

| | | | | |
|---|---|---|------------------|------------|
|  |  | ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ | Doküman Kodu: | KU.PR.02 |
| | | | Yürürlük Tarihi: | 13.01.2014 |
| | | | Revizyon No: | 1 |
| | | | Revizyon Tarihi: | 04.08.2015 |
| | | | Sayfa No: | 1/4 |

AMAÇ

- Hastanemizde, çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,
- Çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına,
- Hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına,
- Çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına,
- Çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve aralardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

KAPSAM

Tüm bölümler

SORUMLULAR:

Tüm Çalışanlar

TANIMLAR

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

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

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

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

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

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.

UYGULAMA:

ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ VE GÖREV ALANLARI

1.Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesinin Teşkili: Çalışan Sağlığı ve Güvenliği alanındaki sorumluluklar İş sağlığı ve Güvenliği Kurulu tarafından yürütülür. Komitede;

- İş Sağlığı Güvenliği Uzmanı,
- Kalite Yönetim Direktörü,
- İş Yeri Hekimi,
- Hastane Müdürü,
- Müdür Yardımcısı
- Enfeksiyon Hemşiresi
- Biyomedikal Sorumlusu

| | | | | |
|---|---|---|------------------|------------|
|  |  | ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ | Doküman Kodu: | KU.PR.02 |
| | | | Yürürlük Tarihi: | 13.01.2014 |
| | | | Revizyon No: | 1 |
| | | | Revizyon Tarihi: | 04.08.2015 |
| | | | Sayfa No: | 2/4 |

- Temizlik Şefi
- Güvenlik Amiri,
- Bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer alır.

2.Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesinin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları:

- Çalışanların çalışma ortamlarından kaynaklanabilecek tehlikeleri, be tehlikelerden kaynaklanabilecek riskleri belirlemek ve risklerin azaltılmasını sağlamak,
- Çalışan Güvenliği faaliyet planı hazırlamak,
- Birim ve çalışan bazında risk değerlendirmesi yaparak belirlenen bu riskle yönelik koruyucu önlemlerin alınmasını sağlamak, olay bildirimlerinden çalışan güvenliği ile ilgili olanlarda kök neden analizlerini yapmak.
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılmasını sağlamak
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması için gereken düzenlemelerin yapılmasını sağlamak
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması yönünde çalışmalarda bulunmak,
- Gerekliğinde düzeltici-önleyici faaliyet başlatmak ve takibini yapıp sonuçlandırmak,
- Çalışanlara konu ile ilgili eğitimlerinin verilmesini sağlamak.
- Yapılan faaliyetleri KYB bildirmek.

3. Çalışma Usul ve Esasları:

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi üyeleri SKS çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür, rutin olarak 3 ayda bir toplanır. Olağanüstü durumlarda başkanın daveti ile toplantı yapılabilir. Gerekliğinde hastane yöneticileri ve diğer hastane çalışanları toplantıya davet edilebilir.

Toplantılarda; çalışan güvenliği uygulamaları, güvenlik raporları (GRS), çalışan görüş ve önerileri, eğitim talepleri vb. gibi çalışan güvenliğini ilgilendiren konular tartışılarak karara bağlanır. Toplantı Tutanak Formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır. Kararın bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.

❖ ÇALIŞANLARIN ZARAR GÖRME RİSKLERİNİN AZALTILMASI.

Hastanemiz personellerinin maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz “**Hastane Enfeksiyon Kontrolü Yıllık uygulama planında** ” belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Hijyeni ve Kişisel koruyucu Malzemelerin Kullanımı Talimatı**” nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir.

| | | | | |
|---|---|---|------------------|------------|
|  |  | ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ | Doküman Kodu: | KU.PR.02 |
| | | | Yürürlük Tarihi: | 13.01.2014 |
| Revizyon No: | 1 | | | |
| Revizyon Tarihi: | 04.08.2015 | | | |
| Sayfa No: | 3/4 | | | |

❖ BÖLÜMSSEL RİSK ANALİZİ VE PERSONEL SAĞLIK TARAMALARI

Riskli alanlarda çalışan Hastanemiz personellerine ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı Hastanemiz Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi tarafından ilgili uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda belirlenmiştir. Program gereği, bölüm bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır ve sonuçlar ilgili uzman Hekimler tarafından değerlendirilir. Ayrıca Personel sağlık tarama kayıtları enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından toplanır, sağlık çalışanı sonuçları hakkında bilgilendirilir. Sağlık taraması sonuçları sadece ilgili birim sorumluları ve Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi ile paylaşılır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir.

Her bölüm kendi içinde çalışan sağlığı konusunda risk analizi hazırlar tüm risk analizleri toplanıp bölüm sorumluları, iş güvenliği uzmanı ve kalite birimi ile birlikte risk analizleri değerlendirilip hazırlanır. Bölüm bazlı risk analizleri yılda 1 kez tekrarlanır.

❖ KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMANLAR

Riskli bölgelerde (ameliyathane, acil) çalışan personellerimiz ile kan veya vücut sıvısının damlama-sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman ve malzemeler (eldiven, maske, bone, önlük vs.) hazır durumda bulundurulmaktadır. Tüm birim sorumluları tarafından bu ekipmanlar eksildiğinde veya yeni ekipmana ihtiyaç olduğunda baştabipliğimize talep yapıldığında temin edilecektir.

❖ GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Olay bildirimini, ilgili personel tarafından güvenlik raporlama bildirim formu doldurulur ve Sağlık Bakanlığının hazırladığı Güvenlik Raporlama Sistemi üzerinden (grs.saglik.gov.tr) hangi kategoriye ait ise bildirim gerçekleştirilerek sistemin verdiği kod Grs bildirim formu üzerine yazılır ve kamera görmeyen giriş katından yemekhaneye giden koridorda bulunan "GRS Bildirim Kutusu" na bırakılır. Güvenlik raporlama sistemine yönelik uygulama güvenlik raporlama sistemi prosedürüne göre yapılır.

❖ BEYAZ KOD

Hastane genelinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla 24 saat güvenlik görevlisi bulunmaktadır. Mesai saatleri için de ve dışında , hastane içerisinde oluşabilecek olası bir saldırı yada taciz olaylarında uygulama BEYAZ KOD UYGULAMA TALİMATI gereği yapılır. Olayla ilgili hastane çalışanı Beyaz Kod Bildirim Formunu doldurarak kalite yönetim birimine sunar. Beyaz Kod uygulamasına yönelik çalışanlara eğitim verilir, yılda 2 kez tatbikat yapılır. Beyaz Kod a maruz kalan çalışanlara gereken destek verilir, Gerektiğinde DÖF düzenlenir.

❖ ATIK YÖNETİMİ:

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 "ATIK YÖNETİM PLANI" ve "ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ'N DE belirlenmiştir.

- Tesis iletişim bilgileri

| | | | | |
|---|---|---|------------------|------------|
|  |  | ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ | Doküman Kodu: | KU.PR.02 |
| | | | Yürürlük Tarihi: | 13.01.2014 |
| | | | Revizyon No: | 1 |
| | | | Revizyon Tarihi: | 04.08.2015 |
| | | | Sayfa No: | 4/4 |

- Firmada atık yönetiminden sorumlu kişiye ait bilgiler
- Atık kaynağı ve oluşumu hakkında detaylı bilgi
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına ilişkin yönetmelik
- Atık miktarı
- Atık miktarı azaltılmasına yönelik işlemler
- Atıkların toplama – ayırma / Geri kazanım ve bertaraftan gönderildiği tesisleri kapsar.

❖ ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ

- Üretilen atık çeşitleri
- Atıkların kaynağında ayrıştırılması
- Üretilen atık miktarının azaltılması
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanması, taşınması ve kullanılacak ekipman
- Toplama Ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
- Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ve teslimatı ile ilgili kuralları
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon
- Atıkların teslimi
- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

❖ RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hastane çalışanlarının Radyasyondan Korunmasına yönelik alınacak tedbirler Radyoloji Prosedüründe yer almaktadır.

- Hasta ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalı, Farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.
- Gebe ve gebelik şüphesi olanlar radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Gebe ve gebelik şüphesi olanlarda bebeği koruyucu önlemler alınmalıdır.
- Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.