**1. AMAÇ:**

1.1.Sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,

1. Çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına,
2. Hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına,
3. Çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına,
4. Çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

**2. KAPSAM:**

Fakültemizdeki tüm birimleri kapsar.

**3. SORUMLULAR:**

 - Dekan

 - Çalışan güvenliği komitesi

**4. UYGULAMA:**

* 1. **Çalışan Güvenliği Komitesinin Toplanması;**

-Komite gündemi, yer ve tarih bilgileri, komite sekreteri tarafından üyelere bir hafta öncesinden iç haberleşme formu ile duyurulur, üyelerinin katılımı ile toplanır belirlenen gündem maddelerini görüşür..

 -Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 kez ve gerektikçe toplanır, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına alır ve bir örneğini Kalite Birimine gönderir.

-Çalışan güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanır.

-Bu ekip fakültede çalışan güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit eder, personel için olası riskleri belirler, düzeltici önleyici faaliyet başlatır.

-Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlenir ve bu eğitimler kayıt altına alınır.

**4.2.Çalışan Güvenliği Komitesinin Görev Alanı;**
 .Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması.

 .Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,

.Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,

. Sağlık Tarama Programının hazırlanması, takibi,

. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması.

. Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerinin azaltılması..

. Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (MAVİ KOD)

. Beyaz Kod (Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.)

. Atık yönetimi

. Radyasyon güvenliği

**4.2.1. Çalışanların Zarar Görme Risklerinin Azaltılması**

Fakültemiz personellerinin maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Çalışan Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Komitesi İşleyiş Prosedürü” “İstenmeyen Olay Bildirim Prosedürü” ve “Bölüm Bazında Kullanılan Kişisel Ekipman Listesi” ile belirlenir. Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar bölüm bazında kişisel koruyucu ekipman listesinde olup Kişisel Koruyucu Ekipman Zimmet ve Taahhüt Formu ile verilir ve çalışma alanlarında ulaşılabilecek şekilde bulundurulur. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir. El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup,“ Enfeksiyon Kontrol Komitesi İşleyiş Prosedürü”nde enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir.

**4.2.2. Sağlık Tarama Programının Hazırlanması Takibi,**

Riskli alanlarda çalışan fakültemiz personellerine ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı Fakültemiz Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından ilgili uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanan “ Sağlık Personeli Tarama Planı ” ile belirlenmiştir. Program gereği, bölüm bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır ve sonuçlar ilgili uzman hekimler tarafından değerlendirilir. Ayrıca sağlık çalışanı, sonuçları hakkında bilgilendirilir personel sağlık tarama kayıtları kalite yönetim birimi gönderilir,. Sağlık taraması sonuçları sadece ilgili birim sorumluları ve Çalışan Güvenliği Komitesi ile paylaşılır.

**4.2.3. Güvenlik Raporlama Sistemi**

Olay bildirimleri (Kesici/Delici Alet Yaralanmaları, Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas, İstenmeyen Olay Bildirimleri v.s.) ilgili formlar ile (Kesici/Delici Alet Yaralanma Eğitim ve Takip Formu, Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışan Bildirim Formu, İstenmeyen Olay Bildirim Formu) veya HBYS sistemi üzerinden kalite yönetim birimine yapılır. Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletir.

**4.2.4.Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (Mavi Kod)**

a)Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalenin
yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.

b)Mavi kod uygulamasına yönelik düzenlemede;
. Uyarı sistemi oluşturulur,

. Sorumlular belirlenir,

. Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu yapılır,

. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır,

. Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulundurulur,

. Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri İlaç ve Sarf Malzemeleri Kontrol Formu ile her ay takip edilir.

c)Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere; Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunur, hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. Mavi kod ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine ulaşmalıdır. Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulur:Bu kayıtta,

. Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,

. Yapılan uygulama,

. Müdahalenin yeri,

. Çağrının yapıldığı zaman,

. Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,

. Müdahalenin sonucu,

. Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri kayıt edilir ve olay ile ilgili ekip sekreteri Mavi Kod Olay Bildirim Formunu kalite yönetim birimine sunar.

d)Mavi kod uygulamasına yönelik yılda iki kez tatbikat yapılır. Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.

e)Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir.

**4.2.5.Beyaz Kod**

Fakülte genelinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla 24 saat güvenlik görevlisi bulunmaktadır. Mesai saatleri için de ve dışında, fakülte içerisinde ve bahçede oluşabilecek olası bir saldırı yada taciz olaylarında uygulama Beyaz Kod İşleyiş Prosedürü gereği yapılır. Olayla ilgili ekip sekreteri 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.

**4.2.6. Atık Yönetimi**

Fakültemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar Ünite İçi Atık Yönetim Planı’nda belirlenmiştir içerik;

. Üretilen atık çeşitlerini,

. Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,

. Üretilen atık miktarının azaltılmasını,

. Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,

. Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı,

. Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,

. Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,

. Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,

. Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,

.Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,

. Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

**5. İLGİLİ PROSEDÜRLER:**

MAVİ KOD İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

BEYAZ KOD İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

ÜNİTE İÇİ ATIK YÖNETİM PLANI

ENFEKSIYON KONTROL KOMITESI İŞLEYİŞ PROSEDURU

SAĞLIK PERSONELİ TARAMA PLANI

**6. İLGİLİ FORMLAR:**

KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN ÇALIŞAN BİLDİRİM FORMU

KESİCİ - DELİCİ ALET YARALANMA EĞİTİM VE TAKİP FORMU