

Sayın Editör, 05.05.2006

Sayın Hamdi Akan derginizde⁽¹⁾ yayımlanan yazısında Türk Hematoloji Demeği olarak akılcı antibiyotik kullanımını desteklediklerini, ancak geçmişte de başarılı olarak yürütülen multidisipliner işbirliğinin de desteği ile hematologların ve onkologların bu alanda yetkili olmalarını önermektedir. Bunun da bütçe uygulama talimatına "Bu kurallar yoğun kemoterapi ve kemik iliği-kök hücre nakli yapılan merkezlerde hematologlar ve onkologlar tarafından yürütülür" ibaresinin eklenmesi ile gerçekleşebileceğini belirtmektedir.

Sayın Necmettin Ünal ise aynı sayıda yayımlanan yazısında⁽¹⁵⁾ özellikle tüm antibiyotiklerin ülke çapındaki kullanım istatistiklerinde kullanılan kutu başı antibiyotik sayısı istatistiklerine atıfta bulunarak, bütçe uygulama talimatı sonrasında maliyetlerde düşüş sağlanıp sağlanmadığının tartışılmalı olduğunu, dirençli suşların azalmasında ne kadar başarılı olunduğunun belirsiz olduğunu, diğer tuzluk ve yönetmeliklere göre antibiyotik yazma yetkilerinin kısıtlanmasının mümkün olmadığını belirtmiştir.

Sayın Akan'ın akılcı antibiyotik kullanımından kastettiği şeyin 2003 ve sonrasındaki bütçe uygulama talimatlarında çeşitli antibiyotiklerin enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı (İHU) onayı gerektirmesi kuralı olduğunu kabul ederek konu ile ilgili görüşlerimizi belirtmek istiyoruz.

1) Uygunsuz antibiyotik kullanımı ulusal bir sorun olarak devam etmektedir. Uygunsuz kullanım özellikle cerrahi kliniklerde yoğun olmakla beraber dahiliye kliniklerinde de sık karşılaşılan bir sorundur^(4,8,14). Hastanemizde bütçe uygulama talimatı öncesindeki dönemde İç Hastalıkları Anabilim Dalı ile ortaklaşa yapılan bir çalışmada İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde uygunsuz antibiyotik kullanım oranı % 48 olarak saptanmıştır⁽⁴⁾. Bu bizim hastanemizin verisi olmakla birlikte, ülkemizde bütçe uygulama talimatı öncesinde 18 üçüncü basamak eğitim hastanesinde yapılan çok merkezli bir nokta prevalans çalışmasında⁽¹⁴⁾ uygunsuz antibiyotik kullanımı profilaktik antibiyotiklerde % 33.0, klinik enfeksiyonlarda % 25.7, mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış enfeksiyonlarda % 15.9 olarak rapor edilmiştir.

2) Enfeksiyon hastalıkları-hematoloji/onkoloji işbirliğinin geçmişte ve halen başarılı olduğu yerler olduğu gibi geçmişte çok çok az, günümüzde de sınırlı olduğu yerler de vardır.

3) European Board of Infectious Diseases'e göre immün süpresif olgulardaki enfeksiyonlar ve yoğun bakım enfeksiyonları, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık eğitiminin bir parçasıdır⁽⁹⁾. Bu yazının yazarlarından biri (ORS) 2003 Mart'ına kadar olan sürede, ki bu asistanlığımın 42 ayını temsil etmektedir, nöbetlerde yalnızca tek bir iç hastalıkları konsültasyonu/febril nötropeni olgusu konsültasyonu (kan kültüründe *Brucella* spp. üreyen bir olgu) görmüştür. Aynı sürede anestezi yoğun bakım ünitesinden istenmiş bir

konsültasyon görmemiştir. Hastanemizde, ki Türkiye'nin en büyük hastanelerinden biridir, hematoloji-onkoloji enfeksiyon hastalıkları kooperasyonu gibi bir kavramdan bahsetmek en azından 2003

Mart'ına kadar telaffuz edilebilecek bir kavram değildi.

4) Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının pek çok hastanede konsültan hizmet vermek için gerekli altyapı birikime sahip olmadığı savı için elde bilimsel kanıt yoktur. Türkiye'deki enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının antibiyotik önerilerinin uygunluğu % 94.6, asistanlarının % 97.6 olarak bildirilmiştir^(6,13). İdeali % 0 olsa da % 2.4-5.3 uygunsuz kullanım oranları, % 48'e varan oranlarla^(4,8,14) karşılaştırıldığında oldukça iyi kabul edilebilir.

5) Ülke çapında durumun ne olduğunu bilmemekle birlikte, hastanemizde iç hastalıkları uzmanlık eğitimi esnasında yapılan üç aylık enfeksiyon hastalıkları rotasyonu hızla gelişip değişmekte olan enfeksiyon hastalıklarının ve antimikrobiyal ajanların öğrenilmesi için kanaatimizce yeterli değildir. Zaten bu yüzden Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ayrı bir anabilim dalıdır. Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi esnasında bildiğimiz kadarıyla enfeksiyon hastalıkları rotasyonu yoktur.

6) Tüm antibiyotiklerin kullanım istatistikleriyle talimatın işleyip işlemediği hakkında hüküm vermek, talimatın ilaç tüketimine etkisini nedensel olarak incelemek açısından kanaatimizce uygun değildir. Kısıtlama politikaları sonucunda kısıtlama olmayan antibakteriyellerde artış beklenir⁽¹⁰⁾. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarınca herhangi bir şekilde kısıtlanamayan oral antibiyotikler, sefazolin gibi antibakteriyellerdeki olası artışı talimatnamenin başarısızlığı olarak görmek/göstermek ne kadar uygundur? Halen UD-72 ve İHU kapsamında olan antibiyotiklerin tüketiminde talimat sonrası azalma rapor eden pek çok veri vardır^(2,7). Sayın Hamdi Akan'ın da yazarları arasında olduğu bir makalede bütçe talimatından önce ve sonra yapılmış allojenik ve otolog kemik iliği nakillerinde antibiyotik kullanımı incelenmiş, sırası ile birinci ve ikinci grupta hasta başına antibiyotik kullanım günleri 33.4 ve 19.4 olarak rapor edilmiştir (p= 0.036)⁽³⁾. Her ne kadar anlamlı değilse de antibiyotik kullanımındaki uygunluk talimat öncesi grupta % 56, talimat sonrası grupta % 86 olarak bildirilmiştir (p= 0.059).

7) Hastanemizde 2001-2002 ve 2004-2005 arasındaki hastane kökenli bakteremi etkeni *Pseudomonas aeruginosa* kökenlerinin direnç profilleri incelendiğinde amikasin, sefoperazon, sefepim ve meropenem karşı direnç istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşmüştür⁽¹¹⁾. Bu bilgi en azından bazı bakteriler için yapılan antibiyotik politikası değişikliklerinin direnç profillerine olumlu yansımaya başladığını göstermektedir.

8) Sayın Ünal'ın⁽¹⁵⁾ acil durumlarda antibiyotik kullanımı ile ilgili atıfta bulunduğu ağır sepsis ve septik şok tedavi

yönergesinde⁽⁵⁾ bir saat içinde antibakteriyel tedaviye başlanması ile ilgili önerinin kanıt düzeyi grade E olarak belirtilmiştir. Grade E kanıt ise dördüncü seviye (randomize olmayan tarihsel kohortlar ve eksper fikri) veya beşinci seviye (vaka serileri, kontrolsüz çalışmalar ve eksper fikri.) olarak tanımlanmıştır. Acil olarak antibiyotik başlanma endikasyonu olan olgularda İHU konsültasyonu nedeniyle tedavinin geciktiğini gösteren bilimsel bir bilgi bildiğimiz kadarıyla yoktur. Böyle bir durum olsa bile sorumluluk konsültasyon istendikten sonra İHU'da olacaktır.

9) Türkiye'de ilgili bütçe uygulama talimatıyla İHU'ların da anti-kolesterol ilaçlar gibi bazı ilaçları yazma yetkileri elinden alınmıştır⁽¹²⁾.

Sonuç olarak infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji ve diğer klinikler arasındaki ilişkilerin bu gibi zorlama kanunlarla değil akılcılık dahilinde multidisipliner yaklaşımlarla yapılmasının, ülkemizde antibiyotik kısıtlama politikalarının sınırının uzatılmış/gereksiz profilaksileri engelleyebilecek şekilde genişletilmesinin ekonomik ve bilimsel olarak ülkenin faydasına olacağı kanaatindeyiz.

Uz. Dr. Oğuz Reşat Sipahi

Uz. Dr. Hüsnü Pullukçu

Uz. Dr. Meltem Taşbakan

Doç. Dr. Tansu Yamazhan

Yard. Doç. Dr. Bilgin Arda

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Bornova, İZMİR
Yazışma adresi: Oğuz Reşat Sipahi. Tel.: (0232) 3904510,
Fax: (0232)342 0871

e-posta:oguz.resat.sipahi@ege.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Akan H: Akılcı antibiyotik kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği, ANKEM Derg 2006;20(1):65-7.
2. Arda B, Yamazhan T, Sipahi OR, Taşbakan MI, Büke Ç, Ulusoy S: 2003 mali yılı bütçe uygulama talimatının Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki (EÜTFH) bazı antibiyotiklerin kullanımı üzerine etkisi (Özet), Hastane İnfeksiyon Derg 2004;8(Ek 2):14.
3. Azap A, Topcuoglu P, Yeşilkaya A et al: The effect of a nationwide antibiotic restriction policy on antibiotic usage in a stem cell transplantation unit, Turkish J Haematol 2005;22(2):87-90.
4. Büke Ç, Sipahi OR, Taşbakan M ve ark: İç Hastalıkları Yoğun Bakım ünitesinde gelişen infeksiyonların değerlendirilmesi, İnfeksiyon Derg 2005;19(1):67-73.
5. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H et al: Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock, Crit Care Med 2004;32(3): 858-73 [Erratum: Crit Care Med 2004;32(6):1448 and Crit Care Med 2004;32(10):2169-70].
6. Erbay A, Bodur H, Akinci E, Colpan A: Evaluation of antibiotic use in intensive care units of a tertiary care hospital in Turkey, J Hosp Infect 2005;59(1):53-61.
7. Hosoglu S, Esen S, Ozturk R et al: The effect of a restriction policy on the antimicrobial consumption in Turkey: a country-wide study, Eur J Clin Pharmacol 2005;61(10):727-31.
8. Hoşoğlu S, Geyik MF, Eraydın H, Parlak Z, Ayaz C: Bir üniversite hastanesinde antibiyotik kullanımı kalite araştırması - nokta prevalans çalışması (Özet), ANKEM Derg 2005;19(Ek 1):3.
9. <http://www.uemsinfec.org/infec-tr.htm> (Erişim, 13 Mart 2006).
10. McGowan JE Jr, Finland M: Usage of antibiotics in a general hospital effect of requiring justification, J Infect Dis 1974;130(2):165-8.
11. Pullukcu H, Sipahi OR, Taşbakan MI ve ark: Nozokomiyal bakteremi etkeni Pseudomonas aeruginosa kökenlerinin çeşitli antibiyotiklere direnç durumu: Beş yıllık sonuçların değerlendirilmesi (Özet), Hastane İnfeksiyon Derg 2006;10(Ek 1):68.
12. Resmi Gazete: 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Resmi Gazete No: 25722 (Mükerrer), 9 Şubat (2005).
13. Sipahi OR, Taşbakan M, Pullukcu H et al: Prospective evaluation of consultations performed by infectious diseases trainees, 16th ESCMID, p.1472, Nice (2006).
14. Usluer G, Ozgunes I, Leblebicioglu H, Turkish Antibiotic Utilization Study Group: A multicenter point-prevalence study: antimicrobial prescription frequencies in hospitalized patients in Turkey, Ann Clin Microbiol Antimicrob 2005;4:16.
15. Ünal N: Yoğun bakımıcılar açısından bütçe uygulama talimatı ve kısıtlı antibiyotik kullanımı: hedefler, beklentiler, sonuçlar ve öneriler, ANKEM Derg 2006;20(1):55-60.

Yazarın cevabı

12.05.2006

Sayın editör,

Değerli yazarların görüşlerini içeren yazıyı dikkatle okudum ve genel hatları ile paylaştığım noktalara karşın, açıklama getirmemin yararlı olacağını düşündüğüm ya da katılmadığım noktalar ile ilgili görüşlerimi açıklamak isterim. Bu görüşler tamamen bana ait olup, Türk Hematoloji Derneğinin kurumsal görüşünü yansıtmayabilir.

Yazarların da vurguladığı gibi temel sorun uygunsuz antibiyotik kullanımı, bu kullanıma yol açan disiplinlerarası iletişimsizlik ve ayrıca geçmişte mezuniyet öncesi ve sonrası bu alandaki eğitimdeki yetersizliktir. Bu konu özellikle Hematoloji-Onkoloji alanlarında çok belirgindir. Belli bir-iki kurum dışında yıllar boyunca hematolog ve onkologlar, kendilerini ilgilendiren hastaların enfeksiyon sorunları ile kendileri başetmek zorunda kalmışlardır. Klasik enfeksiyon eğitimi ve yaklaşımının uzun süre bağımsızlık sistemi baskılanmış ya da kanserli hastalardaki enfeksiyon sorununun önemini yeterince algılayamaması ve bundan uzak durma çabası bu alandaki iletişimsizliğin temel nedenidir. Doğaldır ki, buradaki boşluk konunun doğrudan muhatabı olan hematolog ve onkologlar tarafından doldurulmuştur. Bu sorunun önemini benimseyen ve eğitim ve hizmetini bu alana yaygınlaştıran kurumlarda ise böyle bir sıkıntı olmadığı görülmektedir. Bu sorunlar nedeni ile, disiplinler arası işbirliği arayışı kurumlar dışında gelişmiş ve Febril Nötropeni Derneği gibi oluşumların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu süreç ister istemez konu ile ilgili hematolog ve onkologların, mezuniyet sonrası eğitim programları dışında bu konu ile yakından ilgilenmeleri ve bir anlamda da uzmanlaşma ya da farklılaşmalarına yol açmıştır. Bu dönemde yurt dışında bu konu ile ilgilenen kuruluşlarda hiçbir enfeksiyon hastalıkları uzmanı görev almazken, hematolog, onkolog ya da iç hastalıkları uzmanlarını buralarda görmek ve yine bu dönemde yapılan yurt dışı yayınları izlemek bunun kanıtıdır. Şüphesiz ki, yazarların da belirttiği gibi İç Hastalıkları uzmanlık eğitimi sırasında yapılan Enfeksiyon Hastalıkları rotasyonunun bir hematolog ya da onkologa enfeksiyon öğretmesi olası değildir. Ancak, anlaşılması gereken bu oluşumların filizlendiği dönemde yapılan enfeksiyon hastalıkları rotasyonu üç sene de sürse, bu eğitimin o dönemde yine de alınmayacağıdır. Önemli bir çoğunluğun bu konuya tamamen karşı olduğunu bilmeme rağmen, kişisel kanım, bu sorunun çözümünde Enfeksiyon Hastalıkları uzmanlığının İç Hastalıkları uzmanlığı üzerine de yapılabilmesinin yararlı olacağıdır. Ayrıca, bu konuda eğitim veren ve hizmetini hastane geneline yaygınlaştırmış Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi gibi kurumlara haksızlık etmem gerektiğini de vurgulamak isterim.

Neyse ki ya da ne yazık ki, yazarların da vurguladığı

gibi, bu sıkıntılar ancak devlet zoru ile aşılmaya başlanmıştır. Yasal gereklilikler nedeni ile disiplinler arası ilişki kaçınılmaz hale gelmiş ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanları da, karşılardaki yeni gerçeklerle boğuşmaya başlamışlardır. Bu hizmetin yerine getirilebilmesinde Enfeksiyon Hastalıklarının bu konuda yeterli altyapıya sahip olmadığını söylemek doğaldır, çünkü geçmişte yapılanma gereksinime göre yapılmış ve o dönemde yataklı tedavi hizmeti öne çıkarılmıştır. Ancak konsültasyon ağırlıklı bir hizmete gerek duyulunca pek çok birimde yeniden organizasyon ve altyapı farklılaşması gerekmiştir. Bu konuya farklı yaklaşan bazı Tıp Fakültelerinde ise bu tip hastalara düzenli konsültasyon hizmeti yıllardır verilmektedir.

Ancak birikime sahip olma durumu, önemli oranda bu yasal zorlama sonrasında gerçekleşmiştir. Şu andaki durumun geçmişi yansıttığını söylemek gerçekçi olmayacaktır. Ayrıca, şüphesiz ki bunlar genellemelerdir. Özelde durum farklı olabilir. Kanımca bu yasal zorlamanın diğer bir yararı da enfeksiyon hastalıkları hizmetinin, konsültasyon ağırlıklı bir hizmet olduğunun anlaşılması olmuştur. Çok az sayıda yatakla tüm hastaneye hizmet veren ve sözünü geçirebilen bir disiplin haline gelmenin mümkün olabileceği görülmüştür.

Sonuç olarak, rotasyon anlamında eğitim alınamamış olsa da, hematoloji ve onkoloji uzmanları bu dar alandaki enfeksiyonlar konusunda iyi eğitilmiş bir kesimdir. Gerek bu nedenle, gerekse de halen yeterli işbirliğinin sağlanamadığı durumlarda ilaç yazma yetkisinin kullanılabilmesinde herhangi bir sakınca olmaması gerekir. Yurt dışında akılcı ilaç kullanımına yönelik politika geliştiren ülkelerde de böyle örnekler olduğu açıktır.

Aslında bu yasal zorlamanın temel gerekçesi olan “uygunsuz antibiyotik kullanımının önlenmesi” gibi anlamlı bir hedefin arkasına gizlenmiş olan ekonomik gereklerin bu uygulama ile yerine getirilip getirilemeyeceğini söylemek bu aşamada mümkün gibi gözükmemektedir. Belki bu da önemli değildir, çünkü zorlama ile bu tip hedeflerin yakalanması her zaman olanaklı olmayabilir ancak geçirmekte olduğumuz dönem, sıkıntılar taşısa da, daha önce gerçekleştirilemeyen ve aslında temel koşul olan multidisipliner yaklaşımları sağlamaya başlamıştır. Sanırım, en önemli kazanç da bu olacaktır ve bu sürecin sağlıklı devam etmesi durumunda sonuç hepimizin yararına olacaktır.

Saygı ile,

Prof. Dr. Hamdi Akan
Ankara Tıp Fakültesi
Öğretim Üyesi

Editörün notu

Sayın Sipahi ve arkadaşlarının mektubuna, herhalde Sayın Hamdi Akan'ın vereceği cevabı yeterli görmüş olmalı ki, Sayın Necmettin Ünal cevap vermemiştir.

Çevremizi bulduğumuz pozisyona göre görürüz. Sağ ve sol gözümüz bile çevreyi farklı görür; iyi ki farklı görür de derinlik duygusunu kazanırız. Bu nedenle her konuda kişilerin farklı görüşleri olması ve bu görüşün şekillenmesinde bulunduğu pozisyonun etkisi kaçınılmazdır. Bu editöre mektubu ve Sayın Akan'ın cevabını okuyanların değerlendirmesinde de elbette aynı kurallar geçerli olacaktır. Bu nedenle ANKEM olarak okuyucuyu kendi görüş ve düşüncesi ile başbaşa bırakıyor, konuyu burada noktalıyoruz.

ÜYELERİMİZE

Adres, unvan, tel numarası değişikliklerini ve e-posta adreslerinizi ankem@ankemdernegi.org.tr'ye bildirmenizi rica ederiz.