 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>AD.PR.05</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>01</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>1 / 3</b>

**1. AMAÇ:** Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde acil durum planlarının hazırlanması, önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda yapılması gereken çalışmalar ile bu durumların güvenli olarak yönetilmesi ve bu konularda görevlendirilecek çalışanların belirlenmesi ile ilgili usul ve esasların düzenlenmesini sağlamaktır.

**2. KAPSAM:** Bu prosedür tüm birimleri kapsar.

**3. KISALTMALAR:**

**HAP** : Hastane Afet ve Acil Durum Planı  
**KBRN Olayları** : Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif Olaylar ve Kazalar

**4. TANIMLAR:**

**Afet:** Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran; normal hayatta insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylardır.

**Acil Durum:** Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahale gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz halidir.

**Afet Acil Durum Yönetim Merkezi:** Afet ve acil durumlarda müdahalenin koordine edildiği, 24 saat esasına göre çalışan kesintisiz ve güvenli bilgi, işlem ve haberleşme sistemleri ile donatılan merkezdir.

**Hazırlık:** Afet ve acil durumlara etkin bir müdahale amacıyla önceden yapılan her türlü faaliyetler ile hastanelerde HAP hazırlıklarıdır.

**Risk:** Tehlikelerin meydana gelme olasılığı ve şiddetin etkileridir.

**Risk Azaltma:** Belirli bir kesim veya alanda gerçekleştirilen afet senaryolarına göre, olası risklerin önlenmesi, kabul edilebilir ölçülere indirilmesi ya da paylaşımı amacıyla alınacak her türlü planlı müdahale.

**HAP Planı:** Ulusal Sağlık Sistemleri merkez ve il düzeyinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen standart çerçeveye ve kılavuza sahip plandır.

**Müdahale:** Afet ve acil durumlarda can ve mal kurtarma, sağlık, iye, güvenlik, mal ve çevre koruma, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin verilmesine yönelik çalışmadır.

**İş Sürekliliği:** Hastanelerin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dâhili ve harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğalgaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarda önceden planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesinin sağlanmasıdır.


**5. SORUMLULAR:** Tıbbi (Başhekim Yardımcısı), İdari (Hastane Başmüdürü), hizmetlerinden birer temsilci, Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Sorumlusu (Müdahale Ekip Lideri), Afet ve Acil Durum Yönetimi Birim Çalışanları, Güvenlik Amiri ve Güvenlik Görevlileri.

**6. FAALİYET AKIŞI:**

**6.1 Görev ve Sorumlular:**

**6.1.1.** Afet ve Acil Durum Yönetimi Ekibinin görev ve sorumlulukları “Görev Tanımlarında” detaylı bir şekilde belirtilmiştir.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>AD.PR.05</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>01</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>2 / 3</b>

## 6.2. UYGULAMA:

### 6.2.1 Risk Değerlendirmesi ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP);

6.2.1.1. Acil durum, operasyonlara ara verilmesi, hastanenin veya çevrenin fiziksel olarak zarar görmesi, hastanenin finansal veya görünüm olarak yıkılması ile sonuçlanabilir. Hastanelerimiz için her tür acil durum, iç ve dış afetler, KBRN, terörizm saldırıları bu kapsama dâhildir.

6.2.1.2. HAP’da, olası bir afet sonrasında, hastaneye gönderilen hasta ve yaralıların teşhis ve tedavisinde başarılı ve organize olmak, afet nedeniyle hastane içinde oluşan panik ve kargaşayı önleyerek, ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmek, bu planda yer alan her birimin görevlisini ve görevlerini önceden belirlemek ve birimler arasında iyi bir organizasyon sağlamak amacıyla bir “Tahliye Planı” hazırlanmıştır. Tahliye planı; koruyucu önlemleri, kontrolü, erken teşhis ve tespiti, tesisin tahliyesini, kullanılacak alternatif alanları, kullanılacak olan malzemenin teminini, işbirliği yapılacak kurumlarla organizasyonu kapsamaktadır.

6.2.1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimi tarafından hazırlanan HAP, onaylardan geçirilerek yürürlükte tutulur, güncelleştirilmesi sağlanır ve gözden geçirilerek revize edilir.

### 6.2.2. HAP Eğitim ve Tatbikatlar;

6.2.2.1. HAP uygulama eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından düzenlenir. Standart eğitim içeriği esas alınır. HAP uygulama eğitimlerine, HAP komisyonunda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemenden sorumlu olan kişiler katılır. Bu kişilere ek olarak hastanenin belirlediği kişiler de HAP uygulama eğitimlerine katılır.

6.2.2.2. Yönetmelik gereğince HAP; yıl içerisinde en az bir kez masa başı tatbikatı, bir kez de saha tatbikatıyla test edilir. Tatbikatlarda her yıl farklı bir senaryo uygulanır. Tatbikat senaryosu raporu ve çekilen görüntüler kompakt disk ortamında İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir. Eğitim ve yapılacak saha tatbikatlarından HAP hazırlama komisyonu üyeleri sorumludur.

### 6.2.3 Depreme Yönelik Düzenleme;

6.2.3.1. Üçüncü derece deprem bölgesinde bulunan hastanemiz için Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimince hazırlanan Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA) çalışmaları Teknik Bakım ve Onarım Birimince devam etmektedir.

6.2.3.2. Depo yerleşimlerinde geliş-gidişi ve dolayısı ile tahliyeyi engelleyecek şekilde, eşyalar yol üzerlerine ve çıkışlarına konulmaz. Deprem anında en yakın noktadan Teknik Bakım ve Onarım Birimi çalışanlarınca elektrik akımı ve doğalgaz kesilir. Bu durumda ameliyathane, yoğun bakım ve tüm servislerdeki kesintisiz güç kaynakları, bu bölgelerdeki elektrikli cihazların çalışmaya devamını sağlayacaktır. Sıkıştırılmış gaz tüpleri zincirlerle duvarlara sabitlenir.

### 6.2.4. Acil Çıkışlara Yönelik Düzenleme;

6.2.4.1. Hizmet binamızda acil çıkış levhaları karanlıkta görülebilecek özellikte, hastanemizin her noktasından çıkışlara ulaştırabilecek ve diğer levhaların görülmesini engellemeyecek şekilde yerleştirilmiştir.

6.2.4.2. Hastane çıkışlarında acil çıkışlar gösterilmiş olup; hastane çıkış kapılarında ve yangın çıkışlarında panik barlı kapılar bulunmaktadır.


6.2.4.3. Acil çıkış için tanımlanan merdivenlerde, elektrik kesintisi olduğunda devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmaktadır.

### 6.2.5. Yangın Algılama Sistemi;

6.2.5.1. Yangın alarm sistemi hastanenin tüm alanlarında akıllı adreslenebilir şekilde ve kesintisiz güç kaynağına bağlı çalışmaktadır.

6.2.5.2. Hastanemizde mevcut yangın ve ısı algılama sisteminin bakım ve kontrolleri, yılda 2 (iki) kez yetkili firma tarafından yapılır. Bakım kayıtları Teknik Bakım ve Onarım Biriminde saklanır. Garanti kapsamında olan ve değişecek garanti kapsamına giren ürün / parçalar için periyodik bakım ve değişim sorumlusu yetkili firmadır.

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>AD.PR.05</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>01</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
<b>SAYFA NO:</b>		<b>3 / 3</b>	

#### **6.2.6. Yangın Söndürücülerine Yönelik Düzenleme;**

**6.2.6.1.** Hastane kaçış ve tahliye krokilerinde yangın dolaplarının ve yangın söndürme cihazlarının bulunduğu yerleri gösteren işaretlemeler yapılmıştır. Yangın söndürücüler uygun alanlarda sabitlenmiştir.

**6.2.6.2.** Hastanemizde Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimi tarafından belirlenen yerlerde yangın söndürme tüpleri mevcuttur. Hastanemizde 6 ve 50 kg'lık KKT, 6 kg'lık CO<sub>2</sub> yangın söndürücü tüpleri bulunmaktadır. Yangın tüpleri üzerindeki etiketlerde bakımlar kayıt altına alınır. Tüplerin 6 (altı) ayda bir fiziki bakımı, yılda 1 (bir) genel bakımı ve 4 (dört) yılda bir yeniden dolumu yapılır.

**6.2.6.3.** Yangın dolabındaki hortumların hasarsızlığı, çekildiği zaman ilgili alana sorunsuz ulaşılabilirliği, vanaların sağlamlığı ve işlerliği Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimince kontrol ve takip edilir. Yangın dolaplarının kontrolleri 6 (altı) ayda bir Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimi tarafından yapılır.

**6.2.6.4.** Bu prosedürde belirtilen sorumluların, birimlerindeki eksiklikleri ve faaliyet alanlarını gözden geçirip, Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimine bildirmeleri zorunludur.

#### **6.2.7. Bina Çatılarında Yangınlara Karşı Önlemlerin Alınması;**

**6.2.7.1.** Afet ve Acil Durum Yönetimi Birimi çalışanı tarafından çatıların haftada 2 (iki) kez genel temizliğinin ve kontrollerinin yaptırılması sağlanır.

**6.2.7.2.** Temizlik kontrolleri ve yangın çıkmasına neden olabilecek etkenler kontrol edilir ve değerlendirilir. Bu değerlendirme faaliyetlerinde yangına sebebi olabilecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmadığı ve elektrik aksamlarının yalıtımları da kontrol edilir.

**6.2.7.3.** Kontrol ve değerlendirme sonuçları Tesis Güvenliği Kurulu (Komitesi) toplantılarında, kurul üyelerine aktarılır. Aylık dönemler halinde yapılan bu çalışmalar kayıt altına alınır.

#### **7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

**7.1.** Acil Durum Ana Planı

**7.2.** Hastane Afet Planı (HAP)

**7.3.** Yazılı ve Görsel Şemalar

**7.4.** Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tesis Güvenliği Kurulu Yönergesi

**7.5.** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

**7.6.** Sağlıkta Kalite Standartları

**7.7.** Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------