

1. AMAÇ

1.1. Hastanemizde çalışanların güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi bu prosedürün asıl amacıdır. Çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemek diğer amaçları arasında yer alır.

2. KAPSAM

Hastanemizde çalışan tüm personeli ve iş süreçlerini kapsar.

3. SORUMLULAR:

Başhekim ve çalışan güvenliği komitesi başta olmak üzere tüm personel bu prosedürün uygulanmasından sorumludur.

4. REFERANS DOKÜMANLAR:

Enfeksiyon Prosedüründe

El Hijyeni ve Eldiven Kullanma Talimatı

Güvenlik Raporlama Sistemi Talimatına

Radyasyon Güvenliği Prosedürü

5.TANIMLAR:**6. UYGULAMA:****6.1. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ**

- **Başhekim Yardımcısı (İdari İşler):** Dr. Ahmet Kürşad ACAR
- **İşyeri Hekimi:** Dr. Ahmet Kürşad ACAR
- **Biyokimya Uzmanı:** Uzm. Dr. Cenk COŞKUNOĞLU
- **İdari İşler Müdürü:** Bilal ALTUN
- **Başhemşire:** Güldane TEZCAN
- **İnsan Kaynakları Müdürü:** Bahar BİLİMGUT
- **Bilgi Sistemleri Müdürü:** Ali KOÇAK
- **Hasta Hakları ve Halkla İlişkiler Birim Sorumlusu:** Elif KALKAN
- **Kalite Yönetim Direktörü:** Serkan TÜRKALP
- **İş Güvenliği Uzmanı:** Murat UÇAR
- **İş Güvenliği Uzmanı:** Şule TÜTÜNCÜ
- **Teknik Eleman:** Yavuz KÖKER

6.2. Komitenin görev tanımı;

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması.
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.(Beyaz kod)
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması.
- Kesici delici alet yaralanmalarının risklerinin azaltılması.
- Sağlık taramalarının yapılması konuları.
- Atık yönetiminin uygulanması
- Radyasyon güvenliği
- Gerekli eğitimlerin planlanması

HAZIRLAYAN**İNSAN KAYNAKLARI****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**

6.3. Komitenin toplanma düzeni;

Komite her ay düzenli aralıklarla idari işlerden sorumlu Başhekim Yardımcısı'nın başkanlığında toplanır. Komitenin sekretaryasını İnsan Kaynakları Müdürü yapar. Komite toplantılarında geçmiş döneme ait faaliyetler ve çalışan güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili düzenlenmiş **Güvenlik Raporlama Formları** değerlendirilir. Gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyet başlatılır.

6.4. ÇALIŞANLARIN ZARAR GÖRME RİSKLERİNİN AZALTILMASI.

Hastanemiz personellerinin maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Çalışan Güvenliği Komitesi" ve "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz "**Enfeksiyon Prosedürü'nde**" belirtilmiştir El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, "**El Hijyeni ve Eldiven Kullanma Talimatı**" nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir.

6.5.BÖLÜMSSEL RİSK ANALİZİ VE PERSONEL SAĞLIK TARAMALARI

Riskli alanlarda çalışan Hastanemiz personellerine ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı, hastanemiz Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından ilgili uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda belirlenir. İşe alım sürecinde ve çalışma süresince **Sağlıklı Çalışma Yaşam Prosedürü'ne** göre bölüm bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır ve sonuçlar ilgili uzman Hekimler tarafından değerlendirilir. Yapılan tetkik ve izlemler otomasyon sistemi üzerinde tanımlanan Farabi tarama kurumu üzerinde saklanır. İşe alım sürecinde ve sonrasında yapılan tetkik ve değerlendirmeler personel özlük dosyasında ayrıca enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından toplanır, sağlık çalışanı sonuçları hakkında bilgilendirilir. Sağlık taraması sonuçları sadece ilgili birim sorumluları ve Çalışan Güvenliği Komitesi ile paylaşılır.

Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar **Kişisel Koruyucu Ekipman Talimatı** belirlenmiş olup çalışma alanlarında ulaşılabilecek şekilde bulundurulmaktadır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir.

6.6. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Olay bildirimleri (Kesici/Delici Alet Yaralanmaları, Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas, v.s.) **Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu** ile kalite yönetim birimine yapılır, kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletir.

Güvenlik raporlama sistemine yönelik uygulama **Güvenlik Raporlama Sistemi Talimatı'na** göre yapılır.

6.7. BEYAZ KOD

Hastane genelinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla 24 saat güvenlik görevlisi bulunmaktadır. Mesai saatleri için de ve dışında, hastane içerisinde ve bahçede oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarında bildirimler **Beyaz Kod Talimatına** uygun olarak yapılır. Olayla ilgili hastane çalışanı **Beyaz Kod Kayıt Formu'nu** 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 Çalışan güvenliği komitesi tarafından düzenleyici önleyici faaliyet düzenlenir.

6.8. RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hastane çalışanlarının Radyasyondan Korunmasına yönelik alınacak tedbirler **Radyasyon Güvenliği Prosedürü'nde** yer almaktadır.

HAZIRLAYAN**İNSAN KAYNAKLARI****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**



ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	FRB.KY.PR.02
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa Numarası	3/3

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- 7.1. Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu
- 7.2. Beyaz Kod Kayıt Formu
- 7.3. Kat Güvenliği Kontrol Formu

HAZIRLAYAN
İNSAN KAYNAKLARI

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM