1. AMAÇ	Kurumumuzda çalışan sağlığı ve 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	Kurumumuzun tüm birimlerini kapsar.
3.KISALTMALAR	**CPR:** Kardiopulmoner Resüstasyon **EKK:** Enfeksiyon Kontrol Komitesi
4. TANIMLAR	**4.1. Hasta Güvenliği:** Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılması. **4.2. İlaç Güvenliği:** Hastaların tedavilerinde kullanılacak olan tüm ilaçların; temininden saklanmasına, order edilmesinden transferine, uygulanmasından uygulama sonrası izlemine kadar her aşamada güvenli kullanımı sağlamak amacıyla yapılan düzenlemeler. **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 yönetimi. **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 İfade eder.
5. SORUMLULAR	Bu prosedürün uygulanmasından tüm Kurum çalışanları sorumludur.
6.FAALİYET AKIŞI	**6.1. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİNİN GÖREV ALANI:**

6.1.1. Komite üyeleri, çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, çalışan güvenliğinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine yönelik yapılan bütün faaliyetleri çalışma alanlarında gözlemleyerek; tehlike oluşmasını önlemek, oluşan tehlikenin çalışanları etkilemesini engellemekle sorumludur. Eğer tehlike çalışana kadar ulaştı ise çalışanın en az zarar görmesini sağlayarak en kısa sürede zararı telafi etmek, oluşan tehlikenin tekrarlanmasını önlemek ve iyileştirme faaliyetini başlatmakla sorumludur.

6.1.2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesinde görev alacak kişiler Üst Yönetim tarafından belirlenir. Komitede üst yönetimden en az bir kişi bulunur.

6.1.3. 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 ve gerektiğinde toplanır ve yaptığı toplantıları kayıt altına alır.

6.1.4. Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

- Çalışana yönelik risk değerlendirmesi çalışmalarının takibi
- Çalışan güvenliğine yönelik tespit edilen risklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin takibi
- Sağlık gözetimi programının hazırlanması ve takibi
- Özellikli durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi
- Çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi
- Çalışan geri bildirimleri ve anket sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması

6.2. ÇALIŞANA YÖNELİK RİSK DEĞERLENDİRMESİ ÇALIŞMALARININ TAKİBİ

6.2.1. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi, çalışanların kurumda karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve hizmet kaynaklı risklerden zarar görme seviyesinin en aza indirilmesine yönelik çalışmalar yapılmasını sağlar.

6.2.2. Risk yönetimine ilişkin risk değerlendirme ekibi kurulmuştur. Risk yönetimi çalışmaları Kalite Yönetim Biriminin koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde, bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapılarak yürütülür.

6.2.3. Çalışan risklerinin azaltılması kapsamında bölüm bazında riskler belirlenir ve koruyucu önlemler planı hazırlanır ve bu kapsamında çalışmalar yapılır.

6.2.4. Risklerin azaltılmasına yönelik kurumumuzda bölüm bazında risk değerlendirmeleri yapılmakta, gerekli güvenlik önlemleri alınmaktadır.

6.2.5. Kurumumuz bölüm/birim bazında risk değerlendirmesi yapılmakta olup riskler;

- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi
- ✓ Sağlık gözetimi ve bağışıklama
- ✓ Kimyasal madde güvenliği
- ✓ Radyasyon güvenliği
- ✓ Gürültü
- ✓ Aydınlatma
- ✓ Tesis kaynaklı riskler
- ✓ Ergonomik faktörler
- ✓ Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- ✓ Mobbingin önlenmesi
- ✓ Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
- ✓ İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar

✓ Stres yönetimi şeklinde belirlenmiştir.

6.2.6. 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 sağlanması, sağlık gözetiminin yaptırılması, aşılama faaliyetlerinin yapılması, fiziksel çalışma şartlarının düzeltilmesi, istenmeyen olay bildirim sisteminin kurulması, Beyaz Kod uygulamasının başlatılması, çalışan güvenliği eğitimlerinin düzenlenmesi gibi faaliyetler başlatılarak sürdürülür.

Çalışanların maruz kaldığı olaylar, olayın niteliğine göre;

✓ İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bildirim Formu

✓ Kesici Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu

✓ Kan ve Vücut Sıvıları Sıçramasına Maruz Kalma Bildirim Formu

✓ Dilek ve Şikâyet Formu

✓ Beyaz Kod Olay Bildirim Formu ile kayıt altına alınır.

6.3. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNE YÖNELİK TESPİT EDİLEN RİSKLERE YÖNELİK İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİNİN TAKİBİ

Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler ve iyileştirme çalışmalarının yapılması sağlanır. Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin düzenli aralıklarla gözden geçirilerek sürekliliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılır.

6.3.1. Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması

● Kurum olarak Bölüm/Birim bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu donanımlar belirlenmiştir.

● Bölüm/birimlerimizde bulunması gereken kişisel koruyucu donanım listesine göre gerekli tüm kişisel koruyucu donanımlar çalışma alanlarında ulaşılabilir durumdadır.

● Çalışanlar, çalışma ortam ve koşulları ile yaptığı işe göre kişisel koruyucu donanım kullanmaktadır.

● Çalışanlar, kişisel koruyucu donanımın seçimini olası tehlike/risk durumuna göre yapar,

● Kişisel koruyucu donanımların kullanımları, bölüm kalite sorumlularınca ve birim sorumlularınca denetlenir,

● Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda Çalışan Güvenliği Komitesince, Eğitim Komitesi ile iş birliği yapılarak çalışanlara eğitim verilir.

6.3.2. Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması,

Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesi amacıyla kurumumuzda Beyaz Kod Sistemi kurulmuştur. Beyaz Kod numarası 1111'dir. Konu ile ilgili personelimize her yıl eğitim verilmekte ve tatbikat yapılmaktadır

6.3.3. Kesici-delici alet yaralanmalarının ve kan, vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması

● Kurumumuzda kesici delici alet yaralanmalarını ve kan ve vücut sıçramalarını önlemek amacıyla tüm bildirilerin alınabileceği otomasyon sisteminden bir bildiri sistemi oluşturulmuştur.

● Kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanır

●•Kesici iğne uçlarının atılabileceği atık kutuları kliniklerde temin edilir.

● Hastaya kullanılan tüm malzemeler steril edilmekte ve tek kullanımlık paketler şeklinde kullanılmaktadır.

6.3.4. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program hazırlanması

● Kurumumuzda Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program hazırlanmış olup enfeksiyon

kontrolünün sağlanmasına yönelik çalışmalar programda belirtilmiştir.

● Kurumumuzda enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi Enfeksiyon Kontrol Komitesinin yönetiminde olup, çalışanlarımızın hastanede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından belirlenir.

● Enfeksiyondan korunmak için kişisel koruyucu ekipmanların kullanılması sağlanır.

• Sağlık göztimleri " Çalışan Sağlık Gözetimi Programı"na göre düzenli olarak yapılır Sağlık gözetim sonuçlarına göre, çalışanlar aşılama programına alınır.

● Hastanedeki bölümlerin risk düzeylerine göre temizliği, "Temizlik Prosedürü"ne uygun yapılır.

● Kesici delici alet yaralanmalarını ve kan ve vücut sıvısının damlama/sıçramalarını önlemek için Kişisel Koruyucu Ekipman kullanır.

● Enfeksiyonlardan personelin korunmasında kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı önemle üzerinde durulan bir konudur ve personele düzenli eğitim verilir.

6.3.5. El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması

● El hijyenini sağlamaya yönelik kurumumuzda eğitim programı hazırlanmıştır.

● Yılda en az bir kez çalışanlara el hijyeni konusunda eğitim verilmektedir. Eğitim; El hijyeni eğitimi; el hijyeninin önemi, el hijyeni endikasyonları, el hijyeni sağlama yöntemleri, eldiven kullanımı ile ilgili kuralları, el antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri, alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamaktadır.

6.3.6. Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi

●Kurumumuzda kullanılan alet ve malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyonunda SKS standartları uygulanmakta olup uygulamalar için sterilizasyon-dezenfeksiyon yöntemlerini, dezenfektan seçimi ve dezenfektanların kullanım ilkeleri belirlenmiştir..

● Bölüm bazında temizlik planı hazırlanır.

● Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenir.

● Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmiştir.

● Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmektedir.

6.3.7. Radyasyon güvenliği

• Kurum olarak radyoaktif maddelerin, radyasyon üreten cihazların, iyonlaştırıcı radyasyon ve etkilerine karşı çalışanların, hastaların ve çevrenin radyasyon güvenliğini sağlayacak yöntem ve kuralları belirlenmiştir.

• Radyasyona maruz kalan çalışanlara radyasyondan korunma ve radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim verilir.

• Radyolojik görüntüleme cihazlarının TAEK den lisanslandırılır.

• Radyolojik görüntüleme cihazlarının, düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılır.

• Radyasyon Koruyucuların Güvenliği, ilgili standartlara göre yapılır.

• Radyasyon tehlike sembolü ve diğer uyarı yazıları ilgili alanlarda asılı bulundurulur.

• Çalışanların radyasyon güvenlik kurallarına uygun çalışılması ve kişisel koruyucu ekipmanları kullanması sağlanır.

• Radyasyonlu alanlarda çalışan personelimizin, sağlık taramaları;

o Dozimetre Takibi (İki ayda bir)

o Hemogram (6 Ayda bir)

o Periferik Yayma (6 Ayda bir)

o Biyokimya (Yılda bir kez)

o Göz, Lens Muayenesi(Yılda bir kez)

o Dermatolojik Muayene (Yılda bir kez)

o Troid Fonksiyon Tesleri (Yılda bir kez)

o Troid USG (Yılda bir kez) düzenli olarak yapılır, sonuçlar olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)

• Radyasyon Güvenliği Komitesi ile iş birliği yapılarak, dozimetre takiplerinin, yapılır, sonuçları olumsuz olduğunda çalışan sağlığını korumaya yönelik önlemler alınır, (şua izini, bölüm değişikliği vs.)

6.3.8. Mavi kod uygulamasının yapılması

Kardiyopulmoner arrest durumundaki bir hastanın hızlı ve güvenli biçimde, eğitimli ve deneyimli personel tarafından, kalp ve solunum sistemine müdahale ile canlandırılmasını sağlamak için standart bir yöntem olan mavi kod uygulaması Kurumumuzda kurulmuştur. Konu ile ilgili personelimize her yıl eğitim verilmektedir.

6.3.9. Atık Yönetimi

Atıkların; "Atık Yönetimi Prosedürü" uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmalıdır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar " Atık Yönetimi Prosedürü"nde belirlenmiştir.

6.3.10. Bilgi Güvenliği

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

• 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.

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

• Hasta ve çalışanlara ait bilgiler sadece gerekli yetkililer ve yasal düzenlemeler çerçevesinde açıklanmalı (Bilgi Yönetim Güvenliği Prosedürü)

6.3.11. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Çalışan güvenliğini tehdit eden olayların bildirimlerinin "İstenmeyen Olay Bildirim Formu"doldurularak yapılır.

6.3.12. Yangın Güvenliği

• Yangın bir sağlık işletmesinde her zaman var olan bir risktir. Kırmızı Kod Ekibi binaların özelliklerini dikkate alarak yangın güvenliği ile ilgili tedbirleri (yangın söndürme sistemleri, yanıcı maddelerin taşınması ve depolanmasında alınacak önlemler, yangın söndürme tüpleri, yangın önleme ve söndürme yönergesi, vb) almaktadır.

• Kurumumuzda yangın alarm sistemi kurulmuş olup, olabilecek yangınlar için önlem alınmıştır.

• Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere görülebilecek şekilde yerleştirilmiş, yangın çıkış

kapılarının kilitli olmaması açık olması yada bariyerli kapılar ile sağlanmaktadır.

6.4. SAĞLIK GÖZETİMİ PROGRAMININ HAZIRLANMASI VE TAKİBİ

Sağlık hizmetlerinde görev alan tüm personelin sağlık taramaları "Risk Düzeylerine Göre Personel Sağlık Gözetimi

Planı 'na göre düzenli olarak yaptırılır ve sonuçları değerlendirilir.

● Sağlık tarama kayıtları, EKK tarafından bilgi güvenliği sağlanarak muhafaza edilir.

● Sağlık taramaları;

Tüm Kurum personellerine;yılda bir kez HbsAg, Anti HBs, Anti HCV, Anti HIV, Biyokimya, Hemogram, Hormon T3-T4-TSH testleri peryodik olarak yapılır. Riskli gruplarda çalışan personellerimize bu testlere ilave olarak;

- Radyolojide çalışan personellerimize; İki ayda bir dozimetre takibi, 6 ayda bir hemogram, periferik yayma, yılda bir kez biyokimya, göz, lens muayenesi, dermatolojik muayene, troid fonksiyon tesleri, troid USG,

- Diş Protez Laboratuvarı personellerimize; Altı ayda bir HBV, HIV, HCV,yılda bir kez Akciğer Grafisi, SFT, Hemogram, ALT, AST, sadece bir defa Hepatit A,

- Merkezi Sterilizasyon Ünitesi personellerimize; yılda bir kez odio takibi, akciğer grafisi, SFT, hemogram, ALT, AST, EKG

- İdari personelin göz muayenesi yılda bir kez yapılır.

- Temizlik personellerimize ve tıbbi atık personelimize sadece bir kez Anti HAV IGG bakılır.

● Tetkik sonucundaki doktor raporuna göre aşı olması gerekenler 3 doz halinde Hepatit B aşısı olurlar.

● 6. Son dozdan en erken 2 ay sonra tekrar bağışıklık seviyelerini ölçmek amacı ile Hepatit tetkikleri baktırılır.

● 7.Bağışıklık seviyeleri koruyuculuk düzeyinde olanlardan 5 yıl sonra tekrar Hepatit tetkikleri baktırılır.

● Ömür boyu bağışıklık kazanmış olanlardan tekrar tetkik istenmeyebilir. Tetkikler için çalışanlar Üniversitemiz kampüsünde bulunana Üniversite Aile Sağlığı Merkezine yönlendirilir, bu birimden istemleri yapılır ve Ordu Eğitim Araştırma Hastanesine yönlendirilir hastanenin laboratuarında çalışılır. Sonuçlar uzman hekimlerince değerlendirilir.

● Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilir.

● Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.

● Tüm personellerimize aşı programı hazırlanarak bağışıklanması sağlanır.

6.5. ÖZELLİKLİ DURUMU OLAN PERSONELİN (GEBE, EMZİREN, ENGELLİ, KRONİK HASTALIK GİBİ) SAĞLIK DURUMU VE İHTİYAÇLARINA YÖNELİK DÜZENLEMELERİN YAPILMASININ SAĞLANMASI VE TAKİBİ

6.5.1. Engelli Çalışanlar İçin Yapılan Düzenlemeler

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

• Düzenleme özellikle engelli çalışanların doğrudan çalıştığı yerlerde ve kullandıkları kapı, geçiş yeri, merdiven, lavabo ve tuvaletlerde yapılır.

• Engelli çalışanların durumlarına uygun olarak, çalışmalarını kolaylaştıracak ve işin kendilerine uygunluğunu sağlayacak şekilde hazırlamak, sağlıkları için gerekli tedbirlerin alınması, mesleklerinde veya mesleklerine yakın

işlerde çalıştırılması, özürlünün durumuna göre belirlenebileceği, sağlık kurul raporunda çalıştırılamayacakları belirtilen işlerde çalıştırılmazlar. Engellilik türüne ve derecesine göre farklılıklar göstermekle beraber gerekli düzenlemeler yapıldığında santral memurluğu gibi birçok işte engelliler güvenli bir çalışma sürdürebilir.

• Asansörlerde düğmeler tekerlekli sandalyede oturan kişinin elinin rahatlıkla ulaşabileceği şekilde dizayn edilir ve acil durumlarda kullanabilecekleri çağrı sistemi bulundurulur.

• Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz girişinde merdiven yerine kullanabilecekleri rampalar, engelli asansörü ve merdivenlerde tutunma barları bulunmalıdır.

• Tüm kapılar tekerlekli sandalyenin rahatça geçebileceği genişlikte olmalıdır.

• Bina içerisinde engelli çalışanların engel durumlarına göre gerekli değişiklikler yapılır. Kapı kolları, ikaz butonları, tekerlekli sandalye kullanan çalışanların erişebileceği yükseklikte ayarlanır. Yangın tüplerinin yükseklikleri, bu çalışanların da rahatlıkla ulaşabileceği yerlere yerleştirilmiş ve güvenli bir çalışma ortamı sağlanmış olmalıdır.

6.5.2. Kronik Hastalığı Olan Çalışanlar İçin Düzenlemeler:

• Diyabet, tansiyon, kalp, eklem rahatsızlıkları, gibi sağlık sorunları olan çalışanlar fizyolojik fonksiyonlarındaki zayıflama, çalışanın kendisi ve birlikte çalıştığı iş arkadaşları açısından da güvenlik riski oluşturmaktadır. Bu tür çalışanlar daha az iş kazasına uğramakla birlikte, ciddi yaralanmalar ve uzun süren iyileşme süreçleri yaşamaktadırlar.

İşe devamsızlıkları nadir olmakla birlikte, daha uzun sürmektedir.

• Kalp, epilepsi veya astım gibi rahatsızlıkları olan çalışanların iş alanlarında risk değerlendirmesi yaparken, engelli çalışanlar, enfeksiyonlara karşı fiziksel koruma, hijyen önlemleri ve sağlık taramaları ile kontrol önlemleri alınır.

6.5.3. Gebe ve Emziren Kadın Çalışanlar İçin Düzenlemeler:

• Çalışma mahalli ve çalışma düzeni, gebe veya emziren çalışanların duruş problemlerini ve kaza riskini azaltacak şekilde yeniden düzenlenmeli, Mümkünse oturarak çalışmalar sağlanmalı,

• Gebe veya emziren çalışanlar elle taşıma, yükleme ve araçsız taşıma işlerinde çalıştırılmaları yasaktır. Çalışanların riskini azaltmak için görev değişimi yapmak ya da çalışana yardım sağlamak gerekli,

• Radyoloji ve görüntüleme ünitelerinde çalışan kişinin gebe olması durumunda radyoloji biriminde çalıştırılmaz ve farklı bir bölümde görevlendirilir.

• Aşırı sıcak durumunda yeterli dinlenme ve içme suyuna erişim kolaylığı sağlanmalı, İklimlendirme ve havalandırma sağlanmalıdır.

• Emziren çalışanlarımıza yasal süt izinleri kendi belirledikleri saatlerde kullandırılır.

• Enfeksiyonlara karşı fiziksel koruma, hijyen önlemleri veya sağlık taramaları ile kontrol önlemleri alınmalıdır.

6.4. ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİMLERİNİN (ÖNERİ, ŞİKAYET GİBİ) VE ANKET SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

• Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kurum ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir.

• Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmektedir. Değerlendirmelerde, Kalite Yönetim Sorumlusu çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almaktadır. Görüş, öneri ve şikayetler,

düzenli aralıklarla değerlendirilir. Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınır. Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilir ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanır. Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulur.

● Çalışan görüşlerinin alınmasında İstenmeyen Olay Bildirim Formları da aktif olarak kullanılmaktadır.

● Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmaktadır. Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içerir. Anketler yılda bir kez yılın snunda yapılır. Anketlerin uygulanması ve takibinden kalite yönetim birimi personeli görevlidir.

6.6. ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİMLERİ VE ANKET SONUÇLARINA GÖRE GEREKLİ İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİNİN YAPILMASI

● Çalışanların görüşleri; HBYS de bulunan Kalite Modülü üzerindeki İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminden, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz içerisinde bulunan görüş, öneri ve istek kutularından, yılda bir kez yapılan memnuniyet anket sonuçlarından ya da İnternet ortamı vasıtasıyla alınır.

● Yapılan değerlendirmeler sonrası iyileştirme çalışmaları planlanır ve yapılır.

● Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanır.

● Görüşlerin değerlendirilmesi ve bu konuda yapılacak çalışmaların koordinasyonundan Kalite Yönetim Birimi sorumludur

6.7. Komitenin Görev Alanı İle İlgili Eğitim Faaliyetleri:

Komite tarafından görev alanı ile ilgili eğitim faaliyetleri belirlenir. Eğitim Komitesi ile koordineli olarak bu eğitimlerin verilmesi sağlanır**.**

Çalışan sağlığı ve güvenliği görev alanı içinde olan eğitimler:

● Tüm kurum çalışanlarına Enfeksiyonların Önlenmesi konusunda eğitim,

● Tüm kurum çalışanlarına Kişisel Koruyucu Ekipman konusunda eğitim,

● İlgili çalışanlara Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri eğitimi,

● Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik eğitim,

● Tüm çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirimi Sistemi eğitimi,

● İlgili çalışanlara İSG ve Risk Yönetimi (risklerle ilgili eğitimler) eğitimi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi görev alanı ile ilgili plan dışı eğitimleri, komite toplantısında ortaya çıkan eğitim ihtiyaçları doğrultusunda belirleyerek eğitim faaliyetini planlar.

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

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. İstenmeyen Olay Bildirim Formu (HBYS)	**7.5.** Mavi Kod Olay Bildirim Formu
7.2. Beyaz Kod Olay Bildirim Formu	**7.6.** Atık Yönetimi Prosedürü
7.3. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Analiz ve Takip Formu	**7.7.** Risk Düzeylerine Göre Personel Sağlık Taramaları Planı
7.4. Kesici Delici Alet Yaralanmasi Analiz ve Takip Formu	**7.8.** Temizlik Prosedürü