1. AMAÇ

Kurumumuzda karşılaşılabilecek olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olayların gelişmesi durumunda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi veya görecekleri zararın en aza indirilmesi,

Kurumumuzda karşılaşılacak solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması,

Kurumumuzda görevli personele yönelik şiddet girişimi ihtimali bulunan durumlarda ve şiddet girişimi esnasında olaya en kısa sürede müdahale edilmesidir.

2. KAPSAM

Bu prosedür Kurumumuzun tüm birimlerini kapsar.

3. KISALTMALAR

HAP: Hastane Acil Durum ve Afet Planı

KBRN Olayları: Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif Olaylar ve Kazalar

YOTA: Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

4. TANIMLAR

4.1. Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran; normal hayatta insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylardır.

4.2. Acil Durum: Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahale gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz halidir.

4.3. Hazırlık: Afet ve acil durumlara etkin bir müdahale amacıyla önceden yapılan her türlü faaliyetler ile Acil Durum ve Afet Planı hazırlıklarıdır.

4.4. Risk: Tehlikelerin meydana gelme olasılığı ve şiddetin etkileridir.

4.5. Risk Azaltma: Belirli bir kesim veya alanda gerçekleştirilen afet senaryolarına göre, olası risklerin önlenmesi, kabul edilebilir ölçülere indirilmesi ya da paylaşımı amacıyla alınacak her türlü planlı müdahale.

4.6. Müdahale: Afet ve acil durumlarda can ve mal kurtarma, sağlık, iaşe, güvenlik, mal ve çevre koruma, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin verilmesine yönelik çalışmadır.

4.7. Kardiyopulmoner arrest: Spontan dolaşım ve solunumun durmasıdır.

4.8. Kardiyopulmoner resusitasyon (CPR): Kalp atımı, spontan solunum ve beyin fonksiyonlarının tekrar kazandırılması çabasıdır.

4.9. Temel Yaşam Desteği (TYD): Basit havayolu araçları dışında araç-gereç kullanılmaksızın havayolu açıklığının devam ettirilmesi, solunum ve dolaşımın desteklenmesidir.

4.10. İleri Yaşam Desteği (İYD): Temel yaşam desteğinin sağlanmasından sonra acil olarak kardiyovasküler durumun belirlenmesi, endotrakeal entübasyon, aritmilerin tanınması ve ilaç tedavilerini kapsar.

5. SORUMLULAR

Üst Yönetim,

Acil Durum ve Afet Yönetim Ekibi,

Kalite Yönetim Birimi,

Güvenlik Görevlileri.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ İLE İLGİLİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLAR TANIMLANMALIDIR: (KAD 01)

6.1.1. Afet ve acil durum yönetimi ekibi tanımlanmalıdır: KAD01.01

6.1.1.1. Ekipte, kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır:

Kurumumuzda "Afet ve Acil Durum Yönetimi Ekibi" kuruldu ve yönetimden iki kişi yer almaktadır.

6.1.1.2. Ekip tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır:

Afet ve Acil Durum Yönetimi Ekibi düzenli aralıklarla toplantı yapmakta ve toplantılarını kayıt altına alarak bir nüshasını Kalite Yönetim Birimine teslim etmektedir.

6.1.2. Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır: KAD01.02

Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlendi ve sorumlulukları aşağıdaki şekilde tanımlandı:

- Kurum yönetimince oluşturulan ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak acil durum ve afet yönetimi çalışmalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlamalıdır.
- Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Ekip çalışmaları Dekan onayı ile ekip sorumlusu ve sekretarya tarafından yürütülür.

- Afet ve Acil Durum Yönetimi bölüm kalite sorumlusu Başhekimdir.
- Kurumun fiziksel yapısı ve hizmet alanlarına göre risk analizi çalışmalarını yürütür, belirlenen riskleri azaltma ve önleme yönünde alınacak tedbirleri belirler, takibini yapar.
- Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılır.
- Risk değerlendirmesi doğal ve yapay afetlere göre yapılmalıdır.

● Risk değerlendirmesi; deprem, sel toprak kaymaları, yangın, salgınlar, terör eylemleri, sabotaj, göç, endüstriye patlama, nükleer ve kimyasal kazalar, zehirlenme, savaş konularını kapsar.

● Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır. Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır. Plan kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.

● Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır. Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır.

● Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır. Tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: (Ekip üyeleri aşağıdaki konuların planlanması ve yürütülmesinden sorumludur).

• Nöbetçi desteklenmesi

• Trafik akışı ve güvenlik

• Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan)

• Hastaların güvenli yerlere transferi

• Geçici yerleştirme alanları

• Hasta izleme sistemleri

• Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma

• Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

● Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.

● Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.

● Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.

● Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.

6.2. AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİNE İLİŞKİN RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILMALIDIR: (KAD 02)

6.2.1. Risk değerlendirme kapsamı, olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirlenmelidir: KAD02.01

● Riskleri önceden belirleme ve olasılıkları düşünerek planlı adımları sıralı olarak gündeme koyma, tüm olasılıkları ve riskleri önceden hesaplayarak planlama yapma, acil durum öncesinde hazırlanma ve tatbikat yaparak entegre acil durum sisteminin çalıştığını test etmek gerekmektedir.

● Kurumumuzda acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yılda bir yapılır gerektiğinde tekrarlanır.

● Risk değerlendirme kapsamı olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirlenir.

● Risk değerlendirmesi doğal ve insan kaynaklı afetlere göre yapılır.

● Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsar:

o Tehlikeli kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerden kaynaklanan yayılım ve zehirlenme

o Salgın hastalık

o Yangın

o Patlama

o Doğal afetler

o Sabotaj

o Savaş

o Terör eylemi

o Göç

6.3. AFET VE ACİL DURUM PLANI OLUŞTURULMALIDIR: (KAD 03)

Kurumumuzda yatan hasta bulunmamaktadır. Yataklı tedavi hizmeti sunmadığımız için ilgili mevzuat doğrultusunda plan oluşturuldu.

6.3.1. Afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

Kurumumuzda afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturuldu. (KYS-PLN.035 Acil Durum Planı)

Plan asgari aşağıdaki konuları kapsamaktadır.

o Acil durum müdahale yöntemleri

o Tespit edilen riskler

o Koruyucu önlemler

o Kontrol

o Erken teşhis ve tespit

o Triyaj

o Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv vb.)

o Tesisin tahliyesi

o Kullanılacak alternatif alanlar

o Kullanılacak malzemelerin temini

o Afet ve acil durum malzeme envanteri

o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon

o İş sürekliliğinde kesinti konularını kapsamaktadır.

6.3.2. Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve il düzeyinde gerekli onaylar alınmalıdır:

Kurumumuzun afet ve acil durum planı her yıl güncellenir ve il düzeyinde gerekli onaylar alınır.

6.4. KURUMA AİT ACİL DURUM PLAN KROKİLERİ BULUNMALIDIR: (KAD 04)

6.4.1. Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

Kurumumuzun bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri mevcuttur.

6.4.2. Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

Kurumumuzun kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri mevcuttur.

6.4.3. Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

Kurumumuzun her katında asansör çıkışlarında acil durum plan krokileri bulunur ve acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunur:

o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler,

o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler,

o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler,

o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında kurum haricindeki kuruluşların irtibat numaraları yer alır.

6.4.4. Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir.

Yılda bir kez tüm çalışanlara afet ve acil durum yönetimi içinde acil durum plan krokileri hakkında eğitim verilmektedir.

6.5. TESİSİN AFET VE ACİL DURUMLARDA TAHLİYESİNE YÖNELİK DÜZENLEME BULUNMALIDIR: (KAD 05)

6.5.1. Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

Kurumumuzda afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturuldu “KYS-PLN.035 Tesis Tahliye Planı”nında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

● Tesis tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermektedir.

o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan)

o Hastaların güvenli yerlere transferi

o Geçici yerleştirme alanları

o Personel takviyesi

o Trafik akışı ve güvenlik

o Hasta izleme sistemleri

o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma

o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

6.5.2. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.

● Kurumumuz çalışanlarının katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılır.

● Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsar.

● Tatbikat senaryosu oluşturulur.

● Tatbikat sırasında video kaydı alınır. Her döneme ait tatbikatların video kayıtları bulunur.

● Tatbikat sonrası tatbikat raporu hazırlanır.

6.5.3. Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılır.

6.5.4. Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

● Kurumumuz çalışanlarının katılımı ile yılda en az bir kez yapılan tesis tahliye tatbikatında hedefler belirlenir.

● Gerekirse başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tatbikat tekrar edilir.

6.6. KURUMDA GÖREVLİ TÜM ÇALIŞANLARA AFET VE ACİL DURUM PLANINA YÖNELİK EĞİTİMLER VERİLMELİDİR: (KAD 06)

● Kurumumuzda yıllık eğitim planımız kapsamında görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik yılda bir kez eğitimler verilir.

● Afet ve acil durum eğitimleri asgari aşağıdaki konuları içermektedir.

o Temel afet bilinci

o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)

o Yapısal olmayan risklerin azaltılması (YORA)

o Afet ve acil durum triyajı

o Deprem ve acil durum krokileri

o Uygulamalı hastane afet planı (HAP) (yataklı tedavi kurumları için)

6.7. DEPREME YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR: (KAD 07)

6.7.1. Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda YORA'ya yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

● Yapısal olmayan riskler, binanın taşıyıcı sistemi (kolon, kiriş, döşeme, çatı vb.) dışında kalan ve yapıya ait olmayan elemanlardan (mobilyalar, cihazlar, aydınlatma sistemleri, asansör sistemleri, havalandırma sistemleri vb.) kaynaklanan risklerdir.

● Kurumumuzda yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamaktadır:

o Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi,

o Yüksek mobilyaların sabitlenmesi,

o Oksijen tüplerinin, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi,

o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır veya büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmesi,

o Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi,

o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması,

o Jeneratörler ile ilgili sismik tedbirlerin alınması amacı ile sarsıntıyı algılayan sistemlerin kullanılması,

o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi,

o Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi

6.8. MAVİ KOD YÖNETİMİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR: (KAD 08)

Mavi kod; Kurumda karşılaşılacak solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.

6.8.1. Mavi kod yönetimi ile ilgili acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır:

● Mavi Kod uygulaması, acil müdahale gerektiren durumların, tüm çalışanlar tarafından Mavi kod ekibine hızlı şekilde iletilerek, ekibin olay yerine en kısa zamanda ulaşmasını sağlayan çözümdür.

● Bu durumlarda eldeki çok kısıtlı müdahale zamanını, hastaya en hızlı ve verimli resüsitasyonu gerçekleştirmek için kullanmak gerekir.

● Mavi Kod durumlarında, hastanın hayati fonksiyonlarının geriye dönüşü mümkün olmayacak şekilde zarar görmemesi amacı ile uzman müdahalesi için sadece 2-3 dakikalık süre bulunur.

● Bu sürenin etkin kullanılmaması durumunda ise istenmeyen mortalite ve morbidite durumlarının gelişmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle gerekli ilaç ve ekipmanları içeren acil müdahale setlerinin ve defibrilatörün hazır, çalışır ve hızlı ulaşılabilir olması önemlidir.

● Arrest oluştuğu anda hasta yakınındaki (CPR eğitimi almış olan) sağlık personeli, TYD işlemini başlatmakla yükümlüdür. İleri yaşam desteği, bu konuda eğitim almış olan mavi kod ekibi tarafından yapılır.

● TYD(Temel Yaşam Desteği) için Kurumumuzun her katında, sağlık teknikerlerinin sorumluluğunda acil çantası bulunmaktadır.

● Kurumumuzda çalışan tüm sağlık teknikerlerinin ve doktorların TYD konusunda en geç yılda bir kez periyodik eğitim almaları sağlanır.

● Tüm Sağlık Çalışanları; kardiyak arresti tanıyabilmeli, yardım çağırabilmeli ve resüsitasyona başlayabilmelidir.

● Mavi kod uygulaması takım çalışmasına iyi bir örnektir. Profesyonel bir ekibin olay yerine ulaşarak gerekli müdahaleyi yapması ancak uygulamanın iyi bir şekilde kurgulanması ile mümkündür.

● Mavi kod çağrısı ilgili bölümdeki sağlık personeli (doktor, hemşire ya da diğer sağlık personeli) tarafından yapılmalıdır.

● Mavi kod çağrısını yapan kimse hastaya ileri müdahale yapılıncaya kadar geçen sürede bulunduğu yerde acil TYD vermekle sorumludur.

● Mavi kod alarm sistemini aktive eden sorumluların, acil durumu tanıma, ayırt etme ve yönetme bakımından bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesinin gerektiği ortadadır.

● Hastanın ilk önce bilinç durumu değerlendirilir. Çevre güvenlik önlemleri alındıktan sonra hastanın A-Hava yolu B-Solunum C-dolaşım kontrolü yapılır.

● Hastanın boynunun ve omurgasının hareket ettirilmemesine çalışılır. Bilinç kontrolü sonrası hava yolu değerlendirilir.

● Havayolu açık hastanın solunumu değerlendirilmelidir. Solunum desteği gerekliliği değerlendirildikten sonra nabız kontrolü yapılmalıdır.

● Yukarıdakilerin herhangi birisinde (bilinç, hava yolu, solunum, nabız) sorun olan hasta için mavi kod çağrısı yapılır.

● Hastanın bilinç durumundaki değişiklikler, hipotansiyon, bradikardi, konversif bozukluk, durumlarında da yanlış çağrı yapılabilmektedir.

● Bu sorunu yaşamamak için mavi kod eğitimlerini arttırmak, kök-neden analizleri yapıp düzeltici iyileştirici faaliyet başlatmak gerekmektedir.

● Hastanın arrest durumunda olduğunu tespit eder, hastanın durumunu tanımlar ve yardım ister.

● Mavi kodu başlatmak için kendisine en yakın dâhili telefondan **2222'**yi tuşlar. Olayın gerçekleştiği yerin adres bilgilerini verir.

● Mavi kod santrale bildirilir .Santralden pager cihazına (çağrı cihazı) olay yerinin adres bilgileri düşer.

● Bu süre zarfında mavi kod ekibi olay yerine gelinceye kadar kişiye TYD desteği sağlanır.

● Hasta dümdüz olacak şekilde sert bir yere yatırılır.

● İlk müdahaleye başlanır, nabız ve solunum değerlendirilir, hasta monitörize edilir.

● Bu süreçte aktif olarak kullanılabilecek bir damar yolu mutlaka açık ve çalışır olmalıdır.

● Hastaya oksijen verilir, aırway takılır.

● Hasta solumuyorsa ambuya oksijen takılıp hasta solutulur.

● Mavi kod ekibi, kod verildikten itibaren **3 dakika** içerisinde kendisine ait olan acil çantası ile olay yerine ulaşır.

● Hastaya ulaştığında mavi kod ekibi doktoru, liderliği devralır.

● Çevrede bulunan sağlık çalışanlarından hastanın durumuna göre 112'yi araması söylenir.

● Gelen mavi kod ekibine hasta hakkında bilgi verilir ve müdahale boyunca ekibe yardım edilir.

● Ekip; defibrilatörü, monitorizasyonu ve damar yolunu kontrol eder.

● Gerekiyorsa hemen entübasyon yapar.

● Hastanın durumuna göre defibrilasyona karar verir ve hastayı defibrile eder.

● CPR'yi sürdürür ve tüm İYD(İleri Yaşam Desteği) girişimlerini yönetir.

● 112 ekibi gelene kadar bu işlem devam eder, 112 ekibine hasta hakkında bilgi verilir ve bu şekilde hastanın sevki sağlanır.

6.8.2. Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

● Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.

● Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

● Kurumumuzda Asil Mavi Kod Ekibi ve Yedek Mavi Kod Ekibi kurulmuştur.

● Mavi Kod Müdahale Ekibi içerisinde iki diş hekimi, iki hemşire ,iki ATT ,bir Anestezi Teknikeri ve bir güvenlik görevlisinin olduğu, asil ve yedek üyelerinden oluşur.

● Asil mavi kod ekibinden izinli olma durumlarında yedek üyeler bilgilendirilir, pager cihazı yedek üyelere teslim edilir.

● Mavi kod Asil-Yedek ekip sorumluları; mavi kod ile ilgili tatbikatların ve eğitimlerin organizasyonundan ve gerektiğinde düzeltici iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasından sorumludur.

● Güvenlik görevlisi; ekibin rahat müdahale edebilmesini ve mavi kod uygulama alanındaki güvenliği sağlar.

● Afet ve acil durum ekibi tarafından acil durum plan krokilerinde acil müdahale setinin bulunduğu yerler belirtilir.

6.8.3. Her vardiya için ekipler belirlenmelidir.

● Kurumumuzda yatan hasta bulunmamaktadır. Acil ve hafta sonu hizmetimiz yoktur.

● Kurulan mavi kod ekibi 08.00-17.00 mesai saatleri içinde çalışmaktadır.

● Ekipte; en az bir diş hekimi ve bir sağlık çalışanı bulunur.

● Diş hekimi ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almıştır.

6.8.4. Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalıdır.

● Kurumumuzda tüm kliniklerde Acil Müdahale Çantası bulunur ve klinik sorumlu sağlık teknikeri tarafından müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenir ve takip edilir. İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılır.

● Mavi Kod uygulamalarında kullanılmak üzere Kurumumuzda Mavi Kod Çantası bulunur.

● Mavi Kod çantasında kullanılabilecek her türlü ilaç, araç, sarf malzeme bulunmaktadır.

Set içerisinde bulunan malzeme ve ekipmanların stok durumları her müdahaleden sonra ayrıca her ay mutlaka kontrol edilmekte ve eksiklikler derhal giderilmektedir.

● Ayrıca set içerisinde bulunan ilaçların ve/veya malzemelerin miat takipleri yapılmakta ve "Mavi Kod Çantası İlaç/Malzeme Takip Formu"na kaydedilmektedir.

● Acil Çantasında Bulunan Malzemeler:

* Steteskop,tansiyon aleti

* Oksijen Maskesi (pediatrik, nazal oksijen kanulü)

* Airway

* Serum Seti, İntraket

* Ambu ve yüz maskeleri (Farklı boylarda)

* Enjektör (2-5-10 ve 20ml) (Uçları ile)

* Entübasyon Tüpleri ,LMA ' lar

* Larengeskop Seti

* Stile,magill pensi,Sutür seti

* Resüsitasyonda Gerekli İlaçlar (Adrenalin, Dekort, Prednol)

* Pulse Oksimetre

* Defibrilatör

6.8.5. Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

● Mavi kod durumu bilgileri ve arrest sonrası gelişmeleri ekip lideri tarafından "Mavi Kod Olay Bildirim Formu" doldurularak altına alınır ve kalite yönetim birimine teslim edilir.

● Mavi kod olay bildirim formunda;

o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler

o Yapılan uygulama

o Müdahalenin yeri

o Çağrının yapıldığı zaman

o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı

o Müdahalenin sonucu

o Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri yer alır.

● Eksiksiz doldurularak kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.

6.8.6. Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir:

● Kurumumuzda mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre 3 dakikanın altı tanımlanıştır ve gerçekleşen süreler takip edilmektedir.

● Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılır ve tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.

● Gerektiğinde düzeltici, iyileştirici faaliyetler başlatılır.

● Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmesi sağlanır.

6.8.7. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez mavi kod uygulamasına yönelik olarak tatbikat yapılmalıdır:

● Kurumumuzda mavi kod uygulamasının etkinliğini, sistematikliğini, stratejik olarak başarılıp başarılamadığının ve ekip üyelerinin pratikliğini arttırmak amacı ile yılda en az 1 kez tatbikat uygulaması yapılır.

● Tatbikat senaryosu oluşturulur.

● Tatbikat uygulaması ekip lideri/leri tarafından ekibin diğer üyelerinin haberi olmaksızın gerçekleştirilir.

● Yapılan tatbikat uygulamaları “Mavi Kod Olay Bildirim Formu” (formda tatbikat bölümü işaretlenir) ve. Mavi Kod Tatbikat Formu doldurulur.

● Ekip üyelerinin olay yerine ne kadar sürede ulaştıkları da tatbikatlarda kayıt altına alınır ve belirlenen hedef süre içerisinde ekip üyelerinin olay yerine ulaşıp ulaşamadıkları değerlendirilir.

● Tatbikatların video kayıtları bulunmaktadır.

● Yapılan tatbikat sonunda tatbikat raporu hazırlanır.

6.8.8. Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir:

Yılda en az 1 kez mavi kod tatbikatı yapılır. Kayıtlar kalite yönetim biriminde tutulur. 3 dakikada ekibin olay yerine ulaşamadığı durumlarda tatbikat başarısız kabul edilir. Düzenleyici iyileştirici faaliyet başlatılır ve tatbikat tekrarlanır.

6.8.9. Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır:

Yapılan tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli düzeltici iyileştirici faaliyetler yapılmaktadır.

6.8.10. Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir:

● Tüm kurum personeline yılda bir kez mavi kod eğitimi verilir.

● Ayrıca Mavi Kod ekibi üyelerine yılda bir kez eğitim planı kapsamında CPR eğitimi verilir.

6.9. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET OLAYLARININ YÖNETİMİNE İLİŞKİN DÜZENLEME BULUNMALIDIR: (KAD 09)

Beyaz kod; Kurumda görevli personele yönelik şiddet girişimi ihtimali bulunan durumlarda ve şiddet girişimi esnasında olaya en kısa sürede müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

6.9.1. Beyaz kod yönetimi ile ilgili acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

● Kurumumuzda beyaz kod kurularak herhangi bir saldırı durumunda, gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması ve ekibin hızlı bir şekilde olay yerine yönlendirilmesi sağlanır.

● Ayrıca, tüm Beyaz Kod olay bildirimlerinin kayıt altına alınması, gerçekleşen olayların analizinin yapılarak kurumumuza özgü tedbirlerin alınması sağlanır.

● Beyaz Kod çağrısını, mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve bahçesinde oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarına maruz kalan ya da tanıklık eden hastane çalışanı **beyaz kod (1111)** bildirimi yapar.

● Sağlık çalışanı için risk oluşturan herhangi bir davranışta (tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırı) Beyaz Kod çağrısı yapılır.

● Kurumumuzda görevli personele yönelik sözel ya da fiziksel saldırı ve cinsel taciz durumlarında olayı yaşayan kişi ya da bu mümkün değilse uygun olan personel tarafından en yakın telefondan “1111” tuşlanır ve olayın gerçekleştiği yerin adres bilgileri verilir.

● Beyaz Kod Çağrısı santrale bildirilir .Santralden pager cihazına (çağrı cihazı) olay yerinin adres bilgileri düşer.

● Çağrıyı alan “Beyaz Kod Ekibi” 3 dakika içerisinde olay yerine giderek gerekli önlemleri alır.

● Olaya sebebiyet veren kişi / kişiler olay yerinden uzaklaştırılır.

● Gerekirse, ekipteki güvenlik personeli telsizle bilgi vererek diğer güvenlik personellerinin olay yerine süratle intikalini sağlar.

● Adli olaylarda ve şikayet durumunda, polise haber verilir.

● Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli psikolojik destek sağlanır.

6.9.2. Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir:

● Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, beyaz kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.

● Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

● Kurumumuzda Asil Beyaz Kod Ekibi ve Yedek Beyaz Kod Ekibi kurulmuştur.

● Beyaz Kod Müdahale Ekibi içerisinde en az bir diş hekimi, kurum yönetimimden bir kişi, iki memur ve iki güvenlik görevlisinin olduğu, asil ve yedek üyelerinden oluşur.

● Asil beyaz kod ekibinden izinli olma durumlarında yedek üyeler bilgilendirilir, pager cihazı yedek üyelere teslim edilir.

● Beyaz Kod Müdahale Ekibi; beyaz kod uygulamalarından sorumludur.

6.9.3. Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

● Beyaz kod durumu bilgileri ekip lideri tarafından "Beyaz Kod Olay Bildirim Formu" doldurularak kayıt altına alınır ve kalite yönetim birimine teslim edilir.

● Beyaz kod olay bildirim formunda;

o Olayın olduğu tarih ve saat

o Olayın olduğu yer

o Olayın başlama nedeni

o Olayın oluş şekli

o Varsa olayda kullanılan cisim

o Olaya karışanların yaşları, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri

o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

6.9.4. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez beyaz kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılmalıdır:

● Kurumumuzda beyaz kod uygulamasının etkinliğini, sistematikliğini, stratejik olarak başarılıp başarılamadığının ve ekip üyelerinin pratikliğini arttırmak amacı ile yılda en az 1 kez tatbikat uygulaması yapılır.

● Tatbikat senaryosu oluşturulur.

● Tatbikat uygulaması ekip lideri/leri tarafından ekibin diğer üyelerinin haberi olmaksızın gerçekleştirilir.

● Yapılan tatbikat uygulamaları "Beyaz Kod Olay Bildirim Formu" (formda tatbikat bölümü işaretlenir.) ve. Beyaz Kod Tatbikat Formu doldurulur.

● Ekip üyelerinin olay yerine ne kadar sürede ulaştıkları da tatbikatlarda kayıt altına alınır ve belirlenen hedef süre içerisinde ekip üyelerinin olay yerine ulaşıp ulaşamadıkları değerlendirilir.

● Tatbikatın video çekilerek kayıt altına alınır.

● Yapılan beyaz kod tatbikatı sonunda tatbikat raporu hazırlanır.

6.9.5. Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir:

Yılda en az 1 kez beyaz kod tatbikatı yapılır. Kayıtlar kalite yönetim biriminde tutulur. 3 dakikada ekibin olay yerine ulaşamadığı durumlarda tatbikat başarısız kabul edilir. Düzenleyici iyileştirici faaliyet başlatılır ve tatbikat tekrarlanır.

6.9.6. Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır:

● Yapılan tatbikatlar sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli düzeltici iyileştirici faaliyetler yapılır.

● Kurumumuzda her beyaz kod vakası değerlendirilir ve nedeni konusunda çalışma yapılır. Şiddetin nedeni saptanarak bertaraf edilmesi sağlanır.

● Beyaz Kod şiddet bildirimleri incelenir ve olayların kök nedeni ortaya konur.

● Şiddet olayının nedenleri personelden kaynaklanan ve personelden kaynaklanmayan olarak tasnif edilir.

● Personelin tutum ve davranışlarından kaynaklanan bildirimler için personele yönelik eğitim ve talimatlar belirlenir.

● Personelden kaynaklanmayan bildirimler için kuruma özgü tedbirler (Güvenlik önlemi, personel eksikliğinin giderilmesi, teknik ve teknolojik altyapının iyileştirilmesi vb.) alınır.

● Şiddete neden olan durumlar belirlenerek, belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli düzeltici iyileştirici faaliyetler yapılır. çalışan eğitimlerinde nedene yönelik eğitimler verilir.

6.9.7. Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır:

● Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanır.

● Çalışan motivasyonun bozulmaması ve kurumsal destek adına şiddete maruz kalan çalışan ziyaret edilir.

● Gerekli olması halinde personelin yakınları ziyaret edilerek süreç hakkında bilgilendirilir.

6.9.10. Sağlık hizmeti sunumu kaynaklı şiddet olayının gerçekleşmesi durumunda, hukuki süreç başlatılmak üzere beyaz kod bildirimi (113) yapılmalıdır:

● Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere "Bakanlık Beyaz Kod Birimi" kurulmuş, 24 saat hizmet verecek "113" numaralı telefon ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet sayfası oluşturulmuştur.

● 1111'i aramak mümkün değilse veya olay yerinden ayrılmak mümkün değilse, 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi'ni aramak da mümkündür. 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi, 7/24 hizmet vermektedir.

● 1111'i aramak veya 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi'ni aramak mümkün değilse, www.beyazkod.saglik.gov.tr adresindeki formu doldurmak da mümkündür. Bu form, olay yerinden ayrılmadan veya olay yerine gelen güvenlik görevlilerine yardımcı olmak için doldurulabilir.

● Kurumumuzda gerçekleşen şiddet olayları, Çalışan Hakları ve Güvenliği Birim Sorumlusu tarafından derhal "113" numaralı telefonla yada "www.beyazkod.saglik.gov.tr" adresinden Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilir ve eş zamanlı olarak adli mercilere intikal ettirilir.

6.9.11. Çalışanlara, beyaz kod acil uyarı sistemi (1111) ve sağlıkta şiddet olayının gerçekleşmiş olması halinde bildirim yapılan beyaz kod (113) uygulaması konusunda eğitim verilmelidir:

Kurumumuzda çalışanlarına, beyaz kod acil uyarı sistemi (1111) ve sağlıkta şiddet olayının gerçekleşmiş olması halinde bildirim yapılan beyaz kod (113) uygulaması konusunda eğitim verilir.

6.10. KIRMIZI KOD YÖNETİMİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR: (KAD 10)

Kırmızı kod; kurumda çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacı ile oluşturulan acil uyarı kodudur.

6.10.1. Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir:

● Kurumumuzda, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmuştur.

● Yangın algılama alarm sistemi Kurumumuzda tüm birimlerde aktiftir.

● Kurumumuzda tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir olan yangın algılama sisteminin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmaktadır.

● Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmaktadır.

● Kırmızı kod uygulamalarını takip etmek ve olaya müdahale etmek amacıyla Kurumumuzda Kırmızı kod ekibi kurulmuştur.

● Asil kırmızı kod ekibinden izinli olma durumlarında yedek üyeler bilgilendirilir, pager cihazı yedek üyelere teslim edilir.

● Sorumlular, kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanır, kurum yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer alır.

● Sorumluluk alanı; yangın algılama ve uyarı sisteminin bakım ve kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılmasının sağlanması, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsar.

● Kırmızı kod noktası; olayın meydana geldiği ve müdahale edilen yerdir.

● Ortamdaki herhangi bir nesne ateş almış veya duman çıkartmaya başlamışsa acil uyarı sistemi alarmı çalar.

● Güvenlikteki sorumlu personel yangın algılama sistemi akıllı adreslenebilir olduğundan hemen ilgili adrese gider.

● Kırmızı kod durumunu tespit eden personel 4444'ü arayarak adresi belirterek Kırmızı Kod çağrısı başlatır.

● Kırmızı kod santrale bildirilir. Santralden pager cihazına (çağrı cihazı) olay yerinin adres bilgileri düşer.

● Durumu tespit eden personel mümkünse en yakın yangın panosu içindeki yangın tüpü veya hortum ile müdahale yapar.

Yangın durumu mesai içinde olmuş ise;

● Kırmızı kod ekibi olay yerine intikal eder, durumu değerlendirir ve gerekirse hemen İtfaiye'ye haber verilir.

● Yangın ekibi yangına müdahale etmeye devam eder.

● Teknik servis hemen olay yerine gelerek ilgili yerin elektriğini keser.

● Olay yerine intikal eden idare, hastanenin veya ilgili bölümün tahliyesine karar verir.

● Daha sonra tahliye işleri Afet ve Acil Durum Planı'na uygun yapılır. Planında belirtilen görevliler olayın sevk ve gidişatını belirler.

● Güvenlik hasta asansörlerinin kontrol dışı kullanılmasını engeller, hastaların güvenli tahliyesi sağlanır.

● Olay sonrasında kırmızı kod ekibi tarafından kırmızı kod olay formu doldurulur ve kalite birimine teslim edilir.

● Yangın durumu mesai dışında olmuş ise;

● Kırmızı kod durumunu tespit eden güvenlik personeli hemen telefondan itfaiye'ye ve ayrıca kırmızı kod ekibine haber verir.

● Durumu tespit eden güvenlik personeli mümkünse en yakın yangın panosu içindeki yangın tüpü veya hortum ile müdahale yapar.

● Teknisyen gelene kadar bölgenin ve birimin elektriğini keser.

● Kırmızı kod ekibi kuruma intikal eder.

● Nöbetçi güvenlik personeli güvenliği sağlar.

● Olay yerine intikal eden ekip kurumun ya da ilgili bölümün tahliyesine karar verir.

6.10.2. Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

● Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim birimine iletilir.

Kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer alır:

* Yangının çıktığı tarih ve saat

* Yangının çıktığı yer

* Yangının başlama nedeni

* Çevrede oluşan olumsuzluklar

* Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

6.10.3. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır:

● Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılır. Tatbikat senaryosu oluşturulur.

● Tatbikat sırasında tatbikat görüntüleri kayda alınır.

● Tatbikat sonrasında "Kırmızı Kod Olay Bildirim Formu" ve "Kırmızı Kod Tatbikat Formu" doldurulur.

● Tatbikat raporu hazırlanır. Doldurulan formlar kalite yönetim birimine gönderilir.

6.10.3. Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir:

● Tatbikatın hedefi ekip üyelerinden en az birinin olay yerine üç dakika içerisinde ulaşıp, müdahale edilmesini sağlamak,

● Olaya müdahale etmek,

● Can ve mal güvenliği için tahliyeyi gerçekleştirmek,

● Olay sonrası güvenlik önlemlerini alarak olay yerini yetkililere teslim etmek,

● Kırmızı kodun sonlandırılmasını sağlama,

● Tatbikatın başarılı olmaması durumda tatbikat tekrarlanır ve gerekli düzenleyici iyileştirici faaliyetler başlatılır.

6.10.3. Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır:

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik kırmızı kod yönetim ekibi tarafından düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılır ve takibi yapılıp, sonuçlandırılması sağlanır.

6.10.3. Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir:

Kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu acil durum afet ve kırmızı kod yönetim ekibi tarafından yapılır

6.11. KURUM, YANGINLA İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELERE UYGUN ŞEKİLDE YAPILANDIRILMALIDIR: (KAD 11)

6.11.1. Kurumun yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir:

Kurumumuz yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmiştir ve gerekli ruhsat alınmıştır.

6.11.2. Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Yapılan değerlendirme sonucunda, değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapıldı.

6.12. YANGIN SÖNDÜRME SİSTEMİNE YÖNELİK DÜZENLEME YAPILMALIDIR. (KAD 12)

6.12.1. Kurum kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır.

● Kurumumuzda kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturuldu ve alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlandı.

● Kurumumuzda alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler aşağıda belirtilmiştir.

✓ Sprinkler sulu söndürme sistemleri

✓ Yangın Dolap Hortum Sistemleri

✓ Kimyasal Söndürme Sistemleri

✓ Novec 1230 Söndürme Sistemleri

✓ H_2O esaslı yangın söndürrne cihazı

● Yangın söndürme sistemleri, yangının tipine ve ortam koşullarına göre seçilir. Su bazlı sistemler en yaygın kullanılanlardır, ancak elektriksel riskler için uygun değildir.

● Gazlı söndürme sistemleri, suyun zarar verebileceği hassas elektronik ekipmanlarının bulunduğu alanlar için tercih edilir.

● Tozlu sistemler ise daha geniş bir yangın türüne karşı etkilidir. Doğru sistemi seçmek, yangına hızlı ve etkili bir müdahale sağlamak açısından kritik önem taşır.

● Kurumumuz tüm alanlarda adreslenebilen yangın algılama sistemi mevcuttur.Yangın alarm sistemi kesintisiz güç kaynağına bağlı çalışmaktadır. Yangın algılama sisteminin santrali, bina girişinde güvenliğin karşısında bulunmaktadır.

● Her sistemin kendine özgü avantajları ve sınırlamaları vardır; bu nedenle, doğru seçim, yangının türüne ve korunacak alana bağlı olarak karar verilir.

6.12.2. Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir:

● Kurumumuzda mevcut yangın ve ısı algılama sisteminin bakım ve kontrolleri, yıllık yetkili firma tarafından yapılır.

● Bakım kayıtları Teknik Servis birimince saklanır.

● Garanti kapsamında olan ve değişecek garanti kapsamına giren ürün/parçalar için periyodik bakım ve değişim sorumlusu yetkili firmadır.

● Yangın alarm sisteminin etkinliği yılda bir kez teknik servis tarafından kontrol edilir.

● Yangın söndürücülerin düzenli muayenesi ve bakımı, gerektiğinde çalışır durumda olmalarını sağlamak için çok önemlidir. Yangın söndürücünün tamamen dolu olduğundan emin olmak için basınç göstergesi ayda bir kontrol edilir.

● Yangın söndürücüler herhangi bir hasar, korozyon veya sızıntı belirtisi açısından incelenir. Birçok yangın söndürücü yıllık olarak profesyonel bakım gerektirir; bu nedenle üreticinin yönergelerine bakın ve denetimleri buna göre planlanır.

● Yangın söndürücüler kolayca erişilebilen, açıkça işaretlenmiş ve hiçbir engel bulunmayan yerlerde saklanır.

● Kurumumuz söndürücülerin yangın güvenliği yönetmeliklerine uygun şekilde dağıtılmış ve acil durumlarda kolayca erişilebilir durumdadır.

6.12.3. Kurum krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

● Kurumumuzda kat krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler mevcuttur.

6.12.4. Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

● Kurumumuzda yangın söndürme tüpleri asma yüksekliği acil durum anında eğilmeden, vücut ergonomisini bozmadan alınabilecek yükseklikte sabitlenmiştir.

● Taşınabilir söndürme tüpleri için, söndürücünün duvara bağlantı asma halkası, duvardan kolaylıkla alınabilecek ve zeminden asma halkasına olan uzaklığı yaklaşık **90cm'yi** aşmayacak şekilde montaj yapılarak sağlanır.

6.12.5. Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.

Kurumumuzda "Binaların Yangından Korunması Hakkındaki Yönetmelik" gereğince Giresun Belediye Başkanlığı İtfaiye Müdürlüğü Raporu mevcuttur. Kurumumuzda 24 adet 6 kg'lık, 3 adet 12 kg lık,4 adet 50 kg Kuru tozlu tüp,7 adet 12 kg'lık Karbondioksit tüp,2 adet 12kg ,1adet 50 kg'lık Köpük yangın söndürme tüpü mevcuttur.

● Kurumumuzda SPRİNG, KKT, CO2, Köpük söndürme cinsi toplamda 41 adet yangın tüpü bulunmaktadır.

● Kuru kimyevi tozlar, yangını çok kısa sürede söndürür. Temel olarak parlayıcı sıvı yangınlarında kullanılır. Elektriksel olarak yalıtkan olduklarından, elektrik donanımı ilgilendiren parlayıcı sıvı yangınlarında da etkilidirler. Fakat kirletici özelliği nedeniyle elektronik cihaz, hassas makina ve motor yangınlarında tercih edilmezler. Kurumumuzda daha çok koridorlarda ve elektrikli cihaz bulunmayan bölümlerinde konumlandırılmıştır.

● Kurumumuzda karbondioksitli yangın söndürücüler sunucu odalarında veya çok sayıda elektrikli cihazın bulunduğu alanlarda bulunur. Elektrik yangınlarının söndürülmesinde kullanılırlar.

● Karbondioksit gazlı yangın söndürücüler, B C sınıfı (asetilen ,yanıcı sıvılar, LNG, benzin,tiner,yanıcı gazlar vb) özellikle parlayabilir sıvılar ve elektrik tehlikelerini de kapsayan yangın riskleri için uygundur. Karbondioksit gazlı yangın söndürücüler elektronik malzemelere asla zarar vermez.

● Ofisler, elektrik risklerinin yoğun olduğu bölgeler, yağ ve solventler gibi sıvıların tutuşmasından meydana gelen yangınlara müdahalelerde etkilidir. Söndürmeden sonra ortamda hiç bir atık ve kalıntı bırakmaz. % 99,9 saflıkta karbondioksit, kendinden basınçlı bir gazdır. Son derece yüksek soğutucu etkiye sahip olan karbondioksit, ortamdaki oksijen miktarını düşürerek kimyasal zincirleme yanma reaksiyonunu kırarak söndürme sağlar.

● Sulu yangın söndürücüler, A sınıfı yangın risklerine uygundur ve en popüler yangın söndürücü türüdür. Alevleri söndürmek için yüksek basınçlı su dağıtırlar. Sulu yangın söndürücüler, odun, kömür, tekstil, kağıt, karton veya kumaşlardan kaynaklanan yangınlarda kullanılmaktadır.

● Elektrik panolarının veya elektrik hatlarının yoğun ve tam izole olmadığı yerlerde, iletken yangın söndürme maddeleri kullanılmamalıdır. Çünkü iletken olan su, köpük veya diğer maddeler, kısa devre oluşmasına veya çarpılma riskine yol açacaktır.

● Bunlar yerin karbondioksitli yangın söndürücüler, belirtilen bu gazlar herhangi bir sebepten kullanılamıyorsa kuru kimyevi tozlu yangın söndürme tüpleri kullanılabilir.

● Ayrıca yapılması güvenli ve yeterince hızlı olması durumunda, pano ve hatlara gelen elektrik ana panodan kesilebilirse, iletken yangın söndürme maddeli tüpler de kullanılabilir.

6.12.6. Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.

● Kurumumuzda mevcut bulunan yangın söndürme tüplerinin her yıl periyodik olarak genel kontrolleri yerinde üretici firma tarafından yapılır.



● Firma tarafından dördüncü yılın sonunda içindeki söndürme maddeleri yenilenerek hidrostatik testleri yapılır.

● Kurum olarak ilk yapılacak kontrol; ibrenin yeşilde olup olmadığıdır. Eğer ibre yeşil aralığın altına düşmüşse itici gaz bitmiş demektir. Eğer ibre yeşil aralığın üzerine çıkmışsa, tüpün içerisindeki basınç fazladır ve olası darbelerde patlama riski yüksektir.



● İkinci kontrol, resimde görülen sarı renkli mührün mevcut olup olmadığına bakılır. Tüpün pimi çekildiğinde mühür kopar ve sadece anlık olarak tetiğe basılmış olsa bile tüp içerisindeki itici gazın yakın gelecekte tükenme riski vardır. Bu nedenle mührü olmayan tüpler tekrar doluma gönderilir.

● Karbondioksitli veya inert gazlı yangın söndürücü tüplerin üzerlerinde manometre (basınç göstergesi) bulunmaz. Bu nedenle ilk teslim alındığında vana- tüp bağlantı noktasından herhangi bir köpüklü sıvı yardımıyla gaz kaçak kontrolünün yapılması gerekir.

● Herhangi bir kaçak durumunda tüp ivedilikle üretici firmaya geri teslim edilmelidir; ayrıca tüp boynu üzerinde tüpün üretim yılı, son periyodik hidrostatik test tarihi (damga tarihinden itibaren 10 yıldır), üretim standardı ve et kalınlığı gibi bilgilerin yer alması gerekmektedir.

● Eğer bu bilgilerden biri eksik veya hidrostatik test tarihi geçmiş ise, üretici firma ile ivedilikle irtibata geçilip, tüpün geri iadesi sağlanmalıdır.

● İlk alındığında satıcı ile birlikte tartılıp tutanağa geçirilmeli ve 6 ayda bir periyodik olarak tartımı yapılmalıdır. % 25'den fazla ağırlık kaybı olması durumunda imalatçısına sevk edilerek tamamlanması veya yenisi ile değiştirilmesi talep edilmelidir.

● Yangın söndürme cihazlarında yandaki resimde görüldüğü gibi "emniyet vanası" kesinlikle bulunmalıdır.

● Emniyet vanaları, yüksek basınçtan dolayı patlama olasılığını oldukça düşürdüğünden, tüplerde bulunması çok önemlidir.

● Yangın söndürme cihazlarında yandaki resimde görüldüğü gibi "emniyet vanası" kesinlikle bulunmalıdır.

● Emniyet vanaları, yüksek basınçtan dolayı patlama olasılığını oldukça düşürdüğünden, tüplerde bulunması çok önemlidir.

6.12.7. Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.

o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.

o Vanalar kolayca açılmalıdır.

o Yangın dolabı içindeki ekipmanlar belirli aralıklarda kontrol edilerek kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

6.13. BİNA ÇATILARINDA YANGINA KARŞI ÖNLEMLER ALINMALIDIR. (KAD 13)

6.13.1. Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır.

● Kurumumuzda görevli personel dışında izinsiz olarak kimse çatıya giremez.

● Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmaktadır.

6.13.2. Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

● Çatıların temizliği ayda 1 (bir) kez detaylı olarak yapılır.

● Afet ve Acil Durum Yönetim Ekibi tarafından ise çatıların ayda bir kontrolleri yapılır.

● "Bina Çatısı Yıllık Bakım Temizlik ve Kontrol Formu" ile kayıt altına alınır.

6.13.3. Bina çatılarında yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

● Çatı yangınlarının çıkış nedenlerine baktığımızda çatı aralarına eski karton, sandalye, masa vb eski hurda eşyaların konulması sebepler arasındadır.

● Kurumumuzda bina çatılarında yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulundurulmaz.

6.13.4. Bina çatılarında bulunan elektrik aksamının yalıtımı yapılmış olmalıdır.

Kurumumuzda bina çatısında bulunan elektrik aksamının yalıtımı yapılmıştır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Acil Durum Afet Planı

7.2. Tesis Tahliye Planı

7.3. Mavi Kod Olay Bildirim Formu

7.4. Beyaz Kod Olay Bildirim Formu

7.5. Kırmızı Kod Olay Bildirim Formu

7.6. Mavi Kod Tatbikat Formu

7.7. Beyaz Kod Tatbikat Formu

7.8. Kırmızı Kod Tatbikat Formu

7.9. Bina Çatısı Yıllık Bakım Temizlik ve Kontrol Formu