1. AMAÇ: Hastanede karşılaşılacak deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama gibi acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekleri zararın en alt düzeye düşürülmesi.

2. KAPSAM: Tüm hastaneyi kapsar.

3. KISALTMALAR:

HAP: Hastane Afet Planı

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

- Başhekim,
- Destek ve Kalite Müdürü
- Acil Durum ve Afet Birimi
- Kalite Yönetim Birimi,
- Güvenlik Personeli

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Afet ve acil durum yönetimine ilişkin görev yetki ve sorumluluklar **Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi Görev Tanımında** belirtilmektedir.

6.2. Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi oluşturulur.HAP planında organizasyon şeması oluşturulup her yıl şubat ayında sağlık müdürlüğüne gönderilir.İntranet ortamında tüm hastane çalışanları ile paylaşılır. Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları acil durum ve afet yönetimi çalışmalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde HAP Planında ayrıntılı tanımlanmıştır.

6.3. Ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunur..Ekip 4 ayda bir toplantı yapar ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulur.

6.4. Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte HAP organizasyon şemasında belirlenmiştir ve sorumluluklar tanımlanmıştır.

6.5. Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yılda bir yapılır gerektiğinde tekrarlanır.

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

6.5.2. Risk değerlendirmesi Deprem, Sel, Siklon (tayfun, kasırga,) Hortum, Volkanik patlama, Toprak kaymaları, Salgınlar, Terör eylemleri, Endüstriyel patlama, Radyolojik, Nükleer ve kimyasal kazalar, Yangın, Göç, Savaş, Yıldırım düşmesi konularını kapsar.

6.6. Acil durum ve afet planı oluşturulur.Afet ve acil durumlara ilşkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulur, plan asgari aşağıdaki konuları kapsar.

- Tespit edilen riskler
- Koruyucu önlemler,
- Kontrol,
- Erken teşhis ve tespit,
- Triaj,
- Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv gibi,)
- Tesisin tahliyesi,
- Kullanılacak alternatif alanlar,
- Kullanılacak malzemelerin temini,
- Acil durum ve afet malzeme envanteri,
- İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon konularını kapsar**.**

Plan her yıl ve gerektiği zaman gözden geçirilir ve revize edilir.

6.7. Hastane acil durum plan krokileri bulunur

- Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri**,**
- Asansör çıkışlarında veya kat girişlerinde kat acil durum plan krokileri olarak hazırlanmıştır.

6.7.1. Acil durum plan krokilerinde Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler, Acil müdahale setinin bulunduğu yerler, Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler, İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında hastane haricindeki kuruluşların irtibat numaraları, net anlaşılabilir şekilde tanımlanmıştır. Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilir.

6.8. Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunur.

6.8.1. Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulur.Tahliye planı asgari aşağıdaki konuları kapsar.

- Trafik akışı ve güvenlik,
- Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan,)
- Hastaların güvenli yerlere transferi,
- Geçici yerleştirme alanları,
- Personel takviyesi
- Hasta izleme sistemleri,
- Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma,
- Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

6.8.2.Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılır.Tesis tahliye tatbikatı; hastanenin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunumlarını kapsar.Tatbikatların görüntü kayıtları bulunur.Tatbikat raporu hazırlanır.Ttbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Tatbikat hedefleri belirlenmeli başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilir.Rapor **Tesis Tahliye Tatbikat Raporu Değerlendirme Formuna** kayıt edilir.

6.9. Acil durum ve afet yönetimine yönelik Yıllık Eğitim Planına göre eğitimler verilir. Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilir. "Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi"ne ve hastanedeki ilgili kişilere asgari;

- Temel afet bilinci,
- Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı,)
- YOTA,
- UMKE,
- KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar)
- Radyasyondan Korunma
- Acil Durum ve Afet Triyajı konuları içeren eğitimler verilir.

6.10. Depreme yönelik düzenleme yapılır.Hastanemiz 1. Derece deprem bölgesinde bulunduğu için “Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA) ” uygulaması yapar.YOTA uygulaması asgari olarak;

- Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi
- Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi
- Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi
- Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi
- Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması
- Var ise Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması
- Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini sağlayan sistem yerleştirilmesi
- Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve çapraz iplerle sabitlenmesi, küçük ebatlı malzeme ve ilaçların tel kafes sistemleri ile sabitlenmesi sağlanır.
- Radyoaktif maddelerin zırhlanmış koruyucu kapların içinde saklanması
- Çalışanların depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi

6.11. Hastanede karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik **Mavi Kod Sistemi** oluşturulmuştur.Mavi kod sistemine yönelik düzenleme ' '**Mavi Kod Prosedüründe''** belirtilmiştir.

6.12. Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski / eylemine müdahale amacıyla **Pembe Kod Sisitemi** oluşturulmuştur.Pembe Kod yönetimine ilişkin düzenleme **''Pembe Kod Prosedüründe ''** belirtilmiştir.

6.13.Çalışan personele yönelik şiddet riski /girişimi varlığında ya da şidet uygulaması halinde, olaya müdahale için Beyaz Kod Müdahale Ekibi oluşturulmuştur.Beyaz Kod yönetimine ilişkin düzenleme ' '**Beyaz Kod Prosedüründe** ''belirtilmiştir.

6.14. Yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek amacıyla Kırmızı Kod Sistemi oluşturulmuştur. Kırmızı Kod sistemine yönelik düzenleme **''Kırmızı Kod Prosedüründe** '' belirtilmiştir.

6.15. Yangın söndürücülere yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

6.15.1. Yangın söndürücüler, her birimde, tüm personel tarafından bilinen, koyla ulaşılabilecek yerlerde bulundurulur.

6.15.2. Hastane krokilerinde yangın söndürücülerin bulunduğu yerler belirtilmiştir.

- Söndürücülerin duvara bağlantı askısı, söndürücünün duvardan kolaylıkla alınmasına engel olmayacak özellikte ve yükseklikte düzenlenmiştir.
- Otopark, depo, tesisat daireleri, vb. yerlerde tekerlekli tip yangın söndürücü bulundurulur.

6.15.3 Hastanenin yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilir. Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılır.

6.15.4.Yangın söndürme sistemlerinin bakım ve kontrolü teknik servis tarafından 15 günlük periyotlarla, “Yangın Söndürme Tüpü Kullanma ve Yangın Söndürme Sistemleri Periyodik Bakım ve Kontrol Talimatı” nda belirtildiği şekilde yapılır ve kontroller “**“** Yangin Dolabı Aylık Kontrol Formu '' ve ' 'Taşınabilir Yangın Söndürme Cihazı 15 Günlük Kontrol Formu'' ile kayıt altına alınır.

6.15.4. Acil durumda “Hastane Afet Planına (HAP) ” a göre hareket edilir.

6.16.Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınır.Çatı giriş çıkışları kontrollüdür.

Çatıların 3 ayda bir ve gerektiğinde temizliği yapılır.kontroller ' 'Bina Dam /Çatı Üstü Kontrol Formu''

ile kayıt altına alınır.Bina Dam/Çatı Üstü Temizlik Formu ile de temizlik kayıt altına alınır.

- Yangına sebebiyet verebilecek malzeme ve ekipman bulundurulmaz
- Tüm elektrik aksamlarının yalıtımları yapılır

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Kırmızı Kod Prosedürü

7.2. Mavi Kod Prosedürü

7.3. Beyaz Kod Prosedürü

7.4. Pembe Kod Prosedürü

7.5. Hastane Afet Planı

7.6. Yangın Söndürme Tüpü Kullanma ve Yangın Söndürme Sistemleri Periyodik Bakım ve Kontrol Talimatı

7.7. Bina Dam /Çatı Üstü Kontrol Formu

7.8. Afet ve Acil Durum Yönetim Birimi Görev Tanımı

7.9. Tesis Tahliye Tatbikat Raporu Değerlendirme Formu

7.10. Bina Dam/Çatı Üstü Temizlik Formu

7.11. Taşınabilir Yangın Söndürme Cihazı 15 Günlük Kontrol Formu