

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
COVID-19 İzleme Kurulu

COVID-19 PANDEMİSİ

4. AY DEĞERLENDİRME RAPORU

10 Temmuz 2020



ISBN 978-605-9665-55-1

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	5
Teşekkür	8
TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyeleri.....	9
ÖZET	10
1. BÖLÜM: GİRİŞ	19
Raporun Amacı	19
Raporun Hazırlanma Yöntemi	19
Raporun Sınırlılıkları	19
Kronolojik Olarak Türkiye’de ve Dünyada Önemli Gelişmeler	20
2. BÖLÜM: COVID-19 HASTALIĞI	32
Bulaşma Yolları	32
Tanı	35
COVID-19 Etkeni	38
Korunma	39
COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi	43
Klinik Belirti ve Bulgular, Olgu Tanımları	45
3. BÖLÜM: PANDEMİDE KÜRESEL DURUM.....	49
Pandemide Küresel Durum	49
Ülke Örnekleri.....	54
4. BÖLÜM: TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	63
Türkiye'de COVID-19 Pandemisinin Epidemiyolojisi	63
Ülke Deneyimleri ve Türkiye	70
5. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE PANDEMİ YÖNETİMİ	79
Pandemi Yönetiminin Örgüt Yapısı.....	79
Mevzuat Değişiklikleri	86
Toplum Bilimleri Kurulu: Sahici Bir Beyin Fırtınası için Olanaklar ve Olasılıklar	89
Türkiye’de Maske İle İlgili Düzenlemeler ve Uygulama.....	95
Pandemi Sürecinde Kişisel Sağlık Verilerinin Kullanımı ve Etkileri	100
Salgın Kontrolü, Sürveyans ve Filyasyon Uygulamaları	103

6. BÖLÜM: COVID-19 HASTALIĞININ YÖNETİMİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR ..116	
Mikrobiyolojik Tanı Konusundaki Güçlükler	116
COVID-19 Salgınının Yönetiminde Radyolojik Yöntemler: Artıları, Eksileri	119
COVID-19 Pandemisinin 4. Ayında Birinci Basamak ve Karşılaşılan Sorunlar	126
COVID-19 Salgını Sırasında Aile Hekimliği	131
COVID-19 Hastalığının Yönetimi Sırasında Polikliniklerde ve Servislerde Karşılaşılan Zorluklar	144
Acil Servisler	147
7. BÖLÜM: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ.....152	
Sağlık Çalışanları ve COVID-19.....	152
“Hakkınız Ödenmez” Dediler, Hakkımızı Ödemediler!	162
8. BÖLÜM: PANDEMİDE GELENEKSEL VE SOSYAL MEDYANIN İŞLEVİ.....168	
Pandemide Geleneksel ve Sosyal Medyanın İşlevi.....	168
9. BÖLÜM: TIP EĞİTİMİ	182
Tıp Eğitiminde Pandemi Etkisi	182
10. BÖLÜM: PANDEMİDE KIRILGAN GRUPLAR	187
Altmış Beş Yaş Üzeri Yurttaşlar.....	187
COVID-19 Pandemisi’nde Gözardı Edilenler: Huzurevleri	195
COVID-19 Pandemisi’nde Gözardı Edilenler: Hapishaneler	198
11. BÖLÜM: İLAÇ ÇALIŞMALARI, COVID-19 TEDAVİSİNDE İLAÇ TARTIŞMALARI, İLAÇ ARAŞTIRMALARI, ETİK BOYUT	202
İlaç Çalışmaları, COVID-19 Tedavisinde İlaç Tartışmaları, İlaç Araştırmaları, Etik Boyut.....	202
12. BÖLÜM: AŞI ÇALIŞMALARI.....	210
COVID-19 Pandemisi Sürecinde Aşı Çalışmalarının Politik Arka Planı	210
COVID-19 Pandemisinin Bağışıklama Hizmetleri Üzerindeki Etkisi	219
13. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE COVID-19 ARAŞTIRMALARI	230
Türkiye’de COVID-19 Araştırmaları: Yeterli mi, Değilse Neden?.....	230
Türkiye COVID-19 Seroprevalans Çalışması: Epidemiyoloji Perspektifinden Değerlendirme ve Öneriler.....	235
14. BÖLÜM: SALGINLA BAĞLANTILI GIDA VE EKOLOJİ SORUNLARI	252
Salgınla Bağlantılı Gıda ve Ekoloji Sorunları	252
15. BÖLÜM: PANDEMİNİN İKİNCİL ETKİLERİ	260
Toplum Ruh Sağlığı	260
COVID-19 Pandemisinde Türkiye’de Sosyal Güvenlik Şemsiyesi ve Tanı-Tedaviye Erişim.....	263
16. BÖLÜM: TABİP BİRLİKLERİ DENEYİMİ	273
COVID-19 Salgınında Tabip Birliklerinin Etkinlikleri.....	273

17. BÖLÜM: TTB FAALİYETLERİ	283
TTB Kronolojisi (11 Mayıs – 4 Temmuz)	283
Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Pandemi Süreci Çalışmaları	285
Pandemi Nedeni İle Ertelenen Sağlık Sorunları ve Hizmet Sunumu.....	287
Pandemi Sürecinde Alınan Önlemlerde Birtakım Gevşetmeler Yapılmasına İlişkin Uzmanlık Derneklerinin Görüşleri	289
Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahilere Başlanması Hakkında TTB görüşleri.....	294
TTB'nin Sağlık Bakanlığı Tarafından Yanıtlanmasını Beklediği Sorular	299

SUNUŞ

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın Türkiye'de ilk vakayı duyurduğu basın toplantısında “bir veya birkaç vaka salgın olarak görülmemelidir... bir hasta topyekûn risk değildir” cümlelerini kurmasının üzerinden 4 ay geçti. Hatırlanacağı gibi aynı günlerde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) salgını pandemi olarak adlandırmıştı ve yine aynı toplantıda Bakan “Ülkemizde yayılmayı önleyici tedbirler alınmıştır... sağlık personeli ve hastane hazırlıkları çok önceden bitirilmiştir...” diye eklemişti.

Elinizdeki Rapor 4. Ay Değerlendirmesi olduğu için bir önceki Rapor'dan (2. Ay Değerlendirme Raporu) bugüne yaşananlar Sunuş'un öncelikli konusu oluyor. Pandemi gereğiyle kapanmayı okula gitmeye ara verilmesi olarak (16 Mart) tanımlarsak AVM'lerin açılışını da (11 Mayıs) açılmanın ilk adımı olarak işaretleyebiliriz. Bu kabul üzerinden geçtiğimiz 2 aylık dönemi Türkiye'de yeniden açılma sürecinin yönetimi olarak adlandırabiliriz.

TTB olarak yeniden açılmada dikkat edilmesi gerekenleri içeren 5 Mayıs tarihli açıklamamızda “eğri azalış gösterse de salgın devam ediyor” başlığı altında epidemiyoloji biliminin gereklerine göre sürecin yönetilmesi uyarısını yapıyor ve ekliyorduk: Piyasa baskısından uzak, ayırım yapılmadan insan odaklı, toplumun sağlığı başta olmak üzere bütün insani, ekonomik ve sosyal gereksinimler sosyal devlet anlayışıyla karşılanarak yürütülmelidir.

65 yaş üstünü 2 ayı aşan bir süre evde tutmanın üzerine Ramazan Bayramı'nı işaret ederek 2 bayramı bir arada kutlama beklentisi yaratmak, verilerin umulan desteği sunmaması üzerine kısıtlamaları sürdürmek, ekonomik verilerin alarmları ve nihayetinde beklentiyle doğan ve artan basınç karşısında kontrollü sosyal hayat sloganıyla tezat kontrolsüz açılma, eş güdümsüz hatta kaotik yönetim bu dönemin özelliğiydi. En net fotoğraf ise 6-7 Haziran hafta sonu için yaşandı. Sağlık Bakanı'nın hafta sonu kısıtlama olmayacağı ifadelerini izleyen Perşembe akşamı İçişleri Bakanlığı'nın hafta sonu sokağa çıkma kısıtlaması genelgesi ve ertesi gün Cumhurbaşkanı'nın “gönlüm el vermedi” diyerek iptali! Tahmin edileceği gibi tüm bu kararların alınmasında Bilim Danışma Kurulu'nun katkısını ve sürecin koordinasyonunun nasıl yürütüldüğünü sormaya gerek bile duymuyoruz. Cumhurbaşkanlığı Yönetim Sistemi'nde bütün kararların Cumhurbaşkanı'nın bilgisi dâhilinde alınıp talimatlarıyla yapıldığını ama kısa süre sonra Cumhurbaşkanı tarafından değiştirildiğini, biliyoruz.

Haziran başından bu yana yaşananlar, pandeminin seyrinde epidemiyoloji biliminin gereklerinin iyice gerilere düştüğünü gösteriyor. Çünkü mevcut veriler salgının 1. dalgasının sebat ettiğini gösteriyor. Bu ortamda tüm uyarılara rağmen milyonlarca öğrenci ve veliyi hareketlendiren sınavlar dönemini yaşadık. Bu da bize bilimsel yol göstericiliğin önceden belirlenen takvime uyuyorsa dikkate alındığını somutladı. Bu dönemde epidemiyoloji bilimi yol göstericiliğinden uzak bir başka icraat da -Rapor'da değerlendirme olarak yer alan- SB'nin 8-20 Haziran'da yürüttüğü seroprevalans çalışması oldu. DSÖ'nün de bilgisi olan seroprevalans çalışmasının nelere zemin oluşturacağını merak ediyor ve izliyor. TTB Haziran ayı içerisinde Türkiye'de sürecin yönetimine dair görüşlerini DSÖ Avrupa Bölgesi ile paylaştı. Söylemeye gerek yok, herkes gibi DSÖ'de çok ciddi bir sınavdan geçiyor.

DSÖ Avrupa sayfasından öğrendiğimiz ama gözden kaçabilecek bir bilgiyi de paylaşmakta yarar var: DSÖ, Alman Hükümeti'nden sağladığı 1.7 milyon dolarlık fonla aldığı milyonlarca maske, gözlük ve diğer malzemeyi ülkemizdeki sağlık çalışanlarına -dikkate değer ikipartnerin dağıtım katkısıyla- yardım amacıyla göndermiş. Türkiye'de COVID-19'un sağlıkçılar için meslek hastalığı olarak kabulü -henüz- mümkün olmadı ama DSÖ'nün sağlıkçıların hasta olmaması için kişisel koruyucu ekipman (KKE) yardımı kayda değer.

Sağlık çalışanlarının COVID-19'la enfekte olma durumlarının yüksek risk kapsamında olduğu biliniyor. COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının sayısı ve ilgili diğer veriler 2 ayı aşan bir süredir, tüm ısrarımıza rağmen SB tarafından paylaşılmıyor. Yine de umut veren bir gelişmeye yer verelim. Temmuz'la birlikte, ilk vakadan 112 gün sonra SB kimi epidemiyolojik verileri Türkçe ve İngilizce olarak paylaşmaya başladı. Sık aralıklar ve artan veri setleriyle süreklilik taşımalarını umduğumuz bu çabanın turizm faaliyetlerini teşvik gerekçesiyle başlamış gözükse de alışkanlığa dönmesini bekliyoruz.

Bilimsel yöntemle toplanan verilerin şeffaf paylaşımı bilimsel değerlendirmelere zemin oluşturur. Bu değerlendirmeler de yönetsel kararların dayanağı, gerekçesi olur. "Herkes kendi OHAL'ini oluştursun" ve kimi yönetsel kısıtlamalarla başlayan süreç geldiğimiz noktada Sağlık Bakanı'nın açıklamalarında çok sık dile getirdiği gibi hemen neredeyse sadece bireysel tedbirlere indirgenmiştir. Oysa ki pandemi yönetimi bireylerin sorumluluğunu aşan toplum yararını koruyan bir kamusal irade ve duyarlılık gerektirir.

Bugün geride 4 ay, 120 gün bıraktık. 1 vakadan 2 yüz binlere, 1 kayıptan 5 binlere geldik, geçtik. Rakamları değil insanı konuştuğumuzu en iyi bilen bir mesleğin mensupları olarak yaşıyoruz her günü. Bu duygu ve düşünceler nedeniyle tabip odaları, TTB'nin kurumsal, sürekli yapılarının yanı sıra elinizdeki Rapor'un da hazırlanmasında görev alan "Türk Tabipleri Birliği (TTB) COVID-19 İzleme Kurulu" (Kurul) Merkez Konseyi (MK) tarafından oluşturulmuş, Kurul'un görev tanımı COVID-19 pandemisi sürecinden en az zararlı çıkabilmek, salgının doğru yöneltmesine katkıda bulunmak, mümkünse bir daha yaşanmaması için uyarı ve öneriler sunmak olarak belirlenmişti. Kurul bilimsel yöntem ve bilimin yol göstericiliğinde, kapsayıcı, eşitlikçi ve adil bir yaklaşımla, halkı bilgilendirerek ve dayanışmayla, dezavantajlı-kırılgan-örselenebilir grupları önceleyen bir duyarlılıkla, özgürlük ve demokratik teamülleri feda etmeyen bir bakışla pandemiyi aşılmasına katkıda bulunabileceğini tanımladı. Kurul oluşturacağı görüşler ve ürünlerde pandemi yönetiminde de geçerli olan ihtiyatlılık (en kötüsüne hazırlanmak), orantılılık (gerçek riske yanıt verebilecek bir yanıt gerçekleştirmek), esneklik (çeşitli seçeneklere ve yanıt düzeylerine sahip olmak) prensiplerini benimsedi.

Kurul 4 aya yakın süredir değişen üye bileşimiyle görev tanımı ve anlayışına uygun olarak izleme, değerlendirme ve müdahale çalışmaları yürüttü, yürütüyor. Arzu ettiğimiz katkıyı sunmanın önünde kimi yapısal kısıtlılıklarımızın ötesinde merkezi otoritenin pandemi yönetiminde izlediği tarzın belirleyici olduğunu düşünüyoruz. 4 ay sonra "tek bir vaka salgın değildir"le başlayan sürecin hem bilimsel kavrayış hem de yönetsel hazırlık olarak -ne yazık ki- zayıf kaldığını daha net olarak görüyoruz. Pandemiyi anlamını her birimiz her geçen gün daha iyi kavramakla birlikte etkisinin boyutlarını, nereye evrileceğini hâlâ kestiremiyoruz. Belirsizliğin ve bilgi eksikliğinin içerisinde sorumlu davranışın ve sorumluluk yüklenmenin zorluklarını da biliyoruz. Ne var ki anlayamadığımız bu tür zorlukların içerisinde aklın, verilerin, bilginin ve imkânların ortaklaştırılmasının, saydamlığın, bilgi paylaşımının, el birliğinin neden tercih edilmediğidir.

4. Ay Raporu'nun Sunuş'u için Haziran sonunda hazırlanan bu bölüm ne üzücü ki Temmuz ayının ilk gününde "çöktü". Daha gerçekçi bir ifadeyle başka bir aşama kaydetti pandemiye yöneten akıl!

Kurul üyemiz Kayıhan Pala (Prof. Dr., Halk Sağlığı Öğretim Üyesi) hem bilim insanı hem Kurul üyesi kimliklerinin gereği olarak "enBursa.com" isimli internet haber sitesine yapmış olduğu "pandeminin Bursa'daki seyri" içerikli açıklamaları üzerine, hakkında Bursa Valiliği tarafından Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı'na ihbarda bulunulmuş, ardından Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından görevsizlik kararı verilen dosya gereği için Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne gönderilmiş ve Üniversite Rektörlüğü "halkı yanlış bilgilendirme ve paniğe yönlendirici" açıklamalar yaptığı iddiası ile soruşturma açmıştır. Dünyada pandemi ilan edilmişken "tek bir vaka salgın olarak görülmemeli" cümlesinin halkı yanlış bilgilendirme kapsamına girmemesi, pandemi yönetimi ilkeleri çerçevesinde ihtiyatlılığın (en kötüsüne hazırlanmak) paniğe yönlendiricilik olduğu kötü bir şaka olsa gerek.

Başka bir deyişle bu soruşturmayı açanlar/açtıranlar bilim insanının toplumsal sorumluluğunu yerine getirmesini engelleme, akademik özgürlüğü tanımama, örgütlü bilim insanına saldırma fiillerinde bulunma suçunu işlemiş oluyor. Bunu değerlendirecek hukukçuların olmadığı yerde insanların vicdanlarının olduğunu, olacağını biliyoruz.

Kayıhan Pala, Türk Tabipleri Birliği (TTB) COVID-19 İzleme Kurulu üyeleri, Tabip Odaları, TTB toplum yararını gözetken bir anlayışla pandeminin en az zararlı atlatılması için bilimin yol göstericiliğinde bildiklerini söyleyecek ve yapacaklar. Elinizdeki bu Rapor tüm eksiklerine rağmen 4 aya kimi başlıklar altında bakan dönemsel bir değerlendirme olup sorumlulukla hazırlanmış bir emek ürünü olarak yerini alacak; TTB, Kayıhan Pala başta olmak üzere halkın sağlığı için üzerine düşenleri yerine getirmeye devam edecektir.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi



Teşekkür

4. Ay Değerlendirme Raporu'nun koordinasyonunu ve hazırlığını üstlenen Prof. Dr. Özlem Kurt Azap'a, 4. Ay Değerlendirme Raporu'nun hazırlanmasında görev alan TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyelerine, ayrıca Kurul dışından yazılarıyla katkı sunan Prof. Dr. Kayhan Çetin Atasoy, Prof. Dr. Banu Çakır, Dr. Ergun Demir, Prof. Dr. Gülriz Erişgen, Dr. Güray Kılıç, Dr. Emrah Kırmımlı, Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal, Dr. Zeliha Uğur Öcek, Dr. Mustafa Turan, Dr. Rıdvan Yılmaz'a, raporun düzenlenmesi ve tasarımında görev alan Sinan Solmaz ve tüm TTB çalışanlarına ayrı ayrı teşekkür ediyoruz.

**Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi**

TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyeleri

- **Prof. Dr. Sinan Adıyaman**
TTB Merkez Konseyi
- **Prof. Dr. Feride Aksu Tanık**
TİHV Akademi, TTB Etik Kurulu
- **Kerem Altıparmak**
Hukukçu/TTB Etik Kurulu
- **Prof. Dr. Özlem Azap**
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
KLİMİK (Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği)
- **Dr. Eriş Bilaloğlu**
Biyokimya Uzmanı
- **Faruk Bildirici**
Gazeteci/Ombudsman
- **Prof. Dr. Murat Civaner**
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
- **Doç. Dr. Aslı Davas**
TİHV Akademi
- **Doç. Dr. Yücel Demirer**
Kocaeli Dayanışma Akademisi
- **Doç. Dr. Osman Elbek**
Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü
- **Av. Özgür Erbaş**
TTB Hukuk Bürosu
- **Prof. Dr. Nilay Etiler**
TTB Halk Sağlığı Kolu Başkanı
- **Prof. Dr. Nurdan Köktürk**
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
- **Aslı Odman**
Mimar Sinan Üniversitesi
- **Dr. Ümit Yaşar Öztoprak**
TTB Aile Hekimliği Kolu
- **Prof. Dr. Kayıhan Pala**
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
- **Prof. Dr. Meram Can Saka**
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- **Dr. Bülent Şık**
Gıda mühendisi
- **Prof. Dr. Aynur Eren Topkaya**
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
- **Prof. Dr. Sarp Üner**
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği)
- **Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz**
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TTB Halk Sağlığı Kolu
- **Prof. Dr. Ersin Yarış**
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
- **Prof. Dr. Serkan Yılmaz**
TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK) Yürütme Kurulu
- **Dr. Bülent Nazım Yılmaz**
TTB Merkez Konseyi

ÖZET

Pandemide son durum

COVID-19 pandemisi, Asya'da başlayıp, 2020 yılının ikinci ayının sonu itibari ile Avrupa ve Amerika kıtalarına da yayılmıştır. Nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, sağlık sistemi kapasitesi ile alınan önlemler, tanı ölçütleri, test protokolleri ve kapasitesi gibi pek çok parametreye bağlı olarak ülkelerdeki vaka ve ölüm sayısı değişkenlik göstermektedir. Vaka ve ölüm sayısının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. Küresel bir salgına dönüşen COVID-19'a bağlı dünya genelinde bir milyon nüfusta hasta sayısı 1400'ün, hastalığa bağlı ölüm sayısı 65'in üzerine çıkmıştır. En çok vaka görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir. COVID-19 pandemisi küresel olarak önemli bir sorun haline gelmiştir. Eldeki veriler henüz salgının gelişme evresinde olduğumuzu ortaya koymaktadır.

Ülkemizde ilk olgunun duyurulmasından bu yana 16. hafta geride kalmış durumdadır ve salgın halen sürmektedir. Türkiye'de doğrulanmış olgu sayısı 5. ve 6. haftada tepe noktasına ulaşmış, doğrulanmış ölüm sayısı ise 6. haftada en yüksek sayısı ile karşımıza çıkmıştır. Ülkemizde salgın eğrisi 6. haftadan sonra tepe noktasına ulaşarak bükülmüş, ancak doğrulanmış olgu sayısı ve doğrulanmış ölüm sayısı çıktığı hızla azalma göstermemiştir. 13. haftada en düşük sayıda seyreden olgu sayısı 14. hafta ve sonrasında artış göstermiş; 14. haftada en düşük düzeyde seyreden ölüm sayısı ise 15. hafta ile birlikte artmaya başlamıştır. Haftalık olgu ve ölüm sayıları 12. haftanın sonundan itibaren (1 Haziran) gerçekleştirilen yeniden açılmanın olumsuz sonuçlarını gösterir niteliktedir.

Türkiye, salgındaki durum açısından diğer ülkelerle karşılaştırıldığında nüfuslarına göre ülkeler listesinde dünya genelinde 17. sırada olmasına rağmen hastalığın bulaşıcılığının daha yaygın, ölümlerin ise nüfus oranıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Benzer biçimde Türkiye, nüfus başına test oranı bakımından da ekonomik gelişmişliği ile uyumlu olmayacak biçimde daha geri sıradadır. 1 Haziran 2020 tarihinden sonraki "kontrollü normalleşme" döneminde ise Türkiye'nin benzer nüfusa ve pandemi pik dönemine sahip ülke olan Almanya'ya göre salgının toplumdaki yayılımını azaltma konusunda başarısız olduğu görülmektedir. Türkiye'deki toplam hasta yükü ve ölümlerin, salgının ilk döneminden bu yana Avustralya, Çin, Güney Kore ve Yeni Zelanda gibi salgının etkilerini hafifletmek yerine onu bastırmayı hedeflemiş ülkelere kıyasla daha kötü bir tabloda olduğu görülmektedir. Bu durum salgını baskılama dışındaki tüm stratejilerin daha fazla sayıda hastalık ve can kaybına yol açarak birey ve toplum sağlığını koruyamadığını göstermektedir.

COVID-19 ve Medya

COVID-19 pandemisi, insanların haber ve bilgi alma ihtiyacını artırdı. Tehlike altında oldukları duygusuna kapılan insanlar, en güvendikleri haber kaynağına yöneldiler. Bu da çoğunlukla televizyonlar ve internet siteleri oldu. Haber kaynağı olarak sosyal medyaya başvurunun azalmasında bu mecra da yalan, yanlış ve manipülatif bilgilerin dolaşımına zemin oluşturması etken oldu. Sosyal medya zaten haber verme amaçlı mecralar olarak oluşturulmamıştır. Haber ve bilgi vermek, geleneksel medyanın temel işlevidir. Pandemi döneminde geleneksel medyanın bütün öznel kaygıları bir yana bırakarak toplum sağlığına katkıda bulunma amacıyla hareket etmesi, bilgilendirmesi ve uyarması gerekir. Ancak Türkiye'de geleneksel medya hem kamu yöneticilerinin gerektiğince şeffaf olmaması ve

siyasi iktidarın gözü kapalı biçimde desteklenmesi hem de tiraj/reyting endişelerinin bir yana bırakılmaması ve habercilikteki “magazinelleşme” gibi etkenlerle işlevini tam olarak yerine getiremedi. Medyanın en başarılı olduğu nokta, pandemi döneminde yeni “ekran yıldızları” yaratmasıydı.

COVID-19 Hastalığı

COVID-19’un etkeni SARS-CoV-2 olup virüs, damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır. Entübasyon gibi aerosolizasyon oluşturan işlemler sırasında damlacık çekirdeği ile bulaşmasına ilişkin bilgiler vardır. Solunum yolu örnekleri dışında dışkı, kan gibi örneklerde virüsün nükleik asidi saptanmıştır ancak bulaştırıcılık bildirilmemiştir.

COVID-19, asemptomatik formdan ağır hastalığa ve ölüme kadar gidebilen şiddette seyredilebilen bir hastalıktır. Daha çok solunum yolu enfeksiyonuna ilişkin belirti ve bulgular olmasına rağmen koagülasyon sistemini, gastrointestinal sistemi vb. de etkileyebilmektedir. Hastalara tanı konduktan sonra tedavi ve izlem risk faktörlerine ve hastalığın ağırlık derecesine göre belirlenmektedir.

COVID-19 hastalığının şu an için kanıt düzeyi yüksek bilinen bir tedavisi yoktur. Şu ana dek elde edilen deneyimlerle tedavi yanıtı oluşturmuş ajanlar çeşitli rehberlerde tartışılmış ve ülkelerde farklı uygulamaların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Dünyada Çin deneyimi nedeniyle ön planda kullanılan hidroksiklorokin ve azitromisin kombinasyonu yeni kılavuzlarda yan etkiler ve mortalite avantajı oluşturmaması nedeniyle önerilmemektedir. Türkiye’de Favipiravir antiviral tedavisi ön plana çıkarken ABD’de Remdesevir ön plana çıkmıştır.

Hastalıktan korunma temel olarak virüsün bulaşıcılığının engellenmesi ve bu amaçla gerek bireysel gerekse de toplumsal düzeyde alınacak önlemlerle olanaklıdır. Bu amaçla başta fiziksel mesafe, el hijyeni ve yüzey temizliği olmak üzere günlük hayatta bireysel olarak alınması gereken dikkat edilmesi gereken birçok unsur vardır. Korunmada hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bütünlüklü bir yaklaşım ve uygulama gereklidir. Bireysel önlemler yanında vakaların tespiti ve izolasyonu, temaslıların belirlenmesi ve karantinaya alınması, risk gruplarının gerektiğinde tecrit edilmesi ile birlikte çeşitli toplum hareketliliği kısıtlamaları (okulların, kamusal alanların kapatılması, toplu taşımada ve çalışma saatlerinde düzenlemeler vb) birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır.

Türkiye’de Pandemi Yönetimi

Türkiye pandemisinin etkilerini yaşamaya devam etmektedir. İlk dalgayı sönmüştür ve son haftalarda vaka artışı ile karşı karşıya kalmıştır. Toplumsal bulaşıcılığın kontrol altına alınamadığını düşündüren bu durum gelecek aylar için endişe oluşturmaktadır. Kapanma sürecinde izlenen yol ve yaşanan hızlı yeniden açılma salgının kontrol altına alınamaması riskiyle sonuçlanmıştır. İlk dalganın kontrol altına alınamaması sonucunu doğuran bu durumdan çıkış için etkin salgın kontrol önlemleri, etkin sürveyans ve temaslı izlemleri sürdürülmelidir. Sürveyans, temaslı izlemi ve filyasyon çalışmalarının etkinliğini değerlendirmeye yetecek bir veri ya da çalışma yoktur. Sağlık sisteminin hazırlık durumu ve sürveyans sistemi içerisindeki özellikle birinci basamağın yeri ve işlevi tartışılmalıdır.

Pandemi sürecinde maske kullanımına ilişkin sürekli değişen uygulamalarla karşılaşıldı. Ayrıca maske temininde güçlüklerle birlikte başlangıçta ücretsiz verilmesi planlanan maskelerin vatandaşlara ulaşmasında sıkıntılar yaşandı ve ardından ücretli olarak satılmasına karar verildi. Bu arada maske stokları konusunda sıkıntı olmadığı, salgın boyunca yetecek kadar maske olduğu hatta bazı ülkelere maske yardımında bulunulduğu açıklandı. Neredeyse tüm ülkede maske kullanımının zorunlu hale gelmesiyle ve maskelerin ücretli olarak satılmasıyla birlikte maske konusu halen güncelliğini korumaktadır.

COVID-19 pandemisinin Türkiye’deki 3. ayı sonrasında, yaklaşık 154 bin kişilik temsili bir örnek üzerinden Türkiye geneli ve illere özel asemptomatik hasta, COVID-19 geçirmiş kişiler ve toplam COVID-19 prevalansını saptanmak üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmış COVID-19 Seroprevalans Çalışması’nın epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışma ile ilgili bilgiler, Sağlık Bakanlığı tarafından il ekiplerine gönderilen yazılar ile kısıtlı olduğu için bazı konulara tam olarak açıklık getirilememektedir. Çalışmanın değerlendirilmesinde ilgili epidemiyolojik kavramlar ile ilişki kurularak, özellikle sahada çalışan meslektaşlarımızın benzeri çalışmalarda yöntemsel açıdan nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgi aktarmak ve sık gelen sorulara cevap verilmesi de hedeflenmiştir.

Çalışmanın örneklem sayısının tüm iller için “ile özel hız” vermeye için yeterli olamayacağı ancak Türkiye geneli için yapılacak tahminler için ise gerekenden fazla olduğu ve bu nedenle sistematik yanlılık potansiyelinin yüksek olduğu; örnek seçiminde COVID-19 açısından risk oluşturan tabakalara özel seçim yapılmamış olmasının analizlerde düzeltilmesinin uygun olacağı; seçilen testlerin özelliklerine göre hız hesaplamalarında çakışan test sonuçlarına dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir. Araştırmanın zamanlamasının toplumsal bağışıklık tayini açısından çok erken, rutin hizmet ile tespit edilen sayıların “gerçek” değerleri tayin etme yüzdelerini bulmak için ise geç kalınmış bir tarih olduğu; salgının aktif döneminde yapılan hane halkı ziyaretlerinin hem veri toplayanlar hem de katılımcılar açısından bulaş riski yarattığı benzeri konulara vurgu yapılarak, maliyet-etki açısından verimin düşük olduğu vurgulanmıştır. Çalışma verilerinin analiz ve raporlamasında güçlü bir epidemiyoloji desteği alınması, sonuçların bilim insanlarıyla detaylı olarak paylaşılması, sahada veri toplamada görev alan personelin sonuçlardan haberdar edilmesi ve emekleri için bir teşekkür belgesi sunulması, sonuçların rutin hizmet veri tabanının geliştirilmesi ve COVID-19 mücadele politikalarının oluşturulmasında kullanılmasının önemine dikkat çekilmiştir.

Uluslararası literatürde COVID-19 hastalığı hakkında Türkiye kaynaklı makalelerin sayısı ülkenin büyüklüğü ve akademik camianın büyüklüğü gözönünde bulundurulduğunda kabul edilemeyecek kadar azdır. Bunun belli başlı nedenleri akademik ortamın yeterince özgür olmaması ve giderek yoksullaşmasıdır. COVID-19 araştırmaları için bir başka kısıtlılık da salgına dair verilerin bilim insanlarının analizine açılmaması ve COVID-19 araştırmaları için etik kurul izninden önce yeni bir başvuru aşamasının tanımlanmış olmasıdır. Evrensel akademik geleneklere, Anayasa’nın bilimsel araştırma hakkı ve üniversite elemanlarının bilimsel özgürlüğü ile ilgili maddelerine aykırı olarak bu dönemde getirilen böyle bir başvuru zorunluluğu, araştırma yapmak isteyen bilim insanlarının cesaretini kırmakta ve zaman yitirmelerine neden olmaktadır. Dahası, bazı çok merkezli araştırma başvuruları onay alamamıştır. Araştırmacılara siyasi iradeye bağlı bir kurumdan onay alma zorunluluğu getiren kamu idaresinin, öte yandan, Koronavirüs Bilimsel Danışma

Kurulu üyesinin çok merkezli bir araştırma projesine etik kurul başvuruları anlamında kolaylık ve bütçenin Dünya Bankası harcama kaleminden finansal destek talep ettiği ortaya çıkmıştır. Anılan araştırmacının önderliğinde yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçları New England Journal of Medicine adlı dergiye gönderildikten kısa bir süre sonra geri çekilmiştir. Türk Tabipleri Birliği geri çekilen bu makale taslağının bilimsel yanı ile ilgili kapsamlı bir analiz yapmıştır.

Bu dönemde pandemi yönetim sürecinde yeni bir kurul olarak Toplum Bilimleri Kurulu'da (TBK) sürece dahil olmuştur. Sağlık Bakanı, psikolog, sosyolog, din psikolojisi, din sosyolojisi, istatistik gibi alanlarda yetkin kişilerden oluşacak bir TBK oluşturduklarını açıklamıştır. 8 Haziran 2020'de ilk kez yapılan TBK toplantısında Bakan, salgında kontrollü sosyal hayat adını verdikleri ikinci aşamaya geçildiğini açıklamış, salgınla mücadelenin büyük oranda toplum bilimleri verileri ve yaklaşımlarıyla gerçekleştirilecek bir mücadele olduğunu belirtmiştir. Ayrıca salgınla mücadelenin bir sosyal psikoloji yönetimi konusu olduğunu, dini hassasiyetlerden kültürel hassasiyetlere kadar her hassasiyetin kurulacak denklemde yerini bulması gerektiğini vurgulamıştır. Bilim Danışma Kurulu, başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere sağlık alanının önemli aktörlerini dışarda bırakıyor. Bunun ötesinde bazı Bilim Danışma Kurulu üyelerinin, iktidar yanlısı medya mecralarında, bürokratik merkezi kollayan, yanlı ve hedefe yönelik yaklaşımla algı operasyonu üretilmesine yönelik katkısı nedeniyle TBK'nu izlemek, kararlarını eleştirel değerlendirmelere tabi tutmak ve gerektiğinde geliştirmek üzere çalışmalar yapmak niyetindeyiz.

Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Güçlükler

Mayıs ayından başlayan dönemde aile hekimliği hastanelere gidemeyenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılandığı başlıca temas noktalarından olmuştur. Ancak bu dönemde de birinci basamak ve aile hekimliği salgın yönetiminin dışında kalmış, uygunsuz ve gereksiz uygulamalar dayatılmaya devam etmiştir. Bilim kurullarında aile hekimliği çalışanları ve aile hekimliği akademisyenlerinin yer almaması bu sorunlarda etken olabilir. TTB Aile Hekimliği kolu birinci basamakta COVID-19 yönetimi rehberini yayınlamış, olası vaka dışında kalan semptomları, tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerini, COVID-19 olanların semptomlarının yönetimini üyelerine duyurmuştur. Salgın sırasında ASM çalışmaları nasıl yapılacak, filyasyon için hastalar nasıl izlenecek ve yönlendirilecek, koruyucu malzeme temini ve kullanımı nasıl olacak konularını kapsayan bakanlık rehberleri ve eğitimleri hazırlanmamış, aile hekimlerinin eskisi gibi çalışmaya devam etmeleri beklenilmiştir. Bunun sonucunda çok sayıda aile hekimliği çalışanı hastalanmıştır. Aile hekimliği çalışanlarına salgına özel bir düzenleme önerilmediği gibi herhangi bir maddi ve manevi destek sağlanmamıştır. Bu dönemde hastalanan sağlık çalışanlarının maaşları ciddi oranda kesilmiştir. Haziran ayındaki normalleşme ile filyasyon uygulamaları ve test alma kriterleri değişmiş, aile hekimliği takip listeleri hangi amaca hizmet ettiği anlaşılmasız bir noktaya gelmiştir. Salgının ivmelenme aşamasındaki hastane temelli yaklaşım, baskılama döneminin rahatlığı ile devam etmiştir. Birinci basamağın salgın yönetiminde yeri, neleri yapabileceği, nasıl bir örgütlenmesi olmalı konuları konuşulmuş ama uygulamaya yönelik tartışılmamış, aile hekimliği çalışanlarının görüşü alınmamış ve kararlar masa başındakilerce verilmiştir. Aile hekimliğine yönelik bu dışarıdan bakışın biteceğini umut etmemizi sağlayacak bir veri yoktur. Salgının ilk tepe noktasında da baskılanma aşamasındaki bölgesel alevlenmelerde de birinci basamağın salgın yönetiminde geri planda bırakıldığını ve sadece hastanelerin kompanse edildiğini görüyoruz. Salgının dördüncü ayını geride bırakır-

ken; daha çok aile hekimliği çalışanının hastalanacağı, hastalandığı için maaş kesintisi ile cezalandırılacağı, yoksul ve güvencesiz milyonlarca vatandaşımızın da zor durumda bırakılacağı endişesini taşımaktayız. Yapılması gereken birinci basamak örgütlerinin ve aile hekimliği çalışanlarının katılımıyla, hastaneden değil mahalleden yapılacak bir salgın yönetimi planlaması ve yol haritası hazırlamak olmalıdır.

Hastaneye başvurusu olursa başlayabilen ve o bireyin beyanı üzerinden devam eden bir filyasyon süreci birinci basamak dinamiklerine uygun değildir. Bireyi ve toplumu ayıran Aile Hekimliği sisteminde toplum sağlığı hizmetleri sunmak üzere planlanmış İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin bir türlü kurumsal kimliği oluşturulamamıştır. Toplum Sağlığı Merkezleri/İlçe Sağlık Müdürlükleri toplum sağlığının bütünü için Aile Hekimliği hizmetleri ile koordine edilememiş, sistem entegrasyonu sağlanamamıştır. İlçe Müdürlüklerinde toplum sağlığı kadrolarının yetersizliği yanında personel çok sık değişmektedir. Eğitimli ve deneyimli kadro oluşturulamadığı gibi oldukça çok sayıda geçici görevlendirmeye iş yükü ve çeşitliliği de arttırılmaktadır. Birinci basamakta ekip hizmeti, bireyin ve toplumun sağlık sorunlarının tanınması ve kesin çözümler üretilmesi için çok önemli bir güçtür. Eskiden birinci basamak ekibinin en önemli parçası olan Aile Hekimliği personeli artık bakanlık personeli statüsünde olmamaları nedeniyle aktif filyasyon ekiplelerine dahil olamamıştır. Filyasyon ekibi ihtiyacını karşılayabilmek için kamu kuruluşlarında çalışan yüzlerce Dış Hekimi eğitimleri dışında bir görevi üstlenmek zorunda kaldılar ve sahada filyasyon çalışması yapıp test için numune aldılar. Maalesef bu 4 aylık süreçte aile hekimlikleri ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği oluşmamıştır.

Pandemi koşullarına hızla adapte olan acil servisler, kısıtlılıkların azaltılması ve normalleşme adımları ile birlikte yeni sorunlar ile yüz yüzedir. Rutin hastane işleyişine dönüş, elektif cerrahi işlemlerin başlaması, COVID-19 polikliniklerinin kapatılması kararları, salgın ile beraber azalan uygunsuz hastane ve acil servis başvurularının yeniden artması, COVID-19 olan ve olmayan hasta ayırımının acil servislerde yapılmaya çalışılması salgının 4. ayını bitirdiğimiz bu günlerde önümüzde çözülmesi gereken yeni sorunlar olarak durmaktadır. Normalleşmenin asla pandemi öncesi çalışma koşullarına dönmek olmadığı anlaşılmalıdır. Sağlık personeli ve diğer hastalara bulaşı engellemek için hastaların triyaj işlemlerinin ön triyaj alanlarında yapılmaya devam etmesi, acil servis içerisindeki alanlarda pratikte sağlanamayan izole alanların sağlanması amacıyla modüler değişimlerin yapılması önemlidir. COVID-19 polikliniklerinin kapatılmaması, COVID-19 şüpheli hasta değerlendirmenin sadece acil servislere bırakılmaması ve bu polikliniklerde sadece acil servis personelinin görevlendirilmemesi rutin acil servis işlerinin aksamaması için sağlanmalıdır. Uzun soluklu pandemi mücadele sürecinde tüm klinik dalların mutabakatı ile hastanelerce oluşturulacak ve “her hastanın olası COVID-19 hastası gibi değerlendirilmesi” esasına dayanan ortak protokoller sağlanması ve titizlikle uygulanmaya devam etmesi yeni normalimiz olmalıdır.

COVID-19 ve Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanları, salgının en başından beri büyük bir belirsizlik ve kaygı içindedir. Dünyadaki verilere bakıldığında, 2,135,190 kişiyi kapsayan internet tabanlı başka bir prospektif araştırmada, sağlık çalışanlarının COVID-19 testinin pozitif olma olasılığının normal topluma göre 12 kat fazla bulunmuştur. Ayrıca uygun KKD'ye ulaşamayanların riskinde

%31'lik bir artış olduğu gösterilmiştir. Dördüncü aya girerken sağlık çalışanları hala yaşamlarını kaybetmekte, şiddete uğramakta, rutin tarama, KKD'ler gibi sağlıklarını ilgilendiren konularda sorunlarla yüzleşmektedir. Türkiye'de, 440 sağlık çalışanını içeren anketin sonuçlarına göre; beş çalışandan ikisi daha önce ağlamazken salgın döneminde haftada bir iki gün (%30) ya da her gün (%7) ağlamaya başladığını; üç çalışandan ikisi uyku düzeninin bozulduğunu; %70'i evdekilerle temasının azaldığını belirtmiştir. Hemen hemen tüm ülkelerde sağlık çalışanlarının hastalıkları ve ölümleri sosyal medyada yer bulurken ulusal istatistiklerde yeterince yer almamaktadır. İngiltere'de Sağlık Bakanlığı 49 sağlık çalışanının ölümünü bildirirken aynı dönem için basında 200 sağlık çalışanının ölümü isim, meslek, çalıştıkları hastaneleri de belirterek duyurulmuştur. Benzer şekilde, ABD'de Hastalık Kontrol Merkezi 368 sağlık çalışanının ölümünü bildirmiş ancak sosyal medyada 735 sağlık çalışanının ölümü duyurulmuştur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 29 Nisan'dan bu yana iki aydır, hasta ve yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarıyla ilgili hiçbir bilgi paylaşmamıştır.

Mart 2020 ortasında Türkiye'de ilk resmi COVID-19 vakasının bildiriyle eş zamanlı olarak Hükümet'in en tepesinden başlayarak sağlıkçıların kıymeti dillendirilmeye başlanmış, bütün sağlık çalışanlarını kucaklayan "müteşekkirimiz" ve "ne yapsak azdır" ifadeleri alkışlarla süslenmiş, "Cumhurbaşkanı Erdoğan'ın kurmaylarına en üst düzeyde iyileştirme için çalışın" talimatı üzerine harekete geçmişti. Ne var ki Türkiye'de henüz pandeminin 1. dalgası sonlanmadan "değer bilme" dalgası sonlanmış, "hakkınız ödenmez" denilerek sayıları 1 milyonu geçen sağlık emekçilerinin büyük çoğunluğu ile adeta dalga geçilmiş, hakları ödenmemiştir. Verili koşullarda emek sömürsünün en yoğun ve eşitsizliklerin çok katmanlı/parçalı olduğu alanların başında gelen sağlık hizmetlerinde pandemi koşullarında da -mevcut üretim ilişkileri zemininde- bu gerçek değişmemiş, kıdem tazminatını yok etme adımları eşliğinde Türkiye'de mevcut siyasi iradenin emekçileri yok sayan hattını sağlıkçılar pandemi vesilesiyle bir kez daha yaşamıştır.

COVID-19 ve Tıp Eğitimi

Türkiye'de ilk COVID-19 olgusunun saptanmasının ardından enfeksiyonun yayılmasını önlemeye yönelik atılan adımlar içinde yüksek öğrenime ara verilmesi de yer aldı. 30 Mart'tan itibaren ise YÖK kararı ile uzaktan eğitim, açık öğretim ve dijital öğretim imkanları ile eğitimin sürdürülmesine başlandı. Tıp fakültelerinde bahar dönemi tamamen uzak eğitimle tamamlandı ve sınavlar dijital ortamda yapıldı. YÖK uzaktan eğitim ve sınavlar hakkında genel ilkeleri yayınlarken TEPEAD fakülterle önerilerde bulundu. TEPEAD önerilerinde en yoğun vurgulanan noktalar sürecin şeffaf ve katılımcı yürütülmesi, tanımlanan öğrenim hedeflerinden ödün verilmemesidir. Diğer önemli konu ise pandemi sonrası telafi eğitimlerinin planlanmasıdır. Altyapı olanakları ve birikimleri farklı olan fakültelerin pandemi sürecinde tamamlanan eğitime dair geri bildirimler ve raporlar henüz yayınlanmamıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencileri büyük oranda COVID-19 polikliniklerinde çalıştıkları için eğitim programları sekteye uğramıştır. Pandemi nedeni ile elektif cerrahilerin durması, COVID-19 dışı hasta sayısının azalması, kongre, konferans gibi etkinliklerin yapılamaması da eğitimi durma noktasına getirmiştir. Eğitim kurumları ve uzmanlık dernekleri olanakları ölçüsünde uzaktan eğitim yöntemlerini kullanarak telafiye çalışmıştır. Pandemi sürecin-

de yapılan görevlendirmelerin eğitim süresinden sayılacağı kararı alınmış olmakla birlikte eksikliklerin nasıl belirleneceği ve telafi edileceğine dair genel bir uygulama kararı yoktur.

COVID-19 ve Kırılgan Gruplar

COVID-19'un sadece fiziksel değil, ayrıca zihinsel ve sosyal boyutlarından da kaynaklanan en büyük zorluklarla karşı karşıya kalan ileri yaş grubudur ve bu bağlamda pandeminin kontrol altına alınması sağlık bakım sistemlerine önemli bir görev oluşturmaktadır. İleri yaş grubunda iyilik halinin bir bütün olarak ele alınmasının sürdürülmesi önemlidir, çünkü genel sağlık durumu tıbbi sorunlar yanında öncelikle günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden etkilenmektedir. Bilinmelidir ki bu yaş grubunda ruhsal durum fiziksel sağlık sorunlarından ve işlev kaybından etkilenebilir.

Yaşlılar söz konusu olduğu zaman; güvenlik, zihinsel barışı ve yaşam kalitesini sağlamanın ilk adımıdır. Sosyal entegrasyonda yaşlıların sevdikleriyle bağlantıları esastır. Bu kriz dönemlerinde yaşlıların ailesel düzeylerde karar süreçlerine katılmaları gerekir. Yaşlı sağlığı açısından önemli açmazlardan birisi olan; çoklu ilaç kullanımı ileri yaşta hem yaşlı sağlığı hem de genel sağlık sistemleri açısından tüm dünyada önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Deprescribing olarak tanımlanan uygulama “ilaç dozajını azaltma”, “ilacı daha güvenli bir alternatif ile değiştirme” veya “bir sağlık uzmanının gözetimi altında belirli bir endikasyon veya ek fayda olmayan bir ilacı bırakma” yöntemidir, yaşlı nüfusun ilaçlarını daha iyi yönetmesine yardımcı olacak ve sağlık sistemine finansal olarak fayda sağlayacak önemli bir hizmet olabilir. Bu noktada da ilaç ile tedavi yerine koruyucu/önleyici tıp yaklaşımları ön plana çıkmaktadır.

İzolasyon süreçlerinde ayrıca yaşlı yetişkinlerin belirlenmiş sınırlı bir alanda fiziksel olarak aktif kalabilmeleri için basit ve güvenli yolları entegre etmelerine yardımcı olmak gerekir. Hatta yaşlı yetişkinlerin evde fiziksel aktivite açısından desteklenmelerine yönelik ulusal bir politika geliştirilmesi önerilmektedir. Aksi takdirde karantinanın sona erdiği dönemde ileri yaşlardaki bireylerin fiziksel bağımsızlık ve zihinsel sağlık durumları süreçten olumsuz etkilenecektir.

Birçok yaşlı için sağlık sistemi ile tek bağlantı kaynağı haline gelen mevcut teknoloji platformlarının ileri yaşlardaki bireylerin kullanımı açısından yeniden değerlendirilmesi yanında, yaşlılara özgün olarak yeniden yapılandırılması yararlı olacaktır. Pandemi geçici bir durum olsa da sanal bakım sağlık hizmetlerinin geleceğidir ve yaşlı nüfusun gelecek için yeterince donanımlı olduğundan emin olmak için adımlar atılmalıdır. Ülkelerin pandemi ile ilgili politikalarının ve mevzuatlarının daha kıdemli/yaşlı dostu hale getirilme zamanı gelmiştir. Çünkü fiziksel sağlık yüklerinin yanı sıra, psiko-sosyal ihtiyaçları da refahları ve sağlıklı yaş alabilmeleri açısından yaşamsal öneme sahiptir.

COVID-19 salgını kapsamında ulusal ve uluslararası alanda huzurevleri ve hapisaneler ülke kamuoyunun gündemine sık gelmemektedirler. Oysa her iki kurum da gerek sakinlerinin dezavantajları, gerekse buldukları sosyal koşullar nedeniyle COVID-19 salgını açısından yüksek risk grubudurlar. Türkiye’de 2017 yılı itibarıyla 10 milyon 266 bin 623 kişinin 60 yaş ve üzerinde olduğu, 65 yaş ve üzeri kişi sayısının nüfusun %8,5’ine ulaştığı ve halen 7,5 milyon civarında geriatrik olgu bulunduğu dikkate alındığında; önümüzdeki yıllarda benzer pandemiler karşısında kırılgan bir grup olarak huzurevi sakinlerinin duru-

mu çok daha kritik önem taşıyacaktır. Huzurevlerindeki COVID-19 salgını ve ölümleri bir kez daha sağlık ve sosyal hizmet alanlarının özelleştirilmemesi ve kazanç eksenli bir bakış açısına mahkum edilmemesi gerektiğini göstermiştir.

Dünyadaki ülkelerin %59’unda resmi cezaevi kapasitelerini aşan bir mahkum yoğunluğu yaşanmaktadır. Cezaevlerin yaşayan insanların COVID-19’a yakalanma ve ölme riskini azaltacak en önemli reform yüksek mekânsal yoğunluğa sahip olan hapishaneler başta olmak üzere tüm cezaevlerinin serbest bırakma programlarına öncelik vermesidir. Çünkü ideal olarak herhangi bir hapishanede herhangi bir COVID-19 hastası olmadan önce salgını önlemek daha önemlidir. Bununla birlikte hapishane nüfusuna yönelik olarak cezaevi hijyeninin iyileştirilmesi, testler sayesinde yaygın taramanın yapılması, girişte triaj uygulanması ve hapishanedeki herkese yönelik olarak kişisel koruma önlemlerinin eksiksiz alınması gereklidir. Türkiye’nin COVID-19 pandemisi nedeniyle bu dönemde 100 bin civarındaki mahkumun erken tahliye edilmesi değerlidir. Ancak bu serbest bırakma “Türkiye’nin aşırı derece geniş terörle mücadele yasaları kapsamında adil olmayan yargılanmalar sonucunda haklarında hüküm verilen kişileri” kapsamamış ve bu yetersizlik nedeniyle söz konusu kişiler “ölümcül bir hastalığa yakalanma ihtimaline mahkum” edilmişlerdir.

COVID-19 ve Aşılar

COVID-19 pandemisinin rutin bağışıklama hizmetlerini kesintiye uğratması, aşı ile korunabilir hastalıklar açısından hassas grupların artması ve bu hastalıklara bağlı salgınlar yaşanması uluslararası alanda sık dile getirilen bir kaygıdır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde yapılmış olan ilk araştırmalar bu kaygıların yersiz olmadığına, aşı sayılarında bir azalma gerçekleştiğine işaret etmektedir. Pandeminin ülkemizdeki bağışıklama hizmetlerini ne düzeyde ve ne şekilde etkilemiş olabileceğine dair ipuçlarını saptamak amacıyla bir ön çalışma yapılmış, dokuz aile hekimi ve iki İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) hekimi ile görüşülmüştür. Katılımcıların ifadeleri aile hekimliği modelinde toplumun sosyoekonomik açıdan en alt kesiminde yer alanların görmezden gelindiğini, pandemi ile birlikte mevsimlik tarım işçileri, yurt dışı kaynaklı göçmenler, bakım evlerinde kalan çocuklar başta olmak üzere dezavantajlı grupların aşı ile korunabilir bulaşıcı hastalıklara karşı daha da savunmasız hale geldiğini ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı’nın ASM’lere pandemi döneminde yeterli rehberliği ve desteği sağlayamadığı belirtilmiş, özellikle kendilerine bağlı nüfusla daha önce güçlü ve sürekli bir ilişki içinde olmayan aile hekimlerinin aşı çalışmalarının olumsuz yönde etkilendiği ifade edilmiştir. Pandemi döneminde yapılan ve talep edilen aşı sayılarını bir önceki yıl ile karşılaştıran, aile hekimlerinin erteledikleri ve performans itirazı yaptıkları aşuları değerlendiren çalışmalar yapılması, kırılan gruplardan başlanarak saptanan açıkların en kısa zamanda kapatılması gerektiği açıklanmıştır.

Aşı ve ilaç geliştirme çalışmaları son hız sürerken bu yeni ürünlere kimlerin erişeceği sorusu önemlidir. COVID-19 ile ilgili korunma ve tedavi ürünleri kamusal mal olması gerektiği ifade edilse de, bu ifadenin dile getirilmesi gerçekleştirileceği anlamına gelmemektedir. Önceki pandemilerin deneyimleri herkesin erişim şansının eşit olmadığı yönündedir. Ülkeler farklı önlemler geliştirmektedir. Bazıları patent kanununu askıya alan zorunlu lisans uygulamasına dönerler. Böylece patenti elinde bulunduranların dışındakiler de ürünü üretebilme ve sağlama şansı elde edebileceklerdir. İlaç, aşı, tıbbi gereçlerin üretimlerinin tarihi, temel yatırımların kamu kurumlarında gerçekleşmesinin ve ürün ortaya çıktığında

haklarının özel sektöre satılmasının ve patent korumasıyla yoksullar için erişilmesi güç hatta olanaksız hale gelmesinin tarihidir. Bir kamu malı olması gereken bu ürünler sermaye tarafından gasp edilmektedir.

COVID-19 ve Çevre Sağlığı

Korona virüs salgınının yaban hayatın tahribi, biyoçeşitlilik kaybı, ormansızlaştırma, aile çiftçiliğinin aşındırılması, kitlesel-endüstriyel hayvan yetiştiriciliği sektörü başta olmak üzere bir dizi sosyal ve ekonomik sorunla yakından ilgisi vardır. Gıdalar birbiri ile içiçe geçmiş bu sorunların kesişim kümesinde yer alıyor. Dolayısıyla mevcut COVID-19 pandemisi iyi işlemeyen bir gıda üretim sisteminin olağan sonuçlarından biri olarak da görülebilir. Bu çerçevede ekolojik tahribatın önlenmesi, yaban hayatın, ormanların ve sulak alanların korunması, bitkisel ve hayvansal gıdaların üretiminde agroekolojik yöntemlerin egemen kılınması koronavirüs vb. etkenlerin yol açacağı salgınları önlemede bir gerekliliktir.

Bu bağlamda bakıldığında pestisitler başta olmak üzere tarımda toksik kimyasal kullanımını azaltma, ekolojik üretim yöntemlerini yaygınlaştırma, aile çiftçiliğinin desteklenmesi, yerel üretim-tüketim ağlarının oluşturulması, işçi sağlığı, çocuklar, yaşlılar ve mülteciler gibi toplumsal olarak kırılgan grupların korunması, çevre kirliliğinin engellenmesi gibi birbirinden ayrışık görünen çeşitli sorun ve mücadele alanları yaşanan korona salgınının gerçek nedenlerini anlamamızı sağlayacak ve ne yapılması gerektiğine de ışık tutacaktır.

Toksik kimyasallar bağışıklık sistemine zarar verir, bağışıklığı zayıflatır. Örneğin havası kirletilmiş bir bölgede yaşamak, çalışma ortamında toksik maddelere maruz kalmak, pestisitler, ağır metaller gibi toksik kimyasal kalıntıları içeren gıda ürünleri ile beslenmek bağışıklık sistemini zayıflatmaktadır. Bağışıklık sisteminin zayıfladığı ya da zarar gördüğü kişilerde enfeksiyon hastalıkları daha ağır seyretmektedir. Dolayısıyla çevre kirliliğini, gıdalardaki toksik kimyasal kalıntıları ya da hava kirliliğini önlemeye yönelik çalışmaları da yaşanan koronavirüs salgınına yönelik mücadelenin bir parçası olarak görmek gerekmektedir.

Korona virüs salgınını geçici görmek, tıbbi tedavide kullanılacak bir ilaç ya da aşı geliştirildiğinde ortadan kalkacak bir sorun olarak algılamak doğru değildir, zoonotik etkenlerden kaynaklanan riskler sürekli büyümekte ve bir sürekliliğe dönüşmektedir. Bir süre sonra ve belki de çok daha büyük bir tehlike yaratacak bir başka virüs salgınının ortaya çıkması çok muhtemeldir. Öyleyse meseleyi ilaç, aşı tartışmalarının ötesine taşımak, salgına yol açan toplumsal koşullar üzerinde durmak bir gerekliliktir.

Sağlık ile ilgili meselelere “ekoloji, hayvan, insan” ilişkilerini gözeterek “Tek Sağlık” perspektifi çerçevesinden bakılması birbirinden ayrışık görünen meselelerin ilişkisel bir bağlamda anlaşılmasına, meseleler arasında bağ kurulabilmesine ve dolayısıyla daha toplumsal bir bakış açısı oluşmasına imkân sağlayacaktır.

1. BÖLÜM: GİRİŞ

Raporun Amacı

Bu Rapor, COVID-19 pandemisinde yaşanan sürecin 2.-4. ayları arasında küresel ölçekte ve Türkiye’de pandemiye karşı yürütülen çalışmaları değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Türkiye’de ilk olgunun saptandığı tarih olan 11 Mart 2020, aynı zamanda, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandeminin de ilan edildiği tarih olduğundan gerek pandeminin gerekse Türkiye’deki salgın sürecinin 2.-4. ayına denk gelmektedir.

Raporun Hazırlanma Yöntemi

TTB COVID-19 Dördüncü Ay Değerlendirme Raporu, TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyelerinin de aralarında bulunduğu yazarların katkılarıyla hazırlanmıştır. Rapor hazırlanırken ulusal ve uluslararası bilimsel literatür, raporlar, veritabanları, anket verileri, bilgi ve haber kaynaklarından yararlanılmıştır.

Kronolojik değerlendirmeler açısından 11 Mayıs 2020 - 9 Temmuz 2020 tarihleri arasındaki süreç esas alınmıştır. Pandeminin ilk iki ayındaki değerlendirmeleri içeren “TTB COVID-19 Pandemisi 2. Ay Değerlendirme” başlıklı rapora <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf> adresinden ulaşılabilir.

Raporun Sınırlılıkları

Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Haziran 2020 tarihine kadar oldukça kısıtlı veri paylaşımı yapıldığından ülkemize ilişkin değerlendirmeler oldukça sınırlı bir şekilde yapılabilmektedir. Günlük olarak yayımlanmaya başlayan COVID-19 durum raporları da değerlendirmeler için gerekli olan epidemiyolojik verilerin az bir kısmını içerdiğinden bu konudaki kısıtlılıklar sürmektedir. Planlama aşamasında raporun bütünlüğü açısından yer verilen bazı başlıklara, yazılar hazırlık sürecinde tamamlanamadığından yer verilememiştir.

Kronolojik Olarak Türkiye’de ve Dünyada Önemli Gelişmeler

Av. Özgür Erbaş

Türk Tabipleri Birliği hukuk danışmanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Kronoloji listesi için COVID-19 pandemi sürecinde 7 Mayıs 2020 – 2 Temmuz 2020 tarihleri arası taranmıştır. Kronoloji hazırlanırken Türkiye bölümünde daha çok kurum kaynakları kullanılmıştır. Pandemi dönemine özgü ve pandemi kontrolü açısından kritik olsa da baro eylemleri ve benzeri ile Rapor'un mevzuat taraması bölümünde olanlara tekrardan kaçınmak için yer verilmemiştir. Sağlık Bakanlığı açıklama ve dokümanları da -Rapor'da yaygın olarak kullanıldığı için- belirli başlıklar dışında kapsama dahil edilmemiştir. Dünya Tabipler Birliği, CPME, Uluslararası Sosyal Güvenlik Birliğinin kimi açıklamaları özel olarak eklenmiştir.

TÜRKİYE’DEN

7 Mayıs 2020’de Sosyal Güvenlik Kurumu Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 96597630-010.06.02-E.5852699 sayılı “Koronavirüs (COVID-19)” konulu yazıda COVID-19 salgınına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müraaat eden sigortalılara hastalık kapsamında provizyon alınması gerektiği belirtildi.¹

8 Mayıs 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Anneler Günü ve Ramazan Bayramı’nda, COVID-19 salgını nedeniyle huzurevlerine ziyaretçi kabul edilmeyeceğini belirterek çiçek veya hediye de gönderilmemesini istedi.²

9 Mayıs 2020’de Yükseköğretim Kurulu (YÖK) COVID-19 kapsamında alınan kararlar ve mevzuat değişikliklerinin duyurulması amacıyla COVID-19 Bilgilendirme sayfası açtığını duyurdu³

9 Mayıs 2020’de Sağlık Bakanlığı AVM ve AVM İçindeki İş Yerlerinde Alınacak Önlemler belgesini açıkladı.⁴

10 Mayıs 2020’de Mart ayından itibaren evden çıkmaları yasaklanan 65 yaşının üzerindeki kişilere ilk defa 11-15 saatleri arasında sokağa çıkma izni verildi.⁵

11 Mayıs 2020’de YÖK, dönem sonu sınavlarının üniversite yetkili kurullarınca tercih edilecek dijital imkânlar veya ödev, proje gibi alternatif yöntemler uygulanarak yapılacağını açıkladı.⁶

11 Mayıs 2020’de Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Türk Standartları Enstitüsünün yıkana-bilir bez maskeler için standart belirleyerek yayımladığını duyurdu.⁷

¹<https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-09-05-2020/>

²<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/vaslilarin-sagligi-icin-cicek-ve-hediye-gondermeyin/>

³<https://covid19.yok.gov.tr/AnaSayfa>

⁴<https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/toplumda-salgin-yonetimi/COVID-19-AVMveAVMlc%C4%B1ndekilsYerlerindeAlinacakOnlemler-09052020.pdf>

⁵<https://www.hurriyet.com.tr/galeri-65-vas-ustu-sokaqa-cikma-vasagi-ne-zaman-bitiyor-65-vas-sokaqa-cikma-izni-ne-zaman-hangi-gun-41517123/2>

⁶<https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/yok-ten-sinavlara-iliskin-karar.aspx>

12 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı valiliklere gönderdiği genelgeyle Adana, Denizli, Diyarbakır, Kahramanmaraş, Mardin, Ordu, Şanlıurfa, Tekirdağ ve Trabzon'a seyahat kısıtlamasının kaldırıldığını, Ankara, Balıkesir, Bursa, Eskişehir, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Sakarya, Samsun, Van ve Zonguldak'a şehir giriş-çıkış kısıtlamasının devam edeceğini duyurdu.⁸

12 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı valiliklere çay üreticileri / müstahsillerinin seyahat belgesi konulu genelge gönderdi. Genelge ile Çaykur'a kayıtlı çay üreticilerinin çay hasadını için 19.05.2020'den itibaren çay bahçelerinin buldukları illere Seyahat İzin Belgesi almak şartı ile seyahat edebileceği duyuruldu.⁹

12 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı, Ankara, Balıkesir, Bursa, Eskişehir, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Sakarya, Samsun, Van ve Zonguldak'ta 15-19 Mayıs tarihleri arasında sokağa çıkma kısıtlaması uygulanacağını açıkladı.¹⁰

12 Mayıs 2020'de Dışişleri Bakanı Mevlüt Çavuşoğlu, yurtdışında 507 Türkiye cumhuriyet vatandaşının salgın nedeniyle hayatını kaybettiğini açıkladı.¹¹

12 Mayıs 2020'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü Alışveriş Merkezi Çalışanları İçin Yeni Tip Koronavirüsle Etkin Mücadele Etmek Maksudıyla Dikkat Edilecek Hususlar başlıklı doküman ve kontrol listesi yayımladı.¹²

13 Mayıs 2020'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, yeni tip koronavirüsle mücadele kapsamında kuaför, berber ile güzellik salonlarında, konaklama hizmetlerinde ve şehirlerarası toplu taşıma araçlarıyla ulaşım da alınması gereken tedbirlere ilişkin kılavuz ve kontrol listeleri yayımladı.¹³

13 Mayıs 2020'de Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü YKS'ye girecek öğrencilerin kimlik kartı başvurularının alınması amacıyla tüm il ve ilçe nüfus müdürlüklerinin 18-19 Mayıs günleri açık olacağını, sokağa çıkma kısıtlamasının olduğu günlerde 15 yaşını tamamlayanların ana, baba, veli veya vasisinin; T.C. kimlik kartı başvurusunda bulunmakla sınırlı olmak ve sınava başvurulduğunu gösterir fotoğraflı belge ile sokağa çıkabilecekleri belirtildi.¹⁴

15 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı, 65 yaşın üzerindeki kişilerin pazar günü sokağa çıkma saatlerinin havaları sıcak olması nedeniyle 12-18 saatleri olarak güncellendiğini duyurdu.¹⁵

18 Mayıs 2020'de bakanlar kurulu toplantısının ardından açıklama yapan Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan kreş ve gündüz bakımevlerinin 15 Haziran'da açılacağını duyurdu.

⁷<https://www.sanayi.gov.tr/medya/haber-detay/99222f90-5f17-40c4-9283-c347b42a4cb4>

⁸<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-sehir-giris---cikis-tedbirleri-konulu-veni-bir-genelge>

⁹<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-cay-ureticileri-mustahsillerinin-seyahat-belgesi-konulu-genelge-gonderildi>

¹⁰<https://www.icisleri.gov.tr/15-ilde-15052020-2400-ile-19052020-2400-saatleri-arasinda-uygulanacak-olan-sokaqa-cikma-kisitlamasi>

¹¹<https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/bakan-cavusoglu-kovid-19-nedeniyle-yurt-disinda-507-turk-vatandasi-vefat-etti/1838011>

¹²https://ailevecalisma.gov.tr/media/45346/avm_covid19_brosur_20200512.pdf

¹³<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/kuaforlerde-konaklama-hizmetlerinde-ve-sehirler-arasinda-ulasimda-alinmasi-gereken-tedbirlere-iliskin-kilavuz-ve-kontrol-listesi-vavimlandi/>

¹⁴<https://www.nvi.gov.tr/yks-sinavina-girecek-ogrencilerimizin-tc-kimlik-karti-basvurularina-iliskin-duyuru>

¹⁵<https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-uzeri-ile-kronik-rahatsızlığı-olan-vatandaşların-sokağa-cikma-gun-ve-saatleri>

19 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı, 14 büyükşehir ile Zonguldak'a kara, hava ve deniz yolu ile (toplu ulaşım aracı, özel araç vb.) yapılacak tüm giriş/çıkışların 15 gün süreylegeçici olarak durdurulduğunu açıkladı.¹⁶

19 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı bütün valiliklere gönderilen genelge ile Ramazan Bayramı arifesine denk gelen 23 Mayıs 2020 Cumartesi gününden başlayarak 24-25-26 Mayıs 2020 tarihlerinde sokağa çıkma kısıtlaması uygulanacağını duyurdu.¹⁷

20 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı, 65 Yaş ve Üzeri Vatandaşlar İçin Seyahat İzin Belgesi konulu genelgeyle üç yıl içinde organ ve kemik iliği nakli olanlar, immün yetmezliği olanlar ile böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastalar hariç seyahat izin belgesi almak ve gittikleri yerlerde en az 30 gün kalmak şartı ile istedikleri yerleşim yerine gidebileceği, yanlarında refakatçi olabileceği, Seyahat İzin Belgesi taleplerini, 21 Mayıs Perşembe günü, saat 09.00'dan itibaren elektronik ortamda E-Devlet, İçişleri Bakanlığı, E-Başvuru Sistemi ve Alo 199 Vefa Destek Hattı üzerinden yapılabileceğini duyurdu.¹⁸

20 Mayıs 2020'de Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, şehirlerarası seyahatlerde Hayat Eve Sığar (HES) mobil uygulaması veya kısa mesaj yoluyla alınacak kod ile bilet alınabileceğini açıkladı.¹⁹

21 Mayıs 2020'de Milli Eğitim Bakanlığı, 6 Haziran'da yapılacağı duyurulan 2020 Yılı İlköğretim ve Ortaöğretim Kurumları Bursluluk Sınavı'nın 5 Eylül 2020 Cumartesi gününe ertelendiğini duyurdu.²⁰

22 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı, 16 Mart 2020'den itibaren cemaatle ibadete ara verildiğini, 29 Mayıs 2020 itibariyle cami ve mescitlerde cemaatle namaz kılınmaya başlanacağını duyurdu.²¹

22 Mayıs 2020'de Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı, COVID-19 testi pozitif çıkan 44 hükümlü/tutuklunun tedavilerinin devam ettiğini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile koordineli olarak filyasyon çalışması yapıldığı, Silivri 7 nolu L tipi cezaevinde 47, Silivri 8 nolu L tipi cezaevinde 35 olmak üzere COVID-19 vaka sayısının 82 olduğunu, kronik akciğer hastalığı olan bir hükümlünün COVID-19 testinin pozitif çıktıktan sonra yoğun bakımda tedavi altındayken 21 Mayıs tarihinde hayatını kaybettiğini açıkladı.²²

28 Mayıs 2020'de bakanlar kurulu toplantısının ardından Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, Şehirlerarası seyahat sınırlamasının 1 Haziran'dan itibaren tamamıyla kaldırıldığını, idari izinde bulunan veya esnek çalışma sistemine dahil olan kamu personelinin 1 Haziran tarihi itibariyle normal mesaiye başlayacağını, kreşler ve gündüz bakım evlerinin tamamının 1 Haziran'da açılacağını, Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan ve takibi yapılan kronik hastalığı olan kamu personelinin durumlarının kurumlarınca değerlendirileceğini, 65 yaş üstünün sokağa çıkma sınırlamasının ve Pazar günleri 14.00-20.00 saatleri arasında istisna kapsamında olma uygulamasının devam edeceğini, esnaf ve sanatkâr olarak işletme sahibi 65 yaş üstü vatandaşların maske, mesafe, temizlik şartına uymaları koşuluyla işinin başında bulunabileceğini ve kafe ve benzeri yerlerin de 1 Haziran itiba-

¹⁶<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-sehir-giris-cikis-tedbirleri-genelgesi>

¹⁷<https://www.icisleri.gov.tr/81-ilde-22052020-saat-2400-ile-26052020-saat-2400-arasinda-uygulanacak-sokaqa-cikma-kisitlamasi>

¹⁸<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-65-yas-ve-uzeri-vatandaslarimiz-icin-seyahat-izin-belgesi-genelgesi>

¹⁹<https://www.saglik.gov.tr/TR.65622/koronaviruse-karsi-mucadelemiz-yakin-donemlerdeki-en-buyuk-seferberligimizdir.html>

²⁰<https://www.meb.gov.tr/ilkoqretim-ve-ortaogretim-kurumları-bursluluk-sinavi-5-eylulde-vapilacak/haber/20964/tr>

²¹<https://www.icisleri.gov.tr/cami-ve-mescitlerde-cemaatle-ibadet-edilmesi-genelgesi>

²²https://twitter.com/adalet_bakanlik/status/1264161498265518081

riyle akşam saat 22'ye kadar açılacağını açıkladı.²³ Kronik hastalığı olanlara yönelik idari izin hakkı Sağlık Bakanlığı çalışanlarına tanınmadı.

28 Mayıs 2020'de İçişleri Bakanlığı 14 büyükşehir ile Zonguldak'ta 29-31 Mayıs arasında sokağa çıkma kısıtlaması yapılacağını duyurdu.²⁴

29 Mayıs 2020'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 1 Haziran 2020 itibariyle "Normalleşme Sürecine" geçileceğinin açıklanması üzerine açılış izni verilerek yeniden faaliyete başlayacak özel kreş, çocuk kulüpleri ve gündüz bakımevlerinde alınacak tedbirleri açıkladı.²⁵

29 Mayıs 2020'de Milli Eğitim Bakanlığı Liselere Giriş Sınavı (LGS) hakkında açıklama yaptı. Koronavirüs tedavisi gören öğrencilere hastanelerde sınav hizmeti sunulabileceği, "Sınav Tedbir Hizmeti" alınabilmesi için dilekçe ve mazeret durumunu bildiren belgeler ile il veya ilçe millî eğitim müdürlüklerine başvuru yapılması gerektiği duyuruldu.²⁶

1 Haziran 2020'de Sağlık Bakanlığı COVID-19 Salgın Yönetimi²⁷ ve Çalışma Rehberi ile COVID-19 Pandemisinde Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberini yayımladı.²⁸

1 Haziran 2020'de Milli Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü, yüz yüze telafi eğitiminin, özel okullarda 15 Ağustos'ta başlayacağını açıkladı.²⁹ Gelen tepkiler üzerine kamu ve özel okullarda telafi eğitimine 31 Ağustos'ta başlanacağı açıklandı.³⁰

2 Haziran 2020'de Sağlık Bakanlığı idari izne esas alınacak kronik hastalıklar listesini yayımladı, idari izin raporlarının e-devlet üzerinden alınacağı açıklandı.³¹

2 Haziran 2020'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, COVID-19 pandemisi nedeniyle 22 Mart tarihinde başlayan kamuda esnek çalışma modelinin sona ermesiyle, kamu kurum ve kuruluşlarında alınması gereken önlemleri belirledi.³²

2 Haziran 2020'de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, evde bakım yardımından ve engelli aylıklarından yararlanan engellilerin, rapor sürelerinin bitmesi durumunda mağduriyet yaşamaması için, mevcut raporların ikinci bir duyuruya kadar geçerli kabul edileceğini açıkladı.³³

2 Haziran 2020'de Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü tarafından gönderilen 66836956-010.07.01-19531 sayılı "İdari izin" konulu yazıda kamu kurum ve kuruluşlarında (Milli İstihbarat Teşkilatı Başkanlığı hariç) istihdam

²³ <https://www.tccb.gov.tr/konusmalar/353/120317/kabine-toplantisinin-ardindan-vaptiklari-konusma>

²⁴ <https://www.icisleri.gov.tr/15-ilde-29052020-saat-2400-ile-31052020-saat-2400-arasinda-uygulanacak-olan-sokaga-cikma-kisitlamasi>

²⁵ <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/1-haziran-da-yeniden-faaliyete-gececek-olan-bakanligimiz-denetimindeki-ozel-kres-cocuk-kulupleri-ve-gunduz-bakimevlerinde-alinacak-tedbirler-belirledi/>

²⁶ <http://www.meb.gov.tr/bakan-selcuk-lgs-kapsaminda-yapilacak-merkezi-sinava-iliskin-detaylari-anlatti/haber/21005/tr>

²⁷

²⁸ https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/normallesme-doneminde-saglik-kurumlarında-calisma-rehberi/COVID-19-PANDEMISINDE_NORMALLESME_DONEMINDE_SAGLIK_KURUMLARINDA_CALISMA_REHBERI.pdf

²⁹ <http://www.meb.gov.tr/ozel-okullar-15-agustostan- itibaren-yuz-yuze-telafi-egitimlerine-baslayacak/haber/21038/tr>

³⁰ <http://www.meb.gov.tr/resm-egitim-ve-ogretim-kurumlari-icin-yuz-yuze-telafi-tamamlama-ve-uyum-egitimi-31-agustosta-baslayacak/haber/21055/tr>

³¹ <https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-yeni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-08-06-2020/>

³² <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakanligimiz-kamu-kurum-ve-kuruluslarında-normallesme-surecinde-alinacak-tedbirleri-belirledi/>

³³ <https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakan-selcuk-sureli-raporlar-ile-evde-bakim-yardimindan-ve-engelli-ayliklarından-yararlanan-engellilerimizin-raporlari-ikinci-bir-duyuru-ya-kadar-gecerli-savilacak/>

şekline bakılmaksızın görev yapan hamile personelin, gebeliğinin 24. haftasından 32. haftasına kadar olan süre içerisinde idari izinli sayılmasına karar verildiği açıklandı.³⁴

5 Haziran 2020’de Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, İçişleri Bakanlığı tarafından duyurulan sokağa çıkma kısıtlamasını “vatandaşlarımızın sıkıntıya düşmesine gönlümüz razı olmadı. Bunun için Cumhurbaşkanı olarak 15 ilimizde uygulanacağı ilan edilen hafta sonu sokağa çıkma kısıtlaması uygulamasını iptal etme kararı aldık” sözleriyle kaldırdığını açıkladı.³⁵

9 Haziran 2020’de Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, bakanlar kurulu toplantısının ardından yaptığı açıklamada kafe ve benzeri işletmelerin 24.00’e kadar açık kalabileceğine, sinema salonlarının 1 Temmuz’dan itibaren açılacağına, 65 yaşının üzerindeki kişilerin her günü 10:00 ila 20:00 saatleri arasında dışarı çıkabileceklerine, 18 yaşın altındaki çocukların ebeveynleri refakatinde olmaları şartıyla sokağa çıkabileceğine karar verildiğini duyurdu.³⁶

11 Haziran 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı normalleşme adımları kapsamında koruma altındaki çocuklar, aile ve yakınları ile 15 Haziran itibariyle görüşebileceğini ve yine bu tarihten itibaren Koruyucu Aile, Evlat Edinme ve SED başvurularına ilişkin sosyal inceleme süreçlerinin başlayacağını, 1 Temmuz’dan itibaren çocukların sosyal, kültürel, sportif ve kamp etkinliklere katılabileceğini ve çocukların yakınları tarafından da ziyaret edilebileceğini açıkladı.³⁷

11 Haziran 2020’de Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı şehirlerarası otobüs biletleri için tavan uygulaması süresinin uzatıldığını açıkladı.³⁸

12 Haziran 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, resmi ve özel huzurevleri ile engelli bakım merkezlerinde 15 Haziran’dan itibaren normalleşme adımları kapsamında ailesinin yanına izinli gitmek isteyen resmi kuruluşlardaki engelli ve yaşlılara yine bu tarihten itibaren 1 aydan az olmamak koşuluyla izin verileceğini, 1 Temmuz’dan itibaren de gündüz yaşam merkezlerinin açılacağı açıklandı.³⁹

13 Haziran 2020’de İçişleri Bakanlığı nikah merasimlerinde alınacak tedbirlere ilişkin valiliklere genelge gönderdi.⁴⁰

15 Haziran 2020’de Adalet Bakanlığı, durdurulan yargı sürelerinin ve ertelenen duruşmaların yeniden başladığını duyurdu.⁴¹

17 Haziran 2020’de Milli Eğitim Bakanlığı, 20 Haziran’da yapılacak sınavda alınacak tedbirleri açıkladı.⁴²

18 Haziran 2020’de İçişleri Bakanlığı, tüm valiliklere gönderilen LGS ve YKS Tedbirleri konulu genelgede 20, 27 ve 28 Haziran günlerinde sınavlar nedeniyle sokağa çıkma kısıtlaması yapılacağını duyurdu.⁴³

³⁴<https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-veni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-08-06-2020/>

³⁵<https://www.tccb.gov.tr/konusmalar/353/120389/millet-bahceleri-toplu-acilis-toreni-nde-vaptiklari-konusma>

³⁶<https://www.tccb.gov.tr/haberler/410/120415/-hicbir-salginin-birlik-ve-beraberligimizden-buyuk-olmadigi-inanciy-la-volumuza-devam-ediyoruz->

³⁷<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakanligimiz-cocuk-hizmetlerine-vonelik-normallesme-tedbirlerini-acikladidi/>

³⁸<https://www.uab.gov.tr/haberler/otobus-bileti-tavan-fiyatinda-indirim-hazirligi>

³⁹<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakan-selcuk-huzurevlerindeki-ilk-normallesme-adimlarini-acikladi/>

⁴⁰<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-nikah-merasimlerinde-uygulanacak-tedbirler-genelgesi>

⁴¹<https://basin.adalet.gov.tr/adliyeler-veni-normale-hazir-vargisal-sureler-baslivor>

⁴²<http://www.meb.gov.tr/lgs-kapsaminda-yapilacak-sinavla-ilgili-ek-tedbirler/haber/21145/tr>

⁴³<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-lgs-ve-yks-tedbirleri-genelgesi>

İl Hıfzısıhha Kurulları kararınca 49 ilde maske takmak zorunlu hale getirildi. ⁴⁴

21 Haziran 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Zümrüt Selçuk, “Huzurevlerinde Kovid-19’dan vefatların oranı, Türkiye’deki tüm vefatlar içinde yüzde 4 oldu” dedi. ⁴⁵

29 Haziran 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yetkilileriyle Türkiye’de Uzun Dönemli Bakım Kurumlarında COVID-19 Süreci Değerlendirme Toplantısı yapıldı. ⁴⁶

30 Haziran 2020’de Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kısa çalışma uygulamasından faydalanan işyerleri için sürenin 1 ay uzatıldığını ve İŞKUR Yönetim Kurulu kararıyla 01/07/2020 tarihinden itibaren dışsal etkilerden kaynaklı zorlayıcı sebep gerekçesiyle yeni kısa çalışma başvurusu alınmayacağı açıklandı.

2 Temmuz 2020’de Ankara Valiliği İl Umumi Hıfzısıhha Kurulu, kurban bayramına, asker uğurlama ve taziyelere dair tedbir kararıyla birlikte 15 gün boyunca toplantı ve gösteri yürüyüşlerinin yasaklanmasına dair karar aldı. ⁴⁷

DÜNYADAN

7 Mayıs 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cezaevi yöneticileri ve karar vericilerin COVID-19 kapsamında hızlı ve etkili davranmalarına destek amaçlı bir kontrol listesi yayımladı. ⁴⁸

7 Mayıs 2020’de New England Journal of Medicine Dergisinde hidroklorokin ilacının etkili olmadığına dair araştırma yayımlandı. ⁴⁹

8 Mayıs 2020’de ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) Sık Sorulan Sorular ve Yanıtlarını yayımladı. ⁵⁰

10 Mayıs 2020’de dünyada toplam vaka sayısı 4 milyonu geçti.

10 Mayıs 2020’de DSÖ İnsanda COVID-19 Enfeksiyonu Sürveyans Stratejileri dokümanını yayınladı ⁵¹

10 Mayıs 2020’de DSÖ, okullarda halk sağlığı ve sosyal önlemlerin sağlanması için hazırlık başlıklı doküman hazırladı. ⁵²

11 Mayıs 2020’de Fransa normalleşme dönemine girdiğini duyurdu. ⁵³

13 Mayıs 2020’de DSÖ 2020 Dünya Sağlık İstatistiği Yılığını yayımladı. ⁵⁴

⁴⁴<https://korona.hasuder.org.tr/hasuder-veni-koronavirus-covid-19-haber-postasi-22-06-2020/>

⁴⁵<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/bakan-selcuk-huzurevlerimizde-gorevli-doktor-savisini-artiriyoruz/>

⁴⁶<https://www.ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/haberler/huzurevlerimizle-iligili-dso-ile-onemli-toplantı/>

⁴⁷<http://www.ankara.gov.tr/ankara-valiligi-il-umumi-hifzissihha-kurulunun-02072020-tarih-ve-202057-savili-karari>

⁴⁸<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2020/5/who-launches-checklist-to-support-prison-administrators-and-policy-makers-for-rapid-and-effective-response-to-covid-19>

⁴⁹Observational Study of Hydroxychloroquine in Hospitalized Patients with COVID-19, Joshua Geleris, M.D., Yifei Sun, Ph.D., Jonathan Platt, Ph.D., Jason Zucker, M.D., Matthew Baldwin, M.D., George Hripcsak, M.D., Angelena Labella, M.D., Daniel K. Manson, M.D., Christine Kubin, Pharm.D., R. Graham Barr, M.D., Dr.P.H., Magdalena E. Sobieszczyk, M.D., M.P.H., and Neil W. Schluger, M.D. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2012410>

⁵⁰<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html>

⁵¹<https://www.who.int/publications/i/item/surveillance-strategies-for-covid-19-human-infection>

⁵²<https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>

⁵³<https://www.theguardian.com/world/2020/may/28/covid-19-clusters-emerge-as-lockdowns-ease-across-europe>

⁵⁴<https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-people-living-longer-and-healthier-lives-but-covid-19-threatens-to-throw-progress-off-track>

13 Mayıs 2020’de UNODC, WHO, UNAIDS ve OHCHR salgın döneminde cezaevlerinde insan onurunun korunması, insan haklarına uygun davranılması, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması için ortak açıklama yaptı. ⁵⁵

13 Mayıs 2020’de Birleşmiş Milletler (BM) salgın döneminde ruh sağlığının korunması için atılması gereken adımlara ilişkin belge yayımladı ⁵⁶

14 Mayıs 2020’de aralarında Avrupa Hekimler Daimi Komitesi ve Dünya Tabipler Birliği’nin de olduğu tabip örgütleri DSÖ’ye gerekli finansmanın sağlanması için çağrı yaptı. ⁵⁷

14 Mayıs 2020’de Avrupa hekim örgütleri salgın döneminde sağlık çalışanlarına yönelik saldırıları kınayan ortak açıklama yaptı. ⁵⁸

15 Mayıs 2020’de Türkiye’den Sosyal Güvenlik Kurumu’nun üye olduğu Uluslararası Sosyal Güvenlik Birliği (ISSA), İspanya’nın COVID-19’u meslek hastalığı olarak kabul ettiğini açıkladı. ⁵⁹ Birlik daha önce de COVID-19’un meslek hastalığı olarak kabul prosedürüne dair not açıklamıştı. ⁶⁰

16 Mayıs 2020’de DSÖ, temizlik ve dezenfeksiyon uygulamalarını belirleyen ve uygulayan sağlık çalışanlarına yönelik COVID-19’da Çevresel Yüzeylerin Temizlenmesi ve dezenfeksiyonu başlıklı rapor yayımladı ⁶¹

18 Mayıs 2020’de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Başkanı Donald Trump, önlem amaçlı hidroklorokin aldığını açıkladı ⁶²

18 Mayıs 2020’de Dünya Tabipler Birliği (WMA) sağlık çalışanlarına yönelik süregelen şiddetin salgın döneminde arttığına dikkat çekerek önlemler üzerinde çalışılmasını istedi. ⁶³

23 Mayıs 2020’de Çin, salgının başladığı Ocak ayından itibaren ilk defa doğrulanmış vaka görülmediğini açıkladı. ⁶⁴

23 Mayıs 2020’de Rusya’da yeni vaka sayısının 9 bin 400’den fazla olduğu, toplam vaka sayısı da 335 bin 800’ü aştığı açıklandı. ⁶⁵

25 Mayıs 2020’de DSÖ, TheLancet dergisinde yayımlanan araştırmada hidroklorokin alan hastalarda ölüm oranlarının diğer hastalara oranla yüksek olduğuna ilişkin iddia üzerine, klinik deneyleri durdurduğunu açıkladı. ⁶⁶

25 Mayıs 2020’de ABD’nin Minneapolis kentinde George Floyd, gözaltında polislin boğazına basması nedeniyle hayatını kaybetti; tüm ülkede protesto gösterileri başladı. ⁶⁷

⁵⁵<https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>

⁵⁶https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf

⁵⁷https://www.cpme.eu/index.php?downloadunprotected=/uploads/adopted/2020/5/Plea.WHO_May_2020.pdf

⁵⁸https://www.cpme.eu/index.php?downloadunprotected=/uploads/adopted/2020/5/PR_EMOs.condemn.attacks.on_HCP_fighting_COVID-19.pdf

⁵⁹<https://www.issa.int/news/social-security-responses-covid-19-case-spain>

⁶⁰<https://www.issa.int/news/can-covid-19-be-considered-occupational-disease>

⁶¹<https://www.who.int/publications/i/item/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19>

⁶²<https://www.nytimes.com/2020/05/18/us/politics/trump-hydroxychloroquine-covid-coronavirus.html>

⁶³<https://www.wma.net/news-post/urgent-action-demanded-to-combat-violence-against-health-personnel/>

⁶⁴<https://www.aljazeera.com/news/2020/05/china-reports-coronavirus-cases-time-200523052905563.html>

⁶⁵<https://www.dw.com/tr/rusyada-vaka-say%C4%B1s%C4%B1-art%C4%B1vor/a-53545278>

⁶⁶<https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/05/25/861913688/who-halts-hydroxychloroquine-trial-over-safety-concerns>

⁶⁷<https://www.nbcnews.com/george-floyd-death>

27 Mayıs 2020’de Birleşmiş Milletler Dünya Gıda Programı, Latin Amerika ve Karayiplerde 14 milyon kişinin, salgından kaynaklı gıdaya ulaşma sorunu yaşadığını açıkladı. ⁶⁸

27 Mayıs 2020’de ABD’de hayatını kaybedenlerin sayısı 100 bini geçti.

27 Mayıs 2020’de Fransa Sağlık Bakanlığı hidroksiklorokin kullanımını yasakladı. ⁶⁹

28 Mayıs 2020’de DSÖ Avrupa Bölge Yöneticisi Dr. Hans Henri P. Kluge, salgının dördüncü ayı itibariyle bölgede 2 milyondan fazla vaka görüldüğünü, 175 binden fazla kişinin öldüğünü, son 14 günde toplam doğrulanmış vaka sayısının en yüksek olduğu beş Avrupa ülkesinin Rusya Federasyonu, Birleşik Krallık, Türkiye, Belarus ve İtalya olduğunu, İspanya, İtalya, Birleşik Krallık ve Fransa’da bölgedeki toplam ölümlerin yüzde 72’sinin gerçekleştiğini açıkladı. ⁷⁰

29 Mayıs 2020’de ABD Başkanı Donald Trump, DSÖ’nün reform taleplerini reddettiği gerekçesiyle ilişkilerini sonlandırdığını açıkladı. ⁷¹

1 Haziran 2020’de Filipinler’de başkent Manila’da iki aydır süren kısıtlamalar kaldırıldı. ⁷²

2 Haziran 2020’de İtalya ekonomik gerekçelerle Avrupa’dan gelecek turistlere sınırlarını yeniden açtığını açıkladı ⁷³

2 Haziran 2020’de Fransa’da plajlar açıldı. Salgın yönetimine göre “yeşil” kabul edilen alanlardaki bar, restoran ve kafelerde masalar arasında bir metre olması, “turuncu” olarak kabul edilen bölgelerdekilerinde sadece açık alanlarının kullanılması kaydıyla açılmasına karar verildi. ⁷⁴

3 Haziran 2020’de İspanya’da olağanüstü hal 21 Haziran 2020’ye kadar uzatıldı ⁷⁵

5 Haziran 2020’de Ürdün’de fiziksel mesafeye uyulması kaydıyla camilerin ibadete açıldığı açıklandı. ⁷⁶

7 Haziran 2020’de Çin Devlet Konseyi Enformasyon Bürosu "COVID-19 ile Mücadele: Çin’in Adımları " başlıklı bir bildiri yayınladı. ⁷⁷

7 Haziran 2020’de Brezilya’da salgına dair bilgilerin Sağlık Bakanlığının internet sayfasından kaldırılmasına karar verildi. ⁷⁸

8 Haziran’da Yeni Zelanda’da iki haftadır yeni vaka bildirilmemesi ve aktif vakanın olmaması nedeniyle tüm kısıtlamaların kaldırılmasına karar verildi. ⁷⁹

⁶⁸<https://insight.wfp.org/covid-19-puts-14-million-people-at-risk-of-missing-meals-in-latin-america-and-the-caribbean-a54e42789153>

⁶⁹<https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/05/27/863197161/france-bars-use-of-hydroxychloroquine-in-covid-19-cases>

⁷⁰<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-recovery-must-lead-to-a-different-economy.-an-economy-of-well-being>

⁷¹<https://www.aa.com.tr/tr/dunya/trump-abdnin-dso-ile-iliskisini-sonlandirdigini-acikladi/1858292>

⁷²<https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/philippines-eases-lockdown-in-capital-manila/1860560>

⁷³<https://www.france24.com/en/20200603-italy-reopens-to-tourists-from-europe-after-economically-crippling-lockdown>

⁷⁴<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-france-restaurants/france-to-reopen-restaurants-bars-and-beaches-from-june-2-pm-idUSKBN2342TL>

⁷⁵<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-spain-tally/spain-extends-its-state-of-emergency-until-june-21-idUSKBN23A2HZ>

⁷⁶<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-jordan-mosques/jordan-reopens-mosques-for-socially-distanced-prayers-idUSKBN23C24M>

⁷⁷http://english.scio.gov.cn/whitepapers/2020-06/07/content_76135269.htm

⁷⁸<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52952686>

⁷⁹<https://www.bbc.com/news/world-asia-52961539>

8 Haziran 2020'de Hindistan'da 250 binden fazla vaka ve 7 binden fazla kişinin ölmesine ve vakalardaki artışa rağmen alışveriş merkezleri, restoranlar ve ibadet yerleri yeniden açıldı.⁸⁰

8 Haziran 2020'de ABD'de salgında en yüksek sayıda vakanın görüldüğü New York'ta 100 günlük kısıtlamanın ardından birinci faz normalleşmenin başladığı duyuruldu.⁸¹

8 Haziran 2020'de DSÖ, salgının sonlanmasının çok uzağında olduğunu, salgının başladığından itibaren 136 bin ile bir günde bildirilen en yüksek vaka sayısına ulaşıldığını açıkladı.⁸²

8 Haziran 2020'de Tanzania Başkanı John Magufuli, ülkenin salgından arındığını duyururken 29 Nisan 2020'den itibaren vaka sayısının açıklanmaması nedeniyle DSÖ'nün hükümetin stratejisinden endişe ettiği açıklandı.⁸³

8 Haziran 2020'de Güney Afrika'da iki haftada ülkenin yarısından fazla bölgesinden 50 binden fazla vaka görüldüğü açıklandı.⁸⁴

9 Haziran 2020'de Brezilya Yüksek Mahkemesinin kararıyla vaka sayılarının yeniden açıklanmasına başlandı.⁸⁵

9 Haziran 2020'de, 31 Mayıs Anma Gününden itibaren dokuz eyalette hastaneye yatışı yapılan vaka sayılarında artış olduğu açıklandı.⁸⁶

9 Haziran 2020'de DSÖ, virüsün asemptomatik bulaşına dair açıklamanın yanlış anlaşıldığını ve bunun oldukça nadiren görülebileceğini söyleyerek basın açıklamasına verilen yanıtın kurumsal beyan olmadığına dair düzeltme yayınladı.⁸⁷

10 Haziran 2020'de Almanya Avrupa dışındaki ülkeler için seyahat uyarısını uzattı.⁸⁸

10 Haziran 2020'de Libya Ulusal Hastalık Kontrol Merkezi, tüm ülkede az sayıda vaka varken bir haftada Sebha kentinde 90'dan fazla yeni vaka olduğunu, bunun nedeninin yurtdışından ülkeye gönderilen vatandaşlardan kaynaklandığını, toplam vaka sayısının 332 olduğunu açıkladı.⁸⁹

10 Haziran 2020'de Fransa'da normalleşme döneminin başlamasıyla birlikte ölümlerin azalmasına karşın vaka sayısında artış olduğu bildirildi.⁹⁰

11 Haziran 2020'de ABD'de meyve sebze paketleme işletmeleri ile çiftlik çalışanlarında salgının yayıldığına dair veriler nedeniyle gıda güvenliği endişesinin arttığı açıklandı.⁹¹

⁸⁰<https://www.aljazeera.com/news/2020/06/india-reopens-state-outnumbers-china-coronavirus-cases-200608193805359.html>

⁸¹<https://www.nbcnews.com/news/us-news/new-york-city-emerges-coronavirus-lockdown-begins-phase-one-reopening-n1227396>

⁸²<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who/who-says-pandemic-far-from-over-as-daily-cases-hit-record-high-idUSKBN23F23E>

⁸³<https://www.bbc.com/news/world-africa-52966016>

⁸⁴<https://apnews.com/045646190b3f3d92907596fb5d81e621>

⁸⁵<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-52980642>

⁸⁶<https://www.washingtonpost.com/health/2020/06/09/coronavirus-hospitalizations-rising/>

⁸⁷<https://www.cnbc.com/2020/06/08/asymptomatic-coronavirus-patients-arent-spreading-new-infections-who-says.html>

⁸⁸<https://www.reuters.com/article/us-germany-coronavirus-borders/germany-extends-corona-travel-warning-for-non-european-states-idUSKBN23H1D3>

⁸⁹<https://www.middleeastmonitor.com/20200610-coronavirus-cases-surge-in-libya-after-repatriations/>

⁹⁰<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-france-casualties/new-coronavirus-deaths-in-france-sharply-down-but-cases-rise-idUSKBN23H2X1>

⁹¹<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-farmworkers/coronavirus-spreads-among-fruit-and-vegetable-packers-worrying-us-officials-idUSKBN2311FO>

14 Haziran 2020’de Birleşik Krallıkta, 21 Mart’tan itibaren günlük en düşük ölüm sayısına ulaşıldığı, 36 kişinin hayatını kaybettiği açıklandı.⁹²

14 Haziran 2020’de Almanya’da koronavirüsün ne kadar hızlı yayıldığını belirlemek için kullanılan R oranı 1’in üzerine çıktığı açıklandı.⁹³

15 Haziran 2020’de Fransa, Avrupa Birliği ve Schengen ülkeleri için seyahat kısıtlamasını kaldırırken Birleşik Krallık ve İspanya için yasağın devam edeceğini açıkladı.⁹⁴

15 Haziran 2020’de ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) hidroksiklorokin için acil kullanım kuralını iptal etti⁹⁵

15 Haziran 2020’de ABD’de toplam vaka sayısı 2.1 milyonu, hayatını kaybedenlerin sayısı 116 bini geçti.⁹⁶

16 Haziran 2020’de Çin’in başkenti Pekin’de 36 yeni vaka bildirilmesi üzerine toptan gıda pazarlarında sıkı önlemler alınıp toplu test yapılmaya başlandığı açıklandı.⁹⁷

16 Haziran 2020’de ABD’de huzurevleri ve bakımevlerine ziyaretlere yeniden izin verildi. Salgın nedeniyle bakımevlerindeki ölümlerin 50 bin dolayında olduğu açıklandı.⁹⁸

18 Haziran 2020’de Peru’daki vaka sayısının 240 bine ulaşarak İtalya’yı geçtiği duyuruldu.⁹⁹

18 Haziran 2020’de Hindistan’da bir günde 2003 kişinin hayatını kaybettiği ve bunun salgının başından beri en yüksek günlük kayıp olduğu, toplamda 11 bin 903 kişinin hayatını kaybettiği, toplam vaka sayısında 354 bin 65 kişi ile ABD, Brezilya ve Rusya’nın ardından en çok etkilenen dördüncü ülke olduğu, buna karşı kısıtlamaların kaldırıldığı bildirildi.¹⁰⁰

19 Haziran 2020’de Rusya’da tespit edilen vaka sayısının 569 bin 63’e, ölü sayısının 7 bin 841’e ulaştığı duyuruldu.¹⁰¹

19 Haziran 2020’de Çek Cumhuriyeti’nde Nisan ayından itibaren en yüksek günlük artış yaşandığı, 118 yeni vakanın belirlendiği açıklandı.¹⁰²

21 Haziran 2020’de İspanya olağanüstü halin kaldırıldığını, Avrupa’dan ve izin verilen İngiliz turistlere karantina uygulamaksızın sınırlarını açtığını duyurdu. İspanya’da salgında 28,322 kişi hayatını kaybetti; AB ülkeleri arasında en kötü üçüncü ülke oldu.¹⁰³

21 Haziran 2020’de İtalya’da 24 kişi hayatını kaybetti, Mart ayından itibaren en düşük günlük kayıp sayısına ulaşıldığı açıklandı. Bu tarih itibariyle toplam kayıp sayısı 34 bin 634 oldu.¹⁰⁴

⁹²<https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/coronavirus-news-uk-deaths-cases-track-trace-lockdown-update/>

⁹³<https://www.telegraph.co.uk/news/2020/06/14/germanys-r-rate-spikes-1-ahead-tracing-app-rollout/>

⁹⁴<https://www.schengenvisa.info.com/news/france-lifts-entry-ban-for-eu-schengen-citizens-restrictions-remain-in-place-for-uk-and-spain/>

⁹⁵<https://www.statnews.com/2020/06/15/fda-revokes-hydroxychloroquine/>

⁹⁶<https://www.wsj.com/articles/coronavirus-latest-news-06-15-2020-11592209998>

⁹⁷<https://edition.cnn.com/2020/06/15/asia/coronavirus-beijing-outbreak-intl-hnk/index.html>

⁹⁸<https://www.wsj.com/articles/coronavirus-deaths-in-u-s-nursing-long-term-care-facilities-top-50-000-11592306919>

⁹⁹<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-peru/peru-overtakes-italy-in-total-cases-of-coronavirus-idUSKBN23O3SW>

¹⁰⁰<https://time.com/5855555/india-coronavirus/>

¹⁰¹<https://www.aa.com.tr/tr/dunya/rusyada-kovid-19-vaka-sayisi-570-bine-yaklasti/1882519>

¹⁰²<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-czech/czechs-record-biggest-daily-jump-in-coronavirus-cases-in-two-months-idUSKBN23Q18C>

¹⁰³<https://www.bbc.com/news/world-europe-53126112>

¹⁰⁴<https://thehill.com/policy/international/europe/503807-italy-reports-lowest-covid-19-death-increase-since-early-march>

22 Haziran 2020’de Güney Kore Sağlık Otoritesi başkent Seul’de Mayıs ayındaki tatil döneminden kaynaklı küçük bir “ikinci dalga” yaşandığını açıkladı. ¹⁰⁵

22 Haziran 2020’de Liberya’da vaka sayısının katlanarak artması nedeniyle olağanüstü hal ilan edildi. Liberya’da 626 doğrulanmış vaka belirlendi ve Mart ayının ortasında ilk vakanın açıklanmasının ardından 34 kişi hayatını kaybetti. ¹⁰⁶

22 Haziran 2020’de ABD’de yirmiden fazla kamu sağlık görevlisinin politik tehditler nedeniyle istifa ettiği bildirildi. ¹⁰⁷

23 Haziran 2020’de Latin Amerika ülkelerinde salgında hayatını kaybedenlerin sayısı 100 bini geçti. ¹⁰⁸

23 Haziran 2020’de COVID-19 aşısı ilk defa Güney Afrika’da insanlar üzerinde denemeye başlandı ¹⁰⁹

23 Haziran 2020’de Almanya’da Rheda-Wiedenbrück kasabasındaki bir et paketlenme tesisinde 1,550’den fazla kişinin test sonucunun pozitif çıkması üzerine Gütersloh’da kısmi kısıtlama kararı alındı. ¹¹⁰

23 Haziran 2020’de Suudi Arabistan yurtdışından yapılacak hac ziyaretlerini yasakladıktan sonra yurt içinden yapılacak ziyaretlere kısıtlama getirdiğini açıkladı. ¹¹¹

23 Haziran 2020’de FDA, Meksika merkezli EskbiochemSA’nın ürettiği 9 el temizleyicisi hakkında zehirli metanol içeriği nedeniyle uyarı yayınladı. ¹¹²

24 Haziran 2020’de Hindistan, 15 bin 968 kişinin testinin pozitif çıkması sonucu bir günde görülen en yüksek vaka sayısına ulaştı. ¹¹³

25 Haziran 2020’de ABD’de 38 bin 115 yeni vaka bildirildi; 25 Nisan’daki 34 bin 203 kişilik günlük en yüksek vaka sayısı aşıldı. ¹¹⁴

27 Haziran 2020’de ABD’de 12 eyalette yeni vaka sayılarındaki artış nedeniyle normalleşmenin yavaşlatılmasına karar verildi. ¹¹⁵

29 Haziran 2020’de Kazakistan’da Mayıs ayı ortasında başlayan normalleşme adımları sonrası vaka sayısının 5 binden 38 bine çıkması nedeniyle yeniden sınırlandırma çalışması başlatıldı. ¹¹⁶

29 Haziran 2020’de DSÖ, salgında “en kötüsünün henüz gelmediğini” ve “salgının aşılmasının yakınında bile olunmadığını” açıkladı. Salgında en çok etkilenen ülkeler arasında 2 milyon 500 bin vaka ve 126 bin ölümlerle ABD’nin ilk sırada, 1 milyon 300 bin vaka ve

¹⁰⁵<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea/south-korea-says-it-is-battling-second-wave-of-coronavirus-idUSKBN23T10M>

¹⁰⁶<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-liberia/liberia-extends-covid-19-state-of-emergency-as-cases-rise-exponentially-idUSKBN23T2RU>

¹⁰⁷<https://www.washingtonpost.com/>

¹⁰⁸<https://www.nytimes.com/reuters/2020/06/23/world/americas/23reuters-health-coronavirus-latam-tally.html>

¹⁰⁹<http://www.wits.ac.za/covid19vaccine/>

¹¹⁰<https://www.dw.com/en/german-region-reimposes-coronavirus-restrictions/av-53917287>

¹¹¹<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-saudi-haj/saudi-arabia-to-restrict-domestic-haj-pilgrims-amid-coronavirus-fears-idUSKBN23U1DI>

¹¹²<https://thehill.com/policy/healthcare/503980-fda-warns-against-9-hand-sanitizers-after-dangerous-chemical-discovered>

¹¹³<https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/covid-19-outbreak-india-sees-highest-single-day-spike-of-15968-new-cases/videshow/76554115.cms>

¹¹⁴<https://www.washingtonpost.com/nation/2020/06/24/coronavirus-live-updates-us/>

¹¹⁵<https://edition.cnn.com/2020/06/27/health/us-coronavirus-saturday/index.html>

¹¹⁶<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-kazakhstan/kazakhstan-heads-for-second-covid-19-lockdown-after-botched-reopening-idUSKBN2401K3>

57 Bin ölümlle Brezilya'nın ikinci sırada ve Batı Avrupa ülkeleri arasında İngiltere'nin üçüncü sırada olduğu belirtildi. ¹¹⁷

30 Haziran 2020'de Pakistan'da vaka sayısı bir günde 3 bin 602 kişi artarak toplamda 200 bini geçti. ¹¹⁸

30 Haziran 2020'de John Hopkins Üniversitesi dünyada vaka sayısının 10 milyonu geçtiğini, 500 Binden fazla kişinin hayatını kaybettiğini, hayatını kaybedenlerin dörtte birinin ABD'de olduğunu açıkladı. ¹¹⁹

30 Haziran 2020'de ABD remdesivir ilacını üreten şirketin tüm üretimini satın aldığını duyurdu. ¹²⁰

30 Haziran 2020'de Avrupa Birliği son 2 haftada tespit edilen vaka sayısının AB ortalaması olan 100 binde 16'dan az ve salgınla etkin mücadele edildiği kabul edilen Cezayir, Avustralya, Gürcistan, Japonya, Kanada, Fas, Karadağ, Yeni Zelanda, Ruanda, Sırbistan, Güney Kore, Tayland, Tunus ve Uruguay'a seyahat yasağını kaldıracağını, Çin'den yapılan seyahatlere ise karşılıklı olması koşuluyla izin verileceğini açıkladı. ¹²¹

30 Haziran 2020'de DSÖ, Alman hükümetinin sağladığı 1.7 milyon dolarlık fonla alınan milyonlarca maske, eldiven, gözlük ve diğer malzemeyi Türkiye'de sağlık çalışanlarına yardım amacıyla gönderdiğini duyurdu ¹²²

1 Temmuz 2020'de Burundi'nin yeni seçilen başkanı Evariste Ndayishimiye, salgını görmezden gelen sefinin aksine virüsün yayılmasını önlemek için mücadele sözü verdi. ¹²³

2 Temmuz 2020'de İsviçre'ye 29 ülkeden gelecek yolcuların 6 Temmuz'dan itibaren idareye kayıt olmaları ve kendilerini izole etmeleri gerektiğini açıkladı.

5 Temmuz 2020'de İran'da bir günde hayatını kaybedenlerin sayısının 163'e çıkarak salgının başından beri en yüksek seviyeye ulaştığı, toplam ölü sayısının 11 bin 571'e yükseldiği, toplam vaka sayısının 2 bin 560 artışla 240 bin 438'e çıktığı açıklandı. ¹²⁴

¹¹⁷<https://www.bbc.com/news/world-53227219>

¹¹⁸<https://www.aljazeera.com/news/2020/06/500000-dead-coronavirus-live-updates-200628233313992.html>

¹¹⁹<https://www.aljazeera.com/news/2020/06/500000-dead-coronavirus-live-updates-200628233313992.html>

¹²⁰<https://www.theguardian.com/us-news/2020/jun/30/us-buys-up-world-stock-of-key-covid-19-drug>

¹²¹<https://tr.sputniknews.com/koronavirus-salgini/202006301042352366-avrupa-birligi-14-ulkeden-seyahate-izin-vermevi-planliyor/>

¹²²<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/6/who-reinforces-covid-19-response-efforts-in-turkey-millions-of-protective-items-distributed>

¹²³<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-burundi/in-break-with-predecessor-burundis-president-vows-to-tackle-coronavirus-idUSKBN2425Y2>

¹²⁴<https://www.aa.com.tr/tr/dunya/iranda-en-yukse-gunluk-kovid-19-olu-savisi-kaydedildi/1900292>

2. BÖLÜM: COVID-19 HASTALIĞI

Bulaşma Yolları

Prof. Dr. Özlem Kurt Azap

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

SARS CoV-2, damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır. Entübasyon gibi aerosolizasyon oluşturan işlemler sırasında damlacık çekirdeği ile bulaşmasına ilişkin bilgiler vardır. Ancak aerosol oluşturan işlemler dışında damlacık çekirdeği ile bulaş olmadığı yönünde güçlü kanıtlar vardır. Solunum yolu örnekleri dışında dışkı, kan gibi örneklerde virüsün nükleik asidi saptanmıştır ancak bulaştırıcılık bildirilmemiştir.

Solunum yolu enfeksiyonları, üç temel mekanizma ile bulaşmaktadır. Bunlar; damlacık, damlacık çekirdeği ve temas yoluyla bulaş olarak sıralanabilir. COVID-19'un etkeni olan SARS CoV-2 damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca, entübasyon, solunum sekresyonu aspirasyonu gibi işlemlerin aerosolizasyona yol açma olasılığı nedeniyle bu işlemler sırasında damlacık çekirdeği yoluyla bulaş olasılığı dikkate alınmalıdır (<https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-covid-19>).

Damlacık yoluyla bulaşma, çevreye saçılan 5 mikrondan büyük parçacıklarla olur. Bu parçacıklar, büyük oldukları için 1 metreden uzağa gidemeden yüzeylere ve yere düşer. Öksürük ve hapsirik durumunda 2-3 metre kadar uzağa gidebilir. Damlacık yoluyla bulaşan hastalıkların en bilinen örneği influenzadır (grip). Bu tür hastalıklarda, doğrudan bulaşmayı engellemenin yolu araya 1-2 metre mesafe koymaktır. Ayrıca hasta olan kişi cerrahi maske kullanılmalıdır. Hastaya 1 metreden fazla yaklaşması gereken kişiler de mutlaka cerrahi maske takmalıdır.

Temas yoluyla bulaşma, ellerin yüzeylerdeki (telefon, masa, kapı kolu, stetoskop vb) parçacıklarla temas etmesinin ardından ellerin ağız, burun, göz ve yüze temas etmesiyle bulaşıcı parçacıkların üst solunum yolu aracılığıyla vücuda girmesiyle olur. Hastalığın temas ile bulaşmasını azaltmadaki iki önemli nokta el temizliği ve el değen yüzeylerin sık temizlenmesidir.

Damlacık çekirdeğiyle bulaşma, çevreye saçılan 5 mikrondan küçük parçacıklarla olur. Damlacık çekirdeği, damlacıklardan farklı olarak boyut olarak büyük ve havada asılı kalan parçacıklardır. Bu parçacıklar, çok küçük oldukları için havada asılı kalırlar ve ortamın havası değişmeden de ortamdan uzaklaştırılmazlar. Bu tür hastalıkların en bilinen örneği

tüberkülozdur. Bu tür hastalıklardan korunmak için N95 veya FFP2 veya FFP3 türü maske kullanılmalıdır. Cerrahi maske bu durumlarda yeterli değildir.

Burada mutlaka belirtilmesi gereken konu, virüslerin veya bakterilerin -hastalığın mekanizmasına göre değişmek üzere- farklı boyutlardaki parçacıklara tutunarak dış ortama saçılmasıdır. Yani bakteri veya virüs “çıplak” bir şekilde dış ortama atılmamaktadır. Örneğin influenza virüsü 0.1 mikron (100 nanometre) çapında olup damlacık yoluyla bulaşırken, tüberküloz basili 1-4 mikron olup damlacık çekirdeği yoluyla bulaşmaktadır. Dolayısıyla etkenin büyüklüğüne göre değil bulaş yoluna göre korunma önlemleri alınmalıdır. COVID-19’un etkeni olan SARS CoV-2, 0.06-0.125 mikron (65-125 nanometre) çapında olup damlacık ve temas yoluyla bulaşmaktadır.

Aerosol üreten işlemler olarak tanımlanan entübasyon, aspirasyon gibi işlemlerde virüsün damlacık çekirdeği yoluyla yayılmasının mümkün olup olmadığını araştırılmaktadır. Bu tür işlemlerden sonra hava örneklerinde virüsün RNA’sının saptandığı klinik çalışmalar olduğu gibi saptanmadığı çalışmalar da vardır (<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>).

Ayrıca, az sayıda olmakla birlikte aerobiyoloji laboratuvarlarında gerçekleştirilen deneysel araştırmalarda ortamdaki havada canlı virüs bulunmuştur ancak bunlar yüksek güçteki jet nebulizörler kullanılarak deneysel olarak tetiklenmiş durumlar olup normal insan öksürmesi koşullarını yansıtmamaktadır (**Meselson, 2020**), (**Bourouiba, 2020**). Damlacık çekirdeği ile bulaşmanın hangi koşullarda gerçekleştiğine ilişkin olarak nitelikli araştırmalara gerek duyulmaktadır.

COVID-19 çoğunlukla uygun koruyucu malzeme kullanılmadığı durumlarda semptomlu kişilerden başkalarına bulaşmaktadır. Semptomatik hastalar arasında, hastalığı hafif geçirenler söz konusu olduğunda semptomların başlamasının üzerinden 8 gün geçtikten sonra canlı virüs tespit edilememektedir; ancak bu süre, hastalığı daha ağır geçirenlerde daha uzun olabilmektedir (<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>).

Enfeksiyonu olup virüs yayan ancak kendilerinde henüz semptom görünmeyen kişiler de hastalığı başkalarına geçirebilmektedir; bu duruma pre-semptomatik bulaşma denmektedir. Eldeki verilere göre, semptom göstermeden 1-3 gün önce polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testinde SARS CoV-2 pozitifliği saptanabilmektedir (**Kimball, 2020**).

SARS CoV-2 ile enfekte bazı kişiler kendileri hiç semptom sergilemese bile virüsü ortalığa saçabilirler ve böylelikle başka kişilerin enfekte olmasına neden olabilirler. Asemptomatik geçiş olarak tanımlanan bu durum önemlidir çünkü asemptomatik olguların toplam içindeki oranı %6 ile %41 arasında değişmektedir (**Byambasuren, 2020**).

Pre-semptomatik ve asemptomatik geçiş, taramalar ve korunma önlemlerinin toplum içinde yaygın olarak uygulanması açısından önemlidir.

COVID-19’un fekal-oral bulaşmasına ilişkin olarak yapılan incelemeler sonucunda da dışkıda virüse ait nükleik asit saptandığı ancak bulaştırıcılığa ilişkin bir veri olmadığı bilinmektedir (**van Doremalen, 2020**). Virüsün nükleik asiti, dışkının yanı sıra kan, idrar, semen ve göz sıvısında da saptanmıştır ancak bu materyallerin bulaştırıcılığına ilişkin bir kanıt yoktur.

COVID-19 etkeninin hangi tür yüzeylerde, ne kadar süreyle kaldığına ilişkin deneysel çalışmalardan elde edilen veriler paylaşılmakta ve bulaştırıcılık süresine ilişkin değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu veriler, deneysel ortamda yapılan çalışmalardan elde edildiği

için günlük pratiğe doğrudan uygulanması zordur. Çünkü bir etkenin bulaştırıcılığını belirleyen en önemli faktörlerden biri kişinin karşılaştığı viral yük miktarı yani hastalandırıcı etkenin miktarıdır. Viral yükü, virüsün içinde bulunduğu parçacıkların hangi hastadan saçıldığı, hangi miktarda saçıldığı, virüsü saçan kişinin hastalığının kaçınıcı gününde olduğu, tedavi alıp almadığı gibi birçok faktör belirler. Herhangi bir yüzeyi değerlendirirken bu bilgilere ulaşmak olası değildir. Ayrıca bu tür deneysel çalışmalar genellikle virüsün nükleik asitinin saptanmasına dayanmaktadır ki bu durum her zaman bulaştırıcılıkla doğrudan ilişkili değildir. Hastalığın temas ile bulaşmasını azaltmadaki iki önemli nokta el temizliği ve el değen yüzeylerin sık temizlenmesidir.

Kaynaklar

- Byambasuren, O., Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M.-L., Glasziou, P., (2020) Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis (preprint). MedRxiv.preprint]. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20097543v1>).
- Bourouiba, L. (2020) Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. JAMA. 323(18): 1837-1838. doi:10.1001/jama.2020.4756
- Dünya Sağlık Örgütü Web Sayfası (23 Nisan 2020), Erişim tarihi 2 Temmuz 2020, <https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-covid-19>
- Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al (2020). Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 69(13): 377-81.
- Meselson, M. (2020) Droplets and Aerosols in the Transmission of SARS-CoV-2. N Engl J Med. 2020 Apr 15. doi: 10.1056/NEJMc2009324.
- Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası (10 Haziran 2020), Erişim tarihi 2 Temmuz 2020, <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>
- van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. (2020) Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 382(16): 1564-1567. doi: 10.1056/NEJMc2004973. Epub 2020 Mar 17.

Tanı

Prof. Dr. Aynur Eren Topkaya

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 hastalığının tanısı için mikrobiyoloji laboratuvarlarında yapılan testler tartışılmıştır.

COVID-19 hastalığının tanısı için mikrobiyoloji laboratuvarlarında uygulanan yöntemler, moleküler testler, SARS-CoV-2 antijenlerini saptayan testler, SARS-CoV-2 antikollarının tespitine yönelik testler ve hücre kültürüdür.

Moleküler yöntemler özellikle COVID-19 enfeksiyonunun tanısının doğrulanmasında kullanılmaktadır. SARS-CoV-2 RNA'sının RT-PZR gibi nükleik asit amplifikasyon testleri (NAAT) ile gösterilmesi tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen algoritmalara göre COVID-19'un tanısı için öncelikle üst solunum yolu örneklerinde RT-PCR yöntemi ile virüs genomu araştırılmaktadır. RT-PCR, SARS COV-2 virüs genomunu saptamada özgüllüğü yüksek ancak duyarlılığı düşük bir yöntemdir. Bu yöntemin virüsü saptama başarısı örnek alma zamanı, örnek alınan anatomik bölge ve örnek alma tekniği gibi koşullara bağlı olarak değişebilmektedir. Klinik örneklerden virüs genomunun ekstraksiyonu ve RT-PZR işlemleri için laboratuvarın en az biyogüvenlik düzey-2 ve örneklerin işlendiği kabinlerin sınıf II -B biyogüvenlik kabinleri olması gerekmektedir. Moleküler testlerin hedeflediği gen bölgeleri S₁, S, RdRp, E, N₁ ve N₂ genleri üzerinde yer almaktadır. CDC, viral nükleokapsid geninin 2 bölgesi (N₁ ve N₂) ve insan RNaz P geni için PZR primer-prob setlerini, DSÖ ise SARS-CoV-2 RNA'ya bağlı RNA polimeraz (RdRP) ve zarf (E) genlerini hedefleyen primer-prob setlerini önermiştir. Her iki test için de duyarlılık ve özgüllüğün yüksek olduğu belirtilmiştir. Tüm gen hedeflerine yönelik testler yüksek duyarlılığa sahip olmakla birlikte en iyi sonuçların E ve RdRp genleri ile alındığı bildirilmiştir. SARS-CoV-2 enfeksiyonunun toplumda ilk tanımlanmasında en az iki farklı hedef gen bölgesine yönelik testlerle tarama yapılması, enfeksiyonun sık olarak saptandığı bölgelerde ise tek gen bölgesine yönelik PZR ile tarama yapılabileceği bildirilmektedir. Ülkemizde üretilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 yetkili laboratuvarlarına bedelsiz dağıtılarak uygulanması sağlanan kitler RdRp gen bölgesine yönelik olup kitin duyarlılığı %99,4, özgüllüğü %99,0 olarak belirtilmiştir. Ancak uygulamada çeşitli nedenlerle testin duyarlılığı düşük olarak değerlendirilmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan algoritmalarda testin bir kez negatif saptanması COVID-19 tanısını dışlamayacağı en az 24 saat arayla ikinci örnek alınması gerektiği belirtilmiştir. Üst üste iki PZR negatif sonuç olsa bile klinik şüphe güçlü ise düşük doz bilgisayarlı tomografi ve diğer laboratuvar testleriyle COVID-19 tanısının konularak uygun tedaviye başlanabileceği belirtilmiştir. Moleküler testlerde yalancı negatifliğe neden olan

koşullar; 1-örneğin alma tekniğinin uygun olmaması, 2- Örneğin uygun zamanda uygun bölgeden alınmamış olması, 3- Uygun koşullarda laboratuvara ulaştırılmamış olması, 4- Örnekte PCR inhibitörlerinin bulunması, 5- Hastanın antiviral ilaç kullanıyor olması veya virüsün genetik değişime uğramış olmasıdır.

Salgın sırasında referans laboratuvarlarda belirli periodlarda nükleotid dizi analizi (sekans) yapılması önemlidir. Sekanslama virüsün yayılma yollarının izlenmesi ve virüs genomundaki mutasyonların tanımlanmasını sağlar.

SARS-CoV-2 antijenlerini saptayan testler

Üst solunum yolu örneklerinde SARS-CoV-2 antijenlerinin araştırılması için üretilmiş testlerdir. Hızlı test olarak da bilinen bu testler lateral akım immünokromatografi yöntemine dayanmaktadır. Ayrıca enzim immünassay (ELISA) ve flouresan antikor (FA) yöntemleri kullanılarak geliştirilen antijen testleri de mevcuttur. Pandeminin başlarında hızlıca üretilen ve piyasaya sürülen antijen testleri istenilen düzeyde duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmadığından kullanımdan geri çekilmiştir. Duyarlılık ve özgüllüğü yüksek antijen testlerinin PZR ile birlikte hastalığın tanısı için kullanılabilmesi beklentisi vardır. Monoklonal antikorlar kullanılarak üretilen hızlı antijen testlerinin influenzada olduğu gibi tarama amacıyla kullanılabilmesi düşünülmektedir.

Antikor testleri

SARS-CoV-2'ye karşı üretilen antikorları tespit edebilen hızlı testler ve Enzim İmmünassay (EIA), kemilüminisans (CLIA) ve flouresan-antikor (FA) yöntemlerle çalışan hassas testler üretilmiştir. Hızlı testlerin duyarlılık ve özgüllüğü değişkenlik göstermektedir. Üretici firmalar bu testlerin üretiminde kullanılan antijenlerin yapısını bildirmemiştir. Testler kalitatif sonuç vermektedir ve diğer koronavirüsler, bazı hormonlar ve vitaminlerle çapraz reaksiyon verebilmektedir.

Farklı markalara ait ELISA ve CLIA yöntemiyle çalışılan kitler farklı antikorları ölçmektedir. Örneğin bazı kitler virüsün kapsid antijenlerine karşı antikorları, bazıları ise zarftaki çıkıntılara (Spike) karşı antikorları ölçmektedir. Bazı kitler IgM+IgGyi ölçerken bazıları IgA, IgM ve IgGyi ayrı ayrı ölçmektedir.

SARS-CoV-2'nin serokonversiyonu ile ilgili bilgiler hala tam olarak netleşmemiştir. İmmun cevabın hücrel ve humoral bileşenlerinin dinamikleri henüz ortaya konulamamıştır. Bugünkü bilgilerimize ve mevcut antikor testlerinin sonuçlarına göre, semptomlardan ortalama bir hafta sonra antikorlar serumda saptanabilir düzeye erişmektedir. Ancak IgA, IgM ve IgG akut enfeksiyon döneminde hep birlikte pozitif saptanabilmektedir. Antikor testlerinin önemli kullanım alanları; 1- RT-PCR negatif COVID-19 hastalığının doğrulanması, 2- Epidemiyolojik çalışmalar, 3- Aşı çalışmaları ve 4- Sağlık çalışanlarının risk değerlendirmesidir. Hastalığın asemptomatik geçirilebiliyor olması ve asemptomatik kişilere RT-PCR testi çalışılmaması nedeniyle sağlık çalışanlarının virüse maruz kalma durumunu belirleyebilmek için elimizdeki tek olanak antikor testleridir. Asemptomatik ve semptomatik kişilerde bağışıklığın ne kadar sürdüğü konusu hala aydınlanmamıştır.

Artan hasta sayıları, moleküler test laboratuvarlarının kapasitesi ve her laboratuvarında moleküler tanı için gerekli yetkin personel ve donanımın olmadığı düşünüldüğünde; tanı için hızlı ve kullanımı kolay testlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Kullanıma ilk giren antikor testleri Sağlık Bakanlığı tarafından yetkili laboratuvarlara ücretsiz olarak verilen hızlı antikor testleridir. Bunlar IgM ve IgG'yi ayrı ayrı saptayabilen uygulama ve değerlendirmesi kolay testlerdir. Ancak kullanıma sunulmadan önce yapılması gereken validasyon ve verifikasyon işlemleri kuşkuludur. Diğer koronavirüsler (HCoV-HKU1, HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43, MERSCoV, SARS-CoV) veya diğer solunum virüsleriyle çapraz reaksiyon verebilirler. COVID-19 hastalığının tanısı ve plazma donörlerinin seçiminde hızlı antikor testlerinin kullanımı önerilmemektedir. Süreyle ilgili çalışmalar ve epidemiyolojik araştırmalarda bu testlerin kullanılması DSÖ tarafından teşvik edilmektedir.

Geliştirilmesi hızlı testlere göre daha uzun süren enzim ELISA ve CLIA testler, Mayıs 2020 itibarıyla ülkemizde kullanılmaya başlamıştır. Bu testlerde sıklıkla Nükleokapsid (N) proteini ve Spike (S) ne karşı sentezlenen antikor cevapları ölçülmektedir. Bu testler özellikle RT-PZR negatif ancak kuvvetli COVID-19 enfeksiyonu şüphesi olan hastalarda geçirilmiş enfeksiyonun doğrulanması için kullanılabilir. Seroprevalansın saptanması için de kullanılması söz konusudur. Hızlı testlerde olduğu gibi bu testlerin de analitik performansları netlik kazanmamıştır.

Hücre kültürü

SARS-CoV-2 virüsü laboratuvarında birçok hücre serisinde üretilebilmektedir. Yine de akut hastalığın tanısında yöntem olarak hücre kültürünün kullanılması önerilmez. Hücre kültürü araştırmalarda nötralizan antikorların varlığını saptamak, antiviral ilaçların etkinliğini değerlendirmek, aşı geliştirmek amacıyla kullanılabilir.

COVID-19 Etkeni

Prof. Dr. Aynur Eren Topkaya

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Yeni veya yeniden önem kazanan bazı virüsler ve neden oldukları salgınlar; HIV (1981), West Nilevirus (1990), Yeni insan koronavirüsü (SARS) (2002-2003), West Nilevirus (2006), Avian influenza A (H5N1)(1997), Swineinfluenza A (H1N1)(2009), MersCoV ve son olarak SARS CoV2 (2019).

Koronavirüsler ilk olarak 1966'da, soğuk algınlığı olan hastalardan virüsleri yetiştiren Tyrell ve Bynoe tarafından tanımlanmıştır. Nükleokapsid ve zarftan oluşan küresel virionlar ve taç şeklindeki (Latince: korona = taç) yüzey çıkıntıları nedeniyle koronavirüsler olarak adlandırılmıştır.

Zarflı, pozitif polariteli genom (+) ssRNA 30kb büyüklüğündedir. Diğer RNA virüslerine göre genomlarında nispeten sık rekombinasyonlar görülür ve virüs mutasyona uğrar. Yüksek orandaki genetik değişiklik, hem tanı testleri için hem de tedavi (ve aşı) rejimleri için güçlük yaratabilir. SARS COV-2 zarfını ERGIC (Golgi öncesi) bölgeden alır. Zarf 3 ana protein içerir; Spike proteini (S), virüsün konak tropizmini belirler, Tip I glikoprotein, viral peplomerler oluşturur, Esteraz (İnfluenza nöraminidazına benzer). Genomda kodlanan yapısal proteinler ise; Nükleokapsid protein (N), Spike proteini (S), Küçük bir membran proteini (SM), HCoV - OC43 ve HKU1 beta - koronavirüslerinde de bulunan bir membran glikoprotein (HE) ile membran glikoprotein (M)dir.

Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi'ne (The International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV)) göre insanlarda enfeksiyona neden olan tüm koronavirüsler alfa ve beta korona virüs cinsindedir. SARS CoV2 de beta korona virüsler arasında yer alır. Alfa korona virusler yarasa, insan ve domuzlarda, beta korona virüsler, kemirgen, yarasa ve insanda, gamma korona virüsler, kuşlar, deniz memelilerinde, delta koravirüsler bülbül, ispinoz, pamukçuk gibi kuşlarda etken olarak tanımlanmıştır. SARS-CoV-2, tüm genom diziliminde yarasa koronavirüsüyle % 96 benzerlik göstermektedir.

Koronavirüsler çoğunlukla zoonotiktir, hayvanlar ve insanlar arasında bulaşabilirler, ancak çoğu sadece kendi konağında yayılmaya devam etmektedir. Nadiren, hayvan koronavirüsleri insanları enfekte eder ve insanlar arasında yayılmak üzere farklılaşabilir. Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüs (SARS-CoV), Orta Doğu Solunum Sendromu Coronavirüs (MERS-CoV) ve son olarak SARS-CoV 2019 bu değişime uğramış virüslerdir.

Korunma

Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

SARS Co-V 2 virüsünün neden olduğu COVID-19 hastalığından korunma temel olarak virüsün bulaşıcılığının engellenmesi ve bu amaçla gerek bireysel gerekse de toplumsal düzeyde alınacak önlemlerle olanaklıdır. Bu amaçla başta fiziksel mesafe, el hijyeni ve yüzey temizliği olmak üzere günlük hayatta bireysel olarak alınması dikkat edilmesi gereken birçok unsur vardır. Korunmada hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bütünlüklü bir yaklaşım ve uygulama gereklidir. Bireysel düzeyde fiziksel mesafe en kritik koruma önlemi olmakla birlikte diğer bireysel önlemlerle birlikte uygulanmadığında tek başına yetersiz kalabilmektedir. Bireysel önlemler yanında vakaların tespiti ve izolasyonu, temaslıların belirlenmesi ve karantinaya alınması, risk gruplarının gerektiğinde tecrit edilmesi ile birlikte çeşitli toplum hareketliliği kısıtlamaları (okulların, kamusal alanların kapatılması, toplu taşımada ve çalışma saatlerinde düzenlemeler vb) birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır.

Yirmi birinci yüzyılın ikinci pandemisi olarak hızla yayılan ve tüm dünyayı etkisi altına alan SARS CoV-2 virüsünün neden olduğu pandemi kısa sürede Haziran ayı sonu itibarıyla beş yüzbine yakın insanın ölümüne neden olmuştur. COVID-19 hastalığına neden olan bu virüs 2003 yılındaki SARS salgınıyla aynı virüs ailesinden olmakla birlikte yeni tanımlanmış ve birçok özelliği yeni tanınır ve bilinir olmuştur. Hastalıktan korunmada temel amaç virüsün taşıyan kişilerden sağlam bireylere bulaşmasının önüne geçilmesidir.

Şu ana kadar eldeki bilgiler, virüsün virüsü taşıyan kişilerden sağlam kişilere damlacık yoluyla bulaştığı yönündedir. Bu damlacıklar hasta kişinin öksürmesi, aksırması ve konuşması sırasında oluşabilmektedir. Bu açıdan virüsü taşıyan kişilerde farklı düzeylerde ve yoğunlukta olsa da, kişiden kişiye yakın temas bulaşma riski açısından önemlidir. Bu “yakın temas” tanımlaması ile kastedilen, kişiler arası mesafenin belli bir değerin altında olmasıdır. Bu mesafe ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü yaklaşık 1 metreyi işaret etmekle birlikte (3 feet, 91,44 cm) ABD Hastalık Kontrol Merkezi dokümanları bu uzaklığı yaklaşık 1.8 metre olarak belirtmektedir (6 feet, 182,88 cm). **(WHO web sayfası; CDC web sayfası-a)**. Dolayısıyla korunmada yakın mesafede kişilerarası temasın engellenmesi önemli bir yer tutmaktadır.

Temas ile ilgili etkili tek faktör mesafe değildir. Temas süresi, temasın kim ile yapıldığı (örneğin sağlık çalışanlarının test pozitif COVID-19 hastasıyla teması vb), nerede yapıldığı (açık hava, kapalı alan vb) da göz önüne alınması gereken noktalar. Bunun yanında damlacıkların yayıldığı özellikle sık dokunulan yüzeylerin elle teması sonrası ellerden solunum yollarına bulaş da söz konusu olabildiğinden el hijyeni ve yüzey temizliği de korunma için önemli başlıklar olarak dikkati çekmektedir.

Korunma başlığında vurgulanması gereken bir nokta bireysel korunma önlemlerinin yanında hatta belki yayılımın kontrolü için çok daha hayati olan salgın yönetimi kapsamın-

da alınması gereken önlemlerdir. Hastaların izolasyonu, temaslı olanların ya da virüsü taşıma riski olan sağlıklı bireylerin karantinaya alınması ve vaka saptanması ile ilgili strateji ve uygulamalar hastalıktan korunmanın ana unsurlarıdır. Bu nedenle korunma başlığında sadece bireysel korunma yollarının yeterli olmayacağı bu bireysel yolların ancak salgın yönetiminde izlenen strateji bütünsel ve etkin olduğunda işe yarayacağı unutulmamalıdır.

Bu çerçevede hastalıktan korunma amacıyla alınması gereken önlemler aşağıdaki başlıklarda özetlenebilir:

Fiziksel mesafe¹: “Sosyal mesafe” olarak kullanılan, aynı zamanda “fiziksel mesafe” olarak da kullanılabileceği belirtilen bu terim, kişinin başkalarıyla yüz yüze temasını sınırlaması, ev dışında bireyin başka kişiler ile arasında belirli bir uzaklık bırakmasını ifade etmektedir. Belirtiler ortaya çıkmadan da virüsün yayılabiliyor olması bulaşıcılık açısından “yakın temas” konusunu önemli hale getirmekte ve özellikle fiziksel mesafenin risk grupları için önemli olduğu vurgulanmaktadır (**CDC web sayfası-b**). Fiziksel mesafe ev dışı temaslar için ön planda gibi görünse de ev içinde de yakın temasa dikkat edilmesi, özellikle risk grubunda bulunanların yaşadıkları evde aile bireylerinin ev dışı temaslarını olabildiğince sınırlamaları gerektiği belirtilmektedir (**CDC web sayfası-c**).

El yıkama/el temizleyici kullanma/sık el temasından kaçınma: Hastalığın özellikle sık dokunulan yüzeylerdeki damlacıklar yoluyla bulaşmasının önüne geçilmesi açısından el yıkama ve el temizliği önemli bir korunma yoludur. Bu amaçla ellerin sabunla ve tekniğine uygun olarak en az 20 saniye süreyle yıkanması ya da en az %60 alkol içeren el temizleyiciler ile temizlenmesi önerilmektedir. Bunun yanında ellerin ağıza buruna ve göze temas etmemesi, tokalaşma vb temasların yapılmaması da gerekmektedir (**CDC web sayfası-d**).

Maske kullanımı: Hastalığın yaygınlaşması ile birlikte maske kullanımı önerileri de yoğunlaşmıştır. Maske kullanımı özellikle virüsü taşıyan bireylerin çevreye virüs yayılmasının önüne geçilmesi açısından önemlidir. Özellikle kamusal alanlarda bez maske kullanılması, 2 yaş altındaki çocuklara maske takılmaması, sağlık çalışanları için tasarlanmış maskelerin kullanılmaması ve maske takılsa dahi fiziksel mesafeye dikkat edilmesi öneriler arasında yer almaktadır (**CDC web sayfası-d**).

Damlacık yayılımının önlenmesi: Maske kullanılmıyor ise öksürme, aksırma, hapşırma durumlarında bir mendille ya da dirseğin iç kısmı ile ağız ve burunu kapatılması ve sonrasında ellerin yukarıda belirtildiği biçimde yıkanması önerilmektedir.(CDC web sayfası-d).

Temizlik ve dezenfeksiyon: Özellikle sık dokunulan yüzeylerin (Masa, sandalye, kapı kolları, ışık anahtarları, tezgâhlar, kulplar, telefonlar, klavyeler vb) günlük temizliği ve gerekli durumlarda dezenfeksiyonu önerilmektedir (**CDC web sayfası-d**). Temizlik için sabun ve deterjan içeren temizlik maddeleri yeterlidir. Dezenfeksiyon işlemleri için ise klor bileşikleri, hidrojen peroksit ve kuarterner amonyum bileşikleri kullanılmaktadır. Özellikle virüsü taşıyan bireylerin bulunduğu ortamlarda eşya ve yüzeylerin dezenfeksiyonu önemlidir. Bunun yanında tuvaletlerin klor solüsyonları ile (çamaşır suyu vb) sık sık temizlenmesi de önerilmektedir.

Çevresel önlemler: Bu başlıkta başlıca üç önlem dikkati çekmektedir: Sık kullanılan yüzey, elbise ve nesnelere standart temizliği, ortak kullanımın –özellikle ortak kullanılan malzemeler anlamında- en aza indirilmesi, uygun havalandırmanın sağlanması (**European Centre for Disease Prevention and Control, 2020**).

Bu bireysel önlemler dışında salgın yönetiminde esas olarak bulaşıcılığı azaltmayı ve bulaşıcılık zincirini kesmeyi amaçlayan toplumu koruma stratejileri de korunma yolları arasında önemli yer tutmaktadır. Bu konuda pandemi döneminde özellikle alınan önlem ve kısıtlamaların salgına etkisini irdeleyen ve sayıları giderek artan geniş çalışmalar yayımlanmaya başlamıştır. Yakın dönemde Çin’de yapılan bir çalışmadaki veriler seyahat kısıtlamaları gibi alınan çeşitli kısıtlama önlemlerinin vakaların erken belirlenmesi ve izolasyonu ile birlikte yürütüldüğünde çok daha hızlı sonuç verdiği ve etkili olduğunu göstermektedir (**Lai ve ark., 2020**).

11 Avrupa ülkesi verileri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada da toplumsal hareketliliğin yaygın olarak kısıtlanmasının ve “kapanma” olarak adlandırılan uygulamaların bulaşmayı azaltmada büyük etkisi olduğu gösterilmiştir ve SARS-CoV-2'nin bulaşıcılığını kontrol altında tutmak için “sürekli müdahale” düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir (**Flaxman ve ark., 2020**). Birleşik Krallık için yapılan bir başka modelleme çalışmasında da toplumsal hareketliliği kısıtlayacak ve izolasyonu sağlayacak dört müdahale birlikte uygulandığında beklenen ölüm sayısının 350 binden 50 bine ineceği bulunmuştur (**Davies ve ark., 2020**). Görüldüğü gibi korunmada hem bireysel hem de toplumsal düzeyde bütünlüklü bir yaklaşım ve uygulama gereklidir. Bireysel düzeyde fiziksel mesafe en kritik koruma önlemi olmakla birlikte diğer bireysel önlemlerle birlikte uygulanmadığında tek başına yetersiz kalabilmektedir. El hijyeni, gerekli durumlarda maske takma, kalabalık ve kapalı mekânlardan uzak durma, ortak kullanımı olabildiğince azaltma, sık dokunulan yüzeylerin temizliği ve gerektiğinde dezenfeksiyonu vb gibi birbirini bütünleyen önlemler korunmada önemlidir.

Bunun yanında toplumsal düzeyde alınan önlemler de toplumsal bulaşıcılığın kontrol altına alınması ve toplumsal korunma açısından önemlidir. Vakaların tespiti ve izolasyonu, temaslıların belirlenmesi ve karantinaya alınması, risk gruplarının gerektiğinde tecrit edilmesi ile birlikte çeşitli toplum hareketliliği kısıtlamaları (okulların, kamusal alanların kapatılması, toplu taşımada ve çalışma saatlerinde düzenlemeler vb) birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır.

Dipnotlar

1. İngilizce literatürde “social distancing” olarak geçen “physical distancing” olarak da kullanılabileceği belirtilen ve yaygın olarak “sosyal mesafe” olarak kullanılan terim için bu metinde fiziksel mesafe terimi kullanılacaktır.

Kaynaklar

- WHO web sayfası. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- CDC web sayfası-a. How COVID-19 Spreads. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
- CDC web sayfası-b. Social Distancing. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
- CDC web sayfası-c. Households Living in Close Quarters. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/living-in-close-quarters.html>
- CDC web sayfası-d. How to Protect Yourself & Others. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. ECDC: Stockholm;



2020. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf

- Lai, S, Ruktanonchai, N.W., Zhou, L. ve ark. (2020) Effect of non-pharmaceutical interventions to contain COVID-19 in China. *Nature* (2020) <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2293-x>
- Flaxman, S., Mishra S., Gandy A. ve ark. (2020) Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe.. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7> *Nature* (2020).
- Davies, N.G., Kucharski A.J., Eggo, R.,M. (2020) Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 cases, deaths, and demand for hospital services in the UK: a modelling study. *The Lancet Public Health* Published online June 2, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30133-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30133-X)

COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi

Prof. Dr. Nurdan Köktürk

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Tüm dünyayı hiç beklenmedik bir biçimde etkisi altına alan ve aciz bırakan COVID-19 hastalığının şu an için kanıt düzeyi yüksek bilinen bir tedavisi yoktur. Şu ana dek elde edilen deneyimlerle tedavi yanıtı oluşturmuş ajanlar çeşitli rehberlerde tartışılmış ve ülkelerde farklı uygulamaların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Dünyada Çin deneyimi nedeniyle ön planda kullanılan hidroksiklorokin ve azitromisin kombinasyonu yeni kılavuzlarda yan etkiler ve mortalite avantajı oluşturmaması nedeniyle önerilmemektedir. Türkiye’de Favipiravir antiviral tedavisi ön plana çıkarken ABD’de Remdesevir ön plana çıkmıştır.

COVID-19 hastalık spektrumu asemptomatik olgulardan, akut solunum yolu enfeksiyonu, pnomoni ve akut solunumsal distres sendromu (ARDS)’ye dek uzanım gösteren bir spektruma sahiptir. Hastalık hafif seyrettiğinde evde tedavisi mümkünken bir kısım hasta hastanede yatarak (%14 kadar) tedavi görür. Daha küçük bir oranda (%5) kritik hastalık gelişir. Bu hastaların yoğun bakımlarda tedavi görmeleri gereklidir. Tüm popülasyondaki ölüm oranı %2.3’dür (1). Hastalık spektrumunu anlamak ve uygun tedavi seçenekleri geliştirmek hastalığa tıbbi yaklaşımda çok önemlidir.

Ayaktan hasta yönetiminde en önemli unsur hastanın kendi şikayetlerini değerlendirebilmesidir. Bu kapsamda hasta broşürleri, medya organları ile yapılan bilgilendirmeler çok önemlidir. Hastalar hangi şikayetleri olursa doktora gideceklerini bilmeleri gereklidir. Hasta yakınları temas durumunda ne yapacaklarını bilmelidirler. Bu kapsamda ülkemizde de Sağlık Bakanlığı (SB), TTB, Türk Toraks Derneği gibi kuruluşlar çeşitli bilgilendirme materyalleri hazırlamışlardır (2-4). Öte yandan ülkemizde sağlık otoriteleri tanı testi olarak kullanılan PCR pozitif bulunan kişilerle telefon triajı yapmaktadır. Bu şekilde hastaların sağlık durumu yetkililer tarafından yüz yüze ve takipte telefon ile değerlendirilmektedir. Hastalığın ağır seyredeceği bir risk grubunda olan hastalar (komorbidite ve laboratuvar bulguları ile) (1) klinik olarak hafif pnömöni geçirseler dahi Sağlık Bakanlığı rehberlerine göre yatırılarak tedavi almak zorundadır. Öte yandan ciddi solunum yetmezliği olan hastanın hastanede yatarak tedavisi planlanmalıdır (5). Uluslararası kuruluşlar da sürekli güncellenen tedavi kılavuzları yayınlamışlardır (6-9).

COVID-19’un kanıtlanmış bir tedavisi bulunmamaktadır. Dünya’da 100’den fazla klinik çalışma devam etmektedir. En son 12.04.2020 tarihinde güncellenmiş SB tedavi algoritması ve 19.06.2020’de güncellenen tedavi rehberine göre ayaktan semptomlu hastalarda hidroksiklorokin tedavisi önerilmektedir. Yatan hastalarda hidroksiklorokin ve azitromi-

sin kombinasyonunun ciddi aritmijenik etkisi nedeniyle çok dikkatli kullanılması ve favipiravir veya gebelerde lopinavir/ritonavir önerilmiştir (5-10).

ABD FDA tarafından onaylanmış bir antiviral ajan yoktur. Sadece remdesivir ağır pnömonili olgularda acil durumda kullanım onayı almıştır (11). Ulusal sağlık kuruluşu (NHI) hidroklorokin ve azitromisin kombinasyonu kullanımını yan etkiler nedeniyle önermemektedir ve hidroklorokin kullanımını önermemektedir. NHI önerilerinde favipiravir yer almamaktadır. DSÖ, 17 Haziran 2020 güncellemesinde COVID-19 tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda (Solidarity ve Recovery) hidroklorokin tedavi ayağının mortalite üzerinde herhangi bir olumlu etkisi olmadığı bildirilmiştir (12). Bugün itibarıyla ayaktan tedavi için semptomatik yaklaşım, ateş düşürücü, öksürük için palyasyon, pron pozisyonu ve tromboza yönelik profilaksi önerilmektedir (13). Ağır olguların hastane tedavisinde Türkiye’de Favipiravir tercih edilmiştir. UPTODATE remdesivir ilk tercih olarak önerir. Antitrombotik tedavi, düşük doz deksametazon gerektiğinde antitrombotik tedavi önerilerindedir (14). Benzer tedavi önerileri Sağlık Bakanlığı kılavuzlarında da yer almaktadır öte yandan steroid tedavisi sadece mekanik ventilatör gerektiren hastalarda önerilmektedir (5).

Kaynaklar

- <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-features#H2858229650>
- <https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-bakanligindan-koronavirus-brosuru-464222.html>
- <https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/>
- <https://www.toraks.org.tr/subNews.aspx?sub=185¬ice=5805>
- <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-rehberi.html>
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>
- <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>
- <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/algorithmalar/COVID-19-PLKACILHASTAYONETIMI.pdf>
- <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/antiviral-therapy/>
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>
- https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-outpatient-management-in-adults?topicRef=127429&source=see_link
- https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-management-in-hospitalized-adults?topicRef=126981&source=see_link

Klinik Belirti ve Bulgular, Olgu Tanımları

Prof. Dr. Özlem Kurt Azap

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19, asemptomatik formdan ağır hastalığa ve ölüme kadar gidebilen şiddette seyredilebilen bir hastalıktır. Daha çok solunum yolu enfeksiyonuna ilişkin belirti ve bulgular olmasına rağmen koagülasyon sistemini, gastrointestinal sistemi..vb de etkileyebilmektedir. Hastalara tanı konduktan sonra tedavi ve izlem risk faktörlerine ve hastalığın ağırlık derecesine göre belirlenmektedir.

COVID-19, çok hafif, solunumla ilgili olmayan semptomlardan akut solunum hastalığına, organ yetmezliğiyle birlikte sepsise ve ölüme kadar uzanabilen klinik tablolara yol açabilmektedir. Enfeksiyonu olan kişilerin hiçbir semptomunun olmadığı (asemptomatik olgular) durumlar da bildirilmektedir. İnkübasyon süresi ortalama 5-6 gün olup 14 güne kadar uzayabilmektedir.

COVID-19'a ilişkin tipik klinik bulgular ateş, öksürük, nefes darlığı olmakla birlikte birçok farklı semptom da görülebilmektedir. Ayrıca ateş, öksürük vb yakınmaların görülme sıklığı çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayımladığı "klinik yönetim" rehberinde semptomlara ilişkin çeşitli çalışmalardan elde edilen oranlar şu şekildedir: Ateş %83-99, öksürük %59-82, halsizlik %44-70, iştahsızlık %40-84, nefes darlığı %31-40, kas ağrısı %11-35'tir. Özgül olmayan diğer bulgular boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, baş ağrısı, ishal, bulantı, kusma olarak sıralanabilir. Solunum yoluna ilişkin yakınmalardan önce koku almada ve tat almada azalma, ortaya çıkabilmektedir. Yaşlılarda ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde ateş görülmeyebilmekte, çevreye ilgisizlik, uyku hali, deliryum gibi yakınmalar ortaya çıkabilmektedir (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

ABD'de 370 binden fazla kesin olguyu içeren makalenin verilerine göre semptomların görülme oranları şu şekildedir: öksürük %50, ateş (>38°C) %43, miyalji %36, baş ağrısı %34, nefes darlığı %29, boğaz ağrısı %20, ishal %19, bulantı-kusma %12, tat ve koku kaybı, karın ağrısı, burun akıntısı %10'dan azdır (**Stokes, 2020**).

COVID-19 olguları, asemptomatik, hafif, orta, ağır seyirli, kritik hastalar olarak gruplandırılmaktadır. Asemptomatik olguların oranı farklılık göstermekle birlikte yakın zamanda yayımlanan üç büyük kohortu içeren bir araştırmada % 30-40 olarak bildirilmiştir (**Oran, 2020**).

Çin'den yayımlanan ve toplam 44.500 kesin olguyu içeren makalede olguların %81'inde hafif pnömoni saptandığı veya pnömoninin hiç saptanmadığı, %14'ünde ağır hastalık olduğu, %5'inde kritik düzeyde ağır hastalık olduğu bildirilmiştir. Olgu fatalite hızının %2.3 olduğu, kritik olmayan hastalarda ölüm görülmediği bildirilmiştir (**Wu, 2020**).

DSÖ, COVID-19 olgularının %40'ının hafif, %40'ının orta, %15'inin ağır, %5'inin ARDS, çoklu organ yetmezliği, septik şok gibi ağır klinik tablolarla seyrettiğini bildirmiştir (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

COVID-19'un ağır seyretmesine yol açan risk faktörleri; kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kanser (özellikle hematolojik kanserler, akciğer kanseri), kronik böbrek yetmezliği, obezite, sigara kullanımı olarak sıralanmaktadır (<https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-features>). Ayrıca ileri yaşın da hastalığın ağır seyretmesine yol açtığı bilinmektedir. DSÖ'nün rehberinde, ağır klinik seyir için risk faktörü 60 yaş üzeri olarak kabul edilirken Sağlık Bakanlığı'nın rehberinde 50 yaş üzeri olarak tanımlanmıştır.

COVID-19 olgularında görülen klinik belirtilerin/bulguların ve formların (asemptomatik, ağır hastalık..vb) Türkiye'deki oranlarına ilişkin olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış bir veri henüz bulunmamaktadır.

Olgu Tanımları

Sağlık Bakanlığı Rehberi'nde **olası olguları** dört farklı kategoride, aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır (https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/toplumda-salgin-yonetimi/salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi/COVID-19_SALGIN_YONETIMI_VE_CALISMA_REHBERI.pdf).

A:

Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri VE

Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması VE

Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde kendisi veya yakın temasının hastalık açısından yüksek riskli bölgede bulunma öyküsü

B:

Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az biri VE

Semptomların başlamasından önceki 14 gün içerisinde doğrulanmış

COVID-19 vakası ile yakın temas eden

C:

Ateş ve ağır akut solunum yolu enfeksiyonu belirti ve bulgularından en az biri (öksürük ve solunum sıkıntısı), VE

Hastanede yatış gerekliliği varlığı (SARI)* VE

Klinik tablonun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması

*SARI (Severe Acute Respiratory Infections-Ağır Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları) son 14 gün içinde gelişen akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir hastada, ateş, öksürük ve dispne, takipne, hipoksemi, hipotansiyon, akciğer görüntülemesinde yaygın radyolojik bulgu ve bilinç değişikliği nedeniyle hastaneye yatış gerekliliği

D:

Ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal belirti ve bulgularından en az ikisinin bir arada olması ve bu durumun başka bir neden/hastalık ile açıklanamaması.

Kesin olgu, olası olgu tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular olarak tanımlanmaktadır.

Hastalara tanı konduktan sonra izlem ve tedavi, yaşa, altta yatan hastalığa, klinik ve laboratuvar bulgularına göre planlanmaktadır. Olgular, "komplike olmayan hasta", "hafif seyirli pnömoni" ve "ağır seyirli pnömoni" olarak üç grupta değerlendirilmekte ve tedavi bu kategorilere göre yapılmaktadır (https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_ERISKIN_HASTA_TEDAVISI.pdf).

Komplike olmayan hasta

- Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi bulguları olup solunum sıkıntısı olmayan (solunum sayısı < 24, SpO2 > % 93 oda havasında) VE
- Altta yatan ko-morbid (kardiyovasküler hastalıklar, DM, HT, kanser, kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere diğer immünsüpresif durumlar) hastalığı olmayan ve 50 yaş altında olan, VE
- Başvuruda alınmış kan tetkiklerinde kötü prognostik ölçütü (kan lenfosit sayısı 10 x Normal değer üst sınırı veya ferritin >500ng/ml veya D-Dimer >1000 ng/ml, vb) bulunmayan, VE
- Akciğer filmi ve/veya akciğer tomografisi normal olan hastalar “komplike olmayan hasta” olarak değerlendirilir.

Hafif seyirli pnömoni

- Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi bulguları olup, solunum sayısı < 30/dakika olan, oda havasında SpO2 düzeyi % 90 üzerinde olan, VE
- Akciğer grafisinde veya tomografisinde hafif pnömoni bulgusu olan (ağır pnömoni bulgusu olmayan) hastalar “hafif seyirli pnömoni” olarak değerlendirilir.

Ağır seyirli pnömoni

- Ateş, kas/eklem ağrıları, öksürük ve boğaz ağrısı gibi bulguları olup, takipnesi (≥ 30 /dakika) mevcut, oda havasında SpO2 düzeyi % 90 altında olan ve
- Akciğer grafisinde veya tomografisinde bilateral yaygın pnömoni bulgusu saptanan hastalar “ağır seyirli pnömoni” olarak değerlendirilir.

Kaynaklar:

- Dünya Sağlık Örgütü Web Sayfası (27 Mayıs 2020), Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oran P, Topol EJ. (2020). Prevalence of asymptomatic SARS CoV-2 infection. Ann Intern Med. doi:10.7326/M20-3012. Electronically published on 3 June 2020.
- Sağlık Bakanlığı Web Sayfası (29 Haziran 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/toplumda-salgin-yonetimi/salgin-yonetimi-ve-calisma-rehberi/COVID-19_SALGIN_YONETIMI_VE_CALISMA_REHBERI.pdf



- Sağlık Bakanlığı Web Sayfası (19 Haziran 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_ERISKIN_HASTA_TEDAVISI.pdf
- Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, Tie Y, Fullerton-KE.(2020) Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020.MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 69(24): 759. Epub 2020 Jun 19.
- Up to date Web Sayfası (26 Haziran 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-clinical-features>.
- Wu Z, McGoogan JM (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648. Online ahead of print.

3. BÖLÜM: PANDEMİDE KÜRESEL DURUM

Pandemide Küresel Durum

Prof. Dr. Sarp Üner

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

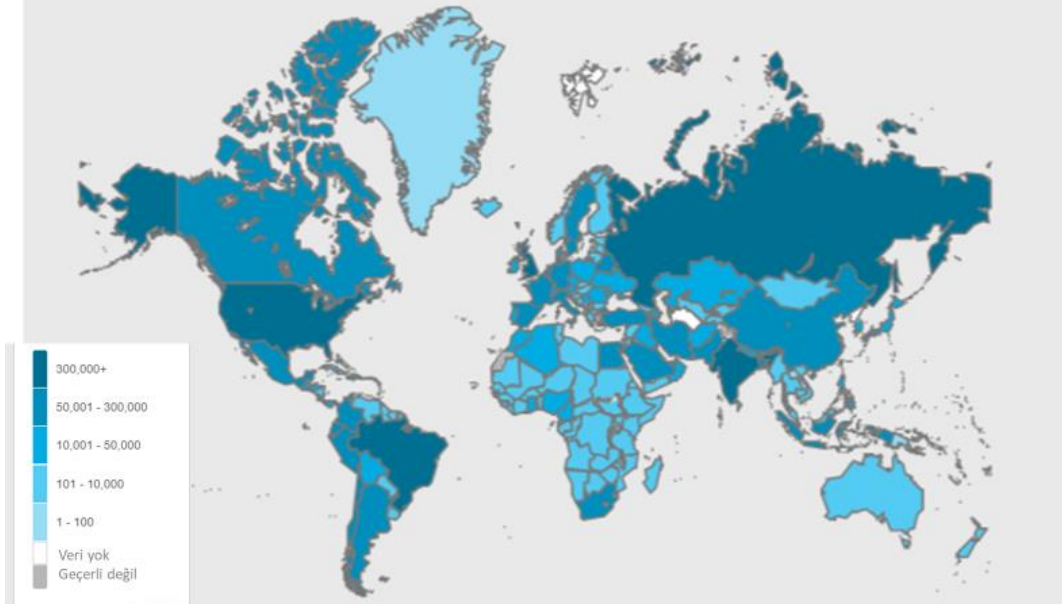
Asya'da başlayan salgın, 2020 yılının ikinci ayının sonu itibari ile Avrupa ve Amerika kıtalarına da yayılmıştır. Nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, sağlık sistemi kapasitesi ile alınan önlemler, tanı ölçütleri, test protokolleri ve kapasitesi gibi pek çok parametreye bağlı olarak ülkelerdeki vaka ve ölüm sayısı değişkenlik göstermektedir. Vaka sayısının ve ölüm sayısının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. Küresel bir salgına dönüşen COVID-19'a bağlı dünya genelinde bir milyon nüfusta hasta sayısı 1400'ün, hastalığa bağlı ölüm sayısı 65'in üzerine çıkmıştır. En çok vaka görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir. COVID-19 pandemisi küresel olarak önemli bir sorun haline gelmiştir. Eldeki veriler henüz salgının gelişme evresinde olduğumuzu ortaya koymaktadır. Henüz aşı çalışmalarının sürdüğü ve özgün bir tedavisinin olmadığı gerçeği ile salgının kontrol edebilmek için yapılması gerekenlerin başında bıkmadan usanmadan ülkelerin aldıkları önlemlerle bulaşmayı engellemesi, hasta ve temashıların belirlemesi ve izlemlerinin yapılmasının geldiği akıldan çıkmamalıdır.

Giriş

Ülkeler COVID-19 vaka tanımlanmasında tanı temelli (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ tanımına uygun olarak doğrulanmış ve olası) ve test temelli olmak üzere iki ana yol kullanmaktadır: Birinci yol, DSÖ tanımına dayanarak laboratuvar testinin mevcudiyetine bağlı olmadan klinik olarak doğrulanmış veya olası COVID-19 vakalarını kullanmaktır. İkinci yol ise, öncelikle pozitif bir laboratuvar testine bağımlı bildirim yapmaktır. Vaka ve ölüm sayıları değerlendirilirken ülkeler arası farklılık göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yazıda Haziran 2020 sonu itibariyle Dünya Sağlık Örgütü bölgelerine göre pandeminin küresel durumu ortaya konmaya çalışılmıştır.

Pandemide geline nokta

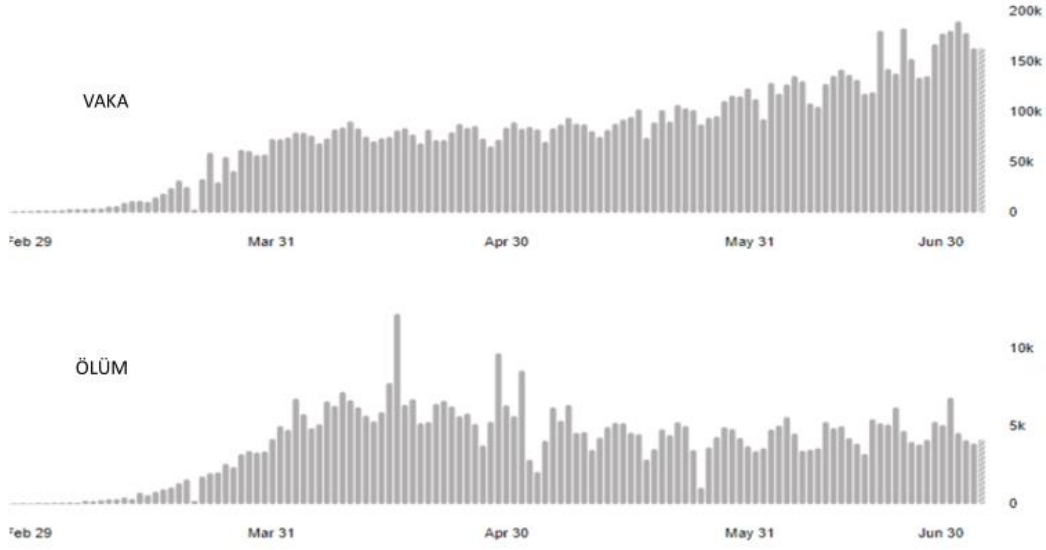
DSÖ, 12 Mart'ta COVID-19'u resmen pandemi olarak ilan etmiştir. Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde ortaya çıkan ve küresel bir salgına dönüşen COVID-19, 1 Temmuz 2020 itibariyle 508.055 ölüm de dâhil olmak üzere 10.357.662 onaylanmış COVID-19 vakasına neden olmuştur. Dünya genelinde bir milyon nüfusta hasta sayısı 1400'ün, hastalığa bağlı ölüm sayısı 65'in üzerine çıkmıştır. Vakaların ülkelere göre dağılımı aşağıda yer almaktadır. (Şekil 1)



Şekil 1. Ünelere göre onaylanmış COVID-19 vakaları (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**)

Asya'da başlayan salgın, 2020 yılının ikinci ayının sonu itibari ile Avrupa ve Amerika kıtalarına da yayılmıştır. Nüfus, gelir düzeyi, demografik yapı, sağlık sistemi kapasitesi ile alınan önlemler, tanı ölçütleri, test protokolleri ve kapasitesi gibi pek çok parametreye bağlı olarak ülkelerdeki vaka ve ölüm sayısı değişkenlik göstermektedir. Vaka sayısı 500.000'in üzerinde olan dört ülke vardır. Vaka sayısının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. ABD 2.573.393 vaka ile tüm vakaların $\frac{1}{4}$ 'ünden fazlasına sahiptir. ABD'yi vaka sayısı açısından Brezilya (1.368.195 vaka), Rusya (654.405 vaka) ve Hindistan (585.493 vaka) izlemektedir. Bu dört ülkeyi 312.658 vaka ile İngiltere izlemektedir.

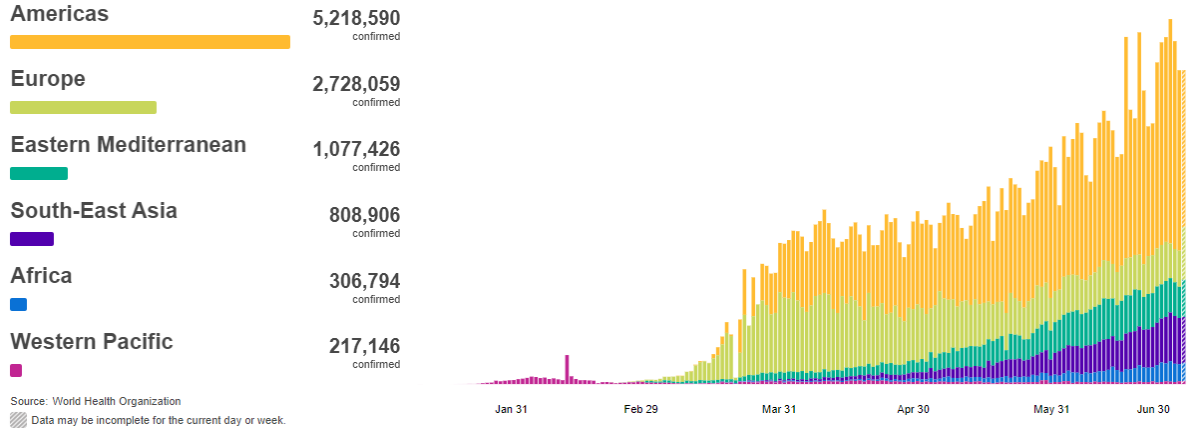
Şubat ayı sonu itibari ile günlük vaka ve ölüm sayıları aşağıda yer almaktadır. (Şekil 2)



Şekil 2. Günlük vaka ve ölüm sayıları (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**)

Küresel olarak günlük vaka sayısı giderek artmaktadır. 28 Haziran 2020 tarihinde günlük vaka sayısı 190.566 ile en yüksek rakama ulaşmıştır. COVID-19'a bağlı en yüksek ölümün görüldüğü tarih ise 17 Nisan 2020'dir (12.311).

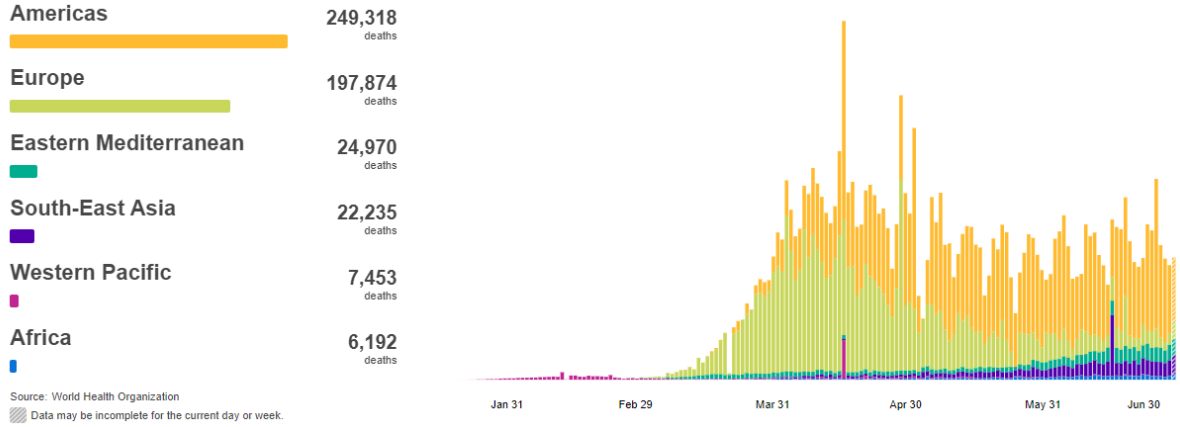
DSÖ bölgelerine göre COVID-19 vaka sayıları ve günlük dağılımları aşağıda sunulmuştur.(Şekil 3)



Şekil 3. DSÖ bölgelerine göre COVID-19 vaka sayıları ve günlük dağılımları (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**)

En çok vaka görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir. Vakaların yarısından fazlası bu bölgede ortaya çıkmıştır. Avrupa bölgesinde vaka sayıları bir ayı aşkın süredir düz bir plato halinde seyrederken, Amerika, Afrika ve Güney Doğu Asya bölgelerinde salgın giderek yayılmaktadır.

DSÖ bölgelerine göre COVID-19'a bağlı ölüm sayıları ve günlük dağılımları aşağıda sunulmuştur.(Şekil 4)



Şekil 4. DSÖ bölgelerine göre COVID-19'a bağlı ölüm sayıları ve günlük dağılımları
(**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**)

COVID-19'a bağlı en çok ölüm görülen DSÖ bölgesi Amerika bölgesidir. Bu bölgede günlük ölüm sayıları 1000 ile 5000 arasında dalgalı şekilde devam etmektedir. Ölümün yarıya yakını bu bölgede ortaya çıkmıştır. Avrupa bölgesinde COVID-19'a bağlı ölüm sayıları son iki aydır azalma eğilimi gösterirken, Afrika ve Doğu Akdeniz bölgelerinde günlük ölüm sayıları giderek artmaktadır.

Bir pandemide ölümler hızlı bir şekilde artmasına rağmen özellikle güvenilir testler olmadığında ve yaygın kullanılmadığında ölüm nedenleri genellikle yanlış kaydedilir. COVID-19 ölüm sayısı bu nedenle önemli ölçüde eksik bildirilebilir. Bu nedenle bir ülke ya da bölgede belirli bir zaman diliminde herhangi bir nedenden ölen toplam insan sayısı ile yılın aynı zaman diliminde önceki yıllardaki ortalama arasındaki ölümler birlikte değerlendirilmelidir. Sözü edilen ortalamaların yıllar içindeki farklılığı fazla (aşırı) ölümler olarak adlandırılır (**COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası**).

Bir başka deyişle aşırı ölüm, tüm nedenlerden kaynaklanan ölümlerin, normalde beklenenden fazla olmasıdır. COVID-19 ile ilişkili ölümlerin yanlış teşhisi veya yetersiz bildirilmesinden kaçınılması ancak aşırı ölüm verilerinin değerlendirilmesi ile mümkündür.

Bunun yanı sıra aşırı ölüm verileri sağlık sistemi önemli ölçüde COVID-19 ile uğraşıyorsa veya COVID-19 hastaları diğer hastalıkları olanlara göre öncelikliyse, diğer sağlık koşullarından kaynaklanan ikincil zararı da ortaya koyabilir.

Bir salgında, hükümetler ve bireyler tarafından alınan önlemler diğer ölüm nedenlerini etkiler. Evde kal uygulaması, trafik kazalarından ölümleri azaltabilirken intihar oranlarını artırabilir. Aşırı ölüm, tüm bu faktörlerin net sonuçlarını da gösterebilir (**Aron, Muellbauer, Giattino, Ritchie, 2020**).

Ülkelerin COVID-19 ölümlerinin tanımlanmasında iki farklı yol kullanıldığından söz edilmişti (tanı temelli ve test temeli). Seçilmiş bazı ülkelerde COVID-19 ölümlerinin tanımlanması ve toplam fazla ölümler içerisinde COVID-19'a atfedilen ölümlerin yüzdesi Tablo 1'de sunulmuştur (**COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası**).

Tablo 1: Seçilmiş bazı ülkelerde COVID-19 ölümlerinin tanımlanması ve toplam fazla ölümler içerisinde COVID-19'a atfedilen ölümler (%)

Ülke	COVID-19 ölüm tanımlanması	Toplam fazla ölümler* içerisinde COVID-19 (%)
Belçika	DSÖ tanımına uygun kodlama	106
Fransa	DSÖ tanımına uygun kodlama	95
İspanya	Laboratuvara bağlı kodlama	90
Hollanda	Laboratuvara bağlı kodlama	60
İngiltere	Laboratuvara bağlı kodlama	77
İstanbul*	Laboratuvara bağlı kodlama	50

* **The Economist web sayfası**

COVID-19 ölümlerinin DSÖ tanımını yansıttığı Belçika'da, COVID-19 ölümlerinin aşırı ölümlerin toplamından daha fazla olduğu görülürken, Fransa'da bu aşırı ölümlerin % 95'ine ulaşmıştır. Buna karşılık COVID-19 ölümlerinin raporlanmasında pozitif test sonucunun zorunlu olduğu ülkelerde aşırı ölümlerin nispeten daha az bir bölümü COVID-19 olarak kodlanmaktadır. Bu nedenle, Hollanda'da aşırı ölümlerin %60'ı ve İngiltere'de %77'si COVID-19'a bağlı olarak raporlanmıştır. İspanya'da ise aşırı ölümlerin %90'ı COVID-19'dur ve bu da testlere dayanan ülkelerde yetersiz raporlama ölçeğinin ülkeler arasında farklı olabileceğini de düşündürmektedir.

Sonuç:

COVID-19 pandemisi küresel olarak önemli bir sorun haline gelmiştir. Eldeki veriler henüz salgının gelişme evresinde olduğumuzu ortaya koymaktadır. Henüz aşı çalışmalarının sürdüğü ve özgün bir tedavisinin olmadığı gerçeği ile salgının kontrol edilebilmesi için yapılması gerekenlerin başında bıkmadan usanmadan ülkelerin aldıkları önlemlerle bulaşmanın engellenmesi, hasta ve temaslıların belirlenmesi ve izlemlerinin yapılması geldiği akıldan çıkmamalıdır.

Kaynaklar

- Aron, J., Muellbauer, J., Giattino, G., Ritchie, H. (2020), A pandemic primer on excess mortality statistics and their comparability across countries. Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://ourworldindata.org/COVID-excess-mortality>)
- COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası- Cross-Country Analysis: HOW COMPARABLE IS COVID-19 MORTALITY ACROSS COUNTRIES? Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://analysis.COVID-19healthsystem.org/index.php/2020/06/04/how-comparable-is-COVID-19-mortality-across-countries>
- Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://COVID-19.who.int/>
- The Economist web sayfası Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/04/16/tracking-COVID-19-excess-deaths-across-countries#eid-istanbul>

Ülke Örnekleri

Prof. Dr. Sarp Üner

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Birçok ülke COVID-19 pandemisini kontrol altına almak amacıyla salgının ilk gününden itibaren çeşitli müdahaleler uygulamışlardır. COVID-19 pandemisi ile mücadelede ülkelerin başarısını sadece vaka ve ölüm sayılarına göre değerlendirmek doğru olmamaktadır. Bu çalışmada pandemi mücadelesinde başarılı olduğu kabul edilen altı ülkenin pandemi yolculuğu kısaca incelenmiş ve dört temel değişkene göre karşılaştırmaları amaçlanmıştır.

Giriş

Birçok ülke COVID-19 pandemisini kontrol altına almak amacıyla salgının ilk gününden itibaren çeşitli müdahaleler uygulamışlardır. Bu makalede pandemi mücadelesinde başarılı olduğu kabul edilen Yeni Zelanda, Norveç, Yunanistan, Almanya, Güney Kore ve Japonya'nın pandemi yolculuğu kısaca incelenmiştir. COVID-19 pandemisi ile mücadelede ülkelerin başarısını sadece vaka ve ölüm sayılarına göre değerlendirmek doğru olmamaktadır.

İncelenen ülkelerin karşılaştırması amacıyla dört temel değişken olan yapılan testler, vakalar tedavi başarısı ve ölümler kullanılmıştır. Türkiye'nin salgın karnesi, başarısı, yaptıkları ya da yapamadıkları bu raporun bir başka bölümünde inceleneceğinden bu bölümde yer almamaktadır. Ancak tablo ve şekillerde Türkiye verilerinin bulunmasının nedeni sadece okuyucuya ülkemizin bu bölümde incelenen ülkeler ve ölçütlere göre pandemi mücadelesindeki yeri hakkında fikir vermek içindir.

Müdahalelerin ülkelere farklı uygulanması

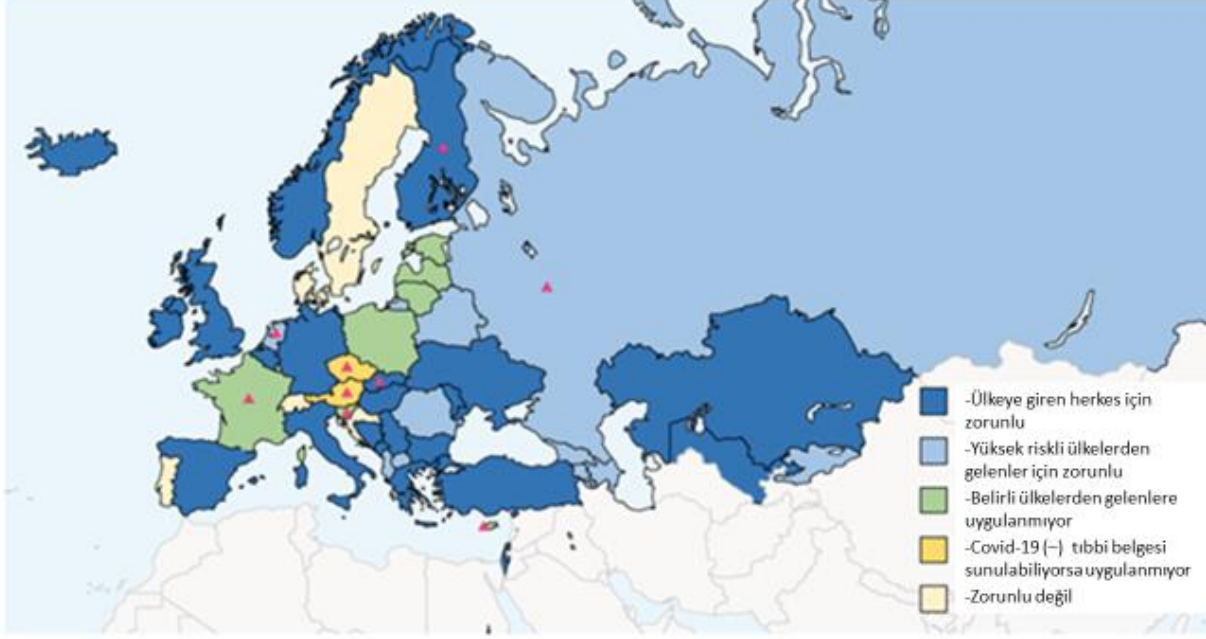
Aynı müdahalenin farklı ülkelere uygulanması ülke koşulları, demografik ve sosyal yapısı, ekonomi, sağlık alt yapısı gibi birçok unsura bağlı olarak değişiklik göstermektedir. İki müdahale ile ilgili ülkelerin farklı uygulamaları bu bölümde sunulmuştur. Bunlar maske kullanımı ve yurt dışından gelenlere yönelik kısıtlamalardır.



Şekil: 1 Farklı ülkelerde maskenin kullanılma yerleri (**COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası-a**)

Maske kullanımı: Halka açık yerlerde maske takmak, özellikle fiziksel mesafeyi korumanın her zaman mümkün olmadığı zamanlarda COVID-19'un yayılmasını kontrol etmek için önemli bir halk sağlığı müdahalesidir. Ülkeler arasında maske takmanın zorunlu ya da tavsiye olması, nerede ya da kimin (meslek, yaş) maske kullanacağı gibi konularda farklılıklar vardır. Yukarıda sunulan Şekil 1'de yer alan ülkelerde sağlık ve sosyal bakım işleminde olduğu gibi, işlerinin doğası gereği (örneğin, dükkân çalışanları veya polis memurları) halka açık yerlerde bulunanlar, maske takma ve kişisel koruyucu ekipmanların (KKE) kullanımında toplumun geneline göre daha özel kurallara tabidirler.

Seyahat Kısıtlaması: Küresel olarak, insanların bir ülkeye girmesini sınırlamaya yönelik kısıtlamalar Amerika Birleşik Devletleri'nden (12 Mart) başlayarak başka ülkeler tarafından da hızlıca uygulanmıştır. İtalya, Avrupa'da kısıtlayıcı sınırlama ve kilitleme önlemleri uygulayan ilk ülke oldu ve 28 Mart'ta ülkeye zorunlu olmayan seyahatleri de yasakladı. Ülkelerin çoğu; ülkeye giren herkes için zorunlu karantina yada evde izolasyon kurallarını uygularken daha az sayıda ülke yüksek riskli ülkelere gelenler için zorunlu karantina uygulamaktadır. Bazı ülkeler belirli ülkelere gelenlere karantina uygulamazken bazı ülkeler ise COVID-19 (-) tıbbi belgesi sunulabiliyorsa karantina uygulamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesinde, hem kendi vatandaşları hem de diğer gezginler için giriş kısıtlamaları ve koşulları uygulayan 48 ülkenin durumu 28 Mayıs itibari ile aşağıda sunulmaktadır.(Şekil 2)



Şekil:2 DSÖ Avrupa Bölgesinde karantina gerekliliği ve COVID-19 (-) tıbbi belge uygulaması (**COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası-b**)

Seçilmiş bazı ülkelerin pandemi yolculuğu

Bu bölümde öncelikle başarılı olarak kabul edilen ülkelerin uyguladıkları müdahaleler ile ilgili çok özet bilgi verildikten sonra bazı veriler seçilmiş ülkelerle birlikte sunulacaktır.

Bu ülkelerden ilki **Yeni Zelanda**'dır. 5 milyon nüfuslu ülkede 28 Şubat'ta ilk vakanın görülmesinden 1 Temmuz'a kadar 1.178 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 22 olan Yeni Zelanda'da bu hastalıktan bildirilen son ölüm 26 Mayıs'ta gerçekleşmiştir. Yeni Zelanda'nın pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır (**End Coronavirus web sayfası**).

- 16 Mart; ülkeye giren herkese 14 gün karantina uygulaması
- 19 Mart; vatandaş olmayanların ülkeye girişinin yasaklanması
- 21 Mart; dört seviyeli alarm uygulamasını başlatma:2. derece önlemler (fiziksel mesafe, ülke içi zorunlu olmayan seyahatlerin engellenmesi)
- 21 Mart; arabada COVID-19 testi yapmak için geçiş merkezlerinin oluşturulması
- 22 Mart; 3. derece önlemler (kendi kendine izolasyon ve uzaktan çalışma için hazırlık)
- 25 Mart; 4. derece önlemler (evde kalma, okullar ve kamusal alanların kapatılması), yurtdışından gelenler için hazırlanmış tesislerde kendi kendine izolasyon
- 1 Nisan; solunum şikâyeti olan herkese test uygulanması
- 5 Mayıs; Avustralya ile yeşil bölge seyahat hattı çalışmasına başlama

Bu ülkelerden ikincisi **Norveç**'tir. 5,5 milyona yakın nüfusu olan ülkede 26 Şubat'ta ilk vakanın görülmesinden 1 Temmuz'a kadar 8.865 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 250 olan Norveç'te 27 Mayıs'tan sonra bu hastalıktan bildirilen ölüm sayısı 15'dir. Norveç'in pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır (**End Coronavirus web sayfası**).

- 29 Şubat; ilk yerli bulaşmanın tespiti
- 12 Mart; okullar, gerekli olmayan işyerleri ve kamusal alanların kapatılması)
- 13 Mart; ülkeye giren ve semptomu olanlara 14 gün karantina uygulaması, sağlık kuruluşuna başvuru kısıtlaması
- 16 Mart; vatandaş olmayanların ülkeye girişinin yasaklanması
- 19 Mart; yaşanan belediye dışında konaklama yasağı
- 24 Mart; kapalı alanda 2m fiziksel mesafeyi sağlama ve açık alanda 6'dan fazla kişi ile bir araya gelme yasağı
- 29 Nisan; şikâyeti olan herkese test uygulanması

Seçilen ülkelerden üçüncüsü **Yunanistan**'dır. 10,5 milyona yakın nüfusu olan ülkede 26 Şubat'ta ilk vakanın görülmesinden 1 Temmuz'a kadar 3.409 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 192 olan Yunanistan'da 25 Mayıs'tan sonra bu hastalıktan bildirilen ölüm sayısı 20'dir. Yunanistan'ın pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır (**End Coronavirus web sayfası**).

- 26 Şubat doğrulanmış tüm vakalar için temaslı izlemine başlama
- 11 Mart; tüm okul ve üniversitelerin kapanması
- 15 Mart; sınırların kısmi kapatılması (kara, deniz, hava)
- 18 Mart; tüm dükkânların ve gerekli olmayan tesislerin kapatılması
- 20 Mart; Yurt dışında gelenlerin tümüne havaalanında test yapılması, 24 saat otel karantinası ve eğer pozitifse otelde izolasyonu
- 23 Mart; zorunlu ihtiyaçlar dışında sokağa çıkma yasağı
- 5 Nisan; toplu taşıma, taksi, asansör ve sağlık kuruluşlarında zorunlu diğer yerlerde öneri şeklinde maske takma

Yukarıda yer verilen üç ülke ile birlikte pandemi mücadelesinde farklı yöntemlerle başarılı olmuş Almanya, Japonya ve Güney Kore de incelenmiştir.

Almanya'da 28 Ocak'ta ilk vakanın görülmesinden 2 Temmuz'a kadar 194.725 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 8.985 olan Almanya'da 10 Nisan tarihinde günlük ölüm sayısı 315 olarak bildirilmiştir. Haziran ayındaki COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı ise 374'dür. Almanya'nın pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır. (**Wieler, Rexroth, Gottschalk, 2020**).

- 28 Şubat; riskli bölgelerden (Çin, İtalya) ülkeye gelen yolcuların iletişim bilgilerini toplama
- 01 Mart; büyük çaplı toplantılara ve seyahatlere kısıtlama
- 10 Mart; 1.000'den fazla katılımcının bulunduğu toplantı yasağı, arabada COVID-19 testi yapmak için geçiş merkezlerinin oluşturulması
- 15 Mart; okulların kapanması
- 18 Mart; Avrupa Birliği üyesi olmayanların ülkeye girişinin yasaklanması
- 22 Mart; Fiziksel mesafe zorunluluğu, işletmelerin kapanması
- 10 Mart; yurtdışından gelenlere 14 gün boyunca karantina zorunluluğu

Seçilen bir diğer ülke Japonya'dır. 126,5 milyona yakın nüfusu olan ülkede 14 Ocak'ta ilk vakanın görülmesinden 2 Temmuz'a kadar 18874 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 975 olan Japonya'da 1 Haziran'dan sonra bu hastalıktan bildirilen ölüm sayısı 83'dür. Japonya'nın pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır (**End Coronavirus web sayfası**).

- 23 Ocak; El yıkama ve maske takma önerisi
- 13 Şubat; 1. COVID-19 acil müdahale paketi açıklandı, yurtdışındaki Japon turistler için eve dönüş desteği,
- 27 Şubat; okulların kapatılması
- 10 Mart; 2. COVID-19 acil müdahale paketi açıklandı, COVID-19 hastaları için hastane yatak kapasitesinin artırılması,
- 19 Mart; Avrupa ve Mısır İnan bibi ülkelerden gelenlere 14 gün kendi kendine karantina uygulaması
- 8 Nisan; enfeksiyonun yayılmasını önlemek amacıyla 7 bölge için olağanüstü hâl ilanı
- 16 Nisan; ülke çapında olağanüstü hâl ilanı

Seçilen son ülke **Güney Kore**'dir. 51 milyonun üzerinde nüfusu olan ülkede 19 Ocak'ta ilk vakanın görülmesinden 2 Temmuz'a kadar 12904 COVID-19 vakası bildirilmiştir. COVID-19'a bağlı toplam ölüm sayısı 282 olan Güney Kore'de 16 Mayıs'tan sonra bu hastalıktan bildirilen ölüm sayısı 20'dir. Güney Kore'nin pandemi mücadelesinde aldığı tedbirlerden bazıları tarih sırasıyla aşağıda yer almaktadır (**Labs, 2020**).

- 28 Ocak; Wuhan'dan gelen yolculara 14 gün izlem, semptom varsa hastanede izolasyon
- 31 Ocak; Bölgesel sağlık kuruluşlarında COVID-19 test uygulaması
- 2 Şubat; Hastalarla temaslı olanlara 14 gün izolasyon
- 23 Şubat; arabada COVID-19 testi yapmak için geçiş merkezlerinin oluşturulması
- 10 Mart; Okulların açılmasının geciktirilmesi
- 21 Mart; Büyük grupları bir araya getirecek etkinliklerin yasaklama
- 23 Mart; Sosyal mesafe kampanyası, seyahat kısıtlaması

Başarılı-Daha az başarılı

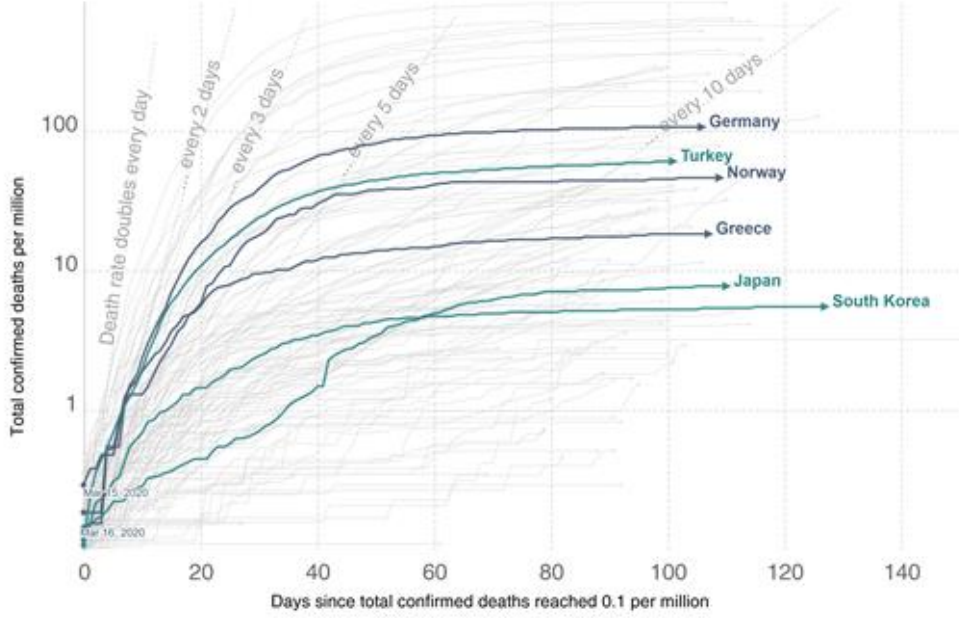
Dokümanın bu bölümünde bir önceki bölümde yer alan ve kısaca bilgi verilen altı ülkenin karşılaştırması aşağıda yer alan dört değişken ile incelenecektir.

- Ölümler
- Yapılan testler
- Vakalar
- Tedavi başarısı

COVID-19'a bağlı ölümler ülkelerin sosyal ve demografik yapısına, bulaşıcı olmayan hastalık varlığına ve diğer risk faktörlerine bağlıdır. Bunun yanı sıra ülkenin tanı koyma becerisine, test yapma gücüne ve sağlık sisteminin kapasitesine bağlı olarak da değişmektedir. Bütün bunların dışında ülkelerin salgını kontrol etmek için verdiği bazı yanıtların COVID-19'dan ölümleri azaltmada diğerlerinden daha etkili olduğunu göstermektedir. Erken

olumlu sonuçları olan bazı ülkeler başarılarını sürdürememişken, bazı ülkelerde yavaş yavaş iyileşme sağladığı da grafikte görülmektedir.

Farklı nüfus büyüklüklerine sahip ülkelerde ölümler karşılaştırmak için kişi başına düşen ölüm sayıları aşağıdaki sunulmuştur (Şekil 1). Karşılaştırmaların daha sağlıklı olabilmesi için başlangıç noktası olarak her ülkenin “10 milyon nüfusta 1” oranında COVID-19’a bağlı ölüm saptandığı tarih alınmıştır.



Şekil 1 Ülkelere göre doğrulanmış COVID-19 ölüm artış hızı (**Kennedy, Seale, Bausch, Ritchie, Roser, 2020**)

Almanya Norveç ve Yunanistan’da milyon nüfusa göre COVID-19’a bağlı ölümler öncelikle hızlı bir artış göstermişlerdir. Başlangıç tarihinden itibaren takriben ilk 20 günde ölüm sayılarının iki katına çıkma süresi 2 ve 3 gündür. Ancak Yunanistan’da bu dönemde 1 milyon nüfusa göre ölüm sayısı 10’un altında, Norveç’te 10 civarında, Almanya’da ise çok daha fazladır. Bu üç ülkedeki ölüm sayılarının iki katına çıkma süresi 40. güne doğru beş güne çıkmış ve sonra düz bir plato şeklinde devam etmiştir. 100. gün civarında Yunanistan’da 1 milyon nüfusa göre ölüm sayısı 10, Norveç’te 50 civarında, Almanya’da ise 100’e yakındır.

Güney Kore yukarıdaki üç ülkeye benzer bir seyir gösterse de ölüm sayılarını çok daha düşük tutmayı başarmıştır. Japonya ise başta aldığı önlemler sayesinde ölüm sayılarının artışında çok daha yavaş bir seyir izlemiştir.

Bir salgının ilk aşamalarında, vakaları saptamak için fazla sayıda test yapılması salgının kontrolü için gereklidir. Bununla birlikte, toplumda bulaşma yaygın hale geldiğinde ve sınırlama artık mümkün olmadığında, bulaşmayı azaltmak için toplum çapında önlemler daha ön plana çıkar. Alınan bu önlemler yayılımı azaltmada başarılı olursa, vaka bulma ve temaslı izleme için tekrar test yapma sayısının artırılması uygun olacaktır.

Tablo 1: Seçilmiş tarihlere göre ülkelerde her bin kişiye yapılan COVID-19 test sayısı (**Kennedy, Seale, Bausch, Ritchie, Roser, 2020**)

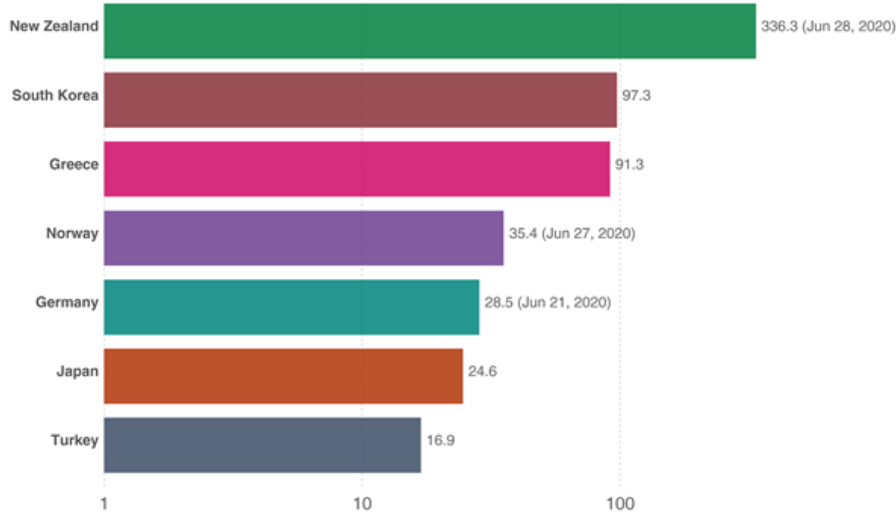
	21.03	07.04	21.04	07.05	22.05	14.06	27.06
Norveç	10,15	18,74	23,98	32,14	39,74	49,70	57,55

Y. Zelanda	1,44	9,78	19,66	36,46	53,06	64,52	81,45
Yunanistan	0,77	2,74	5,34	8,64	13,82	24,07	28,89
Japonya	0,15	0,44	0,98	1,50	2,10	2,68	3,53
G. Kore	6,08	8,91	10,89	12,50	15,26	21,05	23,87
Almanya	-	20,90 (12.04)	-	33,10 (03.05)	52,14 (31.05)	60,10	64,40 (21.06)
Türkiye	0,22	2,71	8,46	15,00	20,96	31,21	37,78

Norveç ve Güney Kore tabloda yer alan diğer ülkelere göre salgının ilk zamanlarında daha hızlı test yapmaya başlamışlardır. Yeni Zelanda ise test yapmaya düşük hızda başlamış ve giderek hızlanarak nüfusa göre en fazla test yapan ülke konumuna gelmiştir. Japonya ise başından itibaren az test yapma stratejisini takip etmiştir. (Tablo 1)

Bazı test stratejileri ise sağlık çalışanları gibi yüksek riskli gruplara veya huzurevleri gibi yüksek riskli yerlere odaklanmaktadır. Yüksek risk altında olanlara odaklanan stratejiler, vaka başına daha az sayıda test yapılmasına neden olmaktadır, yani bu durumda ülkeler toplumdaki salgının gerçek büyüklüğü hakkında daha az bilgi sahibi olacaklardır.

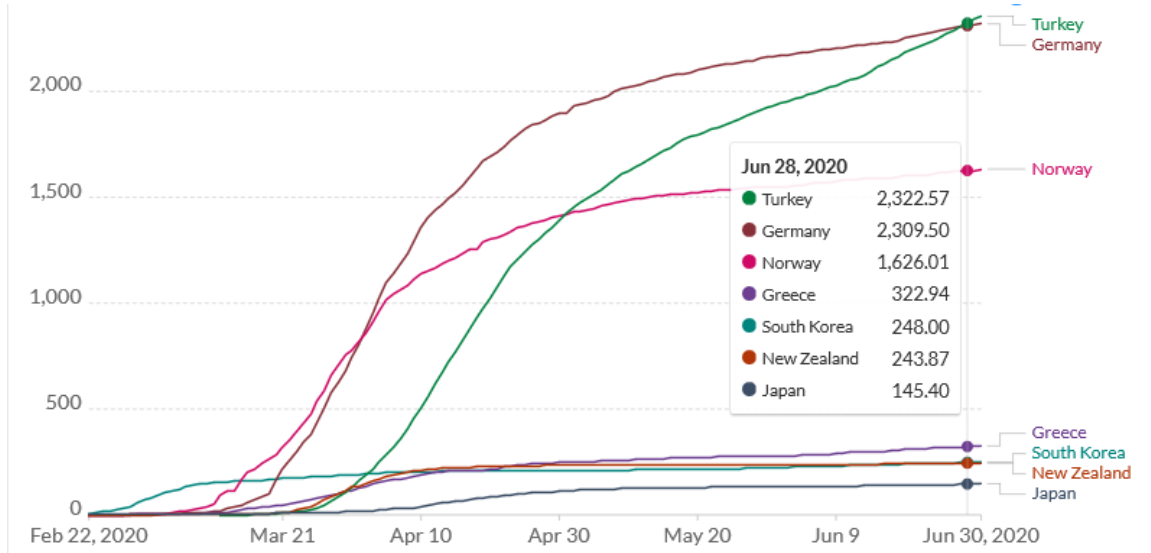
Ülkelere göre salgın boyunca onaylanan her vaka için ortalama test sayısı aşağıda sunulmuştur. (Şekil 2)



Şekil 2: Vaka başına COVID-19 testi sayısı, (29 Haz 2020) (Kennedy, Seale, Bausch, Ritchie, Roser, 2020)

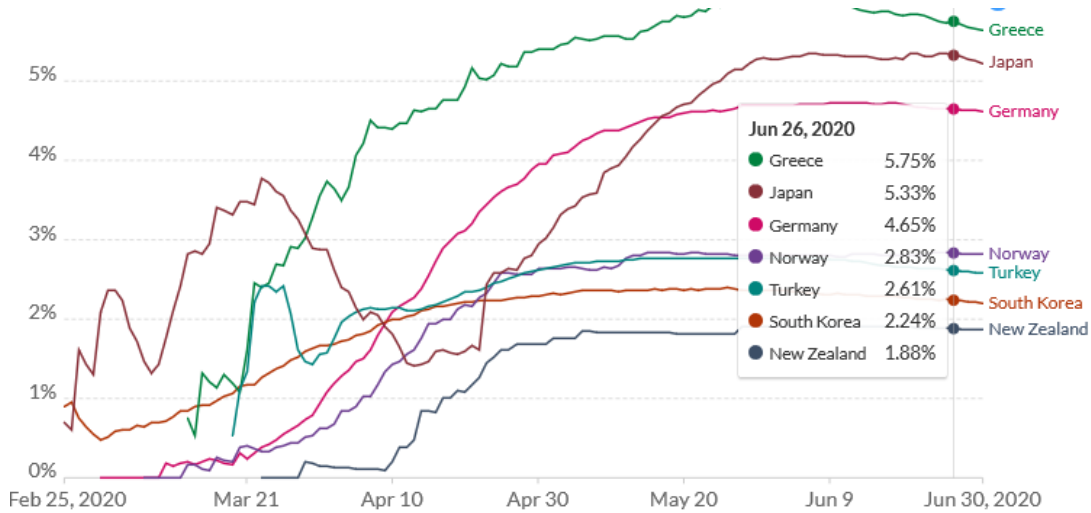
Bir vakayı tespit etmek için yapılan test sayısı yüksek olan ülkeler gerçekte kaç vakaya sahip olduklarını daha doğru bir şekilde ortaya koyabilmektedirler. Yeni Zelanda bir vakayı tespit etmek için ortalama 336,3 test yapmaktadır. Yunanistan ve Güney Kore vaka başına 100'e yakın test yapmakta iken seçilen diğer ülkelerde vaka başına test sayısı 35,4 (Norveç) ile 24,6 (Japonya) arasında değişmektedir.

Vaka sayısı bir ülkenin test kapasitesine ve uygulama stratejisine bağlıdır. Saptanan vaka sayısı toplam vaka sayısından her zaman daha azdır ve bunun ana nedeni sınırlı test uygulamasıdır. Seçilen ülkelerin nüfusa göre COVID-19 vaka sayısı aşağıda sunulmuştur. (Şekil 3)



Şekil 3 Nüfusa göre COVID-19 vaka sayısı ülkelere dağılımı (**Kennedy, Seale, Bausch, Ritchie, Roser, 2020**)

Vaka ölüm oranı, doğrulanmış ölümler ve doğrulanmış vakalar arasındaki orandır. Pandemi esnasında hastalığın mortalite riskinin zayıf bir ölçütü olmasına karşın vaka ölüm oranı tedavi aşamasının değerlendirilmesi için kullanılabilir. Vaka ölüm oranının değerlendirilmesi aslında son derece zordur çünkü verilerin kalitesi vakaların doğruluğuna bağlıdır, bu da test kapasitesine ve stratejisi ile ilişkilidir. Fazla ve doğru test yapılan ülkelerde, teyit edilen vakaların sayısı gerçek sayıya oldukça yakınken, diğer ülkelerde, fark çok daha fazladır. Seçilmiş ülkelerin 25 Şubat-26 Haziran 2020 tarihleri arasındaki vaka ölüm oranları eğrisi ve 26 Haziran 2020'de vaka ölüm oranları aşağıda sunulmuştur. (Şekil 4)



Şekil 4. Devam eden COVID-19 pandemisinde vaka ölüm oranları (**Kennedy, Seale, Bausch, Ritchie, Roser, 2020**)

26 Haziran 2020 tarihinde bu altı ülke arasında vaka ölüm oranı en yüksek ülke Yunanistan'dır (%5,75). Aynı tarihte en düşük ülke ise %1,88 ile Yeni Zelanda'dır. Vaka ölüm oranının düşük olduğu ülkelerin tedavide daha başarılı olduğunu kabul edebiliriz.

Sonuç

Bu yazıda COVID-19 mücadelesi kapsamında diğer ülkelere göre daha başarılı kabul edilen ülkeler arasından seçilen ancak farklı sosyal, demografik, ekonomik özellikleri olan altı ülke incelenmiştir. İncelemeye COVID-19 tanısı koymak için uygulanan test stratejileri, COVID-19 hasta sayıları, vakalara uygulanan tedavilerin başarısı ve hastalık sonucu gerçekleşen ölümlerin dahil edilmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

- COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası-a, Cross-Country Analysis: What are the policies on wearing facemasks in public places? Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://analysis.COVID-19healthsystem.org/index.php/2020/05/22/what-are-the-policies-on-wearing-facemasks-in-public-places/>
- COVID-19 Health System Response Monitor web sayfası-b, Cross-Country Analysis: How do countries control the entry of travellers during the COVID-19 pandemic? Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://analysis.COVID-19healthsystem.org/index.php/2020/06/03/how-do-countries-control-the-entry-of-travellers-during-the-COVID-19-pandemic/>
- End Coronavirus web sayfası, Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://www.endcoronavirus.org/hall-of-fame#nz>
- Kennedy, D., Seale, A., Bausch, D., Ritchie, H., Roser, M. (2020). How experts use data to identify emerging COVID-19 success stories. Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://ourworldindata.org/identify-COVID-exemplars>
- Labs, E. (2020) Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS, Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://ourworldindata.org/COVID-exemplar-south-korea>
- Wieler, L., Rexroth, U., Gottschalk, R.. (2020). Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment, Erişim tarihi 30 Haziran 2020, <https://ourworldindata.org/COVID-exemplar-germany>

4. BÖLÜM: TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Türkiye'de COVID-19 Pandemisinin Epidemiyolojisi

Prof. Dr. Kayıhan Pala

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Ülkemizde ilk olgunun duyurulmasından bu yana 16.hafta geride kalmış durumdadır ve salgın halen sürmektedir. Türkiye'de doğrulanmış olgu sayısı 5. ve 6. haftada tepe noktasına ulaşmış, doğrulanmış ölüm sayısı ise 6.haftada en yüksek sayısı ile karşımıza çıkmıştır. Ülkemizde salgın eğrisi 6.haftadan sonra tepe noktasına ulaşarak bükülmüş, ancak doğrulanmış olgu sayısı ve doğrulanmış ölüm sayısı çıktığı hızla azalma göstermemiştir. 13. haftada en düşük sayıda seyreden olgu sayısı 14. hafta ve sonrasında artış göstermiş; 14.haftada en düşük düzeyde seyreden ölüm sayısı ise 15.hafta ile birlikte artmaya başlamıştır. Haftalık olgu ve ölüm sayıları 12.haftanın sonundan itibaren (1 Haziran) gerçekleştirilen yeniden açılmanın olumsuz sonuçlarını gösterir niteliktedir.

Türkiye'de salgının seyri

COVID-19 pandemisinde ülkemizde ilk doğrulanmış olgu 11 Mart 2020'de, ilk ölüm ise 17 Mart 2020'de duyuruldu. Ancak gazeteci Saygı Öztürk'ün 15 Mart 2020'de hayatını kaybeden eski Kara Kuvvetleri Komutanı Aytaç Yalman'ın COVID-19 nedeniyle hayatını kaybettiği iddiası üzerine, tedavi gördüğü hastanenin başhekimliği Aytaç Yalman'ın Covid-19'a bağlı vefat ettiği kanaati oluştuğunu açıkladı (**Anadolu Ajansı, 2020**). Böylece Türkiye'deki ilk ölümün, ilk doğrulanmış olgunun bildirilmesinden dört gün sonra yaşamını yitirdiği ortaya çıktı.

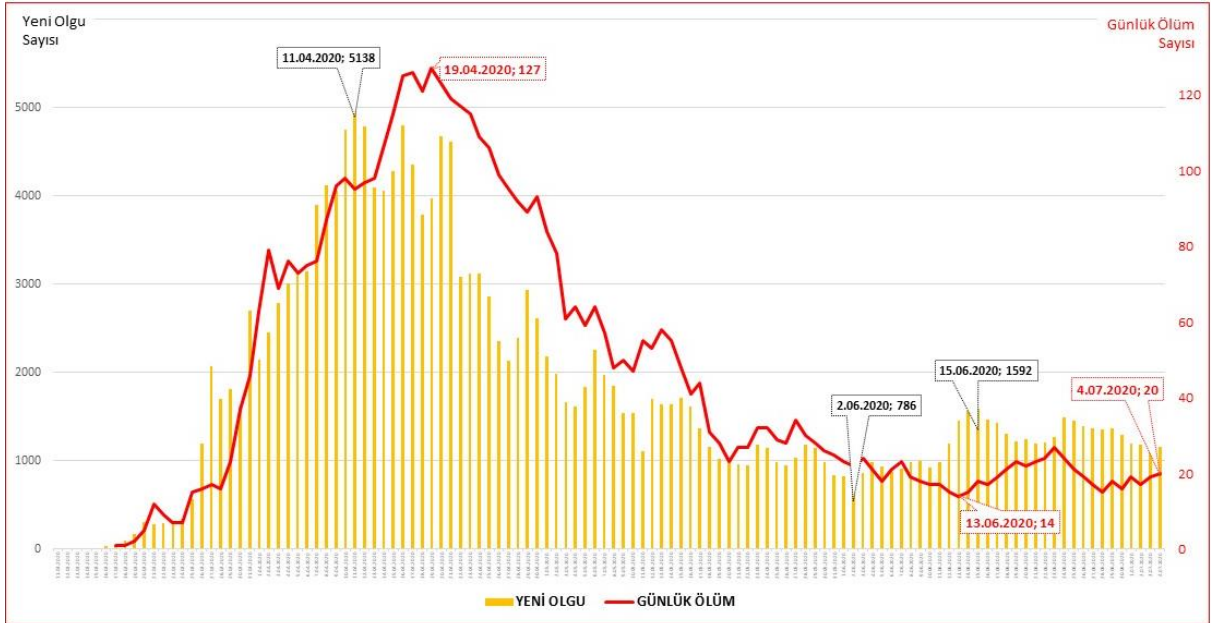
Türkiye'de hastalığın bulaşmasından sonra hastanın ölümüne kadar geçen süre ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış bir açıklama yoktur. Ancak bilimsel literatüre göre COVID-19 hastalığında semptomların başlangıcından ölüme kadar geçen ortalama süre yaklaşık 18 gün olarak tahmin edilmektedir (**Verity, 2020**). Bu durumda, ülkemizde COVID-19 hastalığının Şubat ayının sonlarından itibaren kendini göstermiş olabileceği anlaşılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği tarafından birçok kez dile getirilmiş olmasına karşın, COVID-19 pandemisi sırasında halen yalnızca doğrulanmış olgu ve doğrulanmış ölüm sayısını açıklamakta, epidemiyolojik ve klinik olarak tanı konulan olası/kuşkulu olgular ile ölümlerin sayısını açıklamaktan kaçınmaktadır. Bu nedenle ülkemizde COVID-19 pandemisinin sağlık sonuçları açısından gerçek yükünü tahmin edebilmek zorlaşmaktadır.

Tanı testi olarak kullanılan PCR testinin kişi COVID-19 hastası olduğu halde çeşitli gerekçelerle (Enfekte bireyde hasta materyalinin çok az olduğu kalitesiz örnek, örneğin enfeksiyonun çok erken ya da geç evresinde alınması, örneğin uygun bir şekilde işlenmemesi ve gönderilmemesi, PCR inhibisyonu veya virüs mutasyonu gibi testin doğasında bulunan teknik nedenler vb.) negatif sonuç verdiği bilindiğinden; doğrulanmış olgulara klinik ve epidemiyolojik olarak tanı alanlar, olası/kuşkulu olgular da katılacak olursa, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hasta sayısının ve ölüm sayısının açıklanandan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu üyeleri de Nisan ayının sonunda katıldıkları bir webinarında, Halk Sağlığı Yönetim Sistemi veritabanında COVID-19 ile ilişkili vakalar, temaslılar, hastaneye yatanlar ve tedavi edilenlere ait 600 binin üzerinde kayıt olduğunu açıklamışlardı (**HASUDER, 2020**).

Sağlık Bakanlığı'nın bildirimlerine göre, Türkiye'de en yüksek doğrulanmış olgu sayısı 11 Nisan'da (5.138 yeni olgu), en yüksek ölüm sayısı ise 19 Nisan'da (127 ölüm) bildirilmiştir. Salgın eğrisinin tepe noktasına ulaştıktan sonra bükülmesinin ardından (20 Nisan sonrasında) en düşük günlük yeni olgu ve en düşük ölüm sayısı ise sırasıyla 2 Haziran'da (786 yeni olgu) ve 13 Haziran'da (14 ölüm) bildirilmiştir (Şekil 1).

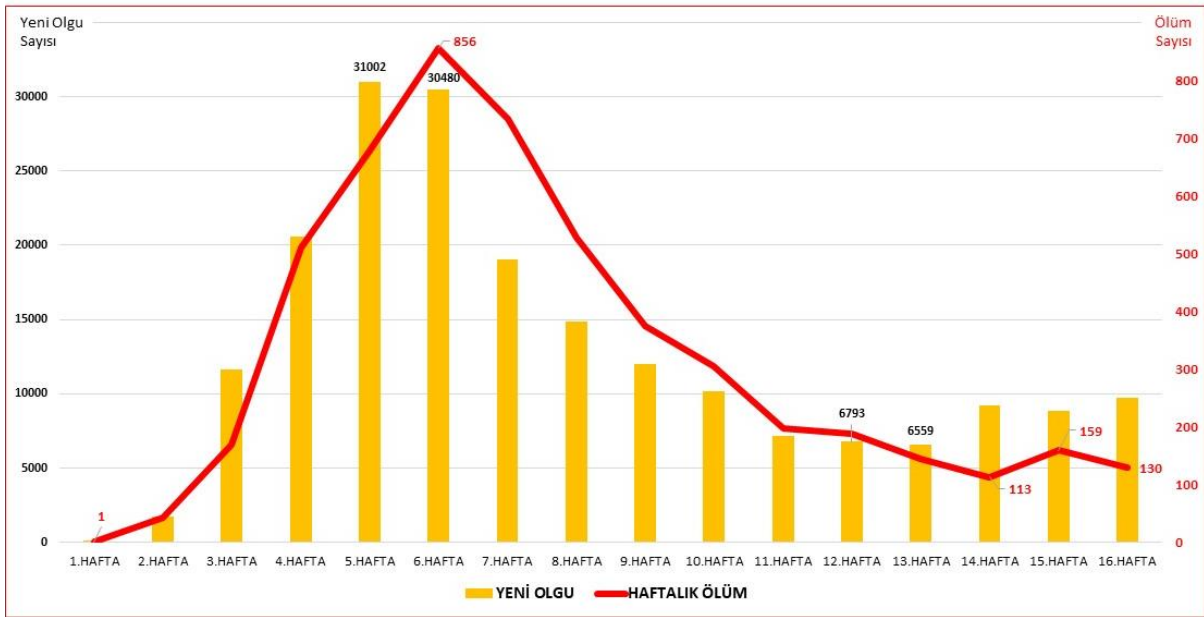


Şekil 1. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında günlük doğrulanmış yeni olgu ve ölüm sayıları

Ülkemizde 4 Temmuz 2020 tarihi itibarıyla doğrulanmış toplam olgu sayısı 204.610 ve doğrulanmış toplam ölüm sayısı 5.206'dır. Aynı gün itibarıyla ülkemiz dünyada olgu sayısına göre 14.sırada, ölüm sayısına göre 18.sırada (**Johns Hopkins University, 2020**)

ve yüz bin kişi başına ölüm sayısında ise 27 Haziran 2020 itibarıyla 40.sırada yer almaktadır (ECDC, 2020).

İlk olgunun duyurulmasından bu yana 16.hafta 30 Haziran itibarıyla geride kalmış durumdadır ve salgın halen sürmektedir. Türkiye’de doğrulanmış olgu sayısı 5. ve 6. haftada tepe noktasına ulaşmış, doğrulanmış ölüm sayısı ise 6.haftada en yüksek sayısıyla karşımıza çıkmıştır. Ülkemizde salgın eğrisi 6.haftadan sonra tepe noktasına ulaşarak bükülmüş, ancak doğrulanmış olgu sayısı ve doğrulanmış ölüm sayısı çıktığı hızla azalma göstermemiştir. 13. haftada en düşük sayıda seyreden olgu sayısı 14. hafta ve sonrasında artış göstermiş; 14.haftada en düşük düzeyde seyreden ölüm sayısı ise 15.hafta ile birlikte artmaya başlamıştır (Şekil 2) (Sağlık Bakanlığı, 2020a). Haftalık olgu ve ölüm sayıları 12.haftanın sonundan itibaren (1 Haziran) gerçekleştirilen yeniden açılmanın olumsuz sonuçlarını gösterir niteliktedir.



Şekil 2. Türkiye’de COVID-19 pandemisi sırasında haftalık doğrulanmış yeni olgu ve ölüm sayıları

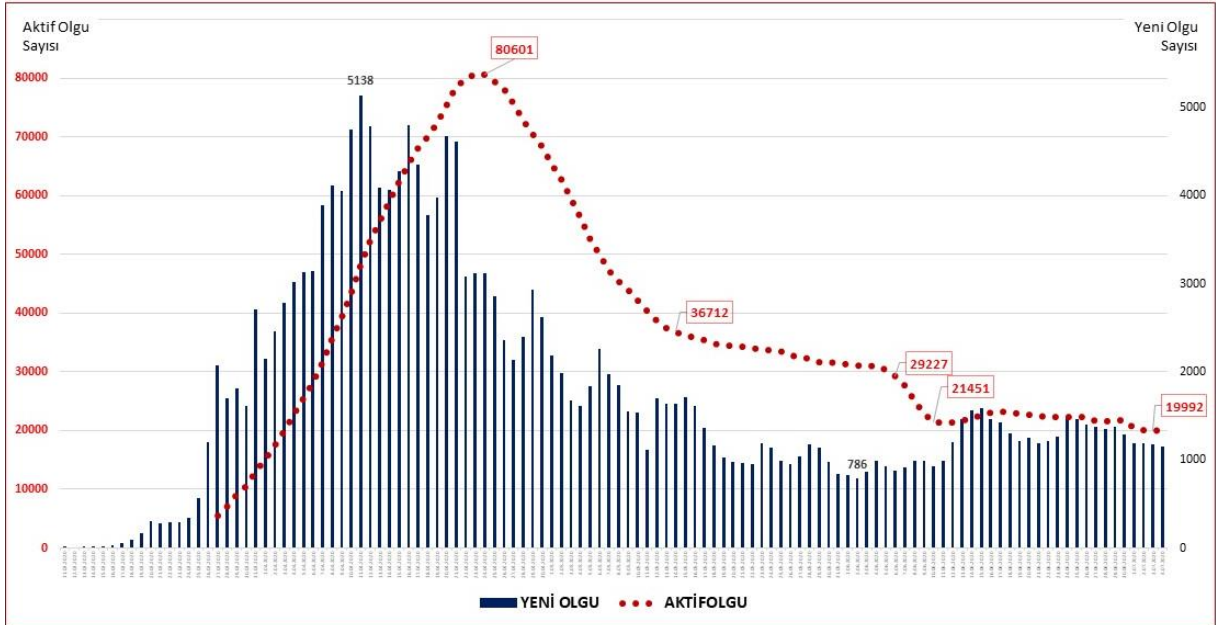
COVID-19 pandemisinde kontrol önlemlerinin etkisi

Bir salgında alınan kontrol önlemlerinin değerlendirilmesi için salgın boyunca zamana bağlı olarak (Haftalık değerlendirmeler tercih edilmektedir) sistematik bir izlem yaklaşımı benimsenmelidir. Bu izlem sırasında, alınan kontrol önlemlerinin etkisini değerlendirebilmek için olgu ölüm hızı, enfeksiyon ölüm hızı, atak hızı, yaşa özgü atak hızları, ikincil atak hızı, temel üreme sayısı ve zamana bağlı üreme sayısı gibi göstergelerde gözlenen değişimin irdelenmesi beklenir. Ülkemizde pandemi sırasında bu göstergelere ilişkin sistematik bir bilgilendirme söz konusu değildir.

Temel üreme sayısı (R_0) bulaşıcı hastalığa duyarlı bir nüfusta, enfekte olmuş bir kişinin bulaştırıcı olduğu süre boyunca hastalığı bulaştırdığı ikincil olguların sayısıdır, hastalığın bulaşma hızını ve alınan önlemlerin etkinliğini göstermesi bakımından önemli bir epidemiyolojik göstergedir. R_0 salgının başlangıcında, toplumun henüz büyük çoğunluğu hastalığa karşı duyarlı olduğunda değerli bilgiler verir. Ancak salgının ilerleyen evrelerinde temel üreme sayısının zaman içerisindeki değişimini gösteren zamana bağlı üreme sayısı (R_t) hesaplanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye için yapılan hesaplamalarda R_0 değeri salgının 10. gününde (21 Mart) 9,6 ve 45.gününde (24 Nisan) 1,3 olarak açıklanmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2020b**). Bilimsel literatürde 21 çalışmanın yer aldığı bir sistematik derlemeye göre değişik ülkelerde en yüksek temel üreme sayısı 6,5 olarak tahmin edilmiştir (**Park, 2020**). R_0 değerinin salgının ilk haftalarında ülkemizde çok yüksek seyrettiği anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanı 13 Mayıs'ta düzenlediği basın toplantısında (Salgının 64. günü) Türkiye'de R_0 değerinin 1,56 olduğunu söyledi. Bakan 20 Mayıs'taki basın toplantısında ise, "Virüsün etkisini yitirip yitirmediğine dair bir şey söylemek zor ama salgının Türkiye'de etkisinin azaldığı bir gerçek. Virüsün bulaşma hızı 1.56'dan 0.72'ye geriledi" diye konuştu (**BBC Türkçe, 2020**). Sağlık Bakanının demeçlerinden salgının ilk iki ayı boyunca R_0 değerinin 1'in üzerinde seyrettiği anlaşılmaktadır.

Salgının seyrini göstermesi bakımından, her ne kadar doğrulanmış olgular ve doğrulanmış ölümler üzerinden hesaplanabildiği için sınırlılıklar taşısa da aktif olgu sayısının izlenmesi de önemlidir. Aktif olgu sayısı doğrulanmış toplam olgu sayısından, doğrulanmış ölümler ve iyileşen hastalar çıkartılarak hesaplanır. Ülkemizde aktif COVID-19 olgu sayısı 23-24 Nisan'da 80 binin üzerine çıkmış, 10 Haziran'da 22 binin altına düştükten sonra duraksamış, üç hafta boyunca 20 binin üzerinde seyretmiş, 3 Temmuz'da 19.992'ye gerilemiştir (Şekil 3).



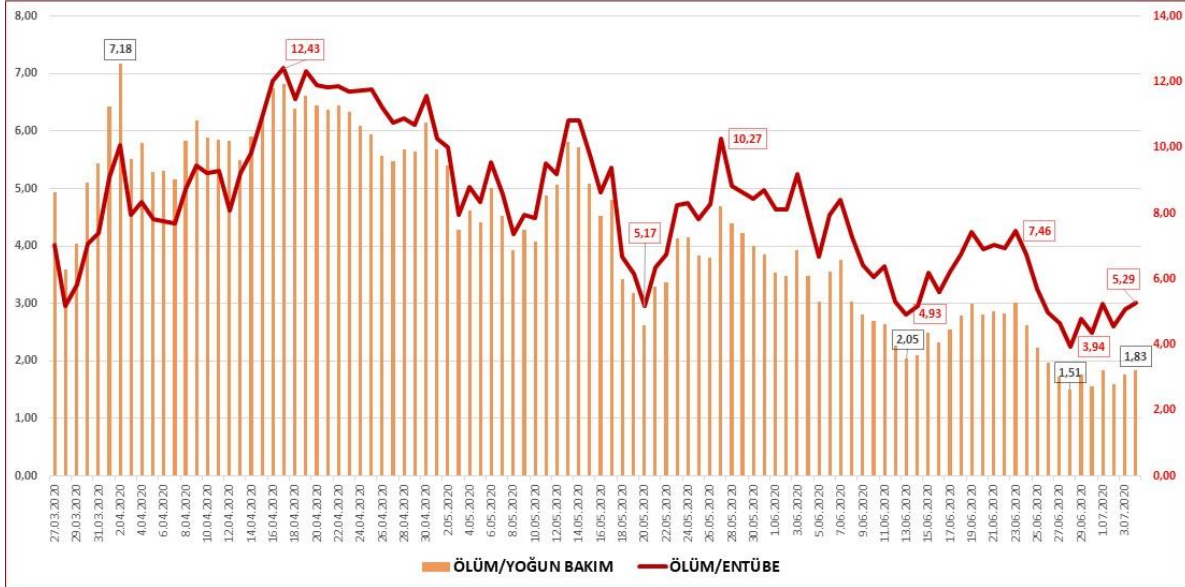
Şekil 3. Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında günlük doğrulanmış yeni olgu ve aktif olgu sayıları

Sağlık Bakanı 2 Temmuz'da kişisel sosyal medya hesabından yaptığı açıklamada, Bakanlık tarafından yürütülen seroprevalans çalışmasında 132.000 kişinin test sonuçlarına göre PCR testi ile bulunan taşıyıcılık oranını %0,24; ELISA yöntemiyle yapılan antikor taramasında bulunan koruyuculuk oranını da %0,81 olarak açıkladı. Bu durumda, Haziran ayı sonu itibarıyla Türkiye'de kabaca, asemptomatik olanlar da içinde olmak üzere 200 binin üzerinde aktif hasta olduğu tahmin edilebilir.

Ülkemizde antikor taraması ile bulunan oran (%0,81) çok düşüktür. Anımsanacağı gibi, Bilim Kurulu üyeleri Mayıs ayının başlarında bağışıklığın Türkiye genelinde %15-20 seviyesinde, İstanbul'da ise %40 seviyesinde olduğunu tahmin ettiklerini açıklamıştı (**Sarıka-**

ya, 2020). Türkiye’de seroprevalans çalışması ile Haziran ayı sonunda bulunan bağışıklık oranı (%0,81) tahminlerin çok altındadır. Bu konunun ayrıntılı araştırmalarla incelenmesi (Hastalığı asemptomatik geçirenlerde birincil ve ikincil antikor yanıtı, hidroklorokin kullanımının bağışıklığı inhibe etme potansiyeli vb.) pandemiye karşı önümüzdeki aylarda verilecek mücadelenin biçimlendirilmesi açısından da önem taşımaktadır.

COVID-19 pandemisi sırasında tanı konulan hastaların hastanede ve yoğun bakımda yatma, entübe edilme ve sağkalıma ilişkin istatistikler de merak konusudur. Sağlık Bakanı basına verdiği demeçte entübe edilenlerde %67, yoğun bakımda yatanlarda ise %53 olan vefat oranının sırasıyla %4 ve %2’ye gerilediğini açıklamıştır (**BirGün, 2020**). Yoğun bakımda yatan ve entübe edilen hastaların sağkalımı ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından sistematik bir veri henüz açıklanmamıştır. Ancak günlük ölümler yoğun bakımda yatanlara ve entübe edilen hastalara göre kıyaslanacak olursa; yoğun bakımda yatan hasta sayısına göre ölüm oranı en yüksek 2 Nisan’da (%7,18), en düşük 28 Haziran’da (%1,51) gözlenmiştir. Entübe edilen hasta sayısına göre ölüm oranı en yüksek 17 Nisan’da (%12,43), en düşük 28 Haziran’da (%3,94) gözlenmiştir. 20 Mayıs’ta %5,17’ye kadar düşen entübe edilen hastalar içerisindeki ölüm oranı hemen ardından yükselerek dalgalanma göstermiş, 4 Temmuz’da %5,29 olarak kayıtlara geçmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Türkiye’de COVID-19 pandemisi sırasında yoğun bakımda yatan ve entübe edilen hastalara göre ölüm oranı (%)

Sağlık Bakanlığı ‘COVID-19 Türkiye Durum Raporu’

Sağlık Bakanlığı 1 Temmuz 2020’de Türkiye’de ilk hastanın resmen tanı almasından 112 gün sonra, COVID-19 olgularına ilişkin ‘COVID-19 Türkiye Durum Raporu’nu Türkçe ve İngilizce olarak yayınladı (**Sağlık Bakanlığı, 2020a**). Söz konusu rapor, ülkemizdeki COVID-19 konusunda Türk Tabipleri Birliği tarafından uzun süredir talep edilen epidemiyolojik verilerin küçük bir bölümünü bünyesinde barındıran ilk durum raporudur. Türk Tabipleri Birliği söz konusu raporda yer alan veriler günlük sayılar bakımından analiz edildiğinde; son 7 ve 14 günde, 28 günlük ortalamaya kıyasla günlük ortalama tanı alan hasta ve hastaneye yatış sayısının arttığı, buna karşılık hastaneden taburcu olan ve iyileşen hasta sayısının azaldığının görüldüğünü; bu bağlamda son 7 ve 14 günde saptanan bu daha olumsuz durumun, salgının ülkemizde geldiği aşamada kontrole alınmasının

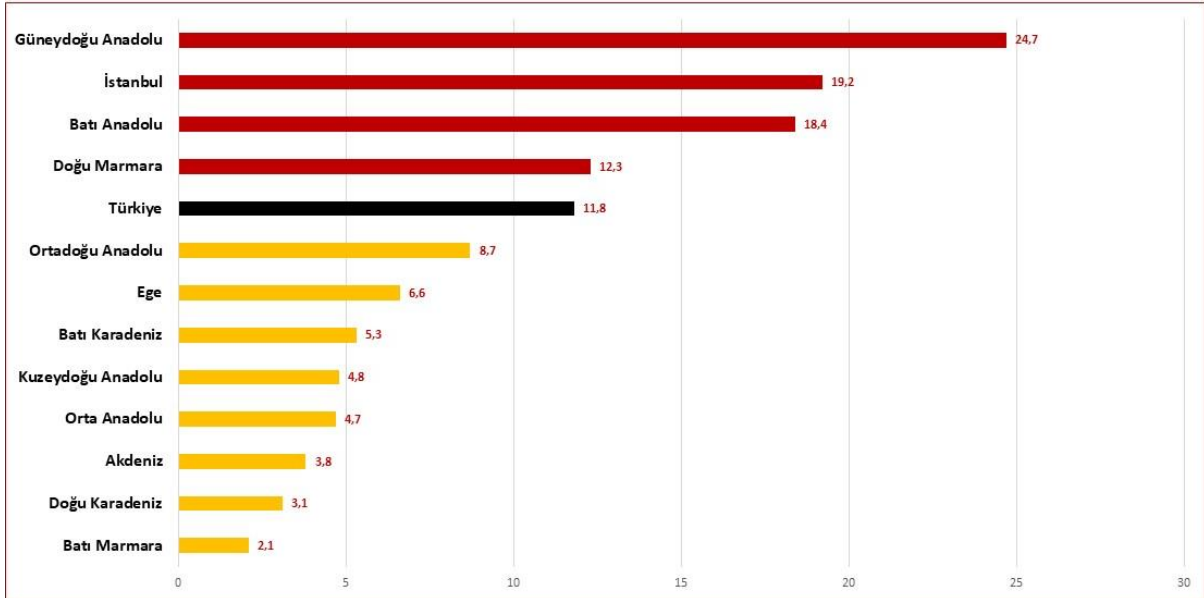
aksine daha sıkıntılı bir sürece evrildiği gerçeğine işaret ettiğini kamuoyuna açıklamıştı (**TTB, 2020**).

Rapor'da Türkiye'deki ilk COVID-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren toplam 3.297.509 test yapıldığı açıklanmıştır. Ancak test yapılan kişi sayısı ile test yapılan kişilerin özellikleri (Hasta, temaslı, tarama amaçlı vb.) halen belirsizdir. 1-28 Haziran tarihleri arasındaki test sayısı 1.253.088'dir ve gün başına ortalama 44.753 test düşmektedir. Günlük ortalama test sayısı halen 50 binin altındadır. Pandeminin başlangıcından 1 Haziran'a kadar olan dönemde ise günlük ortalama test sayısı 25 binin altındadır.

Rapora göre, Türkiye'de toplam 198.284 laboratuvar onaylı COVID-19 vakasının %53,2'si (105.416 hasta) hastaneye yatırılarak tedavi edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde bu oran 26,7'dir (**WHO, 2020**).

Ülkemizde hastaneye yatırılarak tedavi edilen COVID-19 hasta oranı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi ortalamasından daha yüksektir. Raporda gerek hastanede yatırılan gerekse de eve gönderilen hastalara ilişkin ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır. Kimlerin hastanede yatırılmasına gerek duyulmadığı, tedavi amacıyla hangi ilaçların verildiği, ilaçların yan etkileri, hastaların nasıl kontrol edildikleri, evde tedavi edilenlerin izolasyonunun nasıl sağlandığı, temaslı muayenelerinin sonuçlarının ne olduğu gibi bilgilerin açıklanması uygun olacaktır.

Rapor'da açıklanan olguların coğrafi dağılımına göre, son 7 gün içindeki COVID-19 insidansı (100.000 nüfusta) en yüksek Güneydoğu Anadolu bölgesindedir (24,7), bölgeyi İstanbul (19,2) izlemektedir (Şekil 5). Hastalığın Güneydoğu Anadolu bölgesinde son 7 gündeki görülme sıklığı, Sağlık Bakanı tarafından ülkemizin Wuhan'ı olarak nitelendirilen İstanbul'u geride bırakmıştır. Rapor'da ayrıntılar yer almadığı için hastalığın görülme sıklığında bölgeler arasında gözlenen farklılığın nedenleri hakkında bilgi edinilememiştir.



Şekil 5. Son 7 gün içindeki COVID-19 insidansı (100.000 nüfusta) (28/06/2020 vakaları dahil)

Rapor'da, ülkemizde bildirilen vakaların %48'i kadın, %52'si erkek olarak açıklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde ise olguların %46'sını erkekler oluşturmaktadır (**WHO, 2020**). Ülkemizde olguların 14.388'i 15 yaş ve altı çocuklar (%7,3), 27.199'u ise 15-24 yaş arasındaki (%13,7) çocuklar ve gençlerdir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde 15 yaşın altındaki olguların oranı %1, 15-24 yaş grubunda ise %5'tir

(WHO, 2020). Ülkemizde olguların yaş ve cinsiyet dağılımı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinden farklıdır. Bu farklılığın nedenleri incelenmelidir.

Doğrulanmış olgular içerisinde en düşük ölüm hızı %0,03 ile 15-24 yaş grubunda gerçekleşirken, en yüksek ölüm hızı %26,94 ile 80 yaş ve üzeri gruba aittir. İki yaşın altındaki olguların ölüm hızının (%0,28) 2-24 yaş grubundakilerden daha yüksek olması dikkat çekicidir. Şimdiye kadar 15 yaş ve altı çocuklarda COVID-19 nedeniyle 10 ölüm bildirilmiştir. Ölenlerin %6,9'u (352 kişi) 50 yaşın altındadır.

COVID-19 nedeniyle vefat eden 5.097 kişiden 3.183'ü (%62) erkek, 1.914'ü (%38) kadındır. Medyan yaş 71'dir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde ölenlerin %56,8'i erkek ve ortanca yaş 82'dir (WHO, 2020).

Ülkemizde COVID-19 pandemisinin epidemiyolojik özelliklerini tartışabilmek ve alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirebilmek için ayrıntılı verilere gereksinim duyulmaktadır.

Kaynaklar

- Anadolu Ajansı (2020) Başhekimlik: Aytaç Yalman'ın Kovid-19'a bağlı vefat ettiği kanaati oluşmuştur, <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/bashekimlik-aytac-valmanin-kovid-19a-bagli-vefat-ettiği-kanaati-olusmustur/1771991>.
- BBC Türkçe (2020) Virüs bulaştırma katsayısı R_0 nedir, nasıl hesaplanır? 20 Mayıs 2020, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52197229>.
- BirGün (2020) "Vaka sayısına göre vefat oranı en yüksek Gümüşhane, en düşük Kilis'te", 17 Haziran 2020, <https://www.birgun.net/haber/vaka-sayisina-gore-vefat-orani-en-yukse-gumushane-en-dusuk-kilis-te-305005>.
- ECDC (2020) COVID-19, 2020/6/27, <https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html>.
- HASUDER (2020) Salgının Gelişim Süreci, 29 Nis 2020, https://www.youtube.com/watch?v=A_urLsD7eLs.
- Johns Hopkins University (2020) COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), 7/5/2020, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Park M, Cook AR, Lim JT, Sun Y, Dickens BL. (2020) A Systematic Review of COVID-19 Epidemiology Based on Current Evidence. J Clin Med;9(4):967. Published 2020 Mar 31. doi:10.3390/jcm9040967.
- Sağlık Bakanlığı (2020a) COVID-19 Situation Report Turkey, 05 Temmuz 2020, <https://sbsqm.saglik.gov.tr/TR,66424/covid-19-situation-report-turkey.html>.
- Sağlık Bakanlığı (2020b) COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) (Bilim Kurulu Çalışması) Genel Bilgiler, Epidemioloji ve Tanı, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1 Haziran 2020, Ankara.
- Sankaya M (2020) "Toplum hâlâ bakir...", Habertürk, 8 Mayıs 2020, <https://www.haberturk.com/yazarlar/muharrem-sarikaya/2671655-toplum-hala-bakir>.
- TTB (2020) Son Haftalarda Hasta Sayısındaki Artış Endişe Vericidir! Türk Tabipleri Birliği, 02/07/2020, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=c01245b0-bc89-11ea-8f0a-f27fa5bec9b4.
- Verity R., Okell LC., Dorigatti I., Winskill P., et. Al (2020) Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis; 20:669-77.
- WHO (2020) COVID-19 weekly surveillance report Data for the week of 22 - 28 Jun 2020 (Epi week 26), <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>.

Ülke Deneyimleri ve Türkiye

Osman Elbek, Tıp Doktoru, Doçent

Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Hastalıkları
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Nüfuslarına göre ülkeler listesinde Türkiye'nin dünya genelinde 17. sırada olduğu dikkate alındığında; hastalığın bulaşıcılık açısından nüfus ile uyumlu olmayacak biçimde Türkiye'de bulaşın yaygın, ölümlerin ise nüfus oranıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Benzer biçimde Türkiye, nüfus başına test oranı bakımından da ekonomik gelişmişliği ile uyumlu olmayacak biçimde daha geri sıradadır. 1 Haziran 2020 tarihinden sonraki "kontrollü normalleşme" döneminde ise Türkiye'nin benzer nüfusa ve pandemi pik dönemine sahip ülke olan Almanya'ya göre salgının toplumdaki yayılımını azaltma konusunda başarısız olduğu görülmektedir. Türkiye'deki toplam hasta yükü ve ölümlerin, salgının ilk döneminden bu yana Avustralya, Çin, Güney Kore ve Yeni Zelanda gibi salgının etkilerini hafifletmek yerine onu bastırmayı hedeflemiş ülkelere kıyasla daha kötü bir tabloda olduğu görülmektedir. Bu durum salgını baskılama dışındaki tüm stratejilerin daha fazla sayıda hastalık ve can kaybına yol açarak birey ve toplum sağlığını koruyamadığını göstermektedir.

Türkiye'nin Salgındaki Yeri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 30 Haziran 2020 tarihli "Durum Raporu"na göre dünyada 10 milyon 185 bin 374 kişi COVID-19'a yakalanmış ve 503 bin 862 kişi ölmüştür. Aynı rapor verileri uyarınca Türkiye'de hastalığa yakalanan ve ölen kişi sayısı sırasıyla 198 bin 613 ve 5 bin 115'dir (WHO-a, 2020).

DSÖ verileri uyarınca Avrupa 2 milyon 692 bin 86 hasta sayısı ile Amerika kıtasından sonra dünyadaki salgının en çok hastalığa yol açtığı bölgedir. Türkiye, 30 Haziran 2020 tarihi itibarıyla toplam hasta sayısı açısından Avrupa bölgesinde beşinci sıradadır.

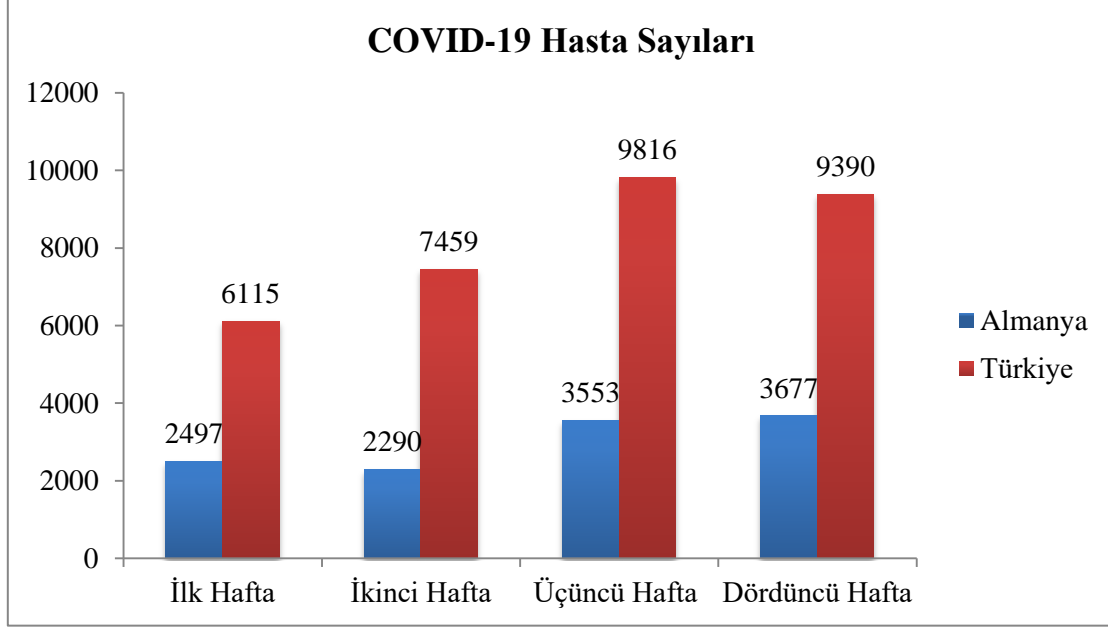
Öte yandan Türkiye, 30 Haziran 2020 tarihli Worldometer verileri uyarınca dünyada;

- Toplam hasta sayısında 13.
- Toplam ölüm sayısında 18.
- Yoğun bakım ihtiyacı duyan kritik vaka sayısında 1018 yoğun bakım hasta sayısı ile 11.
- Toplam test sayısında 3 milyon 331 bin 158 test ile 9.
- Ancak bin nüfus başına düşen test sayısında 39,5 oranı ile 61. sıradadır (Worldometer, 2020).

Nüfuslarına göre ülkeler listesinde Türkiye'nin dünya genelinde 17. sırada olduğu dikkate alındığında; hastalığın bulaşıcılık açısından nüfus ile uyumlu olmayacak biçimde Türkiye'de bulaşın yaygın, ölümlerin ise nüfus oranıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Benzer biçimde Türkiye, nüfus başına test oranı bakımından da ekonomik gelişmişliği ile uyumlu olmayacak biçimde daha geri sıradadır.

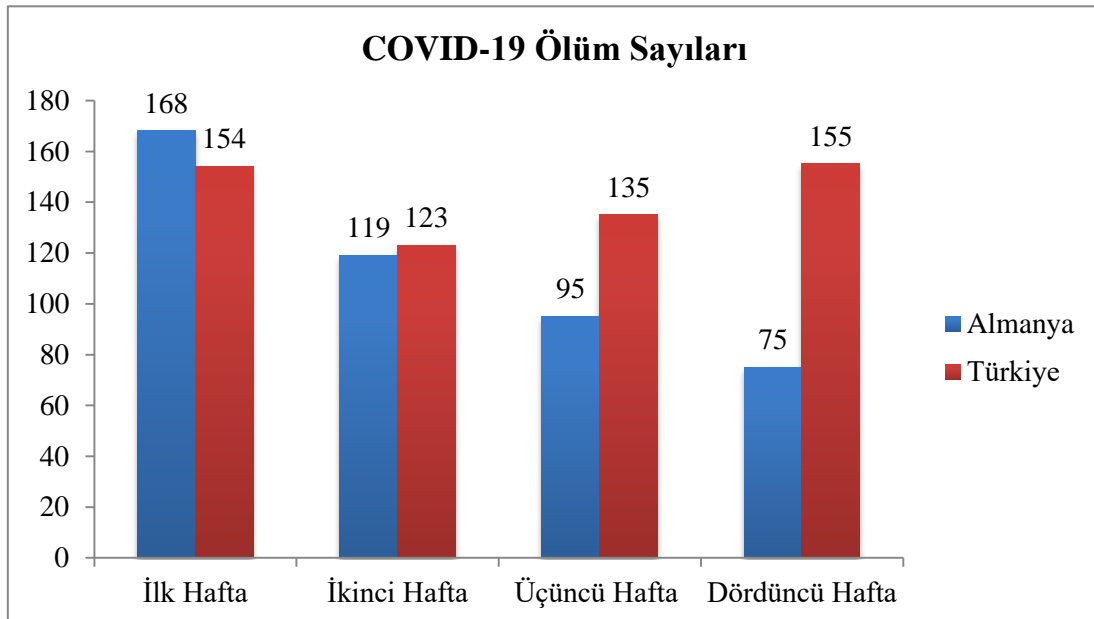
1 Haziran 2020 tarihinden sonraki “kontrollü normalleşme” döneminde ise Türkiye’nin benzer nüfusa ve pandemi pik dönemine sahip ülke olan Almanya’ya göre salgının toplumdaki yayılımını azaltma konusunda başarısız olduğu görülmektedir (Şekil 1) (WHO-b, 2020).

Şekil 1: Kontrollü Normalleşme Döneminde Yeni Tanı Konulan Hasta Sayıları (haftalık)



Öte yandan COVID-19’a bağlı ölümler açısından Almanya’ya kıyasla yaş ortalaması ve eşlik eden hastalıklar açısından daha avantajlı durumda bulunan Türkiye’nin, Haziran ayının ikinci haftasından itibaren haftalık ölüm sayısında Almanya’dan daha dezavantajlı duruma gelmesi ve haftalar içerisinde bu dezavantajın azalmayıp aksine artmış olması; Türkiye’nin halen uygulamaya koyduğu salgın önleme stratejilerini etkinleştirip güçlendirmesi gerektiğine işaret etmektedir (Şekil 2).

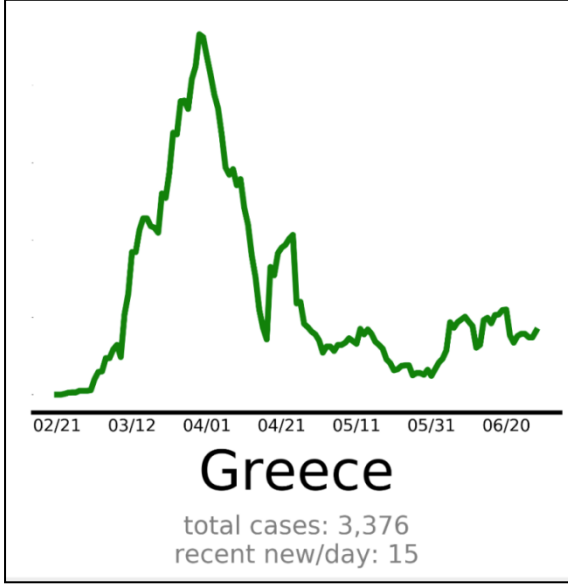
Şekil 2: Kontrollü Normalleşme Döneminde Ölen Hasta Sayıları (haftalık)



30 Haziran 2020 tarihi itibarıyla dünyadaki ülkeler pandemi kontrol altına alma yönünden sınıflandırıldığında Türkiye'nin üçüncü kategoride yer aldığı görülmektedir (Endocoronavirus, 2020).

Bu sınıflandırmada ilk kategoride yer alan ülkeler COVID-19 salgını başarıyla kontrol altına almış ulus-devletlerdir. Bu ülkelerin pandemi eğrilerinde pik sonrası iniş hemen tümüyle tamamlanmıştır.

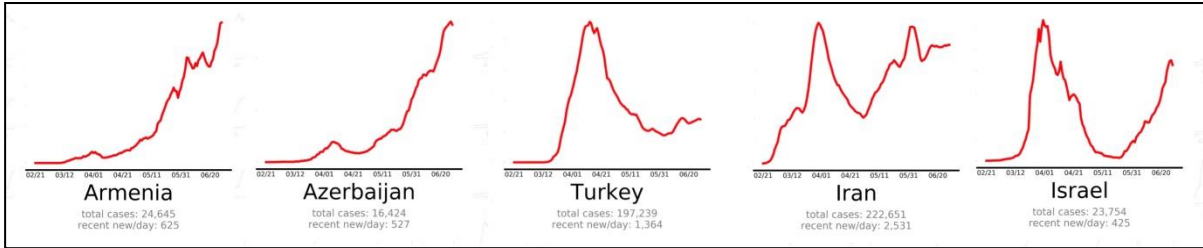
Söz konusu gruptaki ülkeler arasında İrlanda, İzlanda, Kıbrıs, Küba ve Yeni Zelanda gibi ada ülkelerinin olması ülke içi izolasyonun kolaylığı açısından anlaşılabilir durumdur.



Ancak bu gruptaki ülkeler arasında Yunanistan, Finlandiya ve Norveç gibi ülkelerin de olduğu görülmektedir.

COVID-19 açısından ikinci grupta yer alan ülkelerde ise salgın piki henüz tamamen normale yaklaşmamıştır. Ancak bu ülkelerde salgına yönelik alınan önlemlerin küçük revizyonlarla yetkinleştirilmesi halinde ilk grup ülkeler arasına dahil olmak mümkündür. Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Çin, Danimarka, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İspanya, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada ve Singapur bu gruptaki ülkelerdir.

Üçüncü ve son grupta yer alan ülkelerde ise salgın henüz pikini gerçekleştirmemiş ya da gerçekleştirdiği pik sonrası bulaşıcılık kontrol altına alınamamış ya da alındıktan sonra yeniden yükseliş trendine girmiştir. Bu gruptaki ülkeler arasında yer alan Azerbaycan, Ermenistan, Irak daha pikin gözlenmediği; Kuveyt, Rusya ve Türkiye pik sonrası kontrolün sağlanamadığı; ABD, İran, İsrail ve Romanya ise ilk pik sonrası azalan salgının yeniden artarak ikincil ya da üçüncül dalgaların oluştuğu ülkelere örnektir.



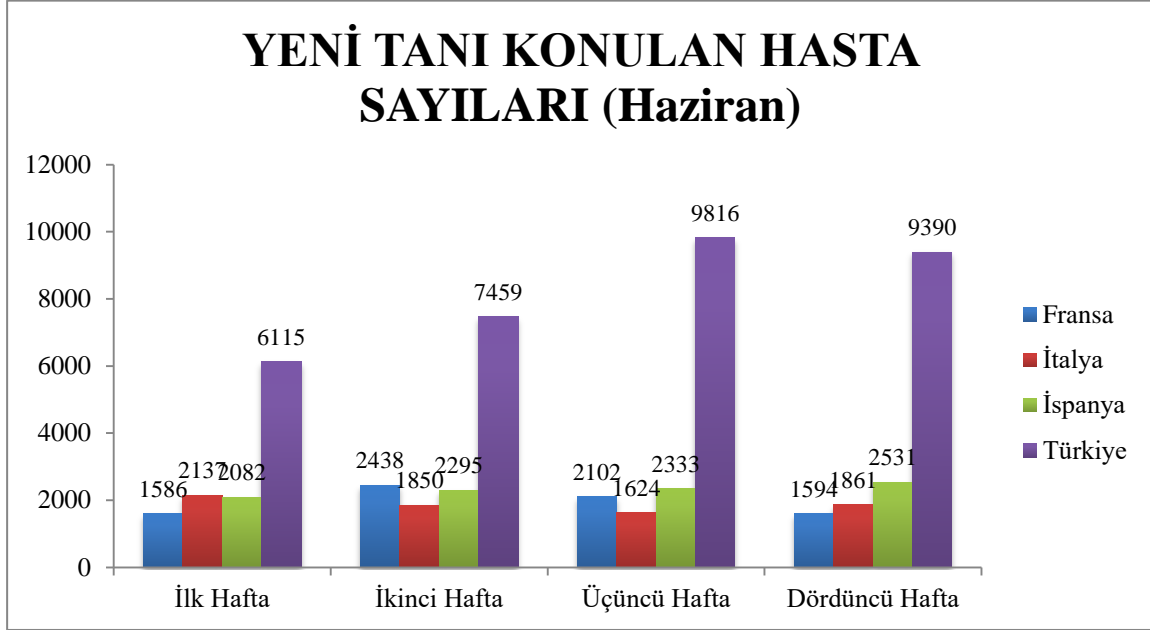
Türkiye'nin COVID-19 Mücadele Stratejisi

Türkiye'nin 100 günü aşan bir periyotta sürdürdüğü COVID-19 pandemi stratejisinin sonuçlarını bölge, Avrupa ve salgını baskılama hedefini seçen ülkelerle kıyaslamalı biçimde üç grup altında incelemek mümkündür (Oxford Martin School & Oxford University, 2020).

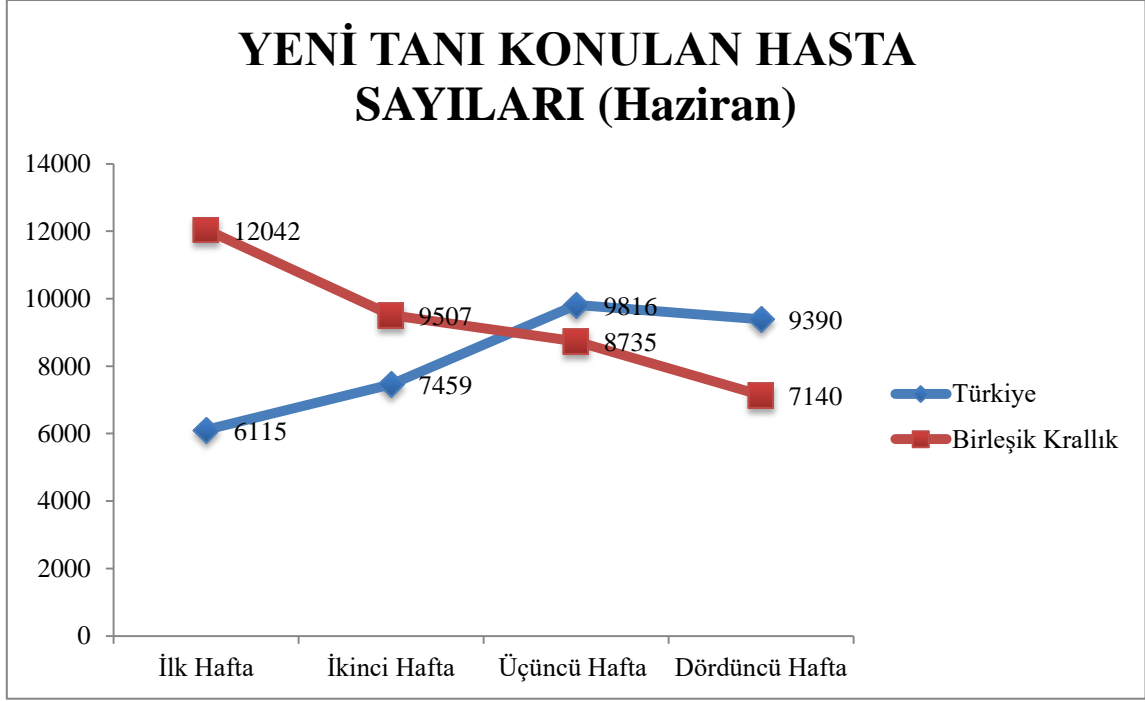
Avrupa ve Türkiye

Günlük yeni tanı konulan hasta sayıları, “yeniden açılma” döneminin stratejisini belirlemek açısından kritik öneme sahiptir. Türkiye, bu yönden Fransa, İtalya ve İspanya’ya göre dezavantajlı konumdadır. Veriler, Türkiye’de yeni tanı konulan hasta sayısının Haziran ayı boyunca diğer üç ülkeye göre oldukça fazla olduğu ve diğer ülkelerin aksine artış trendinde bulunduğu işaret etmektedir (Şekil 3).

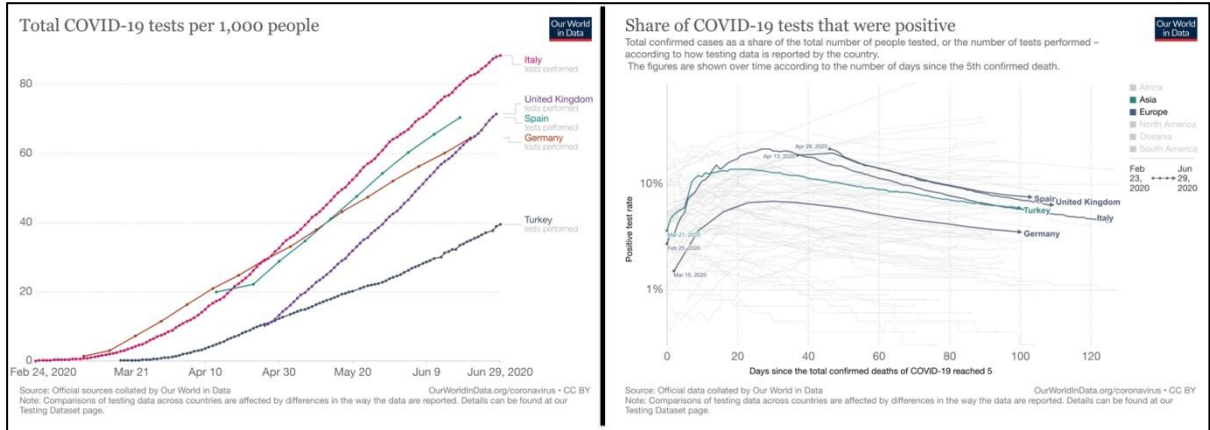
Şekil 3: Kontrollü Normalleşme Döneminde Yeni Tanı Konulan Hasta Sayıları



Bilindiği üzere Birleşik Krallık, toplam hasta sayısı itibariyle Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nde Rusya’dan sonra ikinci sırada gelen ülkedir. Türkiye ile Birleşik Krallık yeni tanı alan hasta sayıları açısından kıyaslandığında; Haziran ayının ilk iki haftasında Birleşik Krallıkta bulaşıcılığın Türkiye’ye kıyasla daha yaygın olduğu, ancak son iki haftada Birleşik Krallık’ın Türkiye’ye kıyasla bulaşıcılığın yayılımı açısından daha iyi kontrolü sağladığı görülmektedir (Şekil 4).

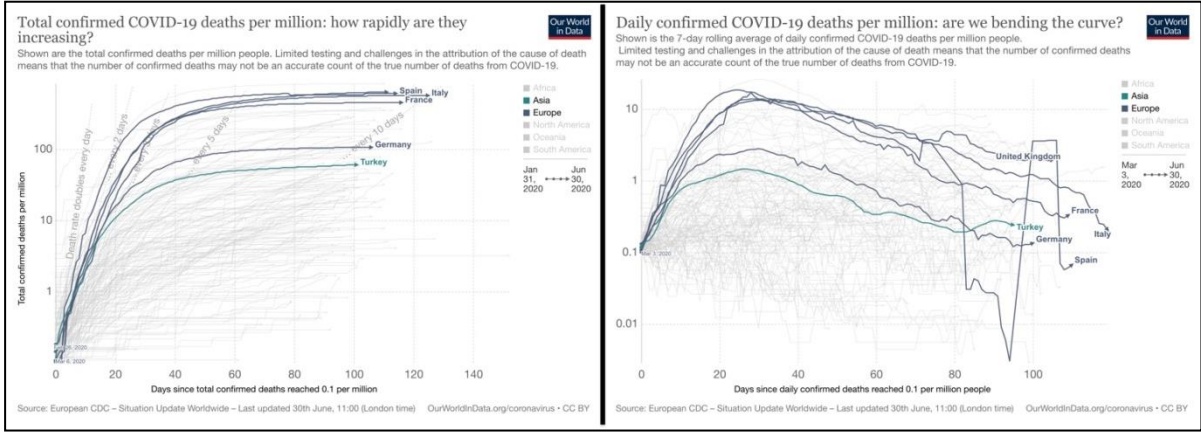
Şekil 4: Kontrollü Normalleşme Döneminde Birleşik Krallık ve Türkiye

Yeni tanı konulan hasta sayısındaki yüksekliğin aksine pandemi dönemi boyunca Türkiye söz konusu ülkelere kıyasla nüfusa göre belirgin biçimde daha az test yapmıştır. Test pozitifliği bakımından Türkiye salgının ilk döneminden beri Almanya'dan fazla, son dönemde İtalya ile benzer, İspanya ve Birleşik Krallık'tan ise daima düşüktür (Şekil5).

Şekil 5: Nüfus Başına Test Oranı ve Test Pozitifliği

Hastalığının topluma yayılımı yönünden söz konusu ülkelere kıyasla dezavantajlı konumda bulunan Türkiye'nin nüfus başına düşen ölüm açısından avantajlı olduğu, ancak bu avantajını son dönemde Almanya ve İspanya karşısında yitirdiği görülmektedir (Şekil 6).

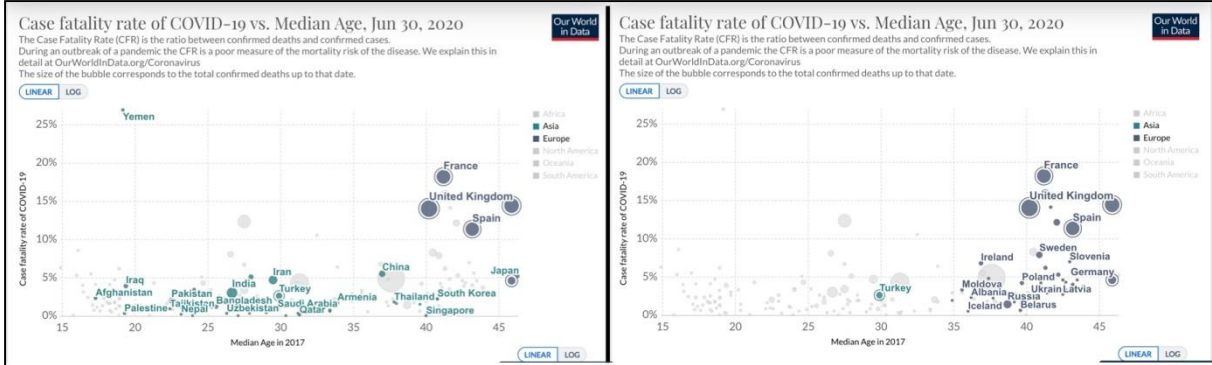
Şekil 6: Nüfus Başına Ölüm Oranı (Toplam ve Günlük)



Son olarak ülkelerin nüfus dinamiğini gösteren ortalama yaş dikkate alınarak yapılan analizde;

- Türkiye’de benzer yaş yapısına sahip İran’dan daha az ölümlerin gerçekleştiği,
- Türkiye’ye kıyasla daha yaşlı nüfusa sahip Ermenistan, Güney Kore, Rusya, Singapur ve Tayland’da ölümlerin Türkiye ile benzer ya da daha düşük olduğu,
- Almanya, Çin ve Japonya gibi oldukça yaşlı nüfus barındıran ülkelerdeki ölümlerin yüzde 5 sınırında bulunduğu,
- Birleşik Krallık, Fransa ve İspanya’da ise ölümlerin oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Şekil7).

Şekil 7: Ortalama Yaşa Göre Olgu Fatalite Oranı



Seçilmiş Bölge Ülkeleri ve Türkiye

Türkiye’nin COVID-19 pandemi verileri bölge ülkeleri yönünden irdelendiğinde; nüfus başına test oranı bakımından Rusya’nın daha yüksek, Yunanistan’ın Türkiye’ye oldukça yakın, Bulgaristan ve İran’ın ise Türkiye’ye kıyasla daha düşük test yaptığı görülmektedir.

Aynı ülkelerin nüfus başına ölüm oranları ise; Bulgaristan ve Yunanistan’ın Türkiye’ye kıyasla daha az, Rusya’nın benzer, İran’ın ise daha fazla olduğu izlenmektedir. Türkiye’ye kıyasla Bulgaristan’da nüfus başına saptanan daha düşük ölüm oranı, pek muhtemelen Türkiye’ye kıyasla görece olarak daha az test yapmasına bağlıdır.

Bölge ülkeleri açısından olgu fatalite oranları ise azalan biçimde Yunanistan, İran, Bulgaristan, Türkiye, Ermenistan ve Rusya olarak sıralanmaktadır.

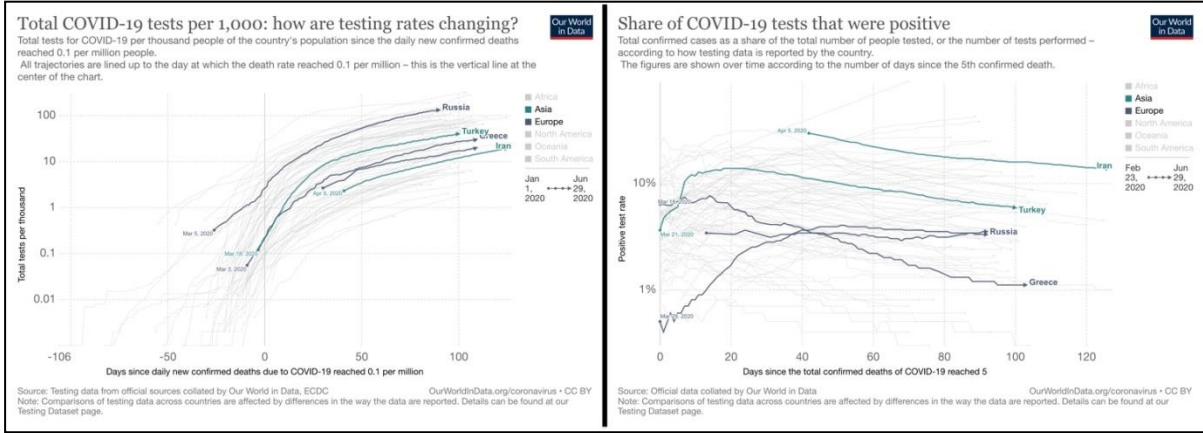
Yapılan testlerde pozitiflik saptanma oranı bakımından Rusya ve Yunanistan'da Türkiye'ye kıyasla oransal olarak daha az pozitiflik, Bulgaristan'da benzer, İran'da ise oransal bakımdan Türkiye'den daha yüksek pozitiflik tespit edilmektedir.

Bölge ülkeleri arasında en fazla hasta sayısına sahip ülke Rusya'dır. Onu sırasıyla Türkiye, İran, Ermenistan, Bulgaristan ve Yunanistan izlemektedir.

Nüfus başına saptanan günlük hasta oranı bakımından 1 Temmuz 2020 tarihi itibariyle sıralama Ermenistan, Rusya, İran, Türkiye – Bulgaristan ve Yunanistan'dır.

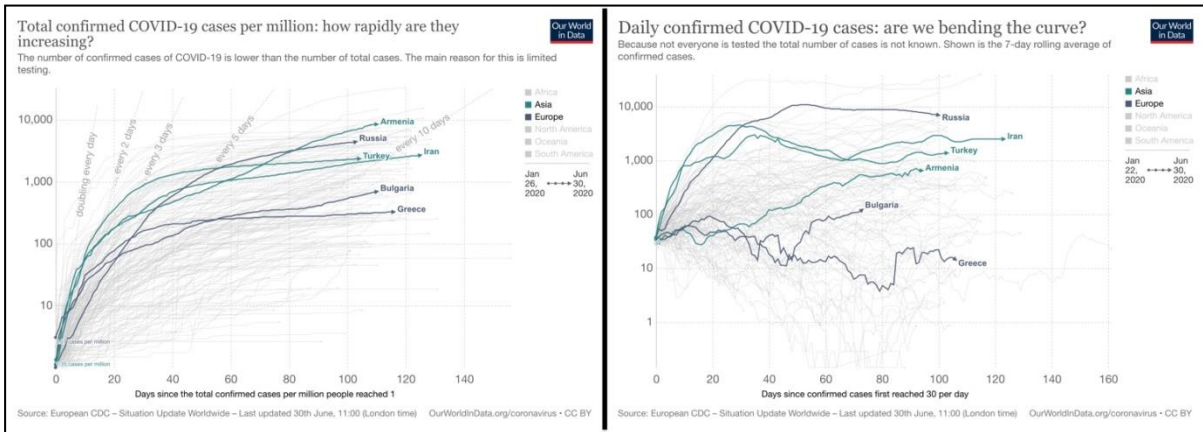
Nüfus başına test yapma oranı açısından Rusya, test pozitifliği açısından ise İran bölge ülkeleri arasında ilk sıradadır. Türkiye, her iki ölçüt bakımından da ikinci sırada gelmektedir (Şekil 8).

Şekil 8: Nüfus Başına Toplam Test Oranı ve Test Pozitifliği



Nüfus başına hasta sayısı açısından bölge ülkeleri Ermenistan, Rusya, Türkiye – İran, günlük saptanan yeni hasta sayısı açısından ise Rusya, İran ve Türkiye olarak sıralanmaktadır (Şekil 9).

Şekil 9: Nüfus Başına Toplam Hasta Oranı ve Yeni Tanı Konulan Hasta Test Sayısı



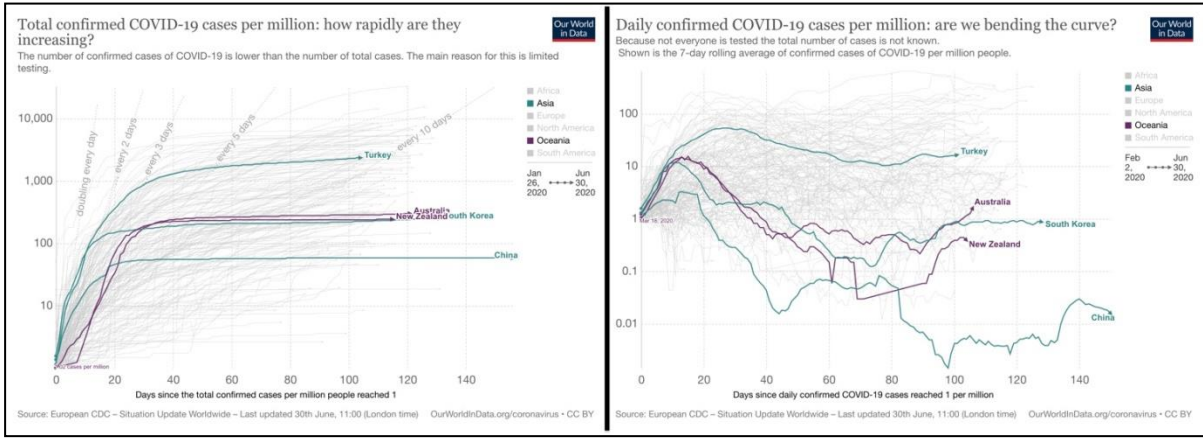
Görüldüğü üzere Yunanistan, bölge ülkeleri arasında hemen her ölçüt bakımından salgınla en iyi mücadele edebilmiş ülkedir.

Salgını Baskılayan Ülkeler ve Türkiye

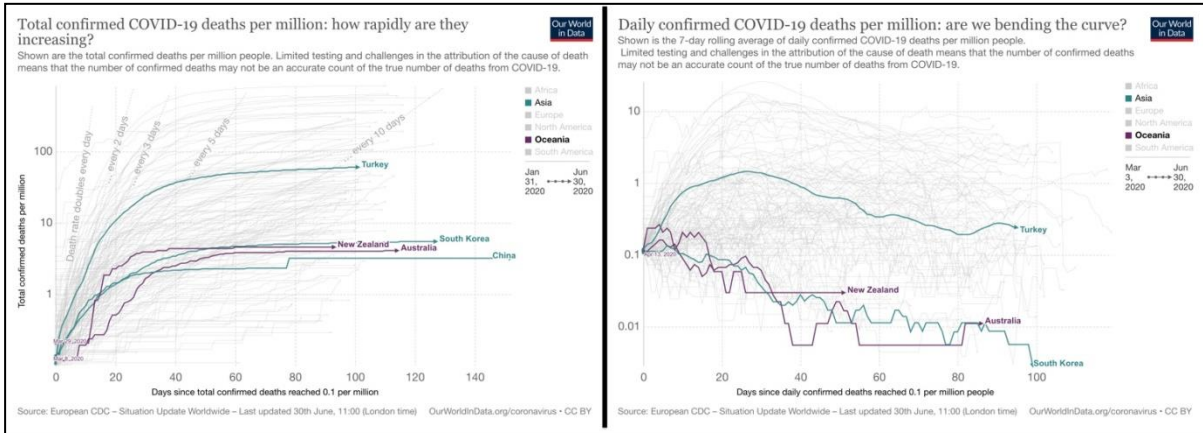
Avustralya, Çin, Güney Kore ve Yeni Zelanda gibi salgını baskılayan ülkeler ile Türkiye'nin verileri kıyaslandığında olgu fatalite hızının Çin dışındaki tüm ülkelere kıyasla Türkiye'de daha yüksek olduğu görülmektedir. Pandeminin çıkış yeri olarak Çin'de saptanan olguların fatalite hızının yüksek olması salgının ilk dönemlerinde yaşanan belirsizlik ve tedavisizlikten kaynaklandığı açıktır.

Salgını baskılama stratejisinin en büyük avantajı nüfusa oranlı hasta, günlük yeni hasta ve ölüm sayılarının az olmasını sağlamasıdır. Bu nedenle salgını baskılama stratejisi, birey ve toplum sağlığını en iyi koruyan uygulamadır. Zaten Türkiye'nin her üç ölçüt bakımından da bu ülkelerden daha kötü durumda olması; salgını yatıştırma stratejisinin yeteri düzeyde birey ve toplum sağlığını koruyamadığına işaret etmektedir (Şekil 10 ve Şekil 11).

Şekil 10: Nüfus Başına Toplam ve Yeni Hasta Oranı



Şekil 11: Nüfus Başına Toplam ve Yeni Ölüm Oranı



Sonuç

Mevcut veriler, Türkiye'nin, gerek bölge, gerek kimi Avrupa ülkeleri, gerekse de salgını baskılayan ülkelere kıyasla COVID-19 salgınının toplumdaki yaygınlığı açısından daha olumsuz bir durumda olduğuna işaret etmektedir.

Öte yandan hastalığa bağlı ölümler, özellikle 1 Haziran 2020 öncesi dönemde, Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, İran, İspanya ve İtalya'dan daha düşüktür. Kuşkusuz anılan ülkelere kıyasla ölümlerde gözlenen bu olumlu tablonun altında sağlık çalışanlarının özverili çabaları ve İran haricinde Türkiye'nin daha genç olan nüfus dinamiği yatmaktadır. Bununla birlikte 1 Haziran 2020 sonrası dönemde Türkiye'de gözlenen hastalık ve ölümlerin, Rusya dışında Almanya başta olmak üzere Avrupa ülkelerinin hemen hepsine kıyasla daha yüksek seyretmesi "kontrollü normalleşme" döneminde Türkiye'nin mevcut avantajını da yitirdiğini göstermektedir.

Son olarak Türkiye'deki toplam hasta yükü ve ölümlerin, salgının ilk döneminden bu yana Avustralya, Çin, Güney Kore ve Yeni Zelanda gibi salgının etkilerini hafifletmek yerine onu bastırmayı hedeflemiş ülkelere kıyasla daha kötü bir tabloda olduğu görülmektedir. Bu durum salgını baskılama dışındaki tüm stratejilerin daha fazla sayıda hastalık ve can kaybına yol açarak birey ve toplum sağlığını koruyamadığını göstermektedir.

Kaynaklar

- Endcoronavirus. (2020) SomeareWinning – Someare Not. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020, <https://www.endcoronavirus.org/countries>
- Oxford Martin School & University of Oxford. (2020) CoronavirusPandemic (COVID-19). Erişim Tarihi 30 Haziran 2020, <https://ourworldindata.org/coronavirus-data?country=~TUR>
- WHO (a). (2020) Coronavirusdisease (COVID-19) Situation Report – 162. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200630-covid-19-sitrep-162.pdf?sfvrsn=e00a5466_2
- WHO (b). (2020) WHO CoronavirusDisease (COVID-19) Dashboard. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020, <https://covid19.who.int/region/euro/country/de>
- Worldometer. (2020) COVID-19 CoronavirusPandemic. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

5. BÖLÜM: TÜRKİYE'DE PANDEMİ YÖNETİMİ

Pandemi Yönetiminin Örgüt Yapısı

Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Türkiye’de son haftalarda vaka artışıyla ilk dalganın kontrol altına alınamadığı SARS CoV-2 pandemisi 100 günü geride bırakmıştır. Bu süreç içerisinde pandemi yönetiminin yapısı ve işleyişinin İnfluenzaPandemisi’ne yönelik hazırlanan Hazırlık Planı çerçevesinin bu pandemiye uyarlanmış bir yazılı plan hazırlanarak yürütülmediği izlenmektedir. Bu yazıda pandemi yönetiminin DSÖ’nün belirttiği pandemiulusal stratejilerinin beş temel unsuru bağlamında ele alınması amaçlanmıştır.

SARS CoV-2 pandemisi dünyayı sarsarak sürüyor. On milyonu geçen doğrulanmış vaka sayısı ve beş yüz bini geçen ölüm sayısı altı aylık bir sürede yüzyılın ikinci pandemisi olarak tüm dünyaya yayılan virüs uzun süre hissedilecek etkiler bırakacak gibi görünüyor. “İnfluenza pandemisi”ne hazırlanan ve küresel grip pandemisini “sağlığı tehdit eden on neden” arasında tutan, pandemileri 21.yüzyılın en önemli sağlık tehdidi sayan dünya, farklı bir virüsle karşılaşarak “hazırlıksız” yakalandı. Oysa hem küresel düzeyde hem de ülke bazında infleuzapandemi hazırlık planları yapılmıştı. Ancak pandemi dünyanın çalışmadığı yerden geldi.

Virüsün adının konmasıyla pandeminin DSÖ tarafından 11 Mart’ta ilan edilmesi arasında geçen sürede virüs Çin dışında 113 ülkeye yayıldı (**Coronavirusedisease 2019 Situation Report – 51, 2020**). Aynı virüs ailesinden SARS ve MERS alginlarıyla yaşadıkları deneyim ve kısmi hazırlığı kullanabilen bazı ülkeler olsa da tüm nüfusun duyarlı olduğu bu yeni virüse karşı tüm ülkeler savunmasızdı ve hızlı olmak zorundaydılar.

Grip pandemisi hazırlık planları ile ülkelerin yanıt stratejilerini geliştirmelerinin amaçlandığı hazırlık süreçleri, ‘planlama ve koordinasyon’, ‘izleme ve değerlendirme’, ‘koruma ve önleme’, ‘sağlık sistemi yanıtı’ ve ‘iletişim’ başlıklarının ortaklaştığı ve farklı acil ihtiyaçlara adapte edilebileceği belirtilen özellikleriyle bu pandemide ne denli işe yaradı ayrı bir tartışma konusu olabilir (**WHO,2005; TTB 2020**). Bu açıdanülkelere yol göstermek ve kaynak oluşturmak amacıyla DSÖ’nün SARS CoV-2 pandemisine yönelik bir strateji do-

kümanını 3 Şubat 2020’de yayımladığını ve aralıklı olarak güncellediğini görüyoruz. COVID-19’a yönelik “Stratejik Hazırlık ve Yanıt Planı” adını taşıyan ve son olarak 14 Nisan 2020’de güncellenen bu dokümanda kısa bir sürede küresel pandemiye yol açan salgınla ilgili üç önemli saptamaya yer veriliyor(**WHO 2020**).

- **Pandeminin hızı ve ölçeği:** Virüsün dünyanın her köşesine hızla yayılması ve “patlayıcı” olarak nitelendirilebilecek yayılım kapasitesiyle “en dayanıklı” görülen sağlık sistemlerini bile bunaltması.
- **Pandeminin ciddiyeti:** Vakaların %20’sinin ağır seyredilmesi ve ölüm oranlarının yaşlılarda ve altta yatan tıbbi sorunları olan gruplarda artması.
- **Pandeminin sosyal ve ekonomik parçalanma etkisi:** Sağlık ve sosyal hizmetlerde yaşanan sıkıntılar ve “şoklar” ve bulaşıcılığın kontrol altına alınabilmesi için uygulanan tedbirlerin geniş ve derin sosyoekonomik sonuçları olması.

Bu saptamalar sonrasında dokümanda ulusal stratejilerin aşağıdaki unsurları içermesinin “zorunlu” olduğunu da belirtiliyor:

1. Pandemiye verilecek yanıtın ulusal düzeyde koordinasyonu
2. Toplumda etkilenen ve risk altındaki toplulukların katılımını ve harekete geçmesini sağlayarak virüsün yayılımını sınırlandırma
3. Sporadik vakaları kontrol altına alma ve virüsün bulaşıcılığını yavaşlatmak için halk sağlığı önlemlerinin uygulanması
4. COVID-19 ile ilişkili mortalitenin azaltılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve sağlık çalışanlarının korunması için sağlık sisteminin hazırlanması
5. Temel kamu fonksiyonlarının ve hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için “beklenmedik durum planlaması” yapılması.

Dolayısıyla bu çerçevede ele alındığında SARS CoV-2 pandemisine yönelik olarak pandemi yönetimi stratejisini ve örgüt yapısını sayılan bileşenler üzerinden değerlendirebiliriz.

Pandemiye verilecek yanıtın ulusal düzeyde koordinasyonu

Bu başlıkta SARS CoV-2 pandemisine uyarlanacak hazırlık planlarının başarılı olabilmesinin planlara tüm toplumun katılımına bağlı olduğu ve sivil toplumu ve sivil toplumun oluşturduğu örgütleri içermesi gerektiği (özellikle ulusal sivil toplum kuruluşları) ifade edilmektedir. Bu kapsamda da ülkenin halk sağlığı acil durumu yönetim yapısının ilgili bakanlıkların katılımıyla aktive edilmesi gerekmekte “kriz yönetimi” yapılarının devreye girmesi öngörülmektedir.

Türkiye’de pandemi yönetiminin bu çerçevede yapısı incelendiğinde aşağıdaki başlıklar dikkat çekmektedir.

- Türkiye 2019 Aralık ayında güncellenen infleuzapandemisi hazırlık planından yararlanarak SARS CoV-2 pandemisine yönelik bir hazırlık ve strateji planı oluşturmamıştır. Dolayısıyla pandemi yönetimine ilişkin bütünsel bir yazılı strateji ve hazırlık planı dokümanı yoktur. Ülkede ilk vakanın açıklandığı dönemin Mart ayının ilk yarısı olduğu düşünüldüğünde zaman sorunu olmadığı da görülmektedir. Ancak böyle bir yol tercih edilmemiştir.
- Türkiye’de infleuzapandemisi hazırlık planında pandeminin çok erken döneminde geçilmesi öngörülen “pandemi yönetimi” yapısının işletilip işletilmediği belirsizdir. İnfluenza Pandemi Hazırlık Planı’nda yer alan yapıların işleyişi hakkında de-

ğerlendirme yapmaya yetecek bilgi bulunmamaktadır. İnfluenza Hazırlık Planı'nda "DSÖ tarafından pandemide alarm evresi ilan edilmesini takiben Ulusal Koordinasyon Kurulu ve Bakanlık Operasyon Merkezi" nin aktifleştirilmesi öngörülmektedir(**SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019**).

- Ulusal Koordinasyon Kurulu'nun görevleri İnfluenza Hazırlık Planı'nda; "Bakanlık Operasyon Merkezi ile ilgili Bakan'lar ve Bakan Yardımcı'ları arasında bilgi akışının ve koordinasyonun sağlanması, pandemi ile ilgili gerekli olan uygulamaların ilgili Bakanlıklarca gerçekleştirilmesinin sağlanması ve koordine edilmesi, Bakanlık Operasyon Merkezi'nin görevlerinin yürütülmesinin koordine edilmesi, Bakanlık Operasyon Merkezi'nden gelen raporların değerlendirilmesi, ihtiyaç duyulan uygulamaların gerçekleşmesinin sağlanması, pandemi döneminde Bakanlık Operasyon Merkezi'nden gelen öneriler doğrultusunda hizmet detaylarının değerlendirilmesi, ertelenecek hizmetlerle ilgili iş ve işlemlere karar verilmesi ve uygulanmaya konulmasının sağlanması" biçiminde ifade edilmektedir.
- Bakanlık Operasyon Merkezi ise Plan'da 7/24 çalışan, "pandemi yönetiminde yer alan birimlere gerekli danışmanlık hizmetini" veren, "Ulusal Pandemi Danışma Kurulu'nun ve Ulusal Koordinasyon Kurulu'nun sekretaryasını" yürüten, ve Sağlık Bakanlığı ve gerektiğinde ilgili diğer Bakanlık birim temsilcilerinden ve görevlendirilen Ulusal Pandemi Danışma Kurulu üyelerinden oluşan bir merkezdir.
- Merkezde Ulusal Koordinasyon Kurulu taşrada ise Mart ayının sonunda İçişleri Bakanlığı talimatıyla toplanan İl Pandemi Kurullarının çalışmaları ve sürece katkıları ile ilgili bir değerlendirmeye esas olacak bilgi ya da belge bulunmamaktadır. HASUDER değerlendirmelerine göre "bu kurullarının yarısında hala halk sağlığı uzmanı görevlendirilmesinin gerçekleşmediği" belirtilmekte ve halk sağlığı uzmanı görevlendirilmesi gereken bu kurullarda "il verilerinin açıklıkla paylaşılmasını ve kanıta dayalı bir yönetim yürütülmesini" beklendiği ifade edilmektedir(**HASUDER, 2020; TTB 2020**).
- Pandemi yönetimi ile ilgili olarak bir başka konu da İl Pandemi Kurullarının mevzuattaki yeri ile ilgilidir. İl pandemi kurullarının aldığı kararların uygulamaya geçebilmesi için 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda tanımlanmış olan İl ve İlçe Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri kararına dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu durum gelecekte yaşanacak pandemiler açısından mevzuat düzenlemesini gerektiren bir yan oluşturmaktadır.
- Türkiye'deki pandemi yönetimi sürecinde Bilim Kurulu yapılanmasının önemli bir yeri olmuştur. Kamuoyuna "Bilim Kurulu" olarak ilan edilen ve 1 Haziran tarihine kadar hazırlanan rehberlerde bu şekilde geçen kurulun adı, bu tarihten sonraki dokümanlarda "Bilimsel Danışma Kurulu" biçiminde değiştirilmiştir. Kurul'un işleyişi ile ilgili yazılı bir resmi metin olmadığı anlaşılmaktadır. Kurul üyelerinin çeşitli medya mecraları aracılığıyla yaptıkları açıklamalar süreçte önemli yer tutmuş ve tutmaya devam etmektedir(**TTB, 2020**).
- SARS CoV-2 pandemisine yönelik hazırlık ve strateji planı yayımlanmadığından pandemi yönetim yapısı ve özellikleri anlaşılmamakla birlikte 2019 Aralık ayında güncellenen İnfluenza Hazırlık Planı'nda "Ulusal Pandemi Danışma Kurulu" adıyla yer alan bir uzmanlar kurulu yapısı olduğu görülmektedir. Bu Kurul'un üyelerinin esas olarak İnfluenza Pandemi Planı'nda yukarıda belirtilen Bakanlık Operasyon Merkezi'nde yer aldığı, Ulusal Pandemi Danışma Kurulu Temsilcisi olarak bir üyenin de Ulusal Koordinasyon Kurulu'nda yer almasının öngörüldüğü izlenmektedir. İnfluenza pandemisi için yapılan bu hazırlığın SARS CoV-2 pandemisinde ne ölçü-

de işletildiği belirsiz olmakla birlikte genel olarak sürecin farklı bir seyir izlediği söylenebilir(**SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019**).

- Bu Danışma Kurulu'nun işlevi Plan'da şöyle tanımlanmıştır:
 - Pandemiye yönelik bilimsel danışmanlık (vaka yönetim algoritmasının oluşturulması, güncellenmesi; pandemi ile ilgili araştırmaların planlanması; elde edilen verilerin analiz edilerek teknik destek verilmesi vb.)
 - Medya ve iletişim konusunda destek
 - Danışma kurulu üyelerinden seçilen sözcüler tarafından risk iletişimi birimi ile ortaklaşa halka yönelik bilgilendirme yapılması
- Görüldüğü gibi kurula özellikle risk iletişimde önemli bir işlev yüklenmiştir. Ayrıca İnfluenza Hazırlık Planı'nda kurulun işleyişine dair şu cümlelere yer verilmektedir: *“Bilimsel danışma kurulu, pandemi planında tanımlanmış ve pandemi sırasında iyi işlev görmüştür. Bu kurulun işleyişi ve kamuoyuna yönelik iletişim çalışmalarındaki rolü planda daha açık tarif edilmelidir (kurul sözcüsü, görevleri vb.)”* (**SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019**)
- Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) tarafından yayımlanan | COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği başlıklı raporda Anadolu ajansı haberine dayandırılarak verilen bilgiye göre Bilim Kurulu'nun 10 Ocak 2020'de 31 kişilik ve mikrobiyoloji, viroloji, göğüs has talıkları, acil tıp, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı akademisyenlerinden oluşan bir heyet olarak oluşturulduğu anlaşılmaktadır (**İşlek ve ark, 2020**).
- 2009 yılında yaşanan pandemide yaşanan deneyim sonrası, Sağlık Bakanlığı tarafından iyi işlev gördüğü belirtilen ve kurulun işleyişi ve kamuoyuna yönelik iletişim çalışmalarındaki rolünün planda daha açık tarif edilmesi, kurul sözcüsü ve kurulun görevleri gibi konuların açıklığa kavuşturulması gibi öneriler dile getirilmesine karşılık SARS CoV-2 pandemisinde Bilim Kurulu işleyişinde soru işaretleri giderilememiştir. Kurul'un sözcüsü yoktur, Kurul'un görevleri, toplantı usul ve esasları, işleyişi konusunda yapılan açıklamalar dışında bir bilgi yoktur. Kurul'un halk sağlığı alanında uzmanların katılımıyla genişletilmesi ile alt kurullar oluşturulduğu öğrenilmiştir. Kamuoyuna “ikinci bir bilim kurulu” olarak yansıyan bu katılımın Bilim Kurulu'nun geneli içerisindeki yeri ve işleyişi çok netleşmemiştir.
- Bilim Kurulu'ndaki bir diğer değişiklik ise sağlık Bakanlığı tarafından “sosyoloji, iletişim, psikoloji, din sosyolojisi, istatistik gibi alanlarda” çalışacağı açıklanan Toplum Bilimleri Kurulu kurulmasıdır (**Sağlık Bakanlığı web sayfası**) Başlangıçtaki ana Kurul'un genişleme ile ve Toplum Bilimleri Kurulu ile son olarak geldiği yapı, işleyiş vb konularda yeterli düzeyde bilgi bulunmamaktadır. Ancak 2009 pandemisinde yaşanan deneyim sonrası Kurul ile ilgili getirilen önerilerin hayata geçmediği görülmektedir.

Toplumda etkilenen ve risk altındaki toplulukların katılımını ve harekete geçmesini sağlayarak virüsün yayılımını sınırlandırma

Pandemi örgüt yapısı içerisinde toplum katılımı mekanizmalarının hayata geçebileceği bir yapının olmadığı söylenebilir. Bu kapsamda da pandemi yönetiminin bu katılım mekanizmaları olmaksızın ve de böyle bir ihtiyaç da hissedilmeksizin sürdürüldüğü izlenmiştir. Genel olarak Türkiye'deki sağlık hizmetleri içerisinde toplum katılımı mekanizmalarının yokluğu pandemi döneminde de örgütsel yapıda kendini göstermektedir.

Sporadik vakaları kontrol altına alma ve virüsün bulaşıcılığını yavaşlatmak için halk sağlığı önlemlerinin uygulanması

Pandemi örgüt yapısının özellikle sokağa çıkma kısıtlamalarıyla ilgili kararlardaki tartışmalar birçok soru işaretini beraberinde getirmiştir. 10 Nisan gecesi ilk sokağa çıkma kısıtlaması kararında yaşananlar bu kararların alınma mekanizmalarının sorgulanmasına neden olmuştur. Öte yandan bu dönemde sokağa çıkma yasağı olarak ilan edilen kısıtlamaların hukuki dayanakları da kamuoyunda tartışılmıştır. Yasal dayanağı İl İdaresi Kanunu ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na dayandırılrsa da hukukçular bu Kanunların anılan maddelerinde açık olarak bir sokağa çıkma yasağından bahsedilmediğini ve bu kısıtlamalar için Olağan Üstü hal ilanı gerekebileceğini bu sorununun “OHAL ilan edilmeden olağan hukuk düzeninde salgın hastalık halinde -sokağa çıkma yasağı dâhil- alınabilecek önlemlere ilişkin görev/yetki/sorumluluklar” belirlenerek aşılabileceği belirtmişlerdir (**Gazete Duvar**). Pandemi ile ilgili farklı başlıklarda mevzuat düzenlenmesi gereksinimi olduğu izlenmektedir.

COVID-19 ile ilişkili mortalitenin azaltılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve sağlık çalışanlarının korunması için sağlık sisteminin hazırlanması

Salgın Türkiye’de sağlık hizmetleri kapasitesini aşan bir seyir izlememiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 20 Mart 2020 tarihli yayımlanan bir resmi yazı ile “enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanı hekimlerden en az ikisinin bulunduğu 3. seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler” pandemi hastanesi olarak tanımlanmıştır. Bu tanım Sağlık Bakanlığı hastaneleri, devlet ve vakıf üniversitesi hastaneleri ile tüm özel sağlık kuruluşlarını kapsamıştır. Bu yazıda dikkat çeken noktalardan biri “Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Pandemi Eylem Planı’na göre hastanelerde “Pandemi Genel Koordinasyon Ekibi” oluşturulmasıdır (**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020**).

Birinci basamakta yürütülen salgın yönetimi çalışmalarında ise dikakti çeken aile hekimlerinin kendi listelerine kayıtlı kişilerin evde izolasyonlarını telefonla takip etmeleri temaslı takibi ve diğer izlemlerin ise İlçe sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezi’ndeki ekiplerle sürdürülmesidir.

Sağlık çalışanlarının korunması ile ilgili başlıkta ise en çok öne çıkan konu sürecin başında yaşanan kişisel koruyucu malzeme sıkıntısıdır. TTB tarafından mart ayında yapılan bir ankette katılan %76’sı hekim 1820 sağlık çalışanının %31’inin en az bir kronik hastalığı olduğu, %70’inin çalıştığı sağlık kurumunda birden fazla COVID-19 hastası olduğu, %6’sının bir sağlık kurumunda teyitli COVID-19 hastasıyla yüz yüze (1 metre mesafede) teması bulunduğu ve teyitli COVID-19 hastasına doğrudan bakım hizmeti verdiği, %48’inin çalıştığı kurumda COVID-19 için ayrı bir triaj mekânı sağlanmadığı, %44’ünün COVID-19 salgınında nasıl korunacağına dair çalıştığı kurum tarafından verilen bir eğitim almadığı, %53’üne COVID-19 salgınında iş organizasyonu ile ilgili yapılacak değişiklikler konusunda bilgi verilmediği, %50’sine COVID-19 ile ilgili birimine özel tanı, tedavi şemalarıyla ilgili rehber vb. eğitim materyali verilmediği belirlenmiştir. Koruyucu malzeme ile ilgili durum Tablo 1’deki gibidir. (**TTB Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Virüsüne Maruz Kalımına İlişkin Risk Değerlendirmesi**)

Tablo 1. TTB Risk Değerlendirmesi anketinde kişisel koruyucu donanıma erişim sorunları yaşayanların oranı

Kişisel Koruyucu Donanım	%
Eldiven	38
Önlük/forma	52
Tıbbi maske	60
Tek kullanımlık önlük/tulum	71
Siperlik ya da gözlük/koruyucu gözlük	74
N95 maske	78

Sağlık çalışanlarında COVID-19 enfeksiyon düzeyi ile ilgili Sağlık Bakanı'nın yaptığı açıklamalar dışında bir veri yoktur. Bu açıklamalar göre 1 Nisan'da 601 olan PCR pozitif sağlık çalışanı sayısı 29 Nisan'da 12 kat artarak 7428'e çıkmıştır. 29 Nisan'dan bu yana resmi açıklama yoktur. **(TTB Üçüncü ay değerlendirme, 2020)**

Temel kamu fonksiyonlarının ve hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için “beklenmedik durum planlaması” yapılması.

Bu başlığa ilişkin bir değerlendirme yapmaya elverecek bilgiye ulaşılamamıştır.

Türkiye’de pandemi yönetimine ilişkin önemli tartışmalardan biri 1 Haziran sonrasında gerçekleşen hızlı yeniden açılma sürecidir. 11 Mayıs tarihinde AVM’lerin açılmasıyla başlayan tartışmalar 1 Haziran sonrası yoğunlaşmıştır. Uzmanlık dernekleri “Haziran ortalarında ise basamaklandırılmış bir yeni normalleşme sürecinin başlatılabileceğini” öngörmekteyken 1 Haziran tarihinde hızlı bir yeniden açılma süreci yaşanmıştır. HASUDER bu durumu 14 Haziran tarihli açıklamasında aşağıdaki gibi ifade etmekte ve durumu “ince bir buz tabakası üzerinde kaba adımlarla yürüyoruz” biçiminde tanımlamaktadır: “11 Mart sonrasında hızla artan olgularımızın alınan önlemlerle Mayıs ayının son haftalarında üç basamaklı sayılara düşmesini ve sonrasında da bu düşüşün düzenli olarak devam etmesini bekliyorduk. Haziran ortalarında ise basamaklandırılmış bir yeni normalleşme sürecinin başlatılabileceğini düşünüyorduk. Oysa öyle olmadı, hızlı ve erken normalleşme adımları atıldı. Uzun süre binlerde seyreden aşağıya çekilemeyen olgu sayısı varken normalleşme ile ilgili ilk karar 11 Mayıs’ta AVM ve berber/kuaförlerin açılması ile başlatılarak, henüz bu etkisi izlenmeden peşpeşe yeni normale geçiş ve serbestleşmeler devreye sokuldu. Haziranın altısı itibari ile de bunu düzenli olgu ve yoğun bakımlara yatış artışı izledi. Bugün, 1562 olgu sayısı ile yeniden Nisan ortalarındaki sayılara dönmüş bulunmaktayız. Bu bir yeni dalga değildir ama içinde bulunduğumuz dalgada kontrolü kaybetmiş görünüyoruz.” **(HASUDER, 2020)**

Kaynaklar

- Coronavirusdisease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. Erişim Tarihi 25 Haziran 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- Gazete Duvar. Sokağa çıkma yasağı yasal mı? Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/04/13/sokaga-cikma-yasagi-yasal-mi/>



- HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİNİN (HASUDER) (2020) Yeni Koronavirüs (COVID-19) hastalığı süreci ile ilgili görüşleri-5. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-5/>.
- İşlek E, Özatkan Y, Bilir MK, Arı HO, Çelik H ve Yıldırım HH. (2020). COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri. TUSPE Rapor: 2020/2, TUSPE Yayınları, Ankara.
- Risk Değerlendirmesi. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=1af85302-6da7-11ea-a219-c213173be5c8)
- Sağlık Bakanlığı web sayfası. Bakan Koca, Toplum Bilimleri Kurulu Toplantısına Başkanlık Etti. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://www.saglik.gov.tr/TR.66044/bakan-koca-toplum-bilimleri-kurulu-toplantısına-baskanlik-etti.html>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). 20/03/2020 tarihli Pandemi Hastaneleri konulu yazı
- SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019) İnfluenza Pandemi Hazırlık Planı. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
- TTB (2020) COVID-19 pandemisi iki aylık değerlendirme raporu. . Erişim Tarihi 26 Haziran 2020 <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>)
- TTBSağlık Çalışanlarının COVID-19 Virüsüne Maruz Kalımına İlişkin
- TTB Üçüncü ay değerlendirmesi (2020). Türk Tabipleri Birliği Türkiye’de ilk hasta duyurusundan bugüne... Salgında Neredeyiz? (3. ay değerlendirmesi). Erişim Tarihi 2 Temmuz 2020 https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=31e5e190-ac8d-11ea-8f74-358911b765d4
- WHO (2005) Global influenza preparedness plan The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Erişim Tarihi 26 Haziran 2020, https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf
- WHO (2020). COVID-19 strategy update Erişim Tarihi 29 Haziran 2020 https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19&download=true:

Mevzuat Değişiklikleri

Av. Özgür Erbaş

Türk Tabipleri Birliği hukuk danışmanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 salgını döneminde, doğrudan sağlık hizmeti sunumuna, hizmeti sunanların özlük haklarına, hizmetten yararlananlara yönelik mevzuat derlemesi yapılmıştır. Diğer kurumların aldıkları idari kararlar bu bölüme alınmamış, kronoloji içinde ilgisine göre yer almıştır.

COVID-19 salgını kapsamında alınan kimi kararlar ve çıkarılan düzenleyici işlemler Resmi Gazete yayımlanırken kimi kurallar ve kararlar kurum ve kuruluşların sosyal medya hesapları üzerinden veya basın bültenleri yoluyla basın yayın kuruluşları aracılığıyla duyuruldu. Haftasonları ve resmi tatil günlerinde sokağa çıkma kısıtlaması uygulaması olup olmayacağı toplantı sonlarında yapılan basın açıklamaları ile duyuruldu. Son olarak İçişleri Bakanlığının haftasonu sokağa çıkma kısıtlaması uygulaması yapılacağına dair duyurusu ertesi gün Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın şahsi twitter hesabından yapılan ve "gönlüm razı olmadı" gerekçesiyle ve "iptal ettim" şeklindeki beyanla kaldırıldı. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın sağlık kurumlarında avuç içi ve parmak izi okutarak muayene olma işleminin, Koronavirüs riskine karşı 31 Mart 2020 tarihine kadar askıya alındığı duyurulmasına karşın yeni bir açıklama yapılmadı. Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı arasında yapılan yazışmalara karşın sağlık çalışanları yönünden COVID-19'un meslekten kaynaklı hastalık olarak tanınmasına dair düzenleme yapılmadı.

İkinci ay raporundaki yöntemle taranan ve derlenen mevzuat değişiklikleri şöyle:

14 Mayıs 2020 günlü ve 1077 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün COVID-19 Pandemisi Süresince Uluslararası Sağlık Turizmi Kapsamında Ülkemize Gelecek Hasta ve Hasta Yakınları Hakkındaki Tedbirler konulu yazısı yayımlandı. Ardından 20 Mayıs 2020 tarihinde COVID-19 "Pandemisi Süresince Uluslararası Sağlık Turizmi Hastalarının Ülkemize Giriş İzin İşlemleri" konulu Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş (USHAŞ) duyurusunda hasta ve yakınlarının USHAŞ Hasta Takip Sistemine kaydedileceği açıklandı ve uygulamaya dair bilgi verildi.

15 Mayıs 2020 günlü ve E.1097 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün "COVID-19 Pandemisi Süresince Uluslararası Sağlık Turizmi Kapsamında Ülkemize Gelecek Hasta ve Hasta Yakınları Hakkındaki Tedbirler" konulu yazı ile bir gün arayla aynı başlıktaki uygulamalar güncellendi. Aynı yazı 27 Mayıs 2020 günlü E.1147 sayılı yazı ile tekrar güncellendi ve 7 Haziran 2020 günlü değişiklikle de giriş yapılacak sınır kapıları belirlendi. 12 Haziran 2020 günlü değişiklikle de taburcu işlemleri ve bekleme sürelerine dair değişiklik yapıldı.

23 Mayıs 2020 günlü Resmi Gazetede yayımlanan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğde

değişiklik yapıldı. Teminat tutarlarını belirleyen Tarife'ye ek yapılarak “Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşların bağlı, ilgili veya ilişkili birimlerinde pandemi sebebiyle yapılan görevlendirmeler kapsamındaki tüm iş ve işlemler III. Risk Grubu kapsamında değerlendirilir” düzenlemesi yapıldı. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarının A.1. Sigortanın Konusu başlıklı bölümüne “Buna ek olarak, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve mesleklerini serbest olarak icra eden sigortalıların kendi görev yeri ve branşı dışında da olsa ilgili mevzuat çerçevesinde kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşların bağlı, ilgili veya ilişkili birimlerinde pandemi sebebiyle görevlendirilmeleri nedeniyle yürüttükleri faaliyetleri, ilave sözleşme düzenlenmeksizin veya prim tahsil edilmeksizin poliçenin kapsamına dahildir” düzenlemesi yapılarak belirsizlik giderildi.

29 Mayıs 2020 günlü Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan COVID-19 Kapsamında Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Normalleşme ve Alınacak Tedbirler konulu 2020/8 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile konulan tedbirler kaldırılmış, Sağlık Bakanlığı ve Milli İstihbarat Teşkilatı dışında kamu kurumu çalışanlardan 60 yaşının üzerinde olanlar ile Sağlık Bakanlığının belirlediği kronik hastalıkları olanların idari izinli sayılmasına, maske ve sosyal mesafe kuralına uyularak çalışma yapılmasına karar verildi.

1 Haziran 2020 günü Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu “COVID-19 Pandemi-sinde Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi” yayımladı. Rehberde önerilmemesine ve herhangi bir düzenleme yapılmamasına karşın kimi şehir hastanelerinde cumartesi dahil poliklinik yapılmasına ve hafta içi iki vardiya olarak poliklinik hizmeti verilmesine başlandı.

1 Haziran 2020 günlü Resmi Gazetede yayımlanan Cumhurbaşkanı Kararı ile sağlık çalışanlarının kamu sosyal tesislerinden (eğitim ve dinlenme tesisleri hariç) ve toplu ulaşımdan ücretsiz olarak yararlanmasına ilişkin süre 31 Ağustos 2020'ye kadar uzatıldı.

2 Haziran 2020 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün “COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar” konulu duyurusu yayımlanarak “Kamu çalışanlarından idari izne esas olmak üzere COVID-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklar; halen immünsüpressif tedavi alanlar, metastatik ve/veya kemoterapi/radyoterapi alan kanser hastaları, kornea nakli hariç solid organ nakli, kemik iliği/kök hücre nakli yapılan hastalar, kronik obstrüktif veya destrüktif akciğer hastalığı veya statuasastmatikus hikayesi olan hastalar, insüline bağlı diyabet ve komplike (serebrovasküler, koroner, böbrek, polinöropati) insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus hastaları, komplike hipertansiyon (serebrovasküler, böbrek, konjestif kalp yetmezliği), dekompanse kalp yetmezliği, akut koroner sendrom geçiren hastalar, kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalar, serebrovasküler hastalık (inme, kanama) geçiren hastalar” olarak belirlendi, durum belgelerinin e-nabız üzerinden alınabileceği duyuruldu. 5 Haziran 2020 tarihinde yazı güncellenerek ilk yazı yürürlükten kaldırıldı.

2 Haziran 2020 günü Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığının yazısında "Kovid-19 salgınının ülkemizde yayılımının en aza indirilmesi amacıyla kamu kurum ve kuruluşlarında (Milli İstihbarat Teşkilatı Başkanlığı hariç) istihdam şekline bakılmaksızın görev yapan hamile personelin, gebeliğinin 24. haftasından 32. haftasına kadar olan süre içerisinde idari izinli sayılması Sayın Cumhurbaşkanımızca uygun görülmüştür” denildi.

2 Haziran 2020 günlü Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün “COVID-19 Normalleşme Süreci ve Alınacak Tedbirler” konulu ve Sağlık Bakanı imzasıyla yayımlanan yazısıyla

sağlık çalışanlarının idari izinleri düzenlendi. Kronik hastalığı olanlardan sadece kanser hastaları ile organ nakli olanların durumları birim amirlerince değerlendirilerek idari izinli sayılacağı, hamile personelin Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı yazısı kapsamında idari izinli olacağı ve sayılanlar dışındaki hiçbir çalışanın idari izinli sayılmayacağı belirlendi. Esnek çalışmaya son verildi ve personel hareketlerine dair önceki yazının emeklilik ve izinler dışındaki hükümlerinin uygulanmasına devam edileceği belirtildi.

7 Haziran 2020 günlü ve E.1200 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün “COVID-19 Normalleşme Süreci ve Alınacak Tedbirler” konulu yazıyla, salgın sürecinde hasta ziyaretleri, elektif işlemlerin ertelenmesi, poliklinik ve sağlık raporları, sağlık kurulu raporları ile sağlık çalışanlarının ayrılışları hakkında yapılan düzenlemeler güncellendi. Personel ayrılışlarını yasaklayan yazı yürürlükten kaldırıldı.

7 Haziran 2020 günlü E.458 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün “Sağlık Tesisleri Denetimleri” konulu yazı ile 19 Mart 2020 günlü yazı ile ertelenen rutin denetimlerin 1 Temmuz 2020 itibariyle başlamasına karar verildiği duyuruldu.

11 Haziran 2020 günlü Resmi Gazetede yayımlanan Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğine “Olağanüstü durumlarda eğitim ve öğretime ara verme, sınıf geçme ve öğrenci başarısının değerlendirilmesi” başlıklı madde eklendi. İlçe, il veya ülke genelinde genel hayatı etkileyen salgın hastalık, doğal afet, elverişsiz hava koşulları gibi nedenlerle Bakanlıkça veya il/ilçe hıfzıssıhha kurulunun kararına istinaden mahalli mülkî idare amirince özel eğitim kurumlarının tamamında ya da bir kısmında eğitim ve öğretime ara verilebileceği, ara verilmesi durumunda eğitim, değerlendirme ve sınıf geçme uygulaması düzenlendi.

Toplum Bilimleri Kurulu: Sahici Bir Beyin Fırtınası için Olanaklar ve Olasılıklar

Doç. Dr. Yücel Demirer

Kocaeli Dayanışma Akademisi
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Sağlık Bakanı, 07.04.2020 tarihinde özellikle psikolog, sosyolog, din psikolojisi, din sosyolojisi, istatistik gibi alanlarda yetkin kişilerden oluşacak bir 'Toplum Bilimleri Kurulu' (TBK) oluşturduklarını açıklamış, 8 Haziran 2020'de ilk kez yapılan TBK toplantısında da "Tecrübelerimize göre salgınla mücadele, bir sosyal psikoloji yönetimi konusu. Dini hassasiyetlerden kültürel hassasiyetlere kadar her hassasiyet kuracağımız denklemde yerini bulmalıdır." diye ifade etmiştir.

TBK'da dini ve kültürel hassasiyetler yanında, sınıf, yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, cinsel yönelim farklılığı ve her türden tercih ve farklılıktan doğabilecek durum ve sorunların, incelenmesi bir zorunluluktur. Bu bağlamda ilk toplantıda temsil olunan disiplinler alanların genişletilmesinin yanı sıra çerçevenin başta eğitim, sosyal güvenlik, engellilerin karşılaştığı spesifik sorunlar, insan hakları, hukuk ve adalete erişim olmak üzere geliştirilmesini bekliyoruz.

İçinden geçtiğimiz özel koşullarda 'derin belirsizlik' ve 'bilgi eksikliği' halinin başlı başına bir veri olarak değerlendirilmesi ve bu gerçeklik doğrultusunda bilimsel bir pozisyon alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Gündemdeki sorunlarda olduğu kadar henüz gündeme gelmemiş konularda da TBK'nun takipçisi olacağımızı ve kamuoyunu bu Kurulun faaliyetlerine ilişkin öneri ve raporlarımızla bilgilendireceğimizi belirtmek isteriz.

Halen görevde olan Bilim Danışma Kurulu'nun başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere sağlık alanının kitlesel aktörlerini dışarda bırakan yapısı, bir kısım Bilim Danışma Kurulu üyesinin iktidar yanlısı medyanın sağladığı mecralarda ürettiği, bürokratik merkezi kollayan yanlı ve hedefe yönelik yaklaşımı ışığında üretilen algı operasyonlarını dikkate alarak, TBK'nu izlemek, kararlarını eleştirel değerlendirmelere tabi tutmak ve gerektiğinde geliştirmek üzere çalışmalar yapmak niyetindeyiz.

COVID-19 ile mücadele sürecinde Sağlık Bakanlığı'nca temsil edilen 'devlet aklı', "bilim" ve "bilimsellik" kavramlarına başından bu yana sıkça başvurmuştur. Alınan kararların uzmanlardan oluşan bir heyetin birikimine ve 'heyet'in güncel gelişmelere göre ürettiği görüşlere dayandığı izleniminin yaratılması ve korunmasına özel bir önem verilmiştir. Bu tercih doğrultusunda Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın düzenli olarak yaptığı açıklamaların hemen hepsinde, sağlıkçılardan oluşturulmuş Bilim Danışma Kurulu'nun önerilerine değinilmiş, siyasi iradenin konuya ilişkin kararlarının meşruiyeti sıklıkla bu Kurul üzerinden temellendirilmiştir. Bilim Danışma Kurulu'nun hem profesyonel uzmanlık ve hem de konuya bakış açısı bağlamında türdeş olmayan üye yapısı ve faaliyet içeriği mevcuttur.

Bu durum uzunca bir süredir sosyal ve siyasal yaşama egemen olan otoriter tek seslilik ortamında, siyasi iktidar ve ona bağlı bürokratik aygıt gereksinim duyduğu meşruiyet zeminini sağlama yolunda katkı sunarken, böyle bir mekanizmanın varlığı kamuoyunda olumlu karşılanmış, sürecin yönetimine ilişkin iyimserliği artırmıştır.

Bu türden bir arka plan önünde ve pandemiye ilişkin küresel düzeyde belirsizlik ortamı zirve noktasındayken Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 07.04.2020 Salı akşamı Bilim Danışma Kurulu toplantısı ardından gerçekleştirdiği basın toplantısında, korona pandemisi ile ilgili bir 'Toplum Bilimleri Kurulu' (TBK) oluşturduklarını açıklamıştır. Her basın toplantısında yaptığı gibi izolasyonun önemini hatırlatıp, Türkiye'nin tedbir almada erken davrandığını vurguladıktan sonra, birtakım yenilikleri haber vereceğini ifade eden Koca, hastalığın yayılımının takibinde bir mobil uygulamanın hayata geçirileceği ve ortaya çıkan farklı ihtiyaçlardan dolayı toplumbilimcilerden oluşan bir danışma organının kuruluşunu kamuoyuna şu sözlerle bildirmiştir:

*"Kurul, süreçle ilgili öngörü çalışmaları yapacak, toplumsal öneriler getirecek, toplum olarak, aile olarak, birey olarak nelerden kaçınmak gerektiğinin ötesinde bize hayatı kolaylaştıracak tekliflerde de bulunacak."*¹ Devamında bir ilk olacağını belirttiği kurulun içeriğine ilişkin *"Toplum Bilimleri Kurulu özellikle psikolog, sosyolog, din psikolojisi, din sosyolojisi, istatistik gibi alanlarda yetkin kişilerden oluşacak. Biri daha çok sağlık bilim kurulu gibi burası daha çok toplumu ilgilendiren bir komisyon olacak"* açıklamasını yapmıştır.²

Kuruluşunun açıklanmasından uzun bir süre sonra 8 Haziran 2020'de ilk kez yapılan TBK toplantısında Bakan Koca, salgında kontrollü sosyal hayat adını verdikleri ikinci aşamaya geçildiğini açıklamış, salgınla mücadelenin büyük oranda toplum bilimleri verileri ve yaklaşımlarıyla gerçekleştirilecek bir mücadele olduğunu belirttikten sonra şunları söylemiştir:

"Yakın günlerde, bir hasta ziyareti sebebiyle 190 kişiye virüs bulaşması örneğinde gördüğümüz gibi, kültürel davranış kalıplarının sistematik öngörülmesi, tedbir önerilmesi önemlidir. Gözle görülür nitelikteki bu örneğin, göze çarpmayan muadillerinin olduğu da ma-lumunuzdur. Tecrübelerimize göre salgınla mücadele, bir sosyal psikoloji yönetimi konusu. Dini hassasiyetlerden kültürel hassasiyetlere kadar her hassasiyet kuracağımız denk-lemde yerini bulmalıdır. Bildiğiniz gibi bugün korkunun yaptırım gücü azalmakta, hatta birkaç hafta önceki endişe artık devalüe edilmektedir." Bu basın toplantısında yapmış olduğu *"Pozitif bilimlerin sınırlayıcı yapısının ötesinde, yaratıcı dinamikleri hesaba katan toplum bilimleri mensuplarını salt bir bilim kurulu olarak değil, bir beyin fırtınası grubu olarak da görme eğilimindeyiz. Bilgiye ihtiyacımız olduğu kadar, fikre ve sezgiye de ihtiyacımız var."*³ vurgusunun altı özellikle çizilmelidir.

Danışma kurulları, alanında bilgi ve deneyimi ile öne çıkmış uzmanlardan oluşturulmuş, belli bir amaca yönelik faaliyetler sırasında yetkili karar organına bilgi sağlamak ve politi-

¹Anadolu Ajansı web sayfası (7 Nisan 2020) Erişim Tarihi 28 Haziran 2020, <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-bakani-koca-son-24-saatte-vefat-savjisi-76-oldu/1796039#>

²HABERTÜRK web sayfası (7 Nisan 2020) Erişim Tarihi 28 Haziran 2020, <https://www.haberturk.com/toplum-bilimleri-kurulu-nedir-bakan-koca-toplum-bilimleri-kurulu-nu-duyurdu-2638900>

³Anadolu Ajansı web sayfası (8 Haziran 2020) Erişim Tarihi 28 Haziran 2020, <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/toplum-bilimleri-kurulu-ilk-toplantisini-gerceklestirdi/1869756>

ka üretimine entelektüel destek olmak amacıyla kurulmuş mekanizmalardır. Bilimsel kurullar bilgi ve deneyimin özgürce dolaşımında olduğu demokratik ortamlar olarak planlanıp, belirli sorunlar çerçevesinde ortaya çıkmış veya çıkması muhtemel sorunlara çare bulmak üzere faaliyet gösterir. COVID-19 pandemisi örneğinde olduğu gibi, bir sorunun ve çoklu etkilerinin öngörülmesi ve bunlara çözüm üretilmesi konusunda faaliyet gösteren danışma kurulları, alanlarında uzman isimleri olduğu gibi sözkonusu durumdan etkilenen grup temsilcilerini de içerebilir. Danışma kurulları bilgi sunup görüş verdiği gibi, uygulanan plan ve projelerin hazırlanması ve bu doğrultuda test edilmesinde de sorumluluk üstlenir. Bir danışma kurulunun başarısı net bir faaliyet alanı tanımının olmasına, bu tanım üzerinden net bir işlev ve işleyiş planlaması yapılmasına ve faal olacağı dönemin saptanmış olmasına bağlıdır.

Faaliyetinin başlangıç aşamasından itibaren kurulun optimum bir büyüklüğe sahip olması yanında, durum ve ortama göre işleyişine engel olacak faktörlerin karar verici organ tarafından önceden bertaraf edilmesi beklenir. Danışma organlarının başarısız olma nedenleri arasında; a) kuruldaki temsiliyetin tek boyutlu olması ve farklı seslere kapalı olması, b) karar vericiler ile danışma kurulu arasındaki bağın ve etki gücünün zayıf olması, c) bürokratik bir dilin egemenliğinde düşünen aklın ikinci plana düşmesi ve kurulun süreç içinde yönünü kaybetmesi, d) şeffaf olmayan bir işleyiş ortamında kurulun saygınlığını ve etkisini yitirmesi, e) kurulun çözüm getirmesi beklenen sorunlara ilişkin sonuç getiren somut öneriler üretememesi, f) kurulun odaklanacağı noktayı zamanlama ve konu olarak iyi belirlememesi nedeniyle pek çok konu arasında dağılması ve bilgi bombardımanı altında yetkinlikten uzaklaşması, g) kurul toplantılarının iyi yönetilememesi, h) gündemin ihtiyaçlardan çok politik iradenin yönlendirmesi veya duygusal nedenlerle gerekli olmayan konulara odaklanması, ı) zamanın verimli kullanılamaması, i) toplantı yöneticisinin ya da birkaç üyenin toplantıları domine etmesiyle veriminin düşmesi sayılabilir (Henderson 2004, Hicks ve diğerleri 2011, Saidel 1998).

TBK işleyişi önünde yukarıda sıralanan teknik engeller yanında, Türkiye'nin toplumsal yapısında son yıllarda gözlenen ve siyasal irade tarafından tırmandırılmasında fayda görülen ayrışma ve gruplaştırma ile toplum bilimlerindeki ölçme ve değerlendirme süreçlerinin özgünlüğünden kaynaklanan gri alan genişliği ve öznel tercihlere açık yapısı da akılda tutulmak durumundadır.

Verili toplumsal ayrışma düzeyi tüm yakıcılığı ile etkilerini hissettirmekteyken ve bu türden bir kurulun toplumun tüm kesimlerinin ihtiyaçlarına cevap vermek ve hiçbir hassasiyeti ilgi kapsamı dışında bırakmamak zorunda olması yakıcı bir gerçek olarak ortada duruyorken, Bakan Koca'nın yukarıda alıntılanan demeçlerinde değindiği toplumsal bilim dalları sayısının sınırlılığı, toplumsal ayrımlara açık olmayan dili ve "kurulacak çözüm denklemlerinde yerini bulacak hassasiyetler" in verili darlığına işaret etmeyi çok önemsiyoruz.

Dini ve kültürel hassasiyetler yanında, sınıf, yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, cinsel yönelim farklılığı ve her türden tercih ve farklılıktan doğabilecek durum ve sorunların, toplumsal bilimlerin giderek daha sık gelişen ve değişen alt dallarıyla ve daha da önemlisi disiplinler arası yaklaşımın verimliliği dikkate alınarak incelenmesi bir zorunluluktur. Bakan Koca'nın demeçlerinde değindiği toplumsal bilim dalları sayısının sınırlılığının ve söz

ettiği hassasiyet alanlarının darlığının basına verilen sözlü bir demecin doğasından kaynaklandığını ümit ediyor ve çerçevenin başta eğitim, sosyal güvenlik, engellilerin karşılaştığı spesifik sorunlar, insan hakları, hukuk ve adalete erişim olmak üzere geliştirilmesini bekliyoruz. Üzerine pek az bilgi sahibi olduğumuz ve acilen yanıt bekleyen toplumsal sorunların çözülmesi yolunda, ilk iki toplantıda görüşü alınan bilimcilerin temsil ettiği disiplinler alanın genişletilmesinde de fayda görmekte ve bu doğrultuda adımlar atılmasını beklemekteyiz.

COVID-19 pandemisi küresel düzlemde yaşamı altüst edip, işinde gücünde gündelik hayatını sürdüren yurttaştan, alanlarının önde gelen parlak zihinlerine kadar herkesi hazırlıksız yakalamıştır. Pandemi öncesinde başta ekonomik eşitsizlik, adaletsizlik ve güvence-sizlik faktörlerince belirlenen toplumsal koşullar altında yaşanan gerçekliğimiz, pandemi-nin ağır getirileri ile kitleler için daha da dayanılmaz bir hal almıştır. COVID-19 virüsüne ilişkin yalnızca farmakolojik ve önleyici imkanların değil, bu devasa felaketin toplumsal etki ve sonuçlarına ilişkin çok sınırlı bir bilme hali ile ülkemiz ve dünya düzleminde karşı karşıyayız. Hal böyleyken, insanı yalnızca yoğun bakım odalarında, hastane koridorlarında, eczane önlerinde değil, marketlerde, toplu ulaşım araçlarında, sınav salonlarında, oturma odalarında ve uykularında da zorlayan ve aciz duruma düşüren bir pandemi ortamında, disiplinler duvarlarımız ne kadar sağlam, akademik unvanlarımız ne kadar güven verici olabilir? Olağanüstü bir durum ve ortamda olağan zamanların toplum bilimsel uygulamaları ve ritüelleri geçerli olabilir mi?

İçinden geçtiğimiz özel koşullarda ‘derin belirsizlik’ ve ‘bilgi eksikliği’ halinin başlı başına bir veri olarak değerlendirilmesi ve bu gerçeklik doğrultusunda bilimsel bir pozisyon alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Hiç şüphesiz bir yandan insanın varoluşundan bu yana ürettiği ve günümüze kadar ulaşan bilgi ve birikimi en verimli biçimlerde krizin her boyutunun yönetiminde kullanıp, yönetici aklın somut sorularına yanıt aranırken, bunların ötesine yönelik bir hazırlık gerekliliği de gün gibi ortadadır. Güncel ihtiyaçlara yönelik bilimsel emek üretimi yanında, toplumsal bilimlerin işlevli olabileceği en önemli konu COVID-19 pandemi sürecini belirleyen sistem ve dinamiklere kulak kabartan bir yaklaşım olabilir. Yapılması gereken bir yandan COVID-19 eksenli sorunlara ilişkin, aslında hiç de öyle olmadığı halde, istikrarlı, düzenli ve doğrusal süreçler olduğunu var saymak ve bunları çözmek için bildik yol ve yöntemleri takip ederken, diğer yandan bahsi geçen süreçlerde toplumsal yaşamı etkileyen muazzam derecede yüksek sayıdaki girdiye ve bunlar arasındaki etkileşimi anlamaya yönelik modeller üretilmesidir.

Özellikle tek başına belirleyici olamayan ve fakat diğerleriyle birlikte etkili olan düzenleyici süreçler üzerinde düşünülmesi büyük önem arz etmektedir. COVID-19 pandemisi sürecinde gözlediğimiz kolektif ve bireysel davranışların ortaya çıkış mekanizmaları, küçük bir girdinin normal koşullarda olmadığı kadar nasıl etkili olabildiği ve benzeri nice konunun anlaşılıp bunlara müdahale edilebilmesi ancak tarihsel sürekliliklere, dönemsel kopuşlara, rastlantısallıklara, kurallara, toplumsal yasalara, anarşizan itirazlara, kırılmalara, travmanın kolektif sonuçlarına ve bilinmeyen sürprizli gücüne aynı anda kulak veren bir bakışla mümkün olabilecektir. Eldeki verinin çok az olduğu yakıcı bir bilinmezlik ortamında mutlak bilgiye sahip, yöneticinin sorusuna yanıt veren, işaret ettiği soruna çare arayan, yön veren uzman tipi yerine, benzeri olmayan bir deneyim ortasında sadece kendisinin

değil, karar verme pozisyonunda olanın da vahim derecede az bildiğini hesaba katan, bu veri ışığında olağan dönemlerin sakin sularında üretilen akademik retoriğe şüphe ile yaklaşmasını bilen, enerjik ve hatta tedirgin bir toplumsal bilimler diline ihtiyaç olduğu kanısını taşımaktayız. YÖK hiyerarşisi içinde, ‘eleştirel aklın’ içinde rahat ettiği ortamlar olmaktan çoktan çıkmış üniversiter düzenimizde ve neo-liberal politikaların egemenliği altındaki bir düzlemde, akademisyen ve aktivist arasındaki ayrımın olabildiğince ortadan kalkmış olduğu bir düzlemde faaliyet gösterme tercihini anlamlı bulmaktayız. Bilgi ve yön veren otoritenin yerini toplumun sesine kulak veren, dinleyen, durmaksızın soran ve doğrunun tekeline sahip olduğunu düşünmeyen bir sosyal bilimci tipinin alma zamanının geldiğini düşünmekteyiz.

Sağlık hizmetleri ve toplum bilimleri arasındaki ilişki son yıllarda hızla gelişmekte, yeni aktörler bu kesişim noktasında giderek daha fazla etkin olmaktadır. Sağlıklı ve iyi hissetme halinin tıp bilimini aşan yönleri giderek belirginleşmektedir. Öte yandan yeni pedagojik yaklaşımların sağlık profesyonellerinin eğitiminde kullanılma tercihi, nitelikli sağlık profesyoneli ve kendi sağlığını geliştirmede bilinçli birey yetiştirme niyeti, halen kullanımda olan ve yararı bilinen terapi uygulamalarının farklı ülke ve ortamlarda da kullanımının sağlanmak istenmesi, sağlığa ilişkin bilginin demokratikleşmesi ve kitleselleşmesi çabası, sağlık hizmeti verilen ortamların kalitesinin artırılmak ve sağlık çalışanlarına sunulan kaynakların geliştirilmek istenmesi toplumsal ve beşeri bilimlerin sağlık alanındaki görünürlüğü artırılmıştır (Crawford ve diğerleri 2015: 2). Ülkemiz toplumsal ve siyasal tarihinin çözümlenmeden günümüze taşıdığı ve her durumda varlığını hissettiren tansiyon odakları yukarıda bahsi geçen bağın önemini daha da artırmaktadır. Toplumsal tarihimizin özgüllükleri güncel yüzleriyle COVID-19 bağlamında sıkça su yüzüne çıkabilmekte ve özellikle pandemi etkisi altındaki etnik, dinsel, cinsel azınlık grubu üyeleri ile engellilerin ve düşük gelir grubu üyelerinin katmerli mağduriyetine neden olabilmektedir.

Bahsi geçen koşul ve kolektif miras çerçevesinde, TBK’nun Bakan Koca’nın ifade ettiği gibi bir beyin fırtınası grubu olması, COVID-19 pandemisine yalnızca ekonomik kriz ortamında değil, toplumsal ayrışma ve gerilimler içerisinde yakalanmış olan bir ülkenin yurttaşları olarak hepimiz için gereklidir. Kurul üyesi Prof. Dr. Veysel Bozkurt’un izleyen sözlerini değerli buluyoruz. Gündemdeki sorunlarda olduğu kadar henüz gündeme gelmemiş konularda da TBK’nun takipçisi olacağımızı ve kamuoyunu bu kurulun faaliyetlerine ilişkin öneri ve raporlarımızla bilgilendireceğimizi belirtmek isteriz:

“Bu hepimizin ortak derdi ve bu konuda ortak akla ihtiyacımız var. Kovid-19’un bir ekonomisi yok, sosyolojisine dair birtakım veriler yok. Yeni bir konu. Herkes geçmişten gelen birikimleriyle bu yeni verileri yorumlamaya çalışıyor. Kuruldakilerin hepsi alanında yetkin kişiler. Sosyal bilimler alanında kimin katkısı olacaksa kurul hepsine açık. Amacımız sorunlara bir an önce çözüm üreterek bu sürece katkı sağlamak.”⁴

Halen görevde olan Bilim Danışma Kurulu’nun başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere sağlık alanının kitlesel aktörlerini dışarda bırakan yapısı, bir kısım Bilim Danışma Kurulu üyesinin iktidar yanlısı medyanın sağladığı mecralarda ürettiği, bürokratik merkezi kolla-

⁴Aydınlık Gazetesi web sayfası (10 Haziran 2020) Erişim Tarihi 28 Haziran 2020, <https://www.aydinlik.com.tr/toplum-bilimleri-kurulu-toplandi-ilk-qundem-aliskanliklarimiz-209913#1>

yan yanlı ve hedefe yönelik yaklaşımı ışığında üretilen algı operasyonlarını dikkate alarak, TBK'nu izlemek, kararlarını eleştirel değerlendirmelere tabi tutmak ve gerektiğinde geliştirmek üzere çalışmalar yapmak niyetindeyiz. TBK'nun yapısı ve işlevine ilişkin belirsizlikler ve bilgi eksikliği nedeniyle görece genel bir çerçeve içinde ifade ettiğimiz görüşlerimizi, izleyen raporlarda somut başlıklar halinde değerlendirmeyi arzu ediyoruz ve pandemiye ilişkin toplum bilimleri ışığında bilgi üretim sürecinde yer almayı ve öneriler geliştirmeyi planlıyoruz.

Pandemi günlerinde işçi hakları, eğitim düzeni ve sınavlar, COVID-19 bağlamı verinin saklanması uygulamaları ve muhtemel sonuçları, yanlı ve tabi medyanın algı yönetimi ve sonuçları, pandemi sürecinin aşırı merkezîyetçi yönetimi ve sonuçları, önlem amaçlı maske ve benzeri malzemenin materyal kültürel boyutu, pandemi sürecinde üretilen simgesel dil ve kampanyalar, pandemi eksenli ulusal ve uluslararası halkla ilişkiler faaliyetleri ile pandemi tarihi ve edebiyatından öğrenebileceklerimiz mevcuttur. Amacımız ne yazık ki başlangıcında olduğumuz pandemiler çağında bilgi ve deneyim biriktirmeye yönelik ve teknolojik gelişmeleri sonuna kadar kullanan arşivler kurmak ve yeni disiplinler ayrımının çağırıcısı olmak, eskiyen süreç ve aktörlere işaret edip, yenilerine davetiye çıkarmaktır. Güncel sorunlar üzerinde düşünmek yanında, sesi duyulmayanın sesini tartışma düzlemine taşıyacak dijital medya kullanımı, performans arşivi oluşturma, pandemi müze ve arşivi üzerinde düşünme, sözlü tarih, müzik ve film üretimini desteklemeyi de ilgi alanımız içinde saymaktayız. Amacımız TBK'nun karar ve açıklamalarını izlemek, bunların sosyal bilimlerin dünya düzleminde geldiği noktaya layık bir biçimde geliştirilmesi çabasına katkı sunmaktır. Pandeminin ve buna bitişik karar ve uygulamaların hızı doğrultusunda, izleme ve değerlendirme yanında, eksik bırakılan ve fakat yapılması durumunda sürece katkısı olacağını düşündüğünüz önerilere ses vermek ve bilginin demokratikleştirilmesi sürecinde aktif olarak yer almak temel önceliklerimiz arasındadır.

Kaynaklar

- Crawford P., Brown B., Baker C., Tischler V., Abrams B. (2015) Health Humanities. London: Palgrave Macmillan.
- Henderson, J.K. (2004). A Survey of Advisory Board ABCs: Advice, Balance, and Charge. Journalism & Mass Communication Educator, 59(1): 60-76.
- Hicks, L., Hancher-Rauch, J. VanSickle & A. Satterblom (2011) Creating a Program Advisory Board, Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 82(3): 46-52.
- Saidel, J.R. (1998). Expanding the Governance Construct: Functions and Contributions of Non-profit Advisory Groups. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 27(4): 421-436.

Türkiye’de Maske İle İlgili Düzenlemeler ve Uygulama

Prof. Dr. Özlem Kurt Azap

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Pandemi sürecinde maske kullanımına ilişkin sürekli değişen uygulamalarla karşılaşıldı. Ayrıca maske temininde güçlükler yaşandı. Başlangıçta ücretsiz verilmesi planlanan maskelerin vatandaşlara ulaşması ile ilgili sıkıntılar yaşandı. Ardından ücretli olarak satılmasına karar verildi. Bu arada maske stokları konusunda sıkıntı olmadığı, salgın boyunca yetecek kadar maske olduğu hatta bazı ülkelere maske yardımıyla bulunduğu açıklandı. Neredeyse tüm ülkede maske kullanımının zorunlu hale gelmesiyle ve maskelerin ücretli olarak satılmasıyla birlikte maske konusu halen güncelliğini korumaktadır.

COVID-19 hastalığından korunmada maske önemli bir yer tutmaktadır. Maskelerin türlerine ve kullanım şekillerine ilişkin olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün Türk Tabipleri Birliği tarafından Türkçe’ye çevrilmiş olan dökümanında ayrıntılı bilgiler mevcuttur (<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>). Bu yazıda, maskelere ilişkin özet bilgi paylaşıldıktan sonra Türkiye’de yaşanan süreç özetlenmeye çalışılacaktır.

Maskeleri kullanım amaçlarına göre üç gruba ayırmak mümkündür: Tıbbi maskeler, filtreli solunum aygıtları, bez maskeler.

Tıbbi maskeler, basit maske veya cerrahi maske olarak da isimlendirilmektedir. Düz ya da katmanlı ameliyat ya da işlem maskesidir. Bu maskeler, bağcıklarıyla kulakların, başın ya da her ikisinin birden arka tarafından bağlanır. Bu maskelerin performans özellikleri standartlaştırılmış bir dizi test yöntemine göre test edilir (ASTM F2100, EN 14683 ya da bunlarla eşdeğer). Burada amaçlanan yüksek filtre kapasitesiyle soluk alınabilmesi ve tercihen sıvı nüfuz direncini birbiriyle dengelemesidir.

Yüze takılan filtreli solunum aygıtları (FFR-Filtering Facepiece Respirator), respiratör veya solunum aygıtı olarak da isimlendirilmektedir. Bunlarda da benzer biçimde filtreleme ile soluk alabilme arasında bir denge kurulması öngörülür. Ancak, tıbbi maskeler 3 mikrometre damlacık filtrasyonu sağlarken solunum aygıtlarında katı parçacıklar için filtreleme standardı 0,075 mikrometredir. Avrupa’da kullanılan FFR’ler FFP2, FFP3 (FFP-Filtering Facepiece) olarak, ABD’de kullanılan FFR’ler N95 olarak isimlendirilmektedir. Avrupa’daki FFR’ler, EN 149, FFP2 standardı performansına göre katı NaCl parçacıklarının ve yağ damlacıklarının en az %94’ünü filtrelerken ABD’deki US N95 FFR’ler NIOSH 42 CFR Part 84 standardına göre NaCl parçacıklarının %95’ini filtrelemektedir. Sertifikalı FFR’lerin aynı zamanda azami rezistans durumlarında bile engelsiz soluk alıp verme sağlaması gerekir. Bir başka önemli fark da filtrasyonun nasıl test edildiğidir: Tıbbi maskelerde filtrasyon testi maskelerin belirli bir kesitine uygulanırken FFR’lerde filtrasyon tüm yüzeyi kapsayacak şekilde test edilir. Dolayısıyla filtre materyallerinin katmanlı oluşu ve FFR biçimi, uçlarının kullanıcının yüzüne yapışık olması, açık ve sızıntı yapabilen tıbbi maskelere göre daha garantili filtrasyon sağlamaktadır.

Bez maskeler, dünya ölçeğinde maske sıkıntısı çekildiği bir dönemde halkın kendi kumaş maskelerini yapmaya özendirilmesi gerekebilmektedir. Bez maskeler, kurallara uygun kullanılması durumunda yeniden kullanılması maliyetleri, israfı ve çevre kirliliğini azaltıp sürdürülebilirliğe de katkıda bulunacaktır. Pek çok ülkede genel olarak halkın kumaş maske/yüz örtüsü kullanması tavsiye edilmiştir. Bugün, sağlıklı insanların toplu ortamlarda yaygın biçimde maske kullanmasının gerekliliği nitelikli ve doğrudan bilimsel kanıtlarla henüz desteklenmemektedir. Bununla birlikte pre-septomatik ve asemptomatik dönemdeki bulaşmayı değerlendiren mevcut çalışmaları, maskelerin çeşitli ülkelerde genel olarak halk tarafından kullanılmasına ilişkin gözlemsel kanıtları, kişisel değerleri ve tercihleri, ayrıca fiziksel mesafe kuralının gözetilmesinin pek çok koşulda güç olmasını dikkate alan DSÖ, rehberini güncellemiş, hükümetlere halkı özel durumlarda ve ortamlarda maske kullanmaya teşvik etmesini tavsiye etmiştir. Toplumda yaygın maske kullanımının amacı enfeksiyonu olan maske kullanıcısının virüsü başkalarına bulaştırmasının önlenmesi (kaynakta kontrol) ve/veya sağlıklı maske kullanıcısının enfeksiyona karşı korunmasını (önleme) sağlamaktır (<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>).

Halk tarafından bez maske yapılmasına ilişkin öneriler Türk Tabipleri Birliği'nin web sayfasında mevcuttur

Sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu malzeme teminine ilişkin olarak pandeminin başından itibaren sıkıntılar yaşanmıştır. Tıbbi maskelerin ve N95/FFP2 türü respiratörlerin gerek sayısı gerekse nitelikleri açısından yaşanan sıkıntılara dikkat çekmek üzere TTB tarafından tarihinde basın açıklaması yapılmıştır. Bu açıklamada, DSÖ'nün ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) bu konuda önerdiği minimum standartlara, 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı'na ve Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) Yönetmeliği'ne (RG: 1 Mayıs 2019 tarih ve 30761 sayı) uygun kişisel koruyucu donanım temini gerektiği belirtilmiştir (https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=bd368242-7405-11ea-b329-aa051764b049)

Sağlık Bakanlığı'nın web sayfasında maske kullanımına ilişkin broşür bulunmaktadır (https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/Brosur/COVID-19-TIBBI_MASKE_KULLANIMI_29X20_2_KIRIMLI_BROSUR.pdf) (https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=0e248ed2-78da-11ea-a12d-7aee3f6e69c5). Maske kullanımına ilişkin önerileri içeren bu broşür dışında afişlerle ve videolarla da halk, maske kullanımı konusunda bilgilendirilmiştir. Ancak pandemiden başından itibaren maske teminine ilişkin sıkıntı yaşanmıştır. Bu konuya ilişkin yaşananlar kronolojik olarak aşağıda sıralanmıştır:

11 Mart 2020 Pandemi öncesi tanesi 40 kuruştan 50 adetlik kutusu 20 liraya satılan maskelerin fiyatı 500 liraya kadar yükseldi. Ticaret Bakanlığı maske ihracatını ön izne bağladı.

3 Nisan 2020 Cumhurbaşkanı, 3 Nisan'da yaptığı "Ulusa Sesleniş" konuşmasında "Yarıdan (4 Nisan 2020) itibaren pazar yerleri ve marketler gibi insanların toplu şekilde bulunduğu tüm alanlarda herkesin maske takması zorunlu olacaktır" dedi.

4 Nisan 2020 Market, pazar yerleri ve toplu ulaşım araçları gibi insanların kalabalık olarak bulunduğu yerlerde maske kullanımı zorunlu hale getirildi. İstanbul, Ankara ve İzmir büyükşehir belediyeleri, maskesi olmayan kişilerin toplu taşıma araçlarına alınmaması, araçlarda ücretsiz maske dağıtılacağını duyurdu.

5 Nisan 2020 Ücretsiz maske dağıtımı yapılacağı açıklandı. Buna göre 20 ile 65 yaş arasındaki vatandaşların TC kimlik numaralarıyla PTT'nin e-ticaret platformu ePttAVM.com üzerinden her hafta ücretsiz olarak 5 adet cerrahi maske temin edebilecekleri duyuruldu. Bu dağıtımın ePttAVM üzerinden yapılacağı açıklanınca internet sitesi çöktü.

Cumhurbaşkanı, maske satışının yasaklandığını duyurduğu “Ulusa sesleniş” konuşmasında “Kesinlikle parayla maske satışı yasaktır. Marketlerde verilen maskeler de ücretsizdir. Salgın bitene kadar vatandaşlarımızın tamamına yetecek maske stokumuz ve üretim planlamamız vardır. Devlet olarak tüm vatandaşlarımıza ücretsiz şekilde maske ulaştırmakta kararlıyız” dedi. Bu açıklamanın ardından Türk Eczacıları Birliği, eczanelere, ikinci bir açıklamaya kadar maske satışı yapmamaları çağrısında bulundu.

6 Nisan 2020 Tüm sağlık kuruluşlarına girişlerde vatandaşların tıbbi maske takmaları zorunlu hale getirildi. Sağlık kuruluşları içinde herkesin maske ile çalışması zorunlu hale getirildi. Maskelerin e -devlet ve ptt üzerinden yapılan başvurularla evlere istenebileceği ya da telefona gelen mesajı herhangi bir eczaneye vererek 5 adet ücretsiz maske alınabileceği açıklandı.

Önce PTT kargo aracılığıyla yapılması planlanan ücretsiz maske dağıtımının, daha sonrasında eczaneler aracılığıyla yapılmasına karar verildi.

7 Nisan 2020 Sağlık Bakanı, “Eczanelerde maske satışı parayla, Cumhurbaşkanımızın net ifadesiyle, asla sözkonusu olmayacak. Bedava vermek istiyorlarsa verebilirler ama satış sözkonusu değil. Vatandaşımıza ücretsiz maske dağıtımı konusunda da yoğun bir gayret içerisindeyiz” dedi.

8 Nisan 2020 Türk Eczacıları Birliği, uygulamayı desteklediklerini ancak maske dağıtım yöntemine dair endişe duyduklarını belirterek “Eczacılarımız, halka maske teminini sağlamak adına fahiş fiyatlardan maske temin etmek zorunda kalmışlardır. Bu nedenle, maske bedelini devletin sübvanses etmesi son derece olumlu ve doğru bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, gerek sağlık çalışanlarının gerek vatandaşımızın maskeye ücretsiz ve kolay bir biçimde ulaşmasını sağlayacaktır. Ancak maskenin halka ulaştırılması ile ilgili net bir yöntemin belirlenmesinin ve bu yöntemin sürdürülebilir olmasının da hayati derecede önemli olduğu unutulmamalıdır.” şeklinde açıklama yaptı.

9 Nisan 2020 Maske dağıtımında yeni bir aşamaya geçildi. Sağlık Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği, maskelerin eczanelerde dağıtılması konusunda anlaşta. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın temin edeceği maskeler ecza depolarına ulaştırılacak ve buradan eczanelere dağıtılacaktı. Vatandaşların bu maskeleri bakanlığın telefonlarına göndereceği kısa mesaj kodunu göstererek alabilecekleri açıklandı.

10 Nisan 2020 Sağlık Bakanı, e-Devlet üzerinden 3,5 milyon maske dağıtıldığını bildirdi.

13 Nisan 2020 Cumhurbaşkanı 32 milyon kişiye maske kodu gönderildiğini bildirdi. Ankara İl Umumi Hıfzıssıhha Kurulu'nca, toplu taşıma araçları ile içerisinde birden fazla kişi bulunan özel araçlarda maske kullanılmasının zorunlu tutulmasına, maske kullanmayanların toplu taşıma araçlarına alınmamasına ve maskesiz olduğu tespit edilen sürücü ve yolculara ayrı ayrı ceza uygulanmasına karar verildi.

14 Nisan 2020 Sağlık Bakanı, maske temini için 20 milyon kod gönderildiğini bildirdi.

İstanbul Eczacı Odası Başkanı, maske temini için sokağa çıkmak zorunda olan insanların bir seferde sadece beş tane maske alabildiklerini ve bir hafta-10 gün sonra tekrar dışarı çıkmak zorunda kaldıklarını ifade ederek maskelerin sembolik fiyattan satılmasını önerdi.

16 Nisan 2020 Sağlık Bakanı, 39 milyon kişiye maske kodu gönderilerek toplam 195 milyon maske dağıtıldığını bildirdi. Dağıtımda 50 ile 65 yaş arasındakilere öncelik verildiğini belirtti.

17 Nisan 2020 Sosyal medya üzerinden kendilerine maske kodu gelmediğini ve bu yüzden dışarı çıkamadıklarını ifade eden vatandaşlar için Sağlık Bakanı “Kendilerine mesaj gelmeyen kişiler için veya telefonu olmayan, kaydı olmayan kişiler için de eczaneye müracaat ettiğinde kimlik doğrulaması sonrası yeniden bir kod verilme durumunu da sağladık” dedi. Bu açıklamadan sonra eczanelere giden vatandaşların birçoğu yine maske temin edemedi.

21 Nisan 2020 İstanbul Eczacı Odası Başkanı İstanbul’da yaklaşık 13 milyon maske dağıttıklarını ancak 10 gündür mesailerinin tümünü maske dağıtımına ayırdıklarını, bunun sürdürülebilir olmadığını söyledi.

Bu dönemde vatandaşların maskelerle ilgili olarak karşılaştığı üç önemli sorun: İlki maske kodunun gelmemesi, ve kod gelmediği durumda TC kimlik numarası ile yapılan başvuruların sonuçsuz kalması. İkincisi her ecanede maske bulunmaması, üçüncüsü maskelerin belli bir standardının olmaması olarak sıralanabilir..

26 Nisan 2020 Maskelerin satılabilmesi gündeme geldi

28 Nisan 2020 Türk Eczacıları Birliği Başkanı ücretsiz maske dağıtımını desteklediklerini ancak bunun yanında sabit bir fiyat karşılığında maske satılmasına izin verilmesini istediklerini belirtti. PTT'nin resmi sitesi olan epttavm.com veya e-devlet üzerinden yapılan maske başvuruları sonrasında, vatandaşların maskelere uzun süre ulaşamaması sıkıntılara yol açtı. Kamu çalışanları ve SGK'luların eczaneden maske alamayacakları, maskelerini eczaneler yerine çalıştıkları kurum ve kuruluşlardan alabilecekleri belirtildi. Bu kararlar eczanelerin iş yükünün azaltılması amaçlandı.

Türk Eczacılar Birliği Başkanı, maske alımıyla ilgili 55 milyona yakın mesajın iletildiğini ve 40 milyonunu vatandaşların aldığını belirtti. TEB Başkanı ayrıca Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü zaman üretilen maskelerin ihraç edildiğini dolayısıyla meselenin hazırsızlık meselesi olduğunu belirtti.

Türkiye’nin diğer ülkelere 1 milyona yakın maske yardımı yaptığı haberleri basında yer aldı.

4 Mayıs 2020 Ticaret Bakanlığı’ndan yapılan açıklamada, “Cumhurbaşkanımız tarafından salgınla mücadelede normalleşme takviminin açıklandığı, 4 Mayıs 2020 tarihli kabine toplantısı sonrası alınan kararlar çerçevesinde cerrahi maskelerin perakende satış noktalarında satışı mümkün hale gelmiştir. Bu çerçevede marketler, eczaneler, tıbbi cihaz satışı yapan medikal firmalar ve elektronik ticaret platformu üzerinden cerrahi maskelerin satışı yapılabilecektir. Hedefimiz en yaygın ağ ile vatandaşlarımızın en hızlı ve kolay bir şekilde cerrahi maskeleri temin etmesini sağlamaktır. 8 Mayıs’ta önce İstanbul’da, ardından büyükşehirlerden başlayarak diğer illerdeki marketlerde de tıbbi maske satışı yapılabilecektir” ifadeleri yer aldı.

8 Mayıs 2020 Daha önce satışı yasaklanan maskeler satışa sunuldu. Bu kapsamda, ilk etapta, salgının en yoğun görüldüğü İstanbul’da, ardından büyükşehirlerden başlamak

üzere hızlı bir şekilde diğer illerdeki marketlerde de tıbbi maskelerin satışına başlanacağı açıklandı.

Tıbbi maskelerin, adedi KDV dahil en fazla 1 Türk Lirası olacak şekilde satışa sunulacağı, bu fiyatın üzerindeki satışların "fahiş fiyat" olarak değerlendirileceği belirtildi.

20 Mayıs 2020 "Kontrollü sosyal hayat" sürecinde pazar yerleri, marketler, AVM'ler, toplu ulaşım araçları, taksiler, kuaförler ve berberlerde zorunlu olan maske kullanımı, bazı illerde hıfzıssıhha kurulları tarafından sokağa çıkıldığında da mecburi tutuldu. Maske kullanımının her yerde zorunlu olduğu 25 il; Aydın, Balıkesir, Denizli, Eskişehir, Kahramanmaraş, Kocaeli, Konya, Muğla, Sakarya ve Şanlıurfa'nın yanı sıra Adıyaman, Afyonkarahisar, Amasya, Bolu, Bartın, Burdur, Düzce, Isparta, Gümüşhane, Karabük, Kastamonu, Kırklareli, Rize, Siirt ve Uşak olarak açıklandı.

Maskesiz sokağa çıkmanın yasaklandığı 25 ilin yanısıra İzmir, Gaziantep, Giresun, Karaman, Kayseri, Ordu, Trabzon, Tunceli, Van, Kırıkkale ve Manisa'nın merkez ve bazı ilçelerindeki bir kısım cadde ve sokaklarda, ayrıca Bitlis'in Tatvan ilçesi ile Çanakkale'nin Bozcaada ve Gökçeada ilçelerinde maske kullanımı zorunlu hale getirildi.

Maske kullanımı konusunda uyarıları dikkate almayanlara para cezası kesileceği açıklandı.

17 Haziran 2020 Ankara, Bursa ve İstanbul'da açık alanlarda maske takmanın artık zorunlu hale getirildiğini bildirdi.

22 Haziran 2020 Türkiye'de İçişleri Bakanlığı'nın 81 il valisine gönderdiği maske takma zorunluluğu talimatı yürürlüğe girdi. Buna göre maske takma zorunluluğuna uymayanlara 900 lira para cezası kesileceği açıklandı. Türkiye'de 48 ilde hayatın tüm alanlarında, 33 ilde ise alışveriş merkezi, market, restoran, kafe ve kuaför gibi insanların toplu halde bulunduğu iş yerlerinde maske takılması zorunluluğu getirildi.

Kaynaklar

- Sağlık Bakanlığı web sayfası. Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/Brosur/COVID-19-TIBBI_MASKE_KULLANIMI_29X20_2_KIRIMLI_BROSUR.pdf
- Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası (10 Haziran 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/WHO-maske.pdf>
- Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası (1 Nisan 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=bd368242-7405-11ea-b329-aa051764b049
- Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası (7 Nisan 2020), Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=0e248ed2-78da-11ea-a12d-7aee3f6e69c5

Pandemi Sürecinde Kişisel Sağlık Verilerinin Kullanımı ve Etkileri

Av. Özgür Erbaş

Türk Tabipleri Birliği hukuk danışmanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Kişilerin sağlıklarıyla ilgili bilgilerinin hekimler ve diğer sağlık çalışanları eliyle merkezi bir sistemde, gerekli önlemler alınmadan, kimlik ve diğer bilgilerle eşleştirmeye olanak sağlayarak toplanmasına Türk Tabipleri Birliği hekimlerin sır saklama yükümlülüğü ile hastaların mahremiyet hakkını aynı anda savunarak karşı çıkmaktadır. Türkiye'nin tarafı olduğu sözleşmeler, Anayasa, iç hukuk düzenlemelerinin yanı sıra yazılım geliştiren mühendislerin etik çalışmalarını da izleyerek "tasarım marifetiyle mahremiyet" ilkesini de dayanakları arasına almaktadır. Türk Tabipleri Birliği Kişisel Sağlık Verileri Çalışma Grubu tarafından hazırlanan raporda, salgın sürecinde kullanıma sunulan uygulamalara dair ayrıntılı değerlendirme yapılmıştır. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulunun Mahremiyet Hakkının Korunmasına İlişkin Bildirgesi ve Salgınlarla Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşünde de hekimin sorumluluğu ile hastanın mahremiyet hakkı bir arada ele alınmıştır.

Avrupa Konseyinin, üye ülkelere yönelik COVID-19 Sağlık Krizi Çerçevesinde Demokrasi, Hukukun Üstünlüğü ve İnsan Haklarına Saygı, başlıklı tavsiye metninde¹ mahremiyetin korunmasına yönelik öneriler şöyledir: "Modern teknolojilerin müdahaleci potansiyeli, özel hayata saygı ihtiyacına karşı kontrolsüz ve denetimsiz de bırakılmamalıdır. Veri koruma ilkeleri ve Avrupa Konseyinin 108 sayılı sözleşmesi (ve Sözleşme 108+ olarak adlandırılan modern versiyonu) yüksek koruma standartları ile halk sağlığı da dâhil olmak üzere kamu yararının dengelenmesine her zaman olanak sağlamıştır. Sözleşme, sınırlı bir süre boyunca, verilerin yasal ve sorumlu bir şekilde toplanması, analiz edilmesi, saklanması ve paylaşılması için uygun güvencelerle (ör. Anonimleştirme) ve etkili bir gözetim çerçevesiyle olağan veri koruma kurallarının istisnalarına izin vermektedir. Kişisel verilerin yapay zekâ yoluyla geniş kapsamlı olarak işlenmesine, yalnızca potansiyel halk sağlığı yararının alternatif, daha az müdahaleci çözümlerin önüne geçtiğinin bilimsel kanıtlarla güçlü bir şekilde ortaya konması durumunda başvurulmalıdır".

Avrupa Parlamentosu İnsan Hakları Alt Komitesinin takip uygulamalarına ilişkin webinarına² katılan Kore Üniversitesi öğretim üyesi ve Birleşmiş Milletler Teknoloji ve İnsan Hakları Özel Raportörü Prof. Dr. SohChangrok, hükümetlerin karar verme yetkilerinin otomatik sistemlere devri anlamına gelen uygulamaların sakıncalı olduğunu, sağlık için yapılacak uygulamanın tasarımının hangi bilgiye gerçekten ihtiyaç duyulduğunun belirlenerek yapılması gerektiğini, tüm ülkeler için benzer modeller ve araçlar kullanmanın uygulamadan beklenen faydayı sağlayamayacağı, ülkenin kendine özgü, kullanıcı alışkanlıklarını göz önüne alarak tasarım yapılmasının önemine değindi. Kişilerin konum bilgilerinin sü-

¹<https://rm.coe.int/ak-genel-sekreteri-covid-19-uye-devletlere-vonelik-set/16809e33b4>

²https://multimedia.europarl.europa.eu/en/droi-committee-meeting_20200605-0900-COMMITTEE-DROI_vd

rekli toplanmasının uzun vadede mahremiyetin çok yönlü ihlali potansiyelini taşıdığını ve bu nedenle kişilerin uygulamaları kullanmaktan sakınmasının amaçlanan ortak yarara engel olacağını belirtti. Avrupa Konseyi Bilgi Toplumu Direktörü Jan Kleijssen uygulamalara ilişkin temel ölçütlerin, belirli amaca uygunluk, tasarım mimarisinin mahremiyeti esas alacak şekilde yapılması, verilerin uluslararası kullanım ölçütlerinin önceden belirlenmesi, maliyet, yazılım, sözleşme içeriği ve çalışma biçimi dahil şeffaflığın sağlanması, uygulamanın belirli bir alet ve erişim yolu dayatmaması ve kamu hizmetinin gereklerinin kayıt sistemleri üzerinden kişilere delege edilmemesi, uygulamanın bizzat bir hizmet gibi algılanmamasının sağlanması olarak sıraladı. Avrupa Veri Koruma Kurulunun Takip Uygulamalarında Konum Bilgisinin Kullanılmasına Dair Rehberinde³ kişilerin mahremiyeti, uzun vadede damgalanmaya yol açma riskinin en aza indirilmesi, aslen gerekli olmayan verinin istenmesi nedeniyle kullanıcıların güven duymadıkları sistemleri kullanmaktan kaçınmalarına neden olunacağına dair uyarılar yer almıştır.

Avrupa Konseyi 108 sayılı Sözleşme Komitesi Başkanı Alessandra Pierucci ile Avrupa Konseyi Veri Koruma Komisyonu üyesi Jean-Philippe Walter'ın takip uygulamaları hakkında ortak açıklamasında⁴ uygulamaların halk sağlığının korunması, salgın kriziyle mücadele amaçları dışında kullanıldığına ilişkin yaygın endişelerin varlığı vurgulanarak uygulamalara dair ölçüler şöyle sıralandı: Uygulamanın etkinliğinin ve gerçek bir çözüm sağlayıp sağlamadığının değerlendirilmesi, fayda risk dengesinin sağlanması, kullanıcıların yaşları, eğitimleri, araçlara sahip olup olmadıkları, bunları kullanma becerileri gözetilerek model seçimi yapılması, ülkedeki epidemiyoloji stratejisiyle uyumlu, sağlık sistemini destekleyici uygulamaların oluşturulması, kullanıcıların güvenebileceği ve isteğe bağlı kayıt öngören yapı kurulması, tasarım marifetiyle mahremiyeti temin eden uygulamaların tercih edilmesi, amacın belirginleştirilmesi, sağlık verisinin özel niteliğine uygun nitelikli ve mümkün olan en az veriyi toplayacak biçimde sınırlandırma yapılması, verinin otomatik yolla işlenmesinden kaynaklı oluşan kararların kişilerin damgalanmasını önleyici yapıda olması, kimlik bilgilerinin anonimleştirilmesi, güvenliğin sağlanması, tasarım mimarisinin mahremiyeti önceleme, sınır aşan veri paylaşımının kurallarının belirlenmesi, kaynak kodlar dahil olmak üzere kullanıcının denetimini sağlayacak yönde uygulama seçilmesi, şeffaflığın çok yönlü temini, belirli süre öngörülmesi, özerk kurullar tarafından mahremiyetin ve veri korumanın sağlanmasına elverişli olup olmadığının denetlenmesi.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün 18 Kasım 2019'da çıktığı Veri Aktarım Modeline Göre Sağlık Verisi Süreklilik ve Anlık Veri Sorgulama Sistemi Hizmet Alımı ihalesi 11 Mart 2020 tarihinde ilana ek yapılarak güncellenmiştir⁵. Her iki ilan da içeriğine ulaşılabilir. İhale sonucu ve sözleşme içeriği de bilinmemektedir.

Türkiye'de takip uygulamalarının kullanıcıların mahremiyetini koruma öncelikli bir tasarıma sahip olup olmadığı, kullanıcıların genel dijital okuryazarlık ve becerilerinin göz önüne alınıp alınmadığı, maliyeti, Sağlık Bakanlığı ile hizmet sunan arasındaki sözleşmenin unsurları, toplanan verinin işleme yöntemi, verilerin merkezi bir sistemde tutulup tutulmadığı, diğer bilgilerle eşleştirmenin nasıl yapıldığı, konum, adres, kimlik bilgisinin birlikte işlenmesinin amaca uygun olup olmadığı, aile üyelerinin de takibine olanak sağ-

³https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_20200420_contact_tracing_covid_with_annex_en.pdf

⁴<https://rm.coe.int/covid19-joint-statement-28-april/16809e3fd7>

⁵<https://sbsqm.saglik.gov.tr/TR.58610/veri-aktarim-modeline-gore-saglik-verisi-sureklilik-ve-anlik-veri-sorgulama-sistemi-hizmet-alimi.html>



lanmasının gerekçesi, kimi hizmetlere erişmede ön koşul haline getirilmesinin salgınla mücadelede elverişli yöntem olup olmadığı, kullanıcı sözleşmelerinin iradeyi yansıtırma niteliğinin olup olmadığı, uzun vadede toplanan verilerin silinmesine dair garantinin nasıl sağlandığı, özerk bir kurul tarafından etkinlik ve amaca uygunluk açısından denetime tabi olup olmadığı açıklanmamıştır.

Salgın Kontrolü, Sürveyans ve Filyasyon Uygulamaları

Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Türkiye pandemisinin etkilerini yaşamaya devam etmektedir. İlk dalgayı sönmümlendirememiş ve son haftalarda vaka artışı ile karşı karşıya kalmıştır. Toplumsal bulaşıcılığın kontrol altına alınmadığını düşündüren bu durum gelecek aylar için endişe oluşturmaktadır. Kapanma sürecinde izlenen yol ve yaşanan hızlı yeniden açılma salgının kontrol altına alınmaması riskiyle sonuçlanmıştır. İlk dalganın kontrol altına alınmaması sonucunu doğuran bu durumdan çıkış için etkin salgın kontrol önlemleri, etkin sürveyans ve temaslı izlemleri sürdürülmelidir. Sürveyans, temaslı izlemi ve filyasyon çalışmalarının etkinliği değerlendirmeye yetecek bir veri ya da çalışma yoktur. Sağlık sisteminin hazırlık durumu ve sürveyans sistemi içerisindeki özellikle birinci basamağın yeri ve işlevi tartışılmalıdır.

Salgınlar etkileri ve sonuçları bakımından önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Pandemiye dönüşen salgınlar tüm dünyayı etkilemekte ve çok sayıda bireyin hastalanmasına ve ölümüne neden olmaktadır. Gerek salgınlar gerekse de pandemiler özel yönetim ve müdahale çalışmaları ve sistemi gerektirir. Bu süreçte salgının sönmümlendirilmesi için bulaşıcı hastalıklarla ilgili birçok koruma ve müdahale yöntemleri kullanılır. Salgın kontrolünde yapılan çalışmalar etkenin özelliğine göre bazı farklılıklar göstermekle birlikte temelde aynıdır.

Sürveyans “Hastalıklardan korunma ve kontrol için verilerin düzenli (zamanında, tam ve doğru olarak) rutin ve sürekli olarak toplanması, elde edilen bilgilerin ilgili birimlerle, bilim ortamı ve kamuyla paylaşılması-dağıtılması işlemlerinin tamamı” biçiminde tanımlanmaktadır (**HASUDER, 2020**). Dilimizde “sürveyan” sözcüğünün “gözetmen, gözetici” anlamında kullanılmakta olduğu göz önüne alındığında sürveyans sürecinin de hastalıkların gözetim süreci olduğu düşünülebilir (**TDK web sayfası**).

DSÖ, COVID-19 için sürveyansın amacını aşağıdaki başlıklarda sıralamaktadır (**WHO 2020**):

- Hızlı tespit, izolasyon, test yapabilme veşüpheli vakaların yönetimi
- Temaslıları belirleme ve izleme
- Kontrol önlemlerinin uygulanmasına rehberlik etme
- İncinebilir gruplar arasındaki salgınları tespit etme
- Pandeminin sağlık hizmetleri ve toplum üzerindeki etkisini değerlendirme
- Uzun vadeli epidemiyolojik eğilimleri ve COVID-19 virüsünün evrimini izleme

- COVID-19 virüsünün influenza ve diğer solunum yolu virüsleri ile birlikte dolaşımını anlama.

Bu amaçlara ilişkin genel önerilerinde çoğu ülkenin COVID-19 sürveyansını güçlendirebilmek için sürveyans sistemlerini özellikle hızlı vaka tespiti anlamında güçlendirmek zorunda olacağı, varolan sürveyans sistemlerinin bu yeni salgına adapte edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu amaçla bazı dijital teknolojilerin yararlı olabileceği, genel olarak sürveyansın hiç vaka görülmeyen yerlerde de mutlaka sürdürülmesi ve uzun dönemli olması gerektiği vurgulanmaktadır. Amacına ve yerine göre sürveyans farklı düzeylerde yürütülebilmektedir (**WHO 2020**).

Sürveyans başlığında Türkiye'ye ilişkin yapılan değerlendirmeler pandemi ile ilgili verilerin (hasta, temaslı, test vb.) DSÖ rehberleri doğrultusunda toplanması, işlenmesi ve paylaşılması gerekirken Türkiye'de verilerin toplandığı ancak paylaşımın mevcut durumu tanımlayacak yeterlilikte olmadığı ve ikincil analiz için uygun paylaşımlar yapılmadığı yönündedir. (**HASUDER, 2020b**).

Sürveyansla ilgili bu konu Türkiye'de pandemi yönetiminde salgın boyunca izlenen veri ve ölçütlerle ilgili süreç anlamında dikkat çekmektedir. Salgının başından itibaren epidemiyolojik veri ve ölçütler konusunda herhangi bir değerlendirme raporu yayımlanmamış, 2 Temmuz tarihine kadar (ki yayımlanan veriler de oldukça sınırlıdır) ve bu konudaki veriler kamuoyu ile paylaşılmamıştır. Bu başlıkta salgının seyrini değerlendirebilmek için gerekli verilerden bazıları aşağıdaki başlıklarda sırlanmaktadır: (**HASUDER, 2020b**):

- **Epidemiyolojik ölçütler**

- Yaş ve cinsiyete göre olgu ve ölüm dağılımı
- Yerleşim yerine göre (il, ilçe, köy, mahalle vb.) olgu ve ölüm dağılımı
- Özellikle gruplara (sağlık personeli, huzurevleri, cezaevleri, göçmen grupları vb.) göre olgu ve ölüm dağılımı
- Tanı testlerinin yapılma amacına göre dağılımı (poliklinik başvurusu, hasta izlemi, temaslı inceleme, risk grubu taraması)
- Tanı testinin uygulanması ile sonuçlanması arasında geçen ortalama süre
- Tanı testi negatif olup radyolojik-klinik bulgularla tanı alanların sayısı
- Kişi başına uygulanan ortalama test sayısı ya da tekil test sayısı
- Epidemiyolojik öyküye göre olguların zamansal dağılımı (yurt dışı seyahat, aile içi bulaş, iş yerinde bulaş vb.)
- Risk değerlendirmeleri,
- R_0 değerleri ve süreç içindeki değişimi

- **Temaslı takibi**

- Olgu başına düşen ortalama temaslı sayısı
- Sağlık otoritesinin temaslılara ulaşma oranı
- Sağlık otoritesinin temaslılara ortalama ulaşma süresi
- Temaslılarda hastalık gelişme oranı
- Temaslıların izolasyona uyum oranı

- **Klinik süreç**
 - Semptom ve bulguların dağılımı
 - Risk faktörlerinin (komorbidite) dağılımı
 - Semptomatik hastalarda potansiyel temas ile semptom başlangıcına kadar geçen ortalama süre
 - Hastalık şiddetine göre olguların dağılımı
 - Klinik sürece ilişkin bilgiler (semptom başlangıcı ve/veya tanı zamanı ile yoğun bakıma alınma zamanına kadar geçen ortalama süre vb.)
 - Ayaktan ve yatarak takip edilen hastaların tedavi modellerine ve sonuçlarına ilişkin değerlendirmeler (ayaktan tedavi edilen olguların izolasyona uyum oranları, ortalama ilaca ulaşma süresi vb.)
 - Re-enfeksiyona ilişkin değerlendirmeler
- **Karantina ve İzolasyon**
 - Karantinaya alınan kişi sayısı ve sonuçları
 - Evde izole edilen hasta (PCR+, BT/Klinik +) sayısı
 - Ev veya hastane dışında izole edilen hasta (PCR+, BT/Klinik +) sayısı

Salgın yönetimi sürecinde sıralanan değişkenlere dair yeterli veri yoktur. Dolayısıyla salgının kontrolüne ilişkin bir değerlendirme ya da çıkarım yapmak olanaklı değildir.

Vakaların tespiti ve hızla izolasyonu ile temaslıların karantinaya alınarak bulaşıcılığın azaltılmasına yönelik stratejilerle ilgili olarak salgının Türkiye'deki seyrinde uzun bir süre tartışılan konulardan biri testlerdir. Türkiye'de PCR tanı test sayıları ve bu testlerin yapıldığı test merkezi sayıları dalgalı bir seyir göstermiştir. Test sayısı Mart ayının sonunda günde on bin testin üzerine çıkabilmiştir. Hazırlık aşamasından itibaren tek merkezde test yapılmış test merkezi yapılan il ve laboratuvar sayısı oldukça yavaş denilebilecek bir hızda artmıştır. Türkiye'nin bir yandan erken hazırlığa başladığı belirtilmesine karşın uzun test merkezi sayısı 19 Mart tarihinde 18'e çıkabilmiştir. (TÜBA, 2020).

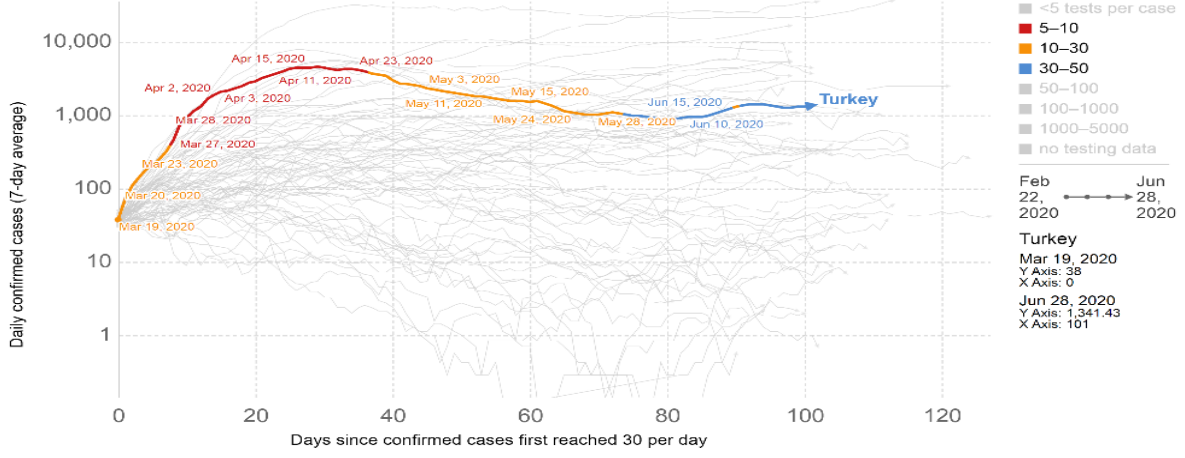
29 Mart'a kadar günlük test sayısı 10 binin altında kalmış, bu tarihten itibaren Nisan ayının ilk günlerinde on binle yirmi bin arasında seyretmiş, 10 Nisan tarihinden itibaren diğer bir deyişle ilk vaka görüldüğü tarihten bir ay sonra ancak 30-45 bin bandına çıkabilmiştir (**Bilim Akademisi Sarkaç web sayfası**). Saptanan vaka başına yapılan test sayısı Nisan ayında 5-10 arasında seyretmiş, Nisan sonundan itibaren 10-30 bandına çıkmış, Mayıs sonunda ise ancak 30-50 bandına ulaşabilmiştir (Grafik 1). Bin kişi başına düşen günlük test sayısı 0.49'dur (Grafik 2). (Our World in data web sayfası)

Daily new confirmed cases of COVID-19

The line is blue when a country performs many tests relative to the size of the outbreak.

Red indicates a low number of tests per case. This suggests that the true number of infections may be far higher than the number of confirmed cases.

Our World
in Data



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 28th June, 11:15 (London time), Official data collated by Our World in Data

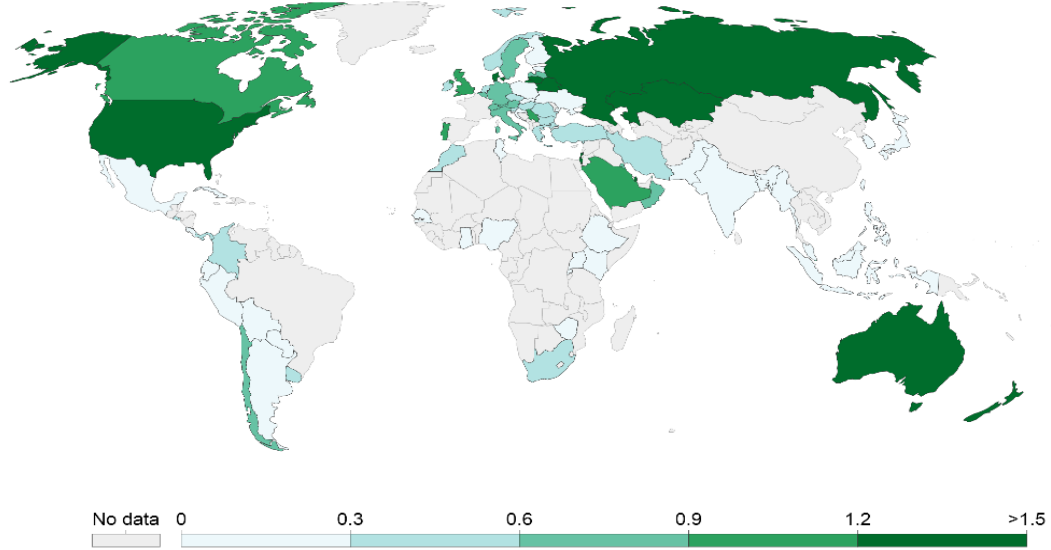
Note: Only countries for which testing data is available are included. Details about this data can be found at [OurWorldInData.org/coronavirus-testing](https://ourworldindata.org/coronavirus-testing)
[OurWorldInData.org/coronavirus](https://ourworldindata.org/coronavirus) • CC BY

Grafik 1: Vaka başına düşen test sayısı Türkiye verisi (Our World in data web sayfası-a)

Daily new COVID-19 tests per 1,000 people, Jun 28, 2020

Shown is the rolling 7-day average.

Our World
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data, European CDC – Situation Update Worldwide

Note: For testing figures, there are substantial differences across countries in terms of the units, whether or not all labs are included, the extent to which negative and pending tests are included and other aspects. Details for each country can be found on ourworldindata.org/covid-testing. CC BY

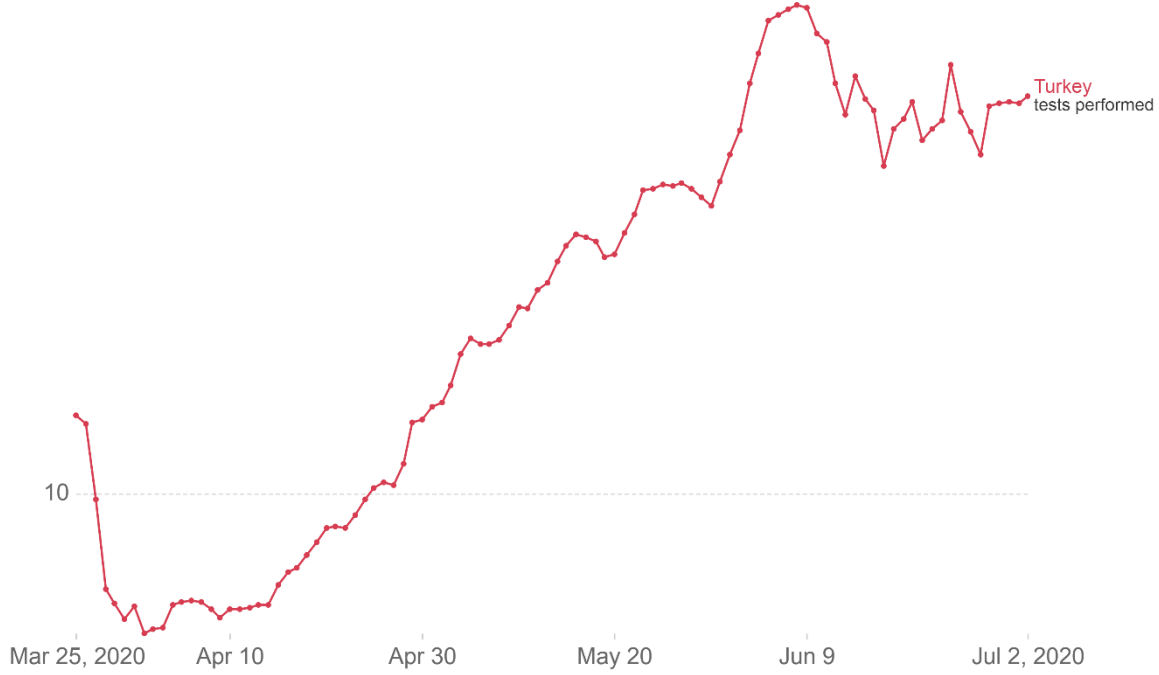
Grafik 2: Bin kişi başına düşen günlük test sayıları (Our World in data web sayfası b)

Vaka başına düşen test sayılarında özellikle en çok vakanın tespit edildiği haftalardaki düşümsayılar dikkat çekmektedir (Grafik 3). Genel olarak Türkiye “semptomu olanlara test yapan ülke” olarak sınıflandırılmaktadır (Grafik 4).

Tests conducted per confirmed case of COVID-19

Shown is the rolling 7-day average. The number of tests divided by the number of confirmed cases. Not all countries report testing data on a daily basis.

Our World
in Data



CC BY

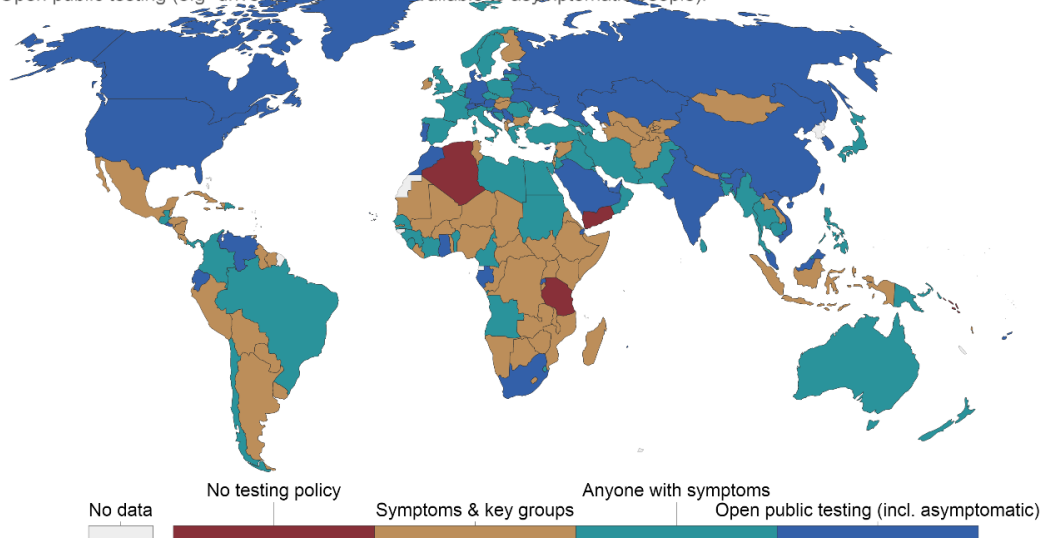
Grafik 3. Doğrulanmış vaka başına test sayısı (Our World in data-a)

COVID-19 Testing Policies, Jul 3, 2020

COVID-19 testing policies are categorized as follows:

- No testing policy.
- Only those who both (a) have symptoms and also (b) meet specific criteria (eg key workers, admitted to hospital, came into contact with a known case, returned from overseas).
- Testing of anyone showing COVID-19 symptoms.
- Open public testing (e.g "drive through" testing available to asymptomatic people).

Our World
in Data



Source: Hale, Webster, Petherick, Phillips, and Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker – Last Updated 3rd July. OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Grafik 4. Ülkelerin test politikaları. (Our World in data-c)

<https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>

Bu durum zaman zaman farklı gruplarda taramalar ya da seroprevelans çalışmaları yapıldığı belirtilse de uzun süre değişmemiştir. 29 Haziran 2020 tarihinde yapılan bir değişiklik ile “Temaslı Vaka Algoritması” değiştirilmiştir. Buna göre “kesin vaka ile temaslıların” aile hekimi tarafından yakın takip edilmesi ve temas sonrası riskli gruba (> 60 yaş, komorbiditesi olanlar) 7. günde PCR Taraması yapılması istenmektedir(**Sağlık Bakanlığı, 2020a**). Ancak Rehber’in Genel Bilgiler, Epidemioloji ve Tanı bölümünde yer verilen bu değişiklik Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon başlıklı bölümde yer almamaktadır(**Sağlık Bakanlığı, 2020b**). Temaslı takibinde temel stratejinin temaslıları belirleme, karantina altına alma ve semptom gelişmesi halinde sağlık kuruluşuna yönlendirme olduğu görülmektedir.

SARS CoV-2 pandemisi süreyansının önemli bileşenlerinden biri de temaslı taramasıdır. Ülkemizde “filyasyon” adıyla kamuoyuna yansıtılan bu aktiviteler esas olarak tanı konan vakaların temas ettiği kişilerin bulunması ve karantinaya alınmasını kapsamaktadır. Filyasyon olarak adlandırılan çalışmalar, “kaynağın ve etkenin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dâhil koruma ve kontrol önlemlerinin alınması” biçiminde tanımlanmaktadır (**HASUDER, 2020a**).

Salgın kontrolünde bu çalışmalar Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu’nun 1 Haziran’da güncellenen “Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon” dokümanında aşağıdaki kapsamda yürütülmektedir(**Sağlık Bakanlığı, 2020b**):

- Kesin veya olası COVID-19 enfeksiyonu olan bir kişi ile “damlacık enfeksiyonuna yönelik korunma önlemleri alınmadan yakın temas etmiş olan kişiler”, son temaslarından sonraki 14 gün boyunca; özellikle ateş ve solunum semptomları açısından telefon ile sorgulanarak izlenmekte, gerekir ise ev ziyareti yapılmaktadır.
- Temaslı takibi İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından organize edilmekte ve yürütülmektedir.
- Vakanın temaslıları belirlenirken COVID-19 pozitif hastanın semptom başlangıcından önceki 48 saat esas alınmaktadır.

Olası vakalarda tema izlemi çerçevesi aşağıdaki gibi belirtilmiştir:

- “Olası COVID-19 enfeksiyonu olan kişi ile temas etmiş kişiler ve temasın özellikleri (yakın temas kriteri olup olmadığı) belirlenerek iletişim bilgileri kayıt altına alınır.
- Olası olgunun PCR sonucu negatif gelirse temaslılara yönelik herhangi bir önlem alınmaz. Yakın temaslıları; maske ile çalışmaya devam ederek 14 gün boyunca kendilerini ateş ve solunum semptomları açısından takip etmeleri konusunda bilgilendirilir.
- Test sonucu negatif gelirse temaslılarla ilgili herhangi bir işlem yapılmaz.
- Test sonucu pozitif gelirse, yakın temaslılar; temaslı algoritmalarına uygun 14 gün boyunca ateş ve/veya solunum semptomları açısından evde takip edilir ve sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilir, onamları alınır. Gerekli görülen durumlarda aktif takip (telefon veya ziyaret ile) yapılabilir. Temaslılar; maske ile çalışmaya devam ederek 14 gün boyunca kendilerini ateş ve solunum semptomları açısından takip etmeleri konusunda bilgilendirilir. Temaslı veya yakın temaslılarda 14 günlük takip süresi içerisinde ateş ve/veya solunum semptomları (öksürük, nefes darlığı) gelişirse tıbbi maske (cerrahi maske) takarak sağlık kuruluşuna başvurması sağlanır. Sağlık kuruluşuna başvuran hastalar olası vaka algoritmasına göre yönetilir.”

Dokümanda temaslı ve yakın temaslı kriterleri de belirlenmiştir. Buna göre yakın temaslılar; “Kesin veya olası bir vakaya damlacık enfeksiyonuna yönelik korunma önlemleri al-

madan doğrudan bakım sağlayan, COVID-19 ile enfekte sağlık çalışanları ile birlikte çalışan veya COVID-19 ile enfekte hasta ziyareti gibi sağlık merkezi ilişkili maruziyeti olan kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda “COVID-19 hastası öğrenci ile aynı sınıfta paylaşılan (okul öncesinde ve okul çocuklarında) öğrenciler ve öğretmenler, yurttan veya otelde aynı odayı paylaşanlar, direkt temas eden (örn. el sıkışan) kişiler, hastanın salgıları (tükürük, balgam vb) ile korunmasız temas eden kişiler, hastayla 1 metreden daha yakın mesafede 15 dakikadan uzun süreyle yüz yüze kalan kişiler, hastayla aynı kapalı ortamda (hastane veya banka bekleme salonları, otobüs, servis vb ulaşım araçları) 1 metreden yakın ve 15 dakika veya daha uzun süre bir arada kalan kişiler, hastayla aynı uçakta seyahat eden yolculardan iki ön, iki arka ve iki yan koltukta oturan kişiler, aynı evde yaşayanlar ve aynı ofiste çalışanlar yakın temaslı kabul edilmektedir.

Filyasyon çalışmaları İl Sağlık Müdürlükleri ve İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Aile hekimlerinin temaslı takibinde bir rolleri yoktur. Aile hekimleri evde hasta izleminde görevlidirler. Bu noktada Türkiye’de birinci basamak sağlık sisteminde yürürlükte bulunan Aile Hekimliği sisteminin bölge tabanlı olmaması ve aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişi listesi üzerinden hizmet vermesinin temaslı takibi, filyasyon ve sürveyans üzerine etkisi ayrıca değerlendirilmelidir.

Salgın kontrolüne ilişkin Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu’nun 1 Haziran’da güncellenen “Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon” dokümanında “Salgın Yönetimi” başlığında aşağıdaki konulara yer verilmiştir:

- Salgın yönetiminin “Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda sektörler arası işbirliği ile Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı çerçevesinde, Bilimsel Danışma Kurulu’nun önerileri dikkate alınarak yapıldığı” belirtilmektedir. Ancak süreç içerisinde izlenen seyir buna ilişkin birçok soru işareti doğurmuştur.
- “Merkezi kurum ve kuruluşlarca alınan COVID-19 önlemlerinin etkisi İl Pandemi Kurulları tarafından yapılan illere özgü değerlendirmeler ile arttırılmaktadır.” Bu saptamaya ilişkin olarak da il pandemi kurullarının İnfluenza Hazırlık Planı’nda sürecin çok erken aşamalarında aktifleşmesi gerekirken Mart ayının son günlerinde aktif hale gelmesi ve süreçte ne kadar etkin olduğu ile ilgili soru işaretleri bulunmaktadır.

İl ve İlçe sağlık Müdürlüklerinde filyasyon ekiplerinde yer alan sağlık çalışanlarının belirlenme yöntemleri, bu ekiplere verilen eğitimler vb konularla ilgili yazılı bir dokümana rastlanmamıştır. Bu ekiplerde dış hekimlerinin de görevlendirildiği anlaşılmaktadır. Nisan ayı sonunda bu ekiplerde görev alan kamuda çalışan bin civarında dış hekimi olduğu belirtilmiştir. **(TDHB web sayfası)**.

15 Nisan tarihinde Sağlık Bakanı tarafından yapılan açıklamada bu tarihe kadar temaslı olarak takip edilen kişi sayısını 261.989 kişi olarak açıklanmış ve bu temaslıların %96’sına ulaşılarak takip yapıldığını belirtilmiştir. Açıklamada 1200’ü İstanbul’da olmak üzere ülke genelinde 4.600 filyasyon ekibi bulunduğu bilgisi verilmiştir **(Anadolu Ajansı web sayfası)**. 15 Nisan’da Türkiye’de toplam 69.392 vaka olduğu görülmektedir **(Bilim Akademisi Sarıcaç web sayfası)**. Bu durumda bu verilere göre vaka başına düşen temaslı sayısı yaklaşık 4 kişidir (3.8).

İzolasyon ve temaslı takibinin birlikte yapılmasının bulaşıcılığı çok daha etkin olarak azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde kendine kendine izolasyon ve ev halkının karantinası ile birlikte tüm temaslıların belirlenmesi ve temaslı izlemlerinin yapılmasının bulaşıcılığı %64 azaltılabileceği belirtilmekte ve matematiksel modellere göre

her 1000 yeni semptomatik vakaya karşılıkçoğu temas izleme stratejisinde her gün karantinaya alınması gereken temaslı sayısının 15.000–41.000 arasında olacağı tahmin edilmektedir. Araştırmacılar orta derecede fiziksel mesafe önlemleri ile birleştirilirse, kendi kendine izolasyon ve temas izlemenin SARS CoV-2 bulaşmasını kontrol etme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmektedirler (**Kucharski A.J. ve ark.,2020**).

Temaslı belirlenmesi ve temaslı izlemi bir yandan vaka ile temas eden kişinin riskini belirlemeyi içerirken diğer yandan riskli temaslıların karantinaya alınmasını içermektedir. Temaslı belirlenmesi ve izlemi yüz yüze yapılabildiği gibi online olarak ya da dijital yöntemlerle de yapılabilmektedir. Bu pandemi döneminde akıllı telefon bazlı temaslı izlemi, vaka yönetimi, riskli alanların belirlenmesi vb içerikleri olan uygulamalar dikkat çekmiştir (**CDC web sayfası**).

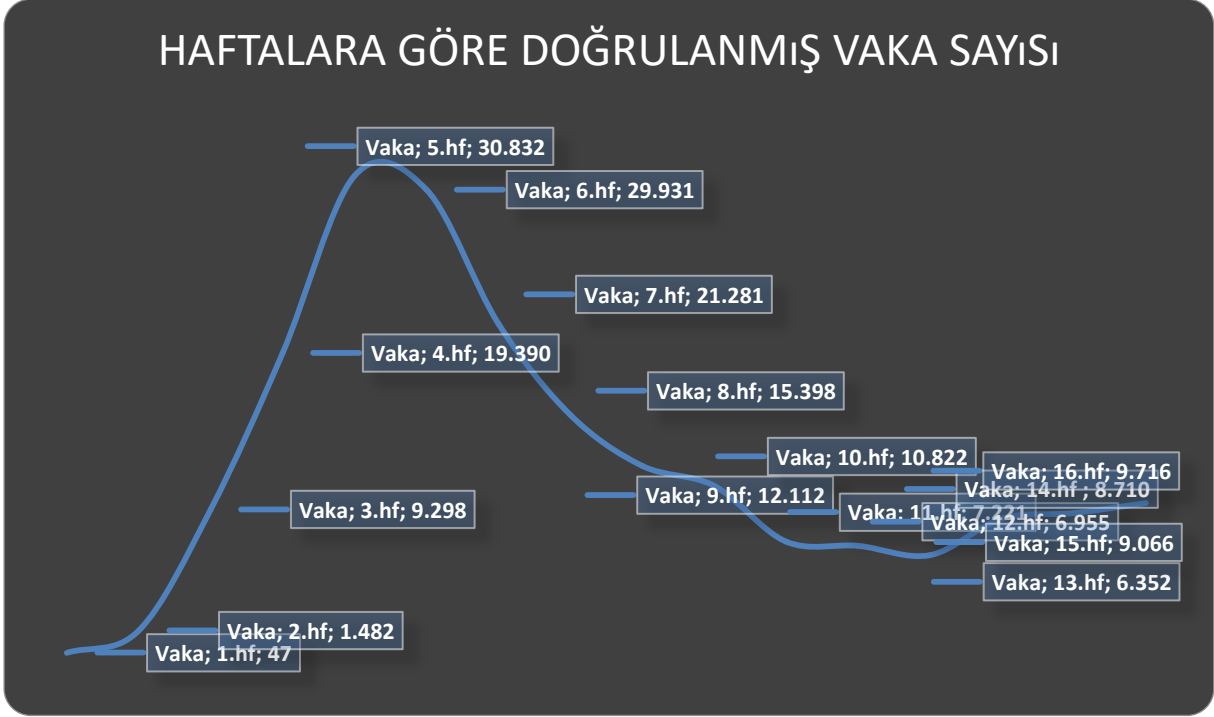
Salgın kontrolü sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın mobil iletişim araçlarıyla kullanılan mobil uygulamaları da kullanılmıştır. Bunlardan biri kişilerin çeşitli sorulara yanıt vererek “coronavirüsle karşılaşma riskini” belirledikleri “Yeni Corona Virüsü ÖNLEM” uygulamasıdır. Bir diğer uygulama da “Hayat Eve Sığar Mobil Uygulaması”dır. bu uygulama bir yandan bireyleri hastalıkla ilgili yönlendirmekte diğer yandan da “evde izolasyon, enfekte kişiler ve riskli bölgelerin yoğunluğu” görülebilmektedir(**TÜBA, 2020**). Sağlık Bakanlığı salgın süresince illere ve bölgelere göre vaka dağılımını açıklamadığı için bu uygulama aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılan yoğunluk haritaları bu anlamda yaygınlık konusunda fikir vermiştir.

Türkiye’de vaka ve ölümlerin haftalık dağılımı incelendiğinde en çok vaka ve ölümün salgının 5.ve 6. haftasında görüldüğü izlenmektedir (Tablo 1, Grafik 5). 1 Haziran sonrası vaka sayılarındaki artış dikkat çekicidir.

Tablo 1: Haftalara göre doğrulanmış toplam vaka ve ölüm sayıları (10 Mart-29 Haziran 2020)

Haftalar	Tarih	Vaka sayısı	%	Ölüm sayısı	%
1.hafta	10-16 Mart	47	0,02	0	0,00
2. hafta	17-23 Mart	1.482	0,75	37	0,72
3.hafta	24-30 Mart	9.298	4,68	131	2,56
4.hafta	31 Mart-6 Nisan	19.390	9,76	481	9,40
5.hafta	7 Nisan-13 Nisan	30.832	15,52	647	12,65
6.hafta	14 Nisan-20 Nisan	29.931	15,07	844	16,50
7.hafta	21 Nisan-27 Nisan	21.281	10,71	760	14,86
8.hafta	28 Nisan-4 Mayıs	15.398	7,75	561	10,97
9.hafta	5 Mayıs-11 Mayıs	12.112	6,10	380	7,43
10.hafta	12 Mayıs-18 Mayıs	10.822	5,45	330	6,45
11.hafta	19 Mayıs-25 Mayıs	7.221	3,64	198	3,87
12.hafta	26 Mayıs-1 Haziran	6.955	3,50	194	3,79
13.hafta	2 Haziran-8 Haziran	6.352	3,20	148	2,89
14.hafta	9 Haziran-15 Haziran	8.710	4,39	114	2,23
15.hafta	16 Haziran-22 Haziran	9.066	4,56	149	2,91
16.hafta	23 Haziran-29 Haziran	9.716	4,89	141	2,76
Toplam		198.613	100,00	5115	100,00

HAFTALARA GÖRE DOĞRULANMIŞ VAKA SAYISI



Grafik 5: Haftalara göre doğrulanmış vaka sayıları

Mart ayının ortalarından itibaren salgın kontrolü için çeşitli toplumsal önlemler alınmıştır. Nisan ayının ortalarına doğru alınan sokağa çıkma kısıtlamaları da bu önlemler arasında yer almıştır. Salgın sırasında Türkiye’de farklı sayıda ili kapsayan ve her biri 2-4 gün süren sokağa çıkma kısıtlamaları uygulanmıştır (Tablo 2). Son dönemdeki sınavlar için uygulanan saatlik kısıtlamalar hariç 11 Nisan 2020’den itibaren çeşitli tarihlerde toplamda 23 gün sokağa çıkma kısıtlaması yürürlüğe konmuştur. Hafta sonları ve resmi tatilleri içerecek şekilde uygulanan kısıtlamalar ilk aşamada 30 büyükşehir ve Zonguldak’ta olmak üzere 31 ilde uygulanmış, sonrasında bu sayı 24’e sonrasında da 15’e düşmüştür (Tablo 2). Bu kısıtlamaların salgın seyrindeki etkisini değerlendirebilecek bir veri yoktur. Ancak dikkat çeken kısıtlamaların 2-4 gün gibi kısa sürelerle ve hafta sonu/resmi tatil günlerini içerek şekilde yapılandırıldığıdır. Tarihlere göre kısıtlamalar Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 2: Sokağa çıkma kısıtlamaları süre ve il sayıları

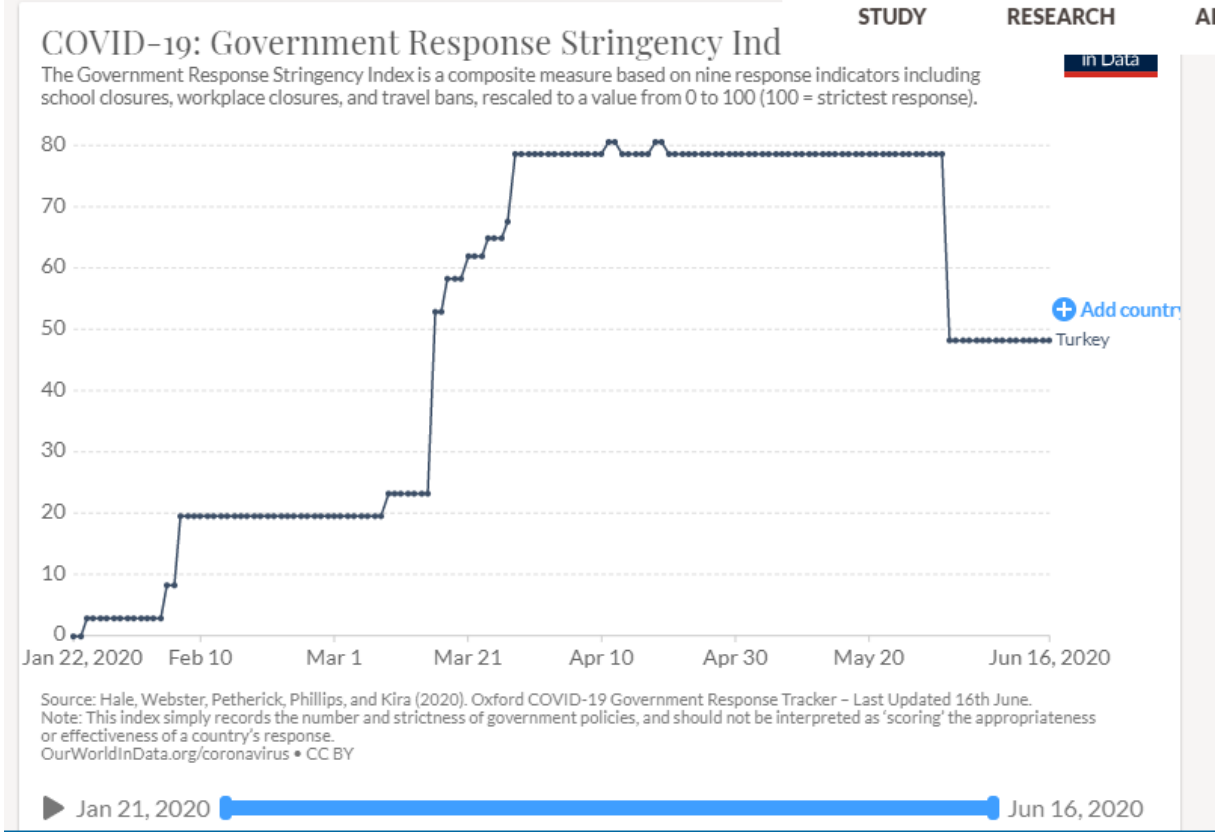
Toplam süre	Uygulanan il sayısı	Uygulanan illerdeki nüfusun toplam ülke nüfusuna oranı (%)
11 gün	31	78.5
2 gün	24	66.9
6 gün	15	52.8
4 gün	81	100.0

Tablo 2: Sokağa çıkma kısıtlamaları tarih ve il kapsamı

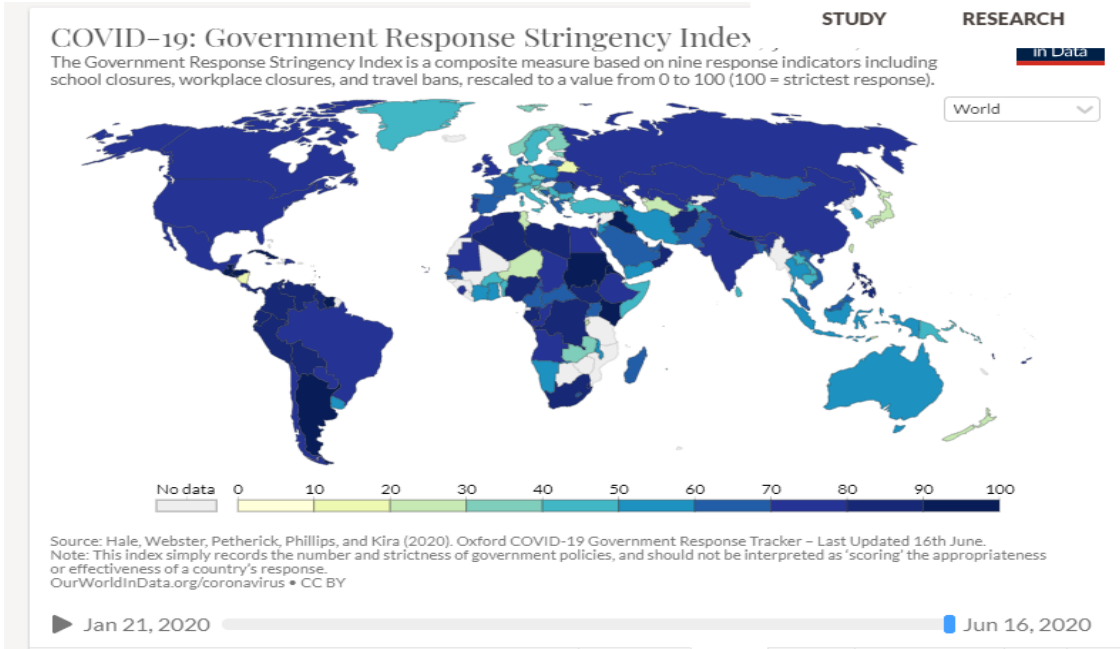
Sokağa çıkma kısıtlamaları tarihleri	Uygulanan il sayısı	Uygulanan illerdeki nüfusun toplam ülke nüfusuna oranı (%)
11-12 Nisan	31	78.5
17-18 Nisan	31	78.5
23-24-25-26 Nisan	31	78.5
1-2-3 Mayıs	31	78.5
9-10 Mayıs	24	66.9
16-17-18-19 Mayıs	15	52.8
23-24-25-26 Mayıs	81	100.00
30-31 Mayıs	15	52.8

Türkiye’de alınan kısıtlama ya da kapanma önlemlerinin etkisini değerlendirebilecek bir veri seti mevcut değildir. Gerek alınan önlemlerin farklı illerde ve düzeylerde olması gerekse de illere, bölgeler, yaşa cinse vb özelliklere göre veri paylaşılmamış olması bir değerlendirme yapmayı güçleştirmektedir. Bu konuda Oxford Üniversitesi’nde COVID-19 Hükümet Görev Grubu tarafından oluşturulan bir indeks dikkati çekmektedir. Bu indeks, pandemiye hükümetlerin verdikleri yanıtları 17 kategori üzerinden puanlayarak bir indekse dönüştürmektedir. “Sıkılık indeksi” olarak adlandırabileceğimiz bu indeksteki 17 kategoriden sekizi politika göstergelerinden (okulların kapanması ve hareket kısıtlamaları gibi sınırlama ve kapatma politikaları ile ilgili), dördü ekonomik politikalardan (vatandaşlara gelir desteği veya dış yardım sağlanması gibi ekonomik politikalar), beşi de sağlık sistemi göstergelerinden (COVID-19 test rejimi veya sağlık hizmetlerine acil yatırım gibi sağlık sistemi politikaları) oluşmaktadır (**CoronavirusGovernmentResponseTracker**). Bu kategorilerden elde edilen puanlarla 1’den 100’e kadar bir indeks puanı elde edilmektedir.

Türkiye’nin bu indeks puanı ile ilgili durumu yukarıda anılan görev grubu web sayfasından incelendiğinde (Grafik 6 ve 7) indeks puanının Mart ayının sonunda 80’e yaklaştığı, Haziran ayının başlarında ise 50’nin altına indiği dikkati çekmektedir. Bu durum 1 Haziran sonrası yaşanan hızlı açılma sürecinin etkisini düşündürmektedir.



Grafik 6. Sıkılaştırma İndeksi Türkiye skorları (**CoronavirusGovernmentResponseTracker**)



Grafik 7. Sıkılaştırma İndeksi ülke skorları (16 Haziran 2020 itibariyle) Grafik 6. Sıkılaştırma İndeksi Türkiye skorları (**CoronavirusGovernmentResponseTracker**)

Türkiye’de salgının kontrolüne ilişkin önemli köşetaşlarından biri de “kapanma” sonrasında “yeniden açılma” sürecidir. Yukarıda da belirtildiği gibi kapanma süreci zaman içerisinde parçalı bir seyir izlenmiş, etkin bir baskılama stratejisi uygulanamamış, sokağa çıkma kısıtlamaları kısa ve parçalı gerçekleştirilmiş, özellikle 20-64 yaş grubunda “sınıfsal bağımsızlık” tercih edilmiştir(**Kocabaş, A., 2020**). 11 Mayıs’ta ilk işaretleri ortaya çıkan ve 1 Haziran’dan sonra hızla uygulamaya konan “yeniden açılma” ise salgının ilk dalgasının sönmelenememesine neden olmuştur. Bilimler Akademisi yeniden açılma süreciyle ilgili değerlendirmesinde “1 Haziran sonrasındaki açılmanın gözden geçirilerek yeni tedbirlerle kontrol altına alınması” gerektiğini belirtmekte, salgın yönetimindeki etkinlik ve başarının “*kamuoyunun katılımı ve güveni verilere dayanan, şeffaf bir tartışma ortamında yapılan epidemiyoloji, immünoloji, modelleme, klinik tıp, ekonomi ve sosyal bilimler araştırmalarının varlığına*” bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Akademi, “*Önemli olan uzun vadede yavaş ve kontrollü biçimde nihai dengeye gidilirken denemeyanılma, tedbir alıp gevşetme şeklinde zayıfatı artırmamak, hastalık bulaşanları hem sayıca az hem zaman içinde yavaş yavaş artacak düzeyde tutmak ve ölüm riskini minimuma indirmektir*” diyerek önemli bir noktanın altını çizmektedir(**Bilim Akademisi web sayfası**). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) de yeniden açılma sürecinin “içinde bulunduğumuz dalgada kontrolü kaybetmiş görünüyoruz” diyerek kaygı oluşturduğunu belirtmiştir. (**HASUDER, 2020c**)

Türkiye pandemisinin etkilerini yaşamaya devam etmektedir. İlk dalgayı sönmelendirememiş ve son haftalarda vaka artışı ile karşı karşıya kalmıştır. Toplumsal bulaşıcılığın kontrol altına alınmadığını düşündüren bu durum gelecek aylar için endişe oluşturmaktadır. Kapanma sürecinde izlenen yol ve yaşanan hızlı yeniden açılma salgının kontrol altına alınmaması riskiyle sonuçlanmıştır. İlk dalganın kontrol altına alınmaması sonucunu doğuran bu durumdan çıkış için etkin salgın kontrol önlemleri, etkin sürveyans ve temaslı izlemleri sürdürülmelidir. Sürveyans, temaslı izlemi ve filyasyon çalışmalarının etkinliği değerlendirmeye yetecek bir veri ya da çalışma yoktur. Sağlık sisteminin hazırlık durumu ve sürveyans sistemi içerisindeki özellikle birinci basamağın yeri ve işlevi tartışılmalıdır.

Kaynaklar

- Anadolu Ajansı web sayfası. Türkiye'nin koronavirüsle mücadelesinde son 24 saatte yaşananlar <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-koronavirusle-mucadelesinde-son-24-saatte-yasananlar/1805147>
- Bilim Akademisi Sarkaç web sayfası. Sağlık Bakanlığı COVID-19 verileri. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://sarkac.org/2020/06/saglik-bakanligi-covid-19-verileri/>
- Bilim Akademisi web sayfası. COVID-19 Salgınına Karşı Alınan Önlemlere Dair Bilim Akademisi Açıklaması. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020. <https://bilimakademisi.org/wp-content/uploads/2020/06/covid-19-salginina-karsi-alinan-onlemlere-dair-bilim-akademisi-aciklamasi-16-haziran.pdf>
- CDC web sayfası. DigitalContactTracing Tools. Erişim Tarihi 2 Temmuz 2020 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/digital-contact-tracing-tools.html>
- CoronavirusGovernmentResponseTracker Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://www.bsq.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2020a) Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) kavramlar ve tanımlar rehberi. Erişim Tarihi 28 Haziran 2020 <https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Terminoloji-28.3.2020.pdf>.



- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2020b). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinde Türkiye’de hazırlılık ve yanıt: 56. Gün değerlendirmesi (10 Mayıs 2020) Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://korona.hasuder.org.tr/turkiyede-hazirliklilik-ve-yanit-56-gun-degerlendirmesi/>
- HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİNİN (HASUDER) (2020c) Yeni Koronavirüs (COVID-19) hastalığı süreci ile ilgili görüşleri-5. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <https://hasuder.org.tr/halk-sagligi-uzmanlari-derneginin-covid-19-sureci-ile-ilgili-gorusleri-5/>
- [Kocabaş, A. \(2020\). COVID-19 Pandemisinde Sosyal Belirleyiciler ve Eşitsizlik. İçinde: \(İtil O, Altınışık GE, Köktürk N, Havlucu Y, Akgün M, Aykaç N Eds\). COVID-19 Pandemisi Ve Sağlıkın Sosyal Bileşenleri. Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları: 5-24.](#)
- Kucharski A.J. ve ark. (2020) Effectiveness of isolation, testing, contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings: a mathematical modelling study. Lancet Infectious Disease. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30457-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30457-6)
- Our World in data web sayfası-a. Erişim Tarihi 28 Haziran 2020 <https://ourworldindata.org/epi-curve-covid-19>
- Our World in data web sayfası-b. Erişim Tarihi 28 Haziran 2020 <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explore?tab=map&yScale=log&zoomToSelection=true&minPopulationFilter=1000000&testsMetric=true&dailyFreq=true&aligned=true&perCapita=true&smoothing=7&country=USA~GBR~CAN~BRA~AUS~IND~DEU~FRA~MEX~CHL~ZAF~DZA~COL&pickerMetric=location&pickerSort=asc>
- Our World in data-c. Erişim Tarihi 27 Haziran 2020 <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>
- Sağlık Bakanlığı (2020a) COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI Erişim Tarihi 2 Temmuz 2020 https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_GENEL_BILGILER_EPIDEMIOLOJI_VE_TANI.pdf
- Sağlık Bakanlığı (2020b) TEMASLI TAKİBİ, SALGIN YÖNETİMİ, EVDE HASTA İZLEMİ VE FİLYASYON. Erişim Tarihi 2 Temmuz 2020 https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_TEMASLI_TAKIBI_EVDE_HASTA_IZLEMI_VE_FILYASYON.pdf
- TDK web sayfası. Erişim Tarihi 29 Haziran 2020 <https://sozluk.gov.tr/>
- TÜBA (2020) Küresel salgın değerlendirme raporu. Erişim Tarihi 1 Temmuz 2020 <http://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/T%C3%9CBA%20COVID-19%20K%C3%BCresel%20Salg%C4%B1n%20De%C4%9Ferlendirme%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme%20.pdf>
- Türk Dış Hekimleri Birliği (TDHB) web sayfası. Erişim Tarihi 2 Temmuz 2020 http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=3463
- WHO (2020) Surveillance strategies for COVID-19 human infection Interim guidance 10 May 2020

6. BÖLÜM: COVID-19 HASTALIĞININ YÖNETİMİ SIRASINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Mikrobiyolojik Tanı Konusundaki Güçlükler

Prof. Dr. Aynur Eren Topkaya

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Tıbbi laboratuvarlarda test sonuçları pre-preanalitik süreç, preanalitik süreç, analitik süreç, post analitik süreç ve post-post analitik süreçte yapılanlardan etkilenmektedir. Bu yazıda her bir süreçteki sorunlar değerlendirilmiştir.

Tıbbi laboratuvarlarda örneklerle ilgili süreçler; 1- Pre-preanalitik süreç, 2- Preanalitik süreç, 3- Analitik süreç, 4- Post analitik süreç ve 5- Post-post analitik süreçten oluşmaktadır.

COVID-19 hastalığı özelinde Tıbbi Mikrobiyoloji laboratuvarları oldukça dinamik değişiklikler geçirmiş ve düzenlemelere tabi olmuştur. Bu düzenlemelerin temelinde virüsün özellikleri ve hastalığın patogenezinin tam olarak anlaşılammış olması önemlidir. Bunun yanı sıra pandemi nedeniyle üretilen testler performansları yeterince denenmeden ve validasyon ve verifikasyon basamakları çoğu kez ihmal edilerek rutin kullanıma geçmiş ve bu da laboratuvar çalışmalarının idealden uzaklaşmasına neden olmuştur.

Pre-preanalitik süreç, klinisyenin COVID-19 hastalığından şüphe ettiğinde yapılacak teste karar verdiği aşamadır. Hastalığın dinamiklerinin ve testlerin performanslarının uzun süre anlaşılammış olması bu süreç ile ilgili klinik-laboratuvar iletişimini güçleştirmiştir. Ülkemizde ilk COVID-19 hastalığının resmi olarak ilan edildiği tarihte, hastalığın tanısı için kullanılacak yöntemlerden sadece RT-PCR tedarik edilebilmiştir. Tanı algoritmalarında da referans yöntem olarak RT-PCR yer almıştır. Üst solunum yolu örneğinde RT-PCR ile semptomatik dönemden bir-iki gün öncesi ve bir hafta sonrasına kadar virüs saptanabilmektedir. Pandeminin başında COVID-19 hastalığı semptomları dolayısıyla RT-PCR için örnek alma endikasyonları daha sınırlı iken ilerleyen dönemlerde endikasyonların genişletilmiştir.

Preanalitik süreç, uygun zamanda, uygun anatomik bölgeden, uygun örneğin alınması ve laboratuvara transferini kapsamaktadır. COVID-19 tanısı için semptomatik dönemde üst solunum yolu örneği alınarak, biyogüvenlik kurallarına göre üçlü taşıma kapları ile laboratuvara gönderilmesi gerekmektedir. Bu amaçla önceleri sadece nazofarenks sürüntü örneği daha sonra boğaz ve nazofarenks (kombine) sürüntü örnekleri alınmıştır. Nazofarenks sürüntü örneklerinin doğru alınmaması test performansını olumsuz etkilemiştir. COVID-19 için yapılan RT-PCR testleri sıklıkla kişi hasta olsa dahi negatif sonuçlanmıştır. Bunun önemli nedenlerinden biri olarak örneğin alınmasındaki teknik zorluklar gösterilmiştir. Virüsün akut enfeksiyon döneminde en yoğun bulunabileceği yer nazofarenks denilen geniz bölgesidir. Burun yoluyla nazofarenksden yani genizden sürüntü örneği alınması kolay bir işlem değildir. Örnek alma ile ilgili herhangi bir eğitim verilmeksizin işlemlerin başlatılmış olması test sonuçlarını etkilemiştir. Üst solunum yolu(ÜSY) örneklerinde RT-PZR pozitifliğisemptomlardan 1-2 gün önce başlarortalama on gün ÜSY de virüs miktarı fazladır. İlerleyen dönemde virüs alt solunum yollarına ulaşarak pnömoniye neden olmaktadır. Bu dönemde üst solunum yolu yerine alt solunum yolundan örnek alınması gerekmektedir. Doğru zamanda, doğru vücut bölgesinden, doğru şekilde örnek alınamamış olması, yanlış negatif test sonuçları ve sık tekrarlara neden olmuştur.

Analitik süreç, hasta örneklerinin laboratuvarında çalışıldığı dönemdir. COVID-19 hastalığının tanısı için çeşitli immünolojik testler ve virüse spesifik genler hedef alınarak yapılan RT-PZR testleri kullanılmaktadır. Bu süreçte antikor testleri ve RT-PZR testleri için farklı güçlükler yaşanmıştır. Önceleri Sağlık Bakanlığı tarafından ithal edilen ve COVID-19 yetkili laboratuvarları ve hasta tedavi eden kliniklere gönderilen antikor testleri hızlı testler olmuştur. Bu testlerin performansı ile ilgili laboratuvar uzmanları yeterince bilgi sahibi olamamıştır. Daha sonra kullanıma giren Enzim İmmunassay (EIA), kemilümisans (CLIA) ve flouresan-antikor (FA) yöntemi ile çalışan testler kullanıma girmiştir. Ancak bu testler ile ilgili düzenlemeler (hangi laboratuvarlarda, hangi endikasyonlarda çalışılacağı ve testlerin ücretlendirmesi) netleşmemiştir. Moleküler testlerle SARS-CoV-2'ye özgü bir veya birkaç hedef bölge RT-PZR ile değerlendirilir. Yetkilendirilmiş COVID-19 laboratuvarlarında salgının başından itibaren Bioeksen (RdRp hedef bölge) kitleri kullanılmıştır. Zaman içinde kit ve viral taşıma ortamlarında (VTM) iyileştirmeler yapılmıştır. İlk kit protokolünde R1/R2 solüsyonu kullanılmakta, R1 lizis buffer, R2 inhibisyonu önleyici ve PZR enhancerolarak çalışılmıştır. Bu kit kullanılırken örnek 1/4 dilüe edilmiştir. VNAT kullanan 1.versiyonda örnek 1/2 dilüe edilirken, 2. versiyonda örnek ile mix doğrudan karıştırıldığı için dilüsyon olmaması planlanmış bu şekilde kit duyarlılığı arttırılmaya çalışılmıştır. Son versiyonda test sonuçlanma süresi kısalmıştır. Analitik süreçte Haziran 2020 de dış kalite değerlendirme programı ile laboratuvarlar değerlendirilmeye başlanmıştır.

Post analitik süreçte test sonuçları raporlanmaktadır. Bu süreç için de testler çalışılmaya başlandıktan sonra çeşitli değişiklikler yapılmıştır. Başlarda HSYS sisteminden test istemi yapılması hastane yöneticilerinin yetkisinde iken ilerleyen dönemde E-imza ile hastaya bakan hekimler test istemini yapmıştır. Yetkili COVID-19 laboratuvarlarında test sonuçları LBYS sistemine kaydedilmiştir. Ancak HSYS ve LBYS sistemlerinin HİS ve LİS sistemleriyle entegre olmaması laboratuvarlar için test raporlama klinisyenler için de sonuçları izlemede güçlükler neden olmuştur.

Post-post analitik süreç laboratuvar raporlarının test istemi yapan hekimler tarafından okunup yorumlandığı aşamadır. Bu son aşamada ise zaman zaman yazılım sisteminden kaynaklı sorunlar yaşanmıştır. Özellikle çok sayıda merkez örneğinin toplandığı yetkili laboratuvarlarda sonuçların izlenmesi ile ilgili güçlükler yaşanmıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance. <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117> (Updated on March 19, 2020).
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi, 14 Nisan 2020.
3. Tang J W , et al. Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges J Clin Microbiol 3 April 2020; doi:10.1128/JCM.00512-20
4. Zhang W, et al. Molecular and serological investigation of 2019 nCoV in infected patients: Implication of multiple shedding routes. Emerg Microbes Infect 2020 (9):386-389.
5. <http://www.bioeksen.com.tr>
6. Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidelines for collection, handling, and testing of clinical specimens from persons for coronavirus disease 2019 (COVID-19). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html> (Updated on March 21, 2020).
7. Xiang, J, et al. Evaluation of Enzyme-Linked Immunoassay and Colloidal Gold-Immunochromatographic Assay Kit for Detection of Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) Causing an Outbreak of Pneumonia (COVID-19) medRxiv, March 1, 2020. DOI: 10.1101/2020.02.27.20028787 (accessed on March 20, 2020).
8. Buddhisha U, et al. Diagnosing COVID-19: The Disease and Tools for Detection. <https://dx.doi.org/10.1021/acsnano.0c02624>
9. Zhengtu L, et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis J Med Virol. 2020 Apr 13 doi: 10.1002/jmv.25727.
10. Padoan A, et al. IgA-Ab response to spike glycoprotein of SARS-CoV-2 in patients with COVID-19: A longitudinal study. Clin Chim Acta 507 2020: 164-166.
11. Okba MA , et al. SARS-CoV-2 specific antibody responses in COVID-19 patients. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.18.20038059>
12. Chan CM, Tse H, Wong SS, et al. Examination of seroprevalence of coronavirus HKU1 infection with S protein-based ELISA and neutralization assay against viral spike pseudotyped virus. J Clin Virol. 2009;45 (1):54-60. doi:10.1016/j.jcv.2009.1002.1011.
13. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/grows-virus-cell-culture.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fphp%2Fgrows-virus-cell-culture.html Erişim Tarihi: 27.05.2020
14. [Nandini Sethuraman, MD¹](#); [Sundararaj Stanleyraj Jeremiah, MD²](#); [Akihide Ryo, MD, PhD²](#). Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2. May 6, 2020
15. [Juanjuan Zhao](#), [Quan Yuan](#), [Haiyan Wang](#), [Wei Liu](#), [Xuejiao Liao](#), [Yingying Su](#), [Xin Wang](#), [Jing Yuan](#), [Tingdong Li](#), [Jinxiu Li](#), [Shen Qian](#), [Congming Hong](#), [Fuxiang Wang](#), [Yingxia Liu](#), [Zhaoqin Wang](#), [Qing He](#), [Zhiyong Li](#), [Bin He](#), [Tianying Zhang](#), [Yang Fu](#), [Shengxiang Ge](#), [Lei Liu](#), [Jun Zhang](#), [Ningshao Xia](#), [Zheng Zhang](#). Antibody Responses to SARS-CoV-2 in Patients of Novel Coronavirus Disease 2019

COVID-19 Salgınının Yönetiminde Radyolojik Yöntemler: Artıları, Eksileri

Prof. Dr. Kayhan Çetin Atasoy

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD
Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi

Özet

COVID-19 salgını ile mücadelede moleküler yöntemlerin özellikle salgının ilk dönemlerindeki yetersizlikleri hastalığın tanı ve yönetiminde radyolojik yöntemleri öne çıkarmıştır. Akciğer grafisi ve özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) bu bağlamda sık kullanılmıştır. BT'nin COVID-19 pnömonisinde RT-PCR'a göre daha duyarlı olduğunu bildiren yayınlar ve Bakanlık rehberlerindeki öneriler bu tutumu yüreklendirmiştir. Aslında bu sayede RT-PCR negatif olan birçok hastaya COVID-19 hastalığı tanısının erken dönemde koyulması hastaların triyaj ve izolasyonlarında yardımcı olmuştur. Öte yandan, BT'nin özellikle hastalığın ilk günlerinde yanlış negatif olabileceği, asemptomatik hastaların çoğunda zaten negatif olduğu unutulmamalı, BT bulgularının başka enfeksiyonlar ve enfeksiyon dışı durumlar ile karışabileceği, yani BT'nin özgüllüğünün yüksek olmadığı bilinmelidir. BT'nin Sağlık Bakanlığı'nın 14 Nisan 2020 tarihli rehberindeki önerilerde olduğu gibi, COVID-19 şüphesi taşıyan (gebeler hariç) bütün erişkin hastalarda herhangi bir ayırım yapmadan çekilmesi, başta radyasyon ve uzun dönemde yol açabileceği kanser riskindeki küçük artış gibi nedenlerle, uygun değildir; ulusal ve uluslararası radyoloji dernekleri BT'nin daha seçici kullanılmasını önermektedir. Türk Tabipleri Birliği ve Türk Radyoloji Derneği Sağlık Bakanlığı'na bu önerilerin gözden geçirilmesini talep eden bir mektup göndermişlerdir. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu'nun 19 Haziran 2020 tarihli rehberinde bu öneriler meslek örgütlerimizin önerileri ile daha uyumlu hale getirilmiştir.

Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019'da başlayarak kısa sürede hemen bütün dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi, SARS-CoV-2 virüsünün bulaşma gücü, yol açtığı hastalığın yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle bütün ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir halk sağlığı krizi doğurmuştur.

Salgın eğrisini baskılayarak salgın ile mücadelede görece başarılı olan ülkelerin bu başarılarının temelinde epidemiyoloji biliminin kurallarını doğru uygulayarak salgını sahada, toplum temelinde ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle kontrol edebilmesi yatmaktadır. Bir başka ifadeyle karantina, izolasyon, tecrit, filiasyon ve olabildiğince fazla sayıda test yapılması gibi süreçler ne kadar etkili işletilebilirse salgın o ölçüde yavaşlatılabilmektedir.

COVID-19 tanısında radyolojik yöntemlerin yeri

Hastalığın tanısında kullanılan temel yöntem olan ters transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi ile ilgili deneyimler testin duyarlılığının yeterince yüksek olmadığını ortaya koymakta, ilk PCR testinin duyarlılığının %42-71 düzeyinde olduğu rapor edilmektedir.

Ülkemizde PCR testinin başarısı ve uygulaması konusunda yaygın tartışmalar yaşanmıştır. Teste ulaşılabilirlik, özellikle test sayılarının ulusal ölçekte birkaç binler düzeyinde kal-

diği salgının ilk haftalarında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca, testin önce tek merkezde, daha sonraları ise az sayıda merkezde yapılabilmesi sonuçların geç açıklanmasına yol açmıştır.

Bu sorunlar tanıda başka yöntemlere olan ilgiyi artırmıştır. Çin ve başka ülke kaynaklı yayınlardan görüntüleme yöntemlerinin tanıda önemli rol oynadığını, toraks bilgisayarlı tomografisinin (BT) duyarlılığının çok yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bazı yayınlarda BT'nin duyarlılığı %97 olarak bildirilmiştir (**Ai T, 2020**). Bu nedenle radyolojik yöntemler, özellikle de BT, hastalığın tanısında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Öte yandan, radyolojik yöntemlerin tanıdaki rolü konusunda uzlaşısı yoktur. Amerikan Radyoloji Derneği BT'nin COVID-19 hastalığı için bir tarama veya ilk sıra yöntem olarak kullanılmaması gerektiği görüşündedir. Bunun temel gerekçesi BT'nin normal olmasının hastalığın varlığını dışlamak için yeterli olmaması, anormal olması durumunda da bulguların COVID-19 için özgül olmamasıdır (**American College of Radiology web sayfası, 2020**).

Radyolojik yöntemlerin yeri konusundaki görüşlerin farklı olması, olasılıkla, hem sağlık sistemlerinin hem de virolojik yöntemlerle ilgili faktörlerin (ulaşılabilirlik, sonuçların açıklanması, duyarlılık gibi) ülkeden ülkeye değişmesinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde bu koşulların bize özgül durumları nedeniyle görüntüleme yöntemleri yazı içerisinde değinilecek bazı dezavantajlarına karşın yaygın olarak kullanılagelmıştır.

COVID-19 tanısında kullanılan başlıca görüntüleme yöntemleri akciğer grafisi ve BT'dir. Teorik olarak tanıda ultrasonografi de bazen etkili olabilir ancak bu yöntemle ilgili deneyimin görece azlığı kullanımını sınırlandırmaktadır.

Akciğer grafisi COVID-19 hastalarının hem ilk değerlendirilmesinde hem de mevcut pnömoni bulgularının takibinde kullanılabilir. Radyografi, düşük radyasyon dozu ile özellikle çocuklarda ve gençlerde tercih edilebilecek bir yöntemdir. Ayrıca taşınabilir cihazlarla yatan hastaların pnömoni bulgularının takibinde de işe yarayabilir. Taşınabilir ve kolay temizlenebilir radyografi cihazlarının uygun olan indikasyonlarda kullanılması hastaların radyoloji bölümlerine transportunun yol açabileceği çapraz enfeksiyonların önlenmesi açısından bir avantajdır. Dolayısıyla, kolay ulaşılır ve güvenilir moleküler yöntemlerin olmadığı, BT'ye ulaşımın sınırlı olduğu, salgının zirve yaptığı yani COVID-19 prevalansının yüksek olduğu koşullarda akciğer grafisinin ilk triyajda kullanılabileceği savunulmaktadır. Bu faktörlerin sonuncusu yani yüksek prevalans ve bunun sağladığı yüksek test-öncesi olasılık ile bunlara eşlik eden yüksek hastalık şiddeti (fazla pnömoni) özellikle acil servislerde ve COVID-19 polikliniklerinde taşınabilir cihazlarla radyografi kullanımının tanısız performansını özellikle artırmaktadır (**Schiaffino, S, 2020**).

Çeşitli avantajlarına karşılık, radyografinin COVID-19 pnömonisinde kullanımını kısıtlayan temel dezavantajı düşük bir sensitivite ve spesifisiteye sahip olmasıdır. Duyarlılığının %30-89 arasında olduğu bildirilmektedir. Ayrıca COVID-19 hastalığının radyografi bulguları başka enfeksiyonlar ve enfeksiyon dışı durumlarla da sıkça örtüşmektedir; yani radyografinin spesifisitesi oldukça düşüktür.

COVID-19 pnömonisinde en yaygın kullanılan görüntüleme yöntemi toraks BT'dir. Sensitivitesi %60-98 arasında olup oldukça yüksektir, ancak spesifisitesi düşüktür (%25-96) (**Güneyli S, 2020**). COVID-19'u diğer enfeksiyonlardan ayırmada ne kadar başarılı olduğu konusunda henüz yeterli kanıt yoktur. Az sayıda hasta ile yapılan çalışmalarda diğer viral enfeksiyonlardan ayırt etmede seçiciliği %93-100 arasında bulunmuştur ancak

bu çalışmalarda COVID-19 ile en çok karışan durumlar olan influenza A'nın ve enfeksiyon dışı nedenlerin azlığının bir sınırlama olduğu dikkate alınmalıdır.

BT'nin COVID-19 tanısındaki duyarlılığının ilk PCR testine göre daha yüksek olduğu çok sayıda çalışmanın ortak bulgusudur. BT'nin PCR'ın pozitifleşmesinden 3-5 gün önce anormal bulguları gösterdiği, ayrıca tanısı konulmuş hastalarda PCR'ın negatifleşmesinden daha önce BT bulgularının düzeldiği bulunmuştur (**Ai T, 2020**).

Her ne kadar BT COVID-19 tanısında yüksek bir duyarlılığa sahipse de COVID-19 hastalığı için tarama testi olarak kullanılmaması gerektiği konusunda neredeyse görüş birliği vardır. Hastalığın test öncesi olasılığının yüksek olduğu (yani PCR ile gösterilmiş prevalansın %85 olduğu) bir popülasyonda BT'nin negatif öngörü değeri %42 olarak bildirilmiştir. Negatif öngörü değerinin görece düşük olması BT'nin en azından hastalığın erken aşamasında COVID-19 için tarama testi olarak değerinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim özellikle semptomların başlangıcını izleyen ilk birkaç günde hastaların hatırı sayılır bir bölümünde (değişik çalışmalarda %14 ila %56'sında) BT normal olabilmektedir (**Bernheim A, 2020**).

COVID-19 pnömonisinin BT'de oldukça klasik bulguları tarif edilmiştir. Bunlar genellikle iki taraflı, alt alanlarda ve periferik bölgelerde daha baskın görülen, çok-odaklı buzlu cam opasiteleri ve bunlara eşlik edebilen konsolidasyonlardır. Klasik bulguların varlığında dahi BT'nin COVID-19 için spesifik olduğu iddia edilemez. Başta influenza pnömonisi olmak üzere diğer viral pnömoniler ile bir dizi hastalığa ikincil olabilen organize pnömoni benzer görünümüne yol açabilir.

BT'nin spesifitesinin düşük olması ve kesin tanının virolojik yöntemlere dayanması bir tarafa, günlük pratikte PCR testi negatif olan ancak BT'si klasik COVID-19 bulguları içeren çok sayıda hasta ile karşılaşmaktadır. Bu hastalarda PCR testi sonuçlanıncaya veya kesinleşinceye kadar uygun izolasyon ve tedavi yöntemlerine başlanılmaktadır. Bu anlamda BT'nin hasta yönetiminde vazgeçilmez rolü olduğundan söz etmek gerçekçi olur. Bu hastaların kayıt sistemlerine uygun biçimde kaydedilmeleri hastalığın toplumdaki yaygınlığının tam olarak ortaya konulması için gereklidir.

BT sadece tanının koyulmasında değil, prognozun öngörülmesinde de yararlı bilgiler verebilir. BT bulgularının yaygınlığı ile klinik şiddet arasında da ilişki vardır. Kliniği ağır veya kritik olan hastalarda 5 akciğer lobunun tamamı daha sık olarak etkilendiği, hastalığın BT'deki yaygınlığı skorlandığında yüksek skora sahip hastaların daha uzun süre entübe kaldığı bulunmuştur (**Kunwei L, 2020**).

Hastalığın BT bulguları ile mortalite arasında da ilişki olduğu, hastalığın yaygın olduğu olguların daha fazlasının kaybedildiği gösterilmiştir.

Ülkemizde COVID-19 ile mücadelede radyolojik yöntemlerin kullanımı

Ülkemizde salgının ilk dönemlerinde moleküler testlere ulaşımında sorunlar yaşanmış, testler önce tek merkezde, daha sonra sınırlı sayıda merkezde çalışıldığından geç sonuç vermiş, klinik bulgular ve görüntüleme bulguları ile test sonuçları arasındaki çelişkiler testlerin doğruluğuna dair kaygı uyandırmıştır. Salgının daha önce yaşandığı ülkelerdeki deneyimler ülkemizdeki hekimleri de görüntülemeyi tanısal sürecin daha merkezine koymaya yöneltmiştir. Radyolojik görüntülemenin tanıdaki yeri Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 hastalığına yönelik yayınladığı 14 Nisan 2020 tarihli rehberindeki önerilerle iyice pekişmiştir. Nitekim bu rehberlerde COVID-19 şüphesi taşıyan hastalarda akciğer grafisi ve ardından toraks BT yapılması önerilmiştir. Bu yaklaşımın yerine radyolojik

yöntemlerin daha seçici olarak kullanılmasına yönelik olarak Türk Tabipleri Birliği ve Türk Radyoloji Derneği tarafından Sağlık Bakanlığı'na bir mektup gönderilmiştir (**Türk Tabipleri Birliği web sayfası, erişim 28.6.2020**).

Dünya Sağlık Örgütü 11 Haziran 2020'de yayınladığı kılavuzda düşük kanıt değerine sahip de olsa semptomatik hastalarda RT-PCR testi geç çıkıyor ise görüntüleme yapılabilirliğini önermiştir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası**).

Ülkemizin yukarıda belirtilen test koşulları bağlamında radyolojik görüntülemenin bu hastalığın tanısında sık kullanılması zorunlu kalınan bir durum olarak değerlendirilmelidir. Çünkü hastaların zamanında saptanması, hem tedavilerinin erken dönemde başlatılması, hem de hastalığın yayılmasının kontrol edilmesi, yani hastaların uygun koşullarda izole edilmesi, böylece hem sağlık çalışanlarının hem de hastanın sosyal/ailesel çevresinin korunması açısından gereklidir.

Ancak test yöntemleriyle ilişkili sorunlar sonucunda radyolojik yöntemlere daha sık başvurulmak zorunda kalınmasının bir maliyeti de vardır. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı'nın rehberlerinde düşük radyasyon dozlu BT kullanımı önerilmekteyse de, ülkemizde düşük doz BT'nin yeterince uygulanabilmesine izin verecek koşulların (cihazların teknik alt yapısı ve uygulayıcı farkındalığı/deneyimi) varlığı konusunda yeterince veri bulunmamaktadır. Ayrıca BT, radyasyon dozu ne kadar düşürülmeye çalışılırsa çalışılsın, yine de seçici kullanılması önerilen bir yöntemdir, zira tıbbi radyasyon ile kanser arasında bir neden-sonuç ilişkisi radyoloji literatürünün kadim tartışma konularındandır.

Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın rehberinde radyolojik yöntemlerin kullanılmasına ilişkin önerilerin gözden geçirilmesi gerekiyordu. Rehberin 11. Bölümü (Belirlenen COVID-19 Polikliniğinde Erişkin Hasta Yönetimi) şöyle demektedir:

“Belirlenen COVID-19 polikliniğine maske takılı olarak, triyaj/yönlendirme alanından gelen hastaların COVID-19 olgu tanımı açısından değerlendirmesi yapılır.

Bu değerlendirme kapsamında;

- » *COVID-19 olgu tanımına uyanlar, belirlenen alana alınır.*
- » *Sağlık personeli, uygun kişisel koruyucu ekipman (önlük, tıbbi maske, gözlük/yüz koruyucu, eldiven) giyerek hastanın bulunduğu alana girer.*
- » *Hastanın anamnezi alınır,*
- » *Muayenesi yapılır:*
 - » *Vital bulgularına bakılır (kalp hızı, ritmi, solunum sayısı, kan basıncı, vücut sıcaklığı ve şartlar uygun ise oksijen saturasyonu kontrol edilir),*
 - » *Genel durumu stabil olmayan hastanın; solunum desteği, dolaşım desteği sağlanarak ilgili servise yatırışı yapılır,*
 - » *Durumu stabil olan hastanın muayenesi yapılır.*
 - » *Tetkikleri istenir;*
 - » *Kan tetkikleri: Tam kan sayımı, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, klor, AST, ALT, total bilirubin, LDH, CPK, D-dimer, ferritin, troponin, C-reaktif*

protein değerleri istenir.

- » *Görüntüleme: Akciğer grafisi çekilir ve değerlendirilerek, aşağıdaki tanımlanmış durumlarda uygun teknikle Akciğer BT çekilir.*
- » *BT çekilemeyecek olan gebe hastalarda öykü ve muayene bulgularına göre klinik olarak karar verilir.*
- » *Akciğer BT:*
 - » *Ateş +, öksürük – ve Akciğer grafisi doğal: Kontrastsız düşük doz BT*
 - » *Ateş +, öksürük – ve Akciğer grafisi tanısal/tanısal değil: Kontrastsız düşük doz BT*
 - » *Ateş +, öksürük +, komorbid hastalık veya ileri yaş (50 yaş ve üzeri) + ve tanısal olmayan akciğer grafisi: Kontrastsız tam doz BT, başka bir hastalık nedeniyle endikasyon varsa kontrastlı BT çekilir.”*

Bu yazılanlardan, COVID-19 polikliniğine alınan her hastaya muayene yapılacağı, kan tahlilleri isteneceği ve akciğer grafisi çekileceği, ardından akciğer grafisi sonucu ne olursa olsun kontrastsız düşük doz BT çekileceği anlaşılmaktadır.

Bu önerinin bilimsel literatür bilgileri ve önerileriyle tam olarak uyduğundan söz edilemez. Toraks görüntüleme konusunda saygın bir dernek olan ve aralarında radyologlar ve pulmonologlar da bulunan Fleischner Derneği'nin COVID-19 bağlamında radyolojinin kullanımı ile ilgili olarak yakın zamanda radyolojinin dünya çapında en saygın yayın organı olan Radiology'de yayınlanan makalesinde COVID-19 şüphesi ile başvuran her hastada görüntüleme kullanılması önerilmemektedir (**Rubin GD, 2020**). Özellikle hafif klinik belirtileri olan hastalarda risk faktörleri yoksa görüntülemeye başlangıçta yer olmadığı belirtilmektedir. Benzer öneriler saygın başka uluslararası dernekler tarafından da yapılmıştır. Ayrıca Bilim Kurulu'na Türk Radyoloji Derneği'nin yazdığı mektupta da görüntüleme yöntemlerinin aşırı kullanımı konusundaki çekinceler paylaşılmıştır.

Rehberdeki önerilere dayanarak klinik bulguların ağırlığına bakılmaksızın çok sayıda hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) tetkiki yapılmıştır. COVID-19 ön tanısı ile çekilen BT'lerin önemli bir kısmının normal sonuçlandığı, normal sonuçlanan hastalar arasında iyonizan radyasyona hassas genç bireylerin fazlaca bulunduğu görülmektedir. Toplumun önemli bir kısmının üstelik de radyasyonun etkilerine daha duyarlı olan genç kişilerin radyasyona maruz kalmasının uzun vadede radyasyondan kaynaklanan kanser sıklığında artış gibi arzu edilmeyen sonuçlarının olabileceğinden kaygı duyulmaktadır. Ayrıca yeterli triyaj yapılmaksızın çok sayıda hastaya bilgisayarlı tomografi istenmesi, bilgisayarlı tomografi ünitelerinin yoğun ve aralıksız çalışmasına, COVID-19 pandemisi sırasında zorunlu olan cihaz sterilizasyonu ve tetkikler arası bekleme gibi enfeksiyondan korunma önlemlerinin yeterince uygulanamamasına, bunların sonucunda da hastaların bilgisayarlı tomografi ünitelerinden enfeksiyon kapmasına yol açabileceği göz ardı edilmemelidir.

Rehberdeki bu önerilere göre başvuran her hastaya BT çekilmesi durumunda ortaya çıkabilecek bir başka tehlike de şudur: BT'nin spesifitesi hastalığın toplum içindeki prevalansı yani pretest olasılığı ile ilişkili olduğundan, hastalığın toplum içindeki prevalansı azaldıkça BT'nin spesifitesinin azalması ve COVID-19 bulgularının diğer hastalıklardan ayırımının daha da güçleşmesi söz konusudur. Hastalığın toplum içindeki

yaygınlığı azaldıkça BT'nin yanlış pozitif sonuç verme olasılığının artmakta, pozitif öngörü değerini azalmaktadır. Dolayısıyla ülkemizde BT'nin tanıdaki yeri ile ilişkili önerilerin ülkenin salgın eğrisinin hangi döneminde bulunduğu dikkate alınarak geliştirilmeli ya da revize edilmelidir. Salgının azaldığı dönemde tarama amacıyla çekilen BT'lerde çok sayıda yanlış pozitif bulguyla karşılaşılacağı ve bunların hasta yönetiminde karışıklığa yol açabileceği dikkate alınmalıdır.

Türk Tabipleri Birliği Sağlık Bakanlığı'nın 14 Nisan tarihli rehberinin bu bölümünün gözden geçirilmesini, COVID-19 şüphesi ile başvuran hastalara akciğer grafisi çekilmesini, akciğer grafisinin tanısal olmadığı durumda veya klinik olarak ağır pnömoni bulguları bulunması durumunda (yani nefes darlığı ve/veya satürasyon düşüklüğü varsa) BT çekilmesini önermiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın 19 Haziran 2020 tarihli Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması'nda bu önerilerin revize edildiği görülmektedir. COVID-19 kuşkusu ile değerlendirilen hastalarda önce akciğer grafisi çekilmesi, akciğer grafisi normale ve belirlenen 5 kriterden hiç biri yoksa (komorbid hastalık, yaşın >50 olması, solunum sıkıntısı, oksijen saturasyonunun düşük olması (SpO2 < % 93), solunum sistemi muayenesinde patolojik bulgular) BT çekilmesine gerek olmadığı, bu 5 kriterden en az biri var ise akciğer grafisi normal olsa bile BT çekilmesi önerilmiştir (**T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, web sitesi**). Rehberin güncel hali Türk Tabipleri Birliği ve Türk Radyoloji Derneği'nin Sağlık Bakanlığı'na gönderdiği mektuptaki öneriler ile daha uyumludur.

Pandemi döneminde sağlık kuruluşlarının bazılarında ameliyat veya anestezi gerektiren işlemler öncesinde COVID-19 için yapılacak değerlendirmeler arasında BT'nin de dahil edildiği görülmektedir. Asemptomatik hastalarda BT COVID-19 pnömonisi için düşük bir duyarlılığa sahiptir. İngiltere'de Kraliyet Radyoloji Koleji (RCR) ameliyat öncesinde BT'nin COVID-19 taraması için rutin kullanımını önermemekte, bunun yerine hastanın kendisini ameliyat öncesi 14 gün boyunca izole etmesi, 7 gün boyunca semptom gözlenmemesi ve ameliyat öncesi 48 saat içinde RT-PCR'ın negatif olmasına bakılmasını tavsiye etmektedir (**Royal College of radiologists web sitesi**).

Sonuç olarak; yüksek duyarlılığı olan BT, özellikle PCR testi ile ilgili yetersizlikler olması durumunda COVID-19 tanı ve yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak başta radyasyon ve maliyet gibi nedenlerle BT rutin olarak değil, uygun indikasyonlarla kullanılmalı, gelişigüzel ve çok yaygın biçimde kullanılmasının önüne geçilmelidir.

Kaynaklar:

1. Ai, T (2020). Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases, Radiology, 26; 200642
2. Amerikan Radyoloji Derneği web sayfası, Erişim tarihi: 28.6.2020, <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID-19-Infection>
3. Bernheim A (2020). Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection, Radiology, 295(3): 200643.
4. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, <https://www.who.int/publications/i/item/use-of-chest-imaging-in-covid-19>
5. Güneyli S (2020). Radiological approach to COVID-19 pneumonia with an emphasis on chest CT, Diagn and Interv Radiol, 30 April 2020. 10.5152/dir.2020.20260 [Epub Ahead of Print]



6. Kunwei Li (2020). CT image visual quantitative evaluation and clinical classification of coronavirus disease. European Radiology; doi.org/10.1007/s00330-020-06817-6.
7. Royal College of Radiologists web sitesi, <https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/clinical-information/role-ct-chest/role-ct-screening>.
8. Rubin GD (2020). The Role of Chest Imaging in Patient Management during the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement from the Fleischner Society. Radiology, 296:172–180.
9. Schiaffino, S (2020). Diagnostic Performance of Chest X-Ray for COVID-19 Pneumonia During the SARS-CoV-2 Pandemic in Lombardy, Italy, Journal of Thoracic Imaging, 35(4); 105-106.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı web sitesi, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/algorithmalar/COVID-19-PLKACILHASTAYONETIMI.pdf>
11. T.C. Sağlık Bakanlığı web sitesi, https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_ERISKIN_HASTA_TEDAVisI.pdf
12. Türk Tabipleri Birliği web sayfası, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=465aaca6-8dd3-11ea-9b7d-6d38d16eb233

COVID-19 Pandemisinin 4. Ayında Birinci Basamak ve Karşılaşılan Sorunlar

Dr. Rıdvan YILMAZ
TTB Pratisyen Hekimler Kolu

Özet

Bireyi ve toplumu ayıran Aile Hekimliği sisteminde toplum sağlığı hizmetleri sunmak üzere planlanmış İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin bir türlü kurumsal kimliği oluşturulamamıştır. Toplum Sağlığı Merkezleri/İlçe Sağlık Müdürlükleri toplum sağlığının bütünü için Aile Hekimliği hizmetleri ile koordine edilememiş, sistem entegrasyonu sağlanamamıştır. İlçe Müdürlüklerinde toplum sağlığı kadrolarının yetersizliği yanında personeller çok sık değişmektedir. Eğitimli ve deneyimli kadro oluşturulamadığı gibi oldukça çok sayıda geçici görevlendirmeye iş yükü ve çeşitliliği de arttırılmaktadır.

Birinci basamakta ekip hizmeti, bireyin ve toplumun sağlık sorunlarının tanınması ve kesin çözümler üretilmesi için çok önemli bir güçtür. Eskiden birinci basamak ekibinin en önemli parçası olan Aile Hekimliği personeli artık bakanlık personeli statüsünde olmamaları nedeniyle aktif filyasyon ekiplerine dahil olamamıştır. Hastaneye başvurusu olursa başlayabilen ve o birey beyanı üzerinden devam eden bir filyasyon süreci birinci basamak dinamiklerine uygun değildir. Filyasyon ekibi ihtiyacını karşılayabilmek için kamu kuruluşlarında çalışan yüzlerce Diş Hekimi eğitimleri dışında bir görevi üstlenmek zorunda kaldılar ve sahada filyasyon çalışması yapıp test için numune aldılar. Maalesef ki bu 4 aylık süreçte aile hekimlikleri ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği oluşmadı.

Aile Hekimliği Sisteminde hekimlerin bireysel ve liste temelli hizmet sunumu toplumun bütününe değerlendirip sağlığa sosyal yönüyle de bakabilmeyi mümkün kılmamaktadır. Dolayısı ile toplumu gözardı ederek bireyi esas alan birinci basamak sağlık sistemleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici özelliklerini tam anlamıyla gerçekleştirmez.

Türkiye de ilk vakanın görülmesi üzerinden henüz 2.5 ay gibi kısa bir süre geçmiş olmasına ve halen virüsün yayılma hızının yeterince düşmemiş olmasına rağmen yeni normal adıyla toplumsal açılmanın sağlanması örgütlenmesi pandemi için zaten yetersiz olan birinci basamak sağlık hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir.

Günümüz Türkiye'sinde birinci basamak sağlık hizmeti sunumu bilindiği üzere 2005 yılında başlatılıp 2010 yılı sonunda tüm yurttaki uygulamaya sokulan Aile Hekimliği Sistemi ile toplum sağlığını ve birey sağlığını ayırarak hizmet sunumunu bölge tabanlı olmaktan çıkarmıştır. Sistem geniş ekip çalışmasını da bölen bir anlayışla uygulanmaktadır.

Bireye yönelik sağlık hizmetlerini aile hekimleri bir aile sağlığı çalışanı ile birlikte yürütmektedir. Toplum sağlığını ilgilendiren diğer işleri ve koordinasyonu İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri üstlenmektedir. İlçe Sağlık Müdürlükleri belirli bir coğrafi bölge ve nüfustan sorumluyken, aile hekimleri Türkiye'nin herhangi bir yerinden kendilerine kayıtlı olabilen belirli bir nüfustan sorumludur. İlçe Sağlık Müdürlükleri kendi ilçesinde yaşayan ama farklı ilçe ve illerde aile hekimleri olan ya da aynı ailede yaşayan

farklı farklı aile hekimleri olan çok sayıda kişi ile koordinasyon oluşturmaya çalışmaktadırlar.

Bireyin etrafında dönen filyasyon sürecinde bir aile, bir apartman ya da bir mahalleden sorumlu bölgesel bir tanımlama yapılamamaktadır. Bu nedenle pandemi planı ilk günden beri tamamen hastane ve hasta üzerine odaklıydı ve birinci basamak neredeyse yok sayılmıştı. Hastaneye başvurusu olursa başlayabilen ve o birey beyanı üzerinden devam eden bir filyasyon süreci birinci basamak dinamiklerine uygun değildir.

İlçe Sağlık Müdürlükleri kadrolarının yetersizliği çoğu zaman dile getirilmektedir. Birinci basamakta ekip hizmeti, bireyin ve toplumun sağlık sorunlarının tanınması ve kesin çözümler üretilmesi için çok önemli bir güçtür. Eskiden birinci basamak ekibinin en önemli parçası olan aile hekimliği personeli artık bakanlık personeli statüsünde olmamaları nedeniyle aktif filyasyon ekiplerine dâhil olamamıştır. Filyasyon ekibi ihtiyacını karşılayabilmek için kamu kuruluşlarında çalışan yüzlerce dış hekimi eğitimleri dışında bir görevi üstlenmek zorunda kaldılar ve sahada filyasyon çalışması yapıp test için numune aldılar. Bu 4 aylık dönemde tüm ağız dış sağlığı hizmetleri de askıya alınmış oldu.

Tüm filyasyon sürecinde Aile hekimlikleri sadece onlara bildirilen sayıda kişiye telefonla aramanın ötesine geçemeyen klinik izlem yapmakla görevlendirildiler. Böylece 25 binin üzerinde Aile Hekimi ve bir o kadar Aile Sağlığı Çalışanı Ebe ve Hemşire aktif filyasyonun dışında kalmış oldular.

Bireyi ve toplumu ayıran Aile Hekimliği sisteminde toplum sağlığı hizmetleri sunmak üzere planlanmış İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin çok sayıda yasal düzenlemelerle bir türlü kurumsal kimliği oluşturulamamıştır. Toplum Sağlığı Merkezleri/İlçe Sağlık Müdürlükleri toplum sağlığının bütünü için Aile Hekimliği hizmetleri ile koordine edilememiş, sistem entegrasyonu sağlanamamıştır. İlçe Müdürlüklerinde toplum sağlığı kadrolarının yetersizliği yanında personeller çok sık değişmektedir. Eğitimli ve deneyimli kadro oluşturulamadığı gibi oldukça çok sayıda geçici görevlendirmeye iş yükü ve çeşitliliği de arttırılmaktadır.

Durum böyle olunca pandemi sürecinde de birinci basamağın aktörleri olan İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Aile Hekimlikleri arasında olması gereken koordinasyon da sağlanamadı.

Sağlık Bakanlığının İl Sağlık Müdürlüklerine, Sağlık Müdürlüklerinin de İlçelere zamanında ve kesin bilgi aktarımı konusunda pek çok aksaklık yaşandı. Türk Tabipleri Birliği ve bağlı Odaları ile bazı dernekler ve sendikalar sağlık çalışanlarına yönelik eğitim çalışmaları ve toplantılar düzenlediler. Çoğu hekim bu şekilde Sağlık Bakanlığı dışı kaynaklardan bilgi sağladılar.

Maalesef ki bu 4 aylık süreçte aile hekimlikleri ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği oluşmadı. Her kurum hastaları ve temaslıları ayrı ayrı aradılar, ayrı ayrı bilgilendirdiler ancak birlikte değerlendirme ve çözüm üretme olanağı oluşmadı.

Hastanelerde tespit edilen vakaların filyasyon çalışması, evde tedavisi sürdürülen hastaların ilaç temini ve bilgilendirilmiş onam alınması ve yakınlarından ihtiyaç halinde numune alınması işleri ilçe sağlık müdürlüklerince yürütülmektedir.

Pandemi sürecinde vaka tespiti ve filyasyon çalışması sadece hastanelere başvuran semptomlu kişiler üzerinden yürütülmüştür. PCR testi pozitif olanlar, PCR negatif ama BT pozitif olanlar ve bunlara yakın temaslı olanlar üzerinden sürdürülen kısıtlı bir filyasyon ça-

lışması yapılmıştır. İlk üç ay boyunca bunların dışında yurt dışından gelenler, askerlikten dönenler, herhangi bir şekilde şikayeti olmaksızın test yapıp test sonucu negatif çıkanlar ve 65 yaş üstü olup il dışı seyahat eden kişiler kayıtlı oldukları Aile Hekimlerinde semptom gelişmesi yönünden 14 gün boyunca telefonla izlenmesi istenmiştir. Haziran ayında vaka teması olsa da belirti göstermeyenler test yapılacaklar listesinden çıkarıldılar. Semptomsuz pek çok kişinin virüs taşıyabildiği biliniyorken temaslı kişilerin testsiz bırakılması ve takip edilmemesi ciddi bulaşma riskini de taşımaktadır.

Süreci ilk başından değerlendirdiğimizde birinci basamak için hiçbir özgün hazırlığın olmadığı görülmektedir. Oldukça hazırlıksız yakalandığımız aşikârdı. Öncesinden iyi bir planlama ve eğitim organizasyonu yapılamamıştı. Şöyle ki birinci basamak çalışanlarına eğitim ilk vakanın açıklandığı hafta aletacele ve uzaktan eğitim şeklinde verilmiştir. Kişisel koruyucu ekipmanların ulaşımı çok geç olmuş ve Sağlık Müdürlüklerince gönderilen ekipman nitelik ve sayısı yetersiz kalmıştır. 4. Ayında bile halen gerek bilgilendirme gerekse standart bir uygulama birlikteliğinin sağlanmasında önemli sıkıntılar yaşanmaktadır.

İlk ayda kişisel koruyucu ekipmanların ulaşımı konusunda çok geç kalınmış, malzeme temininde çok zorlanılmıştır. İlçe Sağlık Müdürlüklerinde bu sorunun önemli ölçüde çözüldüğü görülmektedir. Aile hekimliklerine halen çoğu ilde kısıtlı sayıda cerrahi maske ve el dezenfektanı dışında lojistik destek sağlanmamaktadır. Bu durum kişisel inisiyatife bırakılmayacak kadar önemlidir ve Sağlık Bakanlığı sorumluluğundadır.

Ailelerin ihtiyaçları, ev yapısı, iş durumu, eğitim durumu vb. izolasyonun güvenliğini etkileyecek sosyal yönü sadece kâğıt üzerinde tariflendi fakat uygulamada göz ardı edilmiştir. Halen ev izolasyonu uygun olmayan kişiler için uygun karantina ortamları sağlanamamış durumdadır.

Bir apartmanda 4 COVID-19 pozitif hastanın dördü de farklı aile hekimine bağlı olabildiği gibi aynı ailede bile her birey farklı farklı aile hekimlerince takip edilebilmektedir. Bu durum sistemin bütünden ne kadar uzaklaşabildiğinin ve koordinasyonun ne kadar zor olacağını bir ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Birinci basamağın en büyük gücü sahaya inebilmesi ve koruma ile tedaviyi birlikte yapabilmesidir. İlçe Sağlık Müdürlüğü ekipleri dışında sahaya çıkarak sorunlara yerinde müdahale edebilecek başka insan kaynağı yoktur. Yeni normalleşme süreciyle İlçe Sağlık Müdürlüklerinin iş yükü daha da artmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde sağlık müdürlüğünde filyasyon ekiplerinde görevlendirilen Diş Hekimleri ya da diğer hastane ve kamu kurumlarından çekilen personeller görevlerine geri dönmeye başlamışlardır. Bu azalmayla birlikte mevcut eğitilmiş insan gücü giderek yoğunlaşan iş yükünü karşılayabilecek sayıda değildir. Gerçek anlamda filyasyon yapmak, sorunlara sahada müdahale edip çözüm üretmek minimize edilen bu hizmet sunumuyla mümkün görülmemektedir. Ayrıca personele yeterli dinlenme zamanı ayırmakta zorluk çekilmektedir. Birinci basamak bu haliyle gerçek kapasitesinde çalıştırılmamaktadır.

Filyasyonda Aile hekimleri sadece onlara tarif edilen ve sistemlerinde görebildikleri vaka ve vaka temaslıları izlemeyle sınırlı katkı sağlayabildiler. Aile hekimlerinin topluma yönelik sağlık müdahalelerinde bulunma yetkileri olmadığından salgına müdahale işinde dışlanmış oldular. Sistemlerine izlem için düşen kişilerin bir kısmına ulaşamadılar. Ulaşılamayanlar için sahaya inme ve ev ziyareti yapma yükümlülükleri olmadığından filyasyonun bu ayağı da ilçe sağlık müdürlükleri ekipleri sorumluluğunda yürütülmeye çalışılmıştır. Durum böyleyken Sağlık Bakanlığı aile hekimlerine vaka temaslılarına rapor düzenleme,

65 yaş üstü olup evden çıkamayanları 10 günde bir arayıp hal hatır sorma, ilaç ihtiyacı olanlara telefonla ilaçlarını düzenleme, tarama amaçlı yapılan testi negatif olan kişileri 14 gün boyunca arama, il dışına giden 65 yaş üstü nüfuslarını telefonla takip etme gibi işler tarif etmiştir.

Hizmet sunumu açısından birinci basamağın önemli işleri olan koruyucu hekimlik uygulamaları pandemi süresince sekteye uğramıştır. Poliklinik sayıları hastaneler kadar olmasa da ilk üç ay birinci basamakta da belirgin sayıda düşmüştür. TTB Pratisyen Hekimler kolü olarak Mayıs ayının sonunda Türkiye'nin ellinin üzerinde kentinden çok sayıda aile hekimiyle yapılan görüşmelerde alınan bilgiler bağışıklama hizmetlerin bebek aşıları öze- linde pek değişmediğini, erişkin bağışıklamanın ise negatif olarak etkilendiğini gözlenmek- tedir. Yine aynı geri bildirimlerde toplam poliklinik sayısı, kronik hastalıkların takip sayısı, kanser taramaları sayısı, üreme sağlığı hizmetleri sayısı ve laboratuvar hizmetleri sayısının azalmış olduğu belirtilmiştir. Son 2-3 haftadır ise yeniden normalleşmenin getirdiği ser- bestlik ile birlikte aile hekimliklerinde poliklinik sayılarının arttığı gözlenmiştir. Bu dönem- de Aile Hekimlerine daha önce okullarda yapılan 48. ay ve 13 yaş çocuk aşılarının ya- pılması da yeni görev olarak tanımlanmıştır.

Aile Sağlığı Merkezi binaları uygun triaj işlemi yapabilecek ve sağlam/hasta izolasyonunu sağlayabilecek fiziki şartları olan standart binalarda sahip değildir. Bu nedenle aile hekim- liklerinde sağlam çocuk, bebek, gebe izlemeleri ve bağışıklama hizmetleri için gelenlere bina alt yapılarının yetersizlikleri nedeniyle güvenli ortam sağlanamamaktadır. Son hafta- larda artan poliklinik sayısı sorunları artmış ve özellikle yaz ayları sonrası iyice artacaktır. 1 Haziran sonrası yeni döneme yönelik onlarca işyeri için normalleşme rehberi hazırlayan Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık kurumları için hazırladığı rehberde birinci basamak kurumları- nın göz ardı edildiği gözlenmektedir. Aile Sağlığı Merkezleri rehberine ancak 18 Haziran'da yapılan güncellemeyle eklenmiştir. Rehberde aile sağlığı merkezlerine randevusuz gidile- bilme durumu devam ettirilmiştir. Randevusuz hasta kabulü öngörülemez yığılmalara neden olabilecektir. Zaten yetersiz bina alt yapıları nedeniyle bu yığılmalar hastalık bulaş riskini arttıracak önemli bir etken olarak görülmektedir.

Hastalığın belirli yaş üstü ve kronik hastalığı olanlarda daha ölümcül seyrettiği bilinmesi- ne rağmen sağlık çalışanları çalışmaktan geri çektirilmemiştir. Çok sayıda enfekte olan hekim ve sağlık çalışanı olmuş ve maalesef ölümler yaşanmıştır. Mesleklerini yaparken yakalandıkları kesin olan ve ölümlerle sonuçlanabilen bu hastalık durumu ne yazık ki halen meslek hastalığı olarak sayılmamaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanlarına tarama amaçlı PCR testi çoğu ilde uygulanmamıştır; uygulanan yerlerde de sadece bir kez test yapılmıştır. Halen antikor testleri birinci basamak sağlık çalışanlarına uygulanmamıştır

Pandemi kurullarında sürecin başından bugüne kadar birinci basamak sağlık çalışanları temsiliyeti yoktur. Bu nedenle sahada uygulanabilirliği olmayan kararlar kolaylıkla alınabilmektedir.

İşyeri hekimleriyle yaptığımız görüşmeler işyeri hekimlerinin filyasyon çalışmalarına yete- rince aktif katılım sağlayamadığını göstermektedir. İlçe Sağlık Müdürlükleri bölgelerindeki işyerlerinin İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kurulları ile koordinasyonu gerçekleştirememiştir. Tüm filyasyon sürecinde vakanın ana kaynağını bulmakta zorluk çekildiği, daha çok kim- lere bulaştırılabileceği üzerinde durulduğu gözlenmektedir.

Bugüne kadar Sağlık Bakanlığı'nca yapılan test, vaka, ölüm, yoğun bakım gibi birkaç toplam sayı dışında hiçbir epidemiyolojik veri paylaşımı yapılmamaktadır. Sağlık Bakan-

lığı'nın HES uygulamasından vakaların ilçe ve mahalle renk skalasına göre sosyo- ekonomik düzeyi daha düşük denebilecek bölgelerde hasta yoğunluğunun arttığını görebilmek mümkündür. Halbuki birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle de bu bölgelerde güçlendirilmesi gereken hizmetlerdir. Boş kalan/tercih edilmeyen ve sık Aile Hekimi değişen birimlere bakılacak olursa çoğunlukla bu bölgeler olduğu görülecektir Aile hekimliği sistemi bu bölgelerde halkın gerçek birinci basamak sağlık hizmetine ulaşmasını da engellemektedir. Özellikle büyük şehirlerde aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmaya yönelik özel bir kamusal zorlama yoktur. Yeni birim açılması bireysel inisiyatife bırakılmıştır. Sağlıkli yaşam merkezleri gibi koruyucu sağlık hizmeti veren kurumların hizmetleri de bu süreçte durdurulmak zorunda kalmıştır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri göz ardı edilmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri eğitim, barınma, beslenme, iş, gelir, çevre vb. etkenlerdir. Yoksulluk, işsizlik, kötü yaşam koşulları, kötü çalışma koşulları, kötü kentleşme ve çevre sorunları sağlıklılığı etkileyen çok önemli bileşenlerdir. Pandemi süresince işsiz kalan, yaşam koşulları daha da kötüleşen çok sayıda kişi olmuştur. Sağlığın sosyal hali bir hak olarak talep edilmediği gibi klinik temelli aile hekimliği uygulaması hekimliğin sosyal yönü de yokmuş gibi bir yanılsama da oluşturmuş durumdadır. Özellikle Aile Hekimliği Sisteminde hekimlerin bireysel ve liste temelli hizmet sunumu toplumun bütününe değerlendirip sağlığa sosyal yönüyle de bakabilmeyi mümkün kılmamaktadır. Dolayısı ile toplumu gözardı ederek bireyi esas alan birinci basamak sağlık sistemleri, sağlığı koruyucu ve geliştirici özelliklerini tam anlamıyla gerçekleştirmez.

Sonuç olarak birinci basamak sağlık hizmetinin etkin, nitelikli, eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, kamusal, ekibe dayalı, bölge tabanlı ve bütüncül olarak verilmesinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Türkiye birinci basamak sisteminin tekrar gözden geçirilmesi ve birinci basamağı kalıcı olarak geliştirebilecek bir yönetime girilmesi gereklidir.

COVID-19 Salgını Sırasında Aile Hekimliği

Dr. Emrah Kırımlı

TTB Aile Hekimliği Kolu

Özet

Mayıs ayından başlayan dönemde aile hekimliği hastanelere gidemeyen toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılandığı başlıca temas noktalarından olmuştur. Ancak bu dönemde de birinci basamak ve aile hekimliği salgın yönetiminin dışında kalmış, uygunsuz ve gereksiz uygulamalar dayatılmaya devam etmiştir. Bilim kurullarında aile hekimliği çalışanları ve aile hekimliği akademisyenlerinin yer almaması bu sorunlarda etken olabilir. TTB Aile Hekimliği kolu birinci basamakta COVID-19 yönetimi rehberini yayınlamış, olası vaka dışında kalan semptomları, tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerini, COVID-19 olanların semptomlarının yönetimini üyelerine duyurmuştur. Salgın sırasında ASM çalışmaları nasıl yapılacak, filyasyon için hastalar nasıl izlenecek ve yönlendirilecek, koruyucu maddelerin temini ve kullanımı nasıl olacak konularını kapsayan bakanlık rehberleri ve eğitimleri hazırlanmamış, aile hekimlerinin eskisi gibi çalışmaya devam etmeleri beklenilmiştir. Bunun sonucunda çok sayıda aile hekimliği çalışanı hastalanmıştır. Aile hekimliği çalışanlarına salgına özel bir düzenleme önerilmediği gibi herhangi bir maddi ve manevi destek sağlanmamıştır. Bu dönemde hastalanan sağlık çalışanlarının maaşları ciddi oranda kesilmiştir. Haziran ayındaki normalleşme ile filyasyon uygulamaları ve test alma kriterleri değişmiş, aile hekimliği takip listeleri hangi amaca hizmet ettiği anlaşılabilir bir noktaya gelmiştir. Salgının ivmelenme aşamasındaki hastane temelli yaklaşım, baskılama döneminin rahatlığı ile devam etmiştir. Birinci basamağın salgın yönetiminde yeri, neleri yapabileceği, nasıl bir örgütlenmesi olmalı konuları konuşulmuş ama uygulamaya yönelik tartışılmamış, aile hekimliği çalışanlarının görüşü alınmamış ve masa başındakilerce kararlar alınmıştır. Aile hekimliğine yönelik bu dışarıdan bakışın biteceğini umut etmemizi sağlayacak bir veri yoktur. Salgının ilk tepe noktasında da baskılanma aşamasındaki bölgesel alevenmelerde de birinci basamağın salgın yönetiminde geri planda bırakıldığını ve sadece hastanelerin kompanse edildiği görüyoruz. Salgının dördüncü ayını; daha çok aile hekimliği çalışanının hastalanacağı, hastalandığı için maaş kesintisi ile cezalandırılacağı, yoksul ve güvencesiz milyonlarca vatandaşımızın da zor durumda bırakılacağını tahmin edebildiğimiz endişemizle geride bırakmış durumdayız. Yapılması gereken birinci basamak örgütlerinin ve aile hekimliği çalışanlarının katılımıyla, hastaneden değil mahalleden yapılacak bir salgın yönetimini planlama ve yol haritası hazırlamak olmalıdır.

Salgın sürecinde 7 kişinin aynı hanede kaldığı bir ailem var. Anne evlere temizliğe gidiyor. Baba bir dükkânda kalfa. 4 çocukları var evleri küçük, imkânları dar olduğu için çocukları bir vakıf yurdunda kalıyor ve eğitimine öyle devam edebiliyor. 2 hafta önce anne geldi, bulantı ve kusması var. 2 gün sonra ishal ile birlikte tat ve koku alma kaybı başladı. Çocuğunda da aynı hikâyeye oldu. Baba şu an hastanede. Evde gençlerden birinin bağışıklık baskılayıcı tedavi kullanmasını gerektiren kronik bir hastalığı var. Salgın sürecinde aile hekimliğine başvuran pek çok benzer hastadan biri. TTB aile hekimliği COVID-19 rehberinde tarif ettiğimiz COVID-19 belirtilerine uyan bir kombinasyon. Ancak aile hekimleri test yaptıramıyor, izolasyonda zorlanıyoruz. Bu gibi hastalar ne filyasyon listesine girebili-

yor ne de izolasyon takip listesinde. Aile hekimleri kendi ayrı izolasyon listesine alıyor bu hastaları, hastalar da evde ek belirti çıktıkça arıyorlar. Yıllardır aile hekimliğinde takip edilen bu aile salgının neresinde? Aile hekimliği salgının neresinde?

COVID-19 SALGININDA AİLE HEKİMLİĞİ KRONOLOJİSİ

Salgının dördüncü ayı geride kalırken, bugüne kadar birinci basamağa verilen roller ve birinci basamağın tepkisi ne oldu? Buradan yola çıkarak, aile hekimleri, hastalar ve birinci basamağın salgın yönetiminde yerini konuşalım.

İlk adım: Olası vakanın izolasyonu ve yurtdışı girişlere rapor verilmesi. 2 Mart 2020

Türkiye’de birinci basamak salgın yönetimine 2 Mart 2020’de yurtdışı girişlilerin izolasyonu için rapor verme makamı olarak katılmıştır. Henüz ilk resmi vakanın görülmediği ancak Çin ve sonra İran ve İtalya örneklerinin endişe ile izlendiği zamanlardır. Bu tür izolasyon uygulamalarının gümrük kapılarında yapıldığı ve kolluk kuvvetlerince takip edildiği ülkeler (Kore, İsrail, Tayvan gibi salgın yönetiminde daha başarılı olacak örnekler) o tarihte de mevcuttu. Bulaşma riski taşıyan kalabalık ASM koridorlarında, ASM’yi sık kullanan çocuklar ve kronik hastalığı olanlar ve yaşlılarla riskli hastaların bir araya gelmemesi gerektiğini belirten birinci basamak örgütleri bu uygulamaya şiddetle itiraz etti. Salgında aile hekimlerinin sesi ilk olarak böyle çıkmıştı. Ne yazık ki bu itiraz kamu idaresi tarafından kabul görmedi. Bugün itibari ile pozitif ya da temaslı vakaların izolasyonu sürecinde kilerin rapor verme makamı halen esas olarak birinci basamaktır. Bu seslenişlerin kabul edilmediğini ilerleyen aylarda da gördük.

Aile hekimliğinin salgın yönetiminde akla gelen ancak fikri sorulmayan, güçlü ve zayıf yanları sorgulanmayan bir alan olacağını salgının başında anladık. Önerilere yanıt alamamak da ülkemizde salgın kontrolü için alınan kamusal ilk önlemlerden biri çocuklar ve yaşlıların sokağa çıkmalarının yasaklanması ve kronik hastalığı olanların idari izinli sayılmaları olmuştur. Sonuçta aynı noktada buluştuk. Bu itiraz, yanıt almama ama ancak uygulamaya koyma durumunu salgının ilerleyen dönemlerinde de göreceğiz. TTB, bilim kurullunda yer almasa da uyarı ve önerilerinin dikkate alındığını da gördük.

İkinci adım: Filyasyon ve vaka takibi: 18 Mart 2020

Birinci basamağın salgın kontrolündeki ikinci rolü filyasyon denilen ancak temelde temaslı ya da pozitif vaka takibi olan hasta listelerinin aile hekimlerine atanması olmuştur. 18 Mart 2020’de umre ve yurt dışı çıkışlılar ile filyasyon listeleri başlamıştır. O tarihte resmi vaka sayımız 191 idi. Aile hekimleri olarak filyasyonda ne yapacağız telefonla hasta yönetiminde nelere dikkat edilecek konusunda bir metot oluşturmadan sahada çalışmaya başladık. Karantina yurtlarında görevlendirmeler de bu dönemde gerçekleşti.

Birinci basamakta alınmayan önemler. Aile hekimliği kendi OHAL’ini ilan etti.

18 Mart 2020 aynı zamanda COVID-19 nedenli ilk ölümün gerçekleştiği gündü. Ülkemizde hayatını kaybeden ilk kişinin bir sağlık çalışanı (eczacı İG) olduğu yönünde tartışmalar başlamıştı. Birinci basamağın salgındaki rolü, hastaları ve kendilerini nasıl koruyacağına dair tartışma yine sadece sağlık çalışanları arasında yapıldı. Birinci basamak örgütleri çalışanlar ve hastaları korumak için hızlıca önerilerde bulundular. Triaaj uygulamaları, aşılamaların ayrı bir zamanda ve mekanda yapılması ve rutin hasta yükünün azaltılması önerilerin temeli oldu. Hastaneler için sağlanan triaj organizasyonu, rutin işlerin ertelenmesi, servislerin boşaltılması, randevulu olmayan hasta bakılmaması ve en önemlisi kişisel koruyucu ekipman desteği birinci basamaktan esirgendi. Aile hekimlerine “**kişisel**

koruyucu ekipmanınızı kendiniz alacaksınız” denildi. Ancak o sırada da KKE satışı yoktu ya da fahiş fiyatlı idi. İl ve ilçe sağlık müdürlerince başımızın çaresine bakılması istendi.

N95 gibi sadece sağlık çalışanlarının ve riskli müdahalede kullanacağı maskeler satıldı ve bunun için bir ara reçete bile istenir oldu. 100 adet koruyuculuğu şüpheli cerrahi maske 250 liralara çıktı. Haziran ayında bu maskelerin fiyatı 30 liraya kadar düşmüştü. Maske, eldiven, siperlik, dezenfektan, sabun, alkol gibi temel malzemeler için cebimizden harcamadan ziyade, bu salgında harcanabilir olduğumuzu görmek yakıcı idi. Ne yazık ki bu dönemde çok sayıda aile hekimliği çalışanı hastalandı.

Aile hekimliği örgütlerinin salgına yanıtı. Rehberler, algoritmalar, ikincil zararların önlenmesi. Nisan 2020

TTB, aile hekimliği kolu ve oda komisyonları başta kişisel koruyucu malzeme desteği olmak üzere yayınladığı birinci basamak rehberi ile aile hekimliği çalışanlarının yanında yer aldı. Benzer şekilde dernekler ve sendikalar aile hekimliği çalışanları için salgın yönetimi rehberleri yayınlamaya başladı. Sağlık Bakanlığı COVID-19 rehberlerinde aile sağlığı merkezleri 16 Haziran 2020’ye kadar yer almadı. Bu 3 aylık dönemde birinci basamak örgütleri kendi rehberlerini yayınladılar.

TTB, dernekler ve sendikalar sağlık çalışanlarına yönelik eğitim çalışmaları ve toplantılar düzenlediler. Sağlık Bakanlığı halen birinci basamak hekimlerine genelgeler dışında bir bilgi paylaşımında bulunmamıştır. ASM’de salgın nasıl yönetilecek, koruyucu malzemeler nasıl temin edilecek ve kullanılacak, hasta yönetimi nasıl yapılacak gibi temel başlıklarda yapılandırılmış COVID-19’a özel bir eğitim düzenlenmedi. Dünya örneklerinden de biliyoruz ki COVID-19 tanılı hasta bakmayan ama rutin hasta bakımına devam eden aile hekimleri gibi “orta riskli” grubun SARS CoV-2 virüsü ile karşılaşma riski, COVID-19 poliklinik ve servislerinde çalışan “yüksek riskli” sağlık çalışanlarından daha yüksek. Bu bilgi dışarıda bırakılan aile hekimliği çalışanlarının hastalanma ve taşıyıcı olma riski açısından kırılganlığını bir kez daha gösterdi.

COVID-19 döneminde ikincil zararların önlenmesi: Nisan 2020

Nisan ayında salgının tepe yaptığı bölgelerde hastaneler polikliniklerini büyük oranda kapattı, hastalar açık olan sağlık kurumlarına gitmez oldu ve aile sağlığı merkezleri de öneriler doğrultusunda triaj ve teletıp imkânlarından yararlanmaya başladı. TTB aile hekimliği kolu rehberi önerileri doğrultusunda COVID-19 salgını döneminde kronik hastalıkları olanların, takip tedavilerin ve koruyucu uygulamaların kesintiye uğramaması için aile hekimlerine önerilerde bulunuldu. Dünyada görülen aşı uygulamalarında %30’a varan gerilemenin ülkemizde görülmemesinde birinci basamağın aldığı önlemlerin katkısı vardır. Aşı ve gebe izlemler için ayrı gün ve saatler oluşturulmuş, aşı ve izlem için başvurular rutin hastalardan ayrı mekânlarda takip edilmeye çalışılmıştır. Bunun sonucunu resmi verilerde göremesek de sağlık müdürlüklerinin yayınlamış olduğu ve aşı yapılmadığında hazırlanan performans itiraz sayılarının geçmiş yıllara göre azalmadığı görülmüştür.

Salgının bölgesel yayılımını bilmediğimiz için her bölge en kötü senaryoya göre hareket etmek zorunda kalmış muhtemelen hiç vaka görülmeyen yerlerde ASM’ler sanki salgın merkezinde çalışıyormuş gibi önlemler almak zorunda kalmıştır. Benzer şekilde salgının yaygın görüldüğü bölgeler de bilinmediğinden buralarda salgın kontrolü için alınabilecek önlem fırsatları kaçırılmıştır.

Tüm toplum kendini salgının tepe noktasında görünce Nisan ayından başlayarak kronik hastalık izleminde belirgin azalmalar olmuştur. Buna işaret eden önemli bir veri muayene ve tetkik sayılarındaki azalmadır. Salgının merkezi olan İstanbul ilinde, vakaların yoğun görüldüğü bir ASM'nin 2019 ve 2020 ilk 6 aylık karşılaştırması 2020 Nisan ve Mayıs aylarında kayıtlı hasta sayısı azalmamasına rağmen %90'lara varan keskin bir düşüşü göstermektedir.

2019/2020 ilk 5 ay tahliller						
	Tahlil Adı	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs
2019	ALT	145	118	119	100	83
2020		111	110	73	18	32
2019	AST	95	93	85	85	77
2020		91	80	54	12	18
2019	Beta-hCG	8	5	1	7	5
2020		9	1	3	2	1
2019	GGK	5	11	7	11	7
2020		4	1	2	2	1
2019	Hb A1C	24	26	27	21	24
2020		21	37	26	2	6
2019	Glukoz	146	123	124	118	85
2020		106	117	67	14	35
2019	BUN	51	50	45	48	42
2020		46	54	27	4	11
2019	Kreatinin	104	84	89	85	58
2020		70	76	45	7	14
2019	T.Kol	120	111	123	97	70
2020		94	103	62	7	18
2019	LDL	84	84	86	58	54
2020		72	79	54	6	14
2019	Tg	119	110	123	97	70
2020		94	103	62	7	18
2019	CBC	168	136	142	132	103
2020		126	122	77	18	38
2019	TSH	135	108	105	98	82
2020		98	91	54	11	34
2019	VitB12	127	98	111	89	67
2020	VitB12	94	95	53	7	21

Aynı bölgede yine 2019 2020 ilk 5 ay aşılamalarına bakıldığında aşılama sayılarındaki azalmanın daha sınırlı olduğu görülmektedir. Sayılardaki numerik azalma 2019 ilk 5 ay 338 bebek aşısı varken, bu sayının 2020 ilk 5 ay için 259'a düşmesine bağlanabilir. Hedef nüfustaki bu oransal azalmaya göre 2020 yılında 340 civarı aşı yapılması beklenirken gerçekleşen sayı 330'da kalmıştır. Bu azalma ise daha çok erişkin bağışıklama başvurularındaki azalma kaynaklıdır.

01.01.2020 İLE 31.05.2020 ARASI AŞI ANALİZİ		01.01.2019 İLE 01.06.2019 ARASI AŞI ANALİZİ	
Aşı Adı	Miktar	Aşı Adı	Miktar
(BCG) Tüberküloz (Bacille Calmette - Guerin)	16	(BCG) Tüberküloz (Bacille Calmette - Guerin)	21
(DaBT-İPA) Difteri, Tetanoz, aBoğmaca, iPolio	5	(DaBT-İPA) Difteri, Tetanoz, aBoğmaca, iPolio	8
(DaBT-İPA-Hib) Difteri, Tetanoz, aBoğmaca, iPolio, Hib	62	(DaBT-İPA-Hib) Difteri, Tetanoz, aBoğmaca, iPolio, Hib	91
(KKK) Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak	17	(KKK) Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak	26
(OPA) Çocuk felci	26	(OPA) Çocuk felci	40
(Td) Tetanoz, Difteri - Erişkin	27	(Td) Tetanoz, Difteri - Erişkin	29
Hepatit A	27	Hepatit A	44
Hepatit B	59	Hepatit B	61
		Hepatit B - Erişkin	24
Konjuge Pnömonok C - 13 Valanlı	89	Konjuge Pnömonok C - 13 Valanlı	91
Konjuge Meningokok	1	Konjuge Meningokok - ACWY	2
Konjuge Meningokok - ACWY	1	Polisakkarid Menengokok	1
		Kuduz	3
		PPD Solüsyonu	2
Rota Virüs - 1 Valanlı	1	Rota Virüs - 1 Valanlı	2
		Rota Virüs - 4 Valanlı	2
Suçiçegi	10	Suçiçegi	19
Influenza (grip)	1		447
Kızamık	3		
	330		

İkincil zarar tartışması aile hekimliği özelinde daha çok aşılamlar üzerinden yapılmıştır. Ancak bu dönemde evde kalan kişilerin sağlık riskleri artmış, kronik hastalık izlemleri ertelenmiş, esas olarak ASM'lerde yapılan kanser taramaları ve sağlıklı yaşam müdahaleleri geride bırakılmıştır.

Birinci basamakta görev alan sağlıklı yaşam merkezleri polikliniklerini tümüyle kapatmış ve aile hekimlerinin takip ettiği riskli gebeler, kronik hastalıkları olanlar ve riskli nüfusun destek aldığı diyetisyen, psikolog, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmetler uzmanı ve üreme sağlığı polikliniklerinde çalışan ebeler salgının yaygınlığına göre covid filyasyon ekiplerinde görev aldıklarından rutin çalışmalarında aksamlar yaşanmıştır.

Seyahat izinleri ve 65 yaş üzeri takibi ve telefon aramalarının işlevsizleşmesi: Mayıs 2020

65 yaş üstü nüfusu uzun süre evde kapalı tutmanın yarattığı risklerin giderek daha fazla dile getirilmesi ile sorunun çözümü için 65 yaş üzerindeki insanların memleketlerine ya da tatil yörelerine seyahat etmelerine izin verilmesi gündeme geldi. Salgın yönetiminde gördüğümüz pek çok az düşünülmüş/çalışılmış sorunda olduğu gibi bu kişilerin gittikleri yere enfeksiyon taşıma risklerinin nasıl yönetileceği meselesi ortada kaldığı bir döneme girdik. Çözüm olarak aile hekimlerinin 65 yaş üstünü telefonla aramaları bulundu.

Kültürel olarak insanların yazlıklarına ya da memleketlerine gitmeleri doğru görünen bir karardı. Yine kültürel olarak en güvenilir meslek grubu olan hekimlerin hastalarına dikkat edeceği şeyleri söylemeleri de doğru bir karar olarak görünmekte idi. Ancak burada birinci basamağın desteksiz ve insan kaynağının yetersiz bırakılması sorunu yeniden karşımıza çıktı.

Bir günde yine 60 kişinin telefonla aranması dayatması ve köyüne, yazlığına gitmiş bir kişiye ne deneceği nasıl kontrol edileceği bilinmeden her gün aranmasına birinci basamak örgütleri yine itiraz ettiler. Yazlıklarına, memleketlerine giden kronik hastalığı olan hastalar zaten şehirlerden ayrılmadan önce aile hekimlerine uğramaktaydı. Bu hastalar zaten dikkat edecekleri konuları biliyorlardı ve telefonla aranıp evde kalın demenin hiçbir işe yaramadığı Mart ve Nisan aylarındaki vaka teması aramalarından biliniyordu. Evde kalabilecek olan zaten kendine dikkat ediyor, kalabalıklara karışacak olan ise ne deseniz evde durmuyordu. Tek bir şehir için alınan seyahat izni ile isteyen istediği yere gidebilir oldu.

Aile hekimleri ev izolasyonuna uymayanlar için ilçe sağlık müdürlüklerini, muhtarlıkları ve polisi aramalarına rağmen bu konuda yeterli önlem alınmadığını Mart ve Nisan aylarında tecrübe etmişlerdi. Aynı hatayı tekrar dayatmak sahanın motivasyonun kırılmasına katkı sağladı. İtirazlarımız dinlenmemiş olsa da 65 yaş üzeri telefonla arama takibi 1 ay bitmeden Haziran ayında sonlandırıldı.

Evde şüpheli hastadan test almanın sonlandırılması ve sahada filyasyonun güçsüzleşmesi. Mayıs 2020

Mayıs ayı ikinci yarısında filyasyon ekipleri normalleşmeye hazırlık ile artık evlerde örnek almayı durdurdu. Salgının yoğun olduğu bölgelerde aile hekiminin takip ettiği temaslı ya da şüpheli hastada belirtiler ortaya çıkarsa ilçe sağlık ekipleri örnek almaya evlere gidebiliyordu. Bu uygulamanın sonlanması ile birinci basamakta salgın yönetimi için yapılabilecekler ve hastanın evde izolasyonu imkânı tümüyle kaybedildi. Semptom tarif eden hastanın, hastaneye kendi imkânları ile gitmesi önerildi. Yani dolmuş, otobüs gibi toplu taşıma araçları ile hastaneye gidecek, orada kalabalıklara karışacak ve pozitif çıkarsa sonucu 2 gün sonra öğrenecek.

Asemptomatik hane halkından test alınmaması. Haziran 2020

Haziran ayında buna vaka temaslı olup semptom göstermeyenlerin olası vaka ve test listesinden çıkartılması eklendi. Evinde pozitif hasta olan bir kişiyi 14 gün boyunca herhangi bir test yapmadan bekletmek ancak 2 boyutlu kağıt üstünde algoritmalarda mümkün. Gerçek hayatta bu kişiler ya gündelik hayatlarına devam edip işlerine gidiyorlar ya da hastanelere başvurup test olmaya çalışıyorlar. Her iki durum da salgının yayılması için kaynak oluşturuyor.

Vakaların azalması ile bunların etkisini henüz görmedik ancak salgın yönetiminde şüpheli vakanın kendi başına toplum içinde dolaşmasının riskini biliyoruz. Bu aşama birinci basamağın salgın yönetiminde katkı sağlayabildiği dar bir alanının tümüyle kapanmasına neden oldu. Hastalar da, aile hekimleri de salgında birinci basamağın yerinin istenmediğini öğrenmiş oldu. Bunu normalleşme sürecinde kronik hastalık idari izni uygulamasında da tekrar gördük.

Normalleşme, rutin çalışmanın organizasyonu ve kronik hastalıklar: 1 Haziran 2020

1 Haziran ile rutine dönüş çalışmaları başlamıştır. Sağlık bakanlığı kuaföründen, futbol liglerine, diyaliz merkezinden, radyoloji ünitelerine kadar onlarca sağlık ve sağlık dışı kurum/ünite için normalleşme rehberi yayınlamış ancak aile sağlığı merkezleri için bir rehber hazırlamamıştır. ASM'ler için Birlik ve Dayanışma Sendikası tarafından ASM pandemi normalleşme rehberi yayınlanmış, birinci basamak örgütleri ASM'lerde randevulu muayene yapılması, kalabalıklara izin verilmemesi konusunda uyarılarda bulunmuşlardır. Sağlık Bakanlığı ASM normalleşme rehberini ancak 16 Haziran 2020'de yayınlamıştır ve burada hastaneler için önerilen randevulu çalışma önerisi yer almamıştır. Hatta salgının merkezi olan İstanbul Sağlık Müdürlüğü web sitesinde AİLE HEKİMİNİZE RANDEVU ALMADAN BAŞVURABİLİRSİNİZ duyurusu ana sayfada yer almaya devam etmektedir. Oysa salgın yönetiminde sağlık kurumlarında düzensiz ve aşırı yığılmaların enfeksiyon yayılım kaynağı olduğunu biliyoruz.

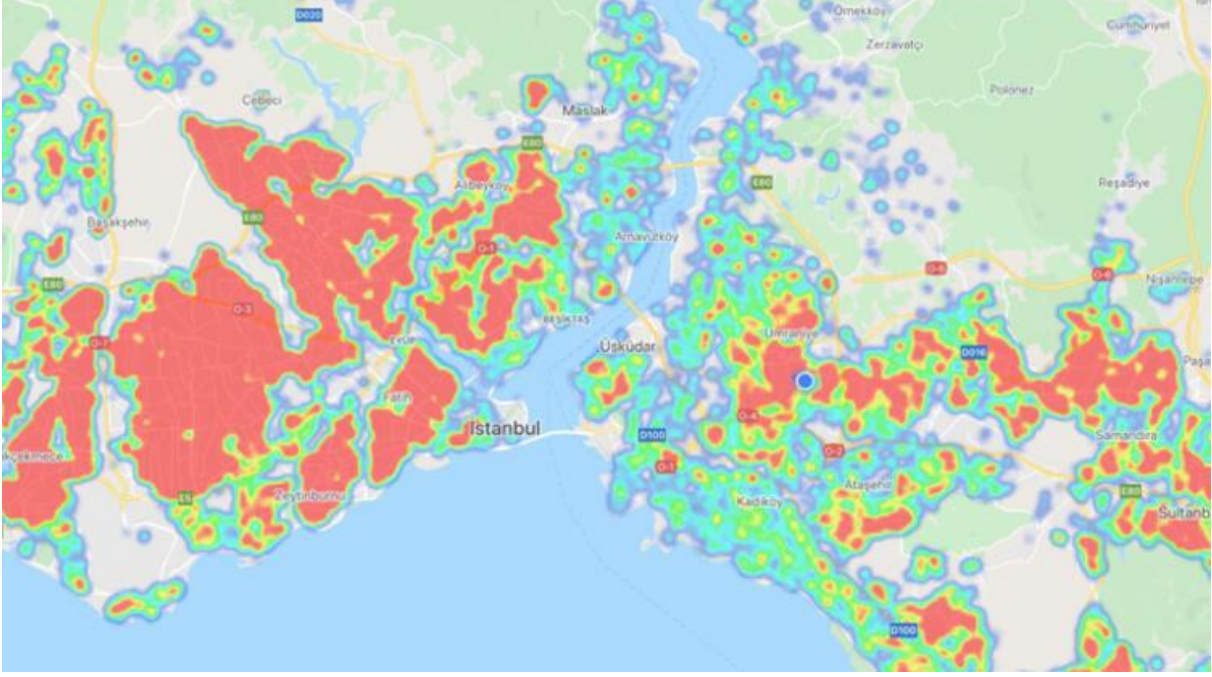
Sağlığınıza dair
her konuda ilk başvuracağınız
hekim Aile Hekiminizdir.
Aile Hekiminize
çalışma saatleri içinde
RANDEVU ALMADAN da
muayene olabilirsiniz.



1 Haziran 2020’de “**normalleşmeye**” geçtik. Bizi normalleşmeye geçiren İstanbul vakalarının azalması idi. Bu sayede günlük vaka sayıları düşmüş olarak görüldü ama aynı süreçte Ankara, Manisa, Diyarbakır gibi illerden vaka artışına dair bilgiler gelmeye başlamıştı. İstanbul kaynaklı vaka sayılarındaki azalma ortalamada gerçeğin görünmesini silikleştirdi ancak Haziran ikinci yarısına geldiğimizde Türkiye sayıları da artmaya başladı. Alınacak yeni bir kısıtlama önlemimiz olmadığı için bu sayılardaki artışın nasıl durdurulacağı önemli bir soru işareti. Tekrar evlere kapanmak baştaki filmin tekrar oynatılması olacak. Ana yayılma yolunun kümeler oluşunu bildiğimiz enfeksiyonun kontrol edilmesi için bu bulaş kümelerinin yerinde ve erken tespiti bize salgını baskılama imkânı verecektir.

Ortalamada kaybolan eşitsizlikler. Haziran 2020

Günlük vaka sayıları düştükçe düşük nüfuslu bölgelerdeki büyük artışlar ortalama içinde kayboldu. Bölge temelli bir salgın yönetimi olmayışının etkilerini burada da görmeye başladık. Salgın İstanbul’dan Anadolu’ya yayıldıkça ortalama sayılar azaldı ama Cizre gibi eşitsizliklerden en fazla mağdur olan bölgelerde hastalananların sesi duyulmaz oldu. Cizre nüfusu olan 124 bin, İstanbul’un kalabalık ilçelerinden birinin sadece 3 mahallesinin nüfusu kadar. İstanbul özelinde vaka azalması da sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ilçelerde gerçekleşirken aile hekimliğinin temel hedef kitlesi olan yoksul mahallerde yoğun olarak devam etti. Sağlık Bakanlığı verilerinden göremesek de hayat eve sığar uygulamasında kırmızı olan bölgelerin eşitsizliklerin daha fazla etkilediği olduğu bölgeler olduğu da görünmekteydi. Ne yazık ki meşhur Sağlık Bakanı’nın her akşam yayınladığı ve salgını takip edebildiğimiz tek resmi kaynak olan Turkuaz rengi özenli tablo bu kırmızılıkları örtmekteydi. Aşağıda gördüğümüz İstanbul için farklılıklar tüm ülke genelinde benzer şekilde devam etmekte.



Kronik hastalığı olanların idari izinli sayılmasındaki ikircikli tutum: Haziran 2020

Normalleşme ile birlikte salgın sürecinde idari izinli sayılan hastaların izinleri bitmiş oldu. Bu grubun korunması için e-devlet uygulaması ile uygun raporlu hastalığı olanların idari izinleri devam etti. Ancak COVID-19 açısından riskli olan diyabet, hipertansiyon gibi hastalığı olanlar, sistemde raporu olmayanlardan oluşan geniş bir grup idari izin alamadılar. Pek çok uygulamada gördüğümüz çözüm burada da karşımıza çıktı. **Aile hekiminizden rapor alabilirsiniz.** Ancak burada beklenmedik bir sorun çıktı. Aile hekimleri COVID-19 açısından riskli olan hastalarına rapor vermeye başlayınca bu yetki hemen 1 gün içinde iptal edildi. Birinci basamağa verilmiş bu ek görev ve yetki ile iptal edilen aslında salgına karşı kendi OHAL'ini ilan etme gücü kısıtlı olan düşük orta gelir grubundaki birinci basamağın asıl hastaları idi. Evde test imkânının iptalinde de, bu uygulamanın iptalinde de risk altında bırakılan grubun benzerliği salgın yönetiminde geride bırakılabilecekler ve korunması gerekenler ayrımını anlamamızı sağlayan bir belirteç oldu. Aile hekimliği gibi, aile hekimliğinin ihtiyaç sahibi olan orta ve altı gelir grubundakiler salgın önlemlerinin kenarında bırakılmıştı.

Okul dönemi aşularının aile hekimlerine devredilmesi. Temmuz 2020

Onlarca yıldır okullarda yapılan aşılama salgın döneminde tartışılmadan aile hekimlerine devredildi. Yaz döneminde salgın nedeniyle şehirlere ayrılmış çocukların aşularının eksik kalması ve bir başka enfeksiyon riski ile toplum karşı karşıya bırakıldı.

Salgının 3 ve 4. Aylarında aile hekimliği çalışanlarının yaşadığı başlıca sorunlar

Aile hekimliği çalışanlarının yaşadığı sorunlar

- Salgın yönetiminde belirsiz görevler ve angaryalar artarak devam etti.
- Salgının başında aile hekimliğine sağlanmayan koruyucu ekipmanlar gibi normalleşme ile aile hekimliğine yönelik bir koruyucu planlama sağlanmadı
- Salgın yönetiminde görev alan çalışanlara yönelik maddi destek aile hekimliği çalışanlarından esirgendi.

- Hastalanan aile hekimliği çalışanlarının hastalığı meslek hastalığı sayılmadığı gibi hastalananların maaşlarının yarıya yakını kesildi.
- İzinlerin ertelenmesi ise Temmuz ve Ağustos aylarına sıkışan izin dönemi hem izin tarihlerini ayarlamayı zorlaştırdı hem de izin alanların yerine görevlendirme yapılmadığı için geride klan çalışanların iş yükünü artırdı.
- Herhangi bir maddi destek sağlanmayan aile hekimleri artan koruyucu malzeme temini konusunda sıkıntı yaşamaya devam etti.
- Aile hekimliği çalışanlarına biraz olsun güvence sağlayacak tarama testleri salgının bu döneminde hiç yapılmadı.
- Aile hekimliği çalışanlarına COVID-19 yönetimi konusunda eğitim desteği bu dönemde de sağlanmadı.
- Maske takarak ya da fiziksel mesafeyi koruyarak ASM'ye başvurması istenen hastalar şiddet uygulamaya devam etti. Fiziksel şiddetin yanı sıra idareye bu nedenle şikâyet edilen aile hekimleri hakkında soruşturma açıldı.
- Balıkesir'de esnek mesai uygulamak isteyen bir aile hekimi açığa alındı. Kocaeli'nde koruyucu maske desteği için ilçe belediyesine teşekkür eden bir aile hekimi hakkında soruşturma açıldı. Ağrı'da koruyucu malzeme eksikliğini dile getiren bir aile hekimi açığa alındı. Sakarya'da bir aile hekimi idarenin baskısı ile açığa alındı.
- Küçük çocuğu olan ve yoksulluk sınırı altında maaş alan aile sağlığı çalışanları kreş ya da bakım verici desteği olmadığı için çocuklarından ayrı yaşamaya devam etti.
- Bölgesel eşitsizliklerden dolayı zaten zor şartlar altında çalışan aile hekimleri artan iş yükü ve salgın baskısı altında ezildi.
- Cezaevlerinde görevli aile hekimlerine sürüntü alma görevi verilmeye başlanmıştır.
- Maske reçeteleme, seyahat izni alma, kronik hastalık raporu alma, yurt dışı giriş sonrası rapor alma, izolasyonda dönemi için rapor alma gibi gerekçelerle yüzbinlerce kişi aile sağlığı merkezlerine yönlendirildi. Bu gereksiz başvurular hem hastalar için bir enfeksiyon riski oluşturdu hem de sağlık sorunları olanların hizmet alabileceği zamanı işgal ettiler.

Hastaların yaşadığı sorunlar

- Salgın yönetiminde filyasyon ekiplerinin test yapmaması sonucu hastalar çözümsüz bırakıldı.
- Artan ihtiyaca rağmen, diyetisyen ve psikologların çalışmaması nedeniyle hastalar ücretli hizmet alabilecekleri kurumlara mahkûm kaldı.
- COVID-19 yönetiminde kullanılan antikoagülan uygulamaları konusunda hastalar eğitimsiz ve desteksiz bırakıldı.
- COVID-19 yönetiminde evde tedavileri devam eden hastalar ilaç teminininde (özellikle antikoagülanların yoka düşmesi ile) zorluklar yaşadı.
- COVID-19 geçiren hastaların rehabilitasyonlarına yönelik kısıtlı telefon müdahaleleri dışında destek sağlanmadı.
- Evde kalmak zorunda olan ama teknoloji kullanımı konusunda dezavantajlı hastaların takibi ve tedavileri sahipsiz bırakıldı.
- COVID-19 salgını nedeniyle alınan önlemler neticesinde düşen poliklinik kapasitesi nedeniyle hastaların birinci basamağa erişimi kısıtlandı.
- Maske reçeteleme, seyahat izni alma, kronik hastalık raporu alma, yurt dışı giriş sonrası rapor alma, izolasyonda dönemi için rapor alma gibi gerekçelerle yüzbin-

lerce kişi aile sağlığı merkezlerine yönlendirildi. Bu gereksiz başvurular hastalar için bir enfeksiyon riski oluşturdu.

Ne yapılabilir?

Ocak ayında başlayan COVID-19 salgını yönetiminde öncelik solunum yetmezliği riski olan kişilerin sağlık bakım ihtiyaçlarının hastanelerde karşılanmasına verildi. Dünya Sağlık Örgütü test, test, test önerisinde bulundu. Sağlık Bakanlığına yapılan eleştirilen başında da yeterince test yapılmaması gelmektedir. Tüm topluma test yaparak tanı, izolasyon ve bu sayede salgının kontrol altına alındığı örnekler mevcuttur. Ancak tüm toplumun test edildiği iki örnek İtalya'da 3000 nüfusu ve Almanya'da 1000 nüfuslu iki kasabadır. 20 milyona varan nüfusu ile İstanbul'da tüm topluma test yapmak istediğimizde karşımıza güç sorunlar ve ciddi tehditler çıkacaktır. Test yapılacak ve yapacak kişilerin mobilizasyonu ile enfeksiyon kontrolü güçleşecek ve erken tanı amaçlı test bulaş kaynağı riski taşıyacaktır. Testlerin uygun değerlendirilmesi ve nakli için gereksinimler test sonuçlarının güvenilirliğini etkileyecektir.

COVID-19 rehberine göre test yapılacak kişiler ateş, öksürük, nefes darlığı, boğaz ağrısı, baş ağrısı, kas ağrıları, tat ve koku alma kaybı veya ishal olanlardır. Bu durumda kendisinde hastalık olduğunu düşünenler ülkemizdeki sağlık sisteminin yapısal sorunları nedeniyle test yapılabileceğini düşündükleri hastanelere doğrudan başvurabilmektedirler. Bu durum enfeksiyon bulaşma hızını artırmaktadır.

Test, İzolasyon, Karantina

Hastalığı tespit edip tanı koyarak ya da temaslı kişileri belirleyip izole ederek kontrol altına almaya çalışıyoruz. Test yapmanın amacı hastalığı erken dönemde tanımak ve taşıyıcıları izole etmek, semptom gösterenlerin ihtiyacı varsagerekmeden tedavi etmektir. Ancak elimizde milyonlara yetecek yaygın test imkânı olmadığında ve çok test yapmanın kendisi ek sorunlara yol açtığında ne yapabiliriz? Burada çözümlerden biri hasta, taşıyıcı ya da virüse açık ayırmadan herkesi COVID gibi kabul edip karantina uygulamasına geçmektir. Dünyanın çeşitli ülkelerinde karantina uygulamaları mevcuttur. Salgının ilk başlangıç yeri olan Wuhan'da şehir karantinası 76 gün sürmüş ve 8 Nisan'da ancak kısmen sonlandırılmıştır. Çin, tatile gelmiş olanlar dâhil kimseyi sokağa çıkartmadan 76 gün boyunca neredeyse ev hapsinde tutmuştur. 8 Nisan'da biten 76 günlük sıkı karantina sonrası şehirde halen 10-20 bin arası sessiz taşıyıcı olabileceği ve bir ikinci dalga riskinin ortadan kalkmadığı belirtilmektedir. Bu seçenek ülkemiz için artık mümkün görünmemektedir.

Aşı bulunmadığı sürece toplumun çoğunluğu hastalığı geçirip, %60'ından fazlası kalıcı bağışıklık kazanana dek salgın durmayacaktır. Bu süreçte bazı kişiler birden çok defa hastalanabilecektir. Salgın bu noktada dursa bile sağlık çalışanları ve toplumun virüse açık kalan %40'a yakın kısmı için tehdit yine de devam edecektir. İtalya, İspanya, İngiltere karantina uygulamasına geçmiştir. İtalya 22 Şubat'ta kısmi, 9 Mart'ta ise tüm ülkede karantina uygulamasına geçmiştir. 4 hafta sürmesi planlanan karantina önce 13 Nisan'a ardından 3 Mayıs'a uzatılmıştır ve tekrar karantina önlemleri gerekip gerekmeyeceği belirsizdir. Karantina zor, uzun ve öncelikle hastanelere olan baskıyı azaltmak amacı ile kullanılmaktadır. Çekilen tüm sosyo-ekonomik külfet ve bunun yaratacağı ek sorunlar hastanede tedavi edilebilecek kişi sayısını aşmamak ve önlenilecek ölümlerle karşılaşmaktır.

Önlenilecek ölümleri azaltacağımız yöntemlerin asıl adresi ise toplum temelli koruyucu sağlık uygulamalarıdır. Yine biliyoruz ki, ister karantina, ister izolasyon, ister yoğun test

metodu olsun başarılı uygulamalar salgını hastanede değil toplum içinde yöneten örneklerden geliyor Almanya, Çin, İsveç, Kore ve Küba gibi. Farklı ülkeler, farklı sağlık ve ekonomik modelleri, farklı müdahaleler. Ancak hepsinde ortak nokta toplum müdahaleleri yoğun ve erken dönemde önleyici olarak kullanılıyor.

Salgını Hastanelerden Değil Mahalleden Çözebiliriz

Ülkemizin güçlü bir birinci basamak geleneği ve güçlü bir salgın yönetim tecrübesi vardır. Aşılama, koruyucu uygulamalar, üreme sağlığı, hijyen eğitimi, su ve çevre temizliği ülkemizde birinci basamağın temellerinde yer alır. Değişen sağlık politikaları, tedavi edici yaklaşım ve hastane temelli modelin öne çıkması ile birinci basamak da hastanelerden topluma dayatılan, ilaç ver, test yap, BT/MR çek yaklaşımının içinde kalmıştır. Şu anki salgınla mücadele biçimimiz de bu yöndedir. BT çek, test yap, ilaç tedavisi başla, hastaneye yatır. SARS-CoV2 virüsünün neden olacağı COVID-19 salgınının olası bir artışının altından bu modelle kalkmak mümkün değildir.

Diğer yandan kışkırtılmış sağlığın getirdiği sağlık modelimiz, panik ile paralize edilmiş toplum ve tekçi bakışla karar veren sağlık yöneticileri nedeniyle toplumsal bakışını koruyamaz hale gelmiştir. Tetkik iste, reçete yaz modeli üzerine kurulu poliklinikler boşalmış durumdadır. Hastanelerde herkes COVID-19 ile mücadele çabasında acil ya da servislerde çalışmaya başlamıştır. Bu bakışın geride bıraktığı bir diğer alan da aile hekimliği olmuştur. Salgının olası bir yeni alevlenmesinde ortaya çıkacak daha büyük bir dalga ile mücadelede bu metodun başarısızlık riski mevcuttur.

Salgın rehberlerinde birinci basamağa yönelik bir eylem planı yoktur. Aile hekimliği çalışanları bu ortamda kendi aralarında hazırladıkları rehberlerle birinci basamağın işleyişini planlamaya çalışmaktadır. Ancak uzun sürecek salgının kontrol altına alınması ve bakım ihtiyacının yönetilmesi ile salgın dışı hastalıkların geride kalması sonucu oluşacak ikincil zararların önlenmesi konusunda bir rehber yoktur. Aile hekimliği bu 3 alanda yapılacak yenilikçi ve yaratıcı çalışmalarla salgının ve uzun dönem etkilerinin kontrol alınmasında etkili olabilir. Salgının ilk dalgasında evde kal ve sokağa çıkma yasağı uygulamaları sırasında toplum sağlık ihtiyaçlarını ötelemiş ve salgın sonrası için hem gecikmiş hem de kaygılarla aşırılmış bir yanıtla gidebilecektir. Bu nedenle salgının tepe noktaları gibi içinde olduğumuz baskılanma dönemi için de acil bir eylem planı gerektirmektedir.

Salgının Kontrol Altına Alınması ve Bakım İhtiyacının Yönetilmesi

Kime test yapacağız? Kim test oluyor?

SARS-Cov2 virüsü nedenli bir salgınla mücadele ederken temel sorunlardan birisi kime, nerede test yapacağız? Sorusunun yanıtıdır. COVID-19 rehberinde test yapılabilecek belirtiler genişletilmiş ancak asemptomatik vaka temaslılar listeden çıkartılmıştır:

- Ateş, nefes darlığı ve öksürük semptomları olanlar,
- COVID-19 + olanlara yakın temaslı/14 gün içinde yurt dışı seyahati ve semptomu olanlar ya da ani başlangıçlı ateşle birlikte öksürük ve nefes darlığı olanlara test yapılmakta ancak pratikte test olma imkânı, test yapan merkezin şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir.

Ülkemizde şikayeti olanlar için tek adres olarak hastaneler kalmıştır. Şiddetli bulguları olmayanlar evde kalmaları ya da aile hekimlerine başvurmaları yönünde bilgilendirilmektedirler. Bunun dışında isteyen istediği kuruma gidebildiği için tüm topluma değil sağlık kurumlarına erişebilme imkânı olanlar test edilmekte ve bu süreçte hafif belirtisi olup çok

sayıda sağlık kurumu ziyaret edilebilmektedir. Burada sorun kişilerin hastane başvurularının artması ve hastanede bulduklarında enfekte olma ve topluma bulaştırma risklerinin artmasıdır.

Hastanın tek başına ana karar verici olduğu sırasız ve dağınık bu süreç ülkemizin rutin sağlık işleyişinin de ana sorunlarından biridir. Ancak toplumun tümünün risk altında olduğu salgın sürecinde bu yaklaşım ayrıca bir sorun oluşturmaktadır. Bu kriz döneminde fiilen durma noktasına gelmiş olan poliklinik hizmetleri gibi hızlı bir basamaklı sistemine geçmek salgını dağılmadan yerelde yönetmek imkânı sağlayabilir. Bu uygulama özellikle salgının baskılanması sonucu gevşeyecek bireysel önlemlerin yaratacağı ikinci dalga riskine karşı önemli olacaktır.

Mahalle temelli tarama, klinik gözlem ve test

Bu amaçla toplum temelli bir tarama, 112 ve 184 dışında aile hekimlerinin ve ilçe sağlıkların ortak yönetiminde mahalle temelli bir telefon triajı, anamnez ve görüşmeye dayalı klinik bir ön eleme, hemogram, crp ve satürasyon ile enfeksiyon ön taraması ve gereğinde test için hastaneye yönlendirme uygulamasına geçilmesi gibi yeni çözümlerin aranması ve birinci basamak çalışanları ile birlikte tartışılması gerekmektedir.

1. TOPLUMU TARA ve BU SAYEDE BİLGİ İLE DONAT
2. AŞIKÂR OLANLARI HASTANEYE YÖNLENDİR, HAFİF BELİRTİ VE RİSKLİ OLANLARDA İZOLASYON+CBC/CRP GİBİ BİRİNCİ BASAMAKTA YAPILABİLEN TESTLERLE TARAMA
3. YÜKSEK RİSKLİ OLANLARDA YENİDEN TEST VE TEDAVİ PLANLAMASI
4. İKİNCİL ZARARIN ÖNLENMESİ VE YÖNETİMİ İÇİN PLAN YAPILMASI
 - a. Aşılama ve gebe izlemler yapılıyor ama kronik hastalıkların yönetimi tümüyle geride bırakıldı.
 - b. Salgın nedeniyle ortaya çıkan ertelenmiş sağlık ihtiyacının karşılanmasına yönelik planlama yapılmadı.
5. SAĞLIK ÇALIŞANLARINI KORU VE BİRİNCİ BASAMAĞI GÜÇLENDİR

Bunların yapılabilmesi için aile hekimliği çalışanlarının tüm sağlık çalışanlarının yüzde beşini bile oluşturmadığı unutulmamalıdır. Zaten iş yükü altında boğulmuş olan **aile hekimliği çalışanları desteklenmeden yapılacak herhangi bir planın hayali olacağı ve uygulanamayacağı unutulmamalıdır**. İnsan kaynağı ve maddi yatırımlar, kendi kaderine bırakılmış birinci basamağa ayrılmadığı sürece ne COVID-19 gibi salgınlar ne de olası toplumsal krizlerin yol açacağı toplumsal sorunlar aşılamaz. Olası bir dalganın altında kalacak olan sosyoekonomik olarak geride bırakılmış olan milyonlardır.

Kaynaklar

- Estimated effectiveness of symptom and risk screening to prevent the spread of COVID-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32091395>
- FastDetection Is Critical to Contain Deadly 2019 Wuhan Coronavirus <https://blog.biomeme.com/fast-detection-is-critical-to-contain-deadly-2019-wuhan-coronavirus>
- Streeck H. ve ark Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. [https://www.ukbonn.de/C12582D3002FD21D/vwLookupDownloads/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf/\\$FILE/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf](https://www.ukbonn.de/C12582D3002FD21D/vwLookupDownloads/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf/$FILE/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf)



- TTB Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kanser Taramaları Sempozyumu. Nisan 2019 https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ahk_kanser_tarama.pdf
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ AİLE HEKİMLİĞİ KOLU COVID-19 SALGINI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ REHBERİ. Nisan 2020. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ahk%20covid%20rehberi.pdf>
- COVID-19 Rehberi. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/>
- Sağlık Kurumlarında Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/enfeksiyon-kontrol-onlemleri>
- COVID-19 Pandemisinde Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-pandemisinde-normallesme-doneminde-saglik-kurumlarinda-calisma-rehberi.html>
- Pandemi Normalleşme Döneminde ASM Rehberi. Birlik ve Dayanışma Sendikası <https://www.bsendika.org.tr/pandemi-doneminde-asm/>
- Day Michael. COVID-19: identifying and isolating asymptomatic people helped eliminate virus in Italian village *BMJ* 2020;368:m1165
- Nguyen LH et al. Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20084111>
- TTB Aile Hekimliği Kolu. Aile hekimleri 10 milyon nüfusun okul aşısını nasıl yapacak? https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahk/haber_goster.php?Guid=dbd5ec98-ae10-11ea-a732-c115216aae2a
- TTB Aile Hekimliği Kolu. Sağlık Bakanlığı yayınladığı “COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar” genelgesi ile Aile Sağlığı Merkezlerini tıkamış ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamıştır! https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahk/haber_goster.php?Guid=b88649d8-a69d-11ea-bd3c-ba8d943d7595

COVID-19 Hastalığının Yönetimi Sırasında Polikliniklerde ve Servislerde Karşılaşılan Zorluklar

Prof. Dr. Nurdan Köktürk

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Dünya Sağlık Örgütü'nün SARS-CoV-2 salgınına pandemi ilan etmesi ile eş zamanlı olarak ülkemizde görülen COVID-19 hastalığı hala tüm dünyayı tehdit etmektedir. Hastalıkla mücadelede Sağlık otoriteleri, meslek örgütleri, toplum ve hastane yönetimlerine büyük görevler düşmektedir. Salgının kolayca üstesinden gelinemeyecek hızda devam etmesi bize hastane organizasyonlarında kalıcı tedbirler ve planların uygulanması gerektiğini düşündürmektedir. Pandemi ve pandemi dışı hastanelerin ayrılması, kritik hasta bakımının ve elektif ameliyatların yeniden başlatılması için hastalarda PCR ile tarama yapmak, etkin triyaj, koruyucu ekipmanların hem personel hem de hastaları korumak üzere etkin kullanımını çok büyük önem arz etmektedir.

Ocak 2020'den itibaren Çin'de ilk vakaların görülmesinden itibaren Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunu oluşturarak olası bir pandemi için hazırlıklara başlamıştır. Salgının Mart 2020'de komşumuz İran'a gelmesinden sonra hastanelerde pandemi kurulları kurularak organizasyonlar başlatılmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının direktifleri ile konu ile ilgili yönetim daha çok Hastane İdareleri, Enfeksiyon Hastalıkları, Acil Servisler ve Mikrobiyoloji Bölümleri üzerinden başlatılmıştır. Sonrasında sürece Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım bölümleri dahil edilmiştir. Bu dönemde ilk göze çarpan şey hastanelerin influenzaya yönelik pandemi planını baz alarak COVID-19 u yönetme sürecini başlatmasıdır (1,2).

Süreçte ilk etapta pandemi hastanesi olarak tanımlanan hastanelerde servislerin pandemi servisi ve pandemi dışı servisler olarak ayrılması ve hastaların hastane içinde dolaşmasını engelleyecek biçimde izole bir alanda bir COVID-19 polikliniği kurmaktı. Çoğu kamu kuruluşunda bu poliklinik enfeksiyon hastalıkları denetiminde kuruldu. Hastalardan PCR istemi yapılmak istendiğinde bu polikliniğe gönderiliyor, hasta eğer Sağlık Bakanlığı olgu tanımlarına uyuyorsa o zaman PCR testi yapılıyordu. Bu süreçte test yapabilmek için özel kabinlerin temini önemli oldu. İlk dönemlerde test alırken kullanılan çubukların uçlarında pamuk olması ciddi sayıda yanlış negatif test oluşmasına neden oldu. Testin doğru tekniikle alınması için ciddi düzeyde eğitimler verildi. Test sonuçlanmasında yaşanan zorluklar zaman içinde çözüldü. Bu arada ilk dönemlerde tüm PCR pozitif hastalar yatırılarak tedavi görmekte idi. Bu durum servislerde ciddi sayıda hasta oluşmasına neden oldu. Sürecin ortalarında komplike olmamış hastaların evde tedavi edilebileceği revizyonu getirildi. Bu arada diğer branşlardaki doktorlar da esnek çalışmaya başladılar. Asistan ve uzmanlar kendi klinikleri kapalı olduğu için pandemi servislerinde ve polikliniklerinde görevlendirildiler. Bazı merkezlerde bu polikliniklerin enfeksiyon hastalıkları dışı branşlarca işletildiği de (Aile hekimleri, göğüs hastalıkları) bilinmektedir. Bu dönemde ciddi düzeyde kişisel koruyucu ekipman temini ve bunların giyinip soyunulmasına yönelik eğitimler verildi. Buna rağmen çokça hastane personeli PCR pozitif oldu. Temaslı taraması Sağlık Bakan-

lığı kılavuzunda semptomaya dayalı idi. PCR başlangıçta sınırlı laboratuvarda yapılabilirken sonra bu laboratuvar sayıları ve kit sayıları artırıldı. Buna rağmen sistem asemptomatik olguların yakalanmasına yönelik kurgulanmadı. Bunun yerine tüm temaslıların izolasyonu ve semptom takibine yönelik kurgulandı.

Pandemi servislerine gelince en ideali 2 servis (pandemi ve pandemi dışı) arası bir tampon bölge koyarak 2 hastane personelinin birbirinden ayrılarak şifitler ile çalıştırılması oldu. Bunu başarabilen hastane sayısının ne kadar olduğunu bilmiyoruz. Kendi deneyimlerimizden gördüğümüz pandemi hastanelerinin gereksinimi kadar pandemi dışı hizmetin sürmesinin ne kadar önemli olduğudur. Bu süreçte kronik hastalığı olan hastalar özellikle e yaşlılar hizmet almakta zorluk çektiler ve hastaneye başvurmaktan korktular.

Pandemi servislerinde kurulan sistemde en önemli sorunlardan biri hastaların PCR sonuçları çıkana dek izlenecekleri bir izolasyon ünitesinin oluşturulması bu ünitenin bir triyaj servisi gibi çalışması ve hızla hareket etme gereksinimi idi. Bu durumda 2 PCR negatif gelen hasta kliniği çok uyumlu iken ve COVID-19 tedavisi başlanmış iken temiz servise devredilebilir mi sorusu gündeme geldi. Bu durum için bizim merkezimizde bir gri zon kliniği açıldı ve PCR negatif ancak klinik pozitif olan hastalar burada PCR pozitif hasta gibi izole odalarda takip edildi. Bu tarz deneyim başka hangi hastanelerde uygulandı bilmiyoruz. Aynı durum yoğun bakımlar için de geçerli idi. Bir merkez triyaj yoğun bakımı oldu. Her bir odada negatif basınç vardı ve odalar izole ve tam donanımlı idi. Buradan hastalar hızla direne edildi. Ancak ülkemizde az sayıda hastanede negatif basınçlı oda imkanı olduğunu bilmekteyiz. Bu arada aerosol üreten işlemlerin başında yer alan entübasyon işi için Anestezi bölümünden özel ekipler videolarinoskop ile işlem yapmışlardır.

Süreç Türkiye’de çok sayıda yoğun bakım yatağı olan hastaneler nedeniyle diğer ülkelere göre daha kolay yönetilmiş gibi görünmektedir. Öte yandan bazı hastanelerde görev dağılımlarında bazı bölümlere daha çok iş düşmesi hekimler arasında iş yükü adaletsizliği ve tükenmişlik sendromuna yol açmıştır. Pandemi planları yapılırken hastane yönetimlerinin bu hassas dengeleri iyi düşünmeleri gereklidir.

Şehir hastanelerinin fiziki şartları pandemi için daha uygun olmakla birlikte, sağlık çalışanları daha fazla hasta ve iş yüküne maruz kalmışlardır. 112 acillerin referans merkezleri olması yoğun yatak sayısı ve devasa merkezler sağlık çalışanlarının yoğun iş stresi altında çalışmalarına neden olmuştur. Tüm hastanelerde enfeksiyon, göğüs hastalıkları ve dahiliye hekim ve hemşireleri ağır bir iş yükü kaldırmışlar bu konuda diğer branşlardan yeterli destek alamadıklarından yakınmışlardır.

Bilim kurulu tarafından oluşturulan tanı tedavi rehberleri Türkiye genelinde tedavi ile ilgili bir kaosun oluşmasını engellemiştir. Türkiye genelinde ilaca ulaşma sorunu yaşanmamıştır. Öte yandan organizasyonel anlamda her hastanenin adaletli ve dengeli biçimde pandemi planı oluşturması için İlpandemi kurullarının çok verimli çalışması hayati biçimde önemlidir. Çalışma koşullarında yeterli ekipman garanti edilmeli hiçbir personel kendini güvensiz kendi başına bırakılmış hissetmemelidir. Verilen ücretler ayrıca adaletli dağıtılmalı özellikle hastane temizlik personeli ve hasta bakıcılar hemşireler gibi yoğun mesai harcayan ekibe gerekli maddi destek verilmelidir. Hastane pandemi planları örnekteki gibi yazılıp ilan edilmeli (1) daha önce yapılan ulusal influenza pandemi planının COVID-19 için olan versiyonu hazırlanıp duyurulmalıdır (2).



Kaynaklar

1. <http://cdn3.beun.edu.tr/hastane/85b51c0f66c313d4d5ef7f75a4d20cae/covid19-eylem-plani-12-mart-2020-son-pdf.pdf>
2. https://grip.gov.tr/depo/saglik-calisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf

Acil Servisler

Prof Dr Serkan Yılmaz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD Öğretim Üyesi

Türkiye Acil Tıp Derneği YK Üyesi

TTB-UDEK Yürütme Kurulu Üyesi

TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Pandemi koşullarına hızla adapte olan acil servisler, kısıtlılıkların azaltılması ve normalleşme adımları ile birlikte yeni sorunlar ile yüz yüzedir. Rutin hastane işleyişine dönüş, elektif cerrahi işlemlerin başlaması, covid 19 polikliniklerinin kapatılması kararları, salgın ile beraber azalan uygunsuz hastane ve acil servis başvurularının yeniden artması, covid 19 olan ve olmayan hasta ayrımının acil servislerde yapılmaya çalışılması salgının 4. ayını bitirdiğimiz bu günlerde önümüzde çözülmesi gereken yeni sorunlar olarak durmaktadır. Normalleşmenin asla pandemi öncesi çalışma koşullarına dönmek olmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık personeli ve diğer hastalara bulaşı engellemek için hastaların triyaj işlemlerinin ön triyaj alanlarında yapılmaya devam etmesi, acil servis içerisindeki alanlarda pratikte sağlanamayan izole alanların sağlanması amacıyla modüler değişimlerin yapılması önemlidir. COVID-19 polikliniklerinin kapatılmaması, covid 19 şüpheli hasta değerlendirmenin sadece acil servislere bırakılmaması ve bu polikliniklerde sadece acil servis personelinin görevlendirilmemesi rutin acil servis işlerinin aksamaması için sağlanmalıdır. Uzun soluklu pandemi mücadele sürecinde tüm klinik dalların mutabakatı ile hastanelerce oluşturulacak ve "her hastanın olası covid 19 hastası gibi değerlendirilmesi" esasına dayanan ortak protokoller sağlanması ve titizlikle uygulanmaya devam etmesi yeni normalimiz olacaktır.

Hastane öncesi ve hastanelerde sunulan acil sağlık hizmeti, sağlık hizmet sunumunun temel yapıtaşlarıdır. Yaşadığımız COVID-19 Pandemisi sürecinin başlangıcından itibaren, hastaların karşılanması, ilk değerlendirmeleri, taramaları ve tedavi süreçlerinde en ön safta yer alan Acil Servisler, pandemi ile mücadele koşullarına çok hızlı bir şekilde adapte olmuştur. Dünyada örneği olmayan bir biçimde nüfusunun toplamından daha fazla (yaklaşık 130 milyon/yıl) acil servis başvurusuna sahip olan ülkemizde, Acil Tıp Sisteminin sahip olduğu refleksler, bu adaptasyon sürecinin özellikle Avrupa ülkelerinde yaşanan zorluklar kadar büyük sorunlar oluşturmadan aşılmasında önemli rol oynamıştır (1). Amaca uygun ve yeterli miktarda Kişisel koruyucu ekipman (KKE) temini, uygun ön triyaj alanlarının oluşturulması, hasta bakım alanlarının izolasyon önlemleri doğrultusunda yeniden organize edilmesi, ayaktan başvuran covid -19 şüpheli hastalar için yeni poliklinikler oluşturulması, radyoloji, yataklı servisler ve yoğun bakımlara hasta transferi için protokoller oluşturulması, acil servis ve covid poliklinik çalışanlarının mental ve fiziksel tükenmişliğine izin vermeyecek vardiya sisteminin oluşturulması gibi salgının ilk günlerinde yaşanan ve pandemiye özgü sorunlar, gerek Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından yayımlanan ve hasta bakımı konusunda düzenlemeler getiren Covid 10 Rehberleri gerekse yüksek volümlü hasta akışına alışkın ve afet konusunda deneyimli Acil Tıp Sistemi sayesinde yönetilebilmiştir (2-3).

Özellikle 1 Haziran tarihi sonrasında, kısıtlılıkların kademeli olarak ortadan kaldırılması ve başlayan normalleşme süreci ile beraber, rutin hastane işleyişine dönüş, elektif cerrahi işlemlerin başlaması, covid 19 polikliniklerinin kapatılması kararları, salgın ile beraber azalan uygunsuz hastane ve acil servis başvurularının yeniden artması, covid 19 olan ve olmayan hasta ayırımının acil servislerde yapılmaya çalışılması ve hastanelerde bu ayrımını yapılabilmesi için her klinikçe kullanılan ortak protokoller bulunmayışı, salgının 4. ayını bitirdiğimiz bu günlerde önümüzde çözülmesi gereken yeni sorunlar olarak durmaktadır.

Kısıtlılıkların kademeli olarak kaldırılması ve normalleşme adımlarının atılmasının asla 4 ay önceki çalışma koşulları ve sosyal hayatımıza dönmek olmadığı anlaşılmalıdır. Her ne kadar güvenlik ve izolasyon koşulları sağlanmaya çalışılsa da acil servisler ve genel olarak hastaneler, hasta bireylerin sağlıklı bireylerle karşılaştıkları ve bulaştırıcılık açısından risk barındıran alanlar olmaya devam etmektedir.

Hastaların acil servisin dışında veya girişinde kurulan “ön triyaj” alanlarında değerlendirilerek, covid 19 hastalığı ile uyumlu semptomları olan hastalar ile olmayan hastaları farklı girişlerden acil servislere kabul etmek uygulaması devam etmelidir. Daha önce SARS ve MERS salgınlarında kullanılan, pandemi için erken dönemde başarılı olduğu bildirilmiş ve daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından da kullanılması önerilen bu uygulama, bir erken uyarı sistemi olarak hasta olmayan bireyleri, diğer hastaları ve sağlık çalışanlarını korumak için salgın devam ettiği sürece kullanılmalıdır. Hasta sayılarındaki azalma, normalleşme ve rutin hastane işleyişine dönüşün bir parçası olarak ön triyaj alanları kaldırılmamalıdır.

Pandemi döneminde tüm hastane girişlerinin kontrol edilmesi, mümkünse tek giriş kullanılması gibi uygulamalar normalleşme ile birlikte son bulacaktır. Hastanelerin tüm girişlerin ön triyaj alanı benzeri ilk değerlendirmelerin yapıldığı, kontrollü girişler olması ideal yaklaşımdır.

Pandemi sürecinde acil servislerde yaşanan, pek çok acil serviste çözülemeyen ve normalleşme adımları ile beraber artan hasta sayılarının daha da içinden çıkılmaz hale getirdiği önemli bir sorun acil servis içerisindeki alan düzenlemeleridir. Trijajdan hastaları acil servis içerisinde “sıcak alan”, “ateşi olan hasta alanı”, “covid alanı”, “solunum semptomu olan hasta alanı” gibi farklı isimler ile isimlendirdiğimiz olası covid olan hastaları aldığımız alanlara yönlendirmek ve diğer hastalardan ayrı bir alanda değerlendirmek yapılması gerekli bir yöntemdir. Ancak bu uygulama, şüpheli hastanın izolasyonu konusunda yetersizdir. Pek çok asemptomatik hasta acil servislere normal hasta girişlerinden girip normal hasta alanlarında değerlendirilebilmektedir. COVID-19 hastalığı olmadan solunum semptomları ile gelen hastalar covid 19 hastalığı olan hastalar ile aynı alanlarda değerlendirilmek zorunda kalabilmektedir. Pratik olarak acil serviste mutlak doğru bir izolasyon sağlamak mümkün olmamaktadır. Burada ülkemiz acil servislerinin pek çoğunda kullanılan “Arena Tarzı” acil servis mimari modelinin tartışmaya açılması faydalı olacaktır. Acil serviste kırmızı alan, resusitasyon alanı, monitörlü alan veya sarı alan gibi isimlendirilebilen geniş arenalardan oluşan ve hasta bakımı sırasında acil servisteki her hastanın her bir çalışan tarafından yakın izlenmesine olanak tanımak prensibinden hareketle oluşturulan arena tarzında acil servislerde izole alanlar çok az bulunmaktadır (7). Genellikle paravan ve perde kullanımı ile izolasyon sağlanan bu acil servislerde pandemi sırasında gerekli hasta izolasyonu önemli bir sorundur. Modüler tarzda inşa edilmiş, hasta sedye/yataklarının cam veya diğer uygun malzeme ile ayrıldığı mimari modellerde yakın has-

ta izlemi, hasta sedyesi ve personel mobilitesi açısından sorunlar oluştursa da pandemi yönetimi için daha uygundur. Gerekli hasta izolasyonunun sağlanabilmesi ve acil servisin tümünün kirli veya sıcak alan olarak değerlendirilmesini engelleyebilecek mimari yaklaşımlara ihtiyaç olduğu bir gerçektir. Ülkemizin tüm acil servislerinde mimari değişiklik veya tek bir hastalık için gerekliliklere uygun mimari tasarım öneremeyiz. Bunun yerine hastane yönetimleri tarafından, sürecin uzayabileceği göz önüne alınarak bugünün ihtiyacına uygun izolasyon koşullarını sağlayabilecek pratik modüler yapılar ile acil servis içerisinde alanların izolasyonu düşünülmelidir (8-10). Uzun dönemde pandemi ve diğer afet senaryolarında, hızlı adaptasyon sağlayabilmek için uygun, mix acil servis mimari modellerinin, büyüklük değil fonksiyonellik düşünülerek tasarım sırasında değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Olası hastaların odalarda veya alanlarda izolasyonu kadar personelin de kendini koruyabilmesi hizmetin devamlılığı ve bulaşmanın önüne geçilmesi gereklidir. Bu anlamda geçmiş 4 ay içerisinde zaman zaman gündeme gelen KKE eksikliğinin yaşanmaması büyük önem taşımaktadır. Yaşanacak en küçük KKE eksikliği acil servis çalışanlarının enfekte olması ile sonuçlanmaktadır. Resmi rakamları açıklanmamakla birlikte sayılarının 10.000'in üzerinde olduğu tahmin edilen enfekte sağlık çalışanlarına yenilerinin eklenmesi için, acil servislerin mevcut fiziki korunmasız koşulları, covid olup olmadığı ayırımı yapılmamış hasta başvuru sayısında artış ve acil serviste yapılan prosedürler göz önüne alındığında acil servis çalışanlarının en yüksek seviyede koruma amacıyla N95/FFP2 maske, gözlük, siper, tek kullanımlık önlük ve tulum eksikliği yaşamaması sağlanmalıdır.

Normalleşme adımları ile birlikte rutin hastane işleyişine dönüş, hastanelerde ve acil servislerde pandemi öncesi dönemde yaşanan kalabalıkların yeniden oluşmasına yol açmıştır. Salgının ilk 3 ayında gerek mevcut kısıtlılıklar gerekse halkın sağduyusu ile elde edilen, uygunsuz hastane ve acil servis başvuru sayısındaki azalma korunmalıdır. 184 Covid danışma hatları ve Aile Hekimlerinin danışman rolleri sayesinde birçok kişi sağlık sorunları hakkında bilgi almış ve yönlendirilmiştir. 184 danışma hatlarının fonksiyonları yeniden yapılandırılarak tüm hastalar için hastaneye gelmeden önce başvurulacak bir teletıp ve danışma hattına çevrilebilir (11). Gerekli durumlarda hasta Aile Hekimine veya endikasyon dahilinde 182 merkezi hekim randevu sistemine entegre biçimde hastanelerin randevu sistemine yönlendirilerek uygunsuz hastane ve acil servis başvuruları azaltılmaya çalışılabilir.

Acil Servis yeşil alan başvuruları acil olmayan ve ayaktan poliklinik hizmetine uygun hastalardan oluşmaktadır. Bazı hastanelerde günlük yeşil alan hasta sayıları binlerle ifade edilmektedir. Bu durum yeşil alanda muayene olabilmek için uzun bekleme süreleri ve bekleme alanlarında kalabalığa yol açmaktadır. Salgın süresince acil servislerin bulaş açısından en riskli alanları olan yeşil alanların kapatılması en uygun çözüm olacaktır. Yapılacak etkin triyaj ile hastalar covid 19 veya diğer uygun polikliniklere yönlendirilerek kalabalık oluşmaması sağlanabilir.

Normalleşme süreci ile birlikte bazı hastanelerde COVID-19 polikliniklerinin kapatılarak bu hizmetlerin acil servis üzerinden yürütülmeye çalışılması bir diğer önemli sorundur. Pandemi süresince hastanelerde doğru bir uygulama olarak oluşturulan Covid Poliklinikleri, acil servis ve hastane dışında konuşlandırılmış ve şüpheli hastaların hastanede diğer hastalar ve çalışanlar ile mümkün olduğunca daha az karşılaşması sağlanmıştır. Covid polikliniklerini kurmak için uygun alan olmaması, yeterli personel olmaması veya covid 19 hastasının sadece acil servisin işi olarak görülmesi gibi nedenlerle bu polikliniklerin

kaldırılarak bu görevin acil servise verilmesi veya bu polikliniklerde sadece acil servis personelinin istihdam edilmesi acil servis işleyişini bozacaktır. Acil Servisler hemen her hastasına olası covid 19 hastası gibi yaklaşmak zorunda olan ve solunum sıkıntısı olan kritik durumdaki covid 19 hastasını karşılamakla yükümlü acil servisler yeterli iş yükü ve risk altındadır. COVID-19 poliklinikleri salgın süresince ayaktan covid 19 şüpheli hasta değerlendirilmesi yanı sıra, personel taranması, preop hazırlık gibi acil servis ile ilgisi olmayan pek çok fonksiyonu yerine getirmeye devam etmeli acil servisler asli işlerini yapmalıdır.

COVID-19 şüphesi dışında diğer acil nedenlerle acil servise başvurmuş ve hastaneye yatışı gereken müdahale ve operasyon gereken hastalardan şüpheli covid 19 hastası tanımına uymadığı halde COVID-19 ekartasyonu istenmesi, bu hastanın acil servis içinde riskli alanlarda daha uzun beklemesine, acil servis kalabalığına neden olmaktadır. Hastaların COVID-19 şüphesinin devam ettiği ancak hastaneye yatışı veya müdahalesi gereken diğer acil durumlarda hastanın acil serviste bekletilmesi yerine hastanelerde veya ilgili servislerde oluşturulacak gri odalar/servislerde takip ve tedavisinde aksama olmaksızın yatırılması ve bu hastaların bakımı için tüm çalışanların etkin iş birliği uygun olacaktır.

Pandemi ile mücadele tüm sağlık sisteminde olduğu gibi acil servislerde de uzun ve zorlu bir mücadeleye sahne olacaktır. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı ve hastane yönetimlerinin bu zorlu süreçte, öznel koşullara ve farklı dinamiklere sahip acil servislerde acil sağlık hizmetleri sunumunu aksamaması ve pandemi ile ilgili sorunların çözümü için çalışanlar ile etkin işbirliği içerisinde olmaları son derece önemlidir.

Kaynaklar

- 1- T.C.Sağlık Bakanlığı Web Sayfası. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı 2017 Yılı Ocak Ekim Ayları Acil Servislere İlişkin Veriler. Erişim Tarihi: 03.07.2020 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/23496.2017-ocak-ekim-donemi-acil-servis-verileri2pdf.pdf?0>
- 2- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web Sayfası. COVID-19 Rehberi Erişim Tarihi: 03.07.2020 <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-rehberi.html>
- 3- Türkiye Acil Tıp Derneği Web Sayfası (2020). Duyuru/Sağlık Bakanlığına Erişim Tarihi: 02.07.2020 <https://tatd.org.tr/tr/haberler/duyuru>
- 4- Cao et al. (2020). Hospital emergency management plan and the covid-19 epidemic. Academic Emergency Medicine 2020;27:309–311. <https://doi.org/10.1111/acem.13951>
- 5- Türkiye Acil Tıp Derneği Web Sayfası (2020). Covid Pandemisi-Triajda Sormalısın Erişim Tarihi: 02.07.2020 <https://tatd.org.tr/uploads/files/Triajda%20Sormalısın.pdf>
- 6- Türkiye Acil Tıp Derneği Web Sayfası (2020). Olası COVID-19 Vakası Acil Servis Triyaj Algoritması Erişim Tarihi: 02.07.2020 <https://tatd.org.tr/uploads/files/Olası%20COVID-19%20Algoritması.pdf>
- 7- Dr Keith Joe, Emergency Department Design Guidelines. Australasian College for Emergency Medicine. Erişim Tarihi: 03.07.2020 https://acem.org.au/getmedia/faf63c3b-c896-4a7e-aa1f-226b49d62f94/G15_v03_ED_Design_Guidelines_Dec-14.aspx
- 8- Abdelsamad Y. Functional and Spatial Design of Emergency Departments Using Quality Function Deployment Journal of Healthcare Engineering Volume 2018, Article ID 9281396, 7 pages <https://doi.org/10.1155/2018/9281396>
- 9- Dickinson EE. Rethinking the E.R.: Hospital Emergency Department Plans Evidence-based design makes the crowded, chaotic emergency room a thing of the past. Erişim Tarihi: 02.07.2020 https://www.architectmagazine.com/design/buildings/rethinking-the-er-hospital-emergency-department-plans_o
- 10- Rethinking Health Care Space <https://www.dbsg.com/blog/covid-19-and-rethinking-health-care-space>

11- Türkiye Acil Tıp Derneği Web Sayfası (2020). Tatd COVID-19 Normalleşme Süreci Önerileri. Erişim Tarihi: 02.07.2020. <https://www.tatd.org.tr/tr/haberler/tatd-covid-19-normallesme-sureci-onerileri>

7. BÖLÜM: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Sağlık Çalışanları ve COVID-19

Doç. Dr. Aslı Davas

TİHV Akademi

TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Sağlık çalışanları, salgının en başından beri büyük bir belirsizlik ve kaygı içindedir. Dünyadaki verilere bakıldığında, 2,135,190 kişiyi kapsayan internet tabanlı başka bir prospektif araştırmada, sağlık çalışanlarının COVID-19 testinin pozitif olma olasılığının normal topluma göre 12 kat fazla bulunmuştur. Ayrıca uygun KKD'ye ulaşamayanların riskinde %31'lik bir artış olduğu gösterilmiştir. Dördüncü aya girerken sağlık çalışanları hala yaşamlarını kaybetmekte, şiddete uğramakta, rutin tarama, KKD'ler gibi sağlıklarını ilgilendiren konularda sorunlarla yüzleşmektedir. Türkiye'de, 440 sağlık çalışanını içeren anketin sonuçlarına göre; beş çalışandan ikisi daha önce ağlamazken salgın döneminde haftada bir iki gün (%30) ya da hergün (%7) ağlamaya başladığını; üç çalışandan ikisi uyku düzeninin bozulduğunu; %70'i evdekilerle temasının azaldığını belirtmiştir. Hemen hemen tüm ülkelerde sağlık çalışanlarının hastalıkları ve ölümleri sosyal medyada yer bulurken ulusal istatistiklerde yeterince yer almamaktadır. İngiltere'de Sağlık Bakanlığı 49 sağlık çalışanının ölümünü bildirirken aynı dönem için basında 200 sağlık çalışanının ölümü isim, meslek, çalıştıkları hastaneleri de belirterek duyurulmuştur. Benzer şekilde, ABD'de Hastalık Kontrol Merkezi 368 sağlık çalışanının ölümünü bildirmiş ancak sosyal medyada 735 sağlık çalışanının ölümü duyurulmuştur. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 29 Nisan'dan bu yana iki aydır, hasta ve yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarıyla ilgili hiçbir bilgi paylaşmamıştır.

Salgını Çin'den uluslararası alana ilk duyuran Dr. Li Wen-Liang'ın ölümünden itibaren sağlık çalışanlarına hastalığın bulaşma riski hep gündemde olmuş ne yazık ki çok sayıda sağlık çalışanı yaşamını kaybetmiştir. COVID-19 salgınında çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda hastaların yaklaşık %10'unu sağlık çalışanları oluşturmakta, çok sayıda sağlık çalışanı yaşamını kaybetmektedir. Hemen hemen tüm ülkelerde sağlık çalışanlarının ölümleri sosyal medyada yer bulurken ulusal istatistiklerde yeterince yer almamaktadır.

İngiltere’de Sağlık Bakanlığı 49 sağlık çalışanının ölümünü bildirirken aynı dönem için The Guardian Gazetesi 200 sağlık çalışanının ölümünü isim, meslek, çalıştıkları hastaneleri de belirterek duyurmuştur¹. Benzer şekilde ABD’de Hastalık Kontrol Merkezi’nin 368 sağlık çalışanının ölümünü bildirmesi ve bu bildirim gerçek sayıyı yansıtmayabileceğiyle ilgili paylaşımından sonra The Guardian ve The Kaiser News isimli iki haber kaynağı sosyal medya takip sistemi kurmuş ve aynı dönem için 735 sağlık çalışanının ölümünü duyurmuştur².

Bu sorun Türkiye’de de benzerdir. Sağlık Bakanlığı’nın açıklamalarından Nisan ayının başından sonuna kadar sağlık çalışanı vaka sayısının 12 kat artarak 7428’e ulaştığını biliyoruz. İki aydır bu konuda tek bir resmi açıklama yapılmamıştır. Normalleşme sürecinden sonrada hasta sağlık çalışanları konusunda kanıta dayalı bilgi toplayan Ankara Tabip Odası verilerine göre 2 Haziran’da 391 olan vaka sayısı 25 Haziran’da 452’ye çıkmıştır.

Birçok ülkede bilim insanları bu soruna akademik anlamda da işaret edebilmek için medyada yapılan tarama sonuçlarıyla araştırmalar yürütmüş ve sağlık çalışanlarında ölüm riskini arttıran etmenleri belirlemeye çalışmışlardır. 2,135,190 kişiyi kapsayan internet tabanlı başka bir prospektif araştırmada, sağlık çalışanlarının pozitif COVID-19 testinin pozitif olma olasılığının normal topluma göre 12 kat fazla bulunmuştur. Bu çalışmaya göre yeterli sayıda ve nitelikli KKD’ye ulaşamayanların riskinde %31’lik bir artış olduğu gösterilmiştir³

İngiltere’de yaşamını kaybetmiş 106 sağlık ve bakım çalışanının dahil edildiği bir araştırmanın bulguları sağlık çalışanları içinde eşitsizliklere önemli bir vurgu yaptığı için dikkat çekicidir. Göçmen sağlık işgücünün her geçen gün arttığı ülkede siyah, Asyalı ve azınlık bir gruba dahil olan hekimlerin COVID-19 nedeniyle daha sık yaşamını kaybettiğini, sağlık ve bakım çalışanlarının genelinde de bu oranın %63 olduğunu ve bunun çalışanlar içindeki siyah, Asyalı ya da etnik azınlık oranından üç kat fazla olduğunu göstermiştir⁴.

İng ve arkadaşları medya bildirimlerinde tarama sonuçlarına dayanan 278 hekim kaybını inceledikleri araştırmalarında yaş ortalamasının 63.7, %90’ının erkek, çoğunun pratisyen hekim ve acil çalışanları olmak üzere solunum, dahiliye ve anestezi uzmanlarının grubun yarısını oluşturduğunu, yaşam kaybının en sık bildirildiği ülkelerin İtalya, İran, Filipinler, Endonezya, Çin, İspanya, ABD ve BK olduğunu bildirmişlerdir⁵.

Salgın nedeniyle yaşamını kaybeden sağlık emekçilerinin ölüm nedenlerinin tartışıldığı yayınlarda nedenler, salgının alınmayan toplumsal önlemler nedeniyle hastanede karşılanmasına bağlı aşırı çalışma, çalışma planlamalarının iyi yapılmaması, yeterli ve nitelikli kişisel koruyucu donanımların sağlanmaması, yeterince ve hızlı bir şekilde test yapılmaması, temas sonrası izolasyonun iyi tanımlanmaması ve düzenlenmemesi, tedavi ve takibin yeterince sağlanmaması olarak bildirilmektedir. COVID-19 salgınında çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalarda hastaların yaklaşık %10’unu sağlık çalışanları oluşturmakta, çok sayıda sağlık çalışanı yaşamını kaybetmektedir.

¹<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/16/doctors-nurses-porters-volunteers-the-uk-health-workers-who-have-died-from-covid-19>

²<https://www.theguardian.com/us-news/2020/jun/17/covid-19-coronavirus-healthcare-workers-deaths>

³Nguyen, L. H., Drew, D. A., Joshi, A. D., Guo, C. G., Ma, W., Mehta, R. S., ... & Mucci, L. A. (2020). Risk of COVID-19 among frontline healthcare workers and the general community: a prospective cohort study. *medRxiv*.

⁴Kursumovic, E., Lennane, S., & Cook, T. M. (2020). Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia*.

⁵<https://tihv.org.tr/wp-content/uploads/2020/05/Tu%CC%88rkiyeCovidHakl%CC%87hlalleriSON.pdf>

Bir salgınla mücadele söz konusu olduğunda sağlık çalışanlarının sağlığının sadece meslekler grubunu değil tüm toplumun yaşam ve sağlık hakkını ilgilendiren bir konu olduğu unutulmamalıdır. Topraklarında çatışmanın hiç eksilmediği bir ülkenin yurttaşları olarak hergün yeni bir ölüm haberine alışığızdır, içimiz hafiften sızlar, bakışlarımız kısa bir süre donuklaşır, aileleri düşünür, iç geçirir günlük hayatımıza devam ederiz. Ama her birimiz farkında olarak ya da değil hem kendimiz hem de içinde yaşadığımız topluluk adına bir utanç taşırız ömrümüz boyunca. Bu ölümleri durdurmak için gerekeni yapamadığımız için.

Bu yüzden salgının dördüncü ayına girdiğimizde hem sağlık çalışanlarını ve hem de vicdanı olan herkesi koruyabilmek adına alınması gereken önlemleri yüksek sesle söylemekten hiç vazgeçmedi sağlık örgütleri.

Sayılarından ne yazık ki emin olamamakla beraber 23'ü hekim 44 sağlık çalışanı yaşamını yitirdi salgınla mücadele ederken. Kimisi emekli olmuştu gönüllü çalışıyordu kimisi daha önce hiç çalışmadığı bir birime görevlendirilmişti, uyum sağlamaya çalışıyordu, kimisi belki iki gün üstüste nöbet tutmuştu, bedeni zayıf düşmüştü, kimisinin biriminde belki yeterli maske, koruyucu yoktu bilmiyoruz, bilemiyoruz. Salgının dördüncü ayı bitmişken yaşamını kaybetmiş ya da hastalanmış meslektaşlarımızın, iş arkadaşlarımızın ne sayısını ne de hangi ilde hangi sağlık kurumunda hangi koşullarda çalıştığını bilmiyoruz hala. Sağlık Bakanı, 28 Nisan'dan sonra sağlık çalışanlarıyla ilgili hala bir açıklama yapmadı. Hala yeni ölümlerden nasıl korunacağımıza, risk etmenlerini nasıl belirleyeceğimize dair bilgi üretebilmek için çalışma yapma hakkımız yok. Medyadan, kimi zaman hastane hastane dolaşarak kimi zaman desteğe ihtiyaç duyan meslektaşlarımız ya da aileler aracılığıyla bilgi alıyoruz.

Sağlık örgütlerinin hiç vazgeçmeden sağlık çalışanlarının yaşam ve sağlık haklarını korumak için taleplerimizi yüksek sesle dillendirmeleri bu yüzden çok önemli. Bu yüzden, üç ilde Tabip Odası yöneticilerine soruşturma açıldı, iki ilde de gözaltına alındı. Son olarak Uludağ Üniversitesi'nde Prof Dr. Kayıhan Pala'ya hakikata dayalı bilgisini halkla paylaştığı için soruşturma açıldı⁵.

Bu soruşturmalar bile sağlık çalışanlarına uygulanan baskı ve mobingin bir göstergesi olarak ele alınabilir. Salgınla ilgili hakikatı görünür kılma çabaları suç kabul edilmeye başlandı. Uzun süredir daralmakta olan sivil alan tamamen kapatılarak sağlık ve yaşam hakkı ihlalleri görünmez kılınmaya çalışıyor. Bu nedenle raporun sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili bu bölümüne ne yazık ki çalışanların hem ruhsal hem de fiziksel sağlıkları için en önemli risk etmenlerinden olan baskı ve mobinglere örnek vererek başlamak gerekti.

Ruhsal sorunlar ve önlemler arttırılmazsa artacak intiharlar

Salgının en başından beri sağlık çalışanları büyük bir belirsizlik ve kaygı içinde olmuşlardır. Virüsün mekanizmasıyla ilgili yeterli bilgi olmaması, hastalığın tedavisinin olmaması, bakımından sorumlu oldukları hastaları kaybetmeleri, hastalığı aile üyelerine ve yakınlarına bulaştırma korkusu sağlık çalışanlarının yüzleştiği en önemli sorunlardan olmuştur.

Bunun yanında TTB ve SES raporlarında belirtildiği gibi KKDa erişimdeki güçlükler, risk grubundaki sağlık çalışanlarının çalışmaya devam etmek zorunda kalması, çalışma yerle-

rinin rıza alınmadan değiştirilmesi gibi maruz kaldıkları olumsuz çalışma koşulları sadece fiziksel değil ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemiştir.

Bu kaygı nedenleriyle ilgili yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının ifadeleri özetlenmeye çalışılmıştır⁶.

Kendilerinin ve ailelerinin sağlığıyla ilgili kaygıları artmıştır.

“Halkı mı, kendimi mi, sevdiğilerimi mi koruyacağım şaşırımdı.”

“Okullar kapanınca çıkma yasağı olmadığı için 7 yaşındaki kızımı ASMye götürmek zorunda kalıyorum... Ya kızıma virüs bulaşır korkusu yaşıyorum. Çocuk nereye dokunsa ona bağırıyorum.. Sinirlerim gerildi.”

“Ölürsem kızım nolacak.. 5.5 yıldır SAHU için uğraşıyorum.. 45 yaşındayım şurada kaldı 5 ay”

“Ölmeden uzman olabilecek miyim... gibi anksiyeteler yaşıyorum”⁷.

Aileyi koruma amaçlı eve gitmeme yalnızlaşmaya neden olmuş,

“Evde yalnız olmak da zor.”

Kişisel sağlık ve bakımları bozulmuş,

“Öz bakım kalmadı. Aynaya bakmadım günlerdir. Maske takılı diye su içmeyi unuttuyorum.”

“Hastayım rapor alamıyorum”

“2 gündür hiç çıkmayan tansiyonum yüksek...” “... Bir de evdekileri çocukların isteklerini al iş çıkışı. Anne babanın ihtiyaçlarını alıp kapıdan bırak iş dönüşleri de daha yorucu hale geldi”

İşyerlerinde KKD'lerin yetersiz olmasına ve kullanımına bağlı sorun yaşamış,

“Ellerim soyuldu sabun ve dezenfektandan. Sürekli üst değiştirmek ve bunu yaparken bile kaygı duymak kötü bir duygu”

“İlk karşılamak üzere Ffp3 maskenin koruduğu bilindiği halde uyduruk cerrahi maske verilmesine kızıyorum...”

İşyükleri artmış,

“Hafta sonu da yurtdışından giriş takibi için evden çalışıyorum.”

“Günlük ASM rutininden çok daha yıpratıcı ve zor triaj yaparak çalışmak, insanlara durumu anlatmak...”

Toplumsal cinsiyet rollerinin getirdiği ek yükler sorunlarını ağırlaştırmış;

“...3 çocuğum var, salgından dolayı yardımcı alamıyorum, ev temizliği, yemek hazırlama yoruyor. 53 yaşındayım, aritmim var, eşim anestezi ve reanimasyonda çalışıyor. Zor bir süreç, anksiyetem arttı”

“... Bir de evdekileri çocukların isteklerini al iş çıkışı. Anne babanın ihtiyaçlarını alıp kapıdan bırak iş dönüşleri de daha yorucu hale geldi”

⁶<https://www.bsendika.org.tr/covid-19-corona-anketi/>

⁷<https://www.bsendika.org.tr/covid-19-corona-anketi/>

Gelir güvenceleriyle ilgili kaygı yaşamışlardır;

“Muayenehanemi kapatmak zorunda kaldım. Para kazanamıyorum, çok borcum var”

“Sözleşmeli personel olmanın stresini yaşıyorum. Hastalanırsam veya şüpheli temas olur da karantinaya alırsam maaşım kesintiye uğrarsa naparız... “

Anketi yanıtlayan 440 sağlık çalışanının yanıtlarına göre; beş çalışandan ikisi daha önce ağlamazken salgın döneminde haftada bir iki gün (%30) ya da hergün (%7) ağlamaya başladığını; üç çalışandan ikisinin uyku düzeninin bozulduğunu; %70’i evdekilerle teması azaltmıştır. Çalışanların işle ilgili olduğunu bildirdiği hastalıklar, anksiyete, depresyon, hipertansiyon, panik atak, stress, kronik hastalıkların alevlendiği olarak bildirmiştir⁸.

Şiddet yasası ve sonrasındaki gelişmeler

Sağlıkta şiddet yasasının bu dönemde çıkması olumlu bir gelişme olmakla beraber şiddet olayları salgınla ilişkili bir şekilde artmaya devam etmektedir. Yasaların uygulanmasının da sağlanması, caydırıcı olması için saldırganların tutuklu yargılanması gerekmektedir.

Sağlıkçıların kendilerini korumadığı, görevlerini yerine getirmediği, çalışmak istemediği gibi söylemler de hasta çalışan arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilemektedir.

Salgının neredeyse bittiği yanılığısı, erken dönemde normalleşme sürecine girilmesi, sağlık kurumlarına başvuranlarda önlemlerle ilgili bilgi eksikliği sorun oluşturmaktadır. Örneğin İzmir’de 28 Haziran’da bir hastasını maske takması için uyarı veren bir aile hekimine ve destek olmaya çalışan meslektaşının hem fiziki hem de sözlü saldırıya uğramasına neden olmuş her iki hekimde de tedavi görmüşlerdir⁹.

İki kadın sağlık çalışanının intiharı tesadüf mü?

Salgın öncesinde de tükenmişlik oranlarının yüksek olduğu birçok araştırmada gösterilmiş olan sağlık çalışanları üzerinde, yukarıdaki örneklerde belirtilen ek psikososyal risklerinin artmasına dair sonuçları olmuş ve iki sağlık çalışanının intiharıyla sonuçlanmıştır.

Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi’nde pandemi sürecinde hematoloji gibi yoğun bir klinikte 4-D’li olarak güvencesiz çalışan bir hemşire 25 Haziran’da kendini altıncı kattaki kliniğinden atarak intihar etmiştir. COVID-19 kliniğinde çalıştığı süreçte virüs kapan eşiyile bir ay görüşmemiş, o dönemde iki yaşındaki çocuklarına bakacak kimse bulmakta zorlanmıştır. Hemşirenin “Artık dayanamıyorum. Çok yoruldum. Dinlenmek istiyorum” diyerek işyerinden izin istediğine dair de bilgiler mevcuttur¹⁰.

Yine Haziran ayı içerisinde Kayseri’de özel bir hastanede çalışmakta olan 30 yaşındaki bir hemşire daha intihar ederek yaşamını kaybetti.

Her iki sağlık çalışanının da güvencesiz çalışması ve kadın olması tesadüf değildir. Salgın döneminde işin yanısıra toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili olarak yükün artması, sosyal destek mekanizmalarının kamusal olarak geliştirilememesi intihar riskini arttırmıştır.

Hastanede gerçekleşen intihar için nedeniyle hem fiziki olarak hastanede hem mesai saatleri içinde gerçekleştiği için illiyet bağı olarak kendisinin de ifade ettiği aşırı çalışma belirtilerek 5510 sayılı yasaya göre iş kazası başvurusu yapılabilir.

⁸<https://www.bsendika.org.tr/covid-19-corona-anketi/>

⁹<https://www.bsendika.org.tr/covid-19-corona-anketi/>

¹⁰<https://www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/06/25/intihar-eden-hemsire-icin-aciklama-bu-is-cinayeti/>

Temsil sorunu

Psikososyal risklerin azaltılmasında en önemli müdahalelerden biri sorunlarıyla yaşayan tarafından ifade edilebilmesi ve muhatabı tarafından tanındığının görülmesidir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasının (SES) hem Mart hem de Nisan raporlarında hastanelerin yüzde % 61'inde sağlık emekçilerinin hastane yönetimi ile sağlıklı bir iletişim ortamı bulunmadığı belirtilmektedir. Şüpheli hasta başvuruları hakkında sağlık emekçilerine bilgi verilmemesi Mart ayında %18 iken, Nisan'da %29'a çıkmıştır.

Haziran ayında hala sağlık çalışanları ya da temsilcileri olan sendika ve meslek örgütleri, ulusal düzeydeki komitelerde olduğu gibi sağlık kurumlarındaki salgın komitelerinde de temsil edilmemektedir.

Yazının girişinde belirtildiği gibi kurumsal düzeyde de ulusal düzeyde de sağlık çalışanlarını önlem konusunda talepte bulduklarında cezalandırılacakları, istemedikleri yerlere görevlendirilebilecekleri ya da daha riskli bölümlerde çalışabilecekleriyle ilgili kaygı yaşamakta bu da tehlikeli durumlarda çalışmaya devam etmelerine neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının bu dönemde artan oranlarda yüzleştiği tükenmişlik, depresyon, kaygı bozukluğu ve intihar gibi yaşamsal sonuçların önlenmesi için çalışanların karar süreçlerine dahil edilmesinin, koruma ve tedavinin ilk adımları olduğu unutulmamalıdır.

Kişisel Koruyucu Donanımlar

TTB'nin raporunda Mart ayında %80'lere varan oranda KKD kısıtlılığının, SES tarafından Nisan sonunda sunulan raporda da devam ettiği gösterilmiştir. Sağlık çalışanları kendi kişisel koruyucularını iki ay gibi bir süre kendi almış, bu dönemde ülkeden maske ihracı devam etmiştir.

Hala sağlık çalışanlarının özellikle temizlik çalışanlarının KKD'lerin niteliği ve sayıca yeterliliği hakkında şikayetleri mevcuttur.

26 Haziran 2020 tarihinde yayınlanan Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberinde

“Hastanenin kılavuzlarına uygun şekilde çalışan güvenliğini sağlayacak yeterli sayı ve nitelikte KKD (N95/FFP2 maske, cerrahi önlük, eldiven, gözlük, yüz koruyucu, tek kullanımlık bone, galoş, antiseptikler) olmalıdır. KKD temininde süreklilik sağlamalıdır. Gerekli malzemeler hesaplanırken potansiyel ikinci COVID-19 dalgası olasılığı dikkate alınarak KKD planlaması yapılmalıdır. Planlı işlemlerin başlatılmasından önce kurumda en az 30 günlük KKD stokunun olması sağlanmalıdır” başlığı umut vericidir ama tüm kurumlarda uygulanma durumu sendika ve meslek örgütlerince denetlenebilmelidir.

Rutin tarama

Özellikle normalleşme döneminden sonra, sağlık kurumlarına başka nedenlerle başvuran asemptomatik sayısı artacaktır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına rutin tarama yapılması, testi pozitif olmasa dahi semptomları olanlara idari izin verilmesi büyük önem taşımaktadır.

18 Nisan-17 Haziran 2020 tarihleri arasında SES'in anketine katılan 1770 sağlık çalışanının sadece %15'i bu dönemde COVID-19 testi uygulandığını ifade etmiştir. Test uygulandığını ifade edenlerin %16'sında sonuç pozitifdir. Hastalar, işe gidiş geldiklerinde kullandıkları toplu taşımanın yanında diğer sağlık çalışanından da bulaş olduğunu bildirmiştir.

Hidroksiklorokin profilaktik kullanımı

Hidroksiklorokin profilaktik olarak kullanılmasının etkili olduğunu gösterecek bilimsel veri olmadığından COVID-19'lu hasta ile temas edecek sağlık çalışanlarının korunma amacıyla kullanması önerilmemektedir. Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 Rehberinde, sağlık çalışanlarına "yüksek riskli" temas sonrası hidroksiklorokin profilaksisi önerilmektedir. DSÖ'nün hidroksiklorokin ile çalışmaları yan etkileri nedeniyle durdurduğu düşünüldüğünde bu uygulamanın kaldırılması önem taşımaktadır.

Meslek hastalığı ve iş kazası olarak COVID-19

Hem meslek hastalığı hem de iş kazası tanımları yasaldir. İş kazası geçiren ya da meslek hastalıkları olan çalışanların tazminat, maaş, izin, raporların düzenlenmesi vb. birçok hakkı vardır. Bu haklar her ülkede farklı olmakla birlikte tarihsel olarak birçok grev, boykot vb. mücadele sonucunda elde edilmişlerdir. Bu hakları kullanabilmek için çalışanlar ne yazık ki gerekli şartları yerine getirdiklerini belgelemek zorunda kalırlar. Çalışma koşulları ve tazminatlarla ilgili yükümlülükleri olan işverenler olabildiğince az durumun iş kazası ya da meslek hastalığı olarak kabulünü isterken, çalışanların talepleri tam tersinedir.

Gerekli şartlar mücadele tarihine bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Afet, deprem vb. durumlarda olduğu gibi ulusal sosyal güvenlik kurumlarının duruma özgü karar ve düzenlemeler de çıkarıldığı bilinmektedir.

Örneğin Malezya' da COVID-19 18 Nisan'da meslek hastalığı olarak tanınmıştır¹¹. Uluslararası Sosyal Sigorta Birliği'nin açıklamasına göre, İtalya Ulusal İş Kazası Sigorta Enstitüsü doktorların, hemşirelerin ve Ulusal Sağlık Hizmetinin ve herhangi bir kamu veya özel sağlık kurumu diğer çalışanlarının koronavirüs enfeksiyonlarının meslek hastalıkları olarak kabul etmiştir. Enfeksiyonun spesifik nedenlerinin ve çalışma yöntemlerinin tanımlanmasının sorunlu olduğu durumlarda da sağlık çalışanları için iş ve enfeksiyonun ortaya çıkması arasındaki nedensel bağlantı otomatik olarak var olarak kabul edilmiştir. Almanya'da sadece sağlık çalışanları için meslek hastalığı olarak kabul edilirken, Güney Afrika'da sağlık kurumlarında gerçekleştiği belgelenen riskli temaslardan sonra kabul edilmiştir. Kanada'da ise tüm çalışanlar için COVID-19 teşhisi konulduğunu gösteren tıbbi kanıt ve maruziyetin işle ilgili olduğu doğrulanabilirse hastalıkları meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. ABD'de henüz mişle işle ilgili hastalık olarak kabul edilmekle birlikte sağlık çalışanları tarafından açılan davalar sonuçlandıktan sonra meslek hastalığı olarak kabul edilme olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir¹².

Türkiye'de ise 7 Mayıs'ta çıkarılan bir genelgeyle tüm çalışanlar için COVID-19'un meslek hastalığı ya da iş kazası olarak SGK'ya bildirilemeyeceği bilgisi paylaşılmıştır. Örnekleme gerekirse bu genelgeyle SGK, herhangi bir sağlık kurumunda çalışan hekimi, işyerinde COVID-19 tanısı alan mesai arkadaşıyla, gerekli hijyen koşulları ve fiziki mesafe olanağı olmadan; işveren tarafından kendisine KKD sağlanmadığı için kullanamadan bir hafta çalışmış ve sonunda hastalanmış bir çalışan için sağlık kayıtlarında meslek hastalığı kodlaması yapmaması konusunda uyarılmaktadır. Çünkü yapılan her kodlama için çalışanın bazı hakları olacak ve Bakanlık iddiayla ilgili olarak işyerindeki çalışma koşullarıyla ilgili inceleme başlatmakla yükümlü olacaktır.

¹¹https://www.ilo.org/global/topics/geip/news/WCMS_741984/lang-en/index.htm

¹²<https://www.issa.int/news/can-covid-19-be-considered-occupational-disease>

SGK'na bildirim bir durum ya da hastalığın iş kazası ya da meslek hastalığı olarak otomatik olarak kabulünü göstermez, gerekli şartları karşılayıp karşılamadığıyla ilgili bir iddianın incelenmesi için SGK'na sunulmasıdır.

Meslek hastalığı ya da iş kazasıyla ilgili SGK'na bildirim hekimler için yasal olarak zorunludur.

Bu genelgeyle SGK, herhangi bir sağlık kurumunda çalışan hekimi, işyerinde COVID-19 tanısı alan mesai arkadaşıyla, gerekli hijyen koşulları ve fiziki mesafe olanağı olmadan; işveren tarafından kendisine KKD sağlanmadığı için kullanamadan bir hafta çalışmış ve sonunda hastalanmış bir çalışan için sağlık kayıtlarında meslek hastalığı kodlaması yapmaması konusunda uyarılmaktadır. Çünkü yapılan her kodlama için çalışanın bazı hakları olacak ve Bakanlık iddiayla ilgili olarak işyerindeki çalışma koşullarıyla ilgili inceleme başlatmakla yükümlü olacaktır.

Bu 7 Mayıs genelgesi, işi salgınla mücadele etmek olan sağlık çalışanları için de geçerlidir. Genelgenin salgın nispeten kontrol altına alındıktan sonra çıkarılmasının gerekçesiülkedeki yasal mevzuat göz önünde bulundurulduğunda ise anlaşılmalıdır. Sağlık çalışanları için resmi Meslek Hastalığı Listesi'nde Hepatitler, Tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar hali hazırda yer almakta, daha önce de meslek hastalıkları listesinde olmamasına rağmen Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) açılan davalar sonrasında meslek hastalığı olarak kabul edilmiştir. Şu anda da İzmir Tabip Odası, Sağlık Emekçileri Sendikası SES ve birçok başka örgüt tarafından yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının hakları için yakınlarının müdahil olmasıyla davalar açılmıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 14. Maddesinde de meslek hastalığı tanımı yapılmıştır. Bu maddeye göre; meslek hastalığı, sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özrürlük halleridir. Bu tanıma göre riskli hastalarla gerekli korunma koşulları sağlanmadan yapılan her temas hastalıkla sonuçlanırsa meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir. SGK tarafından meslek hastalığı açısından illiyet bağı kurulması gereken çalışma koşulları incelenirken işveren sorumlulukları dikkate alınacaktır.

İşverenler sağlık çalışanlarına 6331 nolu Kanuna göre COVID-19'dan korunma, KKD kullanımı, hastalık yönetimi vb. konularda eğitim vermek ve bu eğitimleri her birim değişiminde yenilemek zorundadır. Korunmayla ilgili havalandırmadan, iş örgütlenmesine, iş yükünün düzenlenmesine kadar geniş bir yelpazede işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili önlemler de sorumlulukları arasındadır.

Bu önlemlerin alınmadığı her kurumdan yapılan başvuruda COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabulü gerekmektedir. Ayrıca ulusal istatistikler henüz açıklanmamakla birlikte sağlık çalışanlarında hastalık hızlarının toplum genelinden dünyanın bir çok yerinde olduğu gibi yüksek çıkacağı aşikardır.

Türkiye'de salgının hastalığın sağlık kurumlarında edinildiğinin belgelenmesinin en kolay yolu her riskli temasın iş kazası olarak bildirilmesidir. Temaslı kaydı olan çalışanlar dolaylı da olsa bu kaydı da başvurularda kullanabilirler.

Dolayısıyla bu genelge, sadece sürecin uzamasına, sağlık işgücünün bildirim ve davalarla ilgili fazladan zaman harcamasına neden olacaktır. Ülkedeki sağlık çalışanı ihtiyacı göz önünde bulundurulduğunda bir işveren olarak hükümetin COVID-19'u meslek hastalığı olarak kabul etmemesi salgın yönetimi açısından da önemli bir sorundur.

Ayrıca bu süreçte canı pahasına çalışmakta olan sağlık çalışanlarına bu yapılan büyük bir hürmetsizliktir. Hükümetin yapması gereken aynı İtalya'da olduğu gibi COVID-19'u illiyet bağına bakmaksızın sağlık çalışanları için otomatik olarak meslek hastalığı olarak kabul etmek olmalıdır.

COVID-19 vaka tanımı meslek hastalığı açısından önemlidir. Bilindiği gibi testlerin yalnızca negatifliği %30-40'tır ve bazı hastalarda tanı sadece klinik ve BT sonuçlarıyla konulmaktadır. Bu nedenle hastalar gibi bazı hekim ve sağlık çalışanlarının ölüm nedeni olarak atipik pnömoni ve benzeri başka kodlarla tanı yazılmaktadır. Bu durum hak kaybına neden olabilir ve hızla düzeltilmelidir.

Sağlık çalışanları kimlerdir?

Salgın sırasında yaşamını kaybedenlerin çoğunluğunu hekimler, hemşireler oluşturmakla birlikte şoför, güvenlik görevlisi tıbbi sekreter ve riskli ortamların temizliğinden sorumlu olan çalışanlarda da yer almaktadır. Birinci, ikinci, üçüncü basamakta salgın sırasında aktif olarak çalışan tüm çalışanlara yakalanmaları durumunda COVID-19 meslek hastalığı olarak kabul edilmelidir.

Bildirim yapılması gereken durumlar

Başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm çalışanların solunum yollarına, göz mukozasına ya da açık yaralarına olan öksürük, hapşırık ve diğer vücut sıvılarının sıçraması ya da bulantı gibi riskli tüm temasları kazası olarak değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalı ve bildirim yapılmalıdır. Bildirimi yapılan iş kazası sonrası hastalık gelişirse hastalığı gelişirse bu mevzuatın belirlediği kurullara iletilerek iş kazası sekeli olarak değerlendirilecektir¹³.

Salgın sürecinde tüm çalışanların, COVID-19 hastaları ile temas potansiyeli bulunmaktadır. COVID-19 hastalığı gelişmesi durumunda meslek hastalığı iddiası ile başvurmaları ya da sevk edilmeleri halinde, illiyet bağı için maruziyetleri değerlendirilecek, hastalık tanısı kriterleri dikkate alınarak mevzuatın belirlediği şekilde dosyası hazırlanacak ve bildirim yapılacaktır.

Meslek hastalığıyla ilgili dosya hazırlama yetkisi, devlet üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve meslek hastalıkları hastaneleridir.

Bildirimleri kim hangi kurumlara yapmalıdır?

Kamu sağlık kurumlarında çalışanlar, kurumlarının çalışan sağlığı birimlerine başvurmalı, bu birimler de özlük işleri aracılığıyla SGK'ya meduladan bildirim yapmalıdır. Benzer şekilde özel sektörde ve OSGB'lerde işverenler çalışanlarının COVID-19 bildirimlerini SGK'ya yapmalıdır. Birinci basamak kurumlarında bu bildirim Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla yapılır.

Bildirimler ne zaman yapılmalıdır?

İşverenin, doğrudan bildirilen iş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde; sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde; işyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucularının meslek hastalığı ön tanısı koydukları vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına üç gün içinde sevk edeceği yasal olarak düzenlenmiştir.

¹³<http://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/COVID-BILDIRIM-3420.pdf>

Çalışanın kendi kurumuna değil de aciliyet nedeniyle başvurdukları sağlık kurumları (acil servis vb), başvuranların iş kazalarını; meslek hastalığı tanı koyma konusunda yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuların ise meslek hastalığı tanısı konulduktan sonra en geç on gün içinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 26.ve 14. Maddeleri gereği Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmek zorundadır.

COVID-19'un meslek hastalığı olarak kaydedilme/kabul edilmesi sonucunda başvuranın tüm sağlık giderlerinin %100 karşılanacak, geçici ya da kalıcı iş göremezlik durumunda tazminata hak kazanacak, geçici iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği verilecektir. Vefat durumunda, hak sahiplerine gelir bağlanacaktır.

DSÖ, 16 Mart'ta Sağlık Çalışanlarının Hakları, Roller ve Sorumlulukları - Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği Rehberini yayınladı.¹⁴ ve DSÖ bu rehberde sağlık çalışanlarının salgınlardaki önemli rollerinden ve bu rol ve görevlerini yerine getirirken salgın etkeni ile enfeksiyon riski altına sokan tehlikelere vurgu yapmıştı. Rehberde altı çizilen tehlikeler patojen maruziyeti, uzun çalışma saatleri, psikolojik stres, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalanma, ve fiziksel ve psikolojik şiddettir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının kamu ya da özel işverenlerinin işçi sağlığı ve güvenliğiyle ilgili alması gereken önlemler, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, salgın yönetim planı, kişisel koruyucu sağlanması gibi başlıklara vurgu yapılmıştır. Bu belge, iş sağlığı ve güvenliğini için gereken özel tedbirler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının hak ve sorumluluklarını vurgulamaktadır.

Rehberde anılan işverenlerin sorumlulukları ve korunmaya dair tüm önlemler 5510 GSS ve 6331 İş Sağlığı ve Güvenliği yasasında yer almaktadır. Hükümetin acilen çalışma koşullarıyla ilgili yasalara uygun önlem alması, iş kazası ve meslek hastalıkları konusunda sağlık çalışanlarının haklarının gözetmesi, sağlık çalışanlarına toplumsal cinsiyet rolleri gözetilerek psikolojik ve sosyal destek sağlanması yaşamsal öneme sahiptir. Hastalanan ve yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarıyla ilgili açıklama yapılmalıdır. Sağlık meslek örgütleri ve sendikaların salgın yönetimi konusunda tüm düzeylerde temsili alınacak önlemlerin güvencesi olacaktır.

¹⁴Sağlık Çalışanlarının Hakları, Roller ve Sorumlulukları - Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği Rehberi https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0

“Hakkınız Ödenmez” Dediler, Hakkımızı Ödemediler!

Dr. Eriş Bilaloğlu

TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Mart 2020 ortasında Türkiye’de ilk resmi COVID-19 vakasının bildiriyle eş zamanlı olarak Hükümet’in en tepesinden başlayarak sağlıkçıların kıymeti dillendirilmeye başlanmış, bütün sağlık çalışanlarını kucaklayan “müteşekkirimiz” ve “ne yapsak azdır” ifadeleri alkışlarla süslenmiş, “Cumhurbaşkanı Erdoğan’ın kurmaylarına en üst düzeyde iyileştirme için çalışın” talimatı üzerine harekete geçilmişti. Ne var ki Türkiye’de henüz pandeminin 1. dalgası sonlanmadan “değer bilme” dalgası sonlanmış, “hakkınız ödenmez” denilerek sayıları 1 milyonu geçen sağlık emekçilerinin büyük çoğunluğu ile adeta dalga geçilmiş, hakları ödenmemiştir. Verili koşullarda emek sömürsünün en yoğun ve eşitsizliklerin çok katmanlı/parçalı olduğu alanların başında gelen sağlık hizmetlerinde pandemi koşullarında da -mevcut üretim ilişkileri zemininde- bu gerçek değişmemiş, kıdem tazminatını yok etme adımları eşliğinde Türkiye’de mevcut siyasi iradenin emekçileri yok sayan hattını sağlıkçılar pandemi vesilesiyle bir kez daha yaşamıştır.

Pandemi ile birlikte sağlık, daha gerçekçi bir ifade ile COVID-19’a yakalanmama ve tedavisi, doğal olarak sağlıkçıların bu süreçteki yerleri, yaptıkları görevin önemi en çok konuşulan konu oldu. Dünya ölçeğinde birçok ülkede sağlıkçılara moral destek için resmi ya da sivil odaklarca organize edilen “etkinlikler” yapıldı. Bu etkinlikler önem ve değer temalı klipler, kısa çekimlerden gündelik hayatta küçük ama içten jestlere, yerel yönetimlerin, kurumların sağlıkçıların yaşamlarını kolaylaştıran desteklerine (ulaşım ücreti almama, kimi hizmetlerde öncelik vb), nihayetinde en yetkili otoritelerin alkışlamalarına, takdir açıklamalarına uzanan geniş bir yelpazede gerçekleşti. Bütün bu çabalar küçümsenmeyecek bir atmosfer oluştursa da verili koşullarda emek sömürsünün en yoğun ve eşitsizliklerin çok katmanlı/parçalı olduğu alanların başında sağlık emek gücünün geldiğini ve pandemi koşullarında da -mevcut üretim ilişkileri zemininde- bu gerçeğin değişmeyeceğini gizleyemedi.

Yorgun, tükenmiş, kırgın, küskün ve yeniden bir mücadele arifesinde

Türkiye’de sağlık emekçileri en temel taleplerinin merkezi otorite tarafından ısrarla karşılanmadığı bir ortamda pandemiye girdi. Aile hekimleri bir kampanyanın ardına 8 Şubat 2020 tarihinde Ankara’da miting düzenlemişti, 15 Mart 2020 tarihinde ise çok daha geniş bir yelpazede Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türk Dişhekimleri Birliği (TDB), Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Devrimci Sağlık İşçileri Sendikası (DİSK Dev-Sağlık İş), Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (SHUD), Türk Psikologlar Derneği (TPD), Ankara Veteriner Hekimleri Odası (AVHO), Veteriner Hekimler Derneği, Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği (Tüm-Rad Der) tarafından yapılacak bir miting ve takiben iş bırakma çalışmaları sürmekteydi. Bu hareketliliğin ana teması Cumhurbaşkanlığı Hükümeti’nin sağlıkta şiddete engel olma yönünde yasal vb işlevsel adımlar atmaması ve toplum yararını gözetmeyen bir sağlık sisteminde ısrarla sağlık emekçilerinin özlük hakları taleplerine karşılık vermemesiydi. Özetle Türkiye’de sağlıkçılar pandemi öncesi yeni bir

mücadele dönemi arayışı içerisinde ve aynı zamanda yorgun/tükenmiş/bıkmış bir haldeydi, yaygın duygu ise haklarının verilmemesi, değerlerinin bilinmemesi karşısında kırılmışlık ve küskünlüktü.

Alkışlayalım! Ne kadar alkışlasak azdır!

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından 11 Mart'ta ilk vakanın resmi olarak duyurulmasıyla eş zamanlı başta hekimler ve hemşireler olmak üzere bütün sağlıkçıların kıymeti dile getirilmeye başlandı.

Sağlık Bakanı 19 Mart'ta TBMM Genel Kurulu'nda salgınla ilgili bilgi vermek üzere yaptığı konuşmasında bütün milletvekillerini sağlıkçıları alkışlamaya davet ediyor ve aynı gün tvit mesajıyla çağrısını yaygınlaştırıyordu:

"Alkışlayalım! Ne kadar alkışlasak azdır! Bugün saat 14.00'te Meclis'teki konuşmamda milletimin temsilcilerini özverili sağlık çalışanlarımızı alkışlamaya davet ettim. Şimdi tam 21.00'de milletimizi, bu alkış sesini Türkiye çapında, balkonlardan yükseltmeye davet ediyorum." **(AA web sayfası)**

Çağrının gördüğü ilgi üzerine ertesi gün Cumhurbaşkanı da alkışlara katılıyordu.

Sağlıkçılar bu ilgi ve destek karşısında çelişik duygular içerisindeydiler; iktidarın tutumunu samimiyetsiz bulanlar ağırlıkta olmakla birlikte insanların içtenliklerinden de etkileniyor ve karşılık veriyorlardı. Türk-İş'e bağlı Sağlık-İş 20 Mart'ta "İş kolumuzdaki çalışanlara sadece alkış yetmez" diyerek Cumhurbaşkanlığı'na yazı gönderiyor ve ekliyordu: "...bir hasta bir polikliniğe girdiği zaman ilk önce sekreteryadan bandrolünü alır. Sonra koridorda temizlik görevlisiyle karşılaşır ve daha sonra doktorun odasına girer, odada hemşire varsa önce onunla konuşur sonra doktora muayene olur. Daha sonra hastalığına göre hastanenin diğer olanaklarından yararlanır ve oradaki çalışanlara temas eder. Bu hasta eğer Corona Virüs (COVID-19) taşıyorsa ayırım yapmadan bütün sağlık çalışanlarına bu virüsü yaymış demektir. Virüs geldiği zaman sağlık çalışanları arasında ayırım yapmıyor. Bütün yıllık izinler iptal edilirken ayırım yapılmıyor ama nedense olay sosyal ve ekonomik haklara geldiğinde ayırım yapılıyor." **(Sağlık-İş web sayfası)**

Sağlık personelinin tamamına tavandan ek ödeme

Sağlık emekçilerinin özlük hakları için talepleri gündeme geliyor ve takdirin alkışla sınırlı olmaması gerektiği yaygın olarak konuşuluyordu. Sağlık Bakanı "üzerinde çalıştıklarını" ifade ediyordu. 23 Mart'ta ilk "müjdeyi" Hazine ve Maliye Bakanı Berat Albayrak attığı bir tvitle verdi: "Sağlık Bakanlığımızın talebini hızla karşıladık. Performans ödemelerini tüm sağlık çalışanları için 3 ay üst tavandan yapacağız. Bunun için 4.5 milyar TL ek kaynak sağlıyoruz. 32 bin yeni personel alımını da onayladık. Sağlık çalışanlarımıza müteşekkirimiz, onlar için ne yapsak az." **(AA web sayfası)** Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) yaptığı değerlendirmede "Sağlık emekçilerinin salgınla mücadeledeki emeğini performansla ölçemezsiniz... döner sermaye ek ödemeleri şu haliyle özellikle hekim dışı sağlık emekçileri için ya hiç ya da komik miktarlarda olup ödemelerin tavadan yapılması meslekler arasındaki farkı kapatmayacağı gibi reelde alınan ücret anlamında da kayda değer bir değişikliğe sebep olmayacaktır" diyor ve taleplerini ekliyordu: "Salgınla mücadele edilen bu dönemde hastanelerin tüm bölümleri yüksek riskli kabul edilmeli, tüm sağlık emekçilerine kadro ve istihdam biçimi ayırımına bakılmaksızın yoksulluk sınırının üzerinde, emekliliğe yansıtacak temel ücret verilmeli, sağlık emekçilerini tavadan döner sermaye söylemleri ile oyalamak yerine tüm emekçilerin temel ücretleri en

düşük 7.300 TL olacak şekilde artırılmalıdır.” (**Evrensel gazetesi web sayfası, SES web sayfası**)

Çalışmaların içeriğiyle ilgili haberler basında benzer cümlelerle yer aldı: “Doktorundan sağlık memuruna kadar tüm sağlık çalışanları, performans sistemine bakılmaksızın tavadan döner sermaye payı alacak.” (**Habertürk web sayfası**) “Koronavirüs salgını nedeniyle büyük özveriyle çalışan sağlık personelinin tamamına tavandan ek ödeme yapılması kararlaştırıldı.” (**Hürriyet gazetesi web sayfası**) Haberlerin devamında Sağlık Bakanı’nın “... aylık 1.5 milyar lira olmak üzere 3 ay süreyle sağlık çalışanlarına tavandan ödeme yapılacağını” söylediği ekleniyor, kimi haberlerde ise Hükümet’in sendikası olarak bilinen Memur-Sen’in sağlık iş kolundaki yapısı Sağlık-Sen başkanının hekim, hemşire... genel idari hizmetlere kadar alacakları rakamları aktardığı okunuyordu.

Sağlık emekçileri pandemi öncesinden bu yana hakları olanı isterken şimdi, zor bir dönem fırsat bilerek sanki çok yüksek para olmadan çalışmazlarmış gibi bir çerçevenin içine itiliyorlar, en azından böyle hissediyorlardı. TTB bu duygu ve düşünceleri de paylaşarak bir açıklama yaptı: Hekimlerin önceliği para değildir! (**TTB web sayfası**)

Yukarıda aktarılan haberlerin kaynağı olan hazırlık 24 Mart 2020 tarihli Resmi Gazete’nin mükerrer sayısında Yönetmelik değişikliği olarak yayınlandı: “1/3/2020 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere üç ay süreyle yer ve/veya personel yönünden kapsamı ve oranı Bakan tarafından belirlenmek kaydıyla, bu Yönetmelikte belirlenen esaslara tabi olmaksızın personele ek ödeme yapılabilir. Bu şekilde yapılacak ödeme tutarı toplamı mesai içi tavan ek ödeme tutarını geçemez.” (**Resmi gazete web sayfası**)

‘Bütün sağlık personeline müteşekkirimiz’ ama herkesi kapsamı ‘haksızlık olmaz mı?’

Kamu özel, hekim hemşire, temizlik görevlisi güvenlik personeli vd ayrımı olmaksızın pandemiye karşı bütün sağlık emekçileri bir ekip ve bütün olarak bu süreçte yer alacaktır, cidditehdit karşısında ortak ruhun oluşturulması ve korunmasının önemi olduğu açıktır.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca’nın 2020 yılı bütçe sunusunda aktardığı (Ekim 2019 verisi) “sağlık personelinin tamamı” şöyleydi:

Genel Bilgiler				
Sağlık İnsan Gücü				
Unvan	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam*
Uzman Tabip	44.118	16.046	25.541	85.705
Tabip	57.312	17.586	4.284	79.182
Diş Tabibi	11.216	4.440	16.533	32.189
Hemşire + Ebe	185.150	31.927	37.405	254.482
Diğer Personel	374.708	55.069	161.320	591.097
Toplam*	672.504	125.068	245.083	1.042.655

8 Nisan 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün "Covid - 19 pandemisi nedeni ile sağlık tesislerinde ek ödeme yapılmasına ilişkin usul ve esaslar" konulu yazısı ile "ne olacağı" büyük ölçüde netleşti. Sağlıkçıların talep ve sorularının basıncıyla Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'ödemelerin herkesi kapsamamasının haksızlık olacağını açıkladı: "Biz özellikle şu dönemde pandemi hastasıyla yoğun ilgilenen hekim ve çalışan personelimiz var. Pandemi hastasıyla ilgilenen bütün hekim ve sağlık personeli tavandan performansını almış olacak. Bunun dışında bazı branşların bu hastalarla ilgili olmadığını biliyoruz. Dünyada pratisyen hatta intern hekiminin bu dönemde hizmet ettiği bir salgında, pandemi hastasıyla çalışan her hekim tavandan ücret alabilir olacak. Şu daha bir haksızlık olmaz mı, sürekli gece gündüz çalışan KBB, göğüs hastalıkları uzmanı arkadaşımız, diğer taraftan hasta bakmayan kişiyle aynı mı görülmeliydi? Yapılması gereken hasta ile ilgili yoğun çalışan herkesi tavandan, diğer bütün personel ve çalışanların alanı olmazsa bile pandemi dönemindeki hastayla tedavisinde hizmetinde yer almasını sağlamak. Dolayısıyla hizmetinde yer alan herkes tavandan alacak. **(Medimagazin web sayfası)**

Sağlık örgütleri ne diyor?

Sağlık emekçileri ve örgütlü oldukları birlik ve/veya sendikaları konuyla ilgili hem girişimlerde hem de açıklamalarda bulunuyorlardı. Sendika genel merkezlerinin web sayfalarına yönelik yapılan taramalarda sadece Memur-Sen'e bağlı Sağlık-Sen'in bir açıklamasına rastlanmamıştır.

Hekim örgütü "Ek ödemede hekimler arasında ayırım haksızlıktır" başlığıyla 11 Nisan'da yaptığı açıklamada COVID-19 pandemisi kapsamında hizmet sunulan yerlerde hekimlerin bir kısmının gelirlerini koruyabileceğini, ancak diğer hekimlerin ek ödeme gelirlerinin düşürülmüş olduğuna dikkat çekerek "döner sermaye değil, emekliliğe yansıyan düzenli gelir tanımlanmalı... her koşulda büyük bir özveriyle nitelikli sağlık hizmeti sunmak için önemli çaba içinde olan sağlık çalışanları arasında ayırım yapılmaması ve çalışanların motivasyonlarının bozulmaması için ivedilikle bütün sağlık çalışanlarına üç ay süreyle tavandan ödeme yapılması sözü yerine getirilmeli; sonrasında da, ivedilikle, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen ve sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştiren yepyeni bir sağlık sistemi planlanması" vurgulanmıştır. **(TTB web sayfası)**

Sendikalar "sağlık hizmetinin bütünlüklü görülmemesi, birinci basamak hizmetlerinin, işbirliği protokolü olmayan üniversite hastanelerinin ve 4D taşeron işçilerinin bu kapsamın dışında bırakılmış olması, aynı işi yapan farklı meslek grupları arasında ve aynı işi yapan aynı meslek grubunda çalışanlar arasında dahi ödemeler konusunda önemli farklar oluşmasının birçok sorunun yanı sıra sağlık emekçilerinin ekip ruhuna ve motivasyonuna zarar verdiğine"; "aynı serviste hizmet veren iki hemşirenin sadece mezuniyetleri farklı olduğu için aldıkları ek ödemeler arasında uçurum olmasına, aile hekimliği çalışanlarının filyasyon ekibi olarak verdikleri hizmet için herhangi bir iyileştirme olmamasına, sağlık taraması yapan, yollarda ateş ölçen, hasta ve yakınlarının izolasyonunda görevlendirilenlerin kapsam dışında bırakılmasına, hastanede görev yapan ama sağlık çalışanı olmayan kamu görevlilerinin risk taşımadıkları şeklinde değerlendirildiğini, temizlik ve güvenlik gibi hizmetleri gerçekleştiren işçilerin durumunun görmezden gelindiğine, üniversite hastanelerinde görev yapan çalışanlar için de aynı mağduriyetlerin söz konusu olduğuna" dikkat çekmişlerdir. **(SES web sayfası, Türk Sağlık-Sen web sayfası)**

Tepkiler artıyor: Sağlık emekçileri seslerini yükseltiyor, milletvekilleri, medya yükleniyor

Özellikle SES'in, Dev Sağlık-İş'in enerjik ve ısrarlı çabaları, muhalefet milletvekillerinin Sağlık Bakanı'na yönelik soruları, sorunlara duyarlı tutum alan medya desteğiyle Hükümet'in iki yüzlü tavrı "hakkınız ödenmez dediler, hakkımızı ödemediler" sloganıyla gündem oluyordu. Sağlık çalışanları ek ödeme adaletsizliğine tepkilerini ve taleplerini sosyal medyada açtıkları #Eködemeyalanı, #sözünüzütutun, #üniversitelereşitlikistiyor vb başlıkları etiketleyerek duyuruyordu.

İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Mayıs'ın ikinci yarısında İzmir Tabip Odası, SES, Demokratik Sağlık Sen, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Tez Koop İş Sendikası, Güvenlik-iş Sendikası, Birleşik-Metal-İş Sendikası Dokuz Eylül Hastanesi Temsilcilikleri ve Eğitim Sen 3 No'lu Şubenin çağrısı ve sağlık çalışanlarının katılımı ile 21 Mayıs 2020 tarihinde adaletsiz ödemelerle ilgili basın açıklaması gerçekleştirildi. Üniversitelerin gelirlerindeki azalma gerekçe gösterilerek sağlık emekçilerinin ek ödemelerinden %20 kesinti yapılması gündeme geldi. Valilik, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ek ödeme adaletsizliğini protesto ederek taleplerin dile getirildiği etkinlikleri Haziran ayı sonunda pandemi gerekçesiyle il genelinde eylemleri yasaklayarak engelliyordu.

Türkiye ölçeğinde kamu özel ayrımı olmadan ve bütün sağlık çalışanlarını kapsayan gözlemler Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan hekimlerin bir bölümünün performans adı altında tavandan ek ödeme aldıklarını, çok nadir olarak kamu dışında çalışan hekimlere de (işyeri hekimi vb) bir kereye mahsus ödeme yapıldığını doğrulamaktadır. Ancak eşitsizliğin can acıtıcılığı nedeniyle tavandan ödeme alan hekimler azımsanmayacak sayıda kurumda kendi aralarında bir dayanışma ile ekip arkadaşlarını desteklemeye yönelmişlerdir. Mütevazı da olsa bu dayanışma örnekleriyle Sağlık Bakanlığı'nın vicdanları rahatsız edici adaletsizliğidaha da sınırlı olmuştur. Ayrıca özelden çalışan sağlık emekçilerinin bir kısmı için işten çıkarma bir diğer kısmı içinse ücretsiz izine ayırma uygulamasının yaygın olarak yapıldığı bilinmektedir.

Gerek dünya gerekse de Türkiye'de sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunun göz ardı edilmesi, iktidarların ekibi bölen tutumlarıyla daha da derinleştirdikleri, kötü ve kasıtlı yönlendirdikleri "ilişkiler" giderek içinden çıkılmaz bir hale dönüşmektedir. Hekim ve yer yer de hemşirelerin kıymetini dillendiren ama "diğerlerini" görmeyen söylem "önemli ama değersiz çalışanlar" ayrımını pandemi döneminde de derinleştirerek yaşatmıştır.

"en üst düzeyde" iyileştirme, şehitlik vb arasında tek gerçek: en üst düzeyde sömürü!

TBMM pandemi nedeniyle ara verdiği çalışmalarına Haziran ayı ile başlıyor ve gündemin doğal olarak pandemi, sağlıkçılar, halkın yaşadığı mağduriyet, telafisi için yapılacaklar vb olması beklenirken Cumhur ittifakının "bekçi düzenlemesi" dayatılıyordu. Muhalefet partileri/milletvekillerinin TBMM'nin kapalı olduğu dönemde de dile getirdiği sağlıkçılara yönelik düzenlemeler yapılması, ölen sağlık emekçilerinin şehit kabul edilmesi girişimleri AKP ve MHP'li milletvekillerinin gündemine bile giremiyordu. Diyanet İşleri Başkanı da sorulması üzerine "Hakiki şehit; vatan uğruna, bayrak uğruna, namus uğruna canını feda eden askerlerdir, polistir." diyor ancak sağlık emekçilerinin yaşatmak için çabalarırken öldüklerinde "hükmi şehit" olabileceklerini söyleyerek "şehitlik mertebesine ermelerini umduğunu" ekliyordu. **(Odatv web sayfası)**

Özetle Mart 2020 ortasında sağlıkçıları takdiren tepeden alkışlarla başlamıştı. Bütün sağlık çalışanlarını gözeten "müteşekkik" ifadelerle süslenmiş, "Cumhurbaşkanı Erdoğan'ın

kurmaylarına en üst düzeyde iyileştirme için çalışın” talimatı üzerine harekete geçilmişti. Hazırlanan teklifte sadece şehitlik değil özlük haklarında iyileştirmelerin de olduğu bilgileri ana akım medyadayı almış, ne var ki üzerinden 1 ay geçmeden emekçiye yönelik “en üst düzey” ortaya çıkmıştı. **(CNNturk web sayfası)**

Kaynaklar:

- AA web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/bakan-kocadan-saglik-calisanlari-icin-ust-uste-3-gun-alkis-cagrisi/1772398>
- AA web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-calisanlarinin-performans-odemeleri-3-ay-ust-tavandan-yapilacak/1776610>
- CNNturk web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.cnnturk.com/video/turkiye/olen-saglikcilar-sehit-sayilacak-mi>
- Evrensel gazetesi web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.evrensel.net/haber/400330/ses-saglik-emekcilerinin-salginla-mucadeledeki-emegini-performansla-olcemezsiniz>
- Habertürk web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.haberturk.com/son-dakika-haberler-saglik-calisanlarina-ek-odeme-mujdesi-saglik-calisanlari-ne-kadar-odeme-alacak-2623639-ekonomi>
- Hürriyet gazetesi web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/saglik-calisanlarina-ek-odeme-ne-zaman-verilecek-ek-odeme-ucreti-ne-kadar-olacak-41477073>
- Medimagazin web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-bakanindan-ek-odeme-aciklamasi-pandemi-hastasiyla-ilgilenenler-tavandan-alacak-11-681-87991.html>
- Odatv web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://odatv4.com/koronavirusten-olen-saglik-calisanlari-sehit-sayilir-mi-08042029.html>
- Resmi gazete web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200324M1-2.htm>
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://ses.org.tr/2020/04/performans-degil-temel-ucret-salgin-suresince-ayrimsiz-olarak-tum-saglik-emekcilerine-cift-maas-odemesi-yapilsin/>
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://ses.org.tr/2020/06/covid-19-pandemisi-surecinde-3-ay-sureyle-tavandan-yapilacak-odemelerle-ilgili-saglik-bakanligina-vazi-gonderdik/>
- Sağlık-İş web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 <https://www.saglikis.org.tr/haber/603/is-kolumuzdaki-calisanlara-sadece-alkis-yetmez>
- Türk Sağlık-Sen web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 https://www.turksaglikisen.org.tr/genel-baskanimizdan-saglik-bakani-sayin-fahrettin-kocaya-acik-mektup_4480.html
- TTB web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=98d1f54e-6e8d-11ea-a219-c213173be5c8
- TTB web sayfası. Erişim tarihi 05.07.2020 https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/haber_goster.php?Guid=d0aed23e-7bee-11ea-a12d-7aee3f6e69c5

8. BÖLÜM: PANDEMİDE GELENEKSEL VE SOSYAL MEDYANIN İŞLEVİ

Pandemide Geleneksel ve Sosyal Medyanın İşlevi

Faruk Bildirici

Gazeteci/Medya Ombudsmanı
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 pandemisi, insanların haber ve bilgi alma ihtiyacını artırdı. Tehlike altında oldukları duygusuna kapılan insanlar, en güvendikleri haber kaynağına yöneldiler. Bu da çoğunlukla televizyonlar ve internet siteleri oldu. Haber kaynağı olarak sosyal medyaya başvurunun azalmasında bu mecrada yalan, yanlış ve manipülatif bilgilerin dolaşımına zemin oluşturması etken oldu. Sosyal medya zaten haber verme amaçlı mecralar olarak oluşturulmamıştır. Haber ve bilgi vermek, geleneksel medyanın temel işlevidir. Pandemi döneminde geleneksel medyanın bütün öznel kaygıları bir yana bırakarak toplum sağlığına katkıda bulunma amacıyla hareket etmesi, bilgilendirmesi ve uyarması gerekir. Ancak Türkiye’de geleneksel medya hem kamu yöneticilerinin gerektiğince şeffaf olmaması ve siyasi iktidarın gözü kapalı biçimde desteklenmesi hem de tiraj/reyting endişelerinin bir yana bırakılmaması ve habercilikteki “magazinelleşme” gibi etkenlerle işlevini tam olarak yerine getiremedi. Medyanın en başarılı olduğu nokta, pandemi döneminde yeni “ekran yıldızları” yaratmasıydı.

COVID-19 pandemisinin ilk günlerinde yaygın medya, uyarıcı ve bilgilendirici olmak yerine komplo teorileriyle bezeli haberler vererek, söyledikleri birbirini tutmayan ve uzman olmayan kişileri ekranlara çıkararak sorunu “magazinelleştirme”yi tercih etmiştir. Tiraj ve reyting çırpınışları, toplum sağlığı kaygısının önüne geçmiştir.

Böyle olunca toplum da tehlikenin ne denli büyük olduğunu yeterince algılayamamıştır. Binlerce kilometre uzaktaki pandemi yaklaştıkça tehlikenin boyutları farkedilmiş, ilk vakanın ortaya çıktığı 11 Mart’tan itibaren insanlarda korku, panik, endişe, yaşam kaygısı ağır basmaya başlamıştır. Yaşamları boyunca duymadıkları, bilmedikleri kadar büyük bir felaketle karşı karşıya kalıp, ölümü yakınında hisseden insanların haber ve bilgi ihtiyacı zirveye çıkmıştır. Bu da bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de haber tüketiminin artmasına neden olmuştur.

Virüs nedir, nasıl hasta ediyor, nasıl korunulur, hangi kentte ne kadar insan hastalandı, kaç yaşındaki insanlar öldü? Bu ve takip eden onlarca, yüzlerce soruya yanıt bulmaya

çalışan insanların ilk yöneldikleri yer sosyal medya ve dijital mecralar olmuştur. Ancak oralardaki yanıtların güvenilir olmadığı, gerçekler ile yalanların, doğrular ile yanlışların içiçe geçtiği çabuk fark edilmiştir. O nedenle insanlar, kolay ulaşılabildikleri ve güvendikleri haber kaynaklarına yönelmiştir.

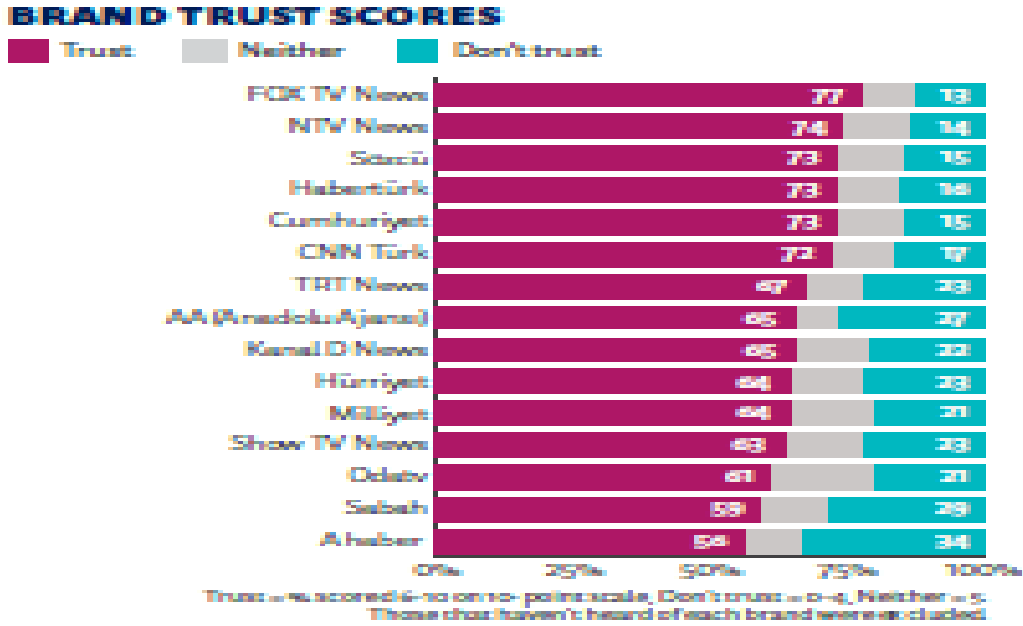
Türkiye’de medyanın ve gazetecilerin itibar ve güven erozyonu yaşadığı, inanırlılık sorununun giderek daha da büyüdüğü bilinmektedir.

Dünyanın en büyük araştırma şirketlerinden biri olan Ipsos araştırma şirketine geçen yıl 23 ülkede yaptığı araştırmada Türkiye’de gazeteciler, en çok güvenilen meslekler sıralamasında 15. Sırada yer almıştır. Birinci sıradaki bilim insanlarına güvenenlerin oranı yüzde 70 iken, gazetecilere güvenenlerin oranı sadece yüzde 15’te kalmıştır. Bu oran araştırma yapılan 23 ülkede ortalama yüzde 21, ABD’de yüzde 32, İngiltere’de yüzde 24’dür. Bu da Türkiye’de gazetecilere güvenin birçok ülkeden daha düşük olduğunu göstermektedir. (IPSOS web sayfası, 2019)

Gazetecilere güven düzeyi böyle olunca insanlar en çok güvendikleri medya kuruluşlarını okumayı/izlemeyi/dinlemeyi sürdürmüşlerdir. Oxford Üniversitesi’ne bağlı Reuters Gazetecilik Çalışmaları Enstitüsü’nün okur ve izleyici alışkanlıklarına dair hazırladığı 2020 Dijital Haber Raporu, Türkiye’de haber kaynağı olarak en güvenilir kanalların Fox TV ve NTV olduğunu belirlemiştir. (Newman, N., Fletcher, R., Schulz, A., Andi, S., Nielsen, K.R., 2020) Gazeteler arasında ise Sözcü ve Cumhuriyet vatandaşın en güvendiği haber kaynakları olarak öne çıkmıştır.

Güven sıralamasında listenin en altında hükümet yanlısı A Haber ve Sabah gazetesi yer almıştır. Resmi haber ajansı Anadolu Ajansı’nın haberlerine güvendiğini söyleyen kesimin oranı da yüzde 65’te kalmış, yüzde 27’lik bir kesim AA’nın haberlerine güvenmediğini ifade etmiştir.

MEDYA KURULUŞLARINA GÜVEN



Kaynak: Reuters Institute Digital News Report 2020.

Ancak bu araştırmanın uygulandığı kentlerin bilinmemesi ve internetteki büyük haber siteleri ile bağımsız televizyon kanallarının araştırma dışı bırakılmış olması, araştırmanın sonuçlarıyla ilgili soru işaretleri doğurmaktadır. Araştırmaya esas olan anketin şubat ayında uygulanmış olması da Türkiye’de pandemi sürecinde başvurulan medya kaynakları ve güven konusundaki değişimleri yeterince kapsamadığını ortaya koymaktadır.

Televizyon ve internet siteleri

2020 Dijital Haber Raporu'na göre, Corona virüs pandemisi nedeniyle haber ve bilgi almak isteyen insanlar, daha çok televizyon ve internetteki haber sitelerini tercih etmiştir. Yaklaşık 83 milyon nüfuslu Türkiye’de internete girme oranı yüzde 83 ve kentli nüfusta internet üzerinden haber takibi yaygın olmasına rağmen televizyon en çok başvurulan haber kaynağı olmayı sürdürmüştür.

Türkiye’de habere erişim için internet kaynaklarına başvurma oranı 2015’te yüzde 88 iken 2020’de bu oran yüzde 85’e düşmüştür. Televizyonda ise bu oran beş yıl içerisinde yüzde 75’ten 68’e inmiştir. Görüldüğü gibi beş yıl içerisinde bir düşüş trendi olmasına rağmen kentsel nüfusta internet ve televizyonlar haber kaynağı olarak konumunu korumaktadır.

Haber amaçlı olarak basılı gazetelere başvurma oranı son beş yıl içerisinde yüzde 67’den 58’e düşmüştür. Basılı gazetelerin tüketiminde pandemi süresince dağıtımın zorlaşması, sokağa çıkma yasağının olduğu günlerde gazete satın alınamaması, 65 yaşın üzerindekiilere getirilen sürekli sokağa çıkma yasağı da basılı gazetelerin tüketiminin azalmasında önemli rol oynamıştır.

İnternet haberlerine ulaşmada akıllı telefonlar bilgisayarları geride bırakmıştır. 2015 yılında yüzde 57’lik bir kesim akıllı telefon aracılığıyla internet haberlerini takip ederken bu oran 2020’de yüzde 72’ye yükselmiştir.

Haberlere ulaşmak amacıyla sosyal medyaya başvurma oranı 2015 yılında yüzde 52 iken, 2020 yılında yüzde 40 olarak saptanmıştır. Haber amacıyla başvurulan sosyal medya mecralarında ilk sırayı Facebook almıştır. Onu sırasıyla YouTube, Instagram, WhatsApp ve Twitter takip etmiştir. Facebook kullanıcılarının yüzde 49’u habere erişmek amacıyla bu mecraayı seçerken, bu oran Twitter’da yüzde 30 düzeyinde kalmıştır. Dijital ortamlarda video haber tüketiminde Türkiye dünyada ilk sıradadır. Türkiye’de internete girenlerin yüzde 95’i haftada en az bir kez haber videosu izlemektedir.

Pandemi döneminde etik ilkeler

Medyanın temel işlevi, haber ve bilgi vererek “kamu yararı”nın gözetilmesidir. Sağlık alanında da medya kuruluşlarının ve haber kaynaklarının ticari çıkarları yerine kamu yararı’nın gözetilmesi, toplum sağlığının her şeyin üzerinde tutulması gerekmektedir. “Sağlık haberlerinin bilimsel nitelik taşıması, bağımsız ve bütün çıkar ilişkilerinden arınmış olması, güvenilirliği ve inandırıcılığı bakımından fevkalade önemlidir.”(Faruk Bildirici web sayfası, 2017)

Sağlık alanında haber ve tüm içerikleri hazırlarken “insani” yaklaşımda bulunmak, diğer gazetecilik alanlarından daha büyük zorunluluk arz etmektedir. Zira sağlık alanında yazan gazeteciler ve uzmanlar, doğrudan insana, insan hayatına dokunmaktadır.

Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi’nin “sağlık” hakkındaki maddesi de gazetecilere “kamu yararını” gözetmeleri ve “insani davranmaları” konusunda uyarılar içermektedir:

- “Sağlık konusunda sansasyondan kaçınmalı, insanları umutsuzluğa sürükleyecek veya sahte umut verecek yayın yapılmamalıdır.
- Tıbbi alandaki araştırmalar kesinleşmiş sonuçlar gibi yayınlanmamalıdır.
- Araştırmaları destekleyen kuruluşlar açıkça belirtilmeli, bilimsel kanıta dayalı olmayan tanı ve tedavi yöntemlerine haberlerde yer verilmemelidir.
- İlaç tavsiyesinde asla bulunulmamalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında araştırmalar yapan, bilgi ve görüntü almaya çalışan gazeteci, kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak bölümlere ancak yetkililerin izniyle girmelidir.
- Hasta hakları gözetilerek hastanın ses ve görüntü kaydı izinsiz alınmamalıdır.
- Doktor veya hastanelerin suçlandığı haberlerde mutlaka onların da görüşüne başvurulmalıdır.” (TGC, 2019; TGC web sayfası)

Hak ve Sorumluluk Bildirgesi’nde yer alan bu ilkeler elbette pandemi sürecinde de geçerliliğini korumaktadır. Gazetecilerin sağlıkla ilgili bu temel ilkelere titizlikle uyması gerekmektedir. Bildirgedeki temel ilkelere ek olarak pandemi döneminde uygulanması gereken etik ilkeler şöyle sıralanabilir:

- Tiraj ve reyting gibi mesleki ve kurumsal bütün kaygılar bir yana bırakılarak bütün gazetecilik içeriklerinde toplum sağlığı gözetilmelidir.
- Pandemi hakkındaki yayınlar bilgilendirici, uyarıcı ve farkındalığı artırıcı nitelikte olmalıdır. Halkın önlemlere uyumunun sağlanması hedeflenmelidir.
- Gereksiz umut veya umutsuzluk verilmemesi, insanların karamsarlığa ve paniğe kapılmaması için haberler drama biçimine sokmadan serinkanlı bir dille sunulmalıdır.
- Zamana karşı yarış ve rakiplerinden öne çıkma amacıyla doğrulanmamış, yeterince kontrol edilmemiş haberler -özellikle dijital mecralarda- yayına verilmemelidir.
- Pandemi yayınları, sağlık muhabir ve yazarları tarafından hazırlanmalı. Bütün gazetecilik içeriklerinde ve tartışma programlarında uzmanların bilimsel görüşlerine yer verilmelidir. Uzman görüşlerinin çeliştiği durumlarda açıklayıcı olunmalı ve farklılığın nedenleri de anlaşılır biçimde okur/izleyiciye aktarılmalıdır.
- İnsan sağlığının tehdit edildiği böylesi bir süreçte komplo teorileri, doğrulanmamış iddialar, aşı ve ilaçla ilgili kaynağı şüpheli bilgiler yayımlanmamalıdır.
- Haberlerde kullanılacak bilgilerin doğrulanması için resmi makamlara başvurulmalı ama kamu kuruluşları tek veri kaynağı olarak görülmemelidir. Sağlıkla ilgili sivil toplum örgütleri de doğrulama makamı olarak görülmeli ve bu kuruluşlardan gelecek öneri, uyarı ve açıklamalar da yayınlarda değerlendirilmelidir.
- Toplumun büyük bir tehlikeyle karşı karşıya olması resmi kuruluşlarla dayanışma içine girilmesini gerektirse de bu dayanışma gazetecilerin resmi otoritelerin uzantısı gibi davranması anlamına gelmemelidir. Gazetecilik şüpheliği pandemiye ve alınan önlemlere ilişkin haberlerde de sürdürülmeli, eleştirel ve sorgulayıcı olmaya devam edilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere tüm resmi kuruluşlar ve tabii medya, pandemiye ilişkin veriler konusunda her aşamada şeffaf olmaya zorlanmalıdır. Şeffaflığın-toplumundoğru ve yeterli biçimde bilgilendirmesini sağlayacağı unutulmamalıdır.
- Yaşamını yitiren insanların tablolarındaki sayılara indirgenmemesi için çarpıcı insan öykülerine yer verilmelidir. Hastaların isimlerinin açıklanması konusunda hasta haklarına özen gösterilmeli, kendileri açıklamadığı sürece isimleri yayımlanmamalıdır. Ancak hasta olan kamu ünlü kişilerinin ve karantina gibi sağlık önlemlerine

uymayarak toplum sağlığını tehlikeye atan hastaların isimlerinin açıklanmasında farklı yöntem izlenebilir.

Medyada sağlık haberciliği

Sağlık alanında kamu yararının gözetilmesi ve pandemi koşullarında toplum sağlığının diğer bütün öznel kaygıların önüne geçmesi gerektiğini belirtmiştik. Ancak pandemi koşullarındaki haberciliğe geçmeden önce pandemi dönemi öncesinde medyada sağlık haberciliğinin nasıl yapıldığına göz atmakta yarar var.

Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren “Herkes için sağlık ve eşit, nitelikli sağlık hizmeti” düşüncesi terk edilmiş, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin yerini “sağlıkta piyasalaşma” almaya başlamıştır. 1995’te Bakanlar Kurulu kararıyla sağlık işletmesine dönüştürülen Ankara’daki “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Sağlık İşletmesi” piyasalaşma yolunda ilk örnektir. Sağlıkta dönüşümün adı, 1990’lı yıllarda “sağlık reformları” iken 2003’ten itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) adını almıştır. (Erol, H., Özdemir, A., 2018)

AKP iktidarı döneminde “sağlıkta piyasalaşma”ya hız verilmiş, sağlık ocakları kapatılarak onun yerine aile hekimliği modeline geçilmiş, devlet hastanelerinde başlatılan performans dayalı döner sermaye uygulaması üniversite hastanelerine yayılmış, özel hastanelerin kuruluşu teşvik edilmiş, kamu ve özel sektör işbirliğiyle Şehir Hastaneleri kurulmuştur. Böylece sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde özelleştirilmesi sağlanmıştır.

Sağlık alanındaki piyasalaşma, medyadaki dönüşüm yıllarıyla çakışmıştır. Medyada 1990’larda başlayan sahiplik yapısının değişimi ve tekelleşme, medya kuruluşlarının ticarileşmesine ve kâr odaklı yayıncılığın baskın hale gelmesine yol açmıştır. “Piyasa koşullarının ve dolayısıyla izleyici merkezli bir yayıncılık anlayışının benimsendiği medyada, haber değeri kavramı da doğrudan piyasaya dönük bir yaklaşımla saptanmaktadır. Bu anlamda, haber içeriğinin basitleştirilmesinden, basit içerikli haberlerin sunumuna kadar geleneksel habercilik anlayışıyla çelişen ilkesel değişimler yaşanmaktadır. Piyasa ortamı medya profesyonellerini haberkonusunu sorgulayan bireylerden ‘haber konusunu yaratan’ bireylere dönüştürmektedir.” (Ergül, 2000)

Durum bu olunca “Sağlıkta piyasalaşma” medyanın sağlık alanıyla ilişkilerini geri dönülmez biçimde etkilemiştir. Medya ve sağlık sektörü arasındaki ilişkilerde Prof.Dr. Bekir Kuru’nun “medyatikleştirilmiş tıp” deyimini haklı çıkaran bir dönüşüm yaşanmıştır:

“Medyatikleştirilmiş tıba teşne olan medyada sağlık haberleri ilgi çekicilik, sansasyon ve sözde ‘yeni bilimsel buluş’ eksenine oturtulmakta. Haberin yol açabileceği yarar ve zararların hesap edilmemesi bu tür tıp paparaziliği yarattı. Kimi çaresiz, yoksul hastaların ekrana çıkarılarak tedavi ettirilmesini bir reyting alma yolu olarak bulan televizyonlarımız, milyonlarca çaresiz hastayı çözümü gerçekten aramaları gereken kurumlara değil, ‘müşfik’ medyaya yönelterek onların umutlarını sömürüyor.” (Kuru, 1999)

Piyasalaşmış sağlık alanındaki ilaç şirketleri, hastaneler ve tüm aktörler, 2000’li yıllardan itibaren medyanın “medyatikleştirilmiş tıp haberleri” gereksinimini karşılamaya can atar hale gelmiştir. Hekimlerin “ilk ameliyat ve tedavi yöntemi” haberleri yarışı, zamanla özel hastanelerin reklam ve halkla ilişkiler yarışına dönmüştür. Uzman sağlık muhabirlerinin yerine doktor yazarlar, doktor programcılar almıştır. Televizyon kanallarında kimi hekimlerin para vererek yayına çıktığı sağlık programları başlamıştır. İlaç şirketleri ve özel hastanelerin gizli reklamları yayılmıştır. Medyada sağlık haberleri içerisinde zayıflama yön-

temleri, yeme içme tavsiyeleri ve estetik konuları, ciddi hastalıklar ve sağlık sorunlarından daha fazla yer kaplamaya başlamıştır.

Pandemi döneminde sosyal medya

Sosyal medya, karşılıklı iletişime olanak tanıyan bir medya mecrasıdır. Bireylerin görüşlerini açıklamalarına, sosyalleşmeye ve hatta eğlenmeye yarayan bu mecrada haber ve bilgi herkesin kullanımına açıktır. Ancak geleneksel medyada olduğu gibi sosyal medyanın temel işlevi haber ve bilgi yaymak değildir. Sosyal medyanın işlevini kurucuların bireysel yaklaşımları belirlemektedir.

Yalan ile gerçeğin birarada olduğu, bilgi kirliliğinin ve manüplatif haberlerin rahatlıkla dolaşıma girdiği sosyal medya, pandemi sırasında da komplo teorilerinin ve uydurma haberlerin bütün dünyaya yayılmasına neden olmuştur. “Sosyal medya, yarattığı ve ışık hızıyla yaydığı bilgi kirliliğiyle ve ürettiği nefret söylemiyle, yalnız öfke patlamasını tetiklemekle kalmadı, aynı zamanda adeta linç kampanyalarına varan ve sonu nefret suçlarıyla neticelenen olaylara da zemin hazırladı. (İnceoğlu, 2020)

Komplo teorileri arasında en çok “COVID-19 virüsünün Çin’de bir laboratuvarında üretilmediği” ve “5G baz istasyonlarının COVID-19’u yaydığı” teorileri ilgi çekmiştir. Türkiye’de de destekçi bulan bu komplo teorisi, 5G teknolojisinin Wuhan’da denenmeye başladığı gibi gerçek olmayan bir teze dayanmaktadır. Madonna’nın geçen sene çıkardığı albümün kapağında “Smith Corona” marka bir daktilo fotoğrafının bulunması da Madonna’nın salgını önceden bildiği teorisine konu olmuştur. (Teyit.org web sitesi, 2020)

Sosyal medyada yayılan uydurma haberler arasında en çok virüse karşı aşı bulunduğu ve tedavi eden ilaç geliştirildiği haberlerine rastlanmıştır. Küba’nın geliştirdiği İnterferon Alpha-2B’nin (IFNrec) tedavide kullanıldığı, Kuzey Kore’de virüs kapan iki kişinin idam edildiği söylentileri de dolaşıma çıkmıştır. (Meydan web sayfası, 2020)

Yalan ve komplo teorileri, sosyal medyanın olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Ancak bir de olumlu yanları vardır ki, o yanını da inkar etmemek gerekir. Sosyal medya toplumun bilgilendirilmesinin en hızlı, en kolay yöntemidir. O nedenle pandemi sürecinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca olmak üzere tüm yetkililer ve hekimlerin en sık başvurdukları mecraya olmuştur.

Sadece ilgililer ve yetkililer değil, bireyler de pandemiyle ilgili sorunlarını, beklentilerini ve uyarılarını sosyal medya üzerinden topluma yaymışlardır. Örneğin maske dağıtımındaki sorunlar sosyal medya üzerinden duyulmuştur; 10 Nisan’da sokağa çıkma yasağının 2.5 saat önce ilan edilmesine karşı tepkiler de sosyal medyadan yükseltilebilmiştir.

İnsanların evlerinde kaldığı karantina günlerinde #evdeyimokuyorum etiketiyle başlatılan kitap okuma listeleri, izlenecek filmler, dinlenecek müzik parçaları paylaşımları kültürel dolaşıma olumlu katkılarda bulunmuştur. Sanatçıların sosyal medya üzerinden verdikleri ev konserleri, toplumdaki dayanışma duygularını güçlendirmiştir.

En önemlisi de Çin’deki yasadışı rejime rağmen bütün dünyanın COVID-19 virüsünden haberdar olması sosyal medya üzerinden sağlanabilmiştir. Wuhan Merkez Hastanesinde çalışan göz doktoru Li Wenliang, pandemiye karşı hekimleri uyaran mesajını 30 Aralık 2019’da sosyal medyadan paylaşmıştır. İnsanlığı salgına karşı uyarıya çalışan Doktor Li, “halkı tahrik” suçlamasıyla tutuklanmış, hastanedeki görevine geri dönmüş, ancak bir hastasından kapıldığı virüs nedeniyle yaşamını yitirmiştir. (BBC web sayfası, 2020)

Doktor Li'nin öyküsü, bir hekimin gerektiğinde kendi yaşamını tehlikeye atma pahasına toplum sağlığı kaygısıyla hareket edebildiğini gösterdiği kadar, sosyal medyanın baskıcı rejimlerin koyduğu yasak engelini aşmakta ne kadar etkili olduğunu da dünyaya kanıtlamıştır. Baskıcı rejimlerin sosyal medya mecralarından hoşlanmaması, her fırsatta engellemeye çalışmaları da bu yüzdendir.

Pandemi döneminde geleneksel medya

COVID-19 pandemisi, yaygın medyayı işte böyle kamu yararının gözardı edildiği, siyasi iktidar yanlılığının baskın hale geldiği, toplum sağlığının yerini ticari kaygıların aldığı bir gazetecilik ortamında yakalamıştır. O nedenle de gerek basılı gazeteler gerekse dijital mecralar ve televizyonlar, toplum sağlığının birincil hedef olması gereken pandemi haberciliğine uyum sağlamakta zorlanmıştır.

Medya ve sosyal medyanın pandemi sürecindeki haberciliği ile yukarda temel ilkelerini sıraladığımız işlevini nasıl yerine getirdiğini şu başlıklar altında incelenebilir:

- **Tiraj ve reyting kaygısı**

“Hayat eve sığar” kampanyası ve sokağa çıkma yasakları basılı gazetelerin okurlara ulaşımını zorlaştırmıştır. Gazeteler özel dağıtım yöntemleriyle bu sorunu aşmaya çalışsa da tirajlarının düşmesini engelleyememiştir. Yine de tiraj endişelerinin basılı gazetelerin pandemi haberciliğine yansıdığı söylenemez. Daha önce sağlık alanında izledikleri sorunlu yayın çizgilerini pandemi döneminde de benzer bir anlayışla sürdürmüşlerdir.

Televizyon kanalları pandeminin ilk döneminde reyting kaygısıyla uzman olmayan kişileri ekranlara taşımış; 11 Mart'ta ilk vakaların görülmesinden önlemlerin gevşetildiği 1 Haziran 2020'ye kadar geçen süreçte de uzman hekim ve bilim insanlarından çok renkli kişilikleri olan, ekranda ilgi çekecek hekimleri tartışma programlarına çıkarmayı tercih etmişlerdir. Bu nedenle televizyonların çoğunun pandemiye reyting kaygısıyla hareket etmekten vazgeçmediği söylenebilir.

Sosyal medya bu açıdan pandemi döneminde değişmedi: kullanıcılar like ve retweet şehvetiyle davranmayı aynen sürdürmüşlerdir. Bu da pandemiyle ilgili yalan, manipülatif bilgilerin ve komplo teorilerinin sosyal medya üzerinden yayılmasını hızlandırmıştır.

- **Yaşlıların şeytanlaştırılması**

Sağlık Bakanı ve uzmanların 65 yaş üstünü risk grubu ilan etmesi üzerine televizyon muhabirleri sokaklarda yaşlı avuna çıkmış, mikrofonu uzatıp, “Amca kaç yaşındasın?”, “Neden evinde oturmuyorsun?” ve “Korkmuyor musun?” gibi sorularla sıkıştırmışlardır. Böylece 65 yaş üzeri yaştakiler, “tehlikenin kendisiymiş” gibi bir hava oluşturulmuş, 21 Mart'ta sokağa çıkma yasağı getirilmesiyle birlikte 65 yaşın üzerindeki insanlar medya ve devlet eliyle şeytanlaştırılmıştır. Bu insanlar, toplumdaki ayrıştırmış, değersizleştirilmiş ve nefret söylemine maruz kalmışlardır.

65+ yaş grubu, sosyal medyada geleneksel medyadan daha vahşi aşağılama ve değersizleştirmelere muhatap olmuşlardır. 65+ Yaşlı Hakları Derneği Başkanı Dr. Gülüstü Sallur, “Sosyal medyanın hırçınları, freni olmayanları, görünür olmak için etikten uzak davrananları bunu bir yaşlı avcılığına dönüştürdü” diyerek sosyal medyadan yakınmıştır. (Journo web sayfası, 2020)

Maalesef sosyal medya trolleri, 65+ grubundaki insanları eğlence aracı haline getirmiştir. Durdurup maske takan, eline kolonya döken, zorlayıp ağlatan ve bu görüntüleri sosyal

medyada paylaşılanlar olmuştur. Minübüse alınmayan, otobüse binemeyen 65 üstü yaşta-ki insanların görüntülerinin paylaşılması sokağa çıkma yasağı konulmasıyla birlikte sona ermiştir.

- **Bilgilendirici ve uyarıcı yayınlar**

Pandemi konusundaki bilgilendirici ve uyarıcı yayınlarda Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın açıklamaları, uzman hekimler, Türk Tabipleri Birliği ve sağlık alanındaki diğer sivil toplum örgütlerinin açıklamaları ve gazetecilerin araştırmaları temel kaynak teşkil etmiştir. Bakan Koca'nın özellikle haber kanallarında canlı olarak verilen basın toplantıları ilgi çekmiş, geniş bir kesim tarafından izlenmiş; televizyonlardaki tartışma programları da -bütün eksik ve yanlışlarına rağmen- toplumun bilgilendirilmesinde büyük rol oynamıştır.

Geleneksel medya ve dijital mecralardaki haber siteleri de resmi açıklamalar dışında araştırmalar ve uzmanlarla söyleşiler yaparak halkın bilgilendirilmesine katkıda bulunmuştur. Sosyal medya da bütün yalan ve yanlışları yayma kapasitesine rağmen doğru haberleri de içinde barındırdığı için medya okur yazarı olan haber tüketicileri için bilgilendirme kaynağı olmuştur. Özellikle Youtube ve Facebook'taki uzman videoları halkın önlemlere uyumunu sağlamada etkili olmuştur.

- **Gereksiz umut veya karamsarlık**

Pandemi döneminde nesnel habercilik her zamankinden daha da önemli hale gelmiştir. Gerek dijital mecralarda gerekse basılı medyada 11 Mart'tan 1 Haziran 2020'ye kadar olan tehlike ve kaygının arttığı günlerde tartışma programları dışında nesnel habercilik kurallarına önemli ölçüde uyulmaya çalışıldığını söyleyebiliriz. Ancak iktidar yanlısı medyada ilk günlerden itibaren mücadelenin başarıyla yürütüldüğü haber ve yorumlarının yayımlanması, 1 Haziran'da da virüse karşı mücadelenin kazanıldığı havasının yayılması, toplumun bazı kesimlerinin önlemlere gerektiğince uyum sağlayamamasında etkili olmuştur.

Ayrıca bazı medya kuruluşlarının kaynağını bile kontrol etmeden yayımlamaktan vazgeçmediği virüse karşı aşı ve tedavi edici ilaç bulunduğu haberleri de insanlara gereksiz umut vermiştir.

Ankara Üniversitesi İletişim Araştırmaları ve Uygulama Merkezi (İLAUM) pandemi döneminde medyanın uyması gereken ilkeler arasında son derece doğru biçimde “Medya hem salgının ciddiyetini halkla paylaşmalı hem de panik oluşturacak bir dilden kaçınmalıdır” ve “Haberlerde “hikayeleştirme”den kaçınılmalıdır. Hikaye, gerçeği algılamayı engeller” denilmektedir. (İLAUM web sayfası, 2020)

Fakat televizyon kanallarının haberleri öykülendirerek drama biçiminde sunma alışkanlığı da 1 Haziran sonrasında nüksetmiştir. Oysa 1 Haziran'da pandemi döneminin sonuna gelinmemişti; ne kadar süreceği de hâlâ bilinmemektedir.

Mart ve Nisan aylarında pandemi haberlerinde yeni hasta ve yaşamını yitirenlerin sayılarının öne çıkarılmasına rağmen özellikle Mayıs ayından itibaren iyileşenlerle ilgili haberlerin yayımlanmaya başlaması umutsuzluk havasının dağılmasına katkıda bulunmuştur. Tedavi olanların hastanelerden hekimler ve sağlık görevlilerinin alkışları eşliğinde uğurlanması seromonilerinin görüntülerinin yayımlanması da topluma umut vermek açısından doğru habercilik örneği oluşturmuştur.

- **Anlık haber yarışı**

Zamana karşı yarış ve rakiplerinden öne çıkma amacıyla doğrulanmamış, yeterince kontrol edilmemiş haberlerin -özellikle dijital mecralarda- yayına verilmemesi gerekir. Medya pandemi haberlerinde Türkiye'ye ilişkin gelişmelerde zamana karşı yarışı bırakmış, anlık haberler yerine daha çok resmi açıklamaları yayımlamayı tercih etmiştir.

Ancak yaygın medya, başka ülkelere ilişkin verilerin yayımlanmasında aynı titizliği sergilememiştir. Kaynağı belirsiz ya da uzman olup olmadığı belli olmayan kişilerin açıklamalarına dayanan haberler aynen alınıp yayımlanmıştır. Dijital mecralardaki bazı haber siteleri de kopyala yapıştır haber yapma alışkanlığını başka ülkelerdeki pandemi haberlerinde de sürdürmüştür; anlık haber üretme kaygısını terketmemişlerdir.

Başta yerel gazeteciler olmak üzere pandemiye ilişkin resmi açıklamalar dışında haber yapmak ve araştırmak isteyen gazeteciler engellemeler, gözaltılar ve soruşturmalara karşılaşmışlardır. Bu durum özellikle COVID-19 nedeniyle ölümlere ilişkin verilerin ortaya çıkarılmasını, haber yayımlanmasını zorlaştırmıştır.

- **Uzman hekimler ve sağlık muhabirleri**

COVID-19 pandemisi, sağlık muhabir ve yazarları ile uzman hekimlerin özel ilgi, bilgi alanındadır; bu konuda verilecek her yanlış bilginin toplumamaliyeti yüksek olacağı için de her bilginin, her uyarının onların bilgi ve deneyimi süzgecinden geçirilerek aktarılması gerekmektedir.

Ancak Türkiye'de son yıllarda medya kuruluşlarında sağlık muhabirlerinin sayısı çok azalmış; kalan sağlık muhabirlerinin de çoğu tıbbın piyasalaşma tarafına ağırlık vermiş, ticari rekabetin araçları haline gelmişlerdir. Sağlık köşeleri yazan doktorlar da sağlıklı beslenme ve zayıflama yöntemleri gibi konulara yoğunlaşmışlardır.

Bu durumun sonucu olarak pandemi tehlikesi başladığında uzman sağlık muhabirlerinin büyük bölümü etkili habercilik yapamamış; Prof.Dr.Osman Müftüoğlu gibi bazı sağlık yazarları da uzmanlık alanları olmamasına rağmen COVID-19'a ilişkin bilimsel olduğu iddiasıyla yazılar yazmayı sürdürmüşlerdir. Ancak Hürriyet'te ayrıca uzman hekimlerden oluşan "Bilim Kurulu" oluşturulması ve bir sayfada onların uyarı ve görüşlerine yer verilmesi olumlu bir adım olmuştur.

Haber televizyonlarındaki tartışma programları halkın bilgilendirilmesi ve uyarılmasında büyük bir rol oynasa da bu programlara çıkarılan kişilerin uzmanlığı da ayrıca tartışma konusu olmuştur. Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ceyhan, 14 Mart 2020'de onkolog, fitoterapi uzmanı ve farmatoloji uzmanı isimlerin de katıldığı Habertürk'teki programda gazetelerden öğrenilenlerle uzman gibi tartışma yapmayı doğru bulmadığını vurgulamış; "Herkesin uzmanlığına saygım var ama bir enfeksiyon hastalığını böyle tartışacaksanız ben gidiyorum zaten, siz tartışın" diyerek canlı yayını terk etmiştir. (Independent web sayfası, 2020)

Prof.Dr.Ceyhan'ın bu tepkisinden sonra Sağlık Bakanlığı'nda oluşturulan Bilim Kurulu üyeleri daha çok yayına çıkarılmış ama yine de enfeksiyon uzmanı ya da pandemiyle ilgili özel çalışması olmayan hekimlerle tartışma programları yapılmaya devam edilmiştir.

Türkiye Bilimler Akademisi'nin (TÜBA) hazırladığı COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu'nda televizyonlardaki tartışma programlarına uzman olmayan kişilerin çağırılması şöyle eleştirilmektedir:

“Varolan verilerin analizi ve yorumlanması da evrensel epidemiyolojik ölçüt hesaplama yöntemlerine ve bilgisayar destekli bilimsel programlara dayanmaktadır. Bu grafikleri yorumlamak ve üzerinde konuşabilmek de hazırlamak kadar uzmanlık gerektirir.

Ne yazık ki özellikle medya yoluyla kamuoyunun takip ettiği programlara dahil olan konuk ve yorumcular, uzmanlık alanları olmadığı halde hatalı yorumlar yapabilmekte ve dinleyenleri yanıltabilmektedir. Veya kendi hazırladıkları tablo ve grafikler üzerinden hatalı değerlendirmeler yapabilmektedirler.

Bu yorumlar yanlış anlaşılabilen, halkın umutsuzluğa düşmesine ve idari birimlere duyulan güven duygusunun zedelenmesine ve hatta kamu uygulamalarına muhalefet etmeleri yoluyla salgın mücadelesinde olumsuz durumlara neden olabilmektedir.” (TÜBA, 2020)

- **Komplo teorileri ve doğrulanmamış iddialar**

COVID-19 virüsünün kaynağı, özellikleri bulaşma biçimi ve tedavi edici ilaçlar konusunda üretilen hiçbir bilimsel kanıt ve kaynağa dayanmayan iddiaların en rahat ve büyük bir hızla yayıldığı alan sosyal medya olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü ve bilim insanları tarafından yalanlanan, çürütülen kimi iddialar bile sosyal medya kullanıcıları tarafından hiçbir elemeye tabi tutulmadan yeniden dolaşıma sokulmuştur. Teyit.org ve Malumatfuruş gibi doğrulama platformları, bu tür iddiaların doğru olmadığına ilişkin paylaşımlarda bulunsa da sosyal medyada COVID-19 hakkındaki yalan ve manipülatif paylaşımların önüne geçmek mümkün olamamıştır.

Daha da kötüsü, resmi haber kuruluşu olan Anadolu Ajansı bile 24 Nisan 2020’de “ABD’de yaşayan Türk doktor Obuz’a göre COVID-19’un DNA’sıyla oynandı” başlıklı haber yapmış, bu haber Sabah, Akşam, Yeni Akit, Yeni Şafak gazeteleri ile Sabah, Akşam, Yeni Şafak, İnternethaber ve CNNTürk’ün internet sitelerinde kullanılmıştır. Ama konunun uzmanı olarak haberde bilgisine başvurulmuş olan Dr.Vedat Obuz, dahiliye uzmanıdır ve “COVID-19’un DNA’sıyla oynandı” derken, aslında “COVID-19’un DNA değil RNA virüsü olduğunu” bile bilmediğini ortaya koymaktadır.

AA’nın haberindeki gibi hiçbir bilimsel dayanağı olmayan ve uzmanların yalanladığı komplo teorileri, pandemi sürecinde Türkiye’nin büyük medya kuruluşlarında bile yayımlanma imkanı bulmuştur. (Medyascope web sayfası, 2020)Medyada yayımlanmış olan komplo teorileri haberlerine şu örnekler verilebilir:

Sabah/Ahaber/Haber7.com: 5 yıl önce İtalya’da yayınlanan “Süpervirüs” belgeseli şoke etti! Koronavirüs gizli laboratuvarlarda mı üretildi? (26 Mart 2020)

Odatv: COVID-19 üretildi mi, mutasyon mu? (29 Mart 2020)

Milli Gazete: COVID-19 senaryosu nasıl hazırlandı? (3 Nisan 2020)

Yeni Çağ: Trump’ın eski danışmanı Roger Stone’dan Bill Gates’e şok suçlama (14 Nisan 2020)

Sözcü/Yeni Şafak: Nobel Ödüllü Fransız Profesör Luc Montagnier’den kafa karıştıran iddia: Koronavirüs laboratuvarında üretildi (18 Nisan 2020)

Akit: Çin ve DSÖ virüsü bilinçli olarak yaydı iddiası (Gazeteci Mehmet Ali Önel bazı iddiaları gündeme getirdi.) (24 Nisan 2020)

Hürriyet/Akit: Dünyaca ünlü Rus Mikrobiyolog Petr Chumakov: “Çılgınca deneyler virüsü ölümcül yaptı” (25 Nisan 2020)

Ne yazık ki, medyadaki bu haberler, sosyal medyadaki komplo teorileri ve doğrulanmamış iddialarla ilgili paylaşımların en önemli kaynağını oluşturmaktadır.

- **Resmi açıklamalar ve veri kaynakları**

Haber, yazı ve tüm gazetecilik içeriklerinde kullanılacak verilerin doğrulanması için elbette Sağlık Bakanlığı ve bakanlıkta oluşturulan Bilim Kurulu ilk sırada başvurulması gereken veri kaynağı ve doğrulama merciidir. Çünkü Türkiye’deki pandemiyle ilgili tüm bilgilere sahip olan ve süreci yöneten merkez konumundadır.

Ancak Bilim Kurulu sadece “danışma” niteliğinde bir kuruldur, karar mekanizmasına dahil edilmemiştir. Sağlık Bakanlığı da 11 Mart’ta ilk vakanın açıklandığı günden itibaren gerektiği kadar şeffaf davranmamış; Türk Tabipleri Birliği, diğer ilgili sivil toplum örgütleri ve araştırma yapacak bilim insanlarının ısrarlarına rağmen tüm verileri açıklamak yerine topluma sınırlı bilgiler açıklama yoluna gitmiştir.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, açıklama yaparken toplum sağlığı kaygısını taşımakla birlikte kendisinin deparçası olduğu iktidarın başarı hanesine gölge düşürmeme çabasını da elden bırakmadığı aşikârdır. Şeffaf davranmayan Bakan Koca, ancak verilerin gizlenmesinin turizm açısından sakınca yarattığının ve Türkiye’nin seyahat edilebilecek güvenli ülkeler listesine alınmamasında etkili olduğunun ortaya çıkmasından sonra 30 Haziran 2020’de ayrıntılı verileri içeren bir rapor açıklamak zorunda kalmıştır.

Böyle bir durumda Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu, gazeteciler için tek veri kaynağı ve doğrulama makamı olamaz. Gazeteciler, Türk Tabipleri Birliği gibi sivil toplum örgütlerini de veri kaynağı olarak kabul etmeli; gerektiğinde resmi açıklamaları doğrulama ve yorumlama amacıyla başvurmalıdır.

- **Eleştirel ve sorgulayıcı habercilik**

Her gün ölüm haberlerinin geldiği, pandeminin ne kadar süreceğinin belli olmadığı, insanların eve kapanmak zorunda kaldığı bir dönemde medyanın da pandemiye karşı mücadeleye veren resmi kuruluşlar ve toplumla dayanışma içine girmesi gerekir. Ancak medyanın toplum ve yetkililerle dayanışması, toplumu bilgilendirme ve uyarma konusundaki asli işlevinden bağımsız düşünülemez.

Medyanın görevi insanlara gerçekleri aktarmaktır; pandemiye karşı mücadelenin en etkili yolu da şeffaflıktan ve gerçeğin üzerinin örtülmemesinden geçer. Medya, dayanışma içine girme adına resmi otoritelerin uzantısı gibi davranmaya başlarsa gerçeği aktarma görevi sekteye uğrar.

Ayrıca gazetecilerin, her zaman her konuda olduğu gibi pandemiyle mücadele faaliyetlerine de eleştirel ve sorgulayıcı biçimde yaklaşması gerekir. Eleştirel ve sorgulayıcı yaklaşım, pandemiye karşı alınan önlemlerin varsa eksiklik ve yanlışlarını ortaya çıkarıp giderilmesini sağlar. Alkışlamak, övgülere boğmak gazetecilerin görevi olamaz.

Ama iktidar yanlısı medya, tedavi sürecindeki başarıyı öne çıkarırken, hastalığın 200 bini aşkın insana bulaşmasının önlenememesi, pandeminin ekonomik ve sosyal etkilerine karşı etkin önlemler alınamaması üzerinde durulmamıştır.

İktidar yanlısı medya, İçişleri Bakanlığı’nın 31 ilde hafta sonu uygulanacak sokağa çıkma yasağı kararını, yasağın başlamasından sadece 2.5 saat önce yapması üzerine halkın marketlere koşması ve izdiham görüntüleri oluşmasının sorumluluğunu halka yıkmıştır. Kararı bu şekilde açıklanmasının nedenini ve İçişleri Bakanı Süleyman Soylu’nun istifası-

nın Cumhurbaşkanı Tayyip Erdoğan'dan dönmesine varan gelişmelerin perde arkasını da aydınlatamamıştır. (T24 web sayfası, 2020)

Aynı şekilde İçişleri Bakanlığı'nın 4 Haziran 2020'de akşam saatlerinde açıkladığı 15 kentte hafta sonu uygulanacak sokağa çıkma yasağını, Cumhurbaşkanı Tayyip Erdoğan'ın ertesi gün öğle saatlerinde “gönlüm elvermedi” diyerek iptal etmesinin gözler önüne serdiği “koordinasyon eksikliği” sorunu da sorgulanamamıştır. (Tele 1 web sayfası, 2020)

- **Tablodaki her sayı bir hayat**

Haberlerde hastalığa yakalananların ve yaşamını yitiren insanların sayılarının öne çıkarılmasının insanlarda bir süre sonra ölümlere karşı yabancılaşma duygusu yaratması kaçınılmazdır. Sağlık Bakanlığı'nın her gün açıkladığı yeşil renkli tablodaki her sayının bir insan olduğu, onların bir hayatı olduğu gerçeği rakamların ardında kalmıştır.

Hatırlanacağı gibi, denizde yaşamlarını yitiren mülteciler de Alan Kurdi bebeğin ölü bedeninin deniz kıyısındaki fotoğrafı gerçeği travmatik biçimde ortaya koyana kadar sayılardan ibaretti. Minicik ölü beden, bütün dünyada toplumsal duyarlılığı artırmıştır.

Toplumun pandemiye karşı duyarlılığının eksilmemesi ve yaşamını yitiren insanlara saygı gösterilmesi açısından o hayatların da aktarılması gerekir. Nitekim ABD'nin önde gelen gazetelerinden New York Times, 24 Mayıs 2020 tarihli sayısının ilk sayfasında Corona'dan yaşamını yitiren bütün Amerikalıların isimlerini sıralamıştır. “ABD'nin ölümleri 100 bine yakın, hesap edilemez bir kayıp” manşetinin altında ise “Onlar sadece bir listedeki isimler değildi. Onlar bizdi” başlığına yer verilmiştir. Kapak fikrini ortaya atan editör yardımcısı Simone Landon, amaçlarını “yaşanılan trajedileri kişiselleştirebilmek” olarak açıklamıştır. (Medyascope web sayfası, 2020)

Türkiye'de ise yaşamını yitirdiği açıklanan yaklaşık 5 bin kişiden çok azının ismi bilinmektedir. Bu kişilerin de yaşamları, öyküleriyle ilgili olarak medyada haber ve yazı neredeyse hiç yayımlanmamıştır. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu ve Prof. Dr. Murat Dilmener ile Dilek hemşire (Dilek Akçabelen) dışında pandemiden hayatını yitiren diğer 21 doktor ve 42 sağlık çalışanının öyküleri bile kamuoyuna yansıtılamamıştır. Artık hayatta olmayan insanların öyküleri giz perdesi ardında kalmıştır.

Sonsöz olarak

Geleneksel medyanın büyük bölümünün siyasi iktidarın kontrolüne girmiş olması, pandemi sürecinde de etkisini göstermiştir. Yaygın medyada pandemi yönetimi ilk günlerden itibaren başarılı ilan edilmiş, eleştirel ve sorgulayıcı yaklaşım gösterilememiştir. Mücadelenin kazanıldığı yolunda verilen erken mesajlar, toplumun bir bölümünün önlemlere aldırış etmemesi ve gerektiği kadar dikkatli davranmamasında büyük rol oynamıştır.

Televizyonlardaki tartışma programları, hızla bilgilendirme işlevinden uzaklaşmış, ekranların getirdiği şöhretin albenisine kapılan bazı hekimler “yıldız”laşmış; ekran ekran gezer olmuşlardır. Pandemi konuşurken türkü söyleyen doktor da görülmüştür ekranlardaki programdaki diğer doktorlara “gerizekali”, “atma palavrayı” diye hakaret edene de rastlanmıştır. Ama bazı doktorlar da meslektaşlarının yarattığı karmaşayı çözmek, insanlara doğru bilgiler vermek ve aydınlatmak için çaba harcamıştır.

İnsanların pandemiyle ilgili bilgi ve haber almak için başvurduğu kaynaklardan biri olan sosyal medya ise içinde barındırdığı bilgi kirliliğine rağmen iletişim ve uyarıların yayılması açısından yararlı işlev görmüştür. Ancak medya okur yazarlığı bilinci olmayan hesap sa-

hipleri için komplo teorileri ve uydurma haberlerin öğrenildiği ve yayıldığı bir kaynak olmuştur.

1 Haziran'dan itibaren önlemlerin gevşetilmesiyle birlikte COVID-19 haberlerine karşı hem geleneksel medyada hem de toplumda ilgi düzeyi düşmüştür. Pandemiyle ilgili haberlere ayrılan alan ve yayın süreleri azalmış; haber kanalları pandemi dışındaki konulara yönelmiştir. Pandemi haberlerinin de ağırlık noktasını giderek pandeminin yarattığı ekonomik hasarın onarılması, turistlerin gelip gelemeyeceği, lise ve üniversiteye giriş sınavlarının ertelenmemesi gibi konular oluşturmuştur.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın basın toplantıları ve açıklamalarının saatleri de düzensizleşmiş; başladığında kameraların çevrilerek canlı olarak verilen toplantılar olmaktan çıkmıştır. Bakan Koca'nın açıklama ve uyarılarına yönelik ilgi azalmıştır.

Bütün bunlar toplumda pandemiye karşı ilginin azaldığı ve tehlikenin atlatıldığı algısının yayıldığını göstermektedir. 60'a yakın ilde maske takma zorunluluğu olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı'nın maske dağıtımından vazgeçmesine ve maskelerin parayla satılmasına ilk günlerdeki gibi tepki gösterilmemesi de bu ilgi azalmasından kaynaklanmış olabilir.

Oysa hemen her gün 1000-1200 dolayında yeni hasta olduğu açıklanmaktadır. Bu da medyada gösterilenin tersine pandemi tehlikesinin devam ettiğini göstermektedir.

Kaynaklar

- Ergül, Hakan (2000), Televizyonda haberin magazinelleşmesi. İstanbul: İletişim.
- Newman, N., Fletcher, R., Schulz, A., Andi, S., Nielsen, K.R., (2020) Reuters Institute Digital News Report 2020.
- Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu, 17 Nisan 2020
- Erol, H., Özdemir, A., (2018) Türkiye'de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, CEEİK 2018 Özel Sayısı, Erişim Tarihi: 26 Haziran 2020)
- C:\Users\User\Downloads\2546-8618-1-PB.pdf
- Kuru, B., (1999) Medya ve sağlık. Birikim Dergisi, Sayı 117, Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020
- <https://www.birikimdergisi.com/dergiler/birikim/1/sayi-117-ocak-1999/2311/medya-ve-saglik/5333>
- İnceoğlu, Y.G., (2020) "Koronavirüs (COVID-19) Krizi" Ve Medya, Bianet web sayfası, 26 Şubat 2020, Erişim tarihi: 30 Haziran 2020.
- "<https://bianet.org/bianet/saglik/220516-koronavirus-covid-19-krizi-ve-medya>
- Acanerler, A. (2020), Madonna 2019'da piyasaya çıkan albümünde koronavirüsü öngörmüş müydü? Teyit.org web sitesi, 2 Nisan 2020, Erişim tarihi: 30 Haziran 2020.
- <https://teyit.org/madonna-2019da-piyasaya-cikan-albumunde-koronavirusu-ongormus-muydu/>
- IPSOS (2019), Global trust in Professions: Who do global citizens trust? Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020.
- <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2019-09/global-trust-in-professions-trust-worthiness-index-2019.pdf>
- Faruk Bildirici web sayfası (2017), Detoks merkezi soruları, Erişim Tarihi: 26 Haziran 2020
- <https://farukbildirici.com/blog/detay/ELEKTRiKLi-SCOOTER-SORULARI>
- Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi (2019), Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020
- <https://www.tgc.org.tr/bildirgeler/t%C3%BCrkiye-gazetecilik-hak-ve-sorumluluk-bildirgesi.html>
- Journo web sayfası (2020), "Yaşlılara karşı nefret dili revaçta, çünkü yaşlanmaktan korkuyoruz" başlıklı haber, 2 Nisan 2020, Erişim Tarihi: 28 Haziran 2020
- <https://journo.com.tr/koronavirus-yasli-lar-ayrimcilik>
- İLAUM web sayfası (2020) Corona Virüs Pandemisinde Medyanın Uyması Gereken İlkeler, Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020



- <http://ilaum.ankara.edu.tr/2020/03/17/corono-virus-salgininda-medvaya-buyuk-sorumluluk-dusuyor/>
- Independent web sayfası (2020), “Ceyhan koronavirüsün tartışıldığı programı terk etti, moderatör Hökenek tepki gösterdi” haberi, 14 Mart 2020, Erişim Tarihi: 26 Haziran 2020
- Medyascope web sayfası (2020), “AA virüsler konusunda ilgisiz bir doktorun komplo teorisini haber diye servis etti” başlıklı haber, 27 Nisan 2020, Erişim tarihi: 27 Haziran 2020
- <https://medyascope.tv/2020/04/27/medya-ombudsmani-faruk-bildirici-yazdi-anadolu-ajansi-virusler-konusunda-bilgisiz-ve-ilgisiz-bir-doktorun-komplo-teorisini-haber-diye-servis-etti/>
- T24 web sayfası (2020), “Süleyman Soylu, ‘Erdoğan’a sadakat’ vurgusuyla İçişleri Bakanlığı görevinden istifa etti” başlıklı haber, 12 Nisan 2020, Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020
- <https://t24.com.tr/haber/icisleri-bakani-suleyman-soylu-istifa-etti.872315>
- Tele 1 web sayfası (2020), “Erdoğan’dan bir sokağa çıkma açıklaması daha: Yeniden gündeme gelebilir” başlıklı haber, 5 Haziran 2020, Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020
- <https://tele1.com.tr/erdogandan-bir-sokaqa-cikma-aciklamasi-daha-yeniden-173018/>
- Medyascope web sayfası (2020) “New York Times’ın koronavirüsten ölenlerin isimlerini kapağına taşımasının hikayesi” haberi, 24 Mayıs 2020, Erişim Tarihi: 25 Haziran 2020
- <https://medyascope.tv/2020/05/24/new-york-timesin-koronavirusten-olenlerin-isimlerini-kapagina-tasimasinin-hikayesi/>
- BBC web sayfası (2020), “Koronavirüs uyarısı sonrası susturulmak istenen Çinli doktor Li Venliang hayatını kaybetti” başlıklı haber, 7 Şubat 2020, Erişim Tarihi: 30 Haziran 2020.
- <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51370050>
- Meydan gazetesi web sayfası (2020), “Korona Krizi’nde Yalancı Medya” başlıklı haber, 19 Mayıs 2020, Erişim Tarihi: 30 Haziran 2020.
- <https://meydan.org/2020/05/19/58593/>

9. BÖLÜM: TIP EĞİTİMİ

Tıp Eğitiminde Pandemi Etkisi

Prof. Dr. Gülriz Erişgen

TTB-UDEK Genel Sekreteri

Prof Dr. Mustafa Turan

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD

Özet

Türkiye’de ilk COVID-19 olgusunun saptanmasının ardından enfeksiyonun yayılmasını önlemeye yönelik atılan adımlar içinde yüksek öğrenimine ara verilmesi de yer aldı. 30 Mart’tan itibaren ise YÖK kararı ile uzaktan eğitim, açık öğretim ve dijital öğretim imkanları ile eğitimin sürdürülmesine başlandı. Tıp fakültelerinde bahar dönemi tamamen uzak eğitimle tamamlandı ve sınavlar dijital ortamda yapıldı. YÖK uzaktan eğitim ve sınavlar hakkında genel ilkeleri yayınlarken TEPDAD fakültelere önerilerde bulundu. TEPDAD önerilerinde en yoğun vurgulanan noktalar sürecin şeffaf ve katılımcı yürütülmesi, tanımlanan öğrenim hedeflerinden ödün verilmemesidir. Diğer önemli konu ise pandemi sonrası telafi eğitimlerinin planlanmasıdır. Altyapı olanakları ve birikimleri farklı olan fakültelerin pandemi sürecinde tamamlanan eğitime dair geri bildirimler ve raporlar henüz yayınlanmamıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencileri büyük oranda COVID-19 polikliniklerinde çalıştıkları için eğitim programları sekteye uğramıştır. Pandemi nedeni ile elektif cerrahilerin durması, COVID-19 dışı hasta sayısının azalması, kongre, konferans gibi etkinliklerin yapılamaması da eğitimi durma noktasına getirmiştir. Eğitim kurumları ve uzmanlık dernekleri olanakları ölçüsünde uzaktan eğitim yöntemlerini kullanarak telafiye çalışmıştır. Pandemi sürecinde yapılan görevlendirmelerin eğitim süresinden sayılacağı kararı alınmış olmakla birlikte eksikliklerin nasıl belirleneceği ve telafi edileceğine dair genel bir uygulama kararı yoktur.

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

Türkiye’de ilk COVID-19 olgusunun saptanmasının ardından enfeksiyonun yayılmasını önlemeye yönelik atılan adımlar içinde yüksek öğrenimine ara verilmesi de yer aldı. 30 Mart’tan itibaren ise YÖK kararı ile uzaktan eğitim, açık öğretim ve dijital öğretim imkanları ile eğitimin sürdürülmesine başlandı.

Tıp fakültelerinin bu süreçte eğitim bağlamında hayata geçirdiği, özellikle intörn hekimlik dönemi için belirledikleri düzenlemeler değişkenlik gösterdi. Fakülteler uygulamalı eğitimi ertelerek teorik eğitimi uzaktan eğitim yöntemleri ile sürdürmeye çalıştılar.

Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) salgın süresince yayınlamış olduğu önerilerle bu süreçte tıp fakültelerine yol göstermeye çalıştı. 17 Mart'ta TEPDAD, COVID-19 Salgını Nedeniyle TEPDAD önerilerinin ilkini yayınladı. Bu belgede tıp fakültelerine bu aşamada

- (1) Öncelikle kendilerinden beklenen olası hizmet yükünü karşılamaya odaklanmaları,
- (2) Uzaktan eğitimin, eğitim programının tamamını ya da bir kısmını ikame etmek üzere kullanmamaları,
- (3) Öğrencilerin olası zaman kayıplarının salgın tehdidinin ortadan kalkması ile birlikte uzamış eğitim uygulaması, içeriğin yeniden organizasyonu, yaz dönemi/stajı gibi uygulamalarla sürece yayılması önerildi.

Eğitiminin tamamı klinik uygulamalardan oluşan intörn öğrenciler için ise YÖK'ün "Tıp fakültelerinde intörnlerin gerektiğinde, gönüllü olarak talep etmeleri ve üniversiteye uygun görülmesi halinde sağlık hizmet sunumunda görev alabileceği" yönündeki kararı tıp fakültelerinde farklı uygulamalara yol açtı. Tıp fakültelerinin bir kısmı intörn eğitime ara vermekle birlikte kalan eğitim ve mezuniyet süreçlerini belirsiz bırakırken, bazıları intörnlere gönüllü bir tercihle salgın döneminde eğitimlerine devam ederek zamanında mezun olabileceklerini bildirdi.

Bu farklı uygulamalar intörn öğrencilerde kaygı ve ikileme yol açtı. TTB, salgın ortamında eğitim olanaklarının kısıtlılığı ve enfekte olma riskine dikkat çekerek intörnlerin eğitim, mezuniyet, atama ve TUS süreçleri konusunda tüm fakültelerin ortak bir tutum almalarının sağlanması; atama ve TUS zamanlamasının hiçbir intörnü mağdur etmeyecek biçimde düzenlenmesini talep etti.

20 Mart'ta T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazısı ile Bünyesinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları uzmanı hekimlerden en az ikisinin bulunduğu ve 3. seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmesi üzerine TEPDAD, COVID-19 Salgını Döneminde intörn hekimlerle ilgili önerilerini yayınladı. Bu belgede tıp fakültelerine

- (1) Ülke düzeyinde intörn hekimlerle ilgili tek tip standart bir uygulama yapılması,
- (2) Gerek hasta güvenliği, gerekse kendilerinin güvenlikleri açısından intörn hekimlerden ancak salgına yönelik olarak onlardan beklenen sağlık hizmetleri konusunda bilgi ve becerilerini güncelleyecek bir eğitim verildikten sonra katkı talep edilmesi,
- (3) Sağlık hizmeti sunan intörn hekimler için salgın süresindeki görev ve sorumlulukları ile haklarının öğrenci değil "hekim" kimlikleri üzerinden tanımlanması ve buna uyulması, bu koşullar sağlandıktan sonra, bu koşullarda çalışmak istemeyenlerin izinli sayılması ve eğitimlerinin sürelerinin uzatılması önerilmektedir.

Üniversitelerin bahar dönemi eğitimlerinin sadece uzaktan eğitim, açık öğretim ve dijital öğretimle tamamlanacağını anlaşıldığı üzerine üniversiteler uygulamalar da dahil uzaktan eğitimle ilgili altyapı ve planlamalarını gözden geçirmeye başladılar. TEPDAD, uygulamaların yoğun olduğu staj döneminde eğitim süresinin uzaması kaygısıyla uzaktan eği-

tim ya da bir kısmı uzaktan yapılmak üzere planlanabilecek eğitim etkinliklerinin fakültele-ri kazanımlara ulaşma hedeflerinden uzaklaştırmamasının önemini ve öğrencilerin tanımlanan yetkinliklere/kazanımlara sahip olarak eğitim süreçlerini tamamlamaları ve uygun ölçme değerlendirme yöntem ve araçlarının kullanılmasının gözetilmesini vurguladı. İntörnlük dönemi için ise okullar arası uygulama farklılıkları dikkate alınarak bu dönem ilgilendiren değişikliklerin ulusal düzeyde tıp fakültelerinin ortak görüşü ile oluşturmasının ve düzenlemelerin öğrenciler arasında eşitsizliğe yol açmayacak şekilde yapılmasının gerekliliği vurgulandı. Öneriler şu şekilde sıralandı:

- (1) Eksik kalan staj sürelerinin pandemi durumu elverdikten sonra tamamlanması,
- (2) İntörnlük döneminin yasal değişikliklerle kısaltılması durumunda ise öncelikle seçmeli stajlardan vazgeçilmesi, seçmeli stajlarını başarıyla tamamlamış olan intörnlerin tamamladıkları seçmeli stajlarının ilgili Dahili/Cerrahi tıp bilimlerinin kapsamında sayılması,
- (3) Halk Sağlığı, Aile Hekimliği ve Acil Tıp stajları başta olmak üzere, tüm stajların hedeflerine ulaşılmasının her bir öğrenci için güvence altına alınması,
- (4) Stajların sürelerinin kısaltılması durumunda, mezunların eksikliklerine yönelik mezuniyet sonrası sürekli mesleki gelişimi sağlayacak planlamaların fakülteler tarafından yapılması.

13 Nisan'da T.C. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Eğitim-Öğretim Dairesi Başkanlığının yazısı ile gereği halinde eğitimlerine ara verilmiş olan Tıp Fakülteleri "son sınıf öğrencilerinden (intörnler) eğitimlerinin ekseriyetini tamamlayanların" mezun edilerek ihtiyaç bulunan yerlerde doktor olarak çalışabilmeleri konusunda karar oluşturmak için T.C.Sağlık Bakanlığından

- (1) Küresel salgın yeni koronavirüs ile mücadelede Tıp Fakülteleri son sınıf öğrencileri olan intörnlerin erken mezun edilerek sahada hekim olarak görev almalarına ihtiyaç olup olmadığına,
- (2) Eğer ihtiyaç var ise intörnler mezun oldukları takdirde mezuniyetlerinin müteakip derhal istihdam edilip edilemeyeceklerine dair görüş istenmiştir.

24 Nisan'da T.C. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Eğitim-Öğretim Dairesi Başkanlığının yazısı ile Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin, 2019-2020 eğitim öğretim yılı Bahar Dönemi ile sınırlı kalmak kaydıyla;

- (1) Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri (intörnlerin) rızalarının alınması kaydıyla eğitimlerine kendi üniversitelerinin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde (Üniversite Hastanesi) devam edebilmeleri,
- (2) Bu öğrencilerin diledikleri takdirde buldukları şehirlerdeki bir başka üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde (Üniversite Hastanesi) yahut Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlarında, ilgili birimlerin oluruna dayalı olarak, aile hekimliği, halk sağlığı merkezleri gibi birimlerde yaptıkları saha uygulamalarını belgelemeleri şartıyla intörnlük uygulamalarının kalan kısmına sayılabilmesi,
- (3) Bu öğrencilerin kalan sürelerini dijital imkanlarla uzaktan öğretim yoluyla ders, ödev, proje, vaka analizi vb faaliyetler ile tamamlayabilmeleri,
- (4) Öğrencilerin içinde yaşanan süreçte ellerinde olmayan nedenler ile başarısızlık dışındaki sene kaybına uğramaması için gerekli tedbirlerin alınmasına ilişkin hususların karara bağlanması için yükseköğretim kurumlarının ilgili kurullarını görevlendirmiştir.

Mayıs ve Haziran ayları uzaktan tamamlanan bahar döneminin ve yıl sonu sınavlarının yapıldığı dönemdir. YÖK 26 Mayıs'ta üniversitelere dijital ortamda yapılacak ölçme ve değerlendirme süreçlerinde uygulanması gereken genel ilkelere dair bir yazı gönderdi.

Sınavların da yapılması ile tıp fakültelerinde bir dönem uzaktan tamamlandı. Bu döneme ait kurumlarımızda uzaktan eğitim alt yapısı, öğretim üyesi ve öğrencilerin uyumu, yürütülen eğitim ve ölçme değerlendirme uyumu gibi değerlendirmeler önümüzdeki günlerde eksik kalan eğitimlerin tamamlanması ve gereksinim olduğunda sürdürülmesi bakımından önemlidir. Eğitim kurumlarının ve YÖK'ün bu kapsamda bir raporuna rastlanmamıştır.

Pandemi sonrasında eğitimin ne şekilde planlanması gerektiğine dair TEPDAD

- (1) Tanımlanan hedef ve kazanımlardan ödün verilmemesi,
- (2) UÇEP ve program hedefleri doğrultusunda belirlenen yetkinlikler/kazanımların sağlanmasına yönelik eğitim etkinliklerine yer verilmesi,
- (3) Program kazanımları aynı kalmak koşulu ile gerektiğinde staj sürelerinin sıkıştırılarak kısaltılması,
- (4) Tatil dönemlerinin kısaltılarak telafilerin yapılması,
- (5) Sürdürülecek eğitimin daha sonra bazı iyileştirmelere gereksinimi olacağı öngörülerek, öğrencilerin olası eksiklerinin tamamlanmasına yönelik ileri planlamaların yapılması önermektedir. Salgın sonrasında yüz yüze eğitimlerin başlayabildiği koşullarda yoğunlaştırılmış ve tamamlayıcı bir telafi programının uygulanması, uygulama içeren etkinliklerin fiziksel mesafeye dikkat edilerek olabildiğince yüz-yüze tamamlanması için planlama yapılması vurgulanmaktadır.

Uzmanlık Eğitimi

Pandemi sürecinde üniversite ve eğitim hastanelerinin pandemi hastanesine dönüştürülmesi, uzmanlık öğrencilerinin rotasyon ile COVID-19 hastalarının bakımında görevlendirilmesi, uzmanlık alanına özel başvuran hasta sayısının azalması, girişim ve ameliyatların durması nedeni ile uzmanlık eğitimi bazı alanlarda önemli derecede aksamıştır.

COVID-19 ile doğrudan ilişkili olmayan alanlarda hasta ve yatak sayısının azalması, endoskopi vb girişimlerin, elektif cerrahilerin durması eğitimi sektöre uğrattırken COVID-19 ile doğrudan ilişkili alanlarda ise COVID-19 hasta yükü nedeni ile hasta çeşitliliğinde azalma olmuştur.

Uzmanlık eğitiminin önemli bir bileşeni olan konferans, kongre gibi etkinlikler iptal edilmiştir.

Eğitim kurumları uzaktan eğitim yollarının kullanarak teorik müfredatı tamamlamaya çalışmıştır. Burada kurumlar arasında olanaklar bakımında farklılıklar olmakla birlikte uzmanlık derneklerinin çabaları ile bunlar giderilmeye çalışılmıştır. Ancak uygulamalı eğitimin en önemli unsur olduğu uzmanlık eğitiminde özellikle cerrahi alanlarda eğitim durma aşamasına gelmiştir.

21 Mart'ta 31075 sayılı Resmi Gazete'de Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 11 inci maddesinin dördüncü fıkrasına "Ancak deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumun dışındaki aynı il sağlık tesislerine 3 ayı geçmemek üzere görevlendirilebilir. Bu görevlerde geçen süreler eğitim süresinden sayılır" cümlesi eklendi. Özlük hakları bakımından önemli olan bu de-

ğişiklikte bu sürede alınamayan eğitiminin nasıl telefi edileceğine dair bir düzenleme yapılmamıştır ve eğitim kurumlarının telafiye yönelik bir çalışmasına rastlanmamıştır. Özellikle tez aşamasında olan uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere görevlendirildikleri süre sonunda tezleri için uygun bir süre ve ortam sağlanıp sağlanmayacağına dair açıklama olmadığından kaygı yaşamıştır. YÖK tarafından tez aşamasındaki lisansüstü öğrencilere ek süre verilmiştir ancak kararda tıpta uzmanlık öğrencileri konu edilmemiştir.

Kaynaklar

- <http://tepdad.org.tr/uploads/files/COVID-19%20Tepdad%20%C3%96nerileri%201-5.docx>
- <https://covid19.yok.gov.tr/alinan-kararlar>

10. BÖLÜM: PANDEMİDE KIRILGAN GRUPLAR

Altmış Beş Yaş Üzeri Yurttaşlar

Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD
Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi

Özet

COVID-19'un sadece fiziksel değil, ayrıca zihinsel ve sosyal boyutlarından da kaynaklanan en büyük zorluklarla karşı karşıya kalan ileri yaş grubudur ve bu bağlamda pandeminin kontrol altına alınması sağlık bakım sistemlerine önemli bir görev oluşturmaktadır. İleri yaş grubunda iyilik halinin bir bütün olarak ele alınmasının sürdürülmesi önemlidir, çünkü genel sağlık durumu tıbbi sorunlar yanında öncelikle günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden etkilenmektedir. Bilinmelidir ki bu yaş grubunda ruhsal durum fiziksel sağlık sorunlarından ve işlev kaybından etkilenebilir.

Yaşlılar söz konusu olduğu zaman; güvenlik, zihinsel barışı ve yaşam kalitesini sağlamanın ilk adımıdır. Sosyal entegrasyonda yaşlıların sevdikleriyle bağlantıları esastır. Bu kriz dönemlerinde yaşlıların ailesel düzeylerde karar süreçlerine katılmaları gerekir. Yaşlı sağlığı açısından önemli açmazlardan birisi olan; çoklu ilaç kullanımı ileri yaşta hem yaşlı sağlığı hem de genel sağlık sistemleri açısından tüm dünyada önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Deprescribing olarak tanımlanan uygulama "ilaç dozajını azaltma", "ilacı daha güvenli bir alternatif ile değiştirme" veya "bir sağlık uzmanının gözetimi altında belirli bir endikasyon veya ek fayda olmayan bir ilacı bırakma" yöntemidir, yaşlı nüfusun ilaçlarını daha iyi yönetmesine yardımcı olacak ve sağlık sistemine finansal olarak fayda sağlayacak önemli bir hizmet olabilir. Bu noktada da ilaç ile tedavi yerine koruyucu/önleyici tıp yaklaşımları ön plana çıkmaktadır.

İzolasyon süreçlerinde ayrıca yaşlı yetişkinlerin belirlenmiş sınırlı bir alanda fiziksel olarak aktif kalabilmeleri için basit ve güvenli yolları entegre etmelerine yardımcı olmak gerekir. Hatta yaşlı yetişkinlerin evde fiziksel aktivite açısından desteklenmelerine yönelik ulusal bir politika geliştirilmesi önerilmektedir. Aksi takdirde karantinanın sona erdiği dönemde ileri yaşlardaki bireylerin fiziksel bağımsızlık ve zihinsel sağlık durumları süreçten olumsuz etkilenecektir.

Birçok yaşlı için sağlık sistemi ile tek bağlantı kaynağı haline gelen mevcut teknoloji platformlarının ileri yaşlardaki bireylerin kullanımı açısından yeniden değerlendirilmesi ya-

nında, yaşlılara özgün olarak yeniden yapılandırılması yararlı olacaktır. Pandemi geçici bir durum olsa da sanal bakım sağlık hizmetlerinin geleceğidir ve yaşlı nüfusun gelecek için yeterince donanımlı olduğundan emin olmak için adımlar atılmalıdır. Ülkelerin pandemi ile ilgili politikalarının ve mevzuatlarının daha kıdemli/yaşlı dostu hale getirilme zamanı gelmiştir. Çünkü fiziksel sağlık yüklerinin yanı sıra, psiko-sosyal ihtiyaçları da refahları ve sağlıklı yaş alabilmeleri açısından yaşamsal öneme sahiptir.

İleri yaşlarda COVID-19 enfeksiyonu

COVID-19 pandemisi dünyadaki tüm yaş gruplarını etkilemektedir. İnfekte olanların çoğunda iyileşme görülse de ileri yaşlardakilerde hastalık tablosu daha ağır seyredebilmektedir. COVID-19 da tipik olarak üç temel semptom öne çıkmaktadır; ateş, ısrarcı öksürük ve nefes darlığı. Bununla birlikte yaşlılarda bu karakteristik özellikler görülmeyebilir. Hastalık yaşlılarda uykuya eğilime, yeme içme işlevlerinde azalmaya, konfüzyona, oryantasyon bozukluğuna, sersemlik hissine ve düşmelere neden olabilir. Ek olarak ileri yaşlarda immün yanıt ve ısı regülasyonu da değişir. Bu durum benzeri görülmemiş bir sağlık krizinin başında olduğunu göstermektedir (**Shahid, 2020**).

Yaşlılarda altta yatan özellikle koroner arter hastalığı, hipertansiyon, kronik obstrüktif pulmoner hastalıklar, diyabet ve serebrovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklara bağlı olarak COVID-19 mortal seyredebilmektedir (**WHO, 2019**). Ayrıca yine altta yatan hastalıklar enfeksiyon belirtilerini maskeleyebilir veya karıştırabilir. COVID-19 un erken belirtileri gözden kaçarsa, yaşlılar zayıf, güçsüz ya da dehidrate olabilir ve gerekli bakımı almadan kötüleşebilirler.

COVID-19'un sadece fiziksel değil, ayrıca zihinsel ve sosyal boyutlarından da kaynaklanan en büyük zorluklarla karşı karşıya olan ileri yaş grubudur ve bu bağlamda pandemiyi kontrol altına alınması sağlık bakım sistemlerine önemli bir görev oluşturmaktadır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü her geçen gün ülkelerin acil ve agresif önlemler almaları çağrısında bulunmaktadır (**WHO, 2020**).

Yaşlanma COVID-19' a yakalanma açısından da yüksek risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, savunmasız yaşlı popülasyonların, özellikle demanslı olguların COVID-19'dan korunması ve enfekte olanlar için uzun vadeli etkilerin/sorunların yönetilmesi ihmal edilmemesi gereken ve acil müdahale gerektiren küresel bir konu olarak tanımlanmaktadır (**Zhang, 2020**).

İleri yaş grubunda iyilik halinin bir bütün olarak ele alınmasının sürdürülmesi önemlidir, çünkü genel sağlık durumu tıbbi sorunlar yanında öncelikle günlük yaşam aktivitelerinin niteliğinden etkilenmektedir. Bilinmelidir ki bu yaş grubunda ruhsal durum fiziksel sağlık sorunlarından ve işlev kaybından etkilenebilir.

İzolasyon

Pandemi nedeniyle evde kalan yaşlıların yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümü için sağlık merkezlerine başvuru çekincesi, acilen almaları gereken tedavilerde gecikmeye neden olabilir ve fiziksel sorunlar izolasyonun psikolojik boyutunu etkileyerek tablonun ağırlaşmasına neden olabilir. Dış dünya ile bağlantılı olmaları yaşlıların bilişsel işlevleri açısından önemlidir. Bu bağlamda var olan bilişsel sorunların artabileceği, varsa demansın ağırlaşabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Ayrıca izolasyon süreci uzadıkça pandeminin getirdiği tehditler ve belirsizlikler en fazla ileri yaş grubunda kaygıya neden olabilecek ve bu durum günlük yaşam aktiviteleri yanında, kendine bakım aktivitelerini de olumsuz etkileyebilecektir. Sevdiklerinden ayrılmanın, özgürlüğün kısıtlanmasının ve hastalık ile ilgili belirsizliklerin zaman zaman dramatik etkiler yaratabileceği bildirilmekte, bu etkilerin aylar sonra bile çıkabileceği hatırlatılmakta ve zorunlu kültürel karantinanın potansiyel faydalarının olası psikolojik maliyetlere karşı dikkatle tartılması gerektiği ifade edilmektedir (**Brooks, 2020**). Karantinanın bir halk sağlığı önlemi olarak başarılı bir şekilde kullanılması önemlidir, fakat bu durumla ilişkili olumsuz etkilerin mümkün olduğunca azaltılmasını da gerektirir.

Bu noktada bilgi anahtar sözcüktür ve karantinaya alınan insanların durumu anlamaları için doğru bilgilendirilmeleri gerekir. 1-Etkili ve hızlı iletişim esastır. 2-Sarf malzemelerinin (hem genel hem de tıbbi) sağlanması gerekir. 3-Karantina süresi kısa tutulmalı ve aşırı koşullar dışında süre değiştirilmemelidir. 4- Olumsuz etkilerin çoğu, özgürlük kısıtlamasının getirilmesinden kaynaklanmaktadır; gönüllü karantina, daha az sıkıntı ve daha az uzun vadeli komplikasyon ile ilişkilidir. 5-Halk sağlığı yetkilileri özgecil öz-tecrit seçimini vurgulamalıdır. Brooks ve arkadaşlarına göre; önceden psikolojik sorunları olan bireylerin karantina sırasında fazladan desteğe ihtiyaç duymaları olasıdır. Karantina süresinin uzaması stres faktörlerinin daha uzun ve fazla deneyimlenmesine neden olduğu için daha olumsuz psikolojik bulgular ile sonuçlanabilir (**Brooks, 2020**).

Pandemi sürecinde yaşlılar için müdahale stratejileri için bazı öneriler geliştirilmiştir: Öncelik yaşlı kadınlara, düşük eğitim düzeyi olan yaşlılara, boşanmış / dul yaşlılara ve yalnız yaşayan, uyku problemleri ve zihinsel sağlık sorunları olanlara verilmelidir. Fiziksel kondisyonu azalmış, immün sistemi zayıflamış, sıklıkla altta yatan kronik hastalık sorunu olan, psikolojik kapasiteleri azalmış yaşlıların bilgiye erişimde ve hizmet alımında da zorlanacakları ve bu nedenlerle mortalite açısından risk altında oldukları unutulmamalıdır.

Yaşlılar için psikolojik danışma ve psikolojik krize müdahale sisteminin ve mekanizmasının daha da geliştirilmesi gerekmektedir ve medyada psikolojik sağlık eğitimi eğlenceli yöntemler kullanılarak daha kabul edilebilir hale getirilmelidir. Duygusal yanıt ciddi ise, psikolojik yardım hattının, çevrimiçi danışmanın aranması veya profesyonel bir kurumu ziyaret edilmesi önerilir (**Meng, 2020**).

Artan COVID-19 tehdidiyle karşı karşıya kalan ve daha önce öğrenilen derslerden yararlanan Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyayı salgını durdurmak için hızlı ve somut adımlar atmaya çağırıştır. Bu bağlamda en savunmasız grup olan yaşlıların ve özellikle Alzheimer hastalığı olanların korunmalarına dair rehberlerin hazırlanmasının öncelikli, önemli ve acil bir konu olduğuna vurgu yapılmaktadır. Zhang ve Song dünyadaki hükümetlerin ve sağlık sistemlerinin en savunmasız yaşlılara, özellikle de Alzheimer hastalığı olan kişilere daha fazla dikkat etmesi gerektiğini savunmakta, bu yolla salgının üstesinden gelinmesinin mümkün olacağını bildirmektedirler (**Zhang, 2020**).

Ayrımcılık

Yaşlılar söz konusu olduğu zaman; güvenlik, zihinsel barışı ve yaşam kalitesini sağlamanın ilk adımıdır. Sosyal entegrasyonda yaşlıların sevdikleriyle bağlantıları esastır. Bu kriz dönemlerinde yaşlıların ailesel düzeylerde karar süreçlerine katılmaları gerekir. Yeterli duygusal destek sağlamak yalnız yaşayanlar için çok önemlidir. Temel gereksinimlerini, güvenliklerini ve onurlarını güvence altına almak, stresten uzak durmalarına ve yalnızlıkla baş etmelerine yardımcı olacaktır.

Böyle durumlarda sağlık danışmanlığı için tele-tıp uygulamaları fiziksel erişimden daha iyidir. Bu fiziksel sağlık risklerini ve korkuyu azaltır. COVID-19 ile ilgili son durum ve gerekli önlemler hakkında güncel bir şekilde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Fakat gereksiz istatistiklerden de kaçınılmalıdır. Genel olarak önerilen, tüm elektif operasyonların (herni, katarakt, diz protezi vb.) ertelenmesidir. Gündüz kreşindekiler veya huzur evlerinde olanlar özel bakıma gereksinim duyabilirler. Aşırı kalabalıklaşmayı önlemek, fiziksel aktiviteleri teşvik etmek, aile desteğini artırmak ve düzgün beslenmeyi sağlamak genel refahları için hayati önem taşımaktadır.

İhmal ve istismar

Banerjee'ye göre; bu gibi olağanüstü durumlarda yaşlılara yönelik istismar artırılabilir ve en kısa zamanda önlenmeli ve tanımlanmalıdır. İhmal ve istismar konusu toplumsal ve sağlık profesyonelleri açısından farkındalık ve duyarlılık gerektirir. Bu durumlar maalesef pandemi sürecindeki diğer öncelikler arasında sıklıkla ihmal edilmektedir. Kendi kendine ilaç tedavisi ölümcül olabilir (özellikle hidrosiklorokin gibi ilaçlarla) ve her ne pahasına olursa olsun ileri yaşlarda bu uygulamalardan kaçınılmalıdır. Herhangi bir reçete/televi uygulamasından önce profesyonel tavsiye alınması zorunludur (**Banerjee, 2020**).

Ailelerin ve bakım verenlerin demans, depresyon ve diğer nörolojik bozukluklar gibi önceden var olan bozuklukları olanların artan ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmaları gerekir. Özellikle karantina uygulanan COVID-19 sürecinde geriatrik popülasyon için özerklik, saygı ve haysiyetin korunması gerekmektedir. Kuşkusuz yaşlılarla ilgilenmek önemlidir, ancak daha hayati olan nokta karar alma süreçlerine aktif katılımlarıdır. Bilinmelidir ki, yaşlılar ileri yaşları nedeniyle frail/kırılgan olabilirler, ancak kesinlikle zayıf değildirler (**Banerjee, 2020**).

Genel sağlık sorunları ve medikal tedavi konuları

İleri yaştaki kişilerde herhangi bir hastalık grubuna girmeyen klinik durumlar “geriatrik sendromlar” olarak adlandırılmakta olup, bu tablolar çoklu faktörlerin etkileşimleri ile ortaya çıkmakta, karmaşık ve çeşitli risk faktörlerinin sinerjistik etkileri ile gelişmektedir (**Gökçe Kutsal, 2019**). Bu sendromlar arasında ön plana çıkan kırılganlık, fizyolojik rezervi azaltılmış ve daha fazla stres etkeni duyarlılığı olan yaşlıları ifade eder. Yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve bununla bağlantılı olarak tanınan mantık değil, tedavi yaklaşımları da özellik arz etmektedir. Bu nedenle, yaşlılarda hastalıkların mekanizması ve nedenleri değerlendirildikten sonra, bu duruma özgü tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Yaşlılarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek emilim, dağılım, metabolizma, atılım ve reseptör duyarlılığı aşamalarındaki fizyolojik değişiklikler yanında, plazma albuminine bağlanması azaldığı için yan etkileri artan ilaçlar da mutlaka göz önüne alınmalıdır. Bu kilit özellikler yaşlı nüfusun ilaçlara karşı savunmasızlığına katkıda bulunur. Ayrıca pek çok araştırma erişkin dönemdeki kişiler üzerinde yapılmakta, tedavi kılavuzları bu araştırmalardan kaynaklanan kanıtları temel almakta ve tedavi yaklaşımları bunlara dayandırılmaktadır. Oysa ileri yaş grubunda, özellikle huzurevleri veya bakımevlerinde yaşayan yaşlılar açısından bu ilaçlar uygun olmayabilir, yüksek risk oluşturabilir ve yararlanma oranları erişkinlere kıyasla daha düşük olabilir (**Gökçe Kutsal 2009, Eyi-gör 2012, Page 2016**).

Göz önünde bulundurulması gereken bir başka sorun da; yaşlı hastalarda ilaç tedavisine uyumsuzluktur. Bu durum hastalıktan, ilaçtan, hastanın özel durumundan, hastanın izlem

ve iletişim sorunlarından kaynaklanabilir. Tedavi başarısı olmayan ve uyum sağlamayan hastalarda bu faktörler irdelenmelidir (**Yıldız, 2017**).

Çoklu ilaç kullanımını tanımını tam olarak kabul edilmese de ileri yaşta hem yaşlı sağlığı hem de genel sağlık sistemleri açısından tüm dünyada önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çoklu ilaç kullanımının tanımlarından biri, bireyin beş veya daha fazla ilaç (reçeteli ve reçetesiz ürünler) birlikte kullanması, risklerin ilaçların yararlarından daha ağır bastığı bir durum yaratmasıdır. Özellikle tedavi başarı oranı düşük, çok sayıda hastalığı olan ileri yaş grubunda genel olarak benimsenen “Düşük dozla başla ve yavaş artır. (Start low, go slow.)” ilkesi, “Çoğu ilacı kes, kullanılacakların dozunu azalt. (Stop most, reduce dose.)” olarak değiştirilmektedir (**Gökçe Kutsal Y, 2009, Eyigör S, 2012**).

Literatürde deprescribing olarak tanımlanan uygulama “ilaç dozajını azaltma”, “ilaç daha güvenli bir alternatif ile değiştirme” veya “bir sağlık uzmanının gözetimi altında belirli bir endikasyon veya ek fayda olmayan bir ilacı bırakma” yöntemidir ve yaşlı popülasyonda sorun oluşturan uygunsuz ilaç kullanımını çözmek için kullanılabileceği bildirilmektedir (**Page, 2016**). Deprescribing, yaşlı nüfusun ilaçlarını daha iyi yönetmesine yardımcı olacak ve sağlık sistemine finansal olarak fayda sağlayacak önemli bir hizmet olabilir.

Bu noktada ilaç ile tedavi değil, koruyucu/önleyici tıp yaklaşımları ön plana çıkmaktadır. Bu müdahalelerin bazı örnekleri hastaların eğitimi ve farmakolojik olmayan tedavilere öncelik verilmesidir.

Teknoloji desteği

Hem telefon danışmanlığı hem de evde yiyecek veya temel gereksinimlerin teslimatları için ülkelere özgü çeşitli yaşlı dostu yardım hatları bulunmaktadır. Dijital yardım hatları ve tele-danışma uygulamaları tasarlanırken yaşlıların akılda tutulması gereken teknoloji kullanımı, iletişim ve erişilebilirlik açısından farklı gereksinimleri olabilir.

Ülkelerin pandemi ile ilgili politikalarının ve mevzuatlarının daha kıdemli/yaşlı dostu hale getirilme zamanı gelmiştir. Çünkü fiziksel sağlık yüklerinin yanı sıra, psiko-sosyal ihtiyaçları da refahları ve sağlıklı yaşamları için korunmaları açısından hayati öneme sahiptir.

Pandemi sonrasında çeşitli mental sorunlarda artış olması ve bunların önemli bir kısmının da yaşlılarda ortaya çıkması beklenmektedir. Dolayısı ile, bu süreçle başa çıkmaya hazır olmak gereklidir. Yaşlıları benzeri görülmemiş bir salgına karşı olan bu mücadeleye dahil etmek, pandemi sonrası için umut verir ve belgelliklerinden yararlanılmasına yardımcı olabilir (**Banerjee, 2020**).

Yaşlı hastaların teknoloji kullanma konusunda yetkin olmamaları, sağlık okuryazarlığındaki yetersizlikler, hastaneye yatıştan sonra artan riskler ve sanal bakımı kullanmada karşılaştıkları bazı zorluklar, yönetilmesi gereken ana sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Bu sorunlardan bazıları politika geliştirenlerce, toplum merkezleri ve kütüphaneler aracılığıyla yaşlılara teknolojik erişime izin ve destek vermeye teşvik ederek çözülebilir. Sanal bakımın sağlık bakımının geleceği olduğu ve sağlık hizmetini yenilerken yaşlıların geride kalmamasını sağlamak için gerekli adımların atılmasının önemi göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık hizmetleri video konferans ve telefon yoluyla bu hizmetleri elektronik olarak sunmaya adapte olmuştur.

Unutulmamalıdır ki, pandemi geçici bir durum olsa da sanal bakım sağlık hizmetlerinin geleceğidir ve yaşlı nüfusun gelecek için yeterince donanımlı olduğundan emin olmak için adımlar atılmalıdır. Öncelikle kütüphaneler ve toplum merkezleri, yaşlıların sağlık hizmetlerine elektronik olarak erişebilmeleri için gerekli teknolojiye ve özel alanlara sahip olmalı, yaşlı hastalara, herhangi bir zorluğun giderilmesine yardımcı olacak teknik destekle elektronik sağlık hizmetlerinde nasıl gezileceğini öğretecek sınıflara sahip olmalıdır (**EI-beddini, 2020**).

Fiziksel inaktivite

Karantina dönemlerinde dışarıya çıkma amaçlarından biri fiziksel olarak aktif kalmaktır.

Bununla birlikte, bu durum karantina ihlaline yol açabileceği için tartışmalıdır. Sedarter bir yaşam tarzının etkisi çocuklar ve genç yetişkinler için fazla sorun oluşturmayabilir, ancak yaşlı yetişkinler için ciddi problemlere neden olabilir. Dolayısı ile yaşlı yetişkinlerin COVID-19 enfeksiyonu riski daha yüksek olduğu için evde kalmaları gerekse de sedanter bir yaşam tarzından da kaçınmaları gerekir. Fiziksel aktivite yaşlı yetişkinler için özellikle bağımsızlık, zihinsel sağlık ve refah düzeylerini korumak açısından önemlidir. Yaşlı yetişkinler arasında fiziksel hareketsizlik, dünyadaki mortalite açısından dördüncü en yüksek risk faktörüdür ve engelliliğin önemli bir nedenidir (**Gomes, 2017**).

Düzenli fiziksel aktivite yapmayan bireyler arasında, fonksiyonel düşüş riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle yaşlılıkta hareketliliğin sürdürülmesi gereklidir, çünkü fiziksel olarak aktif kalmak yaşlı yetişkinlerde bağımsızlık açısından da önemlidir.

Bu gerekçelerle karantina döneminde yetersiz fiziksel aktivite yaşlı yetişkinlerin zihinsel ve duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (**Brooks, 2020**). Yaşlı yetişkinlerin belirlenmiş sınırlı bir alanda fiziksel olarak aktif kalabilmeleri için basit ve güvenli yolları entegre etmelerine yardımcı olmak gerekir. Hatta yaşlı yetişkinlerin evde fiziksel aktivite açısından desteklenmelerine yönelik ulusal bir politika geliştirilmesi de önerilmektedir. Aksi takdirde karantinanın sona erdiği dönemde ileri yaşlardaki bireylerin fiziksel bağımsızlık ve zihinsel sağlık durumları bu süreçten olumsuz etkilenecektir (**Goethals, 2020**).

Sosyal destek

Araştırmaların sonuçları yaşlı yetişkinlerde bilişsel işlevin, sigara tüketimi, yetersiz beslenme, fiziksel aktivite düzeyi, bilişsel stimülasyon ve sosyal ilişkilerden etkilenebileceğini göstermiştir. Günümüzde sosyal ağlara erişime bağlı olan sosyal ilişkiler, sosyal etkinliklere katılımı teşvik eder ve sosyal desteğe erişim sağlar ki, bu faktörlerin genel sağlık durumunu olumlu etkilediği düşünülmektedir. Kelly ve arkadaşlarının araştırmalarının sonuçları sosyal ilişkiler ve bilişsel işlev arasında bir ilişki olduğu yönündeki önceki araştırmacıların bulgularını desteklemektedir, ancak bu ilişkinin kesin doğası halen belirsizliğini korumaktadır (**Kelly, 2017**).

Gelinen noktada birçok yaşlı için sağlık sistemi ile tek bağlantı kaynağı haline gelen mevcut teknoloji platformlarının ileri yaşlardaki bireylerin kullanımı açısından yeniden değerlendirilmesi yanında, yaşlılara özgün olarak yeniden yapılandırılması yararlı olacaktır. Bu yolla ileri yaş grubunun karşılanmamış olan psikolojik, sosyal veya işlevsel gereksinimleri izlenebilir ve sorunların gecikmeden saptanması, olası komplikasyonların önlenmesi ve hastaneye yatışların kontrol altına alınması sağlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü önerileri

Dünya Sağlık Örgütü ileri yaşlardaki bireylerin COVID-19'a sürecinde yapabileceklerini aşağıdaki şekilde listelemiştir (**WHO statement, 2020**).

Topluluğunuzda alınan özel önlemlerin yanı sıra, acil durumlarda sağlanabilecek hizmetleri ve güvenilir bilgi kaynaklarını öğreniniz (ev teslimatları, psikososyal destek, sağlık bakanlığı web sitesi, emekli maaşınıza alternatif erişim gibi).

En az iki hafta boyunca ihtiyaç duyacağınız temel malzemelerin bir listesini oluşturunuz ve bunları mümkün olan yerlerden temin etmeye çalışınız (bozulmaz gıda maddeleri, ev ürünleri, kullanabileceğiniz yardımcı cihazlar için piller ve reçeteli ilaçlar gibi). Alternatif olarak, aile üyelerinden, bakıcılardan, komşularından veya topluluk liderlerinden yiyecek veya reçeteli ilaçların siparişi ve / veya teslimine yardımcı olmalarını isteyiniz. Cep telefonu ödemelerinizin tamamlandığından emin olunuz ve telefonunuzu düzenli olarak şarj etmek için güvenli bir yer belirleyiniz, böylece aileniz ve arkadaşlarınızla iletişim kurabilir ve gerekirse acil servislere ulaşabilirsiniz.

Acil ve önemli telefon numaralarını listeleyiniz (COVID-19 yerel yardım hattı, yakındaki hastane ve sağlık ile ilgili acil durum numaraları, istismar mağdurları için telefon hattı, psikososyal destek hattı gibi). Size destek verebilecek kişileri/ kurumları belirleyiniz (aile üyeleri ve arkadaşlar, bakım verenler, yaşlı destek dernekleri gibi). Yalnız yaşıyorsanız, bu listeyi paylaşmak ve komşularınızdan, ailenizden veya bakıcılarınızdan düzenli olarak, örneğin telefon veya görüntülü sohbet yoluyla iletişim halinde olmalarını isteyebilirsiniz.

COVID-19 sırasında sağlık çalışanınızla sağlık ihtiyaçlarınızın nasıl ele alınabileceğini görüşünüz. Bunlar acil olmayan randevularınızı ertelemeyi, doktorunuzla veya sağlık çalışanınızla yüz yüze görüşmek yerine telefonla veya görüntülü sohbet yoluyla konuşmayı ve / veya aşı programınızı revize etmeyi içerebilir.

Bir bakıcının sağladığı desteğe güveniyorsanız, bakım verenin bu hizmeti vermeye devam edememesi durumunda, günlük yaşam ve bakım gereksinimlerinizi desteklemesi için güvendiğiniz başka bir kişiyi belirleyiniz. Birlikte, ihtiyaç duyduğunuz tüm kişisel bakım ve yardımı not ediniz. İhtiyaç durumunda bakım sağlamaya hazır olmaları için bu güvenilir kişiyle gereksinim listenizi paylaşabilirsiniz.

Bakıma muhtaç başka bir kişinin (örneğin torun, yaşlı eş, engelli çocuk) birincil bakıcısıysanız, hastalanmanız durumunda sizin ve bakım verdiğiniz kişinin sorumluluklarını üstlenmeniz için güvendiğiniz bir kişiyi belirleyiniz. Size bu durumlarda destek sağlayan yerel yetkililer veya gönüllü kuruluşlar yardımcı olabilir.

Evinizde birden fazla kişi yaşıyorsa, mümkünse COVID-19 ile uyumlu semptomlar gösteren herkesin diğerlerinden izole edilebilmesi için evinizde ayrı bir oda veya alan hazırlayınız. Kendi kendine tecrit için alanınız yoksa size veya diğer hane halkı üyelerinin kendi kendini tecrit etmesine yardımcı olabilecek topluluk alanı olup olmadığını görmek için yerel sağlık yetkilileriyle iletişime geçiniz.

Size bir şey olması ve kendi kararlarınızı verememeniz durumunda, tıbbi tedavi de dahil olmak üzere bakım ve destek konusunda sizin için en önemli olan konuları düşününüz.

Tedavinizi ve bakım isteklerinizi kaydetmek için gelişmiş bir bakım planı geliştirmek istiyorsanız, bunun hakkında sağlık çalışanınızla veya güvendiğiniz biriyle konuşabilirsiniz. İsteklerinizi yazabilir ve güvendiğiniz kişilerle paylaşabilirsiniz.

Kaynaklar

- Banerjee D. (2020) Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry*; 51, 102154. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102154>
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* Mar 14;395(10227):912-920 Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 [doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8] [Medline: 32112714]
- Elbeddini A, Prabakaran T, Almasalkh S, Tran C, Zhou Y. (2020) Barriers to conducting deprescribing in the elderly population amid the COVID-19 pandemic. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.05.025>
- Eyigör S, Gökçe Kutsal Y. (2012) Polypharmacy in the elderly: to prescribe or not prescribe “that is the question”. *Turkish Journal of Geriatrics*; 15 (4) 445-54.
- Goethals L, Barth N, Guyot J et al. (2020) Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Aging*; 3 (1): e19007, p. 1
- Gomes M, Figueiredo D, Teixeira L, Poveda V, Paúl C, Santos-Silva A, et al. (2017) Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing* Jan 20;46(1):71-77 [doi: 10.1093/ageing/afw165] [Medline: 28181637]
- Gökçe Kutsal Y, Barak A, Atalay A, Baydar T, Kucukoglu S, Tuncer T, et al. (2009) Polypharmacy in elderly. *J Am Med Dir Assoc*;10 (7):486-90.
- Gökçe Kutsal Y. (2019) Geriatric Syndromes. *International Journal on Ageing in Developing Countries*; 4 (1): 41-56.
- Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, Loughrey DG. (2017) The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*; 6:259. DOI 10.1186/s13643-017-0632-2
- Meng H, Xu Y, Dai J, et al. (2020) Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Research*; 289: 112983. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112983>
- Page A, Potter K, Clifford R, Etherton-Beer C. (2016) Deprescribing in Older People. *Maturitas* [Internet]. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.myaccess.library.utoronto.ca/27451330/?from_term=Deprescribing+in+older+people&from_filter=ds1.y_10&from_pos=1.
- Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et al. (2020) COVID-19 and Older Adults: What We Know. *J Am Geriatr Soc*; Apr 07. [doi: 10.1111/jgs.16472] [Medline: 32255507]
- World Health Organization. (2020) WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19 -11 March 2020. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020>.
- World Health Organization. (2019) Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation report - 63 Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200323-sitrep-63-covid-19.pdf?sfvrsn=2176eb7a_2
- WHO statement. (2020) Older people and COVID-19 Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-on-covid-19-for-older-people>
- Yıldız V, Özdemir O, Gökçe Kutsal Y. (2017) Medication nonadherence in elderly and recommendations to improve adherence. *Turkish Journal of Geriatrics*; 20 (4):344-50.
- Zhang Q, Song W. (2020) The challenges of the COVID-19 pandemic: Approaches for the elderly and those with Alzheimer’s disease. *Med Comm*;1-5. Erişim Tarihi 30 Haziran 2020 <https://doi.org/10.1002/mco2.4>

COVID-19 Pandemisi'nde Gözardı Edilenler: Huzurevleri

Osman Elbek, Tıp Doktoru, Doçent

Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Hastalıkları
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 salgını kapsamında ulusal ve uluslararası alanda huzurevleri ve hapisaneler ülke kamuoyunun gündemine sık gelmemektedirler. Oysa her iki kurum da gerek sakinlerinin dezavantajları, gerekse buldukları sosyal koşullar nedeniyle COVID-19 salgını açısından yüksek risk grubudurlar. Türkiye'de 2017 yılı itibariyle 10 milyon 266 bin 623 kişinin 60 yaş ve üzerinde olduğu, 65 yaş ve üzeri kişi sayısının nüfusun %8,5'ine ulaştığı ve halen 7,5 milyon civarında geriatrik olgu bulunduğu dikkate alındığında; önümüzdeki yıllarda benzer pandemiler karşısında kırılgan bir grup olarak huzurevi sakinlerinin durumu çok daha kritik önem taşıyacaktır. Huzurevlerindeki COVID-19 salgını ve ölümleri bir kez daha sağlık ve sosyal hizmet alanlarının özelleştirilmemesi ve kazanç eksenli bir bakış açısına mahkum edilmemesi gerektiğini göstermiştir.

Hem sakinlerinin yaşı, hem komorbid hastalıklar, hem de yoğunluk nedeniyle huzurevleri COVID-19 açısından riskli yerlerdir. Küresel düzeyde yaşanan COVID-19 pandemisinden çıkarılan en önemli derslerden birisi huzurevlerinde yaşayan kırılgan grupların biziatihi sağlık çalışanları ve ziyaretçilerden olumsuz etkilendiklerinin görülmüş olmasıdır (Mills, 2020). Bu birimlerin salgın sürecinde proaktif bir bakışla pandemi açısından işleyişinin planlanması, huzurevi sakinlerine hizmet eden çalışanların yakınmalarının takibi, ateş kontrolü, maske kullanımı, katı ziyaretçi sınırlamaları ve grup aktivitelerin azaltılması bu- laş açısından önleyici tedbirlerdir (Mills, 2020). Bu önlemlerin alınabilmesi için sağlıklı ve iyi yetişmiş bir işgücünün varlığının sürdürülmesi hayatidir. Personelin el hijyenine azami dikkat etmesi, kişisel koruma önlemlerini eksiksiz alması ve olası hastalık durumlarında izin konusunda esnekliğe sahip olması gereklidir (Mills, 2020).

Türkiye'de 2017 yılı itibariyle 10 milyon 266 bin 623 kişinin 60 yaş ve üzerinde olduğu (Elbek, 2019), 65 yaş ve üzeri kişi sayısının nüfusun %8,5'ine ulaştığı (Elbek, 2019) ve halen 7,5 milyon civarında geriatrik olgu bulunduğu (Işık, 2020) dikkate alındığında; önümüzdeki yıllarda benzer pandemiler karşısında kırılgan bir grup olarak huzurevi sakinlerinin durumu çok daha kritik önem taşıyacaktır. Veriler, Kuzey Avrupa'da %6'larda olan 65 yaş ve üzeri yaş grubunda kurumsal bakım hizmeti alma oranının, Güney Avrupa'da %1'lere düştüğüne işaret etmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018). Türkiye'de 2015 yılı itibariyle 28 bin 433 kişi (%0,3) resmi ve özel olmak üzere kurumsal bakım hizmeti almakta, 12 bin 299 kişi (%0,1) ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın huzurevlerinde kalmaktadır. Türkiye'de 63 ilde toplam 30 bin 571 kapasiteli 371 yaşlı bakım kuruluşu (huzurevi, huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi, özel yaşlı bakım evi/merkezi) bulunmaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2018).

Dünya deneyimi, huzurevlerinde yaşlılara bakım veren çalışanların kişisel koruyucu ekipmanlarındaki yetersizliğin ve test sayısının azlığının temel sorun olduğuna işaret etmektedir (American Geriatrics Society, 2020). Bu nedenle maske, yüz siperliği, önlük ve

eldivenden oluşan koruyucu ekipmanın sürekliliğinin sağlanması huzurevlerinin sakinlerinin yaşamsal risklerini azaltacak en önemli adım olarak önerilmektedir. Ayrıca COVID-19 şüpheli hastalar için acil hasta transfer protokollerinin oluşturulması, bu olgulara yönelik olarak huzurevi bünyesinde müşahade ve izolasyon birimlerinin oluşturulması tavsiye edilmektedir. Çalışanlara yönelik olarak ise COVID-19'a özgül eğitim ve gerektiğinde kullanılmak üzere ücretli izin tanımlanması gerektiği bildirilmektedir. Son olarak huzurevlerine daha çok finansal kaynak aktarımı ve vergi indirimi gibi özel düzenlemelerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (American Geriatrics Society, 2020).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki huzurevinde yaşanan COVID-19 salgınlarının yıldız derecelendirilmesi gibi kalite ölçütleri ile ilgisiz olduğu gösterilmiştir (Abrahms, 2020). Bu araştırmada kâr amacı gütmeyen huzurevlerinde COVID-19 saptanma olasılığın, kâr amacı olan huzurevlerine göre anlamlı oranda düşük olması dikkat çekicidir (Abrahms, 2020). Başka bir ifadeyle huzurevlerinde yaşanan COVID-19 salgınlarının temel nedeni tıbbi olmaktan ziyade ticari bakış açıdır. Huzurevlerini yöneten şirketler daha fazla kâr sağlamak için bu kurumlara gerekli insan gücü ve alt yapı desteği sağlamamışlardır. Benzer bir durum İspanya için de geçerlidir. Gerçekten de İspanya'daki huzurevlerinin büyük çoğunluğunu işleten şirketler, kamu idaresinin kontrol mekanizmasından kaçarak, daha fazla kazanç sağlamak için istihdam ettikleri personele yeterli eğitim vermeyerek ve çalışanlarına düşük ücretler verip onları birden fazla alanda gereğinden fazla çalıştırarak İspanya huzurevlerindeki ölümcül salgının nedenini oluşturmuşlardır (Rada, 2020). Zaten bu nedenle İspanya'daki özel huzurevleri 14 Mart'ta kamulaştırılmışlardır.

Türkiye'nin huzurevlerindeki COVID-19 salgını konusunda detaylı ve düzenli bilgilendirme kamuoyuna yapılmamıştır. Ancak huzurevlerinin Kıta Avrupası ve ABD ile kıyaslandığında ölümler açısından çok daha iyi konumda olduğu görülmektedir. Konu hakkında kamuoyuna yapılan kısıtlı bilgilendirmelerde 30 Nisan 2020 tarihi itibariyle kurumsal bakım alan 55 bin 585 yaşlı ve engellinin bin 30'una (%1,9) COVID-19 tanısı konulduğu (İHA, 2020) ve 15 Mayıs tarihi itibariyle de bu grup hastalardaki toplam ölüm oranının %4 olduğu görülmektedir (İstanbul Üniversitesi, 2020). Öte yandan Türkiye'de yerel yönetimlere bağlı en büyük huzurevi kompleksi olan ve tüm ihtiyaçları İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından karşılanan İstanbul Darülaceze Müdürlüğü'ne bağlı bulunduğu huzurevlerinde 1 Mart – 31 Mayıs 2020 tarihleri arasında “Kesin COVID-19”a bağlı hiç ölüm olmaması da bu tür kurumların finansmanının kamu tarafından karşılanması ve yerel belediyeler aracılığıyla yönetilmesi halinde huzurevlerinde salgınların yaşanmayacağına işaret etmektedir. Huzurevlerindeki COVID-19 salgını ve ölümleri bir kez daha sağlık ve sosyal hizmet alanlarının özelleştirilmemesi ve kazanç eksenli bir bakış açısına mahkum edilmemesi gerektiğini göstermiştir.

Kaynaklar

1. Abrams, HR., Loomer, L., Gandhi, A., Grabowski, DC. (2020) Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID-19 Cases. J Am Geriatr Soc, Jun 2.
2. American Geriatrics Society. (2020) American Geriatrics Society Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. J Am Geriatr Soc, 68 (5): 908-911.
3. Elbek, O. (2019) Her Yaşta Yaşlanma. Birikim Dergisi, 362-363: 67-81.
4. Işık, AT. (2020) Geriatrik Olgularda COVID-19. Journal of Geriatric Science, 3 (1): 1-2.
5. İhlas Haber Ajansı (İHA). (2020) Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü Koç korona virüs rakamlarını açıkladı. 30 Nisan 2020. <https://www.ih.com.tr/haber-engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-muduru-koc-korona-virus-rakamlarini-acikladi-842193/>



6. İstanbul Üniversitesi Engelliler Uygulama ve Araştırma Merkezi. (2020). Covid-19 Mücadelesi ve Engelli Toplum Web Panel Etkinlik Raporu. 15 Mayıs 2020.
<https://cdn.istanbul.edu.tr/FileHandler2.ashx?f=covid-19-mucadelesi-ve-engelli-toplum-toplanti-raporu-donusturuldu.pdf>
7. Mills, JP., Kaye, KS., Mody, L. (2020) COVID-19 in Older Adults: Clinical, Psychosocial, and Public Health Considerations. JCI Insight, 5 (10): e139292.
8. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2018) Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayını, ISBN 9786052024102, Ankara.
9. Rada, AG. (2020) COVID-19: The Precarious Position of Spain's Nursing Homes. BMJ, 20; 369: m1554.

COVID-19 Pandemisi'nde Gözardı Edilenler: Hapishaneler*

Osman Elbek, Tıp Doktoru, Doçent

Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Hastalıkları
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Dünyadaki ülkelerin %59'unda resmi cezaevi kapasitelerini aşan bir mahkum yoğunluğu yaşanmaktadır. Cezaevlerin yaşayan insanların COVID-19'a yakalanma ve ölme riskini azaltacak en önemli reform yüksek mekânsal yoğunluğa sahip olan hapishaneler başta olmak üzere tüm cezaevlerinin serbest bırakma programlarına öncelik vermesidir. Çünkü ideal olarak herhangi bir hapishanede herhangi bir COVID-19 hastası olmadan önce salgını önlemek daha önemlidir. Bununla birlikte hapishane nüfusuna yönelik olarak cezaevi hijyeninin iyileştirilmesi, testler sayesinde yaygın taramanın yapılması, girişte triaj uygulanması ve hapishanedeki herkese yönelik olarak kişisel koruma önlemlerinin eksiksiz alınması gereklidir.

Cezaevi nüfusu, COVID-19 pandemisi açısından risk gruplarından birisidir. Çünkü hapishanelerdeki pek çok insan kronik hastalıklardan muzdariptir. Öte yandan tüm dünyada uygulamaya konulan sert cezalandırma politikaları nedeniyle 55 yaş üzeri mahkum nüfusu her geçen yıl artmaktadır. Ayrıca dünyadaki ülkelerin %59'unda da resmi cezaevi kapasitelerini aşan bir mahkum yoğunluğu yaşanmaktadır (Simpson, 2020). Bununla birlikte konu hakkında yapılan araştırmalar dünya genelinde uygulanan cezalandırıcı adalet sisteminin bir sonucu olarak daha uzun hapis cezasına çarptırılan kişilerin mahkumiyet olmaksızın tutuklu olan insanlar olduğu bilinmektedir (Nowotny, 2020). Bu insanların çoğu suçluluğu kanıtlanmamış yani hüküm giymemiş kişilerdir.

Sözü edilen sorunlara rağmen hapishane nüfusuna sunulan sağlık hizmetleri hemen daima yetersiz ve niteliksizdir. Tutuklu ve hükümlülerde ise yüksek riskli davranışlar yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca mahkumlar halk sağlığı açısından endişelere sahiptirler ve bu kişilere karşı empati eksikliği yaygın olarak sergilenen bir tutumdur (Akiyama, 2020). Oysa konuyla ilgili evrensel temel ilkeler mahkumların "yasal durumları gerekçesiyle ülkede mevcut olan sağlık hizmetlerine ayrımcılık yapılmaksızın erişebileceklerini" güvence altına almaktadır.

Alınması Gereken Önlemler

Cezaevlerinde yaşayan insanların COVID-19'a yakalanma ve ölme riskini azaltacak en önemli reform yüksek mekânsal yoğunluğa sahip olan hapishaneler başta olmak üzere tüm cezaevlerinin serbest bırakma programlarına öncelik vermesidir. Çünkü ideal olarak herhangi bir hapishanede herhangi bir COVID-19 hastası olmadan önce salgını önlemek daha önemlidir. Bununla birlikte hapishane nüfusuna yönelik olarak cezaevi hijyeninin iyileştirilmesi, testler sayesinde yaygın taramanın yapılması, girişte triaj uygulanması ve hapishanedeki herkese yönelik olarak kişisel koruma önlemlerinin eksiksiz alınması gerek-

* Bu bölüm Türk Toraks Derneği tarafından yayımlanan "COVID-19 Pandemisi ve Sağlıkın Sosyal Bileşenleri" başlıklı kitaptaki (ISBN: 978-605-06717-2-8, Haziran 2020) yer alan "Cezaevi Nüfusunu Tehdit Eden COVID-19 Pandemisi" başlıklı makalelerin kısaltılıp güncellenmiş versiyonudur.

lidir. Öte yandan hiçbir hapislinin duvarları içerisinde gerçek hastanelerin olmadığı, sağlık bakımı ile ilgili kişi sayısının hapisanelerin tamamında oransal olarak az olduğu ve sunulan hizmetin niteliğinin daima oldukça düşük olduğu öngörülerek planlamalar yapılmalıdır (Burki, 2020).

Bununla birlikte hayata geçirilmesi gereken adalet reformu çerçevesinde serbest bırakılan kişilerin cezaevi dışında da pandemi riskinden korunması için konut, gıda ve sağlık hizmet erişimleri güvence altına alınmalıdır (Nowotny, 2020). Benzer biçimde hapislineden serbest bırakıldıktan sonra yaşlılara yönelik olarak uygun destekler hayata geçirilmelidir. Çünkü demir parmaklıklar ardında geçirilen onca yıldan sonra bu kişilerin toplum içerisinde sosyal destek ağlarına sahip olmaları mümkün değildir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19 pandemisinde cezaevinde kalacak kişiler için getirdiği öneriler de maddeler halinde şöyledir (WHO, 2020):

1. Cezaevine giren tüm bireyler için tarama ve risk değerlendirmesinin yapılması
2. Cezaevinden serbest bırakılan kişilerin de benzer önlemleri alması
3. Günde en az bir kez cezaevinde çevre temizliği ve dezenfeksiyon yapılması
4. Bireysel hijyen ile el yıkamanın teşvik edilmesi ve bunları sağlamak için gerekli malzemelerin personel dahil olmak üzere cezaevindeki tüm nüfus için temin edilmesi
5. Solunumsal hijyenin sağlanması için eğitim verilmesi
6. Hapishane kalabalıklığı sorununun ele alınması
7. Eylem planı yapılarak sorumluların belirlenmesi, olası ve kesin vakaların için iş akışı hazırlanması
8. Acil durumlar hakkında bilgilendirme planlarının yapılması

Türkiye'nin Aldığı Önlemler ve Yaşanan Sorunlar

COVID-19 pandemisi nedeniyle Türkiye'nin hapisanelere yönelik olarak uygulamaya koyduğu hedefler Tablo 1'de gösterilmiştir (Apóstolo, 2020; Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Tablo 1: Türkiye'nin COVID-19'a Yönelik Hapishane Uygulamaları

HAPİSHANE UYGULAMALARI		
Kişisel koruma ekipmanı ve diğer ihtiyaçların tedarigi	Genel hijyen ve bulaş yolları hakkında hapislinedeki insanlara eğitim vermek	Cezaevi ortak alanlarına bilgilendirici materyal konulması
Bulaşı önlemek ve bağışıklığı güçlendirmek için gıda çeşitliliğine dikkat edilmesi	Genel amaçlı deterjan ve dezenfektan çözeltilerin sağlanması ve kullanılması	Cezaevi ortamının uygun şekilde temizlenmesi
Bulaş yolları ve temel hastalık bilgileri hakkında personelin eğitimi	Acil olanlar haricindeki tüm toplu faaliyetlerin askıya alınması	Gözaltı personeline tıbbi maske dağıtımı ve kullanımı
Tüm ziyaretçilerin cerrahi maske kullanılmasının sağlanması	Temizlik ve dezenfekte atık kutularının sık temizlenmesi	Cezaevi ziyaretlerinin geçici olarak askıya alınması
Ziyaret ortamlarında dezenfektan ve yüz maskesi bulundurulması	Eğitim ve öğretim faaliyetlerinin askıya alınması	Cezaevi bünyesindeki tüm iş faaliyetlerinin askıya alınması
Şüpheli COVID-19 olgularının hastanede gözlenmesi	Cezaevine gelen yeni tutuklu ve hükümlülerin 14 gün izole edilmesi	Cezaevi giriş bölümlerinde semptom, seyahat ve ateş triajı
Transfer araçlarının dekontaminasyonu ve dezenfeksiyonu	COVID-19 ile uyumlu yakınmaları olan bireylerin tıbbi izolasyonu	Hastaneye transferlerin en az olması için doktor bulundurulması

Söz konusu uygulama planlarına rağmen cezaevlerinde toplu sayımlara devam edilmesi, hastalara gerekli tıbbi yardımın sunulmaması, mahpuslara sadece ayda tek bir çift eldiven ve bir maske verilmesi, ölen kişiler hakkında ailelerine bilgi verilmemesi, PCR pozitifliğine rağmen hastaların karantina koşuşuna alınmaması, hastaların hastanelere intikal ettirilmemesi, hijyen ürünlerinin fahiş fiyatlarla satışa sunulması, koşuşların kalabalık olması, kanser hastalarının dahi tedavilerinin aksaması, sıcak suya erişilememesi, telefon görüş hakkının kısıtlanması, kapasite sorunu nedeniyle “sosyal mesafe” ihlallerinin yaşanması, cezaevi bünyesinde alınan hijyen önlemlerinin yetersiz olması, dezenfektanların 10-45 TL arasında değişen ücretlerde satılması, yemeklerin kısıtlı ve hijyenik olmaması ve kapalı hapishaneden açık hapishaneye yeni geçen mahpusların biriken işler sebebiyle uzun me-sailerle çalıştırılması Türkiye’deki hapishaneler için COVID-19 bağlamında ifade edilen sorunlardır (Toplum ve Hukuk Araştırmaları Vakfı-a, 2020; Toplum ve Hukuk Araştırmaları Vakfı-b, 2020; Çağdaş Hukukçular Derneği, 2020; Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği-a, 2020; Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği-b, 2020)

Konu hakkında Adalet Bakanlığı tarafından yapılan kısıtlı bilgilendirmede; 13 Nisan 2020 tarihinde, cezaevlerinde 17 kişide COVID-19 tespit edildiği ve 3 kişinin de yaşamını yitirdiği ifade edilmiştir (BBC Türkçe, 2020). Ancak bu açıklamadan bir hafta sonra İzmir Cumhuriyet Başsavcılığı, Buca cezaevinde bir kişinin COVID-19 testinin pozitif çıktığını duyurdu (BBC Türkçe, 2020). Bilimsel bulguların işaret ettiği gibi hapishanede bir COVID-19 hastası olmadan önce salgını önlemek daha önemli ilkesi hayata geçirilemediği için Buca cezaevinde hastalanan 1 kişiyi takiben aynı cezaevinde 64 kişinin daha COVID-19 testinin pozitif olduğu başsavcılık tarafından sonradan açıklandı (BBC Türkçe, 2020). Benzer bir durum Mayıs başı itibariyle Silivri Cezaevi’nde de gerçekleşti ve önce 2 tutuklu/hükümlünün, ardından yapılan testlerde 42 tutuklu ve hükümlünün daha COVID-19’a yakalandığı açıklandı (Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı, 2020). Son olarak 18 Haziran’da Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü açıklaması ile 13 Nisan’da 17 olan hasta sayısı 22 kat artarak 374’e, ölümler de 2 kat artarak 6’ya yükseldiği belirtildi (Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Adalet Bakanı tarafından 13 Nisan 2020 tarihi itibariyle 14 hakim ve Cumhuriyet savıcısının, 32 adliye ve 34 adli tıp personelinin ve hapishanelerde görevli 79 ceza infaz kurumları personelinin de COVID-19 olduğu açıklandı (Adalet Bakanlığı, 2020). Bununla birlikte cezaevi revirlerinde görevli hekim – sağlık çalışanları arasında da sayısı açıklanamamakla birlikte COVID-PCR testi pozitif olan kişilerin olduğu bilinmekte.

Yapılması Gereken

Aslında Türk Tabipleri Birliği tarafından 6 Nisan 2020 tarihinde yapılan açıklamada; gerek cezaevlerinin koşulları gerekse mahkumların salgın karşısında bağışıklık sistemi açısından dezavantajlı olduğu hatırlatılmış ve hapishanelerdeki insan sayısının azaltılması, ayırım yapılmadan tutuklu ve hükümlülerin tahliye edilmesi ve tüm mahpusları kapsayan, eşit ve adil bir infaz değişikliğinin yapılması talep edilmişti (Türk Tabipleri Birliği, 2020). Bu çerçevede Türkiye’nin COVID-19 pandemisi nedeniyle bu dönemde 100 bin civarındaki mahkumu erken tahliye edilmesinin değerli olduğu açıktır. Ancak Uluslararası Af Örgütü temsilcisinin de ifade ettiği gibi; bu serbest bırakma “Türkiye’nin aşırı derece geniş terörle mücadele yasaları kapsamında adil olmayan yargılanmalar sonucunda haklarında hüküm verilen kişileri” kapsamamış ve bu yetersizlik nedeniyle söz konusu kişiler “ölüm-cül bir hastalığa yakalanma ihtimaline mahkum” edilmişlerdir (Uluslararası Af Örgütü, 2020).

Kaynaklar

1. Simpson, PL., Butler, TG. (2020) COVID-19, Prison Crowding, and Release Policies. BMJ, 369: m1551.
2. Nowotny, K., Bailey, Z., Omori, M., Brinkley-Rubinstein, L. (2020) COVID-19 Exposes Need for Progressive Criminal Justice Reform. Am J Public Health, Apr 30: e1-e2.
3. Akiyama, MJ., Spaulding, AC., Rich, JD. (2020) Flattening the Curve for Incarcerated Populations – COVID-19 in Jails and Prisons. N Engl J Med, Apr 2.
4. Burki, T. (2020) Prisons are “in no way equipped” to Deal with COVID-19. Lancet, 395 (10234): 1411-1412.
5. WHO Regional Office for Europe. (2020) Frequently Asked Questions About Prevention and Control of COVID-19 in Prisons and Places of Detention. Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/436904/prisons-FAQ-COVID-2019.pdf?ua=1
6. Apóstolo, J., Martins, R., das Neves, P. (2020) COVID-19 Pandemic Response: Fighting the Invisible Threat in Prisons. A Guide for Decision-Makers on Worldwide Practices and Recommendations, Erişim Tarihi 12 Mayıs 2020, <https://rm.coe.int/covid19-ips-basic-guide-for-decision-makers-on-worldwide-practices-and/16809e0eba>
7. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü. (2020) Kovid-10 Pandemi Sürecinde Ceza İnfaz Kurumları, Erişim Tarihi 23 Haziran 2020, <http://www.cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/ceza-inafaz-kurumlarinda-kovid-19-pandemi-surecine-dair-kamuoyu-aciklamasi17062020045113>
8. Toplum ve Hukuk Araştırmaları Vakfı (a). (2020) COVID-19 Hapishane İzleme Haftalık Bülten-1. 14.04.2020, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020, <http://www.tohav.org/tohav-hapishane-izleme-bulteni-1>
9. Toplum ve Hukuk Araştırmaları Vakfı (b). (2020) COVID-19 Hapishane İzleme Haftalık Bülten-2. 20.04.2020, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020, <http://www.tohav.org/COVID-19-HAPISHANE-İZLEME-HAFTALIK-BÜLTENİ-2>
10. Çağdaş Hukukçular Derneği. (2020) COVID-19 Hapishane İzleme Haftalık Bülten -1. 20.04.2020, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020, <https://cagdashukukcular.org/manset/covid-19-haftalik-hapishane-izleme-bulten-1/>
11. Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (a). (2020) Hapishanelerden Gelen Koronavirüs (COVID-19) Kaynaklı Şikayetler / 15 – 28 Nisan, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020, <http://cisst.org.tr/raporlar/hapishanelerden-gelen-koronavirus-covid-19-kaynakli-sikayetler-15-28-nisan/>
12. Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (b). 2020 Hapishanelerden Gelen Koronavirüs (COVID-19) Kaynaklı Şikayetler / 29 Nisan – 12 Mayıs, Erişim Tarihi 13 Mayıs 2020, <http://cisst.org.tr/raporlar/hapishanelerden-gelen-koronavirus-covid-19-kaynakli-sikayetler-29-nisan-12-mayis/>
13. BBC Türkçe (Ayşe Sayın). (2020) Koronavirüs: Cezaevlerinde alınan önlemler yeterli mi? 2 Mayıs 2020, Erişim Tarihi 12 Mayıs 2020, <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52515443>
14. T.C. Bakırköy Cumhuriyet Başsavcılığı. (2020) Basın Açıklaması. 08/05/2020, Erişim Tarihi 12 Mayıs 2020, <http://www.bakirkoy.adalet.gov.tr/adl-duyuru/2020/05/08.05.20-basin.pdf>
15. Adalet Bakanlığı Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği. (2020) Adalet Bakanı Abdülhamit Gül Başkanlığında Gerçekleştirilen Koordinasyon Toplantısı, Erişim Tarihi 13 Mayıs 2020, <http://www.basin.adalet.gov.tr/Etkinlik/adalet-bakani-abdulhamit-gul-baskanliginda-gerceklestirilen-koordinasyon-toplantisinda-koronavirus-tedbirleri-degerlendirildi>
16. Türk Tabipleri Birliği. (2020) Basın Açıklaması. 06.04.2020, Erişim Tarihi 13 Mayıs 2020, https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=c0e82a9e-780b-11ea-a12d-7aee3f6e69c5
17. Uluslararası Af Örgütü. (2020) Türkiye: İnfaz yasasında yapılan değişiklikler, suçsuz ve hastalığa karşı savunmasız mahpusları COVID-19 tehlikesi altında bırakıyor. 14 Nisan 2020, Erişim Tarihi 13 Mayıs 2020, <https://www.amnesty.org.tr/icerik/infaz-yasasinda-yapilan-degisiklikler-sucsuz-ve-hastaliga-karsi-savunmasiz-mahpuslari-covid-19-tehlikesi-altinda-birakiyor>

11. BÖLÜM: İLAÇ ÇALIŞMALARI, COVID-19 TEDAVİSİNDE İLAÇ TARTIŞMALARI, İLAÇ ARAŞTIRMALARI, ETİK BOYUT

İlaç Çalışmaları, COVID-19 Tedavisinde İlaç Tartışmaları, İlaç Araştırmaları, Etik Boyut

Prof. Dr. Ersin Yarış

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 pandemisi, ülkemizde ve dünyada henüz birinci pikini tamamlamamışken, üstelik ısrarla ikinci bir dalgadan söz edilirken tedavi modaliteleri konusunda henüz geniş bir uzlaşmanın olmadığını vurgulamak durumundayız. Hekimler, özgül bir ilacı olmayan bu hastalığın tedavisini “öğrenmeye çalışırken” bir yandan da hastalığın doğasını anlamak ve tedavisi konusunda yöntem geliştirmek amacıyla araştırma işlevini de yerine getirme çabasındalar. Doğal olarak bu araştırmaların sonuçları yönünden ciddi çelişkileri vardır, metodolojileri, olgu sayıları vb yönlerden eksikleri bulunmaktadır. Ama vazgeçme hakkımız yoktur.

Sürecin aciliyetine karşın yine de bazı noktalara dikkat çekilmektedir. Beklenmedik bir pandemi durumunda çözüm beklentilerinin hekimlerde oluşturacağı baskının yaratabileceği umutsuzluğun/çaresizliğin bazı riskleri pervasızca alma durumunu doğurabileceği akılda tutulmalıdır. Bu noktada yanıltıcı iddialardan korunmak için eleştirel düşünmenin, iddianın birincil kaynağını sorgulamanın, kaynağın güvenilirliğini araştırmanın, parasal kazanç ve tedarik zincirleriyle ilişkisini değerlendirmenin önemli olduğu özellikle vurgulanmaktadır. Ne yazık ki “karar verme”, değerlendirme sürecini komplike hale getiren siyasi, piyasacı, kafa karıştırıcı, etik açıdan “malul” dolaylı etkiler (başta ABD Başkanı Trump gibi) söz konusudur.

Aşının çok kısa bir dönem içinde kullanılmaya başlanması zor görüldüğünden ilacın/ilaçların tıbbi/bilimsel değerleri; olası hasta sayısı dikkate alındığında aynı zamanda parasal değeri de artmaktadır.

Bu süreçte adı en çok anılan ilaçlardan **hidroksiklorokin** için etkinlik ve güvenilirlik tartışmaları halen sürmektedir. DSÖ'nün yürüyen bir çalışmayı “ölüm olasılığını artırıyor”

gerekçesiyle durdurması tartışmayı alevlendirmiştir. Ancak Sağlık Bakanı Fahrettin Koca 1.000.000 kutu ilacı en baştan stokladıklarını belirtmiştir. Bu ilacın Covid -19’da kullanımının “promosyonu” bizzat ABD Başkanı Trump tarafından yapılmış, kullandığını ve kendisini iyi hissettiğini medyaya açıklamıştır. Bu süreçte Trump’ın FDA üzerine regülasyonları yumuşatma baskısı kurduğu, süreci politize ettiği medyada yazılmıştır. FDA acil durumlarda kullanılmasına ilişkin verdiği onayı kısa sürede kaldırmıştır.

Üzerinde durulan ikinci ilaç olan favipiravir konusunda da benzer sıkıntılı süreçler yaşanmıştır. Beyaz Saray Güvenlik Konseyi FDA’dan Japon Fujifilm’in favipiravir içeren bir ilacı için acil kullanım onayı almak amacıyla çabalarken dayanak hidroksiklorokin için verilmiş onaydır. Trump’ın bu zorlamasının Japon Başbakanı Shinzo Abe ile görüşmesinden sonra olduğu, ama klinik çalışmalarındaki sonuçların etkinliğini kanıtlamaktan çok uzak olduğu söyleniyor. Bu dönemde ABD ve Kanada’daki COVID-19 rehberlerinde yer almıyor. Ama Sağlık Bakanlığı rehberinde var ve hastanelere kullanılmak üzere ücretsiz veriliyor.

Gündemdeki antiviral son ilaç olan remdesivir konusunda tartışmalar “derinleşiyor”. AB bu ilaca COVID-19 için onay veriyor ve önemseydiğini vurguluyor. Sonra bu ilacın dünyadaki tüm stokunun ABD tarafından üreticisi Gilead’dan satın alındığı yazılıyor ve AB için bile ilaç kalmadığı vurgulanıyor. Trump bu ilaca FDA tarafından verilen “acil durumlarda kullanım onayı”nu kamuoyuna bizzat kendisi Beyaz Saray’da Gilead’ın CEO’su ile birlikte duyuruyor. Bu hamlenin Gilead’ın borsa değerini 3 ayda 12 milyar dolar artırdığı, Gilead’ın ise Amerikan derin devletiyle yakın ilişkide olduğu açıktan yazılıyor. Bir diğer nokta ilacın tedavi maliyeti: kür başına ABD için 2 bin 340 dolar, ABD dışındaki gelişmiş ülkeler içinse ise 3 bin 120 dolar olarak açıklandı. Gelişmiş olmayan ülkeler için bir rakam öngörüsü bile bulunmuyor.

Elbette ki bilimsel çalışmalar, klinik araştırmalar gerçeğe/doğruya/bilgiye ulaşmak için gerekli, zorunlu... Ama görünen o ki karar verme süreci kontamine edilmiş, komplike hale getirilmiş, kafaları karıştırmaya başlamış durumda...

Ama bu süreçte dikkat çeken , hukuksal, etik yönleri de olan bir başka önemli ve ihmal edilmemesi gereken –sanırım asıl- konu patenttir. Bu ilaçlar kimindir? “İlaça ulaşım/tedavi hakkı” ayrıca ele alınmalıdır. Bu hak COVID-19 özelinde kişisel sağlık hakkının ötesine geçmekte bir halk sağlığı konusu olmaktadır. Benzer bir tartışma AIDS tedavisinde kullanılan ilaçların patent koruması dışına çıkartılması gerektiği yönünden geçmişte yürütülmüştür. COVID-19 tedavisi için bir yandan ilaç geliştirilmesi amacıyla tıbbi, bilimsel çalışmalar yapılırken bir yandan da konuyla ilgili siyasal, sosyal, hukuksal ve etik çalışmalar kesintisiz biçimde sürdürülmelidir.

Giriş ve genel değerlendirme

COVID-19 pandemisi, ülkemizde ve dünyada henüz birinci pikini tamamlamamışken, üstelik ısrarla ikinci bir dalgadan söz edilirken tedavi modaliteleri konusunda henüz geniş bir uzlaşmanın olmadığını vurgulamak durumundayız. Hekimlerin bir yandan tedavi sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken, başka bir deyişle özgül bir ilacı olmayan bu hastalığın tedavisini öğrenmeye çalışırken bir yandan da hastalığın doğasını anlamak ve tedavisi konusunda yöntem geliştirmek gibi bir başka işlevi de yerine getirme çabasında

olduklarını görüyoruz. Hastalık tıbbi açıdan bilinmedik, yepyeni ve çok boyutlu bir tablo oluştururken, milyonlar farklı klinik düzeylerde etkilenirken bilgi üretmek amacıyla tüm dünyada konuya yönelik binlerce temel ve klinik çalışmanın yürütülmekte olduğu anlaşılmaktadır. Doğal olarak sonuçlar yönünden ciddi çelişkilere de tanık olmaktayız. Bu çalışmaların metodolojileri, olgu sayıları vb yönlerden eksikleri olsa da kanıt üretmek anlamında değerli olduklarını kabul etmek durumundayız.

Sürecin aciliyetine karşın yine de bazı noktalara dikkat çekilmektedir. Beklenmedik bir pandemi durumunda çözüm beklentilerinin hekimlerde oluşturacağı baskının yaratabileceği umutsuzluğun/çaresizliğin bazı riskleri pervasızca alma durumunu doğurabileceği akılda tutulmalıdır. Bu noktada yanıtıcı iddialardan korunmak için eleştirel düşünmenin, iddianın birincil kaynağını sorgulamanın, kaynağın güvenilirliğini (ulusal sağlık sistemleri ve güvenilir kanallar gibi) araştırmanın, parasal kazanç ve tedarik zincirleriyle ilişkisini değerlendirmenin önemli olduğu özellikle vurgulanmaktadır (**IUPHAR, 2020**).

Tam da bu noktada üzerinde durulması gereken bir diğer nokta “karar verme”, değerlendirme sürecini komplike hale getiren dolaylı etkilerin var olmasıdır. Bu dolaylı etkiler için siyasi, piyasacı, kafa karıştırıcı gibi tanımlar yapılabilir ama etik açıdan “malul” oldukları açıktır. Her ne kadar kesin tedavi protokolleri geliştirilmiş olmasa da bazı ilaçlar bir adım öne çıkmış durumdadır. Bunlardan bazıları Sağlık Bakanlığının rehberinde de yer almaktadır.

Aşının çok kısa bir dönem içinde kullanılmaya başlanması zor görünmektedir. Bu nedenle ilacın/ilaçların değeri çok daha fazla artmaktadır. Elbette burada ilacın tıbbi/bilimsel değerinden söz ediyoruz. Ama olası hasta sayısı dikkate alındığında milyarlarca insanın “kitlese tüketici”, hatta olası “müşteri” konumundan söz edebiliriz. Bu anlamda ilacın artan değeri aynı zamanda artan parasal değeri anlamına da gelecektir.

İlaçlar ve tartışmalar

Adı en çok anılan ilaçlarla ilgili olarak son zamanlarda yaşananlar konusunda bir kolaj yapmak gerekirse **hidroksiklorokin**le başlamak uygun olabilir. Halen etkinliği, çokcada güvenliliği konusu tartışılmakta olan bu etkin madde ülkemiz dahil pek çok ülkede (kuşku olgular dahil) kullanılmıştır/kullanılmaktadır.

Hidroksiklorokin için yeterli ve güçlü kanıtlar olmadığı, hele de pozitif olmayan olgulardaki olası etkinliğinin (profilaksi ?) tartışmalı olduğu bilinmesine karşın tedaviye erken başlanmasının yararlı olduğu gözlemine, eski korona salgınlarındaki deneyime dayanılarak tedavide yer aldığı ifade edilmekte ve kılavuzda bu şekilde yer almaktadır. Hekimin hastanın kliniğini dikkate alarak kombinasyon tedavisine geçebileceği, bu arada olası ilaç etkileşmelerinin olabileceği vurgulanmaktadır. Özellikle QT mesafesini uzatan başka ilaçlarla (azitromisin gibi) birlikte kullanılmasının potansiyel risklerine dikkat çekilmektedir. Bu iki ilacın birlikte yazıldığı hastalar için kılavuzda olası kardiyak risklerin de yer alması önemlidir (**HSGnMd., 2020**).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “COVID-19 Rehberi”nin 14 Nisan 2020 versiyonunun tedaviye ilişkin bölümünün girişinde yaşanan kısıtlılıklar şöyle özetlenmiştir:

Günümüzde COVID-19 için güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış spesifik bir tedavi bulunmamaktadır. Bu hastalığa etkili bir tedavi bulabilmek amacıyla şu anda çok sayıda

ilaçla 100'den fazla randomize kontrollü çalışma yapılmakta, bir kısmının önümüzdeki aylar içinde sonuçlarının açıklanması beklenmektedir. Tedavi seçeneklerinin, randomize-kontrollü çalışmalar çerçevesinde ve diğer bilimsel araştırmalar ile elde edilen bilgilere dayalı kullanımının, daha akılcı olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, içinde bulunulan durumun aciliyeti ve bilimsel verilerin kısıtlılığı nedeniyle, etkili olabileceği yönünde sınırlı da olsa veri bulunan tedavi seçenekleri, tüm dünyada yaygın bir şekilde bu hastalar için kullanılmaktadır” (**HSGnMd., 2020**).

Ülkemizde önerilen dozda (yükleme dozu dahil) bir kutusu 2 hastanın tedavisi için yeterli olmaktadır (**HSGnMd., 2020**). Bir kutusunun perakende satış fiyatı 17,95 TL'dir. Rehberlere göre kullanımı açısından bakıldığında en az 100.000 hastada kullanılmış olduğu kestirilebilir. İlaç İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hastanelere ücretsiz sağlanmıştır. Sanofi ilaç firması tarafından başka amaçlarla üretilmiş ve pazarlanmış eski bir ilaç olduğu için patent koruması kalkmış, görece ucuz bu ilaçla ilgili olarak vurgulanması gereken bir diğer nokta ABD Başkanı Trump'ın ilacı kendisinin de kullandığını kamuoyuyla paylaşmış olmasıdır. Bir basın toplantısı sırasında Trump desteğini şu ifadeyle açıklamıştır: “Bildiğim kadarıyla bazı muazzam raporlar var. Beni kesinlikle etkilemedi. Kendimi iyi hissediyorum.” Bu haberin yer aldığı New York Times makalesinde “Trump”ın bu girişimi yasa koyucular, halk sağlıkçılar tarafından hükümetin tıbbi ve bilimsel birimlerini pandemi sürecinde politize etmek, FDA gibi ajanslar üzerinde ilaçlar ya da medikal araçların daha hızlı biçimde piyasada yerlerini almalarını sağlamak amacıyla standartlarını gevşetme yönünden baskı oluşturmakla eleştirildiği” vurgulanmıştır. (**Thomas Katie, 2020**)

Yazının başlığı ise şöyledir: “FDA, Trump'ın Promosyonunu Yaptığı (...Promoted by Trump...) Sıtma İlaçları Konusunda Verdiği Acil Onayı Kaldırdı/Geriçekti.”

ABD'de geçmişte herhangi bir Başkanın herhangi bir ilaç konusunda bu kadar yakın markaja girip girmediğini bilmek kolay değil. Muhtemelen sayın Başkan durumun aciliyetinedayanarak yol gösterici davranmaya çalışmıştır deyip geçelim. Ama tam da yeri gelmişken özerk kurumların ne denli önemli/değerli olduklarının da altını çizelim. Sözü ettiğimiz yazıda “Ajans, bazı çalışmalar gözden geçirildiğinde COVID-19 tedavisinde ilacın potansiyel yararlarının risklerden ağır gelmediğini söyledi” denilmektedir; Başkanın kendisini iyi hissetmesini dikkate almamış anlaşılabilir FDA ve verdiği geçici onayı da geri almıştır. (**Thomas Katie, 2020**)

Hidroksiklorokin için benzer bir yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sergilenmiştir. Başka çalışmaların sonuçları da dikkate alınarak yürütülmekte olan bir klinik çalışmanın hidroksiklorokin kolu gözlenen yan etkiler (ölüm riskindeki artış) nedeniyle durdurulmuştur (**BBC News Türkçe, 2020A**). Yine özerk bir kurum, yine bir özerk kurumla Başkan Trump arasındaki çatışma... Hatırlanacağı üzere ABD DSÖ'ye yaptığı ödemeleri kesti.

Yaşananlar üzerine Türk Tabipleri Birliği (TTB) 26 Mayıs 2020 tarihinde bir açıklama yaparak şu değerlendirmeyi yaptı: “COVID-19 hastalarına ilişkin hastalık verilerinin paylaşılmasına izin vermeyen Sağlık Bakanlığı yetkililerinden ülkemizdeki COVID-19 olgularının yaş dağılımına, tedavi başarı oranlarına ve görülen yan etkilere vb. ilişkin bilgileri ivedilikle paylaşmalarını bekliyoruz”.

Bakanlıktan doyurucu bir açıklama gelmiş olma olasılığı pek yok. Ama siyasetçiler ilaç konusunun medyatik yanında sahne almayı sürdürüyorlar. Hidroksiklorokin ve Favipir-

vir adlı etkin maddelerin Türkiye’de eşdeğerlerinin üretilmesi konusu medyada yer aldığında sayın bakanlar karede yer almayı ihmal etmediler.

ABD Başkanı Trump’ın antivirallere ilgisi favipiravirle sürdü. 01 Nisan 2020 tarihli bir haberin başlığı şöyleydi:

“Trump bu kez de Fujifilm’in kanıtlanmamış COVID-19 ilacını kafasına koydu.”

Haberin içeriğinde yer alan cümleler ilginç. Trump’ın ekibinin(Beyaz Saray Güvenlik Konseyi) FDA’dan Fujifilm’infavipiravir içeren bir ilacı için acil kullanım onayı almak amacıyla çabaladığını söyleyip bir süre önce kanıtlanmamış iki sıtma ilacı (klorokin ve hidrosiklorokin) için aynı onayı verdiğini vurguluyor. Trump’ın bu zorlamasının Japon Başbakanı ShinzoAbe ile görüşmesinden sonra olduğu, ama klinik çalışmalardaki sonuçların etkinliğini kanıtlamaktan çok uzak olduğunu söylüyor. (**AlaricDearment, 2020**)

TTB’nin COVID-19 pandemi sürecinin ikinci ayı için hazırlanan raporunda belirtilen bir noktaya dikkat çekelim. “Bununla birlikte Avrupa ve Amerika’da yayınlanmış olan tedavi rehberlerinde Favipiravir kullanımından bahsedilmemektedir.” Şimdi bizden bir hatırlatma yapalım. Sağlık Bakanlığı’nın 14 Nisan 2020 tarihli COVID-19 Rehberi’nde ise ağır seyirli pnömoni ve Hidrosiklorokin tedavisi alırken kliniği ağırlaşan ya da pnömoni bulguları ilerleyen olgularda Favipiravir ilk gün 12 saate bir 1600 mg’lıkyükleme dozunu takiben, 2x600 mg toplam 5 gün süre ile önerilmektedir (**HSGnMd, 2020**).Bir kez daha özerk bilimsel kurumlara saygımızı sunalım.

Son zamanlarda gündeme gelen bir diğer antiviral ilaç Remdesivir’dir. Remdesivir, Marburg ve Ebola virus tedavisi için geliştirilmiş,nükleotid analogu sınıfına ait yeni bir antiviral ilaçtır. İntraselüleradenozin analoguna metabolize olarak viral RNA polimerazininbibe etmektedir. Yapılan in-vitro çalışmalarda Remdesivir’in SARS-CoV-2’ye karşı etkili olduğu gösterilmiştir (**Şimşek, 2020; Hoffmann, 2020**). Remdesivir’in COVID-19 üzerine etkilerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Grein ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmalarında Remdesivir’in ağır COVID-19 olgularının %68’inde klinik iyileşme sağladığını belirtmişlerdir (**Grein, 2020**). Potansiyel olarak etkinliği belki de en yüksek antiviral ilaç gibi durmaktadır. Yine de Dünya Sağlık Örgütü, ATS Remdesivir’in COVID-19 olgularında kullanımı ile ilgili bir öneride bulunmamıştır (**WHO, 2020**).Sağlık Bakanlığı’nın 14 Nisan 2020 tarihli COVID-19 Rehberi’nde de COVID-19 olgularında Remdesivir kullanımından bahsedilmemiştir (**HSGnMd, 2020**).

T24 Haber Sitesinde yer alan 03 Temmuz 2020 tarihli haberde “Avrupa Birliği, Koronavirüs tedavisinde Remdesivir kullanılmasına yeşil ışık yaktı” başlığı altında “Avrupa Birliği Komisyonu, Gilead Sciences’in ürettiği antiviral ilacı Remdesivir’in yeni tip Koronavirüs (COVID-19) tedavisinde kullanılmasına onay verdi. Avrupa Sağlık Komiseri Stella Kyriakades, ‘Bugün ilacın kullanılmasına izin verilmesi bu virüsle mücadelede atılmış çok büyük bir adım’ diye konuştu” denilmektedir. Haber sevindirici gibi görünse de devamında ciddi bir tehdit hissedilmektedir. Şöyle ki:

“Geçen günlerde ABD’nin ilacın 3 aylık bütün stoklarını satın aldığı belirtilmişti. Komisyon sözcülerinden Stefan de Keersmaecker, dün yaptığı açıklamalarda Gilead’la AB ülkelerine yeterince doz sağlamaları için görüşme yaptıklarını belirtmişti.” (**T24 Haber Sitesi, 2020A**)Aynı tehlikeye Yeni Mesaj gazetesi 02 Temmuz 2020 tarihli sayısında “Trump’tan bencil hamle” başlığıyla dikkat çekti. Yine başlıkta şöyle deniliyordu: “ABD’nin koronavirus tedavisinde kullanılan remdesivir adlı antiviral ilacın neredeyse dünyadaki tüm stokunu satın aldığı iddia edildi. Bu diğer ülkelerin en az 3 ay boyunca

ilaç bulamayacağı anlamına geliyor”. (**Yeni Mesaj, 2020**)BBC New Türkçe sitesinde aynı noktaya 01 Temmuz 2020 tarihinde şöyle vurgu yapıldı: “Remdesivir: ABD, ilacın küresel stokunun tamamını satın aldı, dünya genelinde kimseye ilaç kalmadı”. Aynı yazıda Türkiye’nin de remdesivir kullanmayı düşündüğüne dikkat çekiliyor. (**BBC News Türkçe, 2020B**)

Türkiye’nin elinde remdesivir olup olmadığını bilmiyoruz. Rehber eklenmek istenirse bu olanaklı hale gelebilecek mi ya da hangi koşullarda nasıl kullanılacağına yönelik ön hazırlık yapılmış mıdır bilemiyoruz. Çünkü Sağlık Bakanı daha önce hidroksiklorokin hakkında “Biz bir milyon kutuya yakın ilacı daha baştan stokladık” demişti. (**T24 Haber Sitesi, 2020B**) Remdesivir için bildiğimiz böyle bir şey yok.

Remdesivir konusu diğer antiviraller gibi yine doğrudan Trump’ın ilgi alanında... Bir başlık daha:

“Remdesivir: Trump antiviral ilacın ABD’de acil durumlarda koronavirüs tedavisinde kullanılabileceğini açıkladı.” Donald Trump bu açıklamayı, Gilead CEO’su Dan O’Day’le birlikte katıldığı Beyaz Saray’daki bir etkinlikte yaptı. ABD Başkanı bir ilacın aldığı onayı bizzat kendisi Gilead’ın CEO’su ile aynı karede görüntü vererek açıkladı. Remdesivir isimli ilacın klinik deneylerde olumlu sonuç verdiğine işaret eden Trump, “FDA’in, Remdesivir için onay verdiğini duyurmaktan memnuniyet duyuyorum.” ifadesini kullandı. Açıklamadan hemen sonra FDA’den yapılan açıklamada ise ilaca “acil durum onayı” verildiğine işaret edilerek, “Kovid-19 nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların tedavisinde Remdesivir kullanımının güvenliği ve etkisi konusunda sınırlı sayıda bilgimiz var.” notu düşüldü.

(**Yeniçağ Gazetesi, 2020**) İlgi ilaca mı, firmaya mı? Sanırım doğru yanıt C, yani hepsi. Neden mi? Sözcü Gazetesi yazarı **Aytunç Erkin**’in anlattıklarına kulak verelim.

“...Remdesiviri üreten şirket GileadSciences korona ilacı nedeniyle üç ayda 12 milyar dolar kazandı (şirketin değeri arttı).”

“1997’den 2001’e kadar ABD eski Savunma Bakanı Donald Rumsfeld’in en büyük hissedarı olduğu GileadSciences harekete geçti! 1996’da, kuş gribine karşı ‘Tamiflu’ adlı ilacı üretti. Ardından da Roche şirketine üretim ve pazarlama konusunda yardım almak için lisans verdi. Gilead, satışlardan yüzde 10 alacaktı.”

“Tarih 20 Ocak 2001... ABD’yi yönetmeye başlayan (derin devlet) George W. Bush’un kabinesinde Savunma Bakanı Donald Rumsfeld oldu. Dünyada patlak veren ‘kuş gribi’ne karşı Pentagon yani Savunma Bakanlığı 58 milyar dolarlık alım yaptı. Bush, 2005 yılında kongreden, 7.1 milyar dolarlık acil önlem paketini geçirdi. Bu paketin 1.2 milyar doları ‘Tamiflu’ alımı içindi. Yani... GileadSciences yani Rumsfeld için!”

“O dönem... GileadSciences “iflasın” eşiğindedeydi ancak H5N1 virüsüne karşı geliştirdiğini iddia ettiği Tamiflu ilacıyla, 3 ay içerisinde cirosunu 44.6 milyon dolara çıkardı. Mart 2006’da açıklama yapan şirket, “Savunma Bakanı Rumsfeld’in, şirketteki hisseleri dışında GileadSciences ile hiçbir ilgisi yoktur. Rumsfeld’in, Gilead’daki hisselerine ilişkin bilgiler, 2001 yılında Savunma Bakanı olduğunda, ne Senato Silahlı Kuvvetler Komitesi, ne de Hükümet Etik Ofisi tarafından istenmiştir” denildi.”

Aynı kaynaktan son bir not: “İMDADINA HEP VİRÜS YETİŞTİ!” (**Erkin A, 2020**)

“ABD derin devletinin şirketine milyarlarca dolar kazandıran bu ilacın maliyeti ne olacak? Remdesivir adlı ilacın bir kür tedavi fiyatı ABD için 2 bin 340 dolar, ABD dışındaki geliş-

miş ülkeler içinse ise 3 bin 120 dolar olarak açıklandı. Görüleceği üzere, gelişmiş olmayan ülkeler için bir rakam öngörüsü bile bulunmuyor. (T24 Haber Sitesi, 2020C)

Etik ve yasal (patent) boyut

Peki bu ilaçlar kimindir?

Elbette ki bilimsel çalışmalar, klinik araştırmalar gerçeğe/doğruya/bilgiye ulaşmak için gerekli, zorunlu... Ama görünen o ki karar verme süreci kontamine edilmiş, komplike hale getirilmiş, kafaları karıştırmaya başlamış durumda... Kabul edelim ki bilim adamlarının işi gerçekten zor ve daha da zorlaşacak..

Ama hukuksal, etik yönleri de olan bir başka önemli ve ihmal edilmemesi gereken – sanırım asıl- konu patenttir. Görülen o ki bağışıklama ister aşıyla ya da isterse bulaş sonrasında doğal yoldan gelişen antikorlarla ortaya çıksın görünür gelecekte pek de pratik, güvenilir değil. Klasik olarak pandemininsönümlenmesi neredeyse herkesin enfeksiyonu geçirmesine bağlıdır. O halde elde var olanlar ya da yeni geliştirilecekler olsun ilaç çok daha önemli hale gelmektedir.

Bu durumda “ilaca ulaşım/tedavia hakkı” ayrıca ele alınmalıdır. Bu hak COVID-19 özelinde kişisel sağlık hakkının ötesine geçmekte bir halk sağlığı konusu olmaktadır. Çünkü potansiyel hasta sayısı –farklı klinik düzeyler olsa bile- miyarlardır. Bu hastaların sosyoekonomik düzeyleri, sosyal güvenceleri bambaşka olacaktır. Ama tartışmada ortak payda patent olmalıdır.

İlacın sahibi yasal olarak keşfeden firmadır. Ülkeye göre süresi değişmekle birlikte bu keşfin karşılığı olarak harcamalarının karşılığını alması için bir patent koruması uygulanır. Bu süre içinde patenti elinde bulunduran firmanın onayı olmadan kimse eşdeğerini üretip pazarlayamaz. O dönem söz konusu ilacın fiyatını da “tek tabanca” olması yönüyle üretici firma belirler. Patent koruması altındaki ilaç pahalı satılır. Fiyatı ancak eşdeğerleri üretildikten sonra düşer. Benzer bir durum AIDS ilaçları için yaşanmış, aylık tedavi maliyeti binlerce ABD doları tutan ilaçlar için yoksul ülkelerde (başta Afrika) kullanılmak için eşdeğerlerinin üretilmesi için DSÖ patent korumasına karşın girişimlerde bulunmuş, maliyeti 100 dolar civarına indirmeyi hedeflemiştir. İstenen sonucun tam olarak alınamadığını söylemek gerekir. Aynı çabanın COVID-19 ilaçları için de çok daha güçlü biçimde gösterilmesi bu ciddi halk sağlığı sorununun çözümünde zorunlu gibi görünmektedir.

Sonuç olarak, COVID-19 tedavisi için bir yandan ilaç geliştirilmesi amacıyla tıbbi, bilimsel, nesnel çalışmalar yapılırken bir yandan da konuyla ilgili siyasal, sosyal, hukuksal ve etik çalışmalar kesintisiz biçimde sürdürülmelidir.

Kaynaklar

- AlaricDearment. [https://medcitynews.com/2020/04/report-trump-sets-sights-on-another-unproven-covid-19-drug-this-time-from-fujifilm/\(01 Nisan 2020\)](https://medcitynews.com/2020/04/report-trump-sets-sights-on-another-unproven-covid-19-drug-this-time-from-fujifilm/(01 Nisan 2020))
- BBC News Türkçe A. WHO Türkiye'nin de koronavirüs tedavisinde kullandığı ilacın denemelerini durdurdu. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52809865> (26 Mayıs 2020)
- BBC News Türkçe B. Remdesivir: ABD, ilacın küresel stokunun tamamını satın aldı, dünya genelinde kimseye ilaç kalmadı
- <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-53246177> (01 Mayıs 2020)



- Erkin A. 3 ayda 12 milyar dolar kazanan şirket kimin? Sözcü (25.04.2020)
- Grein J, Ohmagari N, Shin D, Diaz G, Asperges E et al. Compassionate use of remdesivir for patients with severe COVID-19. New England Journal of Medicine 2020.
- Hoffmann C. Treatment. In: Kamps BS, Hoffmann C, eds. Covid Reference, Edition 2020-3. Stein-Hauser Verlag; Amedeo, Germany; 2020. www.covidreference.com
- HSGnMd (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü), 2020. COVID-19 (SARS-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberi (Bilim Kurulu Çalışması) 14. Nisan. 2020.
- https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf
- Şimşek YS, Ünal S. Antiviral treatment of COVID-19. Turk J Med Sci 2020;50 (SI-1):611-9.
- T24 Haber Sitesi, 2020A. Avrupa Birliği, Koronavirüs tedavisinde Remdesivir kullanılmasına yeşil ışık yaktı. <https://t24.com.tr> (03 Temmuz 2020)
- T24 Haber Sitesi, 2020B. Fransa: Koronavirüs tedavisinde hidrosiklorokin kullanımına karşıyız. <https://t24.com.tr> (26 Mayıs 2020)
- T24 Haber Sitesi, 2020C. Koronavirüs'e karşı etkili ilacın fiyatı belirlendi: Asgari ücretlinin 9 aylık maaşı... <https://t24.com.tr> (29 Haziran 2020)
- Thomas Katie.F.D.A. Revokes Emergency Approval of Malaria Drugs Promoted by Trump. New York Times (15 Haziran 2020)
- WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected (Interim guidance 13 March 2020).
- [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- Yeniçağ Gazetesi. ABD derin devletinin şirketine milyarlarca dolar kazandırmıştı: O ilaca onay çıktı. (02.05.2020)
- Yeni Mesaj Gazetesi. Trump'tan bencil hamle (02 Temmuz 2020)

12. BÖLÜM: AŞI ÇALIŞMALARI

COVID-19 Pandemisi Sürecinde Aşı Çalışmalarının Politik Arka Planı

Özünde eşitlik ve dayanışma olan bir “halkların aşısı” tüm insanlığı koruyabilir ve toplumlarımızı yeniden işler hale getirebilir.¹

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

TİHV Akademi, TTB Etik Kurulu
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Bu makale 2020 yılının ilk altı ayı içinde merkez kapitalist ülkelerin COVID-19 pandemisine yanıt vermek üzere nasıl organize olduklarını, hangi uluslararası mekanizmaları oluşturduklarını, hangi kuruluşlarla ittifaklar yaptıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. İlk bölümde Avrupa Birliği'nin COVID-19'a Küresel Yanıt programının kimlerle işbirliği yaparak nasıl yapılandırıldığı irdelenmektedir. İkinci bölümde tanı testleri, ilaçlar ve olası aşılara erişimi belirleyen patent korumasının pandemi ile mücadele sürecine nasıl etki ettiği aşı çalışmaları üzerinden gözden geçirilmektedir. Üçüncü bölümde ise aşı örneği üzerinden “kamu malı” meselesi tartışılmaktadır.

Giriş

Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) 1995 yılında kurulduğunda Fikri Mülkiyet Haklarının Ticaretle İlgili Yönlerini düzenleyen TRIPS anlaşması da yürürlüğe girer. Bu anlaşmaya taraf olan devletler hangi ürün söz konusu olursa olsun, patent korumasını da kabul etmiş olurlar. Sağlık alanında patent koruması; tıbbi teknoloji, tanı testleri, ilaçlar, aşılar gibi ürünlerin patentini elinde bulunan şirketlere tekel hakları tanımaktadır. Patent koruması sağlık hizmetlerine erişimin önünde çok ciddi bir engel oluşturmaktadır. Bunun en çarpıcı örneğini AIDS pandemisi sırasında antiretroviral ilaçlara erişim konusunda yaşanan zorluklar oluşturmaktadır.

COVID-19 pandemisinde tanı testleri, ilaçlar ve aşı geliştirme çalışmaları üzerinden sağlık alanında gerçekleşen hegemonya savaşlarını tüm çiplaklığıyla ortaya koymaktadır. Bu ma-

¹139 siyasetçinin çağrı metninden alıntıdır.

kale 2020 yılının ilk altı ayı içinde merkez kapitalist ülkelerin COVID-19 pandemisine yanıt vermek üzere nasıl organize olduklarını, hangi uluslararası mekanizmaları oluşturduklarını, hangi kuruluşlarla ittifaklar yaptıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır. İlk bölümde Avrupa Birliği'nin (AB) COVID-19'a Küresel Yanıt programının kimlerle işbirliği yaparak nasıl yapılandırıldığı irdelenmektedir. İkinci bölümde bu dönemde tanı testleri, ilaçlar ve olası aşılara erişimi belirleyen patent korumasının pandemi ile mücadele sürecine nasıl etki ettiği aşı çalışmaları üzerinden gözden geçirilmektedir. Üçüncü bölümde ise aşı örneği üzerinden "kamu malı" meselesi tartışılmaktadır.

1. Küresel Yanıt

26 Mart'ta G 20 pandemiye hazırlık ve yanıt için küresel bir girişim oluşturmaya karar vermiştir. AB ise 24 Nisan'da Küresel Yanıt adını verdikleri bir program çerçevesinde bir fon toplanması için çağrıda bulunur. Başlangıç finansmanı olarak 7,5 Milyar Euro toplanması ve toplanan fonun tanı, tedavi ve aşı için kullanılmasının hedeflendiği belirtilmektedir.

Aynı tarihte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Bill ve Melinda Gates Vakfı, Epidemik Hazırlık Girişimleri Koalisyonu, GAVI (Aşı Koalisyonu), Dünya Bankası, Global Fund (AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu, UNITAID (düşük ve orta gelirli ülkelerde tüberküloz, sıtma ve HIV / AIDS gibi hastalıkları önlemek, teşhis ve tedavi etmek için çalışan küresel bir sağlık girişimi), theWellcomeTrust (insan ve hayvan sağlığını iyileştirmek için araştırmalara fon sağlayan bir kuruluş) COVID-19 için gerekli teknolojilere küresel erişim amacıyla bir grup oluşturduklarını açıklarlar (**Avrupa Birliği web sayfası-1, 2020**).

Koronavirüs'e küresel yanıt programının iki temel amacı ifade edilir:

1. Tanı, tedavi ve aşı geliştirilmesi ve dağıtımı için kamu, özel ve yardımsever sektörlerden finans sağlamak.
2. İlaç ve aşıya erişimde "kimseyi arkada bırakmayacak" bir politik kararlılığı güvence altına almak (**Avrupa Birliği web sayfası-2 (2020)**).

Birinci amaçta işaret edilen tanı, tedavi ve aşılar için sorumlu yapılar belirlenmiştir. Aşılar için ortaklığın çağırıcısı Salgın Hazırlık ve Yenilikler Koalisyonu (CEPI) olarak saptanmış, GAVI ile birlikte Aşı İttifakı da aşı dağıtımından sorumlu tutulmuştur.

Aşı geliştirme genellikle on yıl sürer, Komisyon bunu güvenlik, kalite ve etkinlikten ödün vermeden 12-18 ayda gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Pandemi koşullarında aşı çalışmalarının üç koşulu vardır: hız, ölçeğe uygun üretim-dağıtım ve küresel erişim.

Ancak bazı zorluklar vardır: üretim kapasitesinin geliştirilmesi için geniş çaplı yatırım yapılması ve klinik araştırmalar sona erdiğinde üretime geçebilmek için büyük miktarlarda ham madde sağlanması (**Avrupa Birliği web sayfası-3 (2020)**).

Avrupa Parlamentosu, Avrupa Konseyi, Avrupa Yatırım Bankası, Avrupa Birliği Bakanlar Konseyi'ne yönelik olarak yapılan bilgilendirmede de aşı geliştirmenin genellikle on yıldan fazla bir zaman aldığı belirtilerek AB'nin stratejisinin hedefleri şöyle sıralanmıştır:

- Kalite, güvenlik ve etkinliğin sağlanması.
- Üye ülkelerin aşıya erişimlerinin zamanında gerçekleşmesi.

AB içinde eşitlikçi erişimin sağlanması (**Avrupa Birliği web sayfası-4 (2020)**).

Şubat ayında Dünya Bankası ve epidemik aşılarda finanse eden CEPI bu amaçlara yönelik olarak küresel bir konsültasyon yaparlar(**Yamey, G., Schäferhoff M, ve ark. 2020**).

CEPI önümüzdeki 12-18 aylık dönemde üç aşının geliştirilmesi için 2 milyar dolar yatırım gerektiğini öngörmektedir. Bu öngörünün içinde sekiz aşı adayının faz 1 klinik araştırmaları, altı aşı adayının faz 2 ve 3-4 araştırmaları, en az üç aşının düzenleyici ve kalite gerekliliklerinin gerçekleştirilmesi, üç aşı için küresel üretim kapasitesinin genişletilmesi bulunmaktadır. Gelişmeler çok hızlı ilerlemektedir. Bir aşı adayının Faz 1 çalışması ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü ve CEPI tarafından desteklenmektedir ve 16 Mart'ta başlamıştır. İki gün sonra da Çin'de bir klinik araştırma başlamıştır(**Yamey, G., Schäferhoff M, ve ark. 2020**).

CEPI kamu, özel ve hayırsever fonları bir araya getiren ve Dünya Bankası tarafından desteklenen bir ara fondur. CEPI bu kaynaklarla aşı geliştirmede aşı lisans alıncaya ya da acil olarak kullanılıncaya dek küresel bir mekanizma olarak rol oynayacaktır.

Bağışıklama için Uluslararası Finans Tesisi (IFFIm) GAVI'yi desteklemek için kurulmuştur ancak CEPI'nin COVID-19 aşı çalışmalarını finanse etmek için de kullanılabilir(**Yamey, G., Schäferhoff M, ve ark. 2020**).

G7 ülkeleri 16 Mart'ta COVID-19 aşı ve tedavisi için yapılacak araştırma projelerine destek vermeyi taahhüt etmiştir. Avrupa Komisyonu kendi bütçesinden 1 milyar Euro taahhüt etmekte ayrıca Avrupa Yatırım Bankası tarafından bu kapsamda verilen borçların 400 milyon Euro'luk bölümünü de garanti etmektedir. Paranın yeniden önceliklendirilen fonlardan geldiği belirtilmektedir. Bu kapsamda Horizon 2020 (1 milyar Euro), RescEU (80 milyon Euro), Acil Destek Aracı (Emergency Support Instrument- 150 milyon Euro) yeniden önceliklendirilen fonlara örnek olarak verilebilir. 100 milyon Euro'nun CEPI'ye, 158 milyon Euro'nun da DSÖ'ye bağış yapıldığı belirtilmektedir. 4 Mayıs Bağış/Taahhüt Kampanyası önceden de belirtildiği üzere 7,5 milyar Euro toplanmasını hedeflemektedir.

4 Mayıs'ta Avrupa Komisyonu başkanının ev sahipliği yaptığı 7,5 milyar Euro'luk taahhütname konferansına devlet başkanları, ulusal hükümetlerin ve kraliyet ailelerinin temsilcileri, BM ve DSÖ başkanları, CEPI, GAVI, FIND (yaratıcı yeni tanı araçları vakfı), UNITAID, Dünya Bankası, Avrupa Yatırım Bankası, yardımsever vakıflar, Dünya Ekonomik Forumu ve ilaç endüstrisi birlikleri katılmıştır. Katılmayanlar arasında not edilmesi gerekenler de vardır; ABD hükümeti, sivil toplum örgütleri (**MedicineLawandPolicy web sayfası-1 (2020)**). Konferansın sonunda hedeflenen meblağ toplanır.

Toplantıda Fransa devlet başkanı Macron aşının kimseye ait olmadığını ifade eder. Almanya Şansölyesi Merkel de bu sözleri tekrar ederek aşının bedelinin karşılanabilir olacağı sözünü verir. Hoen'in yorumuna göre evrensel erişimin sağlanabilmesi ve aşının tüm insanlığın kullanımına açılabilmesi için fikri mülkiyet hakları meselesinin nasıl çözümleneceğine ilişkin net sözler söyleyebilen kişi sayısı çok az olmuştur(**MedicineLawandPolicy web sayfası-1 (2020)**).

Kar Amacıyla Olmayan İlaç Gelişimi Grubunun direktörü Bernard Pecoul beş adımlık bir plan önerir, ama kendisi konferansın konuşmacılarından değildir. Önerileri şöyledir:

1. Finansman kararlarını kapalı kapılar ardında vermeyin.
2. Araştırmalardan elde edilen bilgileri ve verileri açık olarak paylaşın.
3. Sağlıkla ilgili araçları fikri mülkiyet haklarından bağımsız hale getirin.

4. Yeterli üretim, eşitlikçi dağıtım ve karşılanabilir fiyatlandırma için adımlar atın.
5. Ar-Ge finansmanını tümüyle şeffaflaştırın.

5 Mayıs tarihinde TheGuardian gazetesi; fon desteği alan ilaç şirketlerinin yeni aşı ve ilaçlar açısından fikri mülkiyet haklarından vazgeçmelerinin gerekmediğinin, ancak bu ürünlerin dünya çapında karşılanabilir bedellere satılacağına AB yetkilileri tarafından belirtildiğini yazar (**MedicineLawandPolicy web sayfası-1 (2020)**).

Birleşik Krallık,7,5 milyar Dolar hedefine 2021-2025 yılları arasında 1.64 milyar sterlin katkı sunacağını vaat eder. ABD ise üç yıllık dönemde 1,2 milyar Dolar vaat eder. Bu paranın 1,5 milyar Pound'luk kısmı GAVI'yesöz verilmiştir (**MedicineLawandPolicy web sayfası-2**).

Bu aradaAB aşı üreticileriyle peşin satın alma anlaşmaları yapmaktadır. Mayıs sonuna gelindiğinde Komisyonun başlattığı kampanyada 9,8 milyar Euro toplanmıştır. Bunun 1,4 milyar Euro'luk kısmı Koronavirüs aşı, tedavi ve test çalışmaları için Horizon 2020 programına katkı olarak aktarılır (**Avrupa Birliği web sayfası-4, 2020**).

Toplanan fonlar CEPI, Aşı İttifakı ve GAVI gibi kuruluşların desteklenmesine hizmet etmektedir.

AB aşı üreticilerini desteklemektedir. Avrupa Yatırım Bankası'na Horizon 2020 InnovFin, Avrupa Stratejik Yatırımlar Fonu ve InvestEU aracılığıyla verdiği garantilerle, Bankanın aşı geliştirme çalışmaları için cazip koşullarda kredi vermesini sağlamaktadır. Bunlardan Bulaşıcı Hastalıklar Finans Tesisi (Horizon 2020 InnovFin) Komisyon tarafından % 100 garanti edilmiş bir borç mekanizmasıdır ve klinik çalışmalardan, üretime kadar her tür çalışmayı desteklemektedir. Komisyon bu çalışmalar için 400 milyon Euro ek bütçe sağlamıştır (**Avrupa Birliği web sayfası-4, 2020**).

Öte yandan öncü aşı adayları klinik araştırma evresine girmiştir. AB'nin mRNA teknolojisi konusunda lider konumdakibiyoteknoloji şirketi olan BioNTech SE üretim kapasitesini geliştirmek ve arttırmak için bu fonlardan yararlanmaktadır. 11 Haziran'da BioNTech SE Avrupa Yatırım Bankası ile 100 milyon Euro'luk bir finans garantisi olan anlaşma imzalamıştır (**Avrupa Birliği web sayfası-4, 2020**).Diğer bir Alman firması olan CureVac'a ise 75 milyon Euro finans sağlanmıştır.

AB altı aşı üreticisi ile anlaşma yapmak için 2 milyar Euro'luk bir acil fon ayırmıştır. Brüksel şirketlere olası aşularla ilgili yeni bir plan önermektedir. Komisyon AB fonlarını henüz aşı tamamlanmadan ve kullanım onayı alınmadan satın almayı taahhüt etmek için kullanmaktadır. Komisyon bunun riskli olduğunu bilmekle birlikte "zarları atmaya" hazır olduklarını söylemektedir (**Politico web sayfası, 2020**).Desteklenen aday aşuların hiç birinin başarılı olmaması riskine rağmen, aşuya erken erişim olasılığının çok kıymetli olduğu ifade edilmiştir. Korunacak yaşamlar ve kaçınılacak ekonomik hasar açısından riski almaya değer olduğu belirtilmiştir. (**Politico web sayfası, 2020**).

14 Mayıs'ta dev ilaç şirketi Sanofi COVID-19 aşı üretiminin ilk partisini ABD'ye göndereceklerini açıklar. Şirket ABD'nin risk alıp yatırım yaparak en büyük ön alım anlaşmasını yaptığını belirtir. Fransa Yüksek Öğretim Bakanı bunu anlaşılmaz ve utanç verici bulduklarını açıklar ve başarılı bir aşının "kamu malı" olması gerektiğini belirtir (**Euractive web sayfası-1, 2020**). Oysa Fransa da AstraZeneca ilaç şirketi ile Oxford Üniversitesi'nin birlikte yürüttükleri COVID-19 için aşı üretimi çalışmalarını yakından izlemektedir ve Almanya, İtalya ve Hollanda ile birlikte şirketten 400 milyon olası aşı dozunu satın almış bulunmaktadırlar. AstraZenecaMayıs ayında ABD ile de benzer bir anlaşma imzalamıştır

(Reuters web sayfası, 2020).

AB benzer bir anlaşmayı Johnson & Johnson ile imzalamanın hazırlığı içindedir. Bu telaşın arkasında AB'nin 450 milyon nüfusunun aşı gereksinimini güvence altına almanın yattığı ifade edilmektedir(**Reuters web sayfası, 2020**). Hollanda ayrıca AstraZeneca ile anlaşma imzalayan dört ülke adına bu görüşmelere katılmıştır. Geliştirilmekte olan aşılardan satın alınması aşılardan etkin olmama riskini de içinde barındırmaktadır. Ancak AB yöneticileri AB nüfusu için yeterli doz aşığı garanti altına almak için bu riski göze aldıklarını belirtmektedir (**Reuters web sayfası, 2020**). Beyaz Saray'ında halen COVID-19 aşığı adaylarına kapsamlı erişimi sağlamış görüldüğü ifade edilmektedir(**Bollyky, TJ, Gostin, LO, Hamburg, MA 2020**).

AB Komisyonu hız ve güvenliğe önem vermektedir. Geçici bir izinle çevresel etkisi değerlendirilmemiş genetiği değiştirilmiş organizmaların aşığı üretiminde kullanılmasına da izin verilmiştir(**Politico web sayfası, 2020**).

Avrupa İlaç Ajansı da olası bir koronavirüs aşısının pazarlanmasında güvenlik ve hızın güvence altına alınması konusunda çalışmalar yapmaktadır.

Avrupa Komisyonu COVID-19 ile mücadele için gerekli araçların geliştirilmesi ve kullanımını için küresel çabaları hızlandırmak amacıyla, bir işbirliği mekanizması olarak COVID-19 Araçlarına Erişimi Hızlandırma (ACT-Accelerator) çerçevesini oluşturmuştur. Bu yapının içinde CEPI geliştirme ve üretimi, GAVI aşığı sağlanması ve dağıtımını, DSÖ ise politikaların belirlenmesi işlevlerini üstlenmişlerdir.

GAVI aynı zamanda Bill Melinda Gates Vakfı, UNICEF, DSÖ ve DB ile yakın işbirliği içinde çalışmaktadır. GAVI partnerleriyle birlikte küresel aşığı erişim tesisini (COVAX) oluşturmuştur. Bu yapının amacı COVID-19 aşısına erişimi garanti etmek için kaynakları ve talepleri bir havuzda toplamak olarak belirtilmektedir. Tüm ülkelere bu küresel yapının içinde yer almaları çağrısı yapılmaktadır. Bu sayede üreticiler üretecekleri miktar ve pazarda talep garantisine sahip olacaklardır.

ACT'ın aktif katılımcısı olmanın ülkelere getirdiği yükümlülükler vardır. Ülkeler en öncelikli nüfus grupları için aşığı satın almayı taahhüt edeceklerdir. Zengin ve orta gelirli ülkeler katkıları oranında üretilen aşığıdan paylarını alacaklardır, katkının zamanlaması da fark yaratacaktır. Yoksul ülkelerin ACT'e katılımı için finans desteği sağlanacak ve üretilen aşığıdan ne kadar pay alacakları DSÖ tarafından belirlenecek küresel aşığı dağıtım planı çerçevesinde gerçekleşecektir.

2. Aşığı ve Patent

Aşığı ve ilaç geliştirme çalışmaları son hız sürerken bu yeni ürünlere kimlerin erişeceği sorusu önemlidir. COVID-19 ile ilgili korunma ve tedavi ürünleri kamusal mal olması gerektiği ifade edilse de, bu ifadenin dile getirilmesi gerçekleştirileceği anlamına gelmemektedir: Önceki pandemilerin deneyimleri herkesin erişim şansının eşit olmadığı yönündedir. 2009 yılında İnfluenza A (H1N1) pandemisi sırasında zengin ülkeler fiilen tüm aşığı satın almıştır. (**Bollyky, TJ, Gostin, LO, Hamburg, MA 2020**). Bu durum toplumların en dezavantajlı kesimleri dışarıda kalacaktır. Şirketlerin davranış örüntüsü pandemiden kar elde etmenin yollarını arayacaklarını düşündürmektedir(**MedicineLawandPolicy web sayfası-3, 2020**).

17 Mart'ta Şili Parlamentosu koronavirüs pandemisinin aşığı, ilaç, tanı testlerine ve süreyans, korunma, tanı ve tedavi için gerekli teknolojilere erişimi kolaylaştırmak için zorunlu

lisans kullanımını meşru ve olanaklı kılması gerektiğini açıklar (**Medicine Lawand Policy web sayfası-2, 2020**).Zorunlu lisans patentin tekeli etkisini askıya almakta ve patent sahibinden başkalarının da söz konusu ürünü üretmesini ve sağlmasını olanaklı kılmaktadır (**Medicine Lawand Policy web sayfası-2, 2020**).

20 Mart'ta Ekvator Ulusal Meclisinin Eğitim, Kültür, Bilim ve Teknoloji Komisyonu bir karar yayınladı ve Sağlık Bakanına Koronavirüs teknolojilerinin patentleri için zorunlu lisans açıklaması yapması için çağrıda bulunur (**Medicine Lawand Policy web sayfası-2, 2020**).Aynı gün AbbVie firması lopinavir/ritonavir (piyasa adı: Kaletra) ile ilgili tüketicileri COVID-19 pandemisi nedeniyle kaldırdığını İlaç Patent Havuzuna bildirir. Böylece aynı zamanda HIV tedavisi ile ilgili de patent koruması kalkmış olur. Şirket bu konuda bir açıklama yapmaz ama muhtemelen daha fazla zorunlu lisans ile karşılaşmamak için patent haklarından vazgeçmiş olabileceği söylenmektedir (**Medicine Lawand Policy web sayfası-2, 2020**).

Ülkeler farklı önlemler geliştirmektedir. Bazıları patent kanununu askıya alan zorunlu lisans uygulamasına dönerler. Böylece patenti elinde bulunduranların dışındakiler de ürünü üretebilme ve sağlama şansı elde edebileceklerdir. İsrail yakın zamanda HIV tedavisinde kullanılan lopinavir/ritonavir ilaçları için zorunlu lisans yayınladı. Bu İsrail'in ilk zorunlu lisans açıklaması değildir, 1970'ten 1995 yılına dek yedi ürünün yerel üretimi için zorunlu lisans uygulamıştır.Kanada ve Almanya zorunlu lisans uygulamasını hızlandırmak için patent yasalarını değiştirirler (**Medicine Lawand Policy web sayfası-3, 2020**).Hollanda'da milletvekilleri hükümetlerinin benzer bir uygulama yapması için talepte bulunurlar. Brezilya parlamentosu etkin otomatik zorunlu lisans uygulaması için bir yasa değişikliği üzerinde çalışmaktadır. 2003 yılında DTÖ'nün zorunlu lisans uygulamasının dışında duran zengin ülkeler şimdi uygulamaya katılmaya başlamışlardır(**Medicine Lawand Policy web sayfası-3, 2020**).

Kosta Rika DSÖ'ye COVID-19 için bir havuz mekanizması geliştirilmesini önerir. COVID-19 havuzu pandemiye yanıt verebilmek için gerekli bilginin varlığının öngörülebilir olmasını sağlayacaktır. DSÖ başkanı çağrıyı olumlu karşılar ve tüm ülkelere, şirketlere, araştırma enstitülerine açık veri, açık bilim, açık işbirliği çağrısı yapar. Çok taraflı bir donör olan UNITAID planı benimser ve fon sağlamayı teklif eder(**Medicine Lawand Policy web sayfası-3, 2020**).

İlaç Patent Havuzu zorunlu lisans, TRIPS'in esnetilmesi gibi unsurlar hayata geçirilmedikçe işlerlik kazanmamaktadır. Kosta Rika'nın 23 Mart'ta DSÖ'den gönüllü patent havuzu oluşturulması talebinin başarısı patent sahiplerinin bu havuza katılma isteklerine bağlıdır (**South Centre web sayfası (2020)**). Kosta Rika'nın önerisi birkaç gün içinde Knowledge Ecology International (KEI), Health GAP (Global Access Project) ve Oxfam Amerika gibi birçok sivil toplum örgütünden olumlu karşılık bulur. Hatta gönüllü patent havuzunun HIV, Tüberküloz ve Hepatit C için de genişletilmesi gerektiğini belirtirler (**South Centre web sayfası (2020)**).

UNITAID'in başkanı olan Marisol Touraine dünya liderlerine evrensel erişim için harekete geçmek gerektiğini, İlaç Patent Havuzunun HIV/AIDS tedavisi için gereken antiretroviral ilaçlara düşük maliyetle erişimi sağladığını anımsatır. Kosta Rika'nın önerdiği ve DSÖ'nün de desteklediği küresel gönüllü havuz mekanizmasının kurulması konusunda liderlere çağrı yapar (**Medicine Lawand Policy web sayfası-4, 2020**).

İlaç Patent Havuzu bu tür bir mekanizmanın içinde yer alma konusunda gönüllü olduğu-

nu açıklar. Bir grup bilim insanı ve araştırmacı da “Covidüzerindeki rehinikaldırın” adını verdikleri ve fikri mülkiyet haklarından kaynaklanan engelleri aşmaya ve pandemiye etkin bir yanıt üretmeye yönelik bir formül geliştirirler. COVID-19 Ar-Ge çalışmalarının büyük kısmının hükümetler tarafından yapıldığını, o nedenle de potansiyel ürünlerin pazarda düşük fiyata satılabileceğini iddia ederler (**Medicine Law and Policy web sayfası-3,2020**).

3. Kamu Malı Meselesi

İlaç, aşı, tıbbi gereçlerin üretimlerinin tarihi, temel yatırımların kamu kurumlarında gerçekleşmesinin ve ürün ortaya çıktığında haklarının özel sektöre satılmasının ve patent korumasıyla yoksullar için erişilmesi güç hatta olanaksız hale gelmesinin tarihidir. Bir kamu malı olması gereken bu ürünler sermaye tarafından gasp edilmektedir.

Moderna; Ulusal Sağlık Enstitüsü ile birlikte aşı geliştiren bir biyoteknoloji şirkettir. Şirket web sitesinde “geniş ve derin patent devleti” olmakla övünmektedir. Şirket küresel olarak yüzden fazla patent tekelinin imtiyazına sahiptir. Üreteceği aşı güvenli ve etkili çıkarsa Moderna'nın tekel konumu aşıya fahiş bir fiyat vermesine olanak sağlayacaktır (**The Nation web sayfası, 2020**). Tek başına Ulusal Sağlık Enstitüsü sağlık araştırmalarına yılda 41 milyar Dolar harcamaktadır. Amerikan Kongresi milyarlarca Dolar daha aktarma konusunda karardır. Bu yatırımdan karlı çıkan şirketlerin ise kamu yararına davranma konusunda hiçbir zorunlulukları yoktur (**The Nation web sayfası, 2020**).

Kore Ulusal Bilim ve Teknoloji Enstitüsü içinde 2016 yılında CEVI isimli bir araştırma grubu oluşturulmuştur. Bu grup sekiz kamu kaynaklarından finanse edilen araştırma grubunun bir araya gelmesinden oluşmaktadır. Bunların içinde Kore Kimyasal Teknoloji Enstitüsü ve Kore Temel Bilimler Enstitüsü de vardır (**Koreatimes web sayfası, 2020**). Kore Ulusal Bilim ve Teknoloji Enstitüsü 9 Haziran'da düzenlenen bir törenle COVID-19 ile ilgili özgün teknoloji, tedavi, aşı birikimini özel şirketlere devrettiğini açıklamıştır. Araştırma ekibi tarafından geliştirilen yeni aşı adayının mükemmel nötralizan antikor işlevi olduğu ifade edilmektedir. Nötralizan antikor fonksiyonu aşının etkinliğini işaret etmektedir. Araştırma grubu bu teknolojinin haklarını da HK inno. N. şirketine devretmiştir. Tedavi alanında, hayvan deneylerinde COVID-19'a karşı Remdesivir'den 50 kat daha fazla etkili olduğu belirtilen bir aday ilacın hakları da Lego ChemBioscience şirketine devredilmiştir (**Koreatimes web sayfası, 2020**).

Bu iki örnek ne tekindir ne de istisnai.

Çeşitli ülkelerin önceki dönemlerde yöneticiliğini yapmış siyasetçilerin, halen devlet başkanı, bakan olanların, Birleşmiş Milletlerin farklı örgütlerinde görev yapmış yöneticilerin de içinde olduğu 139 insan 14 Mayıs 2020'de bir çağrı yaparlar. Türkiye'den de Hikmet Çetin çağırıcılar arasında yer almaktadır. Çağrı dünya kamuoyuna şöyle seslenmektedir:

“Milyarlarca Dolarlık kamu tarafından desteklenen araştırmalarla pek çok aşı adayı geliştirilmekte ve bazıları da klinik araştırma aşamasına gelmiş durumda. Mesele aşı ve tedaviye erişimin küresel düzeyde kamu malı olarak kabul edilmeleri ve insanlık yararına kullanılmalarıdır. Tekellerin kaba rekabeti ve ulusalcılık kabul edilemez. COVID-19 aşı, tedavi ve testleri konusunda küresel bir anlaşma yapılması için DSÖ liderliğinde bir anlaşma yapılması için çağrıda bulunuyoruz” derler (**UNAIDS web sayfası, 2020**).

Çağrıda aynı zamanda COVID-19 ile ilgili bilgi, veri ve teknolojilerin bir havuzda toplanması ve tüm ülkeler tarafından özgürce erişilebilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. COVID-19 aşı, tanı testleri ve tedavilerine erişimin; gereksinim temelli ve herkes için her yerde

ücretsiz olması gerektiği belirtilmiştir. Bu ürünlere erişimde önceliği ön safta mücadele eden sağlık çalışanlarına, dezavantajlı kişilere ve yoksul ülkelere vermek gerektiği belirtilmiştir: **“Özünde eşitlik ve dayanışma olan bir “halkların aşısı” tüm insanlığı koruyabilir ve toplumlarımızı yeniden işler hale getirebilir. Böylesi cesur bir uluslararası anlaşma bekleyemez” (UNAIDS web sayfası, 2020).**

Son Sözler

Güney Afrika Devlet Başkanı Cyril Ramaphosa Afrika ülkelerinin kritik tıbbi donanım ve ürünlerin fiyatlarının yüksekliği nedeniyle temin konusunda sıkıntı yaşadığını belirtmiştir. DSÖ 16 haftalık süre için Afrika ülkelerine 10 milyon tani kiti sağlamıştır, bu ise Afrika’da ülke başına ayda ortalama 46 bin kit demektir! Daha sonra tüm kıta için ayda 30 milyon kitesağlanmaya başlanır **(Daily Maverick web sayfası 2020).** Tek başına bu örnek bile aşı üretildiğinde olacakların habercisi gibidir.

Gates Vakfı etkin bir aşının en yoksul insanlara uygulanmasının maliyetinin 25 milyar Dolar olacağını açıklamıştır. OXFAM geçtiğimiz yıl en büyük on ilaç şirketinin 89 milyar Dolar kâr ettiği bilgisinden yola çıkarak bir hesaplama yapar. İnsanlığın en yoksul yarısının, yani 3,7 milyar insanın Koronavirüse karşı aşılanmalarının maliyetinin on büyük ilaç şirketinin dört aylık kârına karşılık geldiği saptamasını yapar **(Euractive web sayfası-2, 2020).** Hükümetleri ve ilaç şirketlerini test, ilaç ve aşılarda patent kapsamı dışında olmasının ve tüm insanlara eşitlikçi bir yaklaşımla dağıtılmasının gerektiği konusunda uyarır. Aşı çalışmalarının arkasındaki devasa kamusal yatırımı düşününce bu çağrının hiç de dayanaksız olmadığı anlaşılacaktır.

Halkların aşısını üretmek, eşitlikçi bir bakış açısıyla gereksinimi olanlara uygulamak mümkündür. O zaman hastalanan insanlarla sürü bağıışıklığı elde etmeyi hedefleyenlere karşı aşıyla korumayı başardığımız insanların toplum bağıışıklığından söz edebiliriz.

Kaynaklar

- Avrupa Birliği web sayfası-1 (2020) erişim tarihi: 20.06.2020 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_710
- Coronavirus Global Response: EU launches pledging effort
- Avrupa Birliği web sayfası-2 (2020) erişim tarihi: 20.06.2020 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_731 Questions and Answers: The Coronavirus Global Response
- Avrupa Birliği web sayfası-3 (2020) erişim tarihi: 20.06.2020 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/public-health/coronavirus-vaccines-strategy_en Coronavirus vaccines strategy
- Avrupa Birliği web sayfası-4 (2020) erişim tarihi: 20.06.2020 https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication-eu-strategy-vaccines-covid19_en.pdf Communication From The Commission To The European Parliament, The European Council, The Council And The European Investment Bank
- Bollyky, TJ, Gostin, LO, Hamburg, MA 2020 The Equitable Distribution of COVID-19 Therapeutics and Vaccines *JAMA*, 323(24):2462-2463
- Daily Maverick web sayfası (2020) erişim tarihi: 29.06.2020 <https://www.dailymaverick.co.za/article/2020-06-19-ramaphosa-launches-platform-for-covid-19-supplies-in-africa/#gsc.tab=0> Fabricius P, Ramaphosa launches platform for COVID-19 supplies in Africa
- Euractive web sayfası-1 (2020) erişim tarihi: 26.06.2020 <https://www.euractiv.com/section/global-europe/news/french-fury-after-sanofi-says-us-to-get-virus-vaccine-first/> French fury after Sanofi

says US to get virus vaccine first

- Euractive web sayfası-2 (2020) erişimtarihi: 26.06.2020 <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/oxfam-covid-19-vaccinations-for-vulnerable-could-cost-fraction-of-top-pharmas-yearly-profits/> Foote N, Oxfam: COVID-19 vaccinations for vulnerable could cost fraction of top pharma's yearly profits
- Koreatimes web sayfası (2020) erişimtarihi: 25.06.2020 <http://www.koreaitimes.com/news/articleView.html?idxno=98118> Jun-ho J, Gov't transfers COVID-19 treatment technology to private companies
- MedicineLawandPolicy web sitesi-1 (2020) erişim tarihi: 21.06.2020 <https://medicineslawandpolicy.org/2020/03/the-expanding-reach-of-the-european-patent-office-good-for-health/> Ellen 't Hoen The Expanding Reach of the European Patent Office. Good for Health?
- MedicineLawandPolicy web sitesi-2 (2020) erişim tarihi: 21.06.2020 <https://medicineslawandpolicy.org/2020/03/covid-19-and-the-come-back-of-compulsory-licensing/> Ellen 't Hoen COVID-19 and the comeback of compulsory licensing
- MedicineLawandPolicy web sitesi-3 (2020) erişim tarihi: 21.06.2020 <https://medicineslawandpolicy.org/2020/04/covid-19-intellectual-property-pool-gaining-support/> Ellen 't Hoen, COVID-19 intellectual property pool gaining support
- MedicineLawandPolicy web sitesi-4 (2020) erişim tarihi: 21.06.2020 <https://medicineslawandpolicy.org/2020/03/the-expanding-reach-of-the-european-patent-office-good-for-health/> The Expanding Reach of the European Patent Office. Good for Health? Ellen 't Hoen
- Politico web sayfası (2020) erişimtarihi: 21.06.2020 <https://www.politico.eu/article/european-commission-casts-itself-as-worlds-vaccine-superhero/> Jillian Deutsch Communication From The Commission To The European Parliament, The European Council, The Council And The European Investment Bank EU Strategy for COVID-19 vaccines
- Reuters web sayfası (2020) erişimtarihi: 22.06.2020 <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-eu-vaccine-exclusi/exclusive-eu-in-advanced-talks-with-johnson-johnson-on-covid-19-vaccine-deal-sources-idUSKBN23P1PU> Pollina, E, Guarascio, F; Exclusive: EU in advanced-talks with Johnson & Johnson on COVID-19 vaccine deal – sources
- South Centre web sayfası (2020), erişimtarihi: 23.06.2020 <https://www.southcentre.int/southviews-no-200-16-june-2020/> Chaudhuri, S; Making COVID-19 Medical Products Affordable: Voluntary Patent Pool and TRIPS Flexibilities
- The Nation web sayfası (2020) erişimtarihi: 24.06.2020 <https://www.thenation.com/article/society/the-covid-19-vaccine-should-belong-to-the-people/> Barkan A, Rizvi Z; The COVID-19 Vaccine Should Belong to the People The US government has the authority under existing law to break patent monopolies
- UNAIDS web sayfası (2020) erişimtarihi: 24.06.2020 https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200514_covid19-vaccine-open-letter Uniting Behind A People's Vaccine Against COVID-19
- Yamey, G., Schäferhoff M, Hatchett R, Pate M, Zhao F, McDade K K, 2020 Ensuring global access to COVID-19 vaccines, Lancet; 395(10234):1405-1406.

COVID-19 Pandemisinin Başışıklama Hizmetleri Üzerindeki Etkisi

Prof. Dr. Zeliha Uğur Öcek

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

TİHV Akademi, TTB Etik Kurulu

TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

COVID-19 pandemisinin rutin başışıklama hizmetlerini kesintiye uğratması, aşı ile korunabilir hastalıklar açısından hassas grupların artması ve bu hastalıklara bağlı salgınlar yaşanması uluslararası alanda sık dile getirilen bir kaygıdır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde yapılmış olan ilk araştırmalar bu kaygıların yersiz olmadığına, aşı sayılarında bir azalma geręekleřtięine işaret etmektedir. Pandeminin ülkemizdeki başışıklama hizmetlerini ne düzeyde ve ne şekilde etkilemiş olabileceğine dair ipuçlarını saptamak amacıyla bir ön çalışma yapılmış, dokuz aile hekimi ve iki İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) hekimi ile görüşülmüştür. Katılımcıların ifadeleri aile hekimliği modelinde toplumun sosyoekonomik açıdan en alt kesiminde yer alanların görmezden gelindiğini, pandemi ile birlikte mevsimlik tarım işçileri, yurt dışı kaynaklı göçmenler, bakım evlerinde kalan çocuklar başta olmak üzere dezavantajlı grupların aşı ile korunabilir bulaşıcı hastalıklara karşı daha da savunmasız hale geldiğini ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı'nın ASM'lere pandemi döneminde yeterli rehberliği ve desteği sağlayamadığı belirtilmiş, özellikle kendilerine bağlı nüfusla daha önce güçlü ve sürekli bir ilişki içinde olmayan aile hekimlerinin aşı çalışmalarının olumsuz yönde etkilendiği savunulmuştur. Pandemi döneminde yapılan ve talep edilen aşı sayılarını bir önceki yıl ile karşılaştıran, aile hekimlerinin erteledikleri ve performans itirazı yaptıkları aşıları değerlendiren çalışmalar yapılması, kırılgan gruplardan başlanarak saptanan açıkların en kısa zamanda kapatılması gerektiği açıklanmıştır.

COVID-19 Pandemisi ve Başışıklamanın Öneminin Hatırlanması

COVID-19 pandemisinin toplum sağlığı ve sağlık sistemleri üzerinde yarattığı tehdidin boyutlarının anlaşılmasından kısa süre sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF gibi örgütler ulusal başışıklama programlarına devam etmenin önemini hatırlatan açıklamalar yapmıştır (DSÖ Avrupa Bölgesi, 2020; DSÖ ve UNICEF 2020; Center for Disease Control, 2020). DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından yayınlanan "COVID-19 Salgını Sırasında Rutin Başışıklama Hizmetleri Rehberi", başışıklama hizmetlerinin kısa süre için bile kesintiye uğramasının duyarlı birey havuzunun birikmesine yol açabileceğine işaret etmiş, aşı ile önlenabilir hastalıklara bağlı salgınların yaşanması, mortalite ve morbidite sıklığının artması tehlikesine karşı kamuoyunu uyarmış, pandemi nedeniyle zaten ağır bir yük altında olan sağlık sistemlerinin bu tehlike geręekleřtięi takdirde uygun yanıt veremeyecekleri ile ilgili endişelerini paylaşmıştır.

Yöntemsel Yaklaşımları ve Sonuçları ile Pandeminin Başışıklama Hizmetleri Üzerindeki Etkilerini Değerlendiren İlk Araştırmalar

DSÖ ve UNICEF özellikle yoksul ülkeleri ve kırılgan sağlık sistemlerini hedefleyen uyarılar yapmış olsa da yapılan çalışmalar yüksek gelirli ülkelerin bağışıklama hizmetlerinin de pandemiden etkilendiğini ortaya koymuştur (**Times of Israel, 2020; Hart, 2020; de yapılan Bramer ve arkadaşları, 2020; Santoli ve arkadaşları, 2020; McDonald ve arkadaşları, 2020**).

Bramer ve arkadaşları (**2020**), ABD'nin Michigan eyaletinin resmi kayıtları aracılığı ile pandemi döneminde aşı kapsayıcılığının değişip değişmediğini değerlendirmiştir. Araştırmacılar 1, 3, 5, 7, 16, 19 ve 24 aylık kohortlar belirlemiş ve bunların 2016-2019 dönemi ile 2020 yılına ait aşı durumlarını incelemiş, ayrıca 18 yaş altı ve 24 aydan küçük grup için Ocak-Nisan 2020 dönemine ait uygulanan ve bildirilen aşı sayıları ile 2018 ve 2019'un aynı dönemlerine ait ortalama sayıları karşılaştırmıştır. Bu araştırmanın sonuçları, aşı kapsayıcılığının hastanede doğum sonrası uygulanan hepatit B aşısı hariç tüm yaş kohortlarında azaldığını, beş yaşındaki çocuklarda önerilen tüm aşılarla 2016-2019 arasında %70'lere yaklaşan kapsayıcılığın, Mayıs 2020'de %50'ye düştüğünü göstermiştir. Araştırmanın dikkat çeken bir diğer sonucu yoksul çocukların sosyal güvencesi olarak tanımlayabileceğimiz Medicaid'e üye olanlar arasındaki düşüşün diğer çocuklardan daha bariz olması, bir diğer ifade ile pandeminin dezavantajlı çocukların bağışıklama hizmetlerini daha fazla etkilemiş olmasıdır (**Bramer ve arkadaşları, 2020**).

ABD'de gerçekleştirilen bir diğer çalışmada pandeminin çocukluk dönemi bağışıklaması üzerindeki etkilerini değerlendirmek için ulusal düzeydeki iki veritabanı kullanılmıştır (**Santoli ve arkadaşları, 2020**). Araştırmacılar, bağışıklama hizmetlerini değerlendirmenin geleneksel ölçütünün aşı kapsayıcılığı olduğunu, fakat kısa süre içinde elde edilebilen ölçütler olduğu için değerlendirmelerinin hizmet sunan tarafların verdiği siparişlere ve uygulanan dozlara dayandığını açıklamıştır. Araştırmanın sonuçları 7 Ocak-21 Nisan 2019 arası dönem ile karşılaştırıldığında 6 Ocak-19 Nisan 2020 arası dönemde hem sipariş verilen hem de uygulanan aşı dozları açısından azalma olduğunu göstermiştir. Çalışmanın yazarları olan Santoli ve arkadaşları, bu azalmanın ABD'de çocukların ve toplumun aşı ile korunabilir hastalık salgınlarına açık olduğu anlamına geldiğini ve önlemler gevşedikçe aşısız çocukların kızamık gibi enfeksiyonlara çok daha duyarlı olacağını bildirmiştir.

Özetleyeceğimiz üçüncü çalışmada İngiltere'de birinci basamağa ait elektronik hasta kayıtları aracılığı ile rutin çocukluk dönemi bağışıklama programının bileşenlerinden olan altılı aşının (difteri, tetanoz, boğmaca, polyo, hemofilusinfluenza tip B ve hepatit B) ve kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK) aşısının ilk dozlarının sunumunda pandemi döneminde (2020'nin başından 26 nisana kadar olan 17 hafta) gerçekleşen değişim tanımlamıştır. McDonald ve arkadaşlarının bulgularına göre, KKK 2020 yılı şubat ayından itibaren azalmış ve fiziksel mesafe önlemlerinin uygulanmasından üç hafta kadar sonra 2019 yılının aynı dönemin (nisan ortası) %20'si kadar daha düşük bir düzeye gelmiştir. Bir önceki yıl ile karşılaştırıldığında 2020'de sunulan altılı aşıda genel bir azalma görülmüş, ama bunu fiziksel mesafe önlemlerine atfedebilecek bir kanıt saptanmamıştır. Üstelik fiziksel mesafe önlemlerinin devam etmesine rağmen, 16. ve 17. haftalarda her iki aşının da sayısında artış olmuştur (**McDonald ve arkadaşları, 2020**). McDonald ve arkadaşlarının yorumlarına göre, evde kalmayla ilgili mesajların özellikle ilk dönemlerde bağışıklama programının her zamanki gibi devam edeceği yönündeki açıklamaları baskılamış olması güçlü bir olasılıktır ve bundan ilk aşılarından ziyade KKK aşısı etkilenmiş olabilir. Araştırmanın bir diğer bulgusu COVID-19 enfeksiyonu insidansının düşük olduğu bölgelerde de KKK aşısının bir miktar azalmış olmasıdır. Araştırmacılar, bunun bağışıklama hizmetlerinin sadece enfeksiyon yüküne bağlı olarak değişmediğini gösterdiğini, daha kapsamlı değer-

lendirmelerin yapılması gerektiğini ve bu konudaki niteliksel çalışmalarının devam ettiğini bildirmiştir (**McDonald ve arkadaşları, 2020**)

Pandeminin Ülkemizde Birinci Basamak Sağlık Kurumları Tarafından Sunulan Bağışıklama Hizmetleri Üzerindeki Etkilerini Değerlendirmeye Yönelik Bir Başlangıç

Pandeminin ülkemizdeki bağışıklama hizmetlerini ne düzeyde ve ne şekilde etkilemiş olabileceğine dair ipuçlarını yakalamak, yapılacak araştırmalarda hangi ölçütler üzerinden ilerlemenin daha akılcı olacağını saptamak amacıyla bir ön çalışma yapılmıştır. Bir ilk değerlendirme olarak görülmesi gereken bu çalışmada Ankara, İzmir, İstanbul ve Adana'da çalışan dokuz aile hekimi ve iki İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) hekimi ile görüşülmüştür. COVID-19 pandemisinin birinci basamak tarafından yürütülen bağışıklama hizmetleri üzerindeki etkisini sorgulayabilme amacıyla katılımcılara ilk olarak pandemi öncesi durum hakkındaki değerlendirilmeleri sorulmuştur. Ardından aile hekimi olan katılımcılar pandemi sırasında ASM'lerde yaşanan süreci aktarmışlardır. Katılımcılara pandeminin çeşitli açılardan bağışıklama hizmetlerini nasıl ve ne düzeyde etkilediği / etkilemiş olabileceği sorulmuş, yaşanan sorunların çözümü için başvurdukları stratejileri paylaşmaları istenmiş, bu dönemin etkilerinin telafi edilebilmesine yönelik görüşleri alınmıştır.

Soru 1: COVID-19 pandemisi öncesinde Türkiye'de birinci basamakta yürütülen bağışıklama hizmetleri nasıldı?

Katılımcıların bu başlık altındaki görüşleri dört maddede toplanmıştır.

Yönetim sorunlarının ve insan gücü yetersizliğinin bağışıklama çalışmaları üzerindeki etkisi

Sağlık Bakanlığı'nda (SB) bağışıklama hizmetleri ile ilgili üst düzey sorumluların değişmesi önemli bir sorun olarak aktarılmış, bunun kurumsal hafızanın kaybına yol açtığı ve çalışmaların sürekli olarak başlanan noktaya geri döndüğü açıklanmıştır.

Tüm katılımcılar ASM'lerde Aile Sağlığı Çalışanı (ASC) açığı olduğunu belirtmiş, bir katılımcı İstanbul'da 300 aile hekiminin, tüm Türkiye'de 3300 aile hekiminin ASC olmadan çalışmalarını devam ettirdiğini, bir başka katılımcı ise bu sayının on aile hekiminden biri şeklinde olduğunu ifade etmiştir. Bu durumda bir ASC birden fazla aile hekiminin bağışıklama hizmetlerini yürütmekte, söz konusu açık İSM personeli ile doldurulmaya çalışılmakta, fakat geçici personelin çalışmaları yeterince etkin olamamaktadır. Hastanelerin de personelini birinci basamağa kaptırmamaya çalıştığı, kalan tek çözüm olan dışarıdan ASC istihdam etmenin de konulan kota nedeniyle sorunu ortadan kaldıramadığı açıklanmıştır. İnsan gücü sorununa Güneydoğu'da aile hekimlerinin eksikliği de eklenmekte, hekimlerin bu bölgelerde kalıcılığı sağlanamamaktadır. Sonuç olarak katılımcılar insan gücü yetersizliğinin bağışıklama çalışmalarının niteliğini etkilememesinin olanaksız olduğunu, özellikle aşılardan önceki tarihleri, yan etkileri vb konulardaki eğitimlerin yeterince etkin olmadığını, aşı için çok belirleyici rol oynayan sağlık çalışanı ile vatandaş arasındaki güven duygusuna dayalı sürekli ilişkinin kurulamadığını açıklamıştır.

Aile hekimlerinin iş yükü açısından Türkiye'nin Doğusu ile Batısı arasında büyük eşitsizlik bulunduğu belirtilmiştir. Örneğin Urfa'daki bir aile hekiminin izlemek zorunda olduğu gebe sayısının ve bunların içindeki riskli gebe oranının Batı'nın en az dört katı olduğu açıklanmış, bu iş yükünün bağışıklama çalışmalarına olumsuz yansıtıldığı ifade edilmiştir.

Aşı temini ve lojistiği

Aşı temininde zaman zaman zorluklar yaşanabildiği, fakat iki üç yıl sonrası için sipariş verildiği dikkate alınırsa bu zorlukların bir noktada kaçınılmaz olduğu ifade edilmiştir. Gerek görüşülen İSM hekimleri gerekse dokuz aile hekimi, kayıtlı olan çocuklar arasında aşı bulunmadığı için aşısı yapılamayan hiçbir çocuğun olmadığını aktarmıştır. Aşıların depo üzerinden elektronik sistemle verilmesi, karekod uygulamasıyla gelmesi ve bebeğin kimlik numarasıyla eşleştirilerek uygulanması çok gelişmiş bir sistem olarak tanımlanmıştır.

Aşı dolabı ve elektrik sürekliliği açısından yaşanan sorunlar aile hekimleri tarafından yoğun biçimde ifade edilmiştir. Jeneratör ve kesintisiz güç kaynağının bir tutulmaması gerektiği, kesintisiz güç kaynağının ancak 5-6 saat enerji sağlayabildiği, elektrik kesintilerinin sık yaşandığı bir ülkede ev tipi buzdolapları ve kesintisiz güç kaynağı ile aşı güvenliğinin sağlanamayacağı, SB'nin Türkiye'de de üretilmekte olan ve göçmen kliniklerinde kullanılan özel aşı dolaplarından sağlaması, soğuk zincirin korunmasında daha fazla sorumluluk alması ve soğuk zinciri ekip olarak izleyen bir sistem kurulması önerilmiştir. Bu sorunlar devam ettiği sürece ASM'lerde soğuk zincir sorumlularının negatif performans sistemine dahil olmayan tüm aşıları dolaptaki bir fazlalık olarak gördüğü ve stok arttırmaya karşı çıktığı açıklanmıştır.

Aşı kapsayıcılığı

Aile hekimi olan bir katılımcı TTB Aile Hekimleri kolu olarak Urfa'da gerçekleştirdikleri Aile Hekimliğinde Anne/Bebek Ölümleri ve Bağışıklama Çalıştayı'nda Doğu ve Batı arasında birinci basamak sağlık hizmetleri ve sağlık çıktıları açısından önemli eşitsizler saptandığını, örneğin Urfa'da anne ölümlerinin batıya göre beş kat fazla, aşı kapsayıcılığının ise beş kat daha düşük olduğunun belirlendiğini ve durumun belirlenebilen bu düzeyden de kötü olduğunun tahmin edildiğini aktarmıştır. Batı'da aile hekimleri aşı reddi ile uğraşırken, Doğu'da kişilere ulaşamama, ulaşılsa bile sağlık çalışanı yetersizliği nedeniyle sağlık eğitimi verememe, dil engeli nedeniyle iletişim kuramama sık yaşanan durumlardır.

Tüm katılımcılar aile hekimlerine kayıtlı ve sosyoekonomik açıdan görece iyi durumdaki kişiler açısından negatif performans sisteminde yer alan aşıların kapsayıcılığının çok yüksek olduğu konusunda hemfikirdir. Diğer yandan negatif performans sistemi nedeniyle aşılarla ilgili tüm aksamaların gizlendiği, yanlış yapılan enjeksiyonların, yanlış dozdaki, tarihteki vb aşıların saklandığı belirtilmiştir. İki katılımcı, bir aile hekimine kayıtlı olsalar da mevsimlik tarım işçileri, Romanlar gibi düşük sosyoekonomik gruplardaki aşı eksiklerinin yeterince sorgulanmadığını, aile hekimlerinin "kişi bulunamadı" ifadesini üst kurumların yeterince sorgulamadan kabul ettiğini açıklamıştır. 2018 yılı Haziran ayından itibaren dış merkezlerde yaptırılan aşıların beyana dayalı olarak kaydı kabul edilmemektedir, aşının uygulandığına dair bir kanıt sunma zorunluluğu getirilmiştir. Beyana dayalı aşının aslında aşığı reddeden ailelerin aşı yapılmadığı halde özelde yaptırdığını söyleyerek istismar ettiği bir uygulama olduğu, bu nedenle kaldırılmasının doğru bulunduğu, fakat yeni durumda da özel kurumların yaptığı yanlış, farklı zaman ve dozdaki aşıların hesabını aile hekimlerinin vermek zorunda kaldığı açıklanmıştır. Bir katılımcı, aile hekimlerinin düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum vb gerekçeler göstererek aşıları iptal edebilmesinin istismara açık bir yol olduğunu, aşı iptalinin beyanın teyidi ile birlikte İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılması gerektiğini savunmuştur.

Tüm katılımcılar kayıtlı olan kişilerin aşılarını çok yoğun, hatta bazı durumlarda abartılı bir şekilde sorgulayan bir sistem varken, kayıtsızların hiçbir şekilde sorgulanmamasının,

tamamen yok sayılmasının yarattığı tutarsızlığa dikkat çekmiştir. TTB Aile Hekimliği Kolu üyesi olan bir katılımcı kol olarak yürüttükleri değerlendirme toplantılarının sonucunda kayıtsız bireylerin toplumun %7'sini oluşturduğunu tahmin ettiklerini ifade etmiştir. Diğer katılımcılar da benzer düzeylerde tahminlerde bulunmuştur. Bir aile hekimi birkaç yıl önce İstanbul'da alanda gerçekleşen bir aşı kampanyasında azımsanamayacak sayıda kayıtsız çocuk saptandığını ifade etmiştir. Tüm katılımcılar kayıtsızlığın özellikle yurt dışından gelenler olmak üzere göçmenler arasında oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir. Görüşülen İSM hekimi mevsimlik tarım işçileri için yoğun çalışmaların yürütüldüğünü, İSM'lerin ve bağlı olan göçmen sağlığı merkezlerinin yurt dışı kaynaklı göçmenleri saptamaya yönelik alan çalışması yaptığını, fakat bu çalışmaların tüm göçmenleri saptamak için yetersiz kaldığını açıklamıştır. Türkiye'de yasadışı olarak bulunan göçmenlerin ise yakalanmamak için bir sağlık kurumuna kayıt yaptırma konusunda direnç gösterdikleri bildirilmiştir.

Birinci basamak örgütlenme modeli bölge temelli olmadığı için okul aşılarının tüm çocuklara ulaşamadığı açıklanmıştır. Bir okulun içinde farklı ASM'lere kayıtlı olan ve farklı bölgelerde yaşayan pek çok çocuğun bulunduğu, aşı için okula gidildiğinde o gün okula gelmemiş olan çocuklara erişmek için aile hekimleri ile bağlantı kurulamadığı aktarılmıştır.

Negatif performans sisteminde yer almayan, 65 yaş üzeri bireylerin aşılarının ve 15-49 yaşa ait beş dozluk tetanoz aşılmasının kapsayıcılığının düşük olduğu konusunda tüm katılımcılar hem fikirdir ve bu aşuların tamamen bireysel tercihlere kaldığı ifade edilmiştir.

Aşı reddi / tereddüdü nedenleri

Gerek ASM gerekse İSM çalışanlarının çok emek vermesine rağmen aşı retlerinin devam ettiği bildirilmiştir. İSM hekimleri bu durumu aile hekimliğine geçişin aşularını sadece bir odada gerçekleştirilen bir hizmete dönüştürmesine, birinci basamağın aşı dahil tüm alan çalışmalarının ve ev ziyaretlerinin kalkması nedeniyle toplumla olan sürekli ilişkisinin kopmasına bağlamıştır. Sağlık ocağında çalışmış olan bir İSM hekimi görüşlerini çocukken annesini izlemek için eve birinci basamağın geldiğini gören kadınların evlendikten sonra hem kendileri hem de çocukları için hizmet alırken birinci basamağa daha çok güvendiklerini belirterek açıklamış, aşı retlerinin ya da tereddütlerinin birinci basamağın toplumla olan bağının ortadan kalkmasından kaynaklandığını belirtmiştir. TTB Aile Hekimliği kolu üyesi olan bir aile hekimi de kol olarak yürüttükleri çalışmalardan ve toplantılardan edindiği izlenimlere dayanarak aşı reddinin daha çok Batı'da karşılaşılan bir durum olduğunu ifade etmiş ve iki farklı gruptan bahsetmiştir. "Postmodern kesim" olarak adlandırdığı ilk grubu eğitim düzeyi yüksek kişilerin oluşturduğunu, bu grubun düzeyine uygun, gerekçelerini çürüten eğitim broşürleri hazırlanabileceğini ifade etmiştir. İkinci grubu ise dini tarikatlar oluşturmaktadır. Bunların içinde annelerin genellikle aşıya olumlu baktığı, hatta gelip çocuğunu gizlice aşılatabanların bile olduğu, babaların da kazanılmasının sorunu büyük ölçüde azaltacağı belirtilmiştir. Katılımcılar yukarıda da ifade edilen insan gücü yetersizliğinin ve sağlık çalışanlarının sık değişmesinin toplumla sürekli ilişki kurulmasını önlediğini ve aşı açısından vatandaşın güveninin sağlanamadığını açıklamıştır.

Soru 2: Pandemi sırasında ASM'lerde neler oldu?

Görüşülen tüm aile hekimleri pandemi döneminde SB tarafından kendilerine yol gösterilmediğini ve destek olunmadığını, ASM'lerin kendi kendisini korumaya çalışan kurumlar haline geldiğini düşünmektedir. Aile hekimleri yüksek sayıda vakanın görüldüğü yerlerdeki ASM'lerin bile yalnız bırakıldığını, kişisel koruyucu donanım (KKD) sağlanmadığını, çalışma düzenine ve önlemlere yönelik rehberlik verilmediğini, sağlık çalışanlarının kaygı-

larının giderilmediğini ve eğitim verilmediğini açıklamıştır. Bir aile hekimi yaşanan durumu “*Dezenfektan, maske vb cari giderdir ve masraflarınızı kendiniz karşılayın dediler. TTB, odalar ve gönüllü kurumlardan malzeme desteği geldi.*” cümlesi ile ifade etmiştir. Ankara ve İzmir Tabip Odası üyesi olan iki aile hekiminin ifadeleri de hem çalışma düzeni açısından rehberliğin hem de KKD desteğinin Tabip Odaları aracılığı ile gerçekleştiğini göstermektedir.

COVID-19 şüphesi saptanan kişileri ASM’den hastaneye götürecek olan ambulansların çok geç gelmesi ve şüpheli olguların saatlerce kurum içinde beklemesi, sokağa çıkma yasaklarının başladığı döneme kadar 65 yaş üstü nüfusun tüm sorunları için ASM’lere gelmesi, yurt dışından gelenlerin ve temaslı kişilerin rapor almak üzere ASM’lere yönlendirilmesi yukarıda açıklanan karmaşa ortamını daha da arttırmıştır. İstanbul’da bir aile hekiminin covid-19 nedeniyle vefat etmesi ise kaygıları en üst düzeye taşımıştır. Bunun sonucunda neredeyse her merkez kendine özgü bir çalışma düzeni belirlemiştir. Bazı ASM’ler bir İSM hekiminin ifadesi ile “*adeta steril*” tutulmuş, aile hekimleri tulum, siperlik vbKKD’leri abartılı, hastalarda gereksiz kaygılar uyandıracak şekilde kullanmış, hastaları sadece pencereden muayene etmiş, resmi yazı olmadan hiçbir iş yapmamış, hastaları kuruma gelmeme konusunda gereğinden fazla yönlendirmiş ve sonuç olarak pandemiye aşırı bir yanıt vermiş, hizmet ile önlem arasındaki dengeyi bulamamıştır. Bazı ASM’ler hastalar tarafından şikâyet edilme kaygısı ile İSM’lerin yönlendirmelerine rağmen triyaj uygulamakta direnmiş, bu direncin aşılmasının ardından ise abartılı triyaj uygulamaları başlamıştır. Aynı ASM’nin kendi içinde bile ekip anlayışı olmaması nedeniyle çok farklı davranışlarla karşılaştığı, her birimin kendi kararı doğrultusunda davrandığı ifade edilmiştir. Diğer yandan bu konuda bilgi sahibi olan ve ekip anlayışı içinde çalışabilen aile hekimlerinin etkin bir sistem geliştirebildiği, kısa süredetriyajla başlayan, girişte ateş ölçen, havalandırma ve dezenfeksiyon önlemlerini çok sıkı bir şekilde uygulayan, tüm çalışanlarına ve hastalarına eğitim veren, hatta pandemi günlüğü tutarak eksikleri tamamlayan, kayıtlı bebeklerin ailelerini ve gebeleri arayıp kurumların hazır olduğunu bildiren ASM’lerin de olduğu anlaşılmaktadır. Fakat ASM çalışanlarının tüm çabalarına rağmen, binaların özellikleri nedeniyle yeterince önlem alınamadığı da açıklanmıştır. ASM binalarının standart olmadığı, özellikle kamuya ait olmayan binaların temel gereklilikleri karşılamadığı, giriş çıkış alanları bakımından büyük farklılıklar bulunduğu, binaların hacimlerinin küçük, havalandırmalarının yetersiz olduğu, pek çok ASM’nin pozitif ya da şüpheli vakaları alabilecek mekanlarının bulunmadığı aktarılmıştır. Bir aile hekimi bu tip binalarda çalışanlar arasında pozitif olguların çıktığını belirtmiştir.

Soru 3: Pandemi birinci basamağın bağışıklama hizmetlerini etkiledi mi?

Bir aile hekimi pandemi döneminde SB tarafından aşı programından vazgeçilmeyeceği yönünde uyarıldıklarını, ama Bakanlığın bunun yolunu çizmediğini, birinci basamak için bir algoritma hazırlamadığını aktarmıştır. Bir İSM hekimi annesi COVID-19 pozitif olan bebeklere aşı yapıp yapmama gibi konularda aile hekimlerinin kendilerine oldukça sık danıştıklarını aktarmıştır. Katılımcılar, insan gücü sorunu yaşayan, ekip yaklaşımı gösterememiş olan, pandemiye dair önlemleri yeterince almamış ya da abartmış olan ASM’lerin ve kendilerine kayıtlı kişiler ile yeterince güçlü bir ilişkisi olmayan aile hekimlerinin bağışıklama çalışmalarının aksadığını ifade etmiştir. Üç aile hekimi sağlık çalışanlarının aşı sırasında hastalar ve aileleri ile çok yakın temasta oldukları için bağışıklama hizmetlerinden kaçınmaya çalıştıklarını belirtmiştir. Bu açılarıdan daha olumlu durumda olan ASM ve ASB’ler ise ilk dönemde yaşanan karmaşayı kısa zaman içinde yönetebilir hale geldiklerini, sağlık çalışanlarının kaygılarını azalttıklarını, aşı için aileleri telefonla aradıkla-

rını, akşam temizlenen merkezlere sabahları ilk olarak gebeleri ve bebekleri kabul ettiklerini, kapıda ateş ölçümlerini ve alınan diğer önlemleri gören vatandaşın kurumlara olan güveninin arttığını, böylece Mayıs ayında eksiklerin tamamlandığını bildirmiştir. Burada TTB Aile Hekimliği Kolunun rehberliğinin de etkili olduğu açıklanmıştır. Diğer yandan aile hekimleri alınan tüm önlemlere ve vatandaşla uzun erimli güçlü bir ilişkiye rağmen pandeminin aşı sayılarını etkilediğini ifade etmiştir. Aşı sırasında ve sonrasında aile ile temas süresi azaltılmış, bu verilen eğitimleri de olumsuz etkilemiş ve aşı ile ilgili kaygıları arttırmıştır. Bir aile hekimi aşı sonrası ateş gibi etkilerde anne babaların çocuklarının COVID-19 olmasından endişe ettiklerini ve kendilerini sık sık aradıklarını aktarmıştır.

İSM hekimleri ise ASM'lerde sadece bağışıklama değil, kanser taramaları gibi pek çok hizmette aksama yaşandığını aktarmış, bu çalışmaların takipçileri olan Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) ve İSM'lerin ise Mayıs ortasına kadar çok yoğun bir şekilde pandemi ile uğraştığını, yürütülen filyasyon, numune alma, tarama, işyeri ziyareti gibi çalışmalar nedeniyle ASM'leri denetleme ve düzenleme işlevlerini gerçekleştirmediklerini ifade etmiştir. İki İSM hekiminin de ifadeleri İSM ve TSM'lerin 2020 yılı Haziran ayı itibari ile bağışıklama hizmetlerine dair duruma hakim olamadıklarını ortaya koymaktadır.

Görüşmenin başında bağışıklama hizmetlerinin pandemiden etkilenmediğini ifade eden bir aile hekimi görüşme sırasında yaptığı hesap ile 2020 ile 2019 yıllarına ait sayılarını karşılaştırdığında, 2020 yılında pnömokok aşısı sayısında %30 düzeyinde azalma olduğunu, kızamık aşısının da azaldığını aktarmıştır. Bu hesaplamayı yapan aile hekimi iyimser tahminlerin gerçekçi olmadığı, sayısal bir değerlendirme olmadan var olan durumun algılanmadığı sonucuna varmıştır. Aynı aile hekimi, *"Pandemiden önce aşı dolabımız dolar, ASM'deki hekimler olarak aramızda sorun yaşadık. Pandemi döneminde dolabımız dolmadı. Bu bile bir göstere."* cümlesi ile durumu açıklamıştır. İSM hekimleri de kendi bölgelerinde bağışıklamanın aksadığı sonucuna, aile hekimlerinin talep ettiği aşı sayısının azalmasından, gerçekleştirilen aşı sayısının düşmesinden ve performans itirazlarının artmasından yola çıkarak vardıklarını aktarmıştır.

Pandemiden en çok etkilenen sistemin kırılgan halkası olan göçmenler ve mevsimlik işçiler olmuştur. Bir aile hekimi pandemi öncesinde mevsimlik işçilerin bir bölümünün çalışacakları illere gitmeden önce aşılarını, izlemlerini tamamlattıklarını, pandemi döneminde bu gruba özel seyahat izni çıktığında yolların kapanması endişesi ile aşılarını yaptırmadan apar topar yola çıktıklarını açıklamış, bir başka aile hekimi bu kişilerin kayıtlı olduğu aile hekimlerinin verdiği erteleme dilekçesi sayısının değerlendirilmesini önermiştir. İSM'lere bağlı olan ve yurtdışı kaynaklı göçmenlere hizmet veren polikliniklerin çalışanlarının önemli bölümünün filyasyonda yer almasının da göçmen çocukların aşıları açısından önemli bir açık yaratmış olabileceğine işaret edilmiş, bu sorunun boyutunun ancak göçmen poliklinikleri yeniden açıldığında ortaya konabileceği belirtilmiştir. İSM/TSM'lerin yaşlı bakımevi, çocuk bakımevi, cezaevi ve okullarda yürüttüğü aşı çalışmalarının da gerçekleştirilmediği, zaten çok kötü durumda olan işçi sağlığı alanındaki aşıların tamamen durduğu belirtilmiştir. Bir aile hekimi yaşanan sorunu *"Bunlar göz ardı edilen kişilerdir, eskiden de görmezden geliyorduk. Şimdi sorun daha da büyüdü. Ama elimizde durumu yansıtacak veri yok."* cümlesi ile özetlemiştir.

İki aile hekimi pandemini yarattığı farkındalığın etkisi ile 65 yaş üstü grupta pnömok ve diğer aşılarla olan talebin arttığını belirtirken, diğer aile hekimleri bu aşıların önemli bölümünün ertelendiğini ifade etmiştir. İstanbul merkezinde görev yapan bir aile hekimi daha önce çocuk izlemleri ve aşılar için özel kurumlara giden ailelerin ASM'lere gelmeye başla-

dığını, bu kurumlarda alınan önlemleri görünce güvenlerinin arttığını, bundan sonrası için özel sağlık kuruluşlarına gitme oranlarının azalmasını beklediğini bildirmiştir. Buna benzer şekilde pandeminin aşının önemi konusundaki farkındalık açısından olumlu bir etkisinin olabileceğini, bunun iyi kullanılması gerektiğini belirten aile hekimleri olmuştur.

Bir aile hekimi olağan dışı dönem olan pandemi sırasında negatif performans sisteminin devam ettirilmesini “*Covid pozitif olup izolasyonda tutulan ya da hastanede olan çocuklara ulaşmak, hatta bunlarla ilgili tutanak tutmanız mümkün değil.*” cümlesi ile eleştirmiştir.

Soru 4: Pandemi döneminin bağışıklama hizmetleri üzerindeki etkisi kısa sürede içinde telafi edilebilir mi?

Görüşülen tüm katılımcılar pandemiyi aile hekimliği modelindeki açıkları ortaya çıkarttığını, sorunlu olan tüm alanların patlak verdiğini ifade etmiş, aşı ile korunabilir hastalıklar açısından hassas nüfusun arttığına, salgınların yaşanma riskinin yüksek olduğuna işaret etmişlerdir. Bir İSM hekimi aşı ile korunabilir hastalıkların olası salgınlarını değerlendirerek, örneğin kızamık salgını açısından yaz mevsiminde olunmasını büyük bir şans olarak tanımlamış, bu hastalıkların salgınlarının yaşandığı kış mevsimi gelmeden önce eksik aşıların tamamlanması gerektiğini belirtmiştir. Diğer yandan bağışıklama hizmetlerinin düzenleyicisi olarak bu telafi çalışmalarında en büyük rolü üstlenecek olan İSM/TSM’lerin hem devam eden pandemi mücadele çalışmaları hem de yaşanan yıpratıcı sürecin yarattığı yorgunluk nedeniyle ne denli etkili olabileceği şüphelidir. Bir İSM hekimi bu durumu “*Zaten çok yorgunduk, mesaimiz çok ağırdı. Çok insanın ayrılması nedeniyle kadromuz daralmış, büyük kan kaybı yaşamıştık. Buna pandemi döneminde kronik hastalığı olanlar gibi mecburi izinler de eklendi. Şimdi izinler ve emeklilik başvuruları da başlıyor. Kaybımız devam edecek ve sayımız çok azalacak. Kalanlar da tükenmişlik içinde. Personel bu ağır iş yükünün altında her açıdan çok yıpranmış durumda. Kimse saat 22.00 öncesi eve gidemiyor. İdareciler de çözüm getiremiyor, çünkü onlar da aynı durumda.*” şeklinde açıklamıştır.

Pandemiyi nedeniyle uygulanamayan okul aşılarının aile hekimleri tarafından gerçekleştirilecek olması hakkındaki görüşleri sorulduğunda aile hekimi olan katılımcılar buna ilkesel olarak itiraz etmediklerini, aşı eksiklerini tamamlamaya gönüllü olduklarını belirtmiş, fakat bu aşıları 30 gün içinde tamamlamak zorunda bırakılmalarını ve yapılan aşılar için negatif performans uygulanacak olmasını eleştirmişlerdir. Vatandaşın önemli bölümünün kurumlara gelmekten halen imtina ettiği, yaz tatili nedeniyle çocukların başka şehirlerde bulunduğu dönemde tüm aşıların 30 gün içinde gerçekleştirilmesinin olanaksız olduğu açıklanmıştır. Aile hekimlerinin okul çağı aşıları ile ilgili kaygıları yukarıda açıklanmış olan buzdolaplarının yetersizliğinden de kaynaklanmaktadır. Bir aile hekimi bu durumu “*Pandemi 65 yaş üstünde pnömokok ve diğer aşılarla olan talebi arttırdı. Ertelediğimiz aşılar da var. Okul aşıları da eklenince bunlara dolapta nasıl yer bulacağız, soğuk zinciri nasıl sağlayacağız.*” cümlesi ile açıklamıştır.

Bağışıklama Hizmetlerinin Sürdürülmesi ve Pandemiyin Etkilerinin Telafi Edilmesi İçin Önerilen Yaklaşımlar

2020 Avrupa Aşı Haftası için DSÖ ve UNICEF’in 20 Nisan 2020 tarihinde birlikte yaptıkları basın açıklamasında ulusal bağışıklama programlarının hiç olmadığı kadar kritik bir öneme sahip olduğu vurgulanmış, hükümetlerin bağışıklama hizmetleri için tüm fırsatlardan yararlanmaları gerektiği belirtilmiştir. UNICEF Avrupa ve Orta Asya Bölge Direktörü Afshan Khan’ın “*Rutin aşılarını kaçırmış en hassas ve kırılgan çocuklara ulaşmak öncelik-*

lendirilmelidir. Ülkeler daha yüksek risk altında olan bireyleri aşılama hazır olmalı ve en dışlanmış kesimler de dahil olmak üzere herkesin, hazır olduğunda, COVID-19 aşısına eşit erişim sağlayabileceğinden emin olmalıdır.” şeklindeki açıklaması ülkemizde de işe nereden başlamak gerektiğini göstermektedir.

DSÖ ve UNICEF’in basın açıklamasına benzer şekilde, “DSÖ Avrupa Bölgesi COVID-19 Salgını Sırasında Rutin Bağışıklama Hizmetleri Rehberi” de bağışıklama konusunda Sağlık Bakanlıklarının çaba göstermeleri gerektiğini belirtmekte, aşı dozları kaçırılmış olan çocukların belirlenmesini ve özel olarak yakalama (catch-up) çalışmaları gerçekleştirilmesini önermektedir. Türkçesine Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (2020) web sayfasından ulaşılabilen rehberde aşı ile önlenebilir hastalıkların sürveyans verilerinin değerlendirilmesi, salgın yapma eğilim olan hastalıklara, kızamık eliminasyonu ve polio eradikasyonuna özel önem verilmesi, rutin aşıların teminin ve lojistiğinin değerlendirilmesi gibi somut öneriler yer almaktadır. Rehber, anahtar noktalara da işaret etmiştir. Bunlara göre, toplumun bağışıklama ve sağlık sistemine olan güvenini korumak, rutin aşılamaya talebini ve kabulünü anlamak, aşılar da herhangi bir azalma olup olmadığını izlemek çok önemlidir. Rehberde sunulan yol gösterici ilkeler ise kızamık-kızamıkçık veya polio ve diğer kombinasyon aşıları için primer aşı serilerine öncelik verilmesi; yeni doğanların ulusal programa göre aşılması; hassas gruplar için pnömokok ve mevsimsel grip aşılarına öncelik verilmesi; ulusal aşılamaya programına yeni aşıların eklenmesinin ertelenmesi; COVID-19 salgını sırasında aşı ile önlenebilir hastalıklardan kaynaklanan riskler ve aşılamaya yararları hakkında toplum ve sağlık çalışanları ile iletişim kurulması şeklindedir.

Yazının başında araştırmalarının sonuçları özetlenen McDonald ve arkadaşları (2020) Birleşik Krallık’ta çocukluk aşılarının kapsayıcılığının üç ayda bir izlendiğini, fakat pandemi gibi aksamaların yaşanabileceği dönemlerde daha kısa aralıklarla izlem gerektiğini bildirmiştir (McDonald ve arkadaşları, 2020). Birleşik Krallık’ta da ülkemizde olduğu gibi okulların kapanması ile birlikte okul aşıları da kesintiye uğramıştır. Araştırmacılar bu açığın catch-up programları ile kapatılmasını önermiştir. Ayrıca, pandemi dönemindeki olası değişimlere yanıt verebilmek açısından aşı kapsayıcılığının sürekli ve zamanında izlenmesinin önemi vurgulanmıştır (McDonald ve arkadaşları, 2020). Bramer ve arkadaşları da (2020) aşılar da gerçekleşen azalmanın küçük çocukları ve toplulukları kızamık gibi aşı ile korunabilir hastalıklara karşı savunmasız bıraktığının unutulmaması gerektiğinin altını çizmiş, aşı zamanı gecikmiş çocukların saptanması için mutlaka yoğun çaba gösterilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Sonuç Olarak

COVID-19 pandemisi aile hekimliği modelindeki tüm sorunları daha da görünür hale getirmiştir. Pandemi öncesi dönemde liste temelli örgütlenme biçimine geçiş, alan çalışmalarının kalkması, insan gücünün sayısal yetersizliği, iş yükü açısından yaşanan coğrafi eşitsizlikler, Doğu illerinde hem aile hekimlerinin hem de aile sağlığı çalışanlarının sürekliliğinin sağlanamaması bağışıklama hizmetlerinin niteliğini olumsuz yönde etkilemiştir. Salgının başlamasının ardından sorunun boyutları hızla büyümüş, aşı kapsayıcılığını ciddi şekilde tehdit eder boyuta gelmiştir.

Türkiye’de aşılarla ilgili yüksek kapsayıcılık oranları negatif performans uygulaması nedeniyle gerçeği yansıtmamaktadır. Toplumun sosyoekonomik açıdan en alt kesiminde yer alanlar yok sayılmaktadır. Bu gruplara ulaşmak için yürütülen, fakat coğrafi temelli örgütlenme modeli olmadığı için yetersiz kalan çalışmalar pandemi döneminde tamamen durmuştur. Mevsimlik tarım işçileri, yurt dışı kaynaklı göçmenler, bakım evlerinde kalan

çocuklar başta olmak üzere dezavantajlı gruplar aşı ile korunabilir bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasız durumdadır. En kısa dönemde bu grupların aşı eksikleri tamamlanmalıdır. Coğrafi temelli bir örgütlenme olmaması okul aşılarının da tüm çocuklara ulaşmasını önlemektedir. Liste temelli örgütlenme modeli devam ettiği sürece toplumun tüm kesimlerinin aşıya erişmesi mümkün olmayacaktır.

Birinci basamak sağlık çalışanları ile toplum arasındaki güven ilişkisinin kaybı özellikle Batı illerinde aşı retlerini endişe verici boyutlara taşımıştır. Pandemi, eğitim düzeyi yüksek gruplarda aşı retlerinin / tereddütlerinin azaltılması için bir fırsat olarak kullanılmalıdır. Benzer şekilde negatif performans sisteminde yer almayan, 65 yaş üzeri bireylerin aşılarının ve 15-49 yaşa ait beş dozluk tetanoz aşılmasının kapsayıcılığı yükseltilmelidir.

ASM'lerde soğuk zincirin korunması açısından önemli sorunlar yaşanmakta, bu da merkezleri aşı stoklarını sınırlı tutmaya yönlendirmektedir. Pandemi döneminde ertelenen aşılardan ve okul aşılarının eklenmesinin yanı sıra bazı bölgelerde 65 yaş üzeri grubun talep ettiği aşı sayısının artması ASM'lerin soğuk zinciri korumalarını olanaksız hale gelecektir. Aile hekimlerinin okul aşılarını 30 gün içinde tamamlamak zorunda bırakılmaları ve yapılan aşılardan negatif performans uygulanacak olması ciddi sorunlara yol açacaktır.

SB, ASM'lere pandemi döneminde yeterli rehberliği ve desteği sağlayamamıştır. ASM'lerde uygulanan enfeksiyon kontrol önlemleri ve çalışma düzenleri bakımından büyük farklılıklar göstermiş, KKD'ların sağlanmaması ve binaların önemli bölümünün sağlık kurumu olarak uygun özellikleri taşıyaması eklendiğinde var olan durum daha da sorunlu hale gelmiştir. Bu karmaşa ortamı bağışıklama hizmetlerine de yansımıştır. Özellikle kendilerine bağlı nüfusla daha önce güçlü ve sürekli bir ilişki içinde olmayan aile hekimlerinin aşı çalışmalarının etkilenmemiş olması mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı pandemi döneminde yapılan ve talep edilen aşı sayılarını bir önceki yıl ile karşılaştıran, aile hekimlerinin erteledikleri ve performans itirazı yaptıkları aşılardan değerlendiren çalışmalar yapılmasına olanak vermeli ve saptanan açıkları kapatmalıdır.

SB, pandemi yönetim sürecinde ve filyasyon çalışmalarında aile hekimlerinden yararlanmamış, bu da İSM/TSM'ler üzerinde çok ağır bir iş yükü ile sonuçlanmıştır. Birinci basamaktaki tüm hizmetlerin denetleyicisi ve düzenleyicisi olan İSM/TSM'lerin önümüzdeki aylarda aşı eksiklerinin tamamlanması için yoğun bir program uygulaması gerekmektedir. Bu kurumların tükenme noktasına gelmiş ve sayıca ciddi düzeyde eksilmiş çalışanları her açıdan desteklenmelidir.

Kaynaklar

- Bramer, C.A., Kimmins, L.M., Swanson, R., Kuo, J., Vranesich, P., Jacques-Carroll, L.A., Shen, A.K. (2020) *Decline in Child Vaccination Coverage During the COVID-19 Pandemic- Michigan Care Improvement Registry, May 2016-May 2020. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Early Release / Vol. 69; May 18*
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. (2020) *Guidance on routine immunization services during COVID-19 pandemic in the WHO European Region. Copenhagen: WHO/Europe. 20 March. Erişim tarihi 21 Haziran 2020, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/433813/Guidance_routine-immunization-services-COVID-19-pandemic.pdf?ua=1.*
- Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF. (2020). *COVID-19 salgını sırasında rutin bağışıklama hizmetlerinin devam ettirilmesi hayati önem taşıyor. 2020 Avrupa Aşı Haftası için Basın Açıklaması. 20 Nisan 2020. Erişim tarihi 21 Haziran 2020, <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n->*



[b%C3%BCltenleri/d%C3%BCn%C3%BCya-sa%C4%9F%C4%B1k-%C3%B6r%C3%BCt%C3%BC-ds%C3%B6-ve-unicef-covid-19-salg%C4%B1n%C4%B1-s%C4%B1ras%C4%B1nda-rutin-ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1klama](#)

- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. (2020) Çeviri: Guidance on Routine Immunization Services During COVID-19 Pandemic in the WHO European Region. Çevirenler: Arş.Gör.Dr.Didem Han Yekdeş, Uzm.Dr.Ceren Arkant, Prof.Dr.Muzaffer Eskiocak. Erişim tarihi 21 Haziran 2020, <https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/PDF.pdf>
- Hart, C. (2020) Confessions of a Pediatric Practice Management Consultant. The Effect of COVID-19 on Immunization Rates. Erişim tarihi 21 Haziran 2020, <https://chipsblog.pcc.com/the-effect-of-covid-19-on-immunization-rates>
- McDonald, H.I., Tessier, E., White, J.M., Woodruff, M., Knowles, C., Bates, C., ve arkadaşları. (2020) Early Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic and Physical Distancing Measures on Routine Childhood Vaccinations in England, January to April 2020. Public and Global Health. DOI: [10.1101/2020.05.07.20094557](https://doi.org/10.1101/2020.05.07.20094557)
- Santoli, J.M, Lindley, MC, DeSilva, M.B, et al. (2020) Effects of the COVID-19 Pandemic on Routine Pediatric Vaccine Ordering and Administration— United States, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 69:591–3. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e2>
- Times of Israel. (2020) Staff Vaccinations Drop Amid COVID-19 Fears, Raising Specter of Fresh Measles Outbreak. Times of Israel. 24 6 www.eurosurveillance.org Apr 2020. Erişim tarihi 21 Haziran 2020, <https://www.timesofisrael.com/vaccinations-drop-amid-virus-fears-raising-specter-of-fresh-measles-outbreak/>

13. BÖLÜM: TÜRKİYE'DE COVID-19 ARAŞTIRMALARI

Türkiye'de COVID-19 Araştırmaları: Yeterli mi, Değilse Neden?

Prof. Dr. Kayhan Çetin Atasoy

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD
Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Üyesi

Özet

Uluslararası literatürde COVID-19 hastalığı hakkında Türkiye kaynaklı, ülkenin büyüklüğü ve akademik camiasının boyutları ile karşılaştırıldığında kabul edilemeyecek kadar az makale yayınlanmıştır. Bunun belli başlı nedenleri akademik ortamın yeterince özgür olaması ve giderek yoksullaşmasıdır. COVID-19 dönemine ilişkin bir başka neden ise salgına dair verilerin bilim adamlarının analizine açılmaması ve COVID-19 araştırmaları için etik kurul izninden önce yeni bir başvuru aşamasının tanımlanmış olmasıdır. Evrensel akademik geleneklere, Anayasa'nın bilimsel araştırma hakkı ve üniversite elemanlarının bilimsel özgürlüğü ile ilgili maddelerine aykırı olarak bu dönemde getirilen böyle bir başvuru zorunluluğu, araştırma yapmak isteyen bilim insanlarının cesaretini kırmakta ve zaman yitirmelerine neden olmaktadır. Dahası, bazı çok merkezli araştırma başvuruları onay alamamıştır. Araştırmacılara siyasi iradeye bağlı bir kurumdan onay alma zorunluluğu getiren kamu idaresinin, öte yandan, Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu üyesinin çok merkezli bir araştırma projesine etik kurul başvuruları anlamında kolaylık ve bütçenin Dünya Bankası harcama kaleminden finansal destek talep ettiği ortaya çıkmıştır. Anılan araştırmacının önderliğinde yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçları New England Journal of Medicine adlı dergiye gönderildikten kısa bir süre sonra geri çekilmiştir. Türk Tabipleri Birliği geri çekilen bu makale taslağının bilimsel yanı ile ilgili kapsamlı bir analiz yapmıştır.

Bu yazının yazıldığı Temmuz 2020'nin ilk günleri itibarıyla saygın uluslararası dergilerde Türkiye kaynaklı "araştırma yazısı" niteliğinde yayınlanmış çok az (birkaç taneyi geçmeyen) makale bulunmaktadır. Araştırma yazısı niteliği bulunmayan editöre mektup, değerlendirme yazısı vb yayınlar doğal olarak kapsam dışı tutulmuştur. Kaldı ki onların da büyük çoğunluğu Türkiye orijinli dergilerde yayınlanmıştır.

Bu sonucun başta akademik ortamın yıllar içinde giderek yoksullaştırılması olmak üzere sadece COVID-19 dönemi ile sınırlı olmayan, evveliyatı da olan çok sayıda nedeni var-

dır. Bu yazıda bunlara yeniden değinilmeyecektir. “COVID-19” gibi belki de bütün tarih boyunca dünyadaki bütün halkların en çok duyduğu sözcükler üzerine Türkiye’nin neredeyse hiç araştırma makalesi üretmemiş olmasının bu döneme özgü nedenleri üzerinde durulacaktır.

Türkiye’de COVID-19 salgını ile mücadele konusunda doğrular ve yanlışlar, tamamlar ve eksikler üzerinde yürütülen tartışmalar herkesin malumudur. Hükümet, başta Sağlık Bakanlığı, salgının ülkemizde görüldüğü ilk günlerden başlayarak salgına karşı verilen mücadelenin “çok başarılı” olduğunu göstermeyi hedefleyen, bu yönde bir algının toplumun büyük bölümüne egemen olmasını amaçlayan bir faaliyet içindedir. Ne var ki, hem salgın mücadelesinin optimal yürütülmesi hem de bu iddianın doğruluğunu test edilebilmesi için gerekli epidemiyolojik verilerin önemli bir çoğunluğu bilim insanları ve toplum ile paylaşılmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu verilerin toplandığı bir büyük veri havuzu oluşturulduğu, Bakanlığın bilim insanlarının COVID-19 konusunda yapacakları araştırmaları teşvik etmek ve bu araştırmalara veri sağlamak istediğini ifade ettiği bilinmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 28.4.2020’de yayınladığı genelge ile bu niyetini duyurmuştur. Ancak bu genelgenin teşvik niyetinden öte, bilimsel özgürlük anlamında çok dikkat çekici bölümleri de vardır: “Yapılacak retrospektif veya prospektif araştırmalarda ihtiyaç duyulacak veriye ulaşımın kolaylaştırılması, gerektiğinde büyük seriler oluşturabilecek network kurulmasına destek verilmesi, çalışmalarını karşılaştırılabilir kılacak kavram birliğinin tesisi ve TÜSEB yayın destek programına alınması amacıyla Bakanlığımız Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu oluşturulmuştur. COVID-19 hastalığı ile ilgili olarak araştırmacılar tarafından başlatılması ve yürütülmesi planlanan, klinik araştırmalar dahil insanlar üzerinde yürütülecek tüm bilimsel çalışmalar ve retrospektif araştırmalar için etik kurul başvurusundan önce bu Komisyona bildirim yapılması gerekmektedir. Daha önce etik kurul izni almış COVID-19 konusundaki araştırmalar için de en geç 10 gün içerisinde Komisyona başvuru yapılmalıdır.”

Bu genelge Türkiye akademik yaşamı için çok tartışılacak bir uygulamayı zorunlu kılmıştır. COVID-19 ile ilgili araştırmalar sadece etik kurul onayı almakla yetinmeyecek, etik kurul izninden de önce Bakanlık bünyesindeki bir değerlendirme komisyonuna başvuru yapılması gerekecektir.

Bilimsel araştırma yapabilmek için bir ön izin aşaması öngören bu uygulama, üniversitelerin kurumsal olarak belirgin bir tepkisine neden olmazken, başta meslek örgütleri ve Türkiye Bilim Akademisi olmak üzere çeşitli kurumların eleştirilerine hedef olmuştur. Çünkü bu uygulama dünyanın bilimsel araştırmalar bakımından gelişkin pek çok ülkesinde akla bile getirilemeyecek, akademik özgürlüğü ortadan kaldıran, evrensel sözleşmelere ve Anayasa’nın ilgili hükümlerine aykırı bir kısıtlamadır.

Gerçekten de T.C. Anayasası “Herkes, bilim ve sanatı serbestçe öğrenme ve öğretme, açıklama, yayma ve bu alanlarda her türlü araştırma hakkına sahiptir” (madde 27), “Üniversiteler ile öğretim üyeleri ve yardımcıları serbestçe her türlü bilimsel araştırma ve yayında bulunabilirler” (madde 130) demek suretiyle bilimsel özgürlüğü koruma altına almıştır. Anayasa’da yerini bulan bu hakkın bir genelge ile sınırlandırmaya çalışılması ne kabul edilebilir bir müdahaledir ne de ülke ve toplum yararındadır.

Hal böyleyken 19 Mayıs 2020 günü ulusal basında çıkan bir haberde Türkiye'nin ilk korona raporunun önemli bir tıp dergisinin ön baskısında yayınlandığı haberi yer almıştır. Haberde Koronavirüs Bilim Kurulu'nun bir üyesinin başkanlığındaki bir ekip tarafından yürütülen araştırmanın "The New England Journal of Medicine" dergisinin ön baskısında yayınlandığı duyurulmuştur. Türkiye'deki salgına ilişkin yurtdışında yayınlanan ilk bilimsel makale niteliğini taşıdığı ifade edilen bu araştırmanın, daha da genişletilerek asıl baskıya verilmesi için yeni kurulan Bilimsel Araştırmalar Komisyonu'nun gözetimine verildiği belirtilmiştir (<https://tr.sputniknews.com/turkiye/202005191042071501-turkiyenin-ilk-koronavirus-raporu-yayinlandi/>).

Aynı gün anılan makalenin sorumlu araştırmacısı olan Bilim Kurulu üyesi kişisel twitter hesabından, çalışmanın yapıldığını doğrulamış, ancak makale haline gelmediğini ve dergide yayınlanmadığını açıklamıştır. Ayrıca makalenin sadece bir taslak olduğunu, yayın için değerlendirme aşamasında iken Sağlık Bakanlığı'ndan aldığı "çalışmanın Bakanlık verileriyle birleştirilerek daha geniş hasta verileriyle yayınlanması önerisi"ni kabul edip yayını geri çektiğini açıklamıştır (<https://tr.sputniknews.com/koronavirus-salgini/202005191042073634-bilim-kurulu-uyesi-prof-ozluden-rapor-aciklamasi-boyle-bir-calismanin-yapildigi-dogru-ancak-makale/>).

Türk Tabipleri Birliği; her ne kadar Bakanlığın talebi üzerine makalenin değerlendirme aşamasında iken geri çekildiği ifade edilse de, makalenin kamuoyuna da yansıyan içeriğini bilimsel bir gözle irdelemiş, bilimsel metodoloji ve yazım açısından ciddi eksiklikler ve yanlışlar içerdiğini savunmuştur. Makalenin sıradan bir makale olmadığı, bir Bilim Kurulu üyesi tarafından yürütülen bir araştırmanın sonuçlarına ilişkin olduğu için ülkemizin bilimsel ortamını temsil etme iddiasını da taşıdığı, bu nedenle yazarların sorumluluğunun yüksek olduğu ifade edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ülkemizdeki bilimsel araştırmaları engelleyici/yavaşlatıcı girişimlerden vazgeçmeye, ülke verilerinin bilimsel araştırma amacıyla toplandığı bu gibi çok merkezli projeleri planlarken bilimsellik ve liyakat esasına göre davranmaya davet edilmiştir (https://www.ftb.org.tr/haber_goster.php?Guid=66b94f5e-a00f-11ea-a337-d665751c2b86).

Sonuç olarak, Türkiye'de COVID-19 araştırmaları için bilimsel araştırma özgürlüğüne aykırı yeni bir denetim mekanizması getirilmiş, araştırmacılardan etik kurul başvurusu öncesi Sağlık Bakanlığı bünyesindeki COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'na başvuru şartı getirilmiştir. Her ne kadar bu kurula yapılan başvuruların önemli bir bölümüne araştırma izni verildiği ifade edilse de, çok merkezli bazı araştırmaların bu izni alamadıkları bilinmektedir. Başvurunun nasıl sonuçlandığından bağımsız olarak, sadece böyle bir ön onay mekanizmasının bulunması bile, bilimsel araştırma hakkı ile ilgili evrensel kurallara ve kendi hukukumuzda aykırı olmak bir tarafa, araştırmacıları araştırmaya başlama konusunda bir kez daha düşünmeye sevk edecek, araştırmaların başlamasını geciktirecek bir aşamadır. Hal böyleyken Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 araştırmaları için Bilim Kurulu üyesi olan bir araştırmacıya ayrıcalık tanınması tepki doğurmuştur. Bu araştırmacının önderliğinde başlatılan çok merkezli bir çalışmanın bulguları dünyaca saygın bir dergiye gönderilmiş ama kısa sürede geri çekilmiştir.

Bilimsel araştırmaları zorlaştıran bu tutum yüzünden, henüz ülkemiz COVID-19 hastalığının tanısı ve tedavisi ile salgının yönetimi konusundaki bilgi ve deneyimlerini dünya ile neredeyse hiç paylaşamamıştır.



Kaynaklar

- 1) [https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/_layouts/15/BilimselYayin_Membership/login.aspx?ReturnUrl=%2f_layouts%2f15%2fAuthenticate.aspx%3fSource%3d%252F&Source=%2F1\)](https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/_layouts/15/BilimselYayin_Membership/login.aspx?ReturnUrl=%2f_layouts%2f15%2fAuthenticate.aspx%3fSource%3d%252F&Source=%2F1)
- 2) <https://www.msn.com/tr-tr/news/gudem/covid-19-t-c3-bcrkiyede-ba-c4-9f-c4-b1ms-c4-b1z-ara-c5-9ft-c4-b1rmalara-veri-engeli/ar-BB16bRII>
- 3) <https://www.dw.com/tr/bilim-insanlar%C4%B1-kayg%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiyede-bilimsel-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmalar-tekelle%C5%9Fiyor-mu/a-53297746>.
- 4) <https://tr.sputniknews.com/turkiye/202005191042071501-turkiyenin-ilk-koronavirus-raporu-yayinlandi/>
- 5) <https://tr.sputniknews.com/koronavirus-salgini/202005191042073634-bilim-kurulu-uyesi-prof-ozluden-rapor-aciklamasi-boyle-bir-calismanin-yapildigi-dogru-ancak-makale/>
- 6) https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=66b94f5e-a00f-11ea-a337-d665751c2b86

Türkiye COVID-19 Seroprevalans Çalışması: Epidemiyoloji Perspektifinden Değerlendirme ve Öneriler

Prof. Dr. Banu Çakır, MD, MPH, PhD

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Özet

Bu yazı COVID-19 pandemisinin Türkiye'deki 3. ayı sonrasında, yaklaşık 154 bin kişilik temsili bir örnek üzerinden Türkiye geneli ve illere özel asemptomatik hasta, COVID-19 geçirmiş kişiler ve toplam COVID-19 prevalansını saptanmak üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmış COVID-19 Seroprevalans Çalışması'nın epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma ile ilgili bilgiler, Sağlık Bakanlığı tarafından il ekiplerine gönderilen yazılar ile kısıtlı olduğu için bazı konulara açıklık getirilemeye de, seçilen hanehalklarından rastgele seçilmiş bir kişi üzerinden yapılan bu serolojik saha araştırmasının eldeki veriler ışığında yöntemsel açıdan incelenmesi; açıklama gerektiren alt başlıklara dikkat çekilmesi ve (mümkünse) analizlerde ve sonrasında yapılabilecekler ile çalışmanın kanıt kalitesi ve maliyet-etkililiğine katkı sağlamak hedefli bir uzman görüşü sunulmaktadır. Çalışmanın değerlendirilmesinde ilgili epidemiyolojik kavramlar ile ilişki kurularak, özellikle sahada çalışan meslektaşlarımızın benzeri çalışmalarda yöntemsel açıdan nelere dikkat etmeleri konusunda bilgi aktarmak ve sık gelen sorulara cevap verilmesi de hedeflenmiştir.

Çalışmanın örneklem sayısının tüm iller için ile-özel hız vermek için yeterli olamayacağı ancak Türkiye geneli için yapılacak tahminler için ise gerekenden fazla olduğu ve bu nedenle sistematik yanlılık potansiyelinin yüksek olduğu; örnek seçiminde COVID-19 açısından risk oluşturan tabakalara özel seçim yapılmamış olmasının analizlerde düzeltilmesinin uygun olacağı; seçilen testlerin özelliklerine göre hız hesaplamalarında çakışan test sonuçlarına dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir. Araştırmanın zamanlamasının toplumsal bağışıklık tayini açısından çok erken, rutin hizmet ile tespit edilen sayıların "gerçek" değerleri tayin etme yüzdelerini bulmak için ise geç kalınmış bir tarih olduğu; salgının aktif döneminde yapılan hanehalkı ziyaretlerinin hem veri toplayanlar hem de katılımcılar açısından bulaş riski yarattığı benzeri konulara vurgu yapılarak, maliyet-etki açısından verimin düşük olduğu vurgulanmıştır. Çalışma verilerinin analiz ve raporlamasında güçlü bir epidemiyoloji desteği alınması, sonuçların bilim insanlarıyla detaylı olarak paylaşılması, sahada veri toplamada görev alan personelin sonuçlardan haberdar edilmesi ve emekleri için bir teşekkür belgesi sunulması, sonuçların rutin hizmet veri tabanının geliştirilmesi ve COVID-19 mücadele politikaların oluşturulmasında kullanılmasının öneme dikkat çekilmiştir.

Çalışma Öncesi Dönemin Epidemiyolojik Açıdan Değerlendirilmesi ve Gereke

*Yeni Coronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19), 27 Haziran 2020 itibarı ile Türkiye'de toplam 194.511 vaka ve 5.065'e ölüme yol açmıştır (**Sağlık Bakanlığı COVID-19 web sayfası; Worldometer COVID-19 web sayfası**). İlk vakanın açıklandığı 11 Mart tarihinden itibaren salgının gidişatını değerlendirme esas olarak günlük açıklanan vaka,*

ölüm, iyileşen, yoğun bakım yatışı ve entübe hasta sayıları üzerinden yapılmış; bu ham sayılar üzerinden göreceli artış ve azalmalar salgın kontrolü ile ilişkilendirilmiş; uluslararası COVID-19 sıralamasındaki yere göre “başarı” değerlendirmeleri yapılmıştır. Sayılar bazında incelendiğinde, Türkiye, 11 Mart tarihinde 52. Ülke olarak girdiği sıralamada halen (27 Haziran) en yüksek vaka sayısına sahip 13.ülkeve en yüksek ölüm sayısına dünya ülkeleri arasında 18. ülke konumundadır. Türkiye’de 83.200.200 kişilik toplam nüfus başına düşen “tanı almış ve kayıtlara geçmiş” enfekte olmuş kişi sayısı binde 2.3 ve vaka-fatalite oranı %2.8’e denk gelmektedir (**Sağlık Bakanlığı COVID-19 web sayfası**). Vaka sayıları yüksek olan diğer ülkelere göre ölüm sayılarının düşük ve stabil seyretmesi salgın kontrolünün en önde giden başarı belirteci olarak gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığı basın açıklamalarında ilaçların erken dönemde herkese başlanmış olması, kullanılan ilaç kombinasyonları, geç entübasyon ve yüksek basınçlı oksijen tedavisinin ölüm sayılarının az olduğunu belirtirken; vaka-fatalite oranının (*case-fatality ratio*) düşük olmasında COVID-19 tanı ve tedavi süreçlerinin herkes için kamu tarafından karşılanmış olması; hastane yatak, yoğun bakım ve ventilatör sayısının hasta sayısı üzerinde kalması; ülke nüfusunun genç olması, 65 yaş ve üzeri nüfusun salgının ilk haftalarından itibaren önce gönüllülük esası sonra zorunlu olarak eve kalmasının rolü de şüphesiz önemlidir.

Türkiye’nin şu ana kadar COVID-19 tedavi mücadelesini klinik açıdan iyi yönettiği söylenebilir. Öte yandan, testlerin esas olarak kliniğe başvuranlar ve temaslara yapılması; testin yapılması ve sonucunun günlük tablolara yansımaları arasındaki gecikme (*gap period*); test sayı ve kriterlerinin zaman içinde değişmesi; çok sayıda kişiye (yurtdışından gelenler, hapishane çıkışları, askere alımlar, organize sanayi bölgesi testleri vb.) eş zamanlı test yapılmasına bağlı günlük yığılmalar COVID-19 verilerinin değerlendirilmesi ve trend takibinde zorluk yaratmaktadır. Özellikle uluslararası karşılaştırmalarda, toplam nüfus sayısı, ülkelerin sosyodemografik özellikleri, salgın mücadele planları ve salgın başlama tarihi vb. açısından farklılıklar yorumlarda yanlılığa (*interpretation bias*) neden olmaktadır. Örnek olarak, sadece ülkelerin toplam nüfusuna göre basit bir orantılama yapıldığında dahi yorumlar değişebilmektedir: 1 milyon toplam nüfus başına düşen toplam COVID-19 vaka ve toplam ölüm sayıları listelendiğinde, ülkemiz dünya sıralamasında sırasıyla 53. ve 44. sıralardadır (**Worldometer COVID-19 web sayfası**). Yani dünya sıklık sıralamasında vakalara kıyasla ölümler açısından daha ön sıralardayız. Bu basit düzeltme bile ham sayılar ile yorum yapılmasındaki hata riskine açıklık getirmektedir. Salgın eğrilerinin eksponensiyel artışı nedeni ile günlük yeni vaka sayılarındaki küçük artışların sonraki dönemde katlanarak yansıtacağı unutulmamalıdır: R_e değeri 3 olsa, bugün 1 yeni vaka gözlenmesi, o kişinin toplumdan tam olarak ayrılarak izole edilmemesi durumunda bir ay sonra 639 kişinin daha hasta olacağına işaret etmektedir. Bu nedenle, özellikle sayılar konusunda uzmanlığı olmayan kişilerin günlük ham sayılar üzerinden, enfekte kişinin koşullarını ve/veya etkili kontakt sayısını bilmeden yorum yapmaması gerekir. Benzer şekilde, vakaların kişisel ve hastalık şiddeti özellikleri bilmeden, risk faktörlerinin ülke içi kırılımlara dikkat etmeden yapılan “havuzlanmış” (*pooled*) verilerin basit analizleri, Simpson yanlılığı denilen hatalı yorumlara da götürebileceği için, özellikle halka yapılan açıklamaların ciddi bir epidemiyoloji süzgecinden geçirilmesi gerekmektedir (**Simpson, 1951; Rothman, 2012**).

Pandemilerde, “gerçek” hastalık özelinde morbidite ve mortalite hızlarının hesaplanması için salgının tamamlanması gerektiği, ara dönemde tahmini hızlarda artma ve azalmalar yaşanmasının beklenen bir durum olduğu unutulmamalı; pandemi ile mücadele başarısı ülkeler arasında karşılaştırmalar ile değil, ülkenin kendi toplumunu pandemi sonlanınca-

ya kadar ne kadar az hasarla koruyabildiği ile değerlendirmelidir. Türkiye'nin tedavi başarısı ancak hastalık şiddetine-özel ve yaşa-standardize fatalite hızlarının hesaplaması sonrası kesinlik kazanabilecektir. Salgın içinde vaka sayılarının artışı ve müdahale/açılmaların salgına olan etkilerinin değerlendirilmesi ise ulusal COVID-19 kayıt sisteminin kesintisiz, güncel, kapsayıcı ve kullanılabilir olması ile mümkündür. Filyasyon çalışmaları bu anlamda Türkiye'nin en önemli veri kaynağı olmasına rağmen maalesef epidemiyolojik değerlendirmeler için etkili kullanılamamıştır. Rutin veri sisteminin cevap veremediği durumlarda iyi planlanmış, maliyet-etkili ve sağlık müdahalelerine eşleştirilmiş çalışmalar yapılması değerli olacaktır.

Bu süreç küresel olarak az çok benzerdir. Dünya genelinde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde de, benzer olarak pandeminin erken döneminde ağırlık, hastanelerin güçlendirilmesi, hastane/yatak/yoğun bakım ünitesi/ventilatör sayısının artırılması, vaka sayısı ve ölüm sayısının kontrol edilmesine verilmiştir. Bu durum pandeminin uzun süredeki etkileri, etkili önleme müdahalelerinin neler olacağı, halkın yeterince, şeffaf ve güncel bilgiler ile aydınlatılması, kişisel sorumlulukların güçlendirilmesi konusundaki uzun dönemli çalışmalar ve bilimsel araştırmaların ikinci planda kalmasına neden olmuştur. Halpern ve ark., COVID-19 ile ilgili yakın dönemde yayınlanmış çalışmalarında bilişsel yanlılık (*cognitive bias*) kavramını tartışmış ve toplumun, görülebilen (*identifiable victim effect*) ve kısa dönemli sorunları algılamasının (*present bias*) uzak dönemi sonuçlara kıyasla daha iyi olması, olası senaryolar arasında özellikle “kendine bir şey olmayacağı”nı destekleyen “en iyi senaryoya inanmanın tercih edilmesi (*optimism bias*) durumlarının COVID-19 mücadelesinde hem politika yapıcılar hem de toplum genelinde davranış ve uygulamalarda sistematik hata nedeni olabileceğine işaret etmiştir (**Halpern ve ark., 2020**).

COVID-19 pandemisinin başlangıcında bir çok ülkede medikal kaynaklar esas olarak klinik vaka yönetimine yönlendirilmiş ise de, toplumlar vaka sayıları ile mücadelede güç kazandıkça PCR) test sayısının artması, hasta-temaslıların yakalanması, uygun izolasyon/karantina çalışmaları ile salgın odaklarının kapatılması, sekonder bulaşların önlenmesi için önemli toplumsal çalışmalara yönlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda iki önemli girişimi, Unity Studies ve Solidarity Trials, üye ülkeleri, standart formatta, ortak çalışmalar konusunda motive etmek ve epidemiyolojik kanıt sağlanmasını desteklemek için geliştirdiği örneklerdir (**WHO web page**). Epidemiyolojik araştırmalar, COVID-19 morbidite ve mortalitesine ait “gerçek” hızların hesaplanması kadar, ilişkili risk faktörlerini, bireysel riskleri, vaka sayısını azaltmada etkili müdahale yöntemlerini saptamak açısından da değerlidir. Türkiye bu iki çalışma grubunda yer almamıştır (**WHO web page**).

Özetle: Türkiye'nin COVID-19 tedavi mücadelesini klinik açıdan iyi yönettiği söylenebilirse de, COVID-19 mücadelesi ağırlıklı olarak uzman (paneli) görüşü üzerinden ve uluslararası literatüre uygun olarak yürütülmüş; ulusal verilerimize dayalı kanıt üretilmesi ve sağlık politikalarının bu kanıtlara dayandırılması konusundaki başarı klinikteki başarıyı yakalayamamıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın kendi imkânları ile ulusal temsiliyeti olan, laboratuvar destekli bir durum tespit çalışması yapmayı planlaması değerli bir adımdır. Sağlık Bakanlığı'nın bu girişimi bilimsel çevrede de ilgi yaratmış, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Başkanı tarafından “Avrupa Bölgesinde yapılan en geniş kapsamlı çalışma” olarak değerlendirilmiştir. Sonrasında ise bu araştırma, örneklem sayısının yüksek olması, sağlayabileceği kazanımların sınırlılıkları, yüksek maliyeti ve sağlık personeli üzerine etkileri konusunda değişik zaman ve yerlerde eleştiriler almıştır. Çalışma ile ilgili eleştiriler esas olarak gerek-

çe ve yönteminin bilimsel çevre ile detaylı olarak paylaşılmaması ve özellikle sahada primer görev alan sağlık personelinin yöntem ve uygulamadaki gerekçesi anlaşılmayan sorularının yanıtız kalmasından kaynaklanmıştır.

Bu yazının amacı, eldeki veriler ışığında, COVID-19 Seroprevalans Çalışması'nın yöntemsel özelliklerinin gözden geçirilmesi; açıklama gerektiren alt başlıklara dikkat çekilmesi ve (mümkünse) istatistiksel analizlerde ve raporlamada yapılabilecekler ile çalışmanın kanıt kalitesi ve maliyet-etkililiğine katkı sağlamak hedefli bir uzman görüşü sunulmasıdır. Bu kapsamda bazı epidemiyoloji temel bilgileri de özetlenerek, sahadaki meslektaşlarımızdan sık gelen sorularına da cevap verilmesi hedeflenmiştir.

Yeni Coronavirüs Hastalığı (COVID-19) Seroprevalans Çalışması

Sağlık Bakanlığı'nın 8-20 Haziran 2020 arasında verilerinin toplanmasını planladığı COVID-19 Seroprevalans Çalışması'nın yürütücüsü ve epidemiyoloji açısından planlamayı yapan(lar) bilinmediği için çalışma hakkında fazla bir detay olmasa da, illere çalışma ekiplerine gönderilen resmi yazılar kapsamında bazı yöntemsel değerlendirmeler yapılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2020)

Çalışmanın 3 temel amacı şu şekilde belirtilmiştir:

1. Türkiye'de ülke ve il düzeyinde hastalık prevalansını saptamak
2. Türkiye'de ülke ve il düzeyinde geçirilmiş hastalık düzeyini saptamak
3. Türkiye'de ülke ve il düzeyinde asemptomatik hastalık düzeyini saptamak.

Örnek seçim özellikleri: Çalışmanın amaçlarında sadece ülke düzeyinde değil aynı zamanda il özelinde hız hesaplaması yapılacağı ve serolojik testler ve PC T test pozitifliğinin farklı kombinasyonları ile eş zamanlı olarak, toplumda geçirilmiş hastalık (total immunoglobulin), asemptomatik hastalık düzeyi (PCR), hastalık prevalansının (total Ig ve PCR) belirleneceği anlaşılmaktadır. Pandeminin illerde farklı aşamalarda olması, il nüfusları ve sosyodemografik özelliklerin farklı olması, kişisel ve toplumsal müdahaleler uyuncun (*compliance*) illerde farklılık göstermesi, riskin yüksek olduğu kalabalık yaşam alanları veya yeni vaka giriş kaynaklarının (hapishane, fabrika, bakım merkezleri, havaalanı ya da marinalar vb.) illerde farklılık göstermesi nedeniyle ile-özel hızlar farklı olsa da, çalışmanın getirisi ile (-özellikle ile- özel eylem planları yapılmayacak ise) yüksek maliyeti ve sistematik hata potansiyeli arasındaki dengedikkatle tartışılmadan karar verilmemelidir. İl Hıfzıssıhha ve Pandemi Kurulları bu tür ihtiyaç tespitinde bulunursa bu tür çalışmalar il özelinde her zaman yapılabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı amaçları, bu tür bir tartışmasının dikkatle yapıldığı varsayımı ile, çalışmada örnek sayı ve seçiminin ile-özel hızlar için yeterli olmasının incelenmesini gerektirir.

İle özel hız hesaplanması dışında, 3 farklı durum için prevalans hesabı hedeflendiği için bunlar arasında beklenen prevalansı en düşük olan amaca göre örneklem hesabı yapılması gerekir: asemptomatik enfeksiyon sıklığı (amaç 3), geçirilmiş enfeksiyon yaygınlığı (amaç 2) ve hastalık prevalansı (amaç 1) içinde en düşük olması beklenen durum asemptomatik enfeksiyon sıklığı olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın 1 Haziran 2020 tarihli COVID-19 tablosuna göre aktif vaka sayısı 31.259 ve toplam vaka sayısı 164.769'dur. Bu sayılar yaklaşık binde 1.85'lik bir prevalansa karşılık gelmektedir. Gerçek COVID-19 enfeksiyon sayısının hastane başvuruları ile tespit edilenin 10 katı kadar olduğu tahmini esas alınırsa (Goli, 2020; Tradigo, 2020; Lachman, 2020), %3.7 lik bir hızı (\pm %0.7 d değeri

ve desen etkisini 2 alınarak) tayin etmek için toplam 5.587 kişiye gidilmesi yeterli olacaktır (**Dean, 2006**). Cinsiyete özel hız vermek için bu sayının yaklaşık 2 katı (11 bin kişi), eş zamanlı olarak cinsiyet ve yaş bantlarına özel hız vermek için (18 yaş ve altı, 19-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri) kabaca 34 bin kişiye gidilerek Türkiye özelinde hız hesabı yapılması mümkün olacaktır (**Dean, 2006**).

Saha ekiplerinin en sık sorduğu soru, “büyük illerde daha çok kişiye gitmek gerekmez mi?” olmaktadır. Örneklem sayısı hesaplanmasında, tip 1 (0.05) ve tip 2 hata (0.20) aynı kabul edildiği sürece minimum örnek hacmini etkileyecek ana belirteç beklenen prevalans (p) değeri, bunu hangi keskinlikle ölçmek istediğiniz ve tasarım etkisidir. Yani, ilin toplam nüfusu değil, il için beklenen prevalans değeri örneklem hacminin temel belirleyicisidir. İle-özel prevalans Türkiye ortalamasından ne kadar düşük ise gerekli sayı yukarıda hesaplananlardan o kadar yüksek olacaktır. Örneğin, İstanbul için beklenen prevalans Türkiye ortalamasının üzerinde ise yeterli minimum örneklem hacmi Türkiye için hesaplanan sayılardan (5.587, 11.000, 34.000) daha düşük olacaktır. Tasarım etkisi, kişilerin birbirine ne kadar yakın yaşadığı/çalıştığı, sık görüştüğü, maske/mesafe kuralına uyduğu vb.den etkileneceği için desen etkisi olarak kullandığımız ortalama 2 değeri çok geçerli olmasa da, çalışmada bunun illere göre farklı alınmadığı varsayılmaktadır. Genel bir değerlendirme olarak örnekleme sayısı Türkiye özelinde hız vermek için çok büyük, ama illere özel hız vermek için de (çok sayıda il için) yetersiz görülmektedir. Tabii bu tahminler detaylı çalışma raporu okunmadan geçerli olmayacaktır.

Araştırma tasarımı çalışma yönergesinde kesitsel olarak belirtilmekte, örneklem seçiminin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapıldığı ve her ilde gidilmesi gereken hane sayısının **Tablo 1**'deki şekilde verildiğini anlıyoruz. Buna göre tüm Türkiye’de toplam ulaşılması gereken hane sayısı 153.577 olarak belirlenmiş ve haneler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışma yönergesine göre “ulaşılabilir her haneden çalışma için 1 kişi seçilecektir; haneden seçilecek kişinin rasgele seçilmesi gerekmektedir”. Bu seçim doğru bir karardır, hanehalkı içi bulaş riski toplum genelinden farklı olacağı için. Hane içinden bir kişinin seçilmesinde “Kapıyı açan kişiye hanede kaç kişinin yaşadığı sorularak 1 ile hanede yaşayan kişi sayısı arasında bir rakam söylemesi istenir. Bu rakama göre hanedeki en yaşlı kişiden en gence doğru kaçınıcı kişinin seçileceğini gösterir. Örneğin: Hanede 5 kişi yaşıyorsa ve kapıyı açan kişi 2 rakamını seçerse büyükten küçüğe 2. kişi çalışmaya alınır.” şeklinde bir uygulama belirtilmektedir. “Seçilen kişi, daha önce COVID-19 hastalık tanısı almış olsa bile çalışmaya alınacak ve hem PCR için sürüntü örneği, hem de ELISA testi için kan örneği alınacaktır.” Bu uygulama da geçirilmiş ve mevcut enfeksiyon vakalarının eş zamanlı tespiti planlandığı için uygun bir yaklaşımdır, ancak, hanehalkından rastgele birey seçmek için uygulanan yöntem yeterli değildir (Bkz. aşağıda).

Araştırma örneklem sayısı ve seçim özellikleri: Çalışma örneklemini incelendiğinde, illerden seçilecek kişi sayılarının mantığı anlaşılabilir değildir (**Tablo 1**). İle-özel hız vermek için değil sadece temsiliyeti için her ilden örnek seçilmiş şeklinde düşünelim bile, basit rastgele örnekleme yapılması durumunda illere düşen sayının ilin kabaca nüfusu ile orantılı olması beklenir; ancak, gidilen ev sayısı bununla uyumlu değildir. Sağlık Bakanlığı’nın illerden ortaya çıkan vaka sayılarına göre nüfusa orantılı olmayan bir örnek seçmiş olabilirler; ancak, bu durumda örneklem hacminin (prevalansı en yüksek olan) İstanbul için en düşük olması beklenirdi, ki sayılar buna da uygun değil. Listede 10 ilde sadece 600 kişiye gidileceği belirtiliyor; buna göre bu illerde beklenen en düşük prevalans değerinin %24 olması gerekir ki, bu durum rutinde elde edilen verilerin toplumdaki gerçek değeri 100 kat az tayin ettiğine işaret edecektir, bu da beklentilere uygun değildir. Son olarak, bu

hesaplamalar desen etkisini 2 olarak kabul ederek hesaplanmıştır. İl-içi desen etkisi, özellikle, kalabalık aileler ve geleneksel yakın ilişkilerin yaygın olduğu şehirlerde, daha yüksek olabilir- bu durumda mevcut il örneklem sayıları ile-özel hız hesaplamaları için çok daha yetersiz olacaktır.

Dolayısıyla, çalışmada:

1. Örneklem sayısının neye göre hesaplandığı açık değildir? Son raporda açıklık getirilmelidir. İllere göre gidilen hane sayılarının ile-özel hız vermek için yeterli olmadığı; tip II hata payının çok yüksek olacağı düşünülmektedir. İllerdeki prevalans değerlerinin çok yüksek olmaması durumunda ile-özel hız verilemeyecektir. Bu durumda 3 amaç da il-özelinde gerçekleştirilmemiş olacaktır. İl-özelinde sonuç verilmeyecek bir çalışmada ise 154 bin kişiye gidilmesi Türkiye geneli için verilecek tahmin için gerekli değildir. Yüksek örneklem sayısı, çalışacak kişi ve laboratuvar sayısı nedeniyle bilgi toplamaya bağlı hata riskini artıracaktır. Çalışma raporunda bu özelliklerin detaylı olarak tartışılması ve rasyonelize edilmesi değerli olacaktır. Örnek grubunun basit rastgele seçilmesi uygun değildir. Enfeksiyon görülme yaygınlığının cinsiyet ve yaş ile ilişkili olduğu; asemptomatikler antikör oluşumunun semptomatiklere göre daha düşük olduğu bilinmektedir (**Long, 2020; Fafi-Kremer, 2020; Wölfel, 2020**).
2. Semptom durumunun da yaş ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durumda, örnek seçiminde hiç değilse cinsiyet ve yaş grupları için tabakalı örneklem seçilmesi uygun olurdu. Kolay bir uygulama olarak “erkek/kadın evi” veya “18 yaş ve altı/19-65 yaş/65 yaş üzeri evi” benzeri bir uygulama ile bu tabakalama kolaylıkla uygulanabilirdi. Bu artık değişmez ise de, yapılacak istatistiksel analizlerde yaş ve cinsiyete-özel hesaplamalar yapılması ve çalışılacak ilişkilerde (Odds oranı ve güven aralığı değerlerinin) yaş grupları ve cinsiyete-özel uyarlamalar (*adjustment*) yapılması kanıt kalitesini güçlendirecektir (**Rothman, 2012**).
3. Evlerde kolaylık olsun diye uygulanan evdeki kişi sayısı üzerinden seçim uygun bir randomizasyon yöntemi değildir. Hanehalkı büyüklüğü 4 olan bir toplumda, uç değerler yerine sık olarak 2 ve 3 çıkabilir. Bu da uç yaşların yakalanmasını engelleyecektir. İyi bir planlama ile hanehalkı içinden Kish yöntemi ile birey seçilmesi uygun olurdu. Bunu düzenlemek için çalışma verileri toplandığında cinsiyet ve yaş için düzeltme (*postsurvey adjustments*) yapılacağı iddia edilebilir ancak bu durum kayıp (*missing*) kişilerin evde çalışmaya çıkanlar ile aynı olduğunu kabul etmek (*non-differential information bias*) anlamına gelir ki, bu varsayımın doğrulanması kolay olmayacaktır.
4. Kaynakların sınırlı olmadığı, insangücünün sağlanabildiği ve toplumun da çalışmaya katılımında sorun yaşanmadığı durumlarda serolojik surveylerde örneklem sayısı artırılabilir. Ancak, toplum tabanlı bir çalışmada seçilen hanelere ulaşma, adreste kişiyi bulma, bulamama durumunda tekrar haneye gidişler, farklı saatlerde alınan örneklerin laboratuvarlara taşınması, bir evden seçilmiş diğer adrese transfer vb. zorluklar nedeni ile örnek sayısının yeterli minimum örnek sayısının üzerinde olmasının getireceği sorunları çok iyi değerlendirmeli, çıkan kanıtın keskinlik (*precision*) değerinin artırmak pahasına kaynak kullanımının etkisi dengelenmelidir. Bu denli büyük çalışmalara

rın yapılmasının başka önemli bir sorunu da anketör, sürüntü ve kan örneğinin alınması-saklanması-laboratuvara aktarılması, çalışmayı yapacak laboratuvar sayısı arttıkça sayıya paralel olarak çalışmaya sistematik bir hata (*bias*) getirme potansiyelidir. Başka bir ifade ile rastgele hatayı azaltırken, çalışmaya epidemiyolojik açıdan daha önemli bir sistematik hatanın eklenmesi söz konusudur. Bu nedenle, her seroprevalans çalışmasının başlangıcında güçlü bir epidemiyoloji ekibi ile çalışılması ve istatistiksel analizlerinde de survey istatistiğine hâkim uzmanların ekibe dâhil edilmesi hayatidir. Araştırmanın başlangıcında karşılanamamış bu fırsatın son raporu hazırlanırken dikkate alınması ile yakalanmasını diliyoruz.

Araştırma anket formu: Çalışmada kişilerden sürüntü ve kan örnekleri alınırken kısa bir anket ile sonucu etkileyebilecek faktörler konusunda standart bir anket ile veri toplanması değerlidir. Bu anketteki soru sayısının azaltılması için kişi bilgilerinin bilahare elektronik sağlık kayıtlarından çekilecek olması da değerli bir uygulamadır. Öte yandan hanede uygulanacak anketin içeriği uygun bulunmamıştır. Ankette vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve sigara kullanma öyküsü sorulmaktadır. Obesitenin COVID-19 riski ve hastalarda mortalite riski açısından literatürde yeterli bilgi yer almaktadır (**Yang, 2020**). Çalışmada da bu nedenle beden kütle indeksi (BMI) hesaplama hedefi olduğu düşünülmüştür. Öte yandan, beyana dayalı BMI hesabının geçerliliği ve COVID-19 literatürüne katkısı şüphelidir; bu soruya ihtiyaç olmayabilir. Ankette çok sayıda COVID-19 ilişkili semptom sorulmaktadır. Bu semptomların nasıl kullanılacağı belli değildir. Antikor pozitif olanlarda semptomların devamı mı merak ediliyor, yoksa PCR-pozitif olanlarda semptom varlığı mı incelenecek, açık değildir. PCR-pozitif çıkanlar ile bilahare iletişime geçileceği ve izole edilmeleri gerektiği açıktır (**Şekil 1b**). Dolayısıyla, semptomların o aşamada sorulması mümkün olabilirdi; bu şekilde 154 bin kişinin hepsine bu “kullanılmayacak” sorular yerine, enfeksiyon durumu ile doğrudan ilişkili olabilecek ve ülkede “normalleşme takvimi” ya da toplumsal müdahaleler konusunda kararlar için kanıt sağlayabilecek maske kullanma, mesafeye uyma, hijyen vb. durumlara uyuma yönelik sorular sorulabilir, hatta, kişilerin COVID-19 konusundaki farkındalıkları ve öngörülerini benzeri çok önemli bilgilerin öğrenilmesi mümkün olabilirdi. Anketteki bu kaçırılmış fırsatların çalışmanın maliyet-etkililiğinde önemli kayıplara neden olduğu açıktır.

Çalışmaya alınan kişilerin elektronik sağlık kayıtlarının incelenerek, kişinin anket verileri ve serolojik sonuçlarıyla birleştirilmesi önemlidir ve çalışmanın en büyük getirisinin bu olacağına inanılmaktadır. Öte yandan, raporun tartışma kısmında, bu getirinin kişilerin sağlık kayıtlarındaki ICD kodlarının eksiksiz ve doğru girilmiş olması ile sınırlı olacağı dikkate alınmalıdır.

Araştırmada kullanılan testler ve ilgili konular: Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği tartışmalı hızlı kart testleri yerine Roche firmasına ait Elecsys Anti-SARS-CoV-2 serology testi kullanıldığı anlaşılmaktadır (**Roche’s web site, 2020**). Bu test, SARS-CoV-2 rekombinant nükleokapsid proteinine karşı gelişen total antikor yanıtını ölçen ve 1 ve üzeri bir kesim noktası indeksi (oran) değeri elde edildiğinde pozitiflik bildiren, kantitatif bir antikor testidir. Roche Elecsys seroloji testi IgA, IgM, ve IgG total ölçümünü verdiği için erken dönemde de immünglobulün yanıtını verebilmektedir (**Şekil 2**). SARS-CoV-2 PCR ile karşılaştırıldığında testin spesifitesi %98.7 (%95GA= 95.6-99.8) olarak hesaplanmıştır (**Tang, 2020**). Duyarlılık değeri enfeksiyon tarihinden itibaren farklılık gösterse de, semptomların başlangıç tarihinden itibaren 14. gün sonrasında %89.4 (%95 GA= %76.9-%96.3)dür; PCR pozitifliğinden sonra 14. Gün ve sonrasında duyarlılık %75.0

(%95 GA= %47.6-%92.7) olarak belirtilmektedir. Bu değerler test firmasının belirttiği %100 değerinden az olsa da, duyarlılık açısından yüksek bir değer kabul edilebilir. **Şekil 1a-b**'de gözlemlendiği gibi, total antikor düzeyine göre değerlendirme yapıldığında, testin pozitif olması durumunda hastanın enfeksiyonu ne kadar önce geçirdiği anlaşılamayacaktır. Çalışmada PCR testinin bu durumun ayrıştırılmasında kullanılabileceği düşünülmektedir. Çalışma grubunda eş zamanlı olarak PCR ve antikor pozitif bulunan vakalarda bunun analizlerde dikkate alınması ve çalışma son raporunda bu konuya açıklık getirilmesi uygun olacaktır.

Literatür ışığında PCR testi COVID-19 tanısı için altın standart kabul edilse de, sahada kullanımında duyarlılığının %40-%50 civarında olması beklenmektedir; pozitif test çoğu durumda anlamlı ise de, negatif testin tekrarlanması çoğu durumda gerekli olmaktadır (**Zitek, 2020**). PCR testinin COVID-19 tanısı koyma duyarlılık değeri yüksek olmadığı gibi, testin kendisi kadar örneği alan kişi, (etkenle karşılaşmış olanlarda) örneğin alındığı tarih, örneğin taşıma vb özelliklerden etkilenmektedir (**Zitek, 2020**). Bu nedenle, çalışmada PCR testlerine ait yanlış negatiflik (*false negativity*) yüzdesive örneğinin büyüklüğüne/laboratuvar sayısına bağlı ölçüme bağlı sistematik yanlışlık düzeyinin (*information bias*) yüksek olması kaçınılmazdır (**Rothman, 2012**). Son raporda buna ait bir değerlendirmeye yer verilmesini bekliyoruz.

Terminoloji, COVID-19 Serosürveyansı: Seroprevalans kelimesi genel olarak serosürveyans çalışmaları sonrasında hesaplanan “ilgili hastalık” yaygınlığını rapor etmede kullanılır (**Rothman, 2012**). Toplumlarda serolojik örneklerde yapılan incelemelerde belirli bir hastalık açısından ilgili teste ait pozitiflik değeri (yaygınlık durumuna göre yüzde veya binde olarak ifade edilebilir) hesaplanır (**Bendavid, 2020**). Hastalığı geçiren herkeste antikor oluştuğu ve kaybolmadığı varsayılan durumlarda antikor varlığı hastalığı geçirmiş olma ile eş kabul edilir. Bunu iddia edebilmek için kullanılan antikor testinin sensitivite (duyarlılık) ve spesifitesi (özgünlük) değerlerinin yüksek olması önemlidir. Ölçülen değer nötralizan antikor ise “bağışıklık” durumundan bahsedilebilir. Mevcut veriler ışığında COVID-19 testleri pozitifliği bağışıklık ile eş tutulmamakta; test pozitif olanların tekrar COVID-19 olmayacağı ve antikor değerlerinin ne süre ile kalacağı henüz açık değildir (**Long, 2020**). Bu nedenle, çalışma sonrası elde edilen değerler “toplumun yüzde/binde .. kadarı COVID-19 enfeksiyonu geçirmiştir” ifadesinin kullanılması doğru olacaktır. Bu değer toplumsal bağışıklık göstergesi olarak kullanılması şu an itibarı ile doğru değildir.

Sosyal medyada sıkça yer alan “toplumda COVID-19 taraması” ifadesi dilbilim açısından yanlış değilse bile teknik olarak yanlış bir ifadedir. Benzer yanlış kullanımlar pandemi süresince tepe değeri (*peak*), salgın eğrisi (*curve*) ve dalga (*wave*) kelimelerinin gelişigüzel kullanılması şeklinde oldu ve sonrasında düzeltmek mümkün olamadı. Epidemiyolojide tarama testi tanı testlerine kıyasla daha ucuz, kolay uygulanabilir, kabul edilebilir testlerdir; ancak, test pozitifliğinin tanı testleri ile (bir üst basamakta) teyit edilmesi gerekir. Seroprevalans çalışmasında kullanılan test tanı testidir (yani hastanede de kullanılan testtir). Doğru ifade “toplumda, COVID-19 hastalığını almış (SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş) ancak tanı almamış kişilerin belirlenmesi” olabilir. “Bağışıklık” kelimesinin de kullanımı şu an için uygun değildir çünkü tespit edilen antikorların nötralizan özelliği ve enfekte kişide kalış süresi kesin değildir (**Long, 2020**).

Son olarak, çalışma seroprevalans tespitine yönelik bir serosürveyans çalışması olarak ifade edilirse, maksadını daha iyi ifade eder kanısındayım. Diğer ülkelerde yapılan seçil-

miş gruplara ait COVID-19 için seroprevalans hesaplanması esas olarak salgının çok hızlı ilerlediği yerlerde (örneğin New York'da) risk toplumunda enfeksiyonun iyice yaygınlaştığı dönemde, toplumsal bağışıklığa yakınlık düzeyini belirlemek için yapılmış, bir kerelik bir değerlendirmedir (**Stadlbauer, 2020; CDC web page**). Sağlık Bakanlığı'nın seroprevalans araştırması ile, açık olarak tasarımda belirtilmese de, sadece bir kerelik hız tahmini yapmaktan ziyade ülkeyi temsil eden bir örnekte serolojik test sonuçlarının kişisel tanımlayıcı özellikler, hastane kayıtlarından elde edilecek sağlık verileri vb. ile ilişkilendirilerek; hastalık ve ölüm ile ilişkili analizler yapacağı ve bunların sonuçlarını takip etmek isteyeceğini tahmin ediyorum. Aksi halde bu kadar maliyetli bir iş yapılmazdı. Bu durumda yapılan çalışma bir serosürveys çalışması kabul edilebilir.

Serosürveys, kelime anlamı ile, kan örnekleri alınma yoluyla yapılan süveys aktivitesi olup, toplumlarda hastalık yükü veya bağışıklık farklılıklarını göstermek amacıyla yapılır (**Rothman., 2020**). Halk sağlığında serosürveys en sık olarak aşılama çalışmaları sonrasında bir ya da birden çok hastalık için eş zamanlı olarak yapılır. Amaç, sadece kan örnekleri yoluyla hastalık yaygınlığını tanımlamak dışında kişisel özellikler, hastalık açısından risk faktörleri, diğer hastalıklar vb. konularda da anketler yoluyla kişilerden veri toplayarak (*survey*) hastalık ile ilişkili analizler yapmak, rapor hazırlamak, paydaşlar ile paylaşım ve buna göre sağlık politikaları oluşumu, takibi ve düzenlenmesine katkı sağlamaktır. Bu tür aktiviteler var olan ya da yeni oluşturulması planlanan rutin süveys programlarını zenginleştirmek için kullanılır.

Türkiye, yıllardır çok sayıda salgın ile mücadele etmiş ve aşı ile korunabilir hastalıklar ile mücadelede ciddi bir deneyime sahip olup, serosürveys çalışmaları halk sağlığı uzmanlık programlarında vurgulanan bir çalışma alanıdır. COVID-19 pandemisinde serosürveys çalışmaları asemptomatiklerin yüzdesinin hesaplanmasında; hastanelere başvuran/tespit edilebilen vaka sayısı üzerinden "gerçek" sayılar için projeksiyonlar yapılabilmesinde; yüksek riskli gruplarda (sağlık personeli, kapalı topluluklar), toplumu temsil eden örneklerde durum saptamada; kişisel risk faktörlerinin bulaştaki etkilerinin saptanmasında; kişilerin toplumsal önlemlere uyma durumlarının bulaşma etkilerinin saptanmasında; enfeksiyon-fatalite hızlarının hesaplanmasında; işe dönme kararlarında ve toplumsal bağışıklığa yakınlığın hesaplanmasında kullanılabilir (**Krsak, 2020**). Özellikle, ülkemiz benzeri nüfusu fazla yerlerde, bölgeler arası farklılıklar nedeniyle, merkezi sistem içinde il/bölge özelinde uygulanan farklı/ek süveys aktiviteleri entegre olarak uygulanabilir.

COVID-19 hastalığının dünyada var olduğu sürece ülke olarak COVID-19 için düzenli bir süveys (pasif, arada aktif güçlendirmelerle) sistemi kurulması gerekli görülmektedir. Bu sistem, halen var olan Influenza veya SARI süveys programları ile birleştirilebilir. Serosürveys çalışmalarının sonlanım hedefinin verilerin analiz edilip, detaylı raporlarla paydaşları ile tartışılması ve sağlık politikalarının bu kanıtlara dayalı olarak yapılması olduğudur. Kullanılmayacak hiç bir araştırma ne kadar basit olursa olsun yapılmamalıdır; kaynak ve emek israfı olur ve kişilerin araştırma motivasyonunu kırar.

Çalışmanın zamanlaması ve etik konular: Çalışmada antikör tayini ile toplumsal bağışıklık (*herd immunity*) düzeyine ne kadar yaklaşıldığının tayini hedeflenmiş olabilir. Önceki kısımlarda antikör pozitifliği ile bağışıklık arasındaki farktan yeterince bahsedildi. Ek olarak, çalışma tarihi itibarı ile tayin edilmiş resmi toplam vaka sayısına göre binde 2 olan bir prevalansın, beklenen %40-%60 bağışıklık değerine yakın olması için sağlık sisteminin vaka yakalama gücünün 1/200-1/300 olduğunu kabul etmek gerekir. Bu açıdan

çalışmanın zamanlaması “çok erken” olmuştur. Öte yandan, “normalleşme” 11 Mayıs tarihinde, ikinci aşama 1 Haziran’da başlamış iken bu çalışma toplumsal bağışıklık için yapılmış ise, bu durumda da “geç kalmış” bir çalışmadır. Çalışmada antikor tayini yanına bir de PCR testi eklenmesi dikkat çekicidir. Araştırmanın pandeminin 3. ayını tamamladığı, yeni vaka sayılarının 1000’lerde olduğu bir dönemde yapılması; epicenter konumundaki İstanbul’un şehir sınırlarının seyahate açılması sonrası Anadolu’da vaka artışının başladığı döneme gelmesi ve çalışmaya bir PCR testi eklenmesi “gecikmiş bir erken dönem” çalışması olarak planlanmış olabileceğini düşündürür. Öte yandan, hedeflenen şayet “yakalanan” vaka sayısının “gerçek” vaka sayısını tayin etmekte ne kadar “belirleyici” olduğunu tahmin etmek ise, bunun için tüm Türkiye’ye gidilmesi yerine, daha küçük, olası karıştırıcı ve etki değiştirici faktörler açısından heterojen birkaç toplulukta yapılması yeterli ve sistematik hataya duyarlılığı düşük olabilirdi. Kısaca, çalışma hedefi ne olursa olsun, seroprevalans çalışmasının zamanlaması ve/veya tasarımı nedeni ile olası etki potansiyeli maliyetine kıyasla düşük kalacaktır.

Çalışma verilerinin düzgün analizi, etkili tartışılması ve COVID-19 mücadele politikalarına yansımaları oranında bu maliyetin karşılık bulması mümkün olabilir. Bu çalışma sonrasında Sağlık Bakanlığı’nın epidemiyoloji alanında uzmanlaşmış ve bu alanda çalışan kişilerden daha çok yararlanması, görüş alması, plan ve uygulamalara dâhil etmesini diliyor ve bekliyoruz.

TTB tarafından da önemle altı çizilen bir başlık olarak Seroprevalans Çalışması yapıldığı tarih itibarı ile COVID-19 pandemisi ülkede halen aktif olarak devam etmekte idi. Bu nedenle, araştırmada yer alan sağlık personeli araştırma için gerekli 1 aylık bir dönemde ekstra bir iş yükü üstlenmiştir. Aynı gün içinde çok sayıda evin aynı kişisel donanım ile tek tek gezilmesi, örneklerin evlerde alınması, hem çalışanlarda enfekte olma hem de enfeksiyonu diğer hanelere taşıma riskini artırmıştır. Araştırmada aktif çalışan grupta enfeksiyon gelişme durumunun belirlenmesi, kişilerin uygun şekilde tedavi edildiğinin raporlanması değerli olacaktır. Çalışmada sahada yer alan ekip üyelerinin araştırma sonuçlarından haberdar edilmesi, çalışma raporuna isimlerinin eklenmesi, mümkünse bir katılım (teşekkür) belgesi sunularak onore edilmesi önemlidir.

Son olarak, çalışmaya dâhil edilen kişilerin çalışma konusunda bilgilendirilmiş onamlarının nasıl alındığı, araştırmanın etik kurul onay aşaması ve özellikle alınan kan örneklerinin kullanılması ve yok edilmesi aşamalarında alınan önlemler önemlidir ve çalışma raporunda detaylı olarak tartışılması gereklidir.

Sağlık Bakanlığı COVID-19 Seroprevalans Çalışması bundan sonra yapılacak benzeri çalışmalar için önemli bir kaynak olacağı gibi, diğer ülkeler tarafından da sonuçları merakla beklenen bir çalışma özelliğindedir. Bu nedenle raporunun hazırlanmasında yönetsel detaylara yer verilmesi, bulguların olası hata kaynaklarını dikkate alarak değerlendirilmesi, güçlü yanları kadar kısıtlılıklarına da yer verilmesi değerli olacaktır.

Beklentilerimiz

Türkiye’de Haziran 2020 ayı dâhiline Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan COVID-19 seroprevalans çalışması tasarımı, örneklem seçimi, uygulamada kullanılan anket ve testler ile zamanlaması açısından bilim insanları ve akademisyenlerde kafa karışıklığına neden olmuştur. Çalışma ekibinin konuya açıklık getirmemesi, gerekçe, hedef ve analiz önerilerinin detayları ile paylaşmaması da bu kaygıları artırmıştır.

Çalışma sonuçlarının detaylı olarak raporlanarak bilim insanları ile paylaşılmasının bu kaygıları azaltması beklenmektedir. Planlama ve uygulama aşamasında tespit edilen bazı eksikliklerin analiz aşamasında düzenlenmesi ve olası yanlılık (bias) kaynaklarının yeterince tartışılması kanıt kalitesini güçlendirebilir.

Sağlık politikalarının kanıta dayalı uygulanması, kanıt sağlamak konusunda milli kaynakların araştırmacıları destekler şekilde şeffaf, adil, uygun şekilde kullanılması önemlidir. COVID-19 sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal tüm boyutlarını etkilemekte olup, araştırmaların multidisipliner ekipler tarafından araştırma prensipleri, etik kurallar, uygun analitik yöntemler kullanılarak yapılması hayatidir. Özgün çalışmalar sadece ulusal hedeflerin gerçekleşmesine katkı sağlamayacak, küresel bilgi havuzuna da değer katacaktır. Türkiye Mart ayında vakalar başladığında, Çin’in deneyimlerinden nasıl yararlanmış ise Türkiye’de deneyimleri ve başarılı girişimlerinin sonuçlarını paylaşarak hem sorumluluğunu yerine getirecek, hem de verilen emeklerin etkisini artıracaktır.

Uluslararası hakemli dergilerde yer alan COVID-19 yayınlarını toplayan LitCovid veri tabanında yer alan 26504 toplam yayın içinde, Türkiye kaynaklı dergilerdekiler de dâhil olmak üzere, sadece 56’sında (binde 2) Türkiye yer almaktadır ve yazıların çoğunluğu görüş/derleme niteliğindedir (**LitCovid web site, 2020**).

Sağlık Bakanlığı hizmet sunumunda aldığı merkezi sorumluluğu bilimsel alanda da üstlenmek istiyorsa güçlü bir epidemiyoloji uzman ekibinden danışmanlık almalı, mümkünse birlikte çalışmalıdır. Araştırmaların bir kerelik, sayılar üzerinden, anlık değerlendirmeler için değil, ileriye dönük öngörüler sağlamak, politika geliştirmeye kaynak sağlayacak özellikte planlanması, uzun vadede yıllarca kullanılabilecek, bundan sonraki benzeri pandemiler için de hazır olmayı destekleyecek süreyans sistemlerine alt yapı oluşturulacak şekilde planlanması gereklidir. Bilim insanlarımız son 4 aydır, günlük ham sayılar üzerinden çeşitli varsayımlar ile projeksiyon ve karşılaştırmalar yapmak; özellikle sosyal medya üzerinden konuya hakim olmayan kişilerin varsayımlar üzerinden halkın yanlış yönlendirilmesine müdahale edememek; uzmanlık alanları temelinde sisteme katkı sağlayamamak nedeniyle rahatsızdır. Benzer şekilde, Sağlık Bakanlığı da az sayıda kişi ve uzman ile her konuya yetişmeye çalışırken gecikmelerle karşılaşmakta, yurtdışına COVID-19 mücadelesindeki başarılarını yeterince gösterememekte, kararlarını dayandırdığı veri ve kanıtları paylaşmadığı için bilimsel camiada eleştirilerle maruz kalmaktadır. Önümüzdeki uzun COVID-19’lu yaşam sürecinde, Bakanlık-sağlık personeli-akademi-bilim dünyası arasındaki iletişim ve işbirliğinin artması; geçerli ve güvenilir kanıt üretimi ve kanıta dayalı halk sağlığı ve sağlık politikaları uygulamaları ile ülkemizin sadece klinik değil bilime katkı anlamında da lider ülkeler ile yarışır hale gelmesini diliyorum.

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı Türkiye Seroprevalans Çalışması için İl Özelinde Gidilmesi Planlanmış Örnek Hacimlerinin 2020 İl Nüfusları İçindeki Payının Dağılımı (Haziran 2020)

İl Kodu	İl Adı	Ulaşılabilecek Hane*	İl 2020 nüfusu	Örnek/Nüfus (%)
11	Bilecik	600	219,427	2,73
26	Eskişehir	600	887,475	0,68
28	Giresun	600	448,400	1,34
54	Sakarya	600	1,029,650	0,58
56	Siirt	600	330,280	1,82
57	Sinop	600	218,243	2,75
67	Zonguldak	600	596,053	1,01
69	Bayburt	600	84,843	7,07
72	Batman	600	608,659	0,99
77	Yalova	600	270,976	2,21
75	Ardahan	742	97,319	7,62
47	Mardin	773	843,671	0,92
24	Erzincan	816	234,747	3,48
64	Uşak	850	370,509	2,29
50	Nevşehir	862	303,010	2,84
32	Isparta	986	444,914	2,22
79	Kilis	1001	142,490	7,03
18	Çankırı	1012	195,789	5,17
30	Hakkari	1012	280,991	3,60
42	Konya	1105	2,232,374	0,49
78	Karabük	1122	248,458	4,52
05	Amasya	1137	338,645	3,36
13	Bitlis	1177	348,115	3,38
76	İğdir	1191	199,442	5,97
49	Muş	1244	408,809	3,04
36	Kars	1258	285,410	4,41
74	Bartın	1263	198,249	6,37
53	Rize	1281	343,212	3,73
20	Denizli	1309	1,037,208	1,26
22	Edirne	1315	413,903	3,18
81	Düzce	1334	392,166	3,40
59	Tekirdağ	1340	1,055,412	1,27
29	Gümüşhane	1348	164,521	8,19
10	Balıkesir	1352	1,228,620	1,10
55	Samsun	1368	1,348,542	1,01
39	Kırklareli	1380	361,836	3,81
38	Kayseri	1399	1,407,409	0,99
08	Artvin	1460	170,875	8,54
60	Tokat	1461	612,747	2,38
45	Manisa	1520	1,440,611	1,06
21	Diyarbakır	1543	1,756,353	0,88
62	Tunceli	1558	84,660	18,40
04	Ağrı	1610	536,199	3,00

Tablo 1 (devamı). **Sağlık Bakanlığı Türkiye Seroprevalans Çalışması için İl Özelinde Gidilmesi Planlanmış Örnek Hacimlerinin 2020 İl Nüfusları İçindeki Payının Dağılımı (Haziran 2020)**

İl Kodu	İl Adı	Ulaşılabacak Hane*	İl 2020 nüfusu	Örnek/Nüfus (%)
17	Çanakkale	1637	542,157	3,02
73	Şırnak	1641	529,615	3,10
14	Bolu	1668	316,126	5,28
02	Adıyaman	1674	626,465	2,67
44	Malatya	1681	800,165	2,10
52	Ordu	1712	754,198	2,27
25	Erzurum	1728	762,062	2,27
37	Kastamonu	1816	379,405	4,79
12	Bingöl	1865	279,812	6,67
51	Niğde	1866	383,861	4,86
01	Adana	1872	2,237,940	0,84
58	Sivas	1954	638,956	3,06
40	Kırşehir	1962	242,938	8,08
65	Van	2010	1,136,757	1,77
61	Trabzon	2049	808,974	2,53
70	Karaman	2133	253,279	8,42
46	Kahramanmaraş	2135	1,160,834	1,84
03	Afyonkarahisar	2251	729,483	3,09
71	Kırıkkale	2308	283,017	8,15
15	Burdur	2454	270,796	9,06
27	Gaziantep	2651	2,069,364	1,28
68	Aksaray	3061	416,367	7,35
33	Mersin	3068	1,840,425	1,67
48	Muğla	3115	983,142	3,17
43	Kütahya	3226	579,257	5,57
80	Osmaniye	3274	538,759	6,08
31	Hatay	3338	1,628,894	2,05
23	Elazığ	3390	591,098	5,74
63	Şanlıurfa	3536	2,073,614	1,71
66	Yozgat	3563	421,200	8,46
19	Çorum	3583	530,864	6,75
16	Bursa	3599	3,056,120	1,18
06	Ankara	4090	5,639,076	0,73
07	Antalya	4157	2,511,700	1,66
35	İzmir	4254	4,367,251	0,97
41	Kocaeli	4345	1,953,035	2,22
09	Aydın	4764	1,110,972	4,29
34	İstanbul	8018	15,519,267	0,52
	TÜRKİYE	153,577	83,154,997	1,85

*Her haneden rastgele bir kişi seçileceği belirtildiği için hane sayısı ile örnekteki kişi sayısı aynı kabul edilmiştir

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 8 Haziran 2020 tarih ve 13588366-149 Sayılı yazısı eki

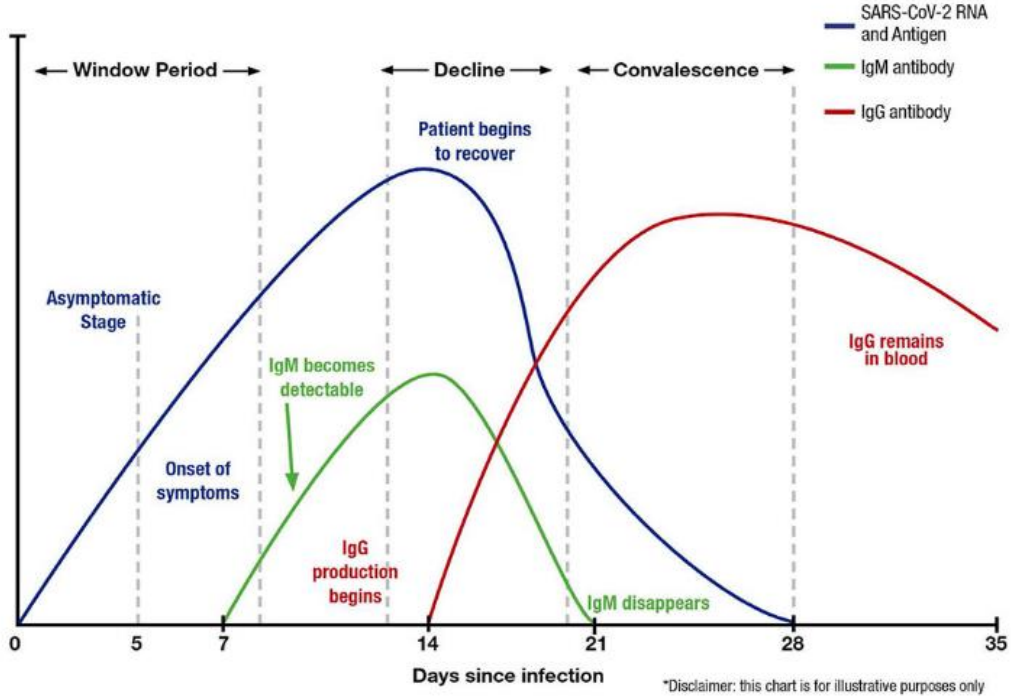


Figure 1: Theoretical Variation of the Levels of SARS-CoV-2 RNA/Antigen, IgM and IgG after infection.

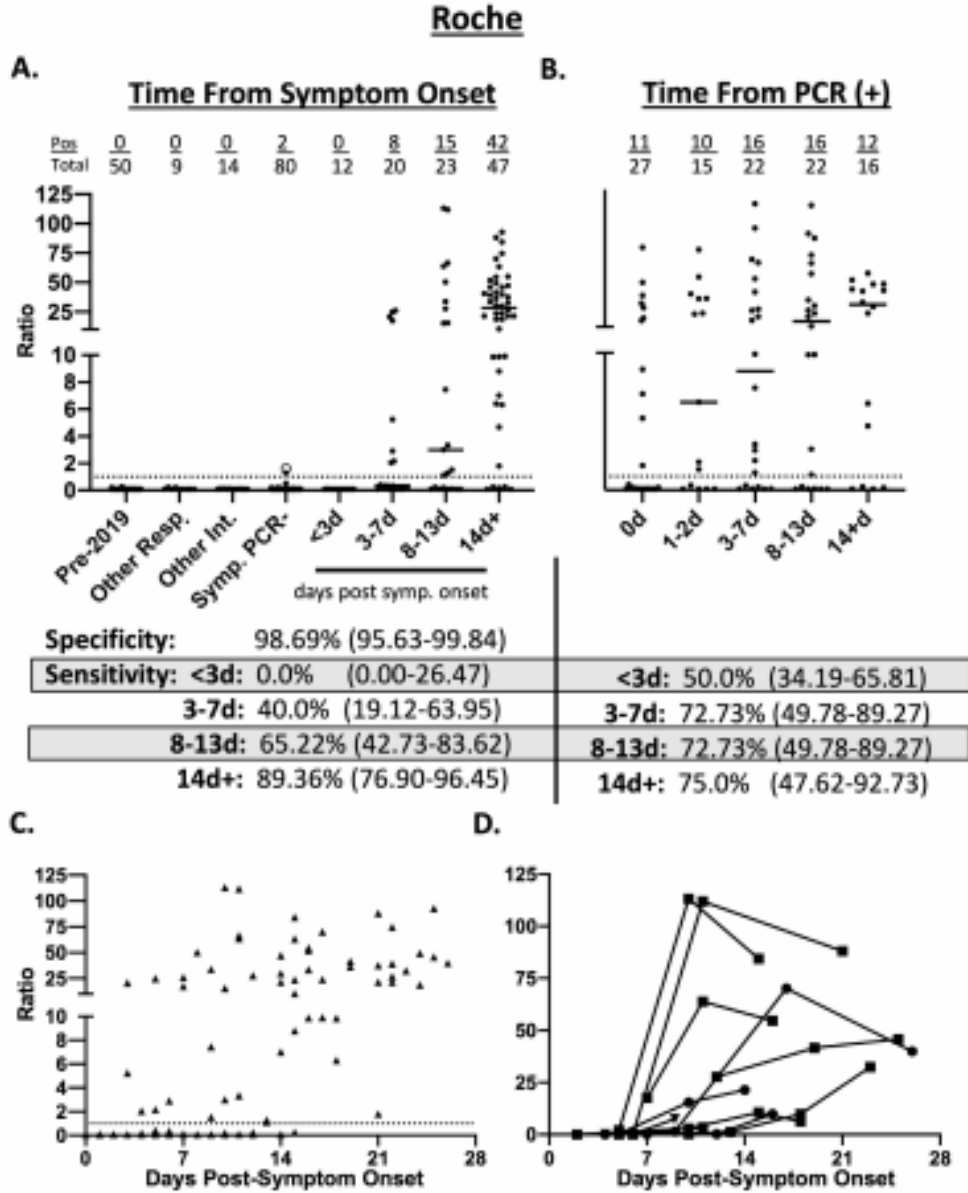
Şekil 1a. SARS-CoV-2 RNA/antijen, ıgM ve IgG düzeylerinin zaman içinde gelişiminin şematik gösterimi

Kaynak: <https://www.diazyme.com/covid-19-antibody-tests>

Test sonucu			Klinik Anlamı
RT-qPCR	IgM	IgG	
+	-	-	Hasta enfeksiyonun pencere döneminde olabilir
+	+	-	Enfeksiyonun erken döneminde olabilir
+	+	+	Aktif enfeksiyon
+	-	+	Enfeksiyonun geç dönemi ya da tekrar
-	+	-	Hasta enfeksiyonun erken döneminde olabilir. PCR yanlış negatif olabilir
-	-	+	Kişi enfeksiyonu geçirmiş veya iyileşmiş
-	+	+	Kişi iyileşme aşamasında veya RT-qPCR sonucu yanlış negatif.

Şekil 1b. COVID-19 vakalarında tanı testi sonuçlarının klinik açıdan karşılıkları

Kaynak: Guo, L., 2020; Jin., Y, 2020; Liu, W., 2020; Xiao, D.A.T., 2020; Zhang, W., 2020; Zhao, J., 2020.



Şekil 2. COVID-19 Seroprevalans Çalışması'nda kullanılan serolojik testin özellikleri-hastalık başlangıcı (A, C) ve PCR-pozitifliği (B, D) sonrası günlere göre değerleri

Kaynak:Tang, M.S., Hock, K.G., Logsdon, N.M., Hayes, J.E., Gronowski, N.W., Farnsworth, C.W.(2020) Clinical Performance of the Roche SARS-CoV-2 Serologic Assay. Clin Chem doi: 10.1093/clinchem/hvaa132.

Kaynaklar

- Bendavid, E., Mulaney, B., Sood, N., Shah, S., Ling, E., Bromley-Dulfano, R., et al.(2020). COVID-19 Antibody Seroprevalence in Santa Clara County, California MedRxiv Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20062463>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) web page.(2020) COVID-19. Case, Data and Surveillance. COVID-19 Serology Surveillance Strategy. Erişim tarihi 2 Temmuz 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/serology-surveillance/index.html>
- Dean, A.G., Sullivan, K.M., Soe, M.M. (2006) OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version., updated 2013/04/06, Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, www.OpenEpi.com
- Fafi-Kremer , S., Bruel, T., Madec, Y., Grant, R., Tonduer L., et al. (2020) Serologic responses to SARS-CoV-2 infection among hospital staff with mild disease in eastern France. MedRxiv. Erişim tarihi 3 Temmuz 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.19.20101832>
- Goli, S., James, K.S. (2020) How Much India Detecting SARS-CoV-2 Infections? A Model-Based Estimation. Public and Global Health; doi:10.1101/2020.04.09.20059014
- Guo, L., Ren, L., Yang, S., Xiao, M., Chang, D., Yang, F., et al.(2020) Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19)Clin Infect Dis Erişim tarihi 1 Temmuz 2020 doi: 10.1093/cid/ciaa310.
- Halpern, S.D., Truog, R.D., Miller, F.G. (2020) Cognitive bias and public health policy during the COVID-19 pandemic. Viewpoint. JAMA, Erişim Tarihi 3 Temmuz 2020, doi:10.1001/jama.2020.11623, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2767950>
- Jin, Y., Wang, M., Zuo, Z., Fan, C., Ye, F., Cai, Z., et al.(2020) Diagnostic Value and Dynamic Variance of Serum Antibody in Coronavirus Disease 2019 J Infec Dis 94:49-52 Erişim tarihi 1 Temmuz 2020 doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.065.
- Krsak, M., Johnson, S.C., Poeschla, E.M. (2020) COVID-19 Serosurveillance May Facilitate Return-to-Work Decisions The American Society of Tropical Medicine and Hygiene 102(6);1189-1190 Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0302>
- Lachmann, A., Jagodnik, K.M., Giorgi, F.M., Ray, F. (2020) Correcting under-reported COVID-19 case numbers: estimating the true scale of the pandemic. medRxiv. doi:10.1101/2020.03.14.20036178
- Liu, W., Liu, L., Kou, G., Zheng, Y., Ding, Y., Ni, W., et al.(2020) Evaluation of Nucleocapsid and Spike Protein -based ELISAs for 2 detecting antibodies against SARS -CoV2. J Clin Microbiol. Erişim tarihi 1 Temmuz 2020 doi:10.1128/JCM.00461-20
- LitCovid web site,Erişim tarihi 2 Temmuz 2020<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/>
- Long, Q., Liu, B., Deng, H. et al.. (2020). Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients with COVID-19. *Nat Med* 26, 845–848. Erişim tarihi 3 Temmuz 2020. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0897-1>
- Roche’s web site(2020). Roche’s COVID-19 antibody test receives FDA Emergency Use Authorization and is available in markets accepting the CE mark. Erişim tarihi 2 Temmuz 2020, <https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2020-05-03.htm>
- Rothman, KJ,Greenland, S, Lash, TL. (2012) Modern epidemiology (3rd ed.). NY: Lippincott Williams & Wilkins
- Sağlık Bakanlığı Türkiye’deki Güncel Durum web sayfası (2020) Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- Simpson, E.H. (1951) The interpretation of interaction in contingency tables. J R Stat Soc B. 13:238–241
- Stadlbauer, D., Tan, J., Jiang, K., Hernandez, M., Fabre, et al. (2020).Seroconversion of a city: Longitudinal monitoring of SARS-CoV-2 seroprevalence in New York City. Erişim tarihi 3 Temmuz 2020,doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.28.20142190>
- Tang, M.S., Hock, K.G., Logsdon, N.M., Hayes, J.E., Gronowski, N.W., Farnsworth, CW. (2020) Clinical Performance of the Roche SARS-CoV-2 Serologic Assay. Clin Chem 2020 Erişim tarihi 2 Temmuz 2020. doi: 10.1093/clinchem/hvaa132.



- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 8 Haziran 2020 tarih ve 13588366-149 Sayılı yazısı ve 8 adet eki
- Tradigo, G., Guzzi, P.H., Veltri, P. (2020) On the Assessment of More Reliable COVID-19 Infected Number: The Italian Case. Health Informatics. doi:10.1101/2020.03.25.20043562
- WHO web page. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: The Unity Studies: Early Investigations Protocols. (2020) Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
- WHO web page. “Solidarity” clinical trial for COVID-19 treatments. (2020) Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>
- Worldometer web sayfası. COVID-19 Coronavirus Pandemic (2020) Erişim tarihi 3 Temmuz 2020, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Wölfel, R., Corman, V.M., Guggemos, W. et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 581, 465–469 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>
- Xiao, D.A.T., Gao, D.C., Zhang, D.S..(2020) Profile of specific antibodies to SARS-CoV-2: the first report. *J Infect* 2020 pii: S0163-4453(20)30138-9. Erişim tarihi 2 Temmuz 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.012.
- Yang, J., Hu, J., Zhu, C. (2020) Obesity aggravates COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Med Virology*. Erişim Tarihi 3 Temmuz 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.26237>
- Zhao, J., Yuan, Q., Wang, H., Liu, W., Liao, X., Su, Y., et al.(2020) Antibody Responses to SARS-CoV-2 in Patients of Novel Coronavirus Disease 2019 Erişim tarihi 1 Temmuz 2020, doi: 10.1093/cid/ciaa344.
- Zhang, W., Du, R.-H., Li, B., Zheng, X.-S., Yang, X.-L., Hu, B., et al. (2020) Infected Patients: Implication of Multiple Shedding Routes *Emerg Microbes Infect* 9(1):386-389.doi: 10.1080/22221751.2020.1729071.
- Zitek, T. (2020) The Appropriate Use of Testing for COVID-19 *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 21(3) Erişim tarihi 2 Temmuz 2020 doi: 10.5811/westjem.2020.4.47370, <https://escholarship.org/uc/item/1qh0z5t0>

14. BÖLÜM: SALGINLA BAĞLANTILI GIDA VE EKOLOJİ SORUNLARI

Salgınla Bağlantılı Gıda ve Ekoloji Sorunları

Gıda Müh. Dr. Bülent Şık
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Korona virüs salgınının yaban hayatın tahribi, biyoçeşitlilik kaybı, ormansızlaştırma, aile çiftçiliğinin aşındırılması, kitlesel-endüstriyel hayvan yetiştiriciliği sektörü başta olmak üzere bir dizi sosyal ve ekonomik sorunla yakından ilgisi vardır. Gıdalar birbiri ile içiçe geçmiş bu sorunların kesişim kümesinde yer alıyor. Dolayısıyla mevcut COVID-19 pandemisi iyi işlemeyen bir gıda üretim sisteminin olağan sonuçlarından biri olarak da görülebilir. Bu çerçevede ekolojik tahribatın önlenmesi, yaban hayatın, ormanların ve sulak alanların korunması, bitkisel ve hayvansal gıdaların üretiminde agroekolojik yöntemlerin egemen kılınması koronavirüs vb. etkenlerin yol açacağı salgınları önlemede bir gerekliliktir.

Bu bağlamda bakıldığında pestisitler başta olmak üzere tarımda toksik kimyasal kullanımını azaltma, ekolojik üretim yöntemlerini yaygınlaştırma, aile çiftçiliğinin desteklenmesi, yerel üretim-tüketim ağlarının oluşturulması, işçi sağlığı, çocuklar, yaşlılar ve mülteciler gibi toplumsal olarak kırılgan grupların korunması, çevre kirliliğinin engellenmesi gibi birbirinden ayrışık görünen çeşitli sorun ve mücadele alanlarının yaşanan korona salgınının gerçek nedenlerini anlamamızı sağlayacak ve ne yapılması gerektiğine de ışık tutacaktır.

Toksik kimyasallar bağışıklık sistemine zarar verir, bağışıklığı zayıflatır. Örneğin havası kirletilmiş bir bölgede yaşamak, çalışma ortamında toksik maddelere maruz kalmak, pestisitler, ağır metaller gibi toksik kimyasal kalıntıları içeren gıda ürünleri ile beslenmek bağışıklık sistemini zayıflatmaktadır. Bağışıklık sisteminin zayıfladığı ya da zarar gördüğü kişilerde enfeksiyon hastalıkları daha ağır seyretmektedir. Dolayısıyla çevre kirliliğini, gıdalardaki toksik kimyasal kalıntılarını ya da hava kirliliğini önlemeye yönelik çalışmaları da yaşanan koronavirüs salgınına yönelik mücadelenin bir parçası olarak görmek gerekmektedir.

Korona virüs salgınının geçici, tıbbi tedavide kullanılabilir bir ilaç ya da aşı geliştirildiğinde ortadan kalkacak bir sorun olarak algılanmasının doğru olmayıp zoonotik etkenlerden kaynaklanan riskler sürekli büyümekte ve bir sürekliliğe dönüşmektedir. Bir süre sonra ve belki de çok daha büyük bir tehlike yaratacak bir başka virüs salgınının ortaya

çıkması çok muhtemeldir. Öyleyse meseleyi ilaç, aşı tartışmalarının ötesine taşımak, salgına yol açan toplumsal koşullar üzerinde durmak bir gerekliliktir.

Sağlık ile ilgili meselelere “ekoloji, hayvan, insan” ilişkilerini gözeten “Tek Sağlık” perspektifi çerçevesinden bakılması birbirinden ayrışık görünen meselelerin ilişkisel bir bağlamda anlaşılmasına, meseleler arasında bağ kurulabilmesine ve dolayısıyla daha toplumsal bir bakış açısı oluşmasına imkân sağlayacaktır.

Hayvanlardan insanlara geçen bakteriyel ya da virütik hastalık etkenlerinin birçoğu, bir şekilde gıda üretim zincirinde yer alan hayvanlarla ilgilidir. Bu nedenle, gıdalar bu zoonotik patojenlerin insanlara geçişini sağlamada önemli bir araç haline gelebilmektedir. (**Wielinga, P. R., & Schlundt, J., 2013**) Koronavirüs ya da bilimsel adıyla SARS-CoV-2 pandemisi sağlık sorunları başta olmak üzere gündelik hayatta yol açtığı sorunlar nedeniyle epeyce uzun bir süre boyunca gündemde kalacak gibi görünüyor. Henüz kesin bir tedavisi ya da aşısı olmayan, ölümcül sonuçlar doğurabilen bir hastalığın tedavi süreçleri odağa konularak tartışılması, haber ve yorumlara konu olması anlaşılabilir bir tutum olmakla birlikte salgının bir anda açığa çıkan, beklenmedik, sürpriz bir durum gibi ele alınması doğru değildir. Bu tip bir salgının ortaya çıkabileceği bilimsel yayınlarda en azından son yirmi yıldır sıklıkla dile getiriliyordu. Bu konuda sadece kuş gribi (avian influenza) salgını ele alan yayınlara göz atmak bile yeterli bir fikir verecektir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 ile 2014 yılları arasında insanlarda ve hayvanlarda tespit edilen Kuş Gribi (H5N1) vakalarının ayrıntılı bir dökümünü yayınladığı rapor incelendiğinde her yıl dünyanın çeşitli ülkelerinde çok sayıda vaka tespit edildiği görülecektir. (**WHO, 2020**) Bu vakaların şimdi yaşadığımız gibi bir pandemiye yol açmamış olması ise sadece bir şanstır.

Eğer koruyucu, önleyici tedbirler alınmazsa bir başka etkenden kaynaklanabilecek bir salgın er veya geç yeniden toplumsal hayatın gündemine oturacaktır. Dolayısıyla yüz yüze olduğumuz gerçekleri dile getirmek, kriz anlarında topluma doğru mesajları vermek her zamankinden daha fazla önem taşımaktadır.

SARS-CoV-2 virüsünün nüfusun fazla, kitlesel-endüstriyel kümes hayvanları ve domuz yetiştiriciliği faaliyetinin çok yoğun olduğu bir bölge olan Çin'in Wuhan bölgesinden çıkması tesadüf değil. Ancak Wuhan bölgesinde salgına yol açan sosyal ve ekonomik faktörleri dünyanın çeşitli ülkelerinde de görmek mümkündür. 1970'li yıllardan günümüze uzanan süreçte aile çiftçiliğinin tahrip edilmesi ile kitlesel-endüstriyel hayvancılığın yaygınlaştırılması süreci dünyanın çeşitli ülkelerinde birbirine paralel seyretmiştir. Aile çiftçiliğinin tahribi insanların yoksullaşmasına ve hayatlarının daha güvencesiz olmasına yol açarak kentlere göç eden nüfusu arttırmıştır. Yine, dünya genelinde giderek artan ve yaban hayatın ciddi ölçüde tahribine yol açan avlanma faaliyetleri ve Çin'de olduğu gibi yaban hayvan etlerinin satışının yapıldığı pazarlardan yiyecek temin etme virüslerle temasımızı arttıran bir diğer önemli sorundur. (**Brashares J.S., et al., 2004**) Bir diğer önemli sorun ise yaban hayatın tarımsal ve endüstriyel faaliyetlerle tahrip edilmesidir; özellikle ormansızlaştırma ve göçmen kuşların barınma ve konaklama alanları olan sulak alanların tahribi ile dünya genelinde gözlenen legal-illegal yabani hayvan ticareti salgınlara yol açabilecek virütik etkenlerin toplumsal hayata sıçramasını kolaylaştırmaktadır. (**May R.M., et al., 2004**) Bu sorunlar yeni zoonotik hastalıkların ortaya çıkışına neden olmaktadır. Günümüze kadar 1600'den fazla insan patojeni tanımlanmıştır; yaklaşık olarak her 2 yılda bir ortalama üç yeni hastalık rapor edilmektedir ve her hafta yeni bir enfekte

edici organizmanın tespit edildiği belirtilmektedir. **(Tomley, F.M., & Shirley, M.W., 2009)**

Kitlesel-endüstriyel hayvan yetiştiriciliği sektörünün dünya genelindeki yaygınlığı hastalık etkenlerinin bulaşmasını, çoğalmasını ve özellikle de virütik etkenlerin çeşitli mutasyonlar geçirerek nihayetinde insanlarda salgın şeklinde seyredecek hastalıklara yol açması ihtimalini çok arttırmaktadır. Çok sayıda akademik yayında ve yıllardan beri belirtildiği üzere bakteriyel ve virütik salgınların en önemli nedenlerinden biri kitlesel-endüstriyel hayvancılık sektörüdür. **(Otte J., 2007)** ABD’de kitlesel-endüstriyel hayvan yetiştiriciliği yapılan tek bir işletmede 1000 baş sığır, 2500 domuz, 125 bin piliç ya da 82 bin yumurtalık tavuk yetiştiriciliği yapılabilmektedir ve bu tip işletmelerin ABD’deki toplam sayısı 450 bin civarındadır. **(ABD Tarım Bakanlığı, 2020)** Binlerce ya da on binlerce hayvanın bir arada tutulduğu bu tarz yetiştiricilik sistemi bakterilerin ve virüslerin çoğalması ve yayılması için çok uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bu hayvanları beslemek için kullanılan yemlerin en önemli bileşeni soya ve mısırdır. Soya ve mısır üretimi için dünya genelinde ormanlar tahrip edilerek yeni tarım alanları açılmaktadır. Ormanların tahribi ise yol açtığı diğer sorunlar bir yana çeşitli virüs ve bakterilerin toplumsal hayata geçişini kolaylaştırmaktadır. Soya ve mısır üretiminde çok yüksek miktarda pestisit kullanılması ise biyoçeşitliliğe zarar vermekte, toprağı ve suyu kirletmektedir. Dolayısıyla sadece yeni tarım alanları açılarak yaban hayatın tahrip edilmesi süreci bile yeni virüslerin toplumsal hayata sıçraması ihtimalini arttırmaktadır.

Kitlesel-endüstriyel hayvancılık sektöründeki aşırı antibiyotik kullanımı nedeniyle antibiyotiklere dirençli bakterilerin ortaya çıkması bir diğer önemli sorundur ve korona virüsünün yol açtığı COVID-19 hastalığının tedavisini çok güçleştirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bakteriyel enfeksiyonları tedavi etmek için eldeki ilaçların yetersiz kaldığını ya da bir başka ifade ile enfeksiyon etkeni bakterilerin eldeki ilaçlara karşı giderek daha dirençli olduğunu açıkladı. **(WHO, 2020b)** Yapılan açıklama 66 farklı ülke, 64 bin gözetim noktası ve kayıtlı 2 milyon hastanın takibi ile elde edilen verilere dayandığı için dünya genelindeki durumu iyi yansıtmaktadır.

WHO daha önce de gerek insanlarda ve gerekse hayvanlarda aşırı ve gereksiz antibiyotik kullanımının hastalık yapıcı bazı bakterilerin zaman içinde direnç kazanmasına yol açtığını dile getirmişti. Dünya Sağlık Örgütü 2017 yılında antibiyotiklere dirençli bakterileri 12 gruba ayırmış ve bu bakterilere karşı yeni antibiyotiklerin geliştirilmesi gerektiğini belirtmişti. Bu 12 grup içinde yer alan bakterilerin hangileri için antibiyotiklere daha fazla ihtiyaç duyulduğunu da önem sırasına göre kritik, yüksek ve orta öncelikli olarak üç sınıfa ayırarak belirtmişti. **(WHO, 2017)**

Yeni antibiyotiklerin geliştirilmesine en fazla kritik grupta yer alan bakteriler için ihtiyaç duyuluyor. Bu grup içinde kan dolaşım sistemi ve zatürre gibi çok ciddi ve sıklıkla ölümcül olan hastalıklara yol açan bakteriler yer alıyor. Bu bakterilerin solunum desteği sağlayan ventilasyon cihazlarına veya kan kateterlerine (sıvıları dışarı atmak veya vücuda belli sıvıları verebilmek amacıyla vücut boşluğuna veya damara sokulan bir çeşit tüp) ihtiyaç duyan hastalar için büyük bir tehdit oluşturduğu belirtiliyor. Bu tip alet ve ekipmanlara çeşitli hastalıklar nedeniyle en fazla ihtiyaç duyan ve hastanelerde, huzurevlerinde veya tedavi-bakım hizmeti verilen yerlerde yaşayan yaşlı insanların ciddi bir risk altında olduğu söylenebilir.

Antibiyotikler COVID-19 gibi virüslerin yol açtığı hastalıklar üzerinde tedavi edici bir etkiye sahip değil, ancak bakterilerden kaynaklanan enfeksiyonların tedavisi için kesinlikle gerekli olan ilaçlardır.

COVID-19 hastalığına yakalanan insanların bakteriyel enfeksiyonlara karşı çok hassas oldukları ve ortaya çıkan ikincil enfeksiyonların yani virütik hastalığa eşlik eden bakteriyel enfeksiyonların tedaviyi güçleştirdiği ve hastaların kaybedilmesi olasılığını arttırdığı belirtilmektedir. **(Natale, G.P., et al., 2020)** COVID-19 hastalarını bakteriyel enfeksiyonlardan korumak için yoğun antibiyotik kullanımının tedavi sürecinin bir parçası olmasının hâlihazırdaki antibiyotik direnci sorununun daha da büyümesine yol açtığına yönelik değerlendirmeler de yapılmaktadır. **(Nature Microbiology, 2020)**

Korona virüsün yol açtığı enfeksiyon nedeniyle çeşitli yaş gruplarında tespit edilen ölüm oranlarının ne kadarının antibiyotiklere dirençli bakterilerin neden olduğu ikincil enfeksiyonlardan kaynaklandığı sorusu dikkate değer bir sorudur. Zaman içinde elde mevcut bilgiler çoğaldığında bu sorunun kesin yanıtı konunun uzmanı hekimler ya da bilim insanları tarafından verilebilecektir.

Ancak antibiyotik direnci meselesinin ihmal edilmemesi gereken bir başka yönü daha vardır.

Antibiyotiklere direnç gelişimi sorununun bir tarafında insanların aşırı veya gereksiz antibiyotik kullanımı yer alırken diğer tarafında ise hayvan yetiştiriciliğinde kullanılan antibiyotikler yer almaktadır.

Antibiyotikler sadece hayvanları tedavi etmek için değil, aynı zamanda hastalık geliştirmelerini önlemek ve büyümelerini ya da kısa sürede ağırlık kazanmalarını teşvik etmek için de kullanılmaktadır. Dolayısıyla dünya genelinde hayvancılık sektöründe gereksiz antibiyotik kullanımı çok fazladır. Dünya genelinde kullanılan antibiyotiklerin %73'ünün hayvancılık sektöründe kullanıldığı belirtilmektedir. **(Landers, T. F., et al., 2012)**

Hayvancılık sektöründe kullanılan antibiyotikler de hayvanlarda bulunan çeşitli bakterilerin direnç geliştirmesine neden olabilmektedir. Bu bakteriler hayvanlarda ve insanlarda tedavisi güç hastalıklara yol açabiliyor. Buna ek olarak antibiyotikler hayvanların et, süt, yumurta gibi yenilebilir ürünlerinde kalıntı bırakabiliyor. Bu ürünler yenildiğinde antibiyotikler de bünyeye alınmakta ve bu da bakterilerde direnç gelişimini besleyen bir başka etmen olmaktadır.

Gıdalardaki antibiyotik kalıntıları son yıllarda en önemli gıda güvenliği sorunlarından biri olarak gösteriliyor. Hayvan yetiştiriciliğinde aşırı antibiyotik kullanımının Salmonella ve Campylobacter gibi bakterilerde direnç gelişimine neden olduğu belirlenmiştir. Her iki bakteri de dünya genelinde gıdalar vasıtasıyla geçen zoonotik hastalık etkenleri içinde en başta gelmektedir. **(WHO-Europa, 2011)**

Hayvancılık sektöründe kullanılan antibiyotikler ve gıdalardaki antibiyotik kalıntıları COVID-19 hastalığının ağır seyretmesine neden olan etmenlerden biridir demek yanlış olmayacaktır.

Bütün bu nedenlerle antibiyotik direnci sorununun sadece insanlardaki gereksiz ya da aşırı antibiyotik kullanımı üzerinden tartışılması çok yetersizdir; meseleye hayvancılık sektörünün mutlaka dâhil edilmesi gerekmektedir. Türkiye'de hayvan yetiştiriciliğinde kullanılan antibiyotik miktarının ne miktarda olduğu üzerine kesin bir bilgi yoktur.

Salgınların ortaya çıkmasına neden olan ve esasen her biri ciddi bir sorun olarak da görülebilecek bazı önemli sosyal ve ekonomik faktörler sadece Çin’de değil dünyanın çeşitli ülkelerinde yoğunluğu farklı biçimlerde olmak kaydıyla gözlenebilir. Örneğin 2010 ile 2016 yılları arasında yayınlanan akademik literatür taranarak dünya genelinde gözlenen kuş gribi (H5N1) salgınlarının sistematik olarak gözden geçirildiği bir çalışmada salgınların sadece Çin’de değil Vietnam, Mısır, Almanya, Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Tayvan, Hollanda ve İsrail gibi çeşitli ülkelerde açığa çıktığı kaydedilmiştir. (**Chatziprodromidou, I.P. et al., 2018**) Dolayısıyla, yaşanan pandeminin tekil kendi başına zehir etmiş bir sorun değil; çeşitli sorunların biraradalığının ortaya çıkardığı bir durum; bir şeylerin yolunda gitmediğine dair bir uyarı olarak algılanması daha doğru olacaktır. Bu bağlamda bakıldığında pestisitler başta olmak üzere tarımda toksik kimyasal kullanımını azaltma, ekolojik üretim yöntemlerini yaygınlaştırma, aile çiftçiliğinin desteklenmesi, yerel üretim-tüketim ağlarının oluşturulması, işçi sağlığı, çocuklar, yaşlılar ve mülteciler gibi toplumsal olarak kırılgan grupların korunması, çevre kirliliğinin engellenmesi gibi birbirinden ayrışık görünen çeşitli sorun ve mücadele alanlarının yaşanan korona salgınının gerçek nedenlerini anlamamızı sağlayacak ve ne yapılması gerektiğine de ışık tutacak yönleri olduğu söylenebilir. Salgın meselesine çerçevesi olabildiğince geniş yaklaşmak halk sağlığı bakış açısının da bir gereğidir. Ayrıca sosyal ve ekonomik sorunların yaşanan korona virüs salgını ile (ya da ortaya çıkması muhtemel bir başka etkene dayalı bir salgınla, örneğin kuş gribi salgınıyla) nasıl ilişkili olduğunu açıklığa kavuşturmak, meseleleri birbiri ile ilişkilendirerek ele almak toplumsal sorunların gerçek nedenlerini anlamamız için de çok yararlı bir yaklaşımdır. Bu çerçeveye yaslanan ve bazı kritik sorunları ele alan kısa bir değerlendirme aşağıda bilgilerinize sunulmuştur:

- Dünyada kitlesel-endüstriyel hayvan yetiştiriciliği sektöründe istihdam edilen kişiler genellikle göçmenler ve mülteciler ile sigortasız ya da güvencesiz çalıştırılan işçilerdir. (**Huet N., 2020**) Bu işyerlerindeki teknik ve hijyenik şartların yetersizliği nedeniyle yaşanan gıda güvenliği sorunlarının yanı sıra doğrudan çalışanları etkileyen ciddi halk sağlığı sorunları vardır. Sektörde çalışan insanların uğradığı hak kayıpları ve yaşadıkları sağlık sorunları ayrıntıları ile betimlenememektedir. ABD’de bu sektörde çalışan yaklaşık 474 bin işçi vardır ve bu işçilerin yaklaşık 330 bini (%69,6) Hispanik kökenli ya da Siyahtır. Hispanik ya da Siyah işçilerin yaklaşık yarısının da göçmen olduğu (**Fremstad S. et al, 2020**) ve büyük bir çoğunluğunun kayıt dışı çalıştırıldığı bildirilmektedir. (**Worrall, M.S., 2005**) Bu durum çeşitli etkenlerin yol açtığı ve bir salgına dönüşmesi muhtemel vakaların kayıtları değerlendirilirken mutlaka dikkate alınması gereken bir durumdur. Özellikle göçmenler ve mülteciler çalıştıkları iş yerinde bir hastalık etkenine maruz kaldıklarında ilgili sağlık kuruluşlarına resmi bildirim yapılmaması dünya genelinde bir salgın tehlikesine yol açması muhtemel vaka sayılarının olduğundan daha düşük kaydedilmesi-ne yol açan bir olaydır.

- Toksik kirlilik, kentsel büyüme, ölçsüz ve plansız yapılan tarımsal ve endüstriyel faaliyetlerin yol açtığı sorunlar doğal hayatta yaşayan canlı türlerinin varlığını sürdürdükleri habitatların kaybına, canlı türlerinde popülasyon azalmasına ve nihayetinde de biyoçeşitlilik kaybına yol açmaktadır. Biyoçeşitlilik kaybına yol açan sorunlar canlı türlerinin olağan hayat döngülerini ya da örüntülerini olumsuz etkilemekte, örneğin virütik ya da parazitik etkenlerin taşıyıcısı olan bazı canlı türlerinin sayısında anormal artışlara ya da bu canlıların yaşadıkları coğrafi bölgelerden göç etmelerine neden olabilmektedir. Sayısal artış ya da bir başka ortama göç etme sonucunda ise bu canlıların taşıdığı hastalık etken-

lerinin diğer canlılara geçmesi ihtimalide artış göstermektedir ve o diğer canlılardan biri de insandır. (**Quammen D., 2020; Ostfeld R. S., 2009**)

- Toksik kimyasallar bağışıklık sistemine zarar verir, bağışıklığı zayıflatır. Örneğin havası kirletilmiş bir bölgede yaşamak, çalışma ortamında toksik maddelere maruz kalmak, pestisitler, ağır metaller gibi toksik kimyasal kalıntıları içeren gıda ürünleri ile beslenmek bağışıklık sistemini zayıflatmaktadır. (**Anonymous, 1992**) Son yıllarda yapılan bir çalışmada ise bağışıklık sistemindeki zayıflamanın bir sonraki nesle geçebileceği belirtilmektedir. (**Post, C.M. et al., 2019**) Bağışıklık sisteminin sağlıklı çalışmasının bakteriyel ve viral etkenlerin yol açtığı hastalıklarla mücadele edebilmek için taşıdığı önem aşikârdır. Bağışıklık sisteminin zayıfladığı ya da zarar gördüğü kişilerde enfeksiyon hastalıkları daha ağır seyretmektedir. Dolayısıyla çevre kirliliğini, gıdalardaki toksik kimyasal kalıntılarını ya da hava kirliliğini önlemeye yönelik çalışmaları da yaşanan koronavirüs salgınına yönelik mücadelenin bir parçası olarak görmek gerekmektedir.

Bu örnekler korona virüs salgınının geçici, tıbbi tedavide kullanılabilir bir ilaç ya da aşı geliştirildiğinde ortadan kalkacak bir sorun olarak algılanmasının doğru olmadığına, zoonotik etkenlerden kaynaklanan risklerin sürekli büyüdüğüne ve bir sürekliliği olduğuna işaret etmektedir. İlaç ya da aşı geliştirmeye yönelik çabalar elbette çok kıymetlidir. Bu tip çalışmaların en kısa sürede olumlu bir sonuç vermesinin toplumsal bir fayda doğuracağı kesindir. Ancak bir ilaç ya da aşı bulunsa dahi virüs salgınına neden olan toplumsal koşullar yerli yerinde duruyor olacak. Bir süre sonra ve belki de çok daha büyük bir tehlike yaratacak bir başka virüs salgınının ortaya çıkması çok muhtemeldir. Öyleyse meseleyi ilaç, aşı tartışmalarının ötesine taşımak, salgına yol açan toplumsal koşullar üzerinde durmak bir gerekliliktir.

SARS-CoV-2 virüsü beklenmedik bir salgına yol açmadı. Bu tip bir salgının er veya geç açığa çıkması bekleniyordu. Korona virüs salgını son da olmayacak. Bu tip virüsleri ortaya çıkaran, salgına yol açmasını sağlayan sosyal ve ekonomik koşullar var olduğu sürece bir başka virüs salgını er veya geç yeniden ortaya çıkacaktır. Yaşanan salgın ve gelecekte açığa çıkması muhtemel salgınlar toplumsal hayatta gözlenen çeşitli sorunların bir bileşkesi olarak görülmelidir.

Öneriler

Varolan salgına ve olası yeni salgınlara yol açan koşulları düzeltebilmek için yapılmasında yarar olan, bir kamu politikası olarak benimsenmesi gereken bazı öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Doğal yaşam alanlarının ve özellikle de sulak alanların tahribatının önlenmesi
- Yaban hayatın korunması
- İklim krizi üzerinde onarıcı etkileri olan, biyoçeşitliliği güvence altına alan, bitkisel üretim ile hayvan yetiştiriciliği faaliyetinin içiçe yapıldığı agroekolojik tarımsal üretim yöntemlerinin bir kamu politikası olarak benimsenmesi ve desteklenmesi
- Türkiye’de hayvancılıkta kullanılan antibiyotik miktarını azaltacak önlemlerin alınması. Hayvanlarda kilo alımını hızlandıran her türlü preparatın kullanımının yasaklanması. Et, süt, yumurta ürünlerinde antibiyotik kalıntısı bulunup bulunmadığını tespit etmeye yönelik çalışmaların düzenli olarak yapılması ve ayrıca ithal edilen her türlü hayvansal üründe antibiyotik kalıntısı testlerinin yapılması

- Kitlesele-endüstriyel hayvancılık sektörü zoonotik hastalıkların önemli kaynaklarından biri. Ancak aynı zamanda iklim krizine de yol açan en önemli faktörlerin başında geliyor ve sürdürülebilir bir karakter de taşıyor. Er veya geç bu sektörün faaliyetleri sonucunda oluşan dışsallıklar toplumsal hayatın devamlılığını tehdit eden ciddi bir etmen olarak görülecektir. Dışsallık terimi bir iktisadi faaliyet neticesinde açığa çıkan çevre kirliliği, sağlık sorunları, su varlıklarının tahribi gibi her biri ciddi bir maliyet kalemi oluşturan unsurların bu dışsallıkların faileri tarafından değil de toplumun bütünü tarafından üstlenildiği, zararı yol açan failin değil de toplumun üstlendiği bir durumu ifade etmektedir. Dışsallıkları dikkate alarak bir iktisadi faaliyete bakmak fayda-zarar ilişkisine dair çok daha net bir fikir verecektir. Dolayısıyla kitlesele-endüstriyel hayvancılık sektörünün sürekli büyütülmesine yönelik çalışmaları, ete yönelik talepteki artışı, etin bir tüketim nesnesi olarak sürekli yüceltilmesini kamusal bir sorun olarak görmek gerekiyor; esasen mevcut iklim krizi bağlamında bakıldığında er veya geç kamusal bir sorun haline de gelecektir. Bu çerçevede sağlıklı bir beslenme modelini ekolojik parametreleri dışlamadan ve disiplinler arası bir bakışla yeniden ele almak gerekiyor. Bu konuda ziraat, gıda, tıp, veteriner hekimlik, beslenme ve diyetetik ile gastronomi alanlarına büyük bir sorumluluk düşmektedir. Bu büyük ve çok karmaşık meselenin bireysel yaklaşımlardan ziyade bir kamu politikası çerçevesinde nasıl ele alınabileceği, kitlesele-endüstriyel hayvancılık sektörünün yol açtığı biyoçeşitlilik kaybının, kimyasal kirliliğin ve diğer dışsallıkların nasıl tespit edileceği, hangi alternatiflerin uygulamaya konulabileceği gibi kapsamı geniş ve çok katmanlı sorunların ivedilikle ele alınması gerekiyor.

- Sağlık ile ilgili meselelere “ekoloji, hayvan, insan” ilişkilerini gözeterek “Tek Sağlık” perspektifi çerçevesinden bakılması birbirinden ayrışık görünen meselelerin ilişkisel bir bağlamda anlaşılmasına, meseleler arasında bağ kurulabilmesine ve dolayısıyla daha toplumsal bir bakış açısı oluşmasına imkân sağlayacaktır.

Kaynaklar

- ABD Tarım Bakanlığı, Erişim Tarihi: 29.06.2020, Animal Feeding Operations (AFO) and Concentrated Animal Feeding Operations (CAFO)
- Anonymous, (1992) Biologic Markers in Immunotoxicology, Subcommittee on Immunotoxicology, Committee on Biologic Markers, Board on Environmental Studies and Toxicology, National Research Council, Chapter 5, (First Edition) Pages 68-82. Erişim Tarihi:30.06.2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235672/pdf/Bookshelf_NBK235672.pdf
- Brashares JS, et al. (2004) Bushmeat hunting, wildlife declines, and fish supply in West Africa. Science, 306 (5699):1180-1183.)
- Chatziprodromidou, I.P. et al. (2018) Global avian influenza outbreaks 2010-2016: a systematic review of their distribution, avian species and virus subtype. Systematic reviews vol. 7,1 17-25.
- Fremstad S. Et al, 2020. Meatpacking Workers are a Diverse Group Who Need Better Protections. Erişim Tarihi:29.06.2020 <https://cepr.net/meatpacking-workers-are-a-diverse-group-who-need-better-protections/>
- Huet N. (2020). COVID-19 outbreaks in German slaughterhouses expose grim working conditions in meat industry Erişim Tarihi: 28.06.2020. <https://www.euronews.com/2020/05/12/covid-19-outbreaks-in-german-slaughterhouses-expose-grim-working-conditions-in-meat-indust>
- Landers, T. F., et al, (2012). A review of antibiotic use in food animals: perspective, policy, and potential, Public Health Rep. Jan-Feb; 127(1): 4–22.
- May R. M., et al., (2004) Animal origins of SARS coronavirus: possible links with the international trade in small carnivores, Phil. Trans. R. Soc. Lond. B359 1107–1114.)



- Natale, G.P., et al. (2020) The COVID-19 Infection in Italy: A Statistical Study of an Abnormally Severe Disease, *J. Clin. Med.* 2020, 9, 1564.
- Nature Microbiology, (2020) Antimicrobial resistance in the age of COVID-19. Erişim Tarihi:30.06.2020, <https://www.nature.com/articles/s41564-020-0739-4#citeas>
- Ostfeld R. S. (2009). Biodiversity loss and the rise of zoonotic pathogens. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 15 Suppl 1, 40–43
- Otte, J. Et al., (2007). Industrial livestock production and global health risks. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Pro-Poor Livestock Policy Initiative Research Report.
- Post, C.M. et al, (2019) The Ancestral Environment Shapes Antiviral CD8+ T cell Responses across Generations. *iScience*, Volume 20, 25 Pages 168-183.
- Quammen D. (2020) We Made the Coronavirus Epidemic. Erişim Tarihi: 30.06.2020, <https://www.nytimes.com/2020/01/28/opinion/coronavirus-china.html?auth=login-facebook&smid=tw-nytopinion&smtyp=cur>
- Tomley, F. M., & Shirley, M. W. (2009) Livestock infectious diseases and zoonoses. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1530), 2637–2642.
- WHO, 2017. Erişim Tarihi:30.06.2020. <https://www.who.int/news-room/detail/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed>
- WHO, 2020a. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası Erişim Tarihi: 28.06.2020. H5N1 avian influenza: timeline of major events. https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/en/
- WHO, 2020b. Erişim Tarihi: 30.06.2020. <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-record-number-of-countries-contribute-data-revealing-disturbing-rates-of-antimicrobial-resistance>
- WHO-Europa, (2011) Tackling antibiotic resistance from a food safety perspective in Europe Erişim Tarihi:30.06.2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136454/e94889.pdf?ua=1
- Wielinga, P. R., & Schlundt, J. (2013). Food Safety: at the center of a One Health approach for combating zoonoses. *Current topics in microbiology and immunology*, 366, 3–17.)
- Worrall, M.S., (2005) Meatpacking Safety: Is OSHA Enforcement Adequate? Erişim Tarihi:29.06.2020, <http://students.law.drake.edu/aglawjournal/docs/agVol09No2-Worrall.pdf>

15. BÖLÜM: PANDEMİNİN İKİNCİL ETKİLERİ

Toplum Ruh Sağlığı

Prof. Dr. Meram Can Saka

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Çok hızla azalmadığı görülen COVID-19 salgının yaygın ruh sağlığı sorunlarına neden olduğu ve önümüzdeki dönemde psikiyatrik problemlerin toplum sağlığı açısından büyük bir önem taşıyacağı, günümüz verilerinden açıkça görünmektedir. Uzun sosyal temas fiziksel etkinliklerden yoksun kalınması, kayıplar, yas, maddi zorluklar psikiyatrik sorunların şiddetlenmesinde veya yenilerinin tetiklenmesinde etkili olabilmekte, aile içi şiddet kendini daha da fazla göstermektedir. Psikiyatrik hizmetlerin yaygın ve kolay ulaşılır hale getirilmesi için önlemler alınması, uzaktan psikiyatri için gerekli mevzuat altyapısının sağlanması, saydam, güvenilir bilimsel prensiplere bağlı bir salgın yönetimi hızla alınabilecek önlemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

COVID-19 salgınında hem ülkemizde hem ABD'de başta olmak üzere dünya genelinde tekrar bir yükseliş görülmekte, diğer yerlerde ümit edildiği kadar hızlı bir azalma görülmemektedir. Kişisel tutumlar öne çıkarılmaya çalışılsa da ekonomik ihtiyaçların öncelenmesi ile fazla hızlı başlanan bir gevşeme bu gidişte etkili gibi görünmektedir. Güncel tablo salgının çok yaygın ruh sağlığı sorunlarına neden olduğunu ve önümüzdeki dönemde psikiyatrik problemlerin toplum sağlığı açısından büyük bir önem taşıyacağını göstermektedir. Ebola salgını sırasında hastalığı geçirenlerin ve yakınlarının neredeyse yarısında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon gibi psikiyatrik sorunlara rastlandığı bildirilmiştir (**Kamara, 2017**). Sürekli kötü haberlere maruz kalmak, sosyal medyada bu haberlerle karşılaşmak psikiyatrik bozukluklarla ilişkili görünmektedir

Günümüzde salgın kontrolü ve psikiyatrik sonuçlarının engellenmesine yönelik hem toplumsal hem idari tutumlarla ilgili sorunlarla karşı karşıyayız. Salgının ilk günlerinden itibaren hastalığın başladığı veya yoğun görüldüğü bölgelerden olan, kronik hastalıkları olan, ileri yaştaki kişilerin ve sağlık görevlilerinin damgalandığını ve ayrımcılığa maruz kaldığını gördük. Koruma tedbirlerinin yeterli uygulanmaması, maske kullanımı, hijyen önerilerinin takip edilmemesi, kalabalık, kapalı alanlarda etkinliklerden kaçınılması bulaş açısından

risk oluşturmaktadır. Uzun sosyal temas yokluğu, başta ileri yaştakiler, çocuk ve ergenlerin uzun süre sosyal ve fiziksel etkinliklerden yoksun kalması, kayıplar ve ardından gelen yas, maddi zorluklar var olan psikiyatrik sorunların, alkol madde kullanım bozukluklarının şiddetlenmesinde veya yenilerinin tetiklenmesinde etkili olabilmekte, zaten büyük bir sorun olan aile içi şiddet kendini daha da fazla göstermektedir. Aylar geçtikçe tüm kesimlerde yorgunluk ve bıkkınlık birikmekte, toplum için önlemleri sürdürmek, sağlık çalışanları için yoğun, titiz, gerginliğe rağmen çalışmayı daha da zorlu hale getirmektedir.

İdari tutumlar zaten uyumda zorluk çeken, sağlık çalışanlarının ve toplumun işini daha da zorlaştırmaktadır. Hastalığın sıklığı, dağılımı ile ilgili güncel ve güvenilir bir bilgiye ulaşmak ilk günden beri mümkün olmamıştır. Bilimsel yayınlara kontrol, yasak getirilmesi güvensizliği ve tehlikenin tam olarak görülemediği duygusunu şiddetlendirmektedir. Ekonomik ve sosyal ihtiyaçların epidemiyolojik veriler ve uzmanlık değerlendirmelerinin önünde ele alınması ile başlatılan gevşeme süreci salgının veduygusal yükünün artarak devamına neden olmaktadır. Üstüne üstlük işler, görevini yapmaya canla başla çalışan bilim insanlarına bilgi verdikleri için soruşturma açmaya gidecek kadar şirazesinden çıkmıştır. (TTB, 2020)

Toplumun güvenilir ve güncel bilgiye ulaşmasının sağlanması, salgın yönetiminin bilimsel temellerde ve belirli, açıkça ortaya konmuş prensiplere göre, keyfilikten, kişisellikten uzak yönetilmesi hem salgının gidişini hem de duygusal ve toplumsal iyiliğimizi etkileyecektir. Psikiyatrik hizmetlerin önce sağlık çalışanları sonrasında da toplum tarafından kolay ulaşılır ve yüksek kalitede sağlanabilmesi salgının olumsuz etkileri açısından belirleyici önem taşımaktadır.

Psikiyatrik hizmetler birçok kurumda uzaktan müdahaleler ile de sürdürülmekte, hastanelerden bulaş riskine karşı veya hastanelere ulaşma imkanı kısıtlı hastalarımıza destek amaçlı tercih edilmektedir. Kurumların ve hekimlerin inisiyatifi ile sürdürülen uzaktan hizmetler herhangi yönetmelik olmadığı için kişisel risk olarak yapılmaktadır. Uzaktan reçete, rapor oluşturma ile ilgili kurum ve hekim yetkilendirilmesine yönelik düzenlemelerin hızla oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

DESTEK ÇALIŞMALARI

COVID-19 sağlık çalışanları üzerinde çalışma şartlarının değişmesi, ağırlaşması, izolasyon gereksinimleri, toplumdan yalıtılma, damgalanma, kendi ve ailesi ile ilgili bulaş, hastalık kaygıları gibi sebeplerle ağır ve zaman içinde biriken bir duygusal ve zihinsel bir yük oluşturdu. Başta hekimler ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarında ruhsal sorunlar artma eğilimi gösterdi ve psikiyatri hizmetlerinin de salgın şartlarına uyacak şekilde azaltılması sorunların büyümesini kolaylaştırdı.

Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi bu ihtiyaçlara destek olabilmek için telefonlu ruhsal destek hattı oluşturma amacıyla çalışmalarına girişti. Tamamı gönüllülerden oluşan 200'ü aşkın TPD üyesi psikiyatrist bir araya geldi. 06 Nisan 2020'de hafta boyu tam gün (7/24) hizmet veren **Türkiye Psikiyatri Derneği Sağlık Çalışanlarına Destek Hattı** görüşmelere açıldı. Görüşmeler acil psikiyatrik yardım kapsamında en çok 20 dakika olacak biçimde planlandı. Danışan sağlık çalışanı kimlik ya da kurumunu bildirmek zorunda değildi. Görüşmecisi olan görevliler başlangıçta her akşam, onbeş günden sonra haftada üç akşam travma alanında deneyimli meslektaşlarımızdan çevrimiçi süpervizyon aldılar ve eğitim toplantılarına katıldılar, akran gruplarında bir araya geldiler.

Hattın açılışından bu yana 500'ün üzerinde görüşmeyapılmıştır. Arama yoğunluğu ilk haftalarda yüksek olmakla beraber zamanla belirgin azaldı. Bunda sağlık çalışanlarının uyum becerileri kadar bıkkınlık ve çaresizlik duygularının da etkili olabileceği düşünülmektedir.

İkinci bir salgın dalgası olasılığı başta olmak üzere ve olası afet ve travmalar göz önünde bulundurulduğunda bu hat önemli bir deneyim oldu. Gelecek için işlemeyehazır bir mekanizma sağladı. Bu mekanizma bir yandan örgütlenme bilgi ve deneyimi ama daha önemlisi gerektiğinde bir araya gelme heyecanı, birlikte hizmet üretme coşkusu anlamına gelen geniş bir gönüllü ağından oluşmaktadır.

TPD çalışmaları dışında Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarının kendileri ve çocukları için ruhsal destek alabilmesi amacıyla kurulan sistemRUHSAD olarak adlandırılmıştır. İlk olarak 20 Mart itibarı ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikoterapi Eğitim ve Tedavi Merkezinde faaliyete geçmiş, 6 Nisan tarihinden itibaren de kullanıma giren mobil uygulama ile yurt çapında sağlık çalışanları ve çocukları için ruh sağlığı destek sistemi ulaşılabilir olmuştur. Halen 20 psikiyatri uzmanı 10 Çocuk ergen psikiyatrisi uzmanı tarafından destek devam etmektedir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün koordinasyonu ile Erenköy ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, üniversiteler, ruh sağlığı meslekdernekleri ve birçok sivil toplum kuruluşunun da iş birliği ile oluşturulan destek programı ise İstanbul Koronavirüs Ruhsal Destek Programıdır (KORDEP) (Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2020).

Türkiye Psikiyatri Derneğinin kişisel, tıbbi ve idari yaklaşımlar ve birçok diğer başlıkta oluşturduğu metinler erişime açıktır (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2020).

Kaynaklar

- Kamara S, Walder A, Duncan J, Kabbedijk A, Hughes P, Muana A. Mental health care during the Ebola virus disease outbreak in Sierra Leone. *Bull World Health Organ.* 2017;95(12):842-847.
- Neria Y, Sullivan GM. Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *JAMA.* 2011;306(12):1374-1375.
- Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231924. doi:10.1371/journal.pone.0231924
- Türk Tabipleri Birliği web sayfası (2020) Erişim Tarihi 5 Temmuz 2020 https://www.ftb.org.tr/haber_goster.php?Guid=76a93df2-bb99-11ea-8f0a-f27fa5bec9b4
- Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni Cilt 23, Sayı1, 2020 https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/publicationsFile/file/1262020112558-TPD_bulten2020.pdf
- Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni web sayfası (2020) Erişim tarihi 5 Temmuz 2020 <https://www.psikiyatri.org.tr/menu/161/cov%C4%B1d-19-ve-ruh-sagligi>

COVID-19 Pandemisinde Türkiye’de Sosyal Güvenlik Şemsiyesi ve Tanı-Tedaviye Erişim

Dr. Ergün Demir, Tıp Doktoru

İzmir Tabip Odası Üyesi

Dr. Güray Kılıç, Tıp Doktoru

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

Özet

COVID-19 ülkemizde ve tüm dünyada etkisini sürdürmektedir. Pandemide sağlık hizmetlerinin finansmanı, insanların korunmadan başlayarak tanı ve tedavi süreçlerinde hizmete ulaşmasında ekonomik gerekçelerin engel oluşturmaması hayati bir başlık olarak öne çıkmıştır.

Türkiye özelinde bir değerlendirme için en azından, SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Mart 2020 Sigortalı istatistiklerine göre Sosyal Sigorta Kapsamında (4/a,4/b,4/c) 70.554.217 kişi olduğu, sigortalı nüfus oranının %85, kapsam dışı nüfus oranının ise %15 olduğu bilinmelidir.

Türkiye’de ücretsiz maske dağıtımı olarak başlayıp yaklaşık 2 ay içerisinde 6 kez değişerek ücretli maskeye dönüşen süreçte Sağlık Bakanı’nın “test ve hasta yatış sürecine ilişkin kamu ya da özel hiçbir sağlık kuruluşunun ücret talep edemeyeceği” ifadeleri mevcut mevzuata göre düzenleme yapılması gerektiği gerçeği karşısında hızla boşa düştü. Sağlık örgütleri ve kamuoyu baskısıyla ilave ücret alınmamasına ilişkin bir düzenleme ancak 9 Nisan 2020 tarihinde yapılan SUT değişikliği ile gerçekleştirildi.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için istenen COVID-19 testlerinin ücreti tüm kamu sağlık tesisleri ve özel sağlık kuruluşlarına SGK tarafından ödenmektedir. Bu nedenle yurttaşlardan işlemler için fark ücreti, katılım payı vb. ücret istenmesi söz konusu olamaz.

Tüm dünya ve ülkemiz COVID-19 pandemisi etkisi altında zor günler geçirmektedir. Hekimler/sağlık çalışanları diğer insanlar gibi hem kendileri hem de yakınlarının hastalanması endişesini yaşarken, aynı zamanda hastalığın yayılmasını engellemeye ve hastalarını iyileştirmeye çalışmaktadırlar.

COVID-19 salgını nedeniyle Türkiye’de on binlerce insan kamu ve özel hastanelerde, yoğun bakım ünitelerinde tedavi gördü, halen görmektedir. Resmi açıklamalara göre beş binden fazla da hayatını kaybeden bildirilmiştir.

Bu yazıda COVID-19 pandemisinde sağlık hizmetlerinin finansmanında öncelikle Türkiye’de mevcut mevzuatı ve sosyal güvenlik gerçeğini aktaracağız. Takiben süreç boyunca yapılan değişiklikleri ve yaşananları paylaşarak karakteristik bir örnek olarak “ücretsiz maske dağıtımı” macerasının finaliyle -hiç istemsek de- benzer akibete dikkat çekmeye çalışacağız.

A. Sağlık finansmanında mevcut yasal durum

Bilindiği üzere, 2006 yılında çıkartılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Ekim 2008'de yürürlüğe girmiştir. Yürürlüğe giren sosyal güvenlik sistemi, vatandaşlara prime dayalı katkılar üzerinden güvence sağlamaktadır.

Yasa ile düzenlenen Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması, kişilerin öncelikle sağlığının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı içermektedir. (5510 Sayılı Kanun, Md. 3).

Tüm sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmakta ve bu tebliğ çerçevesinde sağlık giderleri karşılanmaktadır. Kurum tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin fiyatı SGK bünyesinde oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir. (5510 Sayılı Kanun, Md.72).

SGK, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetini kamu özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından (kamu sağlık hizmet sunucuları, özel sağlık hizmet sunucuları, eczaneler ve optisyenler) protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almakta ve sağlık hizmetlerini finanse ederken topladığı GSS fon gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır. (5510 Sayılı Kanun, Md.73).

Prim oranları ve Devlet katkısı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili etkinlikler şu üç başlık altında toplanabilir: Gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmeti satın alma. GSS fonu yani gelirleri sağlık sigorta primleri, devlet katkısı ve kullanıcı katkısından oluşmaktadır.

Genel sağlık sigortası primi; Çalışan sigortalılar için GSS prim tutarı, prime esas kazançlarının (SGK'ya bildirilen kazançlarının) %12,5'dir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. İsteğe bağlı sigortalılar için GSS prim tutarı, prime esas kazançlarının %12'sidir.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların (yoksullar) primleri vatandaşların ödediği vergilerden oluşan genel bütçeden ödenmektedir. Geliri brüt asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan kişilerin ödemesi gereken prim tutarı ise brüt asgari ücretin %3'ü tutarındadır. 2020 yılı için bu kapsamdaki kişilerin ödeyeceği prim tutarı aylık 88,29 TL'dir. Emeklilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. (5510 Sayılı Kanun, Md.81).

Katılım payı: Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde, ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda, tıbbi malzemede, yardımcı üreme yönteminde katılım payı alınmaktadır. Katılım payları, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından kesilmek suretiyle veya eczanelerden mahsup edilmektedir.

Devlet katkısı: Devlet, genel bütçeden Kurumun ay itibarıyla tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kuruma katkı yapar. Devlet katkısı olarak hesaplanacak tutar talep edilen tarihi takip eden 15 gün içinde Hazine tarafından Kuruma ödenir. (5510 Sayılı Kanun, Md. 81).

Sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma

Genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür.

Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. Bu Kanun kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz. (5510 Sayılı Kanun, Md 62)

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri ve süresi

Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını belirlemeye Sağlık Bakanlığı'nın da görüşünü alarak Sosyal Güvenlik Kurumu yetkilidir. (5510 Sayılı Kanun, Md.63)

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları

18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, **bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar**, madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri, afet ve savaş ile grev ve lokavt hali **hariç** olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

- 1) Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası prim ödeme gün sayısının olması,
- 2) Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması (tecil ve taksitlendirmeleri devam edenler hariç),
- 3) İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şarttır. (5510 Sayılı Kanun, Md. 67).

B. Sosyal Güvenlik Sisteminde gerçekler

Her seçim döneminde siyasi propagandaya malzeme yapılan, bugün ise COVID-19 pandemisinde yazılan 'başarı hikâyesi' ile dünyada daha fazla ilgi odağı olacağı algısı yaratılmaya çalışılan sosyal güvenlik sisteminin bazı gerçeklerinin hatırlatılması gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Kapsamı

Sosyal güvenlik sistemimiz iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigorta kollarını kapsayan kısa vadeli sigorta kolları ile malullük, ölüm ve yaşlılık sigorta kollarını kapsayan uzun vadeli sigorta kollarından ve genel sağlık sigortasından oluşmaktadır.

Genel sağlık sigortası; kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade etmektedir.

01.01.2012 tarihinden itibaren zorunlu olarak herkes genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Herhangi bir sigorta kapsamında olmayan işsizler ise Kurum tarafından **otomatik olarak sistem üzerinden** bulunup genel sağlık sigortası olarak tescil edilmektedir.

SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Mart 2020 Sigortalı istatistiklerine göre; Sosyal Sigorta Kapsamında (4/a,4/b,4/c) **70.554.217 kişi** olup, sigortalı nüfus oranı **%85'dir**. Kapsam dışı nüfus oranı ise **%15'tir**.

Hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve genel sağlık sigortası kapsamında tescil edilenlerin sayısı **11.702.149** kişidir. Bu kişiler sağlık hizmetini sadece kamu hastanelerinden alabilmekte; özel sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar.

Mevzuata göre genel sağlık sigortalısı ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olmayanlar için gelir tespiti yapılmaktadır. Yapılan gelir tespiti sonrasında aile içinde kişi başına düşen gelir tutarı asgari ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilen ve GSS primleri devlet tarafından ödenenlerin sayısı **9.315.247 kişidir**.

Geliri brüt asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan kişilerin ödemesi gereken prim tutarı brüt asgari ücretin %3'ü oranındadır. Buna göre 2020 yılı için bu kapsamdaki kişilerin ödeyeceği prim tutarı aylık **88,29 TL'dir**. Genel sağlık sigortası primleri kendileri tarafından ödenenlerin sayısı **2.386.902'dir**

Her ne kadar AKP iktidarı kamuoyuna sosyal sigorta kolları ile ilgili olarak efektif kapsam bakımından gerçekçi olmayan, sanal bir iyilik hali göstermek istese de gerçek durum şudur: Rakamlarla sabit olduğu üzere kriz ve pandemi sonrası yüzlerce işyeri, fabrika kapanmış ve binlerce işçi işten çıkarılmıştır. Bu durum aktif sigortalı sayısının giderek azalmasına neden olmaktadır. Önümüzdeki dönemin sosyal güvenceden yoksun olanlar ile GSS prim borcu olan vatandaşların sağlık hizmetine erişiminin hızla daha da sıkıntılı hale geleceği bir sürece dönüşmesi beklenmektedir.

C. COVID-19 tanı-tedaviye erişimde durum ve yapılan düzenlemeler

Sağlık hizmetlerine nerede, ne zaman ve ne kadar gereksinim duyulacağı kolayca öngörülemez. Sağlık alanında özel sektörün payının giderek artmasını sağlayan siyasi iktidar, yıllar boyunca eleştirdiği ve çökerttiği kamusal ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini pandemi döneminde dahi anlamakta güçlük çekmektedir.

Özellikle İstanbul'da kamu hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde doluluk oranının artmasıyla vatandaşlar endişe ile özel hastanelere yönelmişlerdir.

AKP iktidarının koruyucu ve kamusal sağlık sistemini çökertme pahasına koruyup kolladığı ve özenle büyüttüğü özel sağlık sektörü, COVID-19 pandemi mücadelesinin daha başlangıcında havlu atmıştır.

Yıllardır hastalardan %200 ve ötesi ilave ücret alan ve ancak pandemi koşullarında elektif vaka başvurularının azalması nedeniyle cirolarının düştüğü gerekçesini ileri süren özel sağlık sektörü, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Genel Başkanı Reşat Bahat'ın ağzından "Devlet bize el koysun, artık bu yükün altından kalkamıyoruz" açıklamasını yapmıştır.

Özel sağlık sektörü doğası gereği COVID-19 hastalığına "maliyet" ve "kâr" penceresinden bakmaktadır.

Salgının başlangıcında Sağlık Bakanı test ve hasta yatış sürecine ilişkin kamu ya da özel **hiçbir sağlık kuruluşunun ücret talep edemeyeceğini sık sık ifade etse de** gerçek şudur; **özel hastaneler**, pandemi hastanesine dönüştürülmesine karşın **SUT'ta herhangi bir değişiklik yapılmadığı için COVID-19** olası/kesin tanılı hastalardan

yoğun bakım sürecinden önce ve sonra serviste yatış **sürecinde** yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için **ilave ücret almaya devam etmişlerdir.**

Sağlık Bakanın bu konudaki açıklamaları vatandaşın gelen tepkiyi azaltmaya ve algıyı yönetmeye ilişkindir. Çünkü finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını belirlemeye Sağlık Bakanlığı değil Sosyal Güvenlik Kurumu yetkilidir.

COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların özel hastanelerde yoğun bakım sürecinden önce ve sonra serviste yatış sürecinde yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için **ilave ücret alınmamasına ilişkin bir düzenleme ancak 9 Nisan 2020 tarihinde yapılan SUT değişikliği ile gerçekleştirilmiş** ve biçimsel olarak ücret alınmasına son verilmiştir.

Bazı özel hastanelerin COVID-19 tanısı alan yatan hastalar ile test yaptırmak isteyenlerden bırakın %200 ilave ücreti daha fazlasını informel olarak aldıkları görülmektedir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve sağlık çalışanlarının işten çıkarılma, ücretlerinin azaltılması tehdidinde maruz bırakılmanın yanı sıra aynı zamanda bu salgın döneminde kişisel koruyucu ekipman ve hijyen malzemesi verilmeyerek veya eksik verilerek korunaksız bırakıldığı da bilinmektedir.

Ayrıca, organize sanayi bölgelerinde, üretim için her türlü risk göze alarak çalıştırılan işçilere yapılan COVID-19 PCR testi için işçilerden 'test bedeli' adı altında 30 TL alındığı, yurtdışına çıkışta istenen PCR testi için Sağlık Bakanlığının vatandaşlardan bildirilen IBAN numarasına 110 TL yatırılmasını istediği bilinmektedir.

Bu uygulamalar, salgının ilk günlerinde özel sağlık kuruluşlarınca vatandaşlardan COVID-19'un tanı ve tedavisinde ilave ücret alındığı döneme yavaş yavaş geri dönme girişimleri olarak değerlendirilmektedir. Bugünlerde Hastane medulla sisteminde "SUT eki EK/C listesinde yer alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak pandemi bakım hizmeti işlem kodları, MEDULLA Hastane sisteminde işlem tarihi 29.06.2020 tarih itibari ile pasiflenmiştir" duyurusu yayımlanmıştır. Bu duyuru ile pandemi yoğun bakım ücretinin ödenmeyeceği anlamını taşımaktadır. Bu duyuru yeni bir SUT değişikliği habercisi olup yayımlanacak SUT değişikliği ile pandemi ücretine ve pandemi yoğun bakım ücretlerine katılım payı ve ilave ücret uygulaması getirilmesi kuvvetle muhtemeldir.

Pandemi döneminde yapılan SUT değişikliklerinde neler değişti?

COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların yoğun bakım sürecinden önce ve sonra serviste yatış sürecinde yapılacak her türlü işlemde (girişim, tetkik, tahlil vb.) ve pandemi tedavisine yönelik ilaçlar için ücret/ilave ücret almama konusunda SUT düzenlemesi yapılması gerekirdi. Salgının başlangıcında değişiklikler yapılmamış ancak 04.04.2020-09.04.2020-09.05.2020 tarihlerinde Sağlık Uygulama Tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

04.04.2020 tarihli ve 31089 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile;

Yoğun bakım tedavisinde sadece pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tedavilerde pandemi bakım hizmeti Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesinde (EK-2/C) paket ücreti belirlenmiş ve yoğun bakım ücretleri artırılmış, pandemi olgularına yönelik tedavilerde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından temin edilen antiserumlar ile ilaçların parenteral formları için SGK'nın hastanelere ödeyeceği ücrette artış yapılmıştır.

Pandemi bakım hizmeti fiyat ücreti

Pandemi Bakım Hizmeti	Yeni Fiyat	Eski Fiyat (KDV Dahil)
P551990 Birinci Basamak Yoğun Bakım için	237,60 TL	216,00 TL
P551991 İkinci Basamak Yoğun Bakım için	504,90 TL	459,00 TL
P551992 Üçüncü Basamak Yoğun Bakım için	951,05 TL	864,59 TL

3. basamak hastanelerde yoğun bakım ünitesinde 1 günlük bakım için paket fiyat ücreti

(Sadece pandemi süresince günde bir adet faturalandırılır)

Üçüncü Basamak Hastanelerde Yoğun Bakım Ünitesinde 1 günlük bakım için paket fiyat ücreti (KDV Dahil)	
P552003 Üçüncü Basamak Yoğun Bakım Hastası	951,05 TL
P551992 Pandemi Bakım Hizmeti	951,06 TL
Toplam	1902,11 TL

İmmün plazma tedavisi için

704942 İmmün plazma tedarik ve uygulama 928,13 TL'dir. Sadece pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tedavilerde faturalandırılır. (Bu uygulamada günde kaç adet faturalandırılacağı belirtilmemiştir)

09.04.2020 tarihli ve 31094 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile;

COVID-19 ön tanı/tanılı hastalar, acil hal tanımı içerisine ve ilave ücret alınmayacak işlemler listesine (Ek-2/G) alınmıştır. Bu şekilde COVID-19 öntanı/tanılı hastalardan özel hastanelerde yasal olarak hiçbir suretle yapılacak her türlü işlem için ilave ücret alınmayacaktır.

Ayrıca, kan ve kan ürünleri ve "Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi"ne yapılan ek ile de pandemi süresince pandemi tedavisine yönelik ilaçlar eklenmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, meslek örgütlerinin ve kamuoyunun ısrarlı talepleri sonucunda bu SUT değişikliğini yapmıştır.

09.05.2020 tarih ve 31122 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin;

5. Maddesinin (b) bendinde; Antijen (DFA), antikor IgG- IgM ve PCR testi tanımlanmıştır. (c) bendinde ise; testlerin fiyat tarifesi belirlenmiştir.

COVID-19 test fiyat tarifesi

Covid – 19 Test Ücretleri (KDV Dahil)	
907221 SUT İşlem Kodlu Covid – 19 Antijeni	18,90 TL
907222 SUT İşlem Kodlu Covid – 19 IgG	9,92 TL
907223 SUT İşlem Kodlu Covid – 19 IgM	9,92 TL
908115 SUT İşlem Kodlu Covid – 19 PCR	117,50 TL

(Fiyat tarifesi 3. basamak hastaneler içindir. 2.basamak sağlık kuruluşları için fiyat %10 daha düşüktür. Bu madde geriye dönük 01.04.2020 tarihinden sonra geçerli sayılmıştır.)

Pandemi sürecinde COVID-19 olası/kesin tanıli hastaların yatış süreci, yapılacak her türlü işlem (girişim, tetkik, tahlil vd.) için ilave ücret konusunda ve pandemi tedavisine yönelik ilaçlar için kervan yolda dizilir anlayışı ile SUT değişiklikleri yapılmıştır.

Özet olarak yapılan SUT değişiklikleri ile ilk önce pandemi süresince yoğun bakım hizmetlerine paket fiyat getirilmiş, yoğun bakım ücretleri artırılarak pandemi bakım hizmeti ücreti ile faturalandırması sağlanmış, daha sonra meslek örgütlerinin ve kamuoyunun ısrarı sonucu COVID-19 ön tanıli/tanıli hastalar, acil hal tanımı içerisine ve ilave ücret alınmayacak işlemler listesine alınmış, en sonunda ise COVID-19 PCR, antijen-antikor testi tanımlanarak fiyat tarifesi belirlenmiştir.

‘Sağlık hizmetleri vatandaşlar için gerçekten ücretsiz mi?’ sorusunun yanıtına da burada kısaca değinmekte yarar var. Cumhurbaşkanı, Sağlık Bakanı, Hazine ve Maliye Bakanı tarafından çeşitli tarihlerinde “sağlam ekonomik yapımız sayesinde tüm vatandaşlarına ücretsiz tedavi imkânı sunan nadir ülkelerinden birisiyiz.” açıklamaları yapıldı.

Oysa 5510 sayılı Kanuna göre vatandaş, sağlık kurumuna adım attığı andan itibaren muayene, tetkik, tıbbi malzeme, ilaç, reçete vs. adı altında ek olarak cepten Sosyal Güvenlik Kurumuna katılım payı, özel sağlık kurumlarına ve vakıf üniversite hastanelerine ayrıca ilave ücret ödemek zorundadır. Sadece atanmış cumhurbaşkanı yardımcısı ve bakanlar, milletvekilleri, Danıştay ve Yargıtay üyeleri ile aile fertlerinin sağlık/tedavileri ücretsizdir. Bunlar için özel veya kamu sağlık kurumu veya kuruluşunca yapılan bütün işlemlerin bedeli kurumlarınca ödenmektedir.

Tedavi hizmetlerinin vatandaşlara ücretsiz verildiğine dair herhangi bir SUT değişikliği yapıldığı bilgisi henüz kamuoyuna yansımamıştır.

COVID-19 hastalığı tedavisinin finansmanı nasıl sağlanıyor?

SGK, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmeti için kamu özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almakta ve sağlık hizmetlerini finanse ederken topladığı GSS fon gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için; COVID-19 hastalığının tanı ve tedavisinin yapıldığı tüm kamu sağlık tesisleri ile özel sağlık kuruluşlarında, COVID-19 olası/kesin tanıli hastaların yoğun bakım, serviste yatış, yapılacak her türlü

işlem/girişim/tetkik/tomografi/PCR ve antijen-antikor test ücreti SGK tarafından karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların tedavi ücretleri çalışanların ve işverenlerin ödedikleri GSS primleri, devlet katkısı ve vatandaşlardan alınan tedavi katılım paylarının oluşturduğu GSS fon gelirlerinden ödenmektedir.

3. Basamak bir hastanede yoğun bakım ünitesinde yatan COVID-19 tanılı hastanın SGK'ya bir günlük paket fiyat faturası 1902 TL'dir. Fatura bedeli SGK tarafından ödenmektedir. (Paket fiyata tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dahildir)

Kamu sağlık hizmet sunucularında hastalara uygulanan tetkik ve tedavilerin faturalandırılmasına ilişkin hususlar Sağlık Bakanlığına bugün bile sorulduğunda COVID-19 tedavi giderleri konusunda tereddütlerin devam ettiği görülmektedir.

D. Yakın gelecekte sorunlar artabilir

Önümüzdeki dönem tedavi hizmetlerinin ücretlerinin ödenmesinde sorunlar yaşanması muhtemeldir. GSS fonu yani gelirleri sağlık sigorta primleri, devlet katkısı ve kullanıcı katkısından oluşmaktadır. Bu pandemi döneminde bile vatandaşlardan katılım payı ve ilave ücret alınmış iken, Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Sosyal Güvenlik Bütçe İstatistiklerinde, Hazinesinin 2019 Yılı ve 2020 Ocak-Mart döneminde malul-lük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası primi için ödemesi gereken Devlet katkısını ödemediği görülmektedir. Bu durum sisteminin mali açıdan sürdürülebilirliğini büyük oranda etkileyecektir.

E. Cepten sağlık harcamalarına pandemi ilavesi: hane başına 150 TL/ay maske ücreti

Bir başarı hikâyesi yazmak adına kendi vatandaşına yeterli maske temin etmeden Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere başta olmak üzere birçok ülkeye kişisel koruyucu ekipman ve sağlık malzemesi göndermekle övünen, kargo uçaklarının kalkışlarını canlı yayınlayan AKP iktidarı, vatandaşlara maskeleri ücretsiz dağıtamayınca çareyi maske satışında bulmuştur.

Hatırlanacağı gibi süreç, 04.04.2020 tarihinde Ticaret Bakanı Ruhsar Pekcan'ın "Devlet, halkın ulaşabilir olduğu noktalarda maske satacak" açıklaması ile başlamıştı. Ancak gelen eleştiriler üzerine, 06.04.2020 tarihinde AKP Genel Başkanı ve Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan "Kesinlikle para ile maske satışı yasaktır. Salgın bitene kadar vatandaşlarımızın tamamına yetecek maske stokumuz ve üretim planlarımız vardır. Ücretsiz şekilde maske ulaştırmaya kararlıyız" açıklaması yaptı.

Ancak plansız, programsız, aceleyle ve zoraki adımlar atılarak başlatılan vatandaşlara ücretsiz maske sağlanmasına ilişkin sorunlar çözülemedi, tedarikte ve dağıtımda yaşanan organizasyonsuzluk devam etti. Vatandaşlar SMS ile eczane arasında mekik dokumak zorunda kaldı. Maskeler ise PTT, e-Devlet, USHAŞ, SMS, Eczane, Hayat eve sığar, Devlet Malzeme Ofisi arasında dolaştırıldı. Bir türlü vatandaşlara ulaştırılmadı.

13.04.2020 tarihli ve 2399 sayılı Cumhurbaşkanı kararı ile "Sağlık Bakanlığınca temin edilerek dağıtımı yapılacak olan korunmaya yönelik kullanımı tavsiye edilen her türlü kişisel koruyucu ekipman ücretsiz verilecektir" hükmü getirildi.

05.05.2020 tarihinde Cumhurbaşkanı Erdoğan, ulusa sesleniş konuşmasında; “Bugüne kadar piyasada satışına izin vermediğimiz cerrahi maske ve bez maske satışına halkımızın kolayca ulaşabileceği yerlerde izin vermeyi planlıyoruz. Bir üst fiyat belirleyeceğiz.” diyerek maske satışının izni ile ilgili açıklamada bulundu. Özetle “ABD ve İngiltere’ye ücretsiz maske desteği yapıyoruz” diye propaganda yapılırken kendi vatandaşlarına yaklaşık 2 ay içerisinde 6 kez yöntem değiştirerek satan bir başarı destanı yazılmış oldu.

Önerilen “Kişisel koruyucu ekipman ve hijyen malzeme paketinin temin ve dağıtımını kurumlar arası paylaşım ve dayanışma ile çözülebilir. Malzeme paketinin temin ve tedariki SGK tarafından, dağıtım koordinasyonu ise Sağlık Bakanlığı, Eczaneler, Yerel Yönetimler tarafından yapılmalıdır.” görüşü kabul görmedi. Her şeyi ben bilirim anlayışı yüze göze bulaştırılan ve dağıtılamayan “5 adet” maske meselesine dönüştü.

Dünyanın birçok ülkesine kişisel koruyucu ekipman yardımı ve satışı yapmak şüphesiz olumludur. Ancak bunun için öncelikle vatandaşlarının sorununun giderilmiş olması gerekmektedir. Sürecin sonunda hane halkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcamalarına bir de maske için aylık yaklaşık 150 TL eklenmiş oldu.

AKP iktidarı, salgın yönetimi yerine algı yönetimi yapmakta, bulaşın yayılımını önlemekten çok, salgını fırsata çevirmeye ve oy’a tahvil etmeye kafa yormaktadır. Bugünlerde ‘Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemi üzerinden erken seçim hazırlıkları mı yapılıyor?’ sorusu sıkça sorulurken hızla su alarak batmaya doğru giden sosyal güvenlik sistemi elini vatandaşın cebine daha fazla sokmaya devam etmektedir.

Kaynaklar

- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Md. 3- Md 62- Md 63- Md 67- Md 72 - Md 73- Md 81-<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (Erişim; 02.07.2020)
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Kurumun gelirleri ve giderleri Md 34 - Çeşitli mali hükümler Md 37 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm> (Erişim; 02.07.2020)
- SGK Aylık İstatistik Bültenleri Mart 2020 Sigortalı İstatistikleri Tablo 3- Sosyal Güvenlik Kapsamı http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri(Erişim; 02.07.2020)
- OHSAD Başkanı'ndan "Devlet özel hastanelere el koysun" önerisi! 25.03.2020 - (Erişim; 02.07.2020)<https://www.haberturk.com/ohsad-baskani-ndan-devlet-ozel-hastanelere-el-koysun-onerisi-2624706>
- 04 Nisan 2020 tarihli ve 31089 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200404-18.pdf>(Erişim; 02.07.2020)
- 09 Nisan 2020 tarihli ve 31094 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-uygulama-tebliiginde-degisiklik-yapilmasina-dair-tebliq-09-04-2020-69501.htm>(Erişim; 02.07.2020)
- 09.05.2020 tarih ve 31122 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-hizmetleri-fiyatlandirma-komisyonu-karari-09-05-2020-69903.htm>(Erişim; 02.07.2020)
- Hazine ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe İstatistikleri <https://muhasebat.hmb.gov.tr/sosyal-guvenlik-kurumlari-butce-istatistikleri>(Erişim; 02.07.2020)
- 13.04.2020 Tarihli ve 2399 sayılı Cumhurbaşkanı kararı eki



<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200414-16.pdf>(Erişim; 02.07.2020)

- Yurt Dışına Çıkışlarda Gideceği Ülke Tarafından PCR Testi İstenen Kişilere Yapılacak Test Uygulamaları
- <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yurt-disi-cikislarinda-test-islemleri.html>(Erişim; 02.07.2020)
- COVID-19 tedavi giderleri ve 2399 sayılı Cumhurbaşkanı kararı hakkında duyuru <https://www.saglikaktuel.com/haber/covid-19-tedavi-giderleri-ve-2399-sayili-cumhurbaskani-karari-hakkinda-duyuru-70376.htm>(Erişim; 03.07.2020)

16. BÖLÜM: TABİP BİRLİKLERİ DENEYİMİ

COVID-19 Salgınında Tabip Birliklerinin Etkinlikleri

Derleyen: Dr. M. Murat Civaner

TTB Dış İlişkiler Bürosu

TTB COVID-19 İzleme Kurulu üyesi

Özet

Bu bölümde çeşitli uluslararası hekim örgütleri ile ulusal tabip birliklerinin COVID-19 salgını sırasında yürüttükleri çeşitli etkinlikler derlenmektedir. Ulusal tabip birlikleri seçilirken salgının en yoğun yaşandığı ülkeler dikkate alınmıştır.

Salgının görüldüğü günden günümüze dek geçen altı aylık sürede Asya'dan Avrupa'ya, oradan da Amerika kıtasına ilerlediği söylenebilir. Her ülkenin ulusal çapta meslek örgütü olan tabip birliği, bu yayılımın yönüne ve zamanına bağlı olarak bu büyük toplum sağlığı sorununa ilişkin tepkiler vermekte ve çeşitli etkinliklerde bulunmaktadır.

DÜNYA TABİPLER BİRLİĞİ

Dünya Tabipler Birliği Başkanı'ndan tüm hekimlere mesaj

21.03.2020 - <http://www.ttb.org.tr/345yi0u>

Dünya Tabipler Birliği Başkanı Dr. Miguel Jorge, COVID-19 pandemisi sürecinde ön safalarda görev yaparak tüm hastaların tedavisi için uğraş veren tüm hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik teşekkür ve destek mesajı yayımladı.

Dünyanın birçok yerinde alınmış olan önlemlerin hastalığın yayılmasını yavaşlatmayı ve sağlık hizmetlerinin kapasitesinin aşılardan yürütülmesini amaçladığını belirten Jorge, tedbirlilik ilkesinin esas olduğunu belirterek alınan önlemlere uymanın mutlak bir zorunluluk olduğunu hatırlattı. Pek çok önlemin eleştirildiğini ve sorgulandığını belirten Jorge, eleştirel analiz ve değerlendirmelerin gerekli olduğunu ancak bunun daha sonra yapılacak bir iş olduğunu belirtti.

Jorge ayrıca, pandemi krizinin yanlış ve yanıltıcı haber ve mesajlar için bir üreme alanı haline geldiğine dikkat çekerek, "Lütfen, özellikle sosyal medyada yayılanlar başta olmak üzere tüm mesajlara son derece titiz ve kuşkuca biçimde yaklaşın. İletişiminizden önce, bilimsel bilgiyi, basireti ve yargıda sağlamlığı gözetin. Aynısı, önleme ve tedavi konusunda yapılacak tavsiyeler için de geçerlidir" mesajını ilettili.

Dr. Miguel Jorge'nin mesajının tam metni için tıklayınız.

Mesajın orijinali için tıklayınız.

Sağlık çalışanlarının korunması için acil eylem çağrısı

21.04.2020 - <http://www.ttb.org.tr/195yi2t>

Dünya Tabipler Birliği (WMA), COVID-19 pandemisi ile mücadele eden sağlık çalışanlarının korunması için Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) ve tüm hükümetlere acil eylem çağrısında bulundu.

Açıklamanın Türkçesi için tıklayınız.

Açıklamanın orijinali için tıklayınız.

Dünya Tabipler Birliği'nden sağlık çalışanlarına yönelik saldırılara kınama

27.04.2020 - <http://www.ttb.org.tr/915yi34>

Dünya Tabipler Birliği COVID-19 virüsünü yayacakları korkusuyla hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının dünyanın çeşitli yerlerinde maruz kaldıkları saldırılarla ilgili haberlerin artması üzerine bu saldırıları “son derece insafsız” bulunduğunu ve kınadığını belirtti.

Dünya Tabipler Birliği'nin konuya ilişkin açıklaması için tıklayınız.

Açıklamanın orijinali için tıklayınız.

AVRUPA HEKİMLER DAİMİ KOMİTESİ (CPME)

COVID-19 salgını ve sonrası için ilaç eksikliklerinin giderilmesine yönelik çağrı

3.04.2020 -

<https://www.cpme.eu/european-doctors-call-for-a-european-response-to-medicine-shortages-during--covid-19-pandemic-and-beyond/>

İlaç sıkıntısı hekimlerin uygun tedavi uygulama olanaklarını ciddi biçimde sınırlandırılmaktadır. Günümüzde durum, COVID-19 hastalarının tedavisi nedeniyle yükselen talep, ayrıca küreselleşmiş ve kırılgan tedarik zincirinde ek olarak yaşanan kesintiler sonucunda durum daha da ağırlaşmıştır. Avrupa'daki hastanelerin temel ilaçlardan yoksun kalmalarını önlemek için hemen harekete geçmeliyiz. Olağanüstü durumun sona ermesinin ardından ise Avrupalı yurttaşlara gelecekte istikrarlı biçimde ilaç sağlayacak kalıcı önlemleri yaşama geçirmeliyiz.

Avrupa Hekimler Daimi Komitesi Başkanı'ndan hekimlere destek ve teşekkür mesajı

21.04.2020 - <http://www.ttb.org.tr/115yi2r>

Avrupa Hekimler Daimi Komitesi (CPME) Başkanı Dr. Frank Ulrich Montgomery, Avrupa'da COVID-19 pandemisiyle mücadele eden hekimlere destek ve teşekkür mesajı yayınladı.

Avrupa'nın kimi yörelerinin pandemiden ağır biçimde etkilendiğini ve mücadelenin yükünü hekimlerin taşıdığını belirten Montgomery, mesajında “Siz en derin takdir ve saygı

duygularımı iletmek istiyorum. Hastalarınız ve toplum için verdiğiniz bu inanılmaz hizmet için teşekkürler” ifadelerine yer verdi. Montgomery’nin mesajı şöyle:

Değerli meslektaşlar,

Korona pandemisi hepimiz için gerginlik yaratan bir olay oldu. Avrupa’nın kimi yöreleri durumdan diğerlerine göre daha ağır biçimde etkilendi; ancak bu işin yükünü ve Avrupa’daki hekimlerden beklenenleri hepimiz hissediyoruz.

Pek çok meslektaşımız, yine çok sayıda başka sağlık çalışanı COVID-19 yüzünden yaşamını yitirdi.

Duygularımız ve düşüncelerimiz, sevdiklerini ya da meslektaşlarını yitiren aileler ve dostlarımızla birlikte.

Hastalarınızla ilgilenirken çok büyük güçlüklerle karşılaşıyorsunuz ve aranızdan pek çoğu yetersiz malzeme ve korunmayla aşırı zorlayıcı koşullarda çalışıyor.

Size en derin takdir ve saygı duygularımı iletmek istiyorum. Hastalarınız ve toplum için verdiğiniz bu inanılmaz hizmet için teşekkürler.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

CPME Başkanı

[Mesajın orijinali için tıklayınız.](#)

Haftalık raporlar

CPME basın açıklamalarının yanı sıra tabip birlikleri aracılığıyla üye ülkelerde COVID-19 ile mücadeleye ilişkin belli verileri haftalık toplamaktadır.

- Kişisel koruyucu donanım (KKD) bulunabilirliği
- Hekimler arasında COVID-19 prevalansı ve test protokolü
- Çalışma koşulları
- AB düzeyi iyileştirmeler (örneğin pandemiye karşı hazırlık durumu, veri paylaşımı)
- Etnik azınlık mensubu sağlık çalışanları ve daha geniş topluluk içinde COVID-19 prevalansı

(enfeksiyon/ölüm oranları ve yoğun bakım birimlerine kabul). Etnik azınlık mensubu sağlık çalışanlarının toplam içindeki oranı ile etnik azınlığın toplam nüfusa oranı.

- Test Protokolü: Hekimlerin ailelerinin test edilmesi
- Test Protokolü: Enfekte sağlık çalışanlarının kendi kendilerine tecrit uygulamaları
- Ölüm Bildirim/Kayıt Protokolü: COVID-19’a bağlı ölümler nasıl kaydedilmeli?
- İlaçların bulunabilirliği
- Tıbbi cihazların bulunabilirliği

- İşgücü bulunabilirliği
- Çalışanları yönelik şiddet
- Çalışma Süresi
- Test uygulanıp COVID-19 negatif çıkan çocuk sayısıPandeminin başlangıcından bu yana çocukların acil bakım birimlerine (herhangi bir türde) sevk durumlarında değişme (örneğin azalma ya da çoğalma)
- Getirilen ilaç dışı önlemler (NPC) /NPC'nin zamanla kaldırılmasına ilişkin planlar ve programlar.
- İşgücüyle ilgili diğer önemli önlemler
- Tedavi kılavuzları (Triyaj Protokolü)
- COVID-19 salgını sırasında malpraktis iddiaları

Uluslararası hekim örgütlerinden Dünya Sağlık Örgütü'ne destek çağrısı

18.05.2020 - <http://www.ttb.org.tr/445yi52>

Dünya Tabipler Birliği ve Avrupa Hekimler Daimi Komitesi'nin (CPME) de aralarında olduğu altı uluslararası hekim örgütü, Dünya Sağlık Örgütü'ne yönelik manipülasyonlara ve uygunsuz baskılara karşı çıkılması çağrısında bulundu.

DTB,CPME, Afrika Ulusal Tabip Birlikleri Koalisyonu (CANMA), Asya ve Okyanusya Tabip Birlikleri Konfederasyonu (CMAAO), Latin İbero Amerikan Tıp Konfederasyonu (CONFEMEL) ve Güney Asya Bölgesel İşbirliği Topluluğu Tabipler Birliği (SAARC) temsilcileri tarafından yapılan ortak açıklamada, bir pandemi yaşanırken Birleşmiş Milletler'in sağlık kuruluşu olan DSÖ'ye gitmesi gereken kaynakları durdurmanın doğru olmadığı ve hiçbir yarar sağlamayacağı belirtildi.

DSÖ'ye de, bu tür uygunsuz siyasal baskılara karşı direnerek, sağlık ve bilim alanlarındaki misyonuna odaklanması çağrısında bulunulan açıklamada, siyasal ya da ideolojik saldırılara karşı kuruluşun bağımsızlığını sağlayacak yapısal bir reformun gerçekleştirilmesinin de acil bir gereksinim olduğu hatırlatıldı.

[Açıklamanın tam metni için tıklayınız.](#)

[Açıklamanın orijinali için tıklayınız.](#)

Dünya Sağlık Meslekleri Birliği'nden koronavirüsle mücadele eden sağlık çalışanlarına yönelik destek çağrısı

05.03.2020 - <http://www.ttb.org.tr/525yhzz>

Dünya Sağlık Meslekleri Birliği (WHPA), koronavirüse karşı ön saflarda mücadele eden sağlık çalışanlarına yönelik desteğe öncelik verilmesi için hükümetlere çağrıda bulundu.

Sağlık alanındaki 31 milyon profesyoneli temsil eden WHPA, 4 Mart 2020 tarihinde bir açıklama yaparak, koronavirüs ile mücadelede toplumu korumak için kendini riske atan sağlık çalışanlarının bu mücadeleyi yürütürkenki koşullarına ve bu koşulların iyileştirilmesinin önemine dikkat çekti.

Dünyanın dört bir yanında hekimler, hemşireler, diş hekimleri, eczacılar ve tüm sağlık çalışanlarının çabalarını COVID-19'un önlenmesine, tanısına, durdurulmasına ve hastaların tedavisine yoğunlaştırdıklarını belirten WHPA, sağlık çalışanlarının çoğu kez yeterli koruyucu donanım olmaksızın bu çalışmayı sürdürdüklerini vurguladı.

WHPA, ön saflarda görev yapan sağlık çalışanlarına her tür desteğin verilmesi ve kişisel koruyucu donanımın ivedilikle temin edilmesi için hükümetlere ve sağlık kuruluşlarına çağrıda bulundu.

[WHPA'nın açıklamasının tam metni için tıklayınız.](#)

[Açıklamanın orijinali için tıklayınız.](#)

Avrupa Hekim Örgütleri, COVID-19 pandemisine karşı mücadele eden sağlık çalışanlarına yönelik saldırıları kınadı

20.05.2020 - <http://www.ttb.org.tr/675vi54>

Avrupa Hekim Örgütleri, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının koronavirüsü yayacakları korkusuyla işyerinde ve iş dışında maruz kaldıkları şiddet, ayrımcılık ve dışlanma olaylarını kınadı.

Avrupa'da faaliyet gösteren dokuz hekim örgütünün ortak imzasıyla yapılan açıklamada, Avrupa hükümetlerine ve sağlık alanındaki yetkililere, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete sıfır tolerans politikasını yaşama geçirmeleri çağrısında bulunuldu. Sağlık çalışanlarına güvenli çalışma ortamları ve kişisel koruyucu donanım sağlanması, fiziksel ve psikolojik sağlıklarının korunması için gerekenlerin yapılması gerektiğine yer verilen açıklamada, örgütlerin meslektaşlarıyla tam dayanışma içinde olduğu hatırlatıldı.

[Açıklamanın tam metni için tıklayınız.](#)

[Açıklamanın orijinali için tıklayınız.](#)

AMERİKAN TABİPLER BİRLİĞİ

<https://www.ama-assn.org>

Eşitsizliklerin, gericiliğin ve sağlık hizmetlerinin piyasa mantığına göre sunulmasının etkisiyle salgının hızla yayıldığı ve halen dünyada en çok görüldüğü ülke konumundaki ABD'de Amerikan Tabipler Birliği'nin genellikle tanı ve tedaviye yönelik bilgiler sunduğu görülmektedir. Birlik sayfasında yanı sıra, ATB önceki dönem başkanının "en önemli sorunun ekonomiyi yeniden açmak değil testlerin ülkenin her yerinde nasıl erişilebilir kılınacağı olduğu" ve "salgının her vatandaşın sağlık sigortasına sahip olması yolunda verdikleri mücadelenin önemini bir kez daha ortaya çıkardığı" biçimindeki demeçlerine yer verilmektedir.

BREZİLYA TABİPLER BİRLİĞİ

<https://amb.org.br>

Salgının yeni odağı ve en çok görülen ikinci ülke konumunda olan Brezilya'da Tabipler Birliği'nin sayfasında hekimlere yönelik tanı ve tedavi kılavuzunun yanı sıra hastalığın dünya ve ülke çapında epidemiyolojik verileri yer almaktadır. Kişisel Koruyucu Donanım ve yoğun bakım birimlerindeki hastalara verilmesi gereken ilaçların ciddi biçimde eksik

olması iki temel sorun alanı olarak tanımlanmıştır. Bu konulardaki kaygıların Sağlık Bakanlığı'na iletildiği belirtilmekte, ayrıca hangi bölgede hangi donanımın eksik olduğu sayfalarında yayımlanmaktadır.

BRİTANYA TABİPLER BİRLİĞİ

<https://www.bma.org.uk>

Salgının en çok görüldüğü ülkelerden olan ve salgına verdiği ilk yanıtın başarısız olması nedeniyle eleştirilen Britanya Tabipler Birliği'nin (BMA) salgın yönetimi ve sağlık hizmetine yönelik aktif biçimde çalıştığı görülmektedir. BMA hükümete yönelik olarak "Afrikalı, Asyalı ve azınlıktaki etnik kökenli insanların neden salgına daha çok yakalandıkları"nın soruşturulması, kısıtlamaların gevşetilmesi sürecinde belli kuralara dikkat edilmesi, ayrıca yüksek risk altında çalışan hekimlerin belirlenerek önlenebilir zararlara yönelik önlem alınması çağrısında bulunmuştur. BMA'nın araştırmasına göre hekimlerin yarısından fazlası COVID-19 hastalarına kendi kurumlarının yeterince hizmet sunabildiğinden emin olmadıklarını, yine yaklaşık yarısı COVID-19 dışında hastalığı bulunan hastalara sunulan hizmetin kötüleştiğini ve üçte biri depresyon, kaygı, stres ya da diğer mental sağlık sorunlarının salgınla birlikte arttığını belirtmiştir. BMA hizmet sunarken yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının yakınları için tam destek sağlanması, tıp öğrencileri, asistanlar ve diğer sağlık çalışanlarının yakınlarına adil davranılması ve belli bir ödenek ayrılması çağrısında bulunmaktadır.

BMA hekimlere yönelik olarak yoğun bakımda triyaj ve KKD eksikliğinde hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları üzerine net bir politika açıklamıştır.

ÇİN TABİPLER BİRLİĞİ

<http://en.cma.org.cn>

Çin Tabipler Birliği'nin sayfasında koronavirüs aşı ve ilaç geliştirme çalışmalarına ilişkin tıbbi gelişmeler ile salgın kontrolüne ilişkin haberler yer almakta, Tabipler Birliği'nin politika belirleyenlere, sağlık çalışanlarına ve topluma yönelik herhangi bir çağrı ya da uyarısına rastlanmamaktadır.

FRANSIZ TABİPLER BİRLİĞİ

<https://www.conseil-national.medecin.fr/>

Birlik salgına ilişkin çok boyutlu etkinliklerde bulunmaktadır. Hekimlere yönelik olarak güncel tanı ve tedavi bilgileri verilmekte, sağlık çalışanlarına ve intern hekimlere yönelik ücretsiz 7/24 psikolojik destek hattı sağlanmakta ve salgın nedeniyle mesleklerini yapamayan hekimlere destek amacıyla sigorta ve yardım fonu oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Birlik salgın nedeniyle COVID-19 dışında hastalığı bulunanların aldığı hizmetin kötüleştiğine dikkat çekmekte, sınırlamaların gevşetilmesine yönelik plana eleştiri ve öneriler yöneltmektedir:

"CNOM kamu yetkililerinden şunları talep etmektedir:

- Özel olarak sınırlamaların gevşetilmesiyle ilgili olarak oluşturulmuş enformasyon sistemlerinde yalnızca COVID'le bağlantılı verilerin kullanılmasını garanti altına alma;
- Kişinin durumuna, öncesine, alabileceği olası tedavilere ilişkin bilgilerle gizliliğin ihlaline yol açabilecek bilgilerin başkalarına aktarılmayacağını teyidi;

- Bu enformasyon sistemlerine erişimi olanların özel olarak belirlenmesi;
- Bu verilerin aktarılamaz ve ücrete tabi tutulamaz olarak ilan edilmesi;
- Bu dosyaların ve onlara erişimi olan kişilerin yönetiminin CCNE tarafından denetlenmesi;
- Toplanan verilerin kullanımına ilişkin olarak her üç ayda bir saydam ve kamuya açık bir rapor hazırlanması.

Bu ayrıntılar netleştirilmedikçe hekimler virüse karşı mücadelenin bu kritik evresindeki rollerini tam olarak yerine getiremeyeceklerdir.

CNOM bu nedenle Hükümete yönelttiği talebini yinelemektedir: Hekimler, hiçbir durumda, tıbbi verileri belirli bir platforma aktarmak zorunda olmamalıdır; hastaların tıbbi verileri içeren dosyaların oluşturulmasından kaçınmak için yalnızca tanım verileri aktarılabilir. Hastalarının tıbbi verilerinin herhangi bir biçimde paylaşılması hekimler açısından kesinlikle kabul edilemez bir durumdur."

Fransız Tabipler Birliği COVID-19 hastalarını dijital olarak izlenmesi konusunda önemli kaygılar dile getirmekte ve bu kaygıları karşılanmadıkça bu tür uygulamalara hekimler olarak destek vermeyeceklerini açıkça duyurmaktadır:

"Hekimler Ulusal Konseyi'nin dijital izlemedeki güçlüklerle ilgili görüşü

Koronavirüse yakalanan kişilerin ya da hasta kişilerle temas edenlerin "izleme" adı verilen dijital izlenmesiyle ilgili bir strateji oluşturulması sorusu, ancak, kısıtlamaların gevşetilmesine yönelik küresel stratejinin ve bu hassas dönemdeki koronavirüs mücadelesinin gereği olarak uygulanan sağlıkla ilgili önlemlere ek bir öge olarak değerlendirilebilir.

Toplumsal ilişkilerin izlenmesine yönelik bir uygulamanın etkililiği, akıllı telefon donanımı gerektiren genel nüfus düzeyindeki uygulamalara bağlıdır. Etkililik, ayrıca dijital ve kuşaklarla ilgili farklılıklar konusunda da soru işaretlerine yol açar. Kullanım, bir de kitlesel boyutta bir tarama stratejisiyle birlikte ele alınmalıdır.

Gerek kişisel gerekse toplu korunma açısından ön koşullar temel önemdedir. Bunlar, sınırlamaların gevşetilmesini de koşullar. Bu zorlu yolda başarılı biçimde ilerlenmesini sağlayacak koşulların karşılanması da bizim sorumluluğumuzdur.

En başta, enfekte kişilerin taranmasını ve mümkün olan en iyi biçimde takibini sağlama açısından kesin biyolojik temellere sahip (özellikle duyarlılık ve aranılan antikolların niteliği) geçerliliği kanıtlanmış testlerin elde bulunması gerekir. Ayrıca, taranmaları ve kontaminasyon durumunda izole edilebilmeleri için, enfekte olma riski taşıyan kişiyle temas edenlerin de bu konuda bilgilendirilmeleri gerekir.

Bulaştırıcı kişilerin izolasyonunun, bu kişilerin etkili, adil ve özendirici önlemlerle desteklenmesinin, izleme çalışmasına eşlik etmesi gerekir. Çevrelerindeki başka kişilerin enfekte olmalarını önleme açısından bu kişilerin gerekli görülen süre evlerinde ya da ayrı bir yerde izole edilmeleri gerekli görünmektedir. Halk sağlığı kuralları böyle bir önlemi açık biçimde öngörmektedir.

Bulaş zincirini izleyecek mümkün olduğu kadar etkin bir aracın oluşturulması temel önemdedir. Burada söz konusu olan, sağlıkla ilgili olağanüstü bir ortamda salgının yaygınlaşma bilgisi için kullanılabilir verilerin bulunması, virüsün varlığının haritalanması,

önleme, engelleyici önlemler alınması ve tarama çalışmalarıdır ve virüsün yayılma zincirini kırarak belirleyici silahların bunlar olduğu görülmüştür. Bu aşamada, gezici sağlık çalışanlarının erkenden seferber edilmesi yaşamsal önemdedir.

Akıllı telefon yoluyla izleme, kendisinin enfekte olduğu bilinen bir hastayla teması olanların bilgilendirilmesine olanak sağlar. Bu anlamda izleme gönüllülüğe ve anonimliğe dayanmalıdır. Amaçlanan, salgının yeniden yükselmesi olasılığında kaçınmak için gerekli süre boyunca izolasyonu desteklemektir.

Enfekte kişilerin hareketlerinin yeri belirlenmemelidir. Buna göre, başka bir insanla temas halinde hemen bir alarm verilmez. Tıbbi verilerin kaydı hekim tarafından beslenmemelidir ve verilerin sağlık dosyasından kontrol edilmesi gibi bir yol uygulanmamalıdır. Verilerin kaydında anonimlik garanti edilmelidir ve bunları elde tutma süresinin dosyalar arası bağlantı oluşturmaksızın belirli sınırları olmalıdır.

Temaslı kişiler açısından teyakkuz durumundan amaçlanan, bu kişileri test olmaya davet etmektir. Benzer biçimde jeolokasyon mümkün olmamalıdır. Bir bluetooth alarmı durumunda insanların hareketine resmi yetkili müdahalesi ya da olası bir kontaminasyonun sonuçlarının kontrolü gibi durumlar olmamalıdır.

Sayılan bu koşullarda, yürürlükteki yönetmelikler ve CNIL tavsiyeleri doğrultusunda böyle bir izleme çalışması sürecin bütününe entegre edilerek yararlı olabilir, ancak merkezi bir öge olamaz.

“İzleme” insanların hareketlerinin sistematik biçimde izlenmesi anlamına gelir. Uygulama, kişinin üyeliği temelinde değildir ve insanların kendi sağlık durumlarını beyan etmeleri yükümlülüğünü öngörür. Jeolokasyon sistemine dayanır ve kişisel özgürlüklerin korunacağına dair bir güvence de sunmaz. Bir yurttaş için düşünüldüğünde izlemenin onun amacıyla ilgisi olmayan başka hususları da gündeme getirmesi mümkündür. Bireysel özgürlüklerin korunması açısından bakıldığında fazlasıyla özgürlük kısıtlayıcı bir yöntemdir."

HİNDİSTAN TABİPLER BİRLİĞİ

<https://ima-india.org/ima/index.php>

Tüm hükümet yöneticileri ve politikacılara yönelik olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi gerekli düzenlemelerin yaşama geçirilmesi Hindistan Tabipler Birliği'nin gündeminde bir öncelik olarak yer almakta. Birlik hekimlere yönelik olarak geniş bir eğitim kaynağı sunmanın yanı sıra ayrıca tüm sağlık çalışanlarına yönelik bir psiko-sosyal destek hattı kurmuştur. Topluma yönelik ise 7/24 hizmet veren bir "COVID-19 yardım hattı" oluşturulmuştur.

Bu sene kutlanacak olan "1 Temmuz Doktorlar Günü" salgında mücadele eden hekimlere adanmıştır; bu çerçevede sanal toplantılar, ödül törenleri gibi etkinlikler planlanmıştır.

İTALYAN TABİPLER BİRLİĞİ

<https://portale.fnomceo.it/>

COVID-19 salgını İtalyan Tabipler Birliği'nin önemli bir gündemini oluşturmaktadır. Birlik sayfasında hekimlere ve topluma yönelik bilgiler yer almakta, ayrıca Haziran sonu itibarıyla salgına bağlı olarak yaşamını yitiren 171 hekim ve dişhekiminin isimleri listelenmektedir. Hekimlerin çalışmaları Birlik Başkanı'na "Medici nişanı" verilmesi, ünlü orkestraların hekimlere konserler düzenlemesi ve ücretsiz müze giriş hakkı tanınması gibi toplumsal desteklerle ödüllendirilmektedir.

Birlik COVID-19 hastalarının dijital olarak izlenmesine yönelik aplikasyon uygulamasını olumlu karşılamış ve toplumu uyum göstermeye çağırmıştır. Bununla birlikte Birlik,

FNOMCeO: "Ekonomik taleplerden önce Hak Garantörleri olarak rolümüzü talep ediyoruz "

"Operatör Doktorlar ve Dış Hekimleri Odaları Ulusal Federasyonu, bugün İtalyan Mesleklerinin Genel Durumu toplantısına katılacak ve ülkenin yeniden rayına girmesine ilişkin öneri sunacak 23 mesleğin görüşlerinin çoğunu paylaşmaktadır. Özel olarak belirtmek gerekirse bu önerilerden sağlık hakkı güvencesi, çevreyi, kültürü ve yeni teknolojileri destekleme gibi alanlara ilişkin olanları desteklemektedir. COVID-19 mücadelesinde kaybettiğimiz sağlık çalışanlarına yönelik anma için teşekkürler. Bununla birlikte, diğer mesleklerle birlikte daha derinlikli bir karşılaştırma başlatmak istediğimizden ve konuyu salt ekonomik bir bakış açısıyla değil hakların garantörü olarak ele almak istediğimizden bu toplantıya katılmayacağız."

Yukarıdaki sözler Operatör Doktorlar ve Dış Hekimleri Odaları Ulusal Federasyonu FNOMCeO Başkanı Filippo Anelli'ye aittir. Anelli şöyle devam etmiştir:

"Meslekleriniz, özel çalışma yollarından edinilmiş büyük bir bilgi ve beceri zenginliğine ve en az bu kadar zengin bir değerler manzumesine sahiptir. Bu nedendir ki temel yasa bu meslek sahiplerine anayasal güvence altındaki hakların garantörleri rolünü tanımıştır. Bu haklar, sağlık, eşitlik, adil savunma, basın özgürlüğü, düşünce ve ifade özgürlüğüdür. "

Anelli:"Tıp mesleği, on yıllık bir çalışmaya ve sürekli güncellemeye dayalı becerilerle sağlık hakkının yaşama geçirilmesi konusunda özel bir sorumluluk taşımaktadır. Bu hak Anayasanın 32. maddesinde kişinin "temel" hakkı olarak ve topluma yararıyla korunmuştur. Bu garanti aynı zamanda eşitlik biçimini de alır ve ücretsiz tedavi buna gücü yetmeyenler için güvence altına alınır. Sağlık hakkı, yurttaşlıktan da önce bir insanlık hakkıdır ve bu hak insanın kendisine teslim edilmiştir. Bu hak, insana saygı kuralının koyduğunu sınırları ihlal ettiği hallerde hukuka karşı da üstünlük taşır."

"Bu hakkın elde edildiği beceriler salt teknik olmayıp özgürce ve özerk biçimde paylaşılan değerler sistemiyle birleştiğinde profesyonel bir nitelik de kazanır.İşte, tam tamına bu değerlerdir ki hekimlerden sahip oldukları bilgiyi kişinin ve bütün olarak toplumun iyiliğine kullanmalarını ister; COVID-19 pandemisinde görüldüğü gibi bu kendi sağlıklarına ve yaşamlarına mal olsa bile..."

"Tıp mesleği ile şirketler, iş çevreleri ve ticari faaliyetler arasındaki fark, bu amaç farklılığında ortaya çıkar: Bu sıralananlar kâr ve ekonomik hedefler gözetirken bizim mesleğimizin hedefi herkesin iyiliğinin sağlanmasıdır. -. Bu da söz konusu temel hakları somut ve kullanılabilir hale getirerek gerçekleştirilir. Cumhuriyet, bireyler ve halk olarak yurttaşların sağlık ve eşitlik gibi haklarını tanır ve bunların korunmasıyla görevlendirilenlerden biri de Devletin yardımcı bir kuruluşu olarak FNOMCeO'dur.

"Kendi mesleğimiz, tüm meslekler için talep ettiğimiz rol budur: Demokrasinin savunucuları ve garantörleri. Bu en başta gelen roldür ve Hekimler ve Dış Hekimleri olarak zaten peşinde olduğumuz haklı ekonomik taleplerin ötesine geçen bir nitelik taşır. "

İSPANYOL TABİPLER BİRLİĞİ

<https://www.cgcom.es>

Salgının Mart ve Nisan aylarında İtalya ile birlikte en kötü seyrettiği iki ülkeden biri olan İspanya'da Tabipler Birliği'nin yaşanan sorunlara ilişkin oldukça aktif biçimde rol aldığı görülmektedir. Sayfalarında topluma ve sağlık çalışanlarına yönelik bilgilerin yanı sıra, salgın nedeniyle kaybedilen hekimler için uygun bir zamanda toplu bir anma töreni düzenleneceği belirtilmektedir.

Birlik, pek çok soruna ilişkin olarak hükümete yönelik çağrılarda bulunmakta, sorunları ve taleplerini görünür kılmak için eylemlilikler geliştirmektedir:

- KKD eksikliği
- Maskelerin kalitesinin kötü olması / Çin'den ithal edilen FFP2'lerin sorunlu olması – standartları karşılamaması. Birlik sorumlular hakkında dava açmıştır.
- Testlerin güvenilirliğinin yeterince iyi olmaması
- Testlerin azlığı / daha fazla ve sürekli test talebi
- Tüm sağlık çalışanlarına ve düzenli olarak test yapılması talebi
- “Ne bir gün daha, ne bir test az” eylemi
 - KKD olmadan bir gün daha geçmemeli
 - Tanı ve tedavi olanakları bir gün daha eksik olmamalı
 - Bir test dahi az olmamalı
 - Sağlık çalışanlarının yeterince iyi planlanmadığı bir gün daha geçmemeli
 - Hekimlerin karar verme sürecine katılmadığı bir gün daha geçmemeli
- Kendilerinin sürece katılmayışı / önerilerinin dikkate alınmayışı
- Meslek hastalığı sayılması talebi
- Normale dönüş için yavaş – geçişli – testlere ve önlemlere devam edecek biçimde planlama yapılması talebi
- Yaşlılar, bakım evleri ve yalnız yaşayanlara yönelik önlem çağrısı
- Hükümete ve sağlık yetkililerine çağrı: "Toplumda güven yaratacak ve birlikte mücadele etmeyi teşvik edecek bir açıklama yapın!"

Toplum ve sağlık sistemi olarak zorlu bir durumla karşı karşıyayız. Kapsayıcı ve destekleyici sağlık hizmetleri modelimizi pekiştirecek nitelikli sağlık hizmetlerini güvenceye alma açısından büyük bir siyasal ve toplumsal anlaşma gerekiyor. Bu anlaşma, refah devletinin temel direklerinden birini savunduğu gibi sağlık çalışanlarını savunma açısından da bağlayıcı ve adil olmalıdır. Mesleği sahiplenmeyi, ona bağlılığı ve yeterliliği tanıyan bir anlaşma olmalıdır. İstikrar sağlayan, ücretleri ve mesleğin tanınmasını güvence altına alan bir büyük anlaşma...

17. BÖLÜM: TTB FAALİYETLERİ

TTB Kronolojisi (11 Mayıs – 4 Temmuz)

Türk Tabipleri Birliği'nin COVID-19 salgınının dünyada yayılmaya başladığı ilk zamandan bu yana yürüttüğü faaliyetler, bilindiği gibi TTB web sayfası içerisinde özel olarak oluşturulan Yeni Koronavirüs sayfasında (<https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID-19/index.php>) ayrıntılı olarak yer almaktadır. Buna ilişkin kronolojiye Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu'nca hazırlanan "COVID-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu"nda yer verilmiştir. Aşağıdaki liste, "COVID-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu" nun yayınlandığı 14 Mayıs 2020 tarihinden bugüne TTB tarafından yürütülen faaliyetleri kapsamaktadır. Bağlantılara tıklanarak, ayrıntılarına erişilebilir.

• TTB ve TPD Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Anketi	13.05.2020
• TTB'den COVID-19 Pandemisi İkinci Ay Raporu: Süreç şeffaf yönetilmiyor!	14.05.2020
• Bilimsel araştırmalar geleceğe ışiktir; kısıtlanamaz!	15.05.2020
• Sağlık çalışanında COVID-19 tanısı işe bağlı hastalıktır; ilgili düzenlemeler buna göre yapılmalıdır	15.05.2020
• COVID-19 Pandemisinde Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler	18.05.2020
• Uluslararası hekim örgütlerinden Dünya Sağlık Örgütü'ne destek çağrısı	18.05.2020
• Avrupa Hekim Örgütleri, COVID-19 pandemisine karşı mücadele eden sağlık çalışanlarına yönelik saldırıları kınadı	20.05.2020
• Türk Tabipleri Birliği, İstanbul Tabip Odası ve TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu "COVID-19 Pandemisinde Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler" Konulu Toplantı Düzenledi	21.05.2020
• TTB'nin salgın döneminde zorunlu mesleki sorumluluk sigortası ile ilgili taleplerine yönelik mevzuat değişikliği yapıldı	23.05.2020
• Dünya Sağlık Örgütü bir klinik araştırmasının hidroklorokin kolunu yan etkileri dikkate alarak durdurdu! Türkiye'nin hidroklorokin kullanan binlerce hastaya ilişkin verileri ne durumda?	27.05.2020
• COVID-19 araştırmalarında "izin" değil, bilimsel yöntem ve etik ilkeler esas olmalıdır. "Türkiye'nin ilk korona raporu" denilen temselsiz iddialara değil, ülkemizin bilimsel birikimine yakışan yayınlara ihtiyacımız var!	27.05.2020
• Mühendisler, mimarlar, şehir plancıları, tabipler, dişhekimleri ve mali müşavirlerden TBMM'ye çağrı	01.06.2020

• TTB Merkez Konseyi, COVID-19 geçirmiş çalışanların çalışma ve iş güven-celerinin korunmasını istedi	01.06.2020
• Gebe ve emziren sağlık çalışanları korunmalıdır!	01.06.2020
• “COVID-19 Pandemisinde Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler” toplantısının sonuçları raporlaştırıldı	01.06.2020
• Sağlık kuruluşlarında vardiya uygulamasından vazgeçilmelidir	03.06.2020
• LGS ve YKS ertelenmelidir	04.06.2020
• Sağlık Bakanlığı yayınladığı “COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar” genelgesi ile Aile Sağlığı Merkezlerini tıkamış ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamıştır!	04.06.2020
• Pandemiye yaşanan hızlı açılma sürecinden kaygılıyız, endişeliyiz	05.06.2020
• Salgını Yönetmek de Ülkeyi Yönetmek de Ciddiyet İster! Sağlığımızla, Aklı-mızla, Demokrasi İle Oynamayın!	05.06.2020
• Avrupa Tıp Uzmanları Birliği’nden TTB ve UDEK’e destek	09.06.2020
• Dünya Sağlık Örgütü maske kullanımına ilişkin rehberini güncelledi	10.06.2020
• TTB’den COVID-19 pandemisinde 3. ay değerlendirmesi: “Vakalar hafifle-di” açıklamalarını hayretle izliyoruz!	12.06.2020
• TTB’den Sağlık Bakanlığı’na: Sağlık çalışanlarıyla ilgili COVID-19 bilgilerini açıklayın!	18.06.2020
• Erken yeniden açılmanın sonuçları alarm veriyor!	18.06.2020
• TTB “Salgınlarda Seroprevalans Çalışmaları” webinarıyoutube’da	19.06.2020
• TTB’den LGS öncesinde adaylara, yakınlarına, görevlilere öneriler	19.06.2020
• Türk Tabipleri Birliği uyarıyor!	23.06.2020
• TTB Merkez Konseyi’nden hafta sonu yapılacak YKS öncesinde açıklama: Adayların kaygıları değil, onları koruyacak önlemler artırılmalıdır	24.06.2020
• TTB’nin düzenlediği webinarında “COVID-19 Tanısında ve Taramasında Kul-lanılan Testler ve Yaşanan Güçlükler” ele alındı	26.06.2020
• TTB, Türkiye’de pandemi seyri ve yönetimine ilişkin görüşlerini DSÖ ile paylaştı	26.06.2020
• Son Haftalarda Hasta Sayısındaki Artış Endişe Vericidir!	02.07.2020
• TTB COVID-19 İzleme Kurulu Üyesi Halk Sağlığı Uzmanı Prof. Dr. Kayıhan PALA’ya Bilimsel Açıklamalarından Dolayı Soruşturma açıldı!	03.07.2020

Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Pandemi Süreci Çalışmaları

Prof. Dr. Gülriz Erişgen

TTB-UDEK Genel Sekreteri

Özet

TTB-UDEK koronavirüs pandemisi nedeniyle yaptığı çalışmalar başlılar halinde sunulmuştur.

TTB UDEK uzmanlık dernekleri ile birlikte pandemi ile mücadeleye akıl ve bilimin ışık tutmasını sağlayacak faaliyetler yürüttü. Bu amaçla kurulan Koronavirüs Pandemisi Çalışma Grubu, sağlık çalışanları ve kamuoyu için doğru ve güvenilir kaynak oluşturmaya çalıştı. Hazırlanan materyaller uzmanlık dernekleri ile paylaşıldı ve <http://hekimlik.org/koronavirus adresinde yayınlandı>.

Pandemi ile mücadelenin önemli bir ayağı olan verilerin bilimsel değerlendirilmesine yönelik mücadele UDEK'in bir diğer faaliyet alanı oldu. Avrupa ve Türkiye'deki uzmanlık dernekleri ile pandemiye yönelik bilimsel araştırmalara kısıtlama getirilmesine itiraz edildi.

TTB UDEK Türkiye'de ilk vakanın görülmesi ile birlikte basına ve kamuoyuna yaptığı açıklama ile COVID-19 salgını ile mücadelede aklın ve bilimin yol göstermesi çağrısında bulundu (<http://www.hekimlik.org/koronavirus/merhaba/>).

Akıl ve bilim ışığında salgınla mücadeleye destek olmak amacı ile uzmanlık derneklerinin temsilcilerinden oluşan TTB-UDEK Koronavirüs Pandemisi Çalışma Grubu kuruldu. Çalışma grubu bilimsel içeriği üye derneklerce, uzmanlarca onaylanmış bilgi ve video, afiş gibi materyalleri, kurulan web sitesi üzerinden paylaştı (<http://hekimlik.org/koronavirus>). Böylece meslektaşlarımızın ve kamuoyunun güncel, güvenilir, bilimsel kaynaklara ulaşımını sağlamayı, mevcut bilgi kirliliği, panik ya da umursamazlığa neden olan kaynaklara engel olmayı amaçladı. Aşağıda çalışma grubunun yayınlarına ait bağlantılar yer almaktadır.

27 Nisan tarihinde UDEK, üye derneklere pandemi sürecinde alanlarında eğitim ve hizmet sunumuna dair yaşanan sıkıntılara dair veri toplamak üzere bir çalışma başlattı. Derneklerden alınan veriler doğrultusunda uzaktan tıp ve uzaktan eğitim konularında dernek temsilcilerinin yer aldığı çalışma grubu oluşturuldu.

15 Mayıs tarihinde uzmanlık dernekleri ve TTB Merkez Konseyi ile birlikte, Sağlık Bakanlığının COVID-19 konulu çalışmalara getirdiği kısıtlamaları eleştiren bir basın açıklaması gerçekleştirildi (https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=ad15dfa4-96a9-11ea-baf3-777c09b98775).

Üye derneklerin bu kısıtlamalar nedeni ile pandemiye dair verileri uluslararası alanda paylaşamamalarından duydukları kaygı nedeni ile Avrupa Uzmanları Birliği ile bu durum paylaşıldı. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği, 5 Haziran 2020 tarihinde TTB'ne gönderdiği

mektupla “Bilimsel araştırmalar geleceğe ışıktır; kısıtlanamaz!” konulu basın açıklamasını desteklediğini bildirdi. (https://www.ttb.org.tr/udek/haber_goster.php?Id=451)

TTB-UDEK Koronavirüs Pandemisi alışma Grubu Yayınları

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-radyolojik-bulgulari/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-pandemisinde-cocuk-hastalara-ve-ailelerine-yaklasim/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/saglik-calisanlarinin-ruh-sagliginin-korunmasi-icin-saglik-kurumu-yoneticilerine-oneriler/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19lu-hastalarda-genel-cerrahi-ameliyathane-uygulamalari/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-pnomonisi-akciger-grafisi-mi-dusuk-do-oz-bt-mi-standart-do-oz-bt-mi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-profilaksi-hakkinda-turk-toraks-dernegi-gorusu-ve-koahli-hastalarda-covid-19-salgini-icin-gold-onerileri/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/hekimler-ve-saglik-calisanlari-icin-covid-19-korku-ve-kaygisiyla-bas-etme-rehberi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/laboratuvar-biyoguvencik-rehberi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/coronavirus-covid-19-salgini-radyoloji-bolumunun-bilmesi-gerekenler/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-hastaliginin-goruntuleme-bulgulari/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-ve-ruh-sagligi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/yogun-bakim-unitelerinde-covid-19-ile-mucadele-plani-hazirliklar/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/urologlar-icin-covid-19-oneri-rehberi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/urologlar-icin-covid-19-oneri-rehberi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/klorokin-ve-hidroksiklorokin-covid-19-hastalarinda-ve-hastaligin-profilaksisinde-kullanimi-konusunda-klimik-dernegi-gorusu/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/koronavirus-hastaligi-salgini-sirasinda-ruh-sagligi-ve-stresle-bas-etme/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/saglik-calisanlari-icin-yeni-koronavirus-hakkinda-bilgi-notu/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/acil-servis-triaj-algoritmasi/>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/covid-19-pandemisi-sirasinda-turkiye-radyoterapi-merkezleri-turk-radyasyon-onkolojisi-dernegi-raporu>

<http://www.hekimlik.org/koronavirus/pandemi-surecinde-turkiyedeki-uluslararası-gocmenler-ve-multecilerle-ilgili-durum/>

https://www.ttb.org.tr/udek/haber_goster.php?Id=454

Pandemi Nedeni İle Ertelenen Sağlık Sorunları ve Hizmet Sunumu

Prof. Dr. Gülriz Erişgen

UDEK Genel Sekreteri

Özet

Pandemi sürecinde hastaların virus korkusundan hastaneye başvuruları azalmıştır. Diğer yandan hastanelerin pandemi hastanesine dönüşmesi, hekim ve sağlık çalışanlarının Covid polikliniklerinde görevlendirilmeleri nedeni ile hizmete ulaşım zorlaşmıştır. Kronik hastalıklar, onkoloji hastaları, immunsupresif tedavi alanların takiplerinde aksamalar olmuş, bu aksaklıklar hastalıkların aktivasyonu ya da ilerlemesine neden olabilmektedir. Yeni doğan, sağlıklı çocuk ve aşı izlemleri sektöre uğramıştır. SB genelgesi doğrultusunda cerrahi branşlar acil dışında ameliyat yapmamış, girişim yapan dahili branşlar da acil olmayan olgular alınmamıştır. Girişimler ertelenmiş, tanı ve tedavilerde gecikmelere yol açmıştır. Radyolojik tanı ve izlem enfeksiyon riski ve yoğunluk nedeni ötelenmiştir.

Pandemi sürecinde sağlık hizmetleri konusunda yaşanan sıkıntılar, üç ana başlıkta toplanabilir:

1-Hastanelerin büyük oranda pandemi hastanesine dönüşmesi,

2-Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının COVID-19 polikliniklerinde görevlendirilmesi

3-Hastaların enfekte olmaktan duydukları korku nedeni ile COVID-19 dışı hastalık ve izlemlerde aksamalar yaşandığı görülmüştür.

Bu süreçte, uzmanlık derneklerinden alınan veriler ışığında ertelenen sağlık sorunları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1-Girişim gerektiren durumlarda hastaların korkusu nedeni ile pandeminin ilk ayında yoğun bir iptal ve erteleme yaşanmıştır. İlerleyen günlerde önlemler alınarak işlemlere başlanmıştır ancak hem devam eden kaygı hem de hastanelerin COVID-19 hasta yükü nedeni ile işlem sayısı düşük devam etmiştir. Girişimlerin ötelenmesi hem tanı hem de izlemlerde aksamalara neden olmuştur. Tanıda ve kontrollerde gecikmelerin ilerlemiş vakalara yol açmaktadır.

2-Radyolojik görüntüleme gereken hastalarda randevuların azaltılması, hastaların çekilmesi, BT sayılarının artması nedeni ile hastaların bu hizmete ulaşmalarında zorluklar yaşanmıştır.

3- Düzenli takibi gereken hastalıklarda takibin sürdürülememesi hastaların ilaçlarını aksatma, ilaçlarını kesme, doğru olmayan yöntemlere başvurma gibi olumsuzluklara yol açmıştır. Bu durum hastalıkların aktivasyonu ya da ilerlemesine neden olabilmektedir.

4-Hemen her alanda onkoloji hastaları, immun baskılayıcı tedavi alan hastalar hastaneler başvurmamış, uzaktan ulaşım yollarını kullanarak sorunlarını çözmeye çalışmıştır. İlaça ulaşımında zorluk ya da immunsupresif içerik taşıması gibi nedenlerle palyatif amaçlı tedavilerde düzenlemeler yapılmasına gerek olmuş ancak takibi zorlaşmıştır.

5- Kemik iliği nakli hastaları için de acil nakiller dışındaki kemik iliği nakilleri ertelenmektedir. Yurt içi veya yurt dışı akraba dışı vericilerin hazırlanması ve büyüme faktörlerinin uygulanması, kök hücre toplama işleminin gerçekleştirilmesi veya toplanan kök hücrenin transferinde çeşitli karşılaşılan zorluklar ve bağışçuların işlemlerden vazgeçmesi nedeni ile akraba dışı verici yerine haploidentik nakiller bu dönemde tercih edilmeye başlanmıştır.

6-Sağlık Bakanlığının elektif ameliyatları durdurması ile ortopedi ve travmatoloji gibi elektif vakaların yoğun olduğu alanlarda sorunların büyüyerek ötelenmesine yol açmıştır.

7- Yenidoğan servislerinde işleyiş pandemi nedeni ile büyük değişikliklere yol açmamıştır. Ancak ailelerin çekinceleri nedeni ile doğum sonrasındaki erken kontrollerde aksamalar hiperbilirubinemi ve emzirme sorunlarında artışa neden olabilmektedir. Hastanede gözetim altında tutulan orta ve ileri preterm bebeklerde ziyaret kısıtlamaları nedeni ile anne bebek bağlanmasında gecikmeler yaşanabilmektedir.

8-Sağlam çocuk izlemleri ailelerin hastaneye geliş korkusu nedeniyle ertelenmiş, aşı programları ise yakın aile sağlık merkezlerine yönlendirilmiş ancak takipleri yapılamamıştır.

9- Acil ve pandemi ile bağlantılı psikiyatrik sorunu dışında neredeyse psikiyatri hizmet arzı durmuştur. Sadece önceden takip edilen hastalara olabildiğince telefonla hizmet (ilaç yazma, kısa değerlendirmeler yapma) verilebilmiştir. Özel muayenehane hekimliği içinde telepsikiyatri ile bazı psikoterapi uygulamaları yapılmaktadır, ancak burada da pandemi öncesi verilen hizmetin çok sınırlı bir sayıya düşmüştür.

Pandemi Sürecinde Alınan Önlemlerde Birtakım Gevşetmeler Yapılmasına İlişkin Uzmanlık Derneklerinin Görüşleri

Pandemi sürecinde alınan önlemlerin 11 Mayıs 2020'den sonra aşamalı olarak gevşetilmesi konusunda uzmanlık derneklerine özellikle kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren başlıklarla ilgili görüşleri sorulmuş, gelen yanıtlar aşağıda özetlenmiştir. Görüş bildiren dernekler yazının sonunda alfabetik sırayla sunulmuştur.

Düşen olgu sayılarıyla birlikte kısıtlamaların denetimli olarak azaltılması sosyal yaşam ve ekonomik işleyişin devamlılığı açısından elbetteki önemlidir. Ancak yine de ekonomik kaygıların bilimsel/tıbbi gerekliliklerin önüne geçmesine izin verilmemelidir. Ama pandemiyin ne kadar süreceği belli olmadığından toplumun kurallara uyarak (maske kullanımı ve sosyal mesafe kuralı) ve bu süreçte birlikte yaşamayı öğrenmesi gerektiği, bu gevşetici kararların kuşkusuz toplum için zorunlu olan alanlarda alınmasının (65 yaş üzeri ve 20 yaş altı nüfusun kontrollü biçimde sokağa çıkabilmesi) önemli olduğu mutabık kalınan başlıklardır. Yaklaşık iki aydır evlerinden çıkamayan 65 yaş üzerindeki yurttaşlarımızın yürüme mesafesinde de olsa dışarı çıkabiliyor olmalarının, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halleri açısından olumlu olacağı düşünülmektedir. Ancak, bu bireyler dört saat kesintisiz yürüyüş yapamayacakları için onlara oturup dinlenebilecekleri ve bir şeyler yiyip içebilecekleri –sosyal mesafe, hijyen gibi koruyucu önlemler alınmak kaydıyla- mekanlar da sağlanmalıdır.

Benzer biçimde, toplu taşıma için koyulan kısıtlamaların sürmesi, toplu etkinliklerdeki kısıtlamalara devam edilmesi, sosyal mesafe kısıtlamalarının sağlanamayacağı kuruluş ve kurumların (örneğin okullar) günlük yeni olgu sayısı şu anki günlük rakamların çok daha altına düşünceye kadar açılmasının ertelenmesi öne çıkan diğer noktalar.

Yapılan test sayılarının artırılması gerektiği, toplumun taranmasına ve genel durumun görülmesine yönelik bir durum tespiti yapılmasının önemli olduğu, “normalleşmenin” ve “gevşemenin” hızının ve yönünün –yavaş, kontrollü, aşamalı olsa bile- biraz da bu yolla belirlenmesi gerektiğinin altı çizilmektedir. Önlemlerin gevşetilmesi sürecine ilişkin endişelerin azaltılması açısından önemli bir adım olacaktır. Hafif, aşamalı, yavaş, denetimli gevşemenin sayıları ve trendleri nasıl etkileyeceği görülmeden kesinlikle diğer planlamalar yapılmamalı ve acele edilmemelidir.

65 yaşın üzerindeki yurttaşlarımızın memleketlerine ya da yazlıklarına gidebiliyor olması pandemiyin yaygınlaşması yönünden risktir. Hem kendi açılarından hem de gittikleri bölgelerin sağlık sistemlerinin yükü açısından sorunludur. Buna tarımsal etkinlik için gidenler de eklenince müthiş bir hareketlilik, COVID-19 olgu sayısının çok olmadığı yörelere büyük kentlerden adeta hızlı bir “göç” anlamına gelmektedir. Çok yakın izlem ve uyanık olmak sayıların yeniden yükselmemesi yönüyle yaşamsaldır. Şehirlere giriş-çıkışını sınırlamalarının kaldırılması, kara ve hava ulaşımının yeniden açılması yüzyüze kalamadığımız bulaş risk/kaynakları arasındadır.

Hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının yeniden yapılandırılması

Ülkemizde tüm hastaneler pandemi hastanesi olarak ilan edilmişti. Artık bazı hastanelerin bu statüden çıkartılması COVID-19 dışında kalan hastalıkları yaşayan hastaların güvenle hastanelere başvurmasını kolaylaştıracaktır. Bu yapılamıyorsa da hastanelerin poliklinik ortamlarının fiziksel olarak düzenlenmesi, poliklinik bekleme salonlarının hasta temasını azaltacak şekilde organize edilmesi, hekim, sağlık personeli, temizlik kadrosunun desteklenmesi uygun olacaktır. İki muayene arasında temizlik ve ortamın havalandırılması amacıyla boşluk bırakılması, randevuların bu durum dikkate alınarak belirlenmesi, özellikle göz ve radyoloji gibi cihaz kullanan ünitelere bu açıdan özel önem verilmesi üzerinde durulmaktadır. Şüpheli olgular için acil servislerde izole alanlar tanımlanmalıdır.

Hastanelerin klimatizasyon ve havalandırma sistemlerinin bu süreçte gözden geçirilmesi özellikle ihmal edilmemelidir. Hastanelere girişte ateş ölçülmesi, maske takmanın zorunlu olması, semptomların sorgulanması gibi genel önlemlerle birlikte, 65 yaş üstü ve 20 yaş altına uygulanan sokağa çıkma yasağı dahil pek çok nedenle randevularına gelemeyen hastaların ertelemek zorunda kaldıkları sağlık sorunlarının çözümü, kontrolleri, elektif ameliyatlar gibi işlemlerin başlayabileceği dikkate alınarak ortak önlemler dışında her branşa özgü değerlendirmelerin ayrı ayrı yapılması gerektiği, bazı durumlarda onam formlarında COVID-19'la ilgili ifadeler yer verilmesinin doğru olduğu önemle vurgulanmalıdır.

Özellikle elektif ameliyatların günlük yeni olgu sayıları hala azımsanmayacak düzeyde olduğu bu günlerde, hastaların preoperatif enfeksiyon kontrollerinin yapılması, gerektiğinde (semptomatik ama COVID-19 laboratuvar olarak gösterilememiş hastalar) akciğer tomografisinden yararlanılması, kuşkulu olgularda gerçekleştirilecek acil ameliyatlar dahil özel servisler açılması, hastalarda/sağlık çalışanlarında güvenilir testlerin düzenli biçimde yapılması, koruyucu ekipman kullanımına her zaman özen gösterilmesi önemlidir. Yoğunluk nedeniyle vardiyalı/esnek çalışma desteklenmelidir. Tartışmalı konular için yerel düzeyde bilimsel danışma kurullarının oluşturulması da düşünülebilir. Ayrıca hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenliği için COVID-19 tanısı almış hastalar konusunda polikliniklere otomatik uyarı gönderilmesinin sağlanması önemli bir uyarıdır.

Önlemlerde gevşemelerin yapıldığı bu dönemin, koruyucu ekipman sağlanması ve kullanımını konusunda gevşemenin değil –yaşanmakta olan olağanüstü hareketlilik nedeniyle- belki de maksimum özenin gösterilmesi gereken bir dönem olduğu hep akılda tutulmalıdır.

Aile Sağlığı Merkez (ASM)'leri COVID-19 sürecinden olumsuz etkilenmiştir. ASM doktorları hastanelere gitmeye çekinen hastaların yoğun yükü altında kalmış, bazıları hastalanmıştır. İçlerinden bazıları süreçte başka alanlarda görevlendirilmiştir. Bu kişiler en kısa sürede asıl görev yerlerine dönmelidir. Poliklinik yükündeki artış, görevlendirmeler asli işleri olan koruyucu sağlık hizmetleri, gebe-lohusa izlemi, bebek izlemi ve aşıların olağan düzeninde sürdürülmesi yönünden çok değerlidir. Bu günlerde kendilerine özellikle destek personel sağlanması önemlidir.

Hastalar üzerine olası olumsuz etkiler

COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan izolasyon ve karantina enfeksiyonun yayılmasına engel olmuştur. Esnetme konusundaki adımlar kanser tanısıyla tedavi edilen hasta grubu için riskli olacaktır. Bu hasta grubu özellikle immün sistemi baskılanmış olup anti-kanser kemoterapisi devam etmekte olan hastalardan oluşmaktadır. Karantinaya, maske takılmasına, el hijyeni ve elleri sabunlamaya, sosyal mesafeyi korumaya devam edilmesi onlar için yaşamsaldır.

Pandemi ile ilgili kararlar alınırken öncelikle ülkemizdeki verilerin başta halk sağlığı ve enfeksiyon dernekleri olmak üzere pandemi yönetiminde yetkin kurumlar tarafından değerlendirilmesi ve risklerin ortaya konulması gerekir. Bulaşma riski yüksek olmasına rağmen normal yaşama geçilmesi onkoloji-hematoloji hastalarında her türlü enfeksiyon açısından yüksek risk oluşturacaktır. Salgın hızındaki artışın hastalarda enfeksiyon oranını arttırabileceğini, kanser tedavilerini aksatabileceğini, tedavi başarısını düşürebileceğini, hastane yatış sürelerini uzatabileceğini özellikle vurgulamak gerekir. Yalnızca hastaların değil, ailelerin ve onlarla ilgilenen/ilgilenecek olan sağlık personelinin de salgından etkilenme riski mevcuttur ve bu durum hastaları da etkileyecektir.

Alışveriş merkezleri (AVM)'nin açılması

İnsanların yakın temasta olacakları tüm ticari faaliyetler “önce sağlık” bakış açısı ile gözden geçirilmelidir. AVM’lerin açılışıyla ilgili genel kaygılar (bazı düzenlemeler yapılmış olsa da) henüz erken olduğu yönündedir. AVM’ler gibi kalabalık ortamların tamamının açılması yerine öncelikle yalnızca mağazalar açılmalı, insanların ihtiyaçlarını karşılama amacıyla gitmeleri sağlanmalıdır. Bu tür kalabalık ve kapalı ortamları insanların tamamen eğlence veya vakit geçirme amacıyla kullanmasına izin verecek sinema, oyun alanları veya yemek alanları açılmamalıdır. Mağazaların (dar olmaları dikkat çekiyor) açılmasının yansımalarına göre sinema, oyun alanları veya yemek alanlarının açılması daha sonra, ayrıca değerlendirilmelidir.

Kalabalık ortamlarda maske zorunluluğu devam ettirilmeli, sosyal mesafe açısından alışveriş merkezinin kapasitesine göre izin verilebilecek sayılar belirlenmeli buna yönelik olarak AVM’lerin girişlerinde giren sayısını katı bir şekilde kontrol edecek mekanizmalar geliştirilmelidir. Lokal dengelerin sağlanması, kontrol mekanizmalarının tam olarak işlenmesi için il pandemi kurulları etkin biçimde kullanılmalı, bu kurulların önerileri ile lokal önlemler arttırılmalı veya yumuşatılmalıdır.

Bununla paralel olarak AVM’ler ve onlar gibi kalabalık ortamların havalandırma sistemleri standardize edilmeli, hava sirkülasyonu için uygun olan veya daha etkin mekanizmaların kullanılması sağlanmalıdır. Girişlerde mutlaka ayak tabanlarının dezenfekte edilmesini kolaylaştıracak alanlar oluşturulmalı, el dezenfektanı kullanımı ve ateş ölçümü zorunlu hale getirilmelidir. İnsanların el ikama ve sosyal mesafeye uyma gerekliliğini hatırlatacak anonslar yapılmalı, hatırlatıcı levhalar, kamu spotları hazırlanmalıdır. AVM’ler gibi kalabalık ortamların temizliğinin çok sık yapılması sağlanmalı, yine aksi durumlarda katı yaptırım olmalıdır.

Bir diğer önemli nokta AVM'lerde çalışan mağaza satıcıları, güvenlik görevlileri, ve benzeri tüm personelin durumun ciddiyeti ve önlemlerden ödün verilmemesi konusunda düzenli olarak eğitimlerinin sağlanmasıdır. Sözü edilen meslek gruplarının bu süreçten sonra COVID-19 tanısı almaları durumunda bunun meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağı da yine şimdiden netleştirilmesi gereken bir husustur.

Berber, kuaför ve güzellik salonu, spor salonu gibi işletmelerin açılması

Yaklaşık iki aydır gerek gerek gerek kadın bireyler, kişisel saç, sakal, tırnak bakımlarını evde yapmayı öğrenmişlerdir. Elektrikli tıraş makineleri online alışveriş sitelerinde en fazla talep gören ürünlerden birisidir. Açılacak olan kuaför salonlarında maske kullanımı, sadece bir müşteri bulunması gibi koşullar getirilmekle birlikte bunların ne ölçüde uygulanabileceği ve denetimi soru işaretidir. Vücut sıvıları ile bulaşma ve yakın temas riski yaratacak ve fiziksel altyapıları birbirinden çok farklı olan berberlerin de açılmalarının daha sonraya bırakılması –pandemi yönetiminde olumsuzluğa neden olabileceği için- uygun olacaktır. Ancak spor salonları açılmalı, ayrıca insanların açık havada düşük riskle dolaşım, hareket edip hava alacakları parklar ve bahçeler de yasak kapsamından çıkartılmalıdır. Bu başlık altında ele alınan meslek gruplarının sağlık denetimi ve eğitimleri ihmal edilmemelidir.

Seyahat kısıtlamalarının kaldırılması

65 yaş üstündeki yurttaşların memleketlerine ya da yazlıklarına gidebilmeleri, tarımsal üretimde çalışacak kişilerin üretim alanlarına transferi konularında izin verilmesi, pandeminin olumsuz etkilerinin fazlaca görüldüğü büyük kentlerden ciddi bir “göç” tablosu yaratmış durumdadır. Kitle hareketliliğinin fazla olduğu, farklı ülkelerden gelen insanların çok yoğun olarak birarada oldukları aktivitelerin (hac, festivaller, spor karşılaşmaları, konserler, kongreler vb) yapılmaması önerilir.

Hastalığın şimdiki kısmi kontrol başarısında ;mevsimsel etkinin çok büyük önem taşıdığı ve bu nedenle ikinci büyük dalganın sonbaharda olacağı ısrarla akılda tutulmalıdır. Turizm sektörünün de aşamalı, kısıtlamalı ve denetimli biçimde yerli ve yabancı turistlere hizmet vermeye başlayacağı anlaşılmaktadır. Bu konuda karar alırken ülkemizdeki güncel salgın verilerinden daha çok dünyadaki salgın verileri ve özellikle sonbahar ve kış mevsimini yaşayan Güney yarımküre ülkelerinin verileri dikkate alınmalıdır.

Ekonomik kaygılardan çok tıbbi gerekliliklere dayanan kararlar alınmalıdır. İnsanların yakın temasta olacakları tüm ticari faaliyetler “önce sağlık” bakı açısından ile gözden geçirilmelidir.

Spor karşılaşmalarının başlatılması

Bazı spor dallarında ligler iptal edilmiş durumdadır ve federasyonları kalan haftaların oynamayacağını açıklayıp ligleri tescil etmiştir. Ancak Türkiye Futbol Federasyonu tüm ligleri sürdürme kararı almıştır. Başlatma tarihi sürekli ertelense de alınmış karar (12 Haziran 2020) yürürlüktedir.

Pandemiyle ilgili riskler tamamen elimine edilip toplum sağlığını tehdit etmeyecek düzeye gelmeden önlem alınmaya çalışılsa da hiç düşünülmemelidir. O düzeye geldiğinde ciddi, sıkı denetimli önlemler alınmak kaydıyla düşünülebilir.

Öncelikle vurgulanması gereken nokta, virusun yayılım tehlikesi tamamen ortadan kalkana ve ikinci dalga risk iolmayana kadar karşılaşmaların kesinlikle seyircisiz oynanmasıdır. Yalnızca sporcular değil, teknik kadro, sağlık kadrosu, yöneticilerle birlikte tüm kulüp çalışanları sağlık denetimi altında (özellikle periyodik tarama testleriyle) tutulmalıdır. Maçların oynandığı dönemde tüm çalışanların dışarıyla teması en aza indirgenmelidir. Bu süreçte çalışacak personel sayısı iyi hesaplanmalı ve olabildiğince düşük sayılarla devam edilmelidir. Benzer denetimler, stadyumda çalışan personel için de gerçekleştirilmeli, stadyumların temizliğine maksimum özen gösterilmelidir. Deplasmana gidiş-gelişler ayrıca önemlidir.

Müsabaka sırasında yaralanan ya da bu süreçte tıbbi yardıma gereksinimi olan sporcunun sağlık hizmeti alımı şartları iyi planlanmalıdır. Antrenman sürecinde oyuncuların birbirleriyle ve sağlık ekibiyle temasları azaltılmalıdır. Ayrıca çevresel koşulların (hava, iklim, vb.) sporcu sağlığına olası etkileri dikkate alınmalıdır.

TÜRK ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON DERNEĞİ
TÜRK GASTROENTEROLOJİ DERNEĞİ
TÜRK OFTALMOLOJİ DERNEĞİ
TÜRK ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BİRLİĞİ DERNEĞİ
TÜRK PEDIATRİK ONKOLOJİ GRUBU
TÜRK PLASTİK REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ DERNEĞİ
TÜRK RADYOLOJİ DERNEĞİ
TÜRK TIBBİ ONKOLOJİ DERNEĞİ
TÜRK TORAKS DERNEĞİ
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLIK DERNEĞİ
TÜRKİYE SOLUNUM ARAŞTIRMALARI DERNEĞİ
TÜRKİYE SPOR HEKİMLERİ DERNEĞİ

Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahilere Başlanması Hakkında TTB görüşleri

COVID-19 salgınının ülkemizde saptandığı ilk günlerde Sağlık Bakanlığı bir genelge ile elektif ameliyatların durdurulmasını istemişti. Bu dönemde sağlık kuruluşlarında sadece acil ve ivedi nitelikli cerrahi işlemler yapılmış, bazı kanser ameliyatları dahil olmak üzere bir çok elektif ameliyat belirsiz bir süreliğine ertelenmiştir.

COVID-19 hastalarının sayısının ve COVID-19'a bağlı ölüm sayılarının azalmaya başlamasıyla “normalleşme” adı altında bazı önlemlerin kaldırıldığı ya da gevşetildiği bir evreye girilmiştir. Eş zamanlı olarak, sağlık alanında da bir süredir ertelenmiş olan COVID-dışı sağlık hizmetlerinin yeniden başlatılması gereksinimi gündeme gelmiştir.

Türk Tabipleri Birliği, İstanbul Tabip Odası ve TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu 19 Mayıs 2020'de, uzmanlık derneklerinin temsilcileriyle birlikte “Yeniden Açılma Sürecinde Elektif Cerrahiler” başlıklı çevrimiçi bir toplantı düzenlemiş ve elektif cerrahi işlemlerin yeniden başlatılması ile ilgili olarak uzmanlık derneklerinin görüşlerini almıştır.

Bu toplantıda dile getirilen görüşler ve salgının seyri dikkate alınarak elektif cerrahi işlemlerin yeniden başlatılması konusunda meslek örgütümüzün saptama ve önerileri şöyledir:

- Sağlık Bakanlığı'nın ve Koronavirüs Bilim Kurulu'nun epidemiyolojik verilerin sadece bir kısmını paylaşması pandemiye dair bütünlüklü bir epidemiyolojik değerlendirme yapabilmeyi engellemekte ve yeniden açılma sürecinde COVID-19 dışındaki sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonunu planlama açısından handikap oluşturmaktadır.
- Henüz birinci dalga tam anlamıyla sönmelenmemiştir. Salgının hala stabil olmayan bir seyir sürdürdüğü görülmekte, olgu ve ölüm sayılarında genel olarak düşüş eğilimi gözlemlense de zaman zaman ani yükselişler olduğu gözlenmektedir.
- “Semptomu olanlara test yapan ülke” olarak sınıflandırılan Türkiye'de nüfusa oranla test sayısının yüksek olmadığı söylenebilir. Ayrıca test sayılarının dalgalı bir seyir izlediği, istikrarlı olmadığı görülmektedir. Yeniden açılma sürecinin planlanması için COVID-19 için yapılan test sayılarının yeterli düzeyde olması önemlidir.
- Yeniden açılmayı planlamak için gereken bir başka önemli bilgi toplumda bağışıklığın ne düzeyde olduğudur. Süreci oldukça sert geçiren ülkelerde bile toplumsal bağışıklığın henüz çok düşük düzeyde olduğu hesaplanmıştır.
- Dünya Sağlık Örgütü “kapanma”nın hızlı olmasını, “açılma”nın ise temkinli olmasını önermekte ve “yeniden açılma” için şu 6 koşulun sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır: (1) Virüsün geçişinin (bulaşıcılığının) kontrol altında olduğuna dair kanıt olmalı, (2) Ülkenin sağlık sistemi her vakayı tespit edebilmeli, test edebilmeli, izole edebilmeli ve temaslılarını bulabilmeli, (3) Sağlık tesisleri yayılımında çok önemli olduğundan buralarda salgın riski minimuma indirilebilmeli, (4) İşyerleri ve okullar gibi temel hizmet alanlarında fiziksel mesafe, el yıkama ve solunum hijyeni olanakları sağlanmalı, (5) Yeni vakaların topluma gelmesi engellenmeli (yurtdışı

ve iller arası seyahatin kısıtlanması gibi önlemlerin zaman zaman uygulanması gerekebilir), (6) Toplumun yeni normlara uyum ve katılımı sağlanmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin yeniden açılması sürecinde bu önlemleri içeren düzenlemelere, randevu saatlerinden bekleme alanlarına kadar farklı hizmetlerde çerçeveleri ve kriterleri ortaya koyan dokümanlara ihtiyaç bulunmaktadır.
- Anestezi veya cerrahiye bağlı olabilecek komplikasyonlardan kaçınmak adına hastanelerde cerrahlar, anestezi ve yoğun bakım uzmanları ile yöneticilerden oluşan komisyonların kurulması uygun olacaktır.
- Yeniden açılma döneminde elektif ameliyatlarda en önemli konular uygun hasta seçimi ve doğru bir ameliyat öncesi değerlendirmedir.
- Tedavi için etkili olabilecek cerrahi dışı seçenekler varsa bunlar tercih edilmelidir.
- Asemptomatik bir COVID-19 hastası ameliyat edildiğinde hem anestezi ve cerrahi ekibine hem de diğer hastalara hastalığın bulaşması riski olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca, asemptomatik COVID-19 hastalarının ameliyattan sonra semptomatik olabileceği ve hastalığın normalden daha ağır geçebileceği bilinmelidir. Özellikle kanser hastaları COVID-19 pozitifse mekanik ventilasyon ihtiyacı, yoğun bakım yatışı ve ölüm oranları 3,5 kat artmaktadır.
- Bu nedenle ameliyat öncesi asemptomatik COVID-19 hastalarının saptanması önemlidir. Bu amaçla semptom ve bulgular sorgulanmalı; mümkünse tüm hastalarda RT-PCR testi yapılmalıdır. Ancak moleküler yöntemlerin COVID-19 hastalarının bir kısmını tanıyamadığı unutulmamalıdır. RT-PCR testinin duyarlılığı %47-63 arasında olup önemli düzeyde yalancı negatiflik sorunu yaşanmaktadır. Antijen testlerinin de önemli bir duyarlılık sorunu bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen risklerin asgari düzeyde tutulabilmesi için daha duyarlı yöntemlerin geliştirilmesi gereklidir.
- Hastaların preoperatif değerlendirmesinde PCR testlerinin yanı sıra şüphe olduğunda akciğer grafisi ve toraks BT gibi görüntüleme yöntemlerine ve gerekirse göğüs hastalıkları konsültasyonuna yer verilen bir algoritma oluşturulmalıdır. Semptomsuz COVID-19 hastalarında radyolojik görüntülemenin duyarlılığının düşük olduğu ve ayrıca toraks BT’de iyonizan radyasyon varlığı dikkate alınarak bu hastalarda toraks BT’nin rutin bir preoperatif test olarak kullanılmasından kaçınılmalıdır.
- PCR testinden sonra hasta hemen ameliyat edilemeyecekse ameliyat gününe kadar nerede izole edileceği de kararlaştırılmalıdır. İzolasyon evde yapılacaksa hastaya maske kullanımı gibi gerekli önlemler açıklanmalıdır. Evde izolasyonun sağlanamadığı veya yeterince güvenli olmayabileceği durumlarda hastane de dahil olmak üzere güvenli izolasyon koşulları sağlanmalıdır.
- Elektif cerrahi öncesinde hastaların risk faktörleri açısından kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesi önemlidir. Riski artıran başlıca faktörler 65 yaş üzeri, kardiyovasküler hastalıklar, ASA 3 ve üzeri, vücut kitle indeksi 35’in üzerinde olan hastalar, diyabetik ve otoimmün hastalar, hiperkoagülan durumları içermektedir.
- Preoperatif değerlendirmede hekimler ve sağlık çalışanları kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

- Aydınlatılmış onam formu son derece önemlidir. Sadece ameliyatla ilgili aydınlatılmış onam formu değil, bunun yanında COVID-19 ile ilgili aydınlatılmış onam formunun da doldurulması gereklidir. Hem hasta hem de hasta yakını mutlaka COVID-19 ile ilgili olarak hastanede bulunma ve yatış sırasında bulaş, cerrahi morbidite ve mortalite ile ek tetkikler gerekebileceği hakkında bilgilendirilmeli ve onamları alınmalıdır.
- Hukuki yönden belirsizliklerin fazla olduğu bir döneme girilecektir. Emsal kararların olmadığı bu dönemde yargı organları tarafından genel hukuk kuralları geçerli sayılacaktır. Hukuk doktrincileri “aydınlatma yükümlülüğü, özen ve dikkat” konusunda uyarılarda bulunmaktadırlar. Koşullar özen ve dikkat kavramının çok geniş yorumlanmasını gerekli kılmaktadır.
- Yeniden açılma sürecinde ameliyathane kullanımına ilişkin kılavuza ihtiyaç bulunmaktadır. Burada dikkate alınması gereken parametreler arasında ameliyathanelerin altyapısının yeterli olup olmadığı, negatif basınç durumu, ameliyat türünün damlacık yapma potansiyeline göre değerlendirilmesi, ameliyatın gerektirdiği sağlık çalışanı sayısı bulunur.
- Ameliyathane salonlarının kullanım ve organizasyonu etkili bir biçimde koordine edilmelidir.
- COVID-19 olduğu bilinen hastaların ameliyatlarının ayrı hastanelerde, bu olamıyorsa ayrı binalarda, bu da sağlanamıyorsa ayrı ameliyat odalarında yapılması gerekir. Mümkünse bu odalar negatif basınçlı olmalıdır. Pozitif basınçlı hava akımı olan odaların havalandırma sistemlerine HEPA filtreleri takılmalıdır.
- COVID-19 hastalarının ameliyatlarının yapıldığı bölümler ile diğer hastaların ameliyatlarının yapıldığı bölümlerin giriş ve çıkışlarının ayrı olması sağlanmalıdır. Cerrahi ekiplerin de ayrılması uygun olacaktır.
- Ameliyathanelerdeki alet ve cihaz sayıları en aza indirilmeye çalışılmalı, özellikle entübasyon sırasında ve tüm cerrahi işlem boyunca ameliyat odalarına personel giriş çıkışları sınırlandırılmalıdır.
- Yeniden açılma sürecinde elektif ameliyatlara geçiş planlı ve aşamalı olmalıdır. Her cerrahi uzmanlık alanı kendi alanlarındaki ameliyat ve işlemleri için acil, ivedi, ertelenebilir gibi kategoriler tanımlamalıdır. Adaptasyon dönemine kısa süreli lokal işlemler, ayaktan işlemler, 65 yaş altı asemptomatik olgular, minimal invazif cerrahiler, yatış süresi kısa olan işlemler gibi riskin daha düşük olduğu hastalarla başlanmalı; deneyimler arttıkça daha komplike (örneğin daha yaşlı hastaların ameliyatları, daha uzun süreli cerrahiler gibi) ameliyatlara aşamalı bir biçimde geçilmedir.
- Mukozal yüzeyleri ilgilendiren (endonazal, laringeal, faringeal, torasik, gastrointestinal) cerrahiler ve aerosol oluşumuna sebep olan cihazların (endoskop, nazogastrik kateter, koter, mikrodebrider, tur, aspiratör, radyofrekans, lazer vb) kullanıldığı işlemlerde bulaş riskinin daha yüksek olduğu dikkate alınmalıdır
- Damlacık ve aerosol üreten işlemlerin ayrıntılı olarak tanımlanması gerekmektedir. Aerosol üreten işlemlerin negatif basınçlı ameliyathanelerde yapılması uygun olacaktır. Mümkünse entübasyonlarda ve aerosol üreten işlemlerde gerekli olmayan

kişileri ameliyathane dışına çıkartmak ve işlemin deneyimli cerrah tarafından yapılması düşünülebilir.

- Sağlık çalışanlarının gereksinim duyacağı bütün kişisel koruyucu donanım yeterli miktarda sağlanmalıdır. En az 30 günlük kişisel koruyucu donanım rezervi bulundurulmalıdır. Bunların ameliyathanelerde nasıl kullanılacağına ilişkin eğitimler verilmelidir.
- Oral ve nazal kavite uygulamalarında iyot ile ağız ve burun boşluğunun yıkanması koruma sağlayabilir.
- Virüsün cerrahi duman ile de bulaşabilme ihtimaline karşılık koter kullanımı azaltılmalı, koter kullanılacaksa aspiratör ile beraber kullanılmalıdır.
- Vaka araları en az 60 dakika olmalıdır.
- Ameliyat odalarında kurallara uygun dezenfeksiyon, sterilizasyon uygulanmalıdır.
- Hastaları tekrar kontrole çağırma gereksinimini azaltmak adına eriyebilen dikiş materyalleri tercih edilmelidir.
- Hastalar mümkünse tek kişilik odalarda yatırılmalı, eğer şartlar buna uygun değilse hasta yatakları arasında en az iki metre mesafe bırakılmalı, ortak kullanım alanları sık sık dezenfekte edilmeli ve havalandırılmalı, hasta ve refakatçisi maske takmalıdır. Refakatçi sayısı minimumda tutulmalıdır.
- Hastaların mümkün olan en kısa sürede taburcu edilmesi, pansuman gibi basit bakımlar konusunda eğitilmesi önemlidir. Ameliyat sonrası bakım önerilerinin hastalara yazılı olarak verilmesi uygun olur.
- Ameliyattan sonraki ilk 14 gün içerisinde de hastanın COVID-19 semptomları açısından sorgulanmaya devam edilmesi gereklidir. Bunun için teletıp olanakları kullanılabilir.

18.06.2020 tarihinde yapılan yeni bir düzenleme ile Halk Sağlığı Yönetim Sistemi üzerinden COVID-19 tanısı için PCR tetkiki istemi için “Asemptomatik kişilerden COVID-19 PCR tetkiki istenmemesi, PCR istemlerin e-imza ile yapılması kuralı “ getirilmiştir. Bu düzenlemenin gerekçesi anlaşılammıştır. Çünkü zaten duyurunun gönderildiği hastanelerde, gerekli görülen kişilerden COVID-19 tanısı için PCR tetkiki istemi Halk Sağlığı Yönetim Sistemi üzerinden başarılı bir şekilde yapıлып hasta kayıtları salgın yönetiminde ihtiyaç duyulan verilerin sağlanması için titizlikle ve eksiksiz bir şekilde tutulmaktaydı.

Ayrıca duyuru resmi bir yazı olmadan, bir mesajla duyurmuş ve hastanelere düzenleme için yeterli vakit tanınmaksızın uygulamaya geçilmiştir. Her ne kadar sonradan yapılan bir güncelleme ile güncelleme ile -Ameliyat öncesi tarama “Vaka Takip Hastane” kullanıcılarına açıldı ve genel tarama menüsü altından erişilebilir hale getirildi ancak ameliyat öncesi taramaya , yalnızca büyük ameliyat ve immunsupresif tedavi kullanan hastaların COVID-19 taramaları için veri girişi yapılmalıdır şeklinde bir uyarı eklendi.

Bu uygulamanın pandemi sürecine getireceği olumsuzluklar için görüşlerimiz şöyledir

- Bulaşmada önemli rolü olduğu halde, bu nedenle tespit ve izole edilemeyecek olan asemptomatik olgular nedeniyle yeni kümeleşmeler ve odaklar salgının kontrolünü sekteye uğratacaktır.
- Havayolu şirketleri ve yabancı ülkeler, yolculardan COVID-PCR testi istemektedir. Asemptomatik kişilerden PCR istenmemesi kuralı bu endikasyonla test istenmesini engelleyecek kişilerin seyahatleri de engellenmiş olacaktır.
- Semptomları olmayan ama şüpheli kişilerden sırf PCR testi gönderebilmek için olmayan semptomların varmış gibi HSYS'ye girilmesi de medikolegal sorunlara neden olabilecektir.
- Temaslılar ve riskli gruplarda yer alan kişilerin temaslıları (örn. Aile bireyleri) ve sağlık personelinin taranması engellenecektir.
- COVID-19 aynı zamanda bir nozokomiyelenfeksiyondur. Hem sağlık çalışanı hem diğer hastalar için de bulaşma riski oluşturmaktadır
- Opere edilecek ya da bağışıklığı baskılanmış bireylerle aynı servise yatırılacak hastaların COVID-19 açısından taranmaması önemli sonuçlarasonuçlara yol açabilecektir
- Operasyon öncesi hastalardan, immunsupresif tedavi alacak hastalardan PCR tetkiki istenmesi hem Sağlık Bakanlığı Bilimsel,Danışma Kurulu'nun hem ulusal ve uluslararası uzmanlık derneklerinin rehberlerinde bulunmaktadır.
- Yapılan çalışmalar ,asemptomatik olanlar dahil PCR (+) olan olguların ameliyat sonrası tromboemboli ve akciğer sorunları gibi komplikasyonlarının ve ölüm oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle PCR (+) hastalarda durum acil değilse 28 gün süre ile işlem yapılmaması gerektiği bildirilmektedir.
- Bu kaygılar ile girişim yapılacak kişilerden PCR testi gönderebilmek için olmayan semptomların varmış gibi HSYS'ye girilmesi medikolegal sorunlara neden olabilecektir

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden açılma sürecinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde meslek örgütümüz ve uzmanlık dernekleri ile işbirliği içinde davranmasını bekliyoruz.

TTB'nin Sağlık Bakanlığı Tarafından Yanıtlanmasını Beklediği Sorular

Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği'nin yazılı olarak da iletildiği sorularının hiçbirine yanıt vermedi. COVID-19'un meslek hastalığı olarak kabulü için yapılan başvurularda ise kurumlar başvurumuzu ek yaparak birbirine göndermeyi tercih etti. Türkiye'de ilk vakanın görüldüğü 10 Mart'tan itibaren yapılan başvuruların tümü kurumsal internet sayfasında da yer aldı. Mayıs-Temmuz döneminde sorulan ve yanıtı olmayan sorular aşağıda sunulmuştur.

27 Mayıs 2020

Türkiye'de tüm olgulara hidroklorokin olabildiğince erken dönemde başlanarak verilmektedir. Hidroklorokin yan etkilerine ilişkin giderek yaygınlaşan bilgiler, tüm COVID-19 olgularına hidroklorokin uygulanan ülkemizde gerek hekimler gerekse toplumdaki bireyler açısından tedirginliğe yol açmaktadır. COVID-19 pandemisini "başarılı" bir şekilde yönettiklerini her fırsatta ifade eden ve COVID-19 hastalarına ilişkin hastalık verilerinin paylaşılmasına izin vermeyen Sağlık Bakanlığı yetkililerinden ülkemizdeki COVID-19 olgularının yaş dağılımına, tedavi başarı oranlarına ve görülen yan etkilere vb. ilişkin bilgileri ivedilikle paylaşmalarını bekliyoruz.

1 Haziran 2020

Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu'na, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü ile İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü'ne yapılan şu başvuruya da yanıt verilmedi:

COVID-19 hastalığını geçiren ve çalışma hayatına katılabilecek olanların ayrımcılığa uğramadan işe dönebilmeleri gerektiğini belirten TTB Merkez Konseyi, virüsle ilgili oluşan kaygı nedeniyle hastalığı geçirenlerin işten çıkartılması olasılığının, çalışanları işlerini kaybetmemek için bir takım gizliliklere yönelebileceği uyarısında bulundu. TTB Merkez Konseyi, özel sektör ile ilgili belirsizliklerin halen sürdüğüne dikkat çekerek, çalışanlardan kronik hastalığı olanların herhangi bir hak kaybı yaşanmadan izinli sayılmalarının sağlanması ve bu kişilerin hangi koşullarda çalışma hayatına katılabileceği ve alınması gereken önlemlerin de açık ve ayrıntılı olarak belirlenmesi gerektiğini vurguladı.

1 Haziran 2020

Sağlık Bakanlığı, salgın döneminde sağlık çalışanlarına "müjde" olarak ek ödeme sözü vermesine, uygulamada ise bunun oldukça sınırlandırılmasına rağmen sağlık çalışanlarının özlük hakları, dinlenme hakları, seyahat ve iş değiştirme haklarını tümüyle ve ölçsüz biçimde askıya aldı. Hamile sağlık çalışanlarının da diğer tüm kamu çalışanları gibi izinli sayılması talebimize uygun işlem yapıldı. Ancak Sağlık Bakanlığı, gebe ve emziren sağlık çalışanlarının pandemi süresince idari izinli sayılması ya da COVID-19 bulaşma riski olmayan alanlarda çalışmalarının sağlanması talebine de yanıt vermedi.

3 Haziran 2020

Salgın döneminde insan üstü bir çabayla hastalarının sağlığına kavuşması için çalışan sağlık çalışanları, normalleşme dönemine “vardiyalı çalışma” dayatması ile girdi. Adana ve Eskişehir şehir hastanelerinde, Sağlık Bakanlığının bir genel yazısı Bilim Kurulu’nun da Rehberinde yer almamasına karşın akşam saat ona sarkan, haftasonunu da kapsayan vardiyalı çalışma dayatmasının durdurulması ve gerekli açıklamanın yapılması talebi de yanıtız kaldı.

4 Haziran 2020

Türk Tabipleri Birliği daha önce de açıklama yaparak sınavların ertelenmesi gerektiğine dair görüşünü kamuoyu ile paylaştı. Son olarak kısıtlamaların kaldırılması ile salgında gelişebilecek yeni bir hızlanma olasılığı varken bir sınav tarihi açıklamanın uygun olmadığı, salgının gidişini izleyerek bu sınavların salgının tamamen kontrol altına alındığı döneme ertelenmesi gerektiği yönündeki uyarı ve talebimiz de yanıtız kaldı.

18 Haziran 2020

Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarına ait bilgiyi hangi amaçla bir hekim meslek örgütünden ve kamuoyundan gizlemekte bilemiyoruz. Son olarak sorduğumuz şu sorular da yanıtız kaldı:

- Mart ayından itibaren kaç sağlık çalışanı COVID-19 geçirmiştir?
- Şu anda kaç sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle hastanede yatmaktadır?
- Şu anda kaç sağlık çalışanı yoğun bakım ünitesinde yatmaktadır? Kaçı entübedir?
- Hangi meslek grubundan, kaç sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir?
- Sağlık çalışanlarına PCR testi ile tarama yapılmakta mıdır?
- PCR testi negatif ama semptomları pozitif olan sağlık çalışanları çalıştırılmakta mıdır?
- Kişisel koruyucu malzemeler ihtiyacı karşılayabilecek düzeyde midir?
- Bu malzemelerin hastanelere dağıtılmasında yeterli organizasyon sağlanabilmekte midir?
- COVID-19 meslek hastalığı olarak kabulüne yönelik çalışmalar başlatılmış mıdır?
- Sağlık çalışanlarının maddi kayıp kaygısı olmadan çalışabilmesi için alınan önlemler nelerdir?
- Sağlık çalışanlarında giderek artan olgu sayısı çalışma saatlerini yeniden planlamayı gerektirmekte midir?

18 Haziran 2020

Salgının birinci dalgasının içindeyken atılan “normalleşme” adımlarının isminin belirlenmesi ile uğraşmak yerine bilimin gereklerinin yerine getirilmesine dair çağrımız devam ediyor.



İllere göre hastalanma ve ölüm hızlarının hesaplanması, karşılaştırılması ve daha etkili önlemler alınması için verilerin açıklanması, iller arasındaki farklılıklara yol açan etmenlerin analiz edilebilmesi için gerekli bilginin paylaşılması, verilerin şeffaf olarak açıklanması ve bilimsel değerlendirmeye olanak sağlanması, toplumsal hareketliliğin kısıtlanmasından vazgeçilmesi nedeniyle sorumluluğun bireysel çabaya indirgenmesinden ve mağduru suçlayan tutumdan vazgeçilmesi, epidemiyolojik verilerin açıklanması ve karar verme süreçlerini sağlık meslek örgütlerinin katılımına açmaya yönelik talebimiz de yanıtız kaldı.