

## **Türk Tabipleri Birliği COVID-19 İzleme Kurulu**

### **5. Ay Deđerlendirmesi:**

### **Salgın Kontrol Altına Alınamıyor, Sağlıkçılar Tükeniyor!**

#### **Giriş**

11 Mayıs tarihinde AVM'lerle başlayan, 1 Haziran'da hızlanan yeniden açılma sürecinin 3 ayı dolmuş durumda. Basında takvim olarak

“Birinci aşama 11 Mayıs'ta başlıyor,

ikinci aşama 27 Mayıs-31 Ağustos,

üçüncü aşama 1 Eylül-31 Aralık,

dördüncü aşama ise aşının bulunmasının beklendiği 1 Ocak ve sonrası olarak planlandı.” diye yazılan aşamaların ise 2.sinin içerisindeyiz.

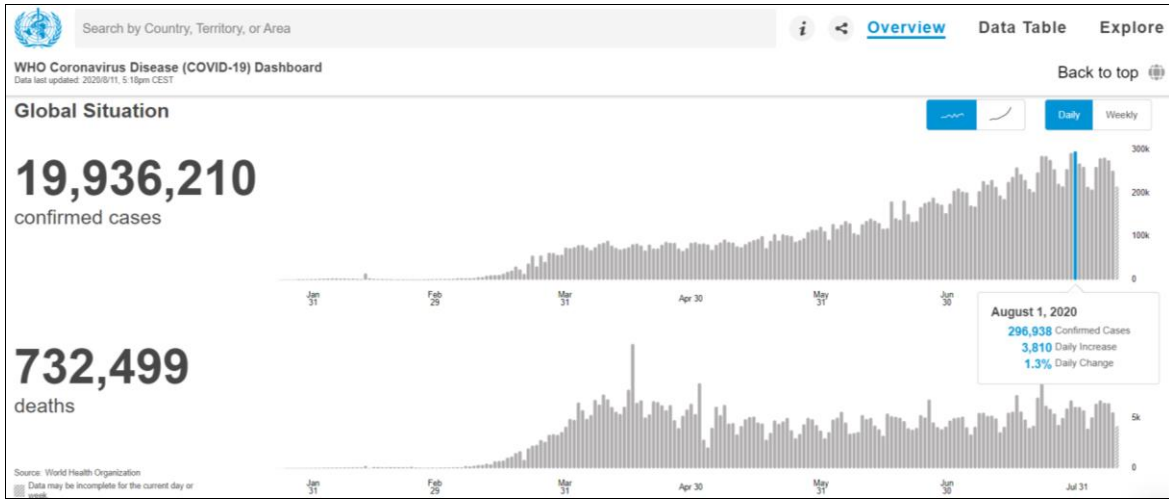
Yazın son ayı, sonbaharın öncesindeyiz. Mevsim değişimleri sağlığımız (fiziksel, ruhsal) açısından da kimi değişikliklerin ve değişik hastalıkların artışına gerekçe oluşturur. Her zamankinden farklı bir yaz mevsimi geçirdik, geçiriyoruz ve kimi tahminlerimiz olsa da nasıl bir sonbahar ve kış geçireceğimizi bilemiyoruz. O nedenle her anlamda hazırlık çok önemli.

Bugün 5 aylık Türkiye pandemi yönetimi tecrübesinden özel olarak son bir ayda yaşananlardan öne çıkanları, uygulamaları, örnekleri değerlendirerek önümüzdeki gün ve ayların gerçekten “ağır”, zorlu gündemlerini daha az sıkıntı, hastalık ve ölümlerle atlatabilmeye katkı sunmayı hedefliyoruz.

## COVID-19 Pandemisinde Güncel Durum (11 Ağustos 2020)

Pandemi hastalığın ilk tanımlandığı tarihten bu yana yedi ayı geçtiği halde, bütün dünyada ve ülkemizde etkisini sürdürüyor. Doğrulanmış olgu sayısı bütün dünyada 20 milyona yaklaşırken (19.936.210), ülkemizde 240 bini (241.997) aşmış durumda. Doğrulanmış ölüm sayısı ise bütün dünyada 750 bine (732.499) ülkemizde ise 6 bine (5.858) yaklaşıyor.

Pandeminin başlangıcından bu yana bütün dünyada bir günde kayıtlara geçen doğrulanmış olgu sayısı Temmuz'da birkaç kez rekor kırdıktan sonra, 1 Ağustos'ta 296.938 hasta ile en yüksek sayıya ulaştı. Günlük ölümlerde son bir ay içerisinde azalma gözlenmezken, pandemi süresince en yüksek ölümlerden biri 24 Temmuz'da 9.759 doğrulanmış ölüm ile kayıtlara geçti.



11 Ağustos 2020 tarihi itibarıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan günlük resmi verilere göre hesaplanan aktif hasta sayısı<sup>1</sup> **11.152**'dir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen seroprevalans çalışmasında elde edilen sonuçlar hesaplanan aktif hasta sayısı ile karşılaştırıldığında, toplumda, PCR ile tanı alanların **9.9** katı kadar aktif vakaların mevcut olduğunu göstermektedir<sup>2</sup>.

Türkiye nüfusa göre dünyanın en kalabalık **17.** ülkesidir. Ülkemizde pandeminin beşinci ayı bittiğinde, dünyada COVID-19 doğrulanmış olgu sayısında **18.** sırada, COVID-19 doğrulanmış ölüm sayısında **22.** sırada, milyon kişi başına düşen doğrulanmış olgu sayısında **76.** sırada, milyon kişi başına düşen doğrulanmış ölüm sayısında ise **58.** sıradadır<sup>3</sup>.

İçişleri Bakanlığı 7 Ağustos saat 09.30 itibarıyla 32 ilde, 4 belde, 37 köy, 39 mahalle ve 3 mezra olmak üzere toplam 83 yerleşim yerinde karantina tedbirleri uygulandığını ve karantina tedbiri uygulanan yerleşim yerindeki toplam nüfusun **54.053** kişi olduğunu açıklamıştır. Ülkemizde koronavirüs salgını sürecinde; toplam olarak 68 ilde, 5 ilçe (3 İlçe 2 İlçe Merkezi), 24 belde, 354 köy, 352 mahalle, 53

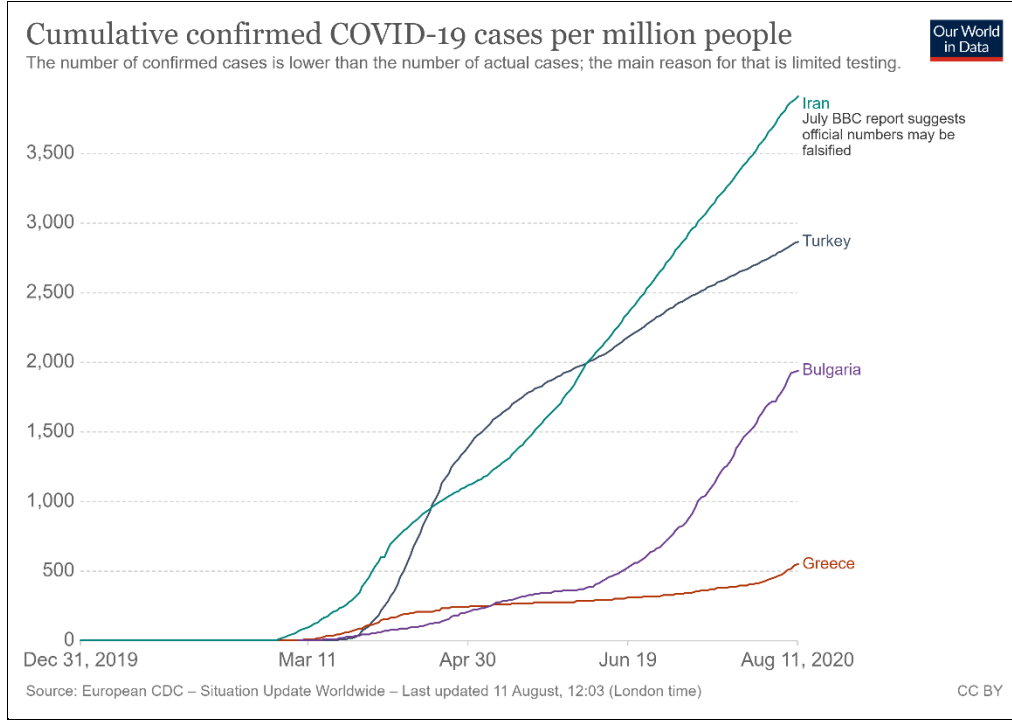
<sup>1</sup> Toplam doğrulanmış olgu sayısından vefat eden ve iyileşen hastalar çıkarıldıktan sonra bulunan halen hasta olduğu bilinen olgu sayısı.

<sup>2</sup> İnfluenza mevsimi yaklaşırken neler yapılmalı?, 27/07/2020, [https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber\\_goster.php?Guid=4c36bc8c-d022-11ea-be10-6c152474dcf3](https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=4c36bc8c-d022-11ea-be10-6c152474dcf3)

<sup>3</sup> Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance, 12/08/2020, [https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm\\_campaign=homeAdvegas1?%22%20%5C1%20%22countries](https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1?%22%20%5C1%20%22countries)

mezra olmak üzere toplam 788 yerleşim yerinde, **623.766** kişi karantina altına alınmıştır<sup>4</sup>. Karantinada olan nüfus ile aktif hastaların sayısı, Türkiye’de COVID-19 salgınının etkisini sürdürdüğünü açık olarak ortaya koymaktadır.

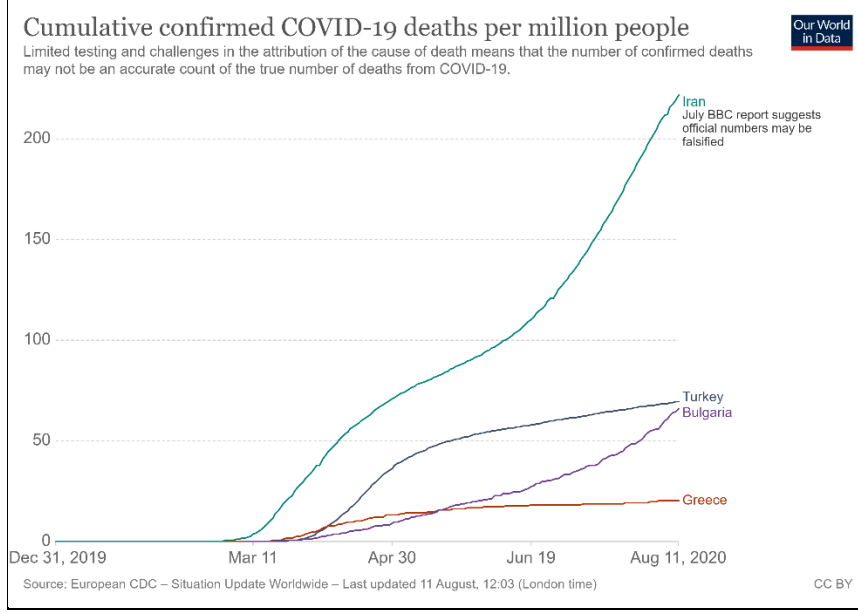
Türkiye, milyon kişi başına **toplam doğrulanmış olgu** sayısı bakımından komşu ülkelerle karşılaştırılacak olursa, Haziran ayı başlarına kadar İran ile benzerlik gösterdiği, daha sonra İran’da olgu sayısının ülkemizden daha fazla arttığı; Bulgaristan ve Yunanistan’da ise toplam doğrulanmış olgu sayısının Türkiye’den daha az olduğu gözlenmektedir<sup>5</sup>.



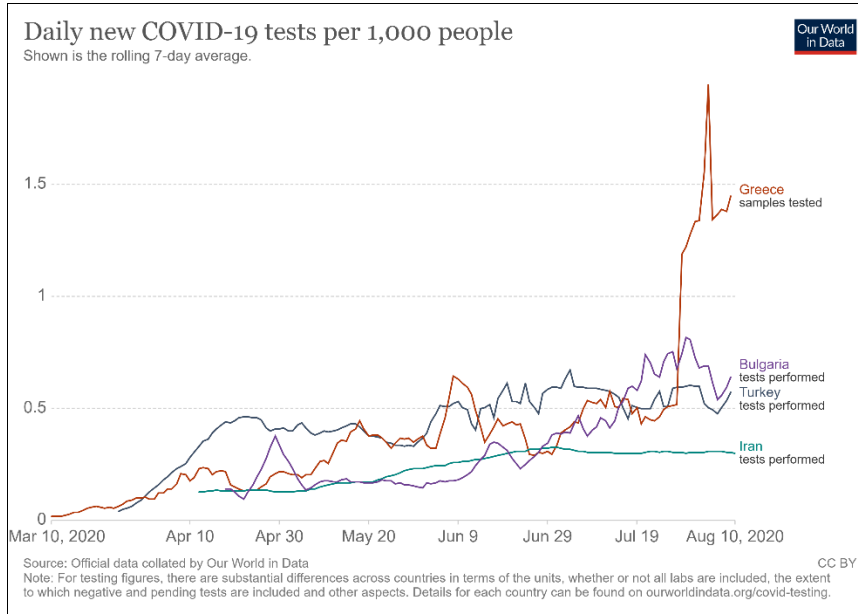
Türkiye, milyon kişi başına **toplam doğrulanmış ölüm sayısı** bakımından komşu ülkelerle karşılaştırılacak olursa, toplam ölüm sayısının İran’dan düşük; Bulgaristan ve Yunanistan’dan ise yüksek olduğu, Bulgaristan’ın son haftalarda artış göstererek ülkemize yaklaştığı gözlenmektedir.

<sup>4</sup> Koronavirüsle Mücadele, 07/08/2020, <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirusle-mucadele>

<sup>5</sup> <https://ourworldindata.org/coronavirus>



Türkiye, bin kişi başına yapılan 7 günlük ortalamada günlük test sayısı bakımından komşu ülkelerle karşılaştırılacak olursa, test sayısının İran'dan yüksek; Bulgaristan ve Yunanistan'dan ise düşük olduğu, son iki haftada Yunanistan'daki test sayısı artışının dikkat çektiği gözlenmektedir.



**Hükümetçe salgının etkisini azaltma stratejisi benimsenmiş ancak bu sağlanamamıştır.**

11 Mayıs tarihinde AVM'lerle başlayan, 1 Haziran'da hızlanan yeniden açılma sürecinin 3 ayı dolmuş durumda.

İçişleri Bakanlığı tarafından 31 Mayıs ve 8 Ağustos'ta yapılan "Karantina Uygulaması" verileri karşılaştırıldığında azalma olmadığı gibi yaygınlıkta artış olduğu görülüyor. Sağlık Bakanı'nın "salgın sahillere indi" söylemi tablonun tamamını yansıtmasa da kontrolün ve sınırlandırmanın sağlanamadığını ifade ediyor.

Karantina uygulaması	İl	Belde	Köy	Mahalle	Mezra	Toplam yerleşim yeri	Toplam nüfus
31.05.2020	24	2	20	34	2	58	51669
07.08.2020	32	4	37	39	3	83	54083

Hükümetin ve Sağlık Bakanlığı'nın yeniden açılma sürecine yönelik izleme parametrelerini, süreç yönetme ilkelerini ve tanımlanmış hedeflerini bilemiyoruz. Ancak bulaşıcılık açısından daha riskli bir mevsim olarak sonbahara ve izleyerek kışa girmeden önce "hazırız" denilebilecek bir düzeye yaklaşamadığımızı görüyoruz, yaşıyoruz.

**Bulaşıcılık hızının azaltılamamasında "suçlu" olarak vatandaşın işaret edilmesi sorunu çözmektedir.** Pandemi yönetiminde -karar vermedeki y/etkisi tam kestirilemese de- hepimizin, bütün odakların gözü kulağı Sağlık Bakanı'ndadır. Sağlık Bakanı'nın tweet atarak verdiği üç sloganlaşmış mesaj *tedbirde taviz olmaz, kuralcı olun, tedbirlerde teyakkuz* ve bu mesajların hedefindeki özne seçimi pandemi yönetiminin öncelikleri hakkında fikir vermektedir. Merkezi otoritenin sorumluluğu uyarmak, uyarmak ve hasta olanları tedavi etmekle sınırlandırılmış gözükmektedir.

**Kişilerden beklenen iradeyi merkezi otorite göstermemiştir.** Salgının azalmayan seyri herkes tarafından "hissedilirken" merkezi otorite milyonların yer aldığı sınavlar, kutlamalar, uğurlamalar, anmalar, açılışlar, Kurban Bayramı gibi günlere yönelik erteleme, iptal, toplu etkinlikleri engelleme/hareketlilik kısıtlamasını gündeme almamıştır. Bir başka ifadeyle *tedbirde taviz veren, kuralcı olmayan, tedbirlerde teyakkuz* gerek duymayan bir merkezi otorite sergilenmiştir. Tek tek kişilerden beklenen özeni siyasi yaklaşımlarla göstermeyen bir merkezi otorite bugün gelinen noktanın ana sorumlusudur.

**Salgında en önemli ihtiyaç güven veren bir salgın yönetimidir.** Türkiye'de güven sarsıcı pandemi yönetimine dair birkaç örneği başlıklar altında vererek somutlamak mümkündür.

Veri gizleme/saklama: Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın Mart ayının ikinci yarısından bu yana her akşam kamuoyu ile paylaştığı "Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu" veri başlıkları 29 Temmuz 2020 akşamı değiştirildi. 4 ayı geçen bir süre boyunca tabloda yer alan toplam yoğun bakım hasta sayısı ve toplam entübe hasta sayısı parametreleri kaldırıldı, hastalarda zatürre oranı (%) ve ağır hasta sayısı eklendi. Kamuoyuna yansıyan bilgilerden bu değişikliğin Bilim Kurulu'nun da bilgisi dahilinde olmadığı anlaşıldı. Sağlık Bakanı'nın gerekçe olarak "...bundan sonra, salgın boyunca oluşan uluslararası standarda uygun olarak, 'ağır hasta' sayısı da verilecek. Yeni ve toplam hasta sayısına ek olarak, seyir hakkında detaylı bilgi sunması için 'zatürre oranı' gösterilecek." açıklaması ise ne bilim çevreleri ne de kamuoyu açısından ciddiye alındı. Ayrıca Haziran ayı içerisinde başlayıp bitirilen ve

sonuçları merakla beklenen 153 bin kişilik seroprevalans çalışması da bilimsel bir ciddiyet ve detayda paylaşılmadı.

Eksik-yanıltıcı bilgi paylaşımı: Malatya, Erzurum, Rize Valileri, Konya İl Sağlık Müdürü paylaşımları ile aynı tarihler için Sağlık Bakanlığı açıklamaları arasında açık ara uyumsuzluk olduğu görüldü. Sağlık Bakanı'nın "yüzde yüz doluluk iddiaları yüzde yüze varan bir kasıt taşımaktadır" söylemi pandemi yönetiminde "gerçekleri gizleme koordinasyonunun" da yitirildiğine işaret etmiştir.

Rehberler/algoritmalarla yapılan uygulama arasında uyumsuzluk: Filyasyon uygulamaları, test yapma ölçütleri, temaslı takibi, yurtdışı çıkış testleri, cerrahi öncesi yaklaşım gibi başlıklarda yoğunlaşan ve gündelik uygulamada kaosa yol açabilen uyumsuzluklar saha ile merkez arasında kopukluk olarak izlenmiştir.

Tutarsız siyasi önlem ve uygulamalar: İl Hıfzıssıhha Kurulu kararlarıyla kimi demokratik hak arama etkinlikleri (HDP yürüyüşü, kadın eylemleri) önlem açısından engellenir ya da Baro Anıtkabir Ziyareti gibi uygun olmadığı ifade edilirken kimi anma ve kitlesel katılımlı/büyük kalabalık oluşturan etkinliklerin (15 Temmuz anmaları, Ayasofya vb) en üst otoritelerce teşvik edilmesi sürecin bilimsel kurallarla değil siyasi tercihlerle yönetildiğini somutlamış, güven sarsıcı olmuştur.

Yanlış Uygulamalar: Pandemi yönetiminde öncelik sağlık olmalı ve salgının yayılmasını engellemek için tanımlanmış kurallar özü korunarak, insan haklarına saygılı bir biçimde uygulanmalıdır. Çanakkale'deki bir fabrikada hastaları işyerinde/çalışma ortamında "izole eden" ve "kapalı sistem çalışma uygulaması" olarak adlandıran İl Umumi Hıfzıssıhha Kurulu kararı ve halen Manisa'da basına da yansıyan bir fabrikadaki süreç bir yanlış uygulama/kötü örnek olmuştur.

**Günümüzde salgınlarda gerçeklerin gizlenmesi mümkün değildir; bu "tercih" terk edilmelidir.** Türkiye'de sağlık çalışanı sayısı 1 milyonun üzerinde, her 1 hasta kişinin sosyal ağı ortalama 300-500 kişi aralığındadır. Sadece sağlık kuruluşlarında çalışanların gözlemleri, hasta ve hasta yakınlarının sözlü paylaşımları büyük bir medya oluşturmaktadır ve Türkiye'de dolaşımdadır. Türkiye pandemi yönetimi akli salgınla baş edebilmek açısından çok sakıncalı ve bu nedenle de halk sağlığını tehdit eden "tercihi"ni hızla terk etmelidir. 83 milyonluk bir ülkede salgına yönelik gerçekleri saklamak beyhude bir çaba olup beklenenin aksine toplumda paniği teşvik etmekle sonuçlanmaktadır. Doğru veri ve bilginin kaynağı Sağlık Bakanlığı olmalı, insanlar yaşadıklarıyla açıklananlar arasında uyumu görmelidir.

**COVID-19 pandemisi ile mücadelede "gelenen aşama" ve "girilen yeni dönem" in ne olduğu açıklanmalıdır.** Türkiye'de pandemi mücadelesinde "yeni bir döneme girildiği"ni Sağlık Bakanı'nın kamuoyunu bilgilendirmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yazışmalarından öğrenemedik. Ankara Sağlık Müdürlüğü İller İdaresi'nden gelen yazışmadan, kamuoyu da İçişleri Bakanlığı'ndan öğrendi. İçişleri Bakanlığı'nın 4 Ağustos'ta duyurulan "COVID-19 tedbirleri" konulu ek genelgesi ile "gelenen aşamada erken tespit, evde izolasyon ve evde tedavi süreçlerinin ön plana çıktığı ve alınacak tedbirlerin de bu önceliklere göre şekillendirileceği yeni bir döneme girildiği" kamuoyu ile paylaşıldı.

**Erken tespit, evde izolasyon, evde tedavi ancak iyi tanımlanır ve yerleşik birinci basamak sağlık örgütlenmesi tarafından yerine getirilirse kalıcı/sonuç alıcı olur.** Sağlık Bakanlığı "gelenen aşama"nın ne olduğu ve hangi gerekçelerle "yeni bir döneme girildiği", yeni dönemde yapılacaklardan

nasıl bir sonuç beklendiği konusunda ne ilgili bilim çevrelerine ne de kamuoyuna doyurucu bir açıklama yapmıştır. İçişleri Bakanlığı genelgesinde yazan “erken tespit” salgında sürekli olup fiyasyonun da beklenen hedefleri arasındadır. Evde izolasyona geçişte hastalığın seyri mi hafiflemiştir, hastaneler mi çok dolmuştur? Evde izolasyon kapsamının genişletilip evde tedaviyle birleştirilerek hastanelere olacak muhtemel (?) yığılmanın önü alınmaya çalışılmaktadır.

Evde tedavinin, tedavide geçerliliği kanıtlanmamış, deneme amacıyla kullanılan ilaçlarla, içerisinde hekim de bulunmayabilen fiyasyon ekiplerince yapılacak olması tıbbi, etik açıdan sorunlu olup ayrıca yasal açıdan da değerlendirilmelidir.

**Asistanlar aldıkları uzmanlık eğitimi alanlarından bağımsız olarak fiyasyon amacıyla görevlendirilmektedir.** Sağlık Bakanlığı'nın -sahada fark edilen bir telaşla- fiyasyon ekipleri kurmak ve/veya sayılarını arttırmak için hemen her branştan asistanı fiyasyon ekiplerine kaydırma/göreve çağırması ortada bir sistem olmadığını göstermektedir. 21 Temmuz 2020 tarihinde TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'ndaki Sağlık Bakan Yardımcısının sunusunda söylediği “Şubat-Mart aylarında 18 bin kişiden oluşan 6 bin fiyasyon ekibi”nin hazır olmasının bugün yetersiz kaldığı anlaşılmaktadır.

**İçişleri Bakanlığı denetimlerinin sıklığı artmıştır.** İçişleri Bakanlığı bir genelge yayımlayarak 6 Ağustos 2020 Perşembe günü tüm il ve ilçelerde, bizzat valiler, kaymakamlar, belediye başkanları, ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarının yöneticileri ve personeli, meslek odaları, genel kolluk birimleri (polis, jandarma, sahil güvenlik) ve özel kolluk birimlerinin (zabıta, özel güvenlik vb.) katılımıyla SAĞLIK İÇİN HEPİMİZ İÇİN mottosu ile bugüne kadar ki en kapsamlı denetimin gerçekleştirileceğini duyurdu. Bu denetimlerin konaklama tesisleri, alışveriş merkezleri, pazar yerleri, sosyete pazarları, lokanta, kafe, restoran, kahvehane, kiraathane, çay bahçesi, düğün ve nikâh yapılan yerler, berber/kuaför/güzellik merkezleri, internet kafe/salon ve elektronik oyun yerleri, şehir içi ve şehirlerarası toplu ulaşım araçları, ticari taksiler, taksi durakları, park/piknik alanları, lunapark/tematik parklar ve bilumum yaşam alanlarını kapsayacak şekilde planlandığı da belirtildi.

Kamuoyuna da “kapalı sistem çalışma” olarak yansıyan Dardenel ve vaka sayısının çok arttığı gizlenemeyen Vestel başta olmak üzere fabrikalara, atölyelere, şantiyelere, organize sanayi bölgelerine de denetimlerin uğraması yerinde olacaktır. Denetimlerin işçilerin çalışma koşulları, yeterli KKD (maske vb) verilip verilmediği, işverenlerin işçi servislerini tıka basa doldurarak ve hiçbir önlem almadan hareket ettirip ettirmediğini de kapsamı yaşamsaldır. Denetimlerin zamanında ve bilimsel öneriler ışığında yapılması da önemlidir. Bütün denetimlerde öncelikle merkezi otoritenin görevlerini/sorumluluklarını yapıp yapmadığı, takiben kurumlar ve kişiler gelmelidir. Tekrar hatırlatmakta yarar var: Düzenli geliri olmayanların, günlük kazanabilenlerin, yoksulların günlük zorunlu gereksinimlerinin karşılanmasının mümkün olmadığı koşullar değiştirilmeden; toplum hareketliliğinin kısıtlanması başta olmak üzere tek başına salgına karşı alınması gereken önlemleri tartışmak yeterli değildir. Bugün yapılması gereken kamusal bir sağlık sisteminin gerekliliğini akıldan çıkarmadan; işçilerin, işsizlerin, yoksulların yaşamlarının ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesini engelleyecek desteklerin (ücretli izin, işsizlik ödeneğinin kapsamının genişletilmesi ve tutarının artırılması, önümüzdeki aylar boyunca ücretsiz su-ısıtma-elektrik verilmesi vb) ivedi olarak sağlanmasıdır. Türkiye'nin kaynakları bu destekler için yeterlidir.

**Yönetim şemasına iki yeni yapı eklenmiştir: İl Salgın Denetim Merkezi ve Fiyasyon Çalışmaları Takip Kurulu.** İçişleri Bakanlığı genelgesinde “Valilik bünyesinde salgın denetim faaliyetlerinin tek elden eşgüdümünü ve yönetimini sağlayan İl Salgın Denetim Merkezi oluşturulacak. İllerde vali yardımcısı ve ilçelerde kaymakamlar başkanlığında Fiyasyon Çalışmaları Takip Kurulları

oluşturulacak” denmektedir. Bilindiği gibi halihazırda süreç yönetiminde iller düzeyinde İl Hıfzıssıhha Kurulu ve görev ve yetkilerinin ne olduğunu, ne “işe” yaradığını anlayamasak da İl Pandemi Kurulları bulunmaktadır. Bu Kurullar arasında iş birliği ve eşgüdümün nasıl sağlanacağı ayrı bir yönetim becerisi gerektirecektir. Salgın yönetiminde yeni kurullar oluşturularak süreç sadeleştirileceğine karmaşık hale getirilmektedir. İhtiyaç olabildiğince sade, yetkileri tanımlanmış ve işlevsel bir yerel otoritedir. Genelgede pilot il olarak seçilen Kırıkkale uygulamasının iyi incelenmesi yerinde olacaktır.

**Sağlık Bakanlığı Milli İstihbarat Teşkilatı (MİT) değildir, üst düzey ayrılma/görevden alma ve istifalar gerekçeleriyle açıklanmalıdır.** Sağlık Bakanlığı’na yerli üretildiği bildirilen PCR kitinin geliştirilmesinde yer alan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Daire Başkanı’nın görevden ayrılması/alınması, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Başkan ve Genel Sekreteri’nin istifa gerekçeleri “gizli” kalmıştır. Bu gelişmelerden kısa süre önce Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.’de (USHAŞ) olan Yönetim Kurulu Başkanı görevinden alındığı bilinmektedir. Son olarak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığı’na 21 Temmuz’da yapılan Başkan ataması 5 Ağustos itibariyle aynı ismin yeniden Kurum Başkan Yardımcılığı görevine döndürülmesi ile sonuçlanmıştır. Bu “hareketlilik” hizmet sunumunda olağan görev değişiklikleri olarak açıklanmayı zorlaştırmakta, kurum içi “grup/güç odakları, çıkar çatışmaları” endişesini düşündürmektedir.

Özellikle üretilen kitle ilgili bilim çevrelerine doyurucu bir açıklama yapılmaması kite dair haksız kuşku artmasına yol açmaktadır. “Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen PCR kitinin, Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylı bir kit ile 500 klinik örnek üzerinde yapılan paralel karşılaştırma çalışmasında kitin duyarlılığının %98.7, özgüllüğünün ise %100 olduğu tespit edildiği, Bakanlığın geliştirdiği kitin Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onaylı kitler ve referans yöntemlerle karşılaştırıldığı ve bu yöntemlere eşdeğer (%99 sonuç uyumluluğu) olduğunun tespit edildiği ve kit üzerinde yapılan validasyon çalışmalarının ayrıntısının Sağlık Bakanlığında elde edilebileceği” bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı bir an önce kiti geliştirenlerin bilim kamuoyu önüne çıkmasına izin vermeli ve validasyon çalışmaları dahil her türlü veri paylaşılmalı, bilim insanlarının soruları yanıtlanmalıdır. Güvenilir bir test takdiri hak ettiği gibi hekimler de güvendikleri bir testle çalışmayı hak etmektedirler. Bilimsel yol ve yöntem belliyken gizlilik kuşku doğurmaktadır.

**İyi düşünülmüş/kurgulanmış araştırmalar pandemi yönetiminde yol gösterici olabilir.** Bilge Alpaslan Kocaemmi ve arkadaşlarınca yapılan atık sular da korona virüs araştırması, belirti göstermeyen insanların yaygınlığı da göz önüne alındığında, hastalığın yayılımı ve erken bir uyarı sağlama açısından değerlendirme yapabileceği potansiyeli yönüyle salgının kontrolünde katkı sunabilir.

Dikkat çeken bir diğer çalışma Erhan Eser’e ait olup standardize ölüm oranları (SÖO) ile ülkelerin COVID-19 ölümleri karşılaştırılıyor. COVID-19 nedenli ölümlerin bazı ülkelerde Türkiye’de gözlenenenden daha düşük olduğu, bazı ülkelerde ise daha yüksek olduğu, “Türkiye, COVID-19 ölümleri açısından diğer bütün ülkelere göre daha iyidir ya da daha kötüdür” demek için rakamların daha dikkatle yorumlanması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Somutlamak gerekirse Almanya’da 21 Nisan tarihinde gözlenen ölüm sayısı (4642) Türkiye’nin ölüm sayısı olan 2259’dan yaklaşık iki katı kadar daha yüksektir, ancak SÖO 1.37 olarak hesaplanmıştır. Yani Almanya yaş dağılımı referans yaş grubu olarak kabul edildiğinde Türkiye’de gözlenen ölümler, beklenenden %37 oranında daha yüksektir. Çalışmada “Türkiye’nin COVID-19 ölümleri açısından, nüfusunun çok genç oluşu ve yaşlı nüfusu içinde COVID-19 ölüm olasılığı daha düşük olan kadın cinsiyetin gelişmiş ülkelere göre daha yüksek oranda olması nedeniyle çifte avantaja sahip” olduğuna da dikkat çekiliyor. Kesin sonuçların bütün



ülkelerde salgın sonuçlandığında ortaya çıkması beklendiğini söyleyerek “başarı destanları” söyleminin her ülke için erken olduğunu hatırlatıyor.

**Yurt dışına çıkışlarda gideceği ülke tarafından PCR testi istenen kişilere yapılacak test uygulamaları vatandaşı sıkıntıya sokmuştur.** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü internet sitesine göre yurtdışına çıkacak kişiler test yaptırmak için öncelikle 110 Türk Lirası (250 Türk Lirası olmuştur) tetkik bedelini Halk Sağlık Genel Müdürlüğü'nün Halk Bankası Ankara Kurumsal Şubesi nezdinde bulunan “TR70 0001 2009 4520 0005 0000 41” IBAN Nolu hesap numarasına yatırmaları (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yurt-disi-cikislarinda-test-islemleri.html>) ve Bakanlıkça yetkilendirilmiş (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yetkilendirilmis-covi-d-19-tani-laboratuvarlari.html>) laboratuvarlara test ücretini yatırmış olduklarına dair belge ile başvurmaları gerekmektedir. Ancak bu hesap numarasına istenen ücreti yatırıp yetkilendirilmiş bir laboratuvara başvuran vatandaşların ellerindeki makbuza rağmen test yaptırmak için laboratuvara tekrar ücreti yatırmaları gereken örnekler yaşanmaktadır. Yatırılan paranın iadesi için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İdari Mali İşler Daire Başkanlığına dilekçe ile başvurmak zorunda kalan vatandaşlardan bu yönde çok fazla şikâyet vardır.

**Sağlık Bakanlığı'ndan enfekte sağlık çalışanları hakkında bilgi almak 29 Nisan'dan bu yana mümkün olmamıştır.** 5. ay da -öncekiler gibi- soru ve taleplerimizi tekrarlayarak geçti. Tek somut gelişme “sağlıkçıların özensiz davranışları nedeniyle hasta olarak ek yük getirdiğini” söyleyen Vali Erdoğan Bektaş'ın (Zonguldak) Valiler Kararnamesiyle 16 Haziran'da Mülkiye Başmüfettişi olarak kentten ayrıldığıdır.

Beklentimiz Türkiye'de kaç sağlık çalışanının (il, ilçe, çalıştığı sağlık kuruluşu, mesleği ve cinsiyeti başta olmak üzere ayrıntılı ve güncel olarak) enfekte olduğu bilgisinin açıklanmasıdır. İlk talebimiz budur; devamlı:

**COVID-19 halen meslek hastalığı olarak kabul edilmemiştir.** COVID-19'a yakalanmış olan sağlık çalışanları doğrudan meslek hastalığına yakalanmış sayılmalı ve meslek hastalığı için tazminat talep edebilir duruma geçmelidir. Olağan koşullarda meslek hastalığına başvuru sürecinde işletilecek olan süreçler sağlık çalışanları açısından kolaylaştırılmalı; pandemi sürecinde “doğrudan kabul edilme” yönünde bir işleyiş uygulanmalıdır. Çünkü COVID-19 ile enfekte olmuş kişi sayısının bu kadar yüksek olduğu koşullarda mesleği, gerçekleştirdiği işi gereği yakın temasta dolayısıyla, yüksek risk altında olan sağlık çalışanlarının hastalığa yakalanması çevresel/toplumsal etmenlerden değil, doğrudan çalışma ortamlarından kaynaklanmaktadır.

**Kaybettiğimiz sağlık çalışanlarının geride bıraktıklarının yaşamı güvence altına alınmalıdır.** Diyanet İşleri Başkanı'nın COVID-19'dan ölen sağlık çalışanları “şehit kabul edilir mi edilmez mi?” gibi örseleyici değerlendirmelerine malzeme olmak değil, geride bıraktığımız en yakınlarımızın yaşam sıkıntısı çekmemesini istiyoruz. 19 Nisan 2020 günü COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz meslektaşımız, üyemiz, Eyüp Nişanca Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli aile hekimi Dr. Yavuz Kalaycı'nın son mesajı “Kızlarım küçük, sahip çıkarsınız, değil mi?” olmuştur. İstanbul Tabip Odası (İTO) ailenin de iznini alarak İstanbul Valiliği'ne başvurup 08.07.2020 tarih ve 60064 sayılı “oluru” üzerine 16.07.2020 günü kampanya başlattı. Ancak kampanya 1 gün sonra sözlü ve takiben yazılı bildirimle durduruldu. Ailenin verdiği dilekçeden iki kızının da diğer eğitim masraflarının İstanbul Valiliği tarafında karşılanacağı taahhüdü verildiği öğrenildi. Hesaplarda

toplanan 208.729,69 TL ailenin hesabına aktarıldı. Bu durumda beklentimiz COVID-19 pandemisi süresince kaybettiğimiz diğer sağlık çalışanları için de benzer taahhütte bulunulmasıdır.

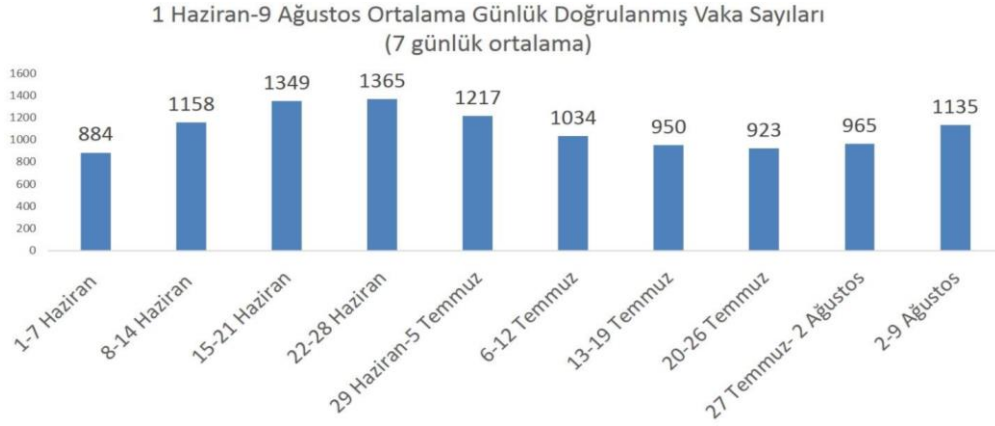
**Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) eksiksiz ve sürekli yedeklenerek sağlanmalıdır.** TTB tarafından Mayıs sonu Haziran başında Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılan çalışmada Sağlık Müdürlükleri tarafından ASM'lere gönderilen KKD'lerin ASM'lerin %71'i tarafından yetersiz bulunduğu ve %82'sinin ASM olarak kendi paralarıyla satın aldıkları, dezenfektanların da ASM'lerin %79'u, el antiseptiğinin de yine ASM'lerin %75'i tarafından yeterli miktarda olmadığı, ASM'lerin %86'sının el antiseptiğini kendi paralarıyla sağladığı belirlendi. Durumun hastanelerde nasıl gerçekleştiği TTB çalışma sonuçları üzerinden daha önceki Raporlarda paylaşılmıştı. Bu olumsuz deneyimlerden ders alarak sonbahar öncesi gerekli hazırlıkların, depolamanın yapılarak KKD'nin aksamadan dağıtılacağını umuyoruz.

**Sağlıkçılara halen risk grubu olarak test yapılmamaktadır.** Basına da yansıyan bir milletvekilinin yaklaşık bir ay içerisinde 8 kez PCR testi yaptırması, Cumhurbaşkanlığı çalışanlarına yapılan uygulama sağlıkçılarda haklı bir isyanla karşılanmıştır. Ameliyata giren ekipler bile bu "hak"tan yararlanmakta güçlük çekmektedir. Oysaki hem kendi sağlıkları hem de salgına karşı yeterli insan gücünün ayakta kalabilmesi açısından test yapılması kamu yararına. Yukarıda anılan TTB çalışmasında ASM'lerin %81'inde sağlık çalışanlarına kontrol amaçlı PCR testi, %84'ünde de kontrol amaçlı antikor testi uygulanmadığı belirtildi. ASM'lerin %11'inde bir ve daha fazla sayıda görevli sağlık çalışanın enfekte olduğunun saptandığı bildirildi. ASM'lerin %59'unda kronik hastalığı olanlarla gebe ve emziren sağlık çalışanlarının ücretli izin alma olanağı olmadığı öğrenildi.

**Kamuda istihdam olan sağlık çalışanları büyük oranda ek ödeme alamamakta, özelde çalışanlar içinse hakedişler ya çok gecikerek, bölünerek ya da "indirimli" yapılmakta, hekim olmayan sağlık çalışanları zorunlu ücretsiz izne gönderilmekte, iş yükü çok artmaktadır.** ASM'lerin %99'unda, pandemi döneminde sağlık çalışanlarına herhangi bir ek ödeme yapılmadığı bilinmektedir. Geçtiğimiz aylarda kamu hastanelerinde yaşanan "ek ödeme tavandan yapılacak; sana var, ona yok vb" karmaşaların terk edilerek yeterli-güvenceli net maaş ödemesine geçilmelidir. Bu zorlu ve süreklilik gösterecek mücadelede -daha önceden de talep ettiğimiz gibi- ülkenin bütün kaynaklarının değerlendirilmesi, bu amaçla kamusal bir sağlık sisteminin geçerli kılınması, sağlık emekçilerinin kamu tarafından istihdamıdır.

**Sonbahara girerken sağlıkçılar yorgun ve kırgındır, tükenmektedir.** Tabip Odalarının bildirimleri hekimlerde tükenmenin yaşandığı, Batman başta olmak üzere Doğu-Güneydoğu, Düzce, Manisa, Alanya'da -basına da yansıyan- emeklilik talepleri ve istifaların gündeme geldiği, azımsanmayacak sayıda hekimin de emeklilik ve istifayı konuştuğudur. Sonbaharla birlikte her açıdan artacağı beklenen iş yükü düşünüldüğünde hatırlatmakta yarar görüyoruz: Hızla pandemi yönetimini bilimsel, şeffaf, doğru bir örgütlenme/sisteme oturtulmasını, sağlıkçıların özlük haklarının iyileştirmesini öneriyoruz. Ne yazık ki alkışlarla en tepeden başlayan süreç çok kısa sürede Hükümet'in ayrımcı politikalarıyla ve sağlıkta şiddet vakalarıyla "aslına rücu etmiştir". Bütün özveriye rağmen sürdürülemez bir hal yaşanmaktadır. Sağlık Bakanı'nın tweetlerinde yazdığı gibi "aramızda dağlar yok"tur ama Hükümet ısrarla sağlığın bir ekip hizmeti olduğunu unutmaktadır. Sağlık Bakanı'nın geçtiğimiz günlerde attığı tweekte "Hekimlerimizle, sağlık sistemimizle gurur duyalım" ifadesi bu yönüyle bizi de üzmüştür. Biz hekim olarak mesleğimizin ve meslektaşlarımızın ne kadar kıymetli olduklarını biliyor ve onlara "iyi ki varsınız" diyoruz. Ancak bildiğimiz bir gerçek de şudur: Ekip üyelerinin her birinin kıymetini bilmeyen ve ekipten birini ayıran her söylem öncelikle "ayrılarak öne çıkartılana" ve bir bütün olarak ekibe zarar verir.

**Haziran ve Temmuz tecrübesi “yaz aylarında virüsün etkisini yitireceği ve hastalığın azalacağı” inancını yalanlamıştır.** Açık havada ve geniş alanlarda daha fazla vakit geçirebilme, havalandırma olanaklarının fazlalığı vb gerekçelerle - soğuk mevsimlere göre- bulaş hızında bir azalma beklenebilirdi. Ancak bunun ön koşulu salgın mücadelesinin doğru mesajlar ve epidemiyoloji biliminin gerekleriyle yönetilmesi idi. O nedenle bugün içinde bulunduğumuz tabloda Türkiye’de pandeminin kötü yönetiminin de etkisi olduğu not düşülmelidir.



Tekrarlamakta yarar var: Etkenin virulansında, Türkiye’de dolaşımda olanında daha az ya da fazla bulaşıcılık, daha hafif ya da ağır hastalık seyri gibi kanıtlanmış bir “farklılık” bilimsel olarak saptanmamıştır.

Kişisel korunma açısından da mevcut bilgilerimizi değiştirecek yeni bir gelişme söz konusu olmayıp maske-mesafe-el yıkama geçerlidir.

**Ağustos ayı itibariyle günlük test sayısı 60 binin üzerine çıkmış ancak merkez sayısı bu oranda artmamıştır.** SARS-CoV-2 RT- PZR testleri 8 Ağustos 2020’ye kadar Bakanlık tarafından yetki verilen yaklaşık 135 merkez tarafından yürütülmüştür.

**Laboratuvar çalışanlarında ciddi düzeyde yorgunluk ve tükenmişlik söz konusu olmuştur.** Pandeminin kısa süre içinde sonlanmayacağı açıktır. Bu nedenle ülke genelinde SARS-CoV-2 RT-PZR test merkezleri sayısı arttırılmalıdır. Bakanlığın 8 Ağustos tarihli yazısıyla bu yöndeki düzenlemeler (08.08.2020-95966346-440.99-E.838 sayılı yazı) duyurulmuştur. Turizmin yoğun olduğu Antalya, Muğla, Aydın, İzmir ve İstanbul gibi illerde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nün 7.8.2020 tarih ve 80962070-819 sayılı genelgesindeki şartları sağlayan özel sağlık kurumlarına da test çalışma yetkisi verileceği belirtilmiştir.

COVID-19 yetkili laboratuvarı olarak çalışan Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarları tarafından SARS-CoV-2 RT-PZR testleri ve diğer rutin testlerin aksatılmadan yapılabilmesi için yetkin insan gücü çok önemlidir. Teknik elemanların eğitimi için gönüllü olarak proje oluşturan eğitim kurumları veya sivil toplum örgütlerine Bakanlık maddi destek oluşturmalıdır.

**Yetkili laboratuvarların dış kalite değerlendirmelerinin takip edilmesi nitelikli test sonuçlarına ulaşmak açısından çok önemlidir.**

**İnfluenza dönemi başlamadan önce Eylül ayı itibariyle solunum yolu etkeni olan virüsleri (SARS-CoV-2/influenzaA/influenzaB) saptamaya yönelik multipleks PZR kitlerinin temini ve**

**artacak iş yükünü karşılamak için** (yetkilendirilmiş laboratuvarlara teknik eleman ve malzeme desteği gibi) **uygun düzenlemeler yapılmalıdır.**

Ağustos ayında yurt dışı seyahat öncesi yapılacak testler için özel kurumların kendilerinin kit temin ederek bakanlıkça üst limitleri belirlenmiş ücret karşılığında test çalışmalarının önu açılmıştır. Ancak ülke genelinde COVID-19 tanısı için kit temini Bakanlık tarafından sürdürülmelidir. **Kurumlar tarafından temin edilecekse hem SARS-Cov-2 RT-PZR hem de multipleks PZR kitlerinin SGK'ya faturalandırılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.**

Artan test sayıları nedeniyle test raporlama süreleri de uzamıştır. Yurt dışına seyahat edeceklere yapılan testler ve bu testlerin raporlamaları Tıbbi Mikrobiyoloji uzmanlarına ciddi iş yükü getirmiştir. Bu nedenle COVID-19 semptomları nedeniyle örnek alınan hastaların raporlama süreci uzamıştır. **Raporlamanın kolaylaştırılması için Halk Sağlığı Kurumunun HSYS sistemi ile hastanelerin HİS sistemi arasında entegrasyon sağlanmalıdır.**

**Filyasyon ekipleri için hazırlanan algoritmaya göre PCR pozitif COVID-19 hastasının tüm temashlarına semptom olmasa dahi PCR örneği alınması önerilmektedir. Bu yaklaşım çok yerinde olup uzun zamandır Türk Tabipleri Birliği olarak önerdiğimiz bir işleştir.** Sağlık Bakanlığı'nın geç de olsa önerdiğimiz işleyişi benimsemesi ve yaş, klinik durum ve eşlik eden faktörlerden bağımsız olarak COVID-19 PCR pozitif hastaların tüm temashlarına PCR incelemesi yapmaya karar vermesi sevindiricidir.

**Tedavi kararlarının mutlaka bir tıp doktoru tarafından her bir hastaya özgün biçimde verilmesi gereklidir.** Evde tedavi yaklaşımı algoritmalara da yansımış olup ev ortamında ve pek muhtemelen hekim dışı kişiler tarafından yapılan değerlendirme sonucunda antiviral tedavi başlanmasına olanak tanımaktadır. Saha deneyimleri filyasyon amacıyla ulaşılan kimi hastaların uygun öykü veremedikleri ya da filyasyon yapılan ortamın böylesi hastaları sağlıklı biçimde değerlendirmeye olanaklı olmadığına işaret etmektedir. Söz konusu yaklaşım, muhtemelen son günlerde artan COVID-19 salgınının sağlık kurumlarına olan yükünü azaltmak ve başta hastaneler olmak üzere sağlık kurumlarının çalışmasını bloke etmemek amacıyla düzenlenmiştir. Ancak aynı zamanda bu işleştirek gerekli olguların sağlık kurumlarına ulaşmasının önünde de bir bariyer olacaktır. Bu nedenle söz konusu algoritma kapsamında semptomların açıklıkla belirtilmesi ve tedavi kararlarının mutlaka bir tıp doktoru tarafından her bir hastaya özgün biçimde verilmesi gereklidir. Ayrıca hekime hastasını sağlıklı bir değerlendirme yapılabileceği bir ortam sağlanmalıdır.

**COVID-19 pandemisi, ülkemizde ve dünyada henüz birinci pikini tamamlamamışken, üstelik ısrarla ikinci bir dalgadan söz edilirken tedavi modaliteleri konusunda henüz geniş bir uzlaşma bulunmamaktadır.** Hekimlerin bir yandan özgül bir ilacı olmayan bu hastalığın tedavisini öğrenmeye çalışırken bir yandan da hastalığın doğasını anlamak ve tedavisi konusunda yöntem geliştirmek gibi bir başka işlevi de yerine getirme çabasında olduklarını görüyoruz. Hastalık tıbbi açıdan bilinmedik, yepyeni ve çok boyutlu bir tablo oluştururken, milyonlar farklı klinik düzeylerde etkilenirken bilgi üretmek amacıyla tüm dünyada konuya yönelik binlerce temel ve klinik çalışmanın yürütülmekte olduğu anlaşılmaktadır. Doğal olarak sonuçlar yönünden ciddi çelişkilere de tanık olmaktadır. Bu çalışmaların metodolojileri, olgu sayıları vb yönlerden eksikleri olsa da kanıt üretmek anlamında değerli olduklarını kabul etmek durumundayız.

Yukarıdaki saptama, Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu tarafından hazırlanan “COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) ERİŞKİN HASTA TEDAVİSİ” başlığını taşıyan rehberde (2 Ağustos 2020 tarihli) kabul edilmiş ve şu ifadelere yer verilmiş durumdadır:

“COVID-19’a özgü bir tedavinin bulunması çok zaman alacağı için, mevcut pandemi sırasında ülkemizde ve başta Avrupa ve ABD olmak üzere diğer ülkelerde bu hastalığa karşı antiviral olarak, insanlarda daha önce başka hastalıkların tedavisi için ruhsatlandırılmış, bu endikasyonlarda yaygın bir şekilde kullanılmış, güvenli olduğu gösterilmiş ve in vitro olarak SARS-CoV’ye etkili olduğu belirlenmiş hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir gibi ilaçlar önerilmiş ve kullanılmıştır. Bu ilaçların COVID-19’daki etkinliği ve güvenilirliği konusunda çok sayıda çalışma halen devam etmektedir.” (...) “Bu konunun açıklığa kavuşması için halen yapılmakta olan randomize kontrollü çalışmaların sonuçları beklenmektedir. Ancak bu süreçte, hidroksiklorokin tek başına veya azitromisinle kombinasyonunda gözlenen istenmeyen etkiler konusunda bazı uyarılar ve çalışmalar yayımlanmıştır. COVID-19 salgınından önce yapılmış çalışmalarda farklı endikasyonlarda kullanıldıklarında hem hidroksiklorokin, hem de azitromisinin, ayrı ayrı QT’ aralığının uzaması riskini artırdığı, ilaçla ilişkili torsades de pointes’e ve ani kardiyak ölüme yol açabildiği gösterilmişti. Geçtiğimiz 1 ay içinde hem ülkemizden, hem de diğer ülkelerden bu ajanların COVID-19 hastalarında kullanıldığında da kardiyotoksikite yaratabildiği, özellikle azitromisin-hidroksiklorokin kombinasyonu yapılan gruplarda bu riskin daha yüksek olduğu bildirildi.”

**Hidroksiklorokin Sağlık Bakanlığı rehberinde neden yer aldığı kanıtlarıyla açıklanmaya muhtaçtır.** Hidroksiklorokinin olası yan etkileriyle ilgili uyarılar (azitromisinle kombinasyonu dahil) zaten biliniyordu ve rehberin ilk versiyonunda bile böylesi bir uyarı zaten vardı. Konuya ilişkin yayınlar artarken bu ilacın hala rehberde yer almasını açıklamak şu iki durumda olanaklıdır:

- A) İlaç bu riski göze alacak kadar tedavide etkilidir.
- B) İlacın bu yan etkileri aslında o kadar da kötü sonuçlar doğurmamaktadır.

Bilimsel yayınlar, baktığımız zaman bu iki durumu da destekler gibi görünmemektedir. Etkinliği ciddi ölçüde tartışmaya açıktır ve yan etkileri konusunda Dünya Sağlık Örgütü bir klinik çalışmayı durdurma kararı alabilmiştir. O halde bu konudaki ısrarın dayanağı nedir?

**Sağlık Bakanlığı’nın elinde hidroksiklorokin kullanımı ve sonuçlarına dair çok geniş bir veri vardır ve konunun önemine karşın ısrarla açıklanmamaktadır.** Türkiye’de pandeminin başından beri COVID-19 kuşkusu olup evde tedavi önerilenler dahil yaklaşık 150.000 kişide -üstelik aynı protokol çerçevesinde- hidroksiklorokin kullanıldığı kestirilebilir. Sonuçlar Sağlık Bakanlığının elindedir ve paylaşılmamıştır. Bir uluslararası yayın haline getirme girişimi başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Aynı durum yan etkiler açısından da geçerlidir. Bakanlığın Farmakovijilans Merkezine ısrarla yan etkilerin bildirilmesi -hatta etik sınırları zorlayarak hastanın isminin, TC kimlik numarasının gönderilmesi de- istenmiştir. Oysa bu merkeze olağan bildirimler hastanın açık ismiyle değil ad ve soyadının ilk harfleri kullanılarak yapılır. Yani hidroksiklorokin yan etkilerine ilişkin veri de bakanlıkta olmalıdır ve paylaşılmış değildir. Sonuçları -paylaşmadığı için- bilmiyoruz. Ama tedavide kullanılmaya devam ediliyorsa herhalde veriler etkinliğini kanıtıyor, yan etkileri de önemsiz düzeyde görünüyorsa olmalıdır.

**Sağlık Bakanlığı en kısa sürede hidroksiklorokin ile ilgili veri ve bilgileri bir rapor halinde yayınlamalıdır. Bu veri Türkiye’nin verisidir; dahası insanlığın verisidir.** Bakanlık belki de Dünyanın en büyük olgu serisinin oluşturduğu veri madeninin üzerinde oturmakta ama bu madende üretim yapmamaktadır. Yapıyorsa da biz bilmiyor olabiliriz. Bakanlık en kısa sürede bunu bir rapor halinde yayınlamalıdır. Uluslararası bir dergiye makale olmak zorunda değildir. Bu veri Türkiye’nin verisidir; dahası insanlığın verisidir. Neden yayınlanmadığı -haklı bir gerekçesi olamaz ama- mutlaka açıklanmalıdır. Son bir not olarak ekleyelim; ilacın yerli üretimi başlamıştır.

**Rehberde yer alan ve akciğer sorunu yaşayan daha ciddi hastalarda hidroksiklorokinle birlikte ya da tek başına kullanılması önerilen ilaç olarak ‘favipiravirin’in de** -bir Japon firmasına aittir- etkinliği konusunda tartışmalar vardır. Ama rehberdeki varlığını sürdürmektedir. Favipiravir Bakanlık tarafından ücretsiz olarak hastanelere gönderilen bir ilaçtır. Rakamı tahmin etmek kolay değil ama bu ilacın kullanıldığı hasta sayısı muhtemelen uluslararası yayınlarda dayandırılan olgu sayılarının çok çok üzerindedir. Yani Bakanlık bu açıdan da önemli bir veri madeninin üzerinde oturmaktadır. Paylaşmamak yanlıştır.

**Rehberde yapılan değişiklikle artık favipiravir yatırılmasına gerek görülmeyen hastalara elden verilir evlerine gönderilebilir hale gelmiştir.** Bilimsel araştırmalar favipiravir tedavisinin özellikle ağır olmayan hastalarda bir tedavi seçeneği olduğuna işaret etmektedir. Öte yandan bu ilacın temel olarak influenza tedavisinde kullanıldığı dikkate alındığında favipiravirin mevsimsel grip döneminde bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmelidir. Bununla birlikte ilacın yan etkileri konusunda yakın izlem planlanmalı, tedavi kararı kadar yan etki izlemi de standart yapılandırılmış bir izlem protokol ile takip edilip hekim ve ülke kamuoyu düzenli bilgilendirilmelidir. Bu ilaç için de son bir not olarak ekleyelim; ilacın yerli üretimi başlamıştır.

**Pandemi tanımı gereği veriler artık “insanlığın verisi”dir.** Türkiye’de ilk hastanın saptandığı tarihten bu yana 5 ay geçmiştir. Her ülkede çalışmalar/araştırmalar tüm hızıyla sürüyor. Sınırlan rakamların çok üzerindeki hasta sayılarına/kayıtlarına sahip olan Türkiye’de bu verilerin hızla analiz edilmesi ve kamuoyuyla ve bilim dünyasıyla paylaşılması gereklidir. Unutmayalım ki pandemi tanımı gereği bu veriler artık “insanlığın verisi”dir. Yol gösterici olacağı kesindir. Sorumluları hızla göreve davet ediyoruz.

**Mevcut sağlık sistemimizin pandemiye karşı sistemli mücadele verecek bir yapıda olmadığı -bir kez daha- ortaya çıkmıştır.** Yukarıda da yazdık: “Sağlık Bakanlığı’nın -sahada fark edilen bir telaşla- filyasyon ekiplerini arttırmak için hemen her branştan asistanı göreve çağırması ortada bir sistem olmadığını göstermektedir. 21 Temmuz 2020 tarihinde TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu’ndaki Sağlık Bakan Yardımcısının sunusunda söylediği “Şubat-Mart aylarında 18 bin kişiden oluşan 6 bin filyasyon ekibi”nin hazır olmasının bugün yetersiz kaldığı anlaşılmaktadır.” Bilindiği gibi güçlü birinci basamağı olan sağlık örgütlenmeleri sağdan soldan toplamaya ihtiyaç olmaksızın filyasyonu yerine getirirler.

İlk olgunun varlığının açıklanmasından itibaren bütün ağırlık hastanecilik hizmetlerine verildi, hastaların tedavisi öne çıkarıldı. Buzdağının görünmeyen kısmını ortaya koyabilecek, sorunun boyutlarının tanımlanmasına paralel olarak salgının yayılmasının olabildiğince engellenebilmesini sağlayacak olan birinci basamak sağlık hizmetleri uzun bir süre yok sayıldı. Oysa, olağan dışı durumlarda, özellikle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte diğer rutin sağlık hizmetlerinin olabildiğince aksamadan devamını sağlayabilmek için de birinci basamak sağlık hizmetlerine özel önem verilmesi gerektiği bilimsel ve tarihsel olarak bilinmektedir.

**Sağlık Bakanlığı’nın “hastanelerde normale dönüş” planının seyri ve sonuçları bilinmemektedir.** Bugün itibariyle Haziran ve Temmuz aylarında hedeflenen “normale dönüş” ne ölçüde ulaşıldığı ve bir önceki yılın aynı aylarına göre hasta yükünün ne kadar değiştiği, karşılandığı bilinmemektedir.

**Yeniden artan ve artması beklenen iş yüküne göre hastanelerde hazırlık ve planlama yapılması gerekmektedir.** Yeniden açılma dönemiyle birlikte hastanelerde de düzenlemeler yapıldı ve COVID-19 vakaları sadece ilgili uzmanlık alanlarına bırakıldı. Ancak vaka sayısının beklendiği gibi

düşmemesi nedeniyle göğüs, enfeksiyon, acil ve yoğun bakım çalışanları çok yorucu 2 ayın üzerine azalmayan bir tempo ile devam etmek durumunda kaldılar. Bu durum sürdürülebilir olmayıp yeniden artan ve artması beklenen iş yüküne göre hazırlık ve düzenleme yapılması gerekmektedir. Sağlık Bakanı'nın 11 Haziran tweetiyle duyurduğu "hastanelere yatışta % 32 azalma var, ağır hasta sayısında artış devam ediyor" tablosu açıklanmaya muhtaç bir çelişki içermektedir.

**Mart-Nisan-Mayıs ayları boyunca ertelenen sağlık sorunları, ikincil etkilerin Haziran ve Temmuz aylarında nasıl karşılandığı bilinmemektedir.** COVID-19 pandemisinin ikincil etkilerine yönelik birinci basamakta gözlemler ASM'lerin %93'ünde hem tetkik hem de kanser taraması için gelen hasta sayısında azalma, %70'inde sağlık raporu için başvurularda azalma, %68'inde COVID-19 dışı hastalık başvurularında azalma ve %51'inde de hem aile planlaması hizmetleri hem de kronik hastalıklar için başvurularda azalma gözlemlendiği yönündedir. Ancak TTB birinci basamak çalışmasında yer alan bu verilerin Sağlık Bakanlığı düzeyinde paylaşılması ve özellikle Haziran-Temmuz'da nasıl karşılandığının verilerinin açıklanması önemlidir. Bu veriler önümüzdeki aylarda olabilecek hastalık yükünü kestirmeye yarayacağı kadar hazırlığın da gerçekçi olmasına zemin oluşturacaktır.

**Bilindiği gibi ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ve inme en ön sıralarda yer alır.** COVID-19 pandemisinin başlangıcından itibaren paylaşılan veriler COVID-19'dan en çok etkilenen ve ölüm oranı en yüksek seyreden hastaların bilinen kalp ve damar hastalıkları olan yaşlılar olduğunu göstermektedir. Eşlik eden kardiyovasküler sistem hastalığı kişiyi SARS-CoV-2 virüsüne daha duyarlı kılmakta ve bu hasta grubunda ölüm ve enfeksiyona bağlı gelişebilen komplikasyonlar daha sık görülmektedir. COVID-19 aynı zamanda kardiyovasküler sistemi doğrudan veya dolaylı yoldan etkileyerek akut koroner sendrom, miyokardit, aritmi ve pulmoner emboli gibi hayatı tehdit eden kardiyak patolojilerin görülmesine neden olmaktadır. Elimizdeki mevcut veriler ışığında SARS-CoV-2'nin miyokardı doğrudan etkilediği kanıtlanamamış olmakla birlikte postmortem biyopsi verileri miyokardit veya miyokard hasarı olabileceğini destekler niteliktedir. Yurt dışında SARS-CoV-2 enfeksiyonu neden olduğu akut miyokardit olguları bildirilmekle birlikte ülkemizde akut miyokardit veya miyokard hasarı kanıtlanmış olgu henüz tespit edilmemiştir.

COVID-19 pandemisinde nörolojik tutulum ana problem olmamakla beraber, COVID-19'lu hastalarda inme de dahil olmak üzere pek çok nörolojik semptom ve komplikasyon bildirilmiştir. Bazı serilerde bildirilen inme sıklığı %6'dır. Hastaların ileri yaşta olmaları ve çoklu risk faktörlerinin olması da bu riski arttırmaktadır. COVID-19, çoklu organ disfonksiyonu, yaygın damar içi trombozu ve sepsis ile sonuçlanabilmekte, sepsis kaynaklı hiperkoagülopati ise inmeye yatkınlık oluşturmaktadır. Akut enfeksiyonda gelişen erken inflamatuvar süreçte karotis plağını destabilizasyonu veya atriyal fibrilasyonun tetiklenmesi sonucunda da akut iskemik inme ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda COVID-19'a bağlı başka kardiyak etkilenmeler de olabilmektedir ve buna bağlı olarak da inme riski artabilmektedir. Yapılan yayınlarda akut serebrovasküler hastalığın şiddetli olgularda, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. COVID-19'lu hastaların takibi sırasında akut inme gelişebileceği gibi ilk veya ön planda olanın da akut inme olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Çanakkale ve Manisa'da basına da yansıyan fabrikalarda hastalığın yayılmasına rağmen yaygın test yapılmaması ve üretimin sürdürülmesi uygulaması kabul edilemez.** Nisan-Mayıs aylarında uygulanan "sokağa çıkma yasakları" döneminde yaşamsal olmayan üretim alanlarında çalışma sürdürülmüş ve işçilerle ailelerinin sağlığı riske edilmişti. Valiler, kaymakamların özel izin uygulaması ile işçileri çalışmak zorunda bırakmışlardı.

Çanakkale’de bir fabrikada 40’ın üzerinde işçinin COVID-19 testi pozitif çıkmış, işçiler evde izole edilmiş, yıllık izinler kullanılmış ve üretimin düşmesi “tehlikesi” doğmuştu. Bantlar arasında üretim zincirinin kopmaya başlaması, üretimin kısmen azalması üzerine işverenin İl Umumi Hıfzıssıhha Kurulu’na başvurusuna “kapalı sistem çalışma uygulaması” çözümü üretilmiştir. Salgının önlenmesi için alınacak önlemlerin sermaye lehine bir fırsata dönüştürülmesi kabul edilemez.

Manisa’da hastaneye COVID-19 benzeri şikayetlerle başvuranlara anamnezde öncelikle hangi fabrikada çalıştığının sorulduğu basına yansımıştır. Fabrikada çok sayıda hasta olmasına, yapılan üretimin yaşamsal olmamasına rağmen üretimi durdurma yönünde bir karar uygulanmamaktadır. Daha ötesi önümüzdeki dönemde bu tür durumlarda sağlığı ve kişi haklarını 2. plana alarak üretimin nasıl sürdürüleceğine yönelik kalıcı arayışlar olduğu hissedilmektedir. Bu örnekler pandemi yönetiminde önceliğin yitirildiği, pusulanın epidemiyoloji bilimi olmadığını göstermekte ve bugün yaşadığımız kötü seyri açıklamaya kanıt oluşturmaktadır.

**60 yaş ve üzeri ile kronik rahatsızlığı bulunanların kamuda idari izinli sayılmaları uygulaması özelde çalışanları kapsamamakta, karar işverenin etkisine açık bırakılmaktadır.** Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın 21.07.2020 tarihli yazısında (4) “özel sektör için bir düzenleme olmadığı... Sağlık Bakanlığı’nın görüş olarak özel sektör çalışanlarını düzenleme yetkisinin uhdelerinde olmadığını bildirdiğini...işyeri hekimi kanaatinin işverene sunulmasıyla müşterek mütalaa edilebileceği söylenmektedir. Tüm ülkenin sağlığından sorumlu otoritenin “özele/sermayeye/patronlara” karışmaması, yetkisi dışında olması (Çanakkale, Vestel örneklerinde sermaye lehine kararlara kolaylaştırıcılık üstlenmesi mümkün olabiliyor) yine bugünkü kötü tabloya gerekçe olmaktadır.

**Sağlık Bakanı 65 yaş üstü için kısıtlamaların Bilim Kurulu’nun da önerisi olarak bayram sonrası kaldırılacağını ifade etmiş ama henüz bir adım atılmamıştır.** Ülkemizde 8 milyona yaklaşan sayıda 65 yaş üstünde insan vardır ve toplam nüfus içindeki oranları yüzde 9 civarındadır. 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımız 22 Mart-10 Haziran arasında 71 gün evde tutulmuştur. 10 Haziran 2020 tarih ve 9138 sayılı Genelge ile 22 Mart 2020’de yürürlüğe giren sokağa çıkma ve ikametden ayrılma kısıtlaması esnetilerek 65 yaş ve üzerindeki bireylere her gün 10.00 ile 20.00 arasında sokağa çıkabilme izni verilmiştir.

65 yaş ve üzerine getirilen kısıtlamalar ölçsüz, grup içerisinde de eşitsiz ve tutarsız olmuştur. Sağlık Bakanlığı bugüne kadar 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımıza getirilen kısıtlamanın, düzenlemelerin yürürlüğe girdiği tarihler itibarıyla ve illere göre sonuçlarını karşılaştırmalı olarak gösteren herhangi bir epidemiyolojik rapor yayınlamamıştır.

Yaklaşık iki buçuk ay boyunca süren sokağa çıkma ve ikametden ayrılma kısıtlaması, 65 yaş ve üzerindeki yurttaşlarımız açısından bir ayrımcılığa dönüşmüş, gözlemlerimiz başta kas iskelet sistemi ve dolaşım sistemi rahatsızlıkları olmak üzere, 65 yaş ve üzeri yaştaki hastalarımızın yakınmalarında artış yaşandığını göstermektedir. Pek çok yurttaşımız hareketsiz kalmış olmak nedeniyle hem beden ve ruh sağlığı sorunları yaşamaya başlamış hem de gündelik işlerini (Bankadan para çekmek, alışveriş yapmak vb.) yapabilmekten ve yakınları/arkadaşları ile zaman geçirebilmekten alıkonmuştur.



Her gün yalnızca 10.00 ile 20.00 saatleri arasında sokağa çıkabilme izni verilmesi tıbben doğru değildir, bilimsel bir temeli yoktur: 20.01-09.59 arası sokağa çıkmanın olumsuz etkileri kanıta dayalı olarak açıklanmalıdır.

Yaşamları her bir insanımız gibi çok değerli olan 65 yaş ve üzeri yurttaşlarımızın sağlıklarının daha fazla olumsuz etkilenmesini önlemek için, bu gruba yönelik bütün kısıtlamalar ivedi olarak kaldırılmalıdır.

**Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) açıklamasıyla Türkiye’de 10 aşı çalışmasının yürütüldüğü öğrenildi.** DSÖ’nün 31 Temmuz 2020 tarihli açıklamasında dünya genelinde 26 adet klinik, 10 tanesi de ülkemizde olmak üzere, 139’u da klinik öncesi çalışma aşamasında olan toplam 165 aşı araştırmasının devam etmekte olduğu açıklandı. Cumhurbaşkanı’nın “Dünya Sağlık Örgütü listesinde yerli aşı geliştiren ülkeler arasında ABD ve Çin’in ardından üçüncü sırada yer alıyoruz. 2 aşı adayımız hayvan deneylerini başarıyla tamamladı.” açıklaması da basında “yerli korona aşısı insanlar üzerinde denenecek” ifadeleriyle yer aldı.

DSÖ’nün 15 Temmuz 2020 tarihindeki benzer konulu açıklamasında “COVID-19 aşı adaylarının taslak listesi” ile Türkiye’nin yer aldığı aşı çalışmalarından haberdar olmuştuk. Yine yazılı ve görsel basından 1’i klinik çalışma aşamasına ulaşmış 8 aşı araştırmasının TÜBİTAK tarafından kamusal olarak desteklendiğini hayret ve mutlulukla öğrendik. Beklentimiz ülkemizdeki bu tür gelişmelerle ilgili haberleri uluslararası kuruluşlardan değil, doğrudan Sağlık Bakanlığı’ndan öğrenmektir. Yine ülkemizdeki COVID-19 çalışmalarının Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda kamusal olarak desteklenmesi, başarılı olunduğu takdirde aşı üretiminin de kamusal olarak gerçekleşmesini istiyoruz. Salgının önlenmesinde aşı önemli bir avantaj olmakla birlikte 2021’in ilk yarısından önce umut bağlamanın, en azından ülkemiz için yanıltıcı olacağı da bilinmelidir.

**CDC’nin 6 Ağustos 2020 tarihli açıklamasıyla Türkiye seyahat açısından “zorunlu olmadıkça gidilmemesi gereken ülke” olarak tanımlandı.** Bu değerlendirmenin işaret ettiği gerçek gözlemlerimizle uyumludur. Doğu-Güneydoğu Anadolu tablosu bütünüyle kontrolden çıkmış bir görünüm sergilemektedir. Yapılması gereken ortak akıl ve el birliğiyle mücadele etmenin zeminini oluşturmak ve açıklıkla, kendine ve topluma güvenerek, bilimin yol göstericiliğinde, sağlığı önceleyen kararlar alarak uygulamaktır. Ne yazık ki Türkiye’nin pandemi mücadelesinde 5 ayda geldiği yer vatandaşa “tedbir tedbir” diyerek verileri ve gerçekleri gizleme çabasıdır. Bu tutumu ne bilim insanlarımız ne de yurttaşlarımız hak etmektedir.