1-AMAÇ:

Enfeksiyonları önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek ve sorunları çözmek, yataklı tedavi kurumlarında sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen hastane kökenli faaliyetlerini düzenleyip yürütmek.

2-KAPSAM:

Enfeksiyon kontrol komitesi ve alt birimlerini kapsar.

3-SORUMLULAR:

Enfeksiyon Kontrol Komitesinin başkanı ve üyelerinin (Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Dahili Birim Uzmanı, Anestezi Uzmanı, Eczane Sorumlusu, Enfeksiyon Kontrol Hekimi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi sorumluluğundadır. 11.08.2005 tarihinde 25903 sayılı resmi gazetede yayınlanan "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği" ne uygun olarak, hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Komitesi yapılandırılmıştır.

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN OLUŞUMU:

Başkan/Toplantı Yöneticisi: Enfeksiyon Hastalıkları Sorumlu Uzman Hekimi

Üyeler:
Başhekim Op. Dr. Ad Soyad

Hemşirelik Hizmetleri Temsilcisi Ad Soyad

İdari Hizmetleri Temsilcisi Ad Soyad

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı Ad Soyad

Anestezi Uzmanı Uzm. Dr. Ad Soyad

Kalite Yönetim Sorumlusu Ad Soyad

Eczacı Ad Soyad

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi Ad Soyad

4. TANIMLAR

Hastane Enfeksiyonu:

Hasta hastaneye yattıktan 48 – 72 saat sonra ve taburcu olduktan 10 gün sonra Cerrahi işlem geçirmişse 1 ay, vücudunda implant varsa 1 sene içinde çıkan enfeksiyonlara hastane enfeksiyonu denir.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK):

Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasından sorumlu komitedir. Komite; Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Enfeksiyon Hastalıkları Uzman Hekimi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Cerrahi Bilim ve Dahili Bilimler temsilcisi, Eczane temsilcisi ve Kalite Yönetim Sorumlusu ' nden oluşur.

Enfeksiyon Kontrol Hekimi: Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasında görev alan Enfeksiyon Kontrol Uzmanı ' dır.

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi: Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının uygulanmasında görev alan hemşiresidir.

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN, GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK) enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışır ve düzenli olarak yılda en az üç kez toplanır. Bunun dışında EKK başkanı komiteyi olağanüstü toplantıya

çağırabilir

2. Enfeksiyon Kontrol Komite üyeleri enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek için toplanır. Toplantı saati, yeri, tarihi gündemi ile birlikte toplantıdan en az iki gün önceden üyelere bildirilir. Olağanüstü durumlarda enfeksiyon kontrol komitesi yöneticisini davetiyle veya üyelerden birinin yöneticiye yapacağı başvuru ve yöneticinin uygun görmesiyle toplanır. Herhangi bir sebeple olağan ya da olağanüstü toplantılara katılamayacak üyeler başkana yazılı mazeret bildirmekle yükümlüdür.
3. Toplantıda alınan kararlar Enfeksiyon Kontrol Komitesi Karar Defteri‘ ne kaydedilir.
4. Enfeksiyon Kontrol Komitesi bilimsel esaslar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumunun özelliklerine ve şartlarına uygun enfeksiyon kontrol programını belirleyerek uygulamak, yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunar.
5. Güncel ve uluslar arası prosedürler doğrultusunda hastanede uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirerek bunları gerektikçe günceller.
6. Hastanede çalışan personele bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlar ve uygulamaları denetler.
7. Hastanenin ihtiyaç ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirerek çalışmaların sürekliliğini sağlar
8. Hastane enfeksiyonları açısından öncelik taşıyan bölümleri saptayarak bu bölümlerde enfeksiyon kontrolü için hedefler belirlemek suretiyle harekete geçer her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirerek yıllık çalışma raporunda yer verir.
9. Üç ayda bir olmak üzere hastane enfeksiyon hızlarını, etkenleri ve direnç patentlerini içeren sürveyans raporunu hazırlar ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirilir.
10. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunar. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorun ve çözüm önerileri konusunda karar alarak yönetime iletir.
11. Antibiyotik, dezenfeksiyon, sterilizasyon araç ve gereçlerin enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzemelerin alımında ilgili komisyonlara görüş bildirir.
12. Görev alanı ile ilgili hususlarda hastanenin inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirir.
13. İlgili idari birimlerle koordinasyon halinde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetimin ilkelerini belirler ve denetler.
14. Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar uygulanmak üzere yönetime iletilir. Bu kararlar yönetim ve hastanenin bütün personeli için bağlayıcıdır. Kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur.
15. Enfeksiyon kontrol komitesi görev alanı ile ilgili olarak gerek gördüğü durumlarda çalışma alt grupları oluşturur.

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİNİN FAALİYET ALANLARI ŞUNLARDIR

A.SÜRVEYANS VE KAYIT:

Sürveyans; belirli bir amaca yönelik olarak veri toplanması, toplanan verilerin bir araya getirilerek yorumlanması ve sonuçların ilgililere bildirilmesinden oluşan dinamik bir süreçtir.

Hastane enfeksiyonu; hastanın hastaneye başvurduğu anda enkübasyon döneminde olmayan, yatışından en az 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan sonra 10 gün içinde gelişen enfeksiyonlardır.

1. Hastanemizde aktif hasta ve laboratuvara dayalı sürveyans yapılmaktadır.
2. EKH aşağıda belirtilen vaka bulma yöntemlerini kullanarak yoğun bakım, dahili ve cerrahi servislere günlük vizitler yapar ve hastane enfeksiyonu tanımına uyan hastaları saptamaya çalışır. Gerek duyduğunda hastayı izleyen hekim ve Enfeksiyon Kontrol Hekiminin görüşlerini alır.

Vaka bulma yöntemleri:

3. Ameliyathane kayıt defterinden cerrahi girişim yapılan hastalar **Ameliyat Payda Giriş Formu’** na kaydedilir.
4. Hemşire gözlemlerinin incelenerek 37.8 derece üzerinde ölçülmüş değeri olan ve/veya antibiyotik alan hastaların dosyalarının taranması
5. Hemşire ve hekim notlarının taranması
6. Servis tarafından enfekte olduğu bildirilen hastaların dosyalarının taranması
7. Hastane enfeksiyonu (HE) saptanan hastalar yatan hasta infeksiyon risk belirleme ve takip formu ile ‘**Erişkin Hasta Formu**’na kaydedilir. Bu formlar, EKH tarafından bilgisayara girilir.
8. Yoğun Bakım Servisi’nce günlük vizitler yapılarak, hastalara uygulanan invaziv girişimler ve invaziv girişim

günleri kaydedilir.

9. İnvaziv girişim yapılan hastaların dosyalarından hemşire gözlemleri ve tetkikleri incelenir. Hastane enfeksiyon tanımına uyan hastalar saptanır ve hastayı izleyen hekim ile Enfeksiyon Kontrol Hekiminin görüşleri alınır.
10. Hastane enfeksiyonu saptanan hastalar Yoğun Bakım Enfeksiyon Hızı Veri Toplama Form'larına kaydedilir.EKH tarafından bilgisayara girilir.
11. EKH en az haftada bir kez çalışmaları değerlendirmek amacıyla Enfeksiyon Kontrol Hekimi ile bir araya gelir. Değerlendirme sonucunda saptanan sorunlar ilgili bölümlere iletilerek gerekli tedbirlerin alınması sağlanır.
12. HE saptanan hastaların kültür antibiyogram sonuçları bilgisayara kaydedilir.
13. Cerrahi servislerin üç aylık aralıklarla HE hızları, 6 aylık aralıklarla HE etkenlerinin dağılımı ve antibiyotik direnç oranları hesaplanır.
14. HE hızı:(HE sayısı/hasta yatış günü)x1000 formülüyle hesaplanır.
15. Elde edilen veriler tüm birimleri bilgilendirmek üzere başhekimliğe sunulur.

B.AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

İdeal antibiyotik kullanımı için; doğru tanı sonrası doğru antibiyotik; en uygun yoldan, etkin dozda, optimum aralıklarla, uygun süreyle verilmelidir.

Hastanemizde antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmiş (**Akılcı Antibiyotik Kullanım Talimatı**), gerekli uygulamalar yapılmakta ve izlenmektedir. Akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Eczacıdan oluşan Akılcı İlaç Kullanım Ekibi oluşturulmuş ve ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Üyeler ve EKH yılda en az üç kez toplanarak akılcı antibiyotik kullanımı raporlama sistemini oluşturur.Akılcı antibiyotik kullanımı ilkeleri ve uygun antibiyotik profilaksisi ile ilgili rehber hazırlanmıştır. Uygulamalar rehber doğrultusunda yapılmakta ve uygulamaların klinik pratiğe yansımaları izlenmelidir (Örn. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları). Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmakta ve lokal direnç verileri de incelenmektedir. Antibiyotik kullanımı ve bakteriyel direnç hastane bazında izlenmekte ve dirençli mikroorganizmalar ile kolonize hastaların gerektiğinde izolasyonu sağlanmaktadır . Antibiyotik direncine yönelik sürveyans verileri ve antibiyotik kullanımı ilkelerine yönelik elde edilen sonuçlar hastane yöneticileri ve ilgili klinisyenler ile paylaşılmaktadır.

Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

C.İZOLASYON ÖNLEMLERİ:

İzolasyon önlemlerindeki amaç hem hastadan hastaya mikroorganizma bulaşını önlemek, hem de hastadan sağlık çalışanına ve ziyaretçilere mikroorganizma bulaşını önlemektir. Standart Önlemler: Hastanedeki tüm hastalara, tanısına ve enfeksiyonu olup olmamasına bakılmaksızın uygulanması gerekmektedir.

STANDART İZOLASYON ÖNLEMLERİ

- Hastaneye başvuran bütün hastalar potansiyel enfeksiyöz kabul edilerek mikroorganizma bulaşının önlenmesine yönelik ilk sırada uygulanacak önlemlerdir.
- Kan, tüm vücut sıvıları (ter hariç), sekresyonlar, eksresyonlar, mukoz membranlar, bütünlüğü bozulmuş deri ile bulaşabilecek etkenlere yönelik önlemlerdir.

Her hastanın, kan, ter hariç tüm vücut sıvıları (semen, vajinal sekresyonlar, serebrospinal, sinoviyal, plevral, peritoneal, perikardiyal ve amniyotik sıvılar), bütünlüğü bozulmuş deri ve mukoz membranlarnın potansiyel olarak enfeksiyöz olabileceği düşünülmelidir. Bu nedenle, bu bölgelere ve kan ve sekresyon temas durumunda veya bulaş ihtimalinde eldiven giyilmelidir.

Eldiven giyilmeden önce ve sonra el hijyeni uygulanmalıdır. Aynı hastada farklı girişimler için eldiven değiştirilmelidir. Kullanım sonrası çevreye dokunmadan eldiven çıkartılmalı, el hijyeni uygulanmalıdır. Hastaya ait materyallerin sıçrama olasılığı olduğunda, sağlık çalışanı maske, gözlük, yüz siperliği kullanılmalıdır.

Deri ve giysileri, kan ve sekresyon bulaş ihtimalinde, temiz steril olmayan önlük giyilmelidir. Kirli önlük çıkarıldıktan sonra el hijyeni uygulanmalıdır.

Kontaminasyonu önlemek için, koruyucu ekipmanlar sırasıyla giyilmeli ve çıkarılmalıdır. Koruyucu ekipmanlar belirtilen şekillerde giyilmeli ve çıkarılmalıdır

Giyme Sırası:

- Önlük
- Maske
- Gözlük
- Yüz koruyucu
- Eldiven

Önlük Giyilmesi: Önlük malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmelidir. Uygun tip ve boyutta olmalı, arkadan bağlanmalıdır. Eğer çok küçük ise biri önden diğeri arkadan iki tane önlük giyilmelidir

Maske Takılması: Burnu, ağzı ve çeneyi tamamen içine almalıdır. Yüze uygunluk tam olmalıdır. Maske takıldıktan sonra tükrük veya sekresyonlarla ıslandığı zaman değiştirilmeli, tekrar ve ortak kullanılmamalıdır

Gözlük - Yüz Koruyucusu Giyilmesi: Gözleri ve yüzü tam olarak kapatmalı, yüze uygunluk tam olmalı, yüze oturmalı ancak sıkmamalıdır

Eldiven Giyilmesi: Eldivenler en son giyilmeli, doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli, eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalı, önlüğün kol manşetleri üzerine çekilmelidir.Eldiven giyildikten sonra, temizden kirliye doğru çalışılmalı, eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı, eldivenler tekrar kullanılmamalı, eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı, eldiven üzerine el dezenfektanı uygulanmamalı veya eldivenli eller yıkanmamalıdır.

Çıkarma Sırası:

- Eldiven
- Gözlük
- yüz koruyucu
- Önlük
- Maske

Eldiven Çıkarılması: Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilmeli, diğer eldivenli el ile tutulmalı, eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılmalı, içi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılmalıdır

Gözlük - Yüz Koruyucusu Çıkarılması: Eldivensiz ellerle çıkarılmalıdır

Önlük Çıkarılması: Omuz kısımlarından tutulmalı, kontamine dış yüz içe doğru çevrilmeli, yuvarlayarak katlanmalı, çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir

Maske Çıkarılması: Maske bağları (önce alttaki) çözülür, maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir, bağlardan tutularak atılır

Tek Kullanımlık Araçlar uygun biçimde ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Yeniden kullanılabilecek aletler, sterilizasyon/dezenfeksiyon olmadan başka bir hasta için kullanılmamalıdır. Hastanın rutin bakımı, temizliği, dezenfeksiyonun uygun biçimde yapıldığı izlenmelidir.

Yatak Çarşaflarının çevreyi kontamine etmeden uygun biçimde çamaşırhaneye transferi sağlanmalıdır.

Personel Sağlığı İçin delici - kesici aletlerle yaralanmaya karşı önlemler alınmalıdır. İğnenin kılıfı ya da kapağı yerine takılmaya çalışılmamalıdır. Kullanılmış delici kesici aletler delinmeye karşı dirençli kapalı kaplar içinde biriktirilip uzaklaştırılmalıdır.

Direkt ağızdan ağza resüsitasyon yaptırılmamalıdır. Hasta yerleştirilirken çevreyi kontamine etme potansiyeline göre yerleştirilmelidir. Bulaştırıcılığı yüksek olan hastalar tek kişilik odalara alınmalıdır.

Bulaşma Yoluna Yönelik İzolasyon önlemleri için de **İzolasyon Önlemleri Prosedürü** ' ne uygun hareket edilir.

D.TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON, ANTİSEPSİ, STERİLİZASYON, ASEPSİ

Hastane temizliğine yönelik politikalar belirlenmiştir ve buna uygun olarak Temizlik Kontrol Formları ve Temizlik Planları oluşturulmuştur. Enfeksiyon açısından özellikli alanlar belirlenerek sorumlular tanımlanmış, hangi alanda, hangi temizlik malzemelerinin kim tarafından nasıl uygulanacağı ve uygulamaların etkinliğinin nasıl ve kim tarafından kontrol edileceği belirlenmiştir.

Hasta bakımında kullanılan tıbbi malzeme ve ekipmanlar, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin gerekliliğini tespit etmek amacı ile kritik, yarı kritik ve kritik olmayan şeklinde sınıflandırılmıştır. Dezenfeksiyon işlemi yapılan yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmiş ve dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları (süre, miktar, yüksek düzey dezenfektanlarda etkin konsantrasyonun sağlanmasına yönelik kontrol veya tedbirler, hasta ve çalışan güvenliği açısından dikkat edilmesi gereken hususlar gibi) belirlenmiştir. Hasta sirkülasyonuna göre dezenfeksiyon işlemlerinin yeterli sürede ve etkin şekilde gerçekleşebilmesi için kullanılan ekipmanın yeterli sayıda bulunması sağlanmalıdır. Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda, havalandırma koşulları çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde yapılandırılması sağlanmaktadır. Sterilizasyon sürecine yönelik kurallar ve işleyiş **Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Prosedürü** ile belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmakta ve gelişimi de enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi konusundaki sorumlular tarafından izlenmektedir.Hastanemizde Merkezi Sterilizasyon Ünitesi bulunmamakla birlikte Sterilizasyon Birimleri ameliyathane sorumluluğu altında bulunmaktadır. Ayrıca EKK, infeksiyon riskini azaltmaya ve çalışanların sağlığını korumaya yönelik olarak sterilizasyon ünitesi sorumluları ile sıkı işbirliği içerisinde çalışarak, uygulamaların talimatlara uygun olarak yapılmasını sağlar ve denetler.

Hastanede kullanılacak olan; dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç gereçleri ve infeksiyon kontrolü ile ilgili demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, bilimsel veriler ışığında ilgili komisyonlara görüş bildirir.

Tüm hastanede kullanılan dezenfeksiyon-sterilizasyon- antisepti yöntemlerinin prosedüre uygun olarak yapılıp yapılmadığını denetler. Bu amaçla da ***Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Süreçleri Prosedürü ve Alet*** *ve* ***Tıbbi Malzemelerin, Araç ve Gereçlerin Sterilizasyon, Dezenfeksiyon ve Temizlik İşlemleri Talimatı*** *' na uygun olarak hareket edilir.*

E. ÇAMAŞIRHANE, MUTFAK, MORG, ATIK YÖNETİMİ VE HAVALANDIRMA SİSTMELERİ GİBİ DESTEK HİZMETLERİNDE ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ

Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenme süreci **Çamaşırhane Hizmetleri Enfeksiyon Kontrol Talimatı** ile belirlenerek izlenmektedir.

Mutfakta görevli personelden ve çalışma ortamından kaynaklanan, besinler yoluyla bulaşabilecek enfeksiyonların önlenmesi yiyeceklerin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması, taşınması ve hastalara dağıtımı ile ilgili güvenli uygulamaların belirlenmesi önemlidir. Hastanelerde sunulan tüm yiyecek ve diğer gıdalar potansiyel infeksiyon kaynaklarıdır ve tümünün hazırlanması ve sunumunda gıda güvenliği programına uyulmalıdır.

Gıda hazırlanması sırasında, çiğ tüketilecek maddelere, kişisel hijyene, mutfak temizliğine ve pişirme, soğutma, saklama, tekrar ısıtma ve dağıtım işlemleri sırasında zaman-ısı kontrolüne özellikle dikkat edilmelidir. Yiyeceklerin Hazırlanması, Pişirilmesi ve Saklanması, Personel Temizliği ve Hijyeni ile ilgili olarak besin ile temas eden tüm personelin dikkat etmesi gerekenler, yiyeceklerin servislere dağıtımı, servislerde hasta yemeklerinin dağıtımı, gıda alımı, gıdaların depolanması Saklama sıcaklıkları, depolama şartları, gıdaların hazırlanması, saklanması gibi hususlar **Yemek Hizmetleri ile İlgili Tüm Süreçlerde Gıda Güvenliğinin Sağlanması Prosedürü** 'nde ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.Bu süreçte görev alan çalışanlar enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmekte ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmaktadır

Sağlık hizmeti sunumunda üretilen tıbbi atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması ve bertarafının sağlanması süreçleri izlenmeli, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği **Atık Yönetim Prosedürü** ile sağlanmaktadır.

Yaşam sonu hizmetler **Yaşam Sonu Hizmetler İşleyiş Prosedürü** ile, morg alanı ve işleyişi enfeksiyonların kontrolü **Morg Temizlik Planı** ve **Morg Hizmetleri Temizlik Kontrol Formu** ile izlenmekte ve gerekli tedbirlerin alınmaktadır.

Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmesi ve gerekli tedbirlerin alınması önlemlidir.

F.EL HİJYENİ

El temizliği ile ilgili her türlü faaliyete atıfta bulunan genel bir ifadedir. Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personeli, hasta, hasta refakatçi ve ziyaretçiler için uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemlerini belirlemek be buna göre hareket etmek için kurumuzda **El Hijyeni Talimatı** ' na uygun olarak hareket edilmektedir

G.OLAĞANÜSTÜ DURUMLARA YÖNELİK (SALGIN, NADİR GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR GİBİ)YÖNELİK

PLANLAMALARIN YAPILMASI

Salgına konu olan hastalığı ya da enfeksiyon etkenini daha fazla yayılmadan kontrol altına alabilmek, enfekte veya kolonize olmamış kişilere bulaşmasını durdurabilmek, benzer durumların tekrarlanmasını önleyebilmek ve daha önceden bildirilmemiş yeni rezervuarlar ve bulaş yollarını tanımlamak amacıyla işlem basamakları belirlenmelidir. Enfeksiyon Kontrol Hekimi ve Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi **Enfeksiyon Kontrol Talimatı** ve **Salgın İnceleme Talimatı** çalışmalarını sürdürmektedir.

İ.ÇALIŞANLARIN MESLEKİ ENFEKSİYONU

Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler üç grupta ele alınmaktadır:

Temas öncesi alınması gereken önlemler: Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklık sağlanması, rutin taramalar.

2. Temasın engellenmesi için alınması gereken önlemler: Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre alınması gereken koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri).

3. Temas sonrası alınması gereken önlemler: Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemleri.

Yukarıda ifade edilen önlemlerin alınmasına ilişkin tüm süreçler hastanemiz tarafından tanımlanmıştır ve çalışanların enfeksiyonlardan korunma ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler düzenlenmektedir .Çalışanların enfeksiyonlara karşı gerekli tedbirleri alabilmeleri için uygun çalışma ortam ve koşulları sağlanarak gerekli kişisel koruyucu ekipman teminleri yapılmıştır. Bölüm bazında yapılan risk analizleri çerçevesinde düzenli aralıklar ile yapılması gereken sağlık taramaları belirlenerek, sağlık taramalarına yönelik bir program oluşturulmuş ve takipler bu program çerçevesine Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve İş Güvenliği Birim Sorumlusu tarafından takip edilmektedir. Taramalarda pozitif saptanan olgulara yönelik yapılması gereken işlemler belirlenmiştir. Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken işlemler belirlenerek uygulanmasını sağlamak ve kontrol etmek amacı ile sorumlular belirlenmiştir.

EĞİTİM PROGRAMI

Her yıl Eğitim Hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve Enfeksiyon Hastalıkları Sorumlu Hekimi tarafından yapılacak eğitimler planlanır Hazırlanan program içerisinde hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili eğitim her yıl mutlaka yer alır Sürveyans sonuçlarına göre gerektiğinde birime yönelik eğitimler planlanır. · Enfeksiyon kontrolü ile ilgili eğitimler Enfeksiyon Kontrol hemşiresi tarafından verilir Salgın durumlarında enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim ilgili birimlere verilir. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri dosyalar halinde Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından muhafaza edilir. Katılım listelerinin bir örneği Eğitim Hemşiresine iletilir.

Hizmet Kalite Standartlarına göre İndikatörler belirlenmiş ve takip edilmektedir. Komitenin takip ettiği indikatörler;

1. Kesici Delici Alet Yaralanma Oranı İndikatörü
2. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı İndikatörü
3. Üriner Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu İndikatörü
4. Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı İndikatörü
5. Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım İndikatörü
6. El Hijyeni Uyumu İndikatörü
7. Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı İndikatörü
8. Sağlık taraması tamamlanan personel oranı

- İndikatörler aylık olarak raporlandırılmakta, 3 ayda 1 de Kalite Yönetim Birimine indikatör analizleri verilmektedir.
- El hijyeni programına göre gözlemler bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını, genel cerrahi polikliniği ve acil polikliniği kapsayacak şekilde, Yoğun Bakımda her üç aylık dönemde tüm personeli kapsayacak şekilde el hijyeni gözlemleri yapılmakta ve 3 ayda bir analiz edilmektedir.
- Yönetmelikte ve Hizmet Kalite Standartlarında belirtilen Enfeksiyon Kontrol Süreçleri ile ilgili eğitimler Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından ve Enfeksiyon Kontrol Hekimi tarafından tüm personele yapılmaktadır.

- Tüm personele işe başlayıştan itibaren kanla bulaşan hastalıklar taraması (hepatit B, hepatit C, HIV) taraması yapılıp Hepatit B bağışıklamaları yapılarak takip edilmektedir. Ayrıca mevsimsel grip aşıları isteyen personellere yapılmaktadır
- Komite olağanüstü haller dışında yılda en az 4 kez toplanarak Enfeksiyon Kontrol Süreçleri ile ilgili kararlar alır ve çalışmaları gözden geçirir.

İlgili Dokümanlar:

1. Yatan Hasta İnfeksiyon Risk Belirleme ve Takip Formu
2. Erişkin Hasta Formu
3. Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane İnfeksiyon Hızları Veri Toplama Formu
4. Servis Birim Günlük Hasta Takip Formu
5. Yoğun Bakım Üniteleri/İnvaziv Araç Sürveyansı Yapılan Servisler Payda Giriş Formu
6. Ameliyat Payda Giriş Formu
7. Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızı İndikatör Kartı
8. Antibiyotik Kullanım Talimatı
9. Enfeksiyon Kontrol Talimatı
10. Sağlık İnceleme Talimatı
11. İzolasyon Önlemleri Prosedürü
12. Yaşam Sonu Hizmetler Prosedürü
13. Morg Hizmetleri Temizlik Planı
14. Morg Hizmetleri Temizlik Kontrol Formu
15. *Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Süreçleri Prosedürü*
16. *Sterilizasyon Ünitesi İşleyiş Prosedürü*
17. *Alet ve Tıbbi Malzemelerin, Araç ve Gereçlerin Sterilizasyon, Dezenfeksiyon ve Temizlik İşlemleri Talimatı*
18. *El Hijyeni Talimatı*
19. *Atık Yönetim Prosedürü*
20. *Çamaşırhane Hizmetleri Enfeksiyon kontrol Talimatı*
21. Yemek Hizmetleri ile iİlgili Tüm Süreçlerde Gıda Güvenliğinin Sağlanması Prosedürü
22. Kesici Delici Alet Yaralanma Oranı İndikatörü
23. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı İndikatörü
24. Üriner Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu İndikatörü
25. Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı İndikatörü
26. Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım İndikatörü
27. El Hijyeni Uyumu İndikatörü
28. Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı İndikatörü
29. Sağlık Taraması Tamamlanan Personel Oranı İndikatörü