



D İ Ş K A P I
Y İ L D I R I M B E Y A Z I T
E Ğ İ T İ M V E A R A Ş T I R M A
H A S T A N E S İ

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:1 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

1. AMAÇ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili faaliyetleri yürütmek üzere enfeksiyon kontrol komitesinin çalışma şekli, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.

2. KAPSAM

Enfeksiyon kontrol komitesinin çalışma şekli, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen faaliyetlerini kapsar.

3. SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından enfeksiyon kontrol komitesinin tüm üyeleri sorumludur. Bu talimatın uygulanması ile ilgili denetimlerden enfeksiyon kontrol komitesi'nin tüm üyeleri ve başhekimlik sorumludur.

4. TANIMLAR

Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK):Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasından sorumlu komitedir. Komite başhekim yardımcısı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji şefi, enfeksiyon kontrol hekimleri, enfeksiyon kontrol hemşireleri, mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, cerrahi bilimler ve dahili bilimler temsilcisi, başhemşire, eczane temsilcisi ve hastane müdüründen oluşur.

Enfeksiyon Kontrol Ekibi (EKE): Enfeksiyon kontrol komitesi üyelerinden; komite başkanı, mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi, enfeksiyon kontrol hekimi ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinden oluşan ekiptir.

Enfeksiyon Kontrol Hekimi: Yataklı tedavi kurumlarında, enfeksiyon kontrol komitesinin kararları doğrultusunda hastane enfeksiyon kontrol programlarının belirlenmesi ve uygulanmasında görev alan enfeksiyon hastalıkları veya klinik mikrobiyoloji uzmanıdır.

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

5. REFERANSLAR

11 Ağustos 2005 tarihli 25903 sayılı resmi gazetede yayınlanan "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği"

6. PROSEDÜR DETAYI

6.1. EKK Görev, Yetki ve Sorumlulukları

1. Bilimsel esaslar çerçevesinde, kurumun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturur, uygular, ilgili bölümlere ve yönetime bu konuda öneriler sunar,
2. Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak kurumda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirir, bunları gerektikçe günceller,
3. Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlar ve uygulamaları denetler,
4. Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirir ve çalışmalarının sürekliliğini sağlar,
5. Hastane enfeksiyonu yönünden öncelik taşıyan bölümleri saptar ve bulgulara göre harekete geçerek, diğer dönemler için hedefler koyar. Her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirir ve yıl sonu EKK toplantısında bu değerlendirmelere yer verir,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESI

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:2 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

6. Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzemelerin alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirir,
7. Görev alanı ile ilgili hususlarda, kurumun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde yönetime görüş bildirir,
8. Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda gerekli incelemeleri yapar, izolasyon tedbirlerini belirler, izler ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar alır,
9. Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirler, uygulanmasını izler ve yönlendirir,
10. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirler, standartlara uygun kullanımı denetler,
11. Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu değerlendirir ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirir,
12. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını yönetime sunar,
13. Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar alır ve yönetime iletir,
14. Enfeksiyon kontrol komitesi, görev alanı ile ilgili olarak, gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir. Hastanemizde “Sterilizasyon Dezenfeksiyon Alt Komitesi” ,“Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Alt Komitesi” ve “Antibiyotik Kontrol Alt Komitesi” çalışma grupları bulunmaktadır.

6.2. Enfeksiyon Kontrol Ekibinin (EKE) Görevleri

1. Sürveyans verilerini değerlendirir ve sorunları saptayarak, çözüm önerilerini enfeksiyon kontrol komitesine sunar,
2. Personelin mesleğe bağlı enfeksiyon ile ilgili risklerini takip eder, koruyucu tıbbi önerilerde bulunur, gerekli durumlarda bağışıklama ve profilaksi programları düzenler ve uygulamak üzere enfeksiyon kontrol komitesine teklifte bulunur,
3. Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini kullanarak, yataklı tedavi kurumlarındaki antibiyotik kullanımını izler, yönlendirir ve enfeksiyon kontrol komitesine bilgi verir,
4. Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerini denetler,
5. İlgili idari birimlerde hastane temizliği, mutfak, çamaşırhane ve atık yönetim ilkelerini belirler ve denetimini yapar,
6. Yıllık çalışma ön raporunu hazırlar ve enfeksiyon kontrol komitesine sunar,
7. Enfeksiyon kontrol komitesinin gündemini belirler ve sekreteryasını yürütür,
8. Komite sekreteryası; komite toplantılarının gündemini hazırlar, toplantı çağrılarını başkanın imzası ile üyelere iletir,
9. Komitenin raportörlüğünü yapar, alınan kararları başkanın imzası ile ilgililere iletir,
10. Komitenin yazışmalarını yapar, dokümantasyonu sağlar ve dönemi bittiğinde dokümanları yeni komiteye teslim eder.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESI

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:3 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

11. Ulusal ve uluslararası rehberler ışığında enfeksiyon kontrolü ve takibi ile ilgili prosedür ve talimatları oluşturur ve günceller.

6.3. Enfeksiyon Kontrol Hekiminin Görevleri

1. En az haftada bir kere enfeksiyon kontrol hemşireleri ile bir araya gelerek yapılan çalışmaları değerlendirir, gerekli görülen her durumda enfeksiyon kontrol hemşiresine tıbbi direktif ve tavsiyelerde bulunur,
2. İhtiyaç duyulan her durumda enfeksiyon kontrol hemşirelerine hastabaşı danışmanlık hizmeti verir,
3. Hekimlere ve gerekli görülen durumlarda hekim dışı hastane personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verir,
4. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından yürütülen çalışmaları ve hizmet içi eğitim programını denetler,
5. Komitenin belirlediği enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde sağlık personeline hastane enfeksiyonları konusunda eğitim verir,
6. Sürveyans verilerini düzenli olarak gözden geçirir, sonuçlarını yorumlar ve periyodik olarak enfeksiyon kontrol ekibine ve enfeksiyon kontrol komitesine bu verileri sunar,
7. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev alır,
8. Hastane enfeksiyonu salgını şüphesi olduğunda, salgının kontrolünü sağlayacak çalışmaları başlatır ve yürütür,
9. Bölümlerle ilgili sorunları o birimlere ileterek, bu birimlerin kontrol önlemlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlar.

6.4. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin Görevleri

1. Hastanenin sürveyans çalışmalarını yürütür,
2. Sürveyans çalışmalarında; mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvarının kültür sonuçlarını izler,
3. Günlük klinik ziyaretler yaparak ilgili hastaları değerlendirir, kliniklerin sorumlu hekim ve hemşireleri ile ilişki kurarak, sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonu gelişen ya da gelişme ihtimali bulunan yeni hastaları saptar, bu hastaları enfeksiyon riski açısından değerlendirerek gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar,
4. Toplanan sürveyans verilerinin bilgisayar kayıtlarını yapar,
5. Klinik enfeksiyon hızlarındaki değişiklikleri veya belirli mikroorganizmalarla oluşan enfeksiyonlardaki artışı belirleyerek enfeksiyon kontrol hekimine bildirir,
6. Hastane enfeksiyon salgını şüphesi olduğunda, bunun kaynağını aramaya ve sorunu çözmeye yönelik çalışmalara katılır,
7. En az haftada bir kez enfeksiyon kontrol hekimi ile bir araya gelerek çalışmaları değerlendirir,
8. Bölümlerle ilgili sorunları enfeksiyon kontrol hekimi ile birlikte o bölümlere ileterek bu birimlerin kontrol önlemlerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlar,
9. Enfeksiyon kontrol programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında görev alır,
10. Hastane genelinde enfeksiyon kontrol önlemlerinin hastane politikasına uygun olarak yürütülüp yürütülmediğini kontrol eder,
11. Sağlık personeline hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları konusunda sürekli hizmet içi eğitim verir.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESI

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:4 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

6.5. EKK Toplantısı

1. EKK başkan ve üyeleri baştabiplik tarafından 3 yıllığına görevlendirilir,
2. Enfeksiyon kontrol komitesi, enfeksiyon kontrolünde en üst karar organı olarak çalışır ve düzenli olarak yılda dört defa toplanır. EKK; Ocak, Nisan, Temmuz, Ekim ayları içerisinde enfeksiyon kontrol ekibinin oluşturacağı gündem ve EKK başkanının belirleyeceği tarihlerde toplanır. Bunun dışında EKK başkanı komiteyi olağanüstü toplantıya çağırabilir,
3. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniği veya anabilim dalı temsilcisinin katılmadığı toplantılarda başkanlık görevini komitede görevli başhekim yardımcısı yürütür,
4. Enfeksiyon kontrol komitesinin üyeleri, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan ve kendilerine önceden sunulan gündemi görüşmek üzere toplanır,
5. Toplantı yeri, tarihi, saati ve gündemi, toplantıdan en az iki gün önce üyelere bildirilir,
6. Olağanüstü durumlarda enfeksiyon kontrol komitesi, başkanın davetiyle veya üyelere birinin başkanlığa yapacağı başvuru ve başkanın uygun görmesiyle toplanabilir,
7. Herhangi bir sebeple, olağan ya da olağanüstü toplantılara katılmayacak olan üyeler, başkana yazılı mazeret bildirmekle yükümlüdür,
8. 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,
9. Komite kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelere imzalanır. Karara karşı olanlar, karşı görüş gerekçesini yazılı olarak belirtmek suretiyle karara imza atarlar,
10. Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar en geç bir ay içerisinde yazılı olarak, uygulanmak üzere yönetime iletilir. Bu kararlar, yönetim ve yataklı tedavi kurumunun bütün personeli için bağlayıcıdır. Bu kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur,
11. Enfeksiyon kontrol komitesinin yıllık çalışma raporu, enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanır ve komitede görüşüldükten sonra en geç bir ay içinde yönetime sunulur,
12. Enfeksiyon kontrol ekibi her hafta yapacağı toplantılarda ortaya çıkan veriler ve diğer kaynaklardan elde edilen bilgiler ışığında enfeksiyon kontrol komitesinde görüşülecek konuların gündemini, komite başkanının da görüşlerini alarak belirler ve sekreteryasını yürütür.

7. UYGULAMA:

7.1. Sürveyans Faaliyeti ve Verilerin Kaydı

1. Hastane enfeksiyonlarının tespitinde aktif ve prospektif sürveyans tercih edilir,
2. Sürveyans; hastanede yatan hastaların tamamında, bütün hastane enfeksiyonlarına yönelik yapılır. Tüm klinikler ve yoğun bakım ünitelerini kapsar,
3. Sürveyans yoğun bakımlarda hasta temelli, diğer kliniklerde laboratuvar temelli olarak yapılır,
4. Hastane cerrahi alan enfeksiyonu hızlarına yönelik olarak, belirlenen beş ameliyat kategorisinde prosedür spesifik cerrahi alan enfeksiyonu sürveyansı yapılır,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESİ

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:5 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

5. Sürveyans çalışmaları yapılırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans ve Kontrol Birimi'nin tanım ve tanı kriterleri kullanılır,
6. Enfeksiyon kontrol hekimleri her hafta perşembe günü 13:00-14:00 saatleri arasında enfeksiyon kontrol hemşireleriyle toplantı yapar, hastane enfeksiyonu düşünülen olguları değerlendirir,
7. Tanı konulan olgular bu amaçla kullanılmakta olan bilgisayar programına uygun "Hasta izlem ve sürveyans formları"na kayıt edilir,
8. Doldurulan formlar enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Hastane Enfeksiyonları sürveyans yazılım programına online olarak girilir,
9. Ulusal hastane enfeksiyonları sürveyans yazılım programından enfeksiyon kontrol ekibi tarafından elde edilen veriler, her üç ayda bir enfeksiyon kontrol komitesine sunulur. Enfeksiyon kontrol komitesi bu bilgileri değerlendirdikten sonra yönetime ve ilgili kliniklere bildirir,
10. Bu veriler "Enfeksiyon Hız Raporları", "Mikroorganizmaların Antibiyotiklere Gösterdiği Direnç Yüzdeleri", "Cerrahi Alan Enfeksiyonları Hız Raporları", "Etken Dağılımı" konularında istatistiki verileri içerir.
11. Yoğun bakım üniteleri ve nötropenik hastalar baz alınarak her ayın ilk salı günü VRE (Vankomisin dirençli enterekok) taraması yapılır. VRE (+) vaka bulunduğu sürece ilgili klinikte haftada bir, üst üste dört kültür negatif gelinceye kadar, sürveyansa devam edilir,
12. Gerekli bulunan durumlarda nokta prevelans çalışması yapılır.

7.2. Düzeltici Önleyici Faaliyetler

1. Sürveyans çalışmaları ve ilgili birimlere belirli aralıklarla yapılan denetimler esnasında ortaya çıkan sorunlar ekip üyeleri ile paylaşılır,
2. İlgili sorunlara ilişkin o kliniğe sürveyansa çıkan hemşire klinik hakkında ve soruna yönelik gözlemlerini ekibin diğer üyeleri ile paylaşır,
3. Yapılan durum tespiti sonucunda enfeksiyon kontrol hekimleri ile düzeltici önleyici faaliyetler planlanır,
4. Planlanan faaliyetler uygulanır,
5. Uygulama sonucunda ilgili kliniğe çıkan sürveyans hemşiresi tarafından tespit edilen soruna yönelik gözleme devam edilir,
6. Sorunun devam etmesi halinde ekip üyeleri bilgilendirilerek uygulanan düzeltici önleyici faaliyet gözden geçirilir, sorunun çözümüne yönelik yeni planlama yapılır,
7. Yapılan planlamalar sonucunda sorun çözülemezse durum ilgili klinik şefliğine, yönetime ve komite başkanına yazılı olarak sunulur,
8. Düzeltici önleyici faaliyet kapsamında yapılan tüm çalışmalar kayıt altına alınır.

7.3. Salgın Araştırması ve Önleme Faaliyeti

1. Günlük olarak gerçekleştirilen sürveyans çalışmaları haftalık yapılan toplantılarda değerlendirilir,
2. Hastane enfeksiyonları sıklığı ve mikroorganizmaların direnç paternleri yakından takip edilir. Salgın şüphesi olan olgular ekip üyeleri tarafından değerlendirilir,
3. Salgın düşünülen durumlarda "Salgın inceleme talimatı"na uygun çalışılır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DISKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:6 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

7.4. Eğitim Faaliyetleri

1. Her yıl sonu sürveyans sonuçları, el hijyeni gözlem sonuçları, denetim tutanakları ve klinik gözlemler enfeksiyon kontrol hekimleri ve hemşireleri tarafından değerlendirilerek bir sonraki yıl için yapılacak olan eğitim konuları belirlenir ve eğitimler planlanır,
2. Hazırlanan program içerisinde hastane enfeksiyonları ve enfeksiyon kontrol uygulamaları ile ilgili eğitim her yıl mutlaka yer alır,
3. Çalışmalar esnasında esas alınacak tüm prosedür ve talimatlara yönelik olarak enfeksiyon kontrol ekibi tarafında yılda en az bir kez olacak şekilde eğitim planlanır,
4. Gerektiğinde sürveyans sonuçlarına göre birime yönelik ek eğitimler planlanır,
5. Enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından hastanede yatan ve izolasyon uygulanan hasta ve hasta yakınlarına, uygulanan izolasyon önlemleri ve enfeksiyon kontrolü ile ilgili eğitimler verilir,
6. Salgın durumlarında ilgili birimlere enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri ile ilgili eğitim verilir,
7. Yeni başlayan personele oryantasyon eğitimi verilir,
8. Temizlik hizmetlerine yönelik (genel alanların temizlik kuralları, belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları, temizlik maddelerinin kullanım özellikleri) eğitim düzenlenir.
9. Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilir. Yılda iki kez ve gerektiğinde iç eğitim verilir,
10. Yılda bir kez meslek gruplarına göre el hijyeni eğitimleri yapılır. Sorun olan bölümlerde ek eğitimler planlanır. Eğitimler el hijyenin önemi, endikasyonları, el hijyeni sağlama yöntemleri, eldiven ve el antiseptikleri kullanımı, alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri gibi konu başlıklarını içerecek biçimde hazırlanır,
11. Yapılan eğitimlerin içerikleri ve katılım listeleri dosyalar halinde enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından saklanır,
12. Hastane bünyesine gerek yurt dışı gerekse yurt içinden kurs ya da staj amaçlı katılan personellere enfeksiyon kontrol önlemleri ve uygulamaları hakkında eğitim verilir.

7.5. Atıkların Kontrolü

1. Hastane içerisinde yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan atıkların kaynağında ayrıştırılması, toplanması, depolanması ve imha alanlarına gönderilmesinde “Atık yönetimi prosedürü”ne uygun çalışılır.
2. Hastane içi atıkların taşınmasında kullanılan araçlar ve depoların temizlik ve dezenfeksiyonunda “Atık taşıma konteynırları ve depoları temizlik ve dezenfeksiyon talimatı”na uygun çalışılır.

7.6. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kontrolü

1. Enfeksiyon kontrol komitesi çalışmaları kapsamında; enfeksiyon kontrol hekimi ve hemşiresi, merkezi sterilizasyon ünitesi sorumlu hemşiresi ve hekimi, cerrahi birimler temsilcisi ve mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisinden oluşan “Sterilizasyon Dezenfeksiyon Alt Komitesi” kurulur.
2. Sterilizasyon dezenfeksiyon alt komitesi tarafından ulusal ve uluslararası rehberler ışığında sterilizasyon-dezenfeksiyon prosedürleri ve talimatları (Sterilizasyon ve

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESI

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:7 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

Dezenfeksiyon prosedürü, Skopik cihazların dezenfeksiyon-sterilizasyon prosedürü, Steril malzemenin depolanması talimatı, Cerrahi aletlerin sterilizasyon/ dezenfeksiyon öncesi hazırlık prosedürü) oluşturulur ve bilimsel gelişmeler takip edilerek bu prosedür ve talimatlar güncellenir.

3. Yılda en az iki kez ve gerektiğinde ek olarak yapılan denetimler ile işleyişin kontrolü sterilizasyon dezenfeksiyon alt komitesi ve enfeksiyon kontrol ekibince değerlendirilir.
4. Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici-önleyici faaliyetler planlanır ve uygulaması yapılır.
5. Hastanede kullanılacak olan dezenfektan ve antiseptiklerin şartnamelerinin hazırlanması, ihtiyacın belirlenmesi, talebe çıkılması, alımı ve dağıtım süreçleri planlanır ve uygulanır.
6. Hastane içinde diğer birimlere sterilizasyon ve dezenfeksiyon ile ilgili yapılacak alımlarda gerektiğinde görüş bildirilir.

7.7. Antibiyotik Kullanımının İzlenmesi

1. Enfeksiyon kontrol komitesi çalışmalarını kapsamında enfeksiyon kontrol hekimi ve hemşiresi, klinik mikrobiyoloji laboratuvarı temsilcisi, eczane temsilcisi ve cerrahi birimler temsilcisinden oluşan “Antibiyotik Kontrol Alt Komitesi” kurulur,
2. Antibiyotik kontrol alt komitesi tarafından ulusal ve uluslararası rehberler ışığında, lokal direnç verileri de göz önüne alınarak antibiyotik kullanım politikaları belirlenir, ilgili prosedür ve rehberler oluşturulur (Antibiyotik kontrol prosedürü, Cerrahi profilaksi rehberi) ve bilimsel gelişmeler takip edilerek bu prosedür ve rehberler güncellenir.
3. Hastane enfeksiyonu etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporlarının aylık, üç aylık ve yıllık olarak takibi ve analizi yapılır
4. Hastane eczanesinde bulundurulacak antibiyotiklerin çeşit ve miktarları ile ilgili görüş ve öneriler eczane yönetimine bildirilir.
5. Yeni çıkan antimikrobiklerin hastaneye temini konusunda eczane yönetimine görüş bildirilir.
6. Antibiyogram sonuçlarının “Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi” ile bildirimini işleyiş yazılı bir düzenleme ile tanımlanır; hangi antimikrobik ilaçlara uygulanacağı, ilgili bilgilere kimlerin ulaşabileceği ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenir.
7. Hastanede kullanılan antibiyotiklerin aylık, üç aylık ve yıllık olarak raporlarının takibi yapılır.
8. Antibiyotik tedavi ya da profilaksisine yönelik olarak gereğinde nokta prevalans çalışması planlanır ve uygulanır.
9. Değerlendirmeler sonucunda gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetler planlanır ve uygulanır.
10. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanımı ile ilgili çalışmalar yürütülür.

7.8. Personelin Mesleğe Bağlı Enfeksiyon Riskleri ile Mücadele

1. Enfeksiyon kontrol komitesi çalışmalarını kapsamında enfeksiyon kontrol hekimi, enfeksiyon kontrol hemşiresi ve aile hekimliği temsilcisinden oluşan “Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Alt Komitesi” kurulur,

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGITIM VE ARASTIRMA
HASTANESI

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:8 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

2. Sağlık çalışanlarının sağlığı alt komitesi tarafından ulusal ve uluslararası rehberler ışığında, çalışan sağlığı kapsamında hastane prosedürler ve talimatları (Çalışan güvenliği talimatı, Hastane çalışanları sağlık takip planı, Riskli alanlarda çalışanların sağlık takip formu, Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan bildirim talimatı, Kesici delici alet yaralanmaları bildirim talimatı, Sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve kişisel koruyucu malzemelerin kullanımı talimatı, Bölüm bazında kişisel koruyucu ekipman listesi) oluşturulur ve gerektiğinde bu prosedür ve talimatlar güncellenir.
3. Hazırlanan talimatlar ve formlar kapsamında yapılan denetimler ile işleyişin kontrolü sağlanır.
4. Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici-önleyici faaliyetler planlanır ve uygulanır.
5. Tüm çalışan personelin (gönüllük esas alınarak) hepatit B, hepatit C ve HIV serolojileri saptanır, kayıt altına alınır ve gerekli bireylerde hepatit B bağışıklaması yapılır.
6. Tüm çalışan personelin (gönüllük esas alınarak) mevsimsel grip aşısı uygulaması yapılır ve kayıt altına alınır.
7. Sağlık çalışanlarının görev sırasında enfekte metaryelle olan yaralanmaları “Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan bildirim talimatı” ve “Kesici delici alet yaralanmaları bildirim talimatı”na uygun olarak “Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalan çalışan bildirim ve takip formu” ve “Kesici delici alet yaralanmaları bildirim ve takip formu” ile kayıt altına alınır,
8. “Enfeksiyon kontrol komitesi riskli yaralanma, temas ve maruziyet izleme talimatına” uygun tedavi ve takipleri planlanır ve uygulanır,
9. Çalışanların sağlık takipleri “Çalışan güvenliği talimatı” ile “Hastane çalışanları sağlık takip planı”na uygun olarak yapılır ve “Riskli alanlarda çalışanların sağlık takip formu” ile kayıt altına alınır,
10. “Sağlık çalışanlarının sağlığının korunması ve kişisel koruyucu malzemelerin kullanımı talimatı” ile tüm personelin kişisel koruyucu ekipmanları uygun kullanımı sağlanır,
11. Çalışan sağlığı kapsamında kullanılacak olan kişisel koruyucu malzemelerin, tıbbi atık kutularının, koruyucu intraket ve enjektörlerin şartnamelerinin hazırlanması, ihtiyacın belirlenmesi, talebe çıkılması, alımı ve dağıtım süreçleri planlanır ve uygulanır.
12. Bölüm bazında hazırlanan kişisel koruyucu ekipman listesi ile bölümlerde kullanılacak kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenerek bunların temini ve devamlılığının sağlanması konusunda bölümlere danışmanlık yapılır.

7.9. Bağışıklama

1. Çalışan tüm personelin gönüllülük esasına dayanılarak serolojileri “Enfeksiyon kontrol komitesi oryantasyon formu ” ile kayıt altına alınır,
2. Hastane personelinin hepatit B serolojisi değerlendirilerek hepatit B bağışıklığı olmayanlarda gerekli aşılama çalışmaları gerçekleştirir,
3. “Mevsimsel grip aşısı uygulamaları” İl Sağlık Müdürlüğü ile iletişime geçilerek yılın belirli dönemlerinde yapılır.

7.10. Denetim

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim



DSKAPI
YILDIRIM BEYAZIT
EGİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Revizyon No: 00

Doküman No: YBH-PR-42

Revizyon Tarihi:00

Sayfa No:9 /9

Yayın Tarihi:03.07.2011

1. İlgili idari birimlerle koordinasyon halinde yoğun bakım üniteleri, ameliyathaneler, invaziv girişim alanları, merkezi sterilizasyon ünitesi, klinikler, semt poliklinikleri, mutfak, yemekhane, çamaşırhane, morg, atık toplama-taşıma ve depolama alanlarının yılda iki kez ve gerek görüldükçe enfeksiyon kontrol ekibi tarafından denetimleri yapılır,
2. Yapılan denetimlerde uygun kontrollerin sağlanabilmesi için birimlere özgü denetim check-listleri kullanılır,
3. Denetim sonuçları ekip üyeleri tarafından değerlendirilir, aksaklık tespit edilen durumlar kayıt altına alınır,
4. Kayıt altına alınan aksaklıklar denetimi takip eden ilk komite toplantısında komite üyeleri ile paylaşılır. Komitede alınan karar doğrultusunda düzeltici önleyici faaliyet planlanır ya da yönetime sunulur.

7.11. Diğer

1. Enfeksiyon riski taşıyan diğer konularda gerekli danışmanlık hizmeti yapılır,
2. Hastane bünyesinde oluşturulan diğer komite ve ekip üyeleri ile koordineli olarak çalışılır.

KONTROLLÜ KOPYA

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Hekimi	Kalite Kordinatörü	Başhekim