



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİ İŞLEM PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-BIS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1 / 4

1. Amaç

İÜ Onkoloji Enstitüsü'ne başvuran kişilerin kişisel sağlık bilgileri gizli ve özeldir. Kurumumuz bu bilgilerin gizlilik ve güvenliğini korumakla yükümlüdür.

Bu prosedürün amacı, hasta verilerinin kaydedilmesi, saklanması ve kullanılmasına ilişkin kuralları, uygulamaları ve güvenlik önlemlerini belirleyerek; hastaya ait bilgilerin mahremiyetini sağlamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür, elektronik ve/ya da basılı ortamda saklanan kişisel sağlık bilgilerine ilişkin düzenlemeleri kapsar.

3. Sorumlular

HAGED Bilgi İşlem Direktörlüğü, Onkoloji Enstitüsü Müdürü, Başhekim, Bilgi İşlem Süreç Yöneticisi, Bilgi İşlem Otomasyon Destek Sorumlusu, Bilgi İşlem Donanım Destek Sorumlusu, Hastane Bilgi Yönetimi Sistemini kullanan tüm çalışanlar.

4. Tanımlar

HBYS: Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi

HAGED: Hastaneler Genel Direktörlüğü

5. Uygulamalar

5.1. Genel İlkeler

5.1.1. Sunucu üzerindeki her türlü yazılım, işletim sistemi, veri tabanı değişiklikleri, Bilgi İşlem Direktörlüğü denetiminde, Bilgi İşlem Birimi tarafından yapılır.

5.1.2. Virüs programları, fire-wall, yedekleme, vb uygulamalar Bilgi İşlem Direktörlüğü tarafından koordine edilir.

5.1.3. Kurumumuza başvuran her hasta için kayıt açılır, hasta tedaviyi reddetse bile bu kayıt saklanır.

5.1.4. Her hasta, sadece O'na özgü bir ID ile tanımlanır.

5.1.5. Tüm kullanıcılar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi ilkeleri hakkında ve sistemin yapısı içinde kendilerinden beklenen işlemlerle ilgili eğitilirler. Her kademedeki Enstitü personeli ancak yetkilendirilmiş olduğu işlemleri, kurum prosedürlerine uygun olarak uygular.

5.1.6. Hastanemiz personeli; hasta bilgilerini hastane içindeki ortak alanlarda (asansör, koridor, yemekhane, ve benzeri mekanlarda) konuşmaz, paylaşmaz.

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİ İŞLEM PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-BIS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 2 / 4

5.1.7. Kağıt ortamında tutulan hasta kayıtları, Arşiv Birimi ve diğer birimlerde yetkisiz kişilerin erişimi engellenecek şekilde saklanır.

5.1.8. Enstitümüzde Başhekimlik tarafından belirlenen birimlere sınırlı internet erişimi ve e-posta kullanımı sağlanmaktadır.

5.2. Hasta Kayıtlarına Veri Girişi ve Veri Girişinin Kontrolü:

5.2.1. Gerek elektronik gerekse kağıt ortamında tutulan hasta kayıtlarının formatı; hastayı tanımlayacak, tanıyı destekleyecek, tedaviyi, prognozu belgeleyecek, hasta bakımında görevli diğer sağlık personelinin bilgilendirerek bakımın sürekliliğini sağlamak için gerekli bilgileri içerecek şekilde hastanemizce belirlenmiştir.

5.2.2. Kağıt ortamında tutulan hasta kayıtlarında hangi bilginin nereye, hangi sıklıkta kaydedileceği “**Onkolojik Hasta İzlem Bulguları Kayıt Talimatı**” ile belirlenmiştir.

5.2.3. Elektronik hasta kayıtlarına veri girme yetkisi bulunanlar, kimlerin hangi kayıtlara erişebileceği ve veri girebileceği 5.5 maddesinde belirlenmiştir.

5.2.4. Sadece yetkili kişilerin hasta kayıtlarına veri girişi yaptığı kurumumuzca denetlenir. Hasta kayıtlarına her veri girişinin kim tarafından ne zaman yapıldığı görülebilir. Elektronik kayıtlarda bu izlem Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden, kağıt ortamında tutulan kayıtlarda hasta dosyaları üzerinden yapılır.

5.2.5. Kağıt ortamda tutulan hasta kayıtlarının içerik olarak tam olduğu düzenli olarak gözden geçirilir; saptanan eksiklikler genel, departman bazında ve bireysel olarak değerlendirilir, bu konuyla ilgili geri bildirim yapılır.

5.2.6. Hasta kayıtları konusunda Kalite Birimi tarafından gerekli eğitimler verilir.

5.3. Hasta Kayıtlarının ve Bilgilerinin Korunması, Saklanması ve Yedeklenmesi:

5.3.1. Hasta kayıtları ve bilgileri; ister fiziksel, isterse sanal olsun her tür tehlikeye karşı (çalınma, hasar görme, yetkisiz erişim, vb) korunmakta, güvenliği ve ulaşılabilirliği sağlanmaktadır.

5.3.2. Tüm çalışanların hasta bilgilerini gizli tutma yükümlülükleri vardır. Güvenlik ihlali durumunda gerekli yasal işlemler başlatılır.

5.3.3. Hasta kayıt ve bilgilerinin saklandığı arşivin fiziksel ortam koşulları “Arşiv İşleyiş Prosedürü”ne göre izlenir.

5.3.4. Veri tabanı mimarisindeki loglar tutulur ve bu logların 7/24 yedeği alınır.

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİ İŞLEM PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-BIS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 3 / 4

5.3.5. HBYS'de tutulan verilerin tamamı, 24 saatte bir İTF Sistem Yönetim Birimindeki kartuşlara yedeklenir.

5.3.6. Kurumumuzca dış veri tabanlarına veri aktarımı yapılırken, verinin güvenliği ve gizliliği korunur.

5.3.7. HBYS server'ı; herhangi bir elektrik kesintisi durumunda devamlılığın sağlanabilmesi amacıyla UPS ile desteklenmektedir.

5.3.8. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi virüs saldırılarına karşı virüs koruma programları ile korunur.

5.3.9. Hastane Bilgi Yönetim Sistemine Bilgi-İşlem yetkilileri dışında kişilerin dışardan ulaşımı engellenir.

5.3.10. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi fire wall sistemi ile dışarıdan gelebilecek olası saldırılara karşı korunur.

5.4. Şifre Kullanımı:

5.4.1. HBYS kullanıcılarının kullanıcı hesapları Bilgi İşlem Birimi tarafından açılır ve geçici şifre verilir. Kullanıcılar kendi şifrelerini oluşturur.

5.4.2. Yetkilendirilen çalışan, şifrelerin kullanılması ve korunması konusunda sorumludur.

5.4.3. Belli bir kullanıcıya ayrılmış şifre hangi şartla olursa olsun başkalarına verilemez.

5.4.4. Çalışanların işten ayrılması durumunda tüm şifreleri ve kullanıcı yetkileri, İnsan Kaynakları Birimi tarafından 24 saat içerisinde kullanıma kapatılır. Görev tanımı değişikliği olması durumunda yetkileri yeniden tanımlanır.

5.4.5. Şifre güvenliği açısından veri tabanına ulaşım şifrelerinin belirli aralıklarla değiştirilmesi (en geç 60 gün) önerilir.

5.5. Yetkilendirme

5.5.1. Her kademedeki çalışan sadece yetkilendirilmiş olduğu işlemleri yürütebilir. Yetkilendirilmemiş kişiler tarafından yapılan herhangi bir işlemi saptayan birim sorumluları, bu durumu yeterli delillerle birlikte en kısa zamanda üst yönetime bildirir.

5.5.2. Tüm çalışanlar otomasyon üzerinde yetkili oldukları bilgileri herhangi bir şekilde farklı ortamlarda paylaşamaz, bilgi taşıyamaz.

5.5.3. Yetkilerin kötüye kullanılması halinde ağır sorumluluklar doğacağı oryantasyon eğitimi kapsamında çalışanlara anlatılır.

5.5.4. Yetkilendirmeler kullanıcıların görev alanlarına göre belirlenir ve ilgili modül yetkisi verilir. Aynı görevi icra eden kullanıcılara aynı yetkiler verilmektedir.

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
BİLGİ İŞLEM PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-BIS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 4 / 4

5.5.5. Tüm kullanıcıların yaptığı işlemler kayıt altına alınır ve bilgi işlem tarafından izlenebilir.

5.5.6. Veri tabanı ya da tablolara ancak yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilir.

5.5.7. Disiplinler arası yetkilendirme aşağıdaki gibidir:

Doktor: Hastalara ait tedavi ile ilgili bilgilerin tümüne erişebilir. Elektronik ortamda kayıtlı olması gereken hastaya ait tüm bilgileri girebilir. Onay işlemlerini kendi şifreleri ile yapmakla yükümlüdürler. Onaylamadan önce kendilerine ait raporlar üzerinde silme ve değişiklik yapabilirler.

Hemşire: Hastalara ait tedavi ile ilgili bilgilerin tümüne erişebilir. Kendi yetkileri altında tanımlanmış olan hasta işlemlerini, hastaya ait sarf ve işlem girişlerini yapabilirler ve değiştirebilirler.

Veri Giriş Personeli: Doktor istemlerini ve sarfları hastanın hesabına ekler. Hasta yatış -çıkış işlemleri için gerekli evrakları düzenler. Hatalı yaptığı işlemleri sorumlularına bildirir.

Sorumluların düzeltilmediği işlemler Bilgi İşlem Birimi yetkililerine iletilir.

Faturalama Birimi: Hastaların faturalamasını ve anlaşmalı kurumlara gönderimini yapar.

Eczane: Birimlerden gelen eczaneye ilgili talepleri karşılar, iadeleri alır. İlaç ve tıbbi malzeme ile ilgili işlemleri yapar. Stok takibi yapar.

Radyoloji: Hastaların radyolojik işlemlerini yapar. Tetkik raporlarını otomasyon üzerinden yazar.

Laboratuvar: Tetkik istemlerini kabul eder, test çalışmasını yapar ve sonuçlarını raporlar.

5.6. Teknik Destek:

5.6.1. HBYS ile ilgili aksaklıklar; sistem testleri ya da kullanım sırasında tespit edilen hatalar ve eksiklikler HBYS üzerinden “**İş Talep Formu**” ile Bilgi İşlem Birimine bildirilir.

5.6.2. Bilgi İşlem Birimi bildirilen aksaklığı değerlendirir, kurum içinde müdahale edilip edilemeyeceğine karar verir. Sorun Bilgi-İşlem Birimi tarafından giderilemeyecekse Bilgi İşlem Direktörlüğü'nden destek talep edilir.

6. İlgili Dokümanlar

6.1. Onkolojik Hasta İzlem Bulguları Kayıt Talimatı

6.2. Arşiv İşleyiş Prosedürü

6.3. Kayıtların Yönetimi Prosedürü

6.4. Bilgi İşlem Arıza Bildirim ve Hizmet Talep Formu

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Süreç Sorumlusu	Kalite Temsilcisi	Enstitü Müdürü/Başhekim