

---

# Türkiye’de Hastane İnfeksiyonlarına Bakış Açısı ve Hastane Yönetimine Düşen Yasal Görevler

*Yrd. Doç. Dr. Yaşar BAYINDIR*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve  
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, MALATYA*

---

**H**astane infeksiyonları dünyada ve ülkemizde yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmakta, tedavi maliyetini, hastanede kalış süresini, iş ve güç kaybını arttırmaktadır. Günümüzde, hastane infeksiyonlarının önlenme ve kontrolünün temelini, temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, aseptik teknikleri içeren asepsi ve el hijyeni, sürveyans, epidemiyolojik yöntemler ve hasta izolasyonu oluşturmaktadır. Bu kontrol yöntemlerinin bilimsel yapılandırılması 19. yüzyılın ortalarında gerçekleştirilmiştir. Bilgilerin gelişmesinde dört bilim adamı ciddi katkılar sağlamıştır. Joseph Lister (1827-1912) aseptik ve antiseptik teknikleri tıp dünyasına tanıtmış, Louis Pasteur (1822-1895)’ün atmosferdeki organize olmuş mikropların varlığı üzerine olan deneyimlerinden esinlenmiştir. İnfeksiyon kontrolü için sürveyans ve epidemiyolojik yöntemleri kullanan Ignaz Phillipp Semmelweis (1818-1865), aynı zamanda tıbbi bakımda el hijyeninin önemini vurgulayan en ünlü bilim adamı olmuştur. Son olarak, Robert Koch (1843-1910) germ teorisini bilimsel temele oturtmuş, bulaşıcı hastalığı olan hastaların izolasyon ve karantinaya alınması gibi güncel infeksiyon kontrol yöntemlerini uygulamıştır (1).

Son 30-40 yıl içinde, öncelikle gelişmiş ülkeler hastane infeksiyonlarını önlemeye yönelik programlar geliştirmeye ve uygulamaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1960’lı yıllarda infeksiyon kontrol programları geliştirildi. Amaç, sürveyansı uygulamak, infeksiyon kontrol yöntemleri ve politikalarını geliştirmek ve uygulamaktır. Yine 1976 yılında “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)” infeksiyon sürveyansı ve kontrol programını standartları içine ekledi (2). Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), 1970’li yıl-

larda hastane infeksiyonları sürveyans ve kontrol programlarının etkinliğini araştırmak amacıyla Hastane İnfeksiyon Kontrol Projesi’nin Etkinliği Üzerine Çalışma (SENIC) başlattı. SENIC, sürveyans ve kontrol programlarının hastane infeksiyon oranlarını %32 oranında azaltabildiğini ve maliyet-etkin olduğunu bildirdi (3).

Ülkemizde 1980’li yıllardan önce hastane infeksiyonları kavramına nadiren yer verilmekteyken, 1984 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde ve 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde infeksiyon kontrol komitesi kuruldu. O tarihlerde hastane infeksiyonları ile ilgili daha çok araştırma kapsamında çalışmalar yapılmış, günümüzdeki anlamda kontrol programları yaygın hale gelmemişti (4,5). Bu amaçla, 1997 yılında “Hastane İnfeksiyonları Çalışma Grubu” kuruldu. TÜBİTAK’tan destek alarak Çok Merkezli Hastane İnfeksiyonları İzlem Sistemi olan “NosoLINE Projesi” başlatıldı. Amaç, hastane infeksiyonları izlemine ülke genelinde standart hale getirmek, oluşturulacak uygun bilgisayar programını isteyen tüm merkezlere sunmak ve bu sayede ülke verilerini toplayarak tüm bilgileri paylaşmaktı. Böylece, sürveyans artık hastanelerde standart hale gelecek, antibiyotiklere karşı gelişen direnç oranları izlenebilecek, kontrol programları belirlenip standart halde uygulanabilecek ve ülke verilerine kolaylıkla ulaşılabilecekti (6). NosoLINE projesi Eylül 2000’de sona ermiş olmasına rağmen, bilgisayar programının aksayan yönlerinin giderilmesi için çalışmalar devam etmektedir. Bu proje ile ülkemizdeki tüm hastaneler ve tüm branş hekimleri konuya daha çok önem vermeye başlamıştır.

Yine 1997 yılından beri Hastane İnfeksiyonları Dergisi çıkarılmakta ve ülke genelinde güncel bilgiler paylaşılmaktadır. Ayrıca, 2000 yılında Hastane İnfeksiyonları ve Kontrol Derneği, 2004 yılında Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Derneği kurulmuştur. Dernek üyeleri, hocalarımız, branş hekimleri ve kontrol hemşirelerinin katkılarıyla çeşitli eğitim programları ve kongreler düzenlenmektedir. Hastane infeksiyonları konusunda bilgi birikiminin oluşmasında ülkemizde yapılan eğitim programları ve kongrelerin katkısı yadsınmaz (Tablo 1). Ayrıca, gerek infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji anabilim dallarını ilgilendiren kongrelerde, gerekse diğer branşların kongrelerinde hastane infeksiyonlarının konu olarak yer aldığını ve tartışıldığını görmekteyiz.

Bütün bu çalışmaların bir sonucu olarak hastane infeksiyonları ile ilgili araştırma ve bilimsel makalelerin sayısı da giderek çoğalmaktadır. Hastane infeksiyonları ile ilgili ulusal en eski yayın Prof. Dr. Ekrem Tali Çetin’in 1960 yılındaki makalesidir (7,8). 1970-1980’li yıllar arasında çok az makaleye rastlamamıza rağmen, günümüzde ileri düzeyde teknoloji gerektiren veya moleküler seviyede ve yine çok merkezli olan araştırmalar yayınlanmaktadır. “Nosocomial infection, Turkey” anahtar kelimeleriyle “Pubmed”de yaptığım literatür taramasında ise, Prof. Dr. Ekrem Tali Çetin ve arkadaşlarının 1971 yılında yayınlanan “Study of oral, nasal and skin flora in an investigation on hospital infection” isimli çalışması bulabildiğim ülkemizden yurt dışında yayınlanmış ilk çalışma olarak dikkati çekmektedir (9).

**Tablo 1. Ülkemizde hastane infeksiyonları ile ilgili yapılan ulusal ve uluslararası eğitim programları ve kongreler.**

I. İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği Eğitim Kursu (1997, Ankara)
XVII. Gevher Nesibe Tıp Günleri. Hastane İnfeksiyonları (1997 Kayseri)
II. İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği Eğitim Kursu (1998, Ankara)
Sterilizasyon Dezenfeksiyon Sempozyumu (1999, Samsun)
Hastane İnfeksiyonları Hekim Kursu (1999, Sivas)
Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı (2000, Ankara)
Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı (2001, Pamukkale)
II. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi (2001, Samsun)
Management of Nosocomial Infections-Implications of Antibiotic Resistance (2002, Antalya)
Hastane İnfeksiyonları Kongresi (2002, Ankara)
Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı (2003, Bursa)
III. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi (2003, Samsun)
Hastane İnfeksiyonları Kongresi (2004, Ankara)
Hastane İnfeksiyonları Eğitim Programı (2005, Kuşadası)
IV. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi (2005, Samsun)

Bilimsel platform dışında, yazılı ve görsel basın da zaman zaman hastane infeksiyonlarıyla ilgilenmiştir. Son günlerde tanınmış kişilerin hastane infeksiyonlarından kaybedilmesi veya uzun süre tedavi görmesi medyanın konuya ilgi duymasına neden oldu. Bazen de medya, tazminat davaları veya hastanelere yönelik şikayetlerle ilgili haberler yapmaktadır. Halkımızın da hastane infeksiyonlarıyla ilgili bilgilendirilmesi ve basın mensuplarının bu konuda eğitilmesini malpraktis yasasının tartışıldığı günümüzde yararlı olacağı inancındayım.

Tüm bu çabalar sonunda, artık hastane infeksiyonlarının gizlenmediği, geçirilmediği, sorunların ortaya çıkarılarak çağdaş bilimsel gerçeklerin ışığı altında çözülmeye çalışıldığı, maliyet-etkinlik kavramına önem verildiği ve sağlıkta kaliteli hizmet verilmesi gerektiğine inanan bir ülke olmamıza az kaldığı inancı umarım hayalcilik değildir.

### **İNFEKSİYON KONTROLÜ ve HASTANE İDARELERİ**

Sağlık kurumlarında hastane infeksiyonlarını azaltmanın yolu infeksiyon kontrol programlarını eksiksiz uygulamaktır. Her hastane kendi infeksiyon kontrol komitesi tarafından geliştirilen programı uygulamalıdır. Bilimsel ve çağdaş veriler ışığı altında ulusal ve bölgesel yasa ve yönergelere uygun olarak programları uygulamak ülke içinde hem standardizasyon sağlayacak hem de infeksiyon kontrolü ve sağlık hizmeti kalitesini arttıracaktır (10). Bunun için çok iyi bir ka-

yıt sistemi ve sürveyans çalışmalarının hiç aksamaması gereklidir. Ne yazık ki 1970’li yıllar ve sonrasında hastane infeksiyonlarının saptanması ve kaydedilmesinde ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Hekimler ve hastaneler infeksiyon oranlarının yüksek bulunmasından tedirgin olmakta ve hata olarak algılanmasından dolayı gizleme veya örtbas edilme politikası güdülebilmektedir (7). Halbuki, elde analiz edilebilir veriler olunca olumsuzlukların çözümü olanaklı hale gelebilir. Hastane infeksiyonlarının sürveyansını ülke genelini ilgilendiren bir sorun olarak ele alırsak, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun Birinci bap, birinci fasıl üçüncü madde ve onüçüncü bap 276. maddesine göre devlet sağlığa ait istatistikleri elde etmek zorundadır (11). Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre tüm kamu ve özel hastaneler önceliği koruyucu hekimlik hizmetlerini verecek şekilde kurulmalıdırlar. Aynı kanunun sekizinci maddesinde, “sağlık işletmelerinde koruyucu sağlık hizmetleri dışında teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetler ücretli olup, sağlık işletmesince tahakkuk ettirilen masraflar ilgili kurumca herhangi bir kısıtlamaya tabi tutulmaksızın öncelik ve ivedilikle ve ödeme emri beklenilmeksizin ödenir” hükmü yer almaktadır (12). Buna göre, hastane infeksiyonları önlenabilir veya azaltılabilir infeksiyonlar olduğundan, hastane infeksiyonlarına yönelik kontrol önlemleri, verilerin kaydı ve buna ilişkin alt yapı, personel temini ve mali destek tamamen hastanelerin sorumluluğunda olması gerekmektedir. Ülkemizde, infeksiyon kontrol komiteleri ve hastane infeksiyonlarını önlemeye yönelik faaliyetler hastane idarelerince desteklenmektedir. Ancak, bunlar genellikle hem hekim hem de yardımcı sağlık personeline ek görev olarak verilmekte, yeterli personel ve mali kaynak yaratılmamaktadır. Bu konudaki aksamaların birçoğu yeterli yasal düzenlemelerin olmamasından, personel ve mali kaynak yetersizliğinden, kamu ihale mevzuatının hastanelerde uygulama zorluğundan kaynaklanmaktadır.

Hastane infeksiyonu sonrası oluşacak tetkik ve tedavi masrafları hasta faturasına eklenmekte, sosyal güvencesi olan hastaların kurumları, yoksa kendileri ödemektedir. Ülkemizde sağlık sigortaları çok yaygın değildir ve bu konuda şirketler ödeme yapmaktadırlar. Yeterli yasal düzenlemelerin olmaması nedeniyle birçok hastane infeksiyonu önlenabilir olmasına rağmen önlenememekte, hastane döner sermayeleri ise oldukça kabarık olan hasta faturalarını tahsil etmekte hiç de sorun yaşamamaktadır.

Gelişmiş ülkelerde hastane infeksiyonlarına yönelik çalışmalar yaygınlaştığı sıralarda, Sağlık Bakanlığı da hemen harekete geçmiş ve bu konuda hemen bir yönetmelik yayınlamıştır (13). Tababet Uzmanlık Yönetmeliği 1974 yılında yürürlüğe girmiş ancak, uygulamada yeterince başarılı olunamamıştır. Bu yönetmeliğin ilgili maddeleri aşağıdadır:

**TABABET UZMANLIK YÖNETMELİĞİ, Madde 17 ve 18.**

**Madde 17:** Genel Tedavi Kurumlarında İnfeksiyon Komitesi, kurum amir yardımcısı başkanlığında biri iç hastalıkları veya yan dalları, biri genel şirürji (çocuk şirürjisi, göğüs kalp ve damar şirürjisi, plastik ve rekonstrüktif şirürji, kulakburun boğaz, ortopedi ve

travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, ürolojide olabilir), biri bakteriyoloji ve infeksiyon hastalıkları uzmanı, birisi de baş-hemşire olmak üzere beş kişiden oluşur.

Özel Dal Tedavi Kurumları'nda ise, kurum amiri yardımcısı başkanlığında biri özel dal uzmanı, biri bakteriyoloji ve infeksiyon hastalıklar uzmanı ve biri de başhemşireden olmak üzere dört kişiden oluşur.

Gerektiğinde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, eczacı, hastane müdürü, diyetçi, çamaşırhane sorumlusu ve diğer kısımlar temsilcileri de toplantılara çağrılırlar. Kararlar, karar defterine geçirilir, komite başkanı tarafından yürütülür.

**Madde 18:** İnfeksiyon Komitesi, kurum içinde infekte hastalar, personel, ziyaretçi, yiyecek, içecek, haşere, vektör ve hava aracılığı ile asepsi ve antisepsi yetersizliği, araç gereç ve başka nedenlerle meydana gelebilecek infeksiyon ve yayılmalara karşı gerekli tüm tedbirleri alır.

Görüldüğü gibi, 17. maddede tedavi kurumlarında infeksiyon kontrol komitelerinin kurulması zorunlu hale getirilmesine rağmen aradan 30 yıl geçmiş ve hala bu sorun tüm hastanelerde çözümlenememiştir. Komitenin görevleri ise, 18. maddede belirtilmiş, ancak sürveyans, izolasyon, doğru antibiyotik kullanımı, personel sağlığı ve sterilizasyon, dezenfeksiyon uygulamaları gibi konulara yer verilmemiş, komitenin yetki ve sorumlulukları açıkça belirtilmemiştir. Daha sonra hastane infeksiyonlarının kontrolünde oldukça önemli bölgeler olan yoğun bakımlar, reanimasyon üniteleri, ameliyathane, merkezi sterilizasyon ünitelerine, ayrıca personel sağlığı, ziyaretçiler ve izolasyon gibi yine kontrol önlemlerine yönelik kurallar 1983 yılında yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile belirlenmiştir (14). Bu yönetmeliğin ilgili maddeleri aşağıda aynen belirtilmiştir:

**Madde 1:** Yataklı Tedavi Kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır.

**Madde 2:** Bu yönetmelik hastane, sağlık merkezi gibi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na ait yataklı tedavi kurumlarını kapsar.

#### **TIBBİ HİZMETLER**

#### **E. AMELİYATHANE-MERKEZİ STERİLİZASYON-REANİMASYON- YOĞUN BAKIM-UYANDIRMA ve AMELİYAT SONU BAKIM ÜNİTESİ HİZMETLERİ**

**Madde 16:**

##### **I. AMELİYATHANE HİZMETLERİ**

Ameliyathanelerin yönetimi, hizmete devamlı hazır bulundurulması, alet ve malzemenin sağlanması, bakım, onarım ihtiyaçlarının saptanarak yaptırılmak

üzere ilgililere bildirilmesi ve burada çalışan personelin yönetimi ve eğitimlerinin yapılması ile genel cerrahi uzmanı görevli olup, bu hususlarda baştabipliğe karşı doğrudan sorumludur. Çeşitli cerrahi dalların ya da birçok cerrahın bulunduğu kurumlarda, ilgili uzmanların görüşü alınarak baştabip tarafından seçilecek cerrahi dal uzmanı ameliyathane sorumlusu olarak görevlendirilir. Bu sorumlu, anesteziyoloji uzmanının bulunmadığı kurumlarda, uyandırma odası hizmetlerinin yürütülmesi ve narkoz personeli ile uyandırma odası personelinin yönetim ve eğitimi ile de görevlidir.

Bütün bu hizmetlerin yürütülmesi için ameliyat salonu adedine ve iş hacmine göre sorumlu uzmanın emrinde çalışmak üzere eczacı, ameliyathane başhemşiresi, ameliyathane narkoz teknisyeni, hemşire, ameliyathane teknisyeni ve hastane hizmetlisi gibi gerekli görülen personel görevlendirilir.

## **II. MERKEZİ STERİLİZASYON HİZMETLERİ**

Merkezi sterilizasyonda ameliyathane, tüm hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemeler hizmete uygun olarak kağıt veya özel bohçalar içerisinde, setler halinde topluca sterilize edilerek kullanılmaya hazır vaziyette buradan dağıtılır. Sterilizasyon sorumlusu, kullanan bölüm tarafından yıkanarak sterilizasyona hazır hale getirilen setleri teslim alarak, aldığı miktar kadarını steril halde verir. Merkezi sterilizasyon hizmetleri ve burada çalışanlar ameliyathane sorumlusuna bağlıdır.

## **III. YOĞUN BAKIM ve REANİMASYON HİZMETLERİ**

Yoğun bakım ve reanimasyon hizmetlerinin yapıldığı yerler; tabip ve hemşire hizmetleri ile diğer teknik, sağlık ve laboratuvar hizmetleri bakımından sürekli olarak gözlem ve kontrol altında bulundurulması gereken hayati tehlike içindeki hastaların, bakımlarının sağlandığı yataklı bakım üniteleridir. Burada hayati fonksiyonları izleyecek ve gereğinde destekleyecek cihazlar bulundurulur. Hemşire ve diğer gerekli görülen personelin çalışmaları 24 saat görev yapacak şekilde düzenlenir.

Yoğun bakımda hizmetlerin düzenli bir şekilde yürütülmesinden o yoğun bakımın fonksiyonuyla ilgili klinik ve bu kliniğin bir uzmanı sorumludur. Şayet yoğun bakımda çeşitli kliniklere ait yataklar bulunuyorsa bu takdirde baştabibin seçeceği bir veya daha fazla uzman burada görevlendirilir. Bunlar gerekli hallerde ilgili dal uzmanı ile birlikte hastaların takip ve tedavisini yaparlar.

Yataklı tedavi kurumlarının fonksiyonlarına uygun şekilde kurumlarda açılacak yoğun bakım ünite ve üniteleri, Bakanlığın isteği üzerine baştabip tarafından saptanır ve Bakanlık onayı ile kurulur.

## **İ. YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İÇ İNFEKSİYONLARDAN KORUNMA HİZMETLERİ**

**Madde 30:** Yataklı tedavi kurumları içerisinde bulaşıcı hastalıkların personelle ve hastalara yayılmaması ve steril bölgelerin infekte edilmemesi için aşağıdaki tedbirler alınır.

- a. Yatan hastaların bulaşıcı hastalık bakımından iyi kontrolü ve uygun bir şekilde ayırımı sağlanır.
- b. Personelden bulaşıcı bir hastalığa yakalanan veya yakalandığından şüphe edilenler işe başlatılırken portörlük bakımından gerekli kontrol yapılarak, icap eden tedbirler alınır.
- c. Bulaşıcı bir hastalığı bulunduğu bilinen veya şüphe edilen kimselerin hasta ziyaretine müsaade edilmez.
- ç. Hasta ve ziyaretçilerin kendiliklerinden, yarı steril ve steril bölgelere veya civarına girmeleri ve buralarda hasta ziyaretleri yasaklanır.
- d. Her türlü haşere ile uygun bir şekilde mücadele edilir.
- e. Yataklı tedavi kurumu personelinin tüberküloz yönünden periyodik kontrolleri yaptırılır. Ayrıca özellikle yemek pişirilmesi, dağıtılması ve bulaşık yıkama-  
sıyla ilgili personel başta olmak üzere, çalışanların bağırsak parazitleri, bağırsak infeksiyonları, hepatit, beta-hemolitik streptokok, stafilokokus aureus, klebsiella gibi sair infeksiyonların portörlüğü bakımından düzenli olarak tetkikler yaptırılır. Portörlüğü saptananlar için gerekli bilimsel önlemler alınır.

**Madde 31:** Ameliyathane infeksiyonlarını önlemek için ilave olarak aşağıdaki tedbirler de alınır.

- a. Hasta ile infeksiyon: Ameliyathane infeksiyonlarının önlenmesi için gerekli tıbbi önlemler alınır.
- b. Personel ile infeksiyon: Ameliyata girecek personel yıkama tekniğine uygun olarak temizlenir. Eldivenlerin delik olmamasına, ameliyat gömleklerinin steril olmasına, ter ve sair ile ıslanarak bulaşmamasına dikkat edilir.
- c. Hava ile infeksiyon: Fenni olmayan havalandırma hava infeksiyonuna sebep olur. Personelin maske takmasına ve maskenin ıslanmamasına dikkat edilmesi gerekir. Hava infeksiyonu en çok sokak kıyafeti ile ameliyathaneye girilmesinden olduğu için çok acele hallerde bile ameliyathaneye girişte gömlek giyilmesi gerekir.
- d. Aletlerle ve diğer malzeme ile infeksiyon: Aletler, eldivenler, dikiş materyali, solüsyonlar ve diğer malzeme ile infeksiyon geçmesine mani olmak için çok emin bir sterilizasyon sistemi uygulanır. En az ayda bir bakteriyolojik olarak sterilizasyon denetimi yapılır. Her ameliyat gününden sonra ameliyathanede etkili bir dezenfeksiyon yapılır.

### S. ÇAMAŞIR ve ÇAMAŞIR YIKAMA-ÜTÜ İŞLERİ

**Madde 93:** Çamaşır işleri; kirli çamaşırların servislerden çamaşırhaneye gelişi, yıkama ve kurutulması, ütüleme işleri, tasnif ile servislere dağıtılması ve depolama hizmetlerinden ibarettir. Kurumca sağlanan veya kurum terzihanesinde dikilen her türlü çamaşır çamaşırhane yetkilisine, depo memuru tarafından zimmetle teslim edilir. Bu teslim edilen eşyalardan çamaşırhane yetkilisi kurum de-

posuna karşı sorumludur. Çamaşırhane yetkilisi servislere ihtiyacı miktarınca vereceği çamaşır ve saireyi takip etmekle görevlidir. Servis sorumlu hemşireleri kendilerine zimmet mukabili teslim edilen bu gibi eşyadan çamaşırhane yetkilisine karşı sorumlu olup, bu hizmet akışından başhemşirede baştabibe karşı sorumludur. Hastane müdürü ise bu konuda başhemşireye yardım etmekle yükümlüdür. Servisler, kirli çamaşırlarını çamaşırhaneye götürür ve götürdüğü kadar temiz çamaşır alır. Çamaşırhane kendisine gelen kirlilerden, yıpranmış fakat tamiri kabil olanları onarılacak üzere zimmet veya makbuzla terzihaneye verir. Kullanılmaz duruma gelenlerini ayrı bir yerde toplar. Zaman zaman başhemşire, hastane müdürü ve çamaşırhane yetkilisi tarafından bunların tür ve miktarları tutanakla belirlenerek temizlik işlerinde kullanılmak üzere başhemşireye teslim edilir. İmha edilenler bir tutanakla çamaşırhane zimmetinden düşülür. Yerine verilecek yeni çamaşırlar da zimmete geçirilir. Yeni açılacak servisler hizmeti çevirmeye yarayacak ilk çamaşırları gerekli belgeleri düzenleyerek çamaşırhaneden alırlar. Çamaşırhaneye yıkanmak üzere gönderilen çamaşırlardan infekte olanlar kan, cerahat ve sair ifrazatla bulaşık bulunanlar ve normal çamaşırlar renkleri birbirinden farklı ve üzerinde servis işareti bulunan ayrı torbalar içerisinde çamaşırhaneye teslim edilir. İnfekte olanlar dezenfeksiyon işlemine tabi tutulduktan sonra kan, cerahat ve sair organik maddeler ve ifrazatla bulaşık olanlar temizleyici bir solüsyonda bırakılarak lekeleri eritilip, yıkanır. Çamaşırhanede çalışan personelin el ve ayakları için koruma tedbiri alınır.

Bu yönetmelikte de hastane idarelerine belirli sorumluluklar yüklenmiştir. Gerçekten benim de araştırırken oldukça zorlandığım, hastane infeksiyonlarının kontrolü için ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversite ve diğer eğitim hastaneleri, özel hastaneler gibi tüm sağlık kurumları için idarelerin görev ve sorumluluklarını belirleyen standart bir yasal düzenlemeye ihtiyaç vardır. Kurum farklılıkları, üniversitelerde akademik personelin dekanlığa, idari personelin başhekimliğe bağlı olmasından dolayı uygulamalarda sıkıntılar yaşanabilmektedir. Örneğin, 2004 Yılı SSK Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı’nın 49. maddesine göre hem SSK hastaneleri hem de SSK’lı hastayı yatarak tedavi eden hastanelerde belirli antibiyotiklerin kullanılabilmesi için AKK onayı aranmakta ve 65. maddesine göre de komitenin profilakside kullanılacak antibiyotikleri belirlemesi istenmekteydi (15). Bu durumda, idare eğer SSK hastalarını kabul ediyorsa AKK’nın kurulmasından sorumlu oluyordu. Oysa Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanının onayı yeterlidir.

Mevcut hastane infeksiyonları ile ilgili sorunları tartışmak üzere 03.09.2004 tarihinde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nde üniversite ve diğer eğitim hastaneleri ile dernek temsilcileri de dahil olmak üzere toplam 98 kişinin katıldığı bir toplantı yapıldı. Orada da, yasal düzenlemelerin gerektiği, ülke genelinde standart bir sürveyans programı ve infeksiyon kontrolünün sağlanması gerektiği, bu konuda komisyonların kurulması zorunluluğunun tartışıldığını biliyoruz. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yataklı Tedavi Kurumları İnfeksiyon Kontrol Yönergesi ve Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği'nin Yataklı Tedavi Kurumları İnfeksiyon Yönergesi Taslağı'nın değerlendirilerek, alınan eleştiriler doğrultusunda bir yönergenin yayınlanacağını ümit ediyoruz. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönerge Taslağı'nda hastane infeksiyonlarıyla ilgili kriterler konularak, performans değerlendirilmesinde hastane infeksiyonlarının önemi vurgulanmıştır (16). Performans değerlendirmesinde İnfeksiyon Kontrol Komitesi'nde hizmet veren hekimlerin değerlendirilmeye alınması da sevindirici bir gelişmedir.

**Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönerge Taslağı'nda hastane infeksiyonlarıyla ilgili kriterler.**

		Evet	Hayır
122	Kurumda, nozokomiyal infeksiyon riskini azaltmak için infeksiyon kontrol ve önleme programı mevcut mu?		
123	Hastanenin tüm bölge ve süreçleri İnfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı'na dahil edilmiş mi?		
124	Hastanede, infeksiyon riskiyle ilgili yöntem ve süreçleri belirlenip, infeksiyon riskini azaltmak için gerekli uygulamalar yapılıyor mu?		
125	Hastanede infeksiyon riski olan yerlerden düzenli olarak kültür alınıyor mu?		
126	El yıkama ve dezenfeksiyon yöntemleri ile eldiven, maske ve diğer bariyer tekniklerinin kullanımı doğru bir şekilde uygulanıyor mu?		
127	İnfeksiyon Kontrol ve Önleme Programı'nın koordinasyonu ve uygulanmasından sorumlu olan İnfeksiyon Kontrol ve Önleme Komitesi belirlenmiş bir plan çerçevesinde görevini yapıyor mu?		
128	Nozokomiyal infeksiyon riskleri ve oranları belirlenmiş aralıklarda izleniyor mu?		
129	İzlem sonuçları, tüm sağlık çalışanlarına bildiriliyor mu?		
130	Hastane, çalışanlara, hasta ve yakınlarına infeksiyon kontrolü ve önleme hakkında eğitim sağlıyor mu?		

Ülkemizde hastane infeksiyonları, mortalite ve morbiditesinin yanında tedavi maliyetlerini arttırması bakımından önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. İki ayrı üniversite hastanesinde yapılan farmakoekonomik bir çalışmada, hastaların hastanede kalış süresinin, hasta başına ortalama 35-36 gün uzadığı ve hasta başına 1304 ile 2280 Amerikan doları ek maliyet getirdiği saptanmıştır (17). Aktif süreyans programları ve kontrol önlemlerinin uygulanmasıyla %20-30 oranında infeksiyon oranları azaltılabilmektedir. Hastane infeksiyonları, o halde hiçbir zaman yok edilemez olsa da, hastanın iş gücü kaybı ve tedavi maliyeti nedeniyle sosyal güvenlik kuruluşları, hastalar ve toplumun hak ve menfaatleriyle çatışmaktadır. Yasalarla güvence altına alınmış olan bu çıkarların bozulması durumunda ceza ve zararın tazmini söz konusu olabilmektedir (18). Yine de her hasta için bu geçerli olmayacaktır. Her hastayı kendi şartları içinde değerlendirmek daha doğru bir yaklaşımdır. Aksi halde hem tıbbi hem de hukuki hatalar yapılabilir. Ülkemizde şu ana kadar basında hastane infeksiyonları ile ilgili haberler çıksa, davalar açıldığı söylene de, Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu’nda sonuçlanmış ve hekim veya hastane idarelerine ceza verilmesiyle sonuçlanmış bir dava bulunmamaktadır. Bunun temel nedenleri arasında, gerçekten hasta ve hasta yakınlarının şikayette bulunmamaları, UHK 70. maddesine göre otopsi yapma zorunluluğu ve otopsiye halkımızın soğuk bakması veya otopsi yapmakta idarelerin ihmali, özel sağlık ve yaşam sigortalarının yaygın olmaması, yasaların güncel ve ayrıntılı olmaması, kusur ile zarar arasında nedensellik bağının kurulamaması sayılabilir. Dolayısıyla, idareler hastane infeksiyonu kontrol ve önleme politikalarını kendileri yorumlayıp uygulayabilmektedirler. Bu uygulamalar da ek maliyet ve iş gücü gerektirmektedir. Yine de, mevcut yasalar yeterli ve güncel olmasa da, iyi yorumlanıp takip edildiğinde oldukça önemli yasal dayanaklardır. Çünkü, hastane idareleri, mevcut tıbbi bilgi ve standartlara uygun sağlık hizmeti vermeli ve bunun için alt yapı oluşturmalıdır. Sonuçlanmış manevi ve tazminat davalarına da baktığımızda idarelerin aleyhine sonuçlanmış davalar standart tıbbi hizmetin verilmemesinin saptandığı davalardır. Hastane infeksiyonları kusur kabul edilirse burada sorumlu olacak sağlık elemanları değil, işveren olarak hastane idarelerinin sorumlu tutulacağı yorumu yapılabilir (18). Ayrıca, tıbbi özellik arz eden hastalıklarda tedavi sonucu gelişen durumların tıbbi meslek hatası olarak sayılmayacağından yola çıkıldığında hastane infeksiyonu altta yatan hastalığın türünden ya da hastane koşullarından doğan ve hastaya zarar veren durumlar meslek hatası olarak yorumlanmamaktadır. Doğal olarak, tıbbi hizmet standartlarına uygun hizmet veren hekim ve hastane zararlı sonuçtan da sorumlu olmayacaktır (19). Daha önce de bahsettiğimiz gibi, hastane infeksiyonlarında hekim ve idarenin sorumluluğu mevcut durum ve vakaların özelliğine göre değişebilmektedir. Örneğin, ülkemizde bir üniversite hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği’nde yapılan bir ameliyat sonucu bir hastanın ölümü üzerine 1997 yılında idari mahkemeye başvurulmuş ve mahkemece davanın reddine karar verilmiş, ancak Danıştay kararı bozarak klinik şefi hakkında kamu davası açılmasına karar vermiştir (19). Oldukça güncel bir konu olması nedeniyle artık ülkemizde sağlık personeli ve hastaneler aleyhine bu tür davalara daha sık rastlanılacak gibi görünmektedir.

Yukarıda tartışılan tüm yasal dayanaklar ve ülkemiz gerçekleri değerlendirildiğinde hastane idarelerine düşen görev ve sorumluluklar şöyle sıralanabilir:

1. Etkili ve yetkili bir hastane enfeksiyonu kontrol komitesinin kurulması,
2. Hastane enfeksiyonları riski ve oranlarının azaltılmasına yönelik programların oluşturulması ve güncellenmesi,
3. Komite kararlarının hastane idaresinin desteği ve yetkisi ile aynen uygulanması, gerekli kontrollerin yapılması,
4. Tedavi ve profilaksi amacıyla antibiyotik kullanım politikalarının belirlenmesi ve bunun için kılavuzların oluşturulması,
5. Sürveyansın yürütülmesi, elde edilen verilerin ülke genelinde ve hastane içinde paylaşılması,
6. Sürveyans verilerinin analiz edilip, saptanan aksaklık ve olumsuzluklara yönelik politikalar geliştirilmesi,
7. Sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamalarının standart hale getirilerek, güncel bilgiler ışığında geliştirilmesi,
8. Tıbbi atık kontrolünün sağlanması,
9. Personel sağlığının korunması,
10. Hastanedeki tüm personelin hastane enfeksiyonlarıyla ilgili olarak eğitilmesi ve eğitimde devamlılığın sağlanması.
11. Hasta izolasyon yöntemlerinin titizlikle uygulanması,
12. Hastane enfeksiyonları kontrol programlarına yeterli mali kaynak ayrılması.

Sonuç olarak, hastanelere başvuran hasta ve hasta yakınları, hastalık ve sakatlık ne olursa olsun genellikle, tamamen iyileşme inancında ve beklentisi içerisinde dirler. Anayasa ile halkımızın ruh ve beden sağlığının korunması görevini üstlenen sosyal bir hukuk devleti olan Türkiye Cumhuriyeti'nde hastaların hastane enfeksiyonlarından korunması ve çok daha kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi için güncel bilimsel verilere dayanan daha net ve anlaşılır yasal düzenlemelere ve yeterli mali kaynağa ihtiyaç vardır. Hastane idareleri ise, kaliteli sağlık hizmeti göstergelerinden en önemlisinin kabul edilebilir enfeksiyon oranları olduğunu hiç unutmamalıdır. Düşük hastane enfeksiyon oranları yeni bir reklam aracı olabilir mi?

#### **KAYNAKLAR**

1. Van Den Broek PJ. Historical perspectives for the new millennium. In: Wenzel RP (ed). Prevention and Control of Nosocomial Infections. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2003:3-13.
2. CDC. Public health focus: surveillance, prevention, and control of nosocomial infections. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1992;41:783-7.

3. Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985;121: 182-205.
4. Hayran M. Başlangıçtan Bugüne NosoLINE Projesi. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2000;4: 173-4.
5. Wilke A, Gündeş SG. Türkiye’de İnfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları. *Aktüel Tıp Dergisi Hastane İnfeksiyonları Özel Sayısı* 2001;6:1-6.
6. Doğanay M. Hastane infeksiyonları eğitim programı açılış konuşması. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2000;4:171-2.
7. Töreci K. Hastane infeksiyon kontrolünün tarihçesi: Dünyadaki ve Türkiye’deki durumu. Doğanay M, Ünal S (editörler). *Hastane İnfeksiyonları. Hastane İnfeksiyonları Derneği Yayını No: 1. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003:17-33.*
8. Çetin ET. *Pseudomonas aeruginosa*’nın patojenliği. *Türk Tıp Cem Mec* 1960;4:3.
9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez>
10. Willke A, Gündeş SG. Türkiye’de İnfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları. *Aktüel Tıp Dergisi Hastane İnfeksiyonları Özel Sayısı* 2001;6:1-6.
11. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. Kanun No: 1593. Resmi Gazete Tarih: 06.05.1930; Sayı: 1483.
12. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Kanun No: 3359. Resmi Gazete Tarih: 15.05.1987; Sayı: 19461.
13. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 22.03.1974; Sayı: 14993.
14. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 13.01.1983; Sayı: 17927.
15. 2004 Yılı SSK Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı. Resmi Gazete Tarih: 28.05.2004; Sayı: 25475.
16. [http://www.saglik.gov.tr/ekodeme/kurumsal\\_performans.htm](http://www.saglik.gov.tr/ekodeme/kurumsal_performans.htm)
17. Yalçın AN, Bakır M, Hayran M ve ark. İki farklı üniversite hastanesinde hastane infeksiyonlarının ekonomik yönden karşılaştırılması. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 1998;2:46-9.
18. Işık AF. Hastane infeksiyonlarının hukuksal boyutu. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2000;4: 175-82.
19. Öztürkler C. Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahalelerden Doğan Tazminat Davaları. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2003:268-85.