



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Risk Yönetim Komitesi	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

- AMAÇ:** Bu prosedürün amacı hasta, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanların can, mal, mahremiyet hakkının ve tesisin genelinin emniyetin sağlanması, kayıp, izinsiz müdahale veya yetkisiz erişim gibi her türlü riske karşı korunması ve potansiyel risklerin belirlenerek minimize edilmesi için gerekli fiziki ve teknik önlemlerin alınmasında bir yöntem belirlemektir.
- KAPSAM:** Prosedür tesis yönetimi ve emniyetinin sağlanmasına ilişkin faaliyetleri kapsar.
- KISALTMALAR:** -
- TANIMLAR:**
 - Güvenlik:** Tesis, tıbbi ve bilgi teknolojileri, ekipman ve sistemlerin hasta, hasta yakınları, çalışan ve ziyaretçiler için fiziksel risk teşkil etmemesinin sağlanmasıdır.
 - Emniyet:** Kayıp, tahribat, izinsiz müdahale veya yetkisiz erişim veya kullanımdan korumadır.
 - Tehlike:** İşyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir.
 - Risk:** Tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.
 - Risk Değerlendirmesi:** Var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması çalışmalarıdır.
- SORUMLULAR:** Yakın Doğu Oluşum Hastanelerinde çalışan tüm personelin sorumluluğundadır.
- FAALİYET AKIŞI**
 - Hastaneler, "İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği" doğrultusunda "Çok Tehlikeli İşyeri" sınıfında tanımlanmıştır, bu durum diğer birçok sektörden daha ciddi bir güvenlik ve emniyet yaklaşımı sağlamayı gerektirir. Hastane içinde çoğunlukla delici-kesici alet yaralanmaları, kayma, düşme, biyolojik sıvı maruziyeti gibi kişisel risklerin yanı sıra yanıcı/patlayıcı medikal gazlar, tehlikeli kimyasallar, yoğun elektrikli ekipman kullanımı, yangın gibi önemli potansiyel tehlikeleri de beraberinde getirmektedir.
 - Hastanemizde bu riskleri önlemek, tesis güvenliği ve emniyetini sağlamak amacıyla temelde aşağıdaki başlıklarda planlamalar yapılmaktadır.
 - ☐ Hastanedeki tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek,
 - ☐ Kazaları ve yaralanmaları önlemek,
 - ☐ Güvenli ortam sağlamak,
 - Etkili bir tesis yönetimi planlaması, eğitim ve izlemeyi kapsar. Bunu sağlamak için;
 - ☐ Bölüm sorumluları klinik servislerin güvenli ve etkili bir şekilde desteklenmesi için ihtiyaç duyulan yeri, ekipmanı ve kaynakları planlarlar. Bu amaçla yılda en az bir kez hastanemizde



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

üst yönetim, medikal ve non-medikal departman sorumluları ile bir sonraki yıl için yapılacak planlar mevcut durumdaki eksiklikler üzerinde gerekli görüşmeleri yaparak öncelikleri belirler ve bu belirlenen öncelikler doğrultusunda gelecek yılın yatırımlarını planlar.

- ☐ Bütün çalışanlar tesis hakkında, risk gibi görünen durumların nasıl izlendiği, rapor edildiği ve risklerin nasıl azaltılabileceği hakkında eğitilirler. Oluşturulmuş olan Risk Değerlendirme Ekibi, "Tehlike Belirleme ve Risk Değerlendirme Formu" ile rutin olarak tesis içindeki hastalar ve çalışanlar için emniyet ve güvenlik konularını dikkate alarak tehlike yaratabilecek potansiyel riskleri ve mevcut riskleri belirleyerek Kalite Müdürlüğü'ne ve diğer sorumlulara raporlar. Bu raporlar doğrultusunda "Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü" ne göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanır. İyileştirme çalışmalarıyla bu riskleri ortadan kaldırıcı veya azaltıcı faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ile bina içerisindeki kişilerin tehlikelerden zarar görmemesi hedeflenir.
- ☐ Tüm personel işe başlarken aldıkları Genel Oryantasyon Programı'nda ve yıl içinde aldıkları hizmet içi eğitimler sırasında eksikliklerin nasıl tespit edileceği, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirilirler.
- ☐ Performans kriterleri önemli sistemleri izlemek ve gereken düzeltmeleri belirlemek için kullanılır.

6.4. Tesis Emniyet ve Güvenlik Planının yürütülmesinden Tesis Güvenliği Komitesi sorumludur. Aksiyonların takibi ve gerçekleştirilmesi sürecinde ise İş Sağlığı Güvenliği Kurulu, Hasta Güvenliği Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Radyasyon Güvenliği Komitesi ve Güvenlik Ekibi ile işbirliği halinde ilerlenir. Plan yılda bir gözden geçirilerek güncellenir.

6.5. Güvenlik Planı

6.5.1. Hasta ve Çalışan Güvenliği

- ☐ Hastalarımızın, yakınlarının, ziyaretçilerin güvenliğini tehdit edebilecek potansiyel riskleri ve gerçekleşen olayları tespit edebilmek, iyileştirme aksiyonlarını belirlemek amacıyla hastane bilgi yönetim sistemimiz üzerinde Güvenlik Raporlama Sistemi ve Düzeltici Önleyici Faaliyet Raporlama Sistemi kurulmuştur.
- ☐ Hasta ve Çalışan güvenliğini konusunda standart önlemleri belirlemek ve sistemsel bakış açısı ile izlemek amacıyla "Hasta Güvenliği Programı" ve "Çalışan Güvenliği Programı" oluşturulmuştur.
- ☐ Tüm çalışanlar "Hasta Güvenliği Programı" ve "Çalışan Güvenliği Programı" kapsamında eğitilmektedir. Ayrıca çalışan güvenliği konusunda hastanemiz personeli olan İş Güvenliği Uzmanları ile İş Yeri Hekimi ve Hemşiresi tarafından "Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul Esasları Hakkında Yönetmelik" kapsamında çalışan başına yıllık 16 saatlik eğitim programları düzenlenmektedir.
- ☐ Hastane yönetimi tarafından yapılan 3 aylık alan denetimleri, İş Güvenliği Uzmanı tarafından aylık, haftalık gerçekleştirilen alan ziyaretleri ile Hasta ve Çalışan Güvenliğine ilişkin riskler tespit edilir.
- ☐ Hasta Güvenliği konusunda tespit edilen riskler ve gerçekleşmiş olaylar Hasta Güvenliği Komitesi'nde, Çalışan Güvenliği konusunda tespit edilen riskler ve gerçekleşmiş olaylar ise İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu'nda ele alınır. Sebeplere yönelik iyileştirmeler planlanarak takip edilir.

6.5.2. Enfeksiyon ve Atık Güvenliği

- ☐ Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan ve çevreye karşı enfeksiyon kaynaklı riskler



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

“Enfeksiyon Risk Analizi ve Kontrol Planı” ile değerlendirilir, risk analizi ve bunun sonucuna göre geliştirilen kontrol planı doğrultusunda “Yıllık Enfeksiyon Kontrol Programı” hazırlanır ve tüm yılın enfeksiyon kontrol faaliyetleri bu program temel alınarak ilerletilir. Enfeksiyon kontrol faaliyetleri ile potansiyel enfeksiyon kaynaklarına ait riskler minimize edilmeye çalışılır. Yiyecek ve içecek hizmetleri denetimleri, el hijyeni gözlemleri, partikül ölçümleri, ve hepa filtre uygulamaları ile hava kalitesi kontrolleri bu plan kapsamında gerçekleştirilir.

- ☐ Hastanemizde enfeksiyon kontrol sürecinden direk sorumlu Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi bulunmaktadır. Bununla birlikte süreci multidisipliner olarak değerlendirebilmek ve takip edebilmek amacıyla Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmuştur.
- ☐ Enfeksiyon Kontrol Komitesi atık sürecinin de sorumlusudur. Hastanede üretilen atıkların çevreye ve topluma olan yıkıcı etkilerinin ve atıklardan kaynaklanan enfeksiyon riskinin azaltılması ile kesici ve delici aletler de dahil olmak üzere atık kaynaklı tüm yaralanmaların önlenmesi için “Atıkların Kontrolü ve Yönetimi Talimatı” ve “Ünite İçi Atık Yönetim Planı” doğrultusunda hareket edilir. Tüm atık kovalarında, o kovaya atılması gereken içerikleri tanımlayan uyarıcı etiketler bulunmaktadır.
- ☐ Hastanelerimizde “Çevre İzin ve Lisans Yönetmeliği” kapsamında Çevre Danışmanı görev yapmaktadır. Çevre danışmanı atık yönetim sürecine ilişkin aylık denetimler yaparak sürecin iyileştirilmesine yönelik önerilerini enfeksiyon ekibi ile paylaşır.

6.5.3. Tehlikeli Madde Güvenliği

- ☐ Bölüm bazlı risk değerlendirme ile tehlikeli madde bulunan alanlar olası riskler yönünden değerlendirilmiş aksiyonlar belirlenmiştir. Tehlikeli maddelerin taşınması, saklanması ve kullanılması, devamlı kontrol edilmekte ve tehlikeli atıklar güvenlik şartları sağlanmış olarak “Tehlikeli Maddelerin Kontrolü ve Yönetimi Prosedürü” doğrultusunda hastanemizde kullanılmakta, depolanmakta ve uzaklaştırılmaktadır.
- ☐ “Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanlığı Hakkında Tebliğ” doğrultusunda hastaneler enfeksiyöz atık göndermeleri nedeniyle “Tehlikeli Madde Faaliyet Belgesi” almak ve danışman bulundurmakla yükümlüdür. Bu kapsamda hastanelerimiz Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanı tarafından 3 aylık rutin denetimlerle değerlendirilmekte ilgili aksiyonlar planlanmaktadır.
- ☐ Tüm alanlarda hizmet düzeyini aksatmayacak minimal miktarda kimyasal stoğu ile çalışılır. Tehlikeli maddelerin depolandığı alanlarda “Tehlikeli Madde Depolama Matrisi Görseli” asıdır. Yanıcı/parlayıcı kimyasal maddeler metal dolap içerisinde muhafaza edilir.
- ☐ Laboratuvarda ve formaldehit bulunan alanlarda “Formaldehit Uyarı Görseli”, çalışan güvenliği gereği göz yıkama duşu / spreyi bulunan alanlarda “Acil Göz Yıkama Görseli”, kimyasal madde ile bulaş olması durumunda belirlenen duşun kapısına “Acil Güvenlik Duşu Görseli” asılı bulunmaktadır.
- ☐ Hastane genelinde kullanılan kimyasal maddeler ile ilgili bilgiler tüm personelin ulaşabileceği şekilde hazırlanan “Kimyasal Madde Envanter Listesi ve Güvenlik Bilgi Kılavuzu” ilgili bölümde asıdır.

6.5.4. Acil Durumlarda Güvenlik

- ☐ Hastanemizde acil müdahale yaklaşımı gerektiren riskler belirlenmiş ve bu süreçlerin yönetilmesi için acil durum kod uygulamaları geliştirilmiştir. “Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu” nda kod tipleri ve uygulamaları detaylandırılmış, acil durum kodlarının bilinirliğini sağlamak amacıyla personel yaka kartları arkasına acil durum kodlarını ve ulaşım numaralarını belirten Acil Durum Kod Etiketleri yapılandırılmaktadır.

Çalışanlara verilen periyodik eğitim ve yapılan tatbikatlarla acil durum yönetimi sistematik



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

olarak geliştirilir.

Acil durum kodları ve anlamları:

- o Mavi Kod (Erişkin) : Erişkin hasta tıbbi acil durum
 - o Mavi Kod (Çocuk) : Çocuk hasta tıbbi acil durum
 - o Pembe Kod : Bebek ve çocuk güvenliği
 - o Beyaz Kod : Güvenlik tehlikesi
 - o Kırmızı Kod : Yangın güvenliği
 - o Turuncu Kod : Kimyasal, radyoaktif veya enfeksiyöz atık saçılması
 - o Sarı Kod : Doğal Afet-Kitlesel başvuru
- Hastanemizde “Acil Durum ve Afet Eylem Planı” hazırlanmış ve tüm çalışanlar plan ile ilgili sürekli eğitilmektedir.

6.5.5. Yangın Güvenliği

- ☐ Hastanemiz yangın güvenliği “Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik” kapsamında sağlanmaktadır.
- ☐ Hastanemizde yangın ve duman kaynaklı acil durumların önlenmesi, erken tespiti, hafifletilmesi ve güvenli hale getirilmesi için “Yangın Güvenliği Prosedürü” oluşturulmuştur ve acil durum kod sistemlerinden biri olan “Kırmızı Kod” sistemi kurulmuştur. Tüm personel yangın güvenliğinin sağlanması ile ilgili gerekli eğitimleri almıştır. Acil kaçış yolları sürekli açık tutulur.
- ☐ Yangın riskini azaltmak amacıyla kurumda “Sigara Yasağı Uygulama Prosedürü” doğrultusunda sadece belirlenen alanlarda sigara içilebilmektedir.
- ☐ Tesisimizin yangın güvenlik planı şunları tanımlar.
- ☐ Yangından korunma ve güvenlik sistemlerinin yönetmeliklere uygun olarak muayene, test-bakım sıklığı,
- ☐ Duman veya yangın durumunda tesisin güvenli tahliye planının yılda en az 1 defa testi için prosedür,
- ☐ Acil durumlarda hastaların etkin olarak korunması ve tahliyesi için çalışanların eğitimi,
- ☐ Yılda en az bir kez çalışanların acil duruma hazırlık testine katılımı, bütün gözlemler, testler ve bakımlar kaydedilir.
- ☐ Hastanemizde gerekli yerlerde yangın ve duman algılayıcı detektörleri ve springleri, mikro söndürücüler, yangın söndürme tüpleri, ve hortumları mevcuttur. Elektrik tesisatı düzenli olarak gözden geçirilir ve risk oluşturabilecek eksiklikler giderilir. Tehlike durumunda bina içerisindeki tüm alanlardan görülebilecek şekilde acil kaçış yollarında yönlendirme işaretleri mevcuttur. Yangın anında elektrik sisteminin devre dışı kalacağı düşünüldükçe kendinden bataryalı ve fosforlu kaçış işaretleri uygun olarak yerleştirilmiştir.

6.5.6. Tıbbi Cihaz Malzeme ve Radyasyon Güvenliği

- ☐ Medikal cihazların bakım, kalibrasyon ve elektriksel güvenlik şartlarının uygun olmamasından kaynaklanabilecek hasta veya çalışan yaralanma risklerinin azaltılması amacıyla “Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı” ve “Tıbbi Cihaz Koruyucu Bakım ve Kalibrasyon Prosedürü”ne, medikal malzeme kaynaklı riskleri için ise “Satın Alma İşleyiş Prosedürü”ne uygun hareket edilir, belirlenmiş kalite gereklilikleri sağlanarak cihaz ve malzeme güvenliği artırılır.
- ☐ Radyoaktif madde kullanımı, radyasyon yayan veya üreten cihazların kontrolü ile radyasyon kaynaklı tehlikelerden korunmak için gerekli güvenlik uygulamaları TAEK (Türkiye Atom



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

Enerjisi Kurumu) mevzuatına uygun olarak gerçekleştirilerek hasta, çalışan ve ziyaretçiler için güvenli ortam şartları sağlanır. Uygulamalar “Radyasyon Güvenlik El Kitabı” doğrultusunda Radyasyon Güvenlik Kurulu tarafından yürütülür ve takip edilir. Çalışanlar üzerindeki radyasyon etki takibi kişisel dozimetreler aracılığı ile sağlanır.

6.5.7. Teknik Alt Yapı ve İnşaat/ Renovasyon Güvenliği

- ☐ Hasta ve yakınları, çalışan ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve destekleyici bir ortam yaratmak; tesisin genel faaliyetlerinin teknik açıdan aksamadan yürütülmesi amacıyla hastanemizde hizmet veren tüm sistemler “Tesis Master Planı”nda belirtilmiştir.
- ☐ Elektrik, su, atıklar, havalandırma, medikal gaz, diğer tesisatlar ve diğer kilit sistemlerin çalışma kusurlarından oluşabilecek riskleri azaltmak için “Yıllık Tesis Bakım Planı” kapsamında yıl içinde düzenli aralar ile kontroller yapılır. Potansiyel olabilecek riskler tespit edilerek arıza oluşmadan gerekli önlemler alınır.
- ☐ “Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA) El Kitabı” referans alınarak hastane içerisinde yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması uygulaması ile aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilerek depremde bunlara bağlı yaralanma riski azaltılır.
- ☐ Tehlikeli cihaz ve yüksek mobilyaların sabitlenmesi
- ☐ Rafların sabitlenmesi; ağır, tehlikeli kimyasal ve kırılabilir malzemelerin alt sıralarda muhafazası
- ☐ Medikal gaz ve yangın söndürme tüplerinin devrilmeye karşı sabitlenmesi
- ☐ Doğalgaz hattının deprem halinde otomatik kesilmesi
- ☐ Tesisimizde, su veya elektrik sistemi kesintilerinde, kirlenmesi veya iflası durumunda “Alternatif Kaynakları Kullanma Prosedürü” doğrultusunda alternatif kaynaklardan 7/24 kesintisiz elektrik ve su ihtiyacını karşılayacak gerekli tedbirler alınmıştır. Su kalitesi birçok etkene bağlı olarak değişebilir. Su kaynakları (içme suyu vb.) “Yıllık Tesis Bakım Planı” kapsamında düzenli aralıklarla test edilir. Su depolarının temizliği düzenli aralıklarla yapılır. Tesisimizde elektrik kesintilerinde hayati destek sistemlerinin etkilenmesini engelleyecek şekilde jeneratör ve UPS sistemi mevcuttur. Ameliyathane, yoğun bakım üniteleri gibi alanlardaki cihazlar bu kaynaklardan desteklenmektedir. Jeneratör ve UPS gibi alternatif kaynakların çalışıp çalışmadığı düzenli aralıklarla gerçek güç şartlarına yakın ortamlarda test edilerek sonuçları raporlanır. Gerekli görüldüğünde iyileştirmeler yapılır, örneğin yeni ekipmanların alındığı yerlerde elektrik tesisatı artırılır. Tesisimiz acil su ve elektrik sistemlerini, sisteme uygun olarak düzenli periyotlarla test eder ve sonuçları dosyalar.
- ☐ Yıkım, inşaat ve renovasyon çalışmaları sırasında, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar, hasta, hasta yakını ve çalışana yönelik olası risklerin değerlendirilmesi ve denetlenmesi “Hizmet Tasarım ve Uygulama Prosedürü” doğrultusunda proje ekibi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu tarafından yürütülür.

6.5.8. Bilgi Güvenliği

- ☐ Her türlü elektronik verinin, içeriden ve dışarıdan gelebilecek güvenlik ihlallerinin önlenmesi ve kayıt altına alınması, verilerin herhangi bir afet/felaket durumu için yedeklenmesi ve kontrolü Bilgi Sistemleri departmanı sorumluluğundadır. Bilgi yedekleme ve bilgi güvenliğinin sağlanması faaliyetleri “Bilgi Sistemleri Yedekleme Prosedürü” ve “Bilgi Sistemleri Bilgi Güvenliği Prosedürü” ile yönetilir.

6.6. Emniyet Faaliyetleri

Hastanenin emniyetinden sorumlu Destek Hizmetleri Sorumlusu, Hasta Kabul Hizmetleri Müdürü ile birlikte Genel Müdür ve mesai saatleri dışında Supervisor mesuldür.



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

6.6.1. Emniyetin Sağlanmasına Yönelik Yönetsel, Fiziki ve Teknik Tedbirler

- ☐ Güvenlik ekibi fiziki tedbirlerin alınmasını sağlar; görevlilerinin görev yeri tahsisi yapılır. Güvenlik ekibinin işleyişi “Genel Güvenlik Prosedürü” doğrultusunda yürütülür.
- ☐ Güvenlik görevlileri üniformalı ve teçhizatlı olarak görev yapar; telsiz, özel güvenlik kimlik kartı ve kurum personel kartını üzerinde taşır.
- ☐ Güvenlik hizmetleri 24 saat süreklilik esasına göre vardiya usulü ile yerine getirilir.
- ☐ Güvenlik firması personeli kurumun Acil Girişi, Ana Girişi nokta görevi, devriye görevi ve Kamera Sistemi ile güvenliğini sağlar.
- ☐ Gece, Pazar günleri ve resmi tatil günlerinde hastane ana giriş kapıları kapılı tutulur ve girişler sadece Acil Servis kapısına yönlendirilir.
- ☐ Gece hastane içi ve dış çevre aydınlatması yeterli düzeyde tutulur.
- ☐ Ziyaretçi saatleri sınırlandırılmıştır, 22:00’den sonra ziyaretçi kabul edilmez. Refakatçi bilgileri ilgili serviste kayıtlıdır ve kişilerde “Refakatçi Kartı” bulunmaktadır. Hastane personeli ise resimli kimlik kartı takmaktadır bu düzenleme ile yabancıların hastane içerisinde tespit edilmesi kolaylaştırılır.
- ☐ Hasta ve yakınlarının talebi olması durumunda Güvenlik Görevlisi hastaya ait eşyaları “Hasta Eşyaları Teslim Formu” ile alır ve iade eder. Eşyalar bekleme sırasında emanet odasında/güvenlik ofisinde muhafaza edilir. Hasta ve yakınlarının hasta odasında bulunmadığı zamanlarda, kişisel eşyaların güvenliği için Hemşirelik Hizmetleri tarafından hasta odası kilitlenebilir.
- ☐ Hastanemizde genel alanları kontrol edebilmek amacıyla hasta mahremiyeti dikkate alınarak 24 saat kesintisiz kayıt alabilen sabit kamera sistemi kurulmuştur. Güvenlik ekibi CCTV kontrol odasında tüm monitörleri düzenli olarak izler. Her gün değişik zaman dilimlerine ait kayıt izlemesi yapılarak sistemin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Kamera kayıtları 2 ay süre ile saklanır.
- ☐ Alanda görülen şüpheli durum ve şahıslar risk oluşmadan derhal güvenlik görevlisine bildirilir. Güvenlik Görevlisi ise monitörleri izlerken şüpheli bir durum gördüğü zaman telsiz ve telefon ile ilgili çalışana ve güvenlik ekibine ulaşarak gerekli uyarı ve ikazları yapar.
- ☐ Ölüm ya da yaralanma ile sonuçlanabilecek fiziksel, silahlı saldırı ya da güvenliği tehdit eden kavga, taciz, hırsızlık, rehin alma, sabotaj, şüpheli paket, psikolojik şiddet gibi durumlarda güvenlik ekibinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilmesini ve olay yerine yönlendirilmesini sağlamak, alınacak güvenlik önlemleri ve uygulanacak stratejileri belirlemek için “Beyaz Kod” sistemi oluşturulmuştur. Beyaz Kod uygulaması “Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu” doğrultusunda yürütülür.
- ☐ Yenidoğan ve çocuk hastaların güvenliği için alınacak ilave önlemler ve güvenliklerinden endişe edilmesi, kaçırılması veya kaybolması durumunda ekibin haberdar edilmesi, belirlenen güvenlik önlemleri ve stratejilerin zaman kaybetmeden uygulanması için “Pembe Kod” sistemi oluşturulmuştur. Pembe kod durumunda gerçekleştirilecek uygulamalar “Bebek Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod) Prosedürü” içerisinde belirtilmiştir.
- ☐ Aşağıdaki bölümlere giriş personel kontrolünde yapılır ve yetkilendirilen kişiler kartlı okuma sistemi / şifre ile girebilir. Yetkili kişiler dışında giriş yapılamaz.
- ☐ Ameliyathane
- ☐ Sterilizasyon
- ☐ Anjio



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

- ☐ Doğumhane
- ☐ Laboratuvarlar (laboratuvar Personeli dışında giriş laboratuvar yetkilisi kontrolündedir.)

☐ Yoğun bakımlar

☐ Bebek odası

☐ Eczane

☐ Radyoloji

☐ Nükleer Tıp

☐ Radyasyon-Medical Onkoloji

☐ Ana Depo

☐ Pediatrik-Erişkin Kit

☐ Sistem Odası

☐ IVF Ünitesi

☐ Tıbbi Arşiv

☐ Sabotajlara ve yetkisiz kişilerin girmesi kaynaklı kaza ve güvenlik risklerini ortadan kaldırmak amacıyla aşağıda belirtilen teknik mahaller yetkisiz kişilerin erişimini engellemek amacıyla kilitli tutulur, anahtarlar yetkili kişidedir.

☐ Çatı Katları/ Teras

☐ Asansör Makine Daireleri

☐ Makine Daireleri

☐ Jeneratör Dairesi

☐ UPS odası

☐ ADP odası

☐ Trafo Dairesi

☐ Kazan Dairesi

☐ Hidrofor Dairesi

☐ Tüm pano odaları

☐ Bilgi sistemleri server odaları

Tüm alanlarda bulunan Kirli ve Temiz odalar, geçici atık depoları yetkisiz erişimi engellemek ve enfeksiyon riskini azaltmak amacıyla kilitli tutulur. Bu bölümlerin kapılarında “Kilitli Tutunuz” görsel asılıdır.

☐ Şifreli kapısı olan alanlarda kapı şifreleri, 3 aylık periyotlarla rutin olarak, şifreli kapılı bölümde çalışan ve şifre bilgisine sahip olan çalışanın işten ayrılması durumunda, yetkisiz kişilerin şifreyi öğrenmesi ve hasta yakınları tarafından şifrenin bilindiğinden şüphelenilen durumlarda değiştirilir. Şifre değiştirme talebi bölüm sorumlusu tarafından iş istem ile Teknik Hizmetler’e haber verilerek yapılır. İş istem sonucunda şifre Teknik Hizmetler tarafından değiştirilir.

☐ Herhangi bir nedenle (inşaat, hasta yoğunluğu azalması vb) katın kullanılmadığı durumlarda ilgili katın güvenlik ve emniyetini sağlamak amacıyla “Genel Güvenlik Prosedürü” yatan hasta katı açma ve kapama süreci doğrultusunda hareket edilir. Teknik servis tarafından medikal gaz vanası kapatılır, kata çıkan asansör soketi iptal edilir, alan servis dışı görseli asılır dışardan içeriye girişler engellemek amacıyla kilitlenir.

☐ Hastanelerde yangınla mücadele amacıyla yangın dolapları ve kimyasal söndürücü tüpler bulunur. Bunların yerleri Teknik ve Destek Hizmetler çalışanları tarafından bilinir. Güvenlik görevlileri ve teknisyenler eğitilmiş olup hangi tip yangına hangi malzeme ve söndürücü ile müdahale edileceğini bilir.



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

□ Hastane içinde yıkım, inşaat veya renovasyon faaliyetlerinde ekipman, moloz, kontrolsüz merdiven vb. kaynaklı düşme, yaralanma, yangın ve diğer unsurların güvenlik açısından tehlike yaratmaması ve kontrolsüz girişlerin engellenmesi için alan emniyeti sağlanır, inşaat ekibi tarafından alınan önlemler İş Sağlığı Güvenliği Uzmanları, Teknik ve Destek Hizmetler birimi tarafından periyodik olarak kontrol edilir.

□ Asansörler elektrik kesintilerinde en yakın kata yönlendirilecek yedek enerjili sistem ile yönetilir. Kapıların açılmaması ya da herhangi bir nedenle asansörde kalınması durumunda dışarıyla iletişimi sağlayacak, acil çağrı zili asansör içinde mevcuttur.

6.6.2. Güvenlik Ekibi Nokta ve Devriye Görevleri

6.6.2.1. Acil Servis Girişinde Nokta Görevi;

□ Acil servis güvenlik görevlisi acil servis iç alanları, acil servis girişi ve otopark alanında kargaşayı önlemek, çalışanlar ve hastalar için güvenli bir ortam sağlamaktan sorumludur.

□ Acil Servis'e trafik kazası, yaralanma, düşme, zehirlenme gibi adli vakalar geldiğinde "Adli Vaka Prosedürü"ne uygun davranır, olayın vuku bulduğu bölgedeki kolluk kuvvetlerini konu hakkında bilgilendirir.

□ Acil Servis önündeki araç trafiğini kontrol eder ve yığılmaları, yanlış park etmeleri önler özellikle ambulanslar için ayrılan otopark alanına farklı araçların park etmesini önler.

□ Acil Servis'e gelen ambulansların giriş-çıkışlarında trafiğin akışını sağlar.

□ Acil vakalarda hastanın yakınlarının Acil Servis içerisinde veya önünde yığılmasını önler ekibin rahat çalışabilmesi için hasta yakınlarının müdahale bölümüne geçmesine izin vermez.

□ Farklı bölümlere gitmek için Acil Servis girişini kullanmak isteyen kişileri ana girişe yönlendirir.

6.6.2.2. Lobi (Ana Giriş) Girişinde Nokta Görevi;

□ Hastanenin ana girişinde Görev yapan güvenlik görevlisi danışma personeli ile irtibat halinde gerekli yönlendirmelerin yapılmasını sağlar.

□ Lobi ve çevresinin emniyetinden sorumludur.

□ Araçların ana giriş önünde beklememesini ve park etmemesini porter görevlileri yerine getirir. Güvenlik görevlisi, hastane önünde giriş ve çıkışı engelleyecek şekilde araç bırakılması vb durumları engellemek amacıyla otopark görevlileri ile iletişim halinde olur.

□ Dışarıdan gelebilecek tehlikelere karşı ilk müdahaleyi yapar ve amirine bilgi verir.

□ Hastaneye girişi yasak olan (kokulu yiyecek, topraklı çiçek vb.) maddeleri kontrol ederek, içeri almaz. Gerekiyorsa ana danışmaya yönlendirerek emanete alınmasını ve ilgili kişilere haber verilmesini sağlar.

□ Hastaneye idari kısımlara ziyaret için gelen, kamera ile çekim yapmak için gelenler, teknik çalışma ya da malzeme tedarikçisi firmalardan gelen kişi ya da kişiler lobi güvenlik personeli tarafından ana danışmaya yönlendirilerek danışma personelleri tarafından ilgili birime ulaşıp bilgi verilip teyit edilmesinden sonra ilgili birime yönlendirilirler. İlaç tanıtım elemanları varsa belirlenen bölge ve saat aralığında görev yapabilirler. İzin aldıkları konu haricinde farklı bir çalışma yapamazlar.

□ Koruma ve güvenliğini sağlamak amacıyla hastaneye gelen ve şüpheli davranışlar sergileyen kişileri ve paketlerini el detektörüyle arama yapılarak, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Polis Genel Müdürlüğü'ne derhal bildirmek şartıyla suç teşkil eden veya delil olabilecek ya da suç teşkil etmemekle birlikte tehlike doğurabilecek eşyayı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Polis Genel Müdürlüğü'ne teslim etmek üzere emanete almak ve kişiyi Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Polis Genel Müdürlüğü memurları gelene kadar güvenlik ofisinde bekletmek ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Polis Genel Müdürlüğü'ne teslim etmekten



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

sorumludur.

☐ Bulundurma ruhsatlı silahı (ev, araba, iş yeri... gibi bulundurma ruhsatı) olanların silahla içeriye girmelerine müsaade edilmez, silahları emanete alınmaz. Taşıma ruhsatlı silahı olanlara hastaneye girişine izin verilir, ancak kendi isteğiyle silahını emanete bırakma isteyenlere “Emanete Silah Alma Formu” doldurularak istenirse şarjörü çıkarılarak boş olarak emanete alınır. Güvenlik vardiya amirine şefine bilgi verilerek “Kasa Kayıt Defteri”ne işlenir ve çelik kasada tutulur. Kişi çıkışta kendisine verilen nüshayla silahını imza karşılığı teslim alır.

☐ Kesinlikle bıçak gibi kesici delici aletler tehlike doğurabilmesi sebebiyle içeriye alınmaz. Suç unsuru olan bütün emanet eşyalar Genel Kolluk Kuvvetlerine teslim edilirken “Teslim Tesellüm Tutanağı” düzenlenerek teslim edilir.

6.6.2.3. Monitör Kamera İzleme Odası Nokta Görevi

☐ 24 saat süreklilik esasına göre vardiyalı şekilde görev yapılır.

☐ Hastanenin iç ve dış cephesine yerleştirilmiş olan kamera görüntülerini canlı olarak izler. Gerekli hallerde telsiz anonsu ile güvenlik müdürünü/ amirini/ ve görevlisini bilgilendirmek suretiyle emniyeti sağlar.

☐ Monitör odasındaki kamera sisteminin, yangın alarmı sisteminin kullanılmasını ve acil durumlarda müdahale edilmesini çok iyi bilir.

☐ Tespitlerini, acil durumlar dışında “Olay Tutanağı” ile amirlerine iletir ve “Olay Kayıt Defteri”ne işleyerek kayıt altına alır.

☐ Monitör odasını hiçbir şekilde terk etmez. WC, yemek gibi ihtiyaçlarında güvenlik müdürü veya vardiya amirine görevi teslim ettikten sonra ancak monitörden ayrılabilir.

☐ Yangın alarmının çalması durumunda panelden hangi dedektörün devreye girdiği görülerek alarm susturulur ve devriye nöbetçisi ilgili olay mahalline yönlendirilir. Konu ile ilgili Söndürme Ekibi Amiri, Destek Hizmetleri Sorumlusu/Vardiya Amiri’ne haber verilir. Alarmin alındığı yer, saat ve olayın gelişimini içeren bilgiler “Olay Tutanağı”na yazılarak “Olay Kayıt Defteri”ne işlenir.

☐ Herhangi bir cihazdaki arıza durumunu derhal amirlere bildirir ve kurumsal iş arıza bildirim sistemi üzerinden talep doldurarak Teknik Hizmetler Bölümü’ne gönderir.

☐ Hastaneye giriş-çıkış yapan şahısları monitör ile çok dikkatli bir şekilde takip eder ve şüpheli gördüklerini devriye görevlisi, o mahaldeki güvenlik görevlisine ve amirine bildirir.

☐ Güvenlik hizmetlerinin yürütülmesi esnasında diğer güvenlik görevlilerinin elemanlarının ihmal, bilgisizlik, dikkatsizlik veya diğer sebeplerden dolayı meydana gelen görev ihlallerini tespit ettiğinde durumu amirine bildirir.

☐ Monitör odası ve hastaneye ait bilgileri kesinlikle gizli tutar, yabancılarla paylaşmaz. Hastane yönetimi izni olmadan kayıt, bilgi, arşiv araştırması ve paylaşımı yapmaz.

6.6.2.4. Devriye Görevinde;

☐ Tüm hastane genelinde dolaşarak açık unutulmuş kapı, pencere, ışık vs. gibi unsurlar gözden geçirilir.

☐ Tüm hastane genelinde bulunan eşyalar ve kıymetli malzemeler “Kayıp Eşya Emanete Alma Formu” ile kayıt altına alınır ve Güvenlik Vardiya Amirine/Şefi’ne muhafaza edilmek üzere teslim edilir. , bu kayıp eşyalardan kıymetli olanları “Kasa Kayıt Defteri”ne işlenerek çelik kasada tutulur.

☐ Hastane içerisinde meydana gelen her türlü hadise “Olay Tutanağı” doldurularak, Hasta Kabul Hizmetleri Müdürlüğü bilgilendirilip “Olay Kayıt Defteri”ne işlenerek kayıt altına alınır.



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

- ☐ Kendisine gösterilen güzergâhlarda muhtemel yangın, sabotaj, hırsızlık ve genel huzur ve asayiş bozulmasına yönelik her türlü hareketlere karşılık hazırlıklı olup önlem alır.
- ☐ Görevi esnasında hizmet dışı hiçbir işle uğraşmaz.
- ☐ Morga cenaze kabul ve çıkış işlemleri "Ölüm Halinde Uygulama Prosedürü" ne uygun Güvenlik Vardiya Amiri, güvenlik görevlisi, ilgili bölüm hemşiresi ve porter ile birlikte yapılır. Gece mesaisinde kabul ve çıkış işlemlerini Gece Müdürü/süpervisör hemşire tarafından yapılır.
- ☐ "Morg Teslim Defteri"ni eksiksiz doldurur.
- ☐ Polikliniğe gelen hasta, hasta yakınları, tüm doktor ve muayene odalarının güvenliğini sağlar.
- ☐ Hasta, hasta yakını ve personel arasında tartışmaları önlemek ve hırsızlık olaylarının olmamasını sağlar.
- ☐ Güvenlik Müdürü ve vardiya amirleri ile güvenlik görevlileri tüm katlardan sorumludur.
- ☐ Katlarda açık unutulmuş ışıkları, pencereleri, kapıları vb. şeylerin kapalı kalmasını sağlar. Doğabilecek tehlikelere karşı önlem alır.
- ☐ Mesai saatler dışında poliklinik odaları kilitlidir. Güvenlik görevlileri tarafından kilitli olup olmadıkları kontrol edilir. Çalışma yerleri kontrol edilir, açıkta bırakılmış evrak, alet, ekipman vb. malzemeleri tetkik etmeden ve karıştırmadan emniyete alınır.

6.6.3. Ziyaretçi/ Refakatçi/Çalışan/ Firma/ Kargo Giriş Çıkış Uygulamaları

- 6.6.3.1.** Hastanemizde hasta ziyaret saatleri 10:00-22:00' dir. "Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul İşleyiş Prosedürü" ne uygun olarak refakatçi ve ziyaretçi kabul edilir.
- 6.6.3.2.** Teknik çalışma yapılacağı zaman ilgili bölüm tarafından Güvenliğe bilgi verilir. Kişiler geldiğinde ilgili bölüme bilgi verilir.İlgili bölüm çalışma yapacak olan firmayı İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine yönlendirir. İş Güvenliği uzmanları ve işyeri hekimi tarafından firma "Güvenli Çalışma Talimatı" çerçevesinde değerlendirilir. Uygunluğuna karar verildiği takdirde gerekli formlar doldurulur.Acil durum bilgilendirme broşürü imzalatılarak teslim edilir ve ilgili birime, çalışmayı yapabileceğine dair bilgi verilerek, yönlendirilir. Bu kişilerin çalışmaları süresince yanlarında mutlaka ilgili bölümden bir kişi bulunur. Tek başına hastane içinde herhangi bir çalışma yapamazlar.
- 6.6.3.3.** Yatan hasta katlarına ziyaret saati dışında ziyaretçi girişine izin verilmez. Gerekli durumlara Supervisor izni ile güvenlik görevlisi eşinde kata ziyaretçi girişine izin verilir.
- 6.6.3.4.** Hastaneye yeni cihaz getirildiğinde Güvenlik Görevlisi tarafından ilgili bölüme bilgi verilir. İlgili bölüm yetkilisi nezaretinde cihazın hastaneye girişi yapılır ve "Hastaneye Giriş Yapan Cihaz Malzeme Kayıt Formu" na kayıt edilir. Yine hastane dışına çıkarılacak cihaz / malzemeler ilgili bölüm yetkilisi nezaretinde yapılır. "Hastaneden Çıkış Yapan Cihaz Malzeme Kayıt Formu" na kayıt edilir.
- 6.6.3.5.** Kargo teslimi sırasında şüphe duyulan paketler hiç kımıldatılmadan "Beyaz Kod" verilir. Güvenlik Sorumlusu, telsiz anonsu ile güvenlik görevlilerine ve emniyet birimlerine haber verir. Bomba imha uzmanları gelene kadar paket çevresinde (bariyerli veya güvenlik şeritli) sıkı güvenlik önlemleri alınır.
- 6.6.3.6.** Güvenlik görevlileri seyyar satıcılık, dilencilik yapan, broşür vb. dağıtan kişilerin hastaneye girişini engeller, tespit edilmesi durumunda hemen dışarı çıkarılır.
- 6.6.3.7.** Çalışanlar, giriş ve çıkışları personel giriş kapısından yapar, diğer kapılar bu amaçla kullanılmaz. Giriş-Çıkış yapan çalışanlar, çalıştığı saatleri belgelemek amacıyla kimlik kartını manyetik kart okutma cihazına okutur ve görevini teslim alır. Başkasının kimlik kartı



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

okutulmaz. Kimlik kartı yanında olmayan çalışan, durumu sorumlusuna bildirir ve sorumlusu bilgide olacak şekilde kartının yanında olmadığını belirten bir yazıyı, İnsan Kaynakları Müdürlüğüne e-posta ile bildirir. Üst düzey yönetici ve hekimler bu uygulamaya dâhil değildir, ana girişten giriş ve çıkış yapabilirler.

6.7. Güvenlik ve Emniyet Konularının İzlenmesi, Eğitimi ve Raporlanması

6.7.1. İzleme ve Denetim

- 6.7.1.1.** Güvenlik ve emniyet konularını kapsayan olası riskler “Tehlike Belirleme ve Risk Değerlendirme Formu” ile kayıt altına alınmış aksiyonlar belirlenmiştir bu aksiyonların tamamlanma durumu Kalite Müdürlüğü tarafından ilgilileri üzerinden takip edilir.
- 6.7.1.2.** “Bina Turu Talimatı” kapsamında Başhekim, Başhemşire/Başhemşire Yardımcısı, Kalite Koordinatörü, Teknik Hizmetler Sorumlusu, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı ve Destek Hizmetler Sorumlusu’ndan oluşan ekip tüm hastane genelini 3 ayda bir denetler ve bulgular “Alan Denetim Kontrol Listesi” üzerinden takip edilir.
- 6.7.1.3.** İş Sağlığı Uzmanları tarafından sürekli alan ziyaretleri yapılarak tespit edilen bulgular “Tespit Öneri Aksiyon Takip Tablosu” üzerinden takip edilir.
- 6.7.1.4.** Yılda bir kez yapılan öz değerlendirmelerde (iç tetkik) tüm tesis ve teknik alanlar denetlenir. Denetim, sonucunda tespit edilen bulgular “Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Raporu” olarak hazırlanarak Hastane yönetimine raporlanır.
- 6.7.1.5.** Denetimler sonrası tespit edilen bulgular düzeltici önleyici faaliyet isteği olarak hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden bildirilir gerektiğinde ilgili bölümlerle iş birliği halinde analiz edilir ve risk azaltıcı faaliyetler gerçekleştirilir.

6.7.2. Eğitim

- 6.7.2.1.** Hasta ve yakınlarına “Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü” kapsamında emniyet ilişkili önlemler, olası riskler ve uygulamalar hakkında gerekli eğitimler verilir.
- 6.7.2.2.** Güvenlik ekip üyelerinin tümü yasal gereklilik olan sertifikalı güvenlik eğitim programlarını tamamladıktan sonra hastanenin genel oryantasyon eğitimine katılarak işe başlar. Kod ekip üyesi olarak görevli oldukları acil durum kodları ve hizmet içi güvenlik eğitimlerini yıllık olarak alır.
- 6.7.2.3.** Personel tıbbi cihazların ve tesisatların çalıştırılması ve bakımı için eğitilir. Tıbbi cihazları kullanan ve bakımı yapan personele eğitim, cihaz üreticisi tarafından ya da bilgili bir dış kuruluş tarafından verilebilir.
- 6.7.2.4.** Tüm çalışanlar, güvenlik eğitimi ve yıllık olarak emniyet ilişkili acil durum kod uygulamaları eğitimlerini alır. Düzenlenen tatbikatlara katılım göstermeleri sağlanır. Kalite Müdürlüğü tarafından yıllık gerçekleştirilen öz değerlendirmelerde (iç tetkiklerde) çalışan eğitim bilgileri test edilir.
- 6.7.2.5.** Hastaneye yeni başlayan tüm personel (kontratlı hizmet çalışanları ve stajyerler dahil) işe başladıkları tarihte, gruba ve çalışma ortamına uyum sağlamaları için Genel Oryantasyon Programına dahil edilir. Genel Oryantasyon Eğitimi aşağıdaki güvenlik ve emniyet konularını da kapsar:
- ☐ Enfeksiyon kontrol
 - ☐ Eldiven kullanımı
 - ☐ Kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar
 - ☐ Kesici/delici aletle yaralanma
 - ☐ Atıklar ve tehlikeli maddeler



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

- ☐ İzolasyon kartları
- ☐ Enfeksiyonlardan korunma yolları
- ☐ Acil durum kodları
- ☐ Hasta Güvenliği Uygulamaları

6.7.2.6. Çalışanların risklerin farkında olmasının sağlanması, güvenli uygulamalara yönlendirme, kişisel koruyucu ekipmanların önemini anlaşıması ve kullanımının sağlanması, kaza halinde yapılması gerekenler vb. konularda tüm çalışanlara yıllık 16 saat iş sağlığı güvenliği eğitimi verilir. Eğitim aşağıdaki konuları içerir.

Genel Konular	Sağlık Konuları	Teknik Konuları
İş kazası ve meslek hastalığından doğan hukuki sonuçlar	Meslek hastalıklarının sebepleri Hastalıktan korunma prensipleri ve korunma tekniklerinin uygulanması Biyolojik ve psikososyal risk etmenleri İlk yardım	Kimyasal, fiziksel ve ergonomik risk etmenleri Elle kaldırma ve taşıma Parlama, patlama, yangın ve yangından korunma İş ekipmanlarının güvenli kullanımı Elektrik tehlikeleri, riskleri ve önlemleri İş kazalarının sebepleri ve korunma prensipleri ile tekniklerinin uygulanması Güvenlik ve sağlık işaretleri Kişisel koruyucu kullanımı İş sağlığı ve güvenliği genel kuralları ve güvenlik kültürü Tahliye ve kurtarma

6.7.3. Raporlama

6.7.3.1. Hasta/ hasta yakını, ziyaretçi ve çalışan güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşme potansiyeli olan ya da gerçekleşen olayları izlemek, saptanan sorunları gidermek ve önlem almak amacıyla olayları analiz etmek, süreçlerde iyileşme sağlanması için önerilerde bulunmak, çalışanlara verilmesi gereken eğitimleri belirlemek ve tüm sistemi güvenlik bakış açısı ile izlemek için yöntemler belirlenmiştir.

6.7.3.2. Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimi amacıyla hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden kullanılan yazılımdır. Güvenlik Raporlama Sistemi şikayet ya da cezalandırma amacıyla değil iyileştirme amacıyla kullanılır. Hasta güvenliği ile ilgili bildirimler Hasta Güvenliği Komitesi'nde, çalışan güvenliği ile ilgili bildirimler "İş Sağlığı ve Güvenliği Komitesi'nde değerlendirilir. Bildirimler ve aksiyonların durumu Güvenlik Raporlama Sistemi Raporu ile yönetime raporlanır.

6.7.3.3. Düzeltici Önleyici Faaliyet Sistemi, hastane içerisindeki tüm uygunsuzlukların bildirimi ve aksiyonlarının takip edilebildiği hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden kullanılan yazılımdır. Hasta ve Çalışan Güvenliği ile direkt ilgili olmayan uygunsuzluklar bu sistem üzerinden bildirilerek takibi yapılır. Bildirimler ve aksiyonların durumu Düzeltici Önleyici Faaliyet Raporu ile yönetime raporlanır.

6.7.3.4. Yaşanan iş kazaları Güvenlik Raporlama Sistemi üzerinden bildirilir ayrıca "İş Kazası Bildirim



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

ve Analiz Formu" ile detaylı sorgulanarak kayıt edilir. Tüm iş kazaları İş Güvenliği Uzmanı tarafından "İş Kaza ve Ramak Kala Takip Formatı"na kayıt edilerek kaza nedenlerini inceleyerek tekrarını önleyici tedbirleri almak amacıyla 3 aylık olarak İş Kazası Raporu hazırlanır ve yönetime sunulur.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Tehlike Belirleme ve Risk Değerlendirme Formu
- 7.2. Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü
- 7.3. Hasta Güvenliği Programı
- 7.4. Çalışan Güvenliği Programı
- 7.5. Enfeksiyon Risk Analizi ve Kontrol Planı
- 7.6. Yıllık Enfeksiyon Kontrol Programı
- 7.7. Atıkların Kontrolü ve Yönetimi Talimatı
- 7.8. Ünite İçi Atık Yönetim Planı
- 7.9. Tehlikeli Maddelerin Kontrolü ve Yönetimi Prosedürü
- 7.10. Formaldehit Uyarı Görseli
- 7.11. Kimyasal Madde Envanter Listesi ve Güvenlik Bilgi Kılavuzu
- 7.12. Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu
- 7.13. Acil Durum ve Afet Eylem Planı
- 7.14. Yangın Güvenliği Prosedürü
- 7.15. Sigara Yasağı Uygulama Prosedürü
- 7.16. Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyon Planı
- 7.17. Tıbbi Cihaz Koruyucu Bakım ve Kalibrasyon Prosedürü
- 7.18. Satın Alma İşleyiş Prosedürü
- 7.19. Radyasyon Güvenlik El Kitabı
- 7.20. Tesis Master Planı
- 7.21. Yıllık Tesis Bakım Planı
- 7.22. Alternatif Kaynakları Kullanma Prosedürü
- 7.23. Hizmet Tasarım ve Uygulama Prosedürü
- 7.24. Bilgi Sistemleri Yedekleme Prosedürü
- 7.25. Bilgi Sistemleri Bilgi Güvenliği Prosedürü
- 7.26. Genel Güvenlik Prosedürü
- 7.27. Hasta Eşyaları Teslim Formu
- 7.28. Bebek Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (Pembe Kod) Prosedürü
- 7.29. Emanete Silah Alma Formu
- 7.30. Kasa Kayıt Defteri
- 7.31. Teslim Tesellüm Tutanağı
- 7.32. Olay Tutanağı
- 7.33. Kayıp Eşya Emanete Alma Formu
- 7.34. Ölüm Halinde Uygulama Prosedürü
- 7.35. Morg Teslim Defteri
- 7.36. Ziyaretçi ve Refakatçi Kabul İşleyiş Prosedürü
- 7.37. Refakatçi Kartı
- 7.38. Ziyareçi Kartı
- 7.39. Firma Yetkilisi Kartı
- 7.40. Hastaneye Giriş Yapan Cihaz Malzeme Kayıt Formu



TESİS YÖNETİMİ GÜVENLİK VE EMNİYET PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
RSK_P_03	02.01.2023	-	-	15

7.41. Hastaneden Çıkış Yapan Cihaz Malzeme Kayıt Formu

7.42. Tespit Öneri Aksiyon Takip Tablosu

7.43. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü

7.44. İş Kazası Bildirim ve Analiz Formu

7.45. İş Kaza ve Ramak Kala Takip Formatı

8. REFERANS DOKÜMANLAR:

8.1. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği Resmi Gazete Tarihi:26.12.2012 Resmi Gazete Sayısı:28509

8.2. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul Esasları Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete Tarihi:15.05.2013 Resmi Gazete Sayısı:28648

8.3. Çevre İzin ve Lisans Yönetmeliği Resmi Gazete Tarihi:10.09.2014 Resmi Gazete Sayısı:29115

8.4. Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanlığı Hakkında Tebliğ Resmi Gazete Tarihi:22.05.2014 Resmi Gazete Sayısı:29007

8.5. Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete Tarihi:29.06.2017 Resmi Gazete Sayısı:10459

8.6. Özel Güvenlik Kanunu Resmi Gazete Tarihi:07.10.2004 Resmi Gazete Sayısı:5188