

# COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ: NORVEÇ

Eray ÖNTAŞ\*, Cavit Işık YAVUZ\*\*

**Öz:** İsviçre'den sonra kişi başı en fazla sağlık harcaması olan, sağlık hizmetleri için harcanan paranın önemli bir kısmı kamu kaynakları tarafından karşılanan bir kuzey Avrupa ülkesidir. Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi ortalama 82,8 yıldır ve bu süre Avrupa ülkelerinin çoğundan daha uzundur. Norveç sağlık sisteminde belediyeler, temel sağlık hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetlerinden devlet ise uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinden sorumludur. COVID-19 pandemisi ile ilgili sürecin Norveç'te 23 Ocak 2020'de başladığı saptanmıştır. Pandemi yönetimi, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı ve ona bağlı Norveç Sağlık Müdürlüğü ile Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada, Norveç'in sağlıkla ilgili temel göstergeleri karşılaştırmalı olarak sunulmuş, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu incelenmiş, COVID-19 pandemisinin ilk aylarında süreç ve sağlık sisteminin pandemiye yanıtı derlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** COVID-19, Norveç, sağlık sistemi, sağlık politikası, pandemi

## Health Systems in COVID-19 Pandemic: Norway

**Abstract:** Norway is a northern European country with a population of 5.4 million, 83.42% of whom live in urban areas. Norway has the highest health expenditure per capita after the United States and Switzerland, and a significant portion of healthcare expenditure is covered by public resources. Life expectancy at birth in the country averages 82.8 years, which is longer than most European countries. In the Norwegian health system, municipalities are responsible for primary health care and long-term care services, while the state is responsible for specialized health services. It has been determined that the process related to the COVID-19 pandemic started on 23 January 2020 in Norway, and the pandemic management was carried out by the Ministry of Health and Care Services and its affiliated Norwegian Health Directorate and the Norwegian Institute of Public Health. In this study, Norway's main indicators of health are presented comparatively, health financing and service delivery are examined, and the process and response of the health system to the pandemic in the first months of the COVID-19 pandemic are compiled.

**Key words:** COVID-19, Norway, health system, health policy, pandemics

## 1. Giriş

Avrupa'nın kuzeyinde yer alan Norveç, yüzölçümü 365.268 km<sup>2</sup>, nüfus yoğunluğu km<sup>2</sup> başına 15 olan, 2017 rakamlarıyla %16,6'sı 65 yaş üstü olmak üzere, toplam 5,2 milyon nüfusa sahip, kişi başı Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) 66.861 Amerikan doları olduğu bir ülkedir. 2020 yılı nüfusu 5,4 milyon olarak kayda geçmiştir ve ortanca yaş 39,8'dir. Nüfusun %83,42'si kentsel alanda yaşamaktadır (OECD, 2019; 2021; Worldometers.info, 2020).

Norveç, en varlıklı ülkeler arasında, gelir eşitsizliğinin en düşük seviyede olduğu ülke olarak gösterilmektedir (OECD, 2020c). Buna rağmen, nüfusun en varlıklı %20'si, en yoksul %20'sinden dört kat daha fazla kazanmaktadır. İstihdam açısından, Norveç'te 15 ile 64 yaş arasındaki kişilerin %74'ünün ücretli

bir işi vardır (Türkiye (TR): %52, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD): %68). Erkeklerin %76'sı kadınların %72'si ücretli bir işte çalışmaktadır (TR: E: %71, K: %32). Ülkede eğitim seviyesinin, yaşam beklentisini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir; Norveç'te, 25-64 yaş arası yetişkinlerin %82'si lise eğitimini tamamlamıştır (TR: %39, OECD: %78) (OECD, 2020e). Norveç'te yaşayan bireylerin %77'si kendi sağlıklarını iyi olarak ifade etmektedir (TR: %69,4 - OECD: %69) (OECD, 2020d).

Norveçliler, ortalama 82,8 yılla Avrupalıların çoğundan daha uzun ve daha sağlıklı bir yaşam sürmektedir. Risk faktörlerini azaltan halk sağlığı politikaları ve kaliteli tıbbi bakım sunan sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak, yaşam beklentisi 2000 yılından

\*Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-0150-0694)

\*\*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0001-9279-1740)

Geliş Tarihi / Received : 16.01.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 21.06.2021

**Tablo 1.** Norveç, Türkiye ve Avrupa Birliği'nin kıyaslamalı sosyodemografik ve sosyoekonomik temel göstergeleri, 2020

Sosyodemografik Faktörler*	Norveç	Türkiye	Avrupa Birliği
Nüfus (milyon, 2019)	5,4	81,4	513,2
65 yaş üzeri nüfusun payı (yüzde, 2018)	17,1	8,7	19,9
Toplam doğurganlık hızı** (binde, 2018)	1,6	2	1,7
Eğitime katılım (yıl, 2019)	13,8	10,3	
Doğumda yaşam beklentisi (yıl, 2017)	82,8	78,3	-
Sosyoekonomik Faktörler*			
GSMH içinde sağlık harcamalarının payı (yüzde, 2017)	10,5	4,2	9,9
Sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı (yüzde, 2017)	14,2	17,4	15,9
Yoksulluk oranı***	0,084	0,172	-
İşsizlik oranı (yüzde, 2020 ikinci çeyrek)	3,8	14	6,9

\* Tablo Kaynakları: (IHME, 2019; OECD, 2020h; WHO, 2020a; 2020b)

\*\* Her bir kadının doğurganlığı boyunca (15-49 yaş arası) doğurduğu ortalama çocuk sayısı

\*\*\*Yoksulluk oranı, geliri yoksulluk sınırının altına düşen insanların (belirli bir yaş grubundaki) sayısının oranıdır; bu sınır, toplam nüfusun medyan hane gelirinin yarısı olarak alınmıştır.

bu yana istikrarlı bir şekilde artmıştır: Norveç'te ölümün en önemli sebebi olan ve tütün kullanımı gibi risk faktörlerinin önemli bir rol oynadığı kardiyovasküler hastalıkların (her on ölümden biri) prevalans azalma, iskemik kalp hastalıkları ve inme için akut bakımın kalitesinin iyileştirilmesi yaşam beklentisini arttırmıştır. Norveç, önlenebilir ölümleri, 2011 ile 2016 arasında %10 azaltarak bu sıralamada Avrupa'nın en iyileri arasında yer almaktadır (OECD, 2019).

Yaşam beklentisindeki artışa karşılık, yaşlanan bir nüfusta artan uzun süreli bakım ihtiyacı ile birlikte, birinci basamak ve toplum bakım hizmetlerini güçlendirmeye devam etmek, sağlık sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliğini sağlamanın temel zorluklarından biri olmaya devam etmektedir. 65 yaş ve üzeri Norveçli kadın ve erkeklerin yarısından fazlasında görme, işitme, yürüme gibi fiziksel fonksiyonlarda kısıtlılık olduğu bildirilmiştir. 65 yaş ve üzeri bireylerin çoğu hayatlarını bağımsız sürdürebilirken, her 11 kişiden birinde ise giyinmek ve yemek yemek gibi temel günlük aktivitelerde kısıtlılık olduğu saptanmıştır (OECD, 2019).

Norveç, Türkiye ve Avrupa Birliği üye ülkelerine ait temel sosyodemografik ve sosyoekonomik parametreler Tablo 1'de sunulmuştur.

Ölümün en sık sebeplerine bakıldığında ilk beşte: iskemik kalp hastalıkları, Alzheimer hastalığı, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer kanseri olduğu görülmektedir (IHME, 2018) (Tablo 2).

Ölümlerle ilişkili davranışsal risk faktörlerine bakıldığında, sağlıksız beslenme (Norveç: %15 - AB: %18), tütün (Norveç: %15 - AB: %17), düşük fiziksel aktivite (Norveç: %3, AB: %3), alkol (Norveç: %1, AB: %6) Norveç'te her üç ölümden birinin nedeni olarak atfedilmektedir. Her yedi erişkinden biri (%14) obezdir (OECD, 2019; 2020g). Çocukluk çağına artan aşırı kiloluluk ve obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur: 15 yaşındaki her altı çocukta biri (%12,5) aşırı kilolu ve obezdir (OECD, 2017).

## 2. Norveç Sağlık Sistemi: Organizasyonu, Yönetimi, Finansmanı ve Altyapısı

Norveç sağlık sistemi incelendiğinde hükümet, genel olarak Norveç nüfusuna sağlık hizmeti sağlamaktan sorumludur. Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı (SBHB), mevzuat oluşturma, finansman, hastanelerin mülkiyeti ve taşra teşkilatında yer alan 4 bölgesel sağlık idaresi üzerinde yönetmelik hükümleri ile sağlık hizmetlerinde doğrudan bir role sahiptir.(Commonwealth Fund, 2015).

Devlet, belirli bir alanda uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinden, Norveç'in 356 belediyesi ise temel sağlık hizmetleri, uzun süreli bakım hizmetlerinden sorumludur (OECD, 2019). Belediye, SBHB'nin öncelikleri ve talepleri doğrultusunda, yürürlükteki mevzuata ve Sağlık Müdürlüğü'nün yazılı direktiflerine göre bakım sağlamak zorundadır ve hizmetlerin koordinasyonunda rolü artmaktadır. Koordinasyon Reformu (2012) ile belediyeler, hastane öncesi veya sonrası hizmetlere ihtiyaç duyan hastalara, 7/24 yerel acil

**Tablo 2.** Norveç'te ölüm, yeti yitimi nedenleri ve etki eden risk faktörleri

Sıralama*	Ölümün En Sık Nedenleri	Prematür Ölümün En Sık Nedenleri	Yeti Yitiminin En Sık Nedenleri	Ölüm ve Yeti Yitimine En Fazla Etki Eden Risk Faktörleri
1	İskemik kalp hastalıkları	İskemik kalp hastalıkları	Bel ağrısı	Tütün
2	Alzheimer hastalığı	Akciğer kanseri	Baş ağrısı	Yüksek açlık kan şekeri
3	İnme	Alzheimer hastalığı	Boyun ağrısı	Beslenmeyle ilgili risk faktörleri
4	KOAH	İnme	Anksiyete bozuklukları	Yüksek kan basıncı
5	Akciğer kanseri	KOAH	Diyabet	Yüksek VKİ

\*2017, her iki cinsiyet, tüm yaşlar, sayılara göre

bakım yatağı sağlamakla yükümlü olmuştur. Ancak, bu yataklar uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunda kullanılamamaktadır (**OECD, 2019**).

Sağlık Bakanlığı, Bölgesel Sağlık İdareleri'nin bütçelerini sağlar ve Bölgesel Sağlık İdareleri'ni amaçlar ve öncelikler konusunda bilgilendiren yıllık bir belge yayımlar. 2002 yılındaki Norveç Hastane Reformu'ndan bu yana, kamuya ait dört bölgesel sağlık idaresi, yatan hasta tedavisinden ve somatik uzman bakımından, psikiyatrik bakımdan ve alkol ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinden sorumludur. 2016-2019 için Ulusal Sağlık ve Hastane Planı'nda ise hastanelerin koordinasyonu 4 bölge için birer ağ şeklinde düzenlenmiştir: Her ağda bir bölgesel hastane, her 60.000-80.000 nüfus için uzmanlaşmış acil bakım hizmeti sunan daha büyük akut bakım hastaneleri ve elektif ameliyatlara acil hizmeti sunan hastaneler (**OECD, 2019**).

Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri ise 19 ilçenin sorumluluğundadır. Pratisyen hekimler ve fizyoterapistler tarafından verilen temel bakım hizmetleri, bebeklerin ve okul çağı çocuklarının aşılama, kontroller ve taramalar gibi koruyucu bakım ve hemşirelik bakımı yerel düzeyde belediyeler tarafından organize edilmektedir (**Commonwealth Fund, 2015**).

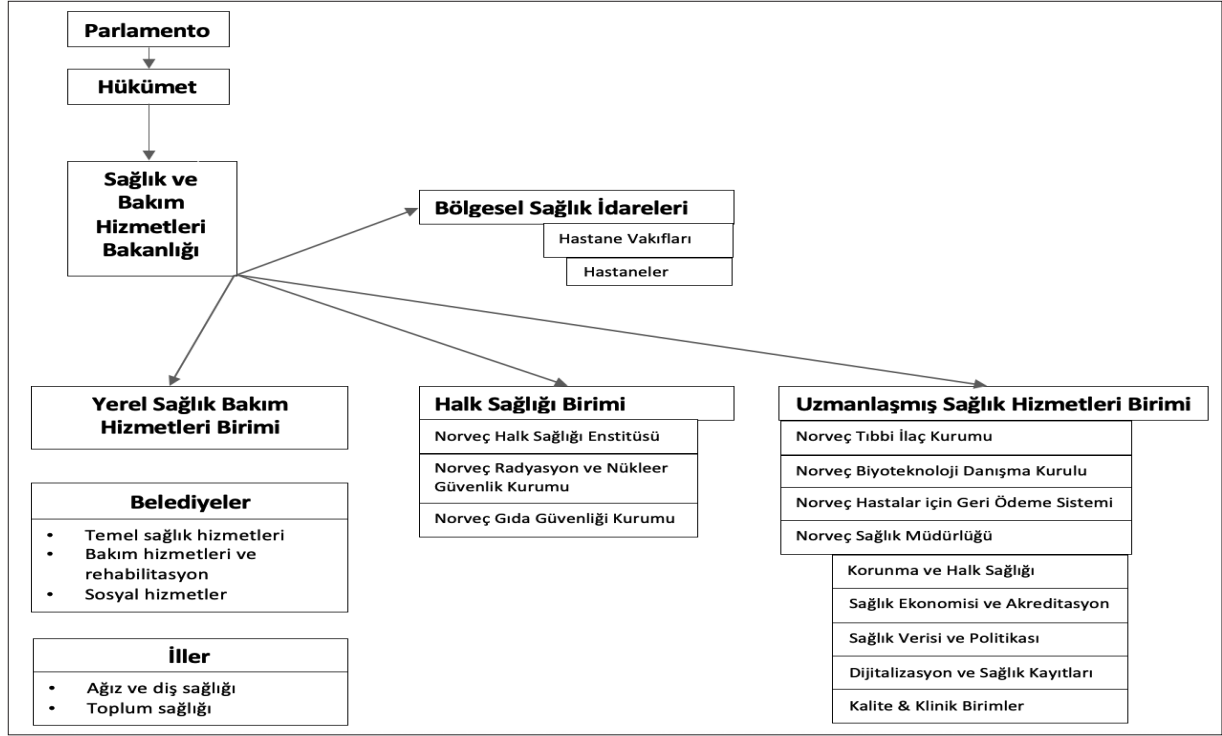
Ulusal olarak yönetilen ve finanse edilen sağlık hizmetleri, sosyoekonomik durumu, etnisite ve yaşadığı bölge gözetmeksizin tüm vatandaşları kapsar. AB vatandaşları, oturma ve çalışma izni olanlar da Norveçlilerle benzer şekilde sağlık hizmetlerine erişebilirler. Diğer ziyaretçiler ise sağlık hizmeti için cepten ödeme yapar. Belgesiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi sadece acil hizmetlerle

sınırlanmıştır. Nüfusun yalnızca %7'si özel sağlık sigortasına sahiptir (**Commonwealth Fund, 2015**).

Ulusal sağlık sigortası, birinci basamak sağlık hizmetleri, hastane bakımı, ayaktan tedavi ve ayaktan reçeteli ilaçları kapsar. Ayrıca çocuklar ve diğer öncelikli gruplar için ağız ve diş sağlığı hizmetlerini de kapsar. Fakat pratisyen hekim ve uzman muayeneleri, fizyoterapistler, kapsanan reçeteli ilaçlar, radyoloji ve laboratuvar testleri için katılım payı alınmaktadır. Tıbbi olmayan göz bakımı veya kozmetik amaçlı cerrahi kapsam dışındadır. Bir hekim, plastik cerrahi gibi belirli tedavileri, ancak tıbbi açıdan gerekiyorsa ulusal sigorta kapsamına alabilir. Bir devlet hastanesinde, ilaç kullanımını da dâhil olmak üzere, yatan hasta bakımı ücretsizdir. Tamamlayıcı tıp kapsam dışındadır (**Commonwealth Fund, 2015**).

2017'de gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içinde sağlık harcamalarının payı %10,5'tir (AB ülkelerine kıyasla dördüncü en yüksek pay) ve toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı %85'tir (Avrupa'daki en yüksek pay) (**OECD, 2019; WHO, 2020a**). Merkezi hükümet, yerel yönetimler ve belediyeler vergiyi toplar; merkezi hükümetin hazırladığı bütçe taslağı parlamento tarafından onaylanır ve nüfus büyüklüğü, nüfusun yaş dağılımı gibi faktörlere göre belediyelere harcama yetkisi verilir.

Sağlık hizmetleri için yapılan kamu harcamalarının büyük bir kısmı, hükümetin hasta bakıcıların işgücünde kalmasını sağlama hedefini de kapsayan uzun süreli bakım maliyetini yansıtmaktadır. Güncel tahminler, nüfusun yaşlanması nedeniyle artan uzun vadeli bakım harcamalarının önümüzdeki 10 yıllarda bütçe baskısına neden olacağını öngörmektedir (**Commonwealth Fund, 2015**).



Şekil 1. Norveç Sağlık Sistemi Organizasyonu (Commonwealth Fund, 2020; Government.no, 2021)

Çepten yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamasının %14,2'sini oluşturmaktadır. Yetişkinlerin çoğu diş hekimliği hizmetleri kapsamında yer almadığından, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, maliyet paylaşımında en büyük paya sahiptir (%26). Ayaktan tedavi için ilaç katılım payı cepten harcamalarda en maliyetli ikinci nedendir (%24). Özel harcamalar, ilaçlar, pratisyen ve özel uzman muayenehaneleri ve ulaşımı kapsamaktadır. Gönüllü sağlık sigortaları, elektif hizmetler için kısa bekleme süresi dışında önemli bir rol oynamamaktadır (OECD, 2019).

Evde ve uzun süreli kurumsal bakım, yaşlı veya engelliler için maliyet paylaşımı kişisel gelire göre %75-85 arasında olacak şekilde hesaplanır ve hizmet sunumu belediyelerin sorumluluğundadır (OECD, 2019).

16 yaşın altındaki çocuklar, tıbbi muayene ve tedaviye ve temel ilaçlara ücretsiz erişirler; 18 yaşın altındaki çocuklar için psikolojik danışmanlık ve ağız ve diş bakım hizmetlerinde katılım payı alınmaz. Hamilelik sırasında ve sonrasında ücretsiz tıbbi muayenelerden katılım payı alınmaz. Asgari emeklilik maaşı veya engelli maaşı alanlardan

temel ilaç ve hemşirelik bakım ücreti alınmaz. HIV/AIDS dahil belirli bulaşıcı hastalıkları olan bireyler ve iş kazası geçiren hastalar ücretsiz tıbbi tedavi ve ilaç alırlar. Kalıcı hastalık nedeniyle yüksek giderleri olan mükellefler vergi indirimini alırlar. Belediye, genellikle ilçeye iş birliği içinde, sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik etmek ve sosyal sağlık eşitsizliklerini azaltmak için halk sağlığı girişimlerine veya kampanyalarına da karar verir. Ruh sağlığına yönelik koruyucu hizmetler, okul sistemi aracılığıyla çocuklara ve ergenlere yöneliktir. Ruh sağlığı için birincil bakım, pratisyen hekimler ve belediyede çalışan psikologlar tarafından sağlanır. Bu hizmetler için sağlık bütçesi, özellikle pediatrik bakım ile ilgili olanlar olmak üzere belediyeler için yasal olan bir dizi hizmetle birlikte yerel olarak kararlaştırılır (Commonwealth Fund, 2015).

Sağlık altyapısına bakıldığında, her 1.000 kişi için 3,1 akut bakım yatağı (TR:2,8), toplamda 3,5 hastane yatağı (TR:2,9) vardır (OECD, 2020b). Her 1.000 kişi için doktor sayısı 4,9 (TR:1,9); hemşire sayısı 18'dir. Norveç, OECD ülkeleri arasında birim nüfus başına en fazla doktor ve hemşire sayısına sahiptir (OECD, 2020a; 2020f).

**Tablo 3.** COVID-19 ile ilişkili temel sağlık göstergeleri

Gösterge*	Norveç	Türkiye
İlk Vaka Tarihi	26 Şubat 2020	11 Mart 2020
Toplam Vaka (15.06.21)	128.498	5.342.028
İnsidans Hızı (100.000 kişide) (15.06.21)	2.370	6.333
Günlük en fazla vaka sayısı ve günü	1.680 -17 Kasım 2020	823.225 -10 Aralık 2020
Toplam Ölüm (15.06.21)	790	48.879
Toplam Ölüm (milyon kişi başına) (15.06.21)	145,54	579,55
Vaka Ölüm Oranı (yüzde) (15.06.21)	0,61	0,91
Vaka Başına Test Sayısı (Kümülatif, yüzde) (15.06.21)	2,13	9,3
Günlük en fazla ölüm sayısı ve günü	27 -13 Ocak 2021	394 -30 Nisan 2021
<b>Hastane Kaynakları (100.000 kişi başına)</b>		
<b>(Günlük ölüm sayısının en fazla olduğu günde)</b>		
Hastane yatağı ihtiyacı	2,76 (2,55-2,9)	46,18 (40,24-52,12)
Yoğun bakım yatağı ihtiyacı	1,08 (1-1,13)	17,51 (15,25-19,76)

\*Tablo kaynakları: (IHME, 2021a; 2021b; JHU, 2020a)

### 3. Norveç ve COVID-19 Pandemisi

Norveç'te pandemi yönetimi, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı (SBHB) ve ona bağlı Norveç Sağlık Müdürlüğü ve Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülmektedir. Salgın başladığında SBHB, birincil olarak görev alırken, salgının yaygınlaşmasıyla birlikte, Adalet ve Kamu Güvenliği Bakanlığı bu görevi üstlenmiştir. Buna ek olarak, mevcut hükümet bir azınlık koalisyon hükümeti yapısında olduğu için başbakan ve kabine, parlamento ile iş birliğinde merkez aktörler olarak görev almaktadır (**Christensen ve Læg Reid, 2020**).

Norveç'te COVID-19 pandemisi ile ilgili sürecin 23 Ocak 2020'de başladığı görülmektedir. 23 Ocak'ta Norveç Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü, virüs testlerine başlamış, ülkede ilk vaka, 26 Şubat'ta Tromsø'de, bir hafta öncesinde Çin'de bulunan bir kişi olarak tanımlanmıştır. Sonraki gün İtalya ile ilişkili vakalar Oslo'da ve İran'la ilişkili bir vaka da Barum'da saptanmıştır (**AFP & The Local, 2020**). Şubat ayı sonuna gelindiğinde açıklanan vaka sayısı 15'tir (**JHU, 2020b**). İlk ölüm 12 Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Enstitü, 31 Ocak'ta hastalığı bildirim zorunlu hastalıklar listesine almış ve Ağustos

ayına kadar COVID-19 verilerini güncelleyen 11 rapor yayımlamıştır. Ülkede belediyeler bulaşıcı hastalıkların tespitinden ve sürveyansından sorumlu olduğundan, COVID-19 pandemisi sürecinde de önemli rolleri olmuş ve COVID-19 tanı testleri belediyeler denetiminde yapılmıştır. Testler, başlangıçta hastanelerde yapılmış, daha sonra belediyelerde özel test sahaları kurulmuş ve numuneler bu alanlarda alınarak hastane laboratuvarlarında analiz edilmiştir. Sonuçlar, elektronik olarak doğrudan Norveç Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Sistemi Laboratuvarı veri tabanına gönderilmiştir.

Norveç ve Türkiye kıyaslamalı olarak COVID-19 ile ilişkili temel parametreler Tablo 3'te sunulmuştur.

Salgın başladığı dönemde enfekte olan her kişinin virüsü ortalama olarak 2,5 kişiye bulaştırdığı saptanmıştır ( $R_0=2,5$ ) (**Bergstrom, 2020**). Hükümet bu durum karşısında Mart 2020'de katı önlemler uygulamaya koymuş (Tablo 4); müdahalelerin başlamasından üç hafta sonra, 6 Nisan'da, Sağlık Bakanı salgının "kontrol altında olduğunu" ve enfekte olan her kişinin virüsü ortalama olarak sadece 0,7 kişiye bulaştırdığını ( $R_0=0,7$ ) ifade etmiştir (**Bergstrom, 2020**).

**Tablo 4.** Norveç'te 12 Mart 2020'de açıklanan önlemler**Hükümet önerileri\***

El ve solunum hijyeni	Elleri sık sık ve iyice yıkama El sıkışmaktan ve sarılmaktan kaçınma Bir kâğıt mendile veya dirseğin kıvrımına öksürme veya hapşırma
Evden çalışma	Olanaklıysa evden çalışma
Toplu taşıma	Toplu taşıma araçlarından kaçınma
Seyahat	Yurtiçi tatil amaçlı seyahatlerin sınırlandırılması
Sağlık kurumları	Kırılgan gruplara ziyaretin sınırlandırılması
<b>Zorunlu yaptırımlar*</b>	
Evde kalma	Solunum yolu enfeksiyonu semptomları olan kişiler, kendilerini tamamen iyi hissettikten sonra en az 1 güne kadar evde kalmalıdır
Ev karantinası	27 Şubat 2020'den itibaren İsveç ve Finlandiya hariç yurtdışına seyahat eden kişiler, ülkeye döndükleri günden itibaren 14 gün boyunca evlerinde karantinada kalmalıdır. Doğrulanmış bir COVID-19 vakasıyla yakın temas halinde olan kişiler, 14 gün boyunca evde karantinada kalmalıdır  Karantinada olanlar evde kalmalı, okula veya işe gitmemelidir. En az 1 metre fizik mesafeyi koruyarak dışarı çıkıp gerekli alışverişi yapabilirler. Ancak, toplu taşıma araçlarını kullanamazlar  Aynı evde yaşayanlar karantinaya alınmaz
Ev izolasyonu	COVID-19'u doğrulanmış kişiler evde veya başka bir sağlık kurumunda izole edilmelidir  İzolasyon, iyileştikten sonra 3 güne ve hastalandıktan en az 8 gün sonrasına kadar sürer. Bu kişiler özel bahçede veya balkonda dışarı çıkabilirler ve evlerindeki diğer kişilerle fiziksel mesafeyi korumaya çalışmalıdırlar; aynı evdeki insanlar karantina altındadır
Kapatma	Anaokulundan yüksek öğretime kadar eğitim kurumları. (kritik sektörlerde çalışanların çocuklarına ve özel ihtiyaçları olan 10 yaşına kadar çocuklara eğitim verenler dışında)  1 metrelik fiziksel mesafeyi koruyarak müşterilere hizmet veremeyen restoranlar, barlar, barlar ve kulüpler  Spor merkezleri, yüzme havuzları ve su parkları
İptal/erteleme	Kuaförler, dövme ve piercing salonları, masaj stüdyoları, kaplıcalar ve güzellik salonları Organize edilmiş tüm spor aktiviteleri, yarışmalar ve kültürel etkinlikler
Uluslararası seyahat yasağı	Hasta teması olan sağlık uzmanları için geçerlidir

\*Kaynak: (Ursin ve ark., 2020).

**3.1. Pandemiye karşı alınan önlemler**

Ülkede COVID-19 ile ilgili geniş kapsamlı önlemler, Hükümet tarafından 12 Mart tarihinde açıklanmıştır. Bu önlemler arasında seyahat kısıtlamaları, grup toplantılarından kaçınma önerileri, müşteriler arasında fiziksel mesafe korunmadığı takdirde restoranların, kafelerin ve barların kapatılması gibi başlıklar yer almıştır. İhlallerin, para cezası veya altı aya kadar hapisle cezalandırılması öngörülmüştür (Tablo 4) (Ursin ve ark., 2020).

16 Mart'ta, Norveç vatandaşları haricinde ülkeye girişler yasaklanmıştır. 19 Mart itibarıyla, kişilerin ikametlerinin olduğu belediyeler dışındaki sayfeye evi ve kabinler gibi tatil mülklerinde kalmaları, kırsal tıbbi altyapı kapasitesini zorlamaktan kaçınmak için yasaklanmıştır. Enfeksiyon Kontrol Yasası

kapsamında, evde karantina ve izolasyon kurallarını ihlal eden veya etkinlikler düzenleyen kişilere idari para cezası veya hapis uygulaması başlamıştır (Nikel, 2020).

6 Nisan'da, Norveç Sağlık Bakanlığı salgının "kontrol altında" olduğunu ve ülkede bulaşma hızının  $R_0=0,7$  olduğunu duyurmuştur (Bergstrom, 2020). 8 Nisan'da, Hükümet COVID-19 ile ilişkili kısıtlamaları kademeli bir şekilde kaldırmaya karar vermiştir: Anaokulları 20 Nisan'da, ilkokul bir ve dördüncü sınıflar için 27 Nisan'da ve tüm okullar 11 Mayıs'ta yeniden açılmıştır. Tatil mülklerini kullanma yasağı 20 Nisan'da kaldırılmıştır. Kuaförler ve bire bir görüşme içeren diğer işyerlerine izin verilmiştir (Ursin ve ark., 2020).

7 Mayıs'ta Hükûmet, 15 Haziran'a kadar kapatılan faaliyetlerin çoğunun yeniden başlatılmasına karar vermiştir. Özel toplantılar için 20 ve halka açık toplantılar için 50 kişi ile sınırlı etkinliklere izin verilmiştir. Karantina süresi 14 günden 10 güne indirilmiştir. 1 Haziran'da eğlence merkezlerinin yeniden açılmasına; 15 Haziran'da 200 kişiye kadar halka açık etkinlik düzenlemelerine izin verilmiştir. Bununla birlikte, fiziksel mesafe kuralları gibi genel enfeksiyon kontrol önlemleri devam etmiş; çalışanlar evden çalışmaya, üniversiteler uzaktan eğitimlerine devam etmiştir (**Ursin ve ark., 2020**).

Tam bir kapanma yaşanmamış olsa da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ülkede yaşanan en kapsamlı kısıtlamalar, o tarihten sonra en yüksek işsizlik oranlarıyla sonuçlanmıştır (**CEDEFOP, 2020**). Norveç İş ve Refah İdaresi (NAV) kayıtlarına göre, 24 Mart'ta kayıtlı tam işsizlerin oranı, işgücünün %10,4'üne denk gelmektedir; yarı zamanlı iş arayanları da dahil edince işgücünün %15,3'ü iş aramaktadır (**Christensen ve Læg Reid, 2020; The Nordic Page Norway, 2020**). Norveç Hükûmeti, kısıtlamaların olumsuz ekonomik etkilerini hafifletmek için önlemler almıştır: işten çıkarmaları ve iflasları önlemek için çalışan şirketler için ekonomik destek paketi; havacılık sektörü garanti planı; bankacılık sistemi aracılığıyla işletmelere devlet garantili krediler verilmesi; kritik altyapı sektörlerinin güçlendirilmesi; işsizlik yardımlarına yapılan harcamaların artırılması; kültür, sivil toplum örgütleri, spor için plan (**Ursin ve ark., 2020**).

### 3.2. Pandemiye yanıt

Yerel düzeyde, 356 belediyeden 74'ünün enfeksiyon kontrolü için bir operasyonel planı ve eğitiminin mevcut olmadığı; süreçte temel olarak enfeksiyon kontrol ekipmanı, solunum cihazları ve test ekipmanlarının eksikliği gözlenmiştir (**Christensen ve Læg Reid, 2020**).

"Test stratejisi ve önceliklendirme, mevcut kaynaklara ve salgın seyrine göre zamanla değişmiştir: 8 Şubat 2020'de önceliğine göre;

- I. hastaneye yatırılması gereken hastalar,
- II. huzurevleri ve bakım evleri hastaları/sakinleri,
- III. vakalarla teması olan sağlık çalışanları,
- IV. 65 yaş üzeri ve kronik hastalığı olan risk altındaki nüfus,

V. vakayla yakın teması olan veya uluslararası seyahatten sonra karantinaya alınan kişiler test yapılacak kişiler kapsamındayken; bunlara ek olarak 20 Nisan 2020'de,

VI. yeniden açılan bir çocuk bakım merkezinde, okulda veya okul sonrası programda çalışanlar, çocuk veya öğrenciler kapsama dahil edilmiş; 24 Nisan 2020'de COVID-19'dan ölümü şüpheli kişiler için post-mortem test yapılmaya başlanmıştır. 7 Mayıs 2020'de

VII. COVID-19'dan şüphelenilen diğer kişilere, altı ve yedisi. öncelik grubunda olup iki gün boyunca evde semptomların izlenmesinden sonra test yapılabileceği ifade edilmiş; 25 Mayıs 2020'den itibaren

VIII. bakım evlerinin asemptomatik sakinlerine test yapılmasının yolu açılmıştır. 10 Haziran 2020'den itibaren COVID-19'dan şüphesi olan herkesin test yaptırabileceği açıklanmıştır.

Ev ziyaretlerine getirilen kısıtlamalar ve personel görevlendirmeleri nedeniyle, birinci basamaktan COVID-19'a verilen yanıt sınırlı olmuştur. Hastanelere planlanan operasyonları iptal etme ve yoğun bakım ünitesi (YBÜ) yatak sayısını arttırmak için servis yataklarını kullanıma sunma yetkisi verilmiş; bu da bekleme listelerinde önemli bir artışa neden olmuştur. Birçok hastanede, diğer servislerden YBÜ'ye görevlendirilen hemşireler için enfeksiyon kontrolüne ve günlük uygulamalara yönelik dijital eğitimler oluşturulmuştur. Lisans eğitiminin son senesinde hastanede görev yapan intörn hekimlere verilen fırsat gibi hemşirelik öğrencilerinin de hastanelerde çalışabilmeleri için geçici izin başvurusunda bulunmalarına izin verilmiştir.

Kişisel koruyucu ekipmanların temini konusunda, Mart ayı başında birçok hastane ve sağlık tesisi erişim sıkıntısı yaşamış; üretici özel sektör arzı arttırmak için teşvik edilmiştir. Gıda, malzeme ve ilaç teminine öncelik veren stratejilere karşın, kronik rahatsızlığı nedeniyle endişelenen kişilerin stoklama girişimine karşılık 7 ilacın erişimi sınırlandırılmıştır: oxazepam, insülin, metformin, azitromisin, prednizolon, plaquanil, parasetamol. Norveç, Ocak 2020'de COVID-19'a karşı geliştirilecek aşı çalışmaları için uluslararası bir iş birliğine dahil olmuş, 36 milyon Norveç kronu bağışta bulunmuştur.

Salgın sırasında, teknolojik müdahaleler temel olarak takip ve izleme odaklanmıştır. 16 Nisan 2020'de Smittestopp uygulaması yayımlanmış; 19 Mart 2020'ye kadar 1,5 milyon kişi programı indirmiştir;

bu program aracılığıyla kullanıcıların hareketliliği anonim olarak izlenmekte, vaka olduğu doğrulanan kişilerle yakın teması konusunda uyarılar verilmektedir. Veri güvenliğine dair endişeler nedeniyle, 15 Haziran 2020'de, Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından uygulamanın kullanımı iptal edilmiş ve toplanan tüm verilerin silineceği duyurulmuştur.

Yerel yönetimler, salgın sürveyansı ve raporlama ile bölgesel ve ulusal izlemde kilit bir rol oynamıştır. Halk Sağlığı Enstitüsü ve Bölgesel Sağlık İdareleri, gerçek zamanlı verilerden analiz yapılmasını olanaklı kılan, açık kaynaklı, web tabanlı bir sağlık yönetimi bilgi sistemi olan Bölge Sağlık Bilgi Yazılımı-2 (DHIS2) kullanmışlardır. Tüm belediyelere 5 Haziran'da ulusal bir web sayfası aracılığıyla Norveççe versiyona erişim verilmiştir." (Ursin ve ark., 2020).

6 Haziran itibariyle Avrupa'da COVID-19 vaka ölüm hızı en düşük ülke (Norveç: %0,61 - TR: %0,91), COVID-19 ölümlerinin en düşük olduğu (Norveç: 145,54/1 milyon - TR:579,55/1 milyon) ülke olan Norveç'te, bu durumun her 1000 kişi başına yapılan yüksek test sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Amundsen, 2020; Ritchie ve ark., 2021) (Tablo 3).

Ülkede aşılama Aralık 2020'den itibaren yapılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda 18 yaş ve üzerindeki bireylere, Pfizer/Biontech (Aralık 2020'den itibaren), Moderna (Ocak 2021'den itibaren), AstraZeneca aşılı (Şubat 2021'den itibaren, istenmeyen etkiler nedeniyle Mart 2021'de durdurulana dek) uygulanmaya başlanmıştır (NIPH, 2021b; 2021c).

Aşılama, bakım evi sakinleri (40000 kişi), sağlık çalışanları (birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 240000 kişi ve uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinde çalışan 140000 kişi), 85 yaş ve üzeri kişiler (115000 kişi) önceliklendirilmiştir. Birinci basamak sağlık çalışanları tamamen aşılanana dek her hafta tüm aşının %20'sini almaları, uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinde çalışanların ise tamamen aşılanana dek aylık 40000 doz almaları planlanmıştır. Bunun yanı sıra coğrafi önceliklendirme de yapılmış, belirlenen 24 belediyeye aşının dağılımı artırılmıştır (NIPH, 2021c). 7 Haziran 2021 itibariyle nüfusun %21,7'si iki doz aşılanmıştır (TR: %16) (NIPH, 2021a; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Helsingen ve ark. tarafından COVID-19 döneminde kamu kurum ve kuruluşlarına duyulan güvenin incelendiği bir araştırmada Norveçlilerin %17'si hükümete yüksek güven duyarken, %70'i güven duymaktadır. Bu durum sağlık otoritesinde %24-%82, hastanelerde %44-%94, yerel sağlık hizmetlerinde %26-%83 olmak üzere kamu kurumlarına güven duyulduğu saptanmıştır (Helsingen ve ark., 2020).

### Sonuç

Norveç, Türkiye nüfusunun on beşte biri nüfusa sahip olması dipnotuyla birlikte 100000 kişi başına düşen COVID-19 ile ilişkili temel sağlık göstergelerine bakıldığında, COVID-19 pandemisini yönetme noktasında yalnız Türkiye değil, Avrupa ülkelerinin birçoğundan daha iyi bir performans sergilemiştir. bu duruma etki edebilecek faktörler incelendiğinde, sürece erken müdahale edildiği gözlenmektedir: Norveç'te ilk vakaların görülmesinden 2 hafta sonra 11 Mart 2020'de DSÖ tarafından COVID-19 pandemisi ilan edilmiş; Norveç kamu otoritesi tarafından 12 Mart 2020'de kapsamlı önlemler açıklanmıştır. Başarıyı etkileyen bir başka faktör ise pandeminin erken dönemlerinde yüksek sayıda test yapılarak vakaların kontrol altına alınmasıdır. Kamunun, otoriteye duyduğu yüksek güvenin, alınan önlemlere uyumu artırmış olabileceği düşünülmektedir. Kamu kuruluşları ve toplumun katılımı sonucunda, Haziran 2021 itibariyle Avrupa'da bir milyon kişi başına COVID-19'a bağlı en az ölümün Norveç'te olduğu görülmektedir. Türkiye'nin pandemisinin merkezi yönetiminde nüfusu daha az olan Norveç'e kıyasla daha dezavantajlı olabileceği düşünülebilir. Bu durum, pandemiye yanıtta merkezi yönetimin temel göstergeleri izlem, denetim ve kaynakların dağıtım düzeyinde, yerel yönetimlerin ise ihtiyaçların belirlenmesi, erken tanı ve yanıt düzeyinde organize edilmesiyle geliştirilebilir.

### Kaynaklar

AFP & The Local. (2020) 'Updated: Norway announces first case of coronavirus', The Local, 26.02.2020. <https://www.thelocal.no/20200226/breaking-norway-announces-first-case-of-coronavirus>.

Amundsen. (2020) 'Very low mortality rate from coronavirus in Norway compared to other countries', sciencenorway.no, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://sciencenorway.no/covid19-crisis-epidemic/very-low-mortality-rate-from-coronavirus-in-norway-compared-to-other-countries/1661751>.

Bergstrom. (2020) 'Norwegian health minister: "We have control over the corona epidemic"', Science Norway, 06.04.2020, Erişim Tarihi 03.01.2021. <https://sciencenorway.no/covid19-crisis-epidemic/norwegian-health-minister-we-have-control-over-the-corona-epidemic/1667827>.



- CEDEFOP.** (2020) 'Norway: responses to the Covid-19 outbreak', European Centre for the Development of Vocational Training (CEDEFOP), Erişim Tarihi 03.01.2021. <https://www.cedefop.europa.eu/en/news-and-press/news/norway-responses-covid-19-outbreak>.
- Christensen, ve Lægveid.** (2020) 'Balancing Governance Capacity and Legitimacy: How the Norwegian Government Handled the COVID-19 Crisis as a High Performer', *Public Administration Review*, 80: 774-79, <https://doi.org/10.1111/puar.13241>
- Commonwealth Fund.** (2015) "International Profiles of Health Care Systems." In, edited by Elias Mossialos, Martin Wenzl, Robin Osborn and Chloe Anderson. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2015\\_jan\\_1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2015_jan_1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf).
- Commonwealth Fund.** (2020) 'International Health Care System Profiles: Norway'. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>.
- Government.no.** (2021) 'Organisation and management of the Ministry of Health and Care Services', Government.no, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://www.regjeringen.no/en/dep/hod/organisation-and-management-of-the-ministry-of-health-and-care-services/id445/>.
- Helsingen, ve ark.** (2020) 'The COVID-19 pandemic in Norway and Sweden – threats, trust, and impact on daily life: a comparative survey', *BMC Public Health*, 20, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09615-3>
- IHME.** (2018) 'Norway profile', Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Erişim Tarihi 08.10.2019. <http://www.healthdata.org/norway>.
- IHME.** (2019) 'Norway: IHME Health Data', Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Erişim Tarihi 01.09.2020. <http://www.healthdata.org/norway>.
- IHME.** (2021a) 'Norway: COVID-19 Projections', Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Erişim Tarihi 16.06.2021. <https://covid19.healthdata.org/norway>.
- IHME.** (2021b) 'Turkey: COVID-19 Projections', Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Erişim Tarihi 16.06.2021. <https://covid19.healthdata.org/turkey>.
- JHU.** (2020a) 'COVID-19 Dashboard', Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University,, Erişim Tarihi 16.06.2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- JHU.** (2020b) 'COVID-19 Data Repository', Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University,, Erişim Tarihi 16.06.2021. <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>.
- Nikel.** (2020) 'Norway Hands Out \$2,000 Fines Or Jail For Ignoring Coronavirus Quarantine', *Forbes*, 17.05.2020, Erişim Tarihi 02.01.2020. <https://www.forbes.com/sites/davidnikel/2020/03/17/norway-hands-out-2000-fines-or-jail-for-ignoring-coronavirus-quarantine/>.
- NIPH.** (2021a) 'Coronavirus vaccination - statistics', Norwegian Institute of Public Health, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/coronavirus-vaccination---statistic/>.
- NIPH.** (2021b) 'Norwegian Institute of Public Health's recommendation about AstraZeneca vaccine', Norwegian Institute of Public Health, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://www.fhi.no/en/news/2021/astrazeneca-vaccine-removed-from-coronavirus-immunisation-programme-in-norw/>.
- NIPH.** (2021c) 'Vaccination calendar 28.05.2021', *Journal*, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://www.fhi.no/contentassets/71e-97765e43c41ee8f059efbd4016ca8/vedlegg/2021.05.28-vaccination-calendar.pdf>.
- OECD.** (2017) "Obesity Update 2017." In. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.
- OECD.** (2019) "Norway: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU." In.
- OECD.** (2020a) 'Doctors (indicator)', Erişim Tarihi 17.10.2020. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>.
- OECD.** (2020b) 'Hospital beds (indicator)', Erişim Tarihi 17.10.2020. <https://data.oecd.org/healthreq/hospital-beds.htm>.
- OECD.** (2020c) 'Income inequality (indicator)', Erişim Tarihi 02.09.2020. <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>.
- OECD.** (2020d) 'Norway - Self Reported Health', Erişim Tarihi 08.11.2020. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/>.
- OECD.** (2020e) 'Norway: OECD Better Life Index', Erişim Tarihi 02.10.2020. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/norway/>.
- OECD.** (2020f) 'Nurses (indicator)', Erişim Tarihi 17.10.2020. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>.
- OECD.** (2020g) 'Overweight or obese population (indicator)', Erişim Tarihi 17.10.2020. <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm>.
- OECD.** (2020h) 'Poverty rate (indicator)', Erişim Tarihi 09.10.2020. <https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>.
- OECD.** (2021) 'Norway Country Profile', Erişim Tarihi 10.01.2020. <https://data.oecd.org/norway.htm#profile-government>.
- Ritchie, ve ark.** (2021) 'Norway: Coronavirus Pandemic Country Profile', *OurWorldInData.org*, Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/norway>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2021) 'COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu', Erişim Tarihi 07.06.2021. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>.
- The Nordic Page Norway.** (2020) 'Highest Unemployment Rate in Norway since World War II', Erişim Tarihi 03.01.2021. <https://www.tnp.no/norway/economy/highest-unemployment-rate-in-norway-since-world-war-ii>.
- Ursin, ve ark.** (2020) 'The COVID-19 pandemic in Norway: The dominance of social implications in framing the policy response', *Health Policy and Technology*, 9: 663-72, 10.1016/j.hlpt.2020.08.004
- WHO.** (2020a) 'Current health expenditure (% of GDP)'. <https://apps.who.int/nha/database>.
- WHO.** (2020b) 'Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)'. <https://apps.who.int/nha/database>.
- Worldometers.info.** (2020) 'Norway Population'. <https://www.worldometers.info/world-population/norway-population/>.