

COVID-19 mücadelesindeki başarı

Prof. Dr. Zeki Bayraktar



1967 yılında Rize-Ardeşen'de doğdu. İlk, orta ve lise tahsilini burada tamamladı. 1991 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1999'da Üroloji uzmanı, 2012'de doçenti, 2018'de profesörü oldu. Hâlen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yakın tarihte eşi benzeri görülmemiş bir pandemi (COVID-19/SARS-CoV-2) büyük oranda atlatmış bulunuyoruz. Bu pandemi en başarılı yöneten ülkelerden biri olduk. Bunun muhtelif nedenlerini şöyle sıralayabiliriz:

1-Kamu otoritesinin pandemiye karşı hazırlıklı olması: Cumhurbaşkanlığı tarafından 13 Nisan 2020 tarihinde yayımlanan pandemi genelgesi doğrultusunda Sağlık Bakanlığı (SB) koordinasyonunda hazırlıklar yapılmış ve bu durum -muhtemel- pandemilere karşı ülkemizi hazırlıklı hale getirmiştir (1).

2-Sağlık alt yapımızın yeterli olması: Yoğun bakım kapasitemiz diğer ülkelere göre çok daha iyi bir durumdadır. Nitekim 100.000 kişiye düşen yoğun bakım yatak sayısı ülkemizde 40 iken (ki bu sayı 2020 itibarı ile 45 oldu), bu sayılar diğer ülkelerde şöyledir: Çin 3,6, İngiltere 6,6, Japonya 7,3, İspanya 9,7, Güney Kore 10,6, Fransa 11,6, İtalya 12,5, Almanya 29,2, ABD 34,7 (2). Bu durum yoğun bakım ihtiyacı bulunan COVID-19 hastalarına optimum düzeyde tedavi hizmeti sunabilmemizi sağlamış ve bazı Avrupa ülkeleri ve ABD'de olduğu gibi herhangi bir tıkanıklık yaşanmamıştır.

3-Bilim Kurulu (BK) teşekkülü: Aslında BK yukarıda bahsedilen Cumhurbaşkanlığı genelgesi sonrasında kurulmuştu. Ama COVID-19 salgınına özgü ilave üyeler de eklenerek daha aktif/etkin bir hale getirildi. Sağlık Bakanlığı

koordinasyonunda yapılan toplantılarla salgın hem aktif bir şekilde takip edildi hem gerekli müdahaleler anında yapılmış oldu. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili diğer bakanlıklar da BK'nın tavsiyelerini tatbik ederek pandemi süreci kolektif bir şekilde yönetilmiş olduk.

4-Kendi algoritmalarımızı devreye sokmamız: Alınan tedbirler ve BK'nın teşekkülü sayesinde ilk 1-2 hafta içinde kendi algoritmamızı geliştirme ve uygulama şansımız oldu. Sağlık Bakanlığı -bilim kurulunun önerileri ile neredeyse her hafta bu algoritmayı yeniledi. Ve böylece dünyadaki diğer uygulamalardan farklı/ayrışık -başarılı- bir tedavi protokolümüz oldu.

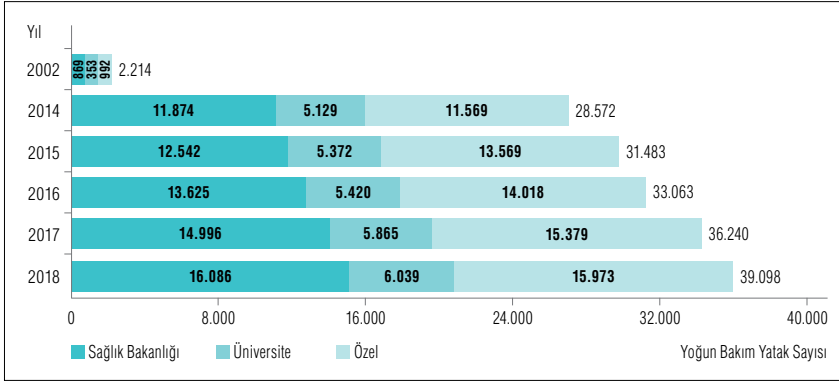
5-İlaç ve tıbbi malzeme lojistiği: Yine alınan bu tedbirler sayesinde gerekli ilaç ve malzemeleri zamanında temin ettik. Bu sayede de BK'nın önerdiği tavsiyeleri tatbik etme şansımız oldu.

6-Filyasyon hizmetleri: Bu hizmet binlerce ekip tarafından İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütüldü. Bu sayede tüm temaslı hastalara ulaşılmış ve takip edilmiş oldu. Bu da salgının kontrolünde başat bir rol oynadı.

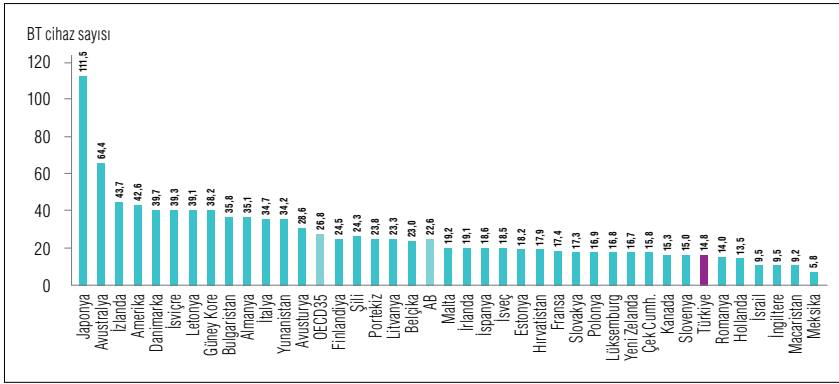
7-Laboratuvar test kapasitemiz: Türkiye COVID-19 tanısı için kullanılan PCR test kitlerini hem kendi imkanları ile üretmeyi başarmış hem günlük test kapasitesini akredite edilen laboratuvarlarla 50 bin sınırına kadar yükseltmiştir. Bu da vakaların yakalanması için büyük bir avantaj sağladı.

8-Bilgisayarlı tomografi sayısı/kapasitesi: Ülkemizdeki MR/BT sayıları -bazı iddiaların aksine- çok fazla değil. Hatta aşağıdaki tabloda da görülebileceği üzere 1.000.000 kişiye düşen BT sayısı, OECD ülkelerinde 26,8, AB ülkelerinde 22,6 iken, bu sayı ülkemizde 14,8'dir (Şekil 2). Yani ülke genelindeki BT sayımız OECD ve AB ülke ortalamalarına göre daha az. Ancak İstanbul ölçeğinde bu sayılar -ülke geneline göre- daha iyi olabilir. Şu var ki BT cihazlarımız fazla değilse de BT görüntüleme -yani BT cihazlarımızı fonksiyonel olarak kullanabilme- kapasitemiz oldukça yüksek. Çünkü ülkemizdeki görüntüleme hizmetleri hasta yoğunluğu nedeniyle -en azından büyük merkezlerde- 24 saat esasına göre veriliyor. Bu da fonksiyonel BT kapasitemizi 2-3 kat artırıyor. Normal koşullarda -endikasyon dışı çekim ihtimali nedeniyle- tartışma konusu edilen bu durum COVID-19 salgınında büyük bir avantaj sağladı. Çünkü BT'lerimizi pandemi döneminde adeta acil tanı testi gibi kullandık. Böylece tanılarımızı da gecikmeden koyabildik. COVID-19 hastalarında morbidite ve mortalite daha çok pnömonilerle ilişkili olduğundan bu durum çok daha anlamlı oldu. Çünkü erken tanı ve tedavi sayesinde hem yoğun bakıma ihtiyaç duyan hasta sayımız azaldı hem mortalite oranımız düştü.

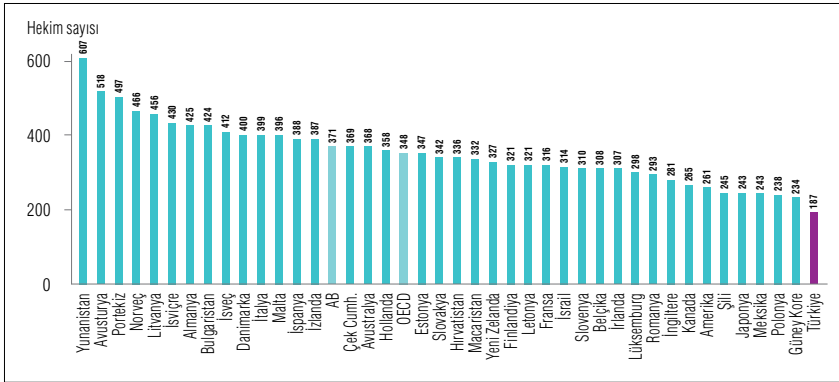
9-Hekimlerimizin yoğun hasta karşılayabilme yeteneği/kapasitesi: Hekimlerimizin yoğun hasta karşılayabilme kapasitesi hekim sayımızdan ziyade sağlık sistemimizle ilgili bir durumdur. Hekim sayıları bakımından Avrupa ve OECD ülkelerine göre oldukça geriler-



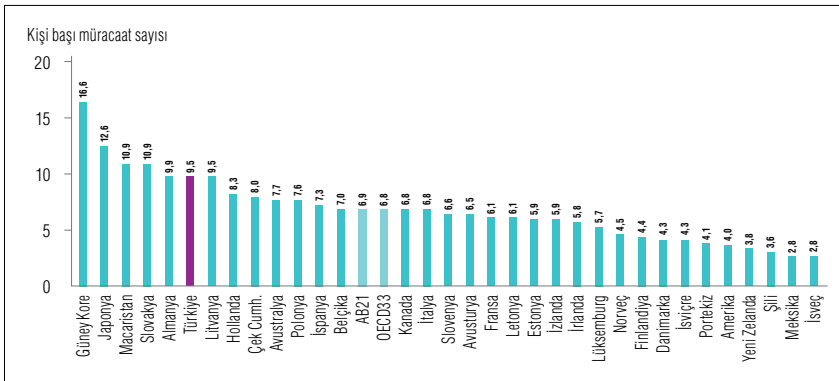
Şekil 1: Ülkemizdeki Yoğun Bakım Yatak Sayıları (2)



Şekil 2: 1.000.000 Kişiye Düşen BT Cihazı Sayıları, OECD Health Data 2019(2)



Şekil 3: 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayıları, 2017(2)



Şekil 4: Kişi Başı Hekime Müracaat Sayılarının Diğer Ülkelerle Karşılaştırılması, 2017(2)

deyiz. Ama buna rağmen bu ülkelere göre çok daha fazla hasta karşılayabilme yeteneğimiz var, çünkü normalde hasta müracaat sayılarımız bu ülkelerdeki müracaatlardan çok daha fazla. Hekimlerimiz ve hem sağlık sistemimiz mecburen bu sürece uyum sağlamış

durumda. Bu da kalabalık hasta karşılama konusunda bizi hazırlıklı kılıyor. Bu durumu sayısal veriler üzerinden de görebiliriz. Her 100 bin kişi başına düşen doktor sayısı ülkemizde 187 iken bu sayı AB ülkelerinde ortalama 381'dir (2). Ama bazı AB ülkelerinde bu sayı çok

daha yüksektir; Örneğin Yunanistan'da 607, Avusturya'da 518, Norveç'te 466, İsviçre'de 430, Almanya'da 425, İsveç'te 412, Danimarka'da 400 gibi (Şekil 3). Birçok AB ülkesinde nüfusa göre bizden 2-2,5 kat daha fazla hekim vardır. Şimdi bunu bir kenara not edelim ve bir başka önemli veriye, hasta müracaat sayılarına bakalım: Bir kişinin yıllık olarak doktora müracaat sayısı AB ülkelerinde ortalama 6,9 iken, bizde bu sayı 9,5'tur (Şekil 4). Ama bazı bölgelerimizde bu sayı 10'un da üzerine çıkıyor. Mesela Ege'de 10,4, Batı Marmara'da 10,3, Akdeniz'de 10,1 gibi (2). Nüfusa göre doktor sayımız AB'nin yarısından az, hasta müracaat sayımız ise AB'nin -yaklaşık- 1,5 katı kadar. Bu tablo, bizim hekimlerimizin AB ülkelerindeki doktora göre -en az- 2x1,5=3 katı daha fazla hasta müracaatı ile karşı karşıya kaldığını, bir başka ifade ile söylersek 3 kat daha fazla hizmet ürettiğini -bu kapasiteye sahip olduğunu- gösteriyor. Ancak bu durum acil servislerimiz için çok daha dramatik bir tabloya işaret ediyor. Çünkü acil servislere müracaat oranı -kişi başına, yıllık olarak- AB ülkelerinde 0,4 iken, bizde bu oran 1,5 düzeyindedir. Yani nerede ise 4 katı daha fazla. Demek ki acil servislerdeki hekimlerimiz 4x2=8 kat daha fazla hizmet üretiyorlar. Yani tabiri caiz ise bizim acillerimizde normal zamanlarda da pandemi var! Bu durum hekimlerimize yoğun hasta akınına panik yapmadan karşılayabilme becerisini kazandırmış görünüyor. Tabii bu böyle olunca sağlık sistemimiz ve sağlık alt yapımız da buna göre yapılandırılmış bulunuyor. Sonuçta başta hekimlerimiz olmak üzere sağlık ordumuz ve bu ordunun istihdam edildiği sağlık sistemimiz -bu antrenmanlar sayesinde- salgın zamanı için fonksiyonel bir üstünlük (avantaj) elde etmiş oldu. Ve bu da -normal zamanlarda eleştiri konusu yapıyor ise de COVID-19 salgınına başarılı bir şekilde yönetebilmemizin nedenlerinden biri oldu.

Kaynaklar

1) Cumhurbaşkanlığı 13 Nisan 2019 tarih ve 30744-2019/5 sayılı pandemi genelgesi

2) T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

3) <https://www.trthaber.com/haber/saglik/ulke-ulke-yogun-bakim-yatak-kapasitesi-469647.html> (Erişim Tarihi: 12.05.2020)

4) <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,64704/favipiravir-200-mg-tablet---COVID-19-sars-cov2-enfeksiyonu-tedavisinde-kullanilan-cak-ilaclara-iliskin-bilgilendirme.html> (Erişim Tarihi: 12.05.2020)