1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı; Enstitümüzde sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen infeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak, konu ile ilgili sorunları tespit etmek, çözümüne yönelik faaliyetleri düzenleyip yürütülmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür Enstitütedeki tüm birimleri ve öğrenciler de dahil olmak üzere bu birimlerde görev yapan herkesi kapsar.

3. SORUMLULAR:

İnfeksiyon kontrolüne ilişkin planlamaların yapılmasından ve izlenmesinden Komite üyeleri, kaynakların (insan ve malzeme) temin edilmesinden Enstitü Yönetimi ve uygulanmasından öğrenciler ve yöneticiler dahil tüm Enstitü çalışanları sorumludur.

4. TANIMLAR ve KISALTMALAR:

Yönetim: Enstitü müdürlüğü ve/veya başhekimliği,

Hastane İnfeksiyonu Kontrol Komitesi (HİKK): Hastane İnfeksiyon Kontrol komitesinde görevli çalışanları

İnfeksiyon Kontrol Ekibi. (İKE): İnfeksiyon Uzmanı ve İnfeksiyon Hemşiresini

Hastane İnfeksiyonu (Hİ): Sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen tüm infeksiyonları,

Sürveyans: Belli bir amaca yönelik olarak veri toplanması,toplanan verilerin bir araya getirilerek yorumlanması ve sonuçların ilgililere bildirilmesinden oluşan dinamik bir sürectir.

UHESA: Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürvevans Ağı

CAİ: Cerrahi operasyonlardan sonraki 30 gün içerisinde gelişen enfeksiyonlardır.

Hİ: Hastane İnfeksiyonu

OE: Onkoloji Enstitüsü

5. UYGULAMALAR:

5.1. Enfeksiyon Kontrolünün Planlanması:

5.1.1. Hastane İnfeksiyonu Kontrol Komitesi, ve ekibi, Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'ne göre oluşturulur ve çalışır.

5.1.2. Enfeksiyon kontrolü konusunda görevli çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları ilgili dokümanlarda tanımlanmıştır. (HİKK ve İKE GYS tanımları)

5.1.3. HİKK, enstitümüzün enfeksiyon kontrolü açısından riskli alanlarını analiz eder ve bunlara karşı alınacak önlemleri tanımlar.

5.1.4. HİKK, çalışanların konuya duyarlılığını artırmak amacıyla periyodik olarak eğitimler düzenler. Bu eğitimler, işbaşında eğitim, grup eğitimi, birim eğitimi şeklinde düzenlenebilir. Ayrıca kuruma yeni başlayan her yeni personele verilen genel oryantasyon eğitimlerinde Onkoloji Enstitüsü'nde tanımlanmış enfeksiyon kontrol önlemleri anlatılır. Bu eğitim çalışmaları **"Eğitim Komitesi İşleyiş Prosedürü"** uyarınca ve **"Hizmet İçi Eğitim Planı"** na gore düzenlenir, kayıt altına alınır ve izlenir.

5.2. Enfeksiyon Kontrol Önlemlerinin Uygulamaya Konması:

5.2.1. Sürveyans Uygulamaları: OE'de **"Sürveyans Uygulamaları Talimatı"** uyarınca laboratuvara dayalı sürveyans çalışması yürütülür. Bu çalışma tüm yataklı klinikleri kapsar. Cerrahi işlem geçiren hastalar **" Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının İzlenmesi Talimatı"** kapsamında izlenir. Üç ayda bir HİKK tarafından hazırlanan Sürveyans Raporu, Enstitü üst yönetimi, ilgili birim ve kişilerle paylaşılır.

5.2.2. Salgın durumunda uygulamalar: Salgın şüphesi veya bildirimi halinde yapılacak faaliyetler **"Salgın İnceleme Talimatı"**na uygun olarak yürütülür.

5.2.3. İzolasyon uygulamaları: İzolasyon gereğinde uygulanacak faaliyetler **"İzolasyon Talimatı"**na uygun olarak yürütülür.

5.2.4. Temizlik Faaliyetleri:

5.2.4.1. Enstitü'nün tüm alanları **"Temizlik Uygulamaları Talimatı**"na uygun olarak temizlenir.

5.2.4.2. Enstitüde kullanılan ve enstitü çamaşırhanesinde yıkanan çamaşırlar **"Çamaşır Taşıma Ve Çamaşır Yıkama Talimatı"** uyarınca toplanır, yıkanır, paketlenir ve dağıtılır.

5.2.5. Sterilizasyon-Dezenfeksiyon-Antisepsi uygulamaları:

5.2.5.1. Enstitümüzde kullanılan tıbbi ekipmanların sterilizasyonu ve ekipmanların/yüzeylerin dezenfeksiyonu ile ilgili uygulamalar **"Dezenfeksiyon Sterilizasyon Talimatı"** na uygun şekilde gerçekleştirilir.

5.2.5.2. Cilt antisepsisi uygulamaları **"Cilt Antisepsisi Talimatı"** uyarınca gerçekleştirilir.

5.2.6. Kültür Alma Uygulamaları: Herhangi bir nedenle hastadan ya da yüzeyden kültür örneği almak gerektiğinde **"Kültür Alma Talimatı"** uygulanır.

5.2.7. Enstitü'de üretilen atıkların yönetimi: Atıkların yerinde ayrıştırılması, toplanması, geçici depolanması ve uzaklaştırılması konusunda uygulanacaklar **"Çevre ve Atık Yönetim Talimatı"**ne uygun olarak yürütülür.

5.2.8. Tüm birimlerde yapılacak tadilat ve yeniden yapılanmalar sırasında uygulanacak infeksiyon kontrol önlemleri **"Yapım Onarım Çalışmalarında Enfeksiyon Kontrol Talimatına"** uygun olarak yürütülür.

5.2.9. Çalışanların Hİ'dan korunmasına ilişkin uygulamalar:

5.2.9.1. Kurumun tüm çalışanları Hepatit B aşılama programına alınır. Programın nasıl uygulanacağı **"Personel Aşılama Takvimi"**nde belirtilmiştir.

5.2.9.2. El hijyeni konusunda yapılacaklar ve çalışan uyumunun izlemesinde izlenecek yöntem **"El Yıkama Talimatı"** nda tanımlanmıştır.

5.2.9.3. Sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanlar **"Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı"** nde belirtilen ekipmanları kullanarak çalışırlar.

5.2.9.4. Eldiven kullanımına ilişkin ilkeler **"Eldiven Kullanımı Talimatı"**nda belirtilmiştir.

5.2.9.5. Damar içi kateter ile ilişkili enfeksiyonları önleme ilkeleri "**Damar Içi Kateter Ile Ilişkili Enfeksiyonları Önleme Talimatı**" nda belirtilmiştir.

5.2.9.6. Kontamine materyalle temasın önlenmesinde ve izlenmesinde **"Kontamine Materyalle Temasın Önlenmesi ve İzlenmesi Talimatı"** uygulanır.

5.2.10. Antibiyotik Uygulamaları: Enstitüde antiiyotik kullanımına ilişkin ilkeler **"Antibiyotik Uygulama Talimatı"**nda tanımlanmıştır.

5.2.11. Katater ilişkili üriner sistem enfeksiyonları önleme ilkeleri **"Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Talimatı"** nda belirtilmiştir.

5.3. Enfeksiyon Kontrol Önlemlerinin Etkinliğinin İzlenmesi:

5.3.1. Yataklı birimlerde uygulanan önlemlerin yeterliliği, EKH tarafından haftalık olarak yerinde kontrol edilir ve **"Servis Denetim Formu"** ile kayıt altına alınır; sonuçları Başhemşirelik ve birim sorumlu hemşireleri ile paylaşılır.

5.3.2. Alınan önlemlerin etkinliği İKE tarafından izlenir ve ilgili talimatlarda belirtilen kontrol formları ile kayıt altına alınır. İzlem sonuçları, İKE tarafından değerlendirilir, analiz edilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları **"Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü"** uyarınca planlanır ve yürütülür. İzlem sonuçlarına göre gerektiğinde HİKK olağanüstü toplantıya çağrılır.

5.3.3. HİKK, her rutin toplantısında o dönem içinde yapılmış tüm çalışmaları gözden geçirir, yürütülen iyileştirme çalışmalarını değerlendirir.

5.3.4. Bu çalışmaların sonuçları ve HİKK aldığı kararlar, her toplantı sonunda Enstitü yönetimine ve ilgili birimlere yazılı olarak iletilir.

6. İlgili Dökümanlar:

6.2. Eğitim Komitesi İşleyiş Prosedürü
6.3. Hizmet İçi Eğitim Planı
6.4. Sürveyans Uygulamaları Talimatı
6.5. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının İzlenmesi Talimatı
6.6. Salgın İnceleme Talimatı
6.7. İzolasyon Talimatı
6.8. Temizlik Uygulamaları Talimatı
6.9. Çamaşır Taşıma ve Çamaşır Yıkama Talimatı
6.10. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Talimatı
6.11. Cilt Antisepsisi Kullanım Talimatı
6.12. Kültür Alma Talimatı
6.13. Çevre ve Atık Yönetim Talimatı
6.14. Yapım Onarım Çalışmalarında Enfeksiyon Kontrol Talimatı
6.15. Personel Aşılama Takvimi
6.16. El Hijyeni Talimatı
6.17. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanım Talimatı
6.18. Eldiven Kullanımı Talimatı
6.19. Damar Içi Kateter Ile Ilişkili Enfeksiyonları Önleme Talimatı
6.20. Kontamine Materyalle Temasın Önlenmesi ve İzlenmesi Talimatı
6.21. Antibiyotik Uygulama Talimatı
6.22. Enfeksiyon Hemşireliği Servis Denetim Formu
6.23. Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü
6.24. Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Talimatı