

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİRİMİ İŞYERİŞ PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod.: SÇ.PR.01	Yayın Tarihi:30.04.2020	Revizyon Numarası:02	Revizyon Tarihi:18.09.2024	Sayfa Sayı:3

1.0 AMAÇ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde çalışan tüm personel için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesini ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasını, periyodik muayenelerinin ilk işe başlamalarda, 6aydan uzun süre işten ayrı kalmalarda ve yıllık olarak çalıştığı birime özel sağlık taramasının yapılmasını sağlamaktır. Tarama sonucunda taşıyıcı veya hasta olduğu saptanan personellerin ilgili bölümlerce takibinin yaptırılması gerekli durumlarda tedaviye alınması ve kayıtların bilgi güvenliğine riayet ederek saklamasını amaçlamaktadır.

2.0 KAPSAM

Bu prosedür KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde çalışan tüm personeli kapsar.

3.0 KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

İOB: İstenmeyen Olay Bildirimi

4.0 TANIMLAR

Güvenlik Raporlama Sistemi: Sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri sistem.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdürü
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemsirelik
• Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi
• Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 SAĞLIKLI BİR ÇALIŞAMA YAŞAMININ OLUŞMASI İÇİN YILLIK HEDEFLERİN BELİRLENMESİ

6.2 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK VE GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN DURUMLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

6.3 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI

6.4 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMANLAR

6.5 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

6.6 BEYAZ KOD

6.7 ATIK YÖNETİMİ

6.8 RADYASYON GÜVENLİĞİ

6.9 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ, ÖNERİ VE ŞİKÂyetLERİN ALINMASI DEĞERLENDİRİLMESİ

6.10 ÇALIŞAN MEMNUNİYET ANKETLERİ

6.1 SAĞLIKLI BİR ÇALIŞAMA YAŞAMININ OLUŞMASI İÇİN YILLIK HEDEFLERİN BELİRLENMESİ

- Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedefler belirlenir.
- Hedefler Üst Yönetim, Bölüm Yöneticileri, Bölüm/Birim Kalite Temsilcisi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Biriminin katılımıyla belirlenir.
- Belirlenen hedeflere ulaşılması için hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceği planlanır ve görüşülür.
- Belirlenen hedeflere ilişkin analizler İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi tarafından yapılır.
- Sonuçlara yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılır.
- Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınır.
- Gerekli düzeltici önleyici faaliyetlere başlanır. İlgili komitelerle olay bildirimleri görüşülür ve analiz edilir.

6.2 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK VE GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN DURUMLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER

- Hastane ve bölüm bazında çalışanların karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal durumları içeren risk analizi yapılır.
- Hastane ve bölüm bazında risk oluşturan durumların ortadan kaldırılması ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır.
- Çalışanların mesleki kaynaklı olaylar sonucu gelişebilecek tıbbi ve psikolojik durumlara yönelik destek hizmeti alması sağlanır.
- İş yeri hekiminin yönlendirmesiyle ilgili polikliniklerde uzman hekimler tarafından tedavileri ve kontrolleri yapılır.
- Çalışanların sağlık taramaları yapılır.

6.3 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI

Personelin işe ilk girişinde, 6 ay süreyle işe ara verdiğinde, olağan üstü durumlarda (kaza, yüksek düzeyde maruziyet), bölüm risk düzeylerine göre 6 ay veya yıllık periyotlar halinde **“Sağlık Tarama Programına”** göre yapılır.

6.3.1 Sağlık Tarama Programı

- Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin hazırlanan program uygulanır.
- Program bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır sonuçlar işyeri hekimi ve gerekirse ilgili uzman hekimler tarafından değerlendirilir.
- Sağlık tarama sonuçları işyeri hemşerisi tarafından kayıt altına alınır.
- Sağlık çalışanı sonuçlar hakkında bilgilendirilir.
- Bu sonuçlar sadece ilgili birim sorumluları ve çalışan sağlığı güvenliği komitesi ile paylaşılır.

6.4 KİŞİSEL KORUYUCU DONANIMLAR

- Bölüm/Birim bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu donanımlar belirlenmiştir.
- Kişisel koruyucu donanımlar çalışma alanlarında bulundurulur.
- Çalışma alanlarında, kişisel koruyucu donanımlar tanımlanan dolap, çekmece veya raflarda bulundurulur.
- Kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda **“Eğitim Planı”** doğrultusunda çalışanlara eğitimler verilir ve **“Eğitim Katılım Formu”** ile kayıt altına alınır.

6.5 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Olay bildirimi, çalışan güvenliğiyle ilgiliyse HBYS üzerinde bulunan Kalite Modülündeki İOB ‘den **“Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışanlar”**. **“Kesici Delici Alet Yaralanmaları”** formları seçilerek bildirimler yapılır. Güvenlik Raporlama Sistemine yönelik uygulama **“Güvenlik Raporlama Sistemi Prosedürüne”** göre yapılır.

6.11 BEYAZ KOD

Hastane genelinde **Hasta ve Çalışan Güvenliğinin** sağlanması amacıyla **“Beyaz Kod Uygulama Talimatı”** gereği yapılır.

Hastane içerisinde ve dışında hasta, hasta yakını ve sağlık personeline yönelik oluşabilecek olası bir saldırı, taciz ya da tehdit durumunda gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması ve değerlendirmesi için **“Beyaz Kod”** ekibi görevlendirilmiştir.

Hasta, hasta yakını veya sağlık personelinin fiziksel saldırı, tehdit veya tacize maruz kaldığında, iç hat telefonundan **“1111”**i aranarak çağrı verilir. Olay kontrol altına alındıktan sonra olayla ilgili hastane çalışanı **“Beyaz Kod Bildirim Formunu”** doldurarak Kalite Koordinatörlüğüne iletilir. Beyaz Kod uygulamasına yönelik çalışanlara eğitim verilir, yılda 1 tatbikat yapılır. Beyaz Kod’a maruz kalan çalışanlara gereken destek verilir, Gerektiğinde DÖF düzenlenir.

6.7 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 sorumluluklar **“Tıbbi Atık Yönetim Planı”** ve **“Atık Yönetim Prosedürü”** nde belirlenmiştir.

- Tesis İletişim Bilgileri
- Firmada atık yönetiminden sorumlu kişiye ait bilgiler
- Atık kaynağı ve oluşumu hakkında detaylı bilgi
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına ilişkin yönetmelik
- Atık miktarı
- Atık miktarı azaltmaya yönelik işlemler

6.8 RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hastane çalışanlarının Radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler Radyasyonlu alanlar için ayrı ayrı oluşturulan “*Radyasyon Güvenliği Prosedürleri*” nde yer almaktadır.

- Hasta hasta yakınları ve çalışanların radyasyonlu alanlar konusunda bilgilendirilir Uyarı levhaları ile bu alanlar belirlenir ve bu alanların izolasyonları sağlanır.
- 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 ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir.

6.9 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ, ÖNERİ VE ŞİKÂyetLERİN ALINMASI DEĞERLENDİRİLMESİ

6.9.1 Çalışanların Görüş, Öneri ve Şikâyetlerinin Alınması

- Çalışanların görüş, öneri ve şikâyetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler kapsamında çalışanlar HBYS üzerinde bulunan Kalite Modülündeki İOB sisteminden den “*Dilek ve Şikâyet Formu*”nu doldurarak görüş, öneri ve şikâyetlerini bildirebilirler.
- Çalışanlar; yıl içinde yapılan bölüm kalite sorumluları toplantılarında ve Kalite Modülü üzerinden; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikâyetlerini iletilebilecekleri konusunda bilgilendirilir.

6.9.2 Çalışanların Görüş, Öneri ve Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi

- Çalışan öneri ve şikâyet formları, Kalite Koordinatörü, Çalışan Güvenliği Komitesinden bir temsilci ve Üst Yönetimden bir temsilciden oluşan “*Çalışan Öneri ve Şikâyetlerini Değerlendirme Ekibi*” tarafından 3 ayda bir kez düzenlenen toplantıda değerlendirilir.
- Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken bir bildirim olması durumunda ekip ile en kısa zamanda toplanarak değerlendirme yapılır.
- Toplantı tutanakları kalite modülü üzerinde ve ilgili dosyalarda kayıt altına alınır.

6.10 ÇALIŞAN MEMNUNİYET ANKETLERİ

- Kurumumuzda çalışan memnuniyet anketleri “*Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi*” doğrultusunda her yıl aralık ayında 1 (bir)kez Kalite Modülü üzerinden yapılır.
- Kalite Koordinatörlüğü tarafından çalışan memnuniyet anketlerinin analizleri yapılır. Üst Yönetimle yapılan toplantıda anket sonuçları değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılır.
- Kurumumuzda çalışan ya da işe yeni başlayan engelli ve kronik hastalığı olan personel varsa yönetim tarafından değerlendirilerek engelli ya da kronik hastalığına uygun bölümde çalışması sağlanır.

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Risk Yönetim Prosedürü

7.2 Sağlık Tarama Programı

7.3 Personel Sağlık Tarama Formu

7.4 Bölüm Bazında Kullanılması Gereken Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi

7.5 Kişisel Koruyucu Ekipman Kontrol Formu

7.6 Sağlık Tesisi Çalışan Eğitim Planı

7.7 Eğitim Katılım Formu