

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTANE ENFEKSİYONLARI BAKIMINDAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUKUKSAL
SORUMLULUĞU

Yüksek Lisans Tezi

ZEYNEP ARSLAN

İZMİR-2019

T.C.
İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

HASTANE ENFEKSİYONLARI BAKIMINDAN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUKUKSAL
SORUMLULUĞU

ZEYNEP ARSLAN

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA DÜNDAR ARAVACIK

İZMİR-2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Hastane Enfeksiyonları Bakımından Sağlık Çalışanlarının Hukuksal Sorumluluğu**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

Zeynep ARSLAN

İmza



TS EN ISO
9001:2015

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü



TEZ SINAVI TUTANAK FORMU

Dok. No: FR/604/21

İlk Yayın Tar.: 03.10.2017

Rev. No/Tar.: 00/..

Sayfa 1 / 1

GÖNDEREN : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı
GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zeynep ARSLAN ile ilgili Tez Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih:

Sayı :

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı

Dr. Levent B. KIDAK
Sağlık Yönetimi AD. Başkanı
İmza

SINAV TUTANAĞI

Tez Sınav Jürimiz tarafından incelenen “*Hastane Enfeksiyonları Bakımından Sağlık Çalışanlarının Hukuksal Sorumluluğu*” başlıklı tezli yüksek lisans tezi ile ilgili olarak jürimiz 12.06.2019 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında OYBİRLİĞİ/ÇOKLUĞU ile aşağıdaki karar verilmiştir.

KABUL

Kabul Edilen Tezli Yüksek Lisans tezi:

- i) Bilime yenilik getirmiştir
- ii)Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir
- iii)Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır
- iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisansta geçerlidir)

RED

DÜZELTME *

Tez Sınav Jürisi	Unvanı ve Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Esra DÜNDAR ARAVACIK	
Üye	Doç. Dr. Elif Türkan ARSLAN	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep SOFUOĞLU	
Üye		
Üye		

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).

* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**HASTANE ENFEKSİYONLARI BAKIMINDAN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ HUKUKSAL
SORUMLULUĞU**

Zeynep ARSLAN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının hatası sonucu gerçekleşen enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen hukuksal sorumluluğu ele almaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının ihmali ya da eğitim eksikliği sonucu hastane enfeksiyonlarına sebebiyet verebileceğinin bilincini kazandırmak ve hastane enfeksiyonlarının erken tanısı açısından önemini ortaya koymak hedeflenmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının hastaya olumsuz etkilerinin yanında, sağlık çalışanlarının bu enfeksiyondaki sorumluluğu ölçüsünde oluşabilecek hukuki sorunlara ve sağlık hizmeti maliyetlerinde artışa neden olmaktadır.

Araştırmanın yöntemi olarak nitel araştırma yöntemlerinden doküman inceleme kullanılmıştır. Doküman incelemesi yaklaşımına uygun olarak alan yazında çok sayıda kaynaklar incelenerek, mahkeme kararları ve bilirkişi raporlarıyla konu detaylandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Enfeksiyon, Hukuk, Sağlık Çalışanı, Sorumluluk

ABSTRACT

Master's Thesis

Legal Responsibility Of Health Employees From Hospital Infections

Zeynep ARSLAN

İzmir Kâtip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Health Management

The aim of this study is to investigate the legal responsibility of health workers due to infections resulting from the failure. In this context, it is aimed to raise awareness that health workers can cause hospital infections as a result of negligence or lack of education and to reveal the importance of hospital infections in terms of early diagnosis.

In addition to the adverse effects of hospital infections on the patient, it also causes legal problems that may arise to the healthcare staff in accordance with the responsibility of the infected person and increases the costs of health care services.

As a research method, document review was used as qualitative research methods. In accordance with the document review approach, a large number of sources were examined in the field, and the subject matter was detailed with court decisions and expert reports.

Keywords: Hospital, Infection, Law, Health Employee, Responsibility

İÇİNDEKİLER

Özet.....	İv
Abstract.....	V
İçindekiler.....	Vi
Tablo Listesi.....	İx
Şekil Listesi.....	X
Kısaltma Listesi.....	Xi
Önsöz.....	Xii
Giriş.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TEMEL KAVRAMLAR.....	3
1.1. Hastane Enfeksiyonu.....	3
1.1.1. Hastane Enfeksiyonu Tanımı.....	3
1.1.2. Hastane Enfeksiyonlarının Önemi.....	4
1.1.3. Hastane Enfeksiyonlarının Nedenleri.....	5
1.1.4. Hastane Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi.....	8
1.1.5. Hastane Enfeksiyonlarına Sebep Olan Etkenler.....	10
1.2. Sağlık Çalışanı.....	11

İKİNCİ BÖLÜM

2. HASTANE ENFEKSİYONU İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER.....	14
2.1. Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-i İcrası'na Dair Kanun	14
2.2. Adli Tıp Kurumu Kanunu.....	14
2.3. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	15
2.4. Hemşirelik Kanunu.....	15

2.5. Tababet Uzmanlık Tüzüğü.....	16
2.6. Özel Hastaneler Tüzüğü.....	16
2.7. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	16
2.8.Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği	17
2.9.Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönetmeliği	18

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ.....	19
3.1. Hastane Enfeksiyonlarının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri	19
3.2. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi.....	20
3.2.1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK).....	24
3.2.1.1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri.....	24
3.2.1.2. EKK'nın Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	25
3.2.2 Enfeksiyon Kontrol Doktoru.....	26
3.2.3 Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi.....	26
3.3. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Sağlık Çalışanları Açısından Temizlik Hizmetlerinin Yürütülmesi.....	27
3.3.1. Hastanelerde Temizlik, Dezenfeksiyon ve Hijyen.....	27
3.3.2. Hastanelerde Temizlik Gerekliliğine Göre Kullanım Alanlarının Sınıflandırılması	28
3.3.3. Hastane Temizlik Personelinin Eğitimi.....	29
3.4. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atıkların Kontrolü Bakımından Yükümlülükleri	30
3.5. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon Önleme Sorumluluğu Ve Hasta Güvenliği.....	33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.ARAŞTIRMA	38
4.1. Araştırmanın Amacı Ve Önemi.....	38
4.2. Araştırmanın Yöntemi.....	38
4.3. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon İle İlgili Sorumluluklarının İhlalinin Hukuksal Niteliği.....	38
4.3.1. Tazminat Sorumluluğu.....	40
4.3.2. Ceza Sorumluluğu.....	41
4.3.3. Disiplin Sorumluluğu.....	43
4.4. Kamu Ve Özel Sektörde Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından Hukuksal Sorumluluk.....	44
4.4.1. Kamuda Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından.....	44
4.4.2. Özel Sektörde Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından.....	47
4.5. Sağlık Çalışanlarının Sorumluluğunun Tespitinde Bilir Kişi Olarak Görüş Bildiren Merciler.....	49
4.5.1. Yüksek Sağlık Şurası.....	50
4.5.2. Adli Tıp Kurumu.....	51
4.5.3. Bilirkişilerin Dikkat Etmesi Gereken Hususlar.....	51
4.6. Yargı Kararları.....	52
SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR	70

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yoğun Bakım Üniteleri ile Hastanede Sıkça Rastlanılan Enfeksiyon Türleri.....	6
Tablo 2: Hastanelerde Enfeksiyona Neden Olan Risk Etmenleri.....	11
Tablo 3. Hastane Enfeksiyonların Sürveyansında Kullanılan Kavram ve Gereçler..	22
Tablo 4. Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) Enfeksiyonlarının Kontrolü İçin Bazı Tedbirler.....	23
Tablo 5. Sağlık Kuruluşlarında Oluşan Tıbbi Atıkların Sınıflandırılması.....	32

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.Hastane Atıklarının Oransal Dağılımı.....	31
---	----

KISALTMA LİSTESİ

AIHM: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

CAE: Cerrahi Alan Enfeksiyonları

EKK: Enfeksiyon Kontrol Komitesi

HTU: Hatalı Tıbbi Uygulama

KDE: Kan Dolaşımı Enfeksiyonu

ÜSE: Üriner Sistem Enfeksiyonları

TBK: Türk Borçlar Kanunu

TCK: Türk Ceza Kanunu

YSS: Yüksek Sağlık Şûrası

ÖNSÖZ

“Hastane enfeksiyonları bakımından sağlık çalışanlarının hukuksal sorumluluğu” adlı bu alışma, Kâtip Çelebi Üniuersitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda “Yüksek Lisans Tezi” olarak hazırlanmıştır.

Yüksek lisans tez danışmanlığımı üstlenen ve tez çalışmam süresince bana her türlü imkânı sağlayıp desteğini esirgemeyen ve çalışmam sırasında değerli fikirleriyle bana yol gösteren sayın hocam DR. ÖĞR. ÜYESİ ESRA DÜNDAR ARAVACIK’a teşekkürü bir borç bilirim.

Zeynep ARSLAN

GİRİŞ

Hastane enfeksiyonları genel olarak: hastaneye yatış sırasında inkübasyon döneminde bulunmayan, yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar, dahili hastalarda taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde gelişen, ameliyat geçiren kişilerde bir ay içinde gelişen, protez uygulanan kişilerde ise bir yıl içinde gelişen ilgili enfeksiyonlar şeklinde tanımlanmaktadır. Hastane enfeksiyonlarının hastanelerde sıfır olması hedeflenmektedir. Bu enfeksiyonların hasta, hekim, hasta yakını ve ülke ekonomisine olumsuz etkileri vardır.

Hastane enfeksiyonlarını minimize etmek için; enfeksiyon kontrol komiteleri oluşturulmuştur. Bu komitelerin daha etkin çalışarak enfeksiyonlar oluşmadan önlemek ve oluşan enfeksiyonları olabilecek en az hasarla atlatabilmek için tüm paydaşların ellerinden geleni yapması, görev kusuruna neden olan etmenlerin alınacak tedbirler ile giderilmesi azami önem arz etmektedir.

Tüm gayretlere rağmen hastane enfeksiyonları hastanelerde gelişebilmektedir. Böyle bir durum da sağlık çalışanlarının hukuki olarak bazı yaptırımlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Bu enfeksiyonun komplikasyon mu yoksa tıbbi hata mı olduğu, sağlık çalışanından mı kaynaklandığı yoksa hizmet kusuru mu olduğunun tespiti gerekmektedir.

Tıbbi olarak eksikliklerinin giderilmesi ve hukuken gerekli yaptırımların uygulanması, bu enfeksiyonların sıfır hedefini yakalaması için çok önemlidir. Hukuki yaptırımların hataları cezalandırıcı niteliği, oluşabilecek diğer vakaların oluşmasını engelleyecek veya çok azalmasına sebep olacak, kamuoyunun dikkatlerini konu üzerine çekecek niteliği tıbbi hizmetlere ve tüm paydaşlara en büyük katkısı olacaktır.

Bu çalışmada, birinci bölümde; hastane enfeksiyonlarının tanımı, nasıl oluştuğu, bu enfeksiyonların oluşmaması için yapılması gereken hususlar ele alınmış, ikinci bölümde; hastane enfeksiyonları ile ilgili yasal düzenlemeler incelenmiş, üçüncü bölümde; hastanelerin ve görevli sağlık çalışanlarının enfeksiyonu önleme konusundaki ödev ve yükümlülüklerinin neler olduğu açıklanmış, EKK, enfeksiyon kontrol doktoru ve hemşiresinin görev ve sorumlulukları, tıbbi atıkların kontrolü

hususları anlatılmış, dördüncü bölümde ise; hastane enfeksiyonlarının oluşması halinde hastaların uğradıkları zararın karşılığı olan hukuki hak arama yollarının nasıl olduğu ve sağlık çalışanlarının hukuki savunma haklarını nasıl kullanacakları ve sorumluluklarının neler olduğu, ilgili ve yetkili yargı kurumlarının örnek kararlarıyla desteklenerek ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TEMEL KAVRAMLAR

1.1. HASTANE ENFEKSİYONU

Hastane enfeksiyonları hastaların ve çalışanların sağlığını tehdit ettiği gibi, kurumları ve sağlık çalışanlarını mali olarak ve hukuksal olarak istenmeyen durumlarla karşı karşıya bırakabilmektedir.

1.1.1. Hastane Enfeksiyonu Tanımı

Hastane kaynaklı enfeksiyonlar sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar; hasta, sağlık çalışanı, ziyaretçilerde görülen enfeksiyonlar olup çoğunlukla, sağlıklı oldukları ya da kuluçka süreci içinde bir bakteriyel durumun olmadığı durumlarda, hastanede bazı enfeksiyonlara maruz kalınması biçiminde açıklanabilir.

“Hastane enfeksiyonları: hastaneye yatış sırasında inkübasyon döneminde olmayan, yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar, dahili hastalarda taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde gelişen, ameliyat geçirenlerde bir ay içinde, protezde ise bir yıl içinde gelişen ilgili enfeksiyonlar şeklinde tanımlanmaktadır” (Öztürk, 2008: 23). Hastane alanları hastaların sağlığı açısından belirli aralıklarla sterilize edilen yerlerdir. Bu nedenle burada bulunan mikroorganizmalar dayanıklı yapıya sahiptirler. Bu durum hastanede hastalara bulaşan mikroorganizmaların tedavi sürecini zorlaştırmaktadır.

İkinci dünya ülkelerinde hastane hizmetleri, sağlıksız koşullarda olabilmekte bu da hastane kaynaklı mikrobik hastalıkların artmasına ve hastane kaynaklı ölüm oranlarının artmasına, hizmet üretim maliyetlerinin artışına neden olmaktadır. Sağlık kurumlarının, tüm departmanlarında enfeksiyona neden olabilecek bakteriyel durumları ölçeklendirmeli, ne durumlarda ortaya çıkabileceklerini hesaplamaları önceden ne tedbirler alabileceklerini görmelerini sağlar (Şardan, 2008: 555).

Hastaneden kaynaklanan bu sorunlar hastane yönetimlerinin zorlandığı durumların başında gelmektedir. Hastane enfeksiyonlarından dolayı birçok hasta

kaybedilmektedir. Ayrıca hastaneden kaynaklı enfeksiyonlar hastaların hastalık süreçlerini artırmakta bu da hem hastalara ve hem de hastanelere fazladan maliyetlere neden olmaktadır. Örnek vermek gerekirse, ABD’de 1992 yılında bu enfeksiyonlardan kaynaklı ekstra masraflar 4,5 milyar dolar iken bu 2001 yılında 7,5 milyar dolara çıkmıştır.

Türkiye’de hastane kaynaklı bakteriyel durumların neden olduğu ekstra harcamaları açıklayan pek bir araştırma yoktur fakat bir araştırmaya göre bu durumlar ortaya çıktığında ekstradan 1582 dolarlık bir harcama gerektiği ve hastaların taburcu olma sürelerinde 8-20,3 gün artış gözlendiği söylenilmektedir (Graves, 2004: 565).

Anlatılanlardan da anlaşıldığı gibi hastanelerden kaynaklanan enfeksiyonlar hem ekstra masraflara sebep olmakta hem de hastaların hastanede kalış süreçlerini uzatmaktadır. Bunun dışında bu enfeksiyonlar hastaların ölüm oranlarını artırmaktadır. Hastanelerden kaynaklı enfeksiyonlar ayrıca hastanelerin kalite derecelerini ölçeklendirilmesi açısından önemli bir etken haline gelmiştir.

1.1.2. Hastane Enfeksiyonlarının Önemi

Hastane enfeksiyonları nedeniyle artan ölüm ve hastalık oranı hastanelerde görülen enfeksiyon tiplerinin araştırılmasını ve buna yönelik tedbirlerin alınmasını zorunlu hale getirmiştir. Tüm sağlık kurumları kendi bünyelerini incelemeli bu bağlamda bakteri floralarını araştırmalıdır. Bu flora içinde bulunan bağışıklı bakterilerinde tespit edilmesi ayrı bir önem arz etmektedir. Bu bağlamda hastalıklarla ilgili verilerin toplanması ve ilgili birimlere iletilmesi işlemleri yani sürveyans işlemleri mühim bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Enfeksiyonların tanımlanması ise, enfeksiyon varlığının tespit edilmesi ayrıca karşılaşılan enfeksiyonların türlerine göre kıyaslanmanın yapılabilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu bağlamda Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 1997 yılında enfeksiyon tanımları geliştirmiştir (Hacımustafaoğlu, 2004: 148).

Hastanelerde yoğun bakım üniteleri; hastaların yakından izlendiği, daha yüksek titizlikle bakım yapıldığı, yaşam destek ünitelerinin bolca bulunduğu bu nedenlerden dolayı da masrafları çok olan ünitelerin başında gelmektedir. Ayrıca bu ünitelerde

bağışıklığı yüksek bakterilerin bulunması oldukça fazla gözlenmektedir. Bu nedenle bu ünitelerde hastane enfeksiyonlarına daha çok rastlanılmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki yoğun bakım ünitelerinde rastlanan enfeksiyonlar hastane enfeksiyonların %20'sinden fazlasını teşkil etmektedir. Yani yoğun bakım ünitelerinde kalan hastalarda enfeksiyon görülmesi diğer ünitelerde kalan hastalara nazaran 3 ile 5 kat daha fazladır. Bu durumlar mortalite ve morbidite oranlarını yükseltmekte ayrıca ek maliyetlere neden olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde antibiyotik kullanımının yaygın olması da bağışıklı bakterilerin gelişmesine neden olmaktadır (Uzun ve Çetinkaya, 2004: 32).

1.1.3. Hastane Enfeksiyonlarının Nedenleri

Hastane enfeksiyonlarının oluşmasında en önemli nedenlerden biri, el yıkamaya (hijyenine) gereken önemin verilmemesidir. Hastanelerde iş yükünün fazla olması, personel (özellikle hastayla en fazla zaman geçiren meslek mensubu olan hemşire) ve zaman yetersizliği, lavabo sayısının az olması, hijyeni sağlarken elin yıpranıp tahriş olması ve fiziki yetersizlikler gibi sebeplerle de el hijyenine, gerektiği kadar özen gösterilmemektedir. Hâlbuki el yıkama ile alakalı eğitimlerin nicelik ve nitelik bakımından artırılması, hastane enfeksiyonu oranının düşürülmesinde tek başına çok basit lakin etkin bir yoldur, bunun üzerinde ehemmiyetle durulması gerekmektedir. Ayrıca, tıbbi aletlerin bakımı ve sterilizasyonunda tıbbi kurallara uymama ve bu aletlerle yapılan invaziv girişimler neticesinde de hastane enfeksiyonları görülebilmektedir (Gencer, 2008: 71).

Hastanelerde enfeksiyon görülmesinin nedenleri şu şekildedir (Tabak, 2005: 52):

- a) Konak Etmenler: Hastaların bağışıklık sistemlerin çökmesi, bağışıklık sisteminin kuvvetini azaltan ilaç ve benzeri unsurların kullanılması, travmalar, kötü beslenme gibi benzeri nedenlerdir.
- b) Çevresel Şartlar: Yoğun bakım ünitelerinde bağışıklığı yüksek mikroorganizmaların bulunması, ayrıca temizlik ya da bakım gibi unsurlarda yeterli özenin gösterilmemesi ile açıklanabilir.

- c) Teknolojik Gelişmeler: Kateter kullanımının artması ya da daha farklı biçimlerde cihazlarının kullanılmaya başlanması bu gereçlere mikroorganizmaların yerleşerek hastalarda enfeksiyonların oluşmasına neden olmaktadır.

Aşağıdaki tabloda ise yoğun bakım üniteleri ile hastanelerde sıkça rastlanılan enfeksiyon tiplerine yer verilmiştir:

Tablo 1: Yoğun Bakım Üniteleri ile Hastanede Sıkça Rastlanılan Enfeksiyon Türleri

Enfeksiyon Türleri	Yoğun Bakım Üniteleri (%)	Hastaneler (%)
Pnömoni	40	18
ÜSE	24	40
Bakteremi	11	10
Yara	8	25
Diğerleri	17	7

Kaynak: Graves N. Economics and preventing hospital-acquired infections. Emerg Infect Dis.2004;10:561-566.

Yoğun bakım ünitelerinde enfeksiyona neden olan faktörler hastane bünyesindeki farklı yoğun bakım ünitelerine göre farklılık gösterebilmektedir. Araştırmalar neticesinde bakteremi ile CAE’nda stafilokoklar gözlenirken, solunum yolu enfeksiyonlarında P. Aeuruginosa görülmekte, üriner sistem enfeksiyonlarında ise candida ile E. coli sık rastlanan enfeksiyon faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

Günümüzde yoğun bakım ünitelerinde gözlenen enfeksiyon faktörlerinde farklılıklar oluşmaya başlamıştır. 1960’lı yıllarda gram negatif basiller enfeksiyon faktörü olarak gözlemlenirken geniş spektrumlu gram negatif önleyen antibiyotik kullanımının artmasıyla beraber gram pozitif basiller görülmeye başlanmıştır. Europe Prevalance Infection Committe (EPIC) yaptığı araştırmada, yoğun bakım ünitelerinde gözlenen gram pozitif ile gram negatif faktörlerin belirli aralıklara

ortaya çıktıkları *P. aeruginosa* ile *S. aureus*'un en çok rastlanılan faktörler oldukları söylenmektedir.

Yapılan çalışmalar çoğul direnç gösteren bakteriler, vankomisin dirençli bakteriler, genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz taşıyan gram-negatif enterik basiller, metisiline dirençli stafilokoklar gibi benzeri tedavileri oldukça güç olan bakteri türlerinin yoğun bakım ünitelerinde son zamanlarda görülme olasılıklarının giderek arttığını göstermektedir (Sosyal vd, 2006: 100).

Hastanelerde yapılan enfeksiyon kontrolü genel olarak yapılan bir uygulama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hastane bünyesinde bulunan birçok birim için önemli bir unsurdur. Bu bağlamda hastanenin hizmet kalitesini, sağlık hizmetinin layığıyla yerine getirilmesi gibi konuları etkilemektedir (Uzun, 1997: 20).

Hastane ve yoğun bakım ünitelerinde olası en iyi koşulların sağlanarak hastalığa neden olan enfeksiyonların oranını düşürmek ilk planda gelirken, çalışanlar ve hastaneye gelen kişilerin enfeksiyona maruz kalmalarını önlemek de ikinci gelen önemli bir unsurdur. Bu iki durum gözetilerek oluşturulan enfeksiyon kontrol sistemi herkesin yararına olacaktır (Tekeli, 2002: 19).

Hastaneler hastalar için birçok teknik cihazın kullanılmak zorunda olduğu üniteler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bu ünitelerde özellikle hastalarda solunumla ilgili olarak cihazların kullanımı oldukça yaygındır. Bu ünitelerde kalan hastalarda güçsüz bağışıklık sistemleri nedeniyle de bu ünitelerde enfeksiyonun artmasına neden olabilmektedir. Bunun dışında hastaların olduğu bir yerde bakterilerin üremesi için uygun ortam teşkil etmektedir (Akın vd, 2011: 10).

Hastalara uygulanan tetkikler ve ayrıca tedavilerde kullanılan gereçler hastaların enfeksiyon kapmasına neden olabilmektedir. Bunun dışında bu tür ünitelerde hastalara sık sık müdahale yapılması da enfeksiyon buluşma riskini oldukça artıran unsurlardan bir tanesidir. Özellikle bu ünitelerde çalışanların hijyen koşulları ile asepsi şartlarının sağlanması gereklidir. Bu şartların yeterince yerine getirilememesi enfeksiyonlara davetiye çıkarmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde fazla hastanın bulunması yeterli izolasyon yapılamayışı gibi unsurlar da enfeksiyonların artmasına neden olur. Bunun gibi olumsuz etmenlerin bu ünitelerde görülmesi hastalarda enfeksiyonların görülmesine neden olabilmektedir (Erol vd, 2000: 20).

Normal koşullar altındaki bireylerde hastalıklara neden olmayacak mikroorganizmalar yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda enfeksiyon oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Bu türde risk içeren unsurlar arasında Acinetobacter, S. aureus bilhassa MRSA, Klebsiella, entrobakter ile Candida gibi türler bulunmaktadır. Üriner sistemler özellikle bakterilerin kolonizasyonu için uygun şartları ihtiva etmektedir. Bunun dışında hastalarda antibiyotik kullanımı sonucu antibiyotiğe karşı bağışıklığı yüksek bakteriler sebebiyle enfeksiyon görülme olasılığı yükselmektedir. Hastaların yoğun bakım ünitelerinde buldukları süre arttıkça da enfeksiyona rastlanma olasılığı giderek artmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde özellikle dirençli stafilokok ile vankomisin dirençli enterokok (VRE) organizmalarına bağlı gelişen enfeksiyonlar son derece mühim etkileri olan enfeksiyonlar olarak karşımıza çıkarlar. Bu tür enfeksiyonların yayılmasının önlenmesinde bu ünitelerde çalışan sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının özellikle el hijyenine çok dikkat etmeleri gereklidir. Bu bağlamda sağlık çalışanları ellerini dikkatlice sterilize etmelidirler. Böylelikle bakterilerin yoğun bakım üniteleri içerisinde yayılma olasılıkları azaltılmış olacaktır (Aktaş, 2005: 23).

1.1.4. Hastane Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi

Hastane enfeksiyonları epidemik ya da endemik olarak görülebilmektedir. Epidemik hastane enfeksiyonları, bir hastanede ya da birkaç serviste, belirli bir dönemde, olağan sayılan oranın üzerinde enfeksiyon saptanmasını ifade etmektedir. Lakin bir epideminin (salgının) saptanabilmesi için, o hastane veya sağlık tesisinde olağan sayılan epidemi oranının bilinmesi zaruridir. Klasik olarak, toplumda görülen enfeksiyon epidemileri kısa zaman aralıklarında, belli duyarlılık olan özel bir toplulukta, tek bir suş ile gelişebilmektedir (Akhan ve Hayran, 1997: 20-25).

Hastane enfeksiyonları epidemileri ise, bazen birkaç hastalık veya birkaç patojeni kapsayabilir. Multipl alanları tutan virulan suşların neden olduğu enfeksiyonlar veya rutin hasta bakım uygulamalarında bir aksama bu şekilde epidemilere yol açabilen epidemik enfeksiyonlar, hastane enfeksiyonlarının %10'unu oluşturmaktadır. Endemik hastane enfeksiyonları ise, olguların %90'ını oluşturmakta ve sporadik olarak gözlenmektedir. Buna karşılık birdenbire ortaya çıkarak pek çok

hastayı ilgilendirdiği veya hastanede rastlanmayan bir nedenle oluştuğu için dikkatleri çeker. Epidemik hastane enfeksiyonları teorik olarak, önlenemeyen enfeksiyonlardır. Kaynak olabilecek canlı ya da cansız ortamın denetimi, bulaşma ihtimallerinin önlenmesi epideminin oluşmasını önler veya oluşmuş epidemiyi durdurur. Oysaki, hastane enfeksiyonlarının sebep olduğu zararların engellenmesinde üzerinde önemle durulması gereken endemik hastane enfeksiyonlarıdır (Çalangu, 1997: 6).

Epidemiyolojide klasik yöntemler, hastalıkların dağılımlarının, nedenlerinin, neden sonuç ilişkisinin ve çözüm yollarının saptanması amacıyla planlanır. Bu yöntemler, bir olayın başka bir olayla ilişkisinin araştırıldığı gözlemlerde ortaya çıkan, ortak hataları kontrol etmek için geliştirilmiştir. Epidemiyolojik araştırmalar 2 grupta sınıflandırılır (Arman, 1997: 150-155):

A. Gözlemsel Araştırmalar

1. Deskriptif (Tanımlayıcı) Araştırmalar; bir toplumda karşılaşılan sağlık sorunlarının nerede, kimlerde, hangi zamanlarda olduğunu ve neden olabilecek etkenlerin neler olduğunu belirleyebilmek için yapılan araştırmalardır.

2. Analitik Araştırmalar;

a. Kohort Araştırmaları; insidans, follow-up, prospektif araştırmalar olarak da adlandırılır. Belirli ortak özellikleri olan bireylerin oluşturduğu grubun incelenmesidir.

b. Vaka-kontrol Araştırmaları; bir sağlık sorunu ile bu soruna neden olan faktörler arasındaki ilişki incelenir.

c. Kesitsel Araştırmalar; prevalans, retrospektif, cross-sectional araştırmalar olarak da adlandırılır. Bir hastalığın boyutunu ortaya çıkarmak amacıyla yapılır.

B. Deneysel Araştırmalar

1. Klinik Araştırmalar; kontrollü araştırmalar olup deney gruplarına müdahale edilir, kontrol gruplarına müdahale edilmeyip plasebo etkisine göre sonuçların araştırılması ve yorumlanmasının yapıldığı araştırmalardır. Hastalarla ve hayvanlar üzerinde yapılabilir.

2. Saha Araştırmaları; alana çıkarak verileri toplama ve bir sonuç çıkarma amacıyla yapılır. Sağlıklı bireylerle yapılır. Dünya Sağlık Örgütü'nün aşılama ile

ilgili araştırmaları gibi. Saha araştırmalarında Sağlık Bakanlığı etik kurulundan onay alınmalıdır.

3. Toplum Taramaları; önleme araştırması, toplum genelinde yapılabilir.

1.1.5. Hastane Enfeksiyonlarına Sebep Olan Etkenler

Maruz kalınan etkenler sebebiyle enfeksiyon görülme riskini artıran etkenleri şu şekilde sınıflandırabiliriz (Tabak, 2005: 53):

- a) Genel olarak tüm enfeksiyon tipleri: 3 günden fazla yoğun bakımda olma, yaşça büyük (60 ve üzeri gibi) olunması, çoklu travmalara maruz kalınmış olması, cerrahi açıdan yoğun bakım ünitesi hastası olması.
- b) Prönemiden kaynaklı etkenler: Fazla gastrik pH aspirasyonu, akciğer hastalıkları, göğüs operasyonları, akciğerlerde travma, nazosgastrik tüp uygulaması benzeri nedenler.
- c) Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (KDE): Uygun biçimlerde kullanılmamış kateterler, kateterin gereksiz olarak değiştirilmesi, parenteral besleme teknikleri gibi nedenlerdir.
- d) Üriner Sistem Enfeksiyonları (ÜSE): Mesane kateteri (sonda) kullanımı, kateterin 10 günden fazla kullanılmış olması, hastanın kadın olması ayrıca böbrek yetmezliği gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.
- e) Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE): Hastada cerrahi operasyon bölgesi dışında bölgede enfeksiyon olması, hastanın cerrahi operasyonunun kötü gerçekleşmesi, cerrahi operasyon öncesi kılların iyice traş edilememiş olması, cerrahi operasyon geçiren hastanın diyabet hastalığının olması gibi nedenler cerrahi alan enfeksiyonlarına neden olabilmektedir.

Hastaneler birçok hastanın bulunduğu üniteler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ünitelerde bulunan hastaların bazılarında enfeksiyonun bulunması da diğer hastalarda enfeksiyon görülme olasılığını artıran bir unsur olarak karşımıza çıkar. Bunun dışında bu ünitelerde hizmet veren çalışanların yeterli olmaması ya da bu ünitelerde çok sayıda hastanın bulunması enfeksiyon riskini artıran unsurlardandır.

Tablo 2: Hastanelerde Enfeksiyona Neden Olan Risk Etmenleri

<p>1.Yoğun Tedavi Gerektiren Vakalar</p> <p>a. Yanık Tedavileri</p> <p>b. Travma geçirmiş hastalar</p> <p>c. Cerrahi operasyon ve anestezi</p>	<p>3. Yapılan Tedaviler</p> <p>a. Parenteral beslenme şekli</p> <p>b. Steroid tedavileri</p> <p>c. Sedatifler tedaviler</p> <p>d. İmmüsupresif tedaviler</p> <p>e. Antimikrobiyal tedavileri</p> <p>f. Stres ülser ve proflaksisi</p> <p>g. Kan transfüzyonları</p>
<p>2. Yapılan Girişimler</p> <p>a. Endotrakeal ya da nazal entübasyon</p> <p>b. Nazogastrik tüp takılması</p> <p>c. Santral venöz kateterizasyon işlemi</p> <p>d. İdrar kateterizasyonu yapılması</p> <p>e. Mekanik ventilasyon bağlanması</p> <p>f. Cerrahi dren açılması</p> <p>g. Trakeostomi açılması</p>	<p>4. Hastanın Bireysel Koşulları</p> <p>a. Kronik akciğer hastalığı olanlar</p> <p>b. Malnütrisyon</p> <p>c. Alkolizm bağımlılığı</p> <p>d. Sigara kullanma</p> <p>e. İleri yaşlı bireyler</p> <p>f. Diyabet hastaları</p>

Kaynak: Graves N.Economics and preventing hospital-acquired infections. Emerg Infect Dis.2004;10:561-566.

Hastane enfeksiyonlarının engellenememesinin sonuçları ise: hastanede yatış gün süresinde artma, morbiditede (hastalık hızı) artış, yaşam kalitesinde azalma, mortalitede (ölüm oranı) artış, iş gücü ve üretkenlik kaybı, maliyette artış şeklindedir.

1.2. SAĞLIK ÇALIŞANI

22.05.2014 tarih ve 29007 sayılı “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile sağlık çalışanlarının tanımları ile görevleri ayrıntılı şekilde yapılmıştır. Yurt dışı diplomalı sağlık çalışanlarının Türkiye’ de görev yapabilmesi için YÖK’ten ve Sağlık Bakanlığından onay alması gerekmektedir. Buna göre:

Doktor ve uzman doktor: Sağlık hizmetlerinde tüm teşhis, tedavi, koruyucu ve rehabilitasyon amacıyla planlayıcı, yönlendiricisi, kontrol edicisi ve sorumlusu pozisyonundaki kişi olup Sağlık Bakanlığınca onaylı tıp fakültesi ve ihtisasına göre ilgili ihtisas diploması olan sağlık çalışanıdır.

Diş doktoru ve uzman diş doktoru: Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde teşhis, tedavi ve koruyucu hizmetlerini planlayan ve uygulayan sağlık çalışanıdır.

Eczacı: İlaçların temini, planlanması, korunması, hazırlanmasında ve hastaya verilmesinde görev alan sağlık çalışanıdır.

Hemşire: Hemşirelik yönetmeliğindeki (08-03-2010 tarih 27515 sayılı) işleri yapan hemşireler, hekimlerin tedavi planlarını uygulayan sağlık çalışanıdır.

Ebe: Doğum konusunda branşlaşmış tabip yardımcısı sağlık çalışanıdır. Tabip olmadığı acil durumlarda doğumda yaptırabilirler.

Klinik Psikolog: Tabibin yönlendirdiği hastalara ruhsal destek olan sağlık çalışanıdır. İlaç yazamazlar.

Fizyoterapist: Fizik tedavi uzmanının tedavi planını uygulayan sağlık çalışanıdır.

Acil tıp teknisyeni/teknikeri: Acil durumlarda ilk yardım ve tıbbi müdahale yapan sağlık çalışanıdır. Ambulans ve acil servislerde çalışırlar.

Röntgen teknisyeni/teknikeri: Görüntüleme hizmetleri olan, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, röntgen vb. çekimini yapan sağlık çalışanıdır.

Laboratuvar teknisyeni/teknikeri: Tıbbi laboratuvarlarda sorumlu tabip gözetiminde tahlilleri yapan sağlık çalışanıdır.

Diyetisyen: Hastaların yemek listesini tıbbi gereklere göre planlayan ve hazırlanmasını kontrol eden sağlık çalışanıdır.

Odyolog: İşitme ve denge ile alakalı testlerin yapılması, kullanılacak cihazların belirlenmesi işlerini yapan sağlık çalışanıdır.

Odyometri teknikeri: İşitme testi yapan sağlık çalışanıdır.

Dil ve konuşma terapisti: Dil, konuşma ses sağlığı konusunda hizmet veren sağlık çalışanıdır.

Podolog: Ayak sağlığı alanında hizmet veren sağlık çalışanıdır.

Sağlık fizikçisi: Radyoterapi işleminde radyasyon onkoloğu tabibin yönlendirmesi ile ışın cihazını, dozunu, hesaplamaları yapan sağlık çalışanıdır.

Anestezi teknisyeni/teknikeri: Ameliyathane de anestezi ilaçları hazırlayıp uygulayan sağlık çalışanıdır.

Ağız diş sağlığı teknikeri: Diş tabibi yardımcısı sağlık çalışanıdır.

Diş protez teknisyeni: Diş laboratuvarında, protez diş yapan sağlık çalışanıdır.

Protez ve ortez teknisyeni: Ortopedik protezleri yapan, kontrol eden ve eğitim veren sağlık çalışanıdır.

Adli tıp teknikeri: Otopside tabibe yardımcı sağlık çalışanıdır.

Diyaliz teknikeri: Diyaliz hizmetinde tabibe yardımcı, daha çok cihazla ilgilenen ve takip eden sağlık çalışanıdır.

Elektronörofizyoloji teknikeri: Tabibin yönlendirmesi ile elektrosefalografi testi (EEG), elekronöromiyografi testi (EMG), polisomnografi (PSG, uyku testi) yapan sağlık çalışanıdır.

Optisyen: Gözlük hazırlayan sağlık çalışanıdır.

Mamografi teknikeri: Meme görüntülemesinde hizmet veren sağlık çalışanıdır.

Biyomedikal cihaz teknikeri: Tıbbi cihazların bakım ve onarımını yapan, sağlık meslek mensubu olmamakla birlikte sağlık alanında çalışan meslek grubu üyesidir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. HASTANE ENFEKSİYONU İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

Hastane enfeksiyonları ile ilgili özel bir mevzuat düzenlemesi olmamakla birlikte, hastane enfeksiyonunun varlığı durumunda sağlık çalışanları bakımından oluşabilecek hukuki sorumluluklar esas alınarak ilgili mevzuattaki dolaylı hükümler incelenmiştir.

2.1. Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-i İcrası'na Dair Kanun

14.04.1928 tarih ve 1219 sayılı kanun; Türkiye' de tababet icra edebilmek ve hasta tedavi edebilmek için zaruri olan ihtisas şartlarının belirtildiği kanundur. Mesleği icra edenlerin niteliklerini ve özelliklerini içeren; fasıllar halinde düzenlenmiştir.

Birinci fasılda hekimlik mesleğinin, ikinci fasılda diş tabiplerinin, üçüncü fasılda ebelerin, beşinci fasılda da hemşirelerin vasıfları maddeler halinde tek tek açıklanmıştır. Ek maddeler altıncı fasılda düzenlenmiş olup, 70. Maddede tıbbi müdahaleler bakımından aydınlatılmış onam formunun önemine değinilmiş, yapılacak her tür girişim için hasta veya hasta yakınının rızasından söz edilmiştir. Kanunun daha sonraki yıllarda kapsamı genişletilmiştir. Kanun'un 12. Ek Maddesi ile 2010 yılından itibaren geçerli olacak şekilde kamu ve özel sağlık kurumlarında hekimler için uygulanan zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası ve kapsamı belirtilmiştir.

2.2. Adli Tıp Kurumu Kanunu

14.04.1982 tarih ve 17670 sayılı Kanun ile kurulan, Adli Tıp Kurumunun işleyişini belirlemek amacıyla yürürlüğe giren kanunda; merkez teşkilatında kurulacak üst kurullar ile ihtisas kurulları ve taşra teşkilatında kurulacak grup başkanlıkları ile şube müdürlükleri belirlenmiş, görev tanımları yapılmış, özlük hakları, atanma esasları düzenlenmiştir. Ayrıca sekiz ihtisas kurulu bulunduğu ilgili ihtisas kurullarının, üyelerinin branşları ayrıntılı olarak verilmiştir. İhtisas kurullarında gereği kadar raportör bulundurulmaktadır.

Yedinci İhtisas Kurulu; ölümle sonuçlanmayan ve Sekizinci İhtisas Kurulu, ölümle sonuçlanan, tıbbi uygulama hatalarında (hastane enfeksiyonu dahil) görevli ve yetkili kurullardır.

Adli Tıp Kurumunun görevleri şunlardır:

a) Mahkemelerin istediği, adli tıpla ilgili hususlarda görüş belirtmek; hastane enfeksiyonu veya diğer istenen hususlarda bilirkişi, uzman vb. sıfatlarla,

b) Adli tıp uzmanlığı eğitimini vermek,

c) Adli tıp ve alakalı bilimlerde seminer, konferans vb. organize etmektir.

2.3. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Kanun ile sağlık hizmetlerinin temel esasları düzenlenmiş olup; çalışanlarının eğitimi, atanması, ek ödemeleri ve tayinleri, mecburi hizmeti olan doktorların bölge grupları ile üniversite hastanelerinin tıbbi eğitimi belirlenmiştir.

Kanunla sağlık hizmetlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelik verilerek yapılması gerekliliği üzerinde durularak tüm sağlık tesislerinin ve sağlık çalışanlarının ülke genelinde dağılımında denetleyici ve planlayıcı olarak sağlık bakanlığı yetkilendirilmiş, klinik araştırmalarla ilgili ayrıntılı düzenlemeler yer almaktadır.

2.4. Hemşirelik Kanunu

02.03.1954 tarihli ve 6283 sayılı Kanun, değişik tarihlerdeki düzenlemelerle; hemşire atanma şartları, lisans mezunu hemşirelerin meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak (yoğun bakım hemşireliği, acil servis hemşireliği, enfeksiyon hemşireliği, ameliyathane hemşireliği, evde sağlık hemşireliği vb.) uzman hemşire olarak veya Sağlık Bakanlığının gerekli programlarından sertifika alarak meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birimde çalışabilme hususları düzenlenmiştir.

2.5. Tababet Uzmanlık Tüzüğü

18.04.1973 tarih ve 14511 sayılı Tüzük ile uzmanlık eğitimi alan tabipleri, diş tabipleri ve belirli alanlarda öğrenim hakkı olan biyolog, kimyager, eczacı, veterinerlerin eğitim düzenlemeleri ile uzmanlık eğitimi veren kurumların düzenlenmesi amacıyla çıkarılmış olup ilgili kişi ve kurumları kapsamaktadır.

Asistan olma şartları, süreleri, uymaları gereken kurallar, tez işlemleri, yan dal uzmanlığı ve eğitim kurumlarındaki uzmanlık kurullarının görev ve yetkileri, yurt dışı uzmanlık eğitimi hususları ayrıntılı şekilde düzenlenmiştir.

2.6. Özel Hastaneler Tüzüğü

10.01.1983 tarih ve 17924 sayılı Tüzük ile özel hastanelerde olması gereken bina, ekipman, personel sayısı ve nitelikleri ile iş işleyişini belirlemek amacıyla çıkarılmış olup sadece özel sağlık tesislerini kapsamaktadır.

Tüzük ile özel hastanelerin fenni ve idari muameleleri ve her türlü sağlık şartları il sağlık müdürlüğünün kontrolü altındadır, gereğinde ve belirli zaman aralıklarında tetkik olunur. Tetkik neticesinde görülen eksiklikler, mevzuata aykırı haller ve hasta şikâyetleri incelenebilir ve gereği yapılabilir.

2.7. Hasta Hakları Yönetmeliği

01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Yönetmelik hastaların insan onuruna yaraşır şekilde tıbbi hizmet alma hakları olduğunu saptamak amacıyla yürürlüğe girmiş olup, kamu ve özel tüm sağlık tesislerini ve sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

Yönetmeliğin, ikinci bölümünde; bilgi isteme hakkı, adaletli faydalanma hakkı, sağlık kurumu ve personel seçme ile değiştirme hakkı, tıbbi gereklere göre tedavi ve bakım hakkı, tıbbi özen hakkından bahsedilmektedir. Üçüncü bölümde; sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkıyla alakalı ayrıntılı düzenlemeler, dördüncü bölümde; hasta mahremiyeti, beşinci bölümde; hasta rızasının alınmasıyla alakalı ayrıntılı düzenlemeler, altıncı bölümde; tıbbi araştırmalar, yedinci bölümde; diğer haklar, sekizinci bölümde; hastaların dava açma hakkıyla alakalı durum ve dokuzuncu bölümde; kurumların sorumlulukları belirlenmiştir.

Yönetmeliğin, ilkeler başlıklı beşinci maddesinde; sağlığın temel insan hakkı olduğuna ve buna uygun davranılması gerektiğine, hiç kimsenin hastanın sağlık hakkını engelleyemeyeceğine, hastanın rızası olmadan tıbbi araştırma yapılamayacağına ve tıbbi müdahale yapılamayacağına, hiç kimseye sağlık hakkı sunumunda ayrımcılık yapılacağına dair hükümler yer almaktadır.

Yönetmeliğin sekizinci maddesinde; hastanın sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı olduğu belirtilmekte olup, bu hakkın istisnasının ise bu yer değiştirmenin hastanın hayati tehlike yaratmayacağına hekim tarafından onayını gerektirmesi belirtilmiştir.

Yönetmeliğin on beşinci maddesinde; hastanın veya velisinin veya yaşı küçük ise vasisinin, durumu hakkında bilgi edinme hakkı olduğu, tedavi sürecinde oluşabilecek riskleri ve alternatif tedavileri yazılı veya sözlü olarak isteyebileceği belirtilmiştir.

Yönetmelik madde 42/c ile her sağlık tesisinde ve il sağlık müdürlüklerinde hasta hakları birimi ve kurulunun kurulması gerekmekte olup bu birimler hastaların hak arama amacıyla bir başvuru yeri niteliği taşımaktadır. Sağlık bakanlığı bu maddeye dayanak göstererek ayrıca hasta hakları uygulama yönergesi çıkarmış olup ayrıntılı olarak işleyişi düzenlemiştir.

2.8. Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği

11.08.2005 tarih ve 25903 sayılı Yönetmelik hastanelerde enfeksiyon hastalıklarını tespit etmek ve gereken önlemleri almak amacıyla çıkarılmış olup tüm sağlık tesislerini ve sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

Enfeksiyon kontrol komitelerinin; kimlerden oluşacağı, çalışma şekli, görev ve yetkileri, faaliyet alanları, eğitim ve sertifikasyonu, yapılan işlemlerin kontrol kılavuzu ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Bu yönetmelik enfeksiyonların önlenmesi bakımından detaylı hükümler içerdiğinden çalışmanın 3. bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu nedenle, tekrara mahal vermemek için burada sadece bu bilgiler ile yetinilmiştir.

2.9. Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönetmeliği

06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı yönetmelik sağlık kurumlarımızda kullanılmakta olan tıbbi arşivlerin düzenlenmesi amacıyla çıkarılmış olup tüm sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Tıbbi ve idari davalarda bu arşivlerin doğru ve düzenli tutulmuş olması ve istendiğinde ulaşılabilmesi önem arz etmektedir ve davaları doğrudan etkilemektedir.

Bilgi güvenliği açısından kullanılan uygulama yazılımları ara yüzlerinden geçmiş döneme ait kayıtlardaki kapanmış, onaylanmış ve sonuçlandırılmış işlemlere ait verilerde değiştirme, silme ve ekleme yapılamayacağı düzenlemesi yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. Sağlık Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Yükümlülükleri

3.1. Hastane Enfeksiyonlarının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

Hatalı tıbbi uygulamalar olarak kabul edilen hastane enfeksiyonlarının oranı, hastanelerin diğer hastaneler karşısında hizmet ve bakım kalitesini gösteren en çok önem arz eden ölçütlerin başında gelmektedir (Özçetin, 2009: 49).

“Enfeksiyonlar yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olmalarının yanında tedavi maliyetlerini önemli seviyede arttırmaları sebebiyle tüm dünya ülkelerinde önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir” (Dağlı, 2006: 30).

“Birçok araştırmada, elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40’ının hasta taburcu olmadan önce önlenbilir olduğunu ve her hastane enfeksiyonunun enfeksiyon kontrol prosedürlerine uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir” (<http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>).

Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerde meydana gelen ve sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratan enfeksiyonlar bireylerde, çok önemli hastalıklara ve hatta ölümlere sebep olan durumlardır. Hastane enfeksiyonlarının etkin bir biçimde kontrol altına alınması açısından ilk başta hasta ve hastane ile ilgili risk oluşturan etmenlerin tespit edilmesi gerekmektedir. Bu riskler her hastanenin kendi yapısına göre değişmekle birlikte, genel olarak şu biçimde sıralanmaktadır:

- Hastanedeki hasta odalarının doluluk rasyosunun fazla olması,
- Hastane içinde hareketliliğin (giren çıkan hasta sayısı gibi) fazla olması,
- Ciddi (komplike ameliyatların yapılması gibi) tıbbi müdahalelerin yapılması,
- Sağlık çalışanlarının sorunları sayılmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları, hastaların ölümüne bile neden olan bir durumdur. Bilhassa hastane enfeksiyonuna bağlı yitirilen hasta sayısı son zamanlarda artış göstermektedir. Bu halin önlenmesi için ilk şart sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrol uygulamalarına riayet etmesidir. Sağlık çalışanları arasında hasta ile sürekli

yakın temas halinde bulunan ve bakım hizmetinden birinci derecede görev alan hemşireler bu enfeksiyonların oluşmasına ve diğer kişilere yayılmasına neden olabilirken, önlenmesinde de en etkin bir görevi yapmaktadırlar (Temel, 2005: 84-90).

“Hastane enfeksiyonlarının engellenmesi ve kontrol altına alınabilmesi bir ekip işidir. Alınan tedbirlerin etkin olması için sağlık çalışanlarının tam ve doğru bilgi almaları, uygulamalar sırasında dikkatli ve yeterli davranış ve tutum göstermeleri gerekmektedir” (Altuncan, 2009: 40).

“Tüm sağlık kuruluşları kendisine ait enfeksiyon kontrol ve önleme programı geliştirmeli, hastalarda oluşabilecek enfeksiyon risklerini izlemeli, izlem sonuçlarını diğer sağlık çalışanları ile paylaşmalı ve hastane enfeksiyonu riskini azaltmak için sürekli hizmet içi eğitim vermelidir” (Tansüyer, 2010: 42).

Hastane enfeksiyonları nedeniyle oluşan zararlar, sağlık çalışanları bakımından hukuksal sorumluluklara sebep olmaktadır. Bu sebeple, enfeksiyonların sebeplerinin araştırılarak, tıbbi müdahale sürecinde daha özenli olmaları için sağlık çalışanları ile birlikte hareket etmek son derece önemlidir.

Enfeksiyonların neticesinde oluşacak zararların giderilmesine ilişkin sorumluluk sadece sağlık çalışanına ait olmayıp, tıbbi müdahale sürecine katılan tüm tarafları ve hastane yönetimini etkilemektedir.

3.2. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesi

“Sağlık kurumlarında görülen hastane enfeksiyonlarını azaltmanın yolu enfeksiyon kontrol programlarını eksiksiz uygulamaktır. Her hastane kendi enfeksiyon kontrol komitesi tarafından geliştirilen programı uygulamalıdır” (Wilke, 2001: 6).

Bilimsel ve güncel bilgilerine göre hazırlanan programları yerine getirmek yurt çapında standart oluşturulmasına ve enfeksiyon kontrolü ile sağlık hizmetinin kalitesini arttırmaya hizmet eder niteliktedir.

Hastanelerde enfeksiyonların kontrol altına alınmasında kullanılan genel yaklaşım yöntemleri şu şekildedir (Yıldız, 2007: 47):

1. Enfeksiyonun kaynağının belirlenmesi

- Enfeksiyonu olan hastaların tespit edilmesi
 - Enfeksiyon dış bölgesel kontaminasyon alanının tespiti
2. Hastalardan bulaşma riskinin engellenmesi
 - Asepsi ile el yıkama biçimlerinin ortaya konması
 - Enfeksiyon bulunduran hastalar için bariyer tedbirlerin alınması (önlük, eldiven, vb.)
 - Enfeksiyon kaynağını yok etmek yani ortam dezenfeksiyonunun yapılması
 - Hassasiyeti olan hastaların başka bölgelere taşınması
 - Olası durumlarda yeni hasta alınmasını önlemek
 3. Mikrobik kümeleşmelerin enfeksiyona neden olmasına mâni olunması
 - Olası mikroorganizmaların kümeleşeceği alanlarla temasın kesilmesi (kateterlerin çıkarılması gibi)
 4. Konakların şartlarının farklılaştırılması
 - Hastalığın tedavi edilmesi ve olası patolojik sonuçların ortadan kaldırılması
 - Antibiyotik tedavisinin düzenlenmesi

Hastanelerde yapılan enfeksiyon kontrolü genel olarak yapılan bir uygulama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hastane bünyesinde bulunan birçok birim için önemli bir unsurdur. Bu bağlamda hastanenin hizmet kalitesini, sağlık hizmetinin layığıyla yerine getirilmesi gibi konuları etkilemektedir (Özata, 2009: 417-420).

Enfeksiyona neden olmamak için operasyonel işlemlerden önce, özellikle her türden sterilizasyon sağlanmalıdır. Hasta, hemşire, doktor, ameliyathane ve çevresel şartlardaki riskler tamamıyla engellenmeli, gereken tedbirler alınmalıdır. Hastane enfeksiyonları, hastalık hızını ve ölüm hızını arttırdığından tedavi edilmesi uzun yatış süresi ve fazladan maliyet gerektirmektedir (Ertek, 2008: 10).

Hastanelerde olası en iyi koşulların sağlanarak hastalığa neden olan enfeksiyonların oranını düşürmek ilk planda gelirken, çalışanlar ve hastaneye gelen kişilerin enfeksiyona maruz kalmalarını önlemek de ikinci gelen önemli bir unsurdur. Bu iki durum gözetilerek oluşturulan enfeksiyon kontrol sistemi herkesin yararına olacaktır (Graves,2004: 75).

Tablo 3. Hastane Enfeksiyonlarının Sürveyansında Kullanılan Kavram ve Gereçler

Sürveyans Kavramları	Tanımlar	Kullanılacak Zaman (saat/haftalık/500 yatak)
Sürveyans	Sağlık tesisinde hastalık enfeksiyonuyla ilgili bilgilerin bir araya getirilmesi, analizi ve birimlere iletimi	
Hedefe Yönelik	Sürveyansın spesifik amaç için sınırlandırılması. (Katater kaynaklı enfeksiyonun azaltılması gibi)	
Spesifik Enfeksiyon	Sürveyansa özel enfeksiyon tipleri ile sınırlandırılmıştır. (Salgın ya da mikrobiyolojik)	
Araçları		
Kartların İncelenmesi	Laboratuvar kartlarının incelenmesi	36-54
Laboratuvar Bilgisi	Kültür sonucu pozitif olan hastaların incelenmesi	23
Servis verilerin incelenmesi	Riskli hastaların tespit edilmesi	14-22
Ateş	37,8 °C ye eşit veya bu sıcaklığın üzerinde ateşi olan hastaların tespiti	8
Antibiyotik	Antibiyotik kullanan hastaların tespit edilmesi	14
Ateş ve antibiyotik	37,8 °C ye eşit veya bu sıcaklığın üzerinde ateşi ve antibiyotik alan hastaların belirlenmesi	13
Yeniden kabul	Yeniden kabul edilen hastaların tamamının kontrol edilmesi	Bir bilgi yok
Otopsi	Otopsi yapılan tüm hastaların tespit edilmesi	1

Kaynak: Ylipalosaari P, Tero I Ala-Kokko, Lauria J, Ohtonen P, Syrjala H. Community and hospital acquired infections necessitating ICU admission: Spectrum, co-morbidities and outcome. J Infect.2006;53:85-92.

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan sürveyans en çok yapılan çalışmalardan biridir. Bu bağlamda sürveyans çalışmaları tüm hastaneye yönelik olabileceği gibi belirli bir departmana göre ya da belli bir enfeksiyona göre yapılabilen çalışmalar olarak karşımıza çıkar. SENIC'in yapmış olduğu çalışmalarda sürveyans uygulamaların hastane enfeksiyonunu düşürmede etkili olduğu ortaya konmuştur (Esen ve Leblebicioğlu, 2004: 44).

Tablo 4. Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) Enfeksiyonlarının Kontrolü İçin Bazı Tedbirler

Tedbirler	Özgül Madde
Mühendislik Önlemler	<ul style="list-style-type: none">• Yatak etrafında gerekli alan bırakılması• Odalarda (optimal hasta/hemşire oranı ile uyum)• El hijyeni araçlarının uygun konumda olması• Her yoğun bakım ünitesi için izolasyon odası• Temiz ve kirlili alan ayrı iş akışı• Yeni materyal/araç kullanımları için işlemler
Tıbbi ekip için idari önlemler	<ul style="list-style-type: none">• Çok amaç için kullanılan materyal için yazılmış temizleme prosedürleri• Medikal araçların doğru kullanımı için kılavuzların uygulanması• Yeni teknoloji ve yeni tıbbi araç ve işlemlerdeki gelişmelerle ilgili sürekli eğitim
Sağlık çalışanları için idari önlemler	<ul style="list-style-type: none">• Kalifiye sağlık çalışanlarının varlığının sürdürülmesi• Enfeksiyon kontrolleri hususunda tecrübe• Hemşire/ hasta oranı için görüşler• Tanımlanan indikatörler kullanıp hasta bakım standardının takibi
Hastalar için idari önlemler	<ul style="list-style-type: none">• YBÜ'ne kabul için kılavuz oluşturma• Hastalık enfeksiyon oranlarının epidemiyolojik kontrolü ve yorumu• Total sürveyans• Amaca yönelik araştırma• Salgınların sürveyansı ve kontrolü• Laboratuvar bilgilerinin bilgisayar ile kontrolü• Hasta izolasyonu için kılavuz hazırlama

Kaynak: Ylipalosaari P, Tero I Ala-Kokko, Lauria J, Ohtonen P, Syrjala H. Community and hospital acquired infections necessitating ICU admission: Spectrum, co-morbidities and outcome. J Infect.2006;53:85-92.

Enfeksiyon kontrol komitesinin bildirim yapacağı yer “Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı”dır (UHESA). Veri girişlerinin üçer aylık dönemler halinde; verilerin doğru, tam olarak zamanında bildirilmesi gerekmektedir.

3.2.1 Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)

11.08.2005 tarih ve 25903 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği” ne göre, hastanelerde enfeksiyonların önlenmesi için Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kurulması gerekmektedir. Hastanelerde kurulması gereken Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kurulma amacı birinci maddede;

•Sağlık tesislerinde hizmet sunumu sırasında gelişen enfeksiyon hastalıklarını engellemek ve kontrol etmek,

• Enfeksiyonla alakalı sorunları tespit etmek,

• Gerekli faaliyetleri düzenlemek ve yürütmek, alınması gereken kararları gerekli makamlara bildirmek şeklinde belirtilmiştir.

EKK’ nin görevleri, ise;

a) Sürveyans ve kayıt,

b) Kontrollü antibiyotik kullanımını,

c) Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon,

d) Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonlarını,

e) Tesis temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları açısından engellenmesini sağlamaktır.

Belirtilen görevlerin yerine getirilmesi hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bakımından son derece önem arz etmektedir.

3.2.1.1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi Üyeleri

Yönetmeliğin 5. maddesinde EKK üyeleri, aşağıdaki üyelerden hastane yönetimi tarafından oluşturulur. Buna göre EKK' da;

Hastane başhekim yardımcısı yada üniversite hastanelerinde dekan yardımcısı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı temsilci, hastanenin hizmet verdiği dal ilgili dal uzmanı, eğitim hastanelerinde eğitim görevlisi doktor, üniversite hastanelerinde anabilim dalı başkanı ya da yerine görevlendireceği bir uzman ve diğer hastanelerde başhekim tarafından görevlendirilecek bir uzman, başhemşire

veya sağlık bakım m¼d¼r¼, enfeksiyon kontrol doktoru, sorumlu eczacı, enfeksiyon kontrol hemşiresi, hastane idari ve mali işler m¼d¼r¼n¼n bulunması gerekmektedir.

3.2.1.2. EKK'nın G¼rev, Yetki ve Sorumlulukları

Y¼netmeliđin 7. maddesinde EKK' nın g¼revleri belirlenmiştir. Buna g¼re;

a) Kurumunun baktığı hasta ¼zelliklerine ve şartlarına uyumlu bir enfeksiyon kontrol çalışması belirleyip uygulamak, y¼neticilere ve çalışanlara bu konularda ¼neriler de bulunmak,

b) En g¼ncel tıbbi enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirip, bunları s¼rekli g¼ncel tutmak,

c) S¼rekli hizmet içi eğitim verip ve uygulamaları kontrol etmek,

d) Uygun bir s¼rveyans programı geliştirmek,

e) Risk açısından ¼ncelik taşıyan b¼l¼mleri belirlemek ve verilere g¼re harekete geçmek, belirli hedefler koymak, her d¼nem sonunda hedeflere ne ¼l¼de ulaşılıp ulaşılmadığını değerlendirmek,

f) Dezenfeksiyon, antisepsi ve sterilizasyon, malzeme ve araçlarının malzeme alımlarında komisyonlara g¼r¼ř bildirmek,

g) Gerekli izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve riskin varlığının belirlenmesi halinde, saptamanın yapıldığı birime hasta alımının kısıtlanması, durdurulması gibi kararları almak,

h) S¼rveyans verileri ve antibiyotik kullanım oranlarını inceleyerek, antibiyotik kullanım kurallarını oluşturmak, uygulanmasını kontrol etmek ve y¼n vermek,

ı) Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon uygulamalarının kurallarını ve dezenfektan maddelerin seçimi ile alakalı standartları tespit etmek, standartlara uygun kullanımını kontrol etmek,

k) alışanlar tarafından bildirilen sorunlar ve öz¼m ¼nerileri hususunda karar almak ve y¼netime bildirmektir.

EKK, g¼rev alanıyla alakalı olarak, l¼zumlu g¼rd¼đ¼ hallerde çalışma ekipleri oluşturabilir.

3.2.2. Enfeksiyon Kontrol Doktoru

Yönetmeliğin 11. maddesine göre; EKK' da bir enfeksiyon kontrol doktorunun bulunması gerekir. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığı, enfeksiyon kontrol ekibi için en uygun doktorluk branşıdır. Bu branştan uzman doktor olmaması halinde gerekli hizmet, tıp doktorları da görevlendirilebilir.

3.2.3. Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Yönetmeliğin 13. maddesine göre enfeksiyon kontrol hemşiresi:

Lisans mezunu hemşirelerden, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş belirli eğitimleri alıp yapılan sınavı da geçen sertifikalı hemşirelerin, bu görevi yapması gerekir.

Enfeksiyon kontrol hemşiresinin görevleri, yönetmeliğin 14. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre;

a) Alınan kültür sonuçlarını izlemek, günlük klinik kontrolleri ile ilgili hastaları değerlendirmek, alakalı doktor ve sağlık çalışanlarıyla iş birliği sağlayarak, hastane enfeksiyonu oluşan ya da oluşması muhtemel yeni vakaları tespit etmek, gerekli tedbirlerin alınması için çalışmak,

b) Toplanan sürveyans verilerini bilgisayara kayıt etmek,

c) Enfeksiyon hızı artışlarını tespit etmek ve EKK'ne veya doktoruna bildirmek,

d) Sağlık tesisinde enfeksiyon salgını şüphesi olduğu durumlarda, sebeplerini belirlemek ve bu sebebi ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlere iştirak etmek,

e) Minimum haftada bir kez enfeksiyon kontrol doktoru ile bir araya gelerek, yapılan çalışmaları incelemek,

f) Bölüm bazında sorunları, enfeksiyon kontrol doktoruyla ilgili bölümlere bildirmek, gerekli kontrol önlemlerinin alınmasını ve uygulanmasını sağlamak,

g) Enfeksiyon kontrol programlarının ilerletilmesinde ve uygulanmalarında görev yapmak,

h) Sağlık tesisi bütününde enfeksiyon kontrol önlemlerini takip etmek,

1) Kurum çalışanlarına hastane enfeksiyonları ve enfeksiyonların kontrol edilmesi ile önlenmesi hususunda eğitim vermektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005: 1-4).

Hastanelerde, hastalarla en fazla zaman geçiren ve tedavi sürecinde en etkin rolü alan sağlık çalışanı hemşirelerdir. Hemşirelerin bu konuda eğitim alması, görev yerlerinde etkin olarak enfeksiyon kurallarına uygun davranması hastane enfeksiyonlarının önlenmesi için kritik öneme sahiptir.

3.3. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Sağlık Çalışanları Açısından Temizlik Hizmetlerinin Yürütülmesi

3.3.1. Hastanelerde Temizlik, Dezenfeksiyon ve Hijyen

Bireyin sağlıklı olarak hayatını sürdürebilmesi için kişisel bakımına özen göstermesi gerekmektedir. Hijyen, bahsedildiği üzere, sağlığı koruma ve sürdürme bilimine denilmektedir. Kişisel bakım; *“bireyin sağlığını sürdürmek için yaptığı öz bakım uygulamalarını içermekte ve sabah kalkıp gece yatıncaya kadar bireyin sağlığını koruması ve sağlıklı olarak kalabilmesi için yapması gereken davranışların tamamını”* içermektedir. Kişinin genetik, kalıtsal özellikler gibi doğuştan getirdiği nitelikleri ve yetenekleriyle sonradan edindiği, geliştirdiği yetenekleri, kültürel, moral özellikleri, giyim, temizlenme, kültürel, beslenme alışkanlıkları gibi kişisel özelliklerine ve davranışlarına ait çalışmaların düzenlenmesi de kişisel bakım tanımı içerisinde yer almaktadır (Erdal, 1993: 60-70; Görgülü, 2000: 36-43). Bununla birlikte öz bakım kurallarına uyan bireylerin çeşitli hastalıkların yayılmasını önleyebileceği varsayılmaktadır (Erkal, 1997: 2-4).

Bireyin sağlığına olumlu yönde katkı sağlayacak her davranış hijyen tanımı içerisine girer. Hastalıklara karşı en önemli savunma temiz olmaktır. Kişisel hijyenin içeriğinde yer bulan vücut bakımı ve temizliği yoluyla hastalıklardan korunmanın belirli kaideleri vardır. Uygarlık seviyesinin bir ifadesi olarak da nitelendirile bilinen temizlik, kişisel ve toplum sağlığının dayandığı bir temeldir. Kişisel temizlik toplu yaşayış halinde daha büyük önem arz etmektedir. Dolayısıyla kitle halinde yaşayan

insanların, temizliklerini en maksimum seviyede tutmaları, birlikte yaşadıkları bireylere karşı yapılması gereken bir görev niteliğindedir (Biçer, 1996: 11-26)

Hijyenik uygulamaların hizmet ettikleri amaçlar şu şekildedir:

- Vücuttaki kötü kokulardan kurtulmak,
- Deri sağlığına özen göstererek geliştirmek ve devam ettirmek; ılık ve sıcak banyolarla derinin beslenmesini sağlamak,
- Bireyin genel görünümünü olumlu yönde geliştirmek ve öz güvene katkı sağlamak,
- Bireyin rahatlamasını, gevşemesini, dinlenmesini ve kas gerilimini en aza indirmek,
- Vücut salgılarının ve vücutta bulunan geçici mikroorganizmaların vücuttan uzaklaştırılması yöntemiyle vücudun temizliğini sağlamaktır.

Kişiler hijyen ile ilgili uygulamalarını gerçekleştirirken çeşitli unsurlardan etkilenirler. Bu unsurlar şu şekilde sıralanabilir: beden imajı, sosyo-ekonomik ve kültürel durum, kişisel hijyen için gerekli uygulamalar, giyim, işyeri sağlığı vb. (Ulusoy, 1997: 35-71).

Kişisel hijyene dikkat edilmesi ve gereken özenin gösterilmesi, hastanelere dışarıdan enfeksiyon bulaşma riskini azalttığı gibi hastane içinde enfeksiyonun dolaşımını engelleme ve bu enfeksiyon kaynaklarının hastane dışına taşınmasını engelleme de çok önem arz etmektedir.

3.3.2. Hastanelerde Temizlik Gerekliliğine Göre Kullanım Alanlarının Sınıflandırılması

Hastanelerin kullanım alanlarına göre, temizlik gerekliliği açısından genel olarak beş gruba ayrılmaktadırlar. Bu alanların, risk seviyelerine göre hastane enfeksiyonlarının önlenmesi açısından temizliğine daha fazla dikkat edilmelidir (Usluer vd, 2006: 24-26).

1. Çok yüksek riskli alanlar; yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, yanık ünitesi, onkoloji bölümü.

2. Yüksek riskli alanlar; acil servis, sterilizasyon ünitesi.
3. Orta düzey riskli alanlar; laboratuvar, eczane, genel servis yatakları.
4. Düşük riskli alanlar; idari birimler.
5. En az riskli alanlar; arşiv, teknik servis.

3.3.3. Hastane Temizlik Personelinin Eğitimi

Hastanelerde temizlik hizmetlerinin gereği gibi uygulanması enfeksiyon riskini azaltmaktadır. Bunun sağlanması temizlik hizmetleri personelinin işi gereği gibi özenle yapması ile mümkündür. Temizlik hizmetleri, hastane tarafından veya sözleşme ile hastane dışından temin edilebilir.

“Belli bir zaman zarfı içerisinde ve tek başına, sorumlu olduğu alanlarda hijyenik kurallara uygun olarak toz alma, leke çıkarma, süpürme, paspaslama, parlatma, yıkama, cilalama, ovma, kazıma vb. temizlik ve bakım işlemlerini yapma bilgi ve yeteneğine sahip nitelikli kişiye temizlik görevlisi denilmektedir” (Kozak, 2007: 36).

1980’li yıllardan günümüze kadar, Türkiye’de, günümüz anlamında temizlik görevlisi mesleği gelişmeye ve yaygınlaşmaya başlamış ve devam etmektedir. Fakat temizlik personelinin istihdam eden şirketler, insan emeğine gerekli yatırımı yapma konusunda yetersiz kalmışlardır. Rekabet nedeniyle, bu meslekteki hizmet kalitesi yükselen düzeyde olmamıştır (Kozak, 2007: 16).

Bir temizlik personelinin sorumluluk alanları aşağıda özetlenmiştir:

- Kullanılan tüm alet ve malzemenin iş bittiğinde düzenli ve steril olarak depoya konulması,
- Üstlerine karşı kibar ve iyi bir tavır göstermesi,
- Profesyonel bir görüntü sergilemesi,
- Kendisine tanımlanan işlerin belirlenen standartlarda yapılması,
- Vardiya amiri ve temizlik müdürünün verdiği görevlerin yapılması,
- İşin tamamının, müşterinin güvenlik kurallarına uygun yapılması,
- Personel kural ve talimatlarına uyarak çalışılması,
- Yapılan işin kontrol edilmesidir (Akyöney, 2003: 48).

Temizlik sektöründe ve mesleğinde geleceğe dair eğitim ihtiyacının olduğu aşıkardır. Lakin bu sektöre eğitimli eleman yetiştirecek, lise veya yüksekokul seviyesinde mesleki eğitim veren kurumların olmaması veya az olması işi daha da güçleştirmektedir. (Kozak, 2007: 17).

Yapılan araştırmalar sektörde çalışan personelin çoğunluk olarak (%52 oranında) ilköğretim düzeyinde eğitim mezunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu oran, temizlik hizmetleri sektöründe eğitime ihtiyaç oranının dikkati çeken oranda olduğunu göstermektedir. Sektörün gelişmesi, hizmet satın alanların ve çalışanların bu alanı daha nitelikli bir iş kolu olarak görmelerinin sağlanması, bu alanda çalışan nitelikli personel sayısındaki artış yanında, hizmetlerin standartlaştırılmasıyla mümkün olabilecektir (Kozak, 2007: 16).

Bu sayede temizlik hizmetlerinin yerine getirildiği hastaneler bakımından kalitenin artmasına bağlı olarak enfeksiyonların önlenmesinde yol kat edilmiş olunacaktır.

3.4. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atıkların Kontrolü Bakımından Yükümlülükleri

Tıbbi Atıklar; tıbbi tesislerde (sağlık kurumları, sağlık ocakları, vb.), yataklı servisler, poliklinikler, denetim birimlerinde ve laboratuvarlarda meydana gelen bütün atıkları kapsamaktadır. Ayrıca; minik veya yayılmış kaynakların, mesela evde yapılan tıbbi faaliyetlere bağlı olarak meydana gelen atıkları da (diyaliz, insülin iğneleri, vb.) içermektedir.

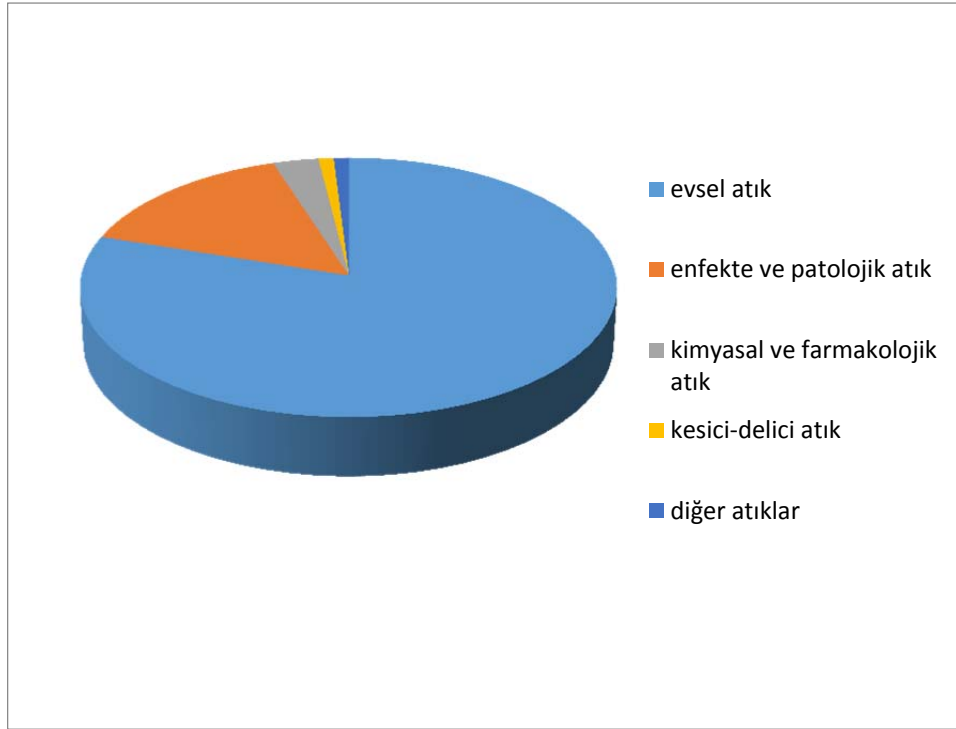
Sağlık tesislerinde meydana gelen atıkların %75-%90 kadarı, yüksek risk taşımayan, genel atıklardır. Bunlar genelde sağlık tesislerinin idari işlemlerinden doğan tıbbi tesislerin; bina ve müştemilatlarının bakımları anında ortaya çıkan atıklardır. Bunların dışında kalan %10-25 oranındaki tıbbi atıklar ise riskli atıklardır. Bu tıbbi sağlık kuruluşlarındaki diğer atıklar ise evsel atık olarak ve belediye atık imha yöntemleri kapsamında ele alınmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında üretilen atıkların; büyük çoğunluğu 4/5'i evsel nitelikli atıktır, sonra sırası ile %15'i patolojik ve enfekte atık, %3'u kimyasal ve

farmakolojik atık, %1' i kesici-delici atık, %1 'den az özel atıklar (atık pil, kırık cam malzemeler).

Tüm atıkların 1/5'i özel işlem gerektiren atıklardır (Çobanoğlu, N., Aydoğdu, İ., 2007: 277).

Şekil 1.Hastane Atıklarının Oransal Dağılımı



Kaynak: Tıp Teknolojileri Kongresi 16: 265

25.01.2017 tarih ve 29959 Resmî Gazete Sayılı Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, tıbbi atıkların oluşumundan imhasına kadar bu atıkların çevre, insan sağlığına zarar vermeyecek biçimde toplanması, depolanması, taşınması ve imhası, gerekli planlamaların yapılması amacıyla hukuki ve idari esasları belirlemektedir.

Sağlık kuruluşlarından meydana gelen tıbbi atıkların sınıflandırılması aşağıdaki Tablo 5'de özetlenmiştir.

Tablo 5. Sağlık Kuruluşlarında Oluşan Tıbbi Atıkların Sınıflandırılması

EVSEL ATIKLAR	Genel Atıklar	İdari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar
	Ambalaj Atıkları	Geri kazanılabilir atıklar; kâğıt, karton, mukavva, plastik, cam, metal vb.
TIBBİ ATIKLAR	Enfeksiyöz Atıklar	Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları
		Kan-kan ürünleriyle kontamine olmuş atıklar
		Diyaliz atıkları
		Karantina atıkları
		Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri
		Organ parçaları, kanı ve bunlarla temas eden tüm nesnelere
	Patolojik Atıklar	Ameliyathaneler, morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar vb. (insani patolojik atıklar)
Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşleri		
Kesici-Delici Atıklar	Kesici-Delici Enjektör iğnesi vb.	
TEHLİKELİ ATIKLAR	Tehlikeli Atıklar	Tehlikeli kimyasallar, Sitotoksik ilaçlar
		Amalgam, Genotoksik, sitotoksik, Farmasötik, içeren atıklar,

Kaynak: Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği Ek-2

Kültürler ve direk bulaşıcılık rizikosunu taşıyan maddeler, otopsilere meydana gelen atıklar, hayvan leşleri ve bulaşıcılık ya da bu ortamlarla temas sonucu meydana gelen öbür atıklar yüksek oranda bulaşıcı atıklar olarak kabul edilir (WHO, 2013: 2).

Tıbbi atıklar, hastanelerde en önemli enfeksiyon riskleri arasında yer aldıklarından, bu atıkların sağlık çalışanları tarafından doğru tanımlanması, doğru ayrıştırılması, sağlık tesisinden doğru şekilde uzaklaştırılması ve imhası hastane enfeksiyonlarını önleme, sağlık çalışanlarının kendi sağlığı ve toplum sağlığını korumaları açısından çok önem arz etmektedir.

3.5. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon Önleme Sorumluluğu Ve Hasta Güvenliği

“Hasta güvenliği uygulamaları doktor, hemşire, sağlık teknisyeni gibi tüm sağlık çalışanlarının en özenli şekilde yerine getirmekle mükellef olduğu sorumluluklar arasındadır. Sağlıklı bir hasta güvenliği anlayışı kazandırmak amacıyla uyulması gereken esas ilkeler aşağıdaki şekilde sıralanabilir” (Aştı ve Acaroğlu, 2000: 22-25):

- Riski yüksek ve hata oluşturabilecek şartları belirlemek,
- Tıbbi hataları kaydetmek,
- Sağlık hizmetini tıbbi gereklere uygun olarak hastalara sunmak
- Bilgisayarları aktif olarak kullanarak sağlık çalışanlarının hafızalarına güvenip yanlış karar vermelerinin önlemek,
- Hekimin bilgiye çabuk ve kolay ulaşabilmesini temin etmek,
- Hastaya ait tüm tedavilerinin bilgisayar programları aracılığıyla hazırlamak,
- Bilgisayar kontrollü ilaç barkod takibi yapmak,
- İntravenöz (iv) ilaç hazırlamalarından gerekli görülenleri hastane eczanesinde hazırlama,
- Yüksek riskli ilaçları özel protokollerle düzenleme ve takip,
- Hastanede nöbetçi eczacı olması,
- Hastanede cezanın bir ilk yaptırım olarak düşünülen anlayış olmaması,
- Yüksek riskli hastalar ve olgularda tüm çalışanların katılımıyla ortak çözümler üretmek,
- Yeni teknolojiler ve bu teknolojilerin potansiyel riskleri hususunda halkı bilgilendirmek,
- Tıp alanındaki problemleri tespit etmek ve sağlık hizmetlerindeki kaynak yetersizliği hususunda farkındalığı sağlamak,
- Okullarda ve toplu yaşam alanlarında, sağlık eğitimleri düzenlemek,
- Tıp ve sağlık meslek eğitimi seviyesini yükseltmek,
- Doktorlar için, tıbbi bilgilerinin artırılması amacıyla programlar düzenlemek,
- Yetersiz olan doktorlar için bunu giderici stratejiler geliştirmek,

- Halkı defansif tıp uygulaması hakkında bilgilendirmek,
- Tıbbi müdahale ile ilgili olarak muhtemel riskler konusunda bilgilendirmede bulunmak,
- Yasal mevzuatın tıbbi hatalar sonucunda oluşan zararların tazmini için yeterli başvuru yolları ile yaptırımları içermesidir.

Hasta güvenliği hususu, sağlık hizmetleri neticesinde kişilerin uğrayacağı zararları önlemek için sağlık kuruluşları ile bu kuruluşlarda çalışanlarca alınan önlemlerdir. Hasta güvenliğiyle hedeflenen gaye, hasta ve hasta yakınları için psikolojik ve fiziksel olarak olumlu bir ortamın oluşturulmasıdır. Bu sayede hataların tespiti, düzeltilmesi, bildirilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve hastaların zarar görmemesi sağlanacaktır (Sezgin, 2007: 34).

Güvenlik kültürü, suçlamaların kaldırıldığı hata bildiriminin cesaretlendirildiği, liderliğin geliştirildiği, sistem odaklı bir çevre şeklinde tanımlanmaktadır. Etkin güvenlik kültürü meydana getirmede hataların açıklanması ve bildirilmesi önemlidir. Tıbbi müdahale hatalarının tespiti, kabullenilmesi, ilgililere bilgi verilmesi güvenlik kültürünün oluştuğunun bir göstergesidir (Filiz, 2009: 32).

Sağlık hizmetlerinde hataların analiz edilmesi ve bu analiz sonucunun paylaşılması, hastaların uğradığı zararları gidermek ve azaltmak için önem arz eden bir metottür. Ayrıca hataların bildirilmesi, mevcut verilerin toplanmasını sağlar. Hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, kaliteli ve uygun hasta bakım ve güvenliğinin sağlanabilmesi bakımından bu bildirim önem arz etmektedir (Göktaş, 2007: 29).

Sağlık kuruluşlarında hatalı tıbbi uygulama (HTU) tespit edildikten sonra HTU'yı oluşturan sürece eğilerek, hatayı gerçekleştirenin bildirim yapmasını teşvik eden bir yaklaşımda bulunması tavsiye edilmektedir. Hataların bildirimini ile hatanın nasıl oluştuğu, sebepleri ve çalışanlarının hatanın oluşmasına etkilerinin tespiti mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık bakım sisteminin tehlikeli hususları belirlenmekte, sağlık çalışanlarının gerçekleştirdikleri uygulamalarda sorumluluk hissetmelerine ve tecrübelerinden öğrenmelerinde de olanak sağlanabilir (Filiz, 2009: 35).

Hasta güvenliği bütün sağlık çalışanlarının öncelikli konuları içinde bulunmaktadır. Hemşireler hasta kişinin güvenliğinin gerçekleştirilmesinin sağlanması ve savunulmasında, HTU bildirimlerinin gerçekleştirilmesinde profesyonel ve etik sorumluluk taşımaktadırlar (Sayıştay, 2007: 140). Sağlık hizmetlerinin sunumunun her kademesinde hemşireler bulunduğundan hatalara sebep olan unsurların tanımlanması, bildirilmesi ve analiz edilmesinde uygun konumdadırlar. Kılıç'ın gerçekleştirdiği çalışmada hemşirelerin %80'inden çoğunun kendi hatalarını iletmeye doktorlardan daha fazla meyilli olduklarını bulması bu fikri desteklemektedir. Bununla birlikte hemşirelerin yalnızca kasıtlı olmayan hataları değil, ciddi hatalar da dahil bildirimde meyilli olduğu neticelerini kabullendikleri ve kendilerini suçladıkları saptanmıştır (Kılıç, 2009: 41).

Sağlık kuruluşları yöneticilerinin hasta güvenliğini gerçekleştirmek amacıyla üzerinde en çok durmaları gerekli hususların başında HTU'ların engellenmesi gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hataların önlenmesinde klasik anlayış olan "suçlayıcı ve cezalandırıcı model" kullanılmaktadır (Oğuz, 2010: 26). Sağlık çalışanları cezalandırma ve suçlanma korkusu içinde yer aldıkları zaman HTU'la ve güvenlik kültürü problemlerini tanımlamak ve bildirmekten kaçınmaktadırlar. Bu konuda araştırma yapan kişiler cezalandırıcı kültürün HTU ve hasta güvenliği bakımından hataların yinelenmesine sebep olan bir ortam meydana getirdiğini düşünmektedirler (Altuncan, 2009: 29). Ancak sağlık çalışanlarının yaptıkları hataları iletmeye teşvik edilmesi ve etkili bir raporlama veya hata bildirim sisteminin oluşturulması HTU'ların meydana getirilmesinde ve engellenmesinde çok büyük yararlar sağlamaktadır. Ceza verici olmayan bu anlayışta HTU'lar her ne ölçüde bireyler tarafından yapılsa da esas olarak sitemden doğan bir problem olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının HTU bildirimlerinde hataların kişisel kusurlar olarak değil de sistem hataları şeklinde kabullenilmesi hataların minimuma indirilmesini sağlayacaktır (Çelik, 2008: 35).

Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalar HTU'ların %5 ila %30'unun ve ciddi HTU'ların sadece %2 ila %3'nün bildirildiğini göstermektedir (European Commission, 2014). Hataların bildirilmemesinin sebepleri ise;

- Sağlık çalışanlarının cezalandırılma korkusu,

- İşini kaybetme,
- İtibarını kaybetme korkusu,
- Küçük düşürülme korkusu,
- Hataların görülmemesi,
- İş yükü (yoğunluğu),
- Hatanın önemli görülmemesi,
- Zaman yetersizliği olması,
- Sistem hakkındaki belirsizlikler,
- Bildirim gerekliliği,
- Yöneticilerden geri bildirim alınmaması şeklinde belirlenmiştir (Şen vd., 2013: 1).

“Hasta güvenliğinin sağlanması ancak sağlık çalışanlarının hasta güvenliğini tehlike altına sokan durumları belirlemeleri ve kurumların güvenlik kültürünü geliştirmeleri ile olası olacaktır” (Filiz, 2009: 34).

Güvenlik kültürü için, sağlık çalışanlarının HTU’ları cezalandırma korkusu yaşamadan iletebildiği, açık ve tutarlı iletişim gerçekleştirebildiği bir ortamın sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte bu kültürün gelişmesi amacıyla sağlık çalışanlarına düzenli bir şekilde eğitim sunularak HTU’lar hususunda farkındalıkların artırılması gerekmektedir. Eğitimlerin yalnızca farkındalık oluşturma seviyesinde olması yeterli değildir. Bununla birlikte HTU’ların herkesin başına gelebileceği vurgulanarak, HTU’ların bildiri, düzeltilmesi ve değerlendirilmesi için sağlık çalışanlarının düşüncelerinin alındığı ve gizlilik prensibine dikkat edildiği, bildirimler neticesinde cezalandırıcı olmayan yaptırımların düzenlendiği bir ortam oluşturulmalıdır (Eroğlu vd., 2009: 1).

Bu eğitimlere sağlık çalışanları ile birlikte yöneticilerinde katılımı sağlanmalıdır. Yöneticilerin vereceği desteği alınmadan gerçekleştirilen tüm iyi niyetli çalışmalar, süreç içerisinde birbirini şikâyet etme, suçluyu saptama ve cezalandırılma süreçlerine çevrilebilir. Hemşire yöneticiler, hataların iletilmesini kolay hale getirmek için açık bir iletişim ortamı oluşturmada kilit kişiler şeklinde görülmektedir. *“Bu eğitimlerin neticesinde güvenlik kültürünün meydana gelmesi*

sağlanarak sağlık çalışanlarının davranışları, inançları, tutumları ve uygulamalarında pozitif değişiklikler gözlenebilmektedir” (Eroğlu vd., 2009: 1).

Hastane enfeksiyonlarının, sağlık çalışanlarının ve hastaların sağlığını tehdit ettiği açıktır. Hasta güvenliğinin ve çalışan sağlığının sağlanması içinde, hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve gerekli kontrollerin yapılması yer almaktadır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonlarını önlemedeki başarısı kendi sağlığını korumada ve hasta güvenliğini sağlamada çok önemli katkı sağlayacaktır.

Bu sorumluluğun ihlalinde ise sağlık çalışanları hukuki yaptırımlarla karşı karşıya kalacak ayrıca idari, cezai, mali cezalar söz konusu olacaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Hastaneler, hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları açısından çok önemli bir husus olan, hastane enfeksiyonlarına ilişkin, dikkati çekmek ve karşılaşılan bu enfeksiyonların tıbbi zararlarının yanında, sağlık çalışanlarının hukuki yükümlülüklerinin neler olduğu, karşılaşılabilecekleri davalar ve bu davalardaki kararlar incelenerek, bu enfeksiyonların olmaması, olursa nelerin yapılması gerektiği ve tıbben gerekli uygulamayı yapmadığı tespit edilen sağlık çalışanlarının karşılaşılabilecekleri, hukuki durumlar hakkında kamuoyu farkındalığı oluşturmak amaçlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden doküman inceleme yöntemi kullanılmıştır. Legal bank elektronik hukuk bankası programı, arama motoruna “hastane enfeksiyonu” anahtar kelimeleri ile yargı kararları taranmıştır. Tarama sonucu çıkan kararlardan son 5 yıl içinde verilmiş olan en güncel 6 yargı kararı incelenmiştir. Kararların seçiminde hukuki, idari ve cezai sorumluluğu kapsar şekilde olması bakımından ceza mahkemesi, idare mahkemesi ve hukuk mahkemesi kararları seçilmiştir. Bu sayede hastane enfeksiyonunun, hukuki sorumluluğunun tüm boyutları ve yargı kararları incelenmeye çalışılmıştır.

4.3. Sağlık Çalışanlarının Enfeksiyon İle İlgili Sorumluluklarının İhlalinin Hukuksal Niteliği

Sağlık çalışanları hastane enfeksiyonuna sebep olmamak için tıp biliminin gereklerini yerine getirmekle mükellef olup, bu sorumluluğun hiç yapılmamasından, zamanında yapılmamasından ve eksik yapılmasından sorumludur.

Sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerinin verilmesinde azami özen göstermekle yükümlü olup, hastada zarara sebep olan tüm kusurlu eylemlerinden hukuken sorumlu olmaktadır.

Bu bağlamda, enfeksiyon sonucu oluşan zararlar bakımından sağlık çalışanlarının kusurlarının tespiti önem kazanmaktadır. Hatalı ve kusurlu tıbbi müdahale nedeniyle sorumlu olan sağlık çalışanları ilgili tıbbi müdahalenin kabul edilen olağan riskleri neticesinde oluşan zararlardan ise sorumlu tutulmamaktadır. İzin verilen risk, tıbben olabilecek yan etkinin, tıbbî karşılığının “komplikasyon” olarak ifade edilip; tıbben gerekli tüm önlemlerin zamanında ve gereği gibi alınmasına rağmen enfeksiyon gelişmesi durumunda sağlık çalışanlarını sorumluluktan kurtarmaktadır. Sağlık çalışanı önceden öngörülmeven ve ani gelişen durumların varlığı halinde dahi tıbbi müdahalenin gerektirdiği tüm davranışları özenle yapmakla yükümlüdür. Bu anlamda komplikasyonun iyi yönetilmesi sorumluluğun belirlenmesinde belirleyici olup, zarar oluşsa dahi sağlık çalışanı sorumlu olmamaktadır.

Komplikasyonun iyi yönetilmemesinden sorumlu tutulması ve buna ek olarak; tedbirsizlik, dikkatsizlik, gereken özenin gösterilmemesi, yanlış veya eksik müdahale yapılması durumlarında ise, tıbben tıbbi hata “tıbbi malpraktis/hatalı tıbbi uygulama” olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda sağlık çalışanları oluşan zararlı neticeden tüm sonuçları ile sorumlu olmaktadır.

Türk hukuk sistemimizin bu hususta temel aldığı sıralama; uygulanan tıbbi girişimin ilk önce hastanın kişilik haklarını zarara sokup sokmadığının ve bu tıbbi girişim nedeniyle oluşan zarar arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığının belirlenmesi; uygulanan girişimle bağlantılı ve hastanın kişilik haklarını ihlal eden bir zarar meydana gelmiş ise, zarara sebep olan tıbbi girişimin hukuka aykırı olup olmadığının tespiti; eğer hukuka aykırı ise, zarara neden olduğu iddia edilen doktorun, sorumluluğu olup olmadığının ve doktor zarardan sorumlu ise kusur miktarının belirlenmesi esas alınmış; kusur oranının belirlenmesinde ise, doktorun kasıtlı davranışının bulunması veya en azından özen ve dikkat yükümlüğüne aykırı olarak ihmali davranış içinde olması gereği benimsenmiştir (Asirdizar vd., 2005: 9-15).

Türk hukuk sistemine göre, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi hatalardan dolayı oluşan hastane enfeksiyonu nedeniyle hastada zarar meydana geldiği durumlarda üç boyutta sorumlu tutulması söz konusu olmaktadır.

4.3.1. Tazminat Sorumluluğu

Özel hukuktan kaynaklanan tazminat sorumluluğunun şartları şunlardır:

Hukuka aykırılık; tıbbi müdahalede ihlalin olmasıdır. Sağlık çalışanın şahıs varlığına zarar vermeyi men eden hukuk kurallarının ihlalini belirtir. Enfeksiyonun oluşmasına sebebiyet veren veya gerekli tedbirleri almayan sağlık çalışanın bu ihlali hukuka aykırılık teşkil eder.

Kusur; hukuki olarak hoş görülmeven davranıştır. Kusur objektif yönlü veya sübjektif yönlü olabilir. Objektif yönlü kusur, ortalama davranışın yapılmaması, gereken özenin gösterilmemesidir. Sübjektif yönlü kusur, kusurlu olduğu iddia edilen davranışın davalıya yüklenebilmesidir. Sağlık çalışanın enfeksiyon ile ilgili yükümlülüklerini bilerek veya özensizliği sonucu yerine getirmediği durumlarda kusurun varlığı kabul edilir. Kusur kast veya ihmal şeklinde olabilir. Kast, sonuçları bilerek yapmadır. İhmal ise, gereken özenin gösterilmemesidir.

Zarar; sorumluluğunun doğması için HTU neticesinde hastada bir zarar oluşması gereklidir. Zararın niteliği maddi veya manevi olabilir. Maddi zarar; ölüme bağlı zararlar, iş gücü kayıpları, tedavi, ilaç ve bakım masrafları, cenaze ve defin masrafları, ölenin yardım ve desteğinden mahrum kalınması nedeniyle oluşan zararlar, yaralanma nedeniyle oluşan bedensel zararlar ve buna bağlı olarak oluşabilen olağan (yol, konaklama vb.) masraflardır. Manevi zarar; ölüm nedeniyle olan zarar, yaralama nedeniyle oluşan zarar şekillerinde olabilir. Kişinin uğradığı zarar nedeniyle ruhsal olarak çektiği acı, elem, keder, üzüntü ve ıstırap ile ilgilidir.

İllyet bağı; hukuka aykırılık ile oluşan zarar arasında neden-sonuç ilişkisinin olup olmadığıdır. Gereken önlemlerin alınmaması nedeniyle hastanın hastane enfeksiyonu kapması, hastane enfeksiyonu kaptığı tespit edilen hastaya uygun tedavinin yapılmaması gibi durumlarda sorumluluğun belirlenmesi için illiyet bağının varlığı şarttır.

Hastane enfeksiyonundan zarar gören kişiler bakımından, sağlık çalışanlarının sorumluluğu yukarıdaki şartların varlığına göre belirlenir. Tazminat miktarı ise zararın ve kusurun tespiti ile ortaya çıkar.

Tazminat sorumluluğunda hastanın uğradığı maddi zararlar için ödenen miktar maddi tazminat, manevi zararların karşılığı ödenen miktar ise manevi tazminatı ifade eder. Buna göre;

Maddi tazminat, hastanın hatalı tıbbi müdahale nedeniyle ödemiş olduğu giderlerin karşılığı olarak ve veya işgücü kaybı nedeniyle, gereksiz zenginleşmeye sebep olmayacak miktarda ödenecektir. Örneğin hastanın hatalı tıbbi işlem nedeniyle tekrar bir ameliyat olması, bazı ilaç ya da tıbbi malzemeyi yeniden kullanmak zorunda bırakılması halinde, bu ikinci ameliyatın ve diğer bakım ve malzeme giderlerinin doktordan talep edilebilmesi mümkündür. Yargıtay hastanın sosyal sigortası veya özel sigortasının bu giderleri ödemesi halinde, hastaların ayrıca bu giderleri talep edemeyeceği yönünde karar vermektedir. Bu durumda sigorta şirketi, ödemiş olduğu masrafları doktora rücu etme hakkına sahip olmaktadır.

Manevi tazminat, hastanın hatalı tıbbi müdahale nedeniyle katlanmak durumunda bırakıldığı acı, elem ve kederin karşılığı olarak tazmin edilmesi gereken tazminattır. Manevi tazminat bilhassa hastanın kaybedilmesi (ölmesi) durumunda hasta yakınlarına hastanın ölümü nedeniyle katlandıkları acıyı hafifletmek amacıyla ödenir. Keza felç kalma gibi ağır durumlarda da yüksek miktarlarda manevi tazminat miktarlarının ödenmesi kararları çıkabilmektedir. Manevi tazminat tutarının, maddi tazminattan farkı, belirlenmesi ve miktarı hususlarının hâkimin takdir yetkisine bırakılmasıdır. Somut vakanın durumuna, hastanın ve yakınlarının etkilendiği olayların durumuna göre ve benzeri olaylarda verilmiş kararlarda dikkate alarak hâkim bu miktarı tespit edecektir.

4.3.2. Ceza Sorumluluğu

Sağlık çalışanlarının hastane enfeksiyonları nedeniyle oluşan zararlardan doğan tazminat sorumluluğu yanı sıra; zararın oluşmasına sebep olan icrai veya ihmali eylemleri nedeniyle 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) kapsamında ceza sorumluluğu doğmaktadır.

Ceza hukuku açısından hastanın rızası varsa ortada bir hukuka uygunluk nedeni söz konusudur. Lakin burada hastanın rızası sağlık hukuku açısından nasıl mevcut kabul edilecektir sorusu önem taşımaktadır. Hastanın rızasının bulunduğu kabulü için; *“Doktorun müdahalesinin tedavi amacıyla olması, Müdahalenin tıbbi standartlara ve gerekliliklere uygun olması, Hastanın muhtemel risk ve sonuçlarla ilgili bilgilendirilmesi, Hastanın tüm bu hususlara karşı beyan/rıza açıklayabilecek ayırtım gücüne sahip olması şarttır”* (Erman, 2003: 62).

Ceza kanununda yer alan suçlardan herhangi birine neden olan eylem nedeniyle sağlık çalışanlarının cezalandırılması mümkün olabilmektedir. Tıbbi müdahalenin tıbbi standartlara uygun şekilde icra edilmemesi halinde oluşan zararlardan cezai sorumluluk söz konusu olmaktadır. Bu kapsamda zararlara sebep olan eylemler nedeniyle doktor veya sağlık çalışanları aleyhinde kasten öldürme, kasten yaralama, taksirle öldürme, taksirle yaralama suçları oluşabilecektir.

Tıbbi müdahaleyi gerçekleştiren failin içinde bulunduğu manevi durum dikkat ve özen eksikliğine bağlı ise “taksir”, neticelerini bilerek ve isteyerek gerçekleştirmeye bağlı ise “kast” olarak ifade edilmektedir.

TCK'nın 22. Maddesi ile düzenlenmiş olan taksir; tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik, talimatlara uymamayı ifade eder. Bu kapsamda değerlendirildiğinde; *“Doktorun veya sağlık çalışanlarının taksirli (dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık nedeni) eylemi sonucunda hastanın vücudunda acının oluşması, sağlığının bozulması halinde ise **taksirle yaralama** suçu işlenmiş sayılır. Bu durumda ise doktora verilecek ceza üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasıdır”* (TCK, 2004: 89).

Doktorun eylemi, mağdurun duyularından ya da organlarından birinin fonksiyonlarının sürekli bir şekilde zayıflamasına, bedeninde kemik kırılmasına, konuşma yeteneğinde sürekli zorlanmaya, yüzünde kalıcı iz oluşumuna, hayatını tehlikeye sokan bir duruma, hamile bir bayanın çocuğunun zamanından önce doğmasına neden olmuşsa, ceza 4,5 aydan 1,5 yıla kadar hapis cezası olmaktadır (TCK, 2004: 89/2).

“Doktorun taksirle yaralama fiili; hastanın, iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, duyularından ya da organlarından birinin işlevinin kaybetmesine, konuşma veya çocuk yapma yeteneklerinin yitirilmesine,

yüzünün sürekli değişikliğine, hamile kadının çocuğunun düşmesine neden olmuşsa ceza 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası şeklindedir” (TCK, 2004: 89/3).

Taksirli suçların yanı sıra doktor veya sağlık çalışanlarının hatalı tıbbi müdahaleleri kasıtlı suçların da konusunu oluşturabilir. Doktorun, hasta için zararlı tıbbi sonucu bilerek ve isteyerek yapması durumunda “kast” ın varlığından söz edilir. Sağlık hizmetlerinin verilmesi sırasında doktor veya sağlık çalışanlarının hastayı bilerek ve isteyerek zarara uğratmaları çok sık karşılaşılan bir durum değildir. Dolayısıyla hatalı tıbbi müdahalelerde oluşan cezai sorumluluk daha çok taksirli suçlara sebep olmaktadır. Bununla birlikte örneğin, doktor tıbbi gereklilik olmamasına rağmen veya kişisel husumet nedeniyle hastasına zarar verebilecek bir eylemde bulunmuş ise ceza hukukuna göre sorumluluğu kasttan dolayı olacaktır. Kast durumundaysa sonuca göre kasten yaralama, kasten öldürme gibi suçlar oluşabilecektir.

HTU durumunda olan zararları giderilmesi ve eylemi gerçekleştiren sağlık çalışanlarının cezalandırılması için etkili bir sistem oluşturulması, caydırıcı yaptırımlar öngörülen bir yasal çerçevenin kabulü gereklidir. Nitekim bu husus Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) kararları ile de kabul edilmektedir.

AİHM Zafer Öztürk Türkiye kararlarında; Sözleşme 'ye ait 2. maddesinin belirlediği pozitif sorumluluğun, Devletleri; özel ve devlet sağlık birimlerindeki sağlık çalışanlarının sorumluluğu altında bulunduğu esnada hayatını kaybeden bir kişinin ölüm sebebinin tespit edilmesini ve ilgili sağlık çalışanının, hesap vermelerinin sağlanması mecbur bırakan etkili ve bağımsız bir yargı sistemi oluşturmakla sorumlu tuttuğunu belirtmektedir (AİHM 2000-V ve Calvelli ve Ciglio/İtalya[BD], No.32967/96, 49, AİHM 2002-I).

4.3.3. Disiplin Sorumluluğu

Kamuda çalışan sağlık çalışanları bakımından oluşabilecek HTU'larda disiplin sorumluluğu da söz konusu olmaktadır. Disiplin amirleri tarafından yapılan soruşturma sonucunda, kusurlu bulunan devlet memuru doktor ve diğer sağlık çalışanları hakkında 14.07.1965 tarih ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun (DMK) yedinci bölümünde ayrıntılı olarak belirtilen disiplin maddelerine göre

disiplin cezası uygulanması söz konusu olmaktadır. Bu cezalar kanunun, 125. maddesinde ayrıntılı olarak belirlenmiş olup; hangi davranışta ne tür bir cezanın verileceği belirtilmiştir. Buna göre; en hafiften en ağır cezaya doğru disiplin cezaları, uyarma, kınama, maaştan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve memurluktan atılma şeklindedir (DMK, 657: 125).

“Disiplin cezası, uyarma, kınama, para cezası, geçici olarak meslekten men ve meslekten alıkonma olabilir. Bunlardan uyarma ve kınama dışındakiler aleyhine idare mahkemesinde dava açma hakkı vardır” (Ankara Barosu Başkanlığı, 2009: 20-26).

Diğer yandan disiplin sorumluluğuna doktorların bağlı bulunduğu meslek kuruluşları tarafından verilmesi mümkün olan disiplin cezaları da dahildir. Meslek kuruluşlarını, sivil toplum kuruluşları olup özel sağlık tesislerinde ve kendi namına çalışan sağlık çalışanlarına hatalı tıbbi müdahaleler nedeniyle diğer hukuki süreçlerden bağımsız olarak ayrıca disiplin cezaları da verebilmektedir. Meslek kuruluşu olarak; Tabip Odası, Türk Tabipler Birliği, Uzmanlık Dernekleri doktor kuruluşları olup, diğer sağlık çalışanlarının Türkiye de meslek odası yoktur. Meslek kuruluşları, yetkili kurulları tarafından yapılan soruşturmaya ve kovuşturmaya göre; uyarma cezası, para cezası, meslekten geçici olarak men cezası, oda bölgesinde çalışmasının yasaklanması gibi cezalardan gerekli görülen cezayı verir ve durumu Sağlık Bakanlığı’na bildirir. Kararı kesinleşen durumlar Sağlık Bakanlığınca uygulanır.

4.4. Kamu Ve Özel Sektörde Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından Hukuksal Sorumluluk

4.4.1. Kamuda Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından

Kamuda çalışan doktorlar ve diğer sağlık çalışanları aleyhinde Anayasa’nın 129/5 maddesine göre oluşan zararlar ile ilgili olarak doğrudan dava açılmayıp, bu dava ilgili idareye (yani Sağlık Bakanlığı veya en üst makam) açılır. Davanın kaybedilmesine bağlı olarak idare tarafından hastaya ödenen bedeller, kusuru oranında kamu çalışanı doktor veya sağlık çalışanına rücu (yansıtma) edilir. Bu hak kapsamında dava ilgili sağlık çalışanına (doktor veya diğer) da bildirilmekte ve bu

yolla doktorların davaya davalı idare ile birlikte müdahil sıfatıyla katılması mümkün olmaktadır.

Anayasa'da yer alan hüküm gereğince; idareye karşı açılacak tam yargı davalarının (tazminat) ön koşulu hak ihlali iddiasıdır. Hak ihlalinin temelinde idare tarafından verilen sağlık hizmetinin gereği gibi, zamanında ya da hiç verilmemiş olması durumlarında söz konusu olan "hizmet kusuru" kavramı yer almaktadır. Hizmet kusurunun varlığı halinde idare bu kusur neticesinde oluşan zararların giderilmesinden sorumlu tutulmaktadır. Zararların tazmini talebiyle açılan tam yargı davaları, hizmet kusuru veya kusursuz sorumluluk durumlarında hasta veya hak sahipleri tarafından ilgili yer idare mahkemelerine açılacak olup bunun istisnası ise Danıştay kanununun 24. maddesi gereği Danıştay da açılacak olan davalardır. İdare Mahkemelerinin istinaf yeri Bölge İdare Mahkemeleri, temyiz yeri ise Danıştay'dır.

Personel eksikliği, tıbbi müdahaleye uygun gerekli tıbbi ve teknik malzemenin temin edilmemesi ve benzeri konular idarenin sorumluluğundaki hususları oluşturduğundan dolayı; yargılama neticesinde hasta lehine verilen kararda, kararın dayanağı olarak bu tür noksanlıklar yer almış ise, idarenin doktora rücu etmesi de söz konusu olmamaktadır.

Anayasa hükmü gereğince, hizmet ve görev kusuru nedeniyle oluşan zararlarda idarenin sorumluluğu kuralının istisnaları da söz konusudur. Hastanın zarar görmesine sebep olan kusurlu eylem, doktor veya sağlık çalışanının "görevden ayrılabilir kişisel kusuru" nedeniyle oluşmuş ise bu durumda, zararların tazmini için açılacak davalarda doktor veya sağlık çalışanı özel hukuk nedeniyle hukuk mahkemelerinde açılacak dava muhatabı olmaktadır. Kişisel kusur olarak sayılan ve doğrudan doktor veya sağlık çalışanına karşı dava açılabilen istisnai haller; görev dışı işlem ve eylemler, suç sayılan eylemler, ağır kusurlu eylemler ve kasıtlı eylemlerin söz konusu olduğu durumlardır.

Kamuda çalışan doktor veya sağlık çalışanına karşı açılacak ceza davalarında, Cumhuriyet Savcılığı tarafından ceza soruşturması açılabilmesi bakımından, ilk önce şüpheli doktor hakkında 4483 sayılı Kanun hükümleri kapsamında bağlı bulunduğu mülki idare amirinden soruşturma izni alınması gerekmektedir.

Mülki idare amirinin soruşturma izni vermediği durumlarda Cumhuriyet Savcılığı soruşturma yapamayacak ve dolayısı ile doktor hakkında ceza davası açılmayacaktır.

Mülki idare amiri (vali, kaymakam vb.) soruşturma onayı verirse; bu onay idari bir işlem olduğundan, öncelikle bu onay kararının iptali amacıyla idare mahkemesine başvurulması ve tüm hukuki yolların tüketilmesi gerekmektedir. Eğer idare mahkemesine yapılan iptal başvurusu kabul edilirse, soruşturma izni iptal edilmiş sayılacağından yine soruşturma yapılamayacak ve dolayısı ile ceza davası açılmayacaktır.

Soruşturma izni hakkında iptal davası açılmaz ya da başvuru yapılır ve fakat reddedilirse, bu durumda Cumhuriyet Savcılığı ceza soruşturmasına başlayacaktır.

Sağlık hizmetinin verilmesinde hizmet kusuru sayılan bir kusur nedeni ile oluşan zararın giderilmesi için hak sahiplerinin idareye karşı açacağı tam yargı davasının zamanaşımı süreleri ve usulü 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu ile düzenlenmiştir. Buna göre; hak sahipleri dava açmadan önce ön başvuru yolunu tüketmek zorundadır.

a) İdareye Ön Başvuru: İlgili kuruma (en üst makama) başvurarak zararlarının karşılanması istenmelidir. Hastane enfeksiyonunun öğrenildiği tarihten itibaren bir yıl ve en geç zarara sebep olan olay ya da eylemin gerçekleştiği tarihten itibaren beş yıl içinde idareye başvurulmalıdır. İlgili idareye başvurulmadan açılan davalar idari merci tecavüzü sayılıp, ilgili daireye gönderilmesine karar verilmektedir.

b) Dava Açma Süresi: İdareye yapılacak başvuru üzerine idarenin talebi reddetmesi halinde, ret cevabının hak sahiplerine tebliğini izleyen 60 gün içinde tam yargı davasının açılması gerekmektedir. İdarenin ön başvuru talebini cevapsız bırakması halinde ise, talebin idareye tebliğini izleyen 60. Günün sonunda talep reddedilmiş sayılmaktadır. Zımnî ret olarak belirtilen bu durumda tam yargı davası, zımnî reddin gerçekleştiği günü izleyen 60 gün içinde açılmalıdır.

c) Yetkili Mahkeme: Kamu hastaneleri ile ilgili tazminat sorumluluğu devlete aittir. Tazminat davasını hasta veya yakınları maddi ve manevi yönlerden, taleplerini haklı gösteren deliller ve tıbbi belgeler ile ikişer nüsha halinde ekleyerek eylemin olduğu yer idare mahkemesinde idare aleyhinde açmakla yükümlüdür. Yargılama

neticesinde idare, kusurlu bulunursa ödemeyi hükmün kesinleşmesini beklemeksizin yaparak görev kusurlusu (görevi gereği uyulması zorunlu kuralları ihlal ile) sorumlu doktor veya sağlık çalışanına kusuru oranında rücu edebilir.

Belirtildiği üzere; idare mahkemelerinde açılan davalarda, idare aleyhinde tazminata karar verilmesi halinde, kamu idaresi ödemek zorunda kaldığı tazminatı, kusuru oranında devlet görevlisine rücu etme hakkına sahiptir. İdare bu miktarı doğrudan isteyebileceği gibi dava yoluyla da isteyebilir ancak çalışanın maaşından ve hak edişlerinden kesemez. Doktorların yaptırmış oldukları mali sorumluluk sigortası bu tazminat parasını karşılama amacına yöneliktir. Bu sigortalar, çalışanların görev kusuru oluşan tazminatlarını karşılayıp, hizmet kusurunu kapsamaz. Hizmet kusurunu idare olarak ilgili kurum öder.

Bu davalarda mahkeme uzmanlık gerektirdiği için çoğunlukla bilirkişi görüşüne başvurmaktadır. Bilirkişi olarak; Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şûrası'nın görüşüne başvurulabilir. Bilirkişi raporlarında hâkim kanaatine göre üniversitelerin ilgili kurullarından da bilirkişi görüşü istenmesi de mümkündür.

4.4.2. Özel Sektörde Çalışan Sağlık Çalışanı Açısından

Özel sektörde çalışmakta olan doktor ve sağlık çalışanları bakımından tıbbi müdahale hataları nedeniyle oluşacak hukuki sorumluluk, tazminat sorumluluğu esaslarına tabidir. Tazminat sorumluluğunu doğuran hukuki gerekçeler, hasta ile doktor arasındaki tedavi sözleşmesi veya haksız fiil olabilmektedir.

Serbest olarak mesleğini icra eden doktorlar tarafından yapılan tıbbi müdahale hataları bakımından hasta doktor ile arasında kurulan tedavi sözleşmesi hükümlerinin ihlali nedeniyle zararı öğrendiği tarihten itibaren hukuk mahkemelerinde maddi ve manevi tazminat davası açma hakkına sahiptir. Hastanın sözleşme ihlalinin yanı sıra doktorun hatalı eyleminin bir haksız eylem olması nedeniyle, kusur, zarar, illiyet bağı ve hukuka aykırılık unsurlarının varlığını kanıtlamak suretiyle, zararı ve zarar veren kişiyi öğrendiği tarihten itibaren 2 yıl, zarara sebebiyet veren haksız eylemin gerçekleştiği tarihten itibaren en geç 10 yıl içinde hukuk mahkemelerinde maddi ve manevi tazminat davası açma hakkına da sahip olmaktadır. Hastane enfeksiyonu

nedeniyle zarar gören hasta, yarışan bu hukuki sebeplerden herhangi birisine dayalı olarak zararlarının giderilmesini talep edebilmektedir.

Hastalar ve hak sahibi yakınları, kendi namlarına serbest olarak çalışan doktorun yasal sorumluluğu altında sağlık hizmeti alırken, bu hizmeti veren doktorun bu hizmeti verirken hatalı uygulamalarıyla maruz kalınan maddi ve de manevi zararların karşılanması amacıyla açacakları tazminat davalarını belirtilen zamanaşımı süreleri içinde Adli Yargı'da (sulh hukuk veya asliye hukuk mahkemelerinde) açabilmekte olup, yargılama neticesinde verilen kararların istinaf yeri Bölge Adliye Mahkemesi, temyiz yeri ise Yargıtay'dır.

Tıbbi hataya (malpraktise) dayanak gösterilerek açılan tazminat davalarında görevli mahkeme tespiti, davanın değerine göre belirlenir. Talep edilen tazminatın tutarına göre, o yargılama yılı için saptanan parasal sınır gereğince sulh hukuk ya da asliye hukuk mahkemesi yetkilidir. Bu yetkili mahkemenin yeri yani adresi ise, tıbbi malpraktis sayılabilecek eylemin, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (H.U.M.K.)'nin 21. maddesi uyarınca haksız fiilin yapıldığı yer mahkemesi olacaktır.

Hatalı tıbbi müdahaleler nedeniyle serbest çalışan doktorların yanı sıra özel bir sağlık kuruluşunda çalışmakta olan doktor ve sağlık çalışanları da sorumlu olmaktadır. Bu kişiler bir kuruluş bünyesinde çalışmakta olduğundan hasta ile aralarında bir tedavi sözleşmesi kurulmamakta ancak yaptıkları kusurlu eylemler nedeniyle haksız fiil hükümlerine göre sorumlu tutulmaktadır.

Diğer yandan; hastanın zararına sebep olan doktor ve sağlık çalışanının işvereni konumunda olan özel sağlık kurum ve kuruluşları da özel hukuk kapsamında tazminat ödemekle sorumlu olmaktadır. Hasta ile sağlık hizmeti verilen özel sağlık kuruluşu arasında hastaneye kabul sözleşmesinin kurulduğu her durumda sözleşmeye aykırılık nedeniyle özel sağlık kuruluşuna dava açılması mümkün olabilmektedir. Bununla birlikte özel sağlık kuruluşu, yanında çalışan doktor veya sağlık çalışanının hatalı eylemleri nedeniyle "adam çalıştırmanın sorumluluğu" kapsamında işveren sıfatı ile de sorumlu olmaktadır.

Hastalar ve yakınları, bir iş sözleşmesine dayalı olarak özel sağlık tesisinde çalışan doktorun yasal sorumluluğu altında sağlık hizmeti verirken, hatalı davranışları ile oluşan maddi ve manevi zararların karşılanması amacıyla; özel

hastaneler şirket statüsünde bulunduğundan ve ticari faaliyet yaptıklarından, özel sağlık kuruluşuna karşı Ticaret Mahkemelerinde tazminat davaları açılabilmektedir. Özel sağlık tesisleri de sağlık çalışanlarının kusuruna bağlı tazminat ödemek zorunda kaldıklarında, ödemiş olduğu tazminat için çalışanlarına kusurları oranlarında rücu edebilmektedirler.

Hastane enfeksiyonlarına bağlı olarak oluşan zararlardan kimin sorumlu olduğunun tespiti açılacak davaların muhatabını da belirlemektedir. Enfeksiyona sebep olan eksiklik veya aksaklığın hastane yönetimine bağlı bir organizasyon kusuru niteliğinde olması halinde dava, doğrudan hastaneye karşı sözleşmeye aykırılık nedeniyle açılacaktır. Diğer yandan enfeksiyonun sağlık çalışanı veya doktor kaynaklı bir kusur olması söz konusu ise açılacak davanın muhatabı, kusurlu sağlık çalışanı veya doktor ile bu kişilerin işvereni konumunda olan hastane yönetimi olmaktadır.

Yukarıda bahsedilen tazminat davalarında zamanaşımı süresi, sözleşmeye dayalı sorumluluk söz konusu ise, sözleşmenin temelde bir vekalet ilişkisini içermesi ve vekalet sözleşmesi olarak yorumlanmasına bağlı olarak; 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu (TBK)'nın 147. maddesi gereğince 5 sene, haksız fiile dayalı bir sorumluluk söz konusu ise TBK'nın 72/1. maddesi gereğince fiili ve faili öğrenme tarihinden itibaren 2 sene, en geç olayın gerçekleştiği tarihten itibaren 10 senedir.

Özel sektörde serbest veya bir sağlık kuruluşu bünyesinde çalışan doktor veya sağlık çalışanları aleyhinde cezai sorumluluk kapsamında açılacak ceza davaları herhangi bir ön izin aranmaksızın doğrudan ilgili yer ceza mahkemelerinde açılabilmektedir.

4.5. Sağlık Çalışanlarının Sorumluluğunun Tespitinde Bilirkişi Olarak Görüş Bildiren Merciler

Hastane enfeksiyonu nedeniyle oluşan zararların giderilmesi talepli olarak açılan davalarda, mahkemeler uzmanlık gerektirdiğinden, konu ile ilgili olarak uzman görüşü almaktadır. Bilirkişiler tarafından tesis edilen bu görüşler bağlayıcı olmayıp, mahkeme için tavsiye niteliğindedir. Mahkeme bilirkişi olarak Adli Tıp Kurumu veya Yüksek Sağlık Şurası'nı seçebileceği gibi, dava konusu tıbbi müdahale

konusunda uzman kişilerden oluşacak şekilde oluşturulan bilirkişi kurullarından da görüş isteyebilir.

Aşağıda hastane enfeksiyonları hataları ve genel olarak HTU ile ilgili bilirkişi görüşü veren adı geçen kurumların görev ve sorumlulukları ilgili mevzuatları kapsamında açıklanmıştır (Hancı, 1995: 98-112).

4.5.1. Yüksek Sağlık Şûrası

Sağlık Bakanlığınca, verilecek önemli sağlık hususları ile ilgili fikir bildirmek ve tababet şubeleri sanatlarını ifa etmekten kaynaklı adli hususlarda görüş belirtmek üzere 15 kişiden oluşan Yüksek Sağlık Şûrası (YSS) oluşturulmuştur (Baydar, 2002: 32).

YSS; Sağlık Bakanı Yardımcısı, Birinci Hukuk Müşaviri, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel Hizmetlere Tedavi Hizmetleri Genel Müdüründen oluşan 4 doğal üye ile ülkedeki hizmetleri ve yayınları ile bilinen Sağlık Bakanı tarafından belirlenen 11 kişiden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanınca belirlenen Şura üyelerinin (11 kişinin) görev süresi bir senedir. Sağlık Bakanlığı, gerekli durumlarda Şura'ya bağlı olarak danışma heyetleri oluşturabilir. Heyet Başkanları, YSS toplantılarına doğal üye olarak katılır. Heyet üyelerine 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 16. maddesinde belirlenen huzur hakkı ödenir.

YSS yılda en az bir kere toplanmaktadır. Sağlık Bakanlığı gerekli gördüğü durumlarda Şura'yı toplantıya çağırır. Şura'nın ve danışma kurullarının çalışma usul ve esasları Sağlık Bakanlığınca hazırlanacak yönerge ile belirlenir. Şura ile alakalı konular 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirlendiği şekilde yürütülmektedir (Civaner, 2002: 38-42).

“YSS'dan görüş alınma zorunluluğu ceza mahkemeleri için geçerlidir, hukuk mahkemeleri için böyle bir zorunluluk bulunmamaktadır. Tıbbi uygulama hataları sonrası oluşan durumlarda açılan tazminat davalarında, mahkeme YSS'nin görüşünü almadan diğer bilirkişilerin görüşleri doğrultusunda da karar verebilir” (Savaş, 2007: 149).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun YSS' na tıbbi konularda bilirkişilik görevi vermiştir. Tıbbi uygulamalar sonrasında vakaların adli nitelik taşıması durumunda açılan ceza davalarında, mahkeme başkanının diğer bilirkişilere başvurma hakkı saklı kalmak koşuluyla YSS'nin görüşünün alınması zorunluluğu Anayasa Mahkemesi'nin 2010/79 karar sayılı kararı ile kalkmasına rağmen Yargıtay'ın yerleşik içtihatlarında yer alır. YSS'da davalarda dosyalar üzerinde inceleme yapılarak, mahkemelere görüş bildirilmektedir.

Şura'nın vermiş olduğu görüşler mahkeme tarafından değerlendirilip olay hakkında yeterli kanaat verici nitelikte bulunmasa, diğer bilirkişilerin vermiş oldukları görüşler doğrultusunda da hüküm kurulabilir. (Sarıtaş, 2005:44).

4.5.2. Adli Tıp Kurumu

Adalet Bakanlığına bağlı olarak; Adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığıyla görev alanına giren hususlarda diğer adli bilimler alanlarında eğitim, öğretim yapmak, mahkemelerde bilirkişilik görevi üstlenmek üzere, (ilgili tüm tıp alanlarında uzmanlardan oluşan) Adli Tıp Kurumu, 14.04.1982 tarih ve 2659 no'lu kararla kurulmuştur.

Adalet Bakanlığı tarafından, Adli Tıp Kurumuna bağlı faaliyet gösterecek grup başkanlıkları ya da şube müdürlükleri oluşturabilir. Adli Tıp Kurumu, grup başkanlıkları bünyesinde bir ya da daha çok adli tıp ihtisas dairesi bulunabilir.

4.5.3. Bilirkişilerin Dikkat Etmesi Gereken Hususlar

Bilirkişi görüşleri; yol gösterici nitelikte olup, mahkemeyi yönlendiricidir. Bağlayıcı yönü mevcut değildir. Mahkeme isterse resmi yetkili kurumlardan (YSS, Adli Tıp Kurumu) bilirkişi isteyebileceği gibi Adalet Bakanlığı bilirkişi listesinden gerekli yetki belgesini almış bir kişiyi veya ülkede konu ile ilgili tanınmış, bilinmiş bir kişiden veya kuruldan da bilirkişilik yapmasını isteyebilir.

“Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu ile kusurun belirlenmesinde yalnızca mahkemenin belirlediği bilirkişi sistemi ile de yetinilmemiş, kusurla ilgili olan taraflara uzman görüşü alma ve ihtiyaç duyulduğunda kendi uzmanını mahkemede

dinletme, çapraz sorgu sistemi ile açıklama yaptırma hakkı da verilmiştir” (Civaner, 2002: 38-42).

“Bilirkişilerin güvenilir olmaması ya da bilimsel camiada tanınan kişilerden seçilmemesi de ayrıca problemler yaratabilir. Bilirkişi olayla ilgili gerçekleri, elde ettiği bulguları, dayandığı kaynaklara göre açıklamaya çalışır” (Doğan, 2007: 41).

Bilirkişilerin raporu düzenlerken esas aldığı hususlar ise;

a. Zararın değerlendirilmesi; zarar miktarının ve sebeplerinin belirlenmesi,

b. İlliyet bağının varlığının değerlendirilmesi; Zarar ile sağlık çalışanının tıbbi uygulaması arasında neden-sonuç ilişkisinin tespitidir. İlliyetin belirlenmesi esasında komplikasyon ile tıbbi malpraktis ayrımının yapıldığı süreçtir.

c. Kusurun değerlendirilmesi; kusurun varlığı ve niteliğine ilişkin değerlendirmeyi içerir.

“Bilirkişi raporları kısa cümlelerle yazılmalıdır. Sunulan görüşleri net bir şekilde ifade edilmiş olmalı, sebep-sonuç ilişkileri ve yorumları içermelidir. Raporda fazlalık bilgilerden kaçınılmalı, yazım hatalarına dikkat edilmelidir. Bu tarz bir durum raporun bilirkişi tarafından acele yazıldığı imajı verebilir” (Çetin, 2006: 32).

4.6. Yargı Kararları

Sağlık hizmetlerinin verilmesi esnasında öngörülemeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu durum insanlar arasında mevcut sağlığı koruma ve geliştirme yöntemlerine yönelik kaygıları artmaktadır. Bunlar ise genel itibariyle uygun olmayan etik davranışlara karşı tepki olarak oluşan şikayetler şeklinde ve sağlık profesyonellerine yönelik sayısında artış gözlenen davalar şeklinde görülmektedir (Yorulmaz, 2006: 56).

Enfeksiyonla ilgili tıbbi uygulama hatası, hukuksal boyutu açısından bir haksız eylem veya bireye yönelik zarar vermeyi ifade eder. Haksız eyleme dayalı olarak açılan davalarda, davacının kendisine yönelik olarak savunma tarafının bir görev üstlenmiş olduğunu ispatlaması ve bu uygulamanın onun zararına neden olduğunu kanıtlaması gerekmektedir (Doğanay, 2013: 62). Ayrıca kusurlu olduğunu ve eylem ile zarar arasında illiyet bağının varlığı da kanıtlanmalıdır.

Enfeksiyonla ilgili uygulama hatalarına ilişkin olarak hem yurtdışında hem de Türkiye’de doktorlar ve diğer sağlık çalışanları hakkında açılan davalarda önemli bir artış görülmektedir (Hakeri, 2009: 290).

Bu durum sağlık çalışanları ve doktorların bu konuda acil ve önemli bir eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Enfeksiyonla ilgili uygulama hatası davalarının esas olarak üç sosyal gayesi bulunmaktadır. Bu gayeler şu şekildedir (Yüce ve Çakır, 2009: 78):

- Güvenli olmayan uygulamaları ortadan kaldırmak,
- İhmalden dolayı zarar gören hastalara tazminatların ödenmesi ve
- Adaletin tecellisini sağlamaktır.

Hastaların tıbbi uygulama hatalarına karşı olarak dava açmaya karar vermelerini etkileyen hususlar arasında özellikle; hastanın tedavi memnuniyetsizliği, doktorların uygun olmayan iletişimi ve uygunsuz davranışları yer almaktadır (Hancı, 1995:80).

Tıbbi hatalar hususunda tartışılması gerekli olan, önem arz eden faktörlerden bazıları ise şu şekildedir:

- Bu hususta kamu farkındalığının seviyesi,
- Hastalarda sağlık sistemimize ve tabiplerimize yönelik olarak rahatlık ve güven seviyesi,
- Tıbbi yeniliklerde artış hızı,
- Tıbbi tanı teknolojisindeki ve yatan hasta servislerindeki yoğunluğundaki artmalar,
- Tıbbi bakım hususunda halkın beklentisinin yükselmesi,
- Davacı avukatlarının, önceden bitmiş olan davalar için bile gelen davaları kabul etmesi.

Belirtildiği üzere; hukuki açıdan, sağlık çalışanının yapılan bir tedaviden doğan sorumluluğunun söz edebilmesi için aşağıdaki aşamaların gerçekleşmesi beklenmektedir (Civaner, 2002:39):

1. Eylemin hukuka aykırı olması
2. Failin kusurlu bulunması
3. Bir zararın oluşmuş olması
4. Zarar ile kusurlu eylem arasında nedensellik (illiyet) bağı

Yüksek yargıya taşınan enfeksiyonla ilgili HTU dosyalarının %93'ünü tazminat davaları oluştururken, kusur sebepleri arasında ilk sırada “yanlış tedavinin geldiği saptanmıştır. İncelenen dava dosyaları arasında en fazla genel cerrahi uzmanlarıyla ilgili şikâyet olduğu tespit edilmiştir.

1978-2010 yılları arasında karar verilen 30 vakanın; 28'inin tazminat, 2'sinin ceza davaları olduğu görülmektedir. Vakanın meydana geliş zamanı ve sonuç kararı arasında geçen zaman açısından ise, beş yıl altındaki 16' sının, beş-on yıl aralığında 10'nun ve on yıl üzerinde de 4'nün Yargıtay tarafından kararlarının verildiği belirlenmiştir.

Enfeksiyonla ilgili uygulama hatası iddialarına konu olan girişimlerin kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; toplam 30 vakanın 10' unun genel cerrahi uzmanlığıyla alakalı olduğu gözlenmiştir. 6 vaka ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı, 4'er vakayla pediatri uzmanlığı, ortopedi ve travmatoloji uzmanlığıyla anestezi ve re animasyon uzmanlığı, 2 vakayla da kulak burun boğaz uzmanlığı izlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda vakaların 29' unda uzman tabipler sorumlu bulunmuşken yalnızca bir vakada uzman hekim ve anestezi teknikeri beraber kusurlu bulunmuştur.

Tıbbi müdahale sonuçları incelendiğinde, 16 vakada hastanın öldüğü, 14 vakadaysa kalıcı hasar olduğu gözlenmiştir. Eks vakalarının sadece 3'ünde otopsi yapıldığı belirlenmiştir. Mahkemece 25 bilirkişi görüşünün istendiği bu görüşlerinde, 15'inin YSS'ndan 10'unun ise Adli Tıp Kurumundan istendiği saptanmıştır (Ertem, G., Öksel, E.: 2009: 1-10).

İşbu çalışmanın konusu ile ilgili olarak hastane enfeksiyonu nedeniyle oluşmuş zararların tazmini için açılmış davalar ve sonucunda verilen kararlar incelenmiştir.

Örnek davalar:

ÖRNEK 1. Danıştay 15. Daire Başkanlığı: 21.12.2017 tarih 2017/283 E., 2017/7699 K.

Talep:“*Davacıların yakını Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gördüğü tedavi sırasında hastane mikrobu alması neticesinde hayatını kaybetmesi nedeniyle uğranıldığı ileri sürülen 1.000,00-TL maddi, 300.000,00-TL manevi zararın (eş için 1.000,00-TL maddi, 200.000,00-TL manevi, diğer davacıların her biri için 50.000,00-TL manevi olmak üzere) ölüm olayının meydana geldiği tarihten itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte tazminine karar verilmesi istemiyle açılan dava sonucunda, İzmir 2. İdare Mahkemesi'nce; Dairemizin 08/10/2015 tarih ve E:2015/6119, K:2015/5733 sayılı bozma kararına uyularak, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 03.08.2011 tarih ve 2528 karar sayılı bilirkişi raporunda;*”

Hastane enfeksiyonunun tüm önlemlere rağmen en gelişmiş ülkelerde bile görülebildiği ve yüksek ölüm riski bulunduğu, damar patolojisine yönelik uygulanan ameliyatlara ve tedaviye rağmen kendinde mevcut damar patolojisine bağlı tekrar tekrar tromboembolinin oluşması,.....bu tür vakalarda hastane enfeksiyonu oluşmasını kolaylaştıracağı, hastane enfeksiyonunun saptanması üzerine buna yönelik gerekli tedavilerin yapılmış olduğu, davalı idareye atfi kabil kusur bulunmadığı" görüş ve kanaatinin bildirildiği, Mahkemece yapılan ara kararı ile; ölüm olayına yol açan hastane mikrobu üreme nedeni, hastaya hangi yolla ve hangi ortamda bulaştığı (ameliyathane veya yoğun bakım ortamı dışında bulaşma ihtimali var ise olayda buna dair bir bulgunun tespit edilip edilmediği) ile hastalığın tanı ve teşhisinde herhangi bir gecikme yaşanıp yaşanmadığı hususlarında değerlendirme yapılması amacıyla ek rapor istenilmesine karar verilmesi üzerine düzenlenen, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 13.06.2012 tarih ve 2312 karar sayılı ek bilirkişi raporunda;

“*Enfeksiyon Kontrol Komitesinin periyodik olarak yaptığı incelemelerde hastanın ameliyat olduğu günlerde yoğun bakım ve ameliyathaneden alınan ortam kültürlerinde MRSA üremesine rastlanmadığı, hastanın eşinin enfeksiyondan korunma konusunda eğitildiği, yara yeri kültüründe MRSA üremesi saptanmasının hemen ardından intaniye kliniğinde izolasyonu sağlanarak medikal tedavisine*

başlandığı, hastanın öyküsünün mevcut hastalıkları dikkate alındığında hastane enfeksiyonu oluşmasını kolaylaştıracağı, hastanede yattığı süre içinde bu enfeksiyona maruz kalılabileceği, en gelişmiş ülkelerde bile tüm önlemlere rağmen bu enfeksiyonun görülebildiği, tanının konulmasıyla birlikte gerekli tedavinin hastaya zamanında yapıldığı, dolayısıyla hastane personeli ve hekimlere atfi kabil kusurun bulunmadığı" yönünde görüş belirtilmiş ise de yukarıda açıklamasına yer verilen "tıbbi uygulama hatası-komplikasyon" ayrımına ilişkin açıklamalar dikkate alındığında; oluşan durumun, hizmet kusuru kavramının niteliği dikkate alındığında komplikasyondan öte, davalı idareye ait hastanede hijyen şartları açısından gerekli dikkat ve özenin gösterilmediği gerekçesiyle davalı idarenin kusuru bulunduğu, dava dosyasına ibraz edilen bilgi ve belgelerden ispatlanan maddi zarar miktarı olan 168,00 TL'lik kısmının kabulü ile hizmet kusuru nedeniyle davacıların murisinin vefatı sonucu davacıların duyduğu elem ve ızdırıp için davacılara 70.000,00 TL (eş için 30.000,00-TL, diğer davacıların her biri için 20.000,00-TL) manevi tazminat isteminin kısmen kabulü, maddi ve manevi tazminat istemlerinin fazlaya ilişkin kısımlarının reddi yolunda verilen kararın, taraflarca aleyhlerine olan kısımlarının hukuka uygun olmadığı ileri sürülerek temyizden incelenerek bozulması istenilmektedir.”

Savunma: Davalı idarece, temyiz isteminin reddi gerektiği savunulmaktadır.

Karar: Danıştay On beşinci Dairesi'nce, 49. maddesinin 2. fıkrasında; temyiz incelemesi sonucu Danıştay'ın,

- a) Görev ve yetki haricinde bir iş yapılmış olması,
- b) Hukuka uymayan bir karar verilmesi,
- c) Usul hükümleri kararına etki edebilecek nitelikte hata ya da eksikliklerin bulunması, sebeplerinden dolayı incelenen kararı bozacağı kuralına yer verilmiştir. Dosyadaki belgeler ile temyiz dilekçelerindeki iddiaların incelenmesinden, temyiz istemlerine konu kararın hukuka ve usule uygun olduğu, kararın bozulmasını gerektirecek yasal bir sebebin bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Belirtilen nedenlerle; “*temyiz istemlerinin reddine, İzmir 2. İdare Mahkemesi'nin 22/06/2016 tarih ve E:2016/226, K:2016/781 sayılı kararının ONANMASINA, dosyanın Mahkemesine gönderilmesine, 2577 sayılı Kanununun 18.06.2014 gün ve 6545 sayılı Kanunla eklenen Geçici 8. maddesinin 1. fıkrası ve 54. maddesinin 1.*

fikrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren on beş gün içinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 21/12/2017 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.”

ÖRNEK 2. Danıştay 15. Daire Başkanlığı: 11/02/2016 tarih 2015/4315 E., 2016/806 K

Talep: İzmir 1. İdare Mahkemesi'nin 31/10/2014 tarih ve E:2011/1584; K:2014/1437 sayılı kararının hukuka uygun olmadığı ileri sürülerek taraflarca aleyhlerine olan kısımlarının temyizden incelenerek bozulması istenilmektedir.

Savunma: Davalı idare tarafından davacının temyiz isteminin reddi gerektiği savunulmaktadır. Davacı tarafından savunma dilekçesi verilmemiştir.

Danıştay Tetkik Hakimi Düşüncesi : Davalı idarenin temyiz isteminin reddi ile davacının temyiz isteminin kısmen kabulüne, temyize konu mahkeme kararının maddi tazminatın reddine ve hükmedilen manevi tazminata dava tarihinden itibaren yasal faiz yürütülmesine ilişkin kısımlarının bozulması gerektiği düşünülmektedir.

Karar: Danıştay On beşinci Dairesi'nce, dosya incelenerek gereği görüldü:

Dava; Hastalıkları Hastanesinde 10.01.2011 tarihinde katarakt ameliyatı olan davacının ameliyat sonrası görme yetisini tamamen kaybetmesinde davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğundan bahisle 50.000 TL maddi, 200.000 TL manevi olmak üzere 250.000 TL zararın ameliyat tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte tazminine karar verilmesi istemiyle açılmıştır. İzmir 1. İdare Mahkemesi'nce, olayla ilgili olarak mahkemece Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'ndan alınan 02.04.2014 tarihli raporda; ..'a 10.01.2011 tarihinde sol fako ve intraoküler lens cerrahisi operasyonu yapıldığı, hastaya yapılan sol katarakt cerrahisi endikasyonu ve uygulanan fakoemülsifikasyon IOL implantasyonu ameliyatının tıp kurallarına uygun olduğu, ancak aynı gün opere edilen 8 hastada endoftalmi geliştiği, endoftalmi etkeninin bir hastane enfeksiyonu etkeni olan P.aeruginosa olduğunun anlaşıldığı, enfeksiyon gelişen kişilerin sayısı ve enfeksiyon etkeni dikkate alındığında söz konusu enfeksiyonların ameliyathane sterilizasyon koşullarının uygunsuzluğunu teyit eder nitelikte olduğu, eksikliğin ameliyat ekibinden kaynaklanabileceği gibi hastane idaresinden de kaynaklanabileceği" şeklinde görüş beyan edildiği, rapora göre, *“davacının sol gözünde yapılan katarakt operasyonunun tıbbi ve fenne uygun olduğu, fakat aynı tarihte opere edilen diğer sekiz hastada da işlemten sonra gelişen*

psödomonas enoftalmisinin ameliyat ortamındaki sterilizasyon kusurundan kaynaklandığı belirtildiğinden, olayda hizmet kusuru bulunduğu, bu kusur nedeniyle kesin ve gerçekleşmiş olan zararların davalı idare tarafından davacıya ödenmesi gerektiği, Mahkemece 16.11.2012 tarihli ara kararı ile için istenilen 50.000,00 TL maddi zarara ilişkin belgelerin dosyaya sunulmasının istenildiği ancak maddi zararın ne şekilde gerçekleştiğinin kanuni delillerle birlikte açık ve somut bir şekilde ortaya konulması gerekirken ortaya konulmadığından varsayıma dayalı olarak için istenilen 50.000-TL maddi tazminatın reddi ile olay nedeniyle duyduğu elem ve ızdırap içinde 50.000,00-TL manevi tazminatın dava açma tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte davacıya ödenmesine, fazlaya ilişkin manevi tazminat taleplerinin reddine karar verilmiştir”.

Taraflarca, anılan Mahkeme kararının aleyhlerine olan kısımlarının temyizden incelenerek bozulması istenilmektedir. Mahkeme kararının davanın manevi tazminat isteminin kısmen kabulü ile reddine ilişkin kısımlarında 2577 sayılı Kanun'un 49. maddesinde belirtilen bozma nedenlerinden hiçbirisi bulunmadığından, tarafların temyiz istemleri yerinde görülmemiştir. Davacının mahkeme kararının reddedilen maddi tazminatı ile hükmedilen manevi tazminata dava tarihinden itibaren yasal faiz yürütülmesine ilişkin temyiz istemlerine gelince;

a-Reddedilen maddi tazminat yönünden; “Anayasanın 125. maddesinde, idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararları ödemekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır. İdarenin tazminle yükümlü tutulması, ancak, kesin olarak ortaya çıkmış, belirgin hale gelmiş maddi zararın varlığı halinde mümkündür. Kişinin isteği dışında maddi varlığında meydana gelen kayıp ve eksikliklerle, çoğalma olanağından yoksunluk olarak tanımlanan maddi zarar, henüz kesin olarak ortaya çıkmamış, belirgin hale gelmemiş ise, idarenin tazminle yükümlü tutulmasına olanak bulunmamaktadır.

Maddi zararlar, mala veya şahsa verilen zararlardır. Şahsa verilen zararlar ise, bedensel (cismani) zararlar olabileceği gibi, destekten yoksun kalma sonucunda oluşan zararlarda olduğu gibi ölüme bağlı zararlar da olabilmektedir. Davacı tarafından, bedensel zarara uğranıldığı ileri sürülerek temyiz istemine konu kararın verildiği dava açılmıştır. Bedensel zararlar ise, tedavi giderleri, çalışma gücünün azalması ve yok olması (işgücü kaybı, fonksiyon kaybı, efor kaybı), bakıcı

ücreti, ekonomik geleceğin zorlaşması gibi bir çok biçimde ortaya çıkabilmektedir”. Dava dosyasının incelenmesinden; 'ın 10.01.2011 tarihinde ...Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde sol gözünden katarakt ameliyatı olduğu, aynı gün hastaneden taburcu olduğu, ertesi gün gözünde şiddetli ağrı, yanma, kaşınma ve batma şikayetiyle tekrar aynı hastaneye başvurduğu, ameliyat edilen gözün enfeksiyon kaptığından bahisle Üniversitesi Hastanesine sevk edildiği, davacının 12.01.2011-31.01.2011 tarihleri arasında Üniversitesi Hastanesi Göz Servisinde tedavi olduğu, davacıya endoftalmi tanısı konulduğu ve görme yetisini tamamen kaybettiğinin belirlendiği, davacı vekilinin 11.04.2011 tarihli başvuru dilekçesiyle Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan tedavi sırasında hizmet kusuru işlendiğinden bahisle 50.000,00 TL maddi, 250.000,00 TL manevi olmak üzere toplam 300.000,00 TL tazminatın ödenmesinin istenildiği, davalı idarenin 03.06.2011 tarih ve 24814 sayılı işlemi ile başvurunun reddi üzerine 08.08.2011 tarihinde görülmekte olan davanın açıldığı anlaşılmaktadır. Olayda, idare mahkemesince davacının maddi tazminat isteminin ispatlanamadığı gerekçesiyle reddine karar verilmiş ise de; davalı idarenin ağır hizmet kusuru nedeniyle davacının görme yeteneğini kaybettiğinden vücut kayıp oranı tespit edildikten sonra vücut kayıp oranı dikkate alınarak hesaplanacak işgücü kaybına bağlı maddi zararının ödenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

b-Hükmedilen manevi tazminata dava tarihinden itibaren yasal faiz yürütülmesi yönünden; ön karar için idareye başvuru tarihi başlangıç kabul edilerek yasal faizi ile uygulanması Danıştay içtihatları ile genel kabul görmüştür.

Öte yandan 2577 sayılı Kanun'un 9. maddesi ile verilen olanak göz önüne alınarak idareye başvuru yapılmaksızın görevsiz yargı yerinde açılan davada görevsizlik kararının kesinleşmesi üzerine idari yargı yerlerinde açılan davalarda hükmedilen tazminata işletilecek olan faizin başlangıç tarihi olarak görevsiz yargı yerinde davanın açıldığı tarihin esas alınması gerekmektedir. Bu kapsamda, davacının 10.01.2011 tarihinde sol gözünde yapılan katarakt ameliyatında hizmet kusuru nedeniyle davacılar vekili tarafından maddi ve manevi zararlarının tazmini için 11.04.2011 tarihinde davalı idareye yapılan başvurunun reddi üzerine 08.08.2011 tarihinde bakılmakta olan davanın açıldığı anlaşılmaktadır.

Buna göre: “*İdare Mahkemesi'nce hükmedilen tazminatın idareye başvuru tarihi olan 11.04.2011 tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte ödenmesine hükmedilmesi gerekmektedir. Bu durumda, İdare Mahkemesi kararının, hükmedilen tazminata uygulanacak faizin başlangıç tarihine ilişkin kısmında hukuka uyarlık görülmemiştir. Açıklanan nedenlerle, 2577 sayılı Kanun'un 49. maddesine uygun bulunan davacının temyiz isteminin kısmen kabulü ile İzmir 1. İdare Mahkemesi'nin 31/10/2014 tarih ve E:2011/1584; K:2014/1437 sayılı kararının maddi tazminatın reddi ile hükmedilen manevi tazminata dava tarihinden itibaren yasal faiz yürütülmesine ilişkin kısımlarının BOZULMASINA, davalı idarenin ve davacının diğer temyiz istemlerinin reddi ile kararın diğer kısımlarının ONANMASINA, bozulan kısımlar hakkında yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın anılan Mahkemeye gönderilmesine, artan posta ücretinin istemi halinde davalı idareye iadesine, 2577 sayılı Kanununun 54. maddesinin 1. fıkrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren on beş gün içinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 11/02/2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.*”

ÖRNEK 3. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi:21.12.2016 tarih Esas Numarası: 2015/10558Karar Numarası: 2016/24009

Talep: Davacı, 25.06.2002 tarihinde başka bir hastanede acilen ameliyata alındığını ve orada *enfeksiyon* kapıldığını öğrendiğini, davalı doktorun olayda kusurlu olduğunu iddia ederek maddi ve manevi tazminatın en yüksek faizi ile birlikte davalılardan tahsiline karar verilmesini istemiştir.

Savunma: Davalılar, yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olduğunu belirterek davanın reddini istemişlerdir.

...Mahkemesince, davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacı tarafından temyiz edilmiştir.

Karar: ...Mahkemesince... Kurulundan alınan bilirkişi raporuna istinaden verilen kararda oluşan durumun komplikasyon niteliğinde olduğu ve doktorun bir kusuru olmadığı belirtilmiş olup, davacı tarafından bilirkişi raporuna itiraz edildiği halde; ...Mahkemesince, davacı itirazlarının karşılanmadığı anlaşılmıştır. ...Mahkemesince, üniversitelerin ilgili ana bilim dallarından konularında uzman bilirkişilerden oluşturulmuş bir kurul aracılığı ile değerlendirilmesi gerekirken eksik

inceleme ile davanın reddine karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup bozma kararı gerektirir.

Yukarıda açıklanan nedenlerle hükmün davacı yararına BOZULMASINA, 21/12/2016 gününde oybirliğiyle karar verildi.

ÖRNEK 4. Yargıtay 17. Hukuk Dairesi: 22.10.2015 tarih Esas Numarası: 2015/10744Karar Numarası: 2015/11110

Talep: Davacılar kullandıkları krediye dayalı olarak yapılan hayat sigortasının, sigortalının kalp ameliyatı olduğunu ve ameliyat sonrası gelişen enfeksiyon nedeniyle ölümü üzerine varislere sigorta bedelinin ödenmediği nedeniyle yasal faizi ile tazminat talep etmektedir.

Savunma: Sigortalının kalp hastalığını beyan etmediği ve bildirim zorunluluğunu yapmadığı görüşü ile davanın reddini istememektedir.

...Mahkemesince, delillere göre ihbar hükümlüğünün ihlali gerekçesi ile dava red edilmiş, davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

Karar: Davanın esasına girilmeden karar vermek, eksik inceleme ile yazılı karar vermek bozmayı gerektirir. Bu nedenle hükmün BOZULMASINA 22.10.2015 tarihinde karar verildi.

ÖRNEK 5. Yargıtay13. Hukuk Dairesi: 04.11.2015 tarih Esas Numarası: 2014/40695Karar Numarası: 2015/31851

Talep: Davacılar, 10.03.2011 tarihinde doğum yaptıran sağlık çalışanlarından, doğumdan sonra menenjit mikrobu kapıldığını, davalıların ihmal ve kusurlarının bulunduğunu belirterek, maddi ve manevi tazminat tahsiline karar verilmesini istemişlerdir.

Savunma: Davalılar, davanın reddini istemişlerdir.

...Mahkemesince, ... tarafından düzenlenen raporda, “*hastane ve doktorun kusurunun bulunmadığının açıklanmış olması nedeniyle*” davanın reddine karar verilmiş; karar, davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

Karar: Aynı gün doğum yapan hastalar hakkında verilen değişik bilirkişi raporlarının çelişkili olması nedeniyle, üniversitelerin ilgili kurullarından bilirkişi

görüşü istenmemesi nedeniyle davanın davacılar lehine BOZULMASINA 04.11.2005 tarihinde karar verildi.

ÖRNEK 6. Yargıtay 12. Ceza Dairesi: 30.10.2014 tarih Esas Numarası: 2013/27947 Karar Numarası: 2014/21434

Talep: ...Üniversitesi ...Tıp Fakültesinin 11.02.2011 tarihli yazısında, hastanın sağ gözünde ameliyat sonrası hastane enfeksiyonu ürediğinin belirtildiği ve hastanın görme kaybı olduğu, TCK'nın 89/3-b maddesi kapsamında, 5 ay hapis cezası hükmedilen ve cezası ertelenen sanıklar hakkında, taksirle yaralama suçundan sanıkların mahkumiyetlerine ilişkin hükümler, sanıklar tarafından temyiz edilmektedir.

Savunma: ...mahkemesinin kararı uygundur.

Karar: *“5 ay hapis cezası hükmedilen ve cezası ertelenen sanıklar hakkında, TCK'nın 51/7. maddesi uyarınca denetim süresi içinde sanıkların kasıtlı bir suç işlemeleri veya kendilerine yüklenen yükümlülüklerle hakim uyarısına rağmen uymamakta ısrar etmeleri halinde ertelenen cezalarının kısmen veya tamamen infaz kurumunda çektirilmesine karar verileceğinin sanıklara bildirilmesine ve TCK'nın 51/8. maddesi gereğince sanıkların denetim süresini iyi halli olarak geçirdiği taktirde cezalarının infaz edilmiş sayılmasına ibarelerinin eklenerek ONANMASINA, 30.10.2014 tarihinde oybirliği ile karar verildi”.*

Hastane enfeksiyonlarını konu edilen yukarıda yer alan örnek davalar kapsamında, ikisi ayrıntılı olacak şekilde toplam beş tazminat davası ve bir ceza davası incelenmiştir.

Örnek 1 de; hastane enfeksiyonu nedeniyle hastanın ölmesi üzerine, hastanın yakınları tarafından açılan 1.000 TL maddi ve 300.000 TL manevi tazminat davasıdır... İdare Mahkemesi; komplikasyondan öte, hastanede hijyen şartlarına uyulmadığı ve hizmet kusuru olduğu yönünde karar verip 168 TL maddi ve 70.000 TL manevi tazminata hükmetmiştir. Hasta yakınları istediklerinden az miktara hükmedilen tazminat miktarları nedeniyle kararı temyiz etmiştir. Savunma, temyiz isteminin reddini talep etmektedir. Verilen nihai karar ile Danıştay, idare mahkemesinin kararını onamıştır.

Örnek 2 de; hastanede ameliyat olan hasta, ameliyat sonrası görme yetisini kaybettiğini belirterek 50.000 TL maddi, 200.000 TL manevi tazminat talep etmektedir. Yerel mahkeme, bilirkişi görüşünde ameliyat sonrası hastada hastane enfeksiyonu geliştiğini bu eksikliğin sağlık çalışanlarından kaynaklanabileceği gibi idaresinden de kaynaklanabileceği belirterek 50.000 TL manevi tazminata hükmetmiş, maddi tazminatı ise reddetmiştir. Hasta kararı temyiz etmiştir. Davalı idare temyiz reddini talep etmiştir. Danıştay, temyiz incelemesinde maddi tazminatın ispatlanamadığı gerekçesiyle verilmemesi kararını davalı idarenin ağır kusuru nedeniyle görme yetisini kaybeden hastanın vücut kayıp oranı dikkate alınarak işgücü kaybına bağlı olarak ödenmesi gerektiğine ve 50.000 TL manevi tazminatın yasal faizi ile ödenmesine karar vermiştir.

Örnek 3 de; hastane enfeksiyonu kapalı hasta, doktorun kusurlu olduğunu belirterek maddi ve manevi tazminat talep etmiştir. Yerel Mahkeme, bilirkişi raporunda komplikasyon nedeniyle davayı reddetmiştir. Hasta temyize başvurmuştur. Davalı, tıp kurallarına uygun davrandığı belirterek davanın reddini talep etmiştir. Yargıtay temyiz neticesinde, bilirkişi raporunu reddeden hastanın isteğini uygun bulmayarak davayı reddeden yerel mahkeme kararını, üniversitelerin ilgili kurullarından görüş alınmaması gerekçesiyle eksik inceleme şeklinde değerlendirerek, davalı lehine bozmuştur.

Örnek 4 de; hastanın ameliyat sonrası gelişen hastane enfeksiyonu nedeniyle ölmesi gerekçesiyle, hasta yakınlarınca sigorta şirketine karşı açılan tazminat davasıdır. Davalı şirket, kişinin kalp hastası olduğunu belirtmediği gerekçesi ile bildirim zorunluluğuna uymadığından reddini talep etmektedir. Yerel Mahkeme, bildirim zorunluluğuna uymadığından davanın reddine karar vermiştir. Ölen kişinin yakınları temyize gitmiştir. Yargıtay, davanın esasına girmeden yani hastanın ölüm nedeni kalp ameliyatı mı yoksa hastane enfeksiyonu mu ayırtımı yapılmadan verilen ret kararını eksik inceleme kabul edip, davalı lehine bozmuştur.

Örnek 5 de; doğum yapan hasta, hastane enfeksiyonu kapıldığını belirterek maddi ve manevi tazminat istemektedir. Yerel Mahkeme, bilirkişi raporunda hastane ve sağlık çalışanlarının kusurunun olmadığı gerekçesiyle davayı reddetmiştir. Hasta temyize gitmiştir. Yargıtay, aynı gün doğum yapan başka hastalarda da aynı şikayetlere konu başka davalarda çelişkili bilirkişi raporları olduğu gerekçesiyle,

üniversitelerin ilgili kurullarından görüş alınması gerektiği görüşüyle, davalı lehine bozma kararı vermiştir.

Örnek 6 da hastanın göz ameliyatı sonrası hastane enfeksiyonu kaptığını ve görme yetisini kaybettiğini belirterek ceza davası açılmıştır. Yerel Mahkeme, bilirkişi raporlarında iddianın sabit olması nedeniyle, taksirle yaralama ve 5 ay hapis cezası vermiş ve ceza ertelenmiştir. Sanıklar temyize gitmiştir. Yargıtay, mahkeme kararını, sanıkların denetim süresini iyi halli olarak geçirdiği takdirde cezaların infaz edilmiş sayılacağı ibaresinin eklenmesi ile onamıştır.

İncelenen davalar hastane enfeksiyonuna bağlı olarak oluşan zararlar nedeniyle açılmış olup, yapılan yargılamaların tamamında mahkeme bilirkişi incelemesi yapılmasına karar vermiştir. Bilirkişi raporlarında hastane enfeksiyonunun varlığının tespiti halinde tazminat ödenmesine veya kusurlu eylemi gerçekleştiren doktor veya sağlık çalışanı aleyhinde ceza tesisi yoluna gidilmiştir. Kararların tamamında yerel mahkeme tarafından verilen kararlar, aleyhe olan taraflarca temyiz edilmiştir.

Hastane enfeksiyonunun varlığı hastanın maddi ve manevi bütünlüğüne zarar verebilecek hasarlara yol açmaktadır. Enfeksiyonun önlenmesinde sadece sağlık çalışanı ve doktorların değil, hastane yönetiminin de sorumluluğu bulunmaktadır. İlgili mevzuat çerçevesinde gerekli önlemlerin alınmamasına bağlı olarak gelişen enfeksiyonlar önlemi almayan veya önlemleri gereği gibi uygulamayanların tazminat ödemesi veya cezalandırılması ile sonuçlanan davalara sebebiyet vermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin verilmesinde hastane enfeksiyonuna bağlı olarak oluşacak zararların önlenmesi gerek verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi gerekse hastanın sağlıklı yaşama hakkının korunması gerekse yargıya yansiyacak davaların sayısının azaltılması bakımından önem arz etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane enfeksiyonları, hastaneye yatış sırasında inkübasyon döneminde olmayan, yatıştan 48-72 saat sonra ortaya çıkan enfeksiyonlar, dahili hastalarda taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde gelişen, ameliyat geçirenlerde bir ay içinde gelişen, protez uygulananlarda ise bir yıl içinde gelişen ilgili enfeksiyonlar şeklinde tanımlanmaktadır.

Hastane enfeksiyonunun varlığı, hastaların sağlıklı yaşama hakkının ihlaline sebep olmaktadır. Hastanın maddi veya manevi bütünlüğünde geçici veya kalıcı hasarlara sebebiyet vermesi nedeniyle, hak ihlallerinin önlenmesi gerek tıp bilimi gerekse hukuk kuralları bakımından bir sorunluluktur.

Sağlık hizmetinin hatalı olarak verilmesi neticesinde oluşan hastane enfeksiyonlarını minimize etmenin yolu enfeksiyon kontrol önlemlerini eksiksiz uygulamaktan geçmektedir. Her sağlık kuruluşu tıbbi literatüre ve mevzuata uygun olarak, enfeksiyon kontrol komiteleri tarafınca kendine has oluşturulan önlemleri almalı ve uygulamalıdır. Tıbbi, bilimsel ve güncel veriler eşliğinde yasalara ve yönergelere uyumlu olarak önlemleri uygulamak ülkemizde standardizasyon oluşturacak hem de sağlık hizmetinin kalitesinin yükselmesine katkı katacaktır.

Hastane enfeksiyonlarının sağlık kurumları ile sağlık çalışanları için yükümlülük yaratmaması bakımından aşağıdaki konulara dikkat edilmesi son derece önem arz etmektedir.

Hastane enfeksiyon kontrol komiteleri etkin şekilde çalışmalı, bu komiteleri izleyen ayrı ve bağımsız denetim kurulları oluşturulmalı; bu kurullar belirsiz aralıklarla habersiz kontroller gerçekleştirmeli ve ödül-ceza mekanizması yetkisi ile çalışmalıdır.

Enfeksiyon kontrol komitesi korunma ve kontrolle ilgili gerekli talimat veya rehberleri; en önemli enfeksiyon kaynağı olarak belirlenen konulara ağırlık vererek, el hijyeni ve eldiven giyilmesi, her hasta için ayrı eldiven kullanılması, izolasyona dikkat etmeleri, dezenfeksiyon/sterilizasyon kurallarına uymaları, hastane temizliğinin ve atık yönetiminin kuralların uyma, hastane mutfak, su ve hava sistemlerinin kontrolü, ilaca çok direnç gösteren bakterilerin oluşturduğu enfeksiyonların kontrolü, cerrahi alan enfeksiyonlarının engellenmesi, akılcı antibiyotik kullanımı, hastanede

onarım ve tamirat esaslarına uyum, damar içi kateterlerin ve üriner kateterlerin enfeksiyon oluşturmaması için gereken dikkat, endoskopik cihazların uygun şekilde sterilizasyonu, sağlık çalışanlarının enfeksiyonlardan korunması, vb. detaylı şekilde hazırlamalı, bunların uygulanması için gerekli hizmet içi eğitimleri ve denetimleri tam ve eksiksiz olarak yapmalıdır.

Hastanelerde hazırlanan EKK standartlarına, hazırlanan talimatlara veya protokollere tam uyulmalıdır. Bir tesisin kendi belirlediği kurallara uymada ve uygulamada başarısız olması, savunulması güç olup sorumlular açısından yetersizlik iddialarına neden olabilir. Hastane yönetimlerinin ise EKK önerilerinin uygulama esnasında gereken desteği, hiç eksiksiz tam olarak vermelidir.

Hastane enfeksiyonlarının tanısının erken tespiti çok önem arz etmektedir. Gereğinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı konsültasyonu istenmeli; enfeksiyona neden olan mikroorganizma türünü belirlemek amacıyla yapılan kültür için, gerekli mikrobiyolojik örnek maddeleri uygun yerden, uygun zamanda, yeterli miktarda alınmalıdır. Ateşi yüksek bir hastada kan kültürü alınması gözden kaçırılmamalıdır.

Doğru el yıkama kaidelerine uymak hastane enfeksiyonlarını, bilhassa çapraz enfeksiyonları minimize etmede en etkili ve en ucuz tekniktir. El yıkamaya tüm sağlık çalışanları, refakatçılar, ziyaretçiler ve hasta tarafından gerekli önemin verilmesi çok önem arz etmektedir. Konuyla alakalı uygulamalı eğitimler devamlı olmalı; hastanedeki yatan her hasta el yıkama hijyen hususunda bilgilendirilmelidir.

Sağlık tesisinde dezenfeksiyon ve sterilizasyon kuralları tam olarak yerine getirilmelidir. Sterilizasyonun kontrolü (Küme test, Bowie Dick ve biyolojik kontrol) sağlanmalı ve gerekli kayıtlar tutulup saklanmalıdır.

Hastane temizlik personelleri işe alınırken sertifikalı, temel hijyen ve temizlik kuralları bilenler tercih edilmeli, bu personellerin yapacaklar görevler birimler bazında belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmeli, her gün belirli aralıklarla bu personellerin kontrolleri sağlanmalı, birim hemşireleri veya başhemşirelik tarafından gerekli eğitim ve bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Başarılı klinik ve laboratuvar uygulamalarının devamlılığı sağlanmalıdır. Laboratuvar sonuçları mümkün olduğunca çabuk rapor edilmelidir. Klinik ve laboratuvar verileri kayıt altına alınmalı ve saklanmalıdır. Eksik ve yetersiz olan

laboratuvar kayıtlarının her zaman sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanlarının aleyhine olduğu göz önüne alınmalıdır.

Devamlı olarak yapılan sürveyans programı olmalı, bu program sayesinde tespit edilen sürveyans verilerine göre uygun tedbirler alınmalı, ihtiyaç varsa enfeksiyondan korunma tedbirleri gözden geçirilerek yapılıp uygulanmaya başlanmalıdır. Kurumlar kendi enfeksiyon oranlarını ulusal ve uluslararası verilerle kıyaslayarak analiz etmeli, yüksek enfeksiyon hızları tespit edilirse, bu durumun nedenleri araştırılarak bulunmalı, bu enfeksiyonların azaltılması sağlamak için çalışılmalıdır.

Sağlık tesisinde fiziksel bina yapısı ve çevre düzenlemesi, gerekli tıbbi cihaz ve diğer cihazlar ile kullanılan malzemeler, çalışanlar açısından güncel standartlara uyum sağlamalıdır. Özellikle risk unsuru fazla olan; ameliyathane, yoğun bakım servisleri, organ nakil ünitelerinin mevzuat ile düzenlenmiş olan havalandırılma standartlarına uyum göstermesi sağlanmalıdır. Eğitimli ve yeterli sayıda nitelikli çalışanların hizmetin sunumunda yer alması sağlanmalıdır. Ülkemizde özellikle hemşire eksikliği, tüm sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet verilmesinin önündeki en önemli engeldir. Nüfus başına hemşire sayımız Avrupa ülkelerinin en gerisindedir. Hemşirelerin bakması gerekenden fazla hasta bakması, hastane enfeksiyonu riskini de arttırmaktadır.

Enfeksiyon hastalığı olan çalışanlar ile hastaların teması minimum seviyeye düşürülmelidir. Bir sağlık çalışanının bulaşıcı enfeksiyon hastalığı olduğunu tespit etmek ve o çalışanı, hasta bakımından uzakta çalıştırmak hastane yönetiminin görevleri arasında yer almaktadır.

Hastane ortamının enfeksiyonlara neden olmayacak nitelikte temiz olması ve uygun bir tıbbi atık yöntemlerinin takibi sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşunda tadilat halinde gerekli tedbirlerin alınması ve kurallara uyulmasının sağlanması gereklidir. Diğer yandan tüm bu hususların etkin bir denetim ile düzenli olarak kontrol edilmesi gerekir. Hastanede güvenli gıda, su temini ve bunların belli aralarla diyetisyenler tarafından denetimi sağlanmalıdır.

Hastaya uygulanan tüm girişimsel işlemlerde; transfüzyon, her çeşit invazif ve cerrahi müdahale yapılmadan hasta ilgili mevzuatta belirlenen kapsam ve sürede bilgilendirilip, rızası alınmalıdır. Rızanın mevzuata uygun şekilde alındığını gösterir

aydınlatılmış onam formu hazırlanmalı ve saklanmalıdır. Formun, genel bir bilgilendirme şeklinde değil, hastaya özel düzenlenmesi, bilgilendirmenin bizzat doktor tarafından yapılması, hasta ve doktor tarafından imza altına alınması usulleri eksiksiz olarak uygulanmalıdır. Hasta ve yakınlarının gelişmiş olan hastane enfeksiyonları hakkında uygun şekilde aydınlatılması bu bağlamda önem kazanmaktadır.

Günde 100-150 hasta bakarak teşhis ve tedavisini düzenlemek zorunda kalan doktorların ve sağlık çalışanlarının hatalı tıbbi uygulama yapma riski artmaktadır. Performansa dayalı ödeme sistemi; hastanın iyilik hali, niteliksel başarılar ve çalışan memnuniyeti gibi kıstaslarla tüm sağlık çalışanlarının verimini arttıracak şekilde yeniden düzenlenmelidir. Çalışanların gelirleri azalmadan, tıbben bakabileceklerinden fazla hasta bakmak zorunda bırakılmayacak şekilde çalışmalarını sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının enfeksiyonlarından korunması açısından gerekli tedbirler alınmalı, gereken aşıları yapılmış olmalı (hepatit vb.), maruziyet kazaları kaydedilip, muhafaza edilmelidir. Hastane enfeksiyonları morbidite ve mortalitede artış, iş gücü kaybı, maliyet artışı gibi sorunlara neden olmaktadır. Ülkemiz hastanelerinde enfeksiyon kontrolü açısından değişik sorunlar mevcuttur ve genelde hastane enfeksiyon oranlarımız gelişmiş ülkelere göre daha düşük oranlardadır. Bu istatistiklerin düzenli ve güncel olmasının sağlanması ve ayrıca hastane enfeksiyonlarının tespiti veya bildirilmesinde eksiklik veya aksaklık olmamasını sağlayacak bir sistem içinde ilgili taraflarca Sağlık Bakanlığı tarafından paylaşılması sağlanmalıdır.

Hastane enfeksiyonuna bağlı olarak oluşacak zararların tazmininde hasta ve hak sahibi yakınlarının ilgili mevzuat çerçevesinde hak arama yolları mevcuttur. Sağlık çalışanı, doktor veya enfeksiyona sebebiyet veren hastane yönetiminin sorumluluğuna bağlı olarak zararların giderilmesi mümkün olmaktadır.

Hastane enfeksiyonuna bağlı olarak oluşan hukuki sorumluluk tazminat, ceza veya disiplin sorumluluğu şeklinde söz konusu olmaktadır. Ceza sorumluluğu; kast veya taksir sonucu hapis ve veya para cezası, tazminat sorumluluğu; uğranılan zararın sonucu maddi ve veya manevi tazminat, disiplin sorumluluğu; memur ise 657 DMK

göre, özel sektörde veya kendi namına çalışıyorsa meslek örgütleri düzenlemeleri yaptırımları şeklindedir.

Hatalı tıbbi müdahale nedeniyle açılacak davalar, olayın olduğu yerde, idareye karşı hizmet kusuruna dayalı olarak idari mahkemelerde, kendi namına çalışanlar açısından sözleşmeye veya haksız fiile dayalı olarak asliye hukuk mahkemelerinde, özel hastaneler açısından ise ticaret mahkemelerinde mevzuatta belirtilen sürelerde açılabilir.

Dava sürecinde hakimlerin bilirkişilik yapmak konusunda kendi mevzuatları ile yetkili kılınmış kurumlar olan ATK, YSS' dan bilirkişi görüşü isteyebileceği gibi ilgili alanda uzman başka kişilerden de isteyebilir. Bilirkişilerin doğru ve objektif olarak bilgi vermesi, mahkemeyi doğru yönlendirmesi ve adaletin tecellisi bakımından önem arz etmektedir. Sağlık çalışanın müdahaleyi yapacak yetkisi var mı, geçerli bir onam alınmış mı, kişinin bir zararı oluşmuş mu, bu zararlar davalı arasında bir illiyet bağı var mı, bu bağ varsa kusur oranı nedir gibi konular bilirkişilerin rapor tanziminde değerlendirme konusu yaptığı hususlardır.

Hatalı tıbbi müdahaleler genelinde ve hastane enfeksiyonu özelinde konu edilen davaların çoğunluğunun tazminat davaları olduğu gözlemlenmiştir. Tazminat davalarında; sağlık çalışanlarından kaynaklı veya kurum kaynaklı zarar tespit olunduğu durumlarda ise maddi zarar ve veya manevi zarar hükümleri, uğranılan zarar ve kusur ile orantılı olarak hâkim tarafından verilmektedir. Ceza davalarında ise; eylemin niteliği ve suçun unsurlarına göre TCK' nın kasten ölüm veya yaralama, taksirle ölüm veya yaralama suçlarına ilişkin hükümleri doğrultusunda karar tesisi yoluna gidilmektedir.

Hastane enfeksiyonlarının sebep olduğu hukuksal sorunların gündeme daha sık taşınacağı ve sağlık sigortası kurumlarının bu maliyetleri ödememek için yeni bazı çalışmalar yapabileceği öngörülmektedir. Doktorların alabileceği en etkin önlem, tıp biliminin güncel standartlarına göre hareket edip, doktorluk mesleğinin etik değerlerine uymaya itina göstermek olacaktır.

Sağlık çalışanlarının eğitimlerinin her aşamasında, ders olarak ve çalışırken belirli aralıklarla hizmet içi eğitimlerle, sağlık hukuku dersi konularının verilmesi, çalışanların konu hakkında farkındalığı sağlayabileceği gibi hastane enfeksiyonları konusundaki özeni ve dikkati de arttıracaktır.

KAYNAKLAR

Akhan S, Hayran M. (1997). Hastane Enfeksiyonlarına Epidemiyolojik Bakış. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi* 1, s. 20-25.

Akın, A., Çoruh, AE., Alp, E., Canpolat, DC (2011). Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Beş Yıl İçerisinde Gelişen Nozokomiyal Enfeksiyonlar Ve Antibiyotik Direncinin Değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*;33(1), s. 10.

Aktaş, Gülşah (2005). *Yoğun Bakım Hastalarında Kullanılan Standart Ve Antibakteriyal Özellikli Santral Venöz Kateterlerin Nasokomiyal Enfeksiyona Olan Etkilerinin Karşılaştırılması*, Marmara Üniversitesi, İstanbul, s.23.

Altuncan, Handan (2009). *Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis, Konya Örneği*, Selçuk Üniversitesi, Konya, s. 29-40.

Ankara Barosu Başkanlığı, (2009). *Sağlık Hukuku Digestası Dergisi*, sayı 1, s. 20-26.

Arman, D. (1997). Türkiye’de Hastane Enfeksiyonu Kontrolüne Yönelik Çalışmalar. *Hastane enfeksiyonları Dergisi*,1, s. 150-155.

Asirdizar M, Yavuz MS, Zeyfeoglu Y. (2005). *Adli Tıp Stajı Ders Notları*. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, s. 9-15.

Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, s. 7-22.

Biçer, Sema (1996). *60 Yaş Üstü Ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu*, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, s. 11-26.

Çalangu, S. (1997). Hastane Enfeksiyonlarının Önemi. *Hastane enfeksiyonları Dergisi* 1, s. 6.

Çevre ve Orman Bakanlığı, (2005). Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği.

Çobanoğlu, N., Aydoğdu, İ., (2007). Tıbbi Atıkların Oluşturduğu Sorunların Çevre, Sağlık Ve Etik Açısından İncelenmesi, s. 277.

Dağlı, Özgür (2006). *Yoğun Bakımda Hastane Enfeksiyonları Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*, Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, s. 30.

Doğan, M. (2007), Hukuki Sorumluluk Bakımından Hekimin Kusuru ve İspatı, *Erzincan Sağlık Hukuku Sempozyumu*, Yetkin Yayınları, Ankara, s. 41.

Doğanay, M. (2013). Hastane İnfeksiyonları. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, s. 62.

DMK, 657 (1965). Devlet Memurları Kanunu.

Erman, (2003). Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Ankara, s. 62.

Erol S, Kürşat H, Özkurt Z, Parlak M, Taşyaran MA. (2000). Reanimasyon Ünitemizdeki Hastane İnfeksiyonları. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 4, s. 20.

Ertek, Mustafa (2008). İ.Ü Cerrahpaşa Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol-Sempozyum Dizisi* No:60 s.10

Ertem, G., Oksel, E. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme, s. 1-10.

European Commission (2014) Key Findings and Recommendations on Reporting And Learning Systems for Patient Safety Incidents Across Europe. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm (Erişim Tarihi: 29.12.2017)

Gencer, Serap (2008). İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp eğitimi Etkinlikleri – *Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol- Sempozyum Dizisi* No:60, s.71

Graves, N. (2004). Economics And Preventing Hospital-Acquired İnfections. *Emerg Infect Dis*, s. 561-566.

Hacımustafaoğlu, M. (2004). Peditride Hastane Kaynaklı Enfeksiyonlardan Korunma. *ANKEM Der.* 18, s. 148-53.

Hakeri, H. (2009). Tıp Hukuku Temel Bilgiler, Seçkin Kitabevi, Ankara, s.290.

HUMK, (1927). Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu.

Kozak, Tayfun (2007). *TS 108001 (OHSAS 18001) İş Sağlığı Ve Güvenliği Yönetim Sistemi: İnşaat Sektöründe Bir İşletmede Uygulama Örneği*, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay, s. 16-36.

Özata, M. (2009). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin Ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*;12(1-2), s. 417-420.

Öztürk, Recep (2005). İ. Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- *Hastane Enfeksiyonları: Sorunlar, Yeni Hedefler ve Hukuki Sorumluluk-* s. 23.

Sarıtaş, H. (2005), Hasta Hakları Açısından Hekimin Sorumluluğu, Ankara: Bilge Yayınevi, s. 44.

Soysal A, Toprak D, Yavuz B ve diğeri (2006). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Servisinde 2004 Yılı Nozokomiyal Enfeksiyonları. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*; 10, s. 100.

Şardan, Çetinkaya Y., (2008). *Enfeksiyon Kontrol Programlarının Organizasyonu Ve Enfeksiyon Kontrol Uygulamaları*. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 554-557.

Tabak, Fehmi (2005). *Enfeksiyon Hastalıkları El Kitabı*, İstanbul: Medikal Yayıncılık, s. 52-53.

Tansüyer, Tuba (2010). *Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması*, Gazi Üniversitesi, Ankara, s. 42.

TBB, (2004). *Türk Tabipler Birliği Dergisi*, Sayı 53.

TBK, (2011). *Türk Borçlar Kanunu*

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2005). *Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği*, Resmî Gazete, Ankara.

T.C. Sayıştay Başkanlığı Performans Denetim Raporu, (2007): *Hastane Enfeksiyonları ile Mücadele*, s. 140.

TCK, (2004). *Türk Ceza Kanunu*.

Tekeli, E. (2002). ICU İnfections Of Yesterday, Today And Tomorrow. J Intens Care; 2(1), s. 19.

Temel, M. (2005). Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis. *Hemşirelik Forum Dergisi*;3(1), s. 84-90.

Tıp Teknolojileri Kongresi, (2016), Antalya.

Ulusoy, Seçkin (1997). *Kronik Tonsillitte Tonsil İçi Mikrofloranın İnce İğne Aspirasyon Yöntemi İle İncelenmesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, s. 35-71.

Usluer, Gaye. Esen, Şaban., Dokuzoğuz, Başak, Ural Onur., Akan Hüseyin., Yörük Cemile, Şahdn H. (2006), “İzolasyon Önlemleri Kılavuzu” *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, Ek 5, s. 24-26.

Uzun, Ö. (1997). The Definitions Of Nosocomial İnfections. Turk J Hosp Infect; 1(1), s.20.

Wilke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, (2008). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Willke A, Gündeş SG (2001). Türkiye’de İnfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları. *Aktüel Tıp Dergisi Hastane İnfeksiyonları Özel Sayısı* 6, s. 1.

Yalçın, Ata Nevzat (2002). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Ana bilimdalı Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi Hastane Enfeksiyonları Maliyet Analizi.

Yıldız, Meral (2007). *Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine Transfer Edilen Travma Hastalarında Nozokomiyal Pnomoni Gelişimine İlişkin Risk Faktörlerinin İncelenmesi*, Marmara üniversitesi, İstanbul, s. 47.

Ylipalosaari P, Tero I Ala-Kokko, Lauria J, Ohtonen P, Syrjala H. (2006). Community And Hospital Acquired Infections Necessitating ICU Admission: Spectrum, Co-Morbidities And Outcome. *J Infect*.

Yüce, A., Çakır, N. (2009) *Hastane İnfeksiyonları*. Ankara: Güven Kitabevi, s.78.

WHO, (2013). World Health Organization. *Safe Management Of Wastes From Health Care- Activities. 2nd Ed. Y. Chartier vd. s. 2.*

(AİHM 2000-V ve Calvelli ve Ciglio/İtalya [BD], No.32967/96, 49, AİHM 2002-I)

(<https://www.danistay.gov.tr/>)

(<http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>).

(<http://www.mevzuat.gov.tr/>)

(<https://www.yargitay.gov.tr/>)