



ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ

Dokuman No:	ENF.PR.02
Yayın Tarihi:	30.01.2014
Rev.No:	01
Rev.Tarihi:	29.12.2015
Sayfa No:	2/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.AMAÇ

Hastanemizdeki sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyonların kaynaklarının tespit edilmesi, kontrol altına alınması, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenlenmesi ve hastane yönetimine bildirilmesi.

2.KAPSAM

Hastane binasının her birimi, hastane çalışanları, hastanede yatarak tedavi alan hastaların tümü.

3.SORUMLULAR

Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri

4.TANIMLAR

4.1.Hastane Enfeksiyonu: Hastalarda; hastaneye başvurdıkları anda inkübasyon döneminde olmayan, hastaneye yattıktan 48-72 saat sonra veya taburculuğu takiben ilk 10 gün içerisinde gelişen, cerrahi bir girişimi takiben ilk 30 gün içinde veya kalıcı olarak yerleştirilmiş implant varlığında ise (prostetik kalp kapağı, protez, insan dokusunda olmayan damar grefti gibi...) ameliyattan sonraki 30-90 gün içinde insizyon bölgesinde (insizyonel, derin veya organ/boşluk) gelişen enfeksiyonlardır.

4.2.Enfeksiyon Kontrol Komitesi(EKK): Tıbbi Direktör veya görevlendireceği bir kişi, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı (EHU), enfeksiyon kontrol hemşiresi (EKH), Hemşirelik Hizmetleri Müdürü(Başhemşire), genel yoğun bakım sorumlu hekimi, Yenidoğan yoğun bakım sorumlu hekimi, genel yoğun bakım sorumlu hemşiresi, Yenidoğan yoğun bakım sorumlu hemşiresi, genel cerrahi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, ameliyathane ve sterilizasyon sorumlu hemşiresi, işyeri hekimi, ve kalite yönetim direktöründen oluşur. Gerekli durumlarda diğer bölümlerin sorumlu hekim ve hemşireleri komite davetlisi olarak komiteye katılır.

5.PROSEDÜR

5.1.Komite başkanı Başhekimliğe karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığınının 19.08.06 tarih ve 16263 sayılı tedavi kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde belirtilen hükümler doğrultusunda çalışır.

5.2.Enfeksiyon Kontrol Programı

5.2.1.Bilimsel esaslar çerçevesinde, güncel ulusal ve uluslar arası kılavuzları dikkate alarak; yataklı tedavi kurumunun özellikleri ve şartlarına uygun olarak bir enfeksiyon kontrol programı belirler, enfeksiyon kontrol standartlarını talimatlar çerçevesinde yazılı hale getirir.

5.2.2.Hastanede çalışan tüm personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı eğitim verilmesini sağlar ve denetler.

5.2.3.EKK;yılda dört kez gerektirdiği durumlarda toplanarak, kapsamı alanında amaca uygun hizmet ve çalışmaların düzenli verilip verilmediğini kontrol eder, varsa sorunların nedeni ve çözüm yolları araştırır. Toplantı tutanakları ilgili birimlere duyurulur.

5.3.Temizlik:

5.3.1.Hastanenin tüm birimlerinde uygulanacak (poliklinik, klinik, ameliyathane, acil servis, çamaşırhane, mutfak, idari bölümler vb.) temizlik biçimi ve malzemelerin belirlenmesinde idare ile sıkı işbirliği halinde çalışır.

5.3.2.Gerekli eğitimleri vererek ayda en az 2 kez denetler.

5.4.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon:

5.4.1.Hastanemizde Merkezi Sterilizasyon Ünitesi bulunmaktadır.

5.4.2.Ayrıca EKK, enfeksiyon riskini azaltmaya ve çalışanların sağlığını korumaya yönelik olarak sterilizasyon ünitesi sorumluları ile sıkı işbirliği içerisinde çalışarak, uygulamaların talimatlara uygun olarak yapılmasını sağlar ve denetler.

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

5.4.5.Tüm hastanede kullanılan dezenfeksiyon, sterilizasyon-antisepsi yöntemlerinin prosedüre uygun olarak yapıp yapılmadığını denetler.

5.5.Tıbbi Atıkların Kontrolü:

5.5.1.Tıbbi atık, Çevre Bakanlığının belirlemiş olduğu kriterler doğrultusunda hazırlanan "Tıbbi Atık Yönetmeliğine" uygun olarak yönetilmesini kontrol eder.

5.5.2.Tıbbi atıkların, düzenli toplanması, taşınması ve depolanmasını kontrol edip kayıtlarının düzenli olarak tutulmasını denetler.

5.5.3.Tıbbi atık konusunda ilgili personele gerekli eğitimleri verir, personelin tıbbi atık toplanması ve taşınması sırasında koruyucu önlemleri almasını sağlar.

5.6.Sürveyans,Salgın ve İzolasyon:

5.6.1.Hastanede, hastane enfeksiyonu riski yüksek olabileceği düşünülen ve yeterli veri toplanabilecek uygun kliniklerde sürveyans çalışması başlatır.

5.6.2.Hastanemizde laboratuvara ve hastaya dayalı olarak sürveyans verileri toplar, değerlendirir, sorunları ortaya koyarak çözüm önerileri üretir. Bu sürveyans verileri ve önerilerini yönetime bildirir.

5.6.3.Hastalar veya hastane personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda; gerekli incelemeleri yapar, izolasyon ve alınması gereken diğer tedbirleri belirler.

5.7.Antibiyotik Kontrolü:

5.7.1.Sürveyans verileri ve eczane antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirler, denetler.

5.7.2.Hastaneye antibiyotik alımında ilgili komisyonlara görüş bildirir.

5.8.Sağlık Çalışanlarının Korunması:

5.8.1.Sağlık çalışanlarının görev sırasında enfekte materyallerle olan yaralanmalara ilişkin kayıtlarını tutar, iş yeri hekimi ve hemşiresi işbirliği ile tedavi ve takiplerinin yapılmasını sağlar.

6.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

19.08.06 tarih ve 16263 sayılı tedavi kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği
Tıbbi Atık Yönetmeliği