabilecek tanıma sahip yetkili geçiş şartları tanımlanarak sağlanmak zorundadır. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Acil Servis Personel Standartları, Nöbetler, Hasta Kabulü ve Sevk Esasları Acil servis sorumlusu ve personel standartları MADDE 11 – (1) Acil servislerde var ise acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde baştabibin görevlendireceği bir baştabip yardımcısı veya bir uzman tabip ya da bir tabip acil servis sorumlu tabibi olarak görev yapar. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran

vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır. Acil serviste Ek-1'de gösterilen uzman tabip, tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak hizmetin yoğunluğu ve vakaların niteliğine göre acil servisin bu Tebliğ uyarınca belirlenen seviyesinin gerektirdiği, acil sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve nicelikte sağlık ve diğer personel planlaması yapılır. (2) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Öncelikli

Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis bulunan hastanelerde, öncelikle acil tıp uzmanı veya cerrahi branşlardan olan bir baştabip yardımcısı, acil servisten sorumlu baştabip yardımcısı olarak görevlendirilir." (3) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Sağlık tesislerinde çalışan personelin, görevleri esnasında görev tanımına ve Bakanlık tarafından belirlenen çalışma elbiseleri mevzuatına uygun olarak giyinmeleri ve tanıtım kartı kullanmaları zorunludur. (4) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Öncelikli Takip ve Özellikli Planlama Gerektiren Acil Servis bulunan hastanelerde, Müdürlükçe uygun görülen durumlarda, acil servise araçla gelen hastaların araçları için araç park imkânları ve kolaylıkları sunulur. Acil servis daimi ve vardiya usulü çalışanları MADDE 12 – (Başlığı ile birlikte değişik:RG-20/2/2018-30338) (1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır. (2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur. (3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir. Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez. Hastane bilgi sisteminde bu görevlilerin tanım ve rolleri ilgili gün için sadece acil işlerle ilişkilendirilerek, diğer işlerde görev almaları engellenir. Acil branş nöbeti ile görevli tabibin, acil bir vakanın tedavisi ile meşgul olduğu durumlarda, yeni gelen hasta için görevlendirilmek üzere, acil branş nöbeti yedek nöbetçiler sıralı listesi düzenlenir. Kurumda acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar. (4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi, kulak burun boğaz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve

reanimasyon, aile hekimliği branşlarından hekimler çalışmak üzere nöbet listeleri düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan diğer klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir. (5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır. Acil servisin fiziki şartlarının yetersiz olduğu veya uygun olmadığı durumlarda, hastane elektif hizmetlerinde kullanılan alanlar bu hizmetler için kullanılmak üzere revize edilir. (6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve aynı ilçe sınırlarındaki genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur. (7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti tutulan hastanelerde, nöbetçi tabiplerin branşları dışında hasta kabulü ve konsültasyon ihtiyaçları için, her branşın acil icapçı tabip nöbet listesi düzenlenir. (8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir ve bu uzman tabip ana dal branşının acil konsültasyon hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. (9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin

sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır. (10) Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir. (11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir. (12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir. (13) Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür. Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir. (14) Özel sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak verilmesi esastır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki I. Seviye acil servislerde acil sağlık hizmetleri tabipler veya var ise aile hekimi uzmanı veya acil tıp uzmanı tarafından yürütülür ve ihtiyaç halinde ilgili dal uzmanı kuruma davet edilir. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün

her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur. Uzman tabip sayısının yeterli olması halinde, bu branşlara ilave olarak diğer branşlarda da müstakil acil branş nöbeti tutulabilir. (15) Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır. Konsültasyonların çabuklaştırılması için tüm konsültasyonlar hastane bilgi sistemi üzerinden tabiplere kayıtlı mesaj sistemi ile yapılır ve süreleri takip edilir. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları "mavi kod" kapsamında olup yakından takip edilir. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir. Konsültan tabipler kendi branşı ile ilgili net öneride bulunmalıdır. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı

beklemeksizin yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir. İlk yapılan konsültasyonda konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır. (16) Konsültasyon, acil veya icapçı nöbetçi tabip listelerinde ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya bir başka hasta ile meşgul olması durumlarında, ilgili listede ismi bulunan sıralı nöbetçi tabip çağrılır. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz

olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilir. Acil servislerin 112 KKM ile koordinasyonu MADDE 13 – (1) Kamu ve özel bütün sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır. Ortak kayıt sistemi, müdürlüğün denetim ve kontrolünde, Bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilir. (2) Sağlık tesisleri acil servislerine getirilen vakalara ait bilgileri her istendiğinde Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 KKM' ne bildirmek zorundadır. (3) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, Hastane Afet Planlarını (HAP) hazırlamak ve bu planları, olağandışı ve afet hallerinde müdürlük afet birimi ve 112 KKM'nin bilgisi dahilinde uygulamakla yükümlüdür. Afet ve olağandışı durumlarda sağlık tesislerinin geçeceği alarm seviyesi ve yerine getireceği yükümlülükler il afet planı ve hastane afet planları doğrultusunda 112 KKM tarafından belirlenir. Acil servislerde hasta kabul ve yatış işlemleri MADDE 14 – (1) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için KKM talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevki, sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil işlemlerinin 112 KKM'nin yönetim ve koordinasyonunda, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak yapılması zorunludur. Hastaneye vaka getiren ambulansların vakalarının hemen teslim alınması ve ilgili ambulansın hastaneden ayrılışı en fazla 15 dakika içerisinde sağlanmalıdır. (2) Acil servislere müracaat eden ancak herhangi bir nedenle geçerli kimlik belgesi, sağlık karnesi veya hasta sevk evrakı ibraz edemeyen hastaların kimlik bilgilerinin ve adresinin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amacıyla Ek-8'deki Hasta Bilgilendirme

Formu doldurulur. Bu hastalardan hiçbir surette senet veya taahhütname alınmaz. (3) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil servisten kliniklere yatış için bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmaz. Acil yataklı serviste gözlem ve takip için 8 (sekiz) saatten uzun veya yatış kararı verildiği halde 4 (dört) saatten uzun yatan hastası bulunan klinikler için elektif koşullarda yeni hasta yatırılmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur. Başka bir klinikte yatak olması durumunda bu yataklar acil serviste yatış için bekleyen hastaların kullanımına açılır. Acil serviste yatan veya ayaktan gelen hastalar için ayrı bir laboratuvar veya görüntüleme merkezi olmayan durumlarda bu hastalar için istenen tetkik, görüntüleme veya girişimlere öncelik verilerek bu işlemler yapılmadan elektif hasta alınmasına hastane bilgi sistemi tarafından engel konulur. (4) Tanısı konulmuş ve tedavi planı belirlenmiş, acil müdahale gerektirmeyen, durumu stabil olan ancak ileri tetkik ve tedavisinin sağlanması amacıyla önceden koordinasyon sağlanarak başka sağlık tesisinden sevkle gönderilen ve nakil sırasında acil müdahaleyi gerektirecek akut tıbbi sorun gelişmemiş hastalar gerekmedikçe acil serviste yeniden değerlendirilmez. Bu tür hastalar, acil serviste bekletilmeksizin, yatış işlemleri derhal tamamlanır ve ilgili uzmanlık dalına ait kliniğe yatırılır. (5) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Acil cerrahi ameliyat endikasyonu konularak acil servisten yatışı yapılan hastaların yoğun bakım

yatağı ihtiyaçları yoğun bakım sorumlu uzmanı tarafından belirlenir. Acil cerrahi ameliyat ihtiyacı olan hastaların ameliyat öncesi gerekli olan anestezi konsültasyonu ilgili cerrahi klinik uzmanı tarafından yapılır. Bu hastaların ameliyat sonrası tedavi ve bakımlarının yapılabilmesi için yeterli yoğun bakım hasta yatağı bulunmayan hastaneler, mevcut yatak imkânlarından geçici olarak ameliyat sonrası (post op) ara bakım ünitesi kurarak hastaların kabulünü yaparlar. Acil cerrahi operasyon endikasyonu bulunan hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağının bulunmaması hastanın ameliyatını geciktirmemelidir. Bu hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağı sağlanamadığı durumlarda doğacak olan sevk ihtiyacı ilgili klinik ve tanımlanmış olan yoğun bakım uzmanı tarafından sağlanır. Acil servisten diğer sağlık tesislerine sevk ve nakil esasları MADDE 15 – (1) Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra, ilgili sağlık tesisinin uzman tabip, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek şartları taşıması hâlinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ve gerekli sağlık hizmetinin ilgili sağlık tesisinde verilmesi esastır. (2) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilmez. Ancak hastanın acil tedavi işlemleri kurumca sağlanamıyor ve mutlak surette sevki gerekiyor ise uygun koşullar sağlanarak ilgili sağlık tesisine sevki sağlanır. Hasta sevk ve nakil kararı ilgili dal uzmanı tarafından, yok ise acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabip tarafından verilir. (3) Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hâllerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur. Sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinde Ek-9'daki Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılır. (4) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü

sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür. Acil serviste sevk için bekleyen hastanın sorumluluğu, sevk kararı veren branşın acil servis nöbeti tutması halinde ilgili nöbetçi tabibe, nöbetçi tabip bulunmayan durumlarda ise konsültan tabibe aittir. Sevk kararı veren konsültan tabip sevk gerekçelerini net bir şekilde belirtmelidir. Sevk işlemleri ve bu esnadaki hastanın takip ve tedavisi sevk kararı veren tabip tarafından gerçekleştirilir. Uygunsuz sevklerin önlenmesi için komisyon kurulması

MADDE 16 – (1) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) İllerde üçüncü basamak sağlık tesislerine diğer illerden ve il içinden, gerekli koordinasyon sağlanmadan ve uygun şartlar oluşturulmadan, uygunsuz olarak yapılan sevklerin önüne geçilebilmesi ve acil vakayı kabul etmeyen sağlık tesisleri için; müdürlükçe ASKOM bünyesinde Sevk Değerlendirme ve Denetleme Komisyonu oluşturulur. Bu komisyon il sağlık müdürünün başkanlığında, ildeki sağlık kurumlarının baştabipleri/mesul müdürleri, acilden sorumlu tabipler ve il ambulans servisi baştabibinin de katılımıyla ayda en az bir defa toplanır. (2) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Komisyon il dışına ve il içinde yapılan sevkler ile acil vakayı kabul etmeyen ve ambulansta bekleten sağlık tesislerini değerlendirir ve endikasyon dışı yapılan uygunsuz ve gereksiz sevkler ile endikasyonu olduğu halde kabul edilmeyen vakaları tespit eder, sebeplerini sorgular ve çözüme kavuşturur. Alınan kararlar tutanak altına alınır ve ilgili sağlık tesisi baştabibine yazılı olarak bildirilerek gerekli önlemleri alması istenir. Tekrarı hâlinde ilgili baştabip ve diğer sorumlular hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre idari soruşturma başlatılır. Komisyonun sekretaryası ASKOM tarafından yürütülür. Gerektiğinde bu işlemler müdürlüğün uygun göreceği ilçelerde, ilçe sağlık müdürleri başkanlığında oluşturulacak alt komisyonlar marifetiyle aynı usulle yürütülebilir. İlçe sağlık müdürlükleri tarafından ilçede bulunan tüm sağlık tesisleri 2 (iki) ayda bir denetlenir ve denetim sonuçları müdürlüğe bildirilir. BEŞİNCİ BÖLÜM Çeşitli Hükümler Denetim ve sorumluluk MADDE 17 – (1)

(Değişik:RG-20/2/2018-30338) Acil servis standartlarının oluşturulması ile acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve bu Tebliğ hükümlerine uygun olarak etkili bir şekilde yürütülmesinden müdürlükler, ilgili sağlık tesislerinin baştabipleri, acil servisten sorumlu baştabip yardımcıları ve acil servis sorumlu tabipleri birinci derecede ve müteselsilen sorumludur. (2) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Müdürlükler işleyiş ile alakalı periyodik olarak 6 (altı) ayda bir denetim yapar, sonuçları değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır ve lüzumu hâlinde denetim sonuçlarını raporlayarak Bakanlığa bildirir. (3) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Sağlık kuruluşları, Bakanlıkça yayımlanan izleme ve değerlendirme cetvellerinde belirtilen bilgileri eksiksiz olarak zamanında Müdürlüğe bildirmekle, Müdürlükler de Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür. (4) (Ek:RG-20/2/2018-30338) Bakanlıkça yapılan değerlendirmeye göre bu Tebliğde belirtilen usul ve esaslara uyulmadığının tespit edilmesi halinde ilgililer hakkında ilgili mevzuatına göre gerekli idari işlemler yapılır. Hüküm bulunmayan haller MADDE 18 – (1) Bu Tebliğde hüküm bulunmayan hâllerde 24/1/2005 tarihli ve 872 sayılı İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi ile 26/6/2008 tarih ve 26918 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi uygulanır. Mevcut acil servislerin seviyelendirilmesi GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Mevcut acil servislerin seviyelendirme işlemleri bu Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 2 (iki) ay içerisinde tamamlanır, valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa bildirilir. Mevcut acil servislerin durumu ve uyumu GEÇİCİ MADDE 2 – (Değişik:RG-20/2/2018-30338) (1) Mevcut acil servislerin bu Tebliğe uyumu, Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren, iş ve işlemler yönünden hemen, fiziksel mekân revizyonları yönünden ise (Değişik ibare:RG-18/12/2018-30629) 31/12/2020 tarihine kadar sağlanır. Yapılan tüm uyum çalışmaları ilgili genel müdürlüklere bildirilir. Yeni hizmet binasına (Mülga ibare:RG-18/12/2018-30629) (…) taşınması planlanan hastaneler bu Tebliğde tanımlanan fiziki alan standartlarından bu süre içinde muaf tutulur. 112 KKM hastane entegrasyon programına dahil olma GEÇİCİ MADDE

3 – (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten sonraki 24 saat içerisinde 112 KKM'de bulunan hastane entegrasyon programına dahil olmak ve en geç 1 (bir) ay içerisinde de on-line bağlantılarını tamamlamakla yükümlüdür.