

LİBERAL PERSPEKTİF ANALİZ

SAYI: 15, NİSAN 2020



KORONA VİRÜSÜ PANDEMİSİYLE (COVID-19)
MÜCADELEDE SINIRLI KAYNAK KULLANIMI

Dr. Ercan Avcı



FRIEDRICH NAUMANN
FOUNDATION For Freedom.

Türkiye



LİBERAL PERSPEKTİF ANALİZ

Sayı: 15, Nisan 2020

**KORONA VİRÜSÜ PANDEMİSİYLE
(COVID-19) MÜCADELEDE SINIRLI
KAYNAK KULLANIMI**
Dr. Ercan Avcı

© Dr. Ercan Avcı
© Özgürlük Araştırmaları Derneđi, 2020

Bu çalışmadaki görüşler yazara aittir ve Özgürlük Araştırmaları Derneđi'nin kurumsal görüşünü yansıtmaz.

Bu alışma Friedrich Naumann Vakfı'nın katkılarıyla hazırlanmıştır.

Özgürlük Araştırmaları Derneđi

Çankaya Mah., Atatürk Bul., No.160 D.10 Çankaya, Ankara
(312) 213 24 00 www.oad.org.tr info@oad.org.tr
[f](https://www.facebook.com/ozgurlukarastirmalari) [ozgurlukarastirmalari](https://www.facebook.com/ozgurlukarastirmalari) [ozgurlukar](https://www.facebook.com/ozgurlukarastirmalari)



Dr. Ercan Avcı

1999 yılında, Hacettepe Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümünden mezun oldu. Lisans eğitimi ni tamamladıktan sonra, 2001 yılı başında, Sağlık Bakanlığı Müfettiş Yardımcısı olarak göreve başladı. Sağlık Bakanlığında, sırasıyla, müfettiş yrd., müfettiş ve başmüfettiş olarak görev yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı Başmüfettişi olarak, Tef-tiş Kurulu Başkanlığı kadrosunda bulunmaktadır. Ercan Avcı, 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Siyaset Bilimi alanında yüksek lisans eğitimi ni tamamladı ve 2012-2014 yılları arasında, Amerika Birleşik Devletlerinde, New Haven Üniversi-tesinde, Sağlık Yönetimi alanında, ikinci yüksek lisansını yaptı. 2015 yılında, Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan Duquesne Üniversite-sinde, Sağlık Etiği Doktora Programına başladı ve 2019 yılında doktora programını tamamladı.

İÇİNDEKİLER

Giriş.....	5
Adalet İlkesi.....	6
Amerika Tabipler Birliği.....	7
Dört Kategori Yaklaşımı.....	8
Altı Öneri Yaklaşımı.....	10
Pandemi Dönemi İçin Triyaj Rehberi.....	11
Yeni Bir Yaklaşım: Eşitlik ve Hakkaniyet Modeli.....	13
Sonuç.....	17
Kaynakça.....	17

GİRİŞ

Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılı Aralık ayında ortaya çıkıp, 2020 yılı Mart ayında pandemiye dönüşen ve 11 Nisan 2020 tarihi itibarıyla, dünya çapında, yaklaşık 110.000 insanın ölümüne yol açan korona virüsü (COVID-19), sınırlı kaynakların nasıl kullanılması gerektiği konusunu yeniden gündeme getirmiştir.¹ Gelişmiş olan ülkeler dahil, pek çok ülke, hızla artmakta olan vaka sayılarına cevap vermekte ciddi sorunlar yaşamaya başlamışlardır. Vaka artış hızının aynı düzeyde devam etmesi halinde, bu husus, önümüzdeki günlerde çok daha hayati bir probleme dönüşme ihtimali taşımaktadır. Sağlık sektöründe sınırlı kaynak sorunu; hekim ve diğer sağlık personeli sayısı, nakil imkânı taşıyan organ ve doku miktarı, tıbbi cihaz ve ilaç kapasitesi ile hastane ve yatak sayısı şeklindeki tüm sağlık hizmeti girdilerini kapsamaktadır. Kaynakların hızlı bir biçimde artırılması yoluna gidilmesi, sınırlı kaynak sorunuyla mücadele etmede en etkili yöntem olmakla beraber, özellikle salgın ve doğal afetler gibi olağanüstü zamanlarda, bu çözüm önerisi tek başına yeterli olmayabilir. Bu sebeple, mevcut kaynakların etkin ve adil kullanımı ve dağıtımı üzerinde de durulması gerekmektedir.

Sağlık yönetimi ve etiği itibarıyla, bu husus, adalet ilkesinin doğru biçimde hayata geçirilmesiyle yakından ilgilidir. Adalet ilkesi, sadece olağanüstü zamanlarda değil, sağlık hizmet sunumunun olduğu her vakitte, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Örneğin, acil servislerde, hasta önceliğinin tespit edilmesi amacıyla kullanılan triyaj uygulaması, bu ilkenin

¹ "COVID-19 Data Center," Johns Hopkins Üniversitesi, erişim 11 Nisan 2020, <https://coronavirus.jhu.edu>.

Triyaj uygulaması, tüm hastalara aynı anda hizmet sunma imkânının olmadığı durumlarda, hastanın tıbbi durumunun kritik olması, hastalık durumu ve müdahalede başarı şansı gibi ölçütlerle öncelik belirlemede kullanılmaktadır.

bir gereğidir. Triyaj Fransızca kökenli bir terim olup seçmek anlamına gelmektedir. Tarihsel geçmişi itibariyle, triyajın en yoğun kullanıldığı alanlardan birisi, yaralı askerlerden hangilerine öncelikle müdahale edilmesi gerektiğinin tespit edildiği savaş meydanları olmuştur.² Sağlık kuruluşlarında ise, triyaj uygulaması, tüm hastalara aynı anda hizmet sunma imkânının olmadığı durumlarda, hastanın tıbbi durumunun kritik olması, hastalık durumu ve müdahalede başarı şansı gibi ölçütlerle öncelik belirlemede kullanılmaktadır.

Ancak, günlük binlerce yeni hastanın ortaya çıktığı ve hastaların pek çoğuna tıbbi müdahalenin zorunlu olduğu salgın hastalık dönemlerinde, adalet ilkesinin hayata geçirilmesi çok daha güçtür. Halihazırda karşı karşıya olduğumuz COVID-19 benzer bir olağanüstü durumu işaret etmektedir. Örneğin, bir hastada, korona virüsü kaynaklı solunum sıkıntısının ortaya çıkması halinde, hastaya solunum cihazı desteğinin sağlanması tıbbi bir gerekliliktir. Ancak, her hastaya solunum cihazı sağlama imkânı olmadığı durumlarda, hastalar arasında bir tercih ve önceliğin belirlenmesi kaçınılmaz olacaktır. Buradaki esas soru, bu önceliğin nasıl belirleneceği ve hangi yöntemin etik açıdan daha kabul edilebilir olduğudur. Dolayısıyla, burada değerlendirilmesi gereken esas mesele, bu önceliğin nasıl belirleneceği ve hangi yöntemin etik açıdan daha kabul edilebilir olduğudur. Bu bağlamda, adalet ilkesinin önemini kabul eden her bireyin ve karar alıcının, bu konuyu ehemmiyetle ve ivedi biçimde ele alarak, kabul edilebilir ölçütleri tespit etmesi ve bunları hayata geçirmesi gerekmektedir.

ADALET İLKESİ

Adalet, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. İbrahimi dinlerin anlatımıyla ele alındığında, Kabil'in Habil'i öldürmesinde adalet kavramının ve onun yorumlanmasının önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Tarihsel süreç içerisinde; faydacılık, eşitlikçilik, toplumsalcılık gibi felsefi argümanlar farklı adalet teorilerini ortaya çıkarmıştır. Söz konusu teoriler, son dönemde, sağlık hizmetlerinin adil ve hakkaniyetli dağıtımı konusunda da şekillendirici bir vazife görmeye başlamışlardır.³ Bu sebeple, günümüz sağlık etiğinde adalet kavramı, sağlık alanındaki davranışların, kararların, tercihlerin ve politikaların ahlakiliğinin değerlendirmesinde temel bir prensip haline

² Albert R. Jonsen, Mark Siegler and William J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 8th ed. (New York: McGraw-Hill Education, 2015), 196-197.

³ Tom L. Beauchamp and James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th ed. (New York: Oxford University Press, 2013), 253-267.

gelmiştir. Nitekim 2005 yılında kabul edilen, UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 10. maddesinde de adalet kavramı, eşitlik ve hakkaniyetle birlikte, bildirgenin bir ilkesi olarak yer almıştır.⁴

Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin sunumunda, adalet ilkesinin vazgeçilmezliği üzerinde bir uzlaşmanın olduğundan söz etmek mümkündür. Ancak, bu ilkenin gerekliliklerinin neler olduğu ve bunların nasıl hayata geçirileceği tartışma konusu olmaya devam etmektedir.⁵ Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde adalet kavramının, hizmetlerin dağıtımı ve bölüşümü hususuyla ilgili olduğu noktasında bir fikir birliğinden söz etmek mümkündür. Nitekim; Jonsen, Siegler ve Winslade'ye göre adalet, "bir sosyal sistemin fayda ve yükünü, sistemdeki tüm katılımcılar arasında, adil ve hakkaniyetli bir şekilde dağıtmaya çalışan ahlaki ve sosyal teorilere işaret etmektedir."⁶ Beauchamp ve Childress da benzer bir yaklaşımla, adalet ilkesini, dağıtımcı adalet olarak ele alarak bunu "fayda ve yükün adil, hakkaniyetli ve uygun dağıtımı" şeklinde ele almaktadır.⁷ Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde adalet kavramını, fayda ve külfetin adil ve hakkaniyetli dağıtımı biçiminde ifade etmek mümkündür. Başka bir anlatımla, adalet ilkesiyle amaçlanan, sağlık hizmetlerinin toplumdaki tüm bireyler arasında adil ve hakkaniyetli bir şekilde bölüştürülmesidir. Adil ve hakkaniyetli davranmak her hal ve koşulda önemli olmakla birlikte, sağlık sektöründe kullanılan kaynaklara talebin üst düzeye çıktığı salgın hastalık ve doğal afet gibi olağanüstü dönemlerde, bu konu, daha da ehemmiyetli bir hal almaktadır. Bu çerçevede, aşağıda ele alınan hususlar, COVID-19 gibi pandemi dönemlerinde, sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl adil ve hakkaniyetli dağıtılacağına dair bazı önerilere işaret etmektedir.

AMERİKAN TABİPLER BİRLİĞİ

Amerikan Tabipler Birliği (ATB), hasta sağlığının temini ve sürdürülmesinin, hekimlerin birincil etik sorumlulukları olduğunu, ancak kaynakların sınırlılı-

4 "Universal Declaration on Bioethics and Human Rights," UNESCO, erişim 11 Nisan 2020, http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

5 Norman Daniels, Justice, Health, and Healthcare, American Journal of Bioethics 1:2 (2001): 2-16

6 Albert R. Jonsen, Mark Siegler and William J. Winslade, Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 8th ed. (New York: McGraw-Hill Education, 2015), 167.

7 Tom L. Beauchamp and James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 7th ed. (New York: Oxford University Press, 2013), 250.

Sınırlı kaynak kullanımında, tıbbi müdahalenin önem sırası, olası faydası ve yaşam kalitesine katkısı ile faydanın devamlılık süresi gibi kriterler kullanılmadığıdır.

ğının bu yükümlülüğü layığıyla yerine getirmede engel teşkil edebileceğini vurgulamaktadır. Bu kısıtlamaya rağmen ATB, hekim-hasta arasındaki güven ilişkisinin ve hastasının yararını gözetme sorumluluğunun, adil bir dağıtımını gerekli kıldığını belirtmektedir. ATB'ye göre, sınırlı kaynak kullanımında; tıbbi müdahalenin aciliyeti, olası faydası ve yaşam kalitesine katkısı ile faydanın devamlılık süresi gibi kriterler kullanılmalıdır. Öncelik belirleme durumunda ise, ATB; objektif, esnek ve şeffaf bir mekanizma kurulmasını ve önceliğin, vakitsiz/erken ölümlerin ve telafisi zor durumların önlenmesine verilmesi önerisinde bulunmaktadır.⁸

Ayrıntılı bir düzenleme ve standartlardan çok, genel bir çerçevenin verildiği ATB yaklaşımını, salt hekim merkezli ve tıbbi unsurlardan ibaret bir değerlendirme olarak görmek mümkündür. Çünkü, ATB, sınırlı kaynak kullanımını doğrudan hekimin etik sorumluluğu ve hekim-hasta ilişkisine dayandırarak, tıbbi müdahale gerekliliği ve sonuçları üzerinden bir çözüm üretme yoluna gitmiştir. Oysaki kimi görüşlere göre, sınırlı kaynakların dağıtımını sadece salt klinik unsurlarla değil, aynı zamanda etik değerler çerçevesinde ele alınmalıdır.⁹

DÖRT KATEGORİ YAKLAŞIMI

Govind Persad, Alan Wertheimer ve Ezekiel J. Emanuel, sınırlı kaynakların dağıtımına ilişkin kullanılan; kura, ilk gelen, en hasta, en genç, en çok hayat kurtarma, en uzun yaşam, etkili değer ve mütekabiliyet şeklindeki sekiz ilkeyi; insanlara eşit davranma, en kötü durumda olanın tercih edilmesi, toplam faydayı maksimize etme ve sosyal faydayı destekleme ve ödüllendirme biçimindeki dört kategori altında toplamışlardır. Persad ve diğerlerine göre, söz konusu sekiz ilkenin hiçbiri tek başına sınırlı kaynak dağıtımına dair temel endişeleri giderme yetisine sahip olmadığı için, bu ilkelerin birleştirilmesi suretiyle, çoklu bir dağıtım anlayışının sergilenmesi gerekmektedir.¹⁰

İnsanlara eşit davranma kategorisi, kura ve ilk gelen ilkelerini kapsamaktadır. Kura sistemi, aynı sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar arasında,



- ⁸ "Allocating Limited Health Care Resources," American Medical Association, erişim 11 Nisan 2020, <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/allocating-limited-health-care-resources>
- ⁹ Govind Persad, Alan Wertheimer and Ezekiel Emanuel, "Principles for allocation of scarce medical interventions," Lancet 373 (2009): 423.
- ¹⁰ Govind Persad, Alan Wertheimer and Ezekiel Emanuel, "Principles for allocation of scarce medical interventions," Lancet 373 (2009): 423-431.

kura çekme suretiyle, hizmet alacak hastanın belirlenmesi yöntemidir. Örneğin, korona virüsü sebebiyle solunum sıkıntısı çeken beş hasta arasından, hastanede var olan iki adet solunum cihazının kurayla bölüştürülmesi bu yöntemi işaret etmektedir. İlk gelen sistemi ise, ilgili sağlık kuruluşuna başvurma sırası çerçevesinde sağlık hizmetinin sunulmasını öngörmektedir. Dolayısıyla, yukarıdaki örneğe göre, hastaneye gelen ilk iki hastaya solunum cihazları tahsis edilmeli; diğer hastalar ise bekletilmelidir. Hem kura hem de ilk gelen yönteminin temel özelliği, hastalar arasında; tıbbi, sosyal, ekonomik veya başka sebeplerle, herhangi bir fark oluşturulmaksızın tüm hastalara eşit davranılmasını sağlamasıdır.

En kötü durumda olanın tercih edilmesi kategorisi, en hasta ve en genç ilkelerinden oluşmaktadır. En hasta ilkesi, müdahale edilmediği takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlardan hareketle, en kötü ihtimali taşıyan kişiye öncelik verilmesini gerektirmektedir. Bu ilkeye göre, ölüm ve sakatlık riskleri taşıyan iki hasta arasında, öncelik ölüm riski taşıyana verilmelidir. Dolayısıyla, bu ilke, bir tıbbi değerlendirmeye ve bu değerlendirmenin olası sonuçlarına dayanmaktadır. En genç ilkesi ise, önceliğin yaş ölçütü kapsamında, en genç hastaya verilmesini öngörmektedir.

Faydacılık teorisinin yansıması olan toplam faydanın maksimize edilmesi kategorisi, en çok hayat kurtarma ve en uzun yaşam ilkelerini içermektedir. Birinci ilkeye göre, sınırlı kaynak kullanımındaki temel amaç, en çok sayıdaki hayatın kurtarılmasıdır. Beş hasta arasından iki adet solunum cihazının bölüşümü, en çok sayıdaki hastayı hayatta tutma hedefi kapsamında şekillendirilmelidir. En uzun yaşam ilkesi ise, kurtarılabilecek en çok hasta sayısı yerine ortalama yaşam süresi en yüksek olan hastalara önceliğin verilmesini içermektedir. Bu ilke ile en genç ilkesi arasındaki farkı ifade etmek açısından, şunu belirtmekte fayda var; ortalama yaşam beklentisi hesaplamasında, sadece hastaların yaşları değil, aynı zamanda mevcut sağlık durumları ve geçirmiş oldukları rahatsızlıklar da dikkate alınmaktadır.

Dördüncü kategori olan sosyal faydayı destekleme ve ödüllendirme, etkili değer ve mütekabiliyet ilkeleri ışığında, sosyal değer merkezli bir öncelik belirlenmesini ifade etmektedir. Etkili değer, meslekleri itibarıyla, hayati ehemmiyete sahip görevleri yürütenlere öncelik verilmesini ifade etmektedir. Örneğin, COVID-19 gibi pandemi durumunda, aktif görev yürüten sağlık çalışanlarının iyilik hali, toplumdaki tüm bireylerin menfaatini doğrudan etkileyen bir husustur. Bu sebeple, sınırlı kaynak kullanımında öncelik sağlık personeline verilmelidir. Mütekabiliyet ilkesi ise, toplum ve

Persad ve meslektaşları, bütün hayatlar sistemi adını verdikleri yaklaşım kapsamında; en genç, en uzun yaşam, kura ve en çok hayat kurtarma ilkeleriyle oluşan bir dağıtım sistemi önerirler.

toplumdaki bireyler için, daha önce, kendi hayatını tehlikeye atmış kişilere öncelik verilmesini kapsamaktadır. Örneğin, organ bağışında bulunmuş kişiler veya gaziler bu ilke gereğince öncelik kazanabilecek kişilerdir.

Bu dört kategoriden hareketle, Persad ve meslektaşları, bütün hayatlar sistemi adını verdikleri bir genel çerçeve kapsamında; en genç, en uzun yaşam, kura ve en çok hayat kurtarma ilkelerinin birleşimi çerçevesinde sınırlı kaynak dağıtımı yapılması önerisinde bulunmaktadır.¹¹

ALTI ÖNERİ YAKLAŞIMI

Yukarıda bahsedilen dört kategoriden hareketle, Ezekiel J. Emanuel ve diğerleri, pandemi döneminde, sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl bölüştürülmesi gerektiği konusunda altı öneride bulunmaktadır.¹² Emanuel ve meslektaşlarına göre, böyle bir pandemi döneminde, en önemli husus, toplam faydanın maksimize edilmesidir. Bu sebeple, en çok hayat kurtarma ve en uzun yaşam ilkeleri doğrultusunda, maksimum fayda sağlama yoluna gidilmelidir. Ayrıca, faydanın en üst düzeye çıkarılması amacına yönelik olarak, en hasta ve en genç ilkeleri de kullanılabilir. Başka bir ifadeyle, solunum cihazı veya yoğun bakım yatağı gibi, sınırlı bir kaynağın tahsisi, ilgili sağlık hizmetinden en fazla fayda görecektir/görebilecek kişilere yapılmak suretiyle, en çok hayat kurtarma ve en uzun yaşam sürelerini elde etme yoluna gidilmelidir. Emanuel ve diğerlerine göre bu temel yaklaşım, tedavisi süren hastalara da uygulanabilir. Başka bir ifadeyle, solunum cihazına bağlı veya yoğun bakım yatağı kullanan bir hasta, en çok hayat kurtarma ve en uzun yaşam süresi ilkelerini karşılamıyorsa, bu kaynaklar (solunum cihazı veya yoğun bakım yatağı) bu hastalardan alınarak başka hastalara verilebilir.

Emanuel ve diğerlerinin ortaya koyduğu ikinci öneri, sınırlı kaynak kullanımında, etkili değer ilkesi kapsamında, önceliğin, korona virüsüne karşı aktif mücadele eden sağlık personeline ve hayati vazifeler üstlenen diğer çalışanlara verilmesidir. Üçüncü öneri, sunulacak sağlık hizmetlerinden aynı faydayı görecektir/görebilecek hastalar arasında, herkese eşit davranma kapsamında, kura yönteminin uygulanmasını içermektedir. Dördüncü öneri, sunulacak hizmet çeşidine göre, bilimsel veriler doğrultusunda farklı önceliklerin belirlenmesini öngörmektedir. Örneğin, korona virüsü aşı-

¹¹ Govind Persad, Alan Wertheimer and Ezekiel Emanuel, "Principles for allocation of scarce medical interventions," *Lancet* 373 (2009): 429.

¹² Ezekiel J. Emanuel et al., "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," *The New England Journal of Medicine* (2020): 1-7.

sı geliştirilmesi durumunda, çocuklardan çok, daha yüksek risk taşıdıkları için, öncelik yaşlılara verilmelidir. Ancak, solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı gibi kaynakların kullanımında, öncelik yaşlılara değil, ciddi rahatsızlık taşıyan gençlere verilmelidir.

Emanuel ve diğerlerinin beşinci önerisine göre, korona virüsüne karşı aşı ve tedavi geliştirme araştırmalarına katılan deneklere de belli öncelikler verilerek bu kişiler ödüllendirilmelidir. Son öneri ise, korona virüsü kaynaklı hastalar ile diğer hastaları karşılaştırarak, bu iki hasta grubu arasında, sınırlı kaynak kullanımı konusunda bir farklılığın olmamasını içermektedir. Dolayısıyla, burada bahsi geçen ilkeler ve öneriler, hastalık ve hastalık kaynağı çerçevesinde değil, hastalar özelinde uygulamaya konulmaktadır. Örneğin, bu yaklaşıma göre, pandemi döneminde, aktif hizmette olan bir sağlık çalışanına, hastalığı ve kaynağı ne olursa olsun, ister korona virüsü kaynaklı ister başka bir hastalık, öncelik verilmelidir.¹³

PANDEMİ DÖNEMİ İÇİN TRİYAJ REHBERİ

Douglas B. White ve meslektaşları, solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı gibi hizmetlere talebin çok yükseldiği dönemlerde, bu hizmetlerin nasıl bölüştürülmesi gerektiğine dair bir rehber hazırlamışlardır. Söz konusu rehber, kaynakların artırılması için gösterilen tüm çabaya rağmen, belli bir sağlık hizmetine olan talebin, mevcut hizmet kapasitesini aştığı ve sağlık otoritelerinin, halk sağlığı konusunda, acil durum ilan ettiği hallerde uygulanacak triyaj ilkelerini belirlemektedir. Bu rehber, üç alt başlıktan oluşmaktadır: triyaj yapacak ekibin belirlenmesi, sınırlı kaynağın dağıtım kriterleri ve sunulan sınırlı sağlık hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesi.¹⁴

Douglas B. White ve diğerlerine göre, her hastane, bir acil tıp hekimini triyaj görevlisi olarak görevlendirmeli ve triyaj hizmeti bu acil tıp hekimi tarafından yapılmalıdır. Ayrıca, sağlık personeli sayısının elvermesi durumunda, bir hemşire ve bir yönetici de acil tıp hekimiyle birlikte görevlendirilebilir. Triyaj için bir acil tıp hekimin görevlendirilmesinin sebebi hem triyajın tıbbi kriterler doğrusunda doğru ve objektif biçimde yapılmasını hem de hastaların öncelik durumunun tespiti yükünü kliniksken hekimler üzerinden

Emanuel ve meslektaşlarına göre, bir pandemi döneminde, en önemli husus, toplam faydanın maksimize edilmesidir. Bu sebeple, en çok hayat kurtarma ve en uzun yaşam ilkeleri doğrultusunda hareket edilmelidir.

¹³ Ezekiel J. Emanuel et al., "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19," The New England Journal of Medicine (2020): 1-7.

¹⁴ Douglas B. White et al., "Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency," erişim 11 Nisan 2020, https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy.pdf.

kaldırarak, bu hekimlerin, herhangi bir ikilemde kalmaksızın, görevlerini yürütmelerini sağlamaktır. Triyaj hekimi, aynı zamanda; hastalarla, hasta yakınlarıyla, hekimlerle ve bunların birbiriyle olan iletişimin doğru biçimde yürütülmesinde ve triyaj işlemlerine yapılan itirazların değerlendirmesinde de görev alacaktır.

Rehberin ikinci kısmı, solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı gibi sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl bölüştürüleceğine ilişkin kriterleri kapsamaktadır. Kriterlerin belirlenmesinde ve uygulanmasında başarılması arzu edilen esas amaç, en çok sayıdaki hastanın hayatının kurtulması ve en uzun yaşam süresinin temini suretiyle, toplam faydanın maksimize edilmesidir. Bu çerçevede; yaş grubu (12-40, 41-60, 61-75 gibi), kronik hastalık durumu (Alzheimer, kalp rahatsızlıkları, böbrek yetmezliği gibi) ve tedavinin olası sonuçları gibi unsurlar dikkate alınarak, her hastaya bir öncelik puanı verilmesi ve bu puanlardan hareketle; yüksek öncelikli, orta öncelikli ve düşük öncelikli biçimindeki üçlü gruplandırma sistemi oluşturulmaktadır. Bu sistem, hiçbir istisna olmaksızın, bahse konu öncelik puanlamasının herkese uygulanmasını öngörmektedir. Ancak, herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayanın olana, genç olanların yaşlılara, şifa bulma ihtimali yüksek olanın düşük olana kıyasen önceliği olduğundan öncelik puanları, bu hususlar dikkate alınarak verilmektedir. Ayrıca bu sistem, sağlık çalışanları gibi, salgın veya pandemiyle aktif ve hayati mücadele veren kişilere yüksek öncelik tanınmasını öngörmektedir. Bu ilkenin sağlık çalışanlarına uygulanması halinde, esas olan, önceliğin sadece doktorlara değil, hastane hizmetlerinde aktif görev alan tüm meslek gruplarına verilmesidir.

Trijaj rehberine göre, hastane yönetimi ve triyaj görevlileri, her gün en az iki kez, mevcut kaynakların durumu ve öncelik gruplarını (yüksek öncelikli, orta öncelikli, düşük öncelikli) dikkate almalı ve sınırlı sağlık kaynaklarının nasıl tahsis edilmesi gerektiğine karar vermelidirler. Örneğin, solunum cihaz sayısının az olduğu durumlarda, sadece yüksek öncelikli hastalara; cihaz sayısının daha fazla olduğu durumlarda hem yüksek öncelikli hem de orta öncelikli hastalara tahsis yapılabilir. Ayrıca, solunum cihazı veya yoğun bakım yatak sayısının yetersiz olduğu ve bunların her hastaya sağlanamadığı durumlarda, bu sınırlı kaynaklar dışında kalan diğer tıbbi hizmetler her hastaya en üst düzeyde sunulmalıdır.

Trijaj rehberinin son aşaması, triyaj komitesi tarafından, sınırlı sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların durumunun düzenli olarak değerlendirilerek, bu hastaların ilgili sınırlı kaynakları kullanmaya devam edip etmeme-

lerine karar verilmesidir. İlgili sınırlı sağlık hizmetlerinden faydalanmak için çok sayıda hastanın sırada beklediği durumlarda, sınırlı kaynakları kullanan her bir hastanın tıbbi durumu yeniden değerlendirilecek, böylelikle toplam faydanın maksimize edilmesi amacı, burada da hayata geçirilecektir.¹⁵

YENİ BİR YAKLAŞIM: EŞİTLİK VE HAKKANİYET MODELİ

Yukarıda özetlenen yaklaşımların tamamında görülebilecek en önemli ortak nokta, toplam faydanın en üst düzeye çıkarılması amacıdır. Halk sağlığıyla ilgili konularda bu tarz bir amacın güdülmesi anlaşılabilir ve kabul edilebilir bir yaklaşımdır. Ancak, kanaatimce, faydacılık teorisinin, *en yüksek faydanın en çok sayıdaki kişiye sağlanması* şeklindeki ana prensibinin direkt yansıması olan söz konusu toplam fayda anlayışı; adalet, eşitlik ve hakkaniyet ölçütleriyle desteklendiği oranda etik meşruiyet kazanabilir. Nitekim, bahsi geçen yaklaşımların, yer yer benzer, bazen de farklı ilkelere esinlenerek, bu meşruiyeti sağlamaya çalıştıkları görülmektedir. Bu çerçevede, her bir yaklaşımın önemli özellikler taşımakta olduğu ve bunlardan yararlanılarak yeni bir modelin geliştirilmesinin faydalı olacağı kanaatiyle, aşağıda yer alan prensipler ışığında, tıbbi unsurların yanı sıra, etik ve sosyal gerekliliklerin de dikkate alındığı eşitlik ve hakkaniyet modeli geliştirilmiştir.

1- Şeffaflık ve Eşitlik: Salgın hastalık ve doğal afet durumları, toplumdaki bireyleri endişeye sevk edebilen ve bireyler arasında veya bireyle-otorite ilişkisinde güvensizlik meydana getirebilen dönemlerdir. Bununla mücadele etmenin en temel kurallarından biri, toplumdaki korku halini ve güvensizlik duygusunu bertaraf etmek veya asgari düzeye çekmektir. Bu sebeple, halk sağlığı hizmetlerini yürüten otorite, şeffaf ve hesap verebilir bir mekanizma çerçevesinde, ilgili salgın veya doğal afetle nasıl ve hangi ölçütlerle mücadele edildiği konusunda, insanları doğru ve eksiksiz bir şekilde bilgilendirmelidir. Bu husus hem kamuoyu desteğinin alınması hem de bireylerin bilgi alma ve bilgiye ulaşma haklarının kullanımını bakımından önemlidir.

Şeffaflığın yanı sıra, eşit muamele, güven duygusunun yeniden tesis edilmesinde önemli bir role sahiptir. Herkesin kendisi ve sevdiği için çeşitli endişeler taşıdığı bir ortamda, sağlık kuruluşlarına başvuran bi-

Halk sağlığı hizmetlerini yürüten otorite, şeffaf ve hesap verebilir bir mekanizma çerçevesinde, ilgili salgın veya doğal afetle nasıl ve hangi ölçütlerle mücadele edildiği konusunda, insanları doğru ve eksiksiz bir şekilde bilgilendirmelidir.

¹⁵ Douglas B. White et al., "Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency," erişim 11 Nisan 2020, https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy.pdf.

Salgın ve afetlerde, sağlık personeli başta olmak üzere, ilgili mücadelede hayati rol üstlenen görevlilerin, sınırlı kaynaklara erişiminde önceliği olmalıdır.

reylerin, herhangi bir haksızlıkla karşılaşmayacakları inancında olmaları gerekir. Dolayısıyla, sınırlı kaynak kullanımında takip edilen sistem ne olursa olsun, ilgili sistemin gerektirdiği kurallar, istinasız biçimde, herkeşe uygulanmalıdır. Sosyal, ekonomik, politik veya başka gerekçelerle, kimseye öncelik tanınmamalı veya kimse bu saiklerle sağlık hizmetinden mahrum bırakılmamalıdır.

Ayrıca, salgın ve doğal afet zamanlarında, sınırlı kaynak kullanımı için oluşturulan ilkeler, kamu ve özel ayrımı olmaksızın, tüm sağlık kuruluşlarına uygulanmalıdır. Çünkü, bu dönemlerde toplumsal düzeyde bir eşitlik ve hakkaniyet duygusunun oluşturulması önemlidir.

- 2- Hayati Görev Üstlenenlere Öncelik: Salgın ve afetlerde, sağlık personeli başta olmak üzere, ilgili mücadelede hayati rol üstlenen görevlilerin, sınırlı kaynaklara erişiminde önceliği olmalıdır. Bu öncelik üç sebeple önemlidir: Birincisi, ilgili hizmetleri yürütenlerin, ben de hastalanırsam ne olacak endişe ve korkusuna kapılmaksızın çalışmalarını devam ettirmeleri; ikincisi, bu görevlilerin, bir an evvel şifa bularak, üstlenmiş oldukları hizmet sunumuna geri dönmeleri; üçüncüsü, bahsi geçen görevlilere öncelik verilmesi suretiyle, bu hizmeti sunarlarken yaptıkları fedakarlığın takdir edilmesi.
- 3- Objektif Değerlendirme: Toplam faydanın üst düzeye çıkarılması için uygulanacak her türlü kriterde, hastaların mevcut durumları, geçmişte yaşadıkları rahatsızlıkları ve sunulacak tedavinin muhtemel sonuçları ve tedaviye başladıktan sonraki tıbbi durumları objektif bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu bağlamda, gerek ilk tahsis aşamasında gerekse de hizmetin verilmeye devam edildiği süre zarfında yapılacak değerlendirmelerin ehil ve tarafsız kişilerce yapılması ve bunun ehil ve tarafsız heyetlerce kontrol edilmesi gerekir. Hem sınırlı kaynağa ulaşanların hem de ona ulaşmak için sıra bekleyenlerin, sistemin objektif yürütülmekte olduğuna dair kuşkuları olmamalıdır. Bu husus, aynı zamanda, subjektif değerlendirme içeren öncelik tanınma taleplerinin önüne geçerek, sağlık çalışanlarına, tüm bilgi, tecrübe ve dikkatlerini doğrudan hastaların tedavilerine vermeleri imkanı sağlayacaktır.
- 4-Sunulan Hizmetin Devam Ettirilmesi: Bir sağlık hizmetinin sunulmasına hiç başlanılmaması ile verilen hizmetin belli bir süre sonra durdurulması arasında etik açıdan bir fark olup olmadığı tartışma konusudur. Lehte ve aleyhte argümanlar ileri sürmek mümkün olmakla beraber, sunulmaya

başlanılan bir hizmetin ancak belli koşullarla durdurulabileceği kanaatindeyim. Örneğin, bir hasta solunum cihazına bağlandıktan veya yoğun bakıma yatırıldıktan sonra, sadece şu üç koşul altında bu hizmetler durdurulmalıdır: Hasta tedavinin devamını istememektedir (ret); hasta artık bu tür bir sağlık hizmetine ihtiyaç duymamaktadır (iyileşme); sunulan hizmet tıbbi olarak fayda sağlamamaktadır. Dolayısıyla, sınırlı kaynak kullanımına konu bir hizmete başlandıktan sonra, ilgili hasta, yeniden kaynak dağıtım kriterleriyle karşılaşmaksızın, bahsi geçen üç şarttan biri sağlanıncaya kadar, hizmet sunumu devam ettirilmelidir. Bu yaklaşımın sağlayacağı en önemli avantajlardan birisi, hizmeti sunan sağlık çalışanlarının, hizmetin durdurulması halinde karşı karşıya kalabilecekleri, duygusal ve etik ikilemin önüne geçilmesidir.

- 5- Puanlama Sistemi: Salgın ve doğal afet dönemlerinde, toplam fayda anlayışı, en makul ve savunulabilir argümandır. Ancak, esas sorun, bunu nasıl başarılacağıdır. Bu amaçla, *en hasta, en genç ve tedaviden beklenen sonuç* ilkelerinin birleşiminden hareketle, bir puanlama sistemi oluşturulmalıdır. Her bir ilkeye ayrı ayrı puan verilerek, her üç ilkenin toplam puanı, hastaların öncelik sıralamasında kullanılmalıdır. Ayrıca, ilkelere atfedilecek değer oranında, her bir ilke için farklı puanlama olabileceği gibi, her üç ilke eşit puan çerçevesinde de değerlendirilebilir. Örneğin, en genç ilkesinin diğer iki ilkeye kıyasen daha önemli olduğu düşünülüyorsa, en genç ilkesi 7 puan, diğer iki ilke 5'er puan veya her üçünün de eşit derecede önemiyet taşıdığı kanaati varsa, her üç ilke 5'er puan üzerinden ele alınabilir.

Ayrıca, söz konusu puanlama sistemi, hastalık ve hastalık kaynağı odaklı değil, hasta bazlı ele alınmalıdır. Korona virüsü sebebiyle solunum sıkıntısı yaşayan bir hasta ile kronik akciğer hastalığı olan kişi, solunum cihaz bölüşümünde, aynı puanlama sistemine tabi olmalıdır.

- 6- Eşitler Arası Kura Sistemi: Hayati öneme sahip işleri yürüten görevliler arasında veya puanlama sisteminde aynı puana sahip hastalar arasında da bir dağıtım sorunu varsa, eşitlik ilkesi gereği kura yöntemine başvurulmalıdır. Örneğin, aktif olarak görevde olan iki hekimin rahatsızlanıp yoğun bakıma alınma ihtiyaçları durumunda, sadece bir yoğun bakım yatağı varsa, hangi hekimin yoğun bakıma alınacağına kura yöntemiyle karar verilmelidir.

Salgın ve doğal afet dönemlerinde, toplam fayda anlayışı, en savunulabilir argümandır. Bu amaçla, en hasta, en genç ve tedaviden beklenen sonuç ilkelerinin birleşimiyle bir puanlama sistemi oluşturulmalıdır.

TABLO 1.

Amaç: Olağanüstü dönemlerde, sınırlı sağlık kaynaklarının eşitlik ve hakkaniyet ölçüsünde dağıtılması ve bölüştürülmesi suretiyle toplam faydanın maksimize edilmesi

Öneri	Gereklilikler	Beklenen Fayda	Olası Riskler
1- Şeffaflık ve Eşitlik	<ul style="list-style-type: none"> • Şeffaf ve hesap verilebilir bir mekanizma kurulması • Oluşturulan sistemin istisnasız herkese uygulanması • Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının aynı kurallara tabi olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgiye ulaşma hakkının kullanılması • Sistemin gerekliliği ve işleyişi konusunda fikir sahibi olunması • Sistemin hayata geçirilmesinde kamuoyu desteğinin alınması • Herkese eşit muamelede bulunulması • Kamuoyu nezdinde güven duygusunun tesis edilmesi • Özel sağlık kuruluşları kaynaklı avantaj ve dezavantajların önlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Özel sağlık kuruluşlarının serbest çalışmalarına müdahale
2- Hayati Görev Üstlenenlere Öncelik	<ul style="list-style-type: none"> • Salgın veya doğal afetle ön saflarda mücadele veren görevlilere öncelik tanınması 	<ul style="list-style-type: none"> • İlgili salgın hastalık veya doğal afetle doğrudan mücadele veren görevlilerin kendi sağlıkları konusundaki endişelerini azaltma • Hayati görev üstlenen kişilerin hizmet sunumuna devam etmelerinin sağlanması • Yürütülen hizmetin takdir edilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hangi meslek gruplarının buna dahil edileceği
3- Objektif Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaların tıbbi durumunun objektif biçimde tespit ve kontrol edilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi ve bilimsel dayanaklar çerçevesinde karar verilmesi • Haksızlık yapılmadığı konusunda güven duygusunun geliştirilmesi • Sistemin objektif kriterlerle denetlenmesi • Sağlık personelinin sadece sağlık hizmeti sunumuna yoğunlaşması 	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi değerlendirmeyi yapan personelin dış baskılara maruz kalması ve bu baskının doğurabileceği stres
4- Sunulan Hizmetin Devam Ettirilmesi	<ul style="list-style-type: none"> • Hizmet verilmeye başlanılan hastaların, belli istisnalar dışında, bu hizmeti almaya devam etmeleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmeti sunumuna hiç başlanmaması ile başlanılan hizmetin durdurulması kavramları arasındaki farkın ortaya konması • Sağlık çalışanlarının etik ve duygusal ikilemde bırakılmaması 	<ul style="list-style-type: none"> • Toplam fayda aleyhine sonuç doğurması
5- Puanlama Sistemi	<ul style="list-style-type: none"> • En genç, en hasta ve en iyi tedavi sonucu ilkeleri ışığında, tüm hastaların puanlamaya tabi tutulması • Puanlamanın sadece korona virüsü hastalarına değil, tüm hastalara uygulanması 	<ul style="list-style-type: none"> • Tek bir ilke çerçevesinde değil, üç ayrı ilkenin birleşimi neticesinde karar verilmesi • İlkeler arasında, toplam puana etki açısından, farklı ağırlık oluşma imkânı • Tüm hastaların aynı puanlamaya tabi olması 	<ul style="list-style-type: none"> • En genç, en hasta ve en iyi tedavi sonucu ilkelerinin her hasta için hakkaniyet sağlayamaması
6- Eşitler Arası Kura Sistemi	<ul style="list-style-type: none"> • Aynı şartları taşıyan hastalar arasında kaynak bölüşümünün kura yöntemiyle belirlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Uygulama kolaylığı • Herhangi bir yorum veya değerlendirme içermemesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hakkaniyetle çelişir sonuçlar ortaya çıkarması

SONUÇ

Sağlık hizmetlerine talebin çok yükseldiği salgın hastalık ve doğal afet durumlarında, sınırlı kaynakların nasıl dağıtılacağı, hastalar arasında hangi yöntemlerle bir öncelik sırasının belirleneceği ve uygulanacak hangi yöntemin daha adil, eşit ve hakkaniyetli olacağı hususu, adalet ilkesi paralelinde ele alınması gereken temel bir konudur. Hızla yayılmaya devam eden COVID-19 pandemisi, solunum cihazı ve yoğun bakım yatağı şeklindeki belli alanlarda talep yoğunlaşmasına yol açmaktadır. Kapasitenin artırılması yoluyla talebin karşılanması arzu edilen bir yol olmakla beraber, vaka sayılarındaki hızlı artış, aynı zamanda bir bölüşüm ve dağıtım yönteminin de uygulamasını zorunlu hale getirmektedir. Bu çerçevede; tıbbi, sosyal ve etik unsurların bir arada değerlendirildiği *eşitlik ve hakkaniyet modeli* geliştirilerek, sınırlı kaynak dağıtımında ve bölüşümünde toplam faydanın adil, eşit ve hakkaniyet ölçüsünde maksimize edilmesi amaçlanmıştır. Bu model; şeffaflık ve eşitlik, *hayati görev* üstlenenlere *öncelik*, *objektif değerlendirme*, *sunulan hizmetin devam ettirilmesi*, *puanlama sistemi* ve *eşitler arası kura* şeklindeki altı prensipten oluşmaktadır. Tablo 1’de özetlendiği üzere, bu model, her bir prensibin gereklilikleri kapsamında, sınırlı kaynak dağıtımında ve bölüşümünde sadece tıbbi kriterleri değil, aynı zamanda, hayati görevleri üstlenenlere öncelik tanınması gibi sosyal ve sunulmaya başlanılan hizmetin devam ettirilmesi şeklindeki etik unsurları da dikkate alan bir yaklaşımdır.

KAYNAKÇA

- American Medical Association. “Allocating Limited Health Care Resources.” Erişim 11 Nisan 2020, <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/allocating-limited-health-care-resources>.
- Beauchamp Tom L. ve James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*, 7. edisyon. New York: Oxford University Press, 2013.
- Emanuel, Ezekiel J., Govind Persad, Ross Upshur, Beatriz Thome, Michael Parker, Aaron Glickman, Cathy Zhang, Connor Boyle, Maxwell Smith ve James P. Phillips. “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19.” *The New England Journal of Medicine* (2020): 1-7.
- Daniels, Norman. “Justice, Health, and Healthcare.” *American Journal of Bioethics* 1:2 (2001): 2-16.

Salgın dönemleride mevcut kapasitenin artırılması gerekir ancak çoğu kez, kapasitenin talep oranında artırılması imkansızdır. Bu hallerde adalet ilkesine uygun öncelik belirleme ve dağıtım yapma zorunluluğu doğmaktadır.

Johns Hopkins University. “COVID-19 Data Center.” Erişim 11 Nisan 2020, <https://coronavirus.jhu.edu>.

Jonsen, Albert R., Mark Siegler ve William J. Winslade. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 8. edisyon. New York: McGraw-Hill Education, 2015.

Persad, Govind, Alan Wertheimer ve Ezekiel Emanuel. “Principles for allocation of scarce medical interventions.” *Lancet* 373 (2009): 423-431.

UNESCO. “Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.” Erişim 11 Nisan 2020, http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

White, Douglas B., Mitchell Katz, John Luce, Bernard Lo, Lee Daugherty Biddison, Eric Toner, ve Scott Halpern. “Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency.” Erişim 11 Nisan 2020, https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_Model-HospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf.

LİBERAL PERSPEKTİF ANALİZ

Sayı: 15, Nisan 2020

KORONA VİRÜSÜ PANDEMİSİYLE (COVID-19) MÜCADELEDE SINIRLI KAYNAK KULLANIMI

Dr. Ercan Avcı



Çankaya Mah., Atatürk Bul., No.160 D.10 Çankaya, Ankara

(312) 213 24 00 www.oad.org.tr info@oad.org.tr

[f](https://www.facebook.com/ozgurlukarastirmalari) ozgurlukarastirmalari [t](https://twitter.com/ozgurlukar) ozgurlukar