

|                                                                                   |                                                   |                 |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------|-------------|
|  | <b>DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ</b>                    | Doküman No.     | SÇ.ÇG.01.00 |
|                                                                                   | <b>ÇALIŞAN SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ<br/>PROSEDÜRÜ</b> | Yayın Tarihi    | 30.11.2016  |
|                                                                                   |                                                   | Revizyon Tarihi | 24.02.2022  |
|                                                                                   |                                                   | Revizyon No.    | 04          |
|                                                                                   |                                                   | Sayfa No.       | 1/5         |

## 1. AMAÇ

Fakültemizde çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, çalışanların hizmet sunum sürecinde karşılaşabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunması, bunun için kurumda düzenlemelerin yapılması ve gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

## 2. KAPSAM

Fakültemizin tüm birimlerini kapsar.

## 3. SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından tüm fakülte çalışanları sorumludur.

## 4. TANIMLAR

**4.1. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği:** Çalışanların çalışma ortamında karşılaşabilecekleri sağlık sorunları ve mesleki sorunların en aza indirilmesi veya ortadan kaldırılması için analizler ve çalışmalar yapılması.

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

**4.3. Radyasyon Alanları:** Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu alanları

**4.4. Radyasyon Uyarı Levhaları:** Radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretleri.

**4.5. Koruyucu Ekipmanlar:** Hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların korunmasına yönelik kullanılan ekipmanları ifade eder.

## 5. FAALİYET AKIŞI

### Çalışan Güvenliği Komitesi

**5.1.** Çalışan Güvenliği Komitesinde görev alacak kişiler Üst Yönetim tarafından belirlenir. Kurulda üst yönetimden en az bir kişi bulunur.

**5.2.** Kalite Yönetim Birimi tarafından toplantıların yeri ve zamanı, gündem maddeleri belirlenir ve ilgililere en az iki gün öncesinden duyurulur. Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 (dört) defa, lüzum halinde acil (3 ayda bir ilgili ayın ilk haftası) toplanır ve yaptığı toplantıları kayıt altına alır. Toplantılarda asgari aşağıda belirtilen konular görüşülür.

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

**5.3.** Çalışan Güvenliği Komitesi uygulamalarını planlarken ve gerçekleştirirken; diğer komitelerden destek alır ve koordineli bir çalışma yapar. Çalışan Güvenliği uygulamaları için risklerin ve hataların saptanması, düzeltilmesi ve tekrarının önlenmesi için gerekli bilgiler, iç ve dış

tetkiklerden, öz değerlendirmelerden, toplantılardan, hasta Őikayetleri ve önerilerinden, çalışan memnuniyet anket sonuçlarından, Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim değerlendirmeleri gibi uygulamalardan elde edilir.

**5.4.** Komite alıŐan Güvenliğine iliŐkin mevcut durum tespiti yapar, gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetler planlar ve fakülte idaresini bilgilendirir. Ayrıca alıŐan güvenliğine iliŐkin plan, program hazırlar ve personele eğitimler verir.

## **6. Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Yapılması**

**6.1.** Sağlık hizmetlerinde görev alan tüm personelin sağlık taramaları “**Personel Sağlık Tarama Planı**”na göre düzenli olarak yaptırılır ve sonuçları değerlendirilir.

**6.2.** Sağlık tarama kayıtları, enfeksiyon hemşiresi tarafından bilgi güvenliği sağlanarak muhafaza edilir. Sağlık taramaları;

- Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personelinin yılda bir kez HBsAg, AntiHBs, Anti HCV, Anti HIV
- AŐı listesi oluŐturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aŐılanması
- Radyoloji birimi personelleri için; dozimetre takipleri, 6 ayda bir kez hemogram, periferik yayma, yılda bir kez göz muayenesi ve dermatolojik muayeneleri
- Diş Protez teknisyenleri için; yılda bir kez akciğer grafileri, solunum fonksiyon testleri ve odyo testleri
- Sterilizasyon personelinin yılda bir kez odyo testi
- İdari personelin göz muayenesi yılda bir kez yapılır.

## **7. Engelli alıŐanlara Yönelik Düzenleme**

**7.1.** Engelli kişiler için iŐlevsel düzenlemeler (özür durumuna göre çalışma yeri planı vb.) bulunmalıdır.

**7.2.** Engelli alıŐanların engel durumuna yönelik ihtiyaçları giderilmeli ve bu alanlarda çalıŐtırılmalıdır.

**7.3.** Engelli alıŐanların çalıŐtığı bölümde engel durumuna yönelik çalışma ortamı ve ihtiyaçların temini ile ilgili düzenlemeler yapılmalı (tuvaletlere, lavabolar ve tutunma barları yerleŐtirilmiŐ, asansörün olması vs.)

## **8. Çalışanların Kişisel Koruyucu Önlemleri Almasının Sağlanması**

**8.1.** Çalışma ortam ve koŐulları ile yaptığı iŐe göre kişisel koruyucu ekipmanlar çalışanlar tarafından kullanılmalıdır.

**8.2.** Çalışanlar, kişisel koruyucu ekipman seçimini çalışma alanlarındaki olası tehlike/risk durumuna göre yapmalıdır.

**8.3.** Bölümlerde kişisel koruyucu ekipmanların çalışma alanlarında bulunması sağlanmalı ve ulaŐılabilir olmasına dikkat edilmelidir.

**8.4.** Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenmeli, Ayrıca alıŐan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bölüm denetimleri yaptığında da denetlenmelidir.

**8.5.** Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda alıŐan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi tarafından veya komitenin koordineli olarak çalıŐacağı kişi/birimlerce çalışanlara eğitim verilmesi sağlanmalıdır.

## **9. Çalışanlara Yönelik Fiziksel Saldırıların Önlenmesine Yönelik Düzenleme Yapılması**

**9.1.** Beyaz kod yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**9.2.** Beyaz Kod alıŐanlara yönelik Őiddeti önlemeye yönelik acil durum yönetim aracıdır. Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem en az bir tatbikat yapılmalı, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalı, olaya maruz kalan çalışanlara gerekli desteği sağlanmalı, çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir. (**Beyaz Kod Uygulama Prosedürü**)

## **10. Çalışan Personelin Zarar Görme Risklerinin Azaltılması Riskli Alanlarda Çalışanlara Yönelik Gerekli Önlemlerin Alınması**

**10.1.** Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır.

**10.2.** Bölümlerdeki belirlenen olası tehlike ve risklere göre önlemler alınmalıdır.

**10.3.** Bölüm/Birim bazında, çalışan unvanlarına göre risk çalışmaları, analizleri ve değerlendirmesi yapılmalı (riskler; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim çatışmaları vb.).

**10.4.** Risk Analiz Tablolarında tehlike ve riskler ile Alınması Gerekli Önlemler belirlenmelidir.

**10.5.** Çalışanların karşılaşabileceği olası riskleri (enfeksiyon, radyasyon, kesici delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları sıçramasına maruz kalma, şiddet, ergonomik vs.) önlemek amacıyla kişisel koruyucu ekipman temini ve kullanımının sağlanmalı, sağlık taramaları yaptırılmalı, aşılama faaliyetleri yapılmalı, fiziksel çalışma şartları düzeltilmeli, güvenlik raporlama sistemi kurulmalı, Beyaz Kod uygulaması başlatılmalı, çalışan güvenliği eğitimleri gibi faaliyetler düzenlenmeli, başlatılmalı ve sürdürülmelidir.

**10.6.** Çalışanların maruz kaldığı olaylar, olayın niteliğine göre;

◆ **İstenmeyen Olay Bildirim Formu**

◆ **Beyaz Kod Olay Bildirim Formu,**

◆ **Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu,**

◆ **Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu**

doldurularak bildirimler Kalite Yönetim Birimine yapılır ve Kalite Yönetim Direktörünün değerlendirmesi sonucu Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi tarafından düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.

## **11. Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesine Yönelik Bir Program Hazırlanması**

**11.1.** Çalışanlarımızın Fakültede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler; Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.

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

**11.3.** Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır.

**11.4.** Sağlık taramaları Personel Sağlık Tarama Planı'na göre düzenli olarak yapılmalı, Tarama sonuçlarına göre çalışanlar aşılama programına alınmalıdır. Çalışan kazaları rapor edilerek izleme alınmalıdır

**11.5.** Fakülte bölümlerinin risk düzeylerine temizliği, Hastane Temizlik Planları ve Hastane Temizlik Prosedürü' ne uygun yapılır.

**11.6.** Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için Kişisel Koruyucu Ekipman kullanılmalıdır

**11.7.** Enfeksiyon kontrolü, Enfeksiyon Kontrol Programı'na göre yapılır.

## **12. Radyasyon güvenliği**

**12.1.** Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim verilmeli,

**12.2.** Radyolojik görüntüleme cihazlarının düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılmalı.

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

**12.4.** Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanmalıdır. (Kişisel Koruyucu Ekipman Listesi)

**12.5.** Sağlık taramaları Personel Sağlık Tarama Planı'na göre düzenli olarak yapılmalı,

**12.6.** Dozimetre takipleri yapılmalı sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınmalıdır.

## **13.Çalışan Eğitimleri**

**13.1.** Fakültede çalışanlarına, tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine, kaza ve yaralanmaları önlemeye, çalışan sağlığı, iletişim, mesleki bilgi ve becerileri, stresle baş etme becerileri, tükenmişlik vs. konularında eğitimler verilir.

**13.2.** Çalışanlara verilen tüm eğitimlerin konuları ve ilgili kayıtları eğitim komitesinde bulunmalıdır.

#### **14. Çalışanların Sağlık Taramaları**

**14.1.** Fakültede riskli birimlerde çalışan personelin güvenliği açısından gerekli olan sağlık taramalarının, belirlenen aralıklarda düzenli olarak yapılmasını sağlanmalıdır.

**14.2.** Sağlık taramaları, Personel Sağlık Tarama Planı'na göre yapılır.

**14.3.** Sağlık tarama kayıtları, enfeksiyon hemşiresi tarafından bilgi güvenliği sağlanarak muhafaza edilir.

#### **15. Çalışanların Görüş Ve Önerilerinin Değerlendirilmesi**

**15.1.** Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

**15.2.** Çalışanların görüşlerini bildirmeleri için görülebilir yerlerde öneri istek kutuları ve internet üzerinden yapılır. Tüm birimlerde görüş öneri formları bulunmalıdır. Bildirilen tüm görüşler kalite yönetim direktörü, çalışan sağlığı ve güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişinin yer aldığı ekiple her ay değerlendirilir. Değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları yapılır.

**15.3.** Çalışanlar bu formları Kalite Yönetim Birimine elden de iletebilirler.

**15.4.** 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 edilir.

**15.5.** Kutulara atılan görüş öneriler için cevaplama zorunluluğu yoktur.

#### **16. Çalışanların Bilgilendirilmesi**

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

#### **17. Atık Yönetimi**

**17.1.** Atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmalıdır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar " Atık Yönetimi Talimat'ında belirlenmiştir.

#### **18. Bilgi Güvenliği**

**18.1.** Tüm kurum çalışanlarına, ait bilgilerin doğru olarak toplanması, iletilmesi, depolanması ve kullanılması sağlanmalı.

**18.2.** Çalışanlara ait bilgilerin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve iletilmesi sağlanmalı, çalışan bilgileri çalışanın onayı dışında ya da yasal bir yükümlülük altında bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile paylaşılmamalı.

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

**18.4.** Hasta ve çalışanlara ait bilgiler sadece gerekli yetkililer ve yasal düzenlemeler çerçevesinde açıklanmalı (Bilgi Güvenliği ve Bilgi İşlem Prosedürü)

#### **19. Güvenlik Raporlama Sistemi**

**19.1.** Çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimlerinin **İstenmeyen Olay Bildirim Formu** yapılır.

#### **20. Mavi kod uygulamasının yapılması**

**20.1.** Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**20.2.** 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.

**20.3.** Mavi kod uygulama ekibinde görevli çalışanlara CPR eğitimi verilmektedir.

**20.4.** Çalışanlara mavi kod çağrısı ile ilgili eğitim verilir.

**20.5.** Mavi kod çağrı yapılması, telefon numaraları, ekiplerin hastaya ulaşımı, Mavi Kod Prosedüründe belirlenmiştir.

**20.6.** Mavi Kod ekibi olay yerine 3 dakika içerisinde ulaşmak zorundadır.

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

**20.8.** 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 Olay Bildirim Formu**” ile kayıtlar tutulmalıdır.

**20.9.** Her mavi kod çağrısından sonra Mavi Kod Olay Bildirim Formu mavi kod sorumlusu tarafından eksiksiz olarak iki nüsha doldurulur. Bir nüshası Kalite Yönetim Birimine teslim edilir, ikinci nüsha hasta dosyasına konur.

**20.10.** Mavi kod yönetimi kapsamında her dönem en az 1 tatbikat yapılır.

**20.11.** Acil müdahale setinde asgari, çocuk ve erişkin için ayrı olmak üzere laringoskop seti ve yedek pilleri, balon-valf-maske sistemi, değişik boylarda maske, oksijen hortumu ve maskeleri, çocuk ve erişkin boylarında entübasyon tüpü, laringeal maske, airway ya da kombi tüp gibi yardımcı hava yolu araçları, enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunur. Ameliyathane, yoğun bakım ve diyaliz bölümlerinde ayrıca acil müdahale seti içinde defibratör bulundurulur.

## 21. İLGİLİ DOKÜMANLAR

1. İstenmeyen Olay Bildirim Formu

2. Beyaz Kod Olay Bildirim Formu

3. Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu

4. Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu

5. Mavi Kod Olay Bildirim Formu

| HAZIRLAYAN                                | KONTROL EDEN                                         | ONAYLAYAN                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Kalite Yönetim Sorumlusu<br>Nezihat GÜNEŞ | Kalite Yönetim Direktörü<br>Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan<br>Prof.Dr. Abdulvahit ERDEM |