



TÜRKİYE NÜFUSU
2020'DE 411 BİN KİŞİ
AZALDI

**AŞI KARARSIZLIĞI &
AŞI KARŞITLIĞININ
SONUÇLARI**

klınıkiletışim®

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ

EKİM | KASIM 2021 YIL:5 SAYI:20



18 AY SONRASINDA PANDEMİDE NEREDEYİZ?

PANDEMİNİN
SİYASAL & EKOLOJİK & KÜLTÜREL &
EKONOMİK SONUÇLARI

27 BİNE YAKIN KİŞİ
ORGAN NAKLİ BEKLİYOR



COVID-19 SALGININDA
NEREDEYİZ?
NEREYE GİDİYORUZ?

TÜRKİYE'NİN İLK YERLİ
PLAZMA ÜRETİM TESİSİNİN
TEMELİ ATILDI

HPV AŞILARI
ULUSAL AŞI TAKVİMİNE
EKLENMELİ!

PANDEMİDE
ORGAN BAĞIŞI
ALARM VERİYOR!



Multicare

» Üst Düzey Yoğun Bakım Yatağı

Yoğun bakım ünitesinde kritik durumda olan hastaların özel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık personeline bakım hizmetlerinde en iyi şekilde yardımcı olmak üzere kapsamlı ürün portföyümüzle her zaman yanındayız. Linet Multicare model yoğun bakım yatağı yenilikçi özellikleri ile ürün portföyümüzü bu alanda tamamlamaktadır.

İyileşme Sürecini Destekleyen Özellikler

- Tam otomatik, lateral tilting yoluyla +/- 30 °'ye kadar kinetik tedavi
- VAP (ventilatörle ilişkili pnömoni) tedavi ve önlemi
- Yatak yaralarının önlenmesi
- Hasta ağırlığının tespit ve takibi
- Daha kolay nefes alma
- Mobilizasyon ve self mobilizasyonu

Sağlık Personelinin İş Yükünü Hafifleten Özellikler

- C kolu Skopi ve Mobil X-ray cihazları ile kolay görüntüleme yapılabilmesine imkan veren X-ray geçirgen özellikli sırt bölümü ve yatma yüzeyi
- Tüm özelliklerin merkezi kontrolü için LCD dokunmatik ekran
- Ortopne pozisyonu ve cardiac chair pozisyonu

ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.

Küçükbakkalköy Mah.
Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul - Türkiye

Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY
Project Management / Headquarters

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
Germany

Tel. +49 511 - 183 83
E-mail contact@acendis.eu
Web www.acendis.eu



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr



Elisa Serisi

» Elisa 300 » Elisa 500 » Elisa 600 » Elisa 800

Elisa Ailesi Yoğun Bakım Ventilasyonunun Geleceğine Yön Veriyor

En Yeni Türbin Teknolojisi ile Yoğun Bakım Ventilasyonunda Yeni Kompakt Seri

Yenilikçi, sezgisel ve sürdürülebilir kişiye özel ventilasyon terapisi için Elisa 300 ve Elisa 500'ün etkili ve modern tasarımı, hastalarınız için en iyi tedavi çözümlerini sunar ve size de operatör hatalarını ve çalışma süresini minimize etmekte yardımcı olur.

Türbin teknolojisi, 300 l / dk'ya kadar maksimum peak inspirasyon akışları ve daha yüksek havalandırma basınçları sağlar. Aynı zamanda gürültü emisyonları ve bakım maliyetleri önemli ölçüde azaltılmıştır.

Yoğun bakım ventilasyonunda günlük gereksinimler karmaşık ve geniş kapsamlıdır.

Kapsamlı bir işlevsel platform, en son teknoloji, esnek cihaz yapılandırması ve sezgisel kullanım, günlük rutin işlerinizde ve kritik ventilasyon koşullarında sizi destekler:

- Yoğun bakım ünitesinde, acil serviste veya hastane içi nakil sırasında
- ARDS, KOAH veya uzun süreli weaning high flow oksijen tedavisinde, invaziv veya non-invaziv ventilasyonda
- Modern ventilasyon modlarında, ağ nebulizörü, loop lar, PEEPfinder® veya weaning tool ile özofagus basıncı ölçümünde

ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.

Küçükbakkalköy Mah.Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul / Türkiye

Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY
Project Management
Headquarters

Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover, Germany

Tel. +49 511 - 183 83
E-mail contact@acendis.eu
Web www.acendis.eu



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

MedPublish
www.med-publish.com

kurumsal İletişim çözümleri

yayıncılık | basılı, görsel ve dijital grafik tasarım
medya planlama | marka iletişimi | organizasyon

www.med-publish.com

Hassasiyet Yaşamın Derinliklerinde Saklı



Yalnızca yumurtlama döneminde karaya çıkan Carettalar, yavrularına en uygun ortamı bulabilmek için yumurtalarını kendi doğdukları ya da oraya çok yakın kumsallara bırakırlar. Bu yüzden yüzlerce hatta binlerce mil göç edebilirler.



CO₂ inkübatörümüzü
incelemek için lütfen
QR kodu telefonunuza okutun



EC160 Inkübatör



Sağlık sektörünün iletişim platformu
klinikiletisim'e abone olmak için
bulten@klinikiletisim.com

 klinikiletisim dergisi
 klinikiletisim dergisi
 @klinikiletisim
 Turkcell Dergilik

Congratulation on the Establishment of Jafron World-Class Advisory Board !



Claudio Ronco
 Italy



Thomas Rimmele
 France



Antoine Schneider
 Switzerland



Rinaldo Bellomo
 Australia



John Prowle
 UK



Olivier Joannes-Boyau
 France

For Experience Sharing & Clinical Guidance of Adsorption Technology,
 Join us on Jafronclub.com!



Scan to register!



İÇİNDEKİLER klınıkiletışim 18 AY SONRASINDA PANDEMİDE NEREDEYİZ? COVID-19 VACCINE 27 BİNE YAKIN KİŞİ ORGAN NAKLİ BEKLİYOR	TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ 12 HPV AŞILARI ULUSAL AŞI TAKVİMİNE EKLENMELİ! 18	TTB RAPORU: "18 AY SONRASINDA PANDEMİDE NEREDEYİZ?"
TÜRKİYE NÜFUSU 2020'DE 411 BİN KİŞİ AZALDI 22	PANDEMİDE SAĞLIK ÇALIŞANI ÖLÜMLERİ NE NLTAYOR? 28	AŞI KARARSIZLIĞI AŞI KARŞITLIĞI 32
COVID-19 SALGININDA NEREDEYİZ? NEREYE GİDİYORUZ? 36	MEME, EN SIK TEŞHİS EDİLEN KANSER TÜRÜ! 48	TÜRKİYE'NİN İLK YERLİ PLAZMA ÜRETİM TESİSİNİN TEMELİ ATILDI 50
MENTOR 54	PANDEMİDE ORGAN BAĞIŞI ALARM VERİYOR! 54	27 BİNE YAKIN KİŞİ ORGAN NAKLİ BEKLİYOR 52
TÜSAP'TA, İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN GELECEĞİ KONUŞULDU 56	TÜSAP SAĞLIK PLATFORMU 60	SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ GÖRÜNTÜLEME SÜREÇLERİ DİJİTALLEŞİYOR 60



FINANSAL SÜREÇLERİNİZİN NABZINI PAYNET CEPPOS İLE TUTUN!

Paynet CepPOS ile tüm finansal süreçlerinizi istediğiniz her an istediğiniz yerden yönetebileceğinizi söylesek ne dersiniz?

Ödeme alma işlemlerinizden tüm raporlamalarınıza kadar pek çok işlemi, işletmelerinize uygun bir şekilde özelleştirerek Paynet CepPOS'tan yapabilir; finansal süreçlerinizin nabzını cebinizde tutabilirsiniz.





Pandeminin Sınıfsal Boyutu & Sonuçları

Fatma Ergüzeloğlu

Türk Tabipleri Birliği Pandemi Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporunu yayımladı. Son derece kapsamlı hazırlanan raporda pandeminin sağlık, ekonomik, kültürel, ekolojik, sosyal ve diğer yönlerden etkileri ele alındı.

Birçok çalışmada ortaya çıkan sonuçlardan biri de, COVID-19'un sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha yaygın seyrettiği... Dolayısıyla aşılanma oranları da bölgesel ve sosyoekonomik düzeye göre farklılıklar gösteriyor.

Bu sonucu hem Türkiye içerisinde hem de ülkelerarasındaki farklılıklarda görmek mümkün!

İki doz aşısı yaptıranlar yüksek gelirli ülkelerde nüfusun %45,4'üne ulaşmış iken, düşük gelirli ülkelerde %2,3 gibi kabul edilemez düzeyde. Salgının kontrol edilmesinde iki doz aşı yapılan nüfus oranı için daha önce %70 eşiği öngörülüyorken delta varyantının yüksek bulaşıcılığı nedeniyle bu oranın artık %85'in üzerinde olması gerektiği kabul edilmekte, ancak bu hedefe ulaşılması tüm coğrafyalarda mümkün olamayacağı öngörülmüyor.

Ülkemizde de pandeminin sınıfsal sonucunu, TTB raporunda, aile hekimlerinin COVID-19 izlem listelerinde görmek mümkün; COVID-19 geçiren kişi sayısı salgının ana merkezlerinden olan İstanbul'un sosyoekonomik düzeyi düşük mahallelerinde, sosyoekonomik düzeyi yüksek mahallelerinden üç kata yakın daha fazla görülüyor!

Aşılanma oranlarındaki farklılıklar da bu eşitsizliğe işaret ediyor. COVID aşılanma oranı düşük olan bölgeler ile 65 yaşına gelmeden hayatını kaybeden kişi oranlarının yüksek olduğu iller arasında da bu benzerlik var. TÜİK 2017 ölüm verilerine göre Mardin, Diyarbakır, Bitlis, Batman, Ağrı, Van, Muş, Şanlıurfa, Şırnak ve Hakkari'de 65 yaş üzerine gelmeden hayatını

kaybedenlerin oranı %40 ve üzerinde. 2021 yılında bu iller iki doz aşılanmanın en düşük olduğu iller arasında da yer almaktadır.

Ege ve Marmara bölgesinde COVID-19 aşılama oranları daha hızlı yükselirken, Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgesinde aşılama oranları daha düşük seyrediyor. Halen Sağlık Bakanlığı tarafından günlük olarak verilen 18 yaş üzeri popülasyonda birinci doz aşılama oranları içinde bu bölgelerde aşılama oranlarının daha geriden geldiği görülüyor. Güneydoğun ve Doğu Anadolu bölgesindeki aşılama oranlarındaki düşüklük COVID-19 aşı kararsızlığının bu bölgelerde daha yüksek olduğunun bir göstergesi olabilir.

Pandeminin istatistiğine ilişkin elimizde detaylı veriler maalesef mevcut değil! TTB'nin ifade ettiği gibi, salgın sürecinin başarısında fazladan ölüm sayıları ana belirleyici... Ölüm verilerini eksik açıklamak ciddi bir halk sağlığı sorunu. TTB'nin yaptığı çalışmaya göre, nüfusun %42'sinin yaşadığı 20 ilde; belediye, e-devlet, TÜİK ve diğer resmi yollardan elde edilen tüm veriler analiz edildiğinde; 2020 yılında, son üç yılın ortalamasına göre 48 bin fazladan ölüm gerçekleşmiştir. Bu, Türkiye'nin tamamı için 114.000 fazladan ölüm demektir.

Prof. Dr. Alpay Azap, pandeminin, COVID-19'un kendisinden önceki 4 insan korona virüsü gibi mevsimsel bir hastalığa dönüştüğünde biteceğini öngörüyor. Bunun ne zaman gerçekleşeceği konusunda iyimser bir tahminde bulunan Prof. Dr. Azap, dünya genelinde aşılanmanın yaygınlaşması ve 2021 sonlarında virüse etkili antiviral ajanların kullanıma girmesi ile 2022 ortalarında salgın kontrol altına alınmış olabileceğini belirtiyor.

Keyifli okumalar dilerim

Yönetim
MedPublish Yayıncılık adına
İmtiyaz Sahibi
Fatma Ergüzeloğlu

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Funda Ergüzeloğlu El

Redaksiyon
Duygu Sırakaya Çavuş

Reklam ve Pazarlama
MedPublish Yay. Eğitim Dan. ve Org.
haber@klinikiletisim.com
info@klinikiletisim.com

Yayın Türü
Yaygın Süreli

Yönetim Adresi
1159 sokak No: 5/3
06460 Çankaya Ankara / Türkiye
www.med-publish.com
haber@klinikiletisim.com
İletişim: +90 541 426 67 09

Basım Yeri
Vizyon Matbaa
Fatih Cad. No-198/A
Keçiören Ankara

Baskı Tarihi
Ekim - Kasım 2021

klinikiletişim, MedPublish Yayıncılık tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir. Bu dergi Basın Meslek İlkelerine uymayı taahhüt eder.

PHILIPS

philips.com

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz

Philips olarak inanıyoruz ki, daha erişilebilir ve daha sürdürülebilir sağlık sistemlerinin zamanı geldi. Ancak bunu tek başımıza gerçekleştiremeyiz. Yeni fikirler üretmek için bir araya geliyor, ekipler kuruyor ve iş birlikleri yapıyoruz.

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz.

innovation  you

philips.com/makelifebetter

18 AY SONRASINDA PANDEMİDE NEREDEYİZ?

“BULAŞ DAHA HIZLI VE YAYGIN HALE GELDİ. AKTİF HASTA SAYISI DA BUNA BAĞLI OLARAK DAHA YÜKSEK. RESMÎ İSTATİSTİKLERE GÖRE AKTİF HASTA SAYISI KÜRESEL DÜZEYDE 18 MİLYON, TÜRKİYE’DE 500 BİN CİVARINDA SEYREDİYOR. YÜKSEK BULAŞ TEHDİDİ VARLIĞINI SÜRDÜRÜYOR”

Türk Tabipleri Birliği Pandemi Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporu yayımlandı. Raporun sunumunda şunlar kaydedildi:

Aşılamada Neredeyiz?

Sağlık Bakanlığı verilerine göre uygulanan toplam aşı miktarı 110 milyon dozu aşmıştır. Gerek ilk doz gerekse ikinci doz ve tanımlanmış gruplarda takviye doz için günlük aşılanma oranlarındaki azalma kaygı vericidir. Aşılanma oranlarının bakanlığın tablolarda sunduğu gibi 18 yaş üzerini değil tüm nüfusu dikkate alır oranlarla sunulması gerçekçi değerlendirme için şarttır. Tam aşıli olarak sayılan iki doz aşısını olmuş yurttaşların bir kısmının süreler dikkate alındığında “tam aşıli” tanımından çıkmış olduğunun hesaplara dâhil edilmediği görülmektedir. Aşı takvimini tamamlamış nüfus yüzdemizin, istenilen seviyeden uzak olduğunu biliyoruz. Dünyada aşının uygulamaya geçmesi sonrasında dolaşımda egemen varyant olarak bildiğimiz Delta varyantı koşullarında aşı takvimini tamamlamış nüfus oranının en az %85 olması gerektiği öngörülmektedir. Bu kat etmemiz gereken mesafenin ne kadar fazla olduğunu da işaret etmektedir.

Aşılamada Eşitsizlikler ve Yok Sayılanlar

Bölgeler ve iller arasında ciddi eşitsizlikler söz konusudur ve hareketliliğin böylesine artmış olduğu bir çağda hiçbir il ya da bölgenin tek başına kendi koruma oranlarıyla salgından korunmasını gerçekleştireceğini bekleyemeyiz. Kayıt dışı göçmenlerin de aşılamada yok sayıldığı ortadadır. Hem ülke içinde hem de uluslararası alanda hepimizin korunmadığı koşullarda hiçbirimiz güvende olamayız. Aşı ile ilgili uygulamanın da krizlere anlık müdahalelerle salgını yönetmeme iradesinin bir yansıması ve popülizmle harmanlanmış iktidar yaklaşımının bir tezahürü olarak somut bir tutum alınmadan sürdürülmesi, buna ilişkin yasal düzenleme yapmaktan kaçınma davranışı aşılanmanın etkili biçimde sürdürülmesinde önemli engellerden birisidir.

“İKİ DOZ AŞIYI YAPTIRANLAR YÜKSEK GELİRLİ ÜLKELERDE NÜFUSUN %45’İNE ULAŞTI. DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKELERDE %2,3 GİBİ KABUL EDİLEMEZ DÜZEYDE. SALGININ KONTROL EDİLMESİNDE İKİ DOZ AŞI YAPILAN NÜFUS ORANI İÇİN %70 EŞİĞİ ÖNGÖRÜLÜYOR”

Filyasyon Artık Tamamen Unutuldu

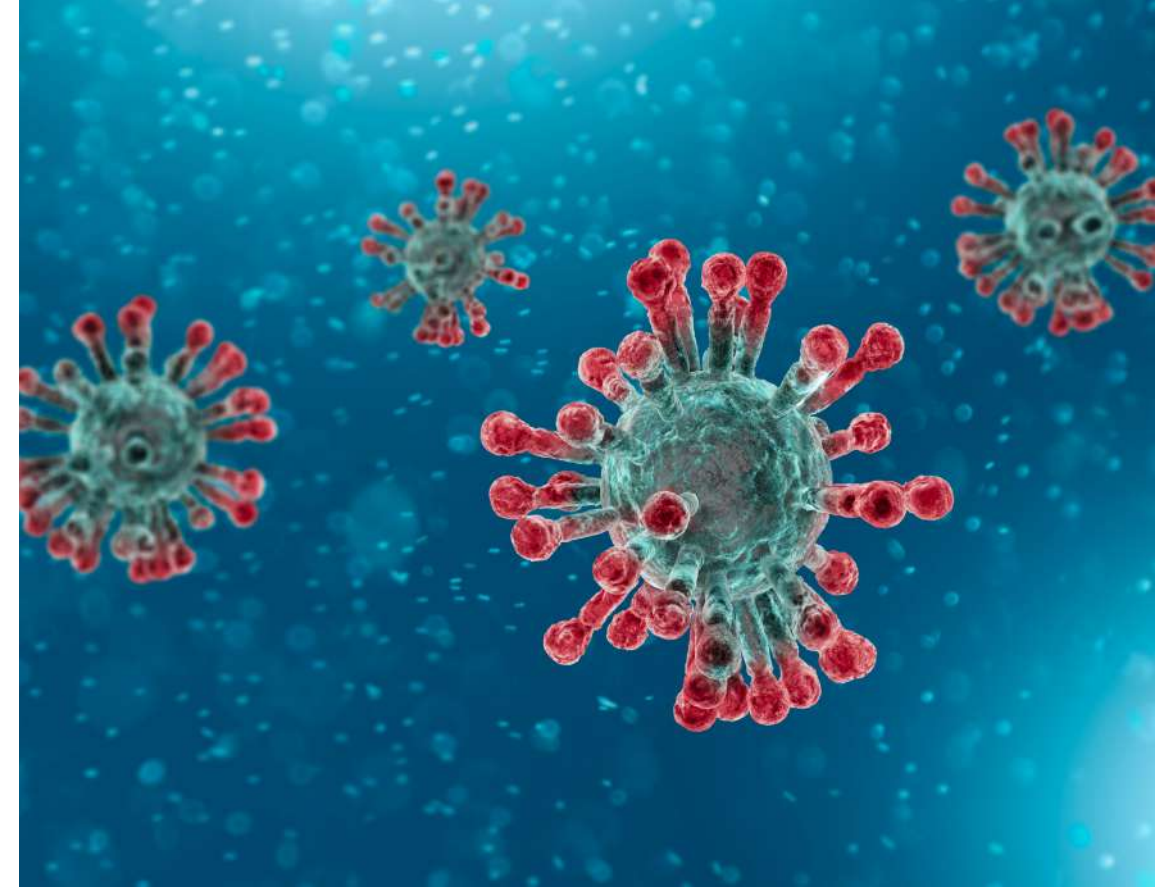
Tek başına aşının salgınla mücadelede yeterli olmadığını hatırlatmaktayız. Bakanlığın bilimsel gerekliliklere uygun yapmadığı filyasyon artık tamamen unutulmuştur. Etkin olmayan salgın kontrolü nedeniyle önlenmeyen ölümler daha önce de defalarca dile getirdiğimiz gibi yaşam hakkı ihlali olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta dönüşüm politikaları nedeniyle salgın kontrolüne dönük birinci basamak sağlık hizmetlerinin yok edilmiş olmasını da filyasyon gibi uygulamalardaki eksikliğe dâhil etmekteyiz. Şehir hastanelerine yönelim temini adına kapatılan şehir içinde erişilebilir hastanelerin yokluğu ise pandeminin gerektirdiği çeşitli sağlık hizmetlerini aksatmıştır.

Salgının Sınıfsal Karakteri

Uluslararası literatürde de ülkemizde yapılan çalışmalarda da salgının sınıfsal karakterini ortaya koyan, ölümlerin sosyoekonomik arka planının yansıtan bulgulara erişilmiştir. Sosyoekonomik kötüleşme, yoksulluk ve yoksunluk pandeminin yakıcılığını, yıkımını artıran sosyal, ekonomik, politik değişkenlerdir. Çalışma hayatında nice kazanımların budanması, esnek güvencesiz çalışmanın artması, kadına, çocuğa şiddet olgularının artması ülkemizde de belirginleşmiştir. Şiddetin bir politik enstrüman olarak tercihi hayatın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da şiddeti beslemiştir. Tükenişin eşliğinde özveriyle çalışan sağlık çalışanlarının özlük haklarında değil iyileştirme, budamalar söz konusudur. Bu koşullarda COVID- 19, başta sağlık çalışanları olmak üzere, bir dizi alan ve çalışma koşulları bakımından halen meslek hastalığı olarak tanımlanmamıştır.

18 Ay Sonrasında Pandemi Neredeyiz?

COVID-19 pandemisinin içindeyiz, halen ne zaman sonlanabileceği konusunda bir öngörüye sahip olamıyoruz. Pandemi birinci dalganın dördüncü pikini yaşıyoruz, bu dönemi dördüncü dalga olarak tanımlayanlar da var. Günlük vaka ve ölüm sayısı



“12 YAŞ VE ÜZERİNE COVID-19 AŞISINI UYGULAYAN ÜLKE SAYISI GİTTİKÇE ARTMAKTADIR. DAHASI 5-12 YAŞ ARASINDA AŞININ KULLANIMINA YÖNELİK ÇALIŞMALAR DA SÜRDÜRÜLMEKTEDİR. KÜBA VE ÇİN GİBİ ÜLKELER ÇOK DAHA ERKEN YAŞLARDA AŞIYA BAŞLAMIŞTIR”

yüksek hızda devam ediyor. Her bir pik ya da dalga, farklı coğrafyalarda farklı zamanlarda ortaya çıkıyor. Enfeksiyon etkeni de pandemi boyunca kendini koşullara adapte etmiş ve mutasyon geçirmiştir. Son iki pikte yeni varyantlar rol oynamıştır. Üçüncü pikte Alfa, dördüncü pikte Delta varyantı baskın olmuştur. Her bir dalga bir öncekinden daha fazla vaka sayısı ile seyretmiştir. Ölümler kış aylarında yaşadığımız pikte en fazla olmakla birlikte takip eden pikte azalma eğilimine girmiştir. Pikler arası zaman daralmıştır. Bu pikler farklı coğrafyalarda farklı zamanlarda karşımıza çıktığı için dünya genelinde kesintisiz virüs dolaşımı yaşanmaktadır. Yaşadığımız pikin Delta varyantının etkisi ile olduğunu söyleyebiliriz. Delta varyantının orijinal virüs ve Alfa varyantına göre daha fazla bulaşıcı olduğu bilimsel çalışmalar ile gösterilmiştir. Buna rağmen son pikin daha düşük etki göstermesi COVID-19 aşısı yapılan kişi sayısının yükselmesi ve yaz mevsimi ile ilgili değerlendirilmektedir. Yine de COVID-19 aşısına rağmen bu pikin gerçekleşmiş olması ‘bütüncül önlemlerin’ hâlâ kritik önemde olduğunu göstermektedir.

Bütüncül Önlemlerin Önemi

Bütüncül önlemlerin önemi dikkate alınmadığında sonbahar ve kış aylarında beklenen pik çok daha etkili olacaktır. Küresel düzeyde vaka sayısı ve ölüm sayısı düşüş gösterse de aralarında Türkiye, ABD, İngiltere’nin de olduğu sınırlı sayıda ülkede vaka ve ölüm sayısı

yüksek hızda devam etmektedir. Son dönem Türkiye’de yüksek vaka ve ölüm hızı, önlemlerin neredeyse tamamından vazgeçilmesine; düşük aşılama oranına; Sağlık Bakanlığı aşı çalışmalarının oldukça yavaş ve ciddiyeşsiz yürütülmesine bağlanmaktadır. Mart 2021’de Alfa varyantının baskın hale gelmesine rağmen önlemlerin rafa kaldırılmasında olduğu gibi, Delta varyantının baskın olmasına rağmen turizm mevsimi vb. sermaye yanlısı gerekçelerle Temmuz 2021’de de tüm önlemlerden vazgeçilmesi stratejisinin vaka ve ölümlerin yüksek sayılarda devam etmesinin nedeni olduğu aşıkâr... Tüm uyarılara rağmen yaşama geçirilen bu strateji binlerce ‘önlenebilir ölüme’ neden olmuştur, bu ölümler ‘yaşam hakkı ihlali’ ve ‘sosyal cinayet’ten başka bir şey değildir.

Virüsün Eşitsiz ve Ayrımcı Yönü

COVID-19 tüm yaş gruplarını etkilese de yaşlı nüfusta ve kronik hastalığı olanlarda daha ciddi seyretmeye devam ediyor. Hastalık sömürge coğrafyalarda, işçilerde, yoksullarda, ötekileştirilen topluluklarda (mülteciler, evsizler, LGBTİ vb.) daha sık ve daha ciddi seyrediyor. Mülteci ve göçmenler, mevsimlik işçiler, yeniden üretim ve bakım emekleri görmezden gelinen kadın işçiler, gündelik kazandığı ile gündelik yaşayan yevmiyeli ve sokakta çalışan işçiler salgından en sert etkilenenler arasında...

“HIZLI ANTİJEN TEST SONUÇLARI, YAPILACAK OLAN DÜZENLEMELER ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK BAKANLIĞI BİLDİRİM SİSTEMİNE GİRİLMELİDİR”

gösterilmiştir. Bu nedenle üçüncü doz uygulama önerisi mRNA aşılırlar için de kabul görmeye başlamıştır. Hastalığın geçirilmesinde olduğu gibi mevcut aşılrlar ve şu an uygulanan doz önerileri ile uzun süreli ve kalıcı bir bağışıklık elde edilemeyebileceği öngörölerek, önümüzdeki dönemde daha büyük nüfus kesimlerine rapel doz yapılması gereksinim haline gelebilecektir. 12 yaş ve üzerine COVID-19 aşısını uygulayan ülke sayısı gittikçe artmaktadır. Dahası 5-12 yaş arasında aşının kullanımına yönelik çalışmalar da sürdürölmektedir. Küba ve Çin gibi ülkeler çok daha erken yaşlarda aşırıya başlamıştır. “Çocuklar aşılsın mı” sorusu önümüzdeki en önemli gündem olarak görölmektedir.

Aşıda patent/mülkiyet hâlâ devam etmekte, üretim şirketler aracılığıyla yapılmaktadır. Aşılar yüksek fiyatlarla satılmakta ve parası olmayan ülkeler aşı alamamaktadır. Yoksul ülkelere aşının sağlanması konusunda kurulan COVAX büyük hayal kırıklığı yaratmıştır. Bu projenin amacının daha farklı olduğu artık daha net görölmektedir. Aşıya erişim konusunda dünya halkları arasında eşitsizlikler ve ayrımcılıklar mevcut. İki doz aşırı yaptıranlar yüksek gelirli ülkelere nüfusun %45,4'üne ulaşmış iken, düşük gelirli ülkelere %2,3 gibi kabul edilemez düzeyde. Salgının kontrol edilmesinde iki doz aşı yapılan nüfus oranı için daha önce %70 eşiği öngörölüyorken Delta varyantının yüksek bulaşıcılığı nedeniyle bu oranın artık %85'in üzerinde olması gerektiği kabul edilmekte, ancak bu hedefe ulaşılması tüm coğrafyalarda mi mkün olamayacaktır. Bu durum virüsün endemik dolaşımı anlamına da gelmektedir. Yine bu hedefe ulaşılıncaya kadar salgının kontrol altına alınmasında bütüncül önlemlerin ne kadar önemli olduğunu bizlere gösteriyor.

“Bütüncül Önlem” Yaklaşımı Öne Çıkıyor

Aşıya rağmen vaka ve ölüm sayısı yüksek hızda devam etmektedir. Bunda aşının tek koruyucu önlem olduğunun topluma dayatılması, diğer toplumsal önlemlerin neredeyse tamamından vazgeçilmesi ve uzamış pandemiye bağlı yorgun düşen toplumun daha serbest hareket edebilme özlemi etkili olmuştur. Aşıya rağmen virüs dolaşımının devam etmesi, aşının bulaştırıcılığı önleme konusunda sınırlı etkiye sahip olması toplumsal önlemlerin ne kadar önemli olduğunu ağır bedellerle birlikte hafızalarımıza kazımıştır. Toplumsal hareketlerde kısıtlama, kalabalıklaşmaların önlenmesi, kapalı mekânların havalandırılması (dışardan hava alan klimalarla), kapalı mekânlarda geçirilen sürenin kısa tutulması, fizik mesafenin 1.5-2 metre tutulması ve nitelikli maske kullanma (riskli bölgelerde N-95-FFP2/3, çift cerrahi maske, diğer yerlerde tek cerrahi maske) hâlâ kritik-yaşamsal önlemlerdir.

Ücretsiz maske, uygun nitelikte maske üretiminin denetlenmesi, havalandırma konusunda TMMOB gibi meslek odalarının, üniversitelerin, bağımsız kuruluşların vb. denetimine hâlâ imkân sağlanmamıştır. Halk, ulusal ve uluslararası standartlara uymayan, bulaşı önleme konusunda yetersiz ‘en ucuz’ maskeyi hem de günlerce kullanmak zorunda kalıyor. Okullarda temaslı-yakın temaslı için kritik kabul edilen maskeler, ne yazık ki denetlenmeyen koruyuculuğu düşük maskeler... Bilimsel bilgi ile yaşamın gerçeği bir kez daha çatışmalı olarak karşımızda durmakta...

Birinci Basamak Olmazsa Olmaz

Erken olası vaka bulma, riskli gruplarda periyodik test yapma, hasta kişilerin izolasyonu, temaslıların karantinası kritik halk sağlığı önlemleridir. Salgının başarısı, olası vakaların erken bulunması ve kontrol altına alınması ile doğrudan ilişkilidir. Birinci basamağın bunu merkeze alan bir stratejiye dönmesi dün olduğu gibi bugünde olmaz ise olmazlar arasında. Yapılması gereken bunlar olsa da fiyasyonun ilaç dağıtımına döndüğu ve temaslı tespitinin oldukça düşük olduğunu biliyoruz. Dahası diğer ülke örneklerinde olduğu gibi hâlâ salgını hastanede karşılama stratejisinin baskın olduğunu söyleyebiliriz. Parçalanmış sağlık hizmetleri, parçalanmış birinci basamak salgın kontrolünde çaresizlikleri biriktirmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kiblesini artı değer kazanmaya döndüren sağlık hizmetleri ile salgın kontrolünün mümkün olmadığu her geçen gün daha net görünmekte. Salgından çıkışın da yeni pandemilerin önlenmesinin de yolu doğa ve toplum yararı esaslı sağlık politikalarındaki radikal değişimi zorunlu kılmaktadır.

15 Dakikada Sonuç Veren Hızlı Antijen Testleri

Delta varyantının varlığında salgının tüm hızıyla devam ettiği bu aşamada, semptomlu bireylere hızla tanı konması ve hastaların izolasyonlarının sağlanması, bulaş zincirini kırmak için temaslıların belirlenerek izlenmesi, önemini korumaktadır. Asemptomatik bireylerin, hastalığın bulaşma riskinin yüksek olduğu alanlarda çalışanların ve topluluk halinde bulunan yaşam ortamlarındaki bireylerin periyodik aralıklarla hızlı ve uygun testler ile taramalarının yapılması virüs yayılımının kontrol altına alınması ve vakaların erken saptanması için gereklidir. COVID-19 tanısında halen en önemli tanı testlerinden biri RT-PCR testleri olmakla birlikte farklı grupların sık aralıklarla taranması amacıyla yaklaşık 15 dakikada sonuç veren yanıl akış prensibi ile çalışan COVID-19 hızlı antijen testleri geliştirilmiştir. Salgının bu aşamasında duyarlılık ve özgüllük oranları yüksek hızlı antijen tarama testlerinin belirli gruplarda belirlenmiş algoritmalar temel alınarak kullanılması, bulaştırıcı

“COVID-19 TANISINDA HALEN EN ÖNEMLİ TANI TESTLERİNDEN BİRİ RT-PCR TESTLERİ OLMAKLA BİRLİKTE FARKLI GRUPLARIN SIK ARALIKLARLA TARANMASI AMACIYLA YAKLAŞIK 15 DAKİKADA SONUÇ VEREN YANAL AKIŞ PRENSİBİ İLE ÇALIŞAN COVID-19 HIZLI ANTİJEN TESTLERİ GELİŞTİRİLMİŞTİR”

Virüs ve hastalık değişim gösteriyor

Yeni tip koronavirüsün (SARS-COV2) yol açtığı COVID-19 hastalığı ile ilgili bilgilerimizde de önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bulaş yolu olarak dile getirdiğimiz damlacık-temas yolu damlacık-hava yoluna evrilmiştir. Kulučka süresi ortalama altı gün iken Delta varyantı ile 3-4 güne kısalmıştır. Bulaştırıcılık katsayısı (R0) 2,5-3 iken Delta varyantı ile 5-8'e yükseldi. Dolayısıyla bulaş daha hızlı ve yaygın hale gelmiştir. Aktif hasta sayısı da buna bağlı olarak daha yüksektir. Resmî istatistiklere göre aktif hasta sayısı küresel düzeyde 18 milyon, Türkiye'de 500 bin civarında seyretmektedir. Yüksek bulaş tehdidi varlığını sürdürmektedir. DSÖ salgın insidans eğrisinde, küresel düzeyde Ağustos'tan itibaren yaşanan son pikte, Nisan-Mayıs 2021 pikine göre vaka ve ölüm sayısının daha az olduğunu görmekteyiz.

COVID-19 Kalıcı Bağışıklık Bırakmıyor

Hastalığın kalıcı bağışıklık bırakmadığına dair veriler gittikçe artmaktadır. Alınan viral yük, hastalığın şiddeti ve konağın bağışık yanıtına bağlı olarak antikor aracı koruyuculuğun uzayabildiği bilinmektedir. Yine de bu süre 6-9 ayla sınırlı gibi görünmektedir. Hücresel yanıt olduğu gösterilmiş olsa da salgın devam ettiği sürece hastalığa yeniden yakalanma şanssızlığımız artıyor. COVID-19'nin neden olduğu COVID- 19 hastalığı

mevsimsel olmaması ve yıl boyunca görölebilmesi, bulaştırıcılık ve öldürücölüğünün yüksek olması, dolayısıya insidansının ve mortalite hızının da yüksek olması ile Influenza'dan farklılaşıyor. Bu özellikleri ile COVID-19, halen küresel düzeyde en büyük halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

COVID-19'a Karşı Çok Sayıda Aşıya Sahibiz...

Aşılar çok hızlı geliştirilmiştir. Virüse ait bilginin erken paylaşımı, moleküler genetik konusundaki gelişmeler ve aşı şirketlerinin iştahını kabartan pazarın büyüklüğü erken aşı geliştirilmesinde etkili olmuştur. şu an kullanımda olan aşılrların tümü inaktif aşılrlardır. Acil kullanım onayı alan tüm aşılrlar ölüm, yoğun bakım-solumum cihazı gereksinimi, hastaneye yatış sayılarını azaltmaktadır. Buna karşın enfeksiyona yakalanmadaki etkisi daha sınırlı görünmektedir. Aşılı da olsanız hastalığa yakalanma ve semptomsuz veya hafif klinikle geçirme olasılığınız devam etmektedir. Ülkemizde uygulanan aşılrlar arasında olan Coronavac için serum antikor düzeyinin üçüncü ayda düşmeye başladığı, altıncı aydan sonra düşüşün daha fazla olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu nedenle üçüncü dozun yapılması ile ilgili öneriler genel kabul görmüştür. mRNA aşılrlar için de serum antikor miktarının altıncı ayda düştüğü, sekiz ve dokuzuncu aylarda düşüşün daha ciddi düzeyde gerçekleştiği



bireyleri hızla belirleyerek bulaşma zincirlerini kırmak için önemli bir fırsat sağlayacaktır. Semptomlu bireylerde tanı için RT-PCR testlerini, belirlenmiş gruplarda ise sık aralıklarla olmak koşulu ile tarama amaçlı hızlı antijen testlerini kullanarak salgın hızını kontrol etmek ve azaltmak mi mkün olabilir.

COVID-19 tanısında tüm dünyada kabul edilen altın standart test halen RT-PCR testidir. Bu bir yıllık süreçte tanı ve izlem açısından önemli katkısı olan RT-PCR testlerinin özel fiziki altyapı, laboratuvarı eğitilmiş insan gücü gerektiriyor olması ve pandemi koşullarında kısmen uzun sayılabilecek test sonuçlanma süreleri gibi bazı kısıtlılıkları olduğu bilinmektedir. Hızlı antijen testleri; test sonuçlanma süresinin oldukça kısa olması (sıklıkla 30 dakika içinde), sınırlı ekipman gerektirmesi ve görsel olarak veya taşınabilir okuyucular ile sonuçları yorumlama kolaylığı sağlaması nedeniyle RT-PCR'a göre bazı avantajlar sağlamaktadır.

Hızlı antijen testleri;

- Özellikle hastalığın bulaşma riskinin yüksek olduğu alanlarda (sağlık çalışanları, üretim sektörü ve fabrikalarda çalışanlar, tedarik zincirinde görev alanlar, dağıtım ve haberleşme çalışanları, toplu taşıma araç kullanıcıları, turizm sektörü, market çalışanları, mevsimlik tarım işçileri, şantiyede kalan inşaat işçileri gibi) çalışanlar için benimsenmelidir.
- Özellikle işyerleri için bir test stratejisinin belirlenmesinde; işyeri hekimlerinin, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlarının, tıbbi mikrobiyoloji uzmanlarının, halk sağlığı uzmanlarının, iş güvenliği uzmanlarının, işverenlerin, çalışanların sürece dahil edilecekleri bir yaklaşım benimsenmelidir.
- Hızlı antijen saptama testlerinin işyerlerinde ve diğer ortak yaşam alanlarında kullanılması, COVID-19 yayılmasını önlemeyi amaçlayan işyerindeki mesleki güvenlik ve sağlık önlemleri ve toplumsal önlemler ile uygulanması durumunda tamamlayıcı olup, bu koşullarda kullanılmalıdır.
- Hızlı antijen testleri için, nazofarengeal örnekler biyogüvenlik önlemlerinin sağlandığı koşullarda alınmalı ve test yapma konusunda eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından uygulanmalıdır.
- Test sonuçları konusunda açıklayıcı bilgilendirmeler yapılmalı, yanlış negatif sonuçların yalancı güven hissine yol açma olasılığına karşı gerekli önlemler alınmalıdır.
- Hızlı antijen test sonuçları, yapılacak olan düzenlemeler çerçevesinde Sağlık Bakanlığı bildirim sistemine girilmelidir.
- Belirtilmiş olan gruplar için bir test stratejisi uygularken, testler ücret talep edilmeksizin, güvencesiz çalışanlar da dahil olmak üzere hiçbir ayırım yapılmadan tüm

“SALGININ BAŞLAMASININ ÜZERİNDEN 18 AY GEÇMESİNE RAĞMEN COVID-19'A KARŞI ETKİNLİĞİ KESİN OLARAK GÖSTERİLMİŞ BİR ANTİ-VİRAL TEDAVİ HALEN YOKTUR VE TEDAVİNİN ESASINI DESTEK TEDAVİSİ OLUŞTURMAKTADIR”

çalışanlara/bireylere sunulmalıdır.

- RT- PCR ile doğrulanmış pozitif test sonucu durumunda izolasyon dönemi süresince çalışanların iş güvencelerinin sağlanacağı ve ücretlerinin devam edeceği şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

Hâlâ Etkin Bir Antivirale Sahip Değiliz

Salgının başlamasının üzerinden 18 ay geçmesine rağmen COVID-19'a karşı etkinliği kesin olarak gösterilmiş bir anti-viral tedavi halen yoktur ve tedavinin esasını destek tedavisi oluşturmaktadır.

Salgın Kontrolü Antidemokratik ve Otoriter Eğilimli

On sekiz ayın ardından anti-demokratik salgın yönetiminde herhangi bir değişiklik yoktur. Meslek örgütleri, sendikalar, siyasi partiler, akademi, sağlık örgütleri salgın kontrolü çalışmalarına dâhil edilmemektedir. Tek adam rejimi salgın kontrolünde de devam etmektedir. Veriler paylaşılmamakta, hakikat gizlenmektedir. Salgın kontrolünde kritik rolü olan halk sağlıkçılar ve uzmanlık dernekleri HASUDER, paylaşılmayan verilerle ilgili uzun listeler hazırlamakta, ancak çalışmalarına cevap alamamaktadır. Bu durum güncel ve dinamik bir salgın kontrolünün de yaşama geçirilmesine engel olmaktadır.

COVID-19 krizi güvenlik politikaları için araçsallaştırılmış ve temel hakları tehdit eden uygulamalara sahne olmuştur. Türkiye'de pandemi yönetiminin tedbir paketleri İçişleri Bakanı tarafından açıklanmıştır. Bunlar “Sokağa Çıkma Kısıtlamaları Genelgesi”, “Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgesi” vb başlıklarda, sıra dışı ve istisnai kontrol önlemlerini içermektedir. Tek adam rejimi pandemiye fırsata çevirmekten hiçbir zaman vazgeçmemekte, pandemi toplumsal muhalefetin önüne set çekme amaçlı kullanmaktadır. Toplumun salgınla başedebilmeye çalıştığı bir dönemde İstanbul Sözleşmesi kaldırılmakta, LGBTİQ'lar hedef gösterilmekte, toplantılar-grevler yasaklanmakta, savaş politikaları artırılarak devam ettirilmekte, doğa talanına yol açan yasal düzenlemeler yaşama geçirilmekte, işçilerin işten atılmasına ve sendikalaşmaya yönelik baskılara göz yumulmaktadır. Tüm bunlara karşı direniş de çok yönlü varlığını güçlendirerek devam ettirmektedir. Ekoloji aktivistleri, kadın mi cadelesi, Boğaziçi Direnişi, yurtsuzlar hareketi vb. yanında yeni sendikalaşan alanlar ile emek mücadelesi hareketlenmektedir.

Pandemi Evrensel, Salgın Kontrolü Ulusal

Pandemi mücadelesi ne yazık ki ulusal çapta yürütülmektedir. Küresel bir strateji benimsenmiş değildir. DSÖ'ye rağmen üçüncü doz ertelenerek

tüm dünya nüfusunun en az bir doz aşı yapılması gerçekleştirilememiştir. Kapitalist dünya, emperyalizmin varlığı bir kez daha sert tokatını insanlığın yüzüne patlatmıştır. Sınıflı toplum, sömürgecilik ve kapitalizmin hareket yasaları, sermayeler arası kızışan rekabet, yükselen aşı diplomasisi vb. bir çok durum pandemi kontrolüne en büyük engelleri teşkil etmiştir. Sermayenin hegemonyasında pandemi kontrolü stratejilerine karşı küresel dayanışmayı öne çıkaran toplum ve doğa yararına bir strateji önümüzde öncelikli görev olarak durmaktadır.

Sağlık Emekçilerinin Mücadelesi Yeniden Şekilleniyor Sağlık emekçileri pandemiden en çok etkilenen meslek grupları içindedir. Salgının hastanelerde karşılanması ile artan iş yükleri nedeniyle çok sayıda sağlık emekçisi hastalığa yakalanmış ve hayatını kaybetmiştir. Artan yüke karşı çalışma koşullarını uygun hale getirme çabası bir türlü devreye girmemiştir. Bu durum en somut istifalarla kendini göstermiştir. Yaygın olan ise sağlık emekçilerinin “tükeniyoruz” çığılığı olmuştur. Ne yazık ki bu çığılık sağlık alanında artan işsizlik, atama bekleyen binlerce sağlık emekçisi, asgari ücretin reel olarak erimesi gibi gerçekliklerin varlığı nedeniyle iktidar tarafından önlem alınması gereken bir sorun olarak görülmemiştir. İktidar sağlık emekçilerini muhattap olarak kabul etmemektedir. Pandeminin çalışma alanlarında yeni sorunlara yol açmadığı, mevcut sorunların daha fazla ve daha derin yaşandığı sağlık emekçileri tarafından dile getirilmektedir. Bu sorunlarla nasıl mi cadele edileceği kritik bir tercih olarak sağlık emekçilerinin önünde durmaktadır. Bu sorunların “artıp azalması ile mi mücadele edileceği” yoksa “sorunların ortadan kaldırılması için mi mücadele edileceği” yanıtlamamız gereken soru olarak önümüzde durmaktadır. Eğer sorunların düzeyi ile mücadele yöntemi seçilirse bu, çalışma alanımızda ilk olmadığı gibi son pandemi de olmayacaktır. Örgütlü ve sorunların varlığına karşı koyuş ise pandemilerin çalışma alanlarımızda yaşanmasını engelleyecektir.

Bireyselleşen Tepkiler Önemli Gündemdir

Pandemiye zemin hazırlayan kapitalist modernite salgının kontrol altına alınmasına da engeldir. Dahası kapitalizm, yaşadığı çoklu krizi pandemiye fırsata çevirerek aşma çabası içindedir. Aşıdaki patent ve mülkiyet tartışması dışında pandeminin siyasal-ekolojik-kültürel-ekonomik yönü ile ilgili çok az şey dile getirilebilmiştir. Pandeminin kontrolü tamamen tıbbileşmiştir. Tıbbileşen salgın kontrolü dahi eşitsizlikler ve ayrımcılıklarla devam etmektedir. Bu tabloyu görünür kılma konusunda çabalar oldukça



“AŞIDAKİ PATENT VE MÜLKİYET TARTIŞMASI DIŞINDA PANDEMİNİN SİYASAL-EKOLOJİK-KÜLTÜREL-EKONOMİK YÖNÜ İLE İLGİLİ ÇOK AZ ŞEY DİLE GETİRİLEBİLMİŞTİR. PANDEMİNİN KONTROLÜ TAMAMEN TIBBİLEŞMİŞTİR”

yetersiz kalmaktadır. Salgını kontrol altına alamayan sağlık hizmetleri, bunun müsebbibi neoliberal sağlık reformları toplumun gündeminde değildir. Tibbileşen salgın kontrolünde bireyselleşen tepkiler önemli gündemdir. Bunu aşı karşıtlığında, ilaçlarda, sağlık kurumlarına başvurularda, koruyucu önlemlerin kullanımında görmekteyiz. Neredeyse toplumdaki her insan bir sevdiğini COVID-19 nedeniyle kaybetmesine karşın pandeminin kontrol altına alınmasında toplumsal davranış yerine bireyci tutum ve davranışlar ön planda kalmıştır. Hem gerici-muhafazakâr karşı çıkışlar hem kapitalist şirketler ve kapitalist tıbbi hedef alan antikapitalist karşı çıkışlar, hem de özgürlükler üzerinden karşı çıkışlar salgın kontrolündeki önlemler konusunda bir araya gelmiştir. Buna karşın kapitalizmi alaşağı etmeye yönelik bir tutum ve davranış dikkatleri çekmemektedir.

Yol Haritası

Patriyarkal kapitalizme karşı yeni yaşamın inşasına yönelik mücadele pandeminin erken döneminde daha görünürken günümüzde çok daha cılızdır. Bu konuda farklı coğrafyalarda yürütülen mücadelelerin bilgisinin ortaklaşması sağlanamamaktadır. Aşıda toplumsal mülkiyet ve patentin kaldırılması konusunda dahi ortak güçlü bir mücadele yaratılamamıştır.

Sömürge coğrafyalarda çok daha sert geçen salgın, Avrupadaki salgın kadar gündeme gelmemiştir. Benzer durum Ortadoğuda savaş bölgelerinde, Kıta Afrikasında sert geçen salgına sessizlikte de kendini göstermiştir. Kamu çalışanları, işçi sınıfının çalışmaya devam etmesi konusunda sermayenin sosyal cinayetlere yol açan stratejisine sessiz kalmıştır. Önlemler konusunda olanakları olan toplumsal kesimler, olmayan toplumsal kesimleri suçlar pozisyonlara yönelmiştir. Bu tutum sendikalar, meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri ve siyasi partilerde dahi kendini göstermiştir.

Pandeminin güncelliği bizleri yeni bir toplumsallığa davet etmektedir. Pandemi kontrolü ve pandemiler çağını karşılamak için toplumsal olarak hareket etmemiz zorunlu gözükmemektedir. Bu gerçeklik aynı zamanda radikal değişiklikleri de dayatmaktadır. Sermayenin ve otroiter güçlerin çıkarları değil toplum ve doğa yararının öne çıkartılması gerekmektedir. TTB'nin son genel kurulunda dile getirilen “Kapitalizme, patriyarkaya, ekolojik krizlere, pandemilere karşı toplumsal sağlık mücadelesi”nin büyütülmesi yaşadığımız gün ve geleceğimiz için bize bir yol haritası sunmaktadır.

HPV AŞILARI ULUSAL AŞI TAKVİMİNE EKLENMELİ!

“HPV İLE HER YIL YAKLAŞIK
14 MİLYON KİŞİNİN BU VİRÜS İLE
ENFEKTE OLDUĞU TAHMİN EDİLİYOR,

BİR KİŞİNİN ÖMÜR BOYU BU VİRÜS İLE
KARŞILAŞMA OLASILIĞI İSE NEREDEYSE %80!

ÖNCELİKLİ OLARAK KIZ ÇOCUKLARI 9-14 YAŞ
ARALIĞINDA AŞILANMALIDIR.

BAZI ÜLKELERDE YAKIN ZAMANDA ERKEK
ÇOCUKLARI DA AŞILAMAYA BAŞLANMIŞTIR.
BU YAŞ GRUBUNDA 6 AY ARA İLE İKİ DOZ AŞI
YETERLİ OLMAKTADIR.

15 YAŞ SONRASINDA İSE KORUYUCULUK İÇİN
ÜÇ DOZ AŞI (0, 1-2 AY, 6 AY) GEREKLİDİR”



“RAHİM AĞZI KANSERİ BUGÜN HALA DÜNYA GENELİNDE KADIN KANSERLERİ ARASINDA EN SIK GÖRÜLEN 4. KANSERDİR. TÜM ÜLKELERDE GÖRÜLÜYOR OLSA DA SIKLIĞI ORTA VE DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKELERDE DAHA YÜKSEK. BU KANSERE BAĞLI ÖLÜMLERİN %90’I YİNE ORTA VE DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKELERDE GÖRÜLMEKTEDİR”

“BU KANSERİ ELİMİNE ETME STRATEJİSİNİN ÜLKEMİZDE UYGULANMAMASI İÇİN HİÇBİR SEBEP YOKTUR. HALİHAZIRDA YÜRÜTÜLEN ULUSAL TARAMANIN YANINDA HPV AŞILARININ DA ÜCRETSİZ OLARAK ULUSAL AŞI PROGRAMINA EKLENMESİ İLE ÖNLENEBİLİR HASTALIKLARIN VE ÖLÜMLERİN ÖNÜNE GEÇİLEBİLİR”

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 19 Ekim 2021 tarihinde Sağlık Bakanlığına yazdığı yazı ile Human Papilloma Virus (HPV) aşılarının ulusal aşı takvimine eklenmesini istedi. Sağlık Bakanlığına yazılan dilekçede şunlar kaydedildi:

“Rahim ağzı kanseri önerebilir ve erken tanı konduğunda tedavi edilebilir bir kanserdir. HPV denilen ve en az 14 tanesinin yüksek riskli olduğu kabul edilen yüzden fazla tipi olan bu virüs en sık karşılaşılan ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan biridir Her yıl yaklaşık 14 milyon kişinin bu virüs ile enfekte olduğu tahmin ediliyor, bir kişinin ömür boyu bu virüs ile karşılaşma olasılığı ise neredeyse %80! Önlenabilir ve erken evrede yakalandığında tedavi edilebilir bir kanser olmasına rağmen rahim ağzı kanseri bugün hala dünya genelinde kadın kanserlere arasında en sık görülen dördüncü kanserdir.

Tüm ülkelerde görülüyor olsa da sıklığı orta ve düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir. Bu kansere bağlı ölümlerin %90’ı yine orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir.

Kız Çocukları 9-14 Yaş Aralığında Aşılmalı

Bu kanserden korunmak için elimizde iki önemli silah var: Aşı ve tarama. HPV aşıları rahim ağzı kanserlerinin %70’ini ve genital siğillerin de %90’ını önleyebilir, aynı zamanda bu aşılar HPV’ye bağlı diğer kanserlerden de koruyabilir. Bu nedenle önerilen, öncelikli olarak kız çocuklarının 9-14 yaş aralığında aşılınmalarıdır. Bazı ülkelerde yakın zamanda erkek çocukları da aşılama başlanmıştır. Bu yaş grubunda 6 ay ara ile iki doz aşı yeterli olmaktadır. 15 yaş sonrasında ise koruyuculuk için üç doz aşı (0, 1-2 ay, 6 ay) gereklidir. Bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlarda aşı yaştan bağımsız üç doz olarak uygulanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün Strateji Planı

Dünya Sağlık Örgütü yakın zamanda bu kanseri elimine etmek üzere bir strateji planı geliştirmiştir. Bu plana göre hareket eden ülkelerde 2030’a dek 15 yaş ve altı kız çocuklarının yüzde 90’ının aşılınması 35 yaşına kadar kadınların en az bir kere uygun yöntemle taranması ve bunun 45 yaşında bir kere daha tekrarlanması öngörülmektedir. Bu ülkelerde rahim ağzı kanseri öncesi lezyonu ya da kanser saptanan kadınların yüzde 90’ının uygun şekilde tedavisi gerçekleştirilecektir.

Ücretsiz Olarak Ulusal Aşı Programına Eklenmeli

Bu kanseri elimine etme stratejisinin ülkemizde uygulanmaması için hiçbir sebep yoktur. Halihazırda yürütülen ulusal taramanın yanında HPV aşılarının da ücretsiz olarak ulusal aşı programına eklenmesi önenebilir hastalıkların ve ölümlerin önüne geçmesi için gerekli adımların atılmasını Sağlık Bakanlıından talep ederiz.”

TÜRKİYE NÜFUSU 2020'DE 411 BİN KİŞİ AZALDI

“2020 YILINDA 65 YAŞ ÜZERİNDE OLAN NÜFUS, GEÇTİĞİMİZ DÖRT YILDA (2016-2019), YILDA ORTALAMA 309 BİN KİŞİ AZALIRKEN, 2020'DE 411 BİN KİŞİ AZALMIŞTIR. YAKLAŞIK 100 BİN KİŞİLİK FARK, FAZLADAN ÖLÜMLERE İŞARET ETMEKTEDİR”

Türk Tabipleri Birliği Pandemi Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporunda, Uzm. Dr. Nasır Nesancı, Uzm. Dr. Aican Bahadır, Güçlü Yaman tarafından hazırlanan makalede Türkiye'de 2020 yılındaki “fazladan ölümleri” tespit eden bir çalışma sonuçlarına yer verildi. Sağlık Bakanlığı ve TÜİK tarafından 2020 ve 2021 yılları ölüm verilerinin ve nedenlerinin halen açıklanmadığı makale, “Hakikati gizleyemezsiniz: fazladan ölümlerde artış devam ediyor” başlığıyla yayımlandı. Makalede şu bilgiler kaydedildi:

“Türkiye'de pandeminin boyutları ve sonuçlarının şeffaf bir şekilde raporlanması konusundaki eksiklikler, Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından defalarca dile getirildi. TTB, pandeminin başlangıcından bu yana neredeyse her gün Sağlık Bakanlığına salgına dair fazladan ölümler de dâhil tüm verilerin eksiksiz ve şeffaf bir biçimde açıklanması için çağrıda bulundu. “Salgın Sürecinin Başarısında Fazladan Ölüm Sayıları Ana Belirleyicidir: Ölüm Verilerini Eksik Açıklamak Ciddi Bir Halk Sağlığı Sorunudur” başlığı ile 28.10.2019 tarihinde yaptığı çağrı da bunlardan biriydi. Sağlık Bakanlığı çağrıya kulak vermemiş, dahası haftalık durum raporlarını dahi o günden bu güne yayınlamamıştır. Resmi olarak açıklanan günlük COVID-19'a bağlı ölüm sayıları 15 Mart 2020 ile 31 Aralık 2020 tarih aralığında 20.881 iken, diğer resmi veriler ile birlikte değerlendirildiğinde bu sayının gerçeği yansıtmadığı ortaya çıkmaktadır. COVID-19 salgınına bağlı olarak, gerçekte ne kadar insanımızın hayatını kaybettiğini belirleyebilmek için Türkiye'de 2020 yılındaki “fazladan ölümleri” tespit eden bir çalışma yaptık. Fazladan ölüm, epidemiyolojide ve halk sağlığında kullanılan; “normal” koşullar altında görmeyi beklediğimiz

ötesinde, bir kriz sırasında, tüm nedenlerden ölenlerin sayısını ifade eden bir terimdir. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) nüfus bilgileri ve e-Devlet belediye defin istatistikleri gibi tamamen resmi verilere dayanan bu çalışmada, beş farklı yaklaşım kullanarak benzer sonuçlara ulaştık:

Çalışmada kullanılan beş veri kaynağı ile yapılan tespitler şunlardır:

- 1) TÜİK Türkiye nüfusu yaş dağılım verisi analiz edildiğinde, 2020 yılında 65 yaş üzerinde olan nüfus, geçtiğimiz dört yılda (2016-2019), yılda ortalama 309 bin kişi azalırken, 2020'de 411 bin kişi azalmıştır. Yaklaşık 100 bin kişilik fark, fazladan ölümlere işaret etmektedir.
- 2) TÜİK yerli nüfus verisi incelendiğinde; 2015-2019'da yerli nüfus, her yıl ortalama 889 bin artarken, 2020 yılında 657 bin artmıştır. Özet olarak; yerli nüfus artışında, 232 bin kişilik bir azalma vardır.
- 3) Nüfusun %42'sinin yaşadığı 20 ilde; belediye, e-devlet, TÜİK ve diğer resmi yollardan elde edilen tüm veriler analiz edildiğinde; 2020 yılında, son üç yılın ortalamasına göre 48 bin fazladan ölüm gerçekleşmiştir. Bu, Türkiye'nin tamamı için 114.000 fazladan ölüm demektir.
- 4) Nüfusun %49'unu oluşturan 21 ilde, belediyelerin verilerine göre Mart 2020-Nisan 2021 arasında bulaşıcı hastalıklardan resmi ölümler 47 bin kişidir. Türkiye nüfusuna oranlandığında bulaşıcı hastalıktan ölüm sayısı 97 bin olmaktadır.
- 5) Türkiye nüfusunun beşte birinin yaşadığı İstanbul'da, belediye e-devlet verileri incelendiğinde, Mart 2020-Mayıs 2021 arasında önceki beş yıla göre 25 bin fazladan ölüm yaşanmıştır. Bu veri, Türkiye'nin tamamına uyarlandığında, 134 bin fazladan ölüm anlamına gelmektedir.



“2020 YILINDA, TÜRKİYE'DE 65 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ NÜFUSTA, COVID-19'DAN EN AZ 75 BİN KİŞİNİN HAYATINI KAYBETTİĞİNİ SÖYLEYEBİLMEKTEYİZ. BU SAYI, BAKANLIĞIN TÜM YAŞLAR İÇİN RESMİ AÇIKLAMASI OLAN 20 BİNİN 3,5 KATI! 2020'DE EN AZ 55 BİN CAN, COVID-19'DAN KAYBEDİLDİĞİ HALDE, İSTATİSTİKLERE BU ŞEKİLDE GİRMEMİŞ DURUMDA”

Dünyadaki veriler ve Türkiye'nin sosyo-ekonomik yapısı göz önünde bulundurulduğunda, 2020 yılındaki fazladan ölümlerin yaklaşık dörtte üçünün, doğrudan COVID-19'a bağlı ölümler olduğunu tahmin ediyoruz. Bu bilgi hesaba katıldığında; 2020 yılında, Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki nüfusta, COVID-19'dan en az 75 bin kişinin hayatını kaybettiğini söyleyebilmekteyiz. Bu sayı, bakanlığın tüm yaşlar için resmi açıklaması olan 20 binin 3,5 katı! 2020'de en az 55 bin can, COVID-19'dan kaybedildiği halde, istatistiklere bu şekilde girmemiş durumda.

25 Bin Canın Ölüm Sebebi Pandemi Koşulları

2020 yılı Pandemi döneminde yaşanan fazladan ölümlerin yaklaşık dörtte birinin ise “COVID-19 hastalığı dışı” olduğunu tahmin ediyoruz. Bunlar, doğrudan korona virüs enfeksiyonu nedeniyle olmasa da pandemi koşullarından, daha doğrusu pandemi yönetimi adına yapılanlardan ve yapılmayanlardan kaynaklanan ölümlerdir. 2020 yılında en az 25 bin canın ölümünün nedenleri sağlık hizmetlerine başvurunun ve erişimin azalması, hizmetlerdeki aksamalar, haftalar süren sokağa çıkma yasakları sırasında ağırlaşan kronik hastalıkların yanı sıra genel olarak sosyo-ekonomik durumdaki kötüleşme ve intiharlardır.

Sağlık Bakanlığı 2020 yılında fazladan ölümlerin beşte birini; 01.01.2021 ile 14.09.2021 tarihleri

arasında yarısını açıklamıştır. Bu sayılar bile fazladan ölümlerin 2021 yılında artarak sürdüğünü göstermektedir.

Belediye ölüm verilerine göre 2019 yılında Türkiye'deki ölümlerin %48'inin yaşandığı kentlerde 11 Mart 2020 ile 14 Eylül 2021 tarihleri arasında önceki üç yılın ortalamasına göre tespit edilen fazladan ölüm sayısı 92 bini buldu; bu ölümlerin Türkiye projeksiyonu ise sayıyı 189 bine taşıdı.

Ülkelerin Tam Doz Aşıluluk Oranları

22 Eylül 2021 tarihinde tam doz COVID-19 aşılı kişilerin tüm nüfusa oranı Türkiye'de % 50, Japonya'da % 55, Almanya'da % 63 ve Birleşik Krallıkta % 65'dir. 22.09.2021 tarihinde milyon nüfusa düşen resmi COVID-19 ölümleri Türkiye'de 2,80, Birleşik Krallıkta 2,06, Almanya'da 0,68 ve Japonya'da 0,40'tır. Bu ülkelerde 65 yaş ve üstü nüfus oranları Türkiye göre çok yüksektir.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'nin 2020 ve 2021 yıllarının Ağustos ve Eylül aylarındaki günlük COVID-19 ölümleri karşılaştırmasını yaptığımızda; 2021 yılındaki bazı günlerdeki COVID-19 ölümlerinin, 2020 yılındaki aynı günlerdeki COVID-19 ölümlerinin yaklaşık 10 katı olması dikkat çekicidir.

Türkiye'de son üç ay (2021 Temmuz, Ağustos ve 1-22 Eylül) içinde milyon kişi başına en fazla ölümlerin

“SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜİK TARAFINDAN 2020 VE 2021 YILLARI ÖLÜM VERİLERİNİN VE NEDENLERİNİN TÜMÜNÜN HER HAFTA AÇIKLANMASI AYRICA BU VERİLERE ULAŞILABİLİRLİĞİN SAĞLANMASI ZORUNLUDUR. SAYILARIN NETLEŞMESİ İÇİN “TÜİK ÖLÜM VE ÖLÜM NEDENİ İSTATİSTİKLERİ” DERHAL AÇIKLANMALIDIR. ÖLÜMLERİN GİZLENMESİNDEN VAZGEÇİLMELİDİR”



“SAĞLIK BAKANLIĞI: HASTA VE ÖLÜM SAYILARININ DOĞRU OLARAK PAYLAŞILIRSA RİSKİN HANGİ İŞLERDE, HANGİ MEKÂNLARDA, HANGİ KİŞİLERDE YOĞUNLAŞTIĞINI BİLEREK GEREKLİ ÖNLEMLERİ ALABİLİRİZ. GERÇEĞİ SAKLAYARAK SORUNLARI ÇÖZMEK, SALGINI YÖNETMEK MÜMKÜN DEĞİLDİR”

Nedeni İstatistikleri, 2020 haber bülteni, idari kayıtlardan üretilmekte olan istatistiklere ilişkin çalışmaların henüz tamamlanamamış olması sebebiyle ileri bir tarihe ertelenmiştir” duyurusunu yapmıştır.

Sağlık Bakanı, “ertelenen sağlık hizmetlerinden dolayı” yaşanan ölümlerin şimdiye kadar açıklanan resmi ölüm sayılarından “çok daha büyük” olduğunu söylüyor. Oysa her akşam kamuoyuna paylaşım yapan Sağlık Bakanı, vatandaşların tedavilerini aksatmamaları konusunda bugüne kadar hiçbir ciddi açıklama yapmayarak ve önlem almayarak, bu ölümlerin artmasına seyirci kalmıştır. Ertelenmiş sağlık hizmetlerinin sorumluluğu vatandaşlara yüklenmemelidir. Sağlık Bakanlığının ertelenmiş sağlık hizmetlerini

engellemeye yönelik neden kayda değer bir önlem almadığı sorgulanmalıdır. Bugün, pandemide sağlık hizmetlerine erişim sorunu; bir toplumda pandemiye yönelik yaratılmış algı ve sağlık hizmetlerinde örgütlenme sorunudur. Her akşam topluma yönelik maske-mesafe-hijyen vurgusu yapan bakanlık, bugüne kadar hastanelere gelmeme konusunda halkın algısını değiştirecek açıklama yapmadığı gibi halkın hastanelere gelmesini zorlaştıracak adımlar atmıştır. Sokağa çıkma yasakları, bazı yaş gruplarının hastanelere izinle gitmek zorunda bırakılması, yerelde sağlık hizmetleri yetersizliği, iller arası hasta geçişinin güçlükleri nedenleriyle sağlık kurumlarına ulaşım zorlaştırılmıştır.

Bunların yanı sıra, genel sosyoekonomik

“2020 YILINDA EN AZ 25 BİN CANIN ÖLÜMÜNÜN NEDENLERİ SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURUNUN VE ERİŞİMİN AZALMASI, HİZMETLERDEKİ AKSAMALAR, HAFTALAR SÜREN SOKAĞA ÇIKMA YASAKLARI SIRASINDA AĞIRLAŞAN KRONİK HASTALIKLARIN YANI SIRA GENEL OLARAK SOSYO-EKONOMİK DURUMDAKİ KÖTÜLEŞME VE İNTİHARLARDIR”

yaşandığı ülkelerden birisi olmasının nedenleri arasında; sınıfsal eşitsizliklerin sonucu yoksul mahallelerdeki fazladan ölümler ve iş cinayetleri, bölgesel eşitsizlikler, ertelenen sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının risk gruplarında üçüncü doz aşı çalışmasının etkili bir şekilde yapmaması ve aşı kararsızlığı ile ilgili bir çabaya girmemesi, delta varyantı, COVID-19’a bağlı anne ölümleri sayılabilir.

Ertelenen Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de şeffaflık ve bilimsellik kriterlerinin ihmal edilmesi; yerel yönetimler, sağlık, emek ve meslek örgütlerinin ve toplumun pandemi sürecine dahil edilmemesi; COVID-19’un sınıfsal yapısından dolayı çalışan veya işsiz toplum katmanlarına, yoksul ve yoksullaşacak kesime özellikle kapanma dönemlerinde ekonomik ve sosyal kayıp yaşatmadan destek sunulmaması; vaka temelli müdahalelerin (test, temaslı izleme, izolasyon karantina dahil) ve nüfus temelli müdahalelerin (yüz maskelerinin

takılması, fiziksel mesafe ve kalabalıklardan, başta parti kongreleri olmak üzere toplantılardan ve kapalı alanlardan kaçınma) birlikte yürütülmemesi on binlerce insanın, onlarca sağlık çalışanının ölmesine neden olmuştur.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 23 Haziran’da düzenlenen bilim kurulu toplantısında yaptığı açıklama yukarıda beş madde halinde sıraladığımız ölüm verilerini teyit etti, “Salgın süresince salgından yaklaşık 50 bin insanımızı kaybettik. Ertelenen sağlık hizmetleri sebebiyle yaşadığımız kayıp ise bundan çok daha büyük” ifadelerini kullandı.

TÜİK 2021 Ölüm İstatistiklerini Yayımlamadı

TÜİK, her yıl Haziran ayının üçüncü haftasında, bir önceki yıla ait ölüm ve ölüm nedenleri istatistiklerini yayımlıyordu. Ancak TÜİK; 23 Haziran 2021 tarihinde yaptığı yazılı açıklamada “Ulusal Veri Yayınlama Takvimine göre 24 Haziran 2021 tarihinde saat 10:00’da yayımlanması planlanan ‘Ölüm ve Ölüm

“ÖLÜM VERİLERİNİN NETLEŞMESİ İÇİN ‘TÜİK ÖLÜM VE ÖLÜM NEDENİ İSTATİSTİKLERİ’ DERHAL AÇIKLANMALIDIR. ÖLÜMLERİN GİZLENMESİNDEN VAZGEÇİLMELİDİR. SAĞLIK BAKANLIĞI; HASTA VE ÖLÜM SAYILARININ DOĞRU OLARAK PAYLAŞILIRSA RİSKİN HANGİ İŞLERDE, HANGİ MEKÂNLARDA, HANGİ KİŞİLERDE YOĞUNLAŞTIĞINI BİLEREK GEREKLİ ÖNLEMLERİ ALABİLİRİZ. GERÇEĞİ SAKLAYARAK SORUNLARI ÇÖZMEK, SALGINI YÖNETMEK MÜMKÜN DEĞİLDİR”

“ÖLÜM SAYILARI YAŞ, CİNSİYET, EŞLİK EDEN HASTALIK (KOMORBİDİTE) DEĞİŞKENLERİNİN YANI SIRA SOSYO-EKONOMİK DÜZEY, HANE HALKI BÜYÜKLÜĞÜ, OTURULAN MAHALLE VE SOSYAL SINIF BAĞLANTISI İLE BİRLİKTE SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜİK TARAFINDAN KAMUOYU İLE PAYLAŞILMALIDIR”

durumdaki kötüleşmeye karşı ekonomik ve sosyal desteğin olmaması, 65 yaş üstü için haftalar süren sokağa çıkma yasakları sırasında ağırlaşan kronik hastalıklar gibi durumlar da pandemi sürecinde ölümlerin artışına neden olmuştur. Salgının üzerinden bir yıl geçmesine rağmen bir örgütlenme modeli çıkarılmamış; Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın birinci basamakta yapmış olduğu tahribat, ikinci basamak sağlık tesislerinin üçüncü basamağa dönüştürülmesi, şehir hastaneleri gibi planlamalarla şehir merkezlerindeki hastanelerin kapatılması ile halkın sağlık hizmetlerine ulaşımı engellenmiştir. Ertelenen sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için kolay ulaşılabilir yerlerinde, kapılarına kilit vurulmuş durumda boş bekleyen bu hastaneler anlaması zor bir ısrarla yeniden açılmamaktadır. Yine bu süreçte; şehir merkezlerinde daha yaygın ve ulaşımı kolay olan özel hastanelerin ücretsiz olmaması, hastanelerin düzenlemesine gidilmemesi Sağlık Bakanı’nın bu sürece sadece seyirci kaldığını göstermektedir.

Sağlık Bakanı İstifa Etmelidir

Her ne sebeple olursa olsun, pandemi süreci gerçekleşen tüm ölümler ister sağlık hizmetlerine erişim isterse COVID-19 nedeni olsun bakanın sorumluluk alanında olan sağlık hizmetleri kaynaklıdır. Bakanın yaptığı “sağlığa erişim sorunları kaynaklı ölümlerin fazlalığı” açıklaması kendi başarısızlığının itirafıdır. Tüm uyarılarımıza rağmen algı yönetimi ve bilim dışı politikalarda ısrar ederek salgını tarihsel bir felakete dönüştüren Sağlık Bakanı istifa etmelidir.

Sağlık Bakanlığı, COVID-19 ölüm verilerini saydam, eksiksiz ve güncel olarak paylaşmasının yanı sıra Sağlık Bakanlığı ve TÜİK tarafından 2020 ve 2021 yılları ölüm verilerinin ve nedenlerinin tümünün her hafta açıklanması ayrıca bu verilere ulaşılabilirliğin sağlanması zorunludur. Sayıların netleşmesi için “TÜİK ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri” derhal açıklanmalıdır. Ölümlerin gizlenmesinden vazgeçilmelidir. Sağlık Bakanlığı; hasta ve ölüm sayılarının doğru olarak paylaşırsa riskin hangi işlerde, hangi mekânlarda, hangi kişilerde yoğunlaştığını bilerek gerekli önlemleri alabiliriz. Gerçeği saklayarak sorunları çözmek, salgını yönetmek mümkün değildir.

Türkiye’nin ekonomik bir kriz içinde olduğu unutulmamalıdır. Krizin ölüm göstergelerinde ciddi değişikliklere yol açtığı bilinmektedir. Pandeminin var olan ekonomik krizi derinleştirdiği kabul edilmelidir. Bu iki faktör sosyal sınıflar-yoksulluk üzerinden eşitsizlikleri daha da derinleştirmiştir. Bu nedenle ölüm sayıları yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık (komorbidite) değişkenlerinin yanı sıra sosyo-ekonomik düzey, hane halkı büyüklüğü, oturulan mahalle ve sosyal sınıf bağlantısı ile birlikte Sağlık Bakanlığı ve TÜİK tarafından kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

Salgını kontrol altına almak ve önenebilir ölümleri engellemek için iktidarı bilime ve demokrasiye dayalı bir salgın yönetimine davet ediyoruz.

PANDEMİDE SAĞLIK ÇALIşANI ÖLÜMLERİ NE ANLATIYOR?

“DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ’NÜN (DSÖ) 24 MAYIS 2021 TARİHLİ AÇIKLAMASINA GÖRE 115 BİNDEN FAZLA SAĞLIK ÇALIşANI, COVID-19 NEDENİYLE YAşAMINI YİTİRDİĞİ TAHMİN EDİLMEKTEDİR”

Türk Tabipleri Birliğı Pandemide Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporunda, pandemide sağlık çalışanı ölümleri konusu Uzm. Dr. Alican Bahadır, Uzm. Dr. Nasır Nesanır tarafından hazırlandı. Makalede şu bilgilere yer verildi:

“Karşılaştığımız son pandemi COVID-19’un tüm dünyada yarattığı krizin yükünü taşıyanların başında sağlık çalışanları gelmektedir. Neoliberal kapitalizmin dönüştürdüğü dünyada, piyasalaşmanın hâkim hale gelebilmesi için zayıflatılan temel sağlık hizmetlerinin önemi; pandeminin ülkeleri vurması ile acı bir şekilde ortaya çıkmıştır. Sağlık sistemlerinin yapısı nedeniyle pandemiye sahada müdahale, aşılama hizmetleri gibi imkânları zayıflayan ülkelerdeki sağlık çalışanları; salgın sürecinde sağlık kurumlarından taşan hasta yığınlarının yarattığı kargaşa ile mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu nedenle, salgını büyümeden yerinde baskılayabilmek mümkün olmadığı gibi sağlık kurumlarına kontrolsüz bir şekilde giren virüsün öncelikli hedefi sağlık çalışanları olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 24 Mayıs 2021 tarihli açıklamasına göre 115 binden fazla sağlık çalışanı, COVID-19 nedeniyle yaşamını yitirdiğı tahmin edilmektedir. Ülkelerdeki COVID-19 nedenli sağlık çalışanı ölüm sayıları ve ölen sağlık çalışanlarının meslekleri incelendiğinde; ülkelerin toplumsal ve iktisadi yapıları, sağlık sistemleri, pandemi yönetim tarzları, sağlık çalışanlarının aşılanma durumları gibi faktörlerin belirleyici unsurlar olduğı görülmektedir.

“ÇOĞU MERKEZ KAPİTALİST ÜLKEDE, HEKİM DIşI SAĞLIK ÇALIşANI ÖLÜMLERİ DAHA FAZLADIR. AMERİKA BİRLEşİK DEVLETLERİNDE (ABD) COVID-19 NEDENİYLE ÖLEN 3600 SAĞLIK ÇALIşANI İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIşMADA; ÖLEN SAĞLIK ÇALIşANLARININ ÜÇTE İKİSİ, ETNİK KÖKEN VE EKONOMİK DURUMDAKİ DERİN EşİTSİZLİĞİ GÖZLER ÖNÜNE SERMİşTİR”

Örneğın; çoğı merkez kapitalist ülkede, hekim dışı sağlık çalışanı ölümleri daha fazladır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) COVID-19 nedeniyle ölen 3600 sağlık çalışanı ile ilgili yapılan çalışmada; ölen sağlık çalışanlarının üçte ikisi, etnik köken ve ekonomik durumdaki derin eşitsizliğı gözler önüne sermiştir. Yapılan çalışmada, hasta bakımıyla ilgilenen düşük ücretli çalışanların COVID-19’a bağlı ölüm hızları hekimlerden fazla çıkmıştır. ABD’de hekimlerin görece daha az ölmesinin nedenleri arasında kaliteli kişisel koruyucu donanım kullanmaları, kendilerini daha etkin koruyabilmeleri ve sosyoekonomik ayrıcalıklı bir konumda bulunmaları sayılabilir.

Küba’da, Uzunca Bir Süre Sağlık Çalışanı Ölümü Olmadı

Bazı ülkelerde ise sağlık çalışanı ölümü ya hiç olmamış ya da çok az olmuştur. Küba’da, pandeminin başından itibaren uzunca bir süre sağlık çalışanı ölümü görülmemiştir. Salgının başladığı Çin’de, başlangıçta önemli sayıda sağlık çalışanı ölümünün önlenememesine rağmen; yaşanılanlardan ders çıkarılarak, özellikle etkili filyasyon yapılabilmesi sayesinde ilerleyen dönemlerde sağlık çalışanları büyük oranda korunabilmiştir.

Türkiye’de resmi kaynaklarca rapor edilen ilk vaka tarihi olan 11 Mart 2020’deki durum, pandemiye hazırlıksız yakalanıldığını göstermekteydi. Salgının Türkiye’yi de vuracağı belliyken, ne Türkiye’deki COVID-19 salgınının öncesinde ne de COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının önemli

“COVID-19 HASTALIĞINA BAĞLI OLARAK İLK SAĞLIK ÇALIşANI ÖLÜMÜ, 17.03.2020 TARİHİNDE GERÇEKLEşMİşTİR. BU TARİHTEN 16.09.2021 TARİHİNE KADAR 427, 01.10.2021 TARİHİNE KADAR İSE 438 AKTİF SAĞLIK ÇALIşANI COVID-19 HASTALIĞINDAN DOLAYI YAşAMINI KAYBETMİşTİR”

bölümüne eğitim verilmedi. Salgınla iç içe çalışan birçok sağlık çalışanına düzenli COVID-19 taraması yapılmadı. Sıklıkla pandeminin ilk aylarında olmak üzere sağlık çalışanlarının maske, siperlik, gözlük, eldiven, dezenfektan gibi malzemelere ulaşımında ciddi sorunlar oldu. Salgının ilerleyen dönemlerinde ise; Aile Sağlığı Merkezleri gibi iş yerlerinde çalışan sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu donanıma ulaşım sıkıntısı devam ederken, diğer birçok kamu kurumunda ise yeterli kalitede kişisel koruyucu donanım sağlanmıyordu.

Salgınla geçirilen 18 ay boyunca, sağlık çalışanları pandemi koşullarına uygun ortamlarda çalışmadılar. Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının pandemiye uygun hale getirilmesi için dönem dönem hazırlanan düzenlemeler ise genellikle yetersiz kaldı. Türk Tabipleri Birliğinin 2021 Eylül ayında 6178 hekimle yaptığı anketeye göre pandemiyle 18 ayın geçirilmesine rağmen; hekimlerin %71’i çalışma ortamlarının pandemi koşullarına uygun olmadığını düşünmekte. Bütün bu yetersizliklerin yanında; salgının başlarında sadece kamudaki kronik hastaların bir bölümüne ve gebelere verilen ücretli izin de ilerleyen aylarda pandeminin tüm hızıyla devam etmesine rağmen kapsamin genişletilmesi gerekirken sonlandırıldı. Çalışması riskli olan kişilere ücretli izin verilmemesine

ek olarak sağlık çalışanlarının izin, istifa ve emeklilik haklarını engellemeye yönelik adımlar atılarak sağlık çalışanları bile tehlikeye atıldı. Pandeminin 18. ayını geride bırakırken beş dakikada bir muayene randevusu gibi uygulamaların dayatılması da toplum ve sağlık çalışanlarının sağlığına zarar verdiğı gibi hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının COVID-19 maruziyetini de artıracaktır.

Türkiye’de Sağlık Çalışanı Ölümünün Anlattığı

TTB’nin yerel tabip odaları, sendikalar ve diğer sağlık örgütleri aracılığıyla topladığı ve değerlendirdiğı verilere göre COVID-19 hastalığına bağlı olarak ilk sağlık çalışanı ölümü, 17.03.2020 tarihinde gerçektemiştir. Bu tarihten 16.09.2021 tarihine kadar 427, 01.10.2021 tarihine kadar ise 438 aktif sağlık çalışanı COVID-19 hastalığından dolayı yaşamını kaybetmiştir.

Sağlık Bakanlığı; 2 Eylül 2020 tarihinde, pandemi boyunca COVID-19 PCR testi pozitif olan sağlık çalışanı sayısını 29.865 (52 ölen) olarak açıklamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, 9 Aralık 2020 tarihinde COVID-19 PCR testi pozitif olan sağlık çalışanı sayısını 120.000 ve ölüm sayısını 216 olarak açıkladıktan sonra yeni veri de sunmamıştır. Sağlık Bakanlığının açıkladığı bu iki veriden yola

“TÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EN AZ DÖRTTE BİR- BEŞTE BİRİNİN COVID-19 VİRÜSÜ İLE ENFEKTE OLDUĞU TAHMİN EDİLMEKTEDİR. SADECE BU VERİDEN BİLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KORUNAMADIĞINI VE AŞININ VARLIĞI OLMASAYDI DAHA BÜYÜK BİR FACIAYLA KARŞI KARŞIYA KALINABİLECEĞİNİ ÇIKARABİLİRİZ”

çıkıldığında, sağlık çalışanları arasında enfeksiyon-vaka (bir kısmı tarama) fatalite hızı % 0,17 ile 0,18 arasında bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığının, 2 Eylül 2020 ve 9 Aralık 2020 tarihinde sağlık çalışanları için açıkladığı verilere dayanarak hesaplanmış enfeksiyon-olgu fatalite hızı, 01 Ekim 2021 tarihine kadar ölen 438 sağlık çalışanına uyarlandığında; tüm sağlık çalışanlarının en az dörtte bir- beşte birinin COVID-19 virüsü ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Sadece bu veriden bile sağlık çalışanlarının korunamadığını ve aşının varlığı olmasaydı daha büyük bir faciayla karşı karşıya kalınabileceğini çıkarabiliriz.

Türkiye’de, sağlık çalışanlarının %14,8’ini hekimler, %3’ünü eczacılar, %24,5’ini hemşire ve ebeler oluşturmakta iken; TTB olarak topladığımız verilere göre COVID-19’a bağlı ölümlerin %36,1’i hekimlerde, %13,1’i eczacılarda ve % 6,3’ü hemşire ve ebelerde olmuştur.

Türkiye’de hekimlerin %18,6’sı, diş hekimlerinin %51,9’u özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Eczacı Bilgi Sistemi verilerine göre Türkiye’deki eczacı sayısının %69,9’u (26.177) kişi serbest eczacı (eczane sahibi ve mesul müdürü) olarak çalışmaktadır; ancak ölen hekimlerin %59,1’i, diş hekimlerinin %91,7’si ve eczacıların %98,2’si özel sağlık kurumlarında çalışmaktaydı.

COVID-19 nedeniyle ölen 427 sağlık çalışanının %86,7’si, ölen 154 hekimin %97,4’ü erkektir. Ölen 27 hemşire ve ebe’nin %85,2’si kadındır.

Ölenlerin Yaş Ortalaması 55

Topladığımız verilere göre Türkiye’de COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 55,3’tür. Bu ortalama yaş hekimlerde 59,8; eczacılarda 65,8; hemşire ve ebelerde 40,8’dir. Ölen 34 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarının %26,3’ü; 35-49 yaş arasındakilerin %45,8’i işçi statüsünde çalışmaktaydı. COVID-19 nedeniyle yitirdiğimiz hekim, diş

hekim ve eczacıların büyük bölümü özel sağlık kuruluşlarında çalışmaktaydı. Aynı zamanda; COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının %55’i hekim, diş hekim ve eczacıyken; COVID-19 nedeniyle ölen 65 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının %95’i hekim, diş hekim ve eczacıdır.

Genç yaşlarda ölen sağlık çalışanlarında ağırlığın daha güvencesiz koşullarda çalışan işçilerde olması, pandemi koşullarında çalışmaları riskli olan ve genellikle emekli olduktan sonra ekonomik nedenlerle özel sağlık kuruluşlarında çalışmak zorunda kalan sağlık çalışanlarının ölümleri gibi sonuçlar; sağlığın piyasalaştırılmasının meydana getirdiği yıkımı ve pandeminin sınıfsal karakterini ortaya koymaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2021 verilerinde Türkiye’deki 174.187 hekimin 71.933’ü kadın; 102.254’ü erkek olduğu belirtilmektedir. Hekimlerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 8,84; erkek hekimlerde 10.000’de 14,66; kadın hekimlerde 10.000’de 0,56’dır. Eczacılarda COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 14,95’dir. Hemşire-ebelerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 0,83’tür. COVID-19’a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının %86,7’si ve ölen hekimlerin %97,4’ü erkektir.

Aşı Tereddüdü/Reddi

Resmi kayıtlara göre Türkiye’de COVID-19 nedeniyle ilk ölen yurttaşımız bir sağlık çalışanıydı. Genel nüfustaki COVID-19 ölümlerinin içinde sağlık çalışanlarının yüzdesi Mart 2020’de 1,86’yken, Haziran 2020’de 0,33’e kadar düşmüştür. Hazirandaki yeniden açılma sonrasında hem sağlık çalışanlarının ölüm sayıları sayıları hem de COVID-19 ölümleri içerisinde sağlık çalışanlarının yüzdesi artış göstermiştir. Ocak ayında sağlık çalışanlarında aşılamanın başlamasıyla beraber, sağlık çalışanı ölümleri düşüşe geçmiş ve temmuz ayında neredeyse durma noktasına gelmiştir.

“TÜRKİYE’DE, SAĞLIK ÇALIŞANLARININ %14,8’İNİ HEKİMLER, %3’ÜNÜ ECZACILAR, %24,5’İNİ HEMŞİRE VE EBELER OLUŞTURMAKTA İKEN; TTB OLARAK TOPLADIĞIMIZ VERİLERE GÖRE COVID-19’A BAĞLI ÖLÜMLERİN %36,1’İ HEKİMLERDE, %13,1’İ ECZACILARDA VE % 6,3’Ü HEMŞİRE VE EBELERDE OLMUŞTUR”

“COVID-19 NEDENİYLE ÖLEN 427 SAĞLIK ÇALIŞANININ %86,7’Sİ, ÖLEN 154 HEKİMİN %97,4’Ü ERKEKTİR. ÖLEN 27 HEMŞİRE VE EBE’NİN %85,2’Sİ KADINDIR”



“PANDEMİ BOYUNCA BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK ÇALIŞANI ÖLÜMLERİ HİÇ OLMAMIŞ; BAZILARINDA DA SALGIN BAŞINDA GERÇEKLEŞEN ÖLÜMLER İRDELENEREK ALINAN ÖNLEMLERLE SONRAKİ DÖNEMDE SAĞLIKÇI ÖLÜMÜNE RASTLANMAMIŞTIR. TÜRKİYE’DE İSE HAZİRAN 2020 DÂHİL EYLÜL 2021’E KADAR SAĞLIKÇI ÖLÜMLERİNİN %90’INDAN FAZLASININ GERÇEKLEŞMESİ, YETERLİ ÖNLEM VE DERS ALINMADIĞINI GÖSTERMEKTEDİR”

Aşılamanın başlamasından sonra Türkiye’de sağlık çalışanı ölümlerinde en kritik nokta aşı tereddüdü/reddi olmuştur. Nisan ve Mayıs ayında ölen sağlık çalışanlarının 9’unun aşı durumuna TTB tarafından erişilebilmiştir. Aşı durumuna erişilen 9 sağlık çalışanından 6’sının, aşı ile ilgili tereddütleri sonucunda 2 doz aşılı olmadıkları bilinmektedir. Haziran ve sonrasında ölen aktif sağlık çalışanlarından aşı durumuna erişilebilenlerin sayısı ise 29’dur; 16 kişi aşısız, 10 kişi 2 doz sinovac, 1 kişi 2 doz biontech, (comirnaty) 1 kişi 3 doz sinovac (coronavac), 1 kişi 2 doz sinovac – 2 doz biontech aşılıdır. Üç doz sinovac aşılı ve 2 doz sinovac-2 doz biontech aşılı olduğu öğrenilen sağlık çalışanlarının immünsüpresif tedavi aldıkları belirlenmiştir. İki doz biontech aşısı yaptıran sağlık çalışanın ise ek hastalık bilgisine henüz ulaşamamıştır.

Haziran ve sonrasında ölen aktif sağlık çalışanlarının büyük bölümünün aşısız olması veya 2 doz sinovac aşısından sonra ek doz yaptırmaması; aşı tereddüdü/

reddi’nin sağlık çalışanları arasında da büyük bir sorun olduğunu bize söylemektedir. Sağlık Bakanlığının aşı tereddüdü/reddi ile mücadelede isteksiz oluşu, bakanlığın sorumluluklarının ağırlığını artırmaktadır.

Sermayenin çıkarlarını öncelemeyen, bilimsel bir salgın yönetimi; sağlık emekçilerinin ölümlerini önleyebilmek için olmazsa olmazdır. Pandemi boyunca bazı ülkelerde sağlık çalışanı ölümleri hiç olmamış; bazılarında da salgın başında gerçekleşen ölümler irdelenerek alınan önlemlerle sonraki dönemde sağlıkçı ölümüne rastlanmamıştır. Türkiye’de ise Haziran 2020 dâhil Eylül 2021’e kadar sağlıkçı ölümlerinin %90’ından fazlasının gerçekleşmesi, yeterli önlem ve ders alınmadığını göstermektedir. Pandeminin ilk üç ayındaki ölümlerin nedenleri iyi irdelenerek, bu değerlendirmeye bağlı adımlar atılsaydı; ölümlerin tamamının önüne geçilebilirdi.”

AŞI KARARSIZLIĞI AŞI KARŞITLIĞI

“COVID-19 PANDEMİSİNİN KONTROL ALTINA ALINABİLMESİ İÇİN POPÜLASYONUN EN AZ %80’İNİN COVID-19 AŞISI İLE TAM DOZ AŞILI HALE GETİRİLMESİ GEREKMEKTEDİR. GELİŞMİŞ ÜLKELER DIŞINDA DİĞER DÜNYA ÜLKELERİ BU HEDEFİN ÇOK GERİSİNDE BULUNMAKTADIR”

Türk Tabipleri Birliği Pandemi Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporunda Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz tarafından hazırlanan COVID-19 aşı kararsızlığı ve aşı yaptırmama konulu makale şöyle:

Aşırı yaptırmama imkânı varken aşırı yaptırmama ya da aşı yaptırmayı geciktirme olarak tanımlanan Aşı kararsızlığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada en önemli 10 toplum sağlığı sorunundan biri olarak bildirilmektedir. COVID-19 pandemi sürecinde aşılarda geliştirilip toplumsal düzeyde uygulanmaya başlanması ile hem dünya hem de ülkemizde COVID-19 aşılarda karşı da aşı kararsızlığı görülmektedir. Pandemiye kontrol altına almada en önemli müdahale aracı olan COVID-19 aşılarda karşı aşı kararsızlığının artması, toplumsal bağışıklığa ulaşmada en önemli risk faktörüdür. Ülkemizde COVID-19 aşı kararsızlığını artıran temel faktör Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 vaka, ölüm ve aşılama ile ilgili yeterli bilgi paylaşımının olmamasıdır. Ülkemizde şu ana kadar 100 milyon dozun üzerinde COVID-19 aşısı yapılmasına karşın, aşılamanın COVID-19 vaka ve ölümleri üzerindeki etkisinin değerlendirilebileceği verilerin paylaşılması, toplumda aşının etkinliği ve güvenliğini sorgular hale getirmekte ve kararsızlığı artırmaktadır.

COVID-19 dünyada 225 milyondan fazla doğrulanmış vaka ve 4.6 milyondan fazla ölüme neden olmuş bir pandemi olarak hala devam etmektedir. Hastalığa karşı birden çok etkili aşı geliştirilmiş olup, toplumsal düzeyde uygulanmaktadır. 12 Eylül 2021 tarihi itibarıyla 5.72 milyar doz aşının yapıldığı rapor edilmektedir. Aşılama oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hedeflere yaklaşmışken, geri kalmış ülkelerde hedeflerin çok gerisinde seyretmektedir (1,2).

Nüfusun En Az %80’i Tam Doz Aşılı Olmalı

COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınabilmesi için diğer halk sağlığı koruyucu önlemleri ile beraber popülasyonun en az %80’inin COVID-19 aşısı ile tam doz aşılı hale getirilmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkeler dışında diğer dünya ülkeleri bu hedefin çok gerisinde bulunmaktadır. Bu hedefin gerçekleşmesinde iki temel engel bulunmaktadır. Birincisi aşılarda tedarik ve dağıtımı, diğeri ise aşı kararsızlığıdır. Bu iki engel dışında, yeni varyant virüslerin ortaya çıkması ve aşının bu varyant virüslere karşı etkisinin düşmesi ayrıca bir engeldir.

Tedarik ve Dağıtımda Adaletsizlik

Dünyada COVID-19 aşı tedarik ve dağıtımında büyük bir adaletsizlik hâkim olup, bu adetsizlik yoksul ülkelerin aşırı erişimini engellemektedir. Dünyada 12 Eylül 2021 tarihi itibarıyla uygulanan 5.72 milyar doz COVID-19 aşısının 1.46 milyar dozunun (%25,5) yüksek gelirli, 2.98 milyar (%52,0) orta yüksek gelirli, 1.26 milyar (22,0) dozunun orta düşük gelirli ve 18.48 milyon (%0,3) dozunun da düşük gelirli ülkelerde yapıldığı rapor edilmektedir (Şekil 1) (2). Orta yüksek gelirli ülkeler arasında sayılan ülkemizde 102 milyon doz aşı yapıldığı, iki doz aşısı yapılan kişi sayısının ise 40,3 milyon olduğu bildirilmektedir (3). Türkiye nüfusu 83 milyon kabul edilir ve nüfusun %80’inin iki doz aşılama hedefi dikkate alınırsa en az 66,4 milyon kişinin iki doz COVID-19 aşısı ile aşılama gerekmektedir. Buradan ülkemizde toplumsal bağışıklığa ulaşılabilmesi için en az 20 milyon kişinin daha iki doz aşılı hale getirilmesinin gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Anket Sonuçları

2020 Aralık ayında, COVID-19 aşılama başlanmadan önce Türkiye geneli tüm yaş gruplarında

yapılan bir çevrimiçi anket çalışmasında araştırmaya katılanların %37,9’unun COVID-19 aşısı yaptırmada kararsız, %20,9’unun da aşı yaptırmayacağını bildirdiği rapor edilmektedir. Kararsız ve aşı yaptırmayacağını bildirenlerin oranları sırasıyla bölgelere göre; Marmara Bölgesinde %36,2 ve %21,9, Ege Bölgesinde %48,3 ve %6,9, Akdeniz Bölgesinde %40,4 ve %13,2, Karadeniz Bölgesinde %42,1 ve %17,0, İç Anadolu Bölgesinde %32,1 ve %21,0, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde %41,1 ve %31,5 ve Doğu Anadolu Bölgesinde de %31,0 ve %31,7 olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada kadınlar arasında kararsızlık ve aşı yaptırmama isteğinin daha yüksek olduğu rapor dilmektedir (4). Aralık ayında yapılan bu çalışma sonuçları, Haziran-Eylül 2021 arasında ülkemizde COVID-19 aşılama hızlandığı dönemde, bölgeler arasındaki farklılıkla uyumlu olduğu gözlenmiştir. Ege ve Marmara bölgesinde COVID-19 aşılama oranları daha hızlı yükselirken, Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgesinde aşılama oranları daha düşük seyretmiştir. Halen Sağlık Bakanlığı tarafından günlük olarak verilen 18 yaş üzeri popülasyonda birinci doz aşılama oranları içinde bu bölgelerde aşılama oranlarının daha geriden geldiği görülmektedir. Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgesindeki aşılama oranlarındaki düşüklük COVID-19 aşı kararsızlığının bu bölgelerde daha yüksek olduğunun bir göstergesi olabilir.

Hala Büyük Bir Grup Kararsız

Açık erişimli veri tabanlarından biri olan Our World in Data’da ülkelere göre COVID-19 vaka, ölüm ve aşılama ilgili veriler paylaşılmaktadır. COVID-19 aşı kararsızlık verilerinin paylaşıldığı tabloda, veri paylaşan ülkelere aşı kararsızları ile

“IPSOS’UN YAPTIĞI DEĞERLENDİRME SONUÇLARINA GÖRE AŞI YAPTIRMAYACAK YA DA AŞI KARARSIZLIĞI İÇİNDE OLAN KİŞİLER AŞININ ETKİSİ VE YAN ETKİLERİ KONUSUNDA ENDİŞE İÇİNDELER VE AŞIYI ÜRETEYEN FİRMALARA GÜVENMİYORLAR. BU GÜVENİN SAĞLANABİLMESİ İÇİN AŞILARIN ETKİNLİĞİ VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDA TOPLUMA YÖNELİK BİLGİ VE VERİ PAYLAŞIMI ÖNEMLİDİR”

aşı yaptırmayacakların oranları zamanla azalsa da, hala büyük bir grubun aşı kararsızlığı içinde ve aşı yaptırmayacağı görülmektedir. 15 Ağustos tarihli tabloda, aşı yaptırmada kararsız olanların oranı ülkeler arasında %5,3-20,0 arasında değişirken, aşı yaptırmayacağım diyenlerin oranı %10-24 arasında değişmektedir. Bu konuda ülkemizden veri paylaşımı olmadığı için, ülkemizde COVID-19 aşısı için kararsız olanların oranı ve aşı yaptırmayacağım diyenlerin oranı hakkında düzenli bir bilgiye sahip değiliz.

IPSOS’un ülkemizde 3-21 Haziran 2021 tarihli Genel Kamuoyu Araştırmasından, 18 yaş üzeri bireylerin o tarihe kadar %76’sının aşı olmuş ya da aşı olmak isteyenler, %11’inin aşı olmamış ve aşı olmayacaklar ve %13’ünün de aşı olmamış ve aşı olup olmama konusunda kararsızlar olduğu bildirilmektedir. Aşı olan ya da aşı olmak isteyenlerin %79’u COVID-19-19 virüsünü Türkiye için ciddi bir risk olarak görürken, bu oranın kararsızlarda %65’e, aşı olmak istemeyenlerde de %59’a düştüğü rapor edilmektedir. Aşı olmak istemeyenlerin ya da kararsız olanların temel nedenleri; yeni bir aşı olduğu için yan etkilerinden endişe etme, aşının Corona virüsüne karşı koruyacağından emin olmama ve aşı firmasına güvenmeme olarak ifade edilmektedir (5).

Aşının Yan Etkisi Ve Üreticiye Güvensizlik

IPSOS’un yaptığı değerlendirme sonuçlarına göre aşı yaptırmayacak ya da aşı kararsızlığı içinde olan kişiler aşının etkisi ve yan etkileri konusunda endişe içindeler ve aşırı üreten firmalara güvenmiyorlar(5). Bu güvenin sağlanabilmesi için aşılarda etkinliği ve güvenliğini konusunda topluma yönelik bilgi ve veri

“AŞI KARARSIZLIĞININ ARKASINDAKİ TEMEL SORUN, COVID-19 AŞILARI İLE İLGİLİ YETERLİ VE DOĞRU BİLGİNİN PERİYODİK OLARAK SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN KAMUOYUYLA PAYLAŞILMAMASIDIR. AŞI VE AŞILAMA İLE İLGİLİ YETERLİ VE DOĞRU BİLGİNİN PAYLAŞILMAMASI AŞI KARARSIZLIĞINI BESLEMEDİR”

“GÜNEYDOĞU VE DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDEKİ AŞILANMA ORANLARINDAKİ DÜŞÜKLÜK COVID-19 AŞI KARARSIZLIĞININ BU BÖLGELERDE DAHA YÜKSEK OLDUĞUNUN BİR GÖSTERGESİ OLABİLİR”

paylaşımı önemlidir. Sağlık bakanlığı tarafından resmi web sayfasından hâlihazırda günlük olarak COVID-19 ile ilgili yapılan test sayısı, doğrulanmış vaka sayısı, vefat sayısı, iyileşen sayısı ve haftalık olarak illere göre hastalık insidansı; COVID-19 aşısı ile ilgili olarak da uygulanan 1. Doz toplam sayısı, 2. Doz toplam sayısı, 18-59 yaş üzeri birinci ve ikinci doz aşılanma oranı ile illere göre birinci doz aşılanma oranları yayımlanmaktadır (3). Bu veriler önemli olmakla beraber, aşının etkili ve güvenli olduğuna dair daha fazla bilgi ve veri Sağlık Bakanlığının elinde olmasına karşın paylaşılmamaktadır. Paylaşılan veri üzerinden aşının güvenli ve etkili olduğuna dair analizler yapılamamaktadır.

Doğru ve Yeterli Bilgi Üretilmeli

Aşı kararsızlığının arkasındaki temel sorun, COVID-19 aşıları ile ilgili yeterli ve doğru bilginin periyodik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuyla paylaşılmasıdır. Aşı ve aşılama ile ilgili yeterli ve doğru bilginin paylaşılmaması aşı kararsızlığını beslemektedir. Bu sorunun giderilebilmesi için COVID-19 hastalık, ölüm ve aşılama ile ilgili yeterli bilginin Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuyla paylaşılması önerilir.

Kaynaklar

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Erişim tarihi: 12.09.2021. Erişim yeri: <https://COVID-1919.who.int/>
2. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Erişim tarihi: 12.09.2021. Erişim yeri: <https://ourworldindata.org/COVID-19-vaccinations>
3. TC Sağlık Bakanlığı COVID-19-19 Aşı Bilgilendirme Platformu. Erişim tarihi: 12.09.2021, Erişim yeri: <https://COVID-1919asi.saglik.gov.tr/>
4. Yılmaz Hİ, Turğut B, Çıtlak G, Mert O, Paralı B, Engin M, Aktaş A, Alimoğlu O. Türkiye’de İnsanların COVID-19-19 Aşısına Bakışı. Dicle Tıp Dergisi, 2021;48(3):583-594
5. Koronavirüs Salgını ve Toplum Genel Kamuoyu Araştırması. IPSOS. Haziran 2021, Erişim tarihi: 13.09.2021, Erişim yeri: <https://www.ipsos.com/tr-tr/asi-olmamis-bireylerin-65i-asi-sirasi-geldiginde-olma-niyetinde>

COVID-19 SALGININDA NEREDEYİZ? NEREYE GİDİYORUZ? HANGİ AŞIYI OLALIM?



Prof. Dr. Alpay Azap
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

“NE YAZIK Kİ PEK ÇOK ÜLKE AŞILAMADA HENÜZ ÇOK GERİDE OLDUĞU İÇİN DÜNYA GENELİNDE TAM DOZ AŞILI KİŞİLERİN ORANI HENÜZ %35 CİVARINDADIR. DOLAYISIYLA AŞILARA RAĞMEN 4. DALGAYI YAŞIYOR OLMAMIZ ŞAŞIRTICI OLMADIĞI GİBİ AŞILARIN ETKİSİZ OLDUKLARINI DA GÖSTERMEMEKTEDİR”

İçinde bulunduğumuz 2021 Eylül ayı itibariyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 11 Mart 2020’de Pandemi ilanı yapmasının üzerinden 18 ay geçmiş durumda. Bu 18 ayın sonunda Dünya ve ülkemiz 4. Dalgayı yaşıyor. Dünya genelinde günde 500.000 civarında yeni tanı konan hasta ve 7.000 civarında ölümün yaşanmakta olduğunu görüyoruz. Aşılamanın yüksek olduğu ülkelerde de olgu sayılarında artış yaşanması aşılarda etkisiz mi sorusunu beraberinde getiriyor. Ancak baştan söylemek gerekirse aşılarda oldukça etkili. Sorun delta varyantının çok kolay bulaşıcı olmasından kaynaklanıyor. R0 değeri 5-6 arasında olduğu hesaplanan bu varyant tüm dünyada hakim durumdadır. Buna bir de tüm toplumlarda bireysel önlemlerin ve topluma yönelik kısıtlamaların kaldırılmış olduğu gerçeği eklenince olgu sayılarının artması kaçınılmaz olmaktadır.

Daha ötesi, delta varyantının yüksek R0 değeri kitle bağışıklığı için toplumun %80’inin bağışık olması gerekliliğini beraberinde getiriyor. Aşılarda çok etkili olmakla birlikte belirtili hastalığı ortalama %80 engellediklerini hesaba katarsak kitle bağışıklığı için tüm toplumun aşılınması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Aşılama oranı en yüksek olan ülkelere bile 12 yaş altı çocuklar aşılanmadığından toplumun ancak %70-80’i tam doz aşılandı. Aşılarda ağır hastalık ve ölümü engellemekte ne kadar etkili olduğu deltanın yarısı kadar bulaşıcı olan Wuhan virüsünün hakim olduğu 2. Dalgadaki olgu ve ölüm sayıları karşılaştırıldığında ortaya çıkmaktadır. Zira 2. Dalgada günlük olgu sayıları 850.000 civarında iken günlük ölüm sayıları 18.000 civarındaydı. 4. Dalgada günlük olgu sayıları %40 azalırken ölüm sayıları %60 azalmış durumdadır (1). Ayrıca ne yazık ki pek çok ülke aşılamada henüz çok geride olduğu için dünya genelinde tam doz aşılan kişilerin oranı henüz %35 civarındadır.

Dolayısıyla aşılamada rağmen 4. dalgayı yaşıyor olmamız şaşırtıcı olmadığı gibi aşıların etkisiz olduklarını da göstermemektedir.

Nereye gidiyoruz? Pandemi ne zaman bitecek? Sorularının cevabı biraz daha zor. Pandemi COVID-19’un kendisinden önceki 4 insan koronavirüsü gibi mevsimsel bir hastalığa dönüştüğünde bitecek. Bunun ne zaman gerçekleşeceği konusunda iyimser bir tahminde bulunacak olursak dünya genelinde aşılanmanın yaygınlaşması ve 2021 sonlarında virüse etkili antiviral ajanların kullanıma girmesi ile 2022 ortalarında salgın kontrol altına alınmış olabilir. Ancak bu iyimser tahminin gerçekleşmesi aşı ve hastalığı geçirilerek elde edilen bağışıklıktan kaçan bir yeni varyant çıkmamasına bağlıdır. Delta varyantı aşıların oluşturduğu bağışıklıktan diğer varyantlara göre daha az etkilenmekle birlikte halen yeni bir aşı gerekmeden kontrol altına alınabilmektedir. Ancak SARS-CoV-2 evrimine bu hızla devam edecek olursa hem daha bulaşıcı hem de antikorlardan daha az etkilenen yeni bir varyantın çıkması kaçınılmaz olacaktır. Virüsün hızlı evriminin en önemli nedeni halen çok fazla sayıda insanı enfekte etmeye, insanlar arasında dolaşmaya devam etmesidir. İnsan olguları ne kadar çok engellenebilirse antikorlardan kaçabilen bir varyantın ortaya çıkması da o kadar ertelenebilecektir. Ancak ne yazık ki salgın kontrol altına alamadığı için Delta varyantı değişmeye ve hakim virüs olarak mutasyon biriktirmeye devam etmektedir. Delta-plus (Delta+) olarak tanımlanan mutant virüsler “+” biriktirmektedir.

Yapılan tam genom dizileme araştırmaları iki mutasyon kazanmış delta virüslerini göstermektedir. Delta varyantının dört mutasyon (K417N, N439K, E484K, N501Y) kazanması (Delta 4+) durumunda antikorlardan çok fazla etkilenmeyeceğinden endişe edilmektedir.

Buradan da anlaşılacağı üzere pandeminin sona ermesi için salgının olabildiğince kontrol altında tutulması gerekir. Bunun yolu da topluma yönelik tedbirler (farmakolojik olmayan önlemler: seyahat kısıtlaması, kapanma uygulamaları vb), bireysel önlemler ve aşılanmanın yaygınlaştırılmasından geçmektedir.

Hangi aşığı olalım?

COVID-19 için 1 yıl gibi bir sürede, gerek hastalığı, gerekse hastane yatışı ve ölümü engellemek konusunda son derece etkili ve güvenli aşılar geliştirilmiştir. Onlarca yıldır devam eden araştırmaların ve çalışmaların sonucu olan bu durum, modern tıbbın tarihteki en büyük başarılarından biri olarak değerlendirilmektedir. Şu ana kadar yaklaşık 10 ayda tüm dünyada toplam 6 milyar doz uygulanmış olan COVID-19 aşıları sayesinde yüzbinlerce insanın hayatı kurtarılmıştır. Günümüzde yaygın aşılamaya yapılan ülkelere COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden kişilerin %90’dan fazlasını aşısız veya aşılarını tamamlamamış kişiler oluşturmaktadır.

Halen dünya genelinde uygulanmakta olan COVID-19 aşıları 4 farklı platformda üretilmiş aşılardır: 1. mRNA aşıları (BioNTech ve Moderna) 2. Viral vektör aşıları (AZ-Oxford, Sputnik V) 3. İnaktive virüs aşıları (Sinovac) ve 4. Protein temelli aşılar (Novovax). Bu aşıların belirtili hastalığı önleme konusundaki etkililikleri %95 (mRNA aşıları) ve %60 (inaktive virüs aşıları) arasında değişmektedir. Ülkemizde uygulanan Sinovac aşısı ağır hastalık ve ölümü %85’in üzerinde BioNTech aşısı ise %95’in üzerinde engelleyebilmektedir.

Mevcut veriler değerlendirildiğinde, ülkemizde yaşlılar veya bağışıklığı baskılanmış kişilerde, bağışık yanıtlarının daha zayıf olması nedeniyle bağışıklığı daha güçlü uyardığı gösterilmiş mRNA aşısının kullanılması akılcıdır. Bu kişilerin ve sağlık çalışanlarının primer aşılamanın inaktive aşıyla yapılmış olması halinde, 2. aşidan 3 ay sonra bir doz mRNA aşısı yapılması, hem heterolog aşılamanın daha iyi bir bağışık yanıt oluşturmaya, hem de mRNA aşısının daha immünojen olması nedeniyle tercih edilmelidir. Primer aşılama 2 doz mRNA aşısıyla yapılan kişilerde rapel dozların ne kadar süre sonra gerekeceği konusunda var olan yayınlar ve gerçek yaşam verileri incelendiğinde, özellikle >65 yaşta ve bağışıklığı baskılanmış kişilerde 6. aydan sonra ek dozların gerekebileceği görülmektedir. Nitekim bu uygulamayı ilk başlatan (3. Doz BioNTech) ülke olan İsrail’den gelen veriler ışığında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi 22 Eylül 2021’de >65 yaş kişilere, 18-64 yaş arasında olup ağır COVID-19 riski taşıyanlara ve mesleki veya çalışma ortamı nedeniyle yüksek virüs miktarı ile COVID-19 olma riski olan kişilere 3. Doz BioNTech aşısı için onay vermiştir (4). Ülkemizdeki diğer aşı olan Sinovac aşısının oluşturduğu bağışıklık yanıtı mRNA aşılarına kıyasla hem daha düşük seviyede olmakta hem de daha kısa sürede azalmaktadır (5). Bu nedenle iki doz Sinovac ile aşılanmış kişilere 3. Aydan itibaren 3. Doz aşı uygulanması önerilmektedir.

Delta varyantı daha kolay bulaşabildiği için çocukları da diğer varyantlara kıyasla daha fazla etkilemektedir. Hastalık daha ağır seyretmese de çocuklarda belirtili

COVID-19 geçirme sıklığı artmıştır. Bu nedenle çocukların aşılanması tüm dünyanın gündemindedir. Mevcut aşılar içinde BioNTech aşısı pek çok ülkede 12 yaş ve üzerindeki çocuklarda kullanım için onaylıdır. Yapılan çalışmalar BioNTech aşısının bu yaş grubunda etkili ve güvenli olduğunu göstermektedir (6). ABD dışında İspanya, İtalya, İrlanda, Fransa gibi pek çok ülke bu yaş grubundaki gençlerin önemli bir kısmını aşılamış durumdadır. Üretici firma olan Pfizer-BioNTech 5-11 yaş aralığındaki çocuklarda yürütmekte olduğu çalışmanın sonuçlarının da iyi olduğunu ve yakında kamuoyu ve bilimsel kurumlarla paylaşılacağını açıklamıştır (7).

Bugüne kadar uygulanan 6 milyar dozdan fazla COVID-19 aşısı bu aşıların güvenli olduğunu göstermektedir. Yan etkiler mRNA aşılarında biraz daha sık görülse de geçici ve yaşamı tehdit etmeyecek türden yan etkilerdir. Buna karşılık hastalığın kendisi çok daha sık ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır (8). Bütün bilimsel veriler COVID-19 aşılarının etkili ve güvenli olduğunu göstermesine rağmen halen önemli sayıda kişinin aşılamaya tereddütlerle yaklaşması pandeminin kontrolünü zorlaştıran önemli faktörlerden birisidir. Bu tereddütleri aşmanın yolu insanlara doğru bilgiyi doğru kaynaklardan aktarmaktan geçmektedir. Aşılarla ilgili merak edilen pek çok soruya güncel bilimsel bilgiler ışığında yanıt veren bir belge Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Klimik)’in web sitesinde bulunabilir : <https://www.klimik.org.tr/koronavirus/covid-19-asisi-olmak-pandeminin-kontrol-altina-alinmasinda-nicin-onemlidir/>

Kaynaklar:

1. <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (erişim tarihi 25 Eylül 2021)
2. Liu Y, Arase N, Kishikawa J et al. The SARS-CoV-2 Delta variant is poised to acquire complete resistance to wild-type spike vaccines BioRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.08.22.457114>
3. Bar-on YM, Goldberg Y, Mandel M et al. BNT162b2 vaccine booster dose protection: A nationwide study from Israel. BioRxiv <https://doi.org/10.1101/2021.08.27.21262679>
4. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-booster-dose-pfizer-biontech-covid-19-vaccine-certain-populations>
5. Li M, Yang J, Wang L et al. A booster dose is immunogenic and will be needed for older adults who have completed two doses vaccination with CoronaVac: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. MedRxiv <https://doi.org/10.1101/2021.08.03.21261544>
6. Hause AM, Gee J, Baggs J et al. COVID-19 vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years- United States, December 14, 2020-July 16 2021. MMWR 2021; 70 (31):1053-8
7. <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-announce-positive-topline-results>
8. Barda N, Dagan N, Ben-Shlomo Y et al. Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting N Engl J Med 2021 385(12):1078-1090 DOI: 10.1056/NEJMoa2110475



COVID-19 SALGINI & BİRİNCİ BASAMAKTA ERTELENEN SAĞLIK SORUNLARI

“AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ SALGINA BİRİM SAYISI OLARAK DA EKSİK GİRDİ. AİLE HEKİMİ VE AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANINDAN OLUŞAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİM SAYISI 2019 YILI İÇİN 26.476 İDİ. ANCAK BU 26.476 BİRİMİN 24.762’SİNDE AİLE HEKİMİ VE 21.302’Sİ EBE YA DA HEMŞİRE OLMAK ÜZERE 23.194’ÜNDE AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI MEVCUTTU”

Türk Tabipleri Birliği Pandemi Çalışma Grubu, COVID-19 pandemisi 18 ay değerlendirme raporunda Uzm. Dr. Emrah Kırımlı, Kubilay Yalçınkaya tarafından hazırlanan covid-19 salgınında birinci basamakta ertelenen sağlık sorunları ve geride bırakılan milyonlar başlıklı makalede şunlar kaydedildi:

18. Ayına Girdiğimiz COVID-19 Salgınına Birinci Basamak Nasıl Girmişti?

2019 yılında Türkiye’de; 160.810’u doktor, 198.103’ü hemşire ve 55.972’si ebe olan 1.033.767 sağlık çalışanı görev yapmaktaydı. Aile Sağlığı Merkezlerindeyse 24.762’si doktor, 8.143’ü hemşire ve 13.159’u ebe olmak üzere 64.771 sağlık personeli görev almaktaydı.

	Doktor	Ebe	Hemşire	Toplam
Türkiye	160.810	55.792	198.103	1.033.767
Aile Sağlığı Merkezi	24.762	13.159	8.143	64.771

Tablo 1: 2019 yılı sağlık çalışanlarının dağılımı.

“HALKI MI, KENDİMİ Mİ, SEVDİKLERİMİ Mİ KORUYACAĞIM ŞAŞIRDIM. DEVLET TARAFINDAN YOK SAYILMAK DA İŞİN CABASI” 24 MART 2020 TÜKENMİŞLİK ANKETİNE HEMEN HER GÜN AĞLIYORUM YANITI VEREN BİR AİLE HEKİMİNİN YORUMU!

Tüm sağlık işgücünün %6,5’i ile çalışan aile sağlığı merkezleri ise ülkedeki tüm sağlık başvurularının %33’ünü karşılamaktaydılar. 2019 yılında ikinci ve üçüncü basamakta 524.801.756 başvuru, aile sağlığı merkezlerinde ise 278.043.149 başvuru mevcuttu.

Aile sağlığı merkezleri salgına birim sayısı olarak da eksik girdi. Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanından oluşan aile hekimliği birim sayısı 2019 yılı için 26.476 idi. Ancak bu 26.476 birimin 24.762’sinde aile hekimi ve 21.302’si ebe ya da hemşire olmak üzere 23.194’ünde aile sağlığı çalışanı mevcuttu. Eksik kadroların işleri de kalan AH ve ASÇ tarafından yapılmaktaydı. Bu eksiklerle salgına yakalandık (1). Salgında Ertelenen Sağlık Sorunlarının Aile Hekimlerince Tespiti

Sonra salgın başladı ve TTB Aile Hekimliği kolu anket verilerine göre salgın boyunca yedi aile hekiminden biri COVID-19’a yakalandı (2). Onların da işleri kalan aile hekimleri tarafından yapılmaya çalışıldı. Tüm bunların üzerine salgının bilinmezliği, koruyucu malzeme temin edilmemesi ve enfeksiyon kontrol eğitimi verilmemesi ile sağlık hizmetlerinde büyük bir geri çekilme yaşanmaya başlandı. Sağlık kurumlarının enfeksiyon kaynağı gibi görülmesi ve sağlık çalışanlarının COVID-19 takip ve tedavisine ağırlık vermesi ile ve peşine başlayan toplum bağışıklaması yükü de eklenince, rutin poliklinik hizmetleri aksamaya başladı. Toplumdaki korku sağlık çalışanlarını da etkisi altına almıştı.

“Halkı mı, kendimi mi, sevdiklerimi mi koruyacağım şaşırdım. Devlet tarafından yok sayılmak da işin cabası” 24 Mart 2020 Tükenmişlik anketine hemen her gün ağlıyorum yanıtı veren bir aile hekiminin yorumu.

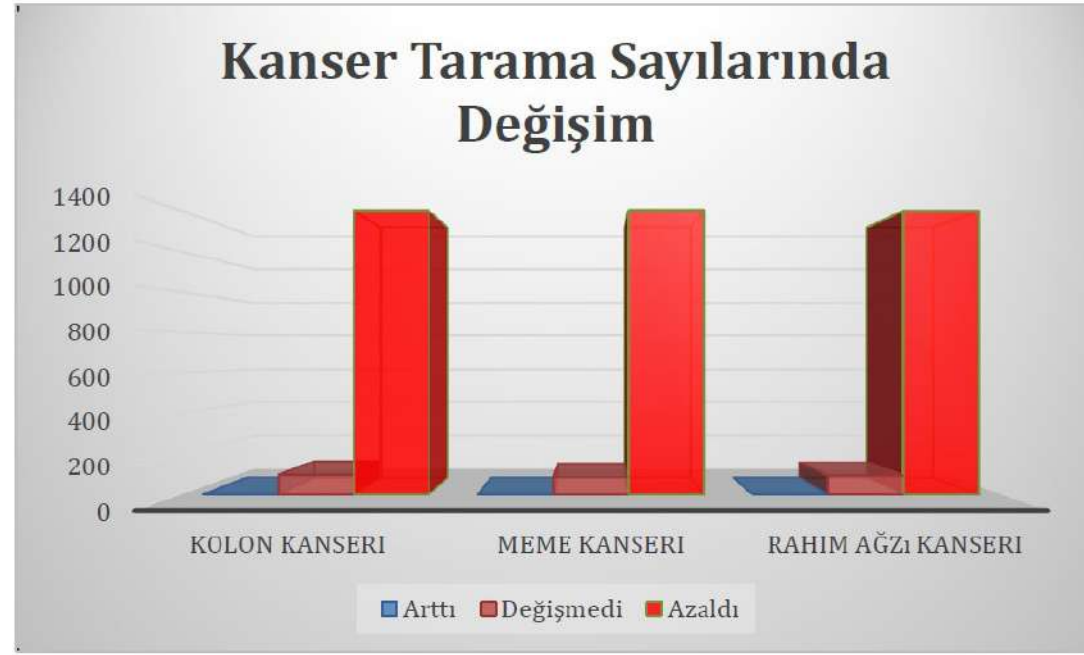
Salgının hemen başında 29 Mart 2020’de yayımlanan TTB Aile Hekimliği Kolu ASM Çalışma Rehberinde kronik hastalık izlemeleri, laboratuvar işlemleri gibi acil olmayan sağlık hizmetlerinin kalabalığı azaltmak açısından ertelenebileceği önerisi yer aldı.

Çocukluk çağı aşılama, bebek, çocuk ve gebe izlemeleri içinse hastaların güvenliği açısından ayrı bir zaman aralığında sadece bu grup hastalara bakılması önerildi. Bu uygulamalar yetersiz mekânlarda çalışmak durumunda olan ASM’lerde hastaları enfeksiyondan korumak için önemliydi ancak kişi ve mekân sorunu nedeniyle başvuruların azalması da doğal bir sonuç olarak ortaya çıktı.

“Kronik hastalık takibinde problem olan hastaların hastaneden hizmet alması mümkün olmuyor.”

“Gerekli yerlere hastalar ulaşamıyor. Hastaneler dolu olduğu için korku ve randevu alamama nedeniyle Covid dışı hastalıkların tedavisi gecikiyor .” Aralık 2020

TTB Aile Hekimliği Kolu salgının dokuzuncu ayında birinci basamakta ertelene sağlık sorunlarını tespit etmek için takibi kolay olan kanser tarama verileri üzerinden bir değerlendirme yapmaya karar verdi. Sonuçlar çarpıcı idi. Birinci basamakta kanser taramaları %90 oranında azalmıştı. Benzer durum Sağlık Bakanlığı bütçe sunum planında da ortaya çıktı. Sağlık Bakanlığı 2021 bütçe sunumunda öğrenebildiğimiz kadarı ile 2019 yılında dokuz milyon kişinin kanser taraması yapılmışken bu sayı 2020 yılında üç milyona düşmüş olduğunu öğrendik (3).



Grafik 1: Kanser tarama sayılarındaki değişim

“TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU SALGININ DOKUZUNCU AYINDA BİRİNCİ BASAMAKTA ERTELENE SAĞLIK SORUNLARINI TESPİT ETMEK İÇİN TAKİBİ KOLAY OLAN KANSER TARAMA VERİLERİ ÜZERİNDEN BİR DEĞERLENDİRME YAPMAYA KARAR VERDİ. SONUÇLAR ÇARPICI İDİ. BİRİNCİ BASAMAKTA KANSER TARAMALARI %90 ORANINDA AZALMIŞTI”

Sorunun Boyutu Nedir? Ertelenmiş Sağlık Sorunları Kimi Etkiliyor?

Sağlık Bakanlığı veri gizleme alışkanlığını bu yakıcı sorunda da sürdürmektedir. Sağlık İstatistikleri yayınlanmamış olsa bile elimizde SGK verileri mevcuttur. SGK verilerine göre 2019 yılında 573 milyon 132 bin olan hastane başvuru sayısı 2020 yılında 371 milyon 659 bine düşmüştür (4). Her ne kadar Sağlık Bakanlığı kendi verilerini açıklamasa da SGK verileri Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik yıllıkları ile uyumludur.

Yıllık başvuru azalması %35'tir. Mart-Aralık ayları arasındaki dokuz aylık dönemde ise başvuru azalması %46'dır. Birinci basamak başvuruları ücretsiz olduğu için SGK verileri yoktur, Sağlık Bakanlığı da henüz bu verileri açıklamamıştır ancak bireysel incelemelerden gördüğümüz kadarı ile Aile Hekimliğinde başvuru azalması %20 ve üzerindedir.

“COVID-19 SALGININDA SAĞLIĞA ERİŞİMDE GECİKMELERE DAİR VERİLERİN ORTAYA ÇIKABİLMESİ İÇİN ELBETTE ZAMANA İHTİYAÇ VARDIR. ANCAK BENZER BİR DURUMU UZUN DÖNEMLİ ANİ EKONOMİK KRİZ DÖNEMİNDE GÖREBİLİRİZ”

COVID-19 salgınında sağlığa erişimde gecikmelere dair verilerin ortaya çıkabilmesi için elbette zamana ihtiyaç vardır. Ancak benzer bir durumu uzun dönemli ani ekonomik kriz döneminde görebiliriz. Yunanistan'da 2008 yılında başlayan ve beş yıldan uzun süren derin ekonomik krizin sağlık üzerine etkilerini gösteren çok sayıda çalışma vardır. 2006 ve 2011 yıllarında Yunanistan'da yapılan saha araştırmaları kriz dönemi boyunca karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının %44 arttığını ortaya koymuştur. Ama asıl önemli olan bu sorunun kimi etkilediğidir. İşsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, daha kısa eğitim süresi karşılanmamış sağlık sorununun ortaya çıkması açısından önemli risk faktörleri olarak ortaya çıkmaktadır (5).

Hastane Başvuru Sayıları (tablo verilerinde sayılar 1000de 1 olarak belirtilmiştir)

	2. Basamak DH		3. Basamak DH		Özel Hast		Üniversite	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Ocak	29.086	30.369	12.202	12.893	7.865	7.768	4.676	4.863
Şubat	26.249	26.782	11.247	12.273	6.365	6.407	4.369	4.443
Mart	26.905	19.391	11.593	8.308	6.809	5.704	4.639	3.465
Nisan	26.835	8.252	10.735	4.465	6.613	2.993	4.375	1.249
Mayıs	25.424	6.703	11.226	3.747	6.442	3.513	4.006	1.227
Haziran	23.916	12.344	10.231	5.530	5.559	5.063	3.545	2.534
Temmuz	25.486	14.491	10.744	6.688	6.144	5.402	4.150	2.898
Ağustos	24.543	13.700	10.532	7.234	5.629	5.730	3.685	2.804
Eylül	25.569	12.092	10.943	6.742	6.168	5.618	4.128	2.999
Ekim	25.642	12.197	11.185	6.806	6.606	5.733	4.586	3.070
Kasım	25.433	14.590	11.242	7.913	6.565	5.425	4.522	2.984
Aralık	25.276	11.587	11.469	7.114	7.279	4.947	4.695	2.610

Tablo 2: Hastane başvuru sayıları

Poliklinik Sayılarında Azalmanın Ötesinde Kırılgan gruplarda Belirginleşen Erişim Sorunu Mevcuttur Bugün iktidarın hastanelerde yapılan reformlar ile kuyruklara son verdik açıklamalarının tersine sağlık hizmetlerine erişim daha da sorunlu hal almıştır.

Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Kurumlar (6,7).

	2017	2018	2019	2020
Aile Hekimliği	228.098.527	258.436.607	278.043.149	247.273.830
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820
Üniversite Hastaneleri	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506
Özel Hastaneler	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243

Tablo 3: Yıllara göre kurumlara yapılan başvurular

“YUNANİSTAN'DA 2008 YILINDA BAŞLAYAN VE BEŞ YILDAN UZUN SÜREN DERİN EKONOMİK KRİZİN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİNİ GÖSTEREN ÇOK SAYIDA ÇALIŞMA VARDIR. 2006 VE 2011 YILLARINDA YUNANİSTAN'DA YAPILAN SAHA ARAŞTIRMALARI KRİZ DÖNEMİ BOYUNCA KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK İHTİYAÇLARININ %44 ARTTIĞINI ORTAYA KOYMUŞTUR. AMA ASIL ÖNEMLİ OLAN BU SORUNUN KİMİ ETKİLEDİĞİDİR”

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2020 Sağlık istatistikleri haber bülteni verileri 2020 yılında hastane başvurularında 200 milyondan fazla erteleme olduğunu göstermektedir. SGK istatistik verileri de bu azalmanın 2021 yılında da devam etmekte olduğunu göstermektedir.

Hizmeti taleple karşılanması arasında süreyi tarif eden kamu hizmetlerinde kuyruk tabiri her geçen gün daha da artmaktadır. İktidar son olarak hastanelerde ki kuyruğu son vermek için MHRS randevu süresini beş dakikada bire indirse de mevcut sağlık hizmetlerinin örgütlenme kapsamındaki sorunları sağlık hizmetlerini tıkanma noktasına getirmiştir. Muayene süresinin 5 dakikaya düşürülmesi hastaneye erişim sorununu ortadan kaldırıyor gibi düşünülse de nitelikli sağlık hizmetini engelleyerek nitelikli sağlık hizmetine erişim sorunu yaratacaktır

Hekimlerin muayene kapsamında yaptıkları işlem puanları 21'den 16'ya düşürülmüş, bu muayene işlemi MHRS ile yapıldığında 3 puan eklemeye yapılarak hekimlere de MHRS randevusu olan kişileri muayene etme dayatılmıştır. Hekimler 21 puandan 16 puana düşürülmesi kapsamında gelirlerinin düşmemesi için MHRS açmak zorunda bırakılmaktadır.

Ancak her geçen gün açılan MHRS süreleri daraltılmakta, hekimler daha fazla hasta bakmak zorunda bırakılmaktadır.

İktidar MHRS ile hem hastanelerdeki fiziksel kuyruk görüntüsünü ortadan kaldırmak hem de üretim bandına sürülen hekimlerin üretim

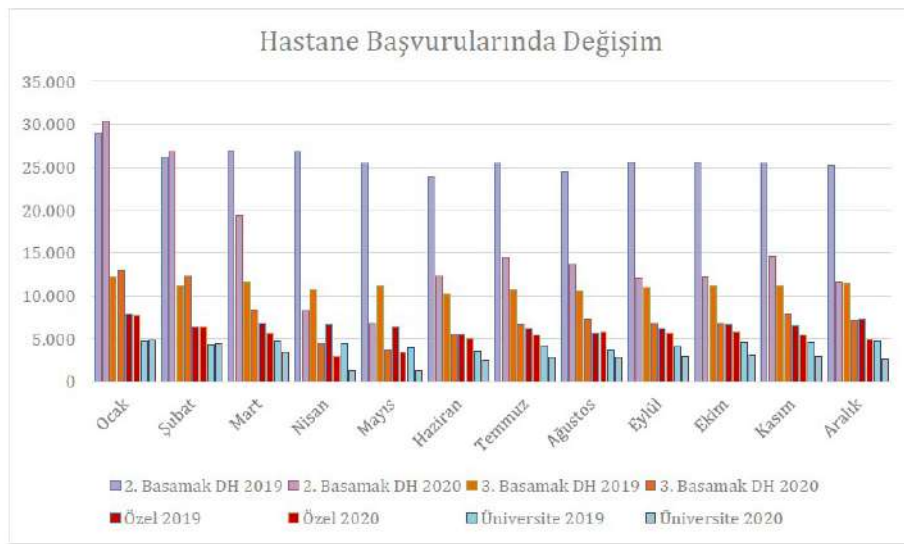
faaliyetlerini kontrol etmek anlamında MHRS üzerinden alanı kontrol etmeye çalışmaktadır. Ancak aşı uygulamalarından da bildiğimiz üzere MHRS siteminden randevu almak belirgin bir teknolojik okuryazarlık seviyesine ve internet/aklı telefon/bilgisayar gibi teknolojik altyapıya sahip olmayı gerektirmektedir. Özellikle yaşlı, göçmen, sosyoekonomik durumu düşük, anadili Türkçe olmayan kişilerin hastane randevu sistemlerine erişmesi önünde sistematik bir bariyer mevcuttur. Toplum sağlığını etkileyen bu bariyerin oluşturduğu sağlık hizmetlerine erişim sorununun sonucu ise sağlıkta şiddete varmaktadır.

Sağlık hizmetlerine erişim sorunu üretilen hizmet miktarında gören iktidar sağlık hizmetlerinin örgütlenme sorununun faturasını sağlık emekçilerine çıkarmaktadır.

2020 Yılında Milyonlarca Kişi Sağlık Hizmetlerine Erişemedi

Şeffaf veri eksikliği ve Sağlık Bakanlığının saha çalışmalarına izin verme kısıtlamaları nedeniyle ülkemizde ekonomik kriz ve COVID-19 salgını ile ertelenen sağlık hizmetlerinin yarattığı sorunun

boyutunu tam olarak belirleyemiyoruz ancak SGK istatistiklerine baktığımızda azalan sağlık başvuru sayısının esas olarak ikinci basamak devlet hastanelerinde olduğunu görüyoruz. Özel hastanelerde ise bu azalma daha düşük. Genel olarak daha düşük sosyoekonomik düzeydekilerin faydalandığı sağlık kurumlarına başvurular azalmış.



Grafik 2: 2019 ve 2020 yıllarında hastane başvuru sayılarında değişim, SGK verileri.

“COVID-19 GEÇİREN KİŞİ SAYISI SALGININ ANA MERKEZLERİNDEN OLAN İSTANBUL’UN SOSYO EKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK MAHALLELERİNDE, SOSYO EKONOMİK DÜZEYİ YÜKSEK MAHALLELERİNDEN ÜÇ KATA YAKIN DAHA FAZLA GÖRÜLÜYOR”

Benzer eşitsizliği aile hekimlerinin COVID-19 izlem listelerinde de görüyoruz. COVID-19 geçiren kişi sayısı salgının ana merkezlerinden olan İstanbul’un sosyoekonomik düzeyi düşük mahallelerinde, sosyoekonomik düzeyi yüksek mahallelerinden üç kata yakın daha fazla görülüyor.

MAHALLE	NÜFUS	COVID	NÜFÜS/COVID ORANI
AVCILAR	3441	212	% 6,15
BEŞİKTAŞ	3127	120	% 3,84
BEŞİKTAŞ	3463	160	% 4,61
BEŞİKTAŞ	3475	154	% 4,43
BEŞİKTAŞ	3399	163	% 4,79
KÜÇÜKÇEKMECE	3987	354	% 8,91
MODA	3881	117	% 3,01
PENDİK	3215	226	% 7,05
ÜMRANIYE	3374	262	% 7,81
ÜMRANIYE	4000	311	% 7,77
ZEKERİYAKÖY	909	25	% 2,75

Tablo 4: Salgın geçiren sayısının ilçelere göre dağılımı

Yine TTB pandemi raporlarında alandan toplanan veriler, hizmet sunumunda ve kullanıcı davranışlarındaki azalma eğiliminin eşitsiz şekilde yaşandığını göstermektedir. Azalış tüm nüfusun yararlandığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yüksek olurken, özel sektörde azalış en düşük seviyede kalmıştır.

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllık bültenine göre 2019-2020 karşılaştırmasına bakıldığında birinci basamakta başvuru sayısında azalış %12, SB hastanelerinde %38, üniversite hastanelerinde %31, özel hastanelerde %16 azalış olmuştur.

Kişi başı hekime başvuru 2020’de 9,8’den 7,2’ye gerilemiştir. Türkiye’de kişi başına hekime başvuru sayısındaki düşüş %26,5 iken İsrail’de düşüş oranı %17 olmuştur (8).

Pandemi dönemi Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri” kaynaklı ve pandemin pik yaptığı dönemlerde hastanelere başvurular daha

ciddi düşüş gerçekleşmiş olup nispeten temiz hastane vurgusu yapılan özel hastanelerde rahatlatma ve pik dönemlerinde daha düşük bir düşüş gerçekleşmiştir.

Özel hastaneler 2021 dönemi ile birlikte başvurularında pandemi öncesi döneme yaklaşmıştır. En ciddi sorun genel cerrahi ayaktan başvurularda ve ameliyat sayılarında ortaya çıkmıştır. Genel cerrahi ayaktan başvurularında SB hastanelerinde azalış %35-40 aralığında olurken, özel sektörde azalış %5-10 aralığında gerçekleşmiştir. Ameliyat sayılarında ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde azalış %40-45, özel sektörde azalış ise yine %5-10 aralığında olmuştur (9).

Bir buçuk yıllık süreç içerisinde sağlığa erişimin en sorunlu dönemi ilk üç aylık dönem olmuştur. Pandeminin ilk üç aylık döneminde sağlığa erişim sorunları çok daha ciddi yaşanmıştır. Alandan alınan verilerde klinik bazlı hizmetlerde %70-75 aralığında başvurularda azalma olmuştur. Pandeminin ilk üç aylık döneminde bu azalış kamu hastanelerinde %70-75 aralığında olurken, özel sektörde azalış

“TÜİK 2017 ÖLÜM VERİLERİNE GÖRE MARDİN, DİYARBAKIR, BİTLİS, BATMAN, AĞRI, VAN, MUŞ, ŞANLIURFA, ŞIRNAK VE HAKKÂRİ’DE 65 YAŞ ÜZERİNE GELMEDEN HAYATINI KAYBEDENLERİN ORANI %40 VE ÜZERİNDE. 2021 YILINDA BU İLLER İKİ DOZ AŞILAMANIN EN DÜŞÜK OLDUĞU İLLER ARASINDA DA YER ALMAKTADIR”

%40-45 aralığında gerçekleşmiştir. Pandeminin ilk döneminde belirsizlikler, halkın sağlığa erişimindeki engeller ciddi sorunların yaşanmasına neden olmuştur.

Pandeminin ilk üç aylık dönemi klinik bazlı azalışa baktığımızda “Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında %85”, “Göz Hastalıklarında %80”, “Hematoloji %65”, “Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında %70”, “Kadın Hastalıkları ve Doğum %65”, “Kalp ve Damar Cerrahisi %75”, “Kardiyoloji %80”, “KBB %80”, Tıbbi Onkoloji %40” azalışın olduğu gözlenmiştir.

Elimizde çok sayıda veri olmamakla birlikte aşılama oranlarındaki farklılıklar da bu eşitsizliğe işaret ediyor. COVID aşılama oranı düşük olan bölgeler ile 65 yaşına gelmeden hayatını kaybeden kişi oranlarının yüksek olduğu iller arasında da bu benzerlik var. TÜİK 2017 ölüm verilerine göre Mardin, Diyarbakır, Bitlis, Batman, Ağrı, Van, Muş, Şanlıurfa, Şırnak ve Hakkâri’de 65 yaş üzerine gelmeden hayatını kaybedenlerin oranı %40 ve üzerinde. 2021 yılında bu iller iki doz aşılamanın en düşük olduğu iller arasında da yer almaktadır. COVID-19 sağlık hizmetlerinde ertelenmeye neden olmaktadır ama asıl önemli bu ertelenmenin nerede ve kimde görüldüğüdür.

◆ COVID-19 sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha yaygın seyretmektedir.

◆ COVID-19 aşılama oranları bölgesel ve sosyoekonomik düzeye göre farklılıklar göstermektedir.

◆ Kanser tarama gibi koruyucu sağlık hizmetlerinde belirgin azalmalar mevcuttur.

◆ Sağlık hizmeti başvurularında ve sunumunda azalma ile birlikte sağlık çalışanlarının COVID-19 nedeni sağlık hizmeti veremiyor olması kırılğan nüfusun sağlık sorunlarını etkilemektedir.

◆ 2020 yılında sağlık başvuru sayıları yüz milyonlarca kişi azalmıştır ve 2021 yılında da bu eğitim devam etmektedir. Bu azalmadan etkilenen milyonların önemli bir kısmı sosyo-ekonomik düzeyi düşük kesimlerin hizmet aldığı kamu hastanelerinde ve aile sağlığı merkezlerinde gerçekleşmiştir.

◆ Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde salgının daha çok görülmesi, bu bölgelerde çalışan sağlık çalışanlarının hastalanma riskinde artışa neden olabilir. Bu durumda zaten kısıtlı olan sağlık hizmet sunumunda daha fazla kayba neden olacaktır.

◆ Kanser taramaları gibi koruyucu sağlık hizmeti uygulamalarının yoğun olarak verildiği, hastalıkların erken evrede tespitinin mümkün olduğu birinci basamak ve özellikle Aile Hekimliği salgına çalışan sayısı düşük olarak yakalanmıştır. Salgınla birlikte artan iş yükü ve enfeksiyon kontrol tedbirlerindeki eksiklikler sağlık hizmet sunumu azaltıcı şekilde etkilere yol açmıştır.

COVID-19 gibi ertelenmiş sağlık hizmetleri salgını içinde olduğumuz da unutulmamalıdır. Aynı salgında olduğu gibi ertelenmiş sağlık sorunları da belirli kırılğan grupların sağlıklarını ve hayatlarını kaybetmelerine neden olmaktadır. Bu grupların belirlenmesi ve ortaya çıkacak sorunların önlenmesi için bu gruplara yönelik müdahale planları yapılmalı, daha fazla sorun yaşanmaması için sağlık kayaklarının ihtiyacı olanlara yönlendirilmesi, birinci basamağın güçlendirilmesi gerekmektedir.

“AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ SALGINA BİRİM SAYISI OLARAK DA EKSİK GİRDİ. AİLE HEKİMİ VE AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANINDAN OLUŞAN AİLE HEKİMLİĞİ BİRİM SAYISI 2019 YILI İÇİN 26.476 İDİ. ANCAK BU 26.476 BİRİMİN 24.762’SİNDE AİLE HEKİMİ VE 21.302’Sİ EBE YA DA HEMŞİRE OLMAK ÜZERE 23.194’ÜNDE AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI MEVCUTTU”

COVID-19 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ERTELENMEYE NEDEN OLMAKTADIR AMA ASIL ÖNEMLİSİ BU ERTELENMENİN NEREDE VE KİMDE GÖRÜLDÜĞÜDÜR.

COVID-19 SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ DÜŞÜK BÖLGELERDE DAHA YAYGIN SEYRETMEKTEDİR.

COVID-19 AŞILAMA ORANLARI BÖLGESEL VE SOSYOEKONOMİK DÜZEYE GÖRE FARKLILIKLAR GÖSTERMEKTEDİR

Kaynaklar

- 1.Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
- 2.TTB “Aile Hekimliği Pandemi Anketi Kasım 2020” Sonuçları https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahk/haber_goster.php?Guid=acbe1562-2b23-11eb-9fec-5d38005ac4c8 05.10.2021
- 3.TTB “Aile Hekimliği Pandemi Anketi Aralık 2020” Sonuçları https://www.ttb.org.tr/kollar/_ahk/haber_goster.php?Guid=dd35f1fc-446d-11eb-b786-a19f39419a42 05.10.2021
4. SGK Aylık İstatistik Bültenleri. Erişim tarihi 26 Eylül 2021 http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri 05.10.2021
- 5.Zavras D, Zavras AI, Kyriopoulos II, Kyriopoulos J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. BMC Health Serv Res. 2016 Jul 27;16:309. doi: 10.1186/s12913-016-1557-5. PMID: 27460938; PMCID: PMC4962475.
- 6.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. B. Bora Başara İ Soytutan Çağlar, A Aygün, B Kulalı.T A Özdemir. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2021
- 7.Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. B. Bora Başara İ Soytutan Çağlar, B Kulalı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2021
- 8.Doctors' consultations Total, Per capita, 2015 – 2020 <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> erişim tarihi 05.10.2021
- 9.TTB Pandemi Bülteni #8 - Pandemi Dönemi COVID-19 Dışı Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunu. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=f9bebb66-df1c-11eb-904c-0c2180212451



“SARS-COV-2 EVRİMİNE BU HIZLA DEVAM EDECEK OLURSA HEM DAHA BULAŞICI HEM DE ANTİKORLARDAN DAHA AZ ETKİLENEN YENİ BİR VARYANTIN ÇIKMASI KAÇINILMAZ OLACAKTIR. VİRÜSÜN HIZLI EVRİMİNİN EN ÖNEMLİ NEDENİ HALEN ÇOK FAZLA SAYIDA İNSANI ENFEKTE ETMEYE, İNSANLAR ARASINDA DOLAŞMAYA DEVAM ETMESİDİR”

“BÜTÜN BİLİMSEL VERİLER COVID-19 AŞILARININ ETKİLİ VE GÜVENLİ OLDUĞUNU GÖSTERMESİNE RAĞMEN HALEN ÖNEMLİ SAYIDA KİŞİNİN AŞILARA TEREDDÜTLERLE YAKLAŞMASI PANDEMİNİN KONTROLÜNÜ ZORLAŞTIRAN ÖNEMLİ FAKTÖRLERDEN BİRİSİDİR. BU TEREDDÜTLERİ AŞMANIN YOLU İNSANLARA DOĞRU BİLGİYİ DOĞRU KAYNAKLARDAN AKTARMAKTAN GEÇMEKTEDİR”

MEME, EN SIK TEşHİS EDİLEN KANSER TÜRÜ!



MEME KANSERİ, DÜNYANIN EN SIK TEşHİS EDİLEN KANSERİ OLARAK ARTIK AKCİĞER KANSERİNİ DE GERİDE BIRAKTI

Dünyada her 8 kadından 1'inin yaşam süresi boyunca meme kanseri ile karşılaşma riski var ve erken tanı konulabilmesi için farkındalığı arttırmak da o ölçüde kritik. Meme kanseri aynı zamanda gelişmiş tedaviler ile tedavinin oldukça etkili olduğu bir kanser türü. Erken tanı ve farkındalık bu noktada kadınlar için oldukça kritik.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından Aralık 2020'de yayınlanan istatistiklere göre meme kanseri, dünyanın en sık teşhis edilen kanseri olarak artık akciğer kanserini de geride bıraktı ve Sağlık Bakanlığı verileri, dünyada ve Türkiye'de kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan kanserin 'Meme Kanseri' olduğunu göstermektedir.

25 Yılda Yaklaşık 2.5 Kat Artış

Türkiye'de geçtiğimiz 25 yıllık sürede, meme kanseri sıklığında yaklaşık 2.5 kat artış görülmüştür. Yaşam tarzı değişikliği (obezite, hareketsizlik, doğurmama, geç doğum (>35 yaş), kısa süren laktasyon, erken menarş, geç menopoz, uzun süre doğum kontrol hapı ve menopoz tedavisi uygulanması...), nüfusun yaşlanması, nüfusun artması, farkındalığın artması (medyadan uyarılar, meme ve menopoz polikliniklerinde meme kanseri için bilgilendirme ve tarama mamografisi için sevkler, kadınların bilgi ve eğitim düzeyinin artması vb.) ve düzensiz olarak çekilen mamografi sayısının artması bu artışta temel etkenlerdir.

Evre II'de Tanı

20.000 hastayı içeren bir çalışmada (2019), meme kanseri tanısı konulan hastaların patolojik evre oranlarına bakıldığında hastaların çoğunun (%48,3) Evre II'de tanı aldığını görülmektedir. Bu durum da erken tanı ve tedavinin önemini ve farkındalığın artırılması gerektiğini bize yakından göstermektedir. Dolayısıyla kadınlar açısından düzenli elle muayene ve belirli bir düzende doktor kontrolü ve ilgili tetkiklerin yapılması oldukça önemli olmaktadır.

20 BİN HASTAYI İÇEREN BİR ÇALIşMADA (2019), MEME KANSERİ TANISI KONULAN HASTALARIN PATOLOJİK EVRE ORANLARINA BAKILDIĞINDA HASTALARIN ÇOĞU (%48,3) EVRE II'DE TANI ALIYOR

Farkındalık Yaratmakta Aktif Rol

Meme Kanseri olan hastalara ürün tedariki anlamından yardımcı olmaya çalıştıklarını belirten Johnson & Johnson Medikal Cihazlar Türkiye Mentor İş Birimi Ürün Müdürü Gönül Aydın, Ekim ayını bu nedenle son derece önemsediklerini ve farkındalık yaratmakta aktif rol üstlendiklerini ifade etti.

Erken Tanının Önemi



Kardiyovasküler Spesifik Çözümler İş Birim Lideri Gökhan Aydınoglu ise meme kanseri teşhis ve tedavi yöntemlerinde ülkemizde deneyimli hekimler, cerrahlar ve ileri teşhis

ve tanı yöntemleri bulunduğuna dikkat çekti. Aydınoglu, "Bu doğrultuda, JNJ ailesi olarak, Ekim ayı içerisinde #MemeKanseriFarkındalıkAyı# kapsamında gerçekleştirdiğimiz farkındalık projeleri ile sosyal medya üzerinden bilinçlendirme kampanyaları başlattık. Çalışanlarımıza haftalık meme kanseri hakkında bilgilendirmeler yaptık. Aynı zamanda çalışanlarımızı, konusunda uzman hekimlerimizle buluşturarak organizasyonumuzda meme kanseri farkındalığı ve erken tanının önemine dikkat çektik" diye konuştu.



Johnson & Johnson
MEDICAL DEVICES COMPANIES

Yaşadığımız toplumun sağlığı ve geleceği için hayata dokunuyoruz.

Hastaların ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini arttırmak ve dokunduğumuz her hayatı güzelleştirmek için paydaşlarımıza güçlü çözüm ortaklıkları sunuyoruz.

Tüm iş birliklerimizde hastayı odağımıza koyarak, yenilikçi ürünler ve fikirler sunmayı, güvenilir ve ulaşılabilir olmayı önceliklendiriyoruz.

Kardiyovasküler hastalıklar, minimal invaziv çözümler, açık cerrahi çözümleri, beyin cerrahisi, ileri sterilizasyon ürünleri, kanama durdurucular ve meme estetiği gibi başlıca alanlarda köklü geçmişimizden aldığımız güçle bugünün sağlığı ve yarının geleceği için çalışıyoruz.

TÜRKİYE’NİN İLK YERLİ PLAZMA ÜRETİM TESİSİNİN TEMELİ ATILDI



550 MİLYON AVRO YATIRIM DEĞERİNE SAHİP PLAZMA ÜRETİM TESİSİNİN TEMELİ ATILDI. YAKLAŞIK 66 BİN METREKARE KAPALI ALANA SAHİP OLACAK TESİS, 172 DÖNÜM ARAZİ ÜZERİNE İNŞA EDİLİYOR

“Plazma Ürünleri Elde Edilmesi Projesi” kapsamında Türkiye’nin ilk, dünyanın ise 13’üncü plazma ürünleri tesisinin temel atma töreni 30 Ekim günü gerçekleşti. İstanbul Silivri’de 172 bin metrekarelik alanda kurulacak Maxicells Yerli Plazma Üretim Tesisinin temel atma törenine Sanayi ve Teknoloji Bakanı Mustafa Varank, İstanbul Valisi Ali Yerlikaya, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakan Yardımcısı Dr. Adnan Ertem, Silivri Belediye Başkanı Volkan Yılmaz ile AK Parti İstanbul Milletvekili Tülay Kaynarca ve çok sayıda davetli katıldı. Maxicells Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Hakan Kazancı’nın ev sahipliğinde yapılan tören ile temel atıldı. Türkiye’de bugüne kadar üretimi olmayan kan ürünlerinden sağlanacak yerli plazma için yapılan 550 milyon Euro’luk yatırım ile Türkiye’nin ve dünyanın sayılı kan plazma üretim merkezi olmayı hedefleyen Maxicells, 2018 yılında başladığı teknolojik altyapı çalışmalarını tamamlayarak tesisin inşaat aşamasına geçti. Sağlık alanında sürdürülebilir ve inovatif yaklaşımlar ile teknolojik altyapı çalışmalarını tamamlayan Maxicells, üretim merkezinin inşaatını 2023 yılında tamamlamayı hedefliyor. Sosyal Güvenlik Kurumu ile “Plazma Ürünleri Elde Edilmesi Projesi” ve plazma tedariki konusunda da Kızılay ile “Plazma Temini Sözleşmesi” imzalayan Maxicells, Silivri’de kurulacak tesis için plazma alanında faaliyet gösteren Biotest ile teknoloji transferi gerçekleştirdi.

Tesis 450 Kişiye İstihdam Sağlayacak

Sanayi ve Teknoloji Bakanı Mustafa Varank, “550 milyon avro yatırım değerine sahip plazma üretim tesisinin temel atma töreniyle karşınızdayız. Yaklaşık 66 bin metrekare kapalı alana sahip olacak bu tesis, 172 dönüm arazi üzerine inşa ediliyor. Bu tesis ile birlikte dünyada sadece 12 merkezde üretilen, maalesef Türkiye’de üretimi daha önce gerçekleştirilemeyen kan ürünleri üretilen. Yani bu fabrika dünyada bu alandaki 13. tesis olacak. Üretime geçtiğinde 450 vatandaşımıza ekmek kapısı olacak bu yüksek teknoloji tesis, Türkiye’den her yıl yurt dışına ödenen 1,2 milyar liralık rakamın yurtiçinde kalmasını sağlayacak. Plazma ürünlerindeki en önemli husus olan kan tedariki konusu da Türk Kızılay’ı ile yapılan anlaşma neticesinde çözülmüş olacak. Tam kan bağışından elde edilen ancak kullanılmayıp çöpe giden plazmalar bu fabrikada değerlendirilecek.

Hedefimiz Tekelleşmeye Dur Diyebilmek

Bugün ilaç ve tıbbi cihazda ticaret hacmi 2 trilyon doların üzerindedir. Bilhassa pandemiyle birlikte sektörün ekonomik ve stratejik önemi net bir şekilde görüldü. Günümüzde giyilebilir ve mobil sağlık uygulamaları giderek yaygınlaşıyor. Bu bağlamda ülkeler büyük bir dönüşümden geçen sağlık sektörüne büyük çaplı yatırımlar yapıyor. Biz de Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı olarak Mili Teknoloji

Hamlesi öncülüğünde kendi kendimize yetebilen bir ülke olma yolunda adımlarımızı kararlılıkla atıyoruz. İnşallah akıllı yaşam ve sağlık alanındaki yeni yol haritamızı önümüzdeki yılın başında ilan edeceğiz. Bu sene, Teknoloji Odaklı Sanayi Hamlesi Programı ile hemoglobinden aglutinan serumlarına, çocuk felci aşılardan insülin içeren ilaçlara, ultrason cihazından bilgisayarlı tomografi cihazlarına kadar birçok ürünün geliştirilmesi için çağrıya çıktık. Sonuçlarını yakın zamanda açıklayacağımız hamle programıyla katma değeri yüksek bu ürünlerden yerli ve milli olarak üretebileceklerimizi ülkemizin ürün yelpazesine kazandıracaktır. İlaç, sağlık ve medikal sektörde yer alan Ar-Ge Merkezlerimize sağladığımız muafiyetler 600 milyon lirayı geçti. Hedefimiz zorlu bir pazar olan ilaç ve tıbbi cihaz sektöründeki tekelleşmeye dur diyebilmek. Türkiye olarak tedarik zincirlerinde kendimize yer açmak”dedi.

Sağlıkta Dışa Bağımlılığımızı Azaltacağız!

Törenin açılış konuşmasını gerçekleştiren Maxicells Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Hakan Kazancı, “Bugün, Türkiye’nin ilaçta yerleşme hamlesi adına, sağlıkta dışa bağımlılığımızı azaltacak dev bir yatırımın temel atma töreni için bir araya gelmiş bulunuyoruz. Bu heyecanımıza ortak olmak üzere buraya geldiğiniz, yanımızda olduğunuz için çok teşekkür ederiz. Ağustos 2018’de SGK ile Maxicells arasında imzalanan ‘Plazma Ürünleri Elde Edilmesi Projesi

Sözleşmesi’ kapsamında çalışmalarına başladığımız bu dev ve stratejik projemiz, ilk gün ki azim ve inançla devam etmektedir. Bugün aramızda bulunan ve ağırlamaktan gurur duyduğumuz dünyanın önde gelen teknoloji firmaları, BIOTEST AG ve Camengineer ile yoğun bir şekilde çalışmalarımızı sürdürmekteyiz” diye konuştu.

Yıllık 6 Milyar TL Tasarruf Edilecek

Üretim tesislerinde kan ürünleri antikor yetmezliği, hemofili ve kalıtsal bağışıklık sistemi hastalıklarının tedavisi ile ağır cerrahi operasyonlar sonrası eksilen kan bileşenlerinin takviyesinde kullanılan ilaçları üretmek ve hasta sahiplerine ulaştırmak için çalışmalar yapılacağını ifade eden Dr. Hakan Kazancı, şöyle konuştu:

“Silivri’deki bu arazinin, özel endüstri bölgesi ilan edilmesi ve Sayın Cumhurbaşkanımız tarafından Maxicells’e tahsis edilmesi, projemizin somut başlangıcı olmuştur. 550 milyon euro’luk yani yaklaşık 6 milyar Türk Lirasının üzerinde olan bu yatırım hızla yükselmeye başladı. 172 dönüm üzerine, 15 bin metrekare oturumlu, toplam 66 bin 600 metrekare kapalı alana sahip olacak olan üretim tesisimizde ilk etapta 400-450 kişi istihdam edilecektir. Bu yatırım tamamlandığında ise tesisimiz kendi alanında Türkiye’de ilk, dünya da ise 13’üncü tesis olacaktır.”

YILLARA GÖRE BEYİN ÖLÜMÜ TESPİT SAYILARI ARTMAKLA BERABER, AYNI ORANDA AİLE İZİN SAYILARINDA ARTIş GÖZLENMİYOR. TOPLAM BEYİN ÖLÜMÜ TESPİT SAYILARININ İÇİNDE AİLE İZİNİ OLAN BEYİN ÖLÜMÜ ORANI YÜZDE 20'LER CİVARINDA SEYREDİYOR

Ülkemizde her yıl 3-9 Kasım tarihleri arası, organ bağışına dikkat çekip farkındalık oluşturmak için Organ ve Doku Bağışı Haftası olarak kabul ediliyor. 3-9 Kasım Organ ve Doku Bağışı Haftası dolayısıyla Sağlık Bakanlığı bilgi metni yayımladı. şunlar kaydedildi:

“Sağlık Bakanlığı, organ bağışı konusunda farkındalık oluşturmak amacıyla kampanyalar düzenlemekte ve düzenlenen kampanyalara destek vermektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda ülke olarak canlıdan organ bağışında oldukça iyi durumda olmamıza rağmen kadavra bağışlarında artışlar olsa da istenilen düzeyde değiliz.

Ülkemizde eğitim araştırma, üniversite ve özel hastanelerde toplam 172 organ nakli merkezi bulunuyor. Bu zamana kadar 46 bin 267 böbrek, 17 bin 927 karaciğer, bin 156 kalp, 343 kalp kapağı, 307 akciğer, 6 kalp-akciğer, 198 pankreas, 48 ince bağırsak olmak üzere toplam 66 bin 253 nakil gerçekleştirildi. Bunlardan 16 bin 110'u kadavradan 50 bin 143'ü canlıdan nakledildi.

Yıllara göre beyin ölümü tespit sayıları artmakla beraber, aynı oranda aile izin sayılarında artış gözlenmiyor. Toplam beyin ölümü tespit sayılarının içinde aile izni olan beyin ölümü oranı yüzde 20'ler civarında seyrediyor.

2021 yılında, 2 bin 376 kişi karaciğer, 22 bin 775 kişi böbrek, bin 290 kişi kalp, 285 kişi pankreas, 157 kişi akciğer, 8 kişi böbrek-pankreas, 2 kişi kalp kapağı, 1 kişi ince bağırsak olmak üzere toplam 26 bin 894 kişi organ nakli bekliyor.

Ülkemizde gönüllü bağışçı sayısı her geçen gün artıyor. Türkiye Organ ve Doku Bağış Bilgi Sisteminde (TODBS) 607 bin 669 kayıtlı gönüllü bağışçı bulunuyor.

Kimler organ bağışında bulunabilir?

On sekiz yaşından büyük ve akli dengesi yerinde olan herkes organlarını bağışlayabilir. Canlı verici olarak yalnızca karaciğer ve böbrek bağışında bulunulabilir.

Organ bağışı için nereye başvurulur?

Organ nakli yapan merkezlerde, hastanelerde, organ nakli ile ilgilenen vakıf, dernek, vb. kuruluşlarda organ bağışı işlemi yapılabilir. Organ bağışı kartını iki tanık huzurunda doldurup imzalamak yeterlidir.

Hangi organların nakli yapılabilir?

Böbrek, pankreas, karaciğer, akciğer, kalp ve ince bağırsak nakli yapılabilir.

Hangi dokuların nakli yapılabilir?

Kornea, kemik iliğı, tendon, kalp kapağı, deri, kemik, yüz-saçlı deri ve ekstremitelerin nakli yapılabilir.

Bağışlanan organlar kimlere nakledilir?

Ulusal organ nakli bekleme listesinde kayıtlı hastalardan öncelikle kan grubu uyumuna, daha sonrada doku grubu uyumuna göre belirlenir. Kan ve doku uyumu yanı sıra hastanın tıbbi aciliyet durumu göz önünde bulundurulur.

Organ bağışında bulunan herkesin organları nakledilebilir mi?

Organ bağışı yapılmış olsa bile her ölümden sonra organın nakli mümkün değildir. Sadece yoğun bakım ünitesinde solunum cihazına bağılı, beyin ölümü gerçekleşen kişilerin organları nakledilebilir.

Organ bağışının dini yönden sakıncası var mı?

Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu organ naklinde dinen bir sakınca olmadığını açıklamış, hayat kurtarmanın önemine dikkat çekmiştir.”

CANLIDAN ORGAN BAĞIşINDA OLDUKÇA İYİ DURUMDA OLMAMIZA RAĞMEN KADAVRA BAĞIşLARINDA ARTIşLAR OLSA DA İSTENİLEN DÜZEYDE DEĞİLİZ

27 BİNE YAKIN Kİşİ ORGAN NAKLİ BEKLİYOR

2021 YILINDA, 2 BİN 376 Kİşİ KARACİĞER, 22 BİN 775 Kİşİ BÖBREK, BİN 290 Kİşİ KALP, 285 Kİşİ PANKREAS, 157 Kİşİ AKCİĞER, 8 Kİşİ BÖBREK-PANKREAS, 2 Kİşİ KALP KAPAĞI, 1 Kİşİ İNCE BAĞIRSAK OLMAK ÜZERE TOPLAM 26 BİN 894 Kİşİ ORGAN NAKLİ BEKLİYOR



PANDEMİDE ORGAN BAĞIŞI ALARM VERİYOR!

YAŞAMLARI ORGAN NAKLİNE BAĞLI OLAN HASTALARIN SAYISI ARTARKEN, PANDEMİ SÜRECİNDE GEREK CANLI VERİCİDEN GEREK KADAVRADAN YAPILAN ORGAN BAĞIŞININ BÜYÜK ÖLÇÜDE AZALDI

Yaklaşık iki yıldır tüm dünyayla birlikte ülkemizi de etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, özellikle organ bekleyen hastaları derinden etkiliyor. Yaşamları organ nakline bağlı olan hastaların sayısı artarken, buna karşın pandemi sürecinde gerek canlı vericiden gerek kadavradan yapılan organ bağışının büyük ölçüde azalması yaşam şansının her geçen gün yitirilmesine neden oluyor.

Acıbadem International Hastanesi Organ Nakli Merkezi Nefroloji Uzmanı Prof. Dr. Ülkem Çakır ve Acıbadem International Hastanesi Organ Nakli Merkezi Bölüm Başkanı ve Genel Cerrahi Uzmanı Prof. Dr. İbrahim Berber, 3-9 Kasım Organ Bağışı Haftası kapsamında yaptıkları açıklamada organ bağışının alarm verdiğine dikkat çektiler, önemli uyarılar ve önerilerde bulundular.

Böbrek, karaciğer, kalp, pankreas, akciğer... Ülkemizde

halen 23 bin 919 kişi her an bulunmasını umut ettikleri organla hayata tutunmanın hayalini kuruyor. Ancak ülkemizde özellikle de bazı yanlış bilgiler nedeniyle yeterli organ bağışı gerçekleştirilemezken, buna bir de yaklaşık iki yıldır devam eden Covid-19 pandemisinin endişesi eklendiğinde, organ bulma şansı hızla düşüyor. Son dönem organ yetmezliklerine bağlı ölümler giderek artarken, bu tanıyı alan hastaların tek tedavi şanslarının organ nakilleri ile mümkün olduğunu vurgulayan Nefroloji Uzmanı Prof. Dr. Ülkem Çakır "Buna karşın ülkemizde 2019 yılında 5.760 organ nakli gerçekleştirilirken, 2020 yılında bu sayı 3.852'ye geriledi. Bu yılın ilk on ayında da 3.714 nakil yapılabilirdi" diyor. Ülkemizde halen böbrek nakli olmayı bekleyen ileri evre böbrek yetmezliği hastalarının sayısının 21 binle ilk sırada yer aldığını belirten Prof. Dr. Ülkem Çakır, 1.715 karaciğer, 952 kalp, 283 pankreas ve 68 de akciğer nakli bekleyen hasta olduğunu söylüyor.



PROF. DR. ÜLKEM ÇAKIR: "2020 YILINDAN İTİBAREN HEM CANLI VERİCİDEN HEM DE KADAVRADAN NAKİL SAYILARINDA ANLAMLI BİR DÜŞÜŞ GÖZLENMİŞTİR. BU YILIN İLK 10 AYINDA İSE 3.714'E GERİLEYEN ORGAN NAKLİNİN, 3.260'İ CANLI VERİCİDEN, 454'Ü İSE BEYİN ÖLÜMÜ GERÇEKLEŞMİŞ VERİCİDEN YAPILMIŞTIR"

Nakil ameliyatları güvenli şekilde yapılıyor

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen güncel kurallara uyulduğunda, hastaların tetkik ve tedavilerinin güvenle yapılabildiğini vurgulayan Prof. Dr. Ülkem Çakır şöyle konuşuyor: "Gerek canlı vericiden, gerekse beyin ölümü gerçekleşmiş vericilerden yapılan organ nakillerinde rutin testlerin yanı sıra, Covid-19 antijen-antikor testlerinin yapılması, izolasyon önlemlerine uyulması süreci kontrollü hale getirmektedir. Ancak tüm dünyayla birlikte Covid-19 pandemisine yoğun şekilde maruz kalan ülkemizde 2020 yılından itibaren hem canlı vericiden hem de kadavradan nakil sayılarında anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Örneğin; 2019 yılında organ nakillerinin 4.397'sinin canlı vericiden, 1.363'ünün beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden yapıldığı görülmektedir. Bu yılın ilk 10 ayında ise 3.714'e gerileyen organ naklinin, 3.260'ı canlı vericiden, 454'ü ise beyin ölümü gerçekleşmiş vericiden yapılmıştır."

Organ bağışı en güzel miras!

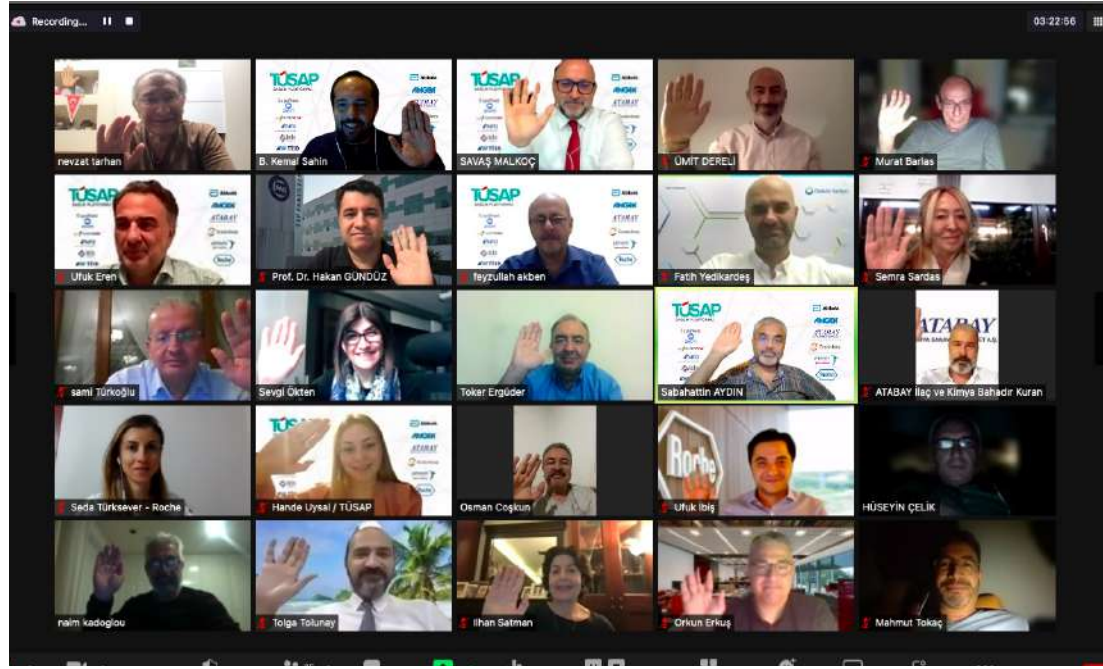
Türkiye'de organ nakli gereken hastaların sayısının giderek artış gösterdiğini vurgulayan Prof. Dr. İbrahim Berber de "Özellikle pandemi sürecinde yaşamak zorunda olduğumuz zor zamanlar organ bağışının önemine yönelik hassasiyetimizi



azaltmamalıdır. Unutmayalım ki bırakacağımız en güzel miras hayatta iken yapacağımız organ bağışıdır" diyor. Prof. Dr. İbrahim Berber, Türkiye'nin son yıllarda organ nakli cerrahisinde çok hızlı ilerleme kaydettiğini, deneyimli uzman ve ileri teknolojik altyapısı ile nakil başarısında dünyanın önde gelen ülkeleri arasında yer aldığını vurguluyor.

Aşı Hakkında Bilinmesi Gereken 7 Nokta

- Pandemide organ nakillerinde her türlü önleme uyulması hem canlı verici hem hasta için güvenli bir ortam sağlıyor.
- Organ bağışlayarak, bir veya birkaç kişiyi yaşama döndürmeniz mümkün.
- 18 yaşını aşmış, akli dengesi yerinde olan herkes organ bağışında bulunabilir.
- İslam dini de dahil olmak üzere, tüm büyük dinlere göre organlar bağışlanabilir.
- Ülkemizde böbrek, kalp, akciğer, karaciğer, pankreas ve ince bağırsak gibi organlar ile kalp kapağı, gözün kornea tabakası, kas ve kemik iliği gibi dokular başarıyla nakledilebiliyor.
- Organını bağışlayan kişinin organları tıbbi olarak beyin ölümünün gerçekleştiği sonra yapılıyor.
- Kadavradan organ çıkarma işlemi, cenaze bütünlüğünün korunması için büyük bir dikkat ve özenle yapılıyor.



TÜSAP'TA, İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN GELECEĞİ KONUŞULDU

DR. ARDA URAL: “YATIRIMCILARIN TERCİHLERİ VE FONLARIN NEREYE GİTTİĞİ AŞAĞI YUKARI 10 YILLIK SÜREÇTE ENDÜSTRİNİN NEREYE DOĞRU GİDECEĞİNİ GÖSTERİR. SAĞLIK TARAFINDA DİJİTAL SAĞLIK FONLAMALARININ ARTTIĞI GÖRÜLÜYOR”

23. Türkiye Sağlık Platformu (TÜSAP) Toplantısı, “İlaç ve Eczacılık” ana başlığı altında “İlaç Endüstrisinde Gelecek” teması ile kamu, STK ve özel sektör temsilcilerinin katılımı ile Exponext by Ekspoturk online platformda yapıldı. TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı ve Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın’ın açılışını yaptığı toplantı, başta Sağlık Bakan Yardımcıları Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Sağlık Bakan Yardımcısı Doç. Dr. Tolga Tolunay, Cumhurbaşkanlığı Bilim Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu Üyesi Dr. Osman Coşkun, OHSAD Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Reşat Bahat, AİFD Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Mete Hüsemoglu, İEİS Biyoteknolojik İlaç Platformu Başkanı Murat Barlas, TİSD Genel Sekreteri Dr. Sami Türkoğlu, İVEK Vakfı İcra Kurulu Başkanı Dr. Mahmut Tokaç, TOBB Sağlık Sektör Meclis Başkanı Dr. Seyit Karaca, MASSİAD Başkanı Akif Tolga Sözen, TUMDEF Genel Başkanı Kemal Yaz ve Dünya

Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Program Yöneticisi Prof. Dr. Toker Ergüder olmak üzere 59 üst düzey sağlık profesyonelinin katılımı ile gerçekleşti. EY Amerika Sağlık ve Yaşam Bilimleri Sektörleri Başkanı Dr. Arda Ural’ın ana konuşmacı ve İEİS Genel Sekreteri ve aynı zamanda İlaç Sektörü TÜSAP Yürütme Kurulu Üyesi Savaş Malkoç’un moderatör olarak yer aldığı 23. TÜSAP Toplantısı, Türkiye İlaç Sanayicileri Derneği (TİSD), Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) ve İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ile Abbott, Amgen, Atabay, Eczacıbaşı, Janssen ve Roche firmalarının katkıları ile düzenlendi.

Kişiyi Özel ve Sonuç Odaklı Tedaviler

EY Amerika Sağlık ve Yaşam Bilimleri Sektörleri Başkanı Dr. Arda Ural, 9000 yıl öncesinden 1600'lere kadar geçen süreçte 1 milyarın altında olan dünya nüfusunun 20. yy'da logaritmik bir patlama yaparak

DR. ARDA URAL: “COVID’İN GELDİĞİ NOKTADA BİRİNCİSİ BİRÇOK ÜLKEDE SAĞLIK SİSTEMLERİ HAZIR DEĞİLDİ. ÇOĞU EKONOMİ SOSYOEKONOMİK OLARAK HAZIRDI FAKAT DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMLERİNİ FONLAYAN DEVLETLER ÇOK BÜYÜK BİR BEDEL ÖDÜYOR. BUNUN ETKİLERİNİ GÖRECEĞİZ”

hızla artış gösterdiğine dikkat çekti. 2060 yılında anne başına 2.1 çocuk hesabından gitmek sureti ile nüfusun 9,5 Milyar gibi bir rakamda olacağını sözlerine ekleyen Ural, bilim insanlarının bu nüfusun mevcudiyetini korumak ve sağlıklı bir şekilde yaşamasını sağlamak için çaba sarf ettiklerini ifade etti.

1928’de Fleming’in Penisilini bulmasından 30 yıl geçtikten sonra 2. Dünya Savaşında penisilinin genel anlamda insanlığın kullanımına ve insan sağlığı envanterine girdiğine ilişkin örneğin yanı sıra 1961’de haberci RNA’nın bulunduğu ancak 2019 yılına kadar haberci RNA ile ilgili ortada bir tedavi yöntemi ya da aşı olmadığı örneğini paylaşan Ural, bu gelişmeler ve ardından buluşlarla halka açık yenilikçi tedavilerin gelişmesi arasında yani keşif ile kullanım arasında daha uzun yıllar olduğunu altını çizdi.

1990’lı yıllarda o zaman için büyük katkılara yol açan fakat bugün artık fiyat ya da yenilikçilik olarak çok da konuşulmayan birçok tedavilerin milyar dolarları aşan, yenilikçi small moleküller yani 10 bin kilodaltondan ufak kimyasal bazı ilaçlarla gerçekleştiğinden söz eden Ural, 2000’lere gelindiğinde Genentech’in 1970’lerde kurulmasından sonraki 20-30 senelik bir sürenin ardından artık biyoteknolojinin daha iyi anlaşıldığı ve kişiye odaklı tedavilere gelindiğini kaydetti. 2000’li yıllarda hücre ve gen tedavisinde tek genin mutasyon bozukluklarına karşı gelen nadir hastalıklarda kullanılması gibi birçok yeni açılım olduğunu ve heyecanlı bir döneme gelindiğini sözlerine ekleyen Ural, 2000’li yıllarda özellikle monoklonal antikorların ortaya çıkarılması ve endüstriyelşebilmesi ile çok daha odaklı gidilmesi sayesinde 2020’lerden itibaren değişik ve hızlandırılmış bir döneme girildiğini belirtti. Tıpta gerçekleşen bu yeniliklerin ötesinde tüketici açısından da değişimlerin olduğunu, “doktor sizi görecektir” kavramından “hasta sizi kabul edecek” yaklaşımına geldiğini ve kişiye özel ve sonuç odaklı tedavilerin önem kazandığını vurgulayan Ural, “Bundan 10 yıl önce firmalarla kullanıcılar arasında 12 tane sonuca odaklı müzakereler ve anlaşmalar olduğu halde, özellikle sonuca odaklı meselelerin ortaya çıkmasından sonra yani şimdilerde 100’lerce var. Geçenlerde 962 adet saydık. Bu demek oluyor ki, sizin klinik çalışmalarınız bir ilacı üretirken örneğin yüzde 20’lik bir gelişme sağlayacaksa alıcı ve satıcı arasında anlaşıldığı fiyattan işlem yürüyor ancak yüzde 20’nin üzerinde bir gelişme varsa buna istinaden devletin sağladığı bir tasarruf var ve size bu tasarrufu eşitlikçi bir şekilde paylaşalım diyor. Eğer sonuncu senaryoda siz yüzde 20’yi sağlayamadıysanız ödemeyi

yapan tüzel kişiliğe ya da devlete üretici olarak bir çek iletirsiniz, zira yüzde 20’lik gelişme taahhüdünüzü gerçekleştiriyorsunuz. Sonuç odaklı alım-satım önemli bir kavram olarak Avrupa’da zaten vardı, önümüzdeki süreçlerde dünyanın geri kalan kısmında da göreceğiz” dedi.

Tedarik Zincirini Yakın Lokasyona Çekmek

Tedarikin önem kazandığını ve pandemide de tedarik zincirinin ne kadar kırılgan olduğunu görüldüğünü belirten Ural, “Şu anda ilaç üretiminde kullanılan aktif API dediğimiz içeriklerin yüzde 80’i Çin’den geliyor. Çin’den gelen tedarik zincirinin kopması ile bugün bazı ilaçlarda -özellikle geçen sene- ulaşılamama olayı yaşandı. Şu anda tedarik zincirleri ve tüm devletler ‘bu içeriği Uzakdoğu’dan ucuza almaktansa acaba yakına çekmenin bir faydası olur mu’ diye konuyu masaya yatırdı. ‘Bunu Çin’den, Hindistan’dan ucuza almak yerine nasıl olur da kendi memleketimde otomasyon yöntemi ile yaparım’ şeklinde yerleşmeye doğru giden bir süreç var. Çok enteresan bir süreç ve daha da göreceğiz” diye konuştu.

7000 Nadir Hastalık Var

Ural ayrıca, gen düzenleme, hücre ve gen tedavisi ile protein katlanması konularının bilimin en önde gittiği noktalar olduğuna değinerek şunları kaydetti: “Nadir hastalıklar, otoimmün hastalıklar, mental hastalıklar ve onkoloji grubundaki terapötik alanlar önümüzdeki 10 yıllık süreçte ilgi çekiyor ve çekmeye devam edecek. Şu anda çok büyük alanda yapılan klinik çalışmalar buraya odaklı. Jennifer Doudna, CRISPR Cas9 Gene Editing konusunda Nobel aldı. Özellikle nadir hastalıklara bakarsak aşağı yukarı 7000 nadir hastalık var ve şu ana kadar yüzde 10 civarında tam tedavi olmayıp semptomları yönetmek itibarı ile bu hastalıklar tedavisi edilebiliyor. Örneğin nadir hastalıklarda gen editleme ile o problemi ortadan kaldırılabiliyorsanız, yani genin o proteini pompalamasını kestiğiniz anda problemi çözüyorsunuz. Kümülatif bir çözüm oluyor. Çok heyecanlı ancak yolun çok başındayız. Hücre ve gen tedavisinin de çok büyük lojistik problemleri olduğunu söylemek gerek. Hastadan alınan ve aferez ile gen tedavisi uygulanıp hastaya geri gelen tedaviler var. Şimdi daha çok allojeniklere doğru geçiyoruz. Başka kişilerden alınıp mühendislikle değiştirilen ve başka hastaya verilen tedavilerin arttığını görüyoruz. Protein katlama da çok önemli bir konu. Google’nin bu konuda bir firması var: DeepMind. Yıllardır çözülemeyen problemleri çok hızla çözmüş.

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN: “2 YILLIK BİR SÜREDE GELDİĞİMİZ NOKTADA HENÜZ İLAÇLA BİR TEDAVİ YAPABİLİR DURUMDA DEĞİLİZ. DOLAYISIYLA ASLINDA TÜM BU GELİŞMELERE RAĞMEN BAZEN KÜÇÜK BİR ORGANİZMA TÜM BİR SİSTEMİ ALT ÜST EDEBİLİYOR. BAŞA DÖNEBİLİYORUZ”

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN: “BU SEKTÖRE VERİLEN FIRSATLARIN DA GÖZ ÖNÜNE ALINMASI LAZIM. BAŞTA EKONOMİ POLİTİKALARININ YÖNLENDİRDİĞİ İLAÇ GELİŞTİRME, TEDARİK VE TÜKETİM EKOSİSTEMİ GELECEĞİMİZİ TAYİN EDEN ÖNEMLİ FAKTÖRLERDİR”

Proteinler malum üç boyutlu yapılar. Bu yapıların katlanarak nasıl reseptörlere gideceği ile ilgili çalışmalar çok önemli. Neticede geometriden bahsediyoruz. Buna bir örnek verecek olursak, şu anda Delta varyantından bahsediyoruz. Alfa varyantı ile Delta varyantı arasındaki farka yani İngiltere mutasyonu ile Hint mutasyonu arasındaki farka baktığımızda, bir aminoasidindeki mutasyon dolayısı ile zıpkın proteinin açısı daha kapalı iken mutasyonla kollarını daha fazla açtığı için insandaki ACE 2 reseptörlerine daha hızlı ve efektif bağlandığını görüyoruz. Bunun sonucu olarak da 1200 katı daha fazla viral yük oluşuyor. Yani bunlar esotekir ya da 25 yıl sonra olacak şeyler değil, şu anda içinde yaşadığımız olaylar.”

Yenilikçi İlaç gibi İlaç İnovasyonu

COVID’in dijitalleşme ve teknolojinin hızlanmasına yol açtığına da dikkat çeken Ural, gerek yatırımcılar gerek sağlık sistemleri gerekse yenilikçi ilaç gibi ilaç inovasyonu yapanların pandemi sürecinde dijital teknolojileri çok daha etkin kullanabileceklerini gördüğünü belirterek “Yatırımcıların tercihleri ve fonların nereye gittiği aşağı yukarı 10 yıllık süreçte endüstrinin nereye doğru gideceğini gösterir. Sağlık tarafında dijital sağlık fonlamalarının arttığı görülüyor. COVID’in geldiği noktada birincisi birçok ülkede sağlık sistemleri hazır değildi. Çoğu ekonomi sosyoekonomik olarak hazırды fakat dünyada sağlık sistemlerini fonlayan devletler çok büyük bir bedel ödüyor. Bunun etkilerini göreceğiz. Nitelik Amerika’da 3.5 trilyon dolar, 11 trilyon dolar gibi altyapı yatırımları, paketler açılıyor. Bu yatırımların vergiler artırılarak uzun yıllarda geri alınması planlanıyor. Bunu dünyanın her yanında göreceğiz. Yine G20’de Global Vergi Platformu konuşuluyor. Ekim ayında tekrar toplanacaklar. Burada ‘tüm vergilerin dünya genelinde yüzde 15’e düşürülerek tüzel kişilerin dünyanın değişik yerlerinde oturması ile birlikte sızan vergiyi nasıl geri alırsız’ gibi bir endişe var” diye konuştu.

Pandemi Dönemi Çarkı Başa Çevirdi

Kimyasal teknolojilerden biyoteknolojilere kayışla birlikte ilaç endüstrisinde hızlı bir dönüşüm yaşandığını ve genel ilaçlardan hedefe yönelik tedavilere ve kişiye özel ilaçlara ciddi bir kayış olduğunu kaydeden Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, “Buna ayak uydurabilen ve uyduramayan ülkeler var. Enfeksiyon tedavilerinden, yaygın enfeksiyon tedavilerinden ve halka yönelik tedavilerden kronik hastalıklara, kanserlere kayış var. Özellikle son günlerde nadir hastalıklara yönelik ciddi bir odaklanma söz konusu. Yani içerik olarak sektörde hızlı bir değişim yaşandığını hepimiz biliyoruz. Ancak özellikle içinde bulunduğumuz pandemi dönemi sanki çarkı başa çevirdi. Tekrar çok basit bir viral enfeksiyonla ilaç mücadelesi ve arkasından onu aşı ile önleme mücadelesi ile tüm dünya olarak uğraşır hale geldik” diye konuştu.

Şu anda da her ne kadar çok olumlu adımlar atılsa da bilhassa ilaç açısından bakıldığında pandeminin başladığı 2020 yılının başından bugüne kadar dün yararlı denen ilaçların bugün yararsız bulunduğu ve başka yeni ilaçların yararlı diye telaffuz edildiğini sözlerine ekleyen Aydın, sözlerine şöyle devam etti: “Ancak 2 yıllık bir sürede geldiğimiz noktada henüz ilaçla bir tedavi yapabilir durumda değiliz. Dolayısıyla aslında tüm bu gelişmelere rağmen bazen küçük bir organizma tüm bir sistemi alt üst edebiliyor. Başa dönebiliyoruz. Bu açıdan geleceğe yönelik bakışta hep öngörülerimiz değil bazen karşılaştıklarımız bizi yönlendiriyor. Tabi ki sadece sektörün içeriği ile olaya bakmak bir yana bu sektöre verilen fırsatların da göz önüne alınması lazım. Başta ekonomi politikalarının yönlendirdiği ilaç geliştirme, tedarik ve tüketim ekosistemi geleceğimizi tayin eden önemli faktörlerdir.”

SYNGO CARBON SAYESİNDE, ÖNCE DEN YALNIZCA DÜZ METİN ŞEKLİNDE BULUNAN RAPORLARDAKİ TEDAVİYE İLİŞKİN KILAVUZ İLKELER, YAPAY ZEKA İLE KOLAYCA İŞLENEBİLİYOR VE BU RAPORLAR YAPILANDIRILMIŞ OLARAK KURUM İÇİ TÜM DEPARTMANLARIN ERİŞİMİNE SUNULABİLİYOR

SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ GÖRÜNTÜLEME SÜREÇLERİ DİJİTALLEŞİYOR

VERİLERİN HASTA MERKEZLİ OLARAK SAKLANMASINI SAĞLAYAN SYNGO CARBON, SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ENTEGRASYON STANDARTLARINA TAM UYUMLU BİR YAPIDA OLDUĞU İÇİN KURUMLARIN FARKLI SİSTEMLERİNE ENTEGRE OLABİLİYOR. BÖYLECE, KLİNİK SÜREÇLERİ HIZLANDIRIYOR VE SADELEŞTİRİYOR

Sağlık hizmetlerini dijitalleştirerek, sağlık hizmet sağlayıcılarını güçlendirmeyi hedefleyen Siemens Healthineers ile bulut bilişim alanında Türkiye'yi dünyaya bağlayan Bulutistan geçtiğimiz günlerde bir iş birliğine imza attı. Bu iş birliği kapsamında Siemens Healthineers ile Bulutistan, Türkiye'deki sağlık kurumlarında bilginin paylaşılabılır olmasını sağlamak ve geleceğin zorluklarını bugünden çözmek için Syngo Carbon* çözümünü bulut servisi olarak sunuyor.

Yaklaşık 1 yıl önce tanıtılan Syngo Carbon çözümü, sağlık kurumlarında klinik görüntülerin ve veri setlerinin kapsamlı bir şekilde kullanılmasını;

görüntüleme ve raporlama süreçlerinde depolanan verilere kolayca erişilmesini; iş akışlarının önemli ölçüde sadeleşmesini ve farklı birimlerin entegre olarak çalışmasını "Kullandığın kadar öde" çalışma modeli ile sağlıyor.

Syngo Carbon Bulut Teknolojisi ile Dijital Dönüşüm İş ortaklığı kapsamında Siemens Healthineers'in çözümü, Bulutistan'ın ilgili regülasyon ve kanunlarla uyumlu bulut platformunda barındırılarak iş uygulamalarıyla entegre bir şekilde sağlık kurumlarındaki süreçlerin uçtan uca yönetilmesini sağlayacak.



Enis Sonemel

Konuyla ilgili açıklama yapan Siemens Healthineers Türkiye Genel Müdürü Enis Sonemel, sağlık hizmet sağlayıcıları için en önemli önceliğin dijitalleşme olduğunun altını çizerek şu sözleri ifade etti: "Verilerin hasta merkezli olarak saklanması sağlayan Syngo Carbon,

sağlık sektöründeki entegrasyon standartlarına tam uyumlu bir yapıda olduğu için kurumların farklı sistemlerine entegre olabiliyor. Böylece, klinik süreçleri hızlandırıyor ve sadeleştiriyor. Syngo Carbon sayesinde, önceden yalnızca düz metin şeklinde bulunan raporlardaki tedaviye ilişkin kılavuz ilkeler, yapay zekâ ile kolayca işlenebiliyor ve bu raporlar yapılandırılmış olarak kurum içi tüm departmanların erişimine sunulabiliyor. Bütün bunlar veriye erişim süresinde azalma, tanı güvenliği ve günlük klinik faaliyetlerde verimlilik anlamına geliyor. Syngo Carbon, oluşan verilerin tüm bu faydaları sağlaması için gereken etkili bir veri yönetimi ve depolaması görevini üstleniyor. Siemens Healthineers Türkiye ve Bulutistan, sağlık kurumlarının veri yönetim stratejileri oluşturma ve teknolojiye uyum sağlama süreçlerinde karşılaşacakları ek maliyetleri optimize etmek ve daha etkili bir veri yönetimi çözümü sunmak amacıyla güçlerini birleştirerek sağlık kurumlarına önemli avantajlar sağlıyor."



Begim Başlıgil

Depolama Maliyetleri Azaltılıyor

Bulutistan Genel Müdürü Begim Başlıgil ise iş birliğine ilişkin şu açıklamada bulundu: "Syngo Carbon, sunduğu yenilikçi bilişim servisleri ile son dört yılda en hızlı büyüyen teknoloji şirketi seçilen Bulutistan tarafından sağlanacak bulut

teknolojisi hizmetiyle sağlık kurumlarına aynı zamanda Avrupa'nın en büyük kurulu Vendor Natural Archive (VNA) sistemi de olan Syngo Carbon'u kullanma ve verilerini bulutta saklayarak hastane içindeki depolama maliyetlerini azaltma imkânı sunuyor. Bulutun avantajlarına bağlı olarak sistemin kurulumu, yönetimi ve bakımı için maliyet veya ek çalışma ihtiyacı ortadan kalkarken bir hastanenin farklı departmanlarında ve birden çok sistemde oluşturulan hasta kayıtları ve verileri hasta merkezli olarak saklanabilecek.

Ayrıca, birden fazla lokasyonda hizmet veren kurumlar için merkezi bir veri tabanı oluşturulması da mümkün olacak. Bulut teknolojisi aynı zamanda, yapay zekâlı uygulamalara daha kolay geçiş için gereken esnekliği de sunarak sağlık kurumlarının geleceğe hazır olmasına katkıda bulunuyor. Tüm bu faydaların yanı sıra sağlık profesyonelleri de araştırmalar ve bilimsel çalışmalar için verilerin gücünden çok daha etkili bir şekilde faydalanabilecek.

BULUTUN AVANTAJLARINA BAĞLI OLARAK SİSTEMİN KURULUMU, YÖNETİMİ VE BAKIMI İÇİN MALİYET VEYA EK ÇALIŞMA İHTİYACI ORTADAN KALKARKEN BİR HASTANENİN FARKLI DEPARTMANLARINDA VE BİRDEN ÇOK SİSTEMDE OLUŞTURULAN HASTA KAYITLARI VE VERİLERİ HASTA MERKEZLİ OLARAK SAKLANABİLECEK



18. ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER
YOĞUN BAKIM E-KONGRESİ
10. AVRASYA YOĞUN BAKIM E-TOPLANTISI

YOĞUN BAKIM 2021

6-9 Aralık 2021

www.dcyogunbakim.org.tr | dcyb@dcyogunbakim.org.tr



ACENDIS
Together. All the way.



**Your Partner for
Modular Operation
Theatres**

» made with passion
and precision



ACENDIS TÜRKİYE
Proje Yönetimi / Project Management
Satış & Servis / Sales & Tech. Serv.
Küçükbakkalköy Mah.
Cem Sokak, No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul - Türkiye
Tel. +90 216 - 470 49 49
E-mail bilgi@acendis.eu
Web www.acendis.com.tr

ACENDIS GERMANY
Project Management / Headquarters
Wohlenbergstr. 5
30179 Hannover
Germany
Tel. +49 511 - 1 83 83
E-mail contact@acendis.eu
Web www.acendis.eu



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

QR KODU OKUTUN,
ANINIZI PAYLAŞIN!



PANDEMİ ANILARI
2 0 2 0

PANDEMİ ANILARI YAZARLARINI BEKLİYOR!

Siz de pandemianilari.org sayfasına girin;
pandemi sürecinde yaşadıklarınızı paylaşın,
bu kitabın yazarlarından biri de siz olun!



Pandemi Anıları



[pandemianilari](https://www.pandemianilari.org)

