	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>	Doküman No	YÖN.PR.12
		Yayın Tarihi	21.05.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	7/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Temsilcisi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

## 1. Amaç:

Çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kurumda düzenlemeler yapmak ve gerekli tedbirleri almak

Çalışan güvenliği için, güvenli bir ortam sağlamak,

Sağlık kurumunda çalışanlar için olası tehlike ve riskleri belirlemek, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve teknikleri belirlemek

Hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğini sağlamak.

Çalışanların Fiziki, ruhsal ve sosyal durumlarının en üst seviyeye taşınmasını sağlamak.

Çalışanların, sağlıklarına gelebilecek zararların en aza indirilmesini/yok edilmesini sağlamak

Kişinin işine ve işin kişiye uygunluğunu sağlamak

## 2.Kapsam:

Tüm bölümler

## 3.TANIMLAR

**3.1.Genel Uyum Eğitimi:** Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**3.2.Bölüm Uyum Eğitimi:** Bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**3.3.Mavi Kod:** Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

**3.4.Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar:** Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, ameliyathanede skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

**3.5.Radyasyon Uyarı Levhaları:** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

**3.6.Kurşun Koruyucular:** Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan;

- Kurşun önlük,
- Kurşun gözlük,
- Kurşun eldiven,
- Tiroid koruyucu,
- Koruyucu paravan gibi ekipmanlardır.

## 4. Sorumluluklar

### 4.1 Onay ve yürürlük

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>	Doküman No	YÖN.PR.12
		Yayın Tarihi	21.05.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	7/2

Bu prosedürün onaylanmasından Başhekim Başhekimlik, Kalite Yönetim Direktörü, Tüm çalışanlar sorumludur. Tüm Kalite Sistem Dokümanlarının Sistem Onayı Kalite Yönetim Direktörü tarafından verilir.

#### 4.2 Prosedürün Kullanıcıları

Bu prosedürün yürütülmesinden Kalite Yönetim Direktörü Tüm çalışanlar sorumludur.

#### 5. Prosedür:

##### 5.1 Çalışan Güvenliği Komitesi Ve Görev Alanları

**Çalışan güvenliği komitesi:** Asgari tıbbi idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim Temsilcisi, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni yer alır.

**Çalışan Güvenliği Komitesi toplantıları:** Toplantıdan 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü veya eposta olarak çağrı yapılır. Çalışan Güvenliği Komitesi yılda en az 3 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.

Ayrıca lüzumunda acil toplantı yapar. Alınan karar doğrultusunda Çalışan Güvenliği Komitesi de acilen toplanır. Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

##### **Komitenin görev tanımı asgari;**

- Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramalarının yapılması konularını
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- Atık Yönetimi
- Temel yaşam desteği güvenliği
- Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirimleri konularını kapsar.
- Çalışan Güvenliği Komitesi düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
- Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.
- Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.

Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimlerine yönelik kök neden analizi yapar, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır. Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetlerini Kalite Yönetim Birimine gönderir. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenler.

##### **5.2 Çalışan Personelin Zarar Görme Risklerinin Azaltılması,**

Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır.

Bölümlerdeki belirlenen olası tehlike ve risklere göre önlemler alınmalıdır.

Bölüm bazında ve çalışanların risk analiz çalışması yapılmalıdır.

Bölüm Çalışanları Risk Analiz Tablolarında tehlike ve riskler ile Alınması Gerekli Önlemler belirlenmiştir.

Çalışanların karşılaşabileceği olası riskleri (enfeksiyon, radyasyon, kesici delici alet yaralanması, kan vücut sıvıları sıçramasına maruz kalma, şiddet, ergonomik vs.)önlemek amacıyla kişisel koruyucu ekipman temini ve

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>	Doküman No	YÖN.PR.12
		Yayın Tarihi	21.05.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	7/3

kullanımının sağlanması, sağlık taramalarının yaptırılması, aşılama faaliyetlerinin yapılması, fiziksel çalışma şartlarının düzeltilmesi, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, Beyaz Kod uygulamasının başlatılması, çalışan güvenliği eğitimleri düzenlenmesi gibi faaliyetler başlatılır ve sürdürülür.

### 5.3 Çalışan Eğitimleri

Hastanemiz personellerine; tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine, kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik eğitimler verilir.

Çalışanlara, çalışan sağlığı, iletişim, mesleki bilgi ve becerilerini artırıcı eğitim yapılır.

Stresle baş etme becerileri, tükenmişlik vs konularında eğitimler verilir.

Çalışanlara verilen tüm eğitimlerin konuları ve ilgili kayıtları eğitim komitesinde bulunmaktadır.

### 5.4 Çalışanların Sağlık Taramaları

Hastanede riskli birimlerde çalışan personelin güvenliği açısından gerekli olan sağlık taramalarının, belirlenen aralıklarda düzenli olarak yapılmasını sağlamak.

Sağlık taramaları, Personel Sağlık Takip Kartı 'na göre yapılır.

Sağlık taramaları sonucunda, sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilir.

Çalışanlar sonuçlar hakkında değerlendirmeyi yapan hekim tarafından bilgi güvenliği sağlanarak bilgilendirilir.

Sağlık tarama kayıtları, ilgili bölüm sorumlularınca bilgi güvenliği sağlanarak muhafaza edilir.

### 5.5 Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Çalışma ortam ve koşulları ile yaptığı işe göre kişisel koruyucu ekipman çalışanlar tarafından kullanılmalıdır

Çalışanlar, kişisel koruyucu ekipman seçimini olası tehlike/risk durumuna göre yapmalıdır.

Bölümlerde kişisel koruyucu ekipmanların çalışma alanlarında bulunması sağlanır ve ulaşılabilir olmasına dikkat edilir.

Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenir.

Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda Çalışan Güvenliği Komitesince çalışanlara eğitim verilir veya komitenin koordineli olarak çalışacağı kişi/birimlerce bölümlerde de eğitim verilmesi sağlanır.(bölüm uyum eğitimi vb)

### 5.6 Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması

Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim verilmeli

Radyolojik görüntüleme cihazlarının düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılmalı.

Radyasyon tehlike sembolünün ve diğer uyarı yazılarının ilgili alanlarda asılı olması sağlanmalıdır.

Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır.

Sağlık taramaları Personel Sağlık Takip Kartı'na göre düzenli olarak yapılmalı

Dozimetre takipleri yapılmalı sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır.(şua izini, bölüm değişikliği vs.)

### 5.7 Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi

Çalışanlarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık

alınacak önlemler; Çalışan Güvenliği Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.

Enfeksiyonu önlemek için alınacak tedbirlerin bazıları kurum tarafından bazıları çalışanın kendisi tarafından alınır.

- Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır.

Doküman No	YÖN.PR.12
Yayın Tarihi	21.05.2012
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	7/4

- Sağlık taramaları Personel Sağlık Takip Kartı'na göre düzenli olarak yapılmalı Tarama sonuçlarına göre çalışanlar aşılama programına alınmalıdır.
- Hastanedeki bölümlerin risk düzeylerine temizliği, Hastane Yer ve Yüzeylerinin Temizliği Planı'na uygun yapılır.
- Kesici delici alet yaralanmalarını önlemek için Kesici ve Sivri Uçlu Aletlerin Toplanması Talimatı'na uygun hareket edilir.
- Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için Kişisel Koruyucu Ekipman kullanılmalıdır.
- Enfeksiyon Kontrolü aşağıda yer alan dokümanlara göre uygulama yapılır.
- El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı,
- Enfeksiyon Kontrol Prosedürü
- İzolasyon Prosedürü
- Atık Yönetimi Prosedürü
- Hastane Yer ve Yüzeylerinin Temizliği Planı

**İzolasyon odasının giriş kapısında uygulanan izolasyon yöntemini gösteren bir tanımlayıcı bulundurulur.**

Solunum izolasyonunda sarı yaprak,

Damlacık izolasyonunda mavi çiçek,

Temas ve sıkı temas izolasyonunda kırmızı yıldız figürleri bulundurmak.

### 5.8 Beyaz Kod İşleyiş

Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Beyaz kod hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeye yönelik acil durum yönetim aracıdır.

Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem en az bir tatbikat yapılmasını sağlamak, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatmak, olaya maruz kalan çalışanlara gerekli desteği sağlamak, çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmek üzere, beyaz kod yönetimi sorumluları belirlenmiştir.

### Beyaz Kod Uygulama Talimatı

#### Beyaz Kod Ekibi:


Beyaz Kod Ekibi asgari; tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve Güvenlik görevlisi. Toplantıdan 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü veya eposta olarak çağrı yapılır.

Ekip yılda en az 3 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Lüzumu halinde acil toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.

Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

Beyaz Kod Ekibi, Beyaz Kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar. Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen beyaz kod uygulama formları beyaz kod yönetin ekibine yönlendirilir. Beyaz kod yönetimin ekibinde kayıtları tutulur ve gerektiğinde Düzeltici Önleyici Faaliyetler başlatır.

Beyaz kod çağrısı ile müdahalesi gerçekleşen olay sonunda, olayın olduğu tarih ve saatin, olayın olduğu yerin, olay anında yapılan işin, olayın başlama nedeninin, olayın oluş şeklinin, olayda varsa kullanılan nesne/nesnelerin, olayda çevrede oluşan olumsuzlukların, olaya karışanların yaşının, cinsiyetinin, varsa kişisel

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>	Doküman No	YÖN.PR.12
		Yayın Tarihi	21.05.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	7/5

bilgilerinin, olayı görenlerin kişisel bilgilerinin ve iletişim bilgilerinin yer aldığı **Beyaz Kod Olay Bildirim Formu** doldurulur. Beyaz Kod uygulaması yapan güvenlik görevlileri tarafından Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

Beyaz kod çağrısı yapan/şiddet gören çalışan Beyaz Kod Olay Bildirim Formun'dan 3 nüsha doldurur.

1 Nüshası Çalışanın kendisinde saklanır.

1 Nüshası Çalışanın amirine verilir.

1 Nüshası Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.

Çalışan güvenliği komitesi, Şiddete maruz kalan personele gerekli desteğin sağlanması faaliyetlerini başlatır.

Olaya maruz kalan çalışana ekipte görevli psikolog aracılığı ile psikolojik destek sağlar.

Yapılan çalışmaların kayıtları Çalışan Güvenliği Komitesinde saklanır.

Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Beyaz Kod hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeye yönelik acil durum yönetim aracıdır.

Beyaz Kod uygulamasına yönelik olarak her dönem en az bir tatbikat yapılmasını sağlamak, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatmak, olaya maruz kalan çalışanlara gerekli desteği sağlamak, çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmek üzere, beyaz kod yönetimi sorumluları belirlenmiştir.( Beyaz Kod Uygulaması Talimatı )

### **5.9 Çalışanların Görüş Ve Önerilerinin Değerlendirilmesi**

Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Çalışanların görüşlerini bildirmeleri için görülebilir yerlerde öneri istek kutuları ve internet üzerinden yapılır. Tüm birimlerde görüş öneri formları bulunmaktadır. Bildirilen tüm görüşler kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişinin yer aldığı ekiple her ay değerlendirilir. Değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları yapılır.

Çalışanlar bu formları Kalite Yönetim Birimine elden iletebilirler. Bu durumlarda Kalite Yönetim Direktörü konuların günlük olarak aciliyetini belirler ve gerekli hallerde ilgililere ulaşarak değerlendirmeler yapar. Acil durumlar dışında değerlendirmeler aylık yapılır. Değerlendirme sonucunda ilgili birimlere iyileştirme talep ediliyor.

Kutulara atılan görüş öneriler için cevaplama zorunluluğu yoktur.

### **5.10 Engelli Çalışanlar**

Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.

Engelli çalışanların engel durumuna yönelik ihtiyaçların giderilmesi ve bu alanlarda çalıştırılması

Engelli çalışanların çalıştığı bölümde engel durumuna yönelik çalışma ortamı ve ihtiyaçların temini ile ilgili düzenlemeler yapılır.(tuvaletlere, lavabolar ve tutunma barları yerleştirilmiş, asansörün olması vs.)

### **5.11 Çalışanların Bilgilendirilmesi**

Çalışanların bilgilendirilmesi amacıyla; ilan panoları, anons, yazılı duyurular, telefon, birim sorumluları aracılığı ile duyuru ve imza karşılığı tebliğ yöntemleri kullanılmaktadır.

### **5.12 Atık Yönetimi**

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar **Atık Yönetimi Prosedürü**'nde belirlenmiştir.

- Üretilen atık çeşitlerini,
- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,

Doküman No	YÖN.PR.12
Yayın Tarihi	21.05.2012
Rev. No	00
Rev. Tarihi	-
Sayfa No	7/6

- Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,

Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,

- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.
- Bölüm bazında atıklar belirlenir.
- Uygun atık kapları temin edilir.
- Atıklar uygun atık kabına/kovasına atılmalıdır.
- Atık kapları aşırı doldurulmamalıdır.
- Atıklar belirlenen periyotlarda geçici depolarına taşınır.
- Atık kazaları ile ilgili çalışanlara eğitim verilir.

### 5.13 Bilgi Güvenliği

Tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanması, iletilmesi, depolanması ve kullanılması sağlanır. Çalışanlara ait bilgilerin uygun şartlarda muhafaza edilmesini ve iletilmesini sağlanır, çalışan bilgileri çalışanın onayı dışında ya da yasal bir yükümlülük altında bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile paylaşılmaz.

Çalışanlar bilgilerinin toplanması ve korunmasında güvenlik, veri bütünlüğü, erişim ve uygulama ile ilgili gizlilik ilkelerine uygun davranmalıdır.

Hastanemiz hasta ve çalışanlara ait topladığı bilgileri sadece gerekli yetkiler ve yasal düzenlemeler çerçevesinde açıklaması vb. konularda Bilgi İşlem Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü'ne uyulur.

### 5.14 Temel Yaşam Desteği Güvenliği

Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Mavi kod: Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmak, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmak üzere, tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilciden oluşan mavi kod yönetimi sorumluları belirlenmiştir.


Mavi kod uygulama ekibinde görevli çalışanlara CPR eğitimi verilmektedir.

Çalışanlara mavi kod çağrısı ile ilgili eğitim verildi.

Mavi kod çağrı yapılması, telefon numaraları, ekiplerin hastaya ulaşımı, CPR ( MAVİ KOD ) Prosedürü'nde belirlenmiştir.

Mavi Kod ekibi uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale setini yanında götürmelidir.

Acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyeleri sorumluları tarafından takip edilir.

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>	Doküman No	YÖN.PR.12
		Yayın Tarihi	21.05.2012
		Rev. No	00
		Rev. Tarihi	-
		Sayfa No	7/7

Mavi kod işleyişinde, müdahale edilen kişiye ait bilgileri, yapılan uygulamayı, müdahalenin yerini, çağrının yapıldığı zamanı, ekibin olay yerine ulaşma zamanını, müdahalenin sonucunu, müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsayan CPR Kayıt Formu ile kayıtlar tutulmaktadır.

Her mavi kod çağrısından sonra hastanın hemşiresi CPR Kayıt Formu'nu eksiksiz olarak doldurur.

Mavi kod yönetimi kapsamında her dönem en az 1 tatbikat yapılır

Acil müdahale setinde asgari, çocuk ve erişkin için ayrı olmak üzere laringoskop seti ve yedek pilleri, balon-valf-maske sistemi, değişik boylarda maske, oksijen hortumu ve maskeleri, çocuk ve erişkin boylarında entübasyon tüpü, laringeal maske, airway ya da kombi tüp gibi yardımcı hava yolu araçları, enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunur. Ameliyathane, yoğun bakım ve ayrıca acil müdahale seti içinde defibrilatör bulundurulur

#### **5.15 Güvenlik Raporlama Sistemi**

- Çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimlerinin yapılmasını sağlamak
- Güvenlik Raporlama Sistemi İşleyiş Prosedürü
- Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu

#### **6. İlgili Dokümanlar**

ACL.FR.04 CPR Kayıt Formu

ACL.PR.03 CPR ( MAVİ KOD ) Prosedürü

BİL.PR.01 Bilgi İşlem Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü

ATK.TL.04 Kesici ve Sivri Uçlu Aletlerin Toplanması Talimatı

ENF.PL.05 Hastane Yer ve Yüzeylerinin Temizliği Planı