**1.AMAÇ:** Hastanede gelişen enfeksiyonların kontrolüne yönelik önlemlerin belirlenmesi, planlanması, gerektiğinde hastane yönetimi ile işbirliği yaparak bu önlemlerin uygulanması.

**2.KAPSAM:** Tüm hastane çalışanlarını kapsar.

**3.KISALTMALAR:**

**4.TANIMLAR:**

**Enfeksiyon Kontrol Komitesi:** Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulamasından sorumlu komitedir.

**Enfeksiyon Kontrol Ekibi:** Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniği veya anabilim dalı temsilcisi, mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvar temsilcisi, enfeksiyon kontrol hekimi ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinden oluşan ekibi,

**Enfeksiyon Kontrol Hekimi:** Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının oluşturulmasında ve uygulanmasında görev alan enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanını,

**Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi:** Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının uygulanmasında görev alan hemşireyi, **Hastane Enfeksiyonu:** Yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonları,

**5.SORUMLULAR:**

Enfeksiyon kontrol komite üyeleri

**6.FAALİYET AKIŞI:**

**6.1.Ekk Oluşumu ve Görevleri**

EKK başkan ve üyeleri baştabiplik tarafından görevlendirilmiştir.

**Başkan:**

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı

**Üyeler:**

- Başhekim-Hastane Yöneticisi
- Enfeksiyon Kontrol Hekimi
- Cerrahi Birimler Temsilcisi ;Genel Cerrahi Uzmanı
- Dahili Birimler Temsilcisi ; Dahiliye Uzmanı, Çocuk Hastalıkları Uzmanı
- Laboratuvar Temsilcisi; Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı
- Sağlık Bakım ve Hizmet Müdürü
- İdari ve Mali Hizmet müdürü
- Enfeksiyon Kontrol Hemşireleri
- Eczane temsilcisi

**6.2.Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları**

**6.2.1.** Bilimsel esaslar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumunun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirleyerek uygulamak, Yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak.

**6.2.2**. Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak yataklı tedavi kurumunda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektikçe güncellemek.

**6.2.3.** Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek.

**6.2.4**. Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak.

**6.2.5**. Hastane enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek.

**6.2.6.**Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, yataklı tedavi kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde Yönetime görüş bildirmek.

**6.2.7.** Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak.

**6.2.8.** Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek.

**6.2.9.** Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek.

**6.2.10.**Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirmek.

**6.2.11.** Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunmak.

**6.2.12.** Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve yönetime iletmek.

**6.2.13.** Enfeksiyon kontrol komitesi, görev alanı ile ilgili olarak, gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir.

**6.3. Enfeksiyon Kontrol Ekibinin görevleri;**

**6.3.1.** Surveyans verilerini değerlendirmek ve sorunları saptayarak, üretilen çözüm önerilerini enfeksiyon kontrol komitesine sunmak

**6.3.2.** Personelin mesleğe bağlı enfeksiyon ile ilgili risklerini takip etmek, koruyucu tıbbi önerilerde bulunmak, gerekli durumlarda bağışıklama ve profilaksi programları düzenlemek ve uygulamak üzere enfeksiyon kontrol komitesine teklifte bulunmak,

**6.3.3.** Surveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, yataklı tedavi kurumlarındaki antibiyotik kullanımını izlemek, yönlendirmek ve enfeksiyon kontrol bilgi vermek,

**6.3.4.** Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerini denetlemek,

**6.3.5.** İdari birimlerde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetim ilkelerini belirlemek ve denetimini yapmak,

**6.3.6.** Yıllık çalışma ön raporunu hazırlamak ve Enfeksiyon Komitesine sunmak,

**6.3.7.**Enfeksiyon Kontrol Komitesinin gündemini belirlemek ve sekreteryasını yürütmek

**6.4.EKK Toplantı ve Çalışma Şekli**

**6.4.1**.Enfeksiyon kontrol komitesi, enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışır ve düzenli olarak yılda en az üç defa toplanır.Başkanın katılamadığı toplantılarda başkanlık görevini komitede görevli başhekim yardımcısı yürütür.

**6.4.2.**Enfeksiyon kontrol komitesinin üyeleri, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek üzere toplanır. Toplantı daveti; toplantı yeri, tarihi, saati ve gündemi ile birlikte, toplantıdan en az iki gün önce üyelere bildirilir. Olağanüstü durumlarda enfeksiyon kontrol komitesi, başkanın davetiyle veya üyelerden birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir. Herhangi bir sebeple, olağan ya da olağanüstü toplantılara katılamayacak olan üyeler, başkana yazılı mazeret bildirmekle yükümlüdür.

**6.4.3.**Enfeksiyon kontrol komitesi, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır ve katılanların oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın taraf olduğu görüş kararlaştırılmış sayılır. Komite kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır. Karara karşı olanlar, karşı görüş gerekçesini yazılı olarak belirtmek

suretiyle karara imza atarlar.

**6.4.4.**Enfeksiyon kontrol komitesinin yıllık çalışma raporu, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanır Komite'de görüşüldükten sonra en geç bir ay içerisinde yönetim'e sunulur.Komite sekreteryasını enfeksiyon kontrol ekibi yürütür**.** Komite sekreteryası komite toplantılarının gündemini hazırlar, toplantı çağrılarını başkanın imzası ile üyelere iletir. Komitenin raportörlüğünü yapar, alınan kararları başkanın imzası ile ilgililere iletir. Komitenin yazışmalarını yapar, dokümantasyonu sağlar ve dönemi bittiğinde dokümanları yeni komiteye teslim eder.

**6.5.Enfeksiyon kontrol komitesinin çalışma alanları**

- Sürveyans ve kayıt
- Antibiyotik kullanımının kontrolü
- Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon
- Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları
- Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü
- Enfeksiyon kontrol önlemlerini içeren düzenli hizmet içi eğitimlerin verilmesi.

**6.6.Sürveyans**

**6.6.1.**Sürveyans çalışmasının amacı hastane enfeksiyonlarının tespiti, izlemi ve salgınların önlenmesidir.

**6.6.2.**Hastane enfeksiyon hızının azaltılması, endemik hastane enfeksiyonu hızlarının belirlenmesi, salgınların saptanması, tıbbi personelin ikna edilmesi, hastane infeksiyon kontrol yöntemlerini değerlendirilmesi, denetim yapan üst kuruluşlara yol göstermek, hastaneler arası enfeksiyon hızlarının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

**6.6.3.**Sürveyans çalışmaları yapılırken, T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberinin tanım ve tanı kriterleri kullanılacaktır.

**6.6.4.**Veri toplamada izlenecek yöntem enfeksiyonların bulunmasında aktif ve laboratuvara dayalı prospektif sürveyans yapılmaktadır.Gerekli bulunan durumlarda nokta prevelans çalışması yapılacaktır.

**6.6.5.**Belirlenen ameliyat kategorilerinde prosedür spesifik cerrahi sürveyans yapılır.

**6.6.6.**Sürveyans hastanede yatan hastaların tamamında, bütün hastane enfeksiyonlarına karşı yapılmaktadır.

**6.6.7.**Sürveyans; Cerrahi-Dahili Klinikleri, Çocuk Klinikleri, yoğun bakım ünitelerini kapsayacak şekilde yapılacaktır.

**6.7.Veri Girişi-Veri Analizi**

**6.7.1.**Veriler; enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar (HSYS-İnfline) yazılım ağına online olarak girilir.

**6.7.2**.Veri Analizi üç aylık ve yıllık olarak yapılır.

**6.7.3.**Enfeksiyon Hız Raporları Genel raporlar; tüm servislerde hastane enfeksiyon hızı, enfeksiyon hız

dansitesi, hastane enfeksiyon türlerine göre detaylı hastane enfeksiyon hızı, Branşlara göre; dahili branşlarda hastane infeksiyon hızı ve dansitesi, Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde; hastane infeksiyon hızı ve dansitesi, Dahili branşlarda; hastane enfeksiyon türlerine göre hastane enfeksiyon hızı ve dansitesi, Cerrahi branşlarda; hastane enfeksiyon türlerine göre hastane enfeksiyon hızı ve dansitesi, Kliniklerde hastane enfeksiyon türlerine göre hastane enfeksiyon hızı ve dansitesi Mikroorganizmaların antibiyotiklere gösterdiği direnç yüzdeleri;tüm servislerde genel olarak antibiyotik direnç yüzdesi, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde detaylı antibiyotik direnç yüzdesi, Servislere göre detaylı antibiyotik direnç yüzdesi, Cerrahi Alan Enfeksiyonları Hız Raporları;ameliyat kategorilerine göre genel CAE hızı, Ameliyat kategorilerinde cerrahlara göre CAİ hızı, Ameliyat kategorilerinde risk indeksine göre CAE Hızı, Etken Dağılımı;Ameliyatlara göre etkenlerin dağılımı, Branşlara göre detaylı etken dağılımı, Servislere göre etkenlerin dağılımı, Tüm servislerde genel etkenlerin dağılımı istatistiki verilere ulaşılabilmektedir.

**6.8.Verilerin Geri Bildirimi**

**6.8.1.**Enfeksiyon kontrol ekibince elde edilen veriler, her üç ayda bir Enfeksiyon Kontrol Komitesine sunulacaktır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi bu bilgileri değerlendirdikten sonra yönetime bildirir.Yönetim ilgili kliniklere geri bildirim yapar.

## 7. ILGILI DÖKÜMANLAR

- **7.1.** Sürveyans ve Salgın Inceleme Talimatı
- **7.2.** Izolasyon Önlemleri Talimatı
- **7.3.** Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü
- **7.4.** El Hijyeni Talimatı
- **7.5.** Kişisel Koruyucu Ekipman ve Malzeme  Kullanim Talimati
- **7.6.** Hastane Temizlik Talimatı