

Hastane İnfeksiyonlarının Hukuksal Boyutu

Dr. Ali Fuat IŞIK*

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı,
Ankara.

Tıp sanatının uygulayıcısı hekimler de diğer vatandaşlar gibi hukuk kuralları içerisinde yaşamak ve çalışmak durumundadır. Tıp ilahi bir sanat ve bilim olarak tanımlansa da uygulayıcıları için kazanç sağlayıcı bir meslektir. Bu mesleğin uygulanmasında sağlık çalışanlarının hastaları, meslektaşları, meslek kuruluşları, bağlı oldukları kurumlarla, merkezi idare ve hukuk makamlarıyla ilişkileri, yetki ve sorumlulukları, hak ve ödevleri yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. Ayrıca etik sorumluluk gereği ortaya çıkan tıbbi deontoloji ile hekimlerin uyması gereken kurallar gösterilmiştir. Tüm hekimler mesleğin uygulanması ile ilgili hukuk ve etik kurallarını iyi bilmek zorundadır. Bunların bir kısmı deneyimle öğrenilir fakat en azından temel ilkelerin mezu niyet öncesi ya da sonrası eğitimde özüm senmesi gerekir. Göksel "deontoloji bilgileri hekimlere önemle tanıtılmalı ve yükümlülüklerle uymama nın riskleri hatırlatılmalıdır. Bu bir gereksinim dir. Çünkü bizler, yılların biriktirdiği bir rehabet ve vurdumduymazlık içinde etik kaygılarımızı bilmek şöyle dursun, deontoloji bilgilerimizin de çoğunu unutmuş durumdayız. Bilelim ki ceza ve tazminat davaları patlamasının eli kulağında dır" demektedir (1).

Hastane infeksiyonlarının adli tıp ve tıp hukukunu ilgilendiren yönlerini tüm detayları ile inceleyen bir çalışma devasa bir hacme ulaşabilir. Bu çalışmada; tıp hukuku açısından hekimlik uygulamaları, hastane infeksiyonları (HI), özelinde genel çerçevesiyle aktarılmaya çalışılacaktır. Sağlık çalışanlarının mesleki maruziyet sonucu edindikleri infeksiyon hastalıkları ise başka bir çalışma konusu olmalıdır.

HEKİMLERİN HUKUKLA İLİŞKİLERİ

Ülkemizde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1219 SK) ve 13.1.1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN) hekimlik mesleğinin yürütülmesini ve hekimin hastaları ve meslek örgütü ile ilişkilerini düzenleyen kurallar getirmiştir. Ayrıca Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK), Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza ve Hukuk Muhakeme Usulü Kanunları (CMUK, HMUK), Tababet Uzmanlık Tüzüğü ve Yönetmeliği, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi diğer pek çok kanun, tüzük ve yönetmeliklerde sağlık çalışanlarının uyması gereken ya da hekimlik uygulamalarını belirleyen kurallar gösterilmiştir.

Hekimler, mesleklerini uygularken hastanın, toplumun ve çalıştığı kurumun hak ve çıkarları ile çatışan eylemlerde bulunabilirler. Bu hak ve çıkarlar bir yasa yada düzenleme ile korunmuş ise bunların bozulması, suçu ve bundan dolayı hekimin cezai sorumluluğunu ortaya çıkarır. Hu-

kuka aykırı eylemin sonuç ve zararlarından dolayı ayrıca hukuki sorumluluk (tazminat) gündeme gelir. Hukuk, kişilerin doğuştan kazanılmış sayılan yaşam, sağlık gibi maddi; onur, sır, özgürlükler, saygınlık gibi manevi değerlerini kişilik hakkı sayarak güvence altına almıştır. Hekim mesleğini uygularken kişilik hakkı ve onun koruduğu maddi ve manevi değerlerle karşı karşıya ve iç içedir. Tıp sanatı insanlar üzerinde iyileştirme (koruma-tedavi) amacıyla uygulandığı için kişinin yasalarca korunan yaşamı, sağlığı bozulsa bile hekimlik uygulamaları (her türlü tıbbi müdahale) hukuken korunmuş, mübah sayılmıştır. Tıbbi müdahalelerin korunması hukuka uygun oldukları sürece söz konusudur ve sınırsız değildir. Hukuka uygunluk sınırı aşıldığında hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu ortaya çıkar (2). Ceza hukukunda hukuka aykırılık, kamu adına cezalandırma hakkının kullanılması özel hukukta ise zarar görenin zararının tazminiyle sonuçlanır.

Hekimlik Uygulamalarının Hukuka Uygunluğu

Her türlü tanı ve tedavi girişiminin, tıbbi yardım ve müdahalenin hukuken korunması bir başka deyişle olumsuz, zararlı sonuçlarından hekimin sorumlu tutulmaması için:

- Hekimin yetkili olması,
- Hasta onamının varlığı gereklidir.

Uygulamanın tıp ilke ve kuralları ile genel hukuk kurallarına uygun olması gereklidir. Tedavi ve uygulamanın tıp ilke ve kurallarına uygunluğu; hekimin hastasına karşı sadakat-zarar verme, özen, tedavi amacı ve tedavinin sürdürülmesi, bilgi ve belgeleri kayda geçirme ve saklama yükümlülüklerini içerir.

HUKUKİ SORUMLULUK

Hekimlik uygulamalarından doğan sorumluluğun üç ana unsuru vardır. Eylemin hukuka aykırı veya kusurlu olması, sonucunda bir zarar ve zararlı eylem arasında uygun illiyet (nedensellik) bağı olması gerekir.

Vücut bütünlüğü ve sağlığı çeşitli nedenlerle bozulmuş olan kişiye yapılan tıbbi müdahaleler sonucu ortaya çıkan istenmeyen durumlarda sorumluluğu öncelikle kusur belirler. Kusurdan söz edebilmek için yapma veya kaçınma biçiminde bir eylem olması; zararlı sonucun öngörülebilir ve önlenemez olması ve beklenen zararlı sonucu engelleyebilecek bir davranış biçimi varken

bu şekilde davranılmayıp somut olaydaki gibi davranılmış olması gerekir.

Hukuki sorumlulukta kusur belirlenirken, o işteki orta düzey ve nitelikteki insanların normal, beklenen davranışları temel alınır. Buna göre hekim, uzmanlık alanındaki mesleki ve teknik bilgi, ahlaki değerler yönünden en az orta düzeydeki ve nitelikteki hekimin özelliği, yeteneği ve becerisine sahip olmalıdır. Deneyim, teknik olanaklar ve olası tehlike oranı arttıkça daha yüksek standartlar beklenir. Bu durumda olağan ve orta düzeydeki hekim şöyle tanımlanabilir:

a. Tedavi nedeniyle belirli bir davranış emreden hukuk kurallarına (onam alınması, zorunlu hallerde tıbbi yardımdan kaçınmama, uzmanlık sınırlamalarına, hastasına sadakat ve özen, tanı ve tedaviyle ilgili bilgi ve belgeleri kayda geçirme ve saklama yükümlülüklerine uyma vb.) ve bilimsel açıdan genel kabul görmüş tıp ilke ve kurallarına mutlaka uyar.

b. Öngörülebilir zararlı sonucu önleyebilecek; uyanıklık, duyarlılık, bilgi ve beceri sahibidir.

Sorumluluğun bir unsuru da zarardır. Tıbbi müdahaleler tedavi amacına yönelik olduğundan ve iyileştirmeye sonuçlanacağı garanti edilmediğinden; kişinin yaşam ve sağlığına yönelik kusur içermeyen eylem ve bu nedenle oluşan istenmeyen değişiklikler zarar olarak nitelendirilemez. Hekimlerin sorumluluğunda hastanın yaşam ve sağlık, meslekte kazanma gücü, genel vücut çalışma gücü ve mal varlığında oluşan değişiklikler maddi zararı, ruhsal bütünlüğünde, kişisel değerler üzerindeki bozulma ve etkiler ise manevi zararı oluşturur.

Hekimin kusuru nedeniyle sorumlu olabilmesi için zararlı kusurlu davranış arasında uygun nedensellik bağı bulunmalıdır. Hekimin tıbbi müdahalede kusuru hastalığın veya arızanın doğal gelişimini etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesini önemli ölçüde arttırmış ise illiyet bağı kurulur. Ancak kusurlu davranış olmasaydı da hastalığın doğal gelişmesi kapsamı bakımından aynı sonucu doğurabilecekse illiyet bağından söz etme olanağı yoktur. Doğal gelişme kavramı içinde orta düzey ve nitelikteki hekimin uygun tedavi uygulamaları da vardır.

Tıbbi uygulamalar sonrası tazminat davalarında tanık ifadeleri, bilirkişi ve otopsi raporları, her türlü tıbbi kayıt, iddia ve savunma tarafından

kullanılabilir. Hukuk uygulamalarında kusurun, zarar ve nedensellik bağının kanıtlanması kural olarak mağdura yüklenmişse de, özel durumlarda kusursuzluğun kanıtlanması hekime veya hastaneye yüklenebilir.

Sosyal ve ekonomik gelişmeler, kusurun kanıtlanmasının zorlaşması veya çoğunlukla ödeme gücü zayıf olan çalışanlarda bulunması kusursuz sorumluluk ilkesinin kabul edilmesine yol açmıştır. Burada amaç, zarar gören üçüncü kişilerin korunması gereğiyle, belirli erki elinde bulunduran veya belirli işletmeleri çalıştıranları, olayda kusursuz olsalar bile zararı tazminle zorunlu tutmak ve böylece belirli önlemlerin alınması için zorlayıcı olabilmektir.

Günümüzde tanı ve tedavi hizmetleri ekip halinde çalışmayı, başka branşlardan da ekiple ri, hemşire, teknisyen ve diğer yardımcı sağlık personeli bulundurmaya ve hatta yemek, temizlik işlerinde başka kuruluşları çalıştırmaya, ara ürün ve hizmet almayı zorunlu kılmaktadır. Borçlar Kanunu'na göre ekip halinde çalışanlar üretilen hizmetle ilişkili olarak üçüncü kişilere verilen zararlardan dolayı kusur aranmaksızın ayrı ayrı ve hep birlikte sorumlu sayılmaktadır. Ekip lideri diğer üyelerin çalıştıranı durumunda ise ortaya çıkan zarardan kusursuz sorumluluk esaslanınca sorumlu olacaktır. Hekimin ekip üyelerini atama, azletme, seçme ve denetleme görevinin bulunmadığı durumlarda; hekim zararlı sonucu ortaya çıkmaması için gerekli önlemleri almış, dikkat ve özeni göstermiş, yardımcılara gerekli uyarılarda bulunmuşsa ve ancak bunları kanıtlayabilirse sorumlu olmaz. Yalnız kusurlu ekip üyeleri ve onları çalıştıran hastane idaresi sorumlu olur.

Sağlık çalışanları işverenine karşı (kamu, özel) kendisine verilen tıbbi bakım, tanı tedavi hizmetleri ile idari işlerin görülmesinde özen göstermekle yükümlüdür. Kusuru sonucu ortaya çıkan zararlarda çalıştıranla beraber sorumludur. Zarar görenin, zararı yalnız çalıştırandan isteme hakkını kullandığı durumlarda zararı ödemek zorunda kalan çalıştıran, çalışanlara dönerek kusurları oranında zararın tazminine ortak edebilir. Tanı tedavi sırasında verilen zararlarda hekimin kusuru ile, çalıştığı kuruluşun idari, mali, teknik eksiklikleri ve çalıştırdığı diğer personelin kusurunun da payı ve etkisi olduğu durumlarda, hekim ve diğer personelin çalıştıranı karşı sorumluluğu kendi kusur dereceleriyle sınırlıdır.

Anayasamız devlete sağlık hizmetleri nedeniyle geniş görevler yüklemiştir. Devletin koruyucu sağlık hizmetlerinden, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden, çalıştırdıkları eliyle verdiği sağlık hizmetlerinden, salt idari işlem ve eylemlerden, özel sağlık kuruluşları ve serbest hekimlerin ruhsat ve diplomalarının tasdik ve denetiminden dolayı sorumlu olduğu kabul edilmektedir. Devletin bu sorumluluğunun ülkenin sahip olduğu mali, insani ve fiziki kaynaklarla sınırlı olduğu, tıbbi uygulamalar sonucu ortaya çıkan zararlarda sorumluluğunun zararın sağlık hizmetinin verilmesiyle ilgili olması gerektiği ve zararın tazminine yönelik işlemleri yapmasıyla sınırlı olduğu kabul edilmektedir.

CEZAI SORUMLULUK

Hekimler mesleğin icrasında başkalarının hak ve çıkarları ile çatışan, yasalarda suç olarak belirtilen eylemlerde bulunabilirler. Kişilerin yaşam ve sağlığı, beden bütünlüğü yasalarda korunmuştur. Ancak diploma sahibi hekimce hasta onamı, tıp ilke ve kuralları ile paramedikal hukuk kurallarına uygun olarak yapılan tıbbi müdahaleler sonucunda kişilerin beden bütünlüğü, sağlığı bozulsa bile hukuka aykırı sayılmaz, ceza verilmesi düşünülmez.

Hekimlerin kusurlu (ihmal-savsama) eylemleriyle şahısların yaşam ve sağlığına verdiği zararlar; TCK 455 ve 459. maddelerinde "tedbirsizlik, dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizamata evamir ve talimata riayetsizlik" biçiminde kusurlu eylemler sonucu kişilerin yaşamına son, sağlığına bedeni ve ruhi bütünlüğüne zarar verenlerin göreceği cezalar açıklanmıştır. Bu maddeler hekimlere özel değildir.

Kusurlu, taksirli eylemin suç sayılabilmesi için kişinin yaşam ve sağlığında istenmeyen durumun meydana gelmesi gerekir. Tıbbi müdahalenin olağan, beklenen ve kaçınılmaz sonuçlarından hekimi kusurlu, eyleminden dolayı da sorumlu saymak mümkün değildir. Kusurlu davranış sonucu ortaya çıkan zarar hastanın veya başka birinin ya da başka bir sağlık çalışanının eylemi veya başka bir hekimin tıbbi müdahalesi sonucu artmışsa (daha ağır bir durum veya ölüm) bu durumlarda sorumluluk paylaşılır. Hekim kendi eyleminin sonucundan sorumlu olur.

Hekimin tıbbi yardımdan kaçınma eylemleri de suç oluşturabilir. Kusurlu kaçınma biçimindeki eylemin ceza hukuku açısından değer taşıma-

sı için bireyin bir hukuk kuralından (kanun-yönetmelik-sözleşme) doğan bir yükümlülük altında bulunması ve kaçınması gerekir. Hekimin tıp ilke ve kurallarını belirleyen normlara aykırı davranışı cezai sorumluluğu gerektirebilir. Hastaya böyle durumlarda yardım etmeyen hekim doğal gelişimi veya üçüncü kişinin başlattığı illi seyri kesmeyen kişi durumundadır. İşin çokluğu, araç ve gereç olanaksızlıkları ancak hekimin yapabileceğini yapmış olması karşısında cezai sorumluluğu kaldıran nedenler olarak değerlendirilebilir. Böyle değerlendirilmelerde yardım edilmediği takdirde yaşam ve sağlığın tehlike altında olduğunun kaçınılmazlığı, hekim tarafından bu sonucun bilinmesi ve hekimin yardım olanağına sahip olması aranmalıdır. Bu gibi durumlarda bunlardan birinin bulunmaması isteyerek amaçlanmış bir eylem olmadığını gösterir. Kastı olmayan eylemin taksirli suç oluşturması için hekimin tehlikeden haberdar olması, bilmesi gerekir. Hastanın durumunun ayrıntılarıyla öğrenilmesi ve bu konuda çaba gösterilmemesi de bilme durumu ile eşdeğerdir.

HASTANE İNFEKSİYONLARININ TIP HUKUKU YÖNÜ

Toplumda, hastalık ya da arıza-sakatlık ne olursa olsun hastaneye-hekime ulaşıldığında tamamen iyileşmesi gerektiği yolunda bir düşünce, beklenti vardır. Zaman zaman hastalık ya da arızaların doğal sonucu olup ta başlangıçta belli olmayan bir sakatlık, komplikasyon ortaya çıktığında veya ölüm halinde, hekimin ya da yardımcılarının; ilgisizliği, bilgisizliği, ihmali, hatta kastı olduğu ileri sürülür. Bu düşünce her zaman yanlış olmasa da bazı şeylerin kötü gitmesi sağlık çalışanlarının kastı-ihmal olduğu anlamına gelmez. Hekim hastalık veya arızaların tamamen iyileşeceğini değil tıp sanatının zarar vermeyecek şekilde uygulanacağını üstlenir. Ancak, şartları içinde standart tanı ve tedavi hizmetlerinin verilmediği tıbbi ihmal olguları ve hekime yaraşır profesyonel davranış biçiminin sergilenmediği durumlar mevcuttur. "Malpraktis" her iki durumun genel adıdır.

Ülkemizde hak arama özgürlüğünün istenilen düzeyde gelişmemesi, bilgisizlik ve kadercilik, Memurların Yargılanması Hakkında Kanun, genellikle tanı amaçlı otopsi yapılmaması nedeniyle tıbbi kusur içeren pek çok vaka adli nitelik kazanmamaktadır. Öte yandan zaman zaman özellikle medyanın etkisiyle; hastaların sistemden

kaynaklanan aksaklıkları hekimlere yüklemeleri, hekim-hasta arasındaki maddi ilişkiler, hekimler arasındaki rekabet ve özensiz ilişkiler sonucu hasta yakınlarının yanlış yönlendirilmeleri nedeniyle, beklentileri gerçekleşmeyen hasta ve yakınlarının adli yollara başvurmaları, kamuoyunda gereksiz yere hekimlerin ve hekimlik saygınlığının yıpratılması da üzücü bir gerçektir.

Ancak, halkın bilinçlenmesi, özel sağlık ve yaşam sigortalarının yaygınlaşması sonucu yakın zamanda hekimlik uygulamaları ile ilgili davalarda patlama yaşanacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kişi ve kuruluşların uygun, yetersiz, gereksiz tedavi maliyetlerini ödeme uygulaması yaygınlaşacaktır. Böylece meslek riski sigortası, hekim savunma birliği, sağlık kuruluşlarının kredilendirilmesi gibi kavramlar Türk tıbbına girecektir. Özel ve kamu sağlık güvence kuruluşlarının kimi tanı-tedavi hizmetlerini ortaya çıkacak her türlü komplikasyon ve ekstra işlemlerin hizmeti üreten kurumca karşılanacağı paketler halinde alma istekleri, Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Malpraktis Yasa Tasarısı Taslağı" da bu konudaki beklentilerin ülkemizdeki düzeyini göstermektedir.

Hastane infeksiyonlarında; olayın hastanede veya taburcu olduktan kısa süre sonra ortaya çıkması, yakınma ve bulguların ciddiyetinin hekim olmayanlarca da öngörülebilmesi, kısa sürede tedavi ve müdahale zorunluluğu gibi nedenlerle hekimden beklenti yüksektir. Tanı ve müdahalede gecikme ve tedavinin başarısızlığının dramatik sonuçlar doğurması, kimi zaman yargıya yansıyan şikayetlere neden olmaktadır. Hİ kavramının iyi bilinmemesi nedeniyle bu şikayetlerin çoğunda doğru gerekçeler ileri sürülmediği gözlenmektedir. Hİ olan bazı durumlarda ise hekim ve yardımcılarının olağanüstü çabaları gözlenerek, ölüm halinde bile nedenin kadere ya da hastalığın ağırlığına veya bu koşullarda sağlık hizmetinin kaçınılmaz sonucuna bağlanarak şikayetçi olunmadığı bilinen gerçektir.

Hİ yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmaları, tedavi maliyetlerini önemli oranda arttırmaları nedeniyle ülkemizde de giderek daha fazla öğrenilen, önem kazanan, araştırma yapılan bir konu olmaktadır. Bu infeksiyonların öngörülebilir, kontrol edilebilir hatta önlenebilir oluşu önemini daha da arttırmaktadır. WHO gelişmekte olan ülkelerde hijyenik koşulların yetersizliği, hastane infeksiyonlarının ve kontrolünün yete-

rince önemsenmemesi nedeniyle gelişmiş ülkelere oranla sorunun daha büyük boyutlarda olduğunu vurgulamaktadır (3). Türkiye ölçeğinde kullanılabilir veri bulunmamakla birlikte, her türden teknik donanım ve yetişmiş insan gücüne sahip hastanelerimizde bile Hİ olgularında mortalitenin yaklaşık %17, hastanede kalış süresinin yaklaşık 20 gün ve tedavi maliyetinin yaklaşık 1580 USD arttığı kabul edilebilir (4). Hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi ve duyu durumları üzerindeki olumsuz etkilerini tahmin dışında rakamsal verilerle ifade etmek olanaksızdır.

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı gibi Hİ hastanın, özellikle işgücü ve tedavi maliyeti nedeniyle başta sosyal güvenlik kuruluşları olmak üzere 3. şahısların ve toplumun hak ve çıkarlarıyla çatışan bir görünüm vermektedir. Başta kişilerin yaşam ve sağlıklarını devam ettirme hakkı olmak üzere bu hak ve çıkarların pek çoğu belirli yasa ve düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Bu durumda Hİ nedeniyle 3. şahıslara zarar verenlerin cezalandırılması ve zararın tazmin ettirilmesi gündeme gelecektir.

Burada önemli olan Hİ'lerin belirli özel koşullarda hastalık ve sakatlıkların doğal sonucu ancak başlangıçta belirli olmayan bir durum veya genel tıp uygulamaları içinde beklenen ve kabul edilen bir komplikasyon mu yoksa tedbirsizlik, dikkatsizlik, ihmal ya da savsama sonucu ortaya çıkan öngörülebilir ve önlenemez; kusurlu tıp uygulaması sonucu ortaya çıkan bir durum mu olduğu sorusunun yanıtlanmasıdır. Bu soruya Hİ tanısı alan her olgu için geçerli bir yanıt üretmek pek kolay değildir. Bu soruna en doğru yaklaşım her Hİ olgusunu kendi koşulları içinde değerlendirmektir.

Eğer Hİ'ler hastalık ve sakatlıkların ya da hastanede yatarak tedavi görmenin doğal, beklenen ve kabul edilen bir sonucu sayılırsa; komorbid hiçbir hastalığı olmayan sıradan elektif işlemler için hastaneye yatırılan olgularda ortaya çıkan Hİ makul karşılanacak, mübah sayılacaktır. Öteyandan Hİ'ler kusurlu tıp uygulamalarının sonucu olarak algılanırsa; birden çok ağır hastalığı olan, yaşam destek cihazlarına ve yoğun invaziv girişimlere ihtiyaç duyan hastalarda dahi ortaya çıkan Hİ'lerin sorumlusu aranacak, bir şekilde kusurlu bulunanların cezalandırılması; hastanın, ölmüşse mirasçılarının ve sosyal güvenlik-sigorta kurumlarının zararının tazmini gerekecektir.

Ülkemizde pek çok hastanede Hİ'ler hakkında bilgi bulunmamakla birlikte, gelişmiş 15 merkezde 1995-1996 yılları arasında belirlenen Hİ hızları %2-16.5 arasında değişmektedir (6). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre Hİ'lerde mortalite %19-33 arasında bildirilmekte, yatan hastalarda Hİ'lerin %1'i direkt, %4'ü indirekt mortaliteden sorumlu bulunmaktadır (7,8). Hastaların ağırlık derecesi ile ve birden fazla aktif hastalık bulunması ile Hİ arasında ilişki olduğu, yoğun bakım ve invaziv enstrümantasyon gereksiniminin Hİ riskini arttırdığı bilinen gerçeklerdir. Öte yandan yetersiz enfeksiyon kontrol programı ve süreyans sistemleri, eğitimsiz ve bilinçsiz personel, uygunsuz antibiyotik kullanımı Hİ yaygınlaşmasında başlıca sorumlu tutulan unsurlardır (4). Hİ oluşumunda ve önlenmesinde en önemli faktör sağlık personelinin davranışlarıdır. Bir ülkede Hİ kontrolüne verilen önemin derecesi büyük ölçüde sosyo-psikolojik ve ekonomik gelişmeyle paralel olarak genel sağlık hizmetlerinin düzeyi ile ilişkilidir (9). Bilimsel doğruların direkt yaşama geçirilebilmesi en basit önlemlerin alınmasında bile her zaman mümkün olmamaktadır.

Kimi zaman Hİ tanısı, hastanede yatan veya ölen hastalar için problemli olabilir. Hİ tanımları için CDC tarafından önerilen kriterler tüm dünyada yaygın kabul görmüştür. Buna göre hastanın yatışında inkübasyon döneminde bulunmayan veya belirti ve bulgu vermeyen, yatıştan 48-72 saat sonra ve taburcu olduktan sonra 10 gün içinde gelişen enfeksiyonlar Hİ olarak değerlendirilir. Bu tanımın geçerliliği ve güvenilirliği %79-86 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (10). Her bir sistem veya bölge için ayrı ayrı tanı kriterleri geliştirilmiştir. Hastanede alınan bir mikroorganizmanın neden olduğu ve taburcu olduktan sonra belirtileri ortaya çıkan enfeksiyonlar Hİ olarak kabul edilmektedir. Enfeksiyon hastaneye yatış sırasında var olan bir enfeksiyonun genişlemesi veya komplikasyonu ise Hİ olarak kabul edilmemelidir.

Hİ tanımının yapılabilmesi için gereken klinik ve laboratuvar bulguları ile diğer tanısal testler hasta dosyasından veya laboratuvarından elde edilebilir. Laboratuvar verileri, klinik örneklerin mikrobiyolojik incelemesi, kültür sonuçları ve antijen-antikör saptanmasına yönelik testlerden oluşur. Radyodiagnostik görüntüler, hematolojik testler ve diğer tanısal test ve bulgular destekleyici veriler sağlar. Hastanın hekiminin enfeksiyon

tanısı koymuş olması, tanı için yeterli bir kriterdir. Hİ tanısı alan veya şüphesi bulunan hastane ölümlerine mutlaka tanı amaçlı otopsi yapılması gerekir. Ülkemizde UHK 70. maddeye göre bulaşıcı ve salgın hastalıktan öldüğü zan ve şüphe edilen kişilere ilgili hekimin göreceği lüzum üzerine cenaze sahiplerinin izni aranmaksızın otopsi yapılabilir.

Ülkemizde Hİ kontrolü ile ilişkili yasal düzenlemeler 1974 yılında çıkarılan ve sadece eğitim hastanelerini ilgilendiren Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde "İnfeksiyon Komitesi" başlığı altında iki yönetmelik maddesi ile, 1983 yılında çıkarılan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde "Yataklı Tedavi Kurumları İç İnfeksiyonlardan Korunma Hizmetleri" başlığında iki yönetmelik maddesi ve SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği'nde "İnfeksiyon Komitesi ve Görevlerini Alınması Gereken Tedbirleri Belirleyen Yönetmelik" maddelerinden ibarettir. Güncel olmayan ve ayrıntısız bu düzenlemeler çok önemli yasal dayanaktır. Ancak hastane yöneticileri ve infeksiyon kontrol komitesi üyeleri için kimi zaman Hİ'lerin önlenmesine yönelik önlemler konusunda gerekli personel, mali kaynak ve bölümler arası koordinasyon yönünden destek vermediğinden haksız bir yük getirmektedir. Kimi zaman da infeksiyon kontrol komitesi kuran idare ve belirli kararlar alan infeksiyon kontrol komitelerinin rahatlamasına izin vermektedir. Hİ kontrolü konusunda yasal dayanak sayabileceğimiz bu yönetmeliklerde infeksiyon kontrol komitesinin vazgeçilmez elemanlarından hastane yöneticisi tanımlanmış ancak infeksiyon kontrol doktoru ve infeksiyon kontrol hemşiresi sayı ve nitelikleri tanımlanmamış, komitede infeksiyon hastalıkları uzmanı ve başhemşirenin yer alacağı belirtilmiştir. İnfeksiyon kontrol takımının beyni olarak nitelenen hastane epidemiyoloğundan hiç bahsedilmemiştir.

1974 yılından beri mevcut yasal dayanağa rağmen ilk hastane infeksiyon kontrol komitesinin 1984 yılında kurulmuş olması, 10 yıl öncesine kadar sadece 4 hastanede bu komitenin çalışıyor oluşu, bugün infeksiyon kontrol komitesi kurulmuş olan merkezlerin çok azında sürveyans çalışmaları yapılması, tıp fakültesi eğitim programlarında hijyen konularının ayrı bir ders halinde okutulmaması, uygun el yıkama yöntemini öğrenmeyen hekimlerin mezun olabilmesi Hİ konusunda ülkemizdeki ve olağan ortalama hasta-

nede çalışan orta düzey hekimden beklenebilecek duyarlılığın göstergesidir (6). Çalışanlara yönelik taramalar ve aşılama programlarıyla, eğitim programlarının da çok iyi olmadığı tahmin edilebilir.

Mevzuat gereği Hİ kontrolü konusunda hastane idaresinden ve idarenin bu amaçla oluşturduğu infeksiyon kontrol komitesinden; dezenfeksiyon ve sterilizasyon, hasta izolasyonu, antibiyotik kullanımı, personel sağlığı, temizlik ve atıkların yok edilmesi konularında ana ilkeleri saptaması beklenir. Tüm bölümlerin infeksiyon sorunları ve kontrolündeki görevlerini belirlemesi, eczane, teknik hizmetler, mutfak-çamaşırhane-temizlik ve atık işleri, satın alma birimleri arasındaki koordinasyonu sağlaması ve tüm personeli eğitmesi gerekir.

Hastane idaresinin İnfeksiyon Kontrol Komitesi (İKK) ve alt komisyonlarının çalışmalarını denetlemesi, teşvik etmesi, alınan kararları uygulamaya geçirmesi, uygulanamayan kararların revizyonunu istemesi ve genel idari-tıbbi denetim sürecinde İKK'ye görev vermesi, personel ve mali kaynak desteği vermesi beklenen özenli davranıştır.

Hekimler, tıbbın ülkede ulaştığı düzeyde bilgi sahibi olmak ve bunu somut olaylara uygulamak zorundadır. Kendisindeki bilgi, beceri ve deneyim eksikliğinin çalıştırana, hasta ve yakınları tarafından da bilindiğini ileri sürerek sorumluluktan kurtulamaz. Hekimin kendi bilgi ve becerisini aşan durumlarda konsültasyon istemesi de kusurlu bir davranış olarak değerlendirilir. Günümüzde özellikle yoğun bakım servisinde bulunan, cerrahi müdahale veya invaziv girişim yapılan veya uzun süre hastanede yatan hastaların Hİ riski taşıdıkları bilinmektedir. Hekimden beklenen olası tehlike oranının arttığı, teknik olanakların var olduğu durumlarda Hİ kontrolüne ve erken dönemde tanı ve tedavisine yönelik yüksek düzey çabadır.

Hİ hakkındaki bu genel bilgilerden sonra hastane yönetiminin ve İKK ile çalışanların, genel tıp ilke ve kurallarından sayılan Hİ kontrolüne yönelik tüm tedbirleri aldığı, hastanın tedavi nedeniyle zarar görmemesi için tüm özeni gösterdiği, tanı ve tedavide uygun yöntemlerin kullanıldığı ve ancak yine de Hİ ve buna bağlı zarar gören olgularda kusur bulunmadığından sağlık çalışanları açısından cezai ve hukuki sorumluluk gündeme gelmeyeceği söylenebilir. Hastane ve

çalışanların kusurları olmadığını kanıtlamak zorunda kalabilecekleri unutulmamalıdır.

Hİ OLGULARINDA HUKUKİ ve CEZAI SORUMLULUKTAN KORUNMAK İÇİN İNFEKSİYON KONTROLÜ DIŞINDAKİ İLKELELER

UHK gereği hekimlerin mesleki uygulamalarıyla ilgili ceza davalarında ve zorunluluk olmakla birlikte hukuk davalarında da bilirkişi incelemesi hakkı saklı kalmakla beraber konu Yüksek Sağlık Şurası (YSS)'nce incelendikten sonra yargılama devam etmektedir. YYS nedensellik bağı ve kusur olup olmadığını ve hatta oranını bildirmektedir. Yeterli araştırma ve inceleme olanağı olmayan şura, bazı toplantılarına konunun uzmanlarını çağırır da çoğu olayda iddia-şikayet-ifade ve hasta kayıtlarından ibaret evrak üzerinde değerlendirme yapılmaktadır. Bilirkişi incelemelerinde de aynı sorun vardır. Bu tür davalarda tıbbi kayıtlar büyük önem kazanmaktadır. Tıbbi kayıtlar (hasta kartı, gözlem kağıtları, ameliyat ve protokol defteri) adli işlemlerde kanıt olarak kullanılan belgelerdir. Tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması hastaya karşı yüklenilen bir borç olduğu gibi, hekimi-hastaneyi ileride doğabilecek anlaşmazlıklardan ya da ihmal iddialarından korumak ya da kusurun kime ait olduğunu saptayabilmek için gereklidir. Bu kayıtlarda hastanın kimlik bilgileri, gereğinde onamı, şimdiki şikayeti ve öyküsü, tanı ve tedavi işlemleri, konsültasyon ve gözlem bulguları, laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları, tedavi etki ve sonuçları, taburcu halindeki durumu, tedaviyi reddetmişse buna dair belgelerin bulunması gerekir. Kayıtların okunaklı, düzeltmelerin az ve açıklanmalı olması bu belgelere duyulan güveni arttıracaktır. Kayıtlara gerçeğe aykırı bilgiler yazılması ya da tahrifatı cezai sorumluluk getirir.

Hasta kabul edildikten sonra başka bir formaliteye gerek olmaksızın hekim hastasına beklenen standartta tanı ve tedavi hizmeti vermek, gerekli özen ve sadakati göstermek zorundadır. Hastanın yapılan işlemlerin bedelini ödemeyecek durumda olması gerekli bakım alma hakkını ortadan kaldırmaz. Kendisinden beklenen görev aynı şartlarda orta düzey ve nitelikteki bir hekimin davranışlarıdır.

Tüm hastalardan özellikle invaziv girişimde bulunulacaklardan aydınlatılmış onam alınmalıdır. Çocuklarda veya vesayet altında bulunanlarda bulunabildiği takdirde veli veya vasisinin ri-

zası alınmalıdır. Bilinç bozukluğu, koma vs. durumdaki hastalarla, yaşam ve sağlığı kurtarmanın girişimi zorunlu kıldığı hallerde rızanın var kabul edilerek hareket edilmesi doğru olacaktır.

Hekim tedaviyi sürdürmek zorundadır. Ancak, vardiya usülü çalışmada, ya da uzmanlık sınırlaması nedeniyle başka bir hekimin tanı ve tedavisine bırakılacak hastanın muhakkak devredilmesi ve bunun hasta gözlem kağıdına kaydı gerekir. Muayene yapılmadan konsültan hekimin telefonla yürüttüğü tedavinin sorumluluğu bizzat tedaviyi sürdüren hekime aittir. Tedavinin sürdürülmediğine dair iddialar hastanın başka bir merkeze sevinde de gündeme gelebilir. Sevk edilen merkezin bilgilendirilmesi ve kabul onayı alınması, gerektiğinde hekimin sevk sırasında eşlik etmesi beklenen özenli davranıştır.

Bazı durumlarda hastalığın doğası gereği hastalar bazı mevcut problemleriyle taburcu edilir. Riskli olarak taburcu edilen hastalara izlenmesi gereken tedavi ve durumunda değişiklik, kötüleşme olunca neler yapması, nereye başvurusu gerektiği anlatılmalı, mümkünse yazılı olarak verilmeli, dosyasına kaydedilmelidir.

Hekim, uygun bir öykü alıp, muayeneden sonra olanaklar ölçüsünde gerekli tüm tanı araçlarını kullandığı durumlarda tanı hatalarından sorumlu değildir. Elbette öykü, fizik muayene ve tanı araçları belirli bir durumu gösterdiği halde yanlış tanı konduğunda, hekim bu yanlış tanıdan sorumludur. Ancak laboratuvar ve radyolojik inceleme sonuçları başkalarının hatalı rapor edilmişse sorumluluk yanlış değerlendirmeyi yaparındır. Hi riskli olan hastalarda yakın takip ve olası durumları tespit için tanı araçlarının seçimi ve tekrarlama sıklığı bilimsel görüşlere uygun olmalıdır.

Hekim tıp ilke ve kurallarına aykırı olmamak ve belirli hastalıklar için zorunlu standart yöntemlerin dışına çıkmamak kaydıyla tedaviyi seçmekte serbesttir. Ancak, tedavi sırasında gerekli özeni göstermekle de yükümlüdür. Ortaya çıkabilecek sorunları (entübe hastanın beslenmesi, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri, yara temizliği, katater bakımı gibi) öngörüp, gerekli önlemleri almalıdır. Bu önlemler arasında uygun antibiyotik türü ve dozunun belirlenmesi de vardır.

Kısıtlı olanak ve kaynakları olan her sağlık sisteminde ileri teknoloji ve yüksek maliyet gerektiren yaşam destek tedavilerinde sınırlamalar

olması kaçınılmazdır. Yaşam destek tedavilerinin de bir tedavi yöntemi olduğu belirli durumlarda hekimin hastasının tanısını, prognozunu, yaşam kalitesini, sunulabilecek tıbbi bakım olanaklarını göz önüne alarak, hastasının tercihleri doğrultusunda, hastasının iyiliğini amaçlayarak bu tedaviyi uygulayıp uygulamama kararına varabileceği kabul edilebilir (11). Ancak hastanın tanısı, prognozu ve tercihleri konusunda her zaman doğru karara varabilmek olanaksızdır. Hiçbir etken hekimi olanakları içerisinde yapabileceklerinin hepsini yapmaktan, Hİ önlemeye ve tedaviye yönelik çabalardan alıkoymamalıdır. Hastalığın tedavisinin olanak dışı olduğunun, hastanın tedavinin devamını istemediğinin bulunduğu durumlarda hekim hastasının ızdırabını dindirmeye çalışmakla yükümlüdür. Olası iddialardan korunmak için tüm bilgiler ve kaynakları kayda geçmelidir.

Hekimlik uygulamaları sırasında öğrenilen ve hasta tarafından açıklanmaması öngörülen ve başkalarınca bilinmesi halinde hastanın sosyal statüsünü, onur ve saygınlığını, ekonomik durumunu ve gelecek beklentilerini etkileyebilecek bilgiler meslek sırrı olarak nitelendirilir. Bu bilgileri yasal sebepler olmadan açıklamak veya başkalarınca öğrenilmesine izin vermek TDN ve TCK'ye göre suçtur.

SONUÇ

Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir hukuk devletidir. Daha Kurtuluş Savaşı yıllarında Avrupa' da pek çok devletin Sağlık Bakanlığı yokken Sağlık Bakanlığı kurulan, 1930'da dünyanın ekonomik buhran yaşadığı yıllarda çıkarılan Umumi Hıfzı-sıhha Kanunu'nda infeksiyon hastalıklarıyla mücadele amaçlı 121 maddeye yer verilen, belirli infeksiyon hastalıklarıyla mücadele işlerini ücretsiz sağlayan bir devlettir.

Günümüzde ise halkın sağlık hizmetlerinden ötürü zarar görmemesi ve olası zararın tazmini için çabalar vardır, olmalıdır. Hİ kavramının anlaşılması, yaygınlaşması, konu ile ilgili veri toplanarak Türkiye bilgilerinin üretilmesi amacıyla oluşturulan NosoLINE projesi de en önemlilerinden birisidir. Yakın bir gelecekte Hİ nedenli morbidite ve mortaliteler, tedavi maliyeti artış-

ları yasal zeminlerde ciddi biçimde sorgulanacaktır. Bundan önce hekimlerin ve tüm sağlık çalışanlarının, hastane yöneticilerinin bu konudaki bilgilerini güncellemeleri, Hİ kontrolüne yönelik ilkeleri davranış biçimi haline getirmeleri beklenir.

KAYNAKLAR

1. Göksel FA. Tıp dünyamızda yeni bir gereksinim: Mesleki değerler forumu. T Klinik Tıbbi Etik 1993; 1:1-4.
2. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve elatmalardan doğan sorumluluklar. Ankara: Tek Işık Ofset Tesisleri, 1993:64-9.
3. Kereselidze T, Mangay MA, Glacas A. Nosocomial infections-what WHO is doing? J Hosp Infect 1984;5(Suppl A):7-11.
4. Yalçın AN, Hayran M, Ünal S. Hastane infeksiyonlarının farmakoeconomik yönden incelenmesi: Hacettepe deneyimi. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 1997;1:46-9.
5. Eksik A, Erbaydar S, Akgün A, Bulut T, Özden YI. İÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği'nde hastane infeksiyonlarının maliyet analizi. Klinik Gelişim 1995;8:3444-7.
6. Arman D. Türkiye'de hastane infeksiyonu kontrolüne yönelik çalışmalar. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 1997;1:144-52.
7. Gross PA, Antwerpen CV. Nosocomial infections and hospital deaths. A case control study. Am J Med 1983;75:658-62.
8. Annow P. Setting up an infection control. In: Akalın HE (ed). Hastane İnfeksiyonları, 1. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 1993:1-11.
9. Meers PD. Infection control in developing countries. J Hosp Infect 1988;18(Suppl A):406-10.
10. Larson E, Horan T, Coopers B, Kotilainen HR, Landry S, Terry B. Study of the definition of nosocomial infections (SDNI). Am J Infect Control 1991; 19:259-67.
11. Donish M, Churchill L. The ethics of providing intensive care in managed care organizations, New Horiz 1997;5(1):85-93.

YAZIŞMA ADRESİ:

Doç. Dr. Ali Fuat IŞIK
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı
Beşevler-ANKARA