

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.TL.01
	YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	SAYFA NO:	1 / 4
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ TALİMATI		

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde hizmet veren çalışanlarımızın güvenliğini tehdit eden tehlikeli ve riskli durumları azaltmak, kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik güvenli bir çalışma ortamı sağlamak, alınacak önlemleri belirleyip, uygulamak için gerekli tedbirlere yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

2. KAPSAM: Bu talimat Tüm Çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR:

TAEK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumu

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR: Tüm Çalışanlar.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Çalışan Güvenliği Programı:

6.1.1. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde çalışan güvenliğini tehdit eden durumları belirlemek ve alınacak önlemleri tespit etmek amacıyla “Çalışan Güvenliği Komitesi” kurulmuştur. Komite yaptıkları toplantılarda çalışan güvenliğini tehdit eden unsurları tespit eder ve önlemler alır.

6.2. Bölüm Bazında Risk Değerlendirmelerinin Yapılması:

6.2.1. Merkezimizde tüm çalışanlar için bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılır.

6.2.2. Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen / mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsar. Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınır.

6.2.3. “Çalışan Güvenliği Komitesinde” risk analizleri değerlendirilerek gerekli önlemler alınır.

6.3. Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Yapılması:

6.3.1. Riskli alanlarda görev alan çalışanlarımıza ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı “Çalışan Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” tarafından ilgili uzman doktorların görüşleri doğrultusunda belirlenmiştir.

6.3.2. Program gereği bölüm bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır ve sonuçlar ilgili uzman doktorlar tarafından değerlendirilir. Ayrıca çalışan sağlık tarama kayıtları enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından toplanır, sağlık çalışanı sonuçları hakkında bilgilendirilir. Gerektiğinde uzman doktor tarafından tedavisi planlanır.

6.3.3. Sağlık taraması sonuçları sadece ilgili birim sorumluları, “Çalışan Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” ile paylaşılır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir.

6.3.6. Kesici - delici aletlerle yaralanan çalışan “Sağlık Çalışanının Enfeksiyonlara Maruziyetini Önleme ve Maruziyet Sonrası İzlem Talimatına” göre takip edilmektedir.

6.3.7. Yaralanan çalışan için enfeksiyon hemşiresi tarafından “Sağlık Çalışanı Enfeksiyon Maruziyeti Bildirim Formu” doldurularak ilgili çalışanın takibi sağlanır.


6.4. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı:

6.4.1. Riskli alanlarda (Yoğun Bakım, Ameliyathane, Acil, Diyaliz) çalışanlar 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 ve her an ulaşılabilecek şekilde bulundurulmaktadır.

6.4.2. Birim Sorumluları tarafından bu ekipmanlar eksildiğinde veya yeni ekipmana ihtiyaç olduğunda Ayniyat deposundan temin edilmektedir.

6.4.3. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” hemşiresi tarafından çalışanlara eğitimler verilir.

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---------------------------------------	---	--------------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.TL.01
	YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	SAYFA NO:	2 / 4
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ TALİMATI		

6.5. Çalışanlara Yönelik Uyum Eğitimleri:

6.5.1. Verilecek tüm eğitimler “Eğitim Hizmetleri Proses Kartında” tanımlanmıştır. Bu eğitimlerin ne şekilde yapılacağı “Eğitim Kurulu” tarafından belirlenir.

6.5.2. Birimlerden gelen istekler doğrultusunda “Eğitim Kurulunda” yıllık eğitim planı görüşülerek hazırlanır ve bu plan çalışanlara bildirilir (otomasyon, birim panoları, üst yazı vb.).

6.5.3. Yeni başlayanlar için adaptasyon eğitimi üst yönetim tarafından verilir.

6.5.4. Ayrıca bölüm değiştirenler için birim sorumlusu tarafından adaptasyon eğitimi verilir.

6.5.5. Verilen bütün eğitimler “Kalite Yönetim Birimi” tarafından otomasyon ortamında kayıt altına alınır.

6.6. Beyaz Kod Uygulamaları:

6.6.1. Tüm çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmaları durumunda alınacak güvenlik önlemlerini, uygulanacak stratejileri belirlemek ve güvenlik görevlisinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilip, olay yerine yönlendirilmesini sağlamak, çalışana destek olmak için “Beyaz Kod Prosedürü” oluşturulmuştur.

6.6.2. “Beyaz Kod Prosedüründe” izlenecek yol ve yöntemler belirlenmiştir.

6.6.3. Ayrıca görsel ve yazılı afişlerle ve otomasyon ortamında da bilgilendirme yapılmakta ve bu konuda çalışanlara eğitimler verilmektedir.

6.6.4. Gerektiğinde de Düzeltici ve Önleyici Faaliyet başlatılır.

6.7. Mavi Kod Uygulamaları:

6.7.1. Hastane genelinde kalp veya solunum durması, tehlikeli boyutta olan kalp ritim düzensizliği, yüzeyselleşmiş solunum varlığında hastaların en hızlı ve hatasız şekilde kalp, akciğer canlandırmasını gerçekleştirmek ve yaşamsal faaliyetlerin devamını sağlamak amacıyla “Mavi Kod Ekibi” oluşturulmuş ve bununla ilgili “Mavi Kod Prosedürü” hazırlanmış olup süreç bu prosedür doğrultusunda yapılmaktadır.

6.8. Laboratuvarda Uçucu Kimyasal Maddelere Karşı Alınan Koruyucu Önlemler:

6.8.1. Laboratuvarlarda bulunan bütün kimyasallar tehlike içerirler. Bu nedenle kesinlikle kimyasallara çıplak elle dokunulmamalı, tadına bakılmamalı ve koklanmamalıdır.

6.8.2. Laboratuvarlarda içinde kimyasal madde olan hiçbir kap etiketsiz olmamalıdır. Kullanmadan önce etiket dikkatlice okunmalıdır. Kimyasallar bir kaptan başka bir kaba aktarıldığında yeni kabın etiketlenmesi unutulmamalıdır.

6.8.3. Şişesinden alınan kimyasallar kullanılmasa bile hiçbir zaman tekrar orijinal şişesine konulmamalıdır.

6.8.4. Asitler suya azar azar ilave edilmelidir. Kesinlikle asidin üzerine su ilave edilmemelidir.

6.8.5. Parlayıcı sıvılar kapalı kaplar içerisinde ve tezgâh üzerinde bulundurulmalı ve ısı kaynaklarından uzak tutulmalıdır.

6.8.6. Kimyasal atıklar laboratuvar sorumlusunun direktiflerine uygun olarak biriktirilmeli, lavabolara ve başka yerlere kesinlikle kimyasal madde dökülmemelidir.

6.8.7. Zehirli buharları ve gazları solumaktan kaçınılmalıdır.

6.8.8. Laboratuvarın bir yerinden başka bir yerine kimyasal madde taşırken dikkatli ve güvenli bir şekilde taşınmalıdır.

6.8.9. Kimyasal maddeler hiçbir zaman laboratuvar dışına çıkarılmamalıdır.


6.8.10. Ayrıca “Laboratuvar Güvenlik Rehberleri” oluşturularak uyulması gereken kurallar ayrıntılı şekilde belirtilmiştir.

6.8.11. Kimyasal saçılmalarda materyalin üzerinde bulunan güvenlik kartında (MSDS) belirtilen uygulamalar başlatılıp “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimine” haber verilir.

6.9. Radyasyondan Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler:

6.9.1. Merkezimiz Radyasyon ve İyonlaştırıcı madde yayan birimlerde çalışanların dozimetre takipleri birim Sorumlu Teknikeri tarafından yapılmakta ve sonuçları birim Sorumlu Teknikerince takip edilerek kayıtları tutulmaktadır. Bu takipte yüksek dozda radyasyona maruz kaldığı belirlenen çalışanlar için yapılacak işlemler “Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kurulu” tarafından belirlenir.

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---------------------------------	---	--------------------------------

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ TALİMATI	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
		SAYFA NO:	3 / 4

6.9.2. Merkezimiz Radyasyon ve İyonlaştırıcı madde yayan biriminde çalışanların kullanımı için yeteri miktarda her boy ve ebatta radyasyon koruyucular temin edilmiş durumdadır.

6.9.3. Merkezimiz Radyasyon ve İyonlaştırıcı madde yayan birimlerdeki tüm sağlık çalışanlarının sağlık taramaları düzenli olarak yapılmaktadır. Kayıtları “Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kurulu” sekreteryasında muhafaza edilmektedir.

6.9.3. Merkezimiz Radyasyon ve İyonlaştırıcı madde yayan birim cihazlarının bakımları belli bir plan dâhilinde Erciyes Üniversitesi Klinik Mühendisliği Araştırma ve Uygulama Merkezi (ERKAM) tarafından yaptırılmakta ve bakım - onarım ile ilgili evraklar ilgili birimlerde muhafaza edilmektedir.

6.9.4. Cihazlarımızın TAEK lisansı mevcut olup, gerekli tedbirler yönetmelik doğrultusunda alınmıştır.

6.10. Enfeksiyondan Korunma:

6.10.1. Çalışanlarımızın maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Çalışan Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” tarafından belirlenir.

6.10.2. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler “Enfeksiyon Kontrol Kurulunun” hazırlamış olduğu talimatlarda;

- Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
- Damar İçi Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı
- Tıbbi Aletlerin Dezenfeksiyon Talimatı
- Ventilatör İlişkili Pnömoninin Önlenmesi Talimatı
- İzolasyon Önlemleri Talimatı ve Kişisel Koruyucu Ekipman Uygulama Talimatı
- Sağlık Çalışanının Enfeksiyonlara Karşı Maruziyetini Önleme ve Maruziyet Sonrası İzlem Talimatı

Ayrıca “Enfeksiyon Kontrol Kurulunun” hazırlamış olduğu ve hastane Web sitesinde de yayınlanan “Enfeksiyon Kontrol Programında” ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

6.10.3. El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık çalışanının uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri “El Hijyeni Talimatında” ve “Eldiven Kullanım Talimatında” belirlenmiştir.

6.10.4. Kesici - delici malzemeler kullanılırken, toplanırken, temizlenirken ve imha edilirken ilgili talimatlar gereği davranılarak öncelikle yaralanmadan uzak durulur. Yaralanmaları en aza indirmek için enjektör uçları tekrar geri takılmaya çalışılmadan delinmeye dayanıklı kesici delici alet kutusuna bırakılır ve kutular tam dolmadan boşaltılır. Yaralanma meydana geldiğinde “Sağlık Çalışanı Enfeksiyon Maruziyeti Bildirim Formu” enfeksiyon hemşiresi tarafından doldurularak “Sağlık Çalışanının Enfeksiyonlara Maruziyetini Önleme ve Maruziyet Sonrası İzlem Talimatına” göre işlem yapılır.

6.10.5. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalmada da 6.10.4 maddesindeki uygulama yapılır.

6.10.6. İzolasyon önlemlerine yönelik enfekte veya kolonize olan hasta odalarına solunum izolasyonunda “Sarı Yaprak”, damlacık izolasyonunda “Mavi Çiçek”, temas izolasyonunda “Kırmızı Yıldız” tanımlayıcı figürleri kullanılır.

6.10.7. Çalışanlara “Enfeksiyon Kontrol Kurulu” hemşiresi tarafından bu konuda sürekli uygulamalı olarak eğitimler verilmektedir.

6.11. Tıbbi Atıklar:

6.11.1. Atıkların “Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine” uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar “Atık Yönetim Talimatında” belirlenmiş olup amaç; tıbbi atıkların hastalara, çalışanlara ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.

6.12. Acil Durum ve Afet Yönetimi Güvenliği:

6.12.1. Merkezimizde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumlarda Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi tarafından müdahale ekibi belirlenmiş ve bununla ilgili “Kırmızı Kod” Prosedürü oluşturulmuştur.

6.12.2. Yangın bir sağlık işletmesinde her zaman var olan bir risktir. Bu nedenle hastanemiz yangın ve dumana karşı bina sakinlerini korumak için planlama yapmaktadır. Merkezimiz Afet ve Acil Durum Yönetim çalışanları; binalarımızın özelliklerini dikkate alarak yangın güvenliği ile ilgili tedbirleri (yangın söndürme sistemleri, yanıcı maddelerin taşınması ve depolanmasında alınacak önlemler, yangın söndürme tüpleri, yangın önleme ve söndürme yönergesi, vb) almaktadır.

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
-------------------------	---	------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.TL.01
	YAYIN TARİHİ:	OCAK 2007
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	SAYFA NO:	4 / 4
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ TALİMATI		

6.12.3. Merkezimizde yangına karşı alınacak önlemler ve sorumluları “Binaların Yangından Korunma Yönetmeliğine” göre tanımlanmıştır.

6.12.4. Bu yönerge doğrultusunda en az yılda 2 (iki) kez “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” sorumluluğunda eğitim verilmekte, eğitim sonrası yangın tatbikatları yapılmakta ve kayıtları tutulmaktadır.

6.12.5. Merkezimizde yangın alarm sistemi kurulmuş olup, olabilecek yangınlar için önlem alınmıştır.

6.12.6. Yangın çıkış levhaları bina içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiş, yangın çıkış kapılarının açık olması “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” tarafından sağlanmaktadır.

6.12.7. “Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi” tarafınca yangın söndürücüler uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır.

6.12.8. Merkezimizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak için elektrik sisteminin kontrolleri rutin olarak “Teknik Bakım ve Onarım Birimi” tarafından yapılmaktadır. Ayrıca çalışanların sigara içmesi de kesinlikle önlenmektedir.

6.12.9. Merkezimizde binalarının yıldırıma karşı korunmasını sağlamak amacıyla gerekli noktalarda paratoner sistemleri kurulmuş olup, ilgili firma tarafından kontrolleri yapılmaktadır.

6.12.10. Spesifik kimyasallar dedektörlerle kontrol altına alınmıştır.

6.13. Diğer Güvenlik Önlemleri:

6.13.1. Her düzeydeki çalışanların görev yetki ve sorumlulukları yasal düzenlemelere dayalı olarak belirlenir ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilir.

6.13.2. Çalışanların hastane ortamındaki her türlü risklerden korunması amacıyla hastane içerisinde ısı, nem, aydınlatma, gürültü kontrolü, kazalardan koruma vb. açısından güvenli fiziksel ortam sağlanır.

6.13.3. Zemin, iç ve dış merdiven basamakları, banyo, tuvalet vb. yerler temizlenirken sonra “Dikkat - Kaygan Zemin” yazan sarı ikaz işaretleri konulur.

6.13.4. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi içerisinde ve çalışanların güvenliğinin sağlanması, kavga, hırsızlık vb. olayları önlemek için poliklinik, klinik ve tüm alanları özel güvenlik görevlileri devamlı devriye gezerek kontrol eder. Herhangi bir şüphe uyandıran durumda gerekli işlemleri yapar ve tedbirleri alır. Durum tutanak altına alınır.

6.13.5. Klinik giriş kapılarında kontrol yapılır. Kartlı giriş sistemi vb. önlemler alınması yoluyla girişler kontrol altına alınır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Sağlık Çalışanı Enfeksiyon Maruziyeti Bildirim Formu

7.1. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.2. Sağlıkta Kalite Standartları

7.3. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---------------------------------	---	--------------------------------