

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
TÜBERKÜLOZ RAPORU



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

TÜBERKÜLOZ RAPORU

Hazırlayanlar:

TTB Tüberküloz Çalışma Grubu (alfabetik sırayla)

Dr. Kemal Tahaođlu

Dr. Nilüfer Kongar

Dr. Osman Elbek

Dr. Özlen Tümer

Dr. Zeki Kılıçaslan



Türk Tabipleri Birliği
Tüberküloz Raporu
Birinci Baskı, Ocak 2012, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

ISBN 978-605-5867-56-0

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

Kapak fotoğrafı:

S. ve İ. M. V. Bartın Göğüs Hastalıkları

Hastanesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
SUNUŞ	5
SANATORYUMDA	6
I. BÖLÜM	7
TÜBERKÜLOZ GERÇEĞİ.....	7
II. BÖLÜM	13
SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE TÜBERKÜLOZ	13
III. BÖLÜM	23
“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” VEYA “SAĞLIK REFORMU”	23
IV. BÖLÜM	31
TÜRKİYE VEREM SAVAŞI 2010 RAPORU ANALİZİ	31

SUNUŞ

Sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa dinamiklerine terk edildiği, sağlığın kelimenin tam anlamıyla alınıp satılan bir mala, hastaların müşteriye dönüştüğü bir tarihsel dönemden geçiyoruz. Hangi hastalıkların tedavisine öncelik verileceğine hastaların sisteme getirdikleri maliyet yükü ve hastalığın tedavisinin karlı olup olmadığı üzerinden yaklaşıyor günümüzde. Sağlık uygulama tebliğleri nedeniyle hekimlerin klinik kararları kuşatma altına alınmış durumda. Tıbbın olanakları olsa da hastalarımıza ulaştırmada "maliyet etkililik" üzerinden engellerle karşılaşılıyor.

Tüberküloz neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir hastalık. Sağlığın nasıl tek başına biyolojik bir mesele olmadığı çok tipik örneklerinden biri. İşsizliğin, yoksulluğun, barınma ve beslenme koşullarının bir hastalığın ortaya çıkmasında nasıl da önemli olduğunun, tedavisinin önünde nasıl bir engel oluşturabileceğinin kitap gibi bir örneği. Sağlığın sosyal belirleyenlerinin nasıl yaşamsal bir öneme sahip olduğunu verileriyle kanıtıyor. Dubos "Verem epidemisi kapitalist toplumun insafsız emek sömürsü nedeniyle ödemek zorunda olduğu kefarettir" diyor. Bu kefareti en yoksul ve en yoksunlar ödüyor.

Tüberkülozun tedavisi olanaklı. Dünyada ve ülkemizde bu alanda çok değerli bir bilgi birikimi var. Ancak tüberküloz tedavisi karlı bir alan değil. Tüberküloz hastaları cepten katkı, katılım payı ödeyebilecek güçte değiller. Bir hastanın hastanede yatma süresi uzun, ama bu yatışın hastane işletmesine bir getirisi yok. Sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesinin her alanda çok dramatik örneklerine tanık oluyoruz, olacağız. Bu kapsamda Göğüs Hastalıkları hastanelerinin kapatıldığını biliyoruz. Bu süreçten en çok zarar görecektensimlerden biri de kuşkusuz tüberküloz hastaları. Türk Tabipleri Birliği neden Tüberküloz konusunda bir rapor hazırlar ve yayınlar? Üstelik kuruluş yasasından hekimliğin kamu ve kişi yararına geliştirilmesine çaba harcar ifadesi çıkartılmışken. Bu sorunun yanıtı çok yalın. Sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak, sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluk olduğunu bildiğimiz ve iyi hekimliğin ancak bu koşullarda yapılabileceğini düşündüğümüz için.

Bu raporun yazılmasına katkı sunan arkadaşlarımıza değerli emekleri için çok teşekkür ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

SANATORYUMDA

Bir doktor konferans verdi

*Kesildi tıknafeslerin soluması
Yitirdi hızını
Ciğerleri zorlayan öksürük
Ak gömlekleli hekim kürsüde
İlacın ekmeğın bizden esirgediğini
İki çift sözle yapacak
Evet diyor ak gömlekleli hekim
Elinizdedir yaşamak
Kırılmasın cesaretiniz
Biliriz nasıl yaşanır karşı adalarda
Su içer gibi kendiliğinden
Onların da elindedir yaşamak
Söylüyor ak gömlekleli hekim
Yorulma yok çalışma yok
Ateş Dursun'a bakıyorum
Gözüm kayıyor Balıkcı Niyazi'ye
Gırgıra asılmak yok demek boylu boylu
Şabladaki Reiz'de kulaklar
Donmuş istika halatı avuçta
Mola etmek yok iki yüz yirmi kulacı
Gözlerde haftalık uyku
Torik yataklarına olta sallamak yok
Söyleniyor kürsüden
Temiz havada açık havada
Güneş altında değil
Beşiktaşlı sandalcıda gözlerim
Düşüverdi kırıl başı önüne
Tam yedi yıl suç işlemiş demek
Karşıtı yüzü Rıza'nın
Anasının alınteri döktüğü bostana
Korkuluk ta olamaz artık
Vaktinde yiyeceksiniz diyor kürsüden
Hem de çeşitli yiyeceksiniz*

*Tatlı eksik olmasın sofranızdan
Otuz seki ateşte Selim Efendi'nin
Açılverdi iştahı yutkunuyor
Derken unutuverdi biçare
Sıkı sıkı tuttuğu öksürüğü
Boğulurcasına öksürüyor
Bize yüklüyor suçu ak gömleklim
Har vurup harman savurdunuz sağlığını
Geç vakitlere kadar oturdunuz içtiniz
Kiminiz pokerde kiminiz barda
Sorumuz var ak gömlekleli hekimden
Beykozlu ha doğrudlu ha doğrulacak
Tütün deposundan Ali kımıldanıyor
Kauçuk kaynakçısı Osman
Hatırladı buhar kazanını
Hayır kimse bir şey soracak değil
Geçirmişiz sorunun sırasını
Soluk aldı ak gömlekleli hekim
Sonunu tatlıya bağliyacak
Hepiniz kurtulacaksınız çocuklar
Döneceksiniz kanlı canlı evinize
Gençleriniz asker olacak
Doğacak nurtopu yavrularınız
Kiminiz tarlanıza dönecek
Kiminiz tezgâhına
Sanmayın şifası yok bu hastalığın
Tıbbın elinden ne kurtulur
İnıyor ak gömlekleli hekim kürsüden
Alkışlanır böyle vâdedenler
Biz sadece öksürüyoruz*

Rıfat Ilgaz

I. BÖLÜM

TÜBERKÜLOZ GERÇEĞİ

Tüberküloz, tedavisi yıllardır bilinen bir hastalık olmasına karşın tüm dünyada hâlâ en yaygın bulaşıcı hastalıklardan birisi olarak önemli bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Hastalık tüm dünyayı etkilemekle birlikte olguların %85'i Afrika (%30) ve Asya'da (%55) ortaya çıkmaktadır. Hindistan ve Çin'deki tüberküloz (TB) hastaları tüm hastaların %35'ini oluşturmaktadır.

2006 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada TB'lu hasta sayısını azaltmak için kanıta dayalı bir yaklaşım olarak Stop TB Stratejisi'ni benimsemiş ve bu amaçla 2006-2015 Küresel Planı'nı bir yol haritası olarak uygulamaya koymuştur. DSÖ Stop TB Stratejisi'nin amaçları; yüksek kaliteli tanı ve hasta odaklı tedaviye erişimi sağlamak; TB hasta sayısını ve TB'ye bağlı sosyoekonomik yükü azaltmak; fakir ve risk altındaki kişileri TB, TB/HIV ve çok ilaca dirençli tüberkülozdan (ÇİD-TB) korumak; yeni tanı yöntemlerinin geliştirilmesini desteklemek, bunların etkili ve zamanında kullanımını sağlamak; TB'dan korunma, TB bakım ve kontrolünde insan haklarının korunması ve iyileştirilmesini sağlamaktır.

2010 yılında elde edilen yeni tanı ve tedavi olanaklarının ışığında bu plan yeniden güncellenmiştir. DSÖ'nün hedeflerinden birisi olan %70 olgu bulma oranı %60-67'ye ulaşmış, %85 tedavi başarısı da yeni yayma pozitif akciğer hastaları için %86-87'ye çıkmıştır. Küresel planın araştırma geliştirme bileşeninde, tüberküloz ve ÇİD-TB'nin erken tanısı için hızlı bakteriyolojik ve moleküler testlerle birlikte LED floresan mikroskop kullanıma girmiştir. Altı aylık tedavi süresini dört aya indiren yeni ilaç rejimlerinin denendiği faz III çalışmalar umut vericidir.

Dünya Sağlık Örgütü son 14 yıldır küresel olarak yıllık tüberküloz verilerini yayınlamakta ve daha güvenli, daha aydınlatıcı bilgilere ulaşmak için de çabalarını sürdürmektedir. TB hastalığı ile mücadelede özellikle sorunlu bölgelerde uluslararası kuruluşlar ve fonların desteği ile son

yıllarda önemli girişimler yapılmış ve bunların çıktıkları da alınmaya başlanmıştır. Bu verilerin ışığında günümüzdeki problemin boyutları hakkında daha aydınlatıcı yorumlara olanak sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 Küresel Raporu TB insidansı, prevalansı ve mortalite hızı ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgiler içermektedir. 17 Afrika ülkesi, Çin ve Hindistan'dan elde edilen veriler daha iyi tahminlerde bulunulmasını sağlamıştır. 90 ülkede ölüm istatistikleri elde edilmiş, Hindistan'dan da önemli mortalite verileri sağlanmıştır. Bu verilere göre TB yeni olgu sayısı 2005 yılında 9 milyonu bularak zirve yapmış, sonrasında düşüşe geçerek 2010 yılında 8.8 milyona gerilemiştir. Bu rakamın yaklaşık %12-14'ünü HIV pozitif hastalar oluşturmaktadır. Mortalite 2003 yılında 1.8 milyon ile tepe yapmış, sonra 2010'da 1.4 milyona düşmüştür.

Tüberküloz sorununun önemli boyutlarda olduğu Çin'de 1990'dan bu yana insidanda yıllık %3.4 lük düşüş, prevalansta son 2 yılda %20 azalma, mortalitede son 20 yılda %80 düşüş bildirilmiştir.

Küresel olarak tahmin edilen ve kayıt edilen hasta sayısı sırayla 1990'da 7.6 milyon ve 3.7 milyon, 2010'da da 8.8 milyon ve 5.8 milyondur. Buna göre olgu bulma oranı %65 olarak bulunmuştur. Tedavi başarısı küresel olarak %87'dir. Avrupa bölgesi %67 tedavi başarısı ile dünya ortalamasının gerisinde kalmıştır.

Çok ilaca dirençli tüberküloz ile ilgili verilere bakıldığında 2010 yılında tahmin edilen hasta sayısı 290 bindir. Bu sayının ancak altıda biri (53 bin) kayıt altına alınıp tedavi almıştır.

2005 yılından beri ülkemizde tüberküloz ile ilgili veriler bireysel olarak ve DSÖ tanımları ile toplanmaktadır. 2006 yılından itibaren ülke çapında DSÖ'nün benimsediği ve önerdiği Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'nin tüm unsurları ile uygulamasına geçildiği ilan edilmiştir. Bu stratejinin doğrudan gözetim unsuru ülke çapında %97.6 oranında yapıldığı belirtilse de ciddi aksamalar olduğu ve gerçek anlamda doğrudan gözetimli ilaç içirilmediği bilinmektedir.

Ülkemizde son dört yıldır veri toplama sisteminde yapılan değişikliklerle daha güvenilir ve ayrıntılı rakamlara ulaşmaktayız. Türkiye'de 2009 yılı için toplam 17402 hasta kayıtlara girmiştir. Hastaların 10519'u erkek (%60.4), 6883'ü (%39.6) kadındır. Toplam prevalans yüz binde 24

olarak bulunmuştur. Toplam 17402 hastanın 15.943'ü yeni hasta, 1459'u daha önceden tedavi görmüş hastalardır.

2009 yılında akciğer tüberkülozu olan hastaların %88.5'ine bakteriyolojik tetkik yapılmış, mikroskopik pozitiflik oranları %70, kültür yapma oranı %63.6 bulunmuştur. Kültür yapılan olgularda %77.9 pozitiflik saptanmıştır. İlaç duyarlılık testi yapılan 4320 hastanın %19'unda en az bir ilaç direnci saptanmıştır. ÇİD-TB oranı %5.1 olarak bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tüberküloz kontrol programlarının başarı göstergesi olarak tanımladığı indikatörlerden biri prevalanstır. Türkiye'de 2009 yılı için prevalans yüz binde 25 bulunmuş ve DSÖ'nün 2015 yılı için belirlediği 1990 yılına göre prevalansı yarıya düşürme hedefi tutturulmuş gözükmektedir. Diğer indikatörler olgu bulma oranı ve tedavi başarısına bakıldığında sırayla %81 ve %91 oranları ile hedeflerin üstüne çıkmıştır.

Tüberküloz çok eski bir hastalık olmasına rağmen ancak endüstri devriminden sonra insanların kentlerde yoğun ve kötü koşullarda yaşama-ya başlamasıyla salgın haline dönüşmüştür. Hastalığın öncelikle hastanın birlikte yaşadığı kişilere, özellikle altı yaş altı çocuklara bulaşma riski yüksektir. İnsanların toplu halde yaşadıkları ortamlarda (cezaevleri, bakımevleri vb.) yine hastalık kolay yayılır. Vücut direncini düşüren nedenlerin varlığı (HIV enfeksiyonu, beslenme yetersizliği, bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanımı, TNF alfa inhibitörü kullanımı vb) hastalığın ortaya çıkışını ve bulaşmasını kolaylaştırır.

Cezaevlerinde bulunanlar için TB önemli bir sağlık problemidir. Cezaevlerinde TB sıklığı toplumdaki oranların 10 ile 100 katı olabilmektedir. Örneğin Rusya ve eski Sovyet ülkelerinde cezaevlerinde TB prevalansı yüzbinde 2000-17000 civarında bildirilmektedir. Buralarda dirençli TB'da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde zaman zaman cezaevlerinde yapılan taramalarda TB sıklığı toplumdaki orana göre 4-5 kat fazla bulunmuştur.

Ülkemizde HIV enfeksiyonunun tüberkülozla mücadelede bir sorun oluşturacak düzeylerde olmadığı bilinmektedir. Taramalarda HIV pozitifliği oranları çok düşüktür.

Ülke içi ve dışı göçler, mültecilik durumu, savaşlar TB tanısı ve tedavisinin önünü tıkayan sorunlardır. Bu koşullarda çocuklar ve yaşlılar çok daha hızlı hastalanır. Yoksulluk TB'un daha sık görüldüğü toplulukların problemidir. Yoksullar arasında hastalık daha çok yayılmakta, hasta bireylerin çalışamaması ise ailenin daha da yoksullaşmasına neden olmaktadır.

Gerçekten de çocukluktan başlayan ve sağlık düzeyini doğrudan etkileyen sınıfsal ve toplumsal eşitsizlik yükseköğrenim aşaması da dahil olmak üzere bir yaşam boyu sürmektedir. Sosyoekonomik eşitsizliğin etkilerinin ana rahminden başlayarak hayat boyu etkili olduğunun en önemli göstergesi, tüberküloz gibi "nedeni" mikroorganizma olan bu hastalığın dahi doğrudan var olan eşitsizlikten etkilenmesidir. Bu çerçevede alkol bağımlılığının, düşük vücut kitle indeksinin, eğitim düzeyi düşüklüğünün, ev halkının mal varlığının azlığının, işsizlik ve sigara alışkanlığının tüberküloz riskini arttırdığı bilinmektedir. Benzer biçimde Türkiye'de yapılan bir araştırmada da tüberküloz hastalarının %79.3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %30.7'sinin iş bulma güçlüğü çektiği, %51.4'ün ortalama gelirlerinin 210 doların altında olduğu, %42.0'ının yaşadığı ekonomik sorunu çözemediği ve %80.6'sının aynı evi 1-4 kişi ile paylaştığı saptanmıştır.

Öte yandan yapılan pek çok çalışma yoksulluğun sağlıklı bir hayat kadar toplumsal dışlanmaya da yol açtığını göstermektedir. Örneğin Türkiye'de tüberküloz tanılı askerlerin illere göre dağılımının incelendiği bir araştırmada memleketlere göre tüberküloz görülme oranının, ilin milli gelir dağılımı ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır. Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada da Türkiye'dekine benzer biçimde tüberkülozun toplumsal dışlanmanın en yoğun olduğu, alt yapı hizmetlerinin en sorunlu olduğu kentin çeperlerinde en yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Tüm bu gerçeklerin yanı sıra ilaç keşiflerinden çok önce TB hastalarının yaşam koşullarında yapılan düzenlemeler, destek ve yardımlar bile hastalığın gerilemesinde etkili olmuştur. Sosyal devlet anlayışının önemi burada ortaya çıkmıştır.

Tüberküloz hastalığında 1950'li yıllardan itibaren antitüberküloz ilaçların tedaviye girmesiyle tam iyileşme mümkün hale gelmesine rağmen günümüzde ilaç tedavisinin en az altı ay sürdürülmesi gerekmektedir.

Tedavinin tam yapılmaması veya hastalığın dirençli bir mikrop ile gelişmesi tedavinin başarısız olmasına neden olmakta, daha uzun ve pahalı tedaviler uygulamak zorunda kalınmaktadır. Dünyanın birçok bölgesinde bu pahalı tedavi olanakları tam sağlanamamaktadır. Ülkemizde ilaçlar mevcut olmasına rağmen hastaların takibinde sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Tüberküloz tedavisinde 1970'lerden beri yeni ilaç sayısı çok azdır ve Rifampisin'den beri güçlü bir antitüberküloz ilaç standart rejimlere girmemiştir. Gelecek on yıllarda da deneme aşamasında olan ilaçlardan yeni kinolonlar dışında çok güçlü bir ilaç yoktur ve araştırmalara para ayıran ülkelerde tüberküloz insidansının düşmekte olduğu düşünülürse ilerde de pek olmayacaktır. Dolayısıyla halen mevcut olan ilaçları çok dikkatli kullanmak ve direnç gelişmesini önlemek gerekir iken yakın komşumuz olan ülkeler dahil dünyanın birçok ülkesinde ÇİD ve hatta yaygın ilaç direnci önemli bir sorundur. Dahası hastalar belki ölene dek hastalığı yaymaya devam edeceklerdir. Ülkemizde hasta oldukları saptanan yabancı uyruklular için de direnç önemli bir sorundur.

Tüberkülozdan korunma için BCG dışında koruyucu aşı çalışmaları olmasına rağmen gelecek on yıllarda hastalığı önleyebilecek bir aşının uygulamaya girmesi de söz konusu değildir. BCG aşısı, özellikle çocukluk çağında tüberküloz hastalığı ve menenjit gibi ağır formlarından korunmak için önerilmektedir. Ülkemizde çocukluk çağı tüberküloz menenjit olgularının sayısı hala yüksektir ve BCG'nin yeterince uygulanmadığını düşündürmektedir. Özellikle göç alan ve veren bölgelerde aşılamanın sorunlu olduğu tahmin edilmektedir.

TB mikrobu ile enfekte sağlıklı kişilere uygulanan koruyucu ilaç tedavileri uzun ve zahmetlidir. Koruyucu önlemlerin bulaşmayı ve hastalığın ortaya çıkışını tam engellemediği göz önüne alındığında tüberkülozun erken tanı ve düzenli tedavisinin önemi vurgulanmaktadır. Ülkemizde tüberkülozun tanı ve tedavisi verem savaşı dispanserlerinde yapılmaktadır. Ancak son yıllarda küresel politikaların uzantısı olarak ülkemizde de uygulamaya giren sağlıkta dönüşüm politikaları verem savaş dispanserlerinin konumunu ikinci plana itmiş, hastaların tanı ve takibinde aile hekimlerinin rolü netleşmemiştir. Bu politikaları uygulayan ülkelerde tüberkülozda artışlar olması önümüzdeki somut örneklerdir.

Tüm bu perspektiflerden bakıldığında tüberküloz tanı ve tedavisi bilinen basit bir enfeksiyon hastalığından çok sosyoekonomik yönüyle değerlendirilmesi ve bir program içinde yürütülmesi gereken bir operasyondur. Bu operasyonun sürekliliğini sağlayacak sağlık politikalarının oluşturulması ve kalıcı ve kararlı olması esastır.

Kaynaklar:

1. The Global Plan to Stop TB: 2011-2015. Stop TB Partnership. October 2010.
2. Global tuberculosis control: WHO report 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/HTM/TB/2011.16).
3. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye’de Verem Savaşı, 2007 Raporu, Rekmay Ltd. Şti., Ankara 2007.
4. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı. Türkiye’de Verem Savaşı, 2011 Raporu, Fersat Ofset, Ankara 2011.
5. Özkara Ş., Kılıçaslan Z. Tüberküloz. Toraks Kitapları, Sayı 11, Aves Yayıncılık, İstanbul 2010.
6. Raviglione M., Krech R. Tuberculosis: Still a social disease. Int J Tub Lung Dis 2011; 15(6): S6-S8.
7. Harling G, et al. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. Sos Sci 2008; 66: 492-505.
8. Balbay Ö. Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye’deki tüberküloz hastaları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 2: 5-14.
9. Çiftçi F, ve ark. Tüberkülozlu asker hastaların coğrafi dağılımı. Toraks Dergisi 2006; 7: 40-44.
10. Vendramini SH, et al. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10: 1231-1235.

II. BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE TÜBERKÜLOZ

Tüberküloz hastalığı sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği mesleki tehlikelerden birisidir ve tüberküloz kontrolünün iyi olmadığı ülkelerde meslek hastalıkları açısından önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Sağlık çalışanlarını korumak ve sağlıklı işyeri oluşturmak üzere Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) önemli başvuru kitapları yayınlamışlardır (1,2). Ülkemizde henüz bu konuda başvurulabilecek ulusal bir kılavuz yoktur.

Tüberkülozda Bulaşma:

Tüberküloz basilinin insana bulaşmasında en önemli yol, solunum ile basilin alınmasıdır ve bulaşın en önemli kaynağı, basil çıkaran hastalardır. Hastaların konuşması, öksürmesi ve hapşırması sırasında ortama içinde basiller bulunan binlerce hatta milyonlarca damlacıklar saçılmaktadırlar. Her bir damlacığın içinde 3-10 arası basil bulunabilmektedir. Aynı havayı soluyan duyarlı bireyler, havada asılı bu damlacıkları inhale etmektedirler. Çapları alveollere ulaşmak için büyük olan bu damlacıkların büyük bir kısmı üst hava yollarının lokal koruyucu mekanizmaları tarafından tutulmaktadır. Damlacıkların sadece %6'sı alveoler düzeye erişebilmekte ve enfeksiyon oluşturabilmektedir. Enfekte kişilerde Tüberkülin Cilt Testi (TCT) reaksiyon verir, ancak bu kişiler tüberküloz hastası değildirler. Basil çıkaran bir hasta yılda 20 ile 400 kişiyi enfekte edebilir. Primer enfeksiyonu takiben, enfekte olanların yaklaşık olarak %5-10'unda ilk iki yıl içerisinde hastalık gelişmektedir. Bulaştırıcılığı etkileyen faktörler hastaya ait olanlar, çevresel koşullar ve temaslı kişinin immunitesi olarak sıralanabilir.

Tüberküloz hastalığının akciğer, larinks ve havayollarında olması, hastanın öksürmesi ve öksürürken ağzını mendille kapatmaması, balgamında basil bulunması, kaviteli hastalığı olması ve yaygınlığı hastaya

ait faktörlerdir. Hasta ile temasın uzun olması, küçük, kapalı alanlarda temas edilmesi, havalandırmanın yetersiz olması, basilli havanın merkezi havalandırma ile tekrar ortama verilmesi çevresel faktörler olarak sayılabilir. HIV ile enfekte kişiler TB hastası ile temas ettiklerinde hastalanma oranı %40-50'yi bulmaktadır. İmmun yetmezliğe neden olan klinik koşulları olan kişiler daha fazla risk altındadırlar.

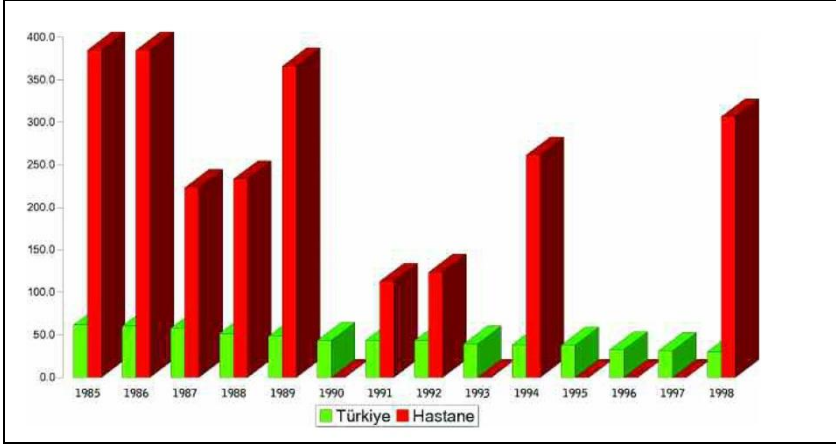
Düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayanlar, kalabalık yaşam koşullarına sahip olanlar, hapishaneler, akıl hastaneleri ve bakımevlerinde bulunanlar, evsizler, alkolikler, ilaç bağımlıları ve sağlık çalışanları toplumun diğer bireyelerine göre daha fazla risk altındadırlar.

Dünyada ve Ülkemizde Sağlık Kurumlarında Bulaşma: Tüberküloz hastalığı havayolu ile bulaşan bir hastalık olduğu için antibiyotik öncesi dönemde bu hastalıkla uğraşan sağlık çalışanlarında önemli bir morbidite nedeni olmaktaydı. Etkili ilaç kullanımı, etkili kontrol programları, erken tanı ve çevresel tedbirler ile gelişmiş ülkelerde sağlık kurumlarında bulaşma büyük ölçüde azalmıştır. ABD'de 29 eyalette yapılan bir çalışmada toplumda insidans yüzbinde 8.4 saptanırken sağlık çalışanlarında yüzbinde 6.7 bulunmuştur (3). Sağlık çalışanları içinde solunum fizyoterapistlerinde, düşük ücretle çalışan personelde ve cenaze işleri ile ilgilenenlerde yüksek risk bulunmuştur. (3). Kanada'da yapılmış bir başka çalışmada genel popülasyonda insidans yüzbinde 8.97 iken hemşire-doktor grubunda yüzbinde 3.5-7.6 bulunmuştur. Toplam 25 sağlık çalışanı hasta olarak saptanmış, 6 hemşire, 2 doktor, 1 fizyoterapist, 1 de tıp öğrencisinde TB tespit edilmiştir (4). Kayıt sisteminin iyi olduğu Finlandiya'da 30 yılda (1966-1995) 658 sağlık çalışanında TB tanısı konmuştur. Nüfusu 5.1.milyon olan ülkede 197897 sağlık çalışanı bulunmaktadır. İnsidans toplumda yüzbinde 9.1 iken sağlıkçılarda 6.1 olarak ortaya konmuştur (5). Görüldüğü gibi gelir düzeyi yüksek, TB insidansı düşük ülkelerde sağlık çalışanlarında TB bulaşma riski genel popülasyondan daha düşüktür. Buna karşın gelişmekte olan ülkelerde durum daha farklıdır. Güney Afrika Cumhuriyetinde TB insidansı toplumda yüzbinde 556 iken hemşirelerde yüzbinde 1133 bulunmuş, hasta sağlıkçıların %3'ünde çok ilaca dirençli tüberküloz (MDRBTB) saptanmıştır (6). Belgrad'da yapılan bir başka çalışmada ise 12 yıllık süreçte 9 sağlık çalışanında TB gelişmiş, risk topluma göre 7.6 kat fazla bulunmuştur (7). Estonya'da 1990'lı yıllarda bağımsızlığını kazandıktan sonra TB insidansı çok artmış, yüzbinde 26'dan 56'ya

çıkıştır. Yeni TB hastalarının %14'ünde MDR-TB saptanmıştır (8). Genel olarak sağlık çalışanlarında insidans yüzbinde 91 bulunurken doktorlarda yüzbinde 6900 olarak inanılmaz yüksek saptanmıştır. Risk topluma göre 30-90 kat fazladır. Hastalanan sağlık çalışanlarının %38'inde MDRTB tanısı konması sorunun bir diğer çok önemli boyutudur (8). Ülkemizde de özellikle eğitim hastanelerinde hastalanan doktorlar arasında MDR-TB oranı giderek artmaktadır. Tıp fakültelelerinde okuyan öğrencilerde TB enfeksiyon oranının diğer üniversitelere göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (9). Dolayısıyla tıp mensupları öğrencilik yıllarından itibaren topluma göre daha fazla bulaşma riskine maruz kalmaktadırlar. Göğüs Hastalıkları kliniklerinde çalışanların diğer kliniklere göre risklerinin arttığı da gösterilmiştir. ABD'de göğüs hastalıkları asistanlarının enfeksiyon hastalıkları asistanlarından daha yüksek oranda TCT konversiyonu gösterdikleri saptanmış ve bu durum göğüs hastalıklarında yapılan bronkoskopi gibi bulaşmayı kolaylaştıran işlemlere bağlanmıştır (10). Zagreb'te 20 yaşında göğüs hastalıkları servisinde çalışmaya başlayan bir hemşirede 30 yıllık kümülatif riskin diğer servislerde çalışan hemşirelere göre 5-12 kat arttığı bulunmuştur (11).

Ülkemizde Edirne'den Diyarbakır'a birçok üniversite ve devlet hastanesinden sunulmuş kongre bildirileri ve makalelerde sağlık çalışanlarının risk altında olduğu saptanırken özellikle göğüs hastalıkları kliniklerinde çalışanlarda ve en fazla hemşirelerde riskin arttığı belirtilmiştir. Tüberküloz hastalarının uzun süreli yatırıldığı eğitim hastanelerinden yapılmış çalışmalarda Atatürk Göğüs Hastanesinde Çalışır ve arkadaşları hastanedeki hastalık insidansını 1985-1998 arasındaki yıllara göre toplumdaki insidansla karşılaştırmışlar ve riskin 8 kat daha artabileceğini göstermişlerdir (12)(grafik 1).

Grafik 1: Atatürk GHGCM'de ve Türkiye'de yıllara göre tüberküloz insidansı n/100 000 (1985-1998) (12)



Heybeliada Göğüs hastanesinde çalışanlarda TB prevalansı 1997 yılında yüzde 500 olarak bulunmuştur (13). İzmir'de Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Ege Tıp Fakültesi, İzmir Göğüs Hastanesi ve Atatürk Eğitim Hastanesi'nde 1986-1998 yıllarını kapsayan tarama sonucunda 6156 kişi içinde 59 TB hastası personel bulunmuş, göğüs kliniklerinde risk 6.37 kez fazla ve hemşirelerde doktorlara göre daha fazla bulunmuştur (14). Yedikule Göğüs Hastanesi çalışanları da İstanbul'da bir genel eğitim hastanesi çalışanları ile karşılaştırılmış, göğüs hastanesinde risk 7.5 kat fazla bulunmuştur (15).

Ülkemizde yapılmış birçok çalışmanın ışığında sağlık kurumlarında çalışanların TB bulaşma riski taşıdıkları ve bu oranın göğüs kliniklerinde çalışanlarda ve özellikle hemşirelerde yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Amerikan Enfeksiyon Kontrol Merkezi TB hastalarının yıllık başvuru sayılarına göre kurumlardaki riskin sınıflamasını yapmaktadır (1). Ancak akciğer tüberkülozu hastalarının başvurduğu tüm sağlık kurumlarında tüberküloz basiliinin bulaşma riski vardır. Bu nedenle bu kurumların tamamında korunma amacıyla idari, çevresel ve kişisel önlemlerin alınması gerekir.

İDARI ÖNLEMLER:

Öncelik sırasında birincil önlemlerdir. TB şüphesi ile başvuran hastaların erken tanısı çok önemlidir. Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hastane içindeki riskler belirlenerek kontrol programı oluşturulmalıdır. Riski arttıran nedenler şunlardır: Tanı konulmamış, tedavi edilmemiş TB hastaları, TB şüphe edilmemiş hastalar, laboratuvar gecikmesi veya yetersizliği, tanıyı gölgeleyen sekonder enfeksiyonlar, ilaç direncinin geç fark edilmesi, hasta odalarının yetersiz havalandırılması, kirli hava ile hava sirkülasyonu yapılması, havalandırma hızının düşüklüğü, TB izolasyon pratiğinde kaçaklar, odalarını terk eden hastalar, açık bırakılan kapılar, ortak banyolar, öksürük nedeni olan işlemler yapılırken alınan önlemlerin yetersiz olması, endotrakeal entübasyon, nazo-endotrakeal aspirasyon yapılması, bronkoskopik girişimler, aerosol tedavisi, balgam indüksiyonu, laboratuvar da yetersiz önlemler, maske takılmadan çalışması, negatif basınçlı havalandırmanın olmaması. Bulaşma riskinin en fazla olduğu bölgeler, hasta odaları, acil servis, poliklinikler, müdahale odaları, ameliyathaneler, röntgen çekilen alanlar, bakteriyoloji laboratuvarı, spirometri ve otopsi salonlarıdır.

En etkin tüberküloz kontrolü hasta kişilerin erken tanısı, izolasyonu ve tedavisinin başlanması ile sağlanır. Tedavinin ilk dozu ile bulaştırıcılığın hızla azalmasına kimyasal izolasyon denmektedir ve hastaların odalara kilitlenerek toplumdan uzaklaştırılmalarından, yani fiziksel izolasyondan çok daha etkilidir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada TB tanısı koyup tedavisi başlamadan önce hasta gecikmesi 82.6 ± 70 gün, doktor gecikmesi 41.4 ± 55.8 gün ve tüberküloz kliniğinde gecikme 5.6 ± 3.8 gün olarak bulunmuştur (16). Bu durum bulaşma riskinin tanı ve tedaviye bağlı gecikme nedeniyle yüksek olduğunu göstermektedir.

Bir iş yerinde öncelikle enfekte olmamış kişilerle bulaşıcı tüberküloz hastalığı olan hastaların temas riskini en aza indirecek yönetimsel tedbirleri almak gerekir. Bu tedbirler:

1. TB hastalarının triyajı (sağlık kurumuna ilk başvuruda TB şüpheli-lerin diğer hastalardan ayrılması), hızlı tanısı, izolasyonu, ayrıca tanısal değerlendirme ve tedavisi için yazılı politikalar ve protokoller oluşturmak ve uygulamak

2. Sağlık çalışanlarının etkin önlemler uygulamalarını sağlamak (uygun maske kullanımı, izolasyon alanlarının kapılarının kapalı tutulması v.b.)
3. Sağlık çalışanlarının TB konusunda eğitimi, ve danışmanlık yapılması
4. Sağlık Çalışanlarının TB enfeksiyonu ve hastalığı açısından periyodik olarak taranması: Sağlık çalışanlarına tarama amacıyla akciğer grafisi çekilmeli ve Tüberkülin Cilt Testi yapılmalı. Sağlık çalışanlarında TCT'nin 2 basamaklı uygulanması önerilir (17). Bu uygulamada ilk testi negatif olarak değerlendirilen kişilere test yapıldıktan 1-3 hafta içinde ikinci test uygulanır. İkinci testte 10mm ve üzeri artış pozitif olarak kabul edilir. Negatif test sonucu olanların periyodik takiplerine devam etmek gerekir. Konversiyon gösterilen kişilerde koruyucu tedavi önerilir.

Latent enfeksiyon tanısında yeni testler pahalı da olsa ticari olarak piyasaya girmiştir. Bu testler Quantiferon Gold-TB testi ve T-spot TB testidir (18,19).

Bu testler M. tuberculosis ile uyarılan T lenfositlerden salınan interferon gamma'nın ölçümüne dayalı testlerdir ve spesifik antijen yanıtını gösterdikleri için cilt testine göre daha spesifik bulunmaktadırlar. Bir başvuruda kan testi ile sonuç vermesi, değerlendirmenin daha objektif olması, önceki testlerden etkilenmemesi ve BCG'den etkilenmemesi gibi üstünlükleri vardır.

ÇEVRESEL, MÜHENDİSLİK ÖNLEMLERİ:

İkinci önlem grubu olarak enfekte damlacık çekirdeklerinin konsantrasyonunu azaltmak ve yayılmasını önlemek için mühendislik önlemlerinin uygulanması gereklidir. Havadaki enfekte damlacık çekirdeklerini azaltmak veya yok etmek için uygulanan basitten en karmaşık metodlara kadar bir dizi çevresel kontrol önlemlerini kapsar.

A. Havalandırma: 1.Doğal Havalandırma: En basit ve en ucuz yöntem pencereleri açarak doğal havalandırmanın sağlanmasıdır (2). Havalandırma yapılırken temel felsefe havanın temiz alandan kirli alan yönüne doğru akışını sağlamaktır. Bu nedenle ortamda hava akışının kontrolleri yapılmalı ve bu prensibe göre hava akışını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Hava akımı tütsüler konarak araştırılabilir.

Oda havasının saatte birkaç kez değişmesi gerekir.

Hava akışını sağlamak için tavana veya pencereleere vantilatör takılabilir.

2. Negatif Basıncılı Havalandırma: İzolasyon odaları veya kliniklerdeki kontamine havanın çevre alanlara geçmesini engellemek amacıyla negatif basınçlı mekanik havalandırma sistemleri uygulanabilir. Daha kompleks ve pahalı yöntemlerdir. Bu sistemleri kurabilmek ve etkin çalışmasını sağlamak için pencere ve kapıların sürekli kapalı tutulmasını sağlayacak altyapıyı da temin etmek gerekir. Böylece oda havasının düşük basınçta kalması sürdürülebilir. Sistemler lokal veya genel havalandırma şeklinde kurulabilir.

TB hastası yoğun olan sağlık kurumlarında genel havalandırma yanında özellikle bu hastaların yoğun bulunduğu bekleme odaları, radyoloji üniteleri, poliklinikler gibi yerlerde ek mühendislik yaklaşımları gerekir. Kirlenen havanın genel havalandırma sistemi ile uzaklaştırılması sırasında hem HEPA filtresi hem de UV ışınlama ile havanın temizlenmesini sağlayan sistemler de vardır.

TB basillerine maruziyetin oluşabileceği alanların sayısı bu önlemlerle azalabilir ancak yok edilemez. Bu alanlar hastaların izole edildiği alanlar, tedavi odaları, balgam çıkarma işleminin yapıldığı alanlar, bronkoscopi odalarıdır.

Sağlık kurumlarında önerilen genel havalandırma hızları saatte değişen hava sayısı olarak ifade edilir. Bu sayı, odaya bir saatte giren hava hacminin oda hacmine oranıdır ve atılan hava akımının oda hacmine bölünüp 60 ile çarpılmasına eşittir. Yeni kurulan sistemlerde istenen hava değişimi saatte 12 defadır.

3. Taşınabilir Hava Temizleyicileri: Genel havalandırma sistemi olmadığında, var olan sistem yeterli hava değişimi sağlayamadığında, hava akımının etkinliğinin artması istendiğinde bu sistemler tercih edilebilir. Bu sistemler HEPA filtreli, saatte oda havası değişimi 12 veya üzeri olmalıdır. Sistemin etkinliği odadaki mobilyaların yerleşimine, odanın şekline ve odadaki insan sayısına göre değişkenlik gösterebilir.

B.HEPA (High Efficiency Particulate Air) Filtreleri:

HEPA filtreleri birçok şekilde dışarı atılan havanın içindeki ve oda ha-

vasındaki damlacık çekirdeklerini elimine etmek veya azaltmak için kullanılabilir.

Bu amaçla HEPA filtreleri havanın çıktığı kanallara, havanın oda içinde tekrar dolaşımı için kurulan sistemlerin içine, taşınabilir hava temizleyicileri içine, dışarıya verilen kirli havanın çıkış yerine, TB odalarındaki havanın genel havalandırma sistemine bağlandığı yerlere takılırlar.

C. Ultraviyole İle Işınlama

TB basilinin bulaşma riskinin yüksek olduğu genel kullanım alanlarında havalandırma sistemine ek olarak kullanılabilir. UV lambaları odalara veya koridorlara odanın üst tarafını ışınlamak üzere yerleştirilebilir. Ayrıca havalandırma kanallarına da yerleştirilebilirler. Sağlık çalışanları için tehlikenin azaltılması ve doğru işlev görmesi için UV lambalarının yeterli ve uygun şekilde yerleştirilmesi gerekir. Üst hava ışınlaması için tavan yüksekliğinin 2.4 m'nin üstünde olması gerekir. Onsekiz metrekare alana 30W lamba konmalı ve tavan yüksekliğinin üçte iki üst tarafına yerleştirilmelidir. Ayrıca ışınlama seviyesinin monitorizasyonu da gerekir.

TB basilinin inaktivasyonu için gerekli UV -C ışını 253.7 nanometre olmalıdır. UV lambaları üreticinin talimatına göre değiştirilmeli veya ölçüm yapılarak yetersiz ışık saptandığında değiştirilmelidir. Genellikle kaliteli bir lamba 5000-10000 saat (7-14 ay) kullanılabilir. Işığın zararlı etkilerinden korunmak için gereken mühendislik önlemleri alınmalıdır. Işığı yansıtmayan duvar boyaları kullanılmalı, çevrede ayna v.b. yansıtıcı materyal olmamalıdır. UV ışınlarının zararlı etkileri konusunda sağlık çalışanları eğitilmelidir, UV konan yerlerde uyarı yazılarının olması gerekir.

KİŞİSEL ÖNLEMLER:

TB basillerine maruziyetin oluşabileceği alanların sayısı bu önlemlerle azalabilir ancak yok edilemez. Bu nedenle üçüncü basamak olarak sağlık çalışanlarının koruyucu solunum malzemeleri taşımaları önerilir (örneğin FFP2, FFP3 ve N95 maskeleri)

Hastanın öksürürken ve hapsirirken ağızını bir mendil ya da benzeri bir nesne ile kapaması ve izolasyon odası dışında cerrahi maske kullanması damlacık çekirdeği yaymasına engel olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle TB hastalarının cerrahi maske takması önerilir, hava valvi olan personel maskelerini takmaları ise sakıncalıdır.

SONUÇ:

Hastaneler çalışanlar için işyeridir ve çeşitli mesleki riskler söz konusudur. Tüberküloz hastalığı da bu risklerden biridir. Sağlık kurumlarında işe başlayan herkese sağlık kaydı tutulmalı, bu kayıtlar TB riski ile ilgili olarak akciğer grafisi ve iki basamaklı tüberkülin cilt testini içermelidir. Periyodik olarak cilt testi negatif çıkanlar taranmalı, konversiyon gösterilirse koruyucu tedavi verilmelidir. Hastanelerde TB tanısı için çalışanlar eğitilmeli, bakteriyolojik tetkikin erken yapılması ve kaliteli olması sağlanmalı, hastalarda tedavi gecikmesi önlenmelidir. Hastane mimarisi ve alt yapısı planlanırken mesleki riskler, bulaşlar düşünülmalıdır. Hastanelerde yüksek riskli yerler belirlenerek ek önlemler alınmalıdır. Tüberküloz hastalığına yakalanan sağlıkçılar mağdur edilmemeli, tazminat hakkında yararlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Guidelines for Preventing the Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care Set-tings,2005.MMWR-CDC. 2005;54. No: RR-17.
2. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WHO.1999. WHO/CDS/TB 99.269.
3. McKenna MT, Hutton M, Cauthen G et al. The association between occupation and tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;154:587-93.
4. Pleszewski B, FitzGerald JM. Tuberculosis among health care workers in British Columbia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1998;2: 898-903.
5. Raitio M., Tala E.. Tuberculosis among health care workers during three recent decades. *Eur Respir J.* 2000;15:304-307.
6. Naidoo S, Jinabhai CC. TB in health care workers in KwalaZulu-Natal, South Africa.. *Int J Tub Lung Dis* 2006;10:676-82.
7. Skodric V, Savic B, Jovanovic M, et al. Occupational risk of tuberculosis among health care workers at the Institute for Pulmonary Diseases of Serbia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000;4:827-31.
8. Krüüner A, Danilovitsh M, Pehme L, et al. Tuberculosis as an occupational hazard for health care workers in Estonia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001; 5:170-6.
9. Silva VM, Cunha AJ, Oliveira JR, et al. Medical students at risk of nosocomial transmission of *Mycobacterium tubrtcolosis.* . *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000; 4: 420-6.
10. Malasky C, Jordan T ,Potulski F, Reichman LB: Occupational tuberculosis infections among pulmonary physicians in training. *Am Rev Respir Dis* 1990;142:505-7.

11. Babus V. Tuberculosis morbidity risk in medical nurses in specialized institutions for the treatment of lung diseases in Zagreb. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1997;1: 254-258.
12. Çalışır H, Saka D, Bakan N, Öğretensoy M. Bir Göğüs Hastalıkları Eğitim Hastanesi Çalışanlarında Tüberküloz Sıklığı. *Toplum ve Hekim.* 1999;14: 435-440.
13. Tümer Ö, Kocadelioğlu İ, Öneş C, ve ark. Göğüs Hastanesi çalışanlarının tüberküloz enfeksiyonu açısından taranması. *Toraks Kongresi 1998*;s.6.
14. Kılınç O., Uçan ES, Çakan A, ve ark. İzmir'de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riski: tüberküloz meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi? *Toraks Dergisi.*2000;1:19-24.
15. Demir M, Alkan N, Tuncay E, ve ark. Göğüs Hastalıkları Hastanesi çalışanlarında enfeksiyon riski.. *Toraks Kongresi 2005*;s.185.
16. Çalışır H, Yurdakul AS, Öğretensoy M. Tüberküloz kontrolünde hasta ve doktor gecikmesi. *Tüberküloz ve Toraks.* 2001;2:252-258.
17. Frenzel EC, Thomas GA, Hana HA. The importance of two-step tuberculin skin testing for newly employed healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006;27:512-4.
18. Arend SM, Thijsen SF, Leyten EM, et al. Comparison of two Interferon-gamma assays and tuberculin skin test for tracing TB contacts. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;14.
19. Meier T, Eulenbruch HP, Wrighton- Smith P, et al. Sensitivity of a new commercial enzyme-linked immunospot assay (TSPOT-TB) for diagnosis of tuberculosis in clinical practice. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:529-36.

III. BÖLÜM

“SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM” VEYA “SAĞLIK REFORMU”

Son 20-25 yıldır orta ve az gelişmiş ülkeler çeşitli basınç/baskılar altında sağlık sistemlerinde değişikliklere zorlanmışlardır. Bu basınçların en önemlisi neoliberal ekonomik eğilimden kaynaklanmaktadır. Bu bakış açısı devlet mülkiyeti, bürokratik yönetim ve arz belirlenimli yapıdan özel mülkiyet, rekabet, talep belirlenimli ve performansla ilişkilendirilmiş kazanca dayalı ekonomik anlayıştan kaynaklanmaktadır. Diğer bir zorlayıcı faktör ise özellikle orta gelişmiş ülkelerde de gelişmiş ülkelere benzer şekilde oluşan epidemiyolojik değişikliklerdir. Yaşlı nüfus ile birlikte kronik hastalıklar artmış ve sağlıktaki olağanüstü yükselen teknoloji ile de birlikte sağlık hizmeti giderlerinde büyük yükselişler olmuştur. Özetle neoliberal politika izleyen hükümetler bir yandan artan sağlık harcamalarını hastalara yıkmaya diğer yandan ise olağanüstü büyüyen “sağlık sektörü”nü piyasalaştırarak sermaye için yeni bir kazanç alanı haline getirme çalışmaktadırlar.

“Sağlık Reformu” veya “Sağlıkta Dönüşüm” denilen uygulamalar evrensel ortak özelliklere sahiptir (1, 2). Bu başlıklar kabaca şöyle özetlenebilir:

1. Desantralizasyon: Sağlık yönetimi ve hizmetlerinin daha periferik kurumlara aktarılması.
2. Entegrasyon: Özellikle enfeksiyon hastalıklarında uygulanan vertikal veya kategorik merkezi hükümet programlarını (tüberküloz kontrol programı gibi) genel sağlık hizmeti programları içine alınması.
3. Hasta Ödentilerinin Oluşturulması
4. Devlet Hastanelerinin Özerkleşmesi/Özelleştirilmesi

5. Özel Sektörün Desteklenmesi
6. Sigorta Kurumlarında Değişiklikler: Prime dayalı genel sağlık sigorta siteminin yaygınlaştırılması ve özel sigortanın teşviki
7. Kamu Çalışanlarının Statüsünde Değişiklik; Kamu çalışanlarının merkezi devlet görevlisi olmaktan çıkarıp yerel yönetimin iş güvencesiz çalışanları haline getirilmesi, performansa dayalı ücretlendirme ve esnek çalışma biçimlerinin geliştirilmesi

Hiç şüphesiz tanımlanan ilkeler doğrultusunda değiştirilen sağlık yapısı orta ve az gelişmiş ülkelerde hâlâ ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam eden tüberkülozun kontrolünü de kaçınılmaz olarak etkilemektedir (3, 4). Türkiye ise aynı zaman dilimi içinde bir yandan “Sağlıkta Dönüşüm” sürecini, bir yandan da tüberküloz kontrol programının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerisi olan Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi doğrultusunda yenileme sürecini birlikte yaşamaktadır. Daha önemlisi Türkiye’de çeşitli yönlerden değişikliklere uğrasa da halen eski vertikal örgütlenmiş TB Kontrol Programı yapısını korumaktadır. Ancak “Sağlıkta Dönüşüm”ün geldiği bugünkü aşama tüberküloz kontrol programını tehdit eder bir noktaya ulaşmıştır. Bu nedenle sürecin yakından izlenmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması TB kontrolü açısından kaçınılmaz hale gelmiştir.

Tüberküloz Kontrolünün İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütü 1991 Sağlık Asamblesi kararlarında TB kontrolünün en önemli yönünün olgu yönetimi olduğunu ortaya koymuştur. Buna bağlı olarak DSÖ’nün 1993 yılında TB kontrolü için DOTS (Directly Observed Therapy-Short Course; Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi –DGTS) yaklaşımının bütün ülkelerin Ulusal Tüberküloz Kontrol Programlarında (UTKP) temel alınmasını önermiştir. Bu yaklaşımın esası TB hastalığının toplum içinde yayılmasından asıl sorumlu olan balgam yaymaları pozitif akciğer tüberkülozlu kişilerin tanısı ve tam olarak tedavi edilmesidir. Bu stratejide; tanıda bakteriyolojinin esas alınması, hastaların belirlenmiş standart rejimlerle tedavi edilmesi, tedavinin en azından ilk iki-üç ayının bir sağlık çalışanı tarafından gözetim altında verilmesi, ilaçların ücretsiz sağlanması, hastaların standart kayıt ve takiplerinin yapılması ve bütün bunların sürekliliğinin sağlanması için devletin politik kararlılığının ortaya konması esas alınmıştır.

Söz konusu programın iyi şekilde yürütülebilmesi açısından TB kontrol programlarının birinci basamak kamu sağlığı kurumları ile entegrasyonu, kalite kontrolü olan yaygın bir mikroskopi ağı, düzenli eğitim ve denetim etkinlikleri gerekmektedir. Yayma pozitif olguların erken tanısı ve gözetimli olarak tam olarak tedavi edilmesi toplumda enfeksiyonun yayılmasını engelleyecek ve zaman içinde o toplumdaki sessiz TB enfeksiyonlu kişilerin ve dolayısıyla TB hastalığının insidansı azalacaktır. Düzenli ve yeterli tedavi aynı zamanda düzensiz ve/veya eksik ilaç kullanımını bağlı ilaç direncinin gelişimini de ortadan kaldıracaktır.

Öte yandan bu temel program önermelerine ek olarak daha fazla hasta bulunabilmesi için kültür yöntemlerinin yaygınlaştırılması, hızlı direnç testlerinin yaygınlaştırılması, Çok İlaçlı Dirençli TB olgularının program dahilinde tedavisinin sağlanması, hasta temaslarının ve mahkûmlar gibi risk gruplarının ücretsiz taranması, temaslılar içinde olanların veya sessiz TB enfeksiyonuna sahip olup immünsuprese olanlara koruyucu tedavi verilmesi, çocukların TB basili ile karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu toplumlarda zorunlu BCG aşısı uygulamalarının devam edilmesi önerilmektedir.

Sağlıkta Reform Stratejileri ve Tüberküloz Kontrolü (3)

Sağlık Reformu için evrensel olarak önerilen tedbirler yukarıda özetlenen TB kontrol ilkeleri açısından kâğıt üzerinde bazı fırsatlar sunmasına rağmen çok önemli riskleri de taşımaktadır. Bu fırsatlar ve riskler aşağıda özetlenmiştir:

Hizmetlerin Desantralizasyonu: Hizmetlerin bölgesel ve yerel hizmetlere yönelmesi sivil toplumun sahiplenmesi gibi potansiyel fırsatlar sunarken; TB'nin ulusal ölçekte sahip olduğu önemin azalması, yerel yapıların yetersiz yönetim ve teknik kapasitesi ve standart kayıt ve değerlendirmelerde aksama gibi riskler taşımaktadır.

Programların Entegre Edilmesi: Tüm sağlık programının ulusal düzeyde sahiplenilmesi vaka bulma oranlarında artışı ve genelde sağlık alt yapısının daha verimli kullanılması fırsatını sağlamaktadır. Öte yandan bu durum özel bir sorun olarak tüberküloz hasta takibi ve kontrol programının göreceli önemini azaltma riski taşımaktadır. Öte yandan muhtemel gelişecek bir kaynak sıkıntısında TB kontrol programı da eşit ölçüde zarar görebilme durumuna girmektedir.

Hasta Ödentileri: Ödenti uygulaması özellikle yoksullar başta olmak üzere hastaların sağlık birimlerine başvurularını azaltabilir. Öte yandan ödenti uygulaması sağlık hizmet sunucularını ödenti miktarını “ödeyen” kişilere odaklanması tehlikesine yol açabilir.

Kamu Çalışanlarının İstihdam Biçimlerinin Değiştirilmesi: Bu uygulama toplam çalışan sayısında artışı neden olabilse de güvencesiz çalışma koşulları nedeniyle hizmetlerin gerçekte sahiplenilmesinde gerilemeye neden olabilir.

Hastanelerin Özerkleşmesi: Uygulama maliyet-etkin bir konum elde edilmesinde fırsat olarak değerlendirilmekle birlikte, özerk kurumların tüberkülozun aleyhine olarak gelir getirici hastalıklara ve ücret “ödeyebilen” hastalara yönelmesi riskini ortaya çıkaracaktır. Bu etki özellikle hastanelerin işletmeleştirilmesi sonrasında belirgin biçimde görülecektir.

Özel Sektörün Katılımı: Tüm sağlık sektörünün TB kontrolüne katılım fırsatını sağlamakta ve belki performans dayanan anlaşmalarla standart uygulamaların özel sektör tarafından da yerine getirilmesi için fırsat sunabilir. Ancak genelde özel sektördeki olgu takibinin yetersizliği tedavi başarısızlıkları ve direnç gelişimi için ciddi riskler oluşturmaktadır.

Sağlık Reformu ve TB Kontrolü: Ülke Deneyimleri

1990'lı yıllarda birçok orta ve az gelişmiş ülkede sağlık reformları yaşandı. Bazı ülkelerdeki önceki sağlık yapısından kaynaklanan olumlu sonuçlar yanı sıra çoğu ülkede tüberküloz kontrol programları ciddi zarar gördü.

- **Bangladeş:** Daha önce perifer seviyede yetersiz bir sağlık alt yapısı olan ülkede tüberkülozu kapsayan genel bir asgari sağlık hizmeti paketinin yaygınlaştırılması ile TB kontrolünde iyileşme sağlanmıştır. Fakat gerek merkezi gerekse yerel düzeyde TB kontrolü için politik kararlılığın sürdürülmesi sorunu vardır (5).
- **Brezilya:** Sağlık reform çalışmalarından sonra yerel sağlık yönetimlerinin hazırlıksızlığı nedeni ile TB kontrol programı ciddi zarar gördü. Semptomlularda balgam muayenesi %50 azaldı, akciğer TB olgularının %30-45'inde bakteriyolojik doğrulama

yapılmadı. Yayma muayenesi %60 olguda eğitimsiz personel tarafından yapıldı ve ilaç depolama ve ilaç sağlanması önemli ölçüde aksadı. Kayıt raporlama kalitesi azaldı ve ülke 1998’de DGTS temelinde yeni bir programa geçilmek zorunda kaldı (6). Uygulama konulan yeni program ile TB kontrolü yeniden canlandırıldı.

- **Zambiya:** Vertikal TB Kontrol Programı’nın yok edilmesi ile olgu bulma, olgu yönetimi ve ilaç sağlanması açısından “kato-trofi” olarak adlandırılan bir bozulma yaşandı (7).
- **Kenya:** Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı (UTKP) reform sürecine proaktif olarak katıldı. Vertikal programın güçlü bölge yapısı korundu ve periferik sistem TB kontrol aktivitelerini tam olarak kapsadı. Bu yolla HIV salgını ve bütçe zorluklarına rağmen UTKP sürekliliğini koruyabildi (8).
- **Kolombiya:** Reform süreci 1991’de başladı. Rekabetçi bir yönetim anlayışı sonunda 2000 yılına gelindiğinde olgu bulma ve temaslı taramasında anlamlı azalma, özellikle yoksullarda tedavi terklerinin artışı ile birlikte kür oranlarında düşme ve BCG aşılama oranlarında azalma meydana geldi (9).
- **Vietnam:** Sağlık sisteminde özel sektörün yaygınlaşması ile TB kontrolü için para bulunması ve ilaç-malzeme temini zorlaştı. Özel sektöre başvuran hastaların TB için doğru yönlendirilmesi ve doğru ilaç rejimi ile tedavi şansı azaldı (10).

Farklı ülkelerde hayata geçirilen “reform/dönüşüm” uygulamalarının benzer sonuçlara neden olduğunun görülmesinin ardından dünyanın birçok yerinde acil eylem çağrıları yapıldı. Bu çağrılar üzerine DSÖ temel halk sağlığı yapılarını koruyan düzenlemeler önerdi. DGTS programlarının uygulanması ile Tanzanya, Çin, Vietnam, Hindistan ve Peru gibi birçok ülkede da iyi finanse edilen Ulusal Tüberküloz Kontrol Programları geliştirildi. Ancak bazı ülkelerde kısmen uygulanan sivil toplum kuruluşları katılımı ve çok az ülkede uygulanan özel sektör katılımları ile bazı başarılı deneyimler olmasına rağmen sorunlar halen devam etmekte olup Birleşmiş Milletlerin 2001 yılında açıkladığı Milenyum Hedefleri’ne ulaşılması için çok gayret gerektiği açıktır (11).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve TB Kontrolü

Bugün itibarıyla Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye'nin TB kontrol hedeflerini yakalaması açısından DSÖ belgelerindeki başarılı yeri ile haklı olarak övünmektedir. Fakat bilinmelidir ki bu başarı esasta verem savaşı dispanserlerinin, burada çalışan deneyimli sağlık çalışanlarının ve birçok güce sahip olan Verem Savaş Daire Başkanlığı'nın varlığı ile mümkün olmuştur. Ancak "Sağlıkta Dönüşüm" uygulaması ile ciddi tehdit altına giren yapılar da tam da bunlardır. Bu çerçevede Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın TB kontrolünün temel parametreleri üzerine olası etkilerini incelemek zorunludur:

Politik Kararlılık; TB kontrolünün başarılı olmasının en önemli etkeni sorunun politik olarak ciddi şekilde ele alınması ve gerekli kaynakların sağlanmasıdır. TB daha çok yoksul ve politik olarak güçsüz toplulukların hastalığı olduğu için merkezi politikaların zayıfladığı durumda her yerel düzeyde politik kararlılığın oluşturulması sorun olabilir. En son yapılan 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yasasında köklü değişikliklere gidilmiş ve bu konuda TB Kontrol Programı açısından ciddi bir tehlike ile karşı karşıya gelinmiştir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı içinde TB Kontrol Birimi'nin güçlendirilerek sürekliliğinin sağlanması, merkezi olarak TB kontrolü için ayrı bütçe uygulamasına devam edilmesi ve merkezi ilaç alımı ve dağıtımının devamının sağlanması gereklidir. Öte yandan bu hizmeti talep eden toplum-hasta hareketleri de desteklenmelidir.

Olgu Bulma ve Tanı Hizmetleri; Birinci basamakta ücretsiz başvuru hakkı TB için özel bir önem taşır. Çünkü ancak bu yolla bulaştırıcı hastaların erken yakalanması mümkündür. Fakat "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sigorta kapsamında olanlardan dahi birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru için ek para talep edilmesi -özellikle genel sağlık sigorta kapsamında kalacak geniş yoksul kitleler düşünüldüğünde- hastaların başvurularında gecikmeye neden olacaktır.

Öte yandan Verem Savaşı Dispanserleri (VSD)'nin geleceği halen belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte VSD'ler korunsun bile özel bir önlem alınmazsa sağlık çalışanlarının mali bir geri getiri olmayan (performansı düşük!) ücretsiz TB hizmetleri (TB dispanseri, TB laboratuvarı, tedavi gözetimi, temaslı kontrolü gibi) kapsamında görev yapma motivasyonu azalabilir. Uygulanan politika VSD'lerdeki deneyimli

hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının verdiği tanı hizmeti (örneğin mikroskopi) entegre sistem içerisinde kalite kaybına uğrayabilir. Bu açıdan verem savaş hizmetleri birinci basamak hizmetlerine tam olarak entegre edildiğinde de laboratuvar hizmetlerinin vertikal olarak korunması gereklidir.

Standart Tedavi Rejimleri ve Tedavinin Gözetimi; Tedaviye başlama ve tedavi rejimini seçme kararı özel kurumlar da dahil tüm birinci basamak kurumlara bırakıldığında standart tedavi rejimlerinin uygulanması büyük sorunlarla karşılaşabilir. Özellikle tedavinin başlangıcında hastanede yatması gereken bazı TB olguları kurumlara “gelir getirici” özellik taşımadığından dezavantajlı duruma düşer ve bugünlerde yaşandığı gibi hastanede yatış olanakları azalır.

Öte yandan Türkiye’de Doğrudan Gözetimli Tedavi’ye yeni geçilmiştir. Şu ana kadar olan deneyim gözden geçirildiğinde sağlık yönetiminin kararlı olduğu il ve ilçelerde sağlık ocakları ve takiben aile hekimlerin tedavi gözetiminde oldukça başarılı olduğu görülmektedir. Fakat görülen odur ki Aile Hekimliği Sistemi’nde tedavi gözetimi açısından özel kriterler/destekler belirlenmezse hasta takibi ve tedavi gözetimi büyük zorluklarla karşılaşacaktır.

Kayıt ve Raporlama; Olgu bildirim ve tedavi sonuçlarının raporlanmasında genel bir sorun yaşandığı açıktır. Türkiye’de “Sağlıkta Dönüşüm” kapsamında Sosyal Sigortala Hastaneleri ile devlet hastanelerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ortaklaşması TB bildirim ve dispanserlere kayıt açısından olumlu bir etki yapmıştır. Son yıllarda Türkiye’yi DSÖ yayınlarında başarılı gösteren somut sonuç özellikle VSD’ye dayanan kayıtların merkezi olarak düzenlenip yayınlanmasıdır. Ancak VSD’nin olmadığı koşullarda TB için gereken bütün takip formlarının doldurulması genel sağlık çalışanı için önemli bir yük olabilir. Bu nedenle kayıt ve raporlama hizmetlerinin vertikal sitem içerisinde korunması gereklidir. Nitekim aile hekimliği sistemine geçişte dispanser faaliyetlerinin etkinliğinin azalması ile bazı illerde beklenenden fazla insidans düşmeleri bu durumla ilgili olabilir.

Sonuç Olarak;

Dünyada özellikle temel sağlık hizmetleri yetersiz ve sadece merkezlerde toplanmış bazı az gelişmiş ülkelerde, hizmetlerin periferde yayılması ile sağlık hizmetlerinde ve bağlı olarak TB kontrolünde iyileşmeler sağlan-

sa da, “sağlık reform” politikaları genelde TB kontrol hizmetlerini tehdit etmektedir.

Türkiye'nin son yıllarda tüberküloz kontrolü konusundaki DSÖ raporlarındaki başarılı durumu verem savaş dispanserlerini de içeren “eski” ve güçlü merkezi vertikal TB kontrol programının ürünüdür. Ancak “Sağlıkta Dönüşüm”ün bundan sonraki sürecinde bu yapıların ve/veya işlevlerinin zaafa uğrama tehlikesini özellikle sağlık birimlerinin ticari kaygılarla hizmet üretmeye yöneltmesi nedeniyle çok daha ciddi boyutlara taşımıştır. Bu çerçevede özellikle 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı yapısının değişmesi bu sorunları çok artırmıştır. Kanaatimizce her koşulda “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile riske giren TB kontrolünün “eski” temel programatik yapı ve işlevlerin her koşulda savunulması ve geliştirilmesi ana yönelim olmalıdır.

Kaynaklar:

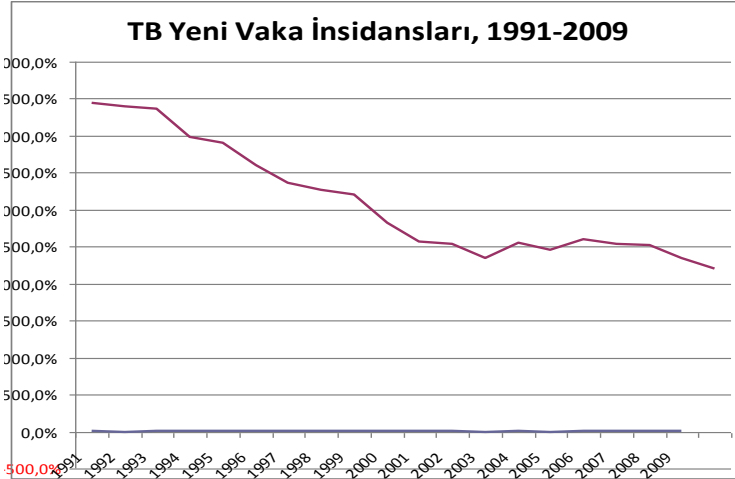
1. Lister J. Health Policy Reform. Driving the wrong way. A Critical Guide to the Global “Health Reform” Industry. Middlesex University Press, 2005.
2. Cassels A. Health sector reform: key issues in less-developed countries. WHO/SHS/NHD/95.4 Geneva. World Health Organization, 1995.
3. Weil DEC. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4 (7): 597-606.
4. Miller B. Health sector reform: scourge or salvation for TB control in developing countries. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4 (7): 503-504.
5. Kumerasan JA, Colombani PD, Karim E. Tuberculosis and health sector reform in Bangladesh. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4 (7): 615-621.
6. Kritski AL, Ruffino-Netto A. Health sector reform in Brazil: Impact on tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4(7): 622-626.
7. Bosman MCJ. Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4 (7): 606-614.
8. Hanson C, Kibuga D. Effective tuberculosis control and health sector reform in Kenya: Challenges of an increasing tuberculosis burden and opportunities through reform. Int J Tuberc Lung Dis, 2000; 4 (7): 627-632.
9. Arbelaez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapie D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int J Health Plann Manage, 2004; Oct-Dec; 19 Suppl 1: S25-43.
10. Naterop E, Wolffers I. The role of the privatization process on tuberculosis control in HoChiMinh City Province, Vietnam. Soc Sci Med, 1999; 48: 1589-1598.
11. Rifat A, Diana ECW, Mao TE, David M. Health-system strengthening and tuberculosis control, Lancet, 2010; 375: 2169-78.

IV. BÖLÜM

TÜRKİYE VEREM SAVAŞI 2010 RAPORU ANALİZİ

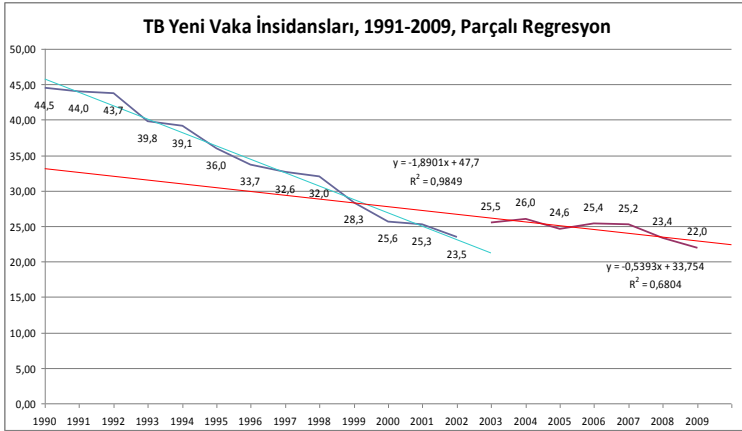
Türkiye Verem Savaşı 2010 Raporu'na göre 2002-2009 yılları arasında tüberküloz insidans hızı %27.5, prevalansı %35.9 düşmüştür. Ayrıca yıllar içerisinde yeni olgu sayısı da azalmaktadır. Kanaatimizce bu iyileşmenin en önemli nedeni tedavi başarı oranlarının yükselmesidir. Öte yandan bir numaralı şekilden de görüleceği üzere ulaşılan başarı yeni olmayıp, doksanlı yılların ortalarından itibaren verem savaş dispanserlerinde özellikle nitelikli sağlık insan gücü özverisi ile sürdürülen verem savaşının bir sonucudur. Bu bağlamda ulaşılan başarı, aslında verem savaş dispanserleri özelinde sürdürülen tüberküloz kontrolü stratejisinin doğru olduğunu kanıtlamaktadır.

Şekil 1: Tüberküloz Yeni Vaka İnsidansları (1991-2009)



Raporda tüberküloz savaşında ulaşılan başarının sadece 2002-2009 dönemi ağırlıklı ön plana çıkarılmakta ve bu dönemde “büyük başarı”nın olduğu iddia edilmektedir. Kanaatimizce bu yaklaşım bilimsel bir yaklaşım değildir. Oysa raporda ifade edilenin aksine tüberküloz kontrol mücadelesinde ulaşılan başarı sadece 2002-2009 dönemine ait olmayıp, doksanlı yılların başından beri verem savaş dispanserleri ekseninde sürdürülen tüberküloz kontrol stratejisinin bütününe aittir. Hatta iki numaralı şekilden de izleneceği üzere; tüberküloz yeni vaka insidansında yaşanan azalma eğilimi, 2003-2009 dönemine kıyasla 1990-2002 döneminde daha yüksektir.

Şekil 2: Tüberküloz Yeni Vaka İnsidansları (1991-2009) (Parçalı Regresyon)



Türkiye Verem Savaşı 2010 Raporu verilerine göre akciğer tüberkülozunda yayma pozitiflik %60'dır. Benzer biçimde kültür pozitiflik oranı %33.5'tir. Bilindiği üzere Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'nin bileşenlerinden birisi olan yayma incelemesi ve yayma pozitiflik oranının yükseltilmesi gereklidir. Öte yandan kültür pozitiflik oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Benzer biçimde ilaç duyarlılık testi yapılma oranı da düşüktür. Kanaatimizce ivedilikle Türkiye çapında iyi bir laboratuvar ağının kurulması, kalite standartlarının önemsenmesi ve bu iki aşamadan sonra da tüm olgular için kültür yapılması ve özellikle kimi olgularda hızlı Rifampisin duyarlılığı çalışılması gereklidir.

Söz konusu rapor verilerine göre tüberküloz hastalığının olgu hızı 15-24 yaş aralığı için yüzbinde 27.2'dir. Gerçekten de 15-24 yaş aralığında olgu hızı azalmakla birlikte tüberküloz hâlâ genç nüfus için tehdit edici vasıftadır. Bu veri Türkiye'de tüberkülozun hâlâ önemsenmesi ve ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğuna işaret etmektedir.

Öte yandan Çok İlaça Dirençli Tüberküloz'da terk oranı yüksek (%9.6), kür oranı düşük (%64.6)'tür.

Sevindirici bir bulgu olarak yıllar içerisinde hasta başına yapılan temassız muayene sayısının arttığı görülmektedir. Ancak detaylı olarak irdelenirse temassız muayene sayısının iller arasında çok büyük farklılıklar gösterdiği saptanabilir (Örneğin hasta başına temassız muayene sayısı Iğdır'da 47.6, Batman'da 22.3, Uşak'da 12.0, Kocaeli'nde 11.4, Hatay'da 11.1 ve Antalya'da 16.2 iken; İstanbul'da 5.6, Adana'da 3.2, Tunceli'de 1.3, Adıyaman'da 0.6, Ağrı'da 0.2, Artvin'de 0.1).

Öte yandan iller arasındaki bu farklılıkların doğal nüfus dinamikleri ile (çocuk sayısı, çekirdek aile, vs) açıklanabilmesi mümkün değildir. Kanaatimizce yaşanan bu farklılığın nedeni dispanserlerin hasta yaklaşım ve takibinde farklı tavr almalarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca gerçek farklılıkların yanı sıra dispanserlerde yaşanan kayıt farklılıkları da bu durumun başka bir nedenidir. Son olarak aile hekimliği sisteminin dispanser hekimlerine getirdiği kötü ekonomik koşullar nedeniyle dispanserlerde görev yapan tecrübeli ekibin dispanser hizmeti yerine aile hekimliği hizmetini tercih etmiş olması, iller arasında yaşanan bu farklılığı yaratan başka bir nedendir. Özetle dispanser çalışmalarında aile hekimliği sistemi nedeniyle nitelikli sağlık insan gücü eksikliğinin de derinleştirdiği standardizasyon sorunu yaşanmaktadır.

Verem savaş dispanserleri hizmetlerinde yaşanan standardizasyon sorunu hasta başına ilaçlı koruma sayısında da kendisini göstermektedir. Örneğin hasta başına ilaçlı koruma sayısı Artvin'de 0, Hakkâri ve Ağrı'da 0.1, Giresun'da 0.4, Kütahya'da 0.5 ve İstanbul'da 0.9 iken; Ankara'da 1.8, Antalya'da 2.0, Bingöl'de 2.8, Denizli'de 3.8'dir.

Raporun kimi verileri tüberküloz tanısında altın standart olan laboratuvar hizmetlerinde aksamaların yaşandığına işaret etmektedir. Çünkü 2009 yılında kayıtlı olarak tanı alan toplam 17.402 tüberküloz hastasının 10.227'sinde (%58.7) mikroskopik, 7.354'ünde (%42.3) kültür incelemesi yapılmıştır. Sadece akciğer tüberküloz tanılı olgular dikkate

alındığında dahi mikroskopik ve kültür incelemesi yapılma oranları düşüktür (sırasıyla %88.5 ve %63.6). Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'nin bileşenlerinden birisi olan mikroskopik tanı sürecinde yaşanan bu aksamın bir nedeni güvenilir hizmet sunan laboratuvar ağının bulunmamasıdır. Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın nitelikli sağlık insan gücünü dispanserlerden uzaklaştırmış olması da bu sonucun başka bir nedenidir.

2008 yılı itibarıyla Türkiye'de kür oranı %57.2'dir. Verem savaşının başarıyla sürdürüldüğünün temel göstergesi olan kür oranı kabul edilemeyecek kadar düşüktür. Tedavi başarısının yüksekliğini (%92) ve tanı anında akciğer tüberkülozlu olgularda mikropi yapılma oranının nispeten yüksekliğini (%88.5) dikkate aldığımızda, bu düşüklüğün en önemli nedeni hasta takiplerinde balgam tetkikinin yapılmamasıdır.

Öte yandan kür oranları açısından da dispanserler arasında doğal nedenlerle izah edilemeyecek farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin kür oranı Adıyaman'da %2.7, Uşak'ta %7.4, Yalova'da %21.9, Sakarya'da %25.2, Sinop'ta %23.1, Erzurum'da %29.0, Giresun'da %17.8, Adana'da %33.5, Konya'da %36.5 iken; Mardin'de %68.6, Ankara'da %79.0, Aydın'da %75.0, Bilecik'te %81.8, Denizli'de %94.3'dir. Veriler detayları ile irdelendiğinde; düşük olan kür oranının ortalamayı yansıttığını, gerçekte ise bu kür oranından çok daha kötü kür oranlarının bulunduğu illerin varlığı görülebilir.

Özetle Türkiye'de tüberküloz kontrolü, uzun bir zamandır ülke çapında asgari belirli bir standardizasyon dahilinde yürütülmemektedir. Aksine Türkiye'de farklı illerde farklı tüberküloz savaşları yaşanmaktadır. Kimi iller bu savaşta oldukça başarılı iken, kimi iller oldukça kötü durumdadır. Ancak bu durum, Türkiye'deki tüberküloz kontrolünün tüm Türkiye'yi gözetecek biçimde, belirli bir planlama dahilinde, merkezi olarak yetkin biçimde sürdürülmediğine, aksine savaşın lokal yerel inisiyatiflere ve olanaklara ağırlıkla bırakıldığına işaret etmektedir.

2010 yılı sonu itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı göğüs hastalıkları hastanelerinde toplam yatak sayısı 3.809, verem hastası yatak sayısı 540'dır. Bilindiği üzere 2000 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı göğüs hastalıkları hastanelerinde toplam yatak sayısı 6.355 idi. Yani son on yılda göğüs hastalıkları hastanelerindeki yatak sayısında %40 azalma

yaşanmıştır. Hiç kuşku yok ki bu değişim, verem yatak sayısına da fazlasıyla yansımıştır. Hastanelerin işletmeleştirilerek döner sermayeleri üzerinde durmaya zorlanması, merkezi devlet bütçesinden hastanelere yeterli desteğin verilmemesi ve dahası zaman zaman hastaneye merkezi bütçenin ödemesi gereken borçların silinmesi gibi uygulamaların olumsuz etkisi ilk olarak sosyoekonomik açıdan en dezavantajlı gruplar üzerinde kendisini göstermiştir. Bu bağlamda göğüs hastalıkları alanının çok para kazandıran bir alan olmaması nedeniyle, göğüs hastaneleri ve tüberküloz yatakları, hastane yönetimlerinin ayakta durmak ve para kazanmak için feda ettikleri ilk alan olmuştur.

Türkiye’de 2010 yılında toplam 198 dispanser bulunmaktadır. 2009 sonu itibariyle nüfusunun 72 milyon 561 bin 312 kişi olduğu dikkate alındığında 2010 yılı itibariyle 366.471 kişiye bir dispanser düşmektedir. Söz konusu raporda 500.000 nüfusa bir dispanser düşecek biçimde yeniden planlamadan söz edilmektedir. Bu projeksiyonun anlamı Türkiye’de halen faaliyette bulunan yaklaşık 50 civarında dispanserin önümüzdeki bir zaman diliminde kapatılacağı anlamına gelmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki, Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan olumsuz etkilenmesine rağmen dispanserlerin ayakta kalmış olması tüberküloz savaşının en önemli kazanımıdır. Bu nedenle dispanserlerin kapatılması projeksiyonundan vazgeçilmesi ve aksine nüfus dışı dinamikler de (lokalizasyon, göç, coğrafik durum, sosyal faktörler, vs) göz önüne alınarak dispanserlerin güçlendirilmesi gereklidir.

Verem savaş dispanserleri 2010 yılı sonu itibariyle 17 uzman hekim, 301 pratisyen hekim, 1.257 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 1.575 sağlık ve 477 idari çalışanla hizmetlerini sürdürmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı’nın “Türkiye’de Verem Savaşı 2009 Raporu” verilerine göre 2008 yılı sonu itibariyle verem savaş dispanserleri 55 uzman hekim, 437 pratisyen hekim, 1.468 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 1.960 sağlık ve 651 idari çalışanla hizmetlerini sürdürmekteydi. Yani geçen iki yılda verem savaş dispanserlerinde çalışan uzman hekimlerde %69, pratisyen hekimlerde %31, diğer sağlık çalışanlarında %14 ve idari hizmet çalışanlarında %27 oranında erime yaşanmıştır. Aslında bu veri tek başına dahi tüberküloz savaşında yaşanan aksama ve sorunların nedenini açıklayabilir.

Dispanserde çalışan sağlık insan gücüne sadece nicelik değil nitelik açısından da dikkat etmek gereklidir. Bu nedenle bugün itibariyle verem savaş dispanserlerinde yaşanan erime ve tükenme, sadece niceliksel değil aynı zamanda niceliksel ve nitelikselidir. Çünkü pek çok dispanser çalışanı, aile hekimliğinin ekonomik açıdan cazip olanakları nedeniyle -verem konusundaki tüm birikimine rağmen- dispanseri terk etmiştir. Ancak verem konusunda tecrübeli bir çalışanın kaybedilmesi, ya da sertifikası olmayan, yeterli deneyimi bulunmayan ve de gönüllü çalışmak istemeyen sağlık çalışanlarının verem savaş dispanserlerinde istihdam edilmesi tüberküloz kontrolüne olumsuz etki yapmaktadır.

Verem savaş dispanserlerinde 2010 yılı itibariyle 2.378.998 muayene, 1.793.368 radyolojik tetkik, 92.238 direkt mikroskopi ve 125.256 bölge tüberküloz laboratuvar numunesi hizmeti sunulmuştur.

Verem savaş dispanserlerinde 2005 yılı muayene sayısı 3.101.826'dır. Benzer biçimde 2007 yılında dispanserlerde 1.951.644 radyolojik tetkik ve 123.258 direkt mikroskopi incelemesi yapılmıştır. Son bir veri olarak 2008 yılında bölge tüberküloz laboratuvara gönderilen örnek sayısının 138.023 olduğunun altını çizmek gereklidir. Özetle son beş yıllık zaman diliminde verem savaş dispanserlerinde %23 daha az muayene, %8 daha az radyolojik tetkik, %25 daha az direkt mikroskopi ve %9 daha az bölge tüberküloz laboratuvar numune gönderimi yaşanmıştır. Elbette bu azalışın en önemli nedeni hastalık insidansının zaman içerisinde düşmüş olmasıdır. Zaten Türkiye Verem Savaşı 2010 Raporu, tüberkülozun Türkiye'de insidans hızında %27.5, prevalansta %35.9 ve olgu hızında %7.5 oranında düşüş (=iyileşme) yaşandığı görülmektedir. Ancak daha az muayene ve daha az tetkik yapmanın da daha az "kayıtlı" hastalık anlamına geleceği de unutulmamalıdır. Öte yandan kayıt dışı hastalık oranının Türkiye için ne kadar önemli bir sorun olup olmadığı bilinmemektedir. Çünkü bu sorunun yanıtını araştıran saha çalışması yoktur. Bu noktada Türkiye'de tüberküloz konusunda yapılacak dispanser kaynaklı araştırmaların Sağlık Bakanlığı'nın "izni"ne bağlanmış olması önemli bir sorun yaratmaktadır.

Öte yandan yakın zamanda sunulmuş bir veri bu konuda çok kritik bilgi sunmaktadır. Gerçekten de 23-26 Mart 2011 tarihinde Adana'da gerçekleşen XXVI. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi'nde sunulan bir çalışmada, 01.06.2009 ile 21.07.2010 tarihleri arasında Ankara Onkoloji Hastanesi'nde yapılan bir süreyans çalışma-

sında, ilgili hastane birimleri tarafından Akciğer Dışı Tüberküloz tanısı konulup tedavisi gerçekleştirilen 12 hastanın (%57) aktif sürveyans çalışması ile ancak kayıt altına alınabildiği saptanmıştır.* Bu veri, zaman içerisinde iyileşme olmakla birlikte verem savaş dispanserlerinde kayıt altına alınan tüberküloz hastalarının günümüzde dahi eksik olduğunu göstermektedir. Hal böyle olunca iyileşmesine rağmen bir yandan eksik bildirim, diğer yandan verem savaş dispanserlerinde hizmetin ve sağlık insan gücünün yıllar içerisinde azaldığı dikkate alınır, 2010 yılı raporunda ifade edilen “büyük iyileşme”ye ihtiyatla yaklaşılması gereklidir.

2009 yılı itibariyle tüberküloz menenjit olgu sayısı 14 yaş altı toplamda 36 olmak kaydıyla 0-4 yaş arası grupta 17’dir.

Bilindiği üzere tüberküloz kontrolünün başarıyla uygulandığı ülkelerde özellikle 0-4 yaş grubunda tüberküloz menenjit ve miliyer tüberküloz olgularının azalması gereklidir. Ancak Türkiye’de zaman içerisinde bu azalma yaşanmamıştır. Gerçekten de 2002 yılı itibariyle tüberküloz menenjit olgu sayısı 14 yaş altı toplamda 29 olmak kaydıyla 0-4 yaş arası grupta 10 idi. Söz konusu rapora göre 2002’den 2009’a gelen dönemde insidans, prevalans ve olgu hızlarında büyük düşüş (=iyileşme) olmasına rağmen tüberküloz menenjit olgu sayısında hiç azalma yaşanmaması dikkat çekicidir. Öte yandan 2002’den 2009’a kadarki dönemde 0-4 yaş arası çocuklarda saptanan tüberküloz menenjit olgu sayısında artışa dayanarak tüberkülozun Türkiye’de “patladığı” da ifade edilmemelidir. Çünkü kanaatimizce 2009’da 2002’ye kıyasla 0-4 yaş arası dönemde gözlenen bu artışın nedeni, tüberküloz ilaçlarının piyasadan çekilmesinin zorunluluğu nedeniyle tanı alan çocuk olguların dispanserlere yönlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Ancak yine de 2002-2009 arası dönemde 0-4 yaş arası grupta azalma olmaması raporda “büyük başarı” olarak ifade edilen büyük iyileşmelere ihtiyatla, kuşkuyla ve sorgulamayla yaklaşılmasını zorunlu kılmaktadır.

2010 yılında hastaların %74.7’sine sağlık personeli tarafından Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulanmıştır.

* Yıldızlar G, ve ark. Bir hastanede yapılan aktif sürveyans çalışmasının değerlendirilmesi, XXVI. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 23-26 Mart 2011, Adana.

Hastaların büyük çoğunluğuna sağlık personeli tarafından DGT uygulanması takdir edilmesi gereken bir durumdur. Ancak söz konusu raporda sürdürülen DGT'nin niteliği ve hangi sağlık personeli tarafından sürdürüldüğü belirtilmemektedir. Ancak bu bilgi kritik öneme haizdir. Çünkü aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanı gibi yoğun hizmet yükünün altına girmiş bir sağlık çalışanının nitelikli DGT sürdürmesi olanaksızdır. Zaten saha deneyimleri ve gözlemleri de yoğun hizmet yükü altında çalışan bir kısım aile hekimi ve/veya aile sağlığı elamanının tüberküloz tedavisini günlük olarak “kâğıt üstünde” verdiğini, ancak gerçekte bu hizmeti haftalık veya aylık olarak sürdürdüğünü yönündedir. Elbette haftada ya da ayda bir kez hastayı görmek suretiyle sürdürülen DGT'nin kâğıt üstünde ne olursa olsun gerçekte “DGT” olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Öte yandan bu noktada aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanlarının durumunu da anlamak gereklidir. Çünkü bir yandan tüberküloz hastalığının stigmatizasyonu diğer yandan yoğun hizmet yükü altında çalışma, pek çok aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı için DGT'yi bir tür “angarya”ya dönüştürmüştür. Ancak aile hekimliği sisteminin vardığı bu noktada, ikibinli yılların başında merkezi kamusal otoritenin yönlendirmesi olmaksızın dispanser çalışanlarının öncülüğünde Türkiye’de DGT'nin başlatıldığının hatırlanması elzemdir. Zaman içerisinde yaşanan bu “dönüşüm” Türkiye’de tüberküloz kontrol mücadelesinin temel taşının, hastalığın önemine vakıf nitelikli sağlık insan gücünde saklı olduğunu bir kere daha doğrulamaktadır. Gerçekten de eğer Türkiye o dönemde verem savaşına kendisini adanmış bu kadroları aile hekimliği sistemine kurban etmeseydi, bugün ne DGT'nin niteliği ne de tüberküloz kontrolü ile ilgili bir sorunu olacaktı.

Özetle;

1. Türkiye'nin tüberküloz kontrolünde son yirmi yılda ulaştığı başarı, aslında verem savaş dispanserleri temel alınarak sürdürülen tüberküloz kontrolü stratejisinin doğru olduğunu kanıtlamaktadır. Bu bağlamda önümüzdeki yıllarda tüberküloz kontrolünde aksama yaşanmaması için, bugüne kadar verem savaş dispanserleri ağırlığıyla sürdürülen stratejinin yetkinleştirilerek korunması gereklidir.

2. Tüberküloz, Türkiye için 2010 yılı itibariyle önemini hâlâ koruyan bir hastalıktır.
3. Bugün için Türkiye’de tüberküloz savaşı ağırlıkla verem savaş dispanserlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının özverili mücadeleleriyle sürdürülmektedir. Bu nedenle ivedilikle verem savaş dispanserlerinin görev tanımları ve etkinliği güçlendirilmeli; sağlık insan gücü açısından son yıllarda aile hekimliği sistemi nedeniyle yaşanan özlük hak sorunları giderilmeli, bu çerçevede dispanser çalışanlarına hak ettikleri özlük hakları tanınmalı ve dispanserler her açıdan asgari bir standardizasyona kavuşturulmalıdır.
4. Sağlıkta Dönüşüm Programı, özellikle aile hekimliği ve hastanelerin işletmeleştirilmesi uygulamaları nedeniyle tüberküloz kontrolüne zarar vermektedir.
5. Literatür verileri irdelendiğinde Sağlık Bakanlığı’nın değişen örgütsel yapılanması ve bu çerçevede hayata geçirilen yatay örgütlenme dinamiği, tüberküloz gibi dikey örgütlenme isteyen kontrol politikalarına zarar vermektedir. Bu bağlamda önümüzdeki dönemde Sağlık Bakanlığı’nın taşra örgütlenmesinin kaldırılması ve her bir sağlık biriminin Kamu Hastane Birlikleri gibi politikalarla ticari kaygıların öne çekildiği bir yapılanmaya dönüştürülmek istenmesi; hastanelerin CEO benzeri kişilerle kârlılık ekseninde faaliyet yürütmeye zorlanması tüberküloz kontrol programının var olan sorunlarını giderek arttıracığı öngörülmelidir.
6. Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı çerçevesinde kamu ve sivil toplum örgütlerinin birlikte mücadele etmesi amacıyla oluşturulan "Ortak Hareket" faaliyetleri acilen tarafların eşitler ilişkisi zemininde temsil edildiği bir yapıya dönüştürülmelidir. Çünkü kanaatimizce Türkiye’de tüberkülozun bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkabilmesi, ancak kamu yararı doğrultusunda çalışma yapan örgütlerin, sağlıkta yaşanan "dönüşüm"ü ve bu çerçevede Sağlık Bakanlığı’nın ve sağlık birimlerinin "dönüşen" yapısını özgürce sorgulayabilmesi, eleştirebilmesi ve bu eleştiriler doğrultusunda geliştirdiği çözüm önerilerini sağlık sistemine yansıtabilmesi ile mümkündür. Aksi halde son yıllarda

hayata geçirilen reform politikalarıyla kamu yararı yerine ticari çıkarların ön plana alındığı bu "sağlık" ortamında şekillendirilen "Ortak Hareket" faaliyetlerinde sivil örgütlerin sadece "görüş sorulan" konumda kalmasının tüberküloz kontrol programına yeterli katkı sunamayacağına inanıyoruz.