Pandemi ve Sağlık Çalışanları

Dr. Özlem Kurt Azap
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

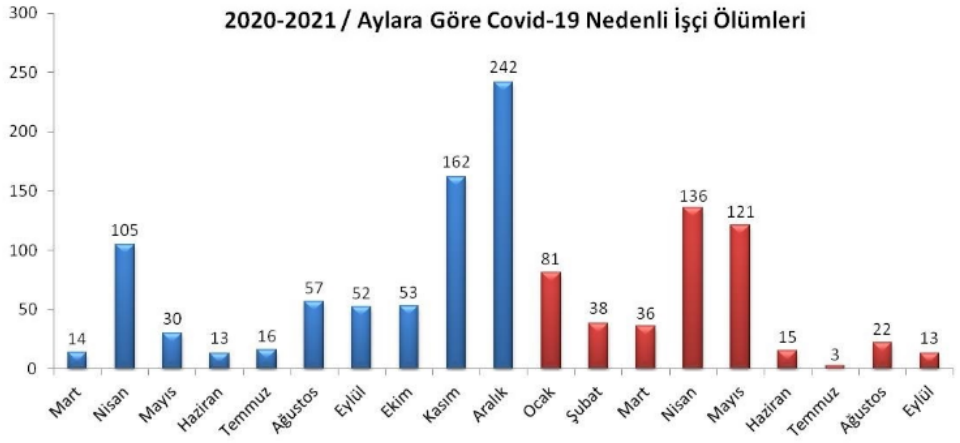
İSİG Meclisi Verileri

raporlarımızdaki ölümlerin ortalama yüzde 10'unu çiftçiler oluşturur. Yine bildiğimiz göçmen işçi ölümü yok. Oysa çalışan nüfusun neredeyse yüzde 10'una yakını göçmen. Yine bazı şehirlerden hiçbir bilgiye ulaşamadık.

• İşçiler dışında ölümlerin büyük bir çoğunluğunu işçi aileleri ve bir dönem evvelki işçi kuşağı olan emekliler oluşturuyor. Bu durum COVID-19'un bir işçi sınıfı hastalığı olduğunun en büyük göstergesi.

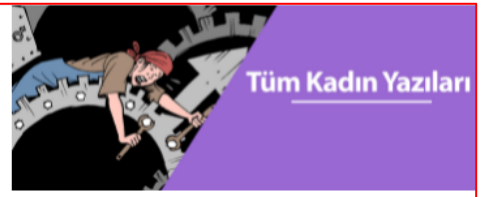
• En çok sağlık emekçileri, öğretmenler, büro çalışanları, esnaflar, belediye işçileri, güvenlik emekçileri ve fabrika işçileri (özellikle metal ve tekstil) arasında Covid-19 nedenli ölümlerin meydana geldiğini tespit ettik.

• Diğer raporlarımızda sendikalı işçi ölüm oranı yüzde 2 civarında oluyordu. Ancak Covid-19 nedenli işçi ölümlerinde sendikalı işçi oranı yüzde 13.



Salgının on sekizinci ayında Covid-19 nedenli iş cinayetlerinin aylara göre dağılımı şöyle:

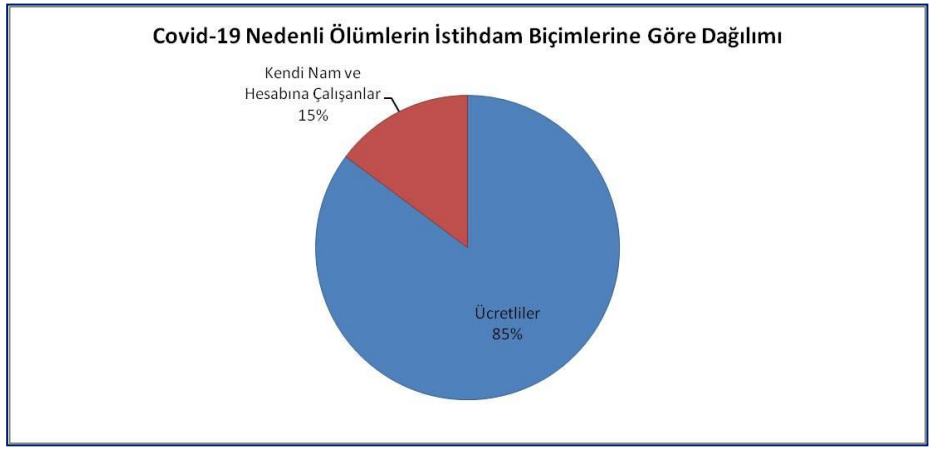
2020 yılında Mart ayının son yirmi gününde en az 14 işçi, Nisan ayında en az 105 işçi, Mayıs ayında en az 30 işçi, Haziran ayında en az 13 işçi, Temmuz ayında en az 16 işçi, Ağustos ayında en az 57 işçi, Eylül ayında en az 52 işçi, Ekim ayında en az 53 işçi, Kasım ayında en az 162 işçi, Aralık ayında en az 242 işçi, 2021 yılında Ocak ayında en az 81 işçi, Şubat ayında en az 38 işçi, Mart ayında en az 36 işçi, Nisan ayında en az 136 işçi, Mayıs ayında en az 121 işçi, Haziran ayında en az 15 işçi, Temmuz ayında en az 3 işçi, Ağustos ayında en az 22 işçi ve Eylül ayının ilk on gününde en az 13 işçi Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetti.

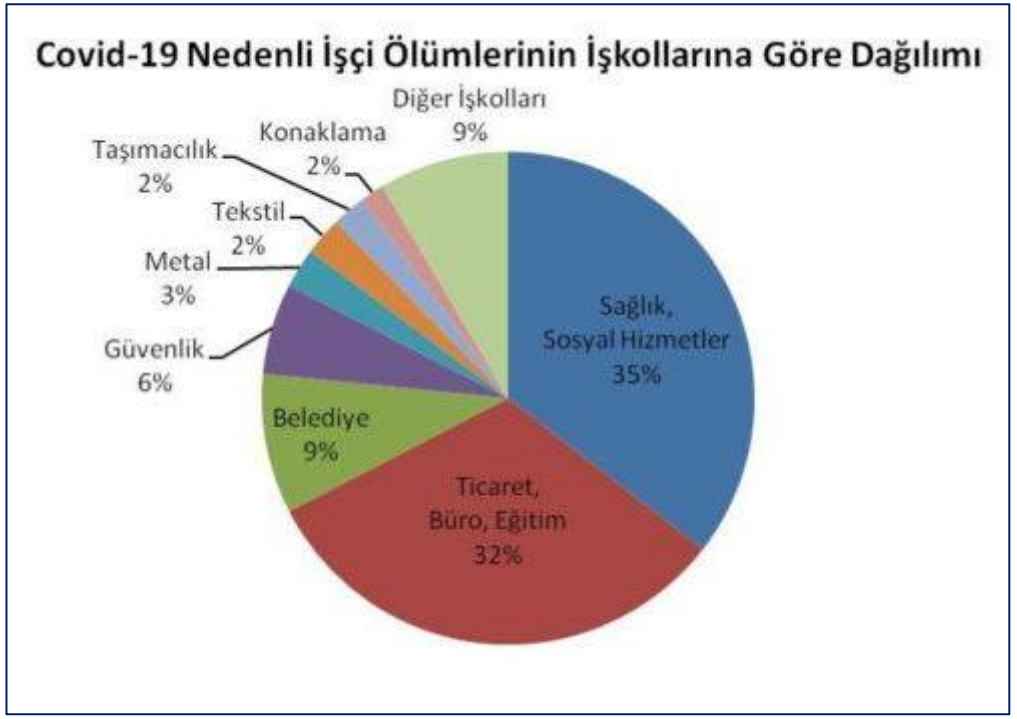


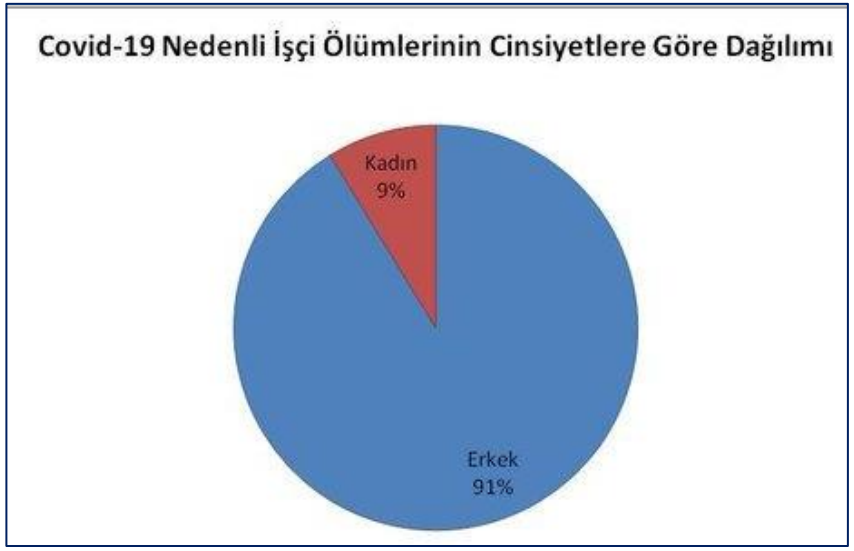
Salgın Sürecinde Kadın Emeği

- 11 Mart 2020'den 10 Eylül 2021'e kadar geçen 18 aylık süreçte en az 1.209 işçi koronavirüs nedeniyle yaşamını yitirdi
- En çok can kaybı 429 emekçi ile sağlık ve sosyal hizmetler işkolunda yaşandı
- Yaşamını yitiren işçilerin yüzde 86'sı ise sendikasız

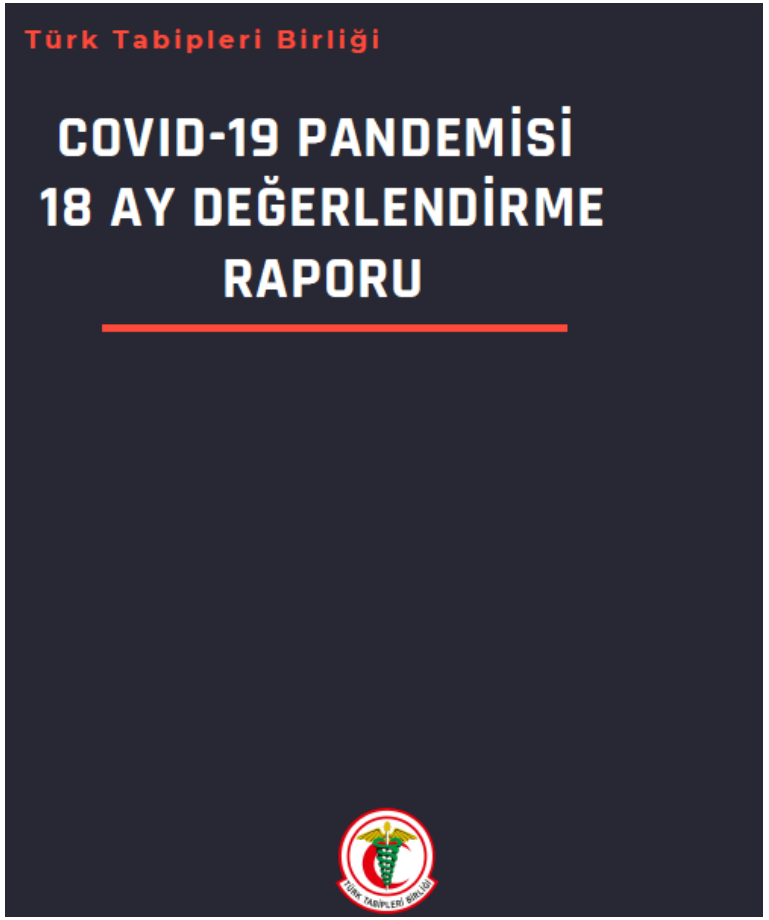
İSİG Meclisi Verileri

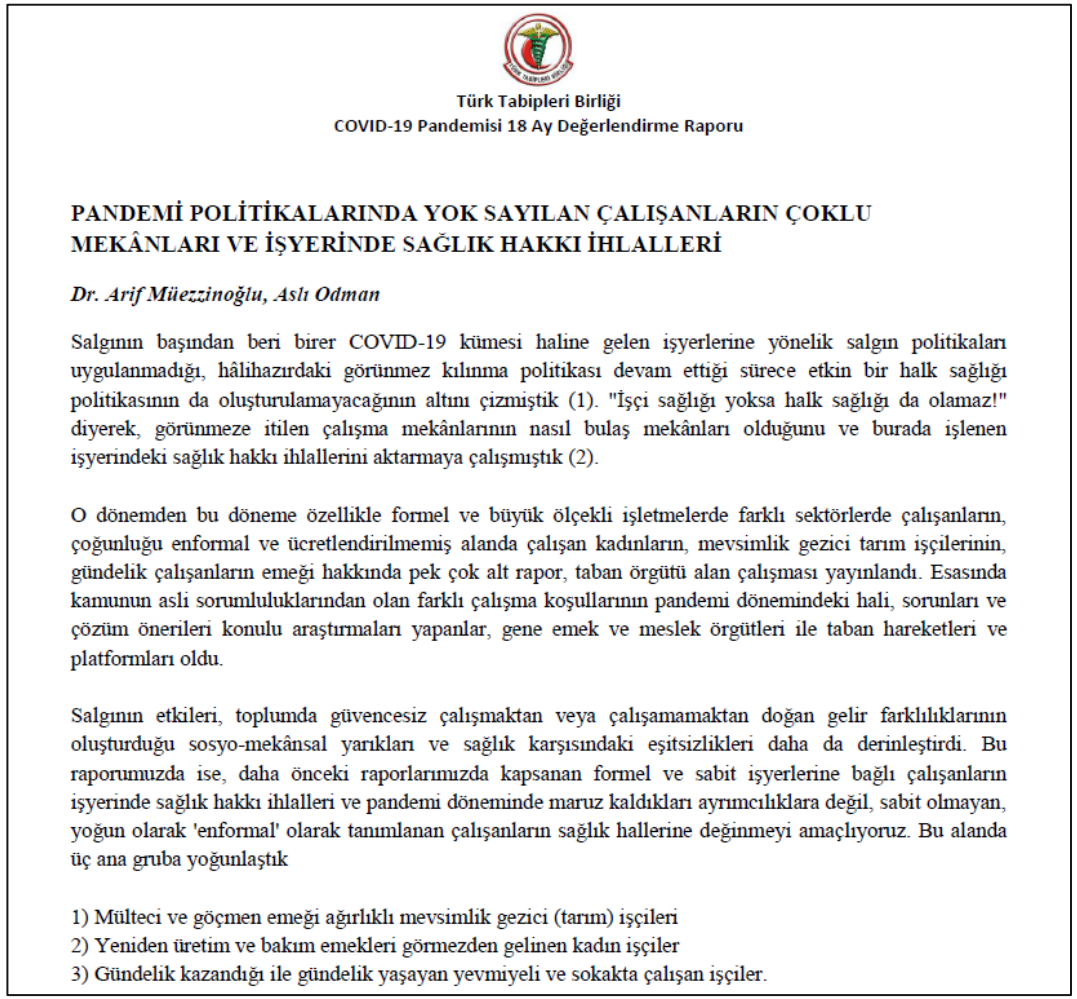






TTB 18. Ay Değerlendirme Raporu





Türk Tabipleri Birliği
COVID-19 Pandemisi 18 Ay Değerlendirme Raporu

PANDEMİ POLİTİKALARINDA YOK SAYILAN ÇALIŞANLARIN ÇOKLU MEKÂNLARI VE İŞYERİNDE SAĞLIK HAKKI İHLALLERİ

Dr. Arif Müezzinoğlu, Aslı Odman

Salgının başından beri birer COVID-19 kümesi haline gelen işyerlerine yönelik salgın politikaları uygulanmadığı, hâlihazırdaki görünmez kılınma politikası devam ettiği sürece etkin bir halk sağlığı politikasının da oluşturulamayacağının altını çizmiştik (1). "İşçi sağlığı yoksa halk sağlığı da olamaz!" diyerek, görünmeze itilen çalışma mekânlarının nasıl bulaş mekânları olduğunu ve burada işlenen işyerindeki sağlık hakkı ihlallerini aktarmaya çalışmıştık (2).

O dönemden bu döneme özellikle formel ve büyük ölçekli işletmelerde farklı sektörlerde çalışanların, çoğunluğu enformal ve ücretlendirilmemiş alanda çalışan kadınların, mevsimlik gezici tarım işçilerinin, gündelik çalışanların emeği hakkında pek çok alt rapor, taban örgütü alan çalışması yayınlandı. Esasında kamunun asli sorumluluklarından olan farklı çalışma koşullarının pandemi dönemindeki hali, sorunları ve çözüm önerileri konulu araştırmaları yapanlar, gene emek ve meslek örgütleri ile taban hareketleri ve platformları oldu.

Salgının etkileri, toplumda güvencesiz çalışmaktan veya çalışamamaktan doğan gelir farklılıklarının oluşturduğu sosyo-mekânsal yarıkları ve sağlık karşısındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirdi. Bu raporumuzda ise, daha önceki raporlarımızda kapsanan formel ve sabit işyerlerine bağlı çalışanların işyerinde sağlık hakkı ihlalleri ve pandemi döneminde maruz kaldıkları ayrımcılıklara değil, sabit olmayan, yoğun olarak 'enformal' olarak tanımlanan çalışanların sağlık hallerine değinmeyi amaçlıyoruz. Bu alanda üç ana gruba yoğunlaştık

1) Mülteci ve göçmen emeği ağırlıklı mevsimlik gezici (tarım) işçileri
2) Yeniden üretim ve bakım emekleri görmezden gelinen kadın işçiler
3) Gündelik kazandığı ile gündelik yaşayan yevmiyeli ve sokakta çalışan işçiler.

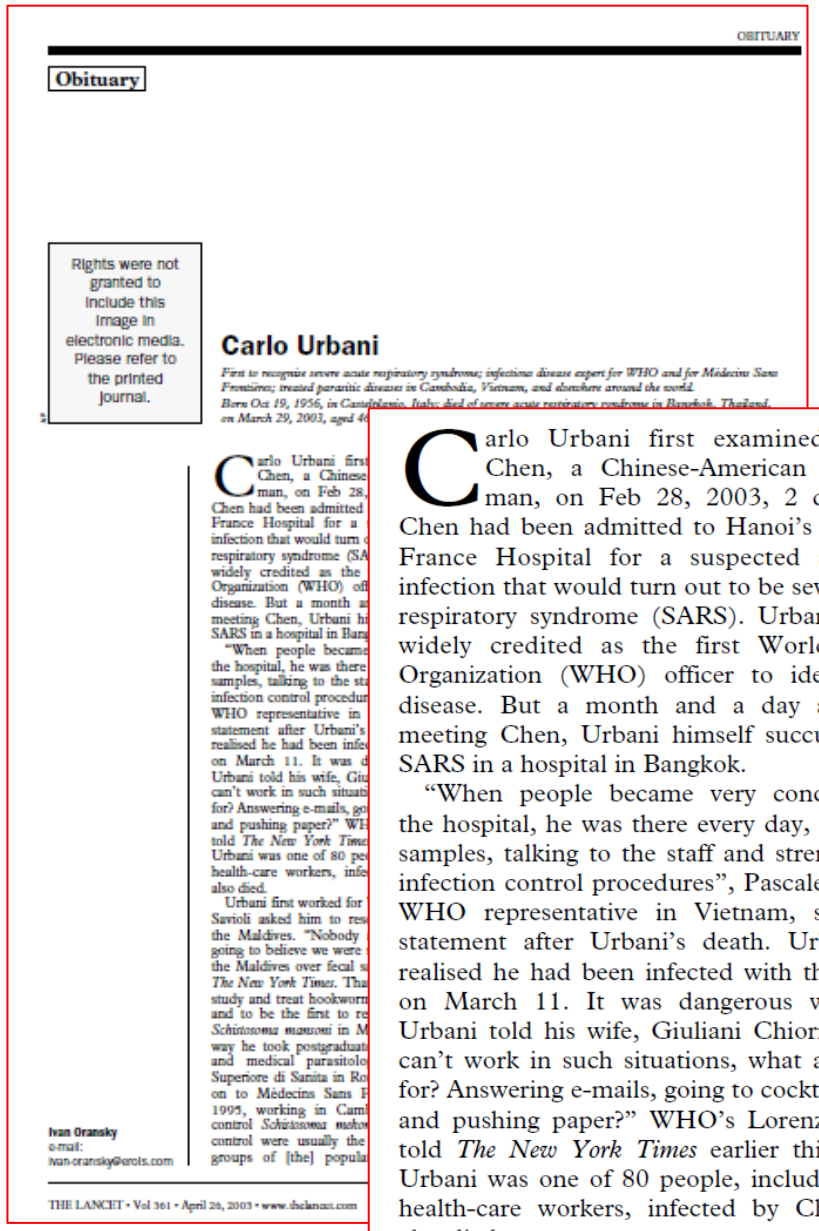
Dr. Li Wenliang (1986-2020)

- Li Wenliang, 3 Ocak 2020'de Wuhan polisi tarafından "İnternet üzerinden halkı tahrik" suçlamasıyla tedirginlik yaratmak nedeniyle tutuklanmıştır

- Bir süre sonra salgının yayılmasının ardından hastanedeki görevine geri dönmüştür

- 7 Şubat'ta koronavirüs hastalığı nedeniyle kaybedildi

SARS (Ağır Solunum Yetmezliği Sendromu)



OBITUARY

Obituary

Rights were not granted to include this image in electronic media. Please refer to the printed journal.

Carlo Urbani

First to recognize severe acute respiratory syndrome; infectious disease expert for WHO and for Médecins Sans Frontières; treated parasitic diseases in Cambodia, Vietnam, and elsewhere around the world.

Born Oct 19, 1956, in Castelplanio, Italy; died of severe acute respiratory syndrome in Bangkok, Thailand, on March 29, 2003, aged 46

Carlo Urbani first
Chen, a Chinese
man, on Feb 28,
Chen had been admitted
France Hospital for a
infection that would turn
respiratory syndrome (SA
widely credited as the
Organization (WHO) off
disease. But a month a
meeting Chen, Urbani hi
SARS in a hospital in Bang
"When people became
the hospital, he was there
samples, talking to the sta
infection control procedur
WHO representative in
statement after Urbani's
realised he had been infe
on March 11. It was d
Urbani told his wife, Giu
can't work in such situati
for? Answering e-mails, go
and pushing paper?" WH
told *The New York Times*
Urbani was one of 80 pe
health-care workers, infe
also died.
Urbani first worked for
Savioli asked him to res
the Maldives. "Nobody
going to believe we were
the Maldives over fecal s
The New York Times. Tha
study and treat hookworm
and to be the first to re
Schistosoma mansoni in M
way he took postgraduat
and medical parasitolo
Superiore di Sanita in Ro
on to Médecins Sans F
1995, working in Cam
control *Schistosoma mekon*
control were usually the
groups of [the] popula

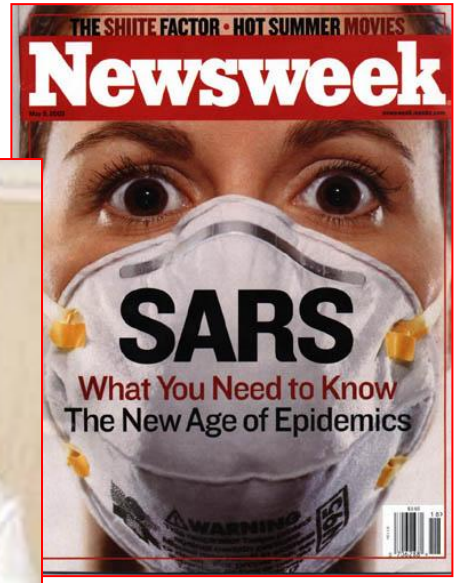
Ivan Oransky
e-mail:
ivan-oransky@erols.com

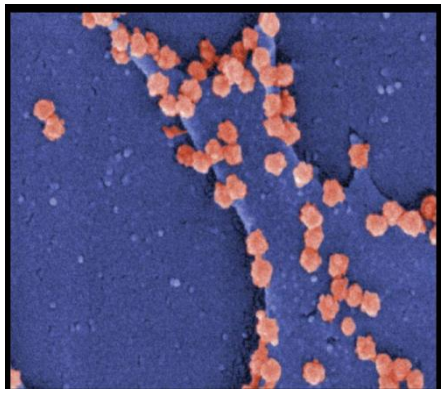
THE LANCET • Vol 361 • April 26, 2003 • www.thelancet.com

Carlo Urbani first examined Johnny Chen, a Chinese-American businessman, on Feb 28, 2003, 2 days after Chen had been admitted to Hanoi's Vietnam-France Hospital for a suspected avian flu infection that would turn out to be severe acute respiratory syndrome (SARS). Urbani is now widely credited as the first World Health Organization (WHO) officer to identify the disease. But a month and a day after first meeting Chen, Urbani himself succumbed to SARS in a hospital in Bangkok.

"When people became very concerned in the hospital, he was there every day, collecting samples, talking to the staff and strengthening infection control procedures", Pascale Brudon, WHO representative in Vietnam, said in a statement after Urbani's death. Urbani first realised he had been infected with the disease on March 11. It was dangerous work, but Urbani told his wife, Giuliani Chiorrini, "If I can't work in such situations, what am I here for? Answering e-mails, going to cocktail parties and pushing paper?" WHO's Lorenzo Savioli told *The New York Times* earlier this month. Urbani was one of 80 people, including many health-care workers, infected by Chen, who also died.

Carlo Urbani





Yeni Ortaya Çıkan Hastalıklar ve Sağlık Çalışanları

Risks to healthcare workers with emerging diseases: lessons from MERS-CoV, Ebola, SARS, and avian flu

Nuntra Suwantarat[a,b] *and Anucha Apisarnthanarak*[c]

HCP-related infections with Middle East respiratory syndrome coronavirus, Ebola, and SARS have been reported among 1–27%, 2.5–12%, and 11–57% of total cases, respectively. The case fatality rate of Ebola in HCPs has been reported up to 73%. The WHO guidelines for the global surveillance of SARS were developed in 2004 and used as a template for other emerging diseases preparedness. Risks to HCPs
n control measures during an
umber of patient cases. To date,
ases.

MERS olgularının %1-27'si
Ebola olgularının %2.5-11'i
SARS olgularının %11-57'si sağlık çalışanı

Curr Opin Infect Dis 2015, 28:349–361

EBOLA

Fig. 1. Sheik Humarr Khan, Chief Physician of the Lassa Fever Research Program at Kenema Government Hospital in Kenema, Sierra Leone, who died of Ebola virus disease on July 29th, 2014. (Photo courtesy of Pardis Sabeti.)

Sheik Humarr Khan

Antiviral Research 111 (2014) 33–35

Contents lists available at ScienceDirect

Antiviral Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/antiviral

Commentary

A tribute to Sheik Humarr Khan and all the healthcare workers in West Africa who have sacrificed in the fight against Ebola virus disease: *Mae we hush*

Daniel G. Bausch[a,b,*], James Bangura[c], Robert F. Garry[a], Augustine Goba[a,c], Donald S. Grant[a,c], Frederique A. Jacquerioz[a], Susan L. McLellan[a], Simbirie Jalloh[a,c], Lina M. Moses[a], John S. Schieffelin[a]

[a] Tulane University Health Sciences Center, New Orleans, USA
[b] U.S. Naval Medical Research Unit No. 6, Lima, Peru
[c] Kenema Government Hospital, Ministry of Health and Sanitation, Kenema, Sierra Leone

ARTICLE INFO

Article history:
Received 30 August 2014
Accepted 1 September 2014
Available online 6 September 2014

Keywords:
Ebola virus disease
Ebola virus
Lassa fever
Sierra Leone
Viral hemorrhagic fever
Obituary

ABSTRACT

The Kenema Government Hospital Lassa Fever Ward in Sierra Leone, directed since 2005 by Dr. Sheikh Humarr Khan, is the only medical unit in the world devoted exclusively to patient care and research of a viral hemorrhagic fever. When Ebola virus disease unexpectedly appeared in West Africa in late 2013 and eventually spread to Kenema, Khan and his fellow healthcare workers remained at their posts, providing care to patients with this devastating illness. Khan and the chief nurse, Mbalu Fonnie, became infected and died at the end of July, a fate that they have sadly shared with more than ten other healthcare workers in Kenema and hundreds across the region. This article pays tribute to Sheik Humarr Khan, Mbalu Fonnie and all the healthcare workers who have acquired Ebola virus disease while fighting the epidemic in West Africa. Besides the emotional losses, the death of so many skilled and experienced healthcare workers will severely impair health care and research in affected regions, which can only be restored through dedicated, long-term programs.

Dr. Cemil Taşçıoğlu

Obituary

Efrén Encinas Torres, the Secretary of Health of Sinaloa, the state where Soto was based and lived for almost the last three decades of her life.

Soto studied medicine at the National Autonomous University of Mexico in Mexico City, pursuing an undergraduate internship in obstetrics and gynaecology. After several years working in private practice and in the emergency department of the General Hospital Zona 32 in Mexico City, she decided to specialise in radiology at the Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI Hospital in Mexico City. After completing her studies in 1991, she returned to her hometown of Culiacán.

The first female radiologist in the city, she would eventually head both the radiology department of the Family Medicine Clinic in the Dr Manuel Cardenas de la Vega Regional Hospital in Culiacán and, later, the hospital's entire radiology department. After stepping down, she remained at the hospital as a radiology specialist. Torres said Soto was an "excellent companion, gifted in radiology", known for coordinating trainings for physicians. "The hospital was not her second home, as most of the workers call it, it was her real home, where she felt comfortable, helpful, and happy", according to Soto's daughter, Ithandehui Barroso Soto, who is a registered nurse.

Soto was treated at Dr Manuel Cardenas de la Vega Regional Hospital after she became ill with COVID-19 and as her body was being taken away, hospital staff stopped work to gather outside and applaud. Soto is survived by her daughter, Ithandehui, and her son, Victor Mario Barroso Soto, also a radiologist.

Cemil Tascioglu

Professor and specialist in internal medicine. He was born in Rize, Turkey, in 1952, and died in Istanbul, Turkey, on April 1, 2020.

Cemil Tascioglu retained such a store of medical knowledge that he developed a reputation for diagnosing rare diseases. He became so well known for this skill that doctors around the country transferred undiagnosed cases to the Istanbul Faculty of Medicine at Istanbul University, Turkey, where he worked, knowing he was likely to have more success. His colleagues compared him to the fictional television doctor Gregory House from the series *House*. The comparison extended only to his abilities, though, and not to his personality. While the television character was acerbic, Tascioglu, a long-time professor in the university's Department of Internal Medicine, was "very compassionate and helpful towards students, residents, and patients", said Sukru Palanduz, who first met Tascioglu as a resident in the department. Palanduz, who is now a Professor in the Istanbul Faculty of Medicine and Chair of the Division of Internal Medical Sciences, said Tascioglu would "not only teach [students] medicine but also give them life advice".

Tascioglu graduated from Istanbul University's Istanbul Faculty of Medicine in 1977 before completing specialist training in internal medicine there in 1982. After a stint working in Sanliurfa, in southeastern Turkey, he returned to Istanbul University in 1989, settling in the Department of Internal Medicine. He was named an Associate Professor in 1993 and became a Professor in 1998. He was considered so invaluable that even after he retired, in 2019, the university rehired him as an Adjunct Professor.

Palanduz said that "participating in his clinical rounds was more valuable and informative than reading hundreds of pages from textbooks". Although Tascioglu was known for his diagnostic skills, his students said that he was happiest when they arrived at a diagnosis before him. He was always eager to "honour hard work and complex thinking", said Gulistan Bahat, a former student of Tascioglu's and now a Professor in the Department of Internal Medicine's Division of Geriatrics at Istanbul University's Istanbul Medical School.

Tascioglu made the first COVID-19 diagnosis in Turkey and it is believed he contracted the virus from a patient. After Tascioglu's death, Turkish President Recep Tayyip Erdogan announced that a new research hospital in Istanbul has been named after him. Tascioglu is survived by his wife, Didem, and three sons, Onur, Irem, and Deniz.

J Ronald Verrier

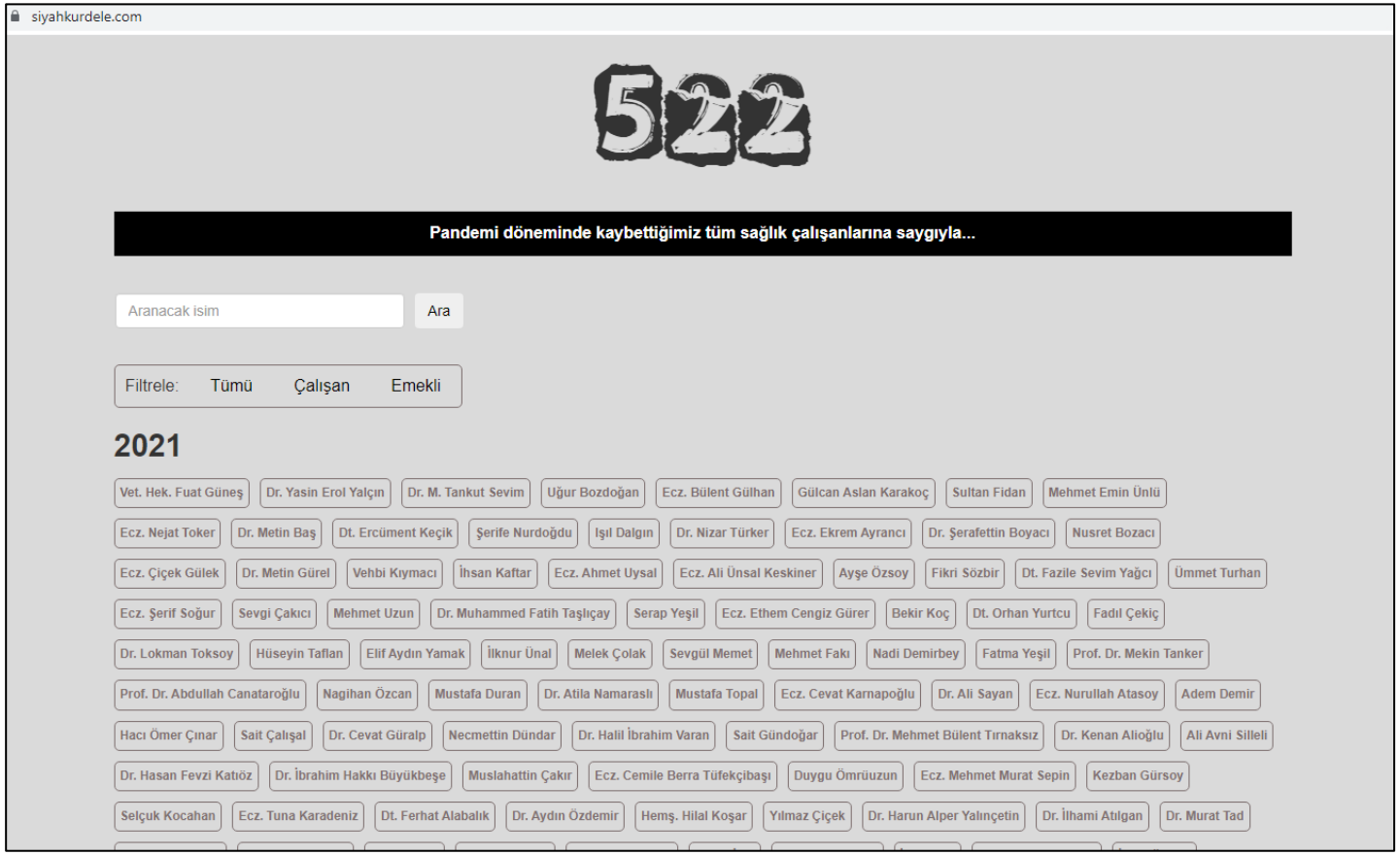
Surgeon with a specialty in critical care and trauma surgery. Born in Port-au-Prince, Haiti, he died on April 8, 2020, in New York City, NY, USA, aged 59 years.

J Ronald Verrier liked to use stories to teach. A surgeon at St Barnabas Hospital in the Bronx, NY, USA, for nearly two decades, he served as one of the directors of the residency programme. Gerard Baltazar, now a trauma surgeon and surgical intensive care unit doctor at NYU Langone Health in New York who helped run the residency programme, said Verrier was famous for telling

28 www.thelancet.com Vol 396 November 28, 2020

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu'nun anısına
2 Nisan 2020

Kaybettiklerimiz…



1 Nisan: COVID Nedeniyle Kaybettiğimiz Sağlık Çalışanlarını Anma Günü

COVID-19 Türkiye'de meslek hastalığı olarak kabul ediliyor mu?

- Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 7 Mayıs 2020 tarihinde yayımladığı 2020/12 sayılı genelgesinde, "Koronavirus hastalığının bulaşıcı bir hastalık olduğu, söz konusu salgına maruz kalan ve sağlık hizmet sunucularına müracaat eden sigortalılara, iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarından değil, 5510 sayılı kanunun 15. maddesi uyarınca iş kazası ve meslek hastalığı sayılmayan ve iş göremezliğe neden olan hastalık kapsamında provizyon alınması ve buna göre işlem yapılması gerektiğini" bildirmiştir

- Buna göre, COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının meslek hastalığı olarak kabul edilmeyeceğini bildirmiştir

İSİG Meclisi Verileri

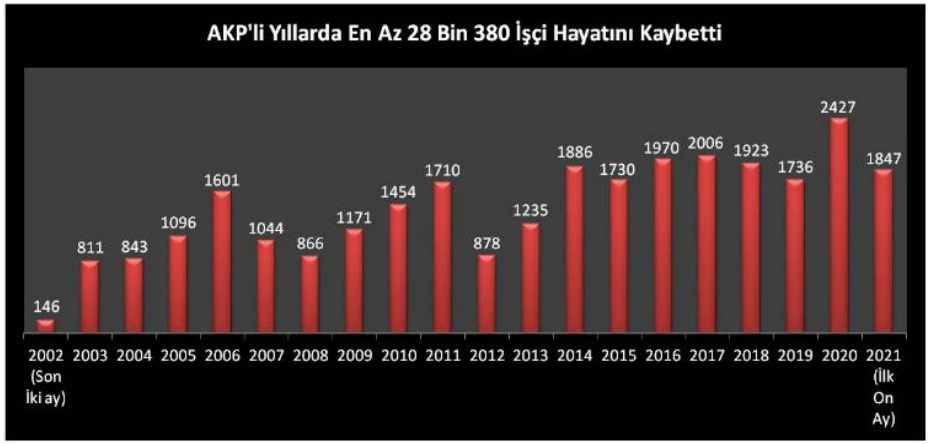
isigmeclisi.org/20698-akp-li-yillarda-en-az-28-bin-380-isci-hayatini-kaybetti

AKP'li yıllarda en az 28 bin 380 işçi hayatını kaybetti

A+ A- 03.11.2021 1108 Okunma

AKP'li yıllarda en az 28 bin 380 işçi hayatını kaybetti

Bugün 3 Kasım... AKP'nin hükümet olup ilerleyen yıllarda hızla devletin merkezinde yer alışının 19.yılı. Bu yıllarda AKP'li kurmayların dilinden "ekonomik kalkınma", "büyüme", "İleri Türkiye", "yeni Türkiye" ve "yerli-milli" sözleri eksik olmadı. Ancak Türkiye işçi sınıfı ve halkımız açısından değişen birşey yok. Aksine her geçen yıl emekçilerin aleyhine çıkarılan yasalar, giderek azalan alım gücü, hak ve özgürlük mücadelelerine karşı süreklileşen bir baskı ve güvencesiz çalışma koşullarının yaşama geçirildiği bir iş cinayetleri rejimi. İşte 19 yılın özeti bu...



İster 6331 sayılı yasayı çıkarın ister oransal olarak işçi ölümleri düştü gibi söylevler verin gerçekler değişmiyor. AKP'nin iktidara geldiği Kasım 2002'den beri iş cinayetlerinde en az 28 bin 380 işçi hayatını kaybetti...

2002 yılının son iki ayında en az 146 işçi, 2003 yılında en az 811 işçi, 2004 yılında en az 843 işçi, 2005 yılında en az 1096 işçi, 2006 yılında en az 1601 işçi, 2007 yılında en az 1044 işçi, 2008 yılında en az 866 işçi, 2009 yılında en az 1171 işçi, 2010 yılında en az 1454 işçi, 2011 yılında en az 1710 işçi, 2012 yılında en az 878 işçi, 2013 yılında en az 1235 işçi, 2014 yılında en az 1886 işçi, 2015 yılında en az 1730 işçi, 2016 yılında en az 1970 işçi, 2017 yılında en az 2006 işçi, 2018 yılında en az 1923 işçi, 2019 yılında en az 1736 işçi, 2020 yılında en az 2427 işçi, 2021 yılının ilk on ayında ise en az 1847 işçi hayatını kaybetmiştir.

Çocuk İşçiler

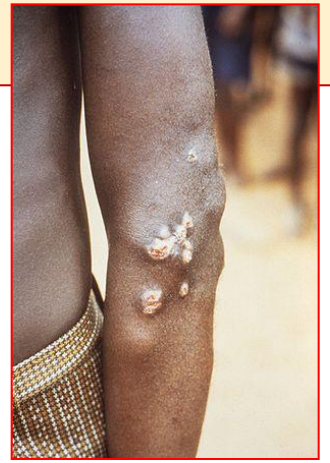
- Her bin işçi için yılda 4 ila 12 yeni meslek hastalığı olgusu beklenmektedir. Yani Türkiye'de her yıl yaklaşık 120 bin ila 360 bin arasında işçi meslek hastalığına yakalanmaktadır
- Meslek hastalıklarına bağlı ölümler, iş cinayetlerine bağlı ölümlerin yaklaşık 5-6 katı düzeyindedir
- SGK her yıl 500 civarı meslek hastalığı tespit etmiş ve her yıl 5 ila 20 civarı meslek hastalığına bağlı ölüm açıklamıştır
- Bu dönem yukarıda açıkladığımız sayının 5-6 katı meslek hastalığına bağlı ölüm meydana gelmiştir

TÜRKİYE MESLEK HASTALIKLARI LİSTESİ

A GRUBU	•KİMYASAL MADDELERLE OLAN MESLEK HASTALIKLARI •25 ALT GRUBU VARDIR.
B GRUBU	•MESLEKİ DERİ HASTALIKLARI •2 ALT GRUBU VARDIR.
C GRUBU	•PNÖMOKONYOZLAR VE DİĞER MESLEKİ SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI •6 ALT GRUBU VARDIR.
D GRUBU	•MESLEKİ BULAŞICI HASTALIKLAR •4 ALT GRUBU VARDIR.
E GRUBU	•FİZİK ETKENLERLE OLAN MESLEK HASTALIKLARI •7 ALT GRUBU VARDIR.

- **D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar**

- D-1 Helminthiasis: Ankilostomiasis, nekatoriasis
  D-2 Tropik hastalıklar: Malarya, amöbiasis, sarı humma, veba, rekürrent ateş, dank, leishmanyoz, frambosie, lepra, lekeli humma, riketsiyöz
  D-3 Hayvanlardan insana bulaşan hastalıklar: Bruselloz, tetanoz, şarbon, salmonella enfeksiyonları, Weil hastalığı, kuduz, ornithozlar, psittakoz, rekürent ateş, şap hastalığı, çiçek, Q Humması, lekeli humma, ekinokok humması, ruam, bovin tipi tüberküloz
  D-4 Viral Hepatit, tüberküloz



Meslek Hastalığı Olarak Sağlık Çalışanlarında COVID-19

Dr. Canan Demir
Tıp Doktoru, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı
Sağlık Bakanlığı Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarında COVID-19'u Meslek Hastalığı Olarak Kabul Eden Ülke ve Kuruluşlardan Örnekler

Ülke / Kuruluş	Kararın Özeti
Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)	Çalışma koşullarından kaynaklı olarak COVID-19 hastalığına yakalanan çalışanlarda bu hastalığın iş kazası / meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği, bu çalışanların ölümleri halinde yakınlarına tazminat verilmesi gerektiği belirtilmiştir. (8)
Uluslararası Sosyal Güvenlik Teşkilatı (International Social Security Association) (ISSA)	Her ne kadar COVID-19 hastalığının etkeni olan SARS-cov-2 virüsünün iş ortamında edinildiğinin ortaya konulması kolay olmasa da bu durumun ortaya konulabildiği hallerde ILO'nun ilgili düzenlemeleri esas alınarak bu hastalığın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmiştir. (9)
Uluslararası Ticaret Birlikleri Konfederasyonu (The International Trade Union Confederation) (ITUC)	"Uluslararası İşçileri Anma Günü" olan 27.04.2020 tarihinde SARS-cov-2 enfeksiyonunun meslek hastalığı olarak kabul edilmesi için çağrıda bulunmuştur. (10)
Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı	Avrupa genelinde sağlık çalışanlarındaki COVID-19 hastalığının meslek hastalığı olarak kabul edilmesini önermiştir. (11)

Ülke / Kuruluş	Kararın Özeti
(EU-OSHA)	
Belçika	COVID-19 hastalığını ulusal meslek hastalıkları listesine eklemiştir. PCR pozitif olan tüm sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (12)
İtalya	Tüm sağlık kuruluşlarında çalışan (özel ve devlet) doktorlar, hemşireler ve diğer tüm sağlık çalışanları için COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul ettiği belirtilmiştir. Bu iş kolundaki çalışanlarda enfeksiyonun kaynağının tam olarak saptanmasının oldukça sorunlu olması nedeniyle sağlık çalışanlarında tespit edilen COVID-19 hastalığı otomatik olarak meslek hastalığı kabul edilmektedir. Buna ek olarak İtalya, sağlık çalışanlarının işe geliş ve gidişleri sırasında edinmiş oldukları COVID-19 hastalığını da meslek hastalığı olarak kabul etmektedir. (9)
Almanya	Almanya'nın Ulusal Meslek Hastalıkları Listesi'nde sağlık çalışanlarındaki virüs enfeksiyonları (No 3101) meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Almanya bu kapsamda sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığını meslek hastalığı olarak kabul etmektedir. (9)
Güney Afrika	COVID-19 hastalığı açısından özellikli ve riskli alanlarda ve bölgelerde çalışan çalışanlar için COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (9)
Kanada	Çalışanın SARS-cov-2 virüsü ile iş ortamında karşılaştığının belgelenmesi durumunda COVID-19 hastalığı meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. (9)
Malezya	COVID-19'un tazmin edilebilir meslek hastalıkları arasına alındığını duyurmuştur. (13)

**Bu tablonun dışında da COVID-19 hastalığını sağlık çalışanları başta olmak üzere çeşitli iş kolları için meslek hastalığı olarak kabul etmiş çok sayıda ülke bulunmaktadır.*

yetkinreport.com/2021/04/25/saglik-calisanlarini-korunmadan-toplum-korunabilir-mi/

Yetkin REPORT

Haber Analiz TUR

News Analysis ENG

Siyaset Ekonomi Hafıza Kartı Hayat Tüm Yazılar Arşiv İletişim English

HAYAT

Sağlık çalışanlarını korunmadan toplum korunabilir mi?

Erol Taymaz
Prof. Dr. Erol Taymaz, ODTÜ İktisat Bölümü Öğretim Üyesidir. etaymaz@metu.edu.tr
YAYIN TARİHİ 25 NİSAN 2021 · GÜNCELLENME TARİHİ 25 NİSAN 2021

Covid-19'dan en fazla etkilenenler arasında şüphesiz sağlık çalışanları geliyor. Toplumun sağlığını korumaya çalışan sağlık ç
çalışma koşullarına ek olarak artan sağlık riski ile de karşı karşıya. Bu nedenle salgın başlar başlamaz Dünya Sağlık Örgütü
Çalışma Örgütü (ILO) gibi kuruluşlar Covid-19'un "meslek hastalığı" olarak tanınmasını istedi, pek çok ülkede Covid-19 ile mü
bileşeni olarak sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik özel tedbirler alındı.

Türkiye'de de Türkiye Tabipler Birliği (TTB) başta olmak üzere, sağlık ile ilgili meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları sağlık
korunmasına yönelik kapsamlı öneriler geliştirdiler ve bu öneriler doğrultusunda Covid-19'un bir meslek hastalığı olarak kabul edilmesini talep ettiler. Tüm bu önerilere ve mevcut yasal düzenlemelerde aksi yönde bir hüküm olmamasına karşın, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 7 Mayıs 2020'de yayınladığı 2020/12 sayılı "Koronavirüs Genelgesi" ile Covid-19'tan dolayı meslek hastalığı veya iş kazası bildirimi yapılamayacağına karar verdi. Bu genelge doğrultusunda TOBB "Koronavirüs (COVID-19) bulaşıcı hastalık olarak değerlendirildiği için" bu vakalarla ilgili olarak iş kazası veya meslek hastalığı bildirimi yapılmaması konusunda üyelerini bilgilendirdi. (Örneğin, Ankara Ticaret Odası'nın açıklamasını okumak için tıklayabilirsiniz.

Ekim ayından sonra hızlanan ikinci Covid-19 dalgasının sağlık çalışanları arasında da ölüm oranlarını artırması ve meslek örgütlerinin ısrarlı talebi üzerine 18 Aralık'ta Sağlık Bakanlığı ve SGK genelgeleri ile "Covid-19 tanısı ile tedavi alıp" malul olan veya hayatını kaybedenlere "meslek hastalığı" hükümlerinin uygulanmasına ilişkin kurallar belirlendi.[1] TTB ve dokuz meslek örgütü/sivil toplum kuruluşu yaptıkları ortak açıklama ile aslında "yeni bir yasa çıkarılmadan da bu konuda idari düzenleme ile sağlık çalışanları bakımından Covid-19'un iş kazası ve meslek hastalığı" sayılabileceğini vurguladı ve sağlık çalışanlarının haklarının korunmasına yönelik olarak kapsamlı bir "Covid-19 sağlık çalışanları meslek hastalığı yasası" önerisinde bulundu.

Meslek hastalığı tartışması

Sağlık çalışanlarının "meslek hastalığı" hükmünden yararlanabilmesi için aranan illiyet (nedensellik) bağı konusu 30 Mart 2021'de yapılan Kamu Personeli Danışma Kurulu (KPDK) toplantısında tekrar gündeme geldi. Görevden alınan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Zümrüt Selçuk, "sağlık çalışanları için Covid-19'un illiyet bağı aranmaksızın meslek hastalığı olarak kabul edilmesi" taleplerine neden karşı çıktıklarını çok açık ve net bir şekilde açıkladı: "Evde hastalananlar var, nasıl meslek hastalığı kabul edelim?"

Bu veciz sözlerle özetlenen ve pandemiyle mücadeleye damgasını vuran "mantık" iki nedenle son derece sorunlu.

İlk olarak, başta Sağlık Bakanlığı ve (eski) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olmak üzere ilgili tüm kurumların görevi sağlık çalışanları dahil olmak üzere tüm vatandaşları pandemiye karşı korumak ve gerekli önlemleri almak. Covid-19 son derece bulaşıcı bir hastalık olduğu için sağlık çalışanlarının riskinin fazla olduğu bilinen bir gerçek. Bu nedenle dünyanın pek çok ülkesinde sağlık çalışanlarının karşılaştığı risklerin belirlenmesi ve belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik araştırmalar yapıldı. Örneğin İskoçya'da Shah ve arkadaşları tarafından yaklaşık 160,000 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada hastalarla doğrudan temaslı olan sağlık çalışanlarının toplam nüfusa göre Covid-19'a yakalanma olasılığının 3.3 kat daha fazla olduğu gösterildi. Fakat sadece sağlık çalışanları değil, ailelerinin de Covid-19'a yakalanma riski daha fazlaydı (ortalamadan 1.8 kat daha fazla). Yoğun bakımda çalışanların riski ise, alınan tedbirler ve yoğun bakımda yatan hastalarda bulaşıcılığın daha az olması nedeniyle daha düşük bulundu. [Shan'ın çalışması için tıklayabilirsiniz.] Bu ve benzeri araştırmalar sonucu alınan tedbirler sağlık çalışanlarının risklerinin azaltılmasını sağladı. Bir başka deyişle, yapılması gereken hastalığın nerede ve nasıl bulaştığını tespit edip gereken önlemleri almak. Sağlık çalışanları da en yüksek risk grubunda olduğu için öncelikli olarak bu konunun araştırılması gerekiyor(du).

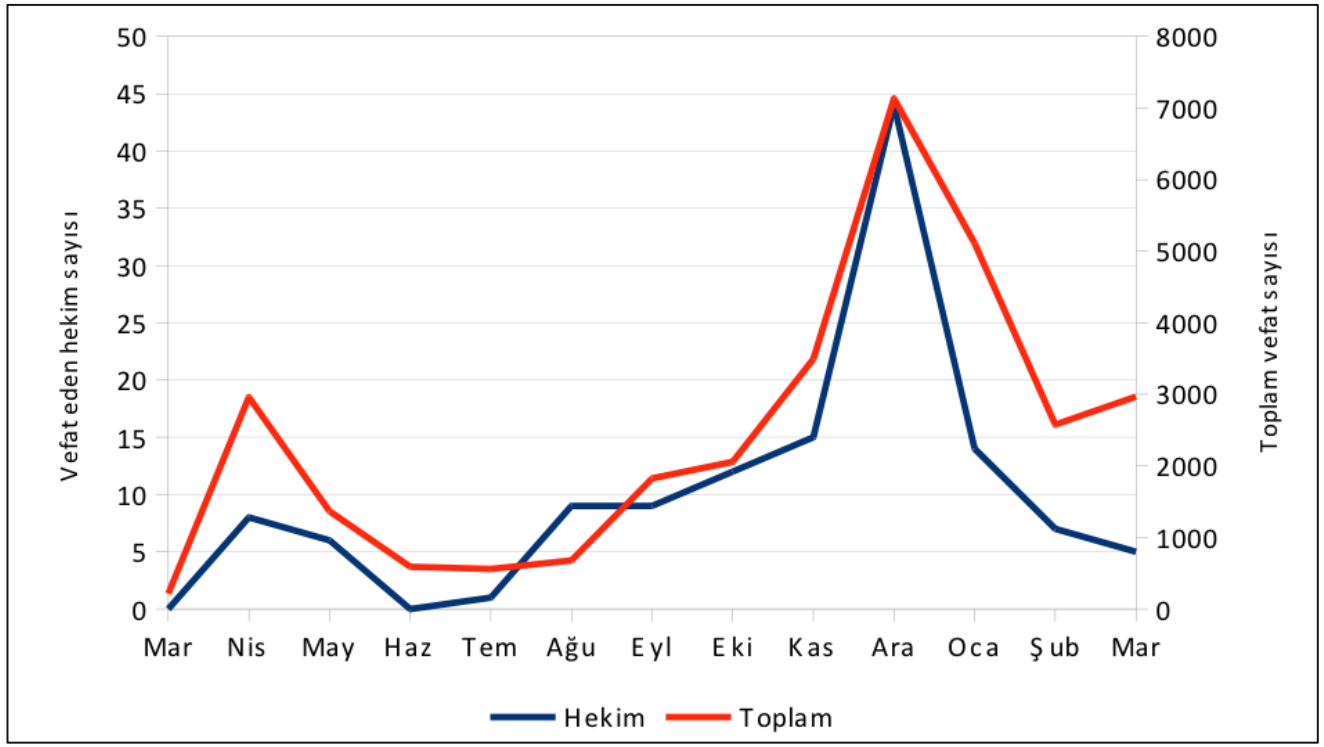
Sağlık çalışanlarının kayıpları

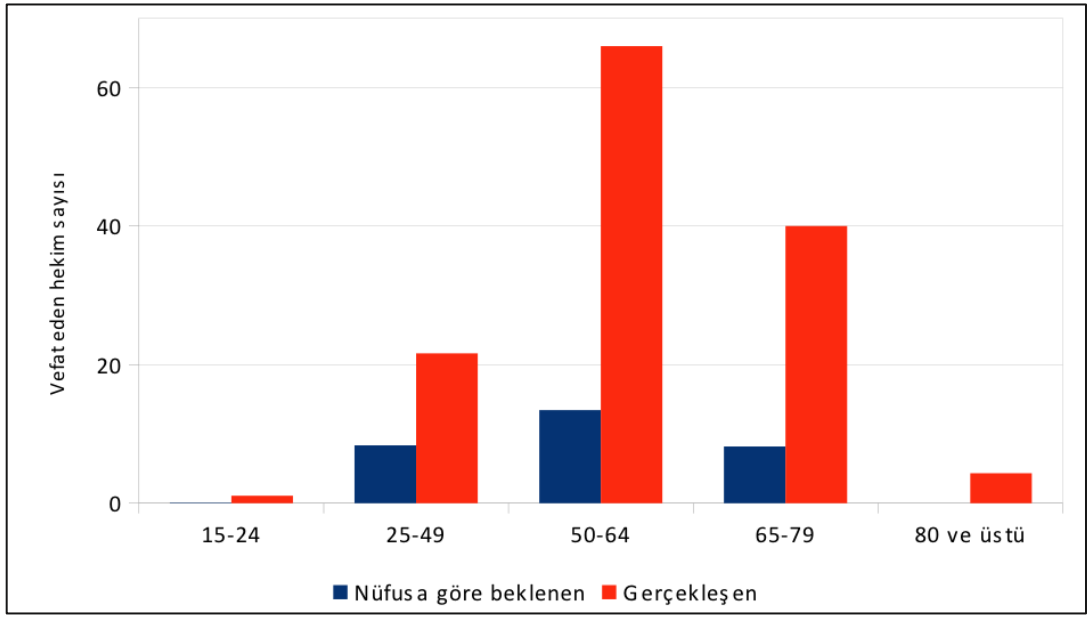
Mevcut veriler temelinde, sağlık çalışanlarında işyerinden kaynaklı hastalık ve vefat sayılarını istatistiksel yöntemlerle tespit etmek mümkün. Maalesef bu konuda gerekli veriler yayınlanmadığı için ancak genel bir tahminde bulunabiliriz. Bunun için dört veriye ihtiyacımız var:

- Nüfusun yaş dağılımı (TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'nde 2020 yılı verileri bulunuyor)
- Sağlık çalışanlarının yaş dağılımını (TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketi verilerinden 2019 yılı için "Sağlık profesyonelleri" yaş dağılımını elde edebiliyoruz)
- Vefat edenlerin yaş dağılımı (Sağlık Bakanlığı en son Ekim 2020'da yayınladığı "Covid-19 Haftalık Durum Raporu 19/10/2020 –25/10/2020"de Covid-19'dan dolayı vefat edenlerin yaş dağılımını yayınladı. Bu dağılımın 19 Nisan 2021'e kadar değişmediğini varsayabiliriz)
- Vefat eden sağlık çalışanlarının yaş dağılımı (TBB tarafından hazırlanan Siyahkurdele sitesinden 19 Nisan 2021'e kadar hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının isimleri, çalışma durumu ve yaşları yer alıyor).[https://siyahkurdele.com/]

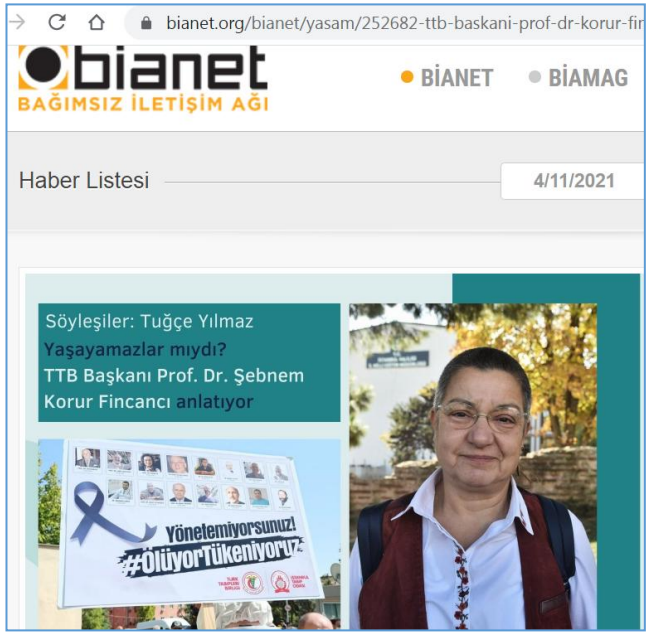
Veri kısıtlarından dolayı, burada tüm sağlık çalışanlarının değil, sadece hekimlerin riskini hesaplayacağız. Sağlık Bakanlığı *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*'ndan 2019 yılında Türkiye'de 85.199 uzman, 46.843 pratisyen ve 28.768 asistan hekim olduğunu öğreniyoruz. Tüm bu verileri kullanarak ve belirli varsayımlar altında Covid-19 nedeniyle vefat eden hekim sayısı ile "beklenen" vefat sayısını yaş grupları bazında karşılaştırmak mümkün. "Beklenen" vefat sayısını, hekim olmayan nüfustaki vefat oranını ilgili yaş grubundaki hekim sayısı ile çarparak buluyoruz, böylece vefat sayısının en önemli belirleyicilerinden biri olan yaş dağılımının etkisini göz önüne alıyoruz.

Aşağıdaki Şekil 1'de 11 Mart 2020-19 Nisan 2021 arasında Covid-19 nedeniyle vefat eden hekim sayısı ("Gerçekleşen") ile hekimlerdeki vefat sayısı genel nüfus içindeki oranda olsaydı gerçekleşecek vefat sayısı ("Beklenen") yer alıyor. Şekilde net bir şekilde görüldüğü gibi gerçekleşen vefat sayıları "beklenen" sayıların çok üzerinde. Hekimlerdeki vefat oranı, nüfusun genelindeki kadar olsaydı bu dönemde 30 hekimin vefat edecekti, fakat gerçekleşen sayı bunun tam 4.5 katı (133 hekim). Bir başka deyimle, bu tahmine göre son bir yıl içerisinde Covid 19'dan hayatını kaybeden hekimlerin yaklaşık %80'ine hastalığın işyerinde bulaştığını söyleyebiliriz.





COVID-19 Türkiye’de meslek hastalığı olarak kabul ediliyor mu?



Örneğin topluu aşılama gibi. Okullarda toplu aşılama yapılabilir, aşı istasyonları kurulabilir ve aşı yaygın bir biçimde yapılabilir.

Aşı karşıtlığına yönelik tutumu da çok çarpıcı bence devletin. Aşı karşıtlarına yönelik etkin bir tutumu yok. Ama aile hekimlerinin eylemini yasaklıyor. Ama basın açıklamalarımızı yasaklıyor.

Devletin aşılama konusunda atabileceği çok somut bir adım var: O da aşılamayı zorunlu kılacak yasal düzenlemeler yapmak. Ölçülülük ilkesiyle işletilen yasal bir zorunluluk aşılamayı da artıracaktır. Çiçek aşısı zorunluluğu tanımlanırken olduğu gibi. Bunu Covid-19'a uyarlamak hiç zor değildir ve kaldı ki, bunun yasal zemini de bulunmaktadır.

Covid-19 Türkiye'de ve dünyada meslek hastalığı olarak kabul ediliyor mu?

Türkiye'de meslek hastalığı olarak kabul ediliyor, demek kolay değil. Tabii meslek hastalığı kabulüne yönelik bir takım kolaylıklar gerçekleştirildi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından. Başvurular kolaylaştırıldı.

Ama nedensellik bağı, illiyet bağı hâlâ aranıyor. Bununla ilgili ciddi bir sorunla karşı karşıyayız. Çünkü mesleki uygulama esnasında bu virüsü edinmiş olması bekleniyor sağlık çalışanlarının. Ama sağlık çalışanları zaten önemli bir zamanını ya mesleki uygulamanın içinde geçiriyor ya da bu mesleki uygulamaya erişebilmek için yollarda geçiriyor.

Ve bunların hiçbiri uygun ortamlar değil. Pek çok ülkede illiyet bağı aranması düzenlemesinden vazgeçildi. Bu tür düzenlemesi olmayan ülkelerden biri Türkiye ne yazık ki. Oysa bu çok kolay bir şekilde gerçekleştirilebilirdi. Ancak gelin görün ki KHK'larla yönetildiğimiz belirsizlik rejimi içerisinde, bu tür yasal düzenlemeler yapılması da çok kolay olmuyor.

> Biz TTB olarak Covid-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi konusunda sağlık çalışanlarının yanında yer alıyoruz ve bu konuda ısrarcıyız. Meclis'e ilettiğimiz yasal düzenleme önerileri ve milletvekilleriyle ortak bir şekilde yürüttüğümüz çalışmalarla bu ısrardan vazgeçmiyoruz.

> Biz TTB olarak Covid-19'un meslek hastalığı olarak kabul edilmesi konusunda sağlık çalışanlarının yanında yer alıyoruz ve bu konuda ısrarcıyız. Meclis'e ilettiğimiz yasal düzenleme önerileri ve milletvekilleriyle ortak bir şekilde yürüttüğümüz çalışmalarla bu ısrardan vazgeçmiyoruz.

Örneğin geçtiğimiz günlerde bir meslektaşımızın eşi başvuru yaptı TTB'ye. Eşinin vefatının meslek hastalığından kaynaklandığının kabul edildiğini; ama nakdi tazminat yükümlülüğünün yerine getirilmediğini söylüyordu.

Covid-19'un meslek hastalığı sayılmaması ve illiyet bağı aranması hem bu alanda yoğun emek veren ve risk altında olan insanlarımız için ciddi bir sorun hem de onları yitirdiğimizde geride kalan yakınları için ciddi bir güvence eksikliği.

Pandemi sürecinde belki de Sağlık Bakanlığı'ndan daha güvenilir bir merci olarak toplumun karşısına çıktınız; ama TTB olarak sizin de "Keşke şunu başka türlü yapsaydık" ya da "Keşke şunu yapabilseydik," dediğiniz oldu mu?

bianet
BAĞIMSIZ İLETİŞİM AĞI

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz

COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri

m.bianet.org/bianet/yasam/252179-hocalarin-hocasi-cemil-tascioglu

oraya vakaya çıkarız. Ben o dönem burada değildim, Koç Tıp Fakültesi'ndeydim. Hoca bana Timur bu vakayı birlikte sunalım," dedi. Benim fakülteye olan düşkünlüğümü bilir. Güle-oynaya, keyifle hazırladık vakayı.

O gün

Çok özel ve asistanlar için eğitici bir vakaydı. 16 Mart 2020'ydi, Covid'in tanımlanmaya başladığı dönemdi. Sanırım bu yönde hastalardan biriyle hocanın teması oldu.

> "Timur ben gelemeyeceğim," dedi. Hasta mısınız diye sordum. "Hasta değilim, iyi gibiyim; ama Covid mevzusu oldu yakında önlemler de olacak, ben gelmeyeyim. Sen arabayla gelip beni alıyorsun, bende bir sıkıntı varsa sana da bir şey olmasın," dedi. Unutmuyorum bana bu söylediğini. Pazar günü o sunumu yaptım, pazartesi de hocanın hastalandığını öğrendim. Benim için çok üzücü bir andı.

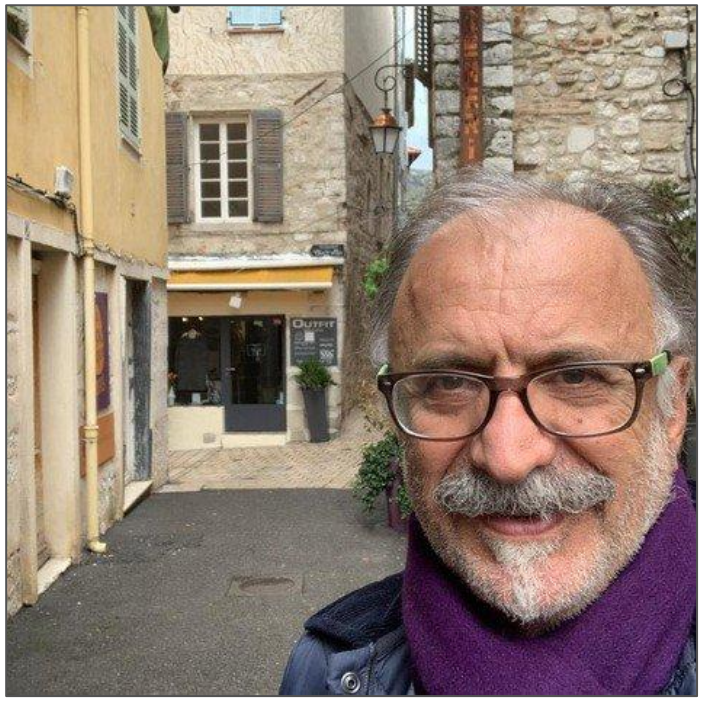
Buraya varır mıydı? Bu kadar insana yardım eden birine biz ne kadar yardım edebildik, bir şey diyemiyorum. Herkes çok çabaladı, tüm İstanbul Tıp Fakültesi hoca için uğraştı; ama olmadı.

Bunun için çok üzgünüm. Şu anki bildiklerimizle yapabilir miydik? Evet yapabilirdik, diyebiliyorum hem vicdanen hem de mesleki olarak. Ama böyle oldu. Bu hayat, böyle akıyor. O hep bizimle tabii ki. Bizim için her zaman özel, değerli bir insan. Şu an adının yaşadığı hastaneler var.

TIKLAYIN- **1 Nisan, "Sağlık Çalışanlarını Anma Günü" ilan edildi**

Hocayı kaybettiğimiz gün, 1 Nisan'dı. Covid önlemleri ciddi safhadaydı. Herkes cenazeye katılmak istedi; ama mümkün olmadı. Bizler de sınırlı sayıda katılabildik. Binlerce kişi mesaj attı. Bir yıl sonra bir anma töreni düzenledik ve mezarı başında dua okundu hocaya.

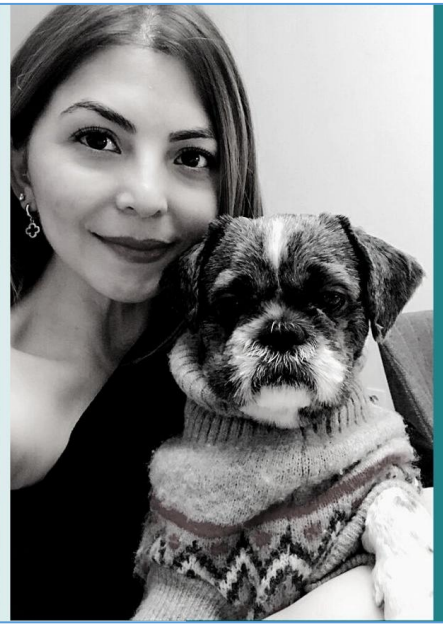
> Türkiye neyi kaybetti, derseniz. Türkiye hocaların hocasını kaybetti. Böyle mesleki bilgisi olan bir insanın yetişmesi çok zor elbette; ama çok önemli bir insanı kaybetti. Etik değerleri, deontolojisi çok yüksek bir insanı



bianet
BAĞIMSIZ İLETİŞİM AĞI

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz

COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri



Covid-19 teması

Covid-19'a yakalanma süreci şöyle oldu. Yurtdışından gelen bir kuyumcu, Dilek'in çalıştığ hastaneye geliyor. Hastanede de ilk teması Dilek ile oluyor. Dilek mikrobu kaptıktan dört-beş gün sonra ateşleniyor.

Zatürre teşhisiyle Samatya Hastanesi'ne gidiyor. Orada yaklaşık beş-altı saat bekletiliyor. Oradan Cerrahpaşa'ya gidiyor, yoğun bakımda kalması gerektiği söyleniyor.

O esnada annesi beni arayıp "Ramis Abi, Dilek çok hasta," dedi. Koronanın ilk zamanları olduğu için korona değil de, normal bir grip, zatürre gibi bir hastalıkla karşı karşıya olduğunu düşünmüşler.

Covid-19 günleri

Türkiye Hastanesi'nde bir yer bulduk, yatırdık yoğun bakıma. Orada biraz toparladı, kendine geldi, doktorlarla konuştu, neşelendi. Herhalde bu iş artık bitti, dedik. Grip gibi düşündüğümüz için zaten.

Ama sonra Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne geldik, orada da iki gün kaldıktan sonra rahmetli oldu.

> "Biz o esnada konduramadık. Zaten koronayla ilgili o dönem Türkiye'de vaka da yoktu, herhangi birine teşhis konulmamıştı. Açıklama yapılmamıştı. Belki tedaviler de korona üzerine değildi, normal bir soğuk algınlığı gibi tedavi ediyorlardı.

Normal ölüm mü?

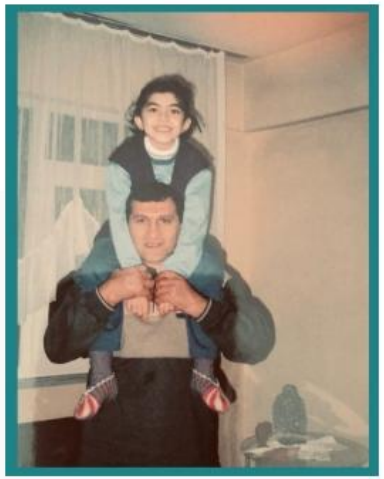
Dilek rahmetli olduktan sonra nasıl öldüğünü sorduk; ama bir türlü cevap alamadık. Amasya'ya götüreceğiz; ama ne diye götüreceğiz? Normal ölüm mü, korona mı? Epikriz raporlarını istedim doktorlardan, sonra gördük ki ölüm nedeni korona. Doğal ölüm diyorlardı öncesinde.

Cenaze için önlemlerimizi aldık, memleketimiz Amasya'ya götürdük.

Aileye karantina

Aileye karantina

Orada yaşadığımız sıkıntı şu oldu. Kimse bize buraya defnedemezsiniz demedi ama dönüşte anne ve babasını Osmancık'ta polisler çevirdi.



> "Gidemezsiniz, sizi karantinaya alacağız, dediler. Götürdüler anne-babayı Çorum'a. En acısı da o anne ve babanın o gün yaşadıklarıydı. İnsanların tek evladı ölmüş, sen onu karantinaya alıyorsun, bir saatlik yola götürüyorsun. Ki zaten bitmek üzereydi karantina süreçleri.

Geç kalındı

Dilek Samatya'ya ya da Cerrahpaşa'ya gittiğinde erken tedavi edilebilseydi şu an aramızda olurdu. Ya da korona teşhisi konulmuş, korona tedavisi yapılsaydı Dilek şu an yaşıyor olabilirdi. Bu ihtimalin yüksek olduğuna inanıyorum.

Ciğerimizden bir parça kopup gitti. Allah kimseye evlat acısı göstermesin. Gözünüzün önünde bir evlat var ve onun planları, hedefleri var. Sana bunları anlatıyor sürekli. Bundan daha kötü bir acı yok.

Hayalleri

Herkesin olduğu gibi Dilek'in de hayalleri vardı. Evlilik hayalleri, hayata karışma hayalleri vardı. Daha iyi geçinmek istiyordu. En azından anneme bakayım, babam artık çalışmasın, ben artık onlara bakayım diyordu.

bianet
BAĞIMSIZ İLETİŞİM AĞI

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz

COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri

Boşalan sandalye

Her gün rakamlar veriliyor ama, o rakamların hepsinin babam gibi bir hikâyesi var. O rakamların içinde herkesin dostları, ailesi var; bir kahkaha, bi renk, boşalan bir sandalye var.

Keşke herkesin hikâyesini dinlemek mümkün olsa; ama ben teşekkür ediyorum biraz olsun bu yükü azalttığınız için. Kıymet verdiğiniz için.

Esat Ülkü

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, Aydın Tabip Odası Başkanı (Temmuz 2020- Ekim 2020). Nazilli Fotoğraf ve Plastik Sanatlar Amatörleri Derneği (NAFOD) kurucularından, iki dönem başkanı.

Bornova Anadolu Lisesi, Ankara Fen Lisesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. Uzmanlığı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden.

13 Ekim 2020'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi'nde Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle yaşamını yitirdi. 1953, Nazilli'de doğdu.

bianet
BAĞIMSIZ İLETİŞİM AĞI

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz

COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri

YAŞAYAMAZLAR MIYDI?/ PROF. DR. MELİH AKTAN

Hematolojide deha: Melih Aktan

Prof. Dr. Taner Gören arkadaşı ve meslektaşı Prof. Aktan'ı piyanosu, tenisi, felsefesi, mitoloji düşkünlüğü, hocalığı, hastaları, arkadaşları, öğrencileri ve iyi insanlığıyla anlatıyor.

Tuğçe Yılmaz

İstanbul - BİA Haber Merkezi

28 Ekim 2021, Perşembe 00:00

Beğen 28 Paylaş Tweetle

Bugüne dek binlerce öğrenci yetişirdi. Kendi hocalarından gördüğünün aksine, öğrencileri ve asistanlarıyla kurduğu yakın ilişkilerle tanınıyor, seviliyordu. Mezuniyet törenlerinde en çok alkışlanan hocalardan biriydi.

Öğrencilerinin iletişim bilgilerini saklıyor, yıllar sonra aradıklarında dahi onlara isimleriyle hitap ediyordu. Bilime olduğu kadar sanata da meraklıydı. Çok iyi piyano çalıyordu. İyi bir okurdu.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Edebiyat Kolu'ndaydı. Özellikle felsefe kitaplarına büyük ilgi duyuyordu. Bu ilgisi sayesinde "Tıpta Etimoloji" adında bir seçmeli ders dahi açtı. İlaç isimlerinin kökenini araştırıyor, bunu öğrencileri ve arkadaşlarına anlatıyordu. "Mitolojik Kökenli Tıbbi Terimler" başlıklı bir ders verecek kadar etimolojiye meraklıydı.[1]

Öksürük şikâyetiyle gittiği hastanede Covid-19 sonucunun pozitif çıktığını öğrendi. Tedavisine evde devam edilmesine karar verildi. On günlük hastalık

Anahtar Sözcükler

Seneca | ahlak mektupları | covid 19 | koranavirüs | koranavirus | yaşayamazlar mıydı? | melih aktan | Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıları yakınları anlatıyor

Yazarın Önceki Yazıları

Penisilin V'nin V'si

Etimolojiye çok meraklıydı. Penisilin V diye bir ilaç vardır. Melih bana ilaç isminin kökenini anlattığında çok şaşırmıştım. Penisilin hep iğne şeklinde yapılıyordu, çünkü ağızdan verildiğinde mide asidi onu yok ediyor ve etkisiz oluyordu.

Bilim insanları araştırıp mide asidinin yok edemeyeceği bir Penisilin formülü geliştirdiler ve ona Penisilin V adını verdiler.

V'nin açılımı "victory", yani *zafer*. Bunun gibi birçok kelimenin kökeni araştırıp "Tıpta Etimoloji" diye öğrencileri için seçmeli bir ders oluşturdu sonra. Çok ilgi çekici derslerdi bunlar.

bianet
BAĞIMSIZ İLETİŞİM AĞI

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz

COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri

Ecz. Taki Türkyılmaz

1982 Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu. 2012'de Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışmaya başladı. Son görev yeri Ankara Şehir Hastanesi'ydi.

5 Eylül 2020'de Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetti.
Ankara Şehir Hastanesi, "Şehit Eczacı Taki Türkyılmaz" ismiyle bir klinik araştırmalar merkezi açtı.
1959, Sivas, Kangal doğumlu.

Söyleşiler: Tuğçe Yılmaz
COVID - 19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıların hikayeleri

Hakkâri'nin Mehmet Dayısı: Sağlık çalışanı Mehmet Mollamahmutoğlu

Oğlu Dr. Saitcan Mollamahmutoğlu Covid-19'dan kaybettiği babası için "yaşayamaz mıydı" sorusunu "İstanbul açılmasaydı Hakkâri'ye kadar, babama kadar virüsün ulaşacağını tahmin etmiyorum" diye yanıtlıyor.

Tuğçe Yılmaz
İstanbul - BİA Haber Merkezi
02 Kasım 2021, Salı 00:00

Beğen 0 Paylaş Tweetle

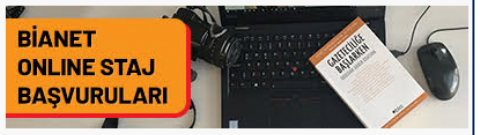
Hakkârililer onu güleryüzü, yardımseverliği, sempatik tavırları ve hoş sohbetiyle tanıyordu. Çocuklarından ikisinin hekim olması çevresi tarafından takdir ediliyordu. Çünkü çocuklarının eğitimiyle birebir ilgilenmiş ve '80 döneminde koşullar gereği okuyamadığı üniversiteye onların gitmesini sağlamıştı.

Büyük ailesinin sağlıkçılara duyduğu saygı ve sevgi, Mehmet Mollamahmutoğlu'ndan kaynaklanıyordu. Onun sayesinde sağlık çalışanı olan başka akrabaları da vardı.

Ailenin rol modeli, Hakkâri'nin "Mehmet Dayısı"ydı. Hakkâri Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) üyesiydi. Oğlunun deyimiyle *"Doğalında SES'liydi."*

Pandemi sürecinde aktif olarak çalışıyordu. 8 Kasım 2020'de Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetti. 57 yaşındaydı. Ardından Hakkâri'nin yerel gazetelerinde **"Mehmet Dayı Korona'ya yenik düştü,"** haberleri yazıldı.

Sağlık personeli Mehmet Mollamahmutoğlu'nun hikâyesini oğlu Dr. Saitcan Mollamahmutoğlu'dan dinliyoruz.



Anahtar Sözcükler

Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlıkçıları yakınları anlatıyor
Sağlık çalışanları | koronavirüs | covid 19 | koronavirus | koronavîrus | koronavirûs | yaşayamazlar mıydı? | Mehmet Mollamahmutoğlu

Yazarın Önceki Yazıları

TTB Başkanı Prof. Dr. Korur-Fincancı

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu- Haziran 2012

30 Haziran 2012 CUMARTESİ — Resmî Gazete — Sayı : 28339

KANUN

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU

Kanun No. 6331 — **Kabul Tarihi: 20/6/2012**

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir.

Kapsam ve istisnalar

MADDE 2 – (1) Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.

(2) Ancak aşağıda belirtilen faaliyetler ve kişiler hakkında bu Kanun hükümleri uygulanmaz:

a) Fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindekiler hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Milli İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri.

b) Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri.

c) Ev hizmetleri.

ç) Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar.

d) Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan işyurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu Kanunun uygulanmasında;

a) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,

b) Çalışan: Kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişiyi,

c) Çalışan temsilcisi: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalara katılma, çalışmaları izleme, tedbir alınmasını isteme, tekliflerde bulunma ve benzeri konularda çalışanları temsil etmeye yetkili çalışanı,

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği- Aralık 2012

29 Aralık 2012, Cumartesi Sayı : 28512

YÖNETMELİK

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığından:

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ

BİRİNCİ BÖLÜM
Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulacak işyeri sağlık ve güvenlik birimlerinin kuruluşu ile ortak sağlık ve güvenlik birimlerinin yetkilendirilmeleri, yetki belgelerinin iptali, görev, yetki ve sorumlulukları ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, 20/6/2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında yer alan işyerlerini kapsar.

Tehlike Sınıfları Tebliği- Mart 2013

29 Mart 2013 CUMA

Resmî Gazete

Sayı : 28602

TEBLİĞ

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığından:

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN İŞYERİ TEHLİKE SINIFLARI TEBLİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

MADDE 1 – 26/12/2012 tarihli ve 28509 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinin Ek-1'inde yer alan İşyeri Tehlike Sınıfları Listesi ekteki şekilde değiştirilmiştir.

MADDE 2 – Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 3 – Bu Tebliğ hükümlerini Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı yürütür.

Q	İNSAN SAĞLIĞI VE SOSYAL HİZMET FAALİYETLERİ	
86	İnsan sağlığı hizmetleri	
86.1	Hastane hizmetleri	
86.10	Hastane hizmetleri	
86.10.04	Kamu kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik özel ihtisas gerektiren yataklı hastane hizmetleri (kadın doğum, onkoloji, kemik, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, vb.)	Çok Tehlikeli
86.10.05	Kamu kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik yataklı hastane hizmetleri (devlet üniversite hastaneleri dahil, özel ihtisas hastaneleri ile dişçilik, ambulansla taşıma, tıbbi laboratuvar test faaliyetleri hariç)	Çok Tehlikeli
86.10.12	Özel sağlık kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik özel ihtisas gerektiren yataklı hastane hizmetleri (kadın doğum, onkoloji, kemik, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, vb.)	Çok Tehlikeli
86.10.13	Özel sağlık kurumları tarafından verilen insan sağlığına yönelik yataklı hastane hizmetleri (özel veya vakıf üniversite hastaneleri dahil, dişçilik, ambulansla taşıma, tıbbi laboratuvar testleri faaliyetleri hariç)	Çok Tehlikeli

Çok tehlikeli

Birinci basamakta:

- Halk sağlığı laboratuvarları
- Diş protez laboratuvarları

İkinci basamakta:

- Tüm hastaneler (kamu-özel)
- Onkoloji, kadın-doğum, ruh-sinir, kemik hastaneleri

Üçüncü basamakta:

- Kamu-özel-vakıf tüm üniversite hastaneleri
- Kamuya bağlı eğitim araştırma hastaneleri

Tehlikeli

Birinci basamakta:

- TSM - ASM – VSD – İl Halk Sağlığı Müdürlükleri
- Eczaneler
- Diş Hekimliği Muayenehaneleri
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri

İkinci basamakta:

- Ağız diş sağlığı hastaneleri
- Diyaliz merkezleri (hastane dışı)

Üçüncü basamakta:

- Fizyoterapi hizmetleri (hastane dışı)

Az tehlikeli

- Psikologlar tarafından sağlanan hizmetler (hastane dışı)

- Aroma terapi, konuşma terapisi (hastane dışı)

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni

Bilgi için:
Dr. Berrak BORA BAŞARA
berrak.basara@saglik.gov.tr
Asiye AYGÜN
asiye.gurbuz@saglik.gov.tr
İrem SOYTUTAN ÇAĞLAR
irem.soytutan@saglik.gov.tr
Banu KULALİ
banu.erdil@saglik.gov.tr

İletişim: 0312 471 83 50

Sağlık İstatistikleri Yılığı Haber Bülteni 2020 verilerine Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Platformu üzerinden QR kod ile elektronik olarak erişim sağlanabilmektedir.

~2021~
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Resmi İstatistik Programı kapsamında yayımlanmaktadır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni

Tablo 8. Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2020

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Erişkin	18.440	4.635	9.588	32.663
Çocuk	1.138	651	167	1.956
Yenidoğan	4.361	1.580	7.140	13.081
Toplam	23.939	6.866	16.895	47.700

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni

Tablo 9. Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2020

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	369	113	457	939
BT	570	144	534	1.248
Ultrason	2.555	946	2.579	6.080
Doppler Ultrason	4.286	588	1.664	6.538
EKO	1.726	311	786	2.823
Mamografi	412	75	495	982

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni

Tablo 12. Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2020, Tüm Sektörler

	Hekime Müracaat	Kişi Başı Hekime Müracaat
Aile Hekimliği	247.273.830	3,0
Verem Savaş Dispanseri	769.343	0,07
ÇEKÜS*	153.890	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	1.767.606	
Özel Poliklinikler	435.764	
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	2.719.502	
Birinci Basamak Toplamı	253.119.935	3,0
Özel Tıp Merkezleri	14.527.627	0,2
Hastaneler	332.613.569	4,0
Sağlık Bakanlığı	239.981.820	2,9
Üniversite	31.725.506	0,4
Özel	60.906.243	0,7
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	347.141.196	4,2
Genel Toplam	600.261.131	7,2

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**Danışmanlık hizmeti başvuruları, hekime müracaat sayısına dahil edilmedi.*

Not: Tablo içerisindeki sayılar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı
2020 Haber Bülteni

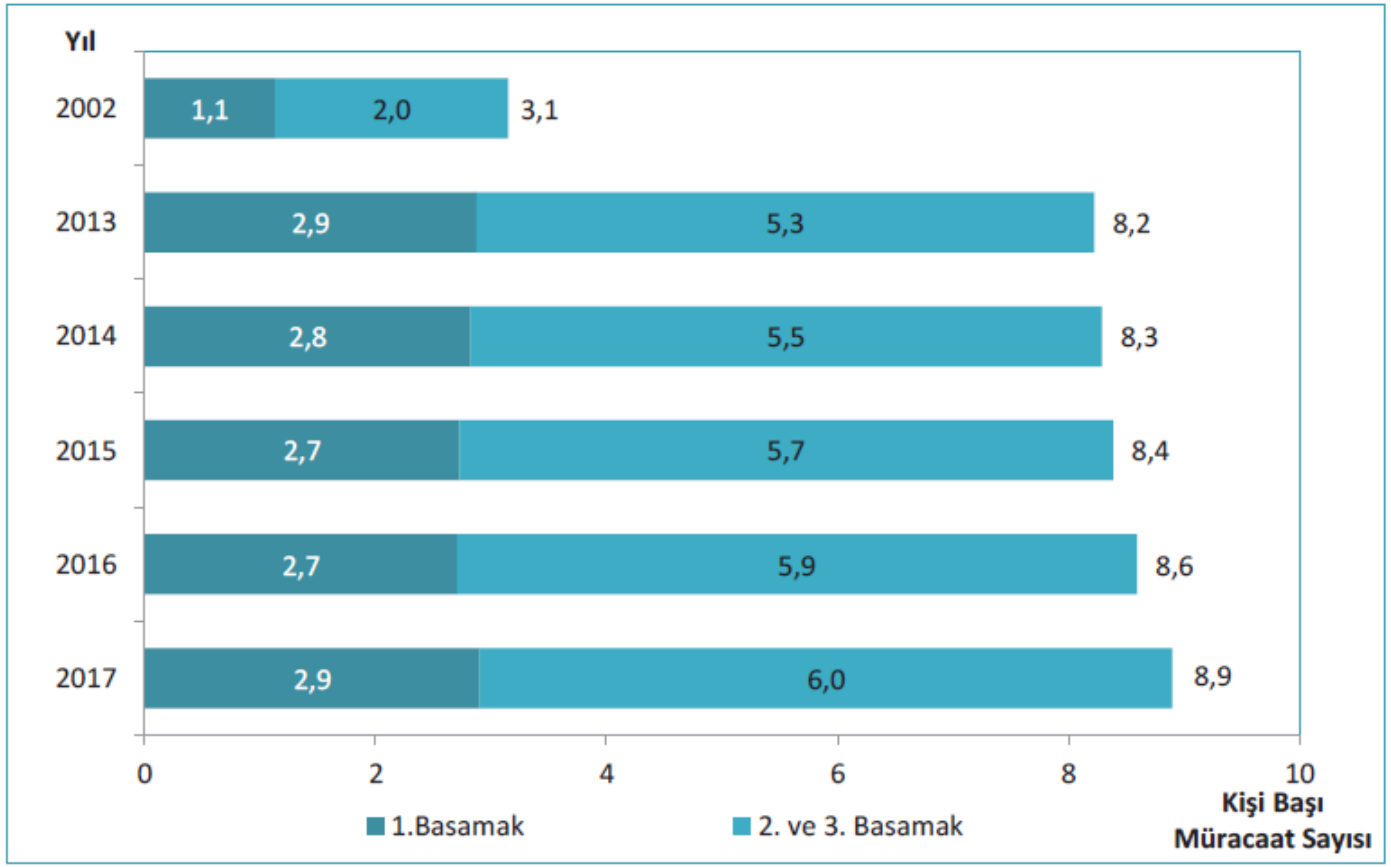
Tablo 13. İBBS-1'e Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri, 2020, Tüm Sektörler

İBBS-1	Kişi Başı Hekime Müracaat	Kişi Başı Diş Hekimine Müracaat	Yatak Doluluk Oranı	Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı	Yatak Devir Aralığı
İstanbul	6,9	0,28	49,5	4,7	38,8	4,7
Batı Marmara	7,9	0,34	49,3	4,5	39,9	4,6
Ege	7,8	0,34	52,2	4,5	42,1	4,1
Doğu Marmara	7,5	0,35	58,1	4,6	45,8	3,3
Batı Anadolu	6,7	0,31	52,2	5,2	36,5	4,8
Akdeniz	7,7	0,29	56,1	4,3	47,9	3,3
Orta Anadolu	7,2	0,39	51,5	4,6	41,2	4,3
Batı Karadeniz	7,7	0,40	52,5	5,0	38,5	4,5
Doğu Karadeniz	7,5	0,36	48,2	4,2	41,8	4,5
Kuzeydoğu Anadolu	6,1	0,44	51,9	4,8	39,4	4,5
Ortadoğu Anadolu	6,1	0,32	48,6	4,3	41,5	4,5
Güneydoğu Anadolu	6,5	0,28	55,4	3,9	51,9	3,1
Türkiye	7,2	0,32	52,5	4,5	42,3	4,1

Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Kişi başı hekime müracaat sayısı- 2017

Şekil 8.1. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

T.C. Sağlık Bakanlığı | 155

Sağlık personeli sayısı 2019 yılına göre 2020 yılında arttı.

Toplam hekim sayısı 2019 yılında 160.810 iken %6,5 artış göstererek 2020 yılında 171.259 oldu. Toplam personel sayısı ise 1.033.767'den 2020 yılında 1.142.469'a yükseldi. Hemşire, Ebe ve Diğer Sağlık Personelini kapsayan Yardımcı Sağlık Personeli sayısı bir önceki yıla göre %12,8 artarak 492.435 oldu.

Tablo 14. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2020

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	46.603	15.025	26.499	88.127
Pratisyen Hekim	45.291	285	4.184	49.760
Asistan Hekim	12.264	21.108	-	33.372
Toplam Hekim	104.158	36.418	30.683	171.259
Toplam Diş Hekimi	11.588	4.764	18.478	34.830
Eczacı	3.697	977	30.690	35.364
Hemşire	156.205	35.014	36.073	227.292
Ebe	55.505	901	2.634	59.040
Diğer Sağlık Personeli	140.161	19.052	46.890	206.103
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	250.461	48.694	109.426	408.581
Toplam Personel	721.775	145.820	274.874	1.142.469

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Sağlık Personeli Takip Sisteminden (SPTS) temin edilen personel verilerine Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında çalışan personel dahil edilmedi. 2.632 yan dal asistan hekim "Asistan Hekim" verisine dahil edildi. Diş hekimi sayısına 2.558 asistan diş hekimi dahil edildi. Eczacı sayısına "Sahip Eczacı, Mesul Müdür Eczacı, İkinci Eczacı, Yardımcı Eczacı" sayıları dahil edildi.

DSÖ, Hasta Güvenliği Günü, “Hastaların güvende olması için sağlıkçıların güvende olması gerekir”

who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who

World Health Organization | Health Topics | Countries | Newsroom | Emergencies | Data | About Us

العربية | 中文 | Franç | Русский | Español

Keep health workers safe to keep patients safe: WHO

17 September 2020 | News release | Geneva | Reading time: 4 min (1203 words)

The World Health Organization (WHO) is calling on governments and health care leaders to address persistent threats to the health and safety of health workers and patients.

“The COVID-19 pandemic has reminded all of us of the vital role health workers play to relieve suffering and save lives,” said Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General. “No country, hospital

Ülkelerin çoğunda sağlık çalışanları ülke nüfusunun %3'ünden azını hatta düşük ve orta gelirli ülkelerde %2'den azını oluşturmasına rağmen

olguların **%14**‘ü sağlık çalışanıdır

bazı ülkelerde bu oran %35'e kadar çıkmaktadır

16 Şubat 2020

Clinical Infectious Diseases

BRIEF REPORT

Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China

Li Ren,[1a] Xuyu Chen,[1a] Ying Wang,[2a] Wenwen Wu,[1] Ling Zhang,[1] and Xiaodong Tan[1,2]

[1]School of Health Sciences, Wuhan University, Wuhan 430000, China, and [2]Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan 430000, China

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), which originated in Wuhan, China, has caused many healthcare workers (HCWs) to be infected. Seventy-two HCWs manifested with acute respiratory illness were retrospectively enrolled to analyze the risk factors. The high-risk department, longer duty hours, and suboptimal hand hygiene after contacting with patients were linked to COVID-19.

Keywords. risk factors, COVID-19, healthcare workers.

At present, the pneumonia epidemic caused by SARS-Cov-2 originating in Wuhan, China is still alarming, having drawn a high-level concern over the world. According to the experience during the 2002 severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak, more emphasis should be placed on healthcare workers' (HCWs) protection, because an approximately 1725 of front-line HCWs were infected by SARS [1]. Given the current Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) epidemic, the infection among medical and nursing personnel is a common occurrence, ever since the first 15 affected cases were reported in Wuhan [2]. It was estimated that a total of 1716 Chinese HCWs were infected by COVID-19 until 11 February 2020 [3]. To better understand how to protect staff, it is necessary to understand the predisposing factors for HCW infection and nosocomial transmission. This retrospective cohort study of HCWs with acute respiratory illness in the designated hospital of Wuhan University sought to determine risk factors and behaviors associated with the development of COVID-19.

Received 16 February 2020; editorial decision 10 March 2020; accepted 16 March 2020; published online March 17, 2020.

[a]L. R., X. C., and Y. W. contributed equally to this paper.

Correspondence: X. Tan. Address: 115 Donghu Rd, Wuchang District, Wuhan, China (tx0304169@whu.edu.cn).

Clinical Infectious Diseases® 2020;71(16):2218–21

© The Author(s) 2020. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. All rights reserved. For permissions, e-mail: journals.permissions@oup.com.

DOI: 10.1093/cid/ciaa287

METHODS

Participants

We conducted a retrospective cohort study among the HCW (>18 years of age) with acute respiratory symptoms in a single center setting, who worked at the forefront to fight agains COVID-19 since its outbreak. To define the cohort, all parti cipants were clinicians and nurses from a designated hospita The designated hospital is a 3300-bed grade-A tertiary hospita serving for the medical treatment in this outbreak. The cas with acute respiratory symptoms was defined by any or mul tiple present symptoms like cough, fever, brachypnea, chest dis tress, headache, hemoptysis, others related to acute respirator illness, and diarrhea, testing with radiologic characters, and lab oratory evidence. All participants gave informed consent.

Procedure

HCWs in different departments were divided into 2 group based on risk exposure. High-risk exposure was defined as the high-risk department (HRD) with interventional medical or surgical procedures that generate respiratory aerosols, including the respiratory department, infection department, intensive care unit (ICU), and surgical department. Other low-risk clinical departments were regarded as general groups (GD). Diagnosed cases of SARS-CoV-2 infection were identified as outcome variables. The follow-up ended on 28 January because all HCWs were confirmed with COVID-19 infection or noninfection. HCWs were required to fulfill an online questionnaire giving detailed information on sociodemographic characteristics, time to symptomatic progression, contact history, medical practice, hand hygiene, and proper personal protective equipment (PPE) (Appendix 1). A total of 83 questionnaires were collected, of which 72 were valid, with an effective rate of 86.75%.

Case Definition

The outcome variable was regarded as diagnosed COVID-19, which is defined according to "The diagnosis of COVID-19 conformed to diagnosis and treatment of novel coronavirus pneumonia (Trial Version 3)" issued by the National Health Commission of the People's Republic of China. All cases were diagnosed with the test by polymerase chain reaction (PCR) nucleic acid. The novel coronavirus nucleic acid was detected by real-time fluorescence reverse transcription PCR, and the virus gene was sequenced, which was highly homologous with the known new coronavirus.

Statistical Analysis

Continuous variables were described as mean (standard deviation) and median (interquartile range [IQR]), whereas categoric variables were presented as counts (frequency or percentages).

CONCLUSION

HCWs who worked in HRD and with suboptimal hand hygiene after contacting patients had a higher risk of COVID-19. Higher risk with longer duty hours was found, especially in HRD. A call to confirm these risk factors in other larger cohorts, as well as work to mitigate these, would be appropriate.

Wuhan'dan bildirilen çalışmada, ön saflardaki sağlık çalışanlarının **uzun çalışma süreleri** ve **yetersiz el hijyeni** nedeniyle COVID-19'a yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir

6 Mart 2020

Journal of Hospital Infection 105 (2020) 100–101

Available online at www.sciencedirect.com

Journal of Hospital Infection

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jhin

ELSEVIER

Healthcare Infection Society

Letter to the Editor

Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China

Sir,

The outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in mainland China has been declared as a public health emergency (PHE) by the World Health Organization (WHO) [1]. Globally, until February 28th, 2020, there have been reported 83,774 confirmed cases and 2867 deaths [2]. During the periods of outbreak of COVID-19 or other infectious diseases, implementation of infection prevention and control (IPC) is of great importance in healthcare settings, especially regarding personal protection of healthcare workers [3,4]. In order to contain the outbreak of COVID-19 in mainland China, the National Health Commission of the People's Republic of China (NHCPRC) has so far dispatched medical support teams (41,600 healthcare workers from 30 provinces and municipalities) to assist with medical treatment in Wuhan and Hubei provinces [5]. A survey by the Health Commission of Guangdong Province released information on the distribution of 2431 healthcare workers in the Guangdong medical support teams [6]. Nurses (~60%) were the predominant healthcare workers in the teams, followed by clinicians (~30%). Half of clinicians with job titles were deputy chief physician, and 25% specialized in respiratory and critical medicine [6]. It is worth mentioning that 5.8% (140/2431) healthcare workers worked on the outbreak of severe acute respiratory syndrome in 2003 [6].

Recently, Wu *et al.* have reported the problems relating to COVID-19 IPC in healthcare settings, highlighting the personal protection of healthcare workers [7]. However, at a press conference of the WHO–China Joint Mission on COVID-19, NHCPRC reported that up until February 24th 2055 healthcare workers (community/hospital-acquired not to be defined) had been confirmed infected with COVID-19, with 22 (1.1%) deaths [8]. Ninety percent of infected healthcare workers were from Hubei province, and most cases happened in late January. It is worth mentioning that the proportion of healthcare workers infected by COVID-19 (2.7%, 95% CI: 2.6–2.8) was significantly lower compared with healthcare workers infected by SARS (21.1%, 95% CI: 20.2–22.0). Therefore, the director of the National Hospital Infection Management and Quality Control Centre summarized some reasons for such a high number of infected healthcare workers during the beginning of the emergency outbreak [9]. First, inadequate personal protection of healthcare workers at the beginning of the epidemic was a central issue. In fact, they did not understand the pathogen well; and their awareness of personal protection was not strong enough. Therefore, the front-line healthcare workers did not implement the effective personal protection before conducting the treatment. Second, long-time exposure to large numbers of infected patients directly increased the risk of infection for healthcare workers. Also, pressure of treatment, work intensity, and lack of rest indirectly increased the probability of infection for healthcare workers. Third, shortage of personal protective equipment (PPE) was also a serious problem. First-level emergency responses have been initiated in various parts of the country, which has led to a rapid increase in the demand for PPE. This circumstance increased the risk of infection for healthcare workers due to lack of sufficient PPE. Fourth, the front-line healthcare workers (except infectious disease physicians) received inadequate training for IPC, leaving them with a lack of knowledge of IPC for respiratory-borne infectious diseases. After initiation of emergency responses, healthcare workers have not had enough time for systematic training and practice. Professional supervision and guidance, as well as monitoring mechanisms, were lacking. This situation further amplified the risk of infection for healthcare workers.

Finally, international communities, especially in other low- and middle-income countries with potential COVID-19 outbreaks, should learn early how to protect their healthcare workers. Furthermore, the COVID-19 confirmed cases have been reported to have surged in South Korea, Japan, Italy, and Iran in the past few days [2]. The increase in awareness of personal protection, sufficient PPE, and proper preparedness and response would play an important role in lowering the risk of infection for healthcare workers.

Conflict of interest statement
None declared.

Funding sources
None.

References

[1] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. 2020. Available at: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 [last accessed February 2020].
[2] Coronavirus COVID-19 global cases by Johns Hopkins CSSE. 2020. Available at: https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6 [last accessed February 2020].
[3] Wang J, Liu F, Tan JBX, Harbarth S, Pittet D, Zingg W. Implementation of infection prevention and control in acute care hospitals in Mainland China — a systematic review. Antimicrob Resist Infect Control 2019;8:32.
[4] Chang D, Xu H, Rebaza A, Sharma L, Dela Cruz CS. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. Lancet Respir Med 2020 Feb 13 [Epub ahead of print].
[5] People's Daily Newspaper. Improved governance and China's exploration provides important inspiration [in Chinese]. 2020. Available at: http://paper.people.com.cn/mrrb/html/2020-02/25/nw.D110000renmrb_20200225_2-04.htm [last accessed February 2020].
[6] Health Commission of Guangdong Province. Information on the distribution of healthcare workers in Guangdong medical support teams [in Chinese]. 2020. Available at: https://new.qq.com/omn/20200224/20200224A02ELP00.html [last accessed February 2020].
[7] Wu A, Huang X, Li C, Li L. Novel coronavirus (2019-nCov) pneumonia in medical institutions: problems in prevention and control. Chin J Infect Control 2020;19:1–6 [in Chinese].
[8] World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf [last accessed March 2020].
[9] Shanghai International Forum for Infection Control and Prevention. Rational, scientific, and standardized protection: the core of infection prevention and control of COVID-19 in medical institutions [in Chinese]. 2020. Available at: https://mp.weixin.qq.com/s/G5Nwdd9kW9yVD-hTdwsKtg [last accessed February 2020].

J. Wang[a,*]
M. Zhou[b]
F. Liu[a]

[a]*Institute of Global Health, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland*

[b]*Dong Guan Nosocomial Infection Control and Quality Improvement Centre, Dongguan City, Guangdong Province, China*

* Corresponding author. Address: Université de Genève Faculté de Médecine, Institute of Global Health, University of Geneva, Geneva, 1205, Switzerland. Tel.: +41-789-73-11-24.
E-mail address: jiancong.wang@outlook.com (J. Wang)

Available online 6 March 2020

Sağlık çalışanlarını korumaya yönelik önlemler -özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde- hızla alınmalı

26 Mart 2020

BMJ 2020;368:m1211 doi: 10.1136/bmj.m1211 (Published 26 March 2020)

Check for updates

ANALYSIS

Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic

Neil Greenberg and colleagues set out measures that healthcare managers need to put in place to protect the mental health of healthcare staff having to make morally challenging decisions

Neil Greenberg *professor of defence mental health*[1], Mary Docherty *consultant liaison psychiatrist*[2], Sam Gnanapragasam *NIHR academic clinical fellow in psychiatry*[2], Simon Wessely *regius professor of psychiatry*[1]

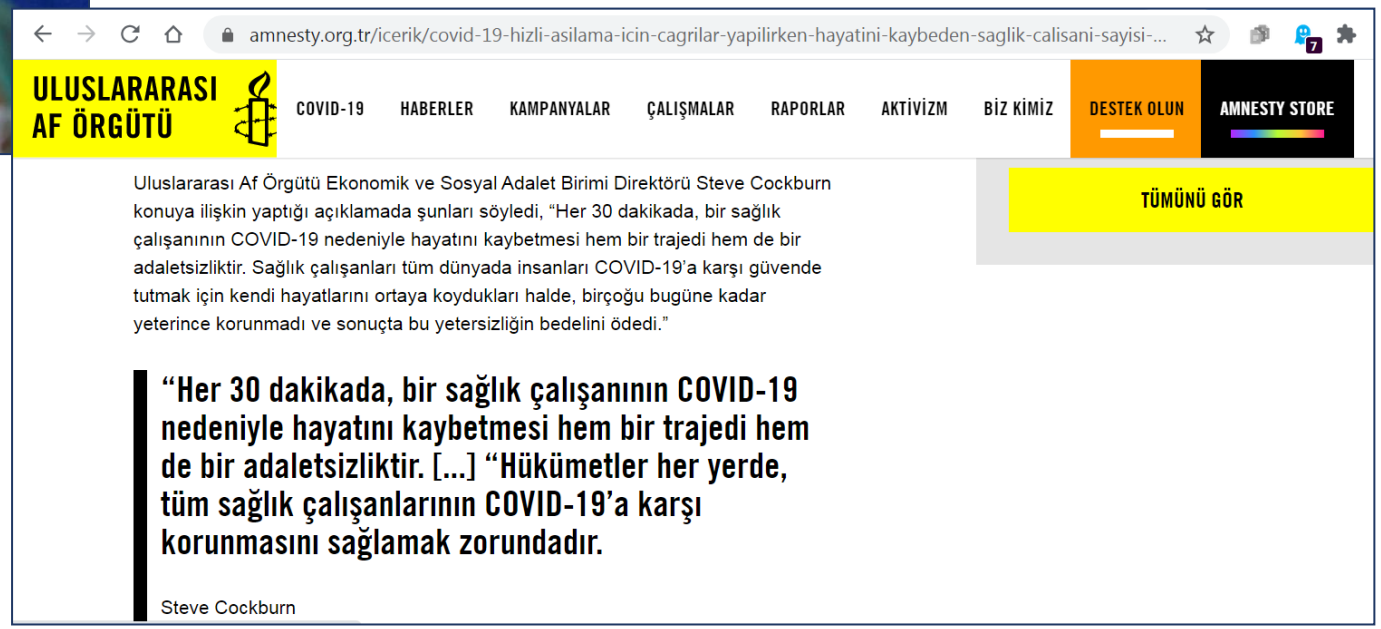
[1]NIHR Health Protection Research Unit in Emergency Preparedness and Response, King's College London, London, UK; [2]South London and the Maudsley NHS Trust, London, UK

Key messages

- Healthcare staff are at increased risk of moral injury and mental health problems when dealing with challenges of the covid-19 pandemic
- Healthcare managers need to proactively take steps to protect the mental wellbeing of staff
- Managers must be frank about the situations staff are likely to face
- Staff can be supported by reinforcing teams and providing regular contact to discuss decisions and check on wellbeing
- Once the crisis begins to recede, staff must be actively monitored, supported, and, where necessary, provided with evidence based treatments

- Sağlık çalışanları moral açıdan ve ruh sağlığı açısından risk altında
- Yöneticiler, sağlık çalışanlarını korumaya yönelik önlemleri hızla almalı, gerekli destek sağlanmalı

Her 30 dakikada, bir sağlık çalışanını COVID nedeniyle kaybediyoruz!

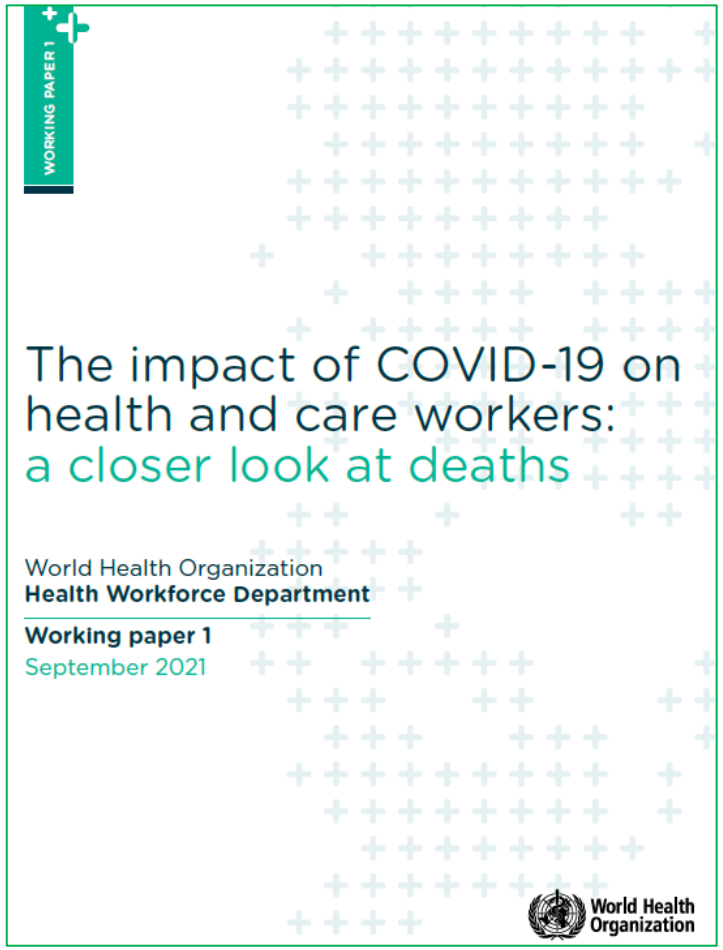


2021 Sağlık Çalışanları Yılı

Protect. Invest. Together.

Koru. Yatırım yap. Hep birlikte.

DSÖ
COVID-19'un Sağlık Çalışanlarına Etkisi: Ölümlere daha yakından bakalım


WORKING PAPER 1

The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths

World Health Organization
Health Workforce Department

Working paper 1
September 2021

World Health Organization

Key messages

- Between January 2020 and May 2021, surveillance data reported to WHO showed 3.45 million deaths due to COVID-19. Of these only 6643 deaths were identified as being in health and care workers (HCWs), but this figure significantly under-reports the burden of mortality world-wide in this group.
- From different analytical approaches, this working paper attempts to estimate the global number of deaths in HCWs due to COVID-19.
- Based on the International Labour Organization's estimated number of 135 million HCWs employed in human health and social activities and WHO's surveillance data on all deaths reported to be due to COVID-19, mixed analytical approaches present a range between 80 000 to 180 000 deaths globally with a central population-based estimate of 115 500 deaths.
- These figures, however, largely derive from the 3.45 million COVID-19-related deaths reported to WHO, a number that by itself is proving to be much lower than the actual death toll (60% or more than reported to WHO).
- High-quality recording and reporting of infections and deaths among HCWs are fundamental measures to enable appropriate protective steps to be instigated and to support calls for significant investments in integrating occupational data in death certification and surveillance reporting.
- In view of the mounting evidence that the number of deaths due to COVID-19 among HCWs is much greater than officially reported, the need for protection through vaccination cannot be overstated.
- In countries where vaccination rates of HCWs remain low, tailored communication strategies must be designed and actively pursued to increase uptake and avert vaccination hesitancy.

WORKING PAPER 1

The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths

World Health Organization
Health Workforce Department

Working paper 1
September 2021

TABLE 1

Number of deaths due to COVID-19 reported, estimated and the estimated magnitude of under-reporting (January 2020–May 2021)

Scope	Reported to WHO COVID-19 surveillance	A summary of estimates derived from different sources[a]		
		Source (reference)	Value/range	Coverage/comments
Global (general population)	3.45 million COVID-19 deaths (reported until 16 May 2021)	WHO *(18)*	Three million deaths – 60% higher than the COVID-19 deaths reported to WHO (1 813 188) in 2020	Only the WHO Region of the Americas and the WHO European Region
		Financial Times (19)	60% higher than the reported data	14 countries (mainly European)
		IHME *(20)*	6.9 million – nearly twice the number of 3.45 million deaths reported to WHO	Based on excess-mortality[b] analysis methods and data from 56 countries (198 subnational units). The models estimate excess deaths confirmed as being directly due to COVID-19.
		The Economist (21)	10 million deaths (range 6–13 million) – nearly four times the number of 3.45 million deaths reported to WHO	Data from multiple sources for 200 countries (including China and India) and territories; based on a machine-learning model

[a] These estimates are openly accessible from original sources (including data sets, methods, statistical codes and supporting materials), technical rigour and global representation.
[b] Excess mortality is a measure of mortality over and above what could normally be expected for the period (for example using the average over the previous five years) that can show the impact – both direct and indirect – of COVID-19 *(17)*.

The uncertainties around the magnitude of Covid-19 deaths

At the outset of the pandemic, WHO established a coronavirus (COVID-19) surveillance and reporting system for its Member States, collating information into a database, and a corresponding dashboard *(15)*. Globally, the surveillance data so collected retain a central importance in the count of infections and deaths. However, health data systems and capacities are limited in some regions when it comes to reporting vital statistics on deaths and cause of death. Before the pandemic, a global assessment revealed that four out of 10 deaths in the world are unregistered *(16)*.

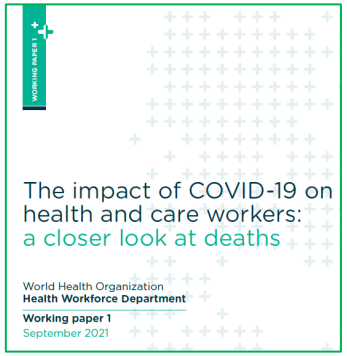


TABLE 2

Numbers of deaths of HCWs due to COVID-19: population-based estimates and with refinement (indirect standardization) (January 2020–May 2021)

WHO region	WHO COVID-19 surveillance data[a]		Population-based estimate[b]	Triangulation A Using indirect standardization (by sex and age)		
	All deaths	HCW deaths	HCW deaths	HCW deaths (all)	HCW deaths (males)	HCW deaths (females)
African	84 376	0	1134	2003	1173	830
Americas	1 575 005	4858	60 380	56 977	33 860	23 117
South-East Asia	335 603	0	1512	2717	1788	929
European	1 116 828	1395	49 374	17 805	8968	8837
Eastern Mediterranean	189 532	302	1804	2424	1792	632
Western Pacific	40 393	78	1289	1008	515	493
Global	**3 341 737**	**6633**	**115 493**	**82 934**	**48 096**	**34 838**

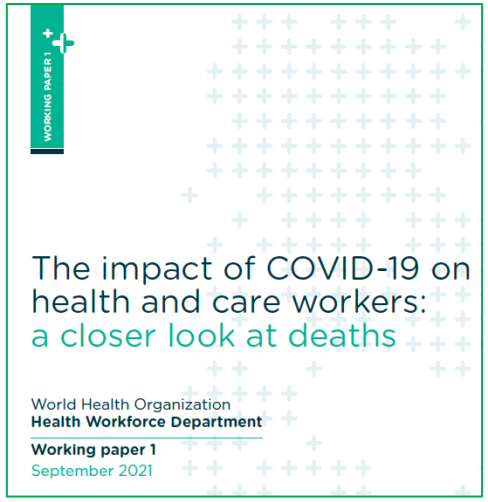
[a] Data from WHO COVID-19 surveillance: case report forms and weekly aggregated reporting (Version 2): database accessed on 16 May 2021.
[b] Based on country-specific report daily COVID-19 deaths divided by the population size in each country multiplied by the estimated number of HCWs in each country from the ILOSTAT.

TABLE 3

A comparison of the estimated numbers of deaths of HCWs derived by population-based and meta-analysis-based estimations (January 2020–May 2021)

WHO region	WHO COVID-19 surveillance data[a]		Population-based estimate[b]	Triangulation B Meta-analysis based on PCR Testing (assuming 6.2% of infections are in HCWs)		
	Reported deaths	Reported HCW deaths	HCW deaths	HCW deaths[c]		
				At 0.4%	At 0.8%	At 1.6%
African	84 376	0	1134	834	1663	3325
Americas	1 575 005	4858	60 380	15 953	31 902	63 808
South-East Asia	335 603	0	1512	6882	13 766	27 531
European	1 116 828	1395	49 374	13 232	26 454	52 912
Eastern Mediterranean	189 532	302	1804	2308	4610	9220
Western Pacific	40 393	78	1289	666	1332	2658
Global	**3 341 737**	**6633**	**115 493**	**39 875**	**79 727**	**159 454**

[a] Data from WHO COVID-19 surveillance: case report forms and weekly aggregated reporting (Version 2): database accessed on 16 May 2021.
[b] Based on country-specific reported daily COVID-19 deaths divided by population size in each country multiplied by the estimated number of HCWs in each country from the ILOSTAT.
[c] Indicates a prevalence of deaths among infected HCWs of 0.8% (confidence interval 0.4%, 1.6%).



«Aşı, zorunlu olmalı mı?» tartışmaları…

BİRGün

Güncel Yazarlar Siyaset Dünya Avrupa Birgün Ege

ÇALIŞMA YAŞAMI 13.09.2021 09:04

AZİZ ÇELİK
azizcelik@gmail.com

2021.09.13 09:04

Aşı zorunludur, işçiler aşı olmalıdır!

Pandemide aşı tüm yurttaşlar ve çalışanlar açısından zorunlu tutulabilir. Aşı olmayanlara ciddi kısıtlamalara ve yaptırımlara başvurulabilir. İşverenler aşı yapılmasını denetlemekle, işçiler aşı yaptırmakla yükümlüdür.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu- Haziran 2012

30 Haziran 2012 CUMARTESİ Resmî Gazete Sayı : 28339

KANUN

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU

Kanun No. 6331 **Kabul Tarihi: 20/6/2012**

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir.

Kapsam ve istisnalar

MADDE 2 – (1) Bu Kanun; kamu ve özel sektöre ait bütün işlere ve işyerlerine, bu işyerlerinin işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerler de dâhil olmak üzere tüm çalışanlarına faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanır.

(2) Ancak aşağıda belirtilen faaliyetler ve kişiler hakkında bu Kanun hükümleri uygulanmaz:

a) Fabrika, bakım merkezi, dikimevi ve benzeri işyerlerindekiler hariç Türk Silahlı Kuvvetleri, genel kolluk kuvvetleri ve Millî İstihbarat Teşkilatı Müsteşarlığının faaliyetleri.

b) Afet ve acil durum birimlerinin müdahale faaliyetleri.

c) Ev hizmetleri.

ç) Çalışan istihdam etmeksizin kendi nam ve hesabına mal ve hizmet üretimi yapanlar.

d) Hükümlü ve tutuklulara yönelik infaz hizmetleri sırasında, iyileştirme kapsamında yapılan işyurdu, eğitim, güvenlik ve meslek edindirme faaliyetleri.

Tanımlar

MADDE 3 – (1) Bu Kanunun uygulanmasında;

a) Bakanlık: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını,

b) Çalışan: Kendi özel kanunlarındaki statülerine bakılmaksızın kamu veya özel işyerlerinde istihdam edilen gerçek kişiyi,

c) Çalışan temsilcisi: İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalara katılma, çalışmaları izleme, tedbir alınmasını isteme, tekliflerde bulunma ve benzeri konularda çalışanları temsil etmeye yetkili çalışanı,

İKİNCİ BÖLÜM
İşveren ile Çalışanların Görev, Yetki ve Yükümlülükleri

İşverenin genel yükümlülüğü

MADDE 4 – (1) İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapar.

b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izler, denetler ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne alır.

d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri alır.

(2) İşyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmaz.

(3) Çalışanların iş sağlığı ve güvenliği alanındaki yükümlülükleri, işverenin sorumluluklarını etkilemez.

(4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerinin maliyetini çalışanlara yansıtamaz.

Risklerden korunma ilkeleri

MADDE 5 – (1) İşverenin yükümlülüklerinin yerine getirilmesinde aşağıdaki ilkeler göz önünde bulundurulur:

a) Risklerden kaçınmak.

b) Kaçınılması mümkün olmayan riskleri analiz etmek.

c) Risklerle kaynağında mücadele etmek.

ç) İşin kişilere uygun hale getirilmesi için işyerlerinin tasarımı ile iş ekipmanı, çalışma şekli ve üretim metotlarının seçiminde özen göstermek, özellikle tekdüze çalışma ve üretim temposunun sağlık ve güvenliğe olumsuz etkilerini önlemek, önlenemiyor ise en aza indirmek.

d) Teknik gelişmelere uyum sağlamak.

e) Tehlikeli olanı, tehlikesiz veya daha az tehlikeli olanla değiştirmek.

f) Teknoloji, iş organizasyonu, çalışma şartları, sosyal ilişkiler ve çalışma ortamı ile ilgili faktörlerin etkilerini kapsayan tutarlı ve genel bir önleme politikası geliştirmek.

g) Toplu korunma tedbirlerine, kişisel korunma tedbirlerine göre öncelik vermek.

ğ) Çalışanlara uygun talimatlar vermek.

OSHA- (Occupational Safety and Health Administration)
İş Güvenliği ve Sağlık İdaresi Önerileri

- COVID-19'dan korunmanın en etkili yolu aşılamadır
- İşverenler, çalışanların aşılanabilmesi için izin..vb organizasyonları yapmalıdır
- Aşılama sonrası istenmeyen etki (yan etki) gelişmesi durumunda çalışan için gerekli destek işveren tarafından sağlanmalıdır

osha.gov/coronav

Purpose

This guidance is designed to help
otherwise at-risk (as defined in th
involving workers who are fully vaccinated but located in areas of substantial or high community transmission.

This guidance contains recommendations as well as descriptions of the Occupational Safety and Health Administration's (OSHA's) mandatory safety and health standards, the latter of which are clearly labeled throughout as "**mandatory OSHA standards**." The recommendations are advisory in nature and informational in content and are intended to assist employers in providing a safe and healthful workplace free from recognized hazards that are causing or likely to cause death or serious physical harm.

OSHA emphasizes that vaccination is the most effective way to protect against severe illness or death from COVID-19. OSHA strongly encourages employers to provide paid time off to workers for the time it takes for them to get vaccinated and recover from any side effects. Employers should also consider working with local public health authorities to provide vaccinations for unvaccinated workers in the workplace. Finally, OSHA suggests that employers consider adopting policies that require workers to get vaccinated or to undergo regular COVID-19 testing – in addition to mask wearing and physical distancing – if they remain unvaccinated. People are considered fully vaccinated for COVID-19 two weeks or more after they have completed their final dose of a COVID-19 vaccine authorized for Emergency Use Authorization (EUA) by the U.S. Food and Drug Administration in the United States.

Executive Summary

This guidance is intended to help employers and workers not covered by the OSHA's COVID-19 Emergency Temporary Standard (ETS) for Healthcare, helping them identify COVID-19 exposure risks to workers who are unvaccinated or otherwise at risk even if they are fully vaccinated (e.g., if they are immunocompromised). See Text Box: Who Are "At-Risk" Workers?

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)
COVID-19 ve İş Dünyası Raporu

International Labour Organization

▶ **ILO Monitor:**
COVID-19 and the world of work. Eighth edition
Updated estimates and analysis

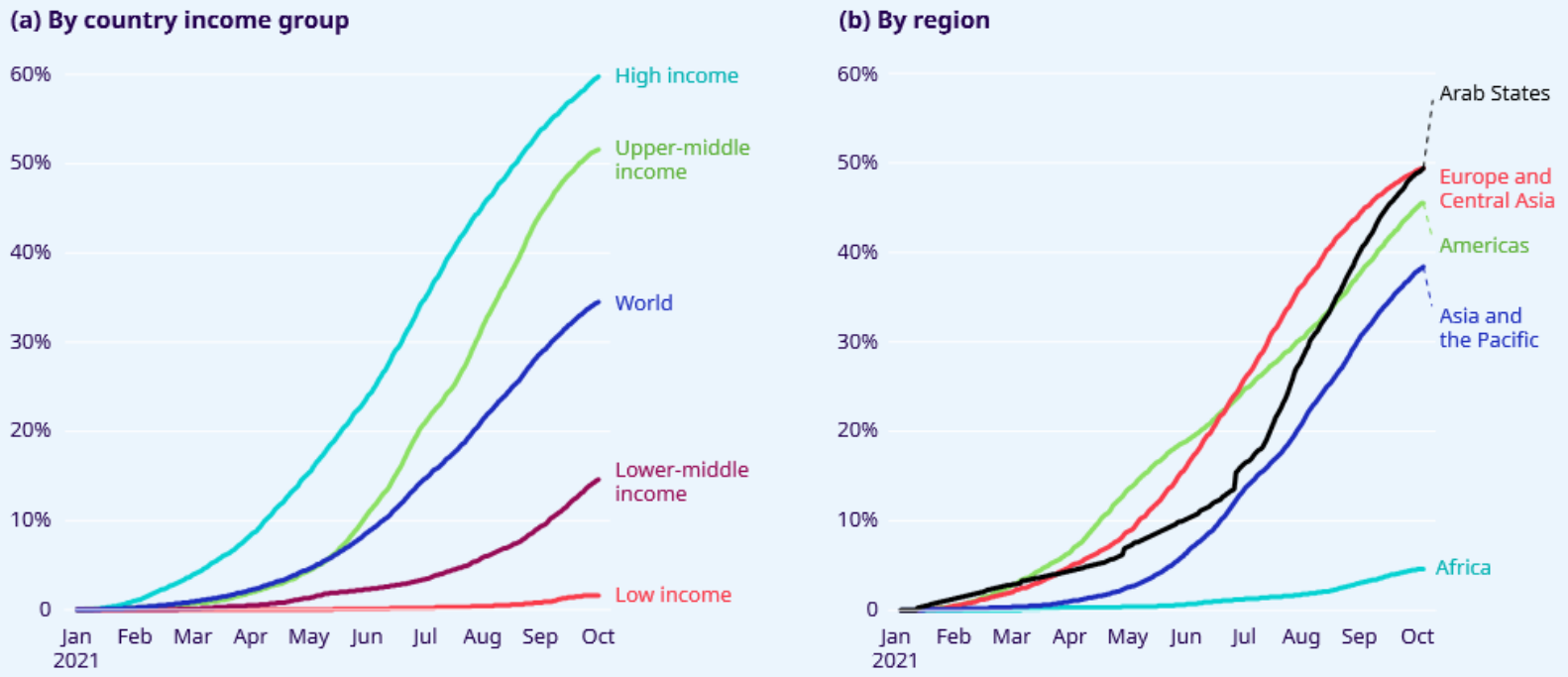
27 October 2021

Key messages

ILO COVID-19 ve İş Dünyası Raporu

Ülkelerin Gelir Düzeylerine ve Bölgelere Göre Tam Aşılı Olma Oranları

Figure 1. Share of population fully vaccinated against COVID-19 (percentage)



Note: Total number of people who received all doses prescribed by the vaccination protocol, divided by the total population of the country.

Source: Our World in Data; ILO estimates.

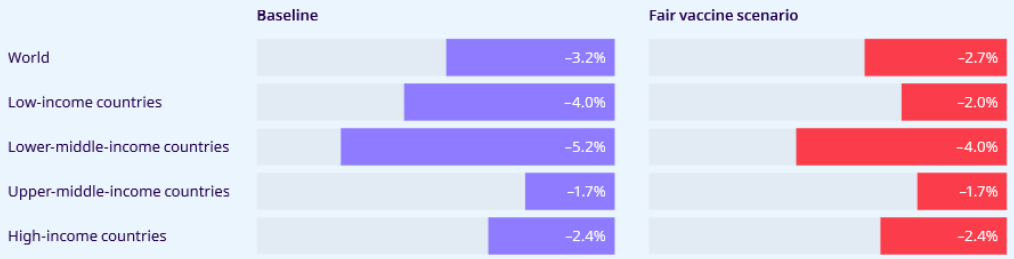
ILO COVID-19 ve İş Dünyası Raporu
Aşılamanın Çalışma Saatlerine Etkileri

Figure 14. Estimating the impact of vaccination on working hours, 2021 Q2 (percentage)

Note: The change in working hours of both the actual estimates (nowcast-based) and the counterfactual scenario are relative to the fourth quarter of 2019, adjusting for population growth. The counterfactual no vaccination scenario estimates additional changes in working hours in the absence of vaccination. Differences in the effect of the vaccine derive from differences in vaccination rates, not the actual effectiveness of the vaccines.

Source: ILOSTAT database, ILO modelled estimates; Our World in Data; authors' calculations.

Figure 16. Change in working hours relative to 2019 Q4 (adjusted for population 15 to 64): Fair vaccination and baseline scenario for 2021 Q4 (percentage)



Source: ILOSTAT database, ILO modelled estimates; authors' calculations.

TTB: Emek bizim, Söz bizim

KARANLIĞA KARŞI;

ÖNLÜĞÜMÜZÜN BEYAZINA,

ÖZLÜK HAKLARIMIZA,

HALKIN SAĞLIK HAKKINA

SAHİP ÇIKIYORUZ

Hekimler ülkenin dört bir yanından "Mesleğimizi yapamıyoruz", "Nefes alamıyoruz", "Geçinemiyoruz" diyor. Her gün kamudan istifalar birliğimize iletiliyor, Türk Tabipleri Birliği'nin verdiği "iyi hal belgesi" sayılarına göre yaptığımız değerlendirmede ciddi bir yurtdışı göçü varken çareyi 10 dakika içerisinde iki hasta randevusu vermede gören bir sağlık sistemi artık iflas etmiş demektir.
Bu şartlarda Sağlık Bakanı'nın randevu keyfiyetini beklemeye 10 günden fazla süre vermemiz mümkün değildir.

Daha önce tarihimizde de örnekleri olduğu gibi kazanımlarımızı örgütlü mücadele ile alacağız. Bugün iktidarın istifaları da göçleri de durdurmaya yönelik hiçbir adımı yokken biz, hekimlere "Bu topraklarda hekimlik yapmak için umut var, birlikte önlüğümüzün beyazına sahip çıkıyoruz, karanlığı aydınlatacağız ve artık söz bizim" diyoruz. Gün dayanışmanın, birbirimize güvenmenin, mesleğimizin taşıdığı güce güvenmenin, yaşam ve sağlık haklarımızı savunmanın ve geliştirmenin günüdür. Emeğimiz üzerinden kendini var eden sermayeye, idarecilere dur demenin "Biz birlikte güçlüyüz"ü göstermenin günüdür.

20
Ekim 2021
5 dakikada hekimlik yapılmaz

27
Ekim 2021
COVID-19 Meslek Hastalığı Yasası ve her yıla 120 gün yıpranma payı İSTİYORUZ

3
Kasım 2021
Emekliliğe de yansıyacak yaşanabilir temel ödeme İSTİYORUZ. Hekimlere 7200 ek gösterge DERHAL VERİLMELİDİR

11
Kasım 2021
Çalışma koşullarımızda iyileştirme İSTİYORUZ. Güvenli, sağlıklı çalışma alanları İSTİYORUZ

19
Kasım 2021
Dr. Aynur Dağdemir'i anıyoruz, sağlıkta şiddete karşı etkili yasa, güvenli işyerleri İSTİYORUZ

24
Kasım 2021
Bu sağlık sistemi iflas etmiştir. Sağlık hizmetlerinin toplumcu bir anlayışla yeniden inşa edilmesini İSTİYORUZ

23
Kasım 2021
"BEYAZ YÜRÜYÜŞ"
Hekimleri temsilen TTB heyeti Ankara'ya yürüyor

27
Kasım 2021
"BEYAZ FORUM"
Ankara