



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Dok. Kodu: KY.PR.01

Yayın Tarihi:29.12.2015

Revizyon Numarası:03

Revizyon Tarihi:22.12.2020

Sayfa Sayı:07

1.0 AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi çalışanlarının güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi,

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 düzenlemeyi amaçlar.

2.0 KAPSAM

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi tüm birim/bölemleri ve çalışanlarını kapsar.

3.0 KISALTMALAR

HAP: Hastane Afet Planı

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

İOB: İstenmeyen Olay Bildirimi

KKE Kullanımı Planı: Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Planı

TAEK: Türkiye Atom Enerjisi Kurumu

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

4.0 TANIMLAR

Bölüm Uyum Eğitimi: Bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Genel Uyum Eğitimi: Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Kurşun Koruyucular: Radyasyonlu alanlarda, hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan; Kurşun önlük, Kurşun gözlük, Kurşun eldiven, Tiroid koruyucu, Gonad koruyucusu ve Koruyucu paravan gibi ekipmanlardır.

Mavi Kod: Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan “acil durum yönetim” aracıdır.

Radyasyon Uyarı Levhaları: Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan uluslararası radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, Radyoloji, Röntgen, CT, Nükleer Tıp, ESWL Ünitesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü, Girişimsel Radyoloji Ünitesi bölümlerinin görüntüleme birimleri, ameliyathanelerde skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Bölüm/Birim Kalite Temsilcisi
• Bölüm/Birim Sorumluları
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİTET AKIŞI

6.1 ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ VE GÖREV ALANLARI

6.2 ÇALIŞAN PERSONELİN ZARAR GÖRME RİSKLERİNİN AZALTILMASI

6.3 ÇALIŞAN EĞİTİMLERİ

6.4 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI

6.5 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

6.6 RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

6.7 ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

6.8 BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

6.9 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.10 ENGELLİ ÇALIŞANLARA YÖNELİK DÜZENLEME

6.11 ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ

6.12 YANGIN GÜVENLİĞİ

6.13 TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

6.14 ATIK YÖNETİMİ

6.15 BİLGİ GÜVENLİĞİ

6.16 GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

6.1 ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ VE GÖREV ALANLARI

Hastane yönetimince oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanemizde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunur.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi olarak tanımlanmıştır.

Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanır, komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirleyerek takibini yapar.

6.2 ÇALIŞAN PERSONELİN ZARAR GÖRME RİSKLERİNİN AZALTILMASI

Hastanemizde bölüm/birim bazında risk değerlendirmesi yapılmakta olup riskler;

- Enfeksiyonların önlenmesi
- Sağlık taramaları ve bağışıklama
- Kimyasal madde güvenliği
- Radyasyon güvenliği
- Gıda güvenliği
- Gürültü
- Aydınlatma
- Tesis kaynaklı riskler
- Ergonomik faktörler
- Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- Mobbingin önlenmesi
- Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
- İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar
- Stres yönetimi şeklinde belirlenmiştir.

Çalışanların karşılaşabileceği olası riskleri (enfeksiyon, radyasyon, kesici delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları sıçramasına maruz kalma, şiddet, ergonomik vs.) önlemek amacıyla, kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımının sağlanması, sağlık taramalarının yaptırılması, aşılama faaliyetlerinin

yapılması, fiziksel çalışma şartlarının düzeltilmesi, istenmeyen olay bildirim sisteminin kurulması, Beyaz Kod uygulamasının başlatılması, çalışan güvenliği eğitimlerinin düzenlenmesi gibi faaliyetler başlatılarak sürdürülür.

Çalışanların maruz kaldığı olaylar; **Kalite Modülü** üzerinden

- Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu
- Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu
- Dilek ve Şikâyet Formu
- Beyaz Kod Olay Bildirim Formu ile kayıt altına alınır.

6.3 ÇALIŞAN EĞİTİMLERİ

Hastane personeline, Eğitim Komitesi ile iş birliği yapılarak Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında **Çalışan Güvenliği** açısından verilmesi planlanan eğitimler;

- İş Sağlığı ve Güvenliği,
- Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı.
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi,
- Bilgi Güvenliğinin Sağlanması,
- Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması,
- Acil Durum Kodları,
- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi,
- Atık Yönetimi,
- Acil Durum ve Afet Yönetimi,

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında verilmesi gerekli zorunlu eğitimler HBYS üzerindeki **Online Eğitim Modülünden** tüm çalışanlar için yönetilmektedir.

Çalışanlara verilen tüm eğitimlerin konuları ve ilgili kayıtları Kalite koordinatörlüğünde, HBYS de ya da çalışanların görev yaptıkları birimlerde kayıtlı olarak bulunması sağlanır.

6.3 ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI

Çalışanların sağlık taramaları iş sağlığı ve güvenliği birimi yönetiminde program dahilinde yapılmaktadır. Yapılan program asgari aşağıdaki konuları içerir.

- Bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı,
- Nasıl ve nerede uygulanacağı,
- Sonuçların kim tarafından değerlendirileceği,
- Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceği,
- Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve ilgili kişilerin (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilir ve çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilir. Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar sağlık durumlarına ilişkin izlenerek, gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmaktadır.

6.5 KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak Bölüm/Birim bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmiştir.

- Bölüm/birimlerimizde bulunması gereken kişisel koruyucu ekipman listesine göre gerekli tüm kişisel koruyucu ekipmanlar çalışma alanlarında ulaşılabilir durumdadır.
- Çalışanlar, çalışma ortam ve koşulları ile yaptığı işe göre kişisel koruyucu ekipman kullanmaktadır.
- Çalışanlar, kişisel koruyucu ekipman seçimini olası tehlike/risk durumuna göre yapar,
- Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenir,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda Çalışan Güvenliği Komitesince, Eğitim Komitesi ile iş birliği yapılarak çalışanlara eğitim verilir.

6.6 RADYASYON GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak radyoaktif maddelerin, radyasyon üreten cihazların, iyonlaştırıcı radyasyon ve etkilerine karşı çalışanların, hastaların ve çevrenin radyasyon güvenliğini sağlayacak yöntem ve kuralları belirlenmiştir.

- Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim verilir.
- Radyolojik görüntüleme cihazlarının TAEK den lisanslandırılır.
- Radyolojik görüntüleme cihazlarının, düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılır,
- Radyasyon Koruyucuların Güvenliği, ilgili standartlara göre yapılır.
- Radyasyon tehlike sembolünün ve diğer uyarı yazılarının ilgili alanlarda asılı bulundurulur.
- Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanır.
- Radyasyonlu alanlarda çalışan personelimizin, sağlık taramaları;
 - Altı ayda bir kez hemogram,
 - Altı ayda bir kez periferik yayma,
 - Yılda bir kez göz muayenesi,
 - Yılda bir kez dermatolojik muayenelerinin düzenli olarak yapılır sonuçlar olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)
- Radyasyon Güvenliği Komitesi ile iş birliği yapılarak, dozimetre takiplerinin, yapılır, sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)

6.7 ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi hastanesinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi *Enfeksiyon Kontrol Komitesinin* yönetiminde olup,

- Çalışanlarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler; Çalışan Güvenliği Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.
- Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması sağlanır.
- Sağlık taramaları Çalışan Sağlık Tarama Programına göre düzenli olarak yapılır Sağlık Tarama sonuçlarına göre, çalışanlar aşılama programına alınır.
- Hastanedeki bölümlerin risk düzeylerine göre temizliği, *Hastane Temizlik Planına, Hastane Temizlik Prosedürüne*, Bölüm Temizlik Talimatlarına ve *Temizlik Kontrol Formlarına* uygun yapılır.
- Kesici delici alet yaralanmalarını önlemek için Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarını Önleme Talimatına uyulur.
- Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için Kişisel Koruyucu Ekipman kullanır.
- Enfeksiyon kontrolü için aşağıda yer alan dokümanlara göre uygulama yapılır;
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği El Hijyeni Prosedürü
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği Bariyerli Eldiven Kullanım Talimatı
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği İzolasyon Prosedürü
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği Bölüm/Birim Temizlik Planları,
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği Hastane Temizlik Prosedürü,
 - KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği Temizlik Kontrol Formları

6.8 BEYAZ KOD İŞLEYİŞİ

Beyaz Kod: “Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarına yönelik” olası bir saldırı, tehdit, taciz gibi, sözlü ya da fiili bir davranış durumunda olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin intikal etmesinin sağlanması, olay yerinde; olaya müdahale edilmesi, kayıt altına alınması ve bildiriminin yapılmasının sağlanmasıdır.

Beyaz kod işleyişi, KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliği *Beyaz Kod Talimatına* uygun yapılır.

6.9 ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışanların görüşleri; HBYS de bulunan Kalite Modülü üzerindeki *İstenmeyen Olay Bildirim* Sisteminden, hastanemiz içerisinde bulunan öneri ve istek kutularından, yılda iki kez yapılan memnuniyet anket sonuçlarından ya da İnternet ortamı vasıtasıyla alınır.

Yapılan değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları planlanır ve yapılır.

6.10 ENGELLİ ÇALIŞANLARA YÖNELİK DÜZENLEME

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak,

- Engel durumuna göre çalışma yeri planlaması yapılmaktadır.
- Engelli personelimiz ağır işlerde çalıştırılmamaktadır.
- Engelli çalışanların çalıştığı birim/bölmelerde engel durumuna yönelik çalışma ortamı ve ihtiyaçların temini ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır.

6.11 ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ

Çalışanların bilgilendirilmesi amacıyla; ilan panoları, yazılı duyurular, telefon, hastane internet sayfası ve HBYS, birim sorumluları aracılığı ile duyuru ve imza karşılığı tebliğ yöntemleri kullanılmaktadır.

6.12 YANGIN GÜVENLİĞİ

Yangın bir sağlık işletmesinde her zaman var olan bir risktir. Bu nedenle hastanede yangın ve dumana karşı hastane çalışanlarını ve hastaları korumak için planlama yapılır.

- Hastanede yangına karşı alınacak önlemler ve sorumlular "*Hastane Afet Planında (HAP)*" tanımlanmıştır.
- HAP kapsamında en az yılda bir kez Sivil Savunma Amiri sorumluluğunda eğitim verilir, eğitim sonrası yangın tatbikatları yapılır ve kayıtları tutulur.
- Yangın çıkış levhaları hastanemiz içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiştir.
- Sivil Savunma Amirliğince yangın söndürücüler uygun yerlere yerleştirilmiş, kontrolleri 15 günlük periyotlarla yapılır.
- Hastanemizde yangın çıkma nedenlerini ortadan kaldırmak için elektrik sisteminin kontrolleri periyodik olarak teknik servis tarafından yapılır.
- Çalışanların ve hasta/hasta yakınlarının hastane içerisinde sigara içmesi yasaktır.
- Hastane binalarının yıldırıma karşı korunmasını için gerekli noktalarda paratoner sistemleri kurulmuş olup, teknik servis tarafından kontrolleri yapılmaktadır.

6.13 TEHLİKELİ MADDELERİN YÖNETİMİ

Hastanelerde kullanılan potansiyel tehlikeli maddeler; halojenlenmiş ve halojenlenmemiş organik bileşikler (örneğin çözücüler); inorganik bileşikler, aşındırıcı maddeler (asit/baz), reçeteli ilaçlar, dezenfektanlar ya da karsinojenik (kanserojen), mutajenik veya üreme toksinleri içeren diğer bileşiklerdir.

Hastanelerde bu bileşikler, radyoloji departmanlarında yapılan işlemler, tehlikeli mikrobiyolojik kültür alım işlemleri, patoloji operasyonları, sterilizasyon ve anestezi gibi işlemler sonucu oluşabilmektedir.

Hastanede bulunan tehlikeli ilaç ve maddeler,

İlaçlar: Kemoterapi ilaçları, anestezi ajanları, yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar vs.

- **Kemoterapik ajanlar;** Eczanede olduğu sürece depolama talimatlarına uygun olarak ambalajlarında Güvenlik Bilgi Formlarına ya da özelliklerine göre depo sorumluları tarafından taşınır ve depolanırlar. İlgili birimde olduğu sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar aynı şekilde muhafaza edilirler. Bu ilaçlar mutlak surette hemşirelerimizin ya da doktorların gözetiminde tedavi planına göre kullanılır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "*Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi*" ne uygun olarak çalışılması sağlanmaktadır. Kullanımına ilişkin kayıtlar eczane bilgi sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Eğer miadı geçmiş veya kullanıma uygun olmayan ilaçlar olduğunda değiştirilmesi veya imhası için Eczane ile irtibata geçilir ve "*Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine*" uygun bertarafı sağlanır.
- **Anestezi ajanları;** Eczanede olduğu sürece depolama talimatlarına uygun olarak ambalajlarında belirtilen bilgilere göre depo sorumluları tarafından taşınır ve depolanırlar. Ameliyathanede olduğu

sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar aynı şekilde muhafaza edilirler. Bu ilaçlar mutlak surette anestezi uzmanının gözetiminde kullanılmalıdır. İlaçların kullanıma hazırlanması sırasında hazırlayan personel eldiven ve maske giyerek çalışmalıdır. Kullanımına ilişkin kayıtlar eczane bilgi sisteminde ve anestezi bölümünde muhafaza edilir. Eğer miadı geçmiş veya kullanıma uygun olmayan ilaçlar olduğunda değiştirilmesi veya imhası için Eczane ile irtibata geçilir ve **“Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine”** uygun bertarafı sağlanır.

- **Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçlar;** Eczanede olduğu sürece depolama talimatlarına uygun olarak ambalajlarında belirtilen bilgilere göre depo sorumluları tarafından taşınır ve kilit altında özel dolaplarda muhafaza edilirler. Bu ilaçların kimlere verildiğine ilişkin kayıtlar eczanede muhafaza edilir. Eczaneden birimlere gelen ilaçlar Kırmızı ve Yeşil Reçete Takip Defterine kayıt edilerek birim stokuna eklenir. İlgili birimde olduğu sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaç Dolaplarında kilitli olarak muhafaza edilirler. Bu ilaçlar mutlak surette hemşirelerimizin ya da doktorların gözetiminde tedavi planına göre kullanılır. Kullanılan ilaçlar Kırmızı ve Yeşil Reçete Takip Defterine kayıt edilerek birim stoğundan düşürülür. Günlük olarak devir teslimleri yapılarak stok takipleri yapılır. Miadı geçmiş veya kullanıma uygun olmayan ilaçlar olduğunda değiştirilmesi veya imhası için Eczane ile irtibata geçilir ve Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun bertarafı sağlanır.
- **Beyaz Reçeteye Tabi İlaçlar;** Eczanede olduğu sürece depolama talimatlarına uygun olarak ambalajlarında belirtilen bilgilere göre depolanır ve dolaplarda muhafaza edilir. İlgili birimde olduğu sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar aynı şekilde muhafaza edilirler. Beyaz reçeteye tabi ilaçlar mutlak surette hemşirelerimizin ya da doktorların gözetiminde tedavi planına göre kullanılır. Miadı geçmiş veya kullanıma uygun olmayan ilaçlar olduğunda değiştirilmesi veya imhası için Eczane ile irtibata geçilir ve Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun bertarafı sağlanır.

Kimyasallar: Alkol, formol, xylene, aseton, röntgen banyo suları, hastanede kullanılmakta olan tahriş edici, yanıcı, patlayıcı ve çevre için zararlı tehlikeli özellikteki kimyasal maddeler; depoda olduğu sürece **Güvenlik Bilgi Form**larındaki depolama talimatlarına uygun olarak ya da ambalajlarında belirtilen bilgilere göre depo sorumluları tarafından taşınır ve depolanırlar. Kullanım alanlarında olduğu sürece ise ilgili birim sorumluları tarafından kullanıncaya kadar aynı şekilde muhafaza edilmesi sağlanır.

Bunlar kullanılırken; eldiven, gözlük ve gerektiğinde maske kullanılarak çalışılması, ateşten uzak bulundurulması, depolama alanlarının yeterince havalandırılması, gerekli olan yangın söndürme ekipmanları hazır bulundurulması sağlanır.

6.14 ATIK YÖNETİMİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde atıklar;

- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmeliğe,
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine,
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine,
- Ambalaj Atıkları Kontrolü Yönetmeliğine,
- Atık Elektronik ve Elektrikli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine
- Çevre Kanunu'na bağlı olarak çıkarılan diğer yönetmeliklere uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır.

Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar "**Atık Yönetimi Planı**" nda belirlenmiştir.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Atık Yönetimi Planında;

- 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.

Bölüm bazında atıklar belirlenmiş olup. Uygun atık kapları bölümlerde bulunmakta, atıklar uygun atık kabına/kovasına atılması sağlanmakta, atık kapları $\frac{3}{4}$ den fazla dolmadan belirlenen periyotlarda ve gerekikçe geçici atık depolarına taşınması sağlanmaktadır. Atık ayrışımı ve atık kazaları hakkında, ilgili çalışanlara Çevre Görevlisi tarafından eğitim verilmektedir.

6.15 BİLGİ GÜVENLİĞİ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi, hizmet almak için başvuran hastalara ve tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanmasını, iletilmesini, depolanmasını ve kullanılmasını sağlamak. Hasta ve çalışanlara ait bilgileri, güvenliği sağlanmış bilgisayar sisteminde ve arşivlerde uygun koşullarda muhafaza ederek bilgi güvenliğini sağlamaktır.

Bilgi güvenliği kapsamında, sunucuların güvenliği, yedekleme, kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği ve mahremiyeti. İnternet erişimi ve kullanımı, e- posta kullanımı, e-posta virüs koruma, şifre kullanımı, uzaktan erişim, kablosuz erişim gibi birçok konu yönetilmektedir.

6.16 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde istenmeyen olay bildirim sistemi;

- Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma
- Kesici delici alet yaralanmaları
- Düşen hasta bildirim sistemi
- İlaç hataları sınıflandırma
- Cerrahi hata sınıflandırma
- Hasta hata
- Çalışan dilek ve şikâyet
- Kan ve kan bileşeni reaksiyonu olarak oluşturulmuştur.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, **İOB İşleyiş Prosedürüne** uygun yapılmaktadır

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Sağlık Kalite Standartları Hastane

7.2 Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik

7.3 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi El Hijyeni Prosedürü

7.4 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Bariyerli Eldiven Kullanım Talimatı

7.5 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi İzolasyon Prosedürü

7.6 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi i Bölüm/Birim Temizlik Planları,

7.7 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Hastane Temizlik Prosedürü,

7.8 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Temizlik Kontrol Formları

7.9 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Mavi Kod Talimatına

7.10 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi İOB İşleyiş Prosedürü

7.11 KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Atık Yönetimi Planı