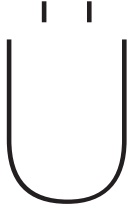


Gıda sektörü çalışanlarında portör taraması

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpinar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane infeksiyonları, HIV infeksiyonu, infeksiyöz ishaller ve infeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.



Ülkemizde gıda işiyle uğraşanlar ve sıhhi müesseselerde çalışanlar için belli dönemlerde portör (mikrop taşıyıcılığı) taraması yaptırılması zorunludur.

24.4.1930 tarihinde kabul edilip 6.5.1930 tarihli resmi gazetede yayımlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun (UHK) konuyla ilgili 126. ve 127. maddeleri şöyledir:

“Madde 126 - Yenilecek ve içilecek şeyler satan veya veren veyahut taharet ve nezafete müteallik sanatlar ifa edenler, her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sıhhi rapor almaya mecburdurlar. Bunlardan devre-i sirayette frengi ve sarı verem ve cüzzama müptela olanlarla halkın istikrah ve nefretini mucip bir cilt hastalığına duçar olanlar sanatlarını icradan men olunurlar.

Madde 127 – 126'ncı maddede zikrolunan sıhhi muayene, meccanen bele-

diye tabiileri tarafından yapılır. Belediye tabiileri bulunmayan yerlerde bu vazife hükümet tabiileri tarafından icra olunur. Mahalli belediyelerince hangi meslek ve sanat erbabının muayeneye tabii olduğu 266'ncı maddede zikredilen nizamnameye derc olunur.”

UHK'nin yürürlüğe girişinden itibaren uygulama içeriği Sağlık Bakanlığı'nın genelge ve görüşleriyle zamanla değişen portör taraması, en son 27.1.2005 tarihli Sağlık Bakanlığı genelgesine göre uygulanmaktadır. Buna göre



portör muayeneleri özel kurumlarda da yapılabilmektedir. İçerik olarak:

- 1) Dışkıda Salmonella ve Shigella kültürü (yılda bir),
- 2) Dışkının mikroskopik incelemesi (Entamoeba histolytica, Giardia lamblia kistleri ve helmint yumurtaları yönünden 6 ayda bir),
- 3) Boğaz ve burun kültürü (Staphylococcus aureus yönünden yılda bir),
- 4) Akciğer grafisi (tüberküloz yönünden yılda bir).

Mevcut haliyle portör taraması acaba ne işe yaramaktadır? Beklenen faydayı sağlamakta mıdır yoksa bekleneni sağlamayan, gereksiz zaman ve ekonomik kayba neden olan "bürokratik" seviyede kalan bir işlem midir? Gıda çalışanlarında portörlük tespitindeki standart yöntemler var mıdır? Son genelgeyle dışkı kültürüyle taranması istenen Salmonella ve Shigella ülkede kaç laboratuvarında standart yöntemlerle üretilip tanımlanabilmektedir? Daha da önemlisi portör taraması gelişmiş ülkelerde yapılmakta mıdır? Bu sorulara verilecek cevap ne yazık ki olumsuzdur.

Konuyla ilgili sorunları ve bunlar hakkında görüşümüzü belirtmeden önce portörlük kavramını özetle ele alacağız.

Hastalığın klinik belirtilerine sahip olmadığı halde infeksiyon etkenini taşıyan ve vücut çıkartıları ile ya da diğer yollardan başkalarına bulaştırabilen kişilere, başka bir ifadeyle "sessiz infeksiyonlular"a portör (mikrop taşıyıcısı) denir. Portörler birçok infeksiyonun bulaşmasında ve yayılmasında önemli rol oynarlar. Portörlük çeşitli gruplara ayrılabilir:

- 1) Erken portörlük (kuluçka dönemi taşıyıcıları; hastalık öncesi taşıyıcılar, çocukluk dönemi hastalıkları: Difteri, boğmaca, kızamıkçık, kabakulak, çocuk felci, suçiçeği ile HIV infeksiyonu),
- 2) Hastalık sonrası taşıyıcılar (nekahet portörlüğü, sıtma, Salmonella typhi ve nontyphi infeksiyonu, kolera, çocuk felci, hepatit A, hepatit B),
- 3) İmmün portörlük (grip: Aşılı kişiler veya daha önce aynı tipte infekte olmuş kişiler influenza virüsünü hastalanmadan solunum yolundan damlacıklarla yayarlar),
- 4) Hastalanmayan taşıyıcılar (temas portörlüğü; pasif portörlük, epidemik menenjit salgını sırasında belli bir anda toplumdaki kişilerin % 20-60'ının nazofarinksinde Neisseria meningitidis bulunabilir; poliomyelitte her felçli hastanın çevresinde 100 kadar sessiz

infeksiyonlu vardır).

Hastalık sonrası taşıyıcılık (nekahet portörlüğü) geçici, kronik veya kesintili olabilir. Etkenin hastalıktan sonra bir süre vücut çıkartılarında bulunmasına geçici portörlük denir. Eğer bu süre daha uzun olursa süregelen (kronik) portörlükten söz edilir. Örneğin, tifo geçirenlerin dışkısında bir yılı aşmayan bir süre S.typhi bulunabilir. Tifo geçirenlerin % 3 kadarında ise bakteriyi, dışkıda bir yıldan sonra da bulunmaya devam eder. (Bu kişiler kronik tifo portörüdürler. S.typhi bu kişilerin çok defa safra kesesine yerleşmiştir ve burada üremeye devam eder.) Vibrio cholerae biyotip eltor infeksiyonu sonrasında kronik taşıyıcılık oluşabilmektedir. Şigeloz, kolera ve diğer dışkıyla bulaşan hastalıklar için geçici taşıyıcılık söz konusudur. Etkenin, vücut çıkartılarında zaman zaman bulunmasına ise kesintili portörlük denir. Tifoda muhtemelen safranin zaman zaman bağırsağa boşalmasından ileri gelen bu tür portörlük de görülür.

Yukarıda görüldüğü gibi portörlük geniş bir kavramdır ve infeksiyon hastalıklarının bulaşmasında önemlidir.

Ülkemizde portör taraması UHK'den itibaren 70 yıldan fazla bir süredir uygulanmaktadır. Taşıyıcılıkla ilgili yapılan çalışmalarda ciddi standardizasyon sorunlarının olduğu görülmektedir. Salmonella ve dışkıyla bulaşan diğer etkenleri araştırmak için uzun yıllar değişik merkezlerde Grubel-Widal testi uygulanmış, tüberküloz açısından ise mikrofimiler çekilmiştir. Grubel-Widal aglütinasyon testi ile taşıyıcılık durumunu saptamak mümkün değildir. S.typhi taşıyıcılığı için serolojik olarak anti-Vi antikorlarının bakılması gerekmektedir. Son dekatta bazı merkezlerde bu uygulama başlatılabilmisti. 1994 - 1997 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Dairesi Başkanlığı tarafından yaklaşık 30.000 kişide anti-Vi antikorları ve dışkı kültürleri yapılmış, otuz şüpheli sonuçtan 4-5 kişide nontifi Salmonella saptanmıştır (% 0,02-0,03). 1986 yılından bu yana klinik ve/veya laboratuvar olarak izlediğimiz ishal olguları arasında 10'u aşmayan tifolunun bir kısmının İstanbul dışına seyahat veya İstanbul'a dışardan gelme öyküsü mevcuttur. Bu ve benzeri gözlemlerin diğer araştırmacılar tarafından saptanması ve portör arama yöntemlerinin taşıyıcı saptamada duyarlılık ve özgüllük sorunları, standart olmayan uygulamalar, ayrıca yılda bir-iki kez yapılacak testlerle var olabilecek taşıyıcıların ne kadarının saptanabileceği, konunun maliyet etkinliği gibi sorular dikkate alınarak; İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkan-



Mevcut haliyle portör taraması acaba ne işe yaramaktadır? Beklenen faydayı sağlamakta mıdır, yoksa bekleneni sağlamayan gereksiz zaman ve ekonomik kayba neden olan "bürokratik" seviyede kalan bir işlem midir? Gıda çalışanlarında portörlük tespitindeki standart yöntemler var mıdır? Son genelgeyle dışkı kültürüyle taranması istenen Salmonella ve Shigella, ülkede kaç laboratuvarında standart yöntemlerle üretilip tanımlanabilmektedir? Daha da önemlisi portör taraması gelişmiş ülkelerde yapılmakta mıdır?

lığı'nda konunun tarafları, uzmanlar ve bilim adamlarından oluşan bir heyet değişik toplantılar düzenlemiş ve toplantılara Sağlık Bakanlığı yetkilileri de davet edilmiştir. Hazırlanan rapor Bakanlık yetkililerine sunulmuştur. Daha sonra 2006 yılında Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları (KLİMİK) Derneği, Sağlık Bakanlığı'nın görüş istemesi üzerine üç uzman tarafından hazırlanan raporu Bakanlığa sunmuştur. Bu girişimlere rağmen bugüne kadar olumlu yönde bir adım atılmamıştır.

Mevcut portör tarama sisteminin bilimsel ilkeler temelinde yapılmadığı açıktır. Standart olmayan, hatta uygun olmayan yöntemler kullanılarak, gereksiz tetkikler yapılmaktadır. Salmo-



Mevcut portör tarama sisteminin bilimsel ilkeler temelinde yapılmadığı açıktır. Standart olmayan, hatta uygun olmayan yöntemler kullanılarak, gereksiz tetkikler yapılmaktadır.

nella, Shigella portörlüğünde önerilen dışkı kültürü ülkemizde kaç laboratuvarıda uygun olarak yapılabilmektedir? Üretilen bakterileri tiplendirmek kaç laboratuvar tarafından yapılabilecektir? Özel laboratuvarların da yetki aldığını düşünürsek, mevcut portör tarama ücreti ile sadece uygun bir dışkı kültürü yapılabilecek midir? Laboratuvarların etkin denetiminin yapılmadığı ülkemizde acaba ne kadar doğru çalışılmaktadır?

Doğrusu yetkililerden aşağıdaki soruların açık cevabını bekliyoruz. Yetmiş yılı aşkındır uygulanmakta olan portör taraması verileri hiç analiz edilmiş midir? Analiz edilmişse bu veriler hangi politika değişimlerine yardımcı olmuştur? Portör taraması maliyet etkin midir? Uygulanan kaç teste karşı, kaç portör bulunmuştur? S.aureus burun-boğaz taşıyıcılığı normalde toplumda % 15-20 oranındadır; saptanan portörler için ne yapılmaktadır? Akciğer tüberkülozuyla gıda ilişkili infeksiyonların ne ilgisi vardır? Portör taraması ile kaç aktif tüberküloz saptanmıştır ve bunun maliyeti ne olmuştur? Son yönergeyle (2005) hepatit B, HIV, HCV aranması istenmemiş olmakla birlikte, değişik merkez ve kurumlarda yapılmış ve yapılmakta olan hepatit B, HCV, HIV taramalarının gıda aracı bulaşmayla ilgisi nedir? Hepatit B taşıyıcısı olanın, gıda işinde çalışmasının engellenmesinin bilimsel ve yasal dayanağı nedir? Bu soruların cevabı arandığında ülke olarak yanlış bir uygulama yaptığımız açığa çıkacaktır.

Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği tarafından hazırlanan raporlar ülkemizde mevcut uygulamaların uygun olmadığını göstermektedir.

Gıda sektöründe çalışanların portör muayeneleri konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında yayımladığı "Gıda Sektöründe Çalışanlar İçin Sağlık Gözetim ve Denetim Danışmanlık Raporu" ilkeleri mevcut haliyle bir taramayı etkin olmadığı için önermemektedir.

Bunun yerine ilgili raporda işe alma esnasında ve sonrasında sürekli hijyen eğitimi, hasta olanın tedavi edilmesi veya geçici olarak işten uzaklaştırılması gibi ilkeler önerilmektedir.

Avrupa Birliği'nin gıdalarla ilgili yaptığı düzenlemeler, DSÖ önerileriyle uyum içindedir. AB, gıda işiyle ilgili personelin hijyeni, bunun sağlanması için eğitim ve uygun ortam, gıda güvenliği ile ilgili hastalıkların bildirilmesi, hasta olan kişilerin çalıştırılmaması, işe almadan önce ve sonra belli aralıklarla tıbbi muayene ve belgeleme sistemini önermektedir. Burada eğitilmiş kişinin hastalığını zamanında bildirmesi önemlidir.

DSÖ, AB raporları ve konuyla ilgili diğer bilimsel görüşleri dikkate alarak çözüm olarak aşağıdaki önerileri sunuyorum:

1) Gıda güvenliği / hijyeni konusunda asıl olan, kişilerin gıdalla bulaşan hastalıklar ve hijyen konusunda sürekli eğitiminin sağlanmasıdır. Eğitimin niteliği, kullanılması gerekli yöntem, uygulama sıklığı, uygulanması gereken kişiler, uygulamayı yapacak kurumlar, alınan sonuçlara göre ne yapılacağı kararlaştırılmalıdır.

Çalışanların eğitiminden işyeri sahibi veya yetkilendirilen kişi sorumlu olmalıdır.

Eğitimler işe girişte ve daha sonra belli periyotlarla yapılmalıdır. Eğitim içeriği konuyla ilgili otoriteler (üniversite, resmi kurumlar) tarafından belirlenmelidir. Eğitim alan gıda çalışanına sertifika verilip belli dönemlerde (işyerinin riskli olma durumuna göre 1-2 yılda bir) eğitim tekrarlanarak sertifika onaylanmalıdır.

Eğitimin verilmesi ve sertifikalandırmanın kim tarafından yapılacağı (Belediyeler, Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, özel kurumlar, sivil toplum kuruluşları...) belirlenirken muhtemel suistimaller göz önünde tutulmalıdır.

2) Çalışan kişiler, "fekal-oral" (dışkı-ağız) veya temas yoluyla bulaşan hastalıklardan birine yakalanırsa durumu işyeri sorumlusuna bildirmekle yükümlü tutulmalıdır. Bildirim sonrasında çalışan tetkik edilip tedavi edilmeli ve iyileşene kadar üretim ve satışa çalıştırılmamalıdır. Çalışan özlük

hakkı konusunda mağdur edilmeyeceğini bilerek hastalığını bildirme konusunda teşvik edilmelidir.

3) Gıda kaynaklı hastalıklarda etkenin saptanmasına yönelik testlerin yapılabileceği özelleşmiş laboratuvarlar kurulmalı, ülke genelinde laboratuvar sürveyansı yapılmalı, veriler düzenli aralarla analiz edilip gereken kişi ve kurumlarla paylaşılmalıdır.

Ülkemizde gıda zehirlenmesi ile ilgili istatistiklerin toplanması, gıda zehirlenmesi vakalarının incelenmesi, zehirlenmeye neden olan gıdanın ve mikrobiyal ajanın belirlenmesi konusunda ciddi yetersizlik vardır. Gıda kaynaklı salgınlar ve sporadik vakalar için sürveyans çalışmaları ve ihbar/kayıt sisteminin iyi işletilmesi, hatalı gıda işleme uygulamaları konusunda önemli bilgiler verebilecek ve gıda ile bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda çok önemli yararlar sağlayacaktır. Gıda ile bulaşan hastalıklarla ilgili sürveyans çalışmalarının ve bu hastalıkların Sağlık Bakanlığı'na ihbarının sağlanması gereklidir.

4) Gıda üretiminde HACCP (hazard analysis critical control point) sisteminin işlerliği sağlanmalı, bu konudaki denetimler etkin olmalıdır. HACCP gibi sistematik yöntemler korunma ve kontrolde günümüzde başarıyla uygulanmaktadır. Korunmada tüm dünyada çiftlikten masaya uzanan emniyetli bir gıda zinciri kurulması konusunda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu amaçla gıdanın bulaşma kaynakları, gıda emniyetini bozacak durumlar değerlendirilip bu açıdan gerekli önlemler alınmaktadır. Pastörizasyon, ısıtma, ışınlama, antibakteriyel etkili boyalar ve katkı maddeleri, günümüz teknolojisi korunma araçları arasında önemli olanlardır.

Ülkemizin ana sorunlarından biri etkin bir denetim geleneğimizin olmayışıdır. Konuyla ilgili etkin denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Denetimleri yapacak kamu kuruluşları, denetim kriterleri (eğitim sertifikaları, HACCP sistemi...), sıklığı, hatalı durumlarda verilecek cezalar net olarak belirlenmeli; cezalar caydırıcı olmalıdır.

Avrupa ülkelerinde DSÖ tarafından yapılan sürveyans verilerine göre (Katılımcı ülke sayısı 49, temsil edilen nüfus 850 milyon civarındadır. 1993 ve 1998 yılları arasındaki 30.000 salgın incelenmiştir.) ısı hataları, uygunsuz çiğ malzeme kullanımı, çevresel faktörler ve uygunsuz gıda hazırlanmasıdır.

5) Ülkemizde portör muayenesini zorunlu kılan UHK, günün koşulları dikkate alınarak değiştirilmelidir. Hukuk

dilinden uzak olmakla birlikte konuyla ilgili olarak aşağıdaki yasal değişikliğin yapılmasını öneriyoruz:

“Gerekçe: Günümüzde yiyecek, gıda ve içecek üretiminde çalışanların veya ‘taharet ve nezafete müteallik sanat ifa edenlerin’, bulaşıcı hastalıkları yaymasını engellemek için ilgili kişiler eğitilmekte ve hastalık durumunda tedavi edilene kadar çalıştırılmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (1989) önerilerine göre belirli dönemde yapılan taramaların beklenen yararı sağlamadığı gerekçesiyle uygulanması önerilmektedir.

İlgili öneriler ve gelişmiş ülkelerdeki uygulamalara uygun olarak ülkemizde de gıda ilgili iş yerlerinde çalışanların eğitimi ve hastalıkları halinde tedavisini esas alan ve gıdalla bulaşan hastalıkların süreyansının sağlanması amacıyla UHK madde 126 ve 127'nin değişikliği önerilmiştir.

UHK Madde 126 - 127 değişikliği önerisi:

Değişik gıdaları, yiyecekleri veya içecekleri hazırlayan ticari kurumlar, hazır yemek üreten tesisler / lokantalar üretim, işleme, depolama, hazırlama ve tüketimlerine kadar geçen süreçte uygun şartlarda çalışmak ve mikrobik bulaşma ve bunların üremelerine engel olma yönünde gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Ayrıca **“taharet ve nezafete müteallik sanat ifa edenler”**, otel, pansiyon gibi tesislerin mutfaklarında çalışanlar da hijyenik kurallara uymakla yükümlüdür.

Gıda, içecek ve içecek üretiminde çalışanların / satanların veya **“taharet ve nezafete”** ilgili sanat icra edenlerin, hijyen ve bulaşıcı hastalıklar açısından sürekli eğitimleri ve hijyen kurallarına uyumlarının takibi ve denetlenmesi iş yeri sahibi veya sorumlusu tarafından sağlanır.

İlgili eğitim tarafından verilir. Eğitime katılanlar, eğitim sonunda sertifika alırlar. Sertifika alan kişiler 2 yılda bir sürekli eğitim kurslarına katılır.

Çalışan kişiler “dışkı-ağız” veya temas yoluyla bulaşan hastalıklardan birine yakalanırsa, durumu iş yeri sorumlusuna bildirmekle yükümlüdür. Bildirim sonrasında çalışan tetkik edilip tedavi edilir ve iyileşene kadar üretim ve satışta çalıştırılmaz.

Gıda ve içeceklerle bulaşan hastalıkların ülke çapında süreyansı yapılabildiği ilgili hastalıklara yakalananlar ihbar edilir. İlgili takipler tarafından yapılır.

İlgili kanun maddesinin yürütülme esasları yönetmelikle belirlenir.”



Sonuçlar

- 1- Ülkemizde gıda çalışanları için uygulanmakta olan portör taraması standartlara uygun olarak yapılmamaktadır.
- 2- Portör tarama tetkiklerinin yapıldığı pek çok merkezde önerilen fiyatlarla, genelge kapsamındaki testler doğru bir şekilde yapıp sonlandırılmaz.
- 3- Portör taraması maliyet etkin değildir.
- 4- DSÖ 1989 rehberi, AB ülkeleri vd. çoğu gelişmiş ülke uygulamaları portör taramasını önermemektedir.
- 5- Gıda çalışanları işe alma ve çalışma süresinde sürekli eğitime alınmalıdır.
- 6- Gıda iş kolunda etkin bir denetim sistemi kurulmalıdır.
- 7- Gıda zehirlenmeleri ve gıdalla bulaşan hastalıklar için referans laboratuvarlar kurulmalı ve ülke çapında süreyans yapılmalıdır.
- 8- UHK'da gerekli değişiklik yapılmalıdır.

Kaynaklar

Unat E. K., *Temel Mikrobiyoloji*, 3. baskı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Yayın No (Üniversite: 4018, Fakülte: 207); İstanbul, 1997: 235-7.

Töreci K., *Epidemiyoloji*. İstanbul Tıp Fakültesi 1998 -1999 Ders Yılı Klinik Mikrobiyoloji Ders notu.

Tosun S. Y., *Enfeksiyon hastalıkları yönünden hedefe yönelik taramalar: Gıda çalışanları*, 1. EK-MUD Kongresi (24-28 Ekim 2007), Kongre Kitabı, Ankara, 2007: 68-75.

Health Surveillance and Management Procedures for Food-Handling Personnel WHO Technical Report Series 785 WHO Geneva 1989.

Preventing Foodborne Disease: A Focus on the Infected Food Handler. Report of the Food Handlers with Potentially Foodborne Diseases Subcommittees of the NDCS's Scientific Advisory Committee 2004.

Slutsker L., *Attekruse SF., Foodborne diseases:*

Gıda sektöründe çalışanların portör muayeneleri konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında yayımladığı “Gıda Sektöründe Çalışanlar İçin Sağlık Gözetim ve Denetim Danışmanlık Raporu” ilkeleri mevcut haliyle bir taramayı etkin olmadığı için önermemektedir. Bunun yerine ilgili raporda işe alma esnasında ve sonrasında sürekli hijyen eğitimi, hasta olanın tedavi edilmesi veya geçici olarak işten uzaklaştırılması gibi ilkeler önerilmektedir.

Emerging pathogens and trends. Infectious Disease Clinics of North America 1998; 12: 199-216.

Kaferstein F., Abdussalam M., Food safety in the 21st century. Bull World Health Organ 1999; 77: 347-51.

Tirado C., Schmidt K., WHO Surveillance programme for control of foodborne infections and intoxications: preliminary results and trends across greater Europe. Journal of Infection, 2001; 43: 80-84.