

ENFEKSİYON HİZMETLERİ
KONTROL KOMİTESİ
GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Doküman Kodu:	KY.YD.09	İlk Yayın Tarihi:	25.08.2016	Rev. Tarihi:	05.12.2023	Rev. No:	01	Sayfa No:	1 / 3
---------------	----------	-------------------	------------	--------------	------------	----------	----	-----------	-------

REVİZYON BİLGİSİ

<u>Revizyon Tarihi</u>	<u>Rev. No</u>	<u>Açıklama</u>
05.12.2023	01	Doküman genel olarak gözden geçirildi, SKS 4.1 sürüm kapsamında revize edilmiştir. Döküman yazı karakteri ve yazı tipi boyutu değiştirilmiştir.

HAZIRLAYAN
TIBBİ HİZMETLER MÜDÜRÜKONTROL EDEN
KALİTE HİZMETLERİ MÜDÜRÜONAYLAYAN
GENEL MÜDÜR

1. GÖREV ADI : Enfeksiyon Hizmetleri Kontrol Komitesi**2. GÖREV TANIMI :**

2.1.Kurumun kalite politikaları, mevcut yasal düzenlemeler ve kalite standartları doğrultusunda kurum enfeksiyonlarının, bilimsel ve etik olarak doğru, zamanında ve eksiksiz bir şekilde kontrol etmek ve gerekli önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını sağlamaktan sorumlu komitedir.

3. KAPSAM :

3.1.Kurum tüm çalışanları kapsar.

3.2. Komite Başkanı; Enfeksiyon Hizmetleri Sorumlu Hekimidir. Olmadığı zaman toplantı başkanlığını Tıbbi hizmetler Müdürü yapar.

4. GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLAR:

4.1.Kalite standartlarına göre Enfeksiyon Kalite Hedeflerinin belirlenmesi doğrultusunda yol gösterici olmak, planlamak ve uygulamaları denetlemek,

4.2.Bilimsel esaslar çerçevesinde, kurumun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirleyerek uygulanmasını sağlamak, üst yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak, süreci izleyerek iyileştirici önlemlerin alınmasını ve uygulanmasını sağlamak,

4.3.Enfeksiyon Güvenliği ile ilgili, güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak kurumda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirilmesinde ve güncellenmesinde kalite birimi ile aktif çalışmalar yapmak,

4.4.Kurumda çalışanlara, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek,

4.5.Kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak,

4.6.Kurum enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, Kurum enfeksiyon kontrol programı için hedefleri koymak, her yılın 3 aylık periyotlarında hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek ve üst yönetime sunmak,

4.7.Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerinin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara yazılı görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde üst yönetime görüş bildirmek.

4.8.Kurum hasta/yakınları veya kurum çalışanları 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,

4.9.Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlenmesinde ilgili ilaç yönetimi ekibinden gerekli veri analizlerini almak, süreç işleyişlerini izlemek ve yönlendirmek,

4.10.Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımının denetlemesini sağlamak,

4.11.Kurum temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin kurum enfeksiyonları yönünden kontrolü konusunda politikaları oluşturmak ve denetlenmesini sağlamak,

4.12.Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyon riskinin önlenmesi konusunda kurum politikalarını belirlemek ve denetimini sağlamak,

4.13.Yemek hizmetleri ile ilgili tüm süreçlerde gıda güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin alınmasını ve denetimini sağlamak,

4.14.Olağanüstü durumlara yönelik (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılmasını ve personelin bu konuda eğitimini sağlamak.

4.15.Üç ayda bir olmak üzere, kurum enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç patenlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere üst yönetime bildirmek,

4.16.Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını üst yönetime sunmak,

4.17.Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve üst yönetime iletmek,

4.18.Diğer komite ve kurullarla işbirliği içinde çalışır. İlgili raporları sunmaları için komite toplantılarına çağırıp, yeni kararların alınmasını sağlar,

5. TOPLANTI SIKLIĞI

5.1. Komite toplantıları **3 ayda bir YILDA 4 kez ve GEREKTİKÇE** yapılır. Toplantıda alınan kararlar Komite Toplantı Tutanağına işlenir, katılımcıların imzaları ile kayıt altına alınır.

6.KURUL ÜYELERİ

6.1.Kurul üyeleri; bir (1)Başkan, Enfeksiyon Hizmetleri sorumlu Hekimi, bir (1) Tıbbi Hizmetleri Müdürü, bir (1) Hasta Hizmetleri Müdürü, bir (1) Kalite /Eğitim Hizmetleri Müdürü, bir (1) Destek Hizmetleri Müdürü, bir (1) Sterilizasyon Hizmetleri Sorumlu Hekimi, bir (1) Sterilizasyon Hizmetleri Sorumlu Klinik asistan, bir (1) Atık Yönetimi Hizmetleri Sorumlu Hekimi/, bir (1) Atık Yönetimi Hizmetleri Sorumlu Klinik asistan, bir(1) Klinik asistan Sorumlu Eğitimcisi oluşur.

NO	GÖREV	ÜNVAN
1	BAŞKAN	Enfeksiyon Hizmetleri Sorumlu Hekimi/Sorumlusu
2	ÜYE(Yönetici)	Tıbbi Hizmetler Müdürü (Yardımcısı)
3	ÜYE (Yönetici)	Kalite ve Eğitim Müdürü/Uzmanı
4	ÜYE(Yönetici)	Destek Hizmetleri Müdürü/Sorumlusu)
5	ÜYE (Yönetici)	Hasta Hizmetleri Müdürü/Sorumlusu
6	ÜYE(hekim)	Sterilizasyon Hizmetleri Sorumlu Hekimi/klinik Asistan sorumlusu
7	ÜYE(hekim)	Atık Yönetimi Hizmetleri Sorumlu Hekimi/Klinik asistan sorumlusu
8	ÜYE (Asistan)	Sterilizasyon Hizmetleri Sorumlu klinik Asistan
9	ÜYE (Asistan)	Temizlik/Atık Yönetimi Hizmetleri Sorumlu Klinik asistan
10	ÜYE (Asistan)	Klinik asistan Sorumlu Eğitimcisi

7.YETKİLER:

- 7.1.Görev yetki ve sınırları dahilinde misyon ve vizyon doğrultusunda sağlık hizmetine katılmak,
- 7.2. Yapılan Enfeksiyon hizmetleri Komitesinin belirlenen;
- Kalite standartları ve/veya yasal mevzuat ile ilgili gerekli bilgileri içerik biçiminde dokümantasyonundan Kalite Hizmetleri Müdürü;
 - Enfeksiyon ile ilgili risklerin belirlenmesi, önlemlerin tespit ve uygulanması ile ilgili hususlardan Enfeksiyon/Sterilizasyon ve Atık Hiz. Sorumlu Hekim/Sorumlu Klinik Asistanlar;
 - İdari, mali, teknik, çevre güvenliği, finansal ve paydaşlarla iletişim ile ilgili risklerin belirlenmesi, önlemlerin tespit ve uygulanması ile ilgili hususlardan Genel Müdür ve Destek Hizmetleri Müdürü sorumludur.
 - Çalışanların sahada belirlenen Enfeksiyon Risk Yönetimi kriterlerini, tam ve doğru olarak uygulamasından, Kalite bölüm sorumluları ve tüm ilgili üst yöneticileri yetkilidir.
- 7.3.Enfeksiyon Hizmetleri Kontrol Komitesinin düzenli toplanması ve görevini yapmasından Enfeksiyon Hizmetleri Sorumlu Hekimi/ Mesul Müdür (Tıbbi Hizmetler Müdürü)Sorumludur.