

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1. AMAÇ

Bu programın amacı Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi'nde sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen, çalışanları ve hastaları tehdit eden enfeksiyonlara ilişkin riskleri tespit etmek ve önlemektir.

2. KAPSAM

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik çalışmaları ve yıllık uygulama programını kapsar. Bu program aynı zamanda Enfeksiyon Kontrol Komitesinin görev alanını oluşturmakta olup aşağıdaki konuları içerir:

- Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Ekibinin ve Üyelerinin Görevleri
- Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- Sürveyans
- İzolasyon önlemleri
- Akılcı antibiyotik kullanımı
- El hijyeni
- Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi
- Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planların yapılması
- Çamaşırhane, yemek hizmetleri, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

3. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

İNFLINE: Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi

ÜEAH: Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

EKK: Enfeksiyon Kontrol Komitesi

EKE: Enfeksiyon Kontrol Ekibi

EKH: Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

4. TANIMLAR

Enfeksiyon Kontrol Komitesi: Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği kapsamında faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu komitedir.

Enfeksiyon Kontrol Ekibi: Enfeksiyon Kontrol Komitesi 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 ve klinik mikrobiyoloji uzmanıdır.

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

Hastane Enfeksiyonu: Yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm enfeksiyonları,

5. SORUMLULAR

Hastane Yönetimi, EKK üyeleri, EKE Üyeleri, Tüm Çalışanlar

6. FAALİYET AKIŞI

• Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi ve Üyelerinin Program Kapsamında Görevleri

Hastanemizde Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Ekibi ve üyelerinin görev, yetki ve sorumlulukları “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” nde tanımlanan şekilde belirlenmiştir. Tüm EKK ve EKE üyeleri ve hastane yönetimi bu programın oluşturulması, uygulanması ve denetiminden sorumludur.

• Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riskleri Açısından Değerlendirilmesi

EKK ve EKE yıl içinde yaptığı periyodik sürveyans ve denetimlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilen tüm alanlar ve süreçlerde hasta ve çalışan güvenliği açısından enfeksiyon riskini değerlendirir. EKK toplantılarında alınan kararlar doğrultusunda belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınır ve sürekliliği sağlanır. Bu çerçevede yıl içinde düzenli olarak aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilir.

- Hastane enfeksiyonlarının sürveyansını yürütmek, sonuçlarını hastane içindeki gerekli birimlerle paylaşmak ve enfeksiyon kontrolünü iyileştirecek önlemler almak.
- Hasta bakımı ve personel sağlığı ile ilgili gerekli politikaları oluşturmak ve bunları uygulama içinde izlemek.
- Hastane eczanesinde bulundurulacak antibiyotiklerin seçimini yapmak; kısıtlı antibiyotik uygulanmasına rehber oluşturacak Hastane Formülleri’ni hazırlamak; hastane sürveyans verilerine ve direnç paternine göre her yıl hastane Formülleri’ni gözden geçirmek ve alınacak antibiyotiklerin listesini Hastane Yönetimi’ ne önermek.
- Yeni politika ve prosedürler konusunda hemşire ve hekim grubu ile iletişimi sağlamak.
- Enfeksiyon kontrol ve önlenmesi programı çerçevesinde tüm hastane çalışanlarını eğitmek.
- Hastane enfeksiyonu ile ilgili bulunan klinik ve klinik dışı gereçlerin alımında danışmanlık yapmak.
- ÜEAH’ nın kontratlı hizmetler kapsamında yer alan mutfak, temizlik, vektör kontrol, çamaşırhane hizmetlerinin satın alma aşamasında, sözleşme yapılmadan önce şartnamenin hazırlığı konusunda yönetime görüş bildirmek.
- Enfeksiyon kontrol programının uygulanmasında harcamalarda tasarruf sağlamak ve bunu hasta bakım kalitesini iyileştirmeye yöneltmek.
- Tıbbi denetim süreçlerinde yer almak.
- Bildirimi zorunlu hastalıkların ilgili forma işlenerek Sağlık Bakanlığı’ na ulaştırılmasını sağlamak.

• Sürveyans

- Sürveyans, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi (EKH) tarafından yürütülür.
- ÜEAH’ de hastane enfeksiyonlarını izlemek amacıyla hastaya dayalı aktif sürveyans programı uygulanır. Bu yöntem, duyarlılığı ve seçiciliğinin yüksek olması ve ayrıca EKH’ nin servis çalışanlarının davranışlarını etkileme şansını arttırdığı için seçilmiştir. Ayrıca mikroorganizmaların antibiyotik direnç paternlerindeki değişiklikleri izlemek amacıyla laboratuara dayalı sürveyans yapılarak enfeksiyon kontrol ve önleme programı desteklenir.
- Sürveyans çalışmasında hastane enfeksiyonu yönünden öncelikli taşıyan bölümler (Anestezi ve Reanimasyon servisi gibi) tespit edilir. Saptanan bölümlere yönelik olarak hedefe yönelik sürveyans programı uygulanır
- EKH, aktivitesi sonucunda elde ettiği sürveyans verilerini her gün enfeksiyon kontrol hekimine bildirerek tartışır. EKH ve enfeksiyon kontrol hekimi bir sonraki iş gününün aktivite programına eklenecek konuları tespit ederek plan yapar. EKH ve enfeksiyon kontrol hekimi enfeksiyon kontrol çalışma programı çerçevesinde düzenli olarak tüm departmanları her gün ziyaret ederek değerlendirmeler yapar. Değerlendirme sonucunda hastane enfeksiyonu olduğuna karar verilen hastalar İNFLINE sistemine kaydedilir. Sürveyans verilerine göre 3 aylık EKK toplantısını beklenmeden acil olarak EKK toplantısı da planlanabilir.
- EKK toplantılarında sunulmak üzere, verileri Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Formuna kayıt edilir. Bu veriler ile hastanenin bölümlerine göre hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren 3 aylık sürveyans raporları hazırlanır. EKH, topladığı hastane enfeksiyon verilerinin özetlerini raporlar, 3 aylık sürveyans raporları EKK toplantısında tartışır ve enfeksiyonları önlemek için gerekli kararlar alınır. Gerektiğinde EKK tarafından Düzeltilici Önleyici Faaliyet Prosedürüne göre iyileştirme faaliyeti başlatılabilir. Sürveyans sonuçları ayrıca ilgili bölümlerle birlikte değerlendirilir ve gerekli durumlarda iyileştirici faaliyetler başlatılır.

○ İzolasyon Önlemleri

- Bulaşma riski yüksek veya epidemiyolojik açıdan önemli patojenlerle kanıtlanmış veya şüpheli enfeksiyon ya da kolonizasyonu olan hastalar için Bulaşma Yoluna Bağlı İzolasyon Önlemleri uygulanır. Bu uygulamalar VRE izolasyon odalarının girişine uygulanan tanımlayıcılar belirtilmiştir.
 - Temas İzolasyonu Önlemleri (KIRMIZI YILDIZ)
 - Damlacık İzolasyonu Önlemleri (MAVİ ÇİÇEK)
 - Solunum İzolasyonu Önlemleri (SARI YAPRAK)
 - Sıkı Temas İzolasyonu Önlemleri
- İzolasyon uygulamalarının kararını EKK verir. İzolasyonun uygulanması ve sürdürülmesinden hastanın yattığı servis sorumlu hemşiresi, hastanın doktoru ve hemşiresi sorumludur.
 - **Temas İzolasyonu**
- **Temas İle Geçiş:** Temas ile geçiş nozokomiyal enfeksiyonların geçişinde en önemli ve en sık geçiş şeklidir ve iki alt grubu vardır;
- **Doğrudan Temas İle Geçiş:** Vücut yüzeyinin başka bir yüzeye doğrudan doğruya temas etmesi, infekte konak ile duyarlı konak arasında mikroorganizmaların fiziksel olarak aktarılmasına neden olmaktadır.
- **Dolaylı Temas İle Geçiş:** Hastadan hastaya geçerken ellerin yıkanmaması ya da hastalar arasında aynı bakım araçlarının kullanılması sonucunda ortaya çıkan pasif geçiş şeklidir.
- **Temas İzolasyonu:** Standart önlemlere ek olarak hastayla direkt temas ya da çevresindeki yüzeylerin ve hasta bakım malzemelerinin indirekt temasıyla geçebilen, epidemiyolojik olarak önemli mikroorganizmalarla infekte / kolonize olduğu bilinen ya da şüphelenilen hastalara uygulanır.
 - **Temas İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar**
 - Çoğul antibiyotik dirençli mikroorganizmalar (Pseudomonas, Acinetobacter, MRSA)
 - Yenidoğan ve çocuklarda RSV, Parainfluenza, Enterovirus
 - İnkontine hastalar için enterohemorajik E. coli, Shigella
 - Clostridium difficile, Rota virus
 - Difteri
 - Herpes simplex virüsü
 - Ebola, Lassa, Margburg virusları
 - Herpes zoster (Dissemine ya da immun yetmezlikli konak)
 - Bebek ve küçük çocuklarda stafilokokkal fronküloz
 - Majör abse, selülit, dekübitus ülseri
 - İmpetigo, pediküloz, uyuz
 - **Temas İzolasyonu Uygulamaları**
 - Hasta özel odaya yerleştirilir. Özel oda sağlanamazsa başka bir enfeksiyonu olmayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir.
 - Odaya girerken eldiven (temiz olması yeterlidir, steril olması gerekmez) giyilir. Temas sonrası eldivenler değiştirilir. Odadan çıkmadan eldivenler çıkartılır.
 - Hastayla temas öncesi ve sonrası eller hijyenik el yıkama kurallarına uygun olarak yıkanır ya da hastanın odasına temin edilen el antiseptiği ile el antisepsisi sağlanır.
 - Kritik olmayan hasta bakım araçları (tansiyon aleti, stetoskop) ayrılır. Eğer ayrılamıyorsa kullanım sonrası gerekli temizlik ve dezenfeksiyon için Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi'ne danışılır.
 - Hasta odasının temizliği için ilgili prosedür ve talimatlara uygun davranılır.
 - Hastanın nakli esnasında eldiven kullanımı dışında özel önlem alınmasına gerek yoktur. Nakledildiği servise hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır.
 - Nakil sonrası eller yıkanır.
 - Hastanın çarşaf ve çamaşırları kan, idrar, dışkı, mukus, balgam vb sekresyonlar ile kontamine ise, hastanın çarşaf ve çamaşırlarının kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye ulaşması sağlanır.
 - Sofra gereçleri mutfakta bulaşık makinesinde yıkanır.
 - Özel havalandırma sistemi kullanılmasına gerek yoktur.

- Hastaya kullanılan malzemeler Atık Yönetimi Prosedürü' ne uygun olarak uzaklaştırılır.
- Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi için gayret edilmelidir.
 - **Damlacık İzolasyonu**
 - **Damlacık Yolu İle Geçiş:** Damlacık geçişi, taşıyıcı ya da klinik olarak hasta kişilerden yayılan mikroorganizmaları içeren büyük partiküllü (5 mikrometre'den büyük) damlacıkların, duyarlı kişilerin ağız, burun mukozası ya da konjunktivasına teması ile olur. Bu geçiş, öksürme, aksırma, konuşma, bronkoskopi sırasında oluşabilir. Büyük damlacıklar havada uzun süre kalamadıklarından dolayı geçiş için kaynak kişi ile maruz kalan kişinin yakın teması (yaklaşık 90 cm) gerekir.
 - **Damlacık İzolasyonu:** Damlacık önlemleri; standart önlemlere ek olarak, enfeksiyöz damlacıklarla bulaşabilen epidemiyolojik olarak önemli patojenlerle infekte olan ya da bundan kuşku edilen her hastaya uygulanır.
 - **Damlacık İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar**
 - Hemophilus influenzae tip B (Menenjit, pnömoni, epiglottid, sepsisi)
 - N. meningitidis (Menenjit, pnömoni, sepsis)
 - Farinks difterisi
 - Mycoplasma pneumoniae
 - Boğmaca
 - Veba (Akciğer)
 - Yenidoğan ve çocuklarda A grubu streptokokkal farenjit, pnömoni, kızıl
 - Adenovirus
 - İnfluenza
 - Kabakulak
 - Parvovirus B 19
 - Rubella
 - **Damlacık İzolasyonu Uygulamaları**
 - Hastalar tek kişilik odaya yerleştirilir. Özel oda sağlanamazsa başka bir enfeksiyonu olmayan, ancak aynı mikroorganizma ile aktif enfeksiyonu olan bir hastanın odasına yerleştirilir. Bu ikisi de sağlanamamışsa infekte hasta ile diğer hastalar ve ziyaretçiler arasında en az 1 metre mesafe kalması sağlanır.
 - Hastayla 1 metreden az mesafede temas durumunda cerrahi maske takılmalıdır.
 - Hastayla temas öncesi ve sonrası eller hijyenik el yıkama kurallarına uygun olarak yıkanır.
 - Hastanın vücut salgılarıyla temas sırasında eldiven giyilir ve odadan çıkmadan çıkarılır.
 - Kritik olmayan hasta bakım araçlarının ayrılmasına gerek yoktur.
 - Hasta odasının temizliği için ilgili prosedür ve talimatlara uygun davranılır.
 - Zorunlu durumlar dışında hastanın odadan çıkması ve hareketi kısıtlanır. Zorunluluk halinde hastaya cerrahi maske takılarak nakli ve mobilizasyonu sağlanır.
 - Hastanın nakledildiği servise hastanın izolasyonda olduğu hemşiresi tarafından iletilir ve izolasyon önlemleri anlatılır.
 - Nakil sonrası eller yıkanır.
 - Hastanın çarşaf ve çamaşırları kan, idrar, dışkı, mukus, balgam vb sekresyonlar ile kontamine ise hastanın çarşaf ve çamaşırları kırmızı çöp torbası içinde çamaşırhaneye ulaşması sağlanır.
 - Sofra gereçleri mutfakta bulaşık makinesinde yıkanır.
 - Özel havalandırma sistemi kullanılmasına gerek yoktur ve hastanın kapısı açık kalabilir.
 - Hastaya kullanılan malzemeler Atık Yönetimi Prosedürü'ne uygun olarak uzaklaştırılır.
 - Aynı çalışma periyodu içerisinde bu hastalara tek bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
 - **Solunum İzolasyonu**
 - **Solunum Yolu İle Geçiş:** 5 mikrometre' den küçük partiküller havada suspense olup asılı kalır veya toz partiküllerine yapışır. Mikroorganizmalar bu yolla odada yayılabildiği gibi ortamdaki aktiviteye bağlı olarak enfeksiyon odağından uzak mekanlara da ulaşabilirler. Bu nedenle solunum bulaşını önlemek için ortamın havalandırılmasına ve özel hava temizleme işlemlerine ihtiyaç duyulur.

• **Solunum İzolasyonu:** Solunum önlemleri, standart önlemlere ek olarak enfeksiyöz damlacıklar ile geçebilen epidemiyolojik olarak önemli patojenler ile enfekte olan ya da kuşkulanan hastalara uygulanır.

• **Solunum İzolasyonu Uygulanan Mikroorganizmalar**

- Kızamık
- Suçiçeği (Dissemine zosteri içermek üzere)
- Akciğer tüberkülozu
- SARS

○ **Solunum İzolasyonu Uygulamaları**

Bu hastalıklara sahip hastalar hastanemize yatırılmazlar sevklere sağlanır

○ **Sıkı Temas (Vankomisin Dirençli Enterokok) :** Vankomisin dirençli enterokok (VRE) enfeksiyonlarının oluşumunu ve yayılımını engellemektir.

• Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan hastalardan rutin olarak ayda bir kez rektal sürüntü örneği alınarak VRE kolonizasyonu araştırılmalıdır.

• Genel Cerrahi kliniklerinden sadece glikopeptid tedavisi verilen hastalardan ayda bir kez rektal/perianal sürüntü alınarak VRE sürveyansı yapılmalıdır.

• Mikrobiyoloji laboratuvarı VRE üremesi durumunu en hızlı şekilde enfeksiyon kontrol komitesine (EKK) bildirmelidir.

• Vakalar klinik olarak değerlendirilmelidir. VRE kolonizasyonu saptanan vakalar tedavisiz takip edilmelidir.

• VRE enfeksiyonu ve/veya kolonizasyonu saptanan hastalar sıkı temas izolasyonu ile izlenmelidir

• Hasta tek kişilik odaya alınmalıdır.

• Birden çok VRE'li hasta varsa aynı odada izlenebilir.

• Odada bir günlük malzemeden fazlası bulundurulmamalıdır.

• Odalar arası malzeme transferi yapılmamalıdır.

• Hastaya kullanılacak tansiyon aleti, stetoskop, termometre vb hastaya özel olmalıdır.

• Her şifte o hastaya bakım veren personel ayrı olmalı, bu personel başka hastaya bakım vermemelidir.

• Odanın içerisine alkol bazlı el antiseptiği konulmalıdır.

• Hastanın oda dışına transportu zorunlu haller dışında yapılmamalıdır.

• Transport zorunlu ise ilgili bölüm uyarılmalıdır.

• Hasta odasına girerken sırası ile koruyucu önlük, maske, gözlük (gerekli hallerde) ve en son eldiven giyilmeli ve eldiven önlük kolunun üzerine kadar çekilmeli, açık alan bırakılmamalıdır

• Maske, gözlük kullanım talimatına göre endikasyon yoksa maske, gözlük takılmayabilir

• Odadan çıkarken en önce eldiven çıkartılmalı, önlüğün iç yüzü dışa gelecek biçimde katlanarak ve silkenmeden etrafı kontamine etmeden, tıbbi atık çöpüne atılmalı ve varsa maske en son çıkartılmalıdır.

• Odadan çıktıktan sonra eller yıkanmalı veya alkol bazlı el antiseptiği ile ovulmalıdır.

• Vankomisin, teikoplanin ve 3. kuşak sefalosporinlerin rasyonel kullanımları sağlanmalıdır.

• Hasta klinik açıdan uygunsuzsa hemen taburcu edilmelidir.

• VRE izole edilmiş olan hastalardan haftalık rektal sürüntü kültürü alınır.

• Üç kez rektal sürüntüde VRE üremesi olmayan vakalarda sıkı temas izolasyonu sonlandırılır.

• Hasta odalarının temizliği için yüksek riskli alan temizlik talimatına uygun şekilde günde en az iki kez ve gerektiğinde temizlik ve dezenfeksiyon işlemi gerçekleştirilir.

• VRE ile enfekte ve/veya kolonize hasta taburcu olduktan sonra odasına yeni hasta alınması acil ve oda kültür sonuçlarının çıkması beklenemeyecek durumda ise oda iki kere üst üste yüksek riskli alan temizlik talimatına uygun bir şekilde temizlenir ve yeni hasta kabul edilir.

• Kan ve vücut sıvıları ile kontamine yüzeylerin temizliğinde 10.000 ppm klor konsantrasyonu ile yüzey temizlenecektir.

• VRE'li hastaların genel durumlarının iyi olması ve evde takip edilmeleri halinde erken taburculuk durumları değerlendirilmeli ve sonraki yatışlarında klinik uyarılmalı ve EKK ile iletişime geçilmelidir.

○ **Akılcı Antibiyotik Kullanımı**

ÜEAH' nde antibiyotik kullanım kontrolü ve direnç paterni en az 3 aylık Antibiyotik Kontrol Ekibi toplantıları düzenlenerek, eczane ile işbirliği içinde analiz edilir ve uygunsuz antibiyotik kullanımı saptanırsa iyileştirme faaliyetleri başlatılır. Tüm veriler ve toplantı kararları EKK toplantısında sunulur. Cerrahi profilaksi takip edilir ve uygunsuzluklar var ise birime geri bildirim yapıp eğitim verilir. Antibiyotik Kontrol Ekibi başkanı tarafından yılda bir kez tüm hastaneye (özellikle cerrahi birim katılımı sağlanarak) eğitim verilmektedir. EKH tarafından her gün ziyaret edilen yoğun bakım ünitelerinde antibiyotik takibi ve gerekli uyarılar birim bazlı yapılmaktadır.

o El Hijyeni

- El hijyeni sağlamaya yönelik çalışmalar El Yıkama ve El Antiseptiği Kullanım Talimatı'na göre yapılır. El hijyeni eğitimi meslek gruplarına göre yılda en az bir kez olacak şekilde el hijyeninin önemi, endikasyonları, el hijyeni sağlama yöntemleri, eldiven kullanımı, el antiseptisi, alkol bazlı el antiseptisi ile ilgili güvenlik önlemlerini içerir. Hastane HBYS sistemi üzerinden de uyarıcı mesajlar gönderilir. Günlük surveyans amaçlı hastane bölümleri ziyaretlerinde el hijyeni sağlamaya yönelik malzemeler de kontrol edilir. El antiseptik solüsyonların bölümlerdeki istemleri 3 aylık periyotlarda takip edilir ve daha önceki harcamalarla mukayese edilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. El antiseptik solüsyonlar, sabunlar ve özel alanlar için (ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım) klorheksidinli sabunlar alım süreçleri takip edilir. Çalışan sağlığı göz önünde bulundurularak var olan şikayetler değerlendirilir, içerikler ve literatür gözden geçirilerek ilgili birimle ve hastane yönetimiyle paylaşılır. Sağlık çalışanlarına el hijyeni ile ilgili teşvik edici çalışmalar yapılır. Bu çalışmalar eğitim, cep antiseptiği, müzikli youtube görselleri ile konu anlatımı, bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar, konu ile ilgili özel etkinliklerin düzenlenmesi, görüş ve önerilerin alınması şeklinde yapılmaktadır.
- 5 Endikasyon kuralı gözlem formu gözlemleri 3 aylık periyotlarda çalışanlardan haberli öncelikli olarak yoğun bakım kliniğinde çalışanların tamamı ve kliniklerde %10 kapsayacak (seçilmiş poliklinikler dahil) şekilde yapılır. Tüm veriler İNFLINE kayıt edilir ve EKK toplantısında sunulur. Gözlemler her 3 ayda bir analiz edilerek, epidemi durumunda ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve analizi artırılır. Uygunsuzluk durumunda birim bazlı geri bildirim yapıp gerekli eğitimler verilir.

o Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antiseptisi

- Temizlik, hastanemizde düşük, orta ve yüksek riskli alan ayrımı yapılarak hastane temizlik talimatına göre yapılır. Temizlik personellerine yılda bir kez ve gerekli görülen durumlarda birimlerde eğitim (el hijyeni, ortam temizliği, koruyucu ekipman kullanımları, temizlik maddelerin kullanımı, malzemelerinin saklama koşulları) verilmektedir.
- Yüksek riskli alanların (ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri, izolasyon odaları) temizliği günlük ve aylık ziyaretlerde gözden geçirilmekte gerekli geri dönüşler yapılmaktadır.
- Dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antiseptisi, ve sterilizasyon ünitemizden ilgili personel sorumludur. Enfeksiyon kontrol hemşiresi ve hekimi sterilizasyon ünitesine aylık ziyaretlerde temizlik, düzen, ısı nem kontrolü sağlamaktadır. Acil durumlarda ziyaretler hemen yapılmakta ve aksaklıklar gözden geçirilip geri dönüşler yapılmaktadır. Personel eğitimleri yılda bir verilmektedir (El hijyeni, kesici delici alet yaralanması, temizlik). Sterilizasyon ünitemizde otoklav (basınçlı buhar),hidrojen peroksit gaz plazma teknoloji kullanılmaktadır. Aletler ön temizlik için yıkama makinelerinde yıkanmaktadır.
- Endoskopi ünitemizde yüksek düzey dezenfektan (0,55% Ortofitalaldehit OPA) kullanılmaktadır. 2 aylık ziyaretlerde aksaklıklar, ortam temizliği, çalışanların kişisel koruyucu ekipman kullanımı gözden geçirilir. Aksaklıklar varsa geri dönüşler yapılır. Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamalar izlenerek sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

o Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

- ÜEAH çalışanlarının mesleki enfeksiyonlardan korunma eğitimleri verilmekte ve gerektiğinde tedavi takipleri sağlanmaktadır. Korunmaya yönelik eğitimler yıllık eğitim planına göre verilmektedir ve aşağıdaki konuları içerir:
 - El hijyeni
 - İzolasyon önlemleri ve koruyucu ekipman kullanımı
 - Kesici-delici alet batması ve kan vücut sıvı sıçramaları

- Atıkların doğru ayrışması ve toplanması
- Temizlik

Aşılama takipleri iş sağlığı güvenliği ve aşı birimi tarafından yapılmaktadır. Kesici-delici alet batması ve kan vücut sıvı sıçraması durumunda takip formu doldurulur ve tekrar eğitim ve bilgilendirme yapılır.

- Çalışan mesleki enfeksiyonlardan korunması ve takibi aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği birimi ile birlikte yürütülmektedir. Aylık yapılan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu toplantılarında gerekli değerlendirmeler yapılır. Ayrıca 3 aylık EKK toplantılarda yaralanmalar ve aşılanmaları konusunda veriler sunulmaktadır.

o Tesis Kaynaklı Çalışmalarda Enfeksiyonların Önlenmesi

- Tesis kaynaklı çalışmalar, yıkım onarım ve yapım çalışmaları enfeksiyon kontrol talimatına göre planlanmaktadır. Birim bazlı personel ve hastalar bilgilendirilmektedir. Önlemlerin alınıp alınmadığı gözden geçirilmektedir. Çıkan hafriyatlar düzgün taşınıp depolanması ve bertarafı sağlanmaktadır.
- Tesis kaynaklı Legionella enfeksiyonları önlemek için birim bazlı temizlik çizelgelerinde muslukların ve duş başlıklarının temizliğini, depo ve tesisatın temizliği teknik servis ve personel işbirliği ile yapılmaktadır. Burada çalışan personelin yılda bir eğitimi verilmektedir.

o Olağanüstü Durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) Yönelik Planlama

o Salgın Araştırması Ve Alınacak Önlemler

Hastanede belirlenen ya da kuşku edilen bir salgın durumunda ön inceleme ve tanımlayıcı çalışma yapılır. Bunun için şu basamaklar izlenir:

- Mevcut bilgilerin gözden geçirilmesi
- Olayın türünün (bakteremi, cerrahi alan enfeksiyonu vb.) lokalizasyonunun (ameliyathane, yoğun bakım ünitesi vb.) ve ciddiyetinin belirlenmesi (örneğin ölümle sonuçlanan bakteremi veya nozokomiyal pnömoni veya infüzyon sırasında gelişen geçici febril reaksiyon)
- Literatür taraması
- Tanının kesinleştirilmesi
- Kesin vaka tanımının oluşturulması
- Kesin vaka tanımına uyan tüm olguların bulunması
- Laboratuvarla iletişim kurularak önemli olabileceği düşünülen tüm izolatların (hasta izolatları veya şüpheli kaynaklardan alınan kültürler) saklanması istenmesi
- Epidemiyolojinin oluşturulması
- Hasta ve risk faktörü listesinin hazırlanması
- Esas inceleme ve karşılaştırmalı çalışma yapılır. Bunun için şu basamaklar izlenir;
 - Kesin vaka tanımına uyan hastaların dosyasının taranması
 - Gerekli görülen mikrobiyolojik çalışmaların veya diğer laboratuvar çalışmalarının yapılması
 - Gerek görülürse bulaş yolunu saptamak için ek çalışmalar yapmak (gözlemsel, deneysel vb.)
- Salgın nedeniyle bir servisin kapatılması veya kapatılmış bir servisin yeniden açılması kararı EKK tarafından verilir.

o Çamaşırhane, Morg, Atık Yönetimi ve Havalandırma Sistemleri Gibi Destek Hizmetlerinde Enfeksiyonun Önlenmesi

- Çamaşırhane birimimiz hizmet alımı kapsamındadır. Burada çalışan personelin sağlığını koruma çerçevesinde el hijyeni, eldiven kullanımı, koruyucu ekipman kullanımı, çamaşırları ayırma, taşıma ve transferi konusunda eğitim verilir. Birime gelen çamaşırlarda problem gözlemlendiği takdirde (yırılma, yıpranma, kirliliği vb.) geri birimlerde bulunulur.
- Morg biriminde çalışan personelin koruyucu ekipmanlar (eldiven, maske, önlük, gözlük)kullanımı için eğitim verilir. Yüksek Riskli Alanların Temizlik Talimatına göre temizliği sağlanır. Bu konuda personele eğitim verilir.
- Tüm hastane çalışanlarına atık ayrıştırma eğitimleri oryantasyon ve yıllık eğitim planı çerçevesinde verilir. Atık toplama biriminde çalışan personele enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde (el hijyeni, koruyucu ekipman

kullanımı, aşılama vb.) yılda bir kez eğitim verilir. Atık depoların temizliği atık depoları temizleme talimatına göre yapılır ve kaydedilir.

- Havalandırma; ameliyathanelerde laminer hava akımı bulunmaktadır. Pozitif basınçlı odalar (yoğun bakım üniteleri ve ameliyathaneler) ve negatif basınçlı odamız bulunmaktadır. Negatif basınçlı oda ihtiyacı duyulduğunda hastalar bu odalara sevk edilmektedir. Pozitif basınçlı hava akımı bulunan alanlarda ısı ve nem kontrolü sağlanmaktadır. Buralara yapılan günlük ve aylık ziyaretlerde kayıtlar kontrol edilir ve geri dönüşler yapılır. Havalandırma sistemine yönelik performans test raporları yılda 2i kez EKK tarafından değerlendirilir.

o **Yemek Hizmetleri İle İlgili Tüm Süreçlerde Gıda Güvenliğinin Sağlanması**

- Yemek hizmetleri değerlendirmek için mutfak denetimlerine iki ayda bir gidilir, gerekli durumlarda daha sık denetleme sağlanır. Aksaklıklar tespit edilir, geri dönüşler yapılır. Bir sonraki denetimde bir önceki denetimde görülen aksaklıklar giderilip giderilmediği gözlenir.
- Mutfakta çalışan personelin enfeksiyon kontrol önlemleri eğitimi (el hijyeni, koruyucu ekipman kullanım) oryantasyon ve yıllık eğitim programına göre yapılır. Gerekli takipler İş Sağlığı ve Güvenliği Birimince yapılmakta olup ilgili çalışanların portör taramaları ve hijyen eğitimi belgeleri gözden geçirilir, görüş ve önerilerde bulunulur.
- Depoların gözlemleri yapılır. İlk giren ilk çıkar kuralına göre kullanım denetlenir, temizlik planları ve çizelgeleri gözden geçirilir.

o **Personelin Eğitimi**

- Enfeksiyon kontrol uygulamalarına yönelik olarak tüm ÜEAH çalışanlarına oryantasyon ve hizmet içi eğitim programları ile sürekli eğitim uygulanır. Aylık düzenli olarak tüm doktor, hemşire, personel eğitimleri eğitim planı doğrultusunda yapılır. Hasta ve yakınlarına hastane enfeksiyonları, el yıkama, eldiven kullanımı, atık ve hijyen konularında bilgilendirici eğitimler yapılır. Bu eğitim programları gözlemlere ve toplanan verilere göre sürekli yenilenerek gözden geçirilir. Hem hizmet sırasında hem uygulama aşamasında rehberlerle desteklenir. Rehberlerin hazırlanmasında değişik kılavuzlardan yararlanılır.
- Hizmet satın alınan kurum personeli (çamaşırhane) dahil temel enfeksiyon ve enfeksiyonlardan korunma eğitimi verilir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği

Düzeltilici Önleyici Faaliyet Prosedürü

El Yıkama Ve El Antiseptiği Kullanım Talimatı

Genel Hastane Temizlik Talimatı

Atık Yönetimi Prosedürü