# 1.AMAÇ

Çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kurumda düzenlemeler yapmak ve gerekli tedbirleri almak.

Çalışan güvenliği için, güvenli bir ortam sağlamak.

 Çalışanlar için olası tehlike ve riskleri belirlemek, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve teknikleri belirlemek,

Hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışmaortamının sürdürülebilirliğini sağlamak.

Çalışanların fiziki, ruhsal ve sosyal durumlarının en üst seviyeye taşınmasını sağlamak.

Çalışanların, sağlıklarına gelebilecek zararların en aza indirilmesini/yok edilmesini sağlamak.

Kişinin işine ve işin kişiye uygunluğunu sağlamak.

Çalışan öneri ve şikâyetleri ile çalışan anketleri değerlendirilir.

**2.KAPSAM**

Tüm bölümler ve tüm çalışanları kapsar.

# 3.KISALTMALAR

**İSG:** İş Sağlığı ve Güvenliği

**DHBYS:** Diş Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi

**KKS:** Kurumsal Kalite Sistemi

**TÜR-GÖS:** Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri

# 4.TANIMLAR

**Genel Uyum Eğitimi:** Fakültede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimdir.

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

**Beyaz Kod:** Sağlık çalışanlarına yapılan sözlü veya fiziksel şiddet durumlarında verilen kod.

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

# Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar: Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümlerdir. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

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

**Kurşun Koruyucular:** Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan;

* Tiroid koruyucu,
* Kurşun önlük,
* Gonad koruyucu,
* Koruyucu paravan gibi ekipmanlardır.

# 5. SORUMLULUKLAR

## 5.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedürün onaylanmasından Dekan, Kalite Birim Sorumlusu, ilgili birim sorumluları sorumludur.

**5.2. Prosedürün Kullanıcıları**

Bu prosedürün yürütülmesinden Kalite Birim Sorumlusu ve tüm çalışanlar sorumludur.

# 6. PROSEDÜR

**6.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu / Çalışan Güvenliği Komitesi ve Görev Alanları:** Kurul ve/veya komitenin görev alanları aşağıda belirtilmiştir. Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimlerine yönelik kök neden analizi yapar, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır. Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetlerini Kalite Yönetim Birimine gönderir. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenler.

# Görev Tanımı

* Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
* Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
* Şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması, şiddete hızlı müdahale edilmesi
* Mobbingin önlenmesi
* Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
* Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
* Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi ve bağışıklama
* Çalışanların risk analizlerinin yapılması ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması
* İş kazası gerçekleştiğinde gerekli takip ve kontrollerinin yapılması
* Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
* Çalışanların güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
* Kimyasal madde güvenliği
* Radyasyon güvenliği
* Gıda güvenliği
* İş Hijyeni güvenliği
* Tesis kaynaklı riskler (Gürültü, aydınlatma vb)
* Ergonomik faktörler
* Temel yaşam desteği güvenliği
* İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar
* Stres riski ve yönetimi
* İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi konularını kapsar.

İSG Kurulu düzenli aralıklarla toplanmalıdır. (2 ayda bir)

Gerektiğinde düzeltici iyileştirici faaliyetleri başlatmalıdır.

Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.

# İş Sağlığı Güvenliği Kurulu / Çalışan Güvenliği Komitesi: Kurulda Dekan, Fakülte Sekreteri, Kalite Birim Sorumlusu, 2 çalışan temsilcisi, iş yeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, sivil savunma amiri, iş yeri hemşiresi bulunur.

**İSG Kurulu ve Çalışan Güvenliği Komitesi toplantıları:** İSG Kurulu iki ayda bir toplanır, çalışan güvenliği komitesi ile entegre edilmiştir. İlgili konular kurul toplantılarında görüşülür. Toplantıdan 1 hafta önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere resmi yazı ile toplantı çağrısı gönderilir. Toplantıda konuşulan konular ve alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı tutanağı ilgili çalışanlarla paylaşılır. Kurul üyeleri toplantı tutanağını imzalar. Toplantı tutanakları İSG Biriminde arşivlenir.

 Ayrıca lüzumunda acil toplantı yapar. Alınan karar doğrultusunda İSG Kurulu acilen toplanır.

 Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.

##  6.2. Çalışan Personelin Zarar Görme Risklerinin Azaltılması,

* Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır.
* Bölümlerdeki belirlenen olası tehlike ve risklere göre önlemler alınmalıdır.
* Bölüm bazında ve çalışanların risk analiz çalışması yapılmalıdır.
* Bölüm Bazlı Risk Analiz Planında tehlike ve riskler ile alınması gerekli önlemler belirlenmiştir.
* Çalışanların karşılaşabileceği olası riskleri (enfeksiyon, radyasyon, kesici delici alet yaralanması, kan vücut sıvıları sıçramasına maruz kalma, şiddet, ergonomik vs.) önlemek amacıyla kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımının sağlanması, sağlık taramalarının yaptırılması, aşılama faaliyetlerinin yapılması, fiziksel çalışma şartlarının düzeltilmesi, güvenlik raporlama sisteminin kurulması, Beyaz Kod uygulamasının başlatılması, çalışan güvenliği eğitimleri düzenlenmesi gibi faaliyetler başlatılır ve sürdürülür.

## 6.3 Çalışan Eğitimleri

Fakültemiz personellerine; tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine, kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik eğitimler verilir.

**Çalışan Güvenliği kapsamında verilen eğitimler:**

* İşe giriş, genel ve bölüm uyum eğitimleri
* Temel iş sağlığı ve güvenliği
* Çalışan hak ve sorumlulukları
* Acil ve afet durumları (deprem, yangın, temel afet bilinci vb)
* Acil Kodlar (Beyaz Kod, Mavi Kod, Kırmızı Kod)
* Acil durum ve acil çıkış işaretleri ve anlamları
* Sağlık ve güvenlik işaretleri
* Tehlikeli madde işaretleri ve anlamları, maruziyet durumunda yapılacaklar
* Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
* Enfeksiyonlardan korunma,
* Kan ve vücut sıvılarına maruziyet

Kesici delici alet yaralanmaları

İstenmeyen olay ve ramak kala olaylar, güvenli raporlama

Mesleki hastalıklar, riskleri ve tedbirleri

* Ergonomi
* İletişim becerileri, çalışanlar arası ve hasta, hasta yakınları ile iletişim
* İş kazası
* Atık yönetimi
* Mesleki gelişim eğitimleri vb eğitimler

Çalışanlara verilen tüm eğitimlerin konuları ve ilgili kayıtları ‘’Eğitime Katılım Formuna” kaydedilir.

## 6.4. Çalışanların Sağlık Taramaları

Fakültede riskli birimlerde çalışan personelin güvenliği açısından gerekli olan sağlık taramaları İSG Kurulu tarafından belirlenmiş olan tarama planı doğrultusunda ve belirlenen aralıklarda düzenli olarak yapılmasını sağlamak.

**İlk işe girişte**, tüm personelin işyeri hekimi muayenesi ve iş yeri hemşiresi tarafından hazırlanan “İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PERİYODİK MUAYENE FORMU” na kaydedilir. 3 yılda bir olarak rutin işyeri hekimi tarafından muayeneleri aynı forma kaydedilir.

**Riskli birimlerde çalışanların sağlık taramaları,** ‘Personel Sağlık Tarama Planı’’ doğrultusunda yapılır. Sağlık taraması kapsamında yapılan tetkik ve muayeneleri işyeri hekimi tarafından değerlendirilir. Risk durumuna göre göz hastalıkları uzmanı, dahiliye uzmanı ve cildiye uzmanı tarafından muayene ve değerlendirme yapılır. Sağlık taramaları ilgili forma işlenir.

**Sağlık taramaları sonucunda**, sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilir.

Çalışanlar sonuçlar hakkında değerlendirmeyi yapan hekim tarafından bilgi güvenliği sağlanarak bilgilendirilir. **Herhangi bir olumsuz sonuç durumunda** ilgili uzman görüşü alınır. İlgili çalışana, işyeri hekimi ve/veya ilgili uzman tarafından çalışanın mahremiyeti gözetilerek sonuçlar hakkında bilgilendirilir.

**Olumsuz durum** tespit edilen çalışanın tedavi ve bakım olanakları sağlanır.

Sağlık tarama kayıtları işyeri hemşiresi tarafından bilgi güvenliği sağlanarak muhafaza edilir.

## 6.5. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Çalışma ortam ve koşulları ile yaptığı işe göre kişisel koruyucu ekipman çalışanlar tarafından kullanılmalıdır. Çalışanlar, kişisel koruyucu ekipman seçimini olası tehlike/risk durumuna göre yapmalıdır. Bölüm bazlı kişisel koruyucu ekipman listeleri hazırlanmış ve alanlarda bulunmaktadır.

Bölümlerde kişisel koruyucu ekipmanların çalışma alanlarında bulunması sağlanır ve ulaşılabilir olmasına dikkat edilir.

Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenir.

Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda İş Güvenliği Uzmanı tarafından çalışanlara eğitim verilir veya İSG

Kurulu ile koordineli olarak çalışacağı kişi/birimlerce bölümlerde de eğitim verilmesi sağlanır. (Bölüm uyum eğitimi vb)

 **6.6. Radyasyon Güvenliğinin Sağlanması**

Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim her yıl düzenli olarak verilmektedir.

Radyolojik görüntüleme cihazlarının düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılır.

Radyasyon tehlike sembolünün ve diğer uyarı yazılarının ilgili alanlarda asılı olması sağlanmalıdır.

Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve birimi ile ilgili kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır.

Sağlık taramaları yıllık ve 6 aylık düzenli olarak yapılmalı ve ‘hazırlanan “İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ PERİYODİK MUAYENE FORMU” kaydedilmelidir.

 Dozimetre takipleri 2 ayda bir yapılmalı, yıllık doz ölçümü yapılmalıdır. Sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır (şua izini, bölüm değişikliği vs.)

## 6.7. Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi

 Çalışanlarımızın fakültede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine yönelik alınacak önlemler; İSG Kurulu, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.

Enfeksiyonu önlemek için alınacak tedbirlerin bazıları kurum tarafından bazıları çalışanın kendisi tarafından alınır.

* Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır.
* Sağlık taramaları ‘‘Personel Sağlık Tarama Planı’na göre düzenli olarak yapılır. Gelişen durumlara göre tarama planına ilaveler yapılabilir. Tarama sonuçlarına göre çalışanlar aşılama programına alınmalıdır.
* Fakültedeki bölümlerin risk düzeylerine temizliği, ‘’Fakülte Temizlik Planı’’na uygun yapılır.
* Kesici delici alet yaralanmalarını önlemek için ‘Kesici delici alet yaralanmalarından korunma talimatı’na uygun hareket edilir.
* Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için Kişisel Koruyucu Ekipman kullanılmalıdır.

**6.8. Beyaz Kod İşleyiş**: Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmıştır. Beyaz Kod Ekibi kurulmuştur, kod bildirimi 1111 numaralı telefona yapılmaktadır.

Beyaz kod fakültelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeye yönelik acil durum yönetim aracıdır.

Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her yıl en az bir tatbikat yapılmasını sağlamak, gerektiğinde düzeltici iyileştirici faaliyetler başlatmak, olaya maruz kalan çalışanlara gerekli desteği sağlamak, çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmek üzere, beyaz kod yönetimi sorumluları belirlenmiştir.

 Beyaz kod çağrısı ile müdahalesi gerçekleşen olay sonunda ‘’Beyaz Kod Bildirim Formu’’nda

* Olayın olduğu tarih ve saat
* Olayın olduğu yer
* Olay anında yapılan iş
* Olayın başlama nedeni
* Olayın oluş şeklinin
* Olayda varsa kullanılan cisim
* Olayda çevrede oluşan olumsuzlukların
* Olaya karışanların yaş, cinsiyet, varsa kişisel bilgileri
* Olayı görenlerin kişisel bilgilerinin ve iletişim bilgilerinin yer alır. Beyaz Kod uygulaması yapan kişi tarafından

Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

Her yıl beyaz kod eğitimleri tekrarlanır ve tatbikat yapılır. Tatbikat öncesinde Beyaz Kod Ekibi tarafından tatbikat hedefleri belirlenir. Belirlenen tatbikat hedefine ulaşana kadar tatbikat tekrar edilir. Tatbikatta oluşan olumsuz durumlara yönelik iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır.

Şiddet olayına maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanır.

## 6.9. Çalışanların Görüş ve Önerilerinin Değerlendirilmesi

Çalışanların görüşlerini bildirmeleri için görülebilir yerlerde görüş ve öneri kutuları (Anket Kutuları), Fakültenin WEB sayfasında bulunan öneri ve şikâyet bölümü üzerinden yapılır. Tüm birimlerde görüş öneri formları bulunmaktadır. Bildirilen tüm görüşler Kalite Yönetim Direktörü her ay değerlendirilir. Değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları yapılır.

 Çalışanlar bu formları Kalite Yönetim Birimine elden de iletebilirler. Bu durumlarda Kalite Yönetim Direktörü konuların günlük olarak aciliyetini belirler ve gerekli hallerde ilgililere ulaşarak değerlendirmeler yapar. Acil durumlar dışında değerlendirmeler aylık yapılır. Değerlendirme sonucunda ilgili birimlere iyileştirme talep ediliyor.

Kutulara atılan görüş öneriler için cevaplama zorunluluğu yoktur.

Her yılın sonunda kurumda en az 1 yılını dolduran çalışanlara çalışan anketi düzenlenerek; Kalite Yönetim Direktörü tarafından raporlanır. Rapor üst yönetime sunulur. Üst yönetim toplantısında değerlendirilir, gereken iyileştirmeler planlanır.

**6.10. Engelli ve Kronik Rahatsızlığı Olan Çalışanlar:** Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.

Engelli çalışanların engel durumuna yönelik ihtiyaçların giderilmesi ve bu alanlarda çalıştırılması

 Engelli çalışanların çalıştığı bölümde engel durumuna yönelik çalışma ortamı ve ihtiyaçların temini ile ilgili düzenlemeler yapılır (tuvaletlere, lavabolar ve tutunma barları yerleştirilmiş, asansörün olması vs.).

Gebe ve emziren çalışanlar gece ve riskli alanlarda çalıştırılmaz. Çalışma saatleri kanun kapsamında düzenlenir.

## 6.11. Çalışanların Bilgilendirilmesi

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

## 6.12. Atık Yönetimi

Fakültemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar ‘’Atık Yönetimi Talimatı” nda belirlenmiştir.

* Üretilen atık çeşitlerini,
* Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
* Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
* Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
* Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
* Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
* Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
* Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,

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

* Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.
* Bölüm bazında atıklar belirlenir.
* Uygun atık kapları temin edilir.
* Atıklar uygun atık kabına/kovasına atılmalıdır.
* Atık kapları aşırı doldurulmamalıdır.
* Atıklar belirlenen periyotlarda geçici depolarına taşınır.
* Atık kazaları ile ilgili çalışanlara eğitim verilir.

**6.13. Bilgi Güvenliği**

Tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanması, iletilmesi, depolanması ve kullanılması sağlanır.

Çalışanlara ait bilgilerin uygun şartlarda muhafaza edilmesini ve iletilmesini sağlanır, çalışan bilgileri çalışanın onayı dışında ya da yasal bir yükümlülük altında bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile paylaşılmaz.

Çalışanlar bilgilerinin toplanması ve korunmasında güvenlik, veri bütünlüğü, erişim ve uygulama ile ilgili gizlilik ilkelerine uygun davranmalıdır.

## 6.14. Temel Yaşam Desteği Güvenliği

**Mavi kod:** Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve tüm fakülte personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmak, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmak üzere, tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilciden oluşan mavi kod yönetimi sorumluları belirlenmiştir.

Mavi kod uygulama ekibinde görevli çalışanlara CPR eğitimi verilmektedir.

Tüm çalışanlara mavi kod çağrısı ile ilgili eğitim verilir.

Mavi Kod ekibi uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale setini yanında götürmelidir.

Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri sorumluları tarafından takip edilir.

Mavi kod işleyişinde, müdahale edilen kişiye ait bilgileri, yapılan uygulamayı, müdahalenin yerini, çağrının yapıldığı zamanı, ekibin olay yerine ulaşma zamanını, müdahalenin sonucunu, müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsayan **‘**Mavi kod müdahale formuna’’ kayıt edilir.

 Her mavi kod çağrısından sonra ‘’Mavi Kod Müdahale Formu’’eksiksiz olarak doldurur ve Kalite Birimine iletilir.

Mavi kod yönetimi kapsamında her yıl en az 1 tatbikat yapılır. Tatbikat öncesi hedef belirlenir ve hedefe ulaşana kadar tatbikat tekrar edilir.

## 6.15. Çalışma Ortamına Yönelik Düzenleme

Birimlerde sağlıklı çalışma ortamı yaratılmak için fiziki düzenlemeler yapılmıştır. Çalışanların kullanabileceği kilitli dolapların olduğu soyunma ve dinlenme odası oluşturulmuştur.

Dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarını karşılamak için mescit oluşturulmuştur.

Çalışanların motivasyonu için aktiviteler düzenlenmektedir. Mesleki gelişim için eğitim ve seminerlere katılımı sağlanmaktadır.

# 6.16.İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimlerinin yapılmasını sağlamak.

Yapılan istenmeyen olay veya ramak kala olay bildirimleri ilgili komitelerde değerlendirilir, kök neden analizi yapılır.

Gerekli düzeltici iyileştirici faaliyetler planlanarak uygulanır.

## 6.17. Sağlıklı Çalışma Yaşamı Kalite Hedefleri

Her yıl için sağlıklı çalışma yaşamına yönelik kalite hedefleri belirlenir. Dönem sonunda hedeflere ulaşma düzeyi değerlendirilir, gerekli ise iyileştirme çalışmaları planlanır.

Sağlıklı çalışma yaşamı için Bakanlık tarafından belirlenen göstergelerin takipleri yapılır. 3’er aylık periyotlarda

TÜR-GÖS’e veri girişleri yapılır.