

COVID 19 Pandemisi ve Etik Konular

COVID 19 Pandemic and Ethical Issues

Nüket ÖRNEK BÜKEN

ÖZ

COVID 19 Pandemisinin etik yönlerini konu alan bu makalede öne çıkan konular şunlardır; sınırlı tıbbi kaynakların adil dağıtımı ve triaj kararları, tıbbi yararlılık konusu, ABD ve İtalya örneklerinde daha sık gördüğümüz özellikle yaşlılara ve örselenebilir/etkilenebilir savunmasız gruplara yönelik ayrımcı yaklaşımlar, tedaviye hiç başlamamak ya da başlanmış tedavileri kesmek şeklindeki kararlar, tedavinin önceliklendirilmesi konusunda doğrudan ya da dolaylı ayrımcılıklar, sağlık çalışanlarına yönelik riskler ve risk yönetimi konuları, hekimin tedavi etme sorumluluğunun sınırlılıkları ve yasal yükümlülükler, kişinin özerkliği sorunu, mahremiyet, “eşitlik, özgürlük, adalet” kavramlarının özellikle pandemi günlerinde ne ifade ettiği ya da etmesi gerektiği konuları.

Anahtar Kelimeler: COVID 19 Pandemisi, Etik konular, Kaynakların dağıtımı, Triaj, Kişisel özsayırlık

Giriş

İnsanlık tarih sahnesinde var olduğundan beri, onu meşgul eden ve tarihin yönünü değiştiren üç temel sorun hep var olmuştur ki bunlar; salgınlar, savaşlar ve kıtlıklardır. Özellikle de II. Dünya savaşı sonrası kurulan yenedünya düzeninde, insanlık olarak bu üç sorunu da dizginlediğimize inandık. Çünkü bunları engellemenin yollarını artık bildiğimizi düşünüyorduk. Savaştan sonra gelişen tıp ve araştırma etiği dünyası; bireysel haklar ve özgürlükler, insanın refahı, bilgi ve teknolojiyi kullanarak sağlanacak toplumsal yararlar gibi konular üzerinde odaklanmıştı (1). Savaş sonrası tıp kurumu, bulaşıcı hastalıkların toplum sağlığına yönelik tehditleriyle çok fazla uğraşmadığı gibi, bu hastalıkları önleyici halk sağlığı tedbirleri ve önleyici ilaçlarla da uğraşmıyordu. Çünkü sanayileşme ve teknoloji çağındaki bizler, biyoloji ve insanlık tarihini de unutarak, enfeksiyöz hastalıkların tedavi edilememesi gibi bir durumun bundan böyle bizleri tehdit edemeyeceğine inanıyorduk. Yine inanıyorduk ki, epidemiler/pandemiler, ya tarihe aitti; savaş sonrası farmasötik cephaneliğe ait mucize bir ilaçla tedavi edilebilirdi ya da gelişen dünyanın bilinen hastalıkları ile sınırlı ve çözülebilir bir sorundu (2).

1. Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD, HÜ Biyoetik Merkezi, E-posta Adresi: buken@hacettepe.edu.tr
ORCID ID: 0000000191666569

ABSTRACT

Abstract:

The prominent topics in this article on the ethical aspects of COVID 19 Pandemic are; fair distribution and triage decisions of limited medical resources, the issue of medical usefulness, discriminatory approaches to the elderly and vulnerable groups, which we see more frequently in the USA and Italy examples, decisions about withdrawing or withholding treatment, direct or indirect discrimination in prioritisation decisions, management of risk to health professionals, limitations of physician's responsibility to treat and liability issues, the problem of autonomy, privacy, and what the concepts of “equality, freedom, justice” mean especially in pandemic days.

Keywords: COVID 19 Pandemic, Ethical issues, Resource allocation, Triage, Self induced illness

ların tedavi edilememesi gibi bir durumun bundan böyle bizleri tehdit edemeyeceğine inanıyorduk. Yine inanıyorduk ki, epidemiler/pandemiler, ya tarihe aitti; savaş sonrası farmasötik cephaneliğe ait mucize bir ilaçla tedavi edilebilirdi ya da gelişen dünyanın bilinen hastalıkları ile sınırlı ve çözülebilir bir sorundu (2).

Bu inanışların yanlışlığını ilk olarak ortaya koyan 30 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olan AIDS olmuştur. AIDS, 1980'lerin başında ortaya çıktığında, gelişmiş sanayi toplumlarının salgın hastalık riskinden kurtuldukları varsayımının yalnızca bir yanılsamadan ibaret olduğu anlaşılmıştır. Böylece Amerika başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde, epidemilere karşı korunmada toplum sağlığının önemi tekrar fark edilir oldu. Tıp ve bilim dünyası, yeni ve karmaşık bu retroviral hastalık ile karşılaşmak zorunda kalırken; yasalar, etik ve kamu politikaları dünyası da bu bulaşıcı hastalığın ortaya koyduğu karmaşık etikolegal konularla uğraşmak zorunda kaldı.

Tıbbı, bilime, halkın sağlığına ve yasal sisteme meydan okuyan HIV/AIDS, sağlık çalışanlarını, hastaları ve toplumu önemli bir etik mücadeleye zorladı; AIDS'le birlikte, bireysel mahremiyet ve özgürlüğe önem veren liberal toplumlarda, epidemi ile nasıl mücadele edileceği sorusu gündeme geldi. Özellikle bireysel özgürlüklere karşı toplumsal hak ve özgürlüklerin nasıl korunacağı tartişılmaya başlandı. Bir tarafta toplumun iyiliği uğruna toplum sağlığının korunması, diğer tarafta kişi hak ve özgürlüklerinin korunması karşılıklı çatışma haline girdi. Çünkü kişi hak ve özgürlükleriyle toplum sağlığının temel etik değerleri, algılayış biçimleri ve hareket alanları birbirinden radikal bir şekilde ayrılmaktaydı (3).

Bugün artık AIDS, en azından tedavi masraflarını karşılayabilen ülkeler açısından kronik bir hastalık haline gelmiştir. Yirmi birinci yüzyılın başında ise, ortalama bir insanın obezite ya da kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölme olasılığı, bir virüs ya da terör saldırısından ölme olasılığına göre daha yüksek kabul ediliyordu.

COVID 19 Pandemisinden kısa bir süre önce dünyanın gündeminde ekonomik ve siyasi/askeri krizler, savaşa, ekonomiye ya da ekolojiye bağlı gler yer almaktaydı. Diğer taraftan özellikle 20. Yüzyıldan miras alarak geliştirdiğimiz teknolojik, ekonomik ve siyasi ilerlemeler ile bilim insanları ve biyoetikiler, geliştirilebilir yeni teknolojilerle özellikle de biyoteknoloji, nanoteknoloji, nöro-teknoloji, bilgi ve iletişim teknolojileri gibi konularla yoğunlukla ilgileniyorlardı.

Diğer taraftan dünya üzerinde 2000'lerin başından itibaren birkaç yılda bir görülen ancak alınan etkin önlemler sayesinde, görece çok daha az kurban verilen salgınlar da yaşandı; 2002-2003 de SARS, 2005 de kuş gribi, 2009-2010 da domuz gribi, 2014 de EBOLA salgını... gibi. Tıbbın tarihinde hekimler ile bakteriyolojik ajanlar arasındaki savaşta hekimlerin silahlanma açısından bakteriyal ajanlardan daha hızlı ilerlediğini söyleyebiliriz. Daha etkin ilaç ve aşı geliştirmede tıp ve araştırma dünyası hep bir adım nde olacak şekilde biyotıp dünyası yapılandırılmaya çalışılmaktadır (1). Bilim ve teknoloji çağında bakteriyolojik

savaşlardan aslında insanlık galip çıkmıştır. Dolayısıyla artık bu tür pandemilerin engellenemez doğal bir felaket olarak görülmemesi ve arkasında başka komplo teorileri aranmasının nedeni de tam olarak bu algı ve n kabuldür aslında. Nitekim 2014 de Ebola salgınında Dünya Sağlık rgt salgına karşı harekete geçmekte yetersiz kalmakla ve Afrika ayağındaki yolsuzluk ve yetersizliklerle suçlanmış ve eleştirilmişti. COVID 19 pandemisinde de ortaya çıkan bu tür benzer eleştiriler, insanların artık salgınları engelleyebilecek bilgi ve yetkinlikte olduğu varsayımına dayanmaktadır ve bir salgın kontrolden çıkar ise, bu durum ya kişi ve kurumların iç bilmezliğinden ve görevlerini yeterince yapmamalarından, ya da daha kötüsü acımasız bir ideolojinin savunucularının bizzat kendi ellerinden çıkan laboratuvar kaynaklı bir biyolojik silah olmasından dolayıdır.

Bugün ve bu pandemi deneyimiyle anlaşıldı ki, insanlık tarihsel süreçte bilim ve teknoloji ile kazandığı başarılarının azametiyle, çok açık olan bir şeyi gözden kaçırdı; kıtlık, salgın ve savaşlar ortadan kalkmadı, aslında boyut değiştirerek hep var olmaya devam etti.

Söz konusu Pandemi ve tıp etiği olduğunda ne çıkan konular; sınırlı tıbbi kaynakların adil dağıtımı ve triaj kararları, tıbbi yararlılık konusu, ABD ve İtalya örneklerinde daha sık gördüğümüz özellikle yaşlılara ve örselenebilir/etkilenebilir savunmasız gruplara yönelik ayrımcı yaklaşımlar ve tedaviye hiç başlamamak ya da başlanmış tedavileri kesmek şeklindeki kararlar (ventilatörden hastayı çekmek) ve yaklaşımlar, tedavinin önceliklendirilmesi konusunda doğrudan ya da dolaylı ayrımcılıklar, sağlık çalışanlarına yönelik riskler ve risk yönetimi konuları, hekimin tedavi etme sorumluluğunun sınırlılıkları ve yasal yükümlülükler, kişinin özerkliği sorunu, mahremiyet, "eşitlik, özgürlük, adalet" kavramlarının özellikle pandemi günlerinde ne ifade ettiği ya da etmesi gerektiği konuları... olmaktadır (4).

şimdi bu konuları ve bu konularla ilgili süregiden etik tartişmaları gözden geçirelim.

COVID 19 Pandemisinde Temel Etik Konular
Pandemiler eldeki kaynakların yetersizliği ile ulusal ve uluslararası boyutlarda ülkeleri ve insanlığı ciddi sıkıntılara düşürebilecek afetlerdir. Pandemi yönetim sürecinde ise bu durumun en az hasarla ve en az can kaybı ile atlatılması hedeflenmektedir. Böylesi büyük ve yaygın durumlarda birçok etik sorun ve ikilemler ile karşılaşılması ise kaçınılmaz olmaktadır. Pandemi yönetim sürecinin önemli bir basamağı olan pandemi öncesi hazırlık döneminde, pandemiye müdahale döneminde ve pandemi sonrası iyileştirme döneminde her daim göz önünde bulundurulması gereken bir parametreye olan ancak belki de en az gündeme getirilen konu “pandemi etiği” konusudur (2).

Pandemi sürecinde tıbbi, insani, ekonomik, sosyal, kültürel, sivil ve siyasi hakların korunması önemli olup, göz önünde bulundurulacak etik ilkeler şunlardır;

- Gereksinim duyulan tıbbi yardımın verilmesi
- Pandemi süresince bilgilendirme
- İnsanlık onuruna/kişiliğine saygı
- Bireye saygı
- En çok örselenebilir/savunmasız kişiler ve gruplar için öncelikli tıbbi yardım
- Korunma önlemleri
- Sosyal bağları koruma ve onarma önlemleri

Herkes eşit saygı, adalet, birlikte çalışma becerisi ve isteği, orantılılık, esneklik, açık ve şeffaf karar verme bu süreçte önemlidir. İnsanlar mümkün olduğunca bilgilendirilmeli ve kendilerine görüşlerini ifade etme şansı verilmelidir, özellikle bakım ve tedavi konusunda hastaların kişisel tercihlerine saygı gösterilmelidir.

Herkesin eşit olması, herkese aynı muamele edilmesi anlamına gelmez, gereksinimlerine göre gerektiğinde farklı kişi ve gruplara farklı müdahalelerin yapılması gerektiği anlamına da gelir. Kişilerin bir sağlık kaynağından yararlanma şansı eşit olmalı ve bu konuda adalet ilkesinin gerekleri hakkaniyetle yerine getirilmelidir. Bu süreçte ilgili kişi ve kurumların birlikte sorumluluk alması, artan yükleri üstlenirken birbirlerini desteklemeleri, değişen koşullara uyarlanabilir hizmet planları yapabilecek esneklikte olmaları

ve kişi hakları üzerindeki kısıtlamaların, belirlenen hedeflerle orantılı olması önemlidir. En iyi kararlar kapsayıcılığı yüksek, şeffaf ve mümkün olduğunca makul kararlardır. Bu kararlar mantıklı, kanıta dayalı ve makul bir sürecin sonucunda alınmalıdır.

Diğer taraftan, pandemi durumunda sağlık politikaları dezavantajlı/örselenebilir ve hastalık yükünün çoğunu üstlenen toplum kesimlerine hitap edebilmelidir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada sosyoekonomik ve çevresel faktörlerin eşitsizlik oluşturmalarına izin verilmemelidir. Sağlık kuruluşları genellikle refah düzeyi nispeten yüksek büyük şehirlerde ve metropollerde yoğunlaştığı için, kırsalda, küçük yerleşim bölgelerinde yaşayan dezavantajlı gruplar ters hizmet kuralı gereğince daha çok sağlık hizmetine gereksinim duyarken, daha azına ulaşabilmektedir. Hizmet sunumunda toplumun her kesimine olabildiğince eşit davranmak, kanun yapıcılara ve yöneticilere olan güveni de arttıracaktır.

Sınırlı Tıbbi Kaynakların Adil Dağıtım Konusu
Talep sağlık sisteminin cevap verme yeterliğini aşar ise, sınırlı sağlık kaynaklarının dağıtımında, uygun önceliklendirme politikaları ve yönergeleri oluşturulması gerekecektir. Böylesi koşullarda daha faydacı kararların alınması kaçınılmazdır ve verilen kararlar o spesifik tek durumda verilebilecek en makul karar olmalıdır. Bununla ilgili belirlenecek yöntemler her ne kadar olabildiğince nesnelliliği gerektirecek olsa da, pratikte her durumda görecelilik de kaçınılmaz olarak var olacaktır.

Sağlık profesyonelleri daha yüksek bir sağ kalım olasılığı olan başka hastaların tedavisini sağlamak için, bazı tedavilerden geri çekilmek zorunda kalabilirler. Mortalite ve morbiditenin genel olarak azaltılmasını maksimize etmeye dayanan bu tür nicel kararlar, sağlık profesyonelleri için oldukça zorlu etik kararlardır (2).

Özellikle karar verme kapasitesi yetersiz olan yetişkinlerle ilgili bu önceliklendirme kararları, olması gerektiği gibi onların “en üstün tıbbi çıkarlarını” koruyan kararlar olamayabilir. Gerek görülmesi halinde, hekim örgütleri bu kararları

alma konusunda protokoller hazırlayabilirler. Bu durum, değişen koşullara ve belirsizliğe, zamanında ve hızlı bir şekilde cevap vermek için hem pratik hem de yeterince esnek olmayı gerektirir.

Kaynak dağıtımı ile ilgili tüm kararlar (4):

- Makul koşullarda
- Mevcut en iyi klinik verilere ve görüşe dayanarak
- Tutarlı etik ilkelere ve akıl yürütmeye dayalı
- Değişen koşullarda hızla revize edilebilen
- Açık ve şeffaf olmalıdır.

Kaynak tahsisi gerekçesiyle, bazı hastalardan bazı tedavi uygulamalarını durdurma veya geri çekme kararı alındığında, bu hastaların mevcut koşullarda mümkün olan en şefkatli ve özel tıbbi bakımı aldıklarından emin olmak önemlidir. Bu, uygun semptom yönetimini ve hastaların ölmekte olduğu yerlerde mevcut en iyi yaşam sonu bakımını da içermelidir.

Bu kararları almak gerekli hale gelirse, önemli bir duygusal yük içerdiği için sağlık çalışanları üzerinde hem kısa vadede hem de bazı durumlarda daha kalıcı olarak olumsuz etkilerinin olması muhtemeldir. Bu tür kararlar sağlık personelinin ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz yönde etkileyebilir. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları zorlu pandeminin alışılmadık ve yorucu koşullarında zaten aşırı fiziksel ve emosyonel yük altında kaldıklarından ve etkili klinik hizmetleri sürdürmenin bir parçası olarak sağlık sisteminin salgına yanıt verme yeteneği büyük oranda sağlık çalışanlarının refahına da bağlı olacağından, psikolojik destek de dahil olmak üzere uygun desteğin sağlanması konusunda gerekli adımların atılması en öncelikli konudur.

Geleneksel ve basit bir algoritma olan “first come, first served”(önce gelen hizmeti alır) mantığı ilk bakışta adil ve kolay gibi görünse de, bu mantığın, hastaneye ulaşımı kolay, maddi durumu iyi ve ilk dalgada enfekte olan hastalara avantaj sağladığı da açıktır. Zor durumda kaldıklarında hekimler, hastaları kısa sürede fayda sağlama kapasitelerine göre sınıflama eğilimi içerisinde olabilirler. Eşitlik ilkesine uygun olmakla beraber

bu durum yaşlıları ve kronik hastalığı bulunanları indirekt/dolaylı ayrımcılığa tabii tutan, istenmeyen bir durumu ortaya çıkarabilir. Ancak elbette ciddi bir pandemi durumunda da bu algoritmanın uygulanması kaçınılmaz olabilir (2,4).

Bir diğer algoritma yoğun bakım hizmetlerinden hastanın göreceği yarar için bir “eşik değeri” oluşturulmasıdır. Bu algoritma, hizmetten kısa sürede fayda görme mantığına temelde çok benzer. Bu sisteme göre, yoğun bakım yatağına alınsa dahi ölme riski yüksek olan veya çok uzun süre entübe kalması beklenen hastaları, bu eşik değerinin üzerinde kalarak yoğun bakım hizmetinin sunulmaması teklifi olup, temelde bu fikir de yaşlı ve komorbiditesi fazla olan hastalara karşı ayrımcı olsa da, sınırlı kaynakların daha çok kişiye eşit olarak paylaşılması ilkesine yani utilitarian görüşe uygundur. Elbette bu eşik değerinin üstünde kalan hastalara yoğun bakım hizmetinin dışında kalan diğer tüm hizmetler verilmeye devam edilecektir (4).

Triaj kaçınılmaz olduğunda ise, en acil olan, tedavisi en uygulanabilir ve en basit olan ve yaşama şansı en yüksek olan hastanın önceliklendirilmesi önerilmektedir. Sınırlı kapasitenin benzer ihtiyaçları olan kalabalık bir hasta grubuna dağıtılmak zorunda olunması da, öncelik kime, nasıl verilecek sorularını ortaya çıkarmıştır. Karar verme sürecinin hızlı gerçekleşmesi gereği, belirlenen kriterler ne olmalıdır, kimin hangi özelliği onu tedavi almakta öncelikli yapar gibi sorular da etik olarak kabul edilebilir, kaynakların en doğru ve en fazla sayıda insan için kullanımına imkân verecek bir şekilde triaj yapılmasının zorunluluğu ortadadır.

Triaj

Triaj ilkesi, savaş meydanlarında hekimler tarafından keşfedilmiştir. Bu ilke, hekimlerin ya da diğer sağlık elemanlarının, tedavi edilecek kişileri klinik durumlarına göre üç gruba ayırmasını gerektirir:

- Tedavi edilmese bile iyileşebilecek olanlar,
- Tedavi edilse bile ölecek olanlar,
- Tedavinin yaşam-ölüm (ya da özürlü olma ile normal olma) farkı yaratacağı kişiler (5).

Bu durumda, birinci ve ikinci grup zaman kalırsa müdahale edilmek üzere ayrılarak, öncelik üçüncü gruba verilir. Bu ilke, en çok gereksinimi olanları listenin başına koyduğundan (sağlık hizmetini ihtiyaçlara göre dağıttığımızı varsayarsak) ve kısıtlı kaynakların en etkin şekilde kullanılmasına imkân verdiği için uygun görünmektedir.

Buna göre kaynaklar her zaman kısıtlı olduğundan ve her zaman acil olarak karşılanabilecek olandan daha çok tedavi talebi olacağından, triaj sağlık hizmetlerinin dağıtılmasında genel bir ilke olarak kullanılabilir. Fakat eğer bu uygulanırsa, çok yaşlılar gibi ne yapılsa yapılsın yakında ölecek olanlar, gençlerden daha az sağlık hizmeti alacak demektir. Dolayısıyla, çok yaşlılara yönelik böyle bir ayrımcılık, bu ilkeye göre adil ve mantıklıdır. Triaj, kritik veya acil durumlarda, kimin öncelikle tedavi alması gerektiğine dair kararların derhal alınması gereken, çünkü daha fazla sayıda bireyin yaşamını tehdit eden koşullar altında olduğu ve kaynak tahsisinin yeterli olmadığı durumlarda uygulanır. Salgın sırasında sağlık hizmeti sağlayıcıları, triaj sistemlerini uygulayacak veya genişleteceklerdir. Triaj, kişileri ihtiyaçlarına ve müdahalenin muhtemel sonuçlarına göre bir önceliklendirme sıralamasına tabii tutar.

Triajda alınan kararların potansiyel olarak çok sayıda kişinin hayat kurtarıcı tedaviyi görüp görmeyeceğini belirleyeceği bir noktaya ulaşmamız mümkündür. Bu nedenle kararların altında yatan ilkelerin sistematik olarak uygulanması esastır. Bu koşullarda, durumu en acil, en az karmaşık olan ve en uzun süre yaşayacak olanlara öncelik verilmesi muhtemeldir, böylece genel yararlılık en üst düzeye çıkarılır (4).

Öncelikli hastanın belirlenmesi kararları, kaynakların mevcudiyeti ile talep arasındaki ilişkiye bağlı olacaktır. Kaynakların ciddi tükenmesi durumu ortaya çıkarsa, hangi hastaların tedavi alması gerektiğine dair kararlar da değişecektir.

COVID-19 ile ilgili mevcut verilerin ileri yaş ve mortalite arasında güçlü bir korelasyon gösterdiğini biliyoruz. Bunun yaşın gerçek etkisini mi

yansıttığı, yoksa hayatta kalma oranlarını etkileyecek yaş ve komorbiditeler arasındaki bir korelasyon mu olduğu konusunda henüz yeterli çalışma yapılmamış olsa da, bu gruplar için en zorlu triaj kararlarının alınması muhtemeldir.

Gerekli hale gelirse, bu kararlar yalnızca yaşa dayanmamalıdır. Etik olarak, triaj, hastalar ve mevcut kaynaklardan yararlanma olasılıkları hakkında klinik olarak ilgili gerçeklerin tanımlanmasını gerektirir. Genç hastaların her durumda otomatik olarak yaşlı hastalar üzerinde tedavi önceliğinin olması anlamına gelmez.

Diğer taraftan pandemi insanların başka şekillerde hasta olmasını engellemeyecektir. Bu nedenle triaj kararları sadece doğrudan COVID-19'dan mustarip olan hastalarla ilgili olmayacaktır, hastanedeki diğer klinik kararları da etkileyecektir. Benzer kriterlerin tüm tıbbi ihtiyaç çeşitlerine uygulanması gerekecektir. Sonuç olarak, yoğun bakım veya ventilasyona erişim sağlama eşikleri, ilgili kriterlere sahip tüm hastalar için değiştirilmelidir.

Örneğin, klinisyenlerin, tüm yatan hastalar için (COVID-19 ilişkili hastalığı olan veya olmayan) kardiyopulmoner resüsitasyonun uygunluğunu gözden geçirmeleri ve belgelemeleri önemli olacaktır. Hastaların arka plan hastalığı, eşlik eden morbidite, yoğun bakıma kabul koşulları (kabullerde kısıtlamaların neler olacağı), kardiyopulmoner resüsitasyonun başlatılıp başlatılmayacağı, resüsitasyon sonrası yoğun bakımın sağlanıp sağlanamayacağı, ileri resüsitasyon yapılmasının hastanın çıkarına olup olmayacağı, potansiyel olarak resüsitasyon ekibinin gereksiz kişisel risklere girip girmeyeceği... konuları konuşulmalıdır.

Kişisel Öz sayrılık konusu

Self induced illness /Öz sayrılık, kişinin yaşam biçimi ve seçimleri sonucu ortaya çıkan hastalıklar kümesine verilen addır. Sigara içmek, alkol kullanmak, aşırı yemek gibi alışkanlıklar ve yaşam biçimleri, kişinin belirli hastalıklara eğilimli olmasına yol açar. Biyoetik açısından bu terimin önemi, başta sınırlı ve pahalı tıbbi girişimler olmak üzere, genel olarak tıpta kaynakların dağıtım

mında gereksinimi olanlar arasında öz sayrılığa bağlı bir ayırım gözetilip gözetilmeyeceği sorusu bağlamında ortaya çıkmaktadır. Hastalık yaratıcı etkisi bilinen davranışları benimsemiş kişilerin, bu tutumlarının sorumluluğunu taşımaları gerektiği, öz sayrılık nedeniyle ortaya çıkan maddi ve manevi bedelin topluma yüklenemeyeceği savına karşılık, insanların insani olanaklar bağlamında yer alan; suç olarak tanımlanmayan davranışlarından ötürü ayrımcılığa uğratılmayacakları, böyle bir ayrımcılık girişiminin ahlaksal açıdan haklı çıkarılamayacağı savı ileri sürülmektedir (5).

Bu sorulara yanıt bulabilmek açısından öncelikle hastalıklar üzerinde önemli etkisi olan doğal nedenlerin, çevre etkisinin ve bireyin kişisel aktivitelerinin iyi bir şekilde tanımlanması ve ayrıştırılması gerekmektedir. İkinci olarak da bireyin hastalığa neden olan bu riskli davranışları otonom/özerk bir şekilde yapması ve yaparken risklerinin farkında olması ve bu riskleri kabul etmesi gerekmektedir. Çünkü bireyler aktivite anında risklerin farkında değilse, bu durumdan sorumlu tutulamazlar.

Toplum bireylerinin, istemli olarak riskli sağlık davranışlarında bulunan kişilerin sağlık bakımı için de prim ödemeleri adil midir? Örneğin güvenli olmayan cinsel ilişki nedeniyle ya da uyuşturucu kullanımı nedeniyle HIV bulaşan, sigara içmesi nedeniyle Akciğer kanseri ve alkol kullanımı nedeniyle karaciğer sirozu olan bireylerin, yani istemli olarak riskli davranışlarda bulunan bireylerin, tıbbi ihtiyaçları bu riskli davranışlardan kaynaklandığı için, bu bireylerin toplumsal fonların dışında bırakılması adil olur mu? Bu durum fırsat eşitliği ile çelişir mi? Bu bireyler riskli aktivitelerde bulunarak veya riskli sağlık davranışlarını sürdürerek kendi fırsatlarını azaltmakta mıdır? Bu ve bunun gibi sorular Batı da özellikle sağlık kaynaklarının adil kullanımı konusunda sık gündeme gelmekte ve riskli sağlık davranışları gösteren bireylerin sağlık bakım hakkının dışında tutulmasının adil bir şekilde yapılabilmesi açısından bazı gerekliliklerin sağlanmış olması şartı aranmaktadır. Örneğin; biliyer atrezi nedeniyle ölmek üzere olan bir çocuğa ilk normal karaciğerini verme fırsatının, sağlıklı bir karaciğere

sahip olup da alkole bağlı son dönem karaciğer yetmezliği oluşan bir kişiye verilmesinden daha adil olduğunu düşünür müsünüz (5)

Bu konuyu pandemi özelinde konuşacak olur isek; biliyoruz ki pandeminin doğası gereği, kişisel önlemlerle, sosyalleşmeyi azaltarak, hijyene dikkat ederek toplumun büyük bir kesimi aslında kendisini enfekte olmaktan koruyabilir. Bu sadece kişisel bir sorumluluk değil, aynı zamanda toplumsal bir sorumluluktur. Çünkü enfekte sayısı ne kadar az olursa sınırlı kaynakların paylaşımında yaşanacak sorunlar da o kadar baş edilebilir olacaktır. Virüsle enfekte olmak ile birtakım riskli tutumların ilişkisi açıktır, bu tür riskli davranışları sergileyerek hem kendi sağlığını hem de toplumun sağlığını riske atan kişiler, gerekli önlemleri almadıkları için enfekte olup, acil servislere hizmet almak için gelirlerse, bu hastalar bu servislere önceliğin belirlenmesi sürecinde nasıl değerlendirilecektir? Önlemleri umursamadığı için enfekte olan birisi başka ayırt edici öncelik kriterinin olmadığı, örneğin enfekte bir sağlık çalışanından daha mı önce tedavi alacaktır? Pandeminin pik zamanlarında daha da önemli hale gelen kaynakların öz sayrılık nedeniyle bir kişiden alınıp diğerine verilmesi bir ayrımcılık mıdır yoksa kişi eylemlerinin sorumluluğunun olması temelinde haklı çıkarılabilir bir tutum mudur? Bu konu henüz tartışılmaya başlanmamış olan, ama pandeminin uzun sürmesi durumunda göz önüne alınması muhtemel konulardan birisi olmaya aday konulardandır.

Tıbbi yarar

Triyaj sırasında sağlık profesyonellerinin dikkatinin odak noktası, en fazla sayıda insana en büyük tıbbi faydayı sunmak olacaktır. Böyle oldukça basit bir ilke gibi görünen ilkenin arkasında zorlu kararlar pusuda beklemektedir aslında. Bu tür bir strateji, hastalığın epidemiyolojisine göre değişecek olan risk altındaki gruplar hakkında epidemiyolojik bir yargıda bulunmayı da gerektirir.

Yoğun bakıma kabulde yararı en üst düzeye çıkarmak için, yoğun bakıma kabul, mekanik ventilasyon, ekstrakorporeal membran oksijenasyonu

gibi... kısıtlı yoğun bakım tedavilerinin kullanılması için yukarıda da söz ettiğimiz gibi bir eşğin belirlenmesi gerekecektir. Sağ kalımı belirleyen ilgili faktörler arasında; akut hastalığın şiddeti, eşlik eden morbiditenin varlığı ve şiddeti ve klinik prognozu etkilediğini bildiğimiz hasta yaşı gibi konular sayılabilir. Ölüm olasılığı yüksek ya da uzun süreli yoğun bakım desteği gerektirecek bir eşik seviyesini aşan hastalar, bu durumda yoğun bakım tedavisi için dikkate alınmayacaklardır (4).

Mevcut pandemi sırasında olası bir zorluk da, yoğun bakım gerektiren çok sayıda insanın, hayatta kalma şansının ve yoğun bakımda kalış sürelerinin birbirine benzer olma olasılığıdır. Bu şartlar altında, kaynakların adil bir şekilde ve hakça dağıtılmasını sağlayan eşitlikçi bir yaklaşıma dikkat edilmesi gerekecektir.

İlk etapta en olası yaklaşım, yukarıda da ifade ettiğimiz gibi ‘ilk gelen, hizmeti alır’ biçiminde ve gayet anlaşılabilir bir ilkeye dayanan bir tür değiştirilmiş kuyruğa girme sistemidir. Bu durum, pandemi sürecinde daha önce hastalananların, daha sonraki bir aşamada benzer şekilde hasta olanlara göre, yoğun bakıma kabul edilme veya mekanik ventilasyon alma olasılığının daha yüksek olacağı anlamına gelir. Böyle bir yaklaşımın uygulanması prosedürel olarak basit ve tartışmasız olarak adil görünse de, içerdiği zorlukları da yok değildir. Örneğin, diğerlerine göre nispeten daha mobil olan, ulaşım araçlarına erişimi daha kolay olan veya hastaneye daha yakın yerlerde oturan kişilere böyle bir sistemde öncelik verilmesi gayet olasıdır.

Önceliklendirme kararlarında doğrudan ve dolaylı ayrımcılık

Hastaların triaj veya önceliklendirme kararları sonucunda hayat kurtarıcı tedaviye erişiminin reddedildiği durumlarda, olası ayrımcılık ile ilgili soruların gündeme gelmesi muhtemeldir. Pandeminin zirve yaptığı sırada, doktorların, bir hastanın ‘hızlı bir şekilde tedaviden yararlanma kapasitesi’ temelinde, tedavi için uygunluğunu değerlendirmesi gerekecektir. Bu nedenle, yoğun bakıma veya ventilatör desteğine erişim konusunda hastalardan bazıları reddedilebilir. Bu, kaçınılmaz

olarak hem yaşlılara hem de uzun vadeli olumsuz sağlık koşullarına sahip olanlara karşı, dolaylı olarak yapılmış bir ayrımcılık olacaktır. Ayrıca, önceden var olan sağlık sorunlarının bir sonucu olarak kişinin hayat kurtarıcı tedaviye erişimi reddedilmiştir. Yaş veya engellilik ile ilgili basit bir ‘tedaviyi kesme’ politikası, doğrudan ayrımcılık oluşturacağı için yasa dışı olacaktır. Ya da bu belirlemenin örneğin ırkçı ve etnik ayrımlara dayandırılması da hukuk dışı ve kabul edilemez bir tutumdur. Yine örneğin 75 yaşındaki sağlıklı bir hastanın yasal olarak yaş temelinde tedaviye erişiminin kısıtlanması da kabul edilemez. Bununla birlikte, COVID-19’a sekonder ciddi solunum yetmezliği olan yaşlı hastalar, yoğun bakıma rağmen çok yüksek bir ölüm riskine sahip oldukları için, sonuç olarak yoğun bakıma kabul konusunda daha düşük bir önceliğe sahip olacaklardır ki pandemi sürecinde de pek çok ülke örneğinde böyle olmuştur (4).

Temel hizmetleri sürdürmek

Pandemi sürecinin bir noktasında, kaynakların yararcı/faydacı dağılımı ile ilgili kararların artık tek başına tıbbi fayda ile sınırlandırılmayacağı bir aşamaya da ulaşabiliriz. Yaygın sosyal ve ekonomik bozulma potansiyeli göz önüne alındığında, hangi grupların kıt kaynaklara ilk olarak sahip olacağına dair kararlar, temel sağlık hizmetlerini ve diğer toplum hizmetlerini sürdürme gereksinimini de göz önünde bulundurarak alınmalıdır (6). Bu hizmetleri sağlayan işgücünün ciddi şekilde tükendiği durumlarda, bu hizmetleri sunmaktan sorumlu olanlara ve işgücüne geri dönmek için iyi bir iyileşme şansına sahip olanlara, bazı öncelikler vermek uygun olacaktır.

Pandeminin, acil sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini yürüten sayıca az ve yeri doldurulamaz yetkililere sahip olan bireylerin yanı sıra, sağlık dışı temel hizmetlerin sürdürülmesini sağlamak için de birçok kamu ve özel sektörde çalışan aktörlere gereksinimi vardır. Bu aktörler; acil servislerdeki personel, güvenlik personeli, temel ürün ve hizmetleri sağlayanlar, ulaşım gibi kritik altyapıların bakımını, elektrik, su ve kanalizasyon sistemlerini sağlayanlar, telekomünikasyon ve sanitasyon gibi hizmetleri üstlenmiş olanları içerebilir.

Yönetişim yapılarının devam eden işlevine de öncelik verilmelidir. Aşılar, anti-viraller ve diğer temel sağlık ürünleri de dahil olmak üzere, pandemiye karşı alınan önlemlerin hem üretiminde hem de uygulamasında yer alan kilit bireyler de bu öncelikli grubun bir parçasını oluşturabilir (7). Bu şekilde temel hizmetlerde çalışanlara öncelik vermek, her zamanki kaynak tahsisi sistemimizin ötesine geçecektir ve karar vericiler, bireyler arasında yalnızca tıbbi değil, sosyal faktörler temelinde de ayrımcılık yapmak durumunda kalarak, belki eleştirilere de maruz kalacaklardır. Böyle bir olasılık ortaya çıkarsa, karar verme prosedürleri şeffaf, makul ve savunulabilir etik ilkelere dayanmalıdır. Bu yaklaşımın gerekçesi ve bu hayati hizmetlerin sürdürülmesi için kritik öneme sahip kişi ve kurumların kaynak tahsisindeki öncelikli konumlarının gerekçelerinin açıkça bildirilmesinde büyük özen gösterilmelidir.

Sağlık çalışanları için risk yönetimi

Çin, İtalya ve başka yerlerde gördüğümüz gibi, sağlık profesyonelleri doğrudan hastalık riski altındadır ve altta yatan morbiditeleri olanlar özellikle savunmasız durumda olabilir. Sağlık çalışanları üzerindeki tedavi sağlamaya yönelik yükümlülükler ile göze alınabilecek riskler arasında da denge kurmak gerekecektir. Tüm işverenler ister kamu ister özel sektör olsun, sağlık personellerini korumak için hem yasal hem de etik bir sorumluluğa sahiptir ve uygun, yeterli kişisel koruyucu ekipmanın (KKE) mevcut olduğundan ve personelin bu ekipmanın kullanımı konusunda eğitildiğinden emin olunmalıdır. Sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli olan diğer idari ve hizmet personelinin, işverenlerin uygun koruyucu donanım sağlamadığı veya sağlayamadığı durumlarda, kendilerini makul olmayan risk seviyelerine maruz bırakmaları beklenemez.

Sağlık profesyonelleri, koruyucu ekipmanlarının yetersiz olduğuna –beklenen mesleki standartların yetersiz olduğuna– dair makul bir inanca sahip oldukları durumlarda, bunu yöneticileriyle acil olarak değerlendirmeli, risk değerlendirmeleri yapılmalı, bakım ve tedavinin sağlanması için alternatif yollar aranmalıdır. Hekimlerin mesleki

görevlerinin bir parçası olarak ortaya çıkması olması ve beklenebilecek risklerin ne kadarının kabul edilebileceği (kabul edilebilir risk oranının ne olduğu) ile ilgili olarak değerlendirmeler yapmaları ve sınırlarını belirlemeleri gerekecektir. İşverenlerin uygun güvenlik ve koruma sağlamak, hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerini ciddi zararlardan ve önlenemez risklerden korumak için, asgari yükümlülüklerini yerine getirmediği durumlarda, sağlık çalışanlarının yüksek riskli hizmetleri sağlama yükümlülüğü de ortadan kalkar.

Genel uygulama üzerindeki etkisi

Pandeminin zirve yaptığı dönemde, sağlık kuruluşlarının yeni hastaları kabul etme kapasitelerinin çoğunu kaybedebileceği ve ciddi sağlık ihtiyaçlarının ezici çoğunluğunun toplumda karşılanmasının mümkün olamayacağı açıktır. Özellikle pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin sorumlulukları daha da artacaktır. Etkili hizmetler mevcut olsa bile, toplumdaki çoğu sağlık ihtiyacı ile aile hekimleri ilgilenecekler, bu nedenle, daha da yoğun baskı altında kalacaklardır. Bu şartlar altında,

- Zorunlu olmayan hizmetlerin azaltılması veya ertelenmesi
- Ev ziyaretlerinin azaltılması veya iptali
- Telefon triyajının yaygın kullanımı
- Telefon ve video istişarelerinin artan kullanımı
- E-posta ve mesajlaşma uygulamalarının daha fazla kullanımı
- Acil olmayan tüm randevuların iptali gerekecektir.

Adil sürecin önemi

Pandemiye verilen yanıtların etik olarak savunulabilir olması için, her seviyedeki kararların açık, hesaplanabilir, şeffaf, uygun kurullar ve organlar tarafından ve tam halk katılımı ile (kararların alınması gereken zaman ölçeği içinde mümkün olduğu ölçüde) alınmasını sağlamak önemlidir. Zaman açısından zorlayıcı faktörlerin olmadığı durumlarda bireysel kararlar yerine ikinci bir doktor görüşü almak veya uygun Klinik Etik Komitelerden danışmanlık almak en uygun yol olacaktır.

Pandeminin sunduğu tehdit, medyanın konuyla ilgili aşırı sansasyonel haberleri, sivil itaatsizlik olasılığını da arttırabilir. Vatandaşların alınan kararları kabulü ve acil sağlık önlemleri ile ilgili işbirliği önemlidir. Dolayısıyla alınacak kararlarda etik ilkelerin açık bir şekilde tartışılması ve kararların alındığı akıl yürütme süreçleri de dahil olmak üzere şeffaf ve hesap verebilir karar verme süreçleri, uygulamaların ve yasakların halk tarafından daha fazla kabul görmesine yol açacaktır. Halkın bilgilendirilmesi ve mümkün olduğunca katılımcı karar verme süreçleri ve halkın geri bildirim ve yorum yapabilme konusunda fırsatlarının olması da önemlidir.

Sorumluluk ile ilgili sorunlar

Salgın sırasında sağlık hizmetlerinin yoğun bir baskı altında olduğunu, yöneticiler ve klinisyenlerin son derece zorlu koşullarda, sıklıkla hastalara bakım sağlama konusunda zor kararlar verdiklerini biliyoruz. Sağlık profesyonellerinin normal çalışma saatlerinin çok üzerinde, yoğun tempoda ve stres altında çalıştıklarını, diğer taraftan hem kendi sağlıkları hem de ailelerinin sağlığı konusunda da endişeli olduklarını da biliyoruz. Acil durumlarda, ciddi zararı önlemek için, sağlık profesyonellerinin yetkinliklerinin sınırlarında veya bunun ötesinde tedavi sağlamaya yönelik müdahaleleri olabilir ve bu müdahaleler etik ve hukuki yükümlülükler açısından değerlendirilmeye tabii konular da olabilir.

Emekli sağlık profesyonelleri uygulamaya geri dönebilir ya da son sınıf tıp öğrencileri hızla mezun edilip, hizmet sunumu için göreve başlatılabilirler. Bu profesyonellerin uzmanlık alanları ve yeterlilikleri konusundaki bilgi ve becerileri, pandemik süreçte beklenen standartları karşılamak açısından uygun olmayabilir, ama yine de hayati bir durum söz konusu olduğunda genel bir pratisyen hekimin sahip olduğu bilgi ve beceri düzeyinde katkı yapmaları mümkündür. Aşırı durumlarda, bazen eğitimsiz personelin bile üstlenmesi gereken sorumluluklar söz konusu olabilir.

Bu durum kaçınılmaz olarak mesleki ve yasal sorumluluk ve tazminat ile ilgili yasal sorunlara

yol açacaktır. Bir hekimin pandemi sırasında gerekli tıbbi müdahaleleri uygulamaya uygunluğu/ yetkinliği konusunda ortaya çıkan endişelerle ilgili olarak neler yapılabilir? Uygulamalarla ilgili rehberlerin hazırlanması, eğitimlerin verilmesi, eylemlerin sınırlarının belirlenmesi konusunda ulusal ve kurumsal yönergelerin hazırlanması gerekecektir.

Aşıların ve anti-virallerin hızlı bir şekilde geliştirilmesi önemli olup, bunun için de ilaç ve aşı geliştirmeye yönelik normal prosedürler, acil durumun taleplerine bağlı olarak bir süreliğine askıya alınabilecektir. Diğer taraftan, çok sayıda nispeten yeni ve denenmemiş farmasötikler sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaya başlanabilir. Denenmemiş aşıların ve antivirallerin kitlesel kullanımı çok sayıda advers olaya neden olabilir. Bu nedenle sorumluluk konuları hükümet tarafından acil bir mesele olarak ele alınmalıdır.

COVID 19 Pandemisinin Eşitlik, Özgürlük, Adalet Adına Düşündürdükleri

Özgürlük, eşitlik, adalet gibi temel kavramlar ve değerler bugün içinden geçtiğimiz bu olağanüstü günlerde daha da tartışılmalı hale gelecek kuşkusuz...

Salgın ve savaşın insanlık tarihinin en eski ve en güncel iki konusu olduğunu söylemiştik girişte, pandemi günlerinde bu ikisi birleşti ve “virüs ile savaş”, “görünmeyen düşman ile savaş” şekline büründü. Günümüzde global düzeyde baktığımızda hiçbir şey savaş ve çatışma kadar “küresel” değildir aslında. Bu küresellik, savaşın aktörlerinin, her ne ile savaşır olurlarsa olsunlar, kendilerini, kendi yerel sınır ve politikalarıyla sınırlamamalarından ve dünyayı kendi istekleri doğrultusunda biçimlendirme taleplerinden asla vazgeçmemelerinden kaynaklanmaktadır. Pandemi sürecinin başından itibaren ABD, Çin, DSÖ ve Avrupa Birliği üye ülkelerinin yaptıkları açıklamalar bu taleplerin ve isteğin bariz örnekleridir. Küreselleşme, güçlü olanların istençlerinin etki alanını yeryüzünün bütününe kapsayacak denli genişletmeleridir. İstencin bu genişlemesi direnişle karşılaşmadığında sömürgecilikle -ki Fransız araştırmacılar, alışkın oldukları üzere ilk aşı denemelerinin Afrikalılar

üzerinde yapılmasını 21. YY dünyasında çekinmeden, utanmadan, araştırma etiğine dair uluslararası tüm sözleşmelere rağmen alenen beyan ettiler, karşılaştığında ise kazananı daha en başından belli olan savaşlarla sonuçlanmaktadır (8).

Diğer taraftan, oldukça bariz bir şekilde olması gerekeni değil, gerçekte var olan devlet anlayışlarının görünür olmasını sağladı kanımca bu pandemi dönemi? Peki, nedir şu anda egemen olan devlet anlayışı? Şu anda egemen olan anlayış, devleti kamusal bir varlık olarak gören anlayış değil, devleti kendi başına bir varlık olarak gören anlayıştır. Uruklarını ezen bir varlık veya yurttaşların yapıp ettiklerine karşarak özgürlüklerini kısıtlayan bir varlık ya da yurttaşları koruyan ve ne yapacaklarını onlara söyleyen bir varlık olarak gören anlayıştır. Zaten örtük olarak var olan bu anlayış, pandemi döneminin uygun koşulları ile daha da meşruiyet kazanarak varlığını güçlendirmiştir.

Diğer taraftan, gerçekte bir özgürlük aracı olması gerekirken siyasi bir baskı ve korku aracı olarak kullanılan ve iktidar ideolojisiyle şekillenen medyaya ne demeli? Pandemi döneminde, bilinmezlikler ve belirsizlikler içinde yaşayan birey, kendinden farklı olan her şeyden korkan bir kişilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Korkuyla kavrulup sürekli belirsizlik yaşayan birey, karmaşa-çatışma-şiddet-saldırganlık-tehdit- duyguları içinde kaybolur, çaresizlik içinde kendini güvende hissedip teslim edebileceği bir otorite arayışına girer. Korku karşısında zayıf düşer buna bağlı olarak da çeşitli risklerle bağlantılı olarak korku senaryoları, kurgulanmış tehditler, komplo teorileri aracılığıyla güç ve iktidar odaklarının kolaylıkla hedefi haline gelir. Korkuyu fırsata dönüştürmek isteyen güçler, korkuyu bir yönetme tekniği olarak kullanırlar. Diğer bir deyişle, korkunun gücünden yararlanarak kendi iktidarlarını yaratırlar ve bunu iç ve dış siyasette etkin bir biçimde kullanırlar. Böylece, korku kültürünün oluşturulma temelleri atılmış olur. Korku kültürünün temel değeri güç ve şiddet olup, temel niteliği de her şey her an olabilir şüphesi, yani tehdit yaratan her istisnai olayın sıradan, normal bir biçimde olabilirlik halini almasıdır. Pandemi günlerinin siyasi tarihini

biçimlendiren de bu korkular olacaktır. İktidar ve medyanın birlikte çalışmasının ürünü olarak ortaya çıkan eşitsizlikler, özerklik ve özgürlüğe yönelik tehditler ve adil olmayan durumlar (8)...

Medya aracılığıyla bireye anormal olan sanki normalmiş gibi kabul ettirilecek ve anormal olanı kabul etmeyen “öteki” olarak sunulacaktır. Ayrıca günümüz iktidar politikaları genellikle etnik, dinsel, cinsel, kültürel kimlikleri kamusal alan içerisinde kendi kimlikleriyle tanımlama eğilimindedir. Medyanın bu kimliklere karşı yaklaşımı ise, kimlikleri birbirine daha çok marjinalize ederek onları birbirlerinden uzaklaştırmaktadır. Bu noktada ayrımlaşmalar belirgin bir biçimde ortaya çıkar. Medya, “biz ve öteki” arasındaki farklılıkları daha da belirginleştirerek kimlikler arasında bir çatışma ortamı yaratır ve “öteki olan”ı daima olumsuzlayarak onları suçlayıcı bir tavır sergiler. Pandemi günlerinde kadına yönelik şiddet ile ilgili uluslararası bir sözleşme olan “İstanbul Sözleşmesi” üzerinden koparılan yaygara başka nasıl anlamlandırılabilir ki? Ya da pandeminin en yoğun günlerinde ve ilk Cuma hutbesi mesajında Diyanet İşleri Başkanlığının LGBTI bireylere yönelik olarak yapmış olduğu ayrımcı ve insan haklarına aykırı açıklamalar nasıl değerlendirilebilir?

Halk, üstünde oluşturulan denetimle iktidarı sorgulayamaz hale gelir. Bunun en iyi ifadesi şu örneklerle yaşanmıştır; polis ya da bekçi tarafından kimlik sorulan, sorgulanan, karantina günlerinde garip ve komik olduğu söylenerek bir takım kovalamaca ya da cezalara maruz bırakılan yaşlılar, gençler ve çocuklar... Uysal bir biçimde boyun eğerek kimliklerini gösteren ya da polis aracından kaçan yaşlılar, polislerin isteğiyle ceza olarak zorla şınav çektirilen ve görüntüleri medyada hiç tartışmasız paylaşılan gençler... Oldukça yüksek para cezalarına medyanın görüntüleme cihazlarının önünde maruz kalan ve mahremiyetleri ihlal edilen vatandaşlar (8)...

Sonuç ve Değerlendirme

İçinden geçtiğimiz bu pandemi dönemi toplum temelli sağlık politikalarının ne kadar büyük bir gereklilik olduğunu bir kez daha gözler önüne sermiştir. Yaşanan ani ve acil durumlara uyum

gösterme becerimizi sorgulamamıza neden olmuş ve henüz olaylar patlak vermeden önce karar alabilecek ileri görüşlülüğe sahip olup olmadığımızın muhakemesini yapmamıza yol açmıştır.

Sonuç olarak ne yazık ki 21.yy da insanlığın yeniden karşı karşıya kaldığı bu pandemi dönemi, insana dair her şeyi bize yeniden sorgulatan ve insanlık olarak bu dönemlerden zaten geçtik ve insan hakları, eşitlik, adalet temelli demokrasiler oluşturduk dedirtecek deneyimleri yaşadığımız ve tarihe not düşüğümüz günlerdir... İktidarların kendi çıkarlarına uygun olacak şekilde kullandığı araçlar ki bunların başında medya, korku-baskı politikaları ve bilgi iletişim teknolojileri çağında “iletişimsizlik” ortamı... Bu iletişimsizlik ortamından kurtulmak için devletler işlevlerini yerine getirirken kendilerine tanınan özgürlükler olduğu kadar, birtakım sorumlulukları da olduğunu unutmamalıdır. Öncelikle, iktidarların kendi politikalarını hayata geçirirken, demokrasinin tam olarak işleyebilmesi için, özerk/ya da özerk olması gereken kurumların üzerinden ellerini çekmesi ve başta medya olmak üzere bu kurumların da iktidarların baskısından kurtularak kendisini özgürlük adına demokratikleştirmesi önemli ve gereklidir.

Bir tarafta yüksek teknoloji ile aç çocukların hala yan yana bulunduğu, diğer tarafta sürekli olarak yeni ve çok defa önceden kestirilemeyen bilimsel ilerlemelere tanıklık ettiğimiz bir dünyada, kişisel özerkliğe, düşünce özgürlüğüne, adalet ve eşitliğe, nihayet etik yargıda bulunmaya gitgide daha çok önem vermeliyiz.

Pandemide ve kaynak dağıtımında salgınla ilişkili olmayan hastalıklardan muzdarip hastalara sunulacak hizmetin, kalite ve süreklilik açısından sektöre uğramaması önemlidir. Triaaj uygulamaları hastalara ulaştırılabilecek diğer hizmetleri etkilemeye başlar ise ve bu durum uzun sürer ise eşitlik ilkesi yine zarar görecektir. Triaaj, sadece acil durumlara ilişkin bir ilke olmakla birlikte, bir sağlık sisteminin tümüyle organize edilmesini ya da hekimlerin zamanlarını nasıl tahsis edeceklerine karar vermelerini -en acil vakalara öncelik vermek başka, sadece onlara yoğunlaşmak ise başka

bir şeydir- sağlamaya yarayacak adil bir ilke gibi görünmemektedir. Görülmektedir ki, triaj ilkesi yaşlıların, sağlık hizmetine muhtaç herhangi bir kişiden farklı şekilde tedavi edilmesini haklı çıkarmaz.

Dahası yaşlıların, ya geçmişte yaptıkları işlerle ya da örneğin sigorta prim payları çerçevesinde yaptıkları ödemeler gibi kendilerinden bir önceki jenerasyonun gönencine yaptıkları katkılarla bir şekilde tedavi hakkını elde ettiğini ve dolayısıyla kendilerinden sonraki jenerasyondan da aynı davranışı beklediklerini, gençlerin ise henüz bunu hak etmediklerini de söyleyebilirim. Ayrıca gençken, şimdiki gençlere oranla yaşamın hoş yanlarından daha az pay alarak zor bir hayat yaşamış olan bazı yaşlıların, “yaşamdan almaları gerekeni almak” için hakları olduğunu da iddia edebilirim. Ya da önce yaşlılarla başlayan bu tedavi önceliği konusunun “buzda kaymak” şeklinde önü alınmayarak daha sonra örneğin etnisite, cinsel kimlik ve tercih, cinsiyet, azınlık olmak... gibi toplumun zaten dezavantajlı ve savunmasız gruplarına yönelik bir uygulama olarak genişletilebilmesi korkusunun da altını çizmek isterim.

Pandemi sırasında kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi mortalitesi yüksek hastalıklar güncelliğini korumakta, insanların bu hastalıklara yönelik tanı ve tedavi alma gereksinimleri devam etmektedir. Ancak tüm dikkatlerin pandemik hastalığa yöneldiği ve kaynakların neredeyse tamamının pandemiyle savaşa ayrıldığı sağlık ortamında, bu hastaların hak ettikleri bakım ve tedaviyi almaları güçleşmektedir. Kanser gibi erken tanının çok önemli ve hayat kurtarıcı olduğu durumlarda bu durum nedeniyle mortalite önemli ölçüde artmaktadır. Bu konudaki verilerin analizi her ne kadar tamamlanmamış olsa da ölüm oranları analiz edildiğinde sayısal olarak da görünür olacaktır. COVID 19 nedeniyle geç tanı alan ya da tedavisi etkilenen hastalar düşünülerek “temiz hastaneler” oluşturulmalı, bu hastanelerde bulaş konusunda güven tesis edilmelidir.

Sağlık çalışanları adil dağıtım sürecinde objektif olmalı, profesyonel kimliklerini ön planda tutmalı, konu ile ilgisiz kişilerin alınan kararlarda

etkili olmalarının önüne geçmeli, hem vicdanen rahat olacakları hem de etik temellere dayandırabilecekleri kararlar almaya gayret etmeli ve dört temel etik ilkeye- yararlı olma, zarar vermemem, özerkliğe saygı, adalet- bağlı kalmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Harari Noah Yuval, *Homo Deus*, Çevirmen: Poyzan Nur Taneli, Yayınevi: Kolektif Kitap, 2016.
2. Nüket Örnek Büken, *Salgın ve Etik*, *Birikim Dergisi*, 29 Mart 2020, <<<https://www.birikimdergisi.com/guncel/9999/salgın-ve-etik><<
3. Büken NÖ. *AIDS ve Tıp Etiği, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyolojide Önemli Konular*, *Uzmanıyla Söyleşi*,

HIV/AIDS, 2010.

4. *COVID-19 – Ethical Issues. A guidance note*, BMA British Medical Association
5. Büken, N. Ö. “Pandemik Influenza ve Etik”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41: 62-68, 2010.
6. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK, *Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu*, 2005.
7. Coşkun S. Ünsal ÇZ Büken NÖ, *Covid 19 in Turkey*, *UNESCO Bioethical Voices, Newsletter*, issue 20. June 2020
8. Büken NÖ, *COVID 19 Pandemisinin Eşitlik, Özgürlük, Adalet Adına Düşündürdükleri Üzerine*, *Hekim Postası*, Haziran 2020, Sayı: 101