



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi
Başkanlığı

SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR
ULUSAL ÖNLEM PAKETİ (DEMET)
UYGULAMALARI

Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonları Önleme ve Koruma Birimi

Ekim, 2021

enfeksiyon@saglik.gov.tr

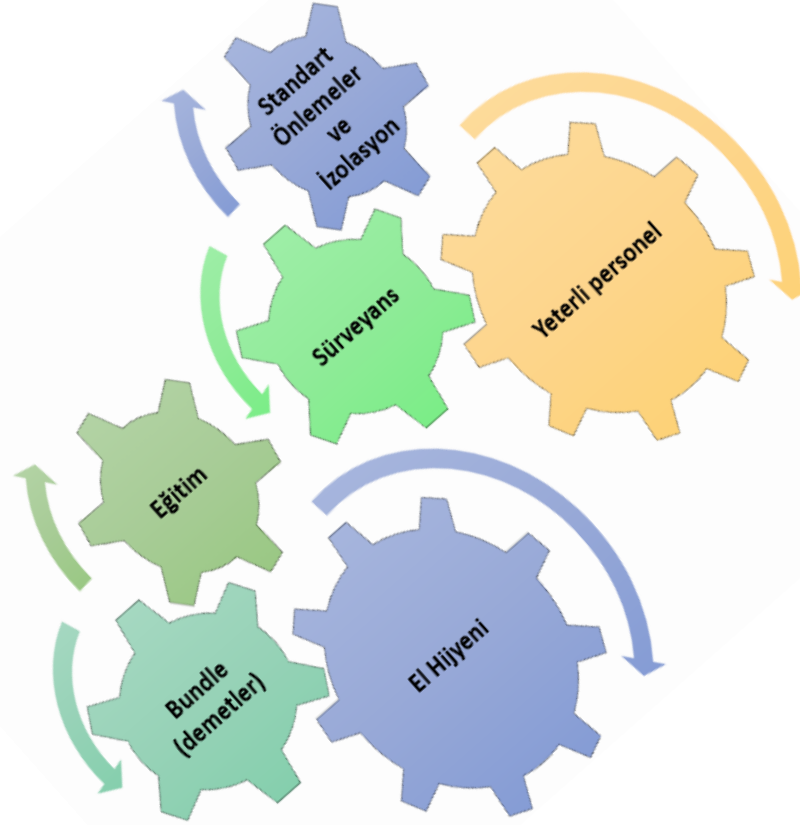


SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR
ULUSAL ÖNLEM PAKETİ UYGULAMALARI



ULUSAL ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL DANIŞMA
KURULU ÇALIŞMASI

Mart 2021, Ankara



Editör

Doç. Dr. Can Hüseyin HEKİMOĞLU

Yayına Hazırlayanlar

Doç. Dr. Can Hüseyin HEKİMOĞLU

Hem. Dilek ALTUN

Hem. Esen BATIR

Hem. Emine YILDIRIM GÖZEL

Önlem Paketi Çalışma Grupları Koordinatörü

Prof. Dr. Halis AKALIN

VİP Önlem Paketi Çalışma Grubu

Prof. Dr. Halis AKALIN

Prof. Dr. Bilgin ARDA

Doç. Dr. Melda TÜRKOĞLU

Uzm. Dr. Benhur Şirvan ÇETİN

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

SKİ-KDE Önlem Paketi Çalışma Grubu

Prof. Dr. Gülden ERSÖZ

Prof. Dr. Yeşim TAŞOVA

Doç. Dr. Aslıhan CANDEMİR ULU

Uzm. Dr. Benhur Şirvan ÇETİN

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

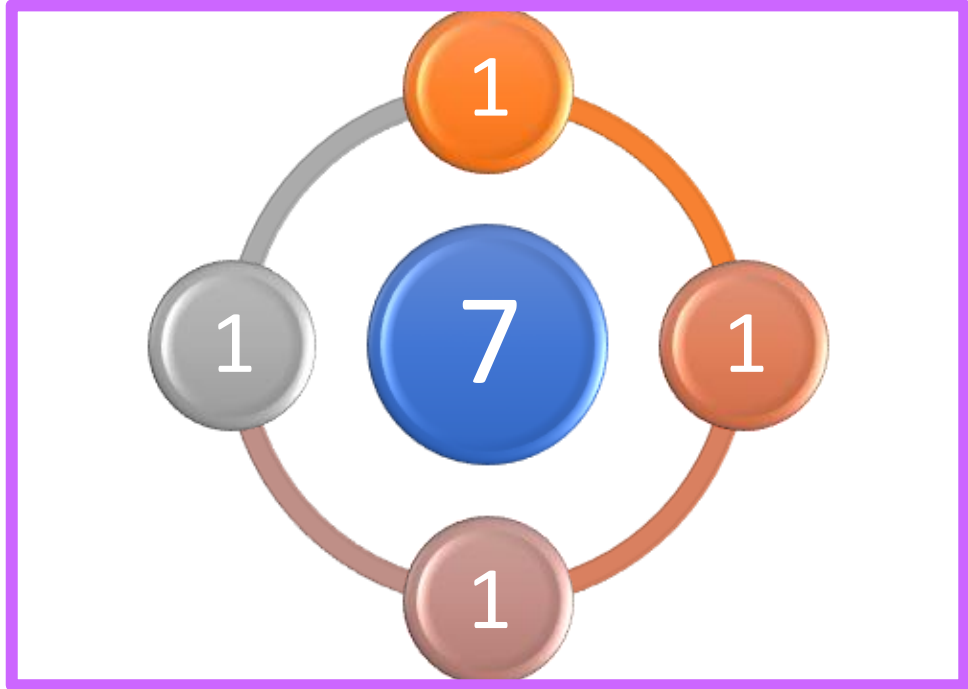
Kİ-İYE Önlem Paketi Çalışma Grubu

Prof. Dr. Bilgin ARDA

Doç. Dr. Melda TÜRKOĞLU

Uzm. Dr. Benhur Şirvan ÇETİN

Uzm. Dr. Dilek TARHAN



Ventilatör İlişkili Pnömoni (ViP)

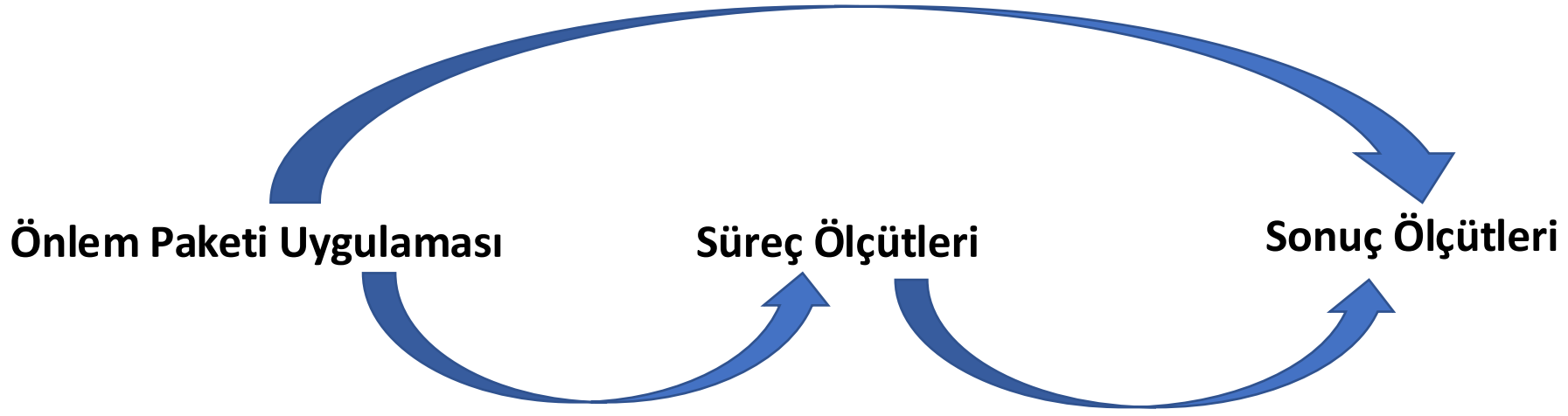
Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (SKİ-KDE)

- Santral kateter takılması sırasında
- Santral kateter bakımı sırasında

Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu (Ki-İYE)

- Üriner kateter takılması sırasında
- Üriner kateter bakımı sırasında





Aseptik İşlem Öncesi
El Hijyeni



El Hijyeni Uyum Oranı:
%65→%45



SKİ-KDE Hızı:
1.9→2.7

Aseptik İşlem Öncesi
El Hijyeni



El Hijyeni Uyum Oranı:
%45→%65



SKİ-KDE Hızı:
2.7→1.9

BÜTÜN bileşenler EŞ zamanlı uygulanmalı!

Her bir bileşene BÜTÜN SAĞLIK ÇALIŞANLARI maksimum uyum sağlamalı!

Bileşenlerin uygulanması ve izlemi SÜREKLİ olmalı!

Bileşenler TÜM HASTALARI kapsamalı!

Kontrol listeleri hastanın HEMŞİRESİ tarafından doldurulmalı!

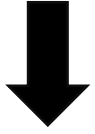
Uyum SORUMLU HEMŞİRE sorumluluğunda günlük olarak izlenmeli!

Kontrol listeleri aylık bazda EKH'ye iletilmeli!

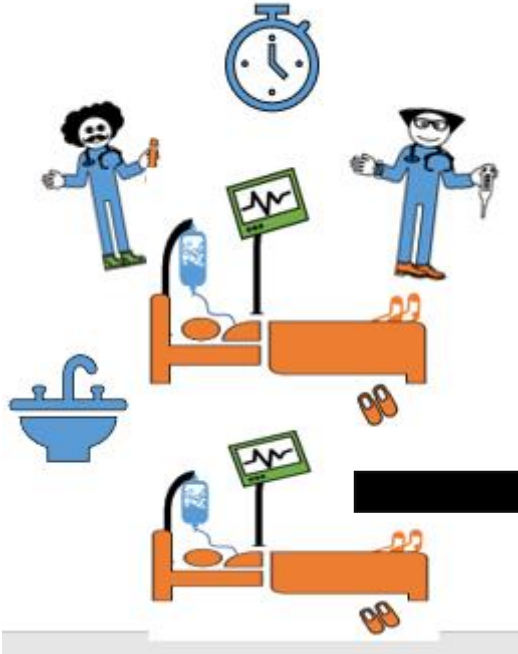
Ölçütlerin hesaplanması ve geribildirim EKH tarafından yapılmalı!



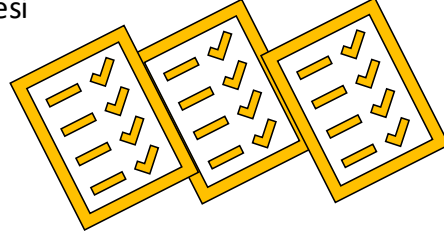
Önlem Paketi Uygulaması



Tüm bileşenleri
tüm hastalarda uygula



YBÜ Sorumlu Hemşiresi



Kontrol listelerini aylık topla
ve EKH'ye ilet.



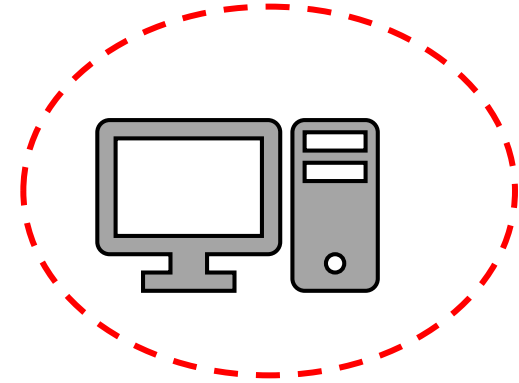
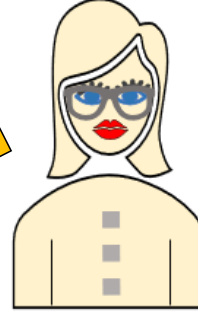
Kontrol listeleri kullan



YBÜ Hemşiresi

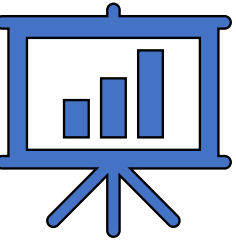


EKH



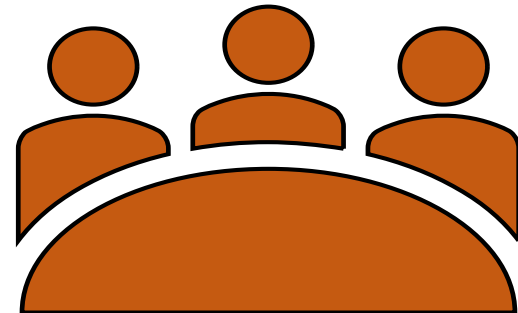
Hesaplama

Süreç Ölçütleri



GERİ BİLDİRİM

Sonuç Ölçütleri



GÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Araç sayısı	3	2	-	1	1	2	-	4	-	2	
GÜN	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Araç sayısı	-	-	3	-	-	3	2	1	2	3	
GÜN	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Araç günü	4	5	4	3	-	2	1	1	-	1	1

<=5 gün
Önlem Paketi +
Süreç Ölçütü +

GÜN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Araç sayısı	3	2	-	1	1	2	-	4	-	2	
GÜN	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Araç sayısı	-	-	-	-	-	-	2	1	2	3	
GÜN	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Araç günü	4	5	4	3	-	2	1	1	-	1	1

>5 gün
Önlem Paketi +
İzlem: isteğe bağlı

VIP Önlem Paketi

Hastaya yapılacak her türlü müdahalede **el hijyeninin** sağlanması

Endotrakeal entübasyon ve **mekanik ventilasyon gerekliliğinin** her gün değerlendirilmesi ve uygun olan en kısa sürede ekstübasyonun planlanması

Sedasyon tatili uygulanması

Yatak başının **30-45°**de tutulması

Steril su ile **günlük ağız bakımının** yapılması

Kontrendikasyon yoksa yatak başının
30-45°'de (yarı oturur pozisyon)
tutulması

Ventilatör günü:	1			2			3		
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E	H	U	E	H	U	E	H	U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	E	H	U	E	H	U	E	H	U

En az 8 saatte bir olmak üzere günde 3 kez

Steril su ile ıslatılmış gazlı bez (veya bu amaçla hazır olarak temin edilebilen malzemeler) ile dişlerin, dilin ve ağız boşluğunun silinmesi

VİP ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Ventilatör başlangıç tarihi:

Ventilatör günü:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E X U	E X U	E X U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	X H U	X H U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	E X U	E X U	X H U	X H U	X H U	E X U	X H U	E X U	E X U	E X U
Ventilatör günü:	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ventilatör günü:	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U

7/3
10/0
2/8
4/6

E: Evet; H: Hayır; U: Uygulanamaz

VİP ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Ventilatör başlangıç tarihi:

Ventilatör günü:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ventilatör günü:	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E H U	E H U	E X U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	E H U	E H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	E H U	E H U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U	E X U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E H U	E H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U	X H U
Ventilatör günü:	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	E X U	E X U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Yatak başı elevasyonu uygun mu?	X H U	X H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Sedasyon tatili yapıldı mı?	X H U	X H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U
Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı?	E X U	E X U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U	E H U

7/3
10/0
2/8
4/6

E: Evet; H: Hayır; U: Uygulanamaz

24.09.2021	Cumartesi	8	8	8	12	15
25.09.2021	Pazar	12	10	15	15	15
26.09.2021	Pazartesi	13	12	12	15	18
27.09.2021	Salı	13	13	12	11	15
28.09.2021	Çarşamba	12	15	15	15	16
29.09.2021	Perşembe	10	12	10	8	12
30.09.2021	Cuma	10	10	8	9	17
Tarih	Gün	Toplam: 312	Toplam: 306	Toplam: 311	Toplam: 320	Toplam: 399

24.09.2021	Cumartesi	0	0	0	0	0
25.09.2021	Pazar	0	0	0	0	0
26.09.2021	Pazartesi	0	0	0	0	0
27.09.2021	Salı	0	0	0	0	0
28.09.2021	Çarşamba	0	0	0	0	0
29.09.2021	Perşembe	0	0	0	0	0
30.09.2021	Cuma	312	306	311	320	399
Tarih	Gün	Toplam: 312	Toplam: 306	Toplam: 311	Toplam: 320	Toplam: 399

Demet İzlem Raporları Arama Grubu

 Tarih Aralığı Dönem

Başlangıç Tarihi

01.09.2021



Bitiş Tarihi

15.09.2021



Rapor

Ventilatör



Servis

ANESTEZİ YB



Pdf

Temizle

Ara

Servis ↑

Excel'e Aktar

	Ventilasyon Gerekliği Değerlendirme Oranı	Sedasyon Tatiline Uyum Oranı	Yatak Başının Elevasyonuna Uyum Oranı	Ağız Bakımına Uyum Oranı
(Toplam: 1)				
< BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ	78,01	71,73	79,06	76,96

 Tarih Aralığı Dönem

01.09.2021



15.09.2021



Rapor

Ventilatör



Servis

Dahiliye Yoğun Bakım 2



Pdf

Temizle

Ara

Servis ↑

Excel'e Aktar

İl	Kurum	Ventilasyon Gerekliği Değerlendirme Oranı	Sedasyon Tatiline Uyum Oranı	Yatak Başının Elevasyonuna Uyum Oranı	Ağız Bakımına Uyum Oranı
----	-------	---	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

Veri yok

Ventilasyon Gerekliliği Değerlendirme Oranı

- Ventilasyon Gerekliliği değerlendirilen **hasta günü / Ventilatör günü x 100**

Sedasyon Tatiline Uyum Oranı

- Sedasyon tatili yapılan **hasta günü / Ventilatör günü x 100**

Yatak Başının Elevasyonuna Uyum Oranı

- Yatak başı 30-45⁰ 'de tutulan **hasta günü / Ventilatör günü x 100**

Ağız Bakımına Uyum Oranı

- Steril su ile g¼nl¼k ağız bakımı (en az 8 saatte bir olmak üzere g¼nde 3 kez) uygulanan **hasta günü / Ventilatör günü x 100**

SKI-KDE Önlem Paketi

Santral Kateter Takılması Sırasında

Hastaya kateter takılmasının hemen öncesinde **el hijyeninin** sağlanması

Uygun alan (zorunlu kalmadıkça femoral bölgeden kaçınılması) seçilmesi

Cilt hazırlığında tercihen %0.5-2 klorheksidin içeren alkol solüsyonu veya povidon iyot veya %70 alkol kullanılması;
2 aylıktan küçük bebeklerde veya klorheksidin kontrendikasyonu olanlarda alkol bazlı povidon iyot veya %70 alkol kullanılması

Kateter takılması sırasında **maksimal bariyer önlemlerinin** (bone, maske, steril eldiven, steril önlük giyilmesi, kateter takılacak alanın büyük steril örtülerle kapatılması) alınması



SANTRAL KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Hastanın adı soyadı:	Protokol/T.C. numarası:
Servis:	İşlemin yapıldığı tarih/ saat:
Yapılan işlem: <input type="checkbox"/> Yeni kateter <input type="checkbox"/> Kılavuz kateter üzerinden kateter değişimi	
SK tipi: <input type="checkbox"/> Juguler <input type="checkbox"/> Subklavyen <input checked="" type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Tünelli kateter <input type="checkbox"/> Brakiyal <input type="checkbox"/> Periferden yerleştirilen santral kateter <input type="checkbox"/> Orta hat kateterleri <input type="checkbox"/> Port	
SK kullanım amacı: <input type="checkbox"/> Hidrasyon/ilaç <input type="checkbox"/> Diyaliz <input type="checkbox"/> Pulmoner arter kateterizasyonu <input type="checkbox"/> CVP ölçümü <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> Diğer.....	
SK takılma şekli: <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Elektif	
SK takan kişi: <input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Öğretim üyesi <input type="checkbox"/> Uzman Dr <input type="checkbox"/> Diğer.....	
SK takma işlemi ilk girişimde başarılı oldu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Girişim başarısız oldu ise kateteri takan kişi değişti mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Kateteri takan kişi işleme başlamadan önce aşağıdaki işlemlerden hangilerini yaptı?	
El hijyeni sağladı <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Cilt antisepsisi sağladı <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Cildin kurumasını bekledi <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Hasta üstünü tam kapatan büyük steril örtü kullandı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

Takılan Femoral Kateter Sayısı

Takılmadan Hemen Önce El Hijyeni Sağlanan Kateter Sayısı

Uygun Cilt Hazırlığı Yapılarak Takılan Kateter Sayısı

Kateteri takan kişi işlem sırasında aşağıdakilerden hangilerini kullandı?		
Steril eldiven	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Steril önlük	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bone	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Maske	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kateteri takan kişi işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?		
	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kateteri takan kişiye yardım eden personel aşağıdakilerden hangilerini kullandı?		
Steril eldiven	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Steril önlük	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Bone	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Maske	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kateteri takan kişiye yardım eden kişiler işlem boyunca sahanın sterlitesini korudu mu?		
	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İşlem tamamlandıktan sonra kateter takılan bölge steril pansuman ile kapatıldı mı?		
	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

**Maksimum Bariyer Önlem
Alınarak Takılan Kateter
Sayısı**

**Takılan Toplam Kateter Sayısı=Form
sayısı
tüm SK'ler için form doldurulduysa
Her takılan SK için doldurulmalı**

SKİ-KDE Önlem Paketi

Santral Kateter Bakımı Sırasında

Kateter ve bağlantılarına her erişim **öncesi** ve **sonrasında el hijyeninin** sağlanması.

Günlük olarak **kateter gerekliliğinin** değerlendirilmesi.

Kateter bağlantı noktalarının **dezenfeksiyonunun** sağlanması

Pansuman değişimlerinin uygun sıklıkta aseptik tekniklere uygun yapılması

İnfüzyon setlerinin standart değişim sürelerine uyulması

Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?

→ Yapıldı (E) / Yapılmadı (H)

→ Yapıldı (E) → Endikasyon VAR / YOK

Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?

Kateter ve bağlantılarına her erişim sonrasında el hijyeni sağlandı mı?

→ İlgili gün için erişim sayısı kaç olursa olsun TEK işaretleme

→ Tek bir erişimde bile HAYIR ise → HAYIR

Kateter bağlantı noktalarının dezenfeksiyonu sağlandı mı?

Kateter bağlantı noktalarına uygulanan dezenfektanın kuruması beklenmi mi?

→ %70 etil alkol, povidon-iyod veya klorheksidin içeren alkol solüsyonu ile dezenfeksiyonu yapılmalı
ve kuruması beklenmiş olmalıdır!

Pansuman değişimi uygun sıklıkta yapıldı mı?

Pansuman değişimi aseptik teknikle yapıldı mı?

Pansuman değişiminde aseptik olarak >%0.5 klorheksidin içeren alkol solüsyonu kullanıldı mı?

Antiseptik solüsyonun kurumması beklendi mi?

Mümkünse %2 klorheksidin glukonat içeren şeffaf, yarı geçirgen örtü → 5-7 günde bir

Eğer hastanın alerjisi varsa veya şeffaf örtü temin edilemiyorsa steril gazlı bez → 2 günde bir

Örtü bütünlüğü bozulursa, gevşeme olursa, ıslanırsa, gözle görünür şekilde kirlenirse veya örtü altında nem, drenaj sıvısı/kan varsa → hemen!

Setler standartlaştırılmış sürede değiştirildi mi?

Primer ve sekonder devamlı infüzyon setleri → 72-96 saatte bir

Primer devamlı sete eklenen sekonder infüzyon setleri → 24 saatte bir

Aralıklı infüzyon seti → 24 saatte bir

TPN seti → en geç 24 saatte bir *

Tek başına infüze edilen IV lipid emülsiyon seti → 12 saatte bir

Transfüzyon uygulama seti → her bir ünitenin tamamlanmasından sonra veya her 4 saatte bir

Gerekliliği değerlendirilen kateter sayısı

Her erişim öncesinde el hijyeni sağlanan kateter sayısı

Her erişim sonrasında el hijyeni sağlanan kateter sayısı

Her erişim öncesinde uygun dezenfeksiyon sağlanan kateter sayısı

Uygun Pansuman Değişimi Yapılan Kateter Sayısı ***

SK günü:	1	2	3
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E H	E H	E H
Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	E H	E H	E H
Kateter ve bağlantılarına her erişim sonrasında el hijyeni sağlandı mı?	E H	E H	E H
Kateter bağlantı noktalarının dezenfeksiyonu sağlandı mı?	E H	E H	E H
Kateter bağlantı noktalarına uygulanan dezenfektanın kuruması beklendi mi?	E H	E H	E H
Pansuman değişimi uygun sıklıkta yapıldı mı?	E H	E H	E H
Pansuman değişimi aseptik teknikle yapıldı mı?	E H	E H	E H
Pansuman değişiminde aseptik olarak >%0.5 klorheksidin içeren alkol solüsyonu kullanıldı mı?	E H	E H	E H
Antiseptik solüsyonun kuruması beklendi mi?	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H

>%100 OLABİLİR!

SKİ-KDE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Santral kateter başlangıç tarihi:

SK günü:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
mi:															
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H	E X	E H	E H	E H	X H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H	E X	E H	E X	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	X H	E X	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H
Set standart sürede değiştirildi mi?	E H	E H	E H	E H	X H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H	E H

3/4

1/0 0/3 1/0 0/1 1/0

Primer devamlı infüzyon seti: 1, 2, 3, 4, **5**, 6, 7, **8** (3-4 gün)

Primer devamlı sete eklenen sekonder infüzyon seti: 3, 4, **5**, 6 (1 gün)

Parenteral beslenme solüsyon seti: **3**, 4 (1 gün)

Transfüzyon uygulama seti: **5** (4 saat)

Uygulanan İnfüzyon Set Sayısı: 7

Kateter Takılmasının Hemen Öncesinde El Hijyeni Sağlanma Oranı

- Takılmadan hemen önce el hijyeni sağlanan kateter sayısı / **Toplam takılan kateter sayısı x 100**

Uygun Alan Seçilme Oranı

- (Toplam takılan kateter sayısı – Takılan femoral kateter sayısı) / **Toplam takılan kateter sayısı x 100**

Uygun Cilt Hazırlığı Oranı

- Uygun cilt hazırlığı yapılarak takılan kateter sayısı / **Toplam takılan kateter sayısı x 100**

Maksimum Bariyer Önlem Oranı

- Maksimum bariyer önlem alınarak takılan kateter sayısı / **Takılan toplam kateter sayısı x 100**

Her Erişim Öncesinde El Hijyeni Sağlanan Kateter Günü Oranı

• Her erişim öncesinde el hijyeni sağlanan kateter günü / Toplam erişim sağlanan kateter günü x 100

Her Erişim Sonrasında El Hijyeni Sağlanan Kateter Günü Oranı

• Her erişim sonrası el hijyeni sağlanan kateter günü / Toplam erişim sağlanan kateter günü x 100

Günlük Kateter Gerekliliğinin Değerlendirilme Oranı

• Gerekliliği değerlendirilen kateter günü / Toplam kateter günü sayısı x 100

Her Erişim Öncesinde Uygun Dezenfeksiyon Sağlanan Kateter Günü Oranı

• Her erişim öncesinde uygun dezenfeksiyon sağlanan kateter günü / Toplam erişim sağlanan kateter günü x 100

Uygun Pansuman Değişimi Oranı*

• Uygun pansuman değişimi sayısı / Toplam kateter sayısı x 100

İnfüzyon Setlerinin Standart Değişim Sürelerine Uyum Oranı

• Standart sürede değiştirilen infüzyon seti sayısı / Uygulanan infüzyon seti sayısı x 100
Evet / (Evet+Hayır) x100

* >%100 olabilir.

Kİ-İYE Önlem Paketi

Üriner Kateter Takılması Sırasında

Üriner kateter **gerekliliğinin**
değerlendirilmesi

Üriner katetere **alternatif**
yöntemlerin (kondom kateter,
aralıklı kateterizasyon, hasta alt
bezi vb) değerlendirilmesi

Üriner kateter uygulamasının el hijyeni ve
aseptik tekniğe (steril eldiven, steril örtü,
steril gazlı bez ve üretral mea temizliği için
antiseptik solüsyon kullanılması) uyumla
birlikte **iki sağlık çalışanı** tarafından
uygulanması

ÜRİNER KATETER TAKILMA ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Takılırken Gerekliği Değerlendirilen
Kateter Sayısı

Hastanın adı soyadı:	Protokol/T.C. numarası:
Servis:	İşlemin yapıldığı tarih/ saat:
Üriner kateter gerekli mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner katetere alternatif var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter uygulaması öncesi el hijyeni sağlandı mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter aseptik tekniğe (steril eldiven, steril örtü, steril gazlı bez ve üretral mea temizliği için antiseptik solüsyon kullanılması) uygun yapıldı mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateter uygulaması iki sağlık çalışanı tarafından mı uygulandı? <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Üriner kateteri takan 2. kişi: <input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi <input type="checkbox"/> Öğretim üyesi <input type="checkbox"/> Uzman Dr <input type="checkbox"/> Diğer.....	
Üriner kateter uygulaması sonrası el hijyeni sağlandı mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

El Hijyenine Ve Aseptik Tekniğe
Uygun Olarak İki Sağlık Çalışanı
İle Takılan Kateter Sayısı

Alternatif Yöntem Uygulanan Hasta Sayısı:

Alternatif Yöntem ve Üriner Kateter Uygulanan Toplam Hasta Sayısı:

Her hastaya form doldur
Sorumlu hemşireden al
Aktif sürveyansla al

Kİ-İYE Önlem Paketi

Üriner Kateter Bakımı Sırasında

Kateter **gerekliliğinin**
günlük
değerlendirilmesi

Üriner kateter ve
toplayıcı sistem
bütünlüğünün
korunması

Kateter drenaj sistemi
ve torbasının **mesane**
seviyesinin altında
tutulması

Kateter drenaj sistemi
torbasının yerden
yüksek tutulması ve
zemin ile temas
etmemesi

Kİ-İYE ÖNLEM PAKETİ KONTROL LİSTESİ

Adı soyadı:

Servis:

Protokol/T.C. kimlik numarası:

Üriner kateter başlangıç tarihi:

Üriner kateter günü:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	E	H	E	H	E	H	×	H	×	H	×	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	3/0
Üriner kateter ve drenaj sistemi bütünlüğü kontrol edildi mi?	E	H	E	H	E	H	×	H	×	H	×	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	3/0
Kateter drenaj sistemi ve torbasının mesane seviyesinin altında mı?	E	H	E	H	E	H	×	H	×	H	×	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	3/0
Kateter torbasının zemin ile temas etmemesi sağlandı mı?	E	H	E	H	E	H	E	×	E	×	E	×	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	E	H	0/3

Gerekliliği Değerlendirilen Kateter Sayısı

Bütünlüğü Kontrol Edilmiş Kateter ve Drenaj Sistemi Sayısı

Mesane Seviyesinin Altında Tutulan Üriner Kateter Drenaj Sistemi Sayısı

Zemin ile Temas Etmeyen Üriner Kateter Torbası Sayısı

Toplam Kateter Sayısı

Kateter Takılması Sırasında Gerekliliğinin Değerlendirme Oranı

- **Takılırken gerekliliği değerlendirilen kateter sayısı / Takılan kateter sayısı x 100**

Üriner Katetere Alternatif Yöntemlerin Kullanılma Oranı

- **Alternatif yöntem uygulanan hasta sayısı / Alternatif yöntem ve üriner kateter uygulanan toplam hasta sayısı x 100**

Üriner Kateterin El Hijyenine ve Aseptik Tekniğe Uygun Olarak İki Personelle Takılma Oranı

- **El hijyenine ve aseptik tekniğe uygun olarak iki sağlık çalışanı ile takılan kateter sayısı / Takılan kateter sayısı x 100**

Günlük Kateter Gerekliliğinin Değerlendirilme Oranı

- Gerekliliği değerlendirilen kateter günü / **Toplam kateter günü x 100**

Üriner Kateter ve Toplayıcı Sistem Bütünlüğünün Korunma Oranı

- Bütünlüğü kontrol edilmiş kateter günü / **Toplam kateter günü x 100**

Mesane Seviyesinin Altında Tutulan Kateter Drenaj Sistemi oranı

- Mesane seviyesinin altında tutulan kateter drenaj sistemi günü / **Toplam kateter günü x 100**

Kateter Drenaj Sistemi Torbasının Zemin ile Temas Etmeme Oranı

- Zemin ile temas etmeyen torba sayısı / **Toplam kateter günü x 100**

El Hijyeni Uyum Ölçütleri

- Endikasyon 2: Aseptik işlem öncesi
- Endikasyon 3: Vücut sıvıları ile maruziyet riski sonrası
- Doğrudan El Hijyeni Gözlem Yöntemi
- Her bir önlem paketi için takip edilmesi zorunlu en az 2 süreç ölçütünden biri el hijyeni ise veri toplama enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılır.

VERİ KONTROLÜ

- **Anlık ziyaretlerde gözlem**

- Yatak başı 30-45 derecede tutulan ventilatördeki hasta sayısı
- Mesane seviyesinin altında tutulan üriner kateter drenaj sistemi sayısı
- Zemin ile temas etmeyen üriner kateter torbasi sayısı
- Alternatif yöntem uygulanan hasta sayısı
- Takılan femoral kateter sayısı
- Standart sürede değiştirilen infüzyon set sayısı

- **Dosya İnceleme**

- Steril su ile günlük ağız bakımı
- Uygulanan infüzyon set sayısı

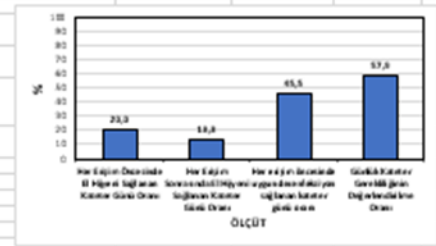
- **Sorumlu hemşire ile görüşme**

- Formların tamlığı ve zamanındalığı
- Alternatif yöntem uygulanan hasta sayısı

DEMET-MATİK

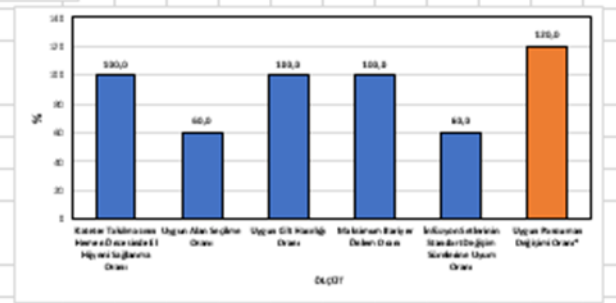
GÜN	Her erğin öncesinde elhiyeni sağıbenan kateter sayı	Her erğin sonrasında elhiyeni sağıbenan kateter sayı	Her erğin öncesinde uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter sayı	Toplam erğin sağıbenan kateter sayı	Gerekliği değerlendirilen kateter sayı	Toplam kateter sayı
1	1	1		5	6	7
2						
3						
4			3		5	12
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20		0				
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOPLAM	Her erğin öncesinde elhiyeni sağıbenan kateter günü	Her erğin sonrasında elhiyeni sağıbenan kateter günü	Her erğin öncesinde uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter günü	Toplam erğin sağıbenan kateter günü	Gerekliği değerlendirilen kateter günü	Toplam kateter günü
	1	2	5	15	11	19

ÖLÇÜT	%
Her Erğin Öncesinde Elhiyeni Sağıbenan Kateter Günü Oranı	20,0
Her Erğin Sonrasında Elhiyeni Sağıbenan Kateter Günü Oranı	13,3
Her erğin öncesinde uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter günü oranı	65,5
Günlük Kateter Gerekliğinin Değerlendirilme Oranı	57,0

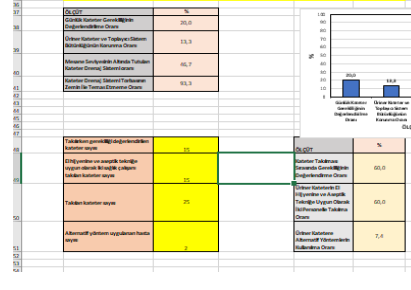


Takımadan hemen önce elhiyeni sağıbenan kateter sayı	5
Takiden fermal kateter sayı	2
Uygun cilt haazlığı yapılarak takılan kateter sayı	5
Makulüm bariyer ödenen alıncı takılan kateter sayı	5
Standart alıncı değerliklen inhiyeni aıt sayı	3
Uygun alan inhiyeni aıt sayı*	5
Uygun pansuman değerliklen sayı	5
Toplam takılan kateter sayı	5
Toplam kateter sayı	5

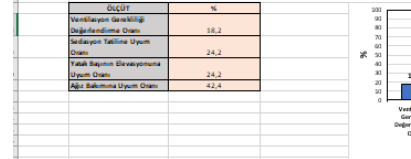
ÖLÇÜT	%
Kateter Takılmasında Hemen Öncesinde Elhiyeni Sağıbenan Oranı	100,0
Uygun Alan Seçilme Oranı	60,0
Uygun Cilt Haazlığı Oranı	100,0
Makulüm Bariyer Ödenen Oranı	100,0
Inhiyeni Sektörün Standart Değerliklen Sönelerine Uygun Oranı	60,0
Uygun Pansuman Değerliklen Oranı*	100,0



GÜN	Gerekliği değerlendirilen kateter sayı	Değerliklen kateter günü	Her erğin öncesinde uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter sayı	Her erğin sonrasında uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter sayı	Toplam erğin sağıbenan kateter sayı
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOPLAM	Gerekliği değerlendirilen kateter günü	Değerliklen kateter günü	Her erğin öncesinde uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter günü	Her erğin sonrasında uygun deaerifikasyon sağıbenan kateter günü	Toplam erğin sağıbenan kateter günü
	2	2	7	10	12



GÜN	Ventilyasyon gerekliği değerlendirilen hasta sayı	Sedasyon belli veriler hasta sayı	Yatak başı 30-45 derecede bululan ventiledeleli hasta sayı	Heril su ile gümlik ağı balımı (en az 8 saatte bir ölmek üzere 3 kez) uygulanen ventiledeleli hasta sayı	Ventiledeleli hasta sayı
1					
2	4	5	5	5	5
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOPLAM	Ventilyasyon gerekliği değerlendirilen hasta günü	Sedasyon belli veriler hasta günü	Yatak başı 30-45 derecede bululan ventiledeleli hasta günü	Heril su ile gümlik ağı balımı (en az 8 saatte bir ölmek üzere 3 kez) uygulanen ventiledeleli hasta günü	Ventiledeleli hasta günü
	0	0	0	14	14

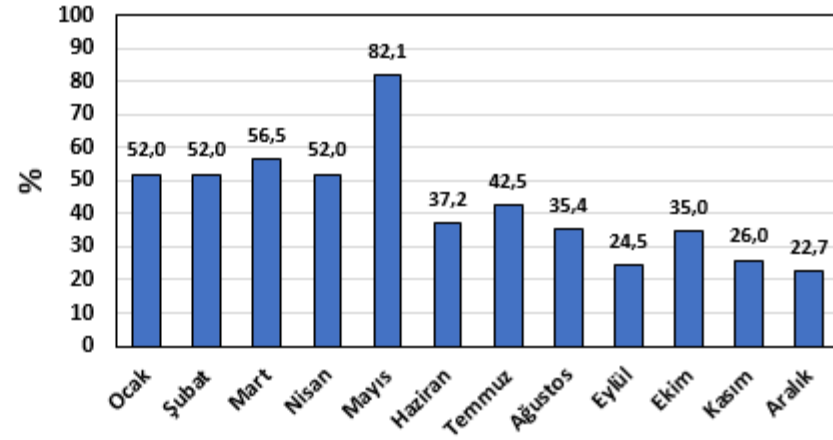


	TOPLAM	DEĞİŞKEN	HASTA →	1	2	3	4	5	6	7
Evet	12	Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	Evet	3	4	5				
HAYIR	9		HAYIR	2	4	3				
Evet	10	Yatak başı elevasyonu uygun mu?	Evet	3	2	5				
HAYIR	11		HAYIR	5	4	2				
Evet	12	Sedasyon tatili yapıldı mı?	Evet	2	5	5				
HAYIR	14		HAYIR	5	3	6				
Evet	9	Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	Evet	2	2	5				
HAYIR	10		HAYIR	2	5	3				
Evet	11	Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	Evet	2	5	4				
HAYIR	10		HAYIR	6	2	2				
Evet	7	Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	Evet	2	2	3				
HAYIR	19		HAYIR	7	5	7				

	TOPLAM	DEĞİŞKEN	GÜN →	1	2	3	4	5	6
Evet	12	Endotrakeal entübasyon ve mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirildi mi?	Evet	3	4	5			
HAYIR	12		HAYIR	5	4	3			
Evet	8	Yatak başı elevasyonu uygun mu?	Evet	2	4	2			
HAYIR	8		HAYIR	3	3	2			
Evet	11	Sedasyon tatili yapıldı mı?	Evet	6	3	2			
HAYIR	16		HAYIR	2	6	8			
Evet	16	Ağız bakımı uygun olarak yapıldı mı? (en az 3x1)	Evet	5	6	5			
HAYIR	11		HAYIR	4	5	2			
Evet	8	Günlük kateter gerekliliğinin değerlendirilmesi yapıldı mı?	Evet	3	5	0			
HAYIR	9		HAYIR	5	2	2			
Evet	15	Kateter ve bağlantılarına her erişim öncesi el hijyeni sağlandı mı?	Evet	8	2	5			
HAYIR	23		HAYIR	9	5	9			

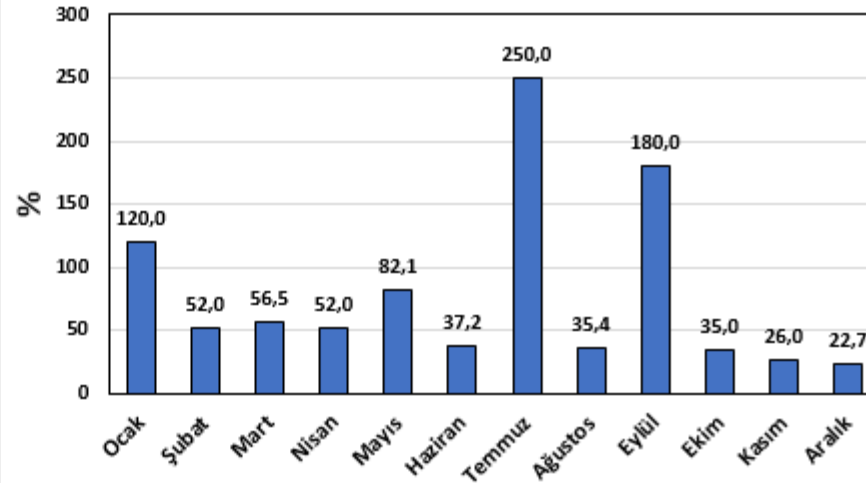
AY	LÜTFEN ÖLÇÜTÜN İSMİNİ YAZINIZ.
Ocak	52,0
Şubat	52,0
Mart	56,5
Nisan	52,0
Mayıs	82,1
Haziran	37,2
Temmuz	42,5
Ağustos	35,4
Eylül	24,5
Ekim	35,0
Kasım	26,0
Aralık	22,7

LÜTFEN ÖLÇÜTÜN İSMİNİ YAZINIZ.



AY	UYGUN PANSUMAN DEĞİŞİM ORANI
Ocak	120,0
Şubat	52,0
Mart	56,5
Nisan	52,0
Mayıs	82,1
Haziran	37,2
Temmuz	250,0
Ağustos	35,4
Eylül	180,0
Ekim	35,0
Kasım	26,0
Aralık	22,7

UYGUN PANSUMAN DEĞİŞİM ORANI



GÜN	Her erişim öncesinde el hijyeni sağlanan kateter sayısı	Her erişim sonrasında el hijyeni sağlanan kateter sayısı	Her erişim öncesinde uygun dezenfeksiyon sağlanan kateter sayısı	Toplam erişim sağlanan kateter sayısı	Gerekliliği değerlendirilen kateter sayısı	Toplam kateter sayısı
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
TOPLAM	Her erişim öncesinde el hijyeni sağlanan kateter günü	Her erişim sonrasında el hijyeni sağlanan kateter günü	Her erişim öncesinde uygun dezenfeksiyon sağlanan kateter günü	Toplam erişim sağlanan kateter günü	Gerekliliği değerlendirilen kateter günü	Toplam kateter günü

GÜN	Ventilasyon gerekliliği değerlendirilen hasta sayısı	Sedasyon tatili yapılan hasta sayısı	Ya t a k başı 30-45 derecede tutulan ventilatördeki hasta sayısı	Steril su ile günlük ağız bakımı (en az 8 saatte bir olmak üzere günde 3 kez) uygulanan ventilatördeki hasta sayısı	Ventilatördeki hasta sayısı
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOPLAM	Ventilasyon gerekliliği değerlendirilen hasta günü	Sedasyon tatili yapılan hasta günü	Ya t a k başı 30-45 derecede tutulan ventilatördeki hasta günü	Steril su ile günlük ağız bakımı (en az 8 saatte bir olmak üzere günde 3 kez) uygulanan hasta günü	Ventilatör günü



**SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR
ULUSAL ÖNLEM PAKETİ UYGULAMALARI**



**ULUSAL ENFEKSİYON ÖNLEME VE KONTROL DANIŞMA
KURULU ÇALIŞMASI**

Mart 2021, Ankara

SONUÇ olarak;

Temel amaç: Enfeksiyonların Önlemesi ve Kontrolü

Hasta bakımında kalitenin artırılması ve standardizasyon

Sürveyanstan → Etkin müdahaleye geçiş

YBÜ – EKK işbirliğinin artırılması

SHİE konusunda farkındalık oluşturmak

Uygulamalı ve hasta başı kendi kendine eğitim faaliyeti

Çok bileşenli strateji kapsamında → eğitim, hatırlatıcı, güvenlik iklimi

Etik sorumluluk ve hukuksal önlem

TEŐEKKÜRLER

