

Sayın Hans Kluge

DSÖ Avrupa Bölgesel Direktörü

Klugeh@who.int

Şahsınızda öncelikle 2020 yılının ilk günlerinden itibaren küresel olarak etki gösteren ve hızla yayılan SARS CoV-2 Pandemisi ile ilgili mücadeledeki katkıları için DSÖ Avrupa Ofisi'ne teşekkürlerimizi sunuyoruz. Bu süreçte ülkelerin Pandemi yanıtına katkı koyan her çaba değerli ve önemlidir.

10 Haziran tarihinde paylaştığınız tweet ile Türkiye'de COVID-19 sürecine dair değerlendirmenizi öğrenmiş olduk. Türkiye'nin COVID-19 süreci ile ilgili "kararlı ilerlemesi", "alınan dersleri belgelemesi", "şimdiye kadar yapılmış en büyük seroprevalans araştırması ve aşı deneyleri", "Suriyeli mülteciler dâhil hiç kimseyi geride bırakmaması" vurgularını yaptığınız ve Sağlık Bakanı'nı tebrik ettiğiniz tweetinizin Türkiye'de süreci yakından izleyen biz hekimler ve bilim insanları arasında şaşkınlıkla karşılandığını belirtmek isteriz. Bu kapsamda Türk Tabipleri Birliği olarak sürece ilişkin görüşlerimizi ve bu konuda kamuoyu ile paylaştığımız birçok rapor ve dokümandan bazılarını sizinle paylaşmanın önemli olduğunu düşünüyoruz.

Türkiye'de pandemi seyrinde ilk dalga baskılanamamıştır, vaka sayıları "istikrarlı bir azalma" göstermemekte ve son bir haftadır vaka sayılarında bir artış trendi izlenmektedir.

Türkiye'de vaka tespit edilen ilk günden itibaren pandeminin 100.günü geride bırakırken, günlük olarak kamuoyuna duyurulan doğrulanmış vaka, doğrulanmış ölüm, yapılan test, yoğun bakımda bulunan hasta ve entübe edilen hasta sayıları dışında Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış hiçbir epidemiyolojik veri ve risk gruplarına ilişkin (60 yaş üstü, kronik hastalıklar, mülteciler, vb) rapor vb. bir belge bulunmamaktadır. Bu, gerek salgın yönetimi gerek risk iletişimi gerekse de toplum katılımı açısından Dünya Sağlık Örgütü perspektifine uygun olmayan bir durum oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle Türkiye'de "alınan dersler belgelenememiştir."

Sağlık Bakanı tarafından başta tedavi olmak üzere birçok başarıdan söz edilse de bu başarıların bilimsel kanıtlar ortaya konmamakta ve bilimsel araştırmalara Sağlık Bakanlığı tarafından benzeri görülmeyen izin prosedürleri getirilmektedir. COVID-19 ile ilgili bütün araştırmalara Sağlık Bakanlığı'ndan izin alma zorunluluğu getirilmiştir. Araştırma önerisi Sağlık Bakanlığı tarafından reddedilen ve izin verilmeyen birçok araştırmacı bulunmaktadır ve bu araştırmacılar araştırma önerilerinin neden reddedildiğini bilmemektedirler. Oysa bilimsel araştırmalar geleceğe ışıktır; kısıtlanamaz.

Türk Tabipleri Birliği olarak bizim için geniş kapsamlı epidemiyolojik saha çalışmalarının geç de olsa yapılabilmesi memnuniyet vericidir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan ve sizin övgüyle sözünü ettiğiniz "seroprevalans araştırması" Türkiye'de başta epidemiyoloji, halk sağlığı, infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji ve göğüs hastalıkları alanındaki bilim insanları arasında olmak üzere yoğun olarak tartışılmaktadır. 153 bin kişiyle yapılacağı

belirtilen seroprevalans çalışmasının hangi epidemiyolojik yaklaşımlarla, varsayımlarla yapılıyor olduğu, çalışmada araştırmacı olarak kimlerin yer aldığı, bu kadar yüksek örnek hacmine neden gereksinim duyulduğu, örnek büyüklüğünün nasıl hesaplandığı, çalışmanın maliyeti ve bu maliyetin nereden karşılandığı, bunun yanında araştırmada veri toplama sırasında araştırma ekiplerine yönelik olarak gerek kendi sağlıkları gerekse de toplumsal bulaşıcılık açısından hangi önlemlerin alınacağı araştırmanın etik kurul onayı olup olmadığı bilinmemektedir.

Tweetinizde belirttiğiniz “aşı deneyleri” başlığının da hekim kamuoyunda kaygı oluşturduğunu belirtmek isteriz. Bu konunun, sizin amacınızın bu olmadığı açık ve net olsa da, COVID-19 ile ilgili aşı tartışmalarında Türkiye’de yapılan çalışmalarla ilgili kamuoyu ile paylaşılan net bilgiler olmadığı için farklı biçimlerde spekülasyona yol açabileceği görülmektedir.

Türk Tabipleri Birliği olarak süreçteki faaliyetlerimizi ve perspektifimizi yansıtan bazı dokümanları ilginize sunuyoruz. Türk Tabipleri Birliği olarak bu zorlu süreçte sizin şahsınızda DSÖ Avrupa Ofisi’nin değerli ve önemli çabalarının artarak süreceğini biliyoruz. İlk günlerden itibaren Sağlık Bakanlığı ile de paylaştığımız gibi, Türkiye’nin ulusal tabip birliği olarak her türlü katkıyı sunmaya hazır olduğumuzu bilmenizi isteriz.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

SALGINLA MÜCADELEDE DOĞRU YÖNTEM, EPİDEMİYOLOJİ BİLİMİNE UYMAKTIR

Tedavi etmek önemli ama salgında başarı, bulaşı-hastalanmayı önlemektir

Bugüne kadar 198 ülkede, 700 binden fazla insanı hastalandırdığı saptanan ve 33 bin insanın ölümüne yol açan SARS CoV-2 daha önce insanları hastalandırdığı bilinmeyen bir etken. Henüz, hastalığı (COVID-19) geçirip sağlığına kavuşanlarda kalıcı bağışıklığın gelişip gelişmediğinin tam olarak bilinmemesi bir yana, hastalığı geçirmemiş herkesin risk altında olduğu bir dönemdeyiz. Hastalığın benzerlerine göre bulaşıcılığı oldukça yüksek ($RO=2-3$), epidemiyolojik verilerle hazırlanan senaryolara göre herhangi bir kontrol yönteminin uygulanmaması halinde toplumun yarısından fazlasının enfekte olması, hastalığın üç ay içerisinde zirveye ulaşması ve çok sayıda ölümün gerçekleşmesi olasıdır.

Etken, solunum ve ağız yoluyla ulaşıyor. Hasta kişilerin öksürmesi ve solunumu sırasında havaya yayılan küçük damlacıklarla, bunların düştüğü yüzeylere ve hasta elleriyle temas eden ellerin yüze, ağıza götürülmesiyle bulaşıyor. Bulaşmadan sonraki 2-14 gün içinde ateş, öksürük ve solunum sıkıntısı gibi belirtilerle hastalık ortaya çıkıyor. Hastalanan 100 kişiden 30'u belirti vermeden hastalığı geçirirken, yaklaşık 50'si hafif bulgularla ve herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru gereği duymaksızın hastalığı geçiriyor. Geriye kalan 20'si tıbbi bakım ve tedaviye gereksinim duymakla birlikte, yalnızca 4-7'sinin solunum desteği ve yoğun bakım tedavisi gerektiren bir tablo oluşturduğu biliniyor. Bununla birlikte, hemen tüm virüs hastalıklarında olduğu gibi, COVID-19'a özgün olan bir ilaç ve tedavi henüz mevcut değil.

Bu durum göz önüne alındığında, hastalıktan korunma başka bir ifadeyle, sağlıklı kişilerin hastalanmasının önlenmesi öncelik ve büyük önem taşıyor. Bunun da yolu; **SALGIN YÖNETİMİ'nin öncelikli ve bilimsel bilgiye dayalı olarak, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu ve koordinasyonunda sürecin tüm bileşenlerinin katılımıyla ve şeffaf olarak hayata geçirilmesidir.**

COVID-19 pandemisine karşı temel yaklaşım, insanların birbirleriyle temas oranlarını azaltarak virüsün hasta kişiden sağlıklı kişiye bulaşmasını azaltmak olmalıdır.

Salgın yönetiminin birinci aşaması **AKTİF SÜRVEYANS SİSTEMİNİN** kurulması ve sistematik bir biçimde **FİLYASYON** (bilinen hastalarla temaslıları, hastaları bulma) uygulanmasıdır. Öte yandan, salgın yönetiminde birbirini tamamlayan, evrenselleşmiş hatta edebiyat dünyasının önemsedığı romanlara da konu olmuş üç ayağının da doğru zamanda ve doğru içerikle uygulanması önemlidir.

Bunlardan ilki, **KARANTİNA** (Quarantine)'dır. Hastalık şüphesi olanların, hastalarla temas etmiş olduğu bilinen ya da düşünülen kişilerin, o hastalığın etkeninin en uzun kuluçka süresi kadar bir zaman diliminde, uygun koşullarda, sağlıklı kişilerle temasının önlenmesi, onlardan ayrı yerlerde tutulmasıdır. Sağlık Bakanlığı'nın Çin'den özel uçakla getirip, muayene ve tetkiklerinde hastalık belirtisi bulunamamasına karşın, 62 yurttaşımızı Ankara'da Şehir Hastanesi nedeniyle hizmet sunmaya kapatılmış bir devlet hastanesinde 14 gün süresince misafir etmiş olması karantina uygulamasının bir örneğidir. Umre'den gelenlerin sadece son grubunun öğrenci yurdunda hep beraber misafir edilmesi ise karantina uygulanmasında bilimsel, sistematik ve bütünsel bir yaklaşımın olmadığını göstermiş, bununla birlikte,

karantina uygulaması birçok durumda gerekli olmasına karşın, Bakanlık tarafından bir daha uygulanmamıştır.

İkincisi **İZOLASYON-AYIRMA** (İsolation)'dur. Hastalık tanısı konanların, hastalığın bulaşıcılık süresi kadar bir zaman dilimi için ayrı tutulmasıdır. Böylece hasta kişinin etkeni sağlıklı kişilere doğrudan ya da dolaylı olarak bulaştırmasının engellenmesi sağlanmaya çalışılmış olur. COVID-19 tanısı konmasına karşın, hastanede tedavisi gerekmeyen olguların, uygun koşullar sağlanarak, ailenin diğer üyelerinin korunması için gerekenler yapıldıktan sonra evlerinde tutulmaları bir izolasyon uygulamasıdır. Evde izolasyon koşullarının sağlanamadığı durumlar için yerel yönetimlerle birlikte barınma olanakları sağlanmalıdır.

Sonuncusu **TECRİT-AYRI TUTMA** (Segregation)'dır. Tecrit, izolasyonun tersidir. Hastalanmamış, sağlıklı olduğu ve hastalanma riski olduğu bilinen kişilerin ayrı tutulmasıdır. Amaç hastalık riski taşıyanların hastalanmasını önlemektir. Günümüzde COVID-19 hastalığı riski yüksek olduğu bilinen 65+ yaş grubu yurttaşlarımızın uygun koşullar sağlanarak, dışarı çıkmalarının istenmemesi bunun bir örneği olarak kabul edilebilir. Unutulmamalıdır ki çocukları ve torunlarıyla birlikte yaşamakta olanlar için, özel tedbirler alınmamışsa, bu uygulamanın gerçekliğinden-başarısından söz edilemez.

Bunların dışında salgına karşı genel bir önlem olarak, toplumun hareketliliğinin sınırlandırılması (Community containment) söz konusu olabilir. Toplumun büyük bir çoğunluğunun uyması koşuluyla, kişisel etkileşimleri ve hareketliliği azaltmak için bütün toplantıların iptali, okulların kapatılması, evden çalışmanın benimsenmesi ve bakkaldan yiyecek almak gibi zorunlu karşılaşmalarda 2 metrelik fiziksel uzaklığın korunması gibi uygulamalar yürürlüğe konabilir. Ancak ülkemizde olduğu gibi özel sektörde çalışanların ücretli izin verilmeksizin çalışmaya devam etmek zorunda kaldığı koşullarda, bu uygulamanın etkili olması beklenemez.

Salgının dünyaya ilân edilmesinden sonra Türkiye'de;

1. İran'da salgının olduğu öğrenilmesine karşın, sınır kapıları tedricen kapatıldı, gelenlere etkin karantina uygulanmadı.
2. Salgının var olduğu bilinen Avrupa ülkelerinden gelen 300 bini aşkın kişiye ateş taraması dışında herhangi bir kısıtlayıcı uygulama neredeyse yapılmadı.
3. AB ile ilişkiler gerginleştğinde ülkenin çok farklı kentlerinde yaşamakta olan göçmenler-sığınmacılar-mülteciler araçlarla, kitlesel olarak Yunanistan sınırında olan illerimize taşındı. Yaklaşık bir hafta sonrasında yeniden, yine kitlesel olarak araçlarla eski ikametlerine taşındı. Böylece, yetkililer sorumluluklarının tam tersi bir uygulama ile etkenin yayılma riskini arttırmış oldu.
4. Suudi Arabistan'da da salgın olduğu ve Umre'de çok farklı ülke yurttaşlarıyla temas olacağı biliniyor olmasına karşın, Umre'den dönen milletvekilleri, bürokratlar başta olmak üzere, yirmi binin üzerindeki kişinin önemli bir bölümüne karantina uygulanmadı. Bu kişiler, ülkemizin hemen bütün illerinde bulunan evlerine gittiler. Olağan dönemlerde olduğu gibi akrabalarının, komşularının vb. kutlamalarını yakın temaslarla kabul ettiler.
5. Okullar ve üniversiteler tatil edilmesine karşın, eş zamanlı olarak askere alımlar/terhisler ile toplu ibadetler engellenmedi.

Sağlık Bakanı tarafından yapılan açıklamaya göre 29 Mart 2020 tarihi itibarıyla test yapılan olgu sayısı ancak 65 bine ulaştı. Hastalık belirtisi olanların büyük bölümüne, temaslara, sağlık kurumlarında hasta ve olası COVID-19'lularla teması olan sağlık emekçilerine sistemli olarak test yapılmadı. Filyasyon için hâlâ hangi adımların atıldığını bilmiyoruz. Bu nedenlerle, BİLİNEN/TANISI KESİNLEŞMİŞ hasta sayımız gün itibarıyla yalnızca 9 bin 217 kişi olarak açıklanabiliyor.

Oysa, etkenin bilinen özellikleri ve olası hastalar ve/veya temaslılarla ilgili uygulamalar göz önüne alındığında, sayılarını söyleme olanağımız olmasa da hastalığın ülkenin hemen her yerinde ve yaygın olduğunu söyleyebiliriz.

İlk doğrulanmış olgunun duyurulduğu günden bu yana salgın eğrisi incelendiğinde, başlangıçta salgını baskılama stratejisi uygulanacakmış gibi gözlenirken, sonrasında yukarıda beş maddede açıklanan yaklaşımlar yüzünden fiili olarak salgının etkisini azaltma stratejisine dönmüş olması nedeniyle, ülkemiz göz göre göre enfekte hale getirilmiştir. Olgular ve temaslılar neredeyse hemen her yerdedir. Bu aşamadan sonra ülke çapında karantina uygulaması fırsatı kaçırılmıştır. Karantina ve tecrit, epidemiyolojik veriler ışığında yerel/bölgesel olarak halen hızla ve kararlılıkla uygulanabilir. Ancak geldiğimiz noktada risk grupları (Çocukları ve torunlarıyla birlikte yaşamayan, çalışmak zorunda olmayan 65+ yaştakilerden yalnız ve/veya eşiyle yaşayanlarla, kanser, şeker, tansiyon, bağışıklık sistemi bozukluğu olan hastalar) dışında ülke çapında tecrit uygulamasının da bir anlamı kalmamıştır.

Bugün ve sonrasında yapılması gereken Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği gibi çok sayıda test yaparak, katı bir izolasyon uygulamaktır. Suriyeli sığınmacılarla birlikte 90 milyona yakın kişinin yaşadığı ülkemizde, günde 30 binin üzerinde test yapılarak, test sonuçları pozitif olan olgular ile temaslıları ivedi olarak sağlıklı kişilerden ayrılmalıdır. İzolasyon, kişilerin evlerinde yapılacağı gibi, evlerde yapılamayacağı durum ve koşullarda izolasyon için seçilen yurtlar ve oteller gibi mekânlar da kullanılabilir.

Dünyada ve ülkemizdeki salgınlar tarihi incelendiğinde, salgın yönetiminde bilimsel bilginin yol göstericiliğine güven ve sürekli kullanımı ve bu alanın kavramlarıyla tanımlanmış uygulamalar kullanılarak salgınla mücadelede başarı kazanmak mümkündür.

Geldiğimiz aşamada, **epidemiyolojik veriler ışığında belirlenecek bir süre için toplum hareketliliğinin kısıtlanması yaygınlaştırılarak sürdürülmeli**, aktif surveyans ve filyasyonun yanı sıra, endikasyonu olan herkese test uygulanabilmesi sağlanmalı, hastane tedavisi gerekmeyen hastaların izolasyonuna ağırlık verilmelidir. Ayrıca olgu sayıları ve sağlık hizmeti kapasitesi iller bazında değerlendirilerek, gerektiğinde, çalışma koşulları ve fizik mesafeyi korumayı sağlayacak önlemler il bazında alınmalıdır.

Düzenli geliri olmayanların, günlük kazanabilenlerin, yoksulların günlük zorunlu gereksinimlerinin karşılanmasının mümkün olmadığı koşulları 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 üç ay boyunca ücretsiz su-ısıtma-elektrik verilmesi vb.) ivedi olarak sağlanmasıdır. Türkiye'nin kaynakları bu destekler için yeterlidir.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

Türkiye’de ilk hasta duyurusundan bugüne...

Salgında Neredeyiz?

(3. ay değerlendirmesi)

2020 yılı yüzyılın ikinci pandemisiyle başladı, sürüyor. COVID-19 pandemisi ekolojik yıkım, doğal yaşam alanlarının tahrip edilmesi, çarpık kentleşme, yaban hayvan ticareti, sürekli genişleyen endüstriyel hayvancılık sektörü başta olmak üzere sosyal ve ekonomik bir dizi etkenin bir sonucu olarak dünyayı tehdit ediyor.

Veteriner halk sağlığını ve tek sağlık yaklaşımını bir kenara bırakıp, sağlığı bağlamından koparan ve sistemin ihtiyaçlarına göre yeniden şekillendirerek araçsallaştıran küresel bir kapitalizm ortamında pandemi, oluşturduğu etkilerle krizi derinleştiriyor. Hastalıkları ortaya çıkaran, yayılmasını arttıran, hastalık üreten, doğayı tahrip eden kapitalist sistem içerisinde bir “biz daha başarılıyız” yarışıdır gidiyor.

Ancak pandeminin küresel ölçekte bir krize yol açması meselenin sadece bir yönü; daha az görünür olan diğer yönü ise bu pandeminin kriz içindeki sistemin bir sonucu olması.

Yaşanan pandemi ilk değil ve son da olmayacak.

4763 insanımızı kaybettik. Yüzlerce insanımız yoğun bakımda.

Vaka sayısında dalgalanma sürüyor. Her gün testi pozitif çıkan bine yakın hastamız oluyor. PCR testi negatif olan ancak COVID-19 tedavisi alan kaç hasta var? **Bilmiyoruz, çünkü açıklanmıyor.**

Bu süreçte 23’ü hekim 43 sağlık çalışanını kaybettik.

Bu salgının etkisini hafifleten, yayılımını önleyen, sağlamları koruyan, hastaları iyileştiren her bir hekime, her bir sağlık çalışanına tek tek teşekkür ediyoruz.

Kaybettiğimiz bir meslektaşımızın sözleri kulaklarımızda: *“Hâlâ koruyucu giysimiz yok, ellerimiz alkolden hışır oldu. Bulaşma korkusuyla yemek yiyemez olduk. Evde çocuğumuza sarılmaya korkuyoruz.”*

Unutmuyoruz, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden bir başka meslektaşımızın ölüm belgesine testi negatif olduğu için COVID-19 yazılamadığını, otopsi gerektiğini.

Unutmuyoruz, aylarca evlerinden sevdiklerinden uzakta kalan, evde çocuklarına sarılamayan sağlıkçılar hiçbir maddi karşılık talep etmemişken, sadece her zaman olduğu gibi haklarına

sahip çıkarken lütuf gibi “ek ödeme” ile nasıl kandırıldıklarını. “*Hakkınız ödenmez*” dediler ve gerçekten de ödemediler.

Unutmuyoruz “*Sağlıkçılar kendini koruyamadı. Onlar bize yük olmasaydı, bugün belki geri dönüşü konuşuyorduk*” diyen yöneticileri.

Unutmuyoruz maskesizliği, sipersizliği, eldivensizliği, önlüksüzlüğü.

Unutmuyoruz özel sektörde meslektaşlarımızı ücretsiz izne çıkaranları, hak kayıplarını.

1 Nisan’da 601 PCR pozitif sağlık çalışanı sayısı 29 Nisan’da on iki katından fazlaya çıkarak 7428’u ulaştı. **Bir buçuk aydır bu sayının ne olduğu meçhul çünkü açıklanmıyor, Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının sağlık durumuyla ilgili sessizliğini koruyor.**

Salgın “sırlarla” yönetiliyor.

Odalarımıza başvurulardan, medyadan biliyoruz ki salgının üçüncü ayında da sağlık çalışanları hasta olmaya devam ederek, yaşamlarını kaybederek çalışmaya devam ettiler, ediyorlar.

Her gün ASM’lerde, hastanelerde, işyerlerinde, hastaların evlerinde hizmet vermeye devam ediyorlar. Hâlâ kişisel koruyucu donanımlarla ilgili nitelik ve nicelik sorunları yaşıyorlar.

Çalıştıkları ortam nedeniyle toplumdan daha fazla risk taşıdıkları bilinmesine rağmen COVID-19 sağlık çalışanları için çalışan sağlığı yönüyle düzenleme yapılmadı.

Hâlâ Trabzon’da bir hastanede ve İstanbul’da filyasyon yaparken bir evde olduğu gibi şiddete maruz kalıyorlar.

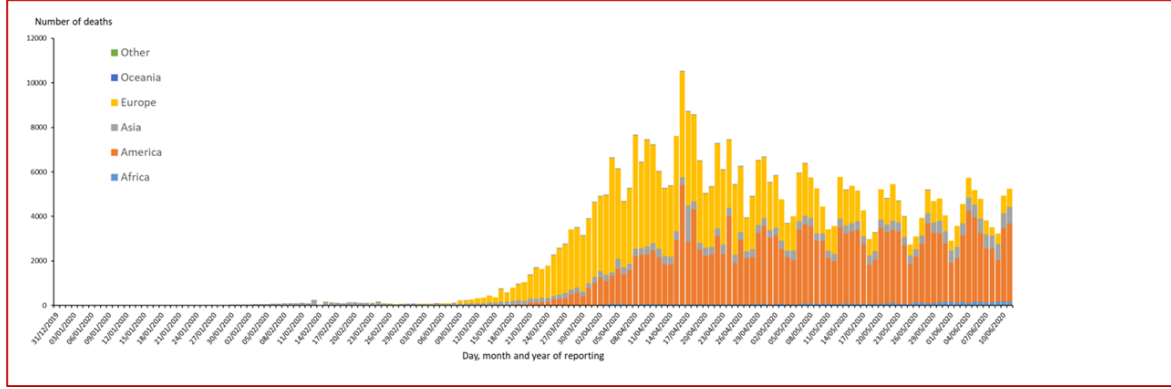
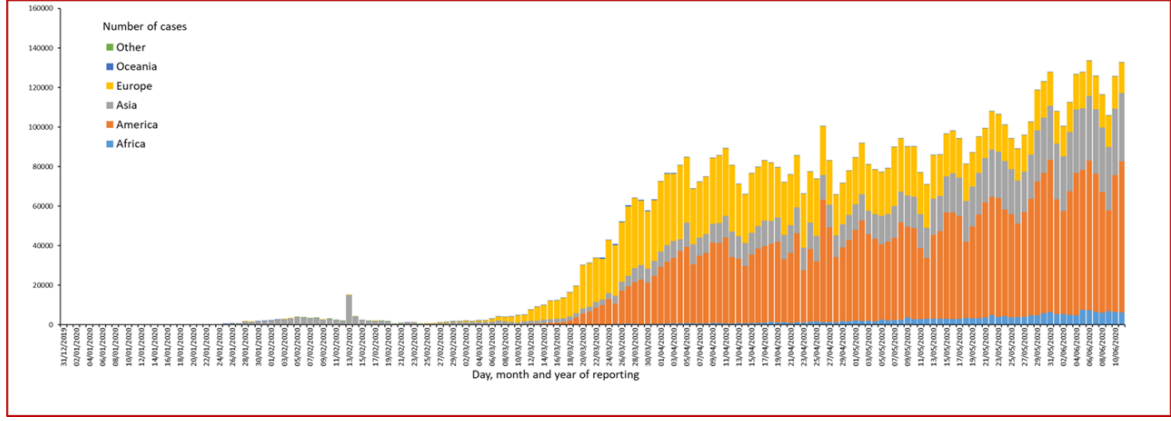
Hâlâ il pandemi kurullarında sağlık çalışanlarının temsilcileri yer almıyor. Sağlık çalışanları kendi illerindeki vaka ve ölüm sayılarını da normalleşme sürecini de medyadan takip edebiliyorlar ne yazık ki.

Üç aydır ertelenmiş sağlık hizmet gereksinimini karşılamak için artacak iş yükünün önlenmesi için hâlâ planlamalar ve düzenlemeler yapılmış değil. “Yeniden açılma” süreci sonrası artacak iş yüküne dair planlama, sağlık çalışanları ve temsilcileriyle paylaşılmış değil. Bu durum idari izinli sayılan risk grubu çalışanların hizmete geri çağırılması ihtimalini artırıyor.

Salgının devam ettiği üçüncü ayda da sağlık çalışanları yaşamları pahasına hizmet vermeye devam ediyor.

Pandemi, hastalığın ilk tanımlandığı tarihten bu yana beş ayı geçtiği halde, bütün dünyada etkisini sürdürüyor, henüz sona ermedi.

Türkiye Ocak ayı başından itibaren hızla dünyaya yayılan COVID-19 pandemisinde ilk vakayı açıkladığı tarihten itibaren üçüncü ayını doldurdu.



- Doğrulanmış olgu sayısı
 - Dünya: 7.414.050
 - Türkiye: **174.023**
- Doğrulanmış ölüm sayısı
 - Dünya: 417.514
 - Türkiye: **4.763**

11 Haziran 2020 tarihi itibarıyla Türkiye’de aktif hasta sayısı¹ **21.400’**.

İçişleri Bakanlığı 31 Mayıs saat 20.00 itibarıyla 24 ilimizdeki, 2 belde, 20 köy, 34 mahalle ve 2 mezra olmak üzere toplam 58 yerleşim yerinde karantina tedbirleri uygulandığını, karantina tedbiri uygulanan yerleşim yerindeki toplam nüfusun **51.669** kişi olduğunu açıkladı².

Karantinada olan nüfus ile aktif hastaların sayısı, Türkiye’de COVID-19 salgınının etkisini sürdürdüğünü açık olarak ortaya koyuyor.

Türkiye nüfusa göre dünyanın en kalabalık **17.** ülkesi. Pandeminin üçüncü ayı bittiğinde bütün dünyada COVID-19 doğrulanmış olgu sayısında **12.** sırada, COVID-19 doğrulanmış ölüm sayısında ise **17.** sıradadır.

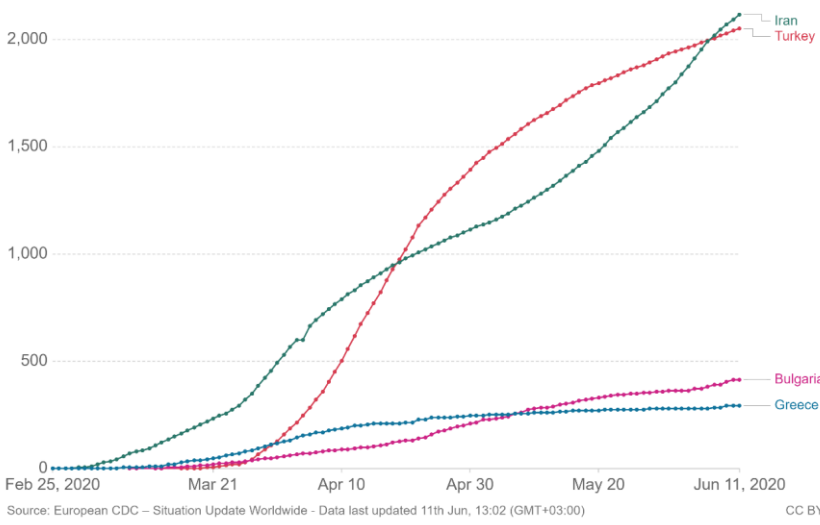
Türkiye, milyon kişi başına **toplam doğrulanmış olgu** sayısı bakımından komşu ülkelerle karşılaştırıldığında İran ile benzerlik gösteriyor, Bulgaristan ve Yunanistan’da ise toplam doğrulanmış olgu sayısının Türkiye’den daha az olduğu gözleniyor.

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

² <https://www.icisleri.gov.tr/15-ilde-uygulanan-sokaga-cikma-kisitlamasi-31-mayis-saat-2400-itibariyle-sona-eriyor>

Cumulative confirmed COVID-19 cases per million people

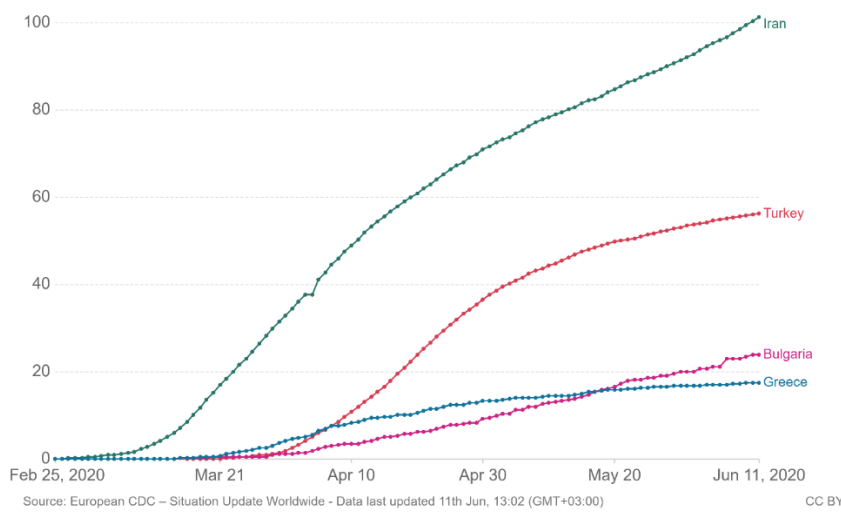
The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Türkiye'yi, milyon kişi başına **toplam doğrulanmış ölüm sayısı** bakımından komşu ülkelerle karşılaştırdığımızda ise, toplam ölüm sayısının İran'dan düşük; Bulgaristan ve Yunanistan'dan ise yüksek olduğunu görüyoruz.

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Üçüncü ayını dolduran salgında neredeyiz?

Hızla, 11 Mayıs tarihinden bu yana AVM'ler başta olmak üzere kapanan bütün işyerleri hızla açılırken , "çok başarılıyız" açıklamaları peş peşe geliyor, zaman zaman 2. dalga ne zaman gelir tartışmaları yapılıyor ancak salgının en yıkıcı etkisini gösterdiği **ilk dalgayı tam olarak bastırabilmiş değiliz**. Üstelik bütün dünyada tedavide kullanılan ilaçlarla ilgili yaygın bir tartışma hala devam ediyor. Bunlar bilinmesine rağmen Türkiye'nin tedavideki başarısı bilimsel çalışmalara dayanmayan bir şekilde erkenden ilan edilebiliyor. Oysa pandemi ile ilgili henüz birçok konu belirsizliğini koruyor. Ülkeleri karşılaştırmak için gerekli epidemiyolojik göstergeler henüz açıklanabilmiş değil. Beş bine yakın yurttaşımızı yitirdiğimiz bir

pandemiden ‘Başarı’ öyküsü çıkarabilmek için uğraş verilmesini yadırgıyoruz. Ülkemizin pandemiye karşı vermiş olduğu yanıtı değerlendirebilmek ve karşılaştırabilmek için Sağlık Bakanlığı’nın salgın ile ilgili kapsamlı verileri (Olguların ve ölümlerin yaş gruplarına, cinsiyete, yerleşim yerlerine, eşlik eden hastalıklara, risk gruplarına göre dağılımı vb.) Türk Tabipleri Birliği ve ilgili meslek örgütleri, akademik kurumlar ve elbette kamuoyu ile paylaşmasını bekliyoruz.

Sağlık Bakanı tarafından yapılan açıklama nedeniyle kamuoyunda hafta sonu sokağa çıkma yasağı yok algısı yerleşmişken, geçtiğimiz Perşembe günü İçişleri Bakanlığı’nın 14+1 ilde sokağa çıkmayı yasaklaması ve ertesi gün Cumhurbaşkanı’nın yasağı kaldırması pandemi yönetimindeki eşgüdüm eksikliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

65 yaş üstü yurttaşlarımızın yalnızca 10.00-20.00 saatleri arasında sokağa çıkabileceği kararının ise bilimsel gerekçelerini henüz bilmiyoruz.

Bilimsel araştırmalara benzeri görülmeyen izin prosedürleri getiriliyor (Bilimsel araştırmalar geleceğe ışıktır; kısıtlanamaz! https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=ad162464-96a9-11ea-baf3-777c09b98775).

Türkiye’de salgın süreci yönetimi, katılımcılıktan ve veri paylaşımından uzak, epidemiyoloji biliminin salgın yönetiminde gereksinim duyduğu hiçbir veriyi ve analizi paylaşmayan, ne ölçüde kanıta dayalı yürütüldüğü belli olmayan bir biçimde ilerliyor.

Sağlık Bakanlığı ısrarla olguların ve ölümlerin çeşitli değişkenlere göre(il, ilçe, bölge, yaş, cins, hastalık, risk grubu vb) dağılımını açıklamaktan kaçınmaya devam ediyor. Olgulara ve ölümlere ilişkin bu dağılımların açıklanmaması pandemi ile ilgili kapsamlı bir değerlendirme yapmayı engelliyor. Dünyadan pandemi ile ilgili hasta ve kişi verilerinin çeşitli şirketlere satıldığı bilgileri gelirken Türkiye’de verilerin açıklanmaması durumunun bununla ilintili olup olmadığı soruları çoğalıyor.

Ölüm kayıtlarına ilişkin uluslararası öneriler hâlâ uygulanmadı.

“Vakalar hafifledi” açıklamalarını hayretle izliyoruz. **Kanıt** nerede? **Yok.** Üstelik mevcut akademik çalışmalar tam aksini söylüyor. Örneğin, virüsün tüm genom analizini içeren bazı çalışmalar “virüsün yapısında, daha olumlu veya daha olumsuz sonuçlara yol açabilecek bir değişiklik olmadığını” söylüyor ve ekliyor: “dolayısıyla bulaşmaya yönelik tedbirlerin hassasiyetle uygulanmaya devam edilmesi gerekir.”

Salgını kontrol altına alabildik mi? Kanıt yok. Salgın eğrisinin tepe noktasına ulaştıktan sonra çıktığı hızla iniş göstermemesi ve özellikle 11 Mayıs’taki erken açılmanın ardından doğrulanmış olgu sayılarındaki kümelenmeler ve yurt çapında çok sayıda ilan edilen karantina uygulamaları salgının kontrol altında olduğunu söyleyebilmek için henüz erken olduğunu gösteriyor.

TTB olarak önerdiğimiz geniş kapsamlı epidemiyolojik saha çalışmalarının geç de olsa yapılabilmesi olması memnuniyet verici olmakla birlikte; 153 bin kişiyle yapılacağı belirtilen seroprevalans çalışmasının hangi epidemiyolojik yaklaşımlarla, varsayımlarla yapılıyor olduğunu, çalışmada araştırmacı olarak kimlerin yer aldığını, bu kadar yüksek örnek hacmine neden gereksinim duyulduğunu, örnek büyüklüğünün nasıl hesaplandığını, illerden belirlenen hane sayısının nasıl tespit edildiğini, çalışmanın maliyetini ve bu maliyetin nereden karşılandığını, çalışmada neden yaşa ve cinse özel bir örnek seçimi yapılmadığını, örnek seçiminde neden sadece illerin esas alındığını ve ilçelerin örneğe dahil edilmediğini, illerden seçilecek hane sayısının neye göre belirlendiğini, bunun yanında araştırmada veri toplama sırasında araştırma ekiplerine yönelik olarak gerek kendi sağlıkları gerekse de toplumsal bulaşıcılık açısından hangi önlemlerin alınacağını bilmiyoruz. Çalışmanın epidemiyolojik olarak birçok yönden gözden geçirilmesini ve bilim insanlarıyla tartışılarak getirilecek önerilerden sonra başlanmasını öneriyoruz.

Dünyada en yüksek toplam vaka sayısının ortaya çıktığı, salgının küresel ölçekte kötüye gittiği ve bulaşıcılığın sürdüğü bir dönemde Türkiye olarak hızla “normalleşiyoruz”. **Serbestleşen hemen her kısıtlamada bilimsel dayanak arıyor ancak bulamıyoruz**, kararların onların önerileri doğrultusunda alındığı söylene de bu konudaki Bilim Kurulu önerilerini bilmiyoruz.

Adına “normalleşme” denilen bu ‘yeniden açılma’ sürecinde sağlık hizmetlerinin yeniden planlanması gerekiyor. Toplumun ve COVID-19 hastalarının gereksinimi olan **koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu sürdürürken, salgın sürecinde ertelenmiş, birikmiş sağlık sorunlarına sahip hastaların başvurularına yanıt verilmesi sürecini nasıl planlıyoruz?**

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri sunumu sırasında alınacak önlemleri sıralarken ‘Normalleşme Döneminde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi’ dokümanının COVID-19 Pandemisinin Hafifleme Sürecinde Hastanelerde Normale Dönüş Planı bölümünde sağlık hizmeti sırasında alınacak önlemlere karar verilirken önemli iki parametreye dikkat çekiyor:

1. İl düzeyinde en az 14 gün boyunca COVID-19 insidansında istikrarlı olarak azalma gözlenmesi,

2. Cerrahi işlemler öncesinde hastalara tarama amaçlı PCR testlerinin yapıp yapılmayacağına karar verilmesi (bölgedeki test pozitifliği %2 ve altında ise tarama testi önerilmiyor, %2’nin üzerinde ise öneriliyor).

İl ve ülke düzeyinde hiçbir verinin paylaşılmadığı ve hastanelerin, kliniklerin ve hekimlerin bu verilere nereden nasıl ulaşılabileceğinin bilinmediği bir ortamda Normale Dönüş Planı’nın nasıl uygulanabileceği de belirsizliğini koruyor.

Birinci basamak sağlık kurumlarının pandemi dönemindeki ihtiyaçları giderilebildi mi, pandemiye özel bir yapılanma ve yönetim anlayışı belirlenebildi mi? Aile hekimlerinin sesini duyuyor mu Sağlık Bakanlığı?

Sorularımıza yanıt alabiliyor muyuz? Hayır!

1 Haziran tarihi ile birlikte kısıtlamaların hızla kaldırıldığını gördük. Ancak risk gruplarının korunması amacıyla sürdürülen kısıtlamalarla özellikle 65 yaş ve üstü insanlarımızın sağlıklı ilgili ihtiyaçlarının gözetilmediğine de tanık olduk. 21 Mart'tan bu yana aylardır evde tutulan bu yaş grubu, bu önlemin etkin olup olmadığına dair herhangi bir verinin paylaşılmadığı ve toplam ölümlerin %93'ünün bu yaş grubunda olduğunun açıklanmasıyla önlemlerin işe yarayıp yaramadığının da tartışılır olduğu bir ortamda kronik hastalıklarından beslenme ve egzersiz ihtiyaçlarının karşılanmamasına, psikososyal sorunlarından onların damgalanmalarına yol açabilecek söylemlerin önüne geçilememesine kadar birçok sorunla yüz yüze kalarak kendini dışlanmış hissetti ve daha da içine kapandı. Öte yandan her şey "normalleştirilirken" onların normalleşmeleri saat 10.-20 ile sınırlandırıldı ve bir kez daha örselendiler. "Normalleşme" sürecinde sağlık hizmetlerinin yeniden planlanması süreçlerinde öncelik verilmesi gereken **65 yaş üstü nüfus, pandeminin mortalite ve morbiditeye etkisini doğrudan ya da dolaylı olarak yaşıyor ve yaşayacak.**

Pandeminin tıp ve sağlık alanında etkilediği bir diğer alan da tıp eğitimi. Süreç içerisinde YÖK tarafından 13 Mart'ta mezuniyet öncesi tıp eğitimi intern hekimler dışında (gönüllü olmaları ve tıp fakültelerince uygun görülmesi halinde) durduruldu, intern hekimlerin eğitimleri konusunda inisiyatif üniversitelere bırakıldı. Bu süreçte **tıp fakültelerinde tıp eğitime ilişkin düzenlemelerin değişkenlik gösterdiğini izledik.** Bu değişkenliğin hekim adaylarının eğitime nasıl yansıtacağı, yürütülen etkinliklerin standartları karşılayıp karşılamadığı ve telafi mekanizmaları ve faaliyetlerinin yapıp yapılmayacağı netleşmedi. Konu ile ilgili derneklerin "salgın sonrasında yüz yüze eğitimlerin başlayabildiği koşullarda yoğunlaştırılmış ve tamamlayıcı bir telafi programının uygulanması, uygulama içeren etkinliklerin fiziksel mesafeye dikkat edilerek olabildiğince yüz-yüze tamamlanması için planlama yapılması" önerilerinin karşılık bulmadığını görüyoruz.

Toplumun salgın yönetimine uyumunun sağlanması ve yeniden açılma sürecinde toplumların geçiş dönemi konusunda bilgilendirilmiş, bu sürece katılımları gerekliyen toplumun, toplumdaki eşitsizliğin sesi duyuluyor mu? Virüsün herkesi etkilediği söylemi yoksulluğu, eşitsizliği ve sınıfsal ayrımları örtüyor ve bütün yükü bireyin sırtına yüklemekten geri durmuyor. Sınıfsal eşitsizliği derinleştiren, salgın önlemleri alınırken ekonomik ve sosyal destek konusunda sınıfta kalan ve ağır ve kalıcı tahribatlar bırakan pandemi, yeni yıkımlar ortaya çıkartacak bir şekilde ilerliyor. Kırılgan gruplar (yaşlılar, göçmenler, tutuklu/hükümlüler, toplumun ayrımcılığa uğrayan her kesimi vb) bir yandan pandemiden yoğun olarak etkilenmiş ve daha nitelikli sağlık hizmetine ihtiyaç duymuşken diğer yandan da damgalanıyor. Salgın var olan eşitsizlikleri daha da derinleştiriyor. Toplumun salgın sürecine uyumunun sağlanması, hem önlemlerin alındığı ve hem de daha sonra yeniden açılma, normalleşmeye geçiş sürecinde yeterince bilgilendirilmesi ile mümkün ve bu süreçte toplumsal hayattaki farklı kesimlere seslenen bir dil kullanmak gerekiyor.

Üçüncü ayını geride bıraktığımız ve önümüzdeki uzun bir yolun olduğu bu salgında daha önce belirttiklerimizi bir kez daha hatırlatmak istiyoruz.

- Salgınla m¼cadelede doğru y¼ntem, epidemiyoloji bilimine uymaktır.
- Tedavi etmek ¼nemlidir ama salgında başarı, bulaşıcılığı-hastalanmayı ¼nlemektir.
- Hastalıktan korunma, sağlıklı kişilerin hastalanmasının ¼nlenmesi ¼nceliktir. Bunun da yolu; Salgın y¼netiminin ¼ncelikli ve bilimsel bilgiye dayalı olarak, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu ve koordinasyonunda s¼recin t¼m bileşenlerinin katılımıyla ve şeffaf olarak hayata geçirilmesidir.
- COVID-19 pandemisine karşı temel yaklaşım, insanların birbirleriyle temas oranlarını azaltarak vir¼s¼n hasta kişiden sağlıklı kişiye bulaşmasını azaltmak olmalıdır.

Pandeminin ¼ç¼nc¼ ayı biterken, bilimsel gerekçelere dayandırılmayan erken açılma kararları, ¼zellikle 1 Haziran sonrasında hem olgu sayılarında hem de yoğun bakımda tedavi g¼ren ve solunum desteğine gereksinim duyan hasta sayılarında artışa yol ağtı. Sağlık Bakanlığı bu artışın s¼rmemesi ve salgının kontrol altına alınabilmesi için yurttaşlara kişisel ¼nlemlere dikkat etmeleri konusunda ısrarla çağrıda bulunuyor, bu çağrıyı ¼nemsiyoruz; ancak bulaşıcı hastalık salgınları tek başına kişisel ¼nlemlerle kontrol altına alınamaz. Kişisel ¼nlemlere uyulmasının yanı sıra ¼zellikle işyerleri, kamuya açık alanlar ve toplu ulaşım açısından kurumsal ¼nlemlerin alınması, izlenmesi ve denetlenmesi gerekir.

Başta Merkezi Y¼netim, Yerel Y¼netimler ve Sağlık Bakanlığı olmak ¼zere t¼m kurum ve kuruluşları kurumsal ¼nlemleri almaya davet ediyoruz.

T¼rk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (TTB) COVID-19 PANDEMİSİ İKİ AYLIK DEĞERLENDİRME RAPORU (12 Mayıs 2020)

ÖZET

Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, DSÖ kılavuz ve dokümanları çerçevesinde hazırlanmış önemli bir hazırlık dokümanıdır. 2019 yılı Türkiye için bu Plan'ın güncellendiği bir yıl olmuştur. Ulusal planın yakın dönemde güncellenmiş olması ülkenin salgına yanıtının etkinliği açısından önem taşımakla birlikte, Sağlık Bakanlığı bu Planı COVID-19 pandemi mücadelesi açısından ele almamış ve güncellememiştir. Yaşanan pandemi influenza virüsü kaynaklı olmasa da pandemi hazırlığının ana çerçevesi COVID-19 pandemisine yanıtın da ana çerçevesini oluşturmaktadır. Ancak yaşanan gelişmeler bu ana çerçevenin COVID-19 pandemisi sürecinde ne ölçüde uygulandığı konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır. Dünyada yaşanan gelişmeler ışığında erken dönemde ülkemizde bu planın hızla COVID-19'a uyarlanması ile ilgili bir çalışma yürütülmemiştir.

Hazırlık sürecinde erken dönemde planların COVID-19'a yönelik olarak güncellenmemesi ve işletilmemesi ve katılımcılığın esas alınmaması sonraki dönemlerde kişisel koruyucu malzeme sıkıntıları gibi sorunları da beraberinde getirmiştir. Ayrıca erken dönemde risk iletişimi ile ilgili planlamaların yapılmaması, verilerin açıklanması ve kamuoyuna duyurulması ile ilişkili sorunlar da oluşturmıştır. Uzun süre yalnızca vaka ve ölüm sayıları açıklanmış, test sayıları bile açıklanmamış ve Mart ayının son haftalarında günlük test sayıları açıklanmaya başlanmıştır. Ancak pandeminin ikinci ayını doldurmasına rağmen halen test yapılan kişi sayısı bilinmemektedir.

Türkiye'de yalnızca PCR testi pozitif çıkan doğrulanmış olguların ve ölümlerin açıklanmasının sınırlılığı bir yana (Türkiye'de PCR testi pozitifliğinin diğer ülkelere göre daha düşük olma olasılığı tartışma konusudur), bunlara ilişkin dağılımların açıklanmaması pandemi ile ilgili kapsamlı bir değerlendirme yapmayı engellemektedir. Pandeminin ikinci ayı sona ererken Sağlık Bakanlığı halen olguların ve ölümlerin bölgelere, il ve ilçelere, yaş gruplarına, cinsiyete, sosyal sınıflara, eşlik eden hastalıklara, hastalık bulgularına ve risk gruplarına göre dağılımını açıklamaktan kaçınmaktadır.

Bu nedenle Türkiye'de COVID-19 olgularının ve ölümlerinin dağılımı ile hastalığın Türkiye'deki kuluçka ve bulaştırıcılık süresi bilinmemekte, temel üreme katsayısı (Basic reproduction number, R0) gibi bulaşıcı hastalık göstergeleri hesaplanamamaktadır. Buna bağlı olarak salgının etkisini azaltmak için uygulamaya konulan 65 yaş üstündekilere ayrı tutma (tecrit) ve büyük kentlerde hafta sonları uygulanan kapanma politikalarının etkinliği de bilimsel ölçütlere göre bağımsız bilim insanları tarafından değerlendirilememektedir.

TTB'nin Türkiye'de 2003 yılında açıklanan 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde coğrafi temelli sistemden uzaklaşılmasının, özellikle salgın hastalıklara karşı etkin mücadelede yol açabileceği sorunları dile getirmesine karşı, Hükümet, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir erken uyarı sistemi kurulduğunu ve herhangi bir sorun yaşanmayacağını açıklamıştı. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri olan erişilebilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik zayıflamış, coğrafi bilgi sistemi yok edilmiştir. Bakanlık tarafından dile getirilen 'Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi' kurulmuş olmasına karşın, güçlü bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi olmadan tek başına bu dairenin kurulmuş olmasının bulaşıcı hastalık

salgınına karşı mücadelede yeterli olmadığı COVID-19 pandemisi sırasında maalesef bütün açıklığıyla ortaya çıkmıştır.

COVID-19 pandemisi bir yandan güçlü bir sosyal devlete duyulan gereksinimi çok açık biçimde ortaya koyarken, diğer yandan da kamucu bir sağlık sisteminin ne kadar önemli olduğunu da gözler önüne sermiştir. Sağlık sistemlerinin kamu tarafından finanse edilmesi ve sağlık hizmetinin kamu tarafından sunulmasının önemi yadsınamaz.

Türkiye'nin birçok ülkeyle kıyaslandığında nüfusa göre başta hekim ve hemşire sayısı olmak üzere sağlık çalışanı sayısı pandemiye yanıt vermek açısından sınırlıdır. Türkiye OECD ülkeleri içerisinde bin kişi başına düşen en düşük hekim ve hemşire sayısına sahiptir. Bu nedenle, sağlık çalışanları salgından kaynaklanan ek hizmet sunumu talebini karşılamak amacıyla daha fazla çalışmak zorunda kalmıştır.

Sağlık Bakanlığı pandeminin ülkemizde etki göstermesinden önce, henüz atanmamış sağlık çalışanları ile haklarında kesinleşmiş yargı kararı bulunmaksızın KHK ile görevlerinden ayrılmak zorunda bırakılan sağlık çalışanlarını istihdam etmek için herhangi bir girişimde bulunmamıştır.

Türkiye'de pandemiye karşı sağlık sisteminin yanıt verme kapasitesinin en önemli özelliği sağlık çalışanlarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün olumsuzluklarına karşın, aile sağlığı merkezlerinde, toplum sağlığı merkezlerinde, sağlıklı hayat merkezlerinde, ilçe ve il sağlık müdürlüklerinde, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde çalışan adanmış sağlık çalışanları özveriyle pandemiye karşı mücadele yürütmektedir.

Türkiye'de nüfus başına düşen hastane yatağı sayısı da OECD ülkelerine kıyasla düşüktür. OECD ülkelerinde ortalama olarak onbin kişiye 47 yatak düşerken, ülkemizde bu sayı 28'dir. Ülkemizde nüfusa göre hastane yatağı sayısı düşük olmasına karşın, yatak doluluk oranı da birçok ülkenin gerisindedir. OECD ülkelerinde ortalama yatak doluluk oranı %75 iken bu oran Türkiye'de %68'dir. Hastane yatağı sayısında OECD ülkelerinin çoğunun gerisinde kalan Türkiye, yoğun bakım yatakları sayısında birçok ülkeden daha yüksek yoğun bakım yatağı sayısına sahiptir. Ülkemizde toplam yoğun bakım yatağı sayısı 2018 yılında %37'si özel sektörde olmak üzere 38.098'dir. Ancak bunlardan yalnızca 24.071'i erişkin yoğun bakım yatağıdır ve Sağlık Bakanı'nın TBMM'de yaptığı konuşmadan öğrenildiği kadarıyla bunlardan yalnızca 13.211'i ileri düzey yoğun bakım koşullarını sağlamaktadır. Bu durumda erişkin nüfusa göre hesaplanacak olursa (2019'da 20+ kişi sayısı ülkemizde 57.611.058'dir) yüz bin kişiye düşen ileri düzey yoğun bakım yatak sayısı 23'tür. Bu sayı OECD ülkeleri ortalamasından ve birçok ülkeden daha yüksektir.

Ülkemizde nüfusa göre hastane yatağı düşük olmasına karşın, pandeminin ilk iki aylık sürecinde, kamu ve özel hastanelerin büyük çoğunluğunun 'pandemi hastanesi' olarak duyurulması nedeniyle COVID-19 hastaları dışındaki hastaların hastanelere başvurusundaki azalma ve 60+ kişilerin nüfusa oranının Avrupa'daki ülkelere göre görece düşüklüğü gibi nedenlerle pandemi sırasında Sağlık Bakanı'nın 'Türkiye'nin Wuhan'ı' olarak nitelediği İstanbul dışında ciddi bir hastane yatağı ve yoğun bakım yatağı sıkıntısı yaşanmamıştır.

Türkiye'de pandemiye karşı verilen yanıt değerlendirildiğinde aşağıdaki saptamalar yapılabilir:

- Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19'un influenzadan farklı olsa da ulusal hazırlığın varolan İnfluenza Hazırlık Planları üzerine inşa edilebileceğini belirtmektedir. Türkiye'nin İnfluenza pandemisi'ne yönelik olarak hazırlanmış ve çok yakın zamanda güncellenmiş bir Ulusal Pandemi Planı olmasına karşılık bu Plan'ın COVID-19'a yönelik olarak uyarlanması yapılmamış ve uygulanması tam olarak gerçekleştirilememiştir. Bu durum salgın yönetimini birçok açıdan olumsuz etkilemiştir.
- Pandemi Planı'ndaki "pandemi yönetimi" basamakları ve işleyişi uygulanmamıştır. "İl Pandemi Kurulu" yapısının Mart ayının sonunda akla gelmesi bu durumun açık örneğidir.
- Alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirecek bir izlem ve değerlendirme sistemi söz konusu değildir.
- Erken dönemde oluşturulan Bilim Kurulu'nun süreçte önemli bir yeri olmuştur. Ancak işleyişi ve önerilerinin uygulamaya geçişi ile ilgili sorular kamuoyunda tartışılmaktadır. Kamu yöneticilerince önlemlerin "Bilim Kurulu kararları doğrultusunda" hayata geçirildiği sık sık vurgulanmıştır. Buna karşın bazı Kurul üyelerinin basın yayın organlarında yaptığı açıklamalar bu durumun ne ölçüde bu şekilde olduğunun sorgulanmasını gerektirmiştir. Gerek 10 Nisan gecesi başlamasından iki saat önce ilan edilen ve hafta sonunu kapsayan sokağa çıkma yasağı, gerekse de özellikle AVM'lerin erken açılması ve liglerin başlaması gibi "gevşetilde" tartışmaları sonrasında yapılan açıklamalar Kurul işleyişi ile ilgili soru işaretlerini arttırmıştır. Son haftalarda Kurul üyelerinin ısrarla bu kurulun bir 'danışma kurulu' olduğunu vurgulaması ve bazı kararlarda etkileri olmadığını açıklamaları dikkat çekicidir. Ayrıca bazı Kurul üyelerinin yaptıkları açıklamalarda salgınla ilgili verilerin Bilim Kurulu ile de paylaşılmadığı anlaşılmıştır.
- Erken dönemden itibaren hastalıkla ilgili kamuoyunun bilgilendirilmesi ve topluma doğru mesajların aktarılması açısından Bilim Kurulu üyelerinin önemli katkıları olmuştur. Yapılan açıklamaların bir kısmı Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyu ile paylaşılmayan bazı noktaların açıklığa kavuşması konusunda da katkı sağlamıştır.
- Türkiye'de izole edilen SARS CoV-2 virüsünün genetik yapısının incelenmesinden, ülkemizde COVID-19 hastalığına yol açan virüsün ağırlıklı olarak Suudi Arabistan ve İran kökenli olduğu anlaşılmaktadır. Bu bilgi, hastalığın ülkemize girişinin değerlendirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır ve hastalığın yayılmasının büyük ölçüde Umre'den dönen yurttaşlarımızın kontrolsüz biçimde giriş yapması ile ilişkili olduğu ve İran'dan ülkemize geçişlerin önlenmesinde geç kalındığı iddialarını desteklemektedir.
- Pandemi sürecinde risk iletişimi ile ilgili sorunlar olduğu izlenmektedir. Yapılan araştırmalar toplumsal risk algısı ve bilgi kaynaklarının değişkenliğini ortaya koymaktadır ve halkın temel bilgi kaynakları arasında Sağlık Bakanlığı'nın yer almaması dikkat çekicidir.
- Salgın kontrol önlemleri, kapsamı ve zamanlamaları ele alındığında önlemlerin parçalı bir şekilde hayata geçirildiği izlenmektedir. Gerek bazı önlemlerin eş zamanlı uygulamaya konmaması, gerekse de kapsamına ve süresine ilişkin sorunlar, sürecin bütünlüklü yürütülmesini engellemiştir.
- Tanı, tedavi, ayırma, sürveyans, filyasyon uygulamalarının etkinliğini değerlendirecek kanıta dayalı bir değerlendirme sistemi olup olmadığı bilinmemektedir. Sağlık Bakanı'nın pandeminin başlangıcından çok sonra 'filyasyon' konusunda topluma bilgi verebilmesi, Sağlık Bakanlığı tarafından izlenen temel stratejinin olguları hastanelerde

saptamak ve tedavi etmek üzerine kurulu olduğunu ve hastalığın yayılmasının önlenmesi için alınacak önlemlerde (aktif süveyans sistemi, filyasyon vb) geç kalındığını açık olarak göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ilk doğrulanmış olguyu duyurduğu gün (11 Mart 2020) güncelleyerek yayınladığı COVID-19 Rehberinde temaslı takibi için 'Olası olgunun test sonucu çıkana kadar yakın temaslılara yönelik herhangi bir önlem alınmaz.' yazılmış olması, test süresinin uzaması nedeniyle (o sıralarda test süresi bir haftaya kadar uzabiliyordu) özellikle İstanbul'da hastalığın öngörülenden hızlı yayılmasına yol açtığı gibi, filyasyonun da zamanında ve etkin yapılamadığını göstermiştir.

- Hastalığın tanısına yönelik olarak test stratejisinde Türkiye "semptomu olanlara test" yapan ülkeler arasında sınıflandırılmaktadır ve bin kişi başına düşen test sayısı Avrupa'daki bazı ülkelere düşük seyretmektedir. Sağlık Bakanlığı, pandeminin ikinci ayı bitmiş olmasına karşın, Türk Tabipleri Birliği'nin ısrarlı çağrılarına rağmen başta sağlık çalışanları olmak üzere pandemi sırasında zorunlu olarak görev yapan risk gruplarındaki kişilere (Belediyelerde atık toplama işçileri, güvenlik görevlileri, gıda satış yerlerinde çalışanlar, pazarcılar vb.) test yapmaya yönelik herhangi bir girişimde bulunmamıştır.
- Olgu yönetiminde Bilim Kurulu Rehberi esas alınmış ve aralıklı olarak güncellenmiştir. Rehber'de ilk aşamada hastalıkla ilgili klinik bilgiler, vaka takip algoritması, numune alımı, saklanması ve nakli, temaslı takibi, enfeksiyon kontrolü ve izolasyon, hasta bakımı ve tedavisi, vaka görülen ülkelere gidecek kişilerin yapması gerekenler yer almıştır. Rehber, 30 Ocak, 25 Şubat, 11 Mart, 2 Nisan, 12 Nisan, 14 Nisan tarihlerinde güncellenmiştir. Güncellemelerde birçok başlıkta eklemeler ve değişiklikler yapılmış ve çeşitli başlıklarda algoritmalar hazırlanmıştır. Ancak Türkiye'nin, DSÖ veya ECDC tanımlarına başvurmadan ulusal bir COVID-19 tanımı kullandığı DSÖ raporlarına da yansımıştır.
- Süreç içerisinde Bilim Kurulu'nun kararları kamuoyuna açıklanmamıştır. Bilim Kurulu ile ilgili dikkat çekici bir konu, Kurulda uzun bir süre tek bir halk sağlığı uzmanının yer almasıdır. Bilim alanı itibarıyla salgın yönetimi biliminin ana alanı olan halk sağlığı disiplininin bilim insanlarının sayısı ancak Nisan ayı başında arttırılmıştır. Bu durum salgının saha çalışmaları boyutunu etkileyen bir unsur olarak görülebilir.
- Yayılımı önleme stratejileri ile ilgili olarak alınan önlemlerle sistematik bir yapı oluşturulmaya çalışıldığına ilişkin kapsamlı bir bilgilendirme söz konusu değildir. Bu yapının etkinliği ile ilgili bir değerlendirme yapmak için elde veri yoktur. İzlenen test stratejisi (uzun zaman boyunca sadece bir laboratuvarın yetkili kılınması, kullanılan testin etkinliği, test yapılan kişi sayısının ve niteliğinin -hasta, temaslı vb- açıklanmaması) yayılımın önlenmesi amacıyla gerçekleştirilen faaliyetleri değerlendirmeyi etkileyen bir faktör olmuştur.
- Kontrol önlemlerinin etkisinin değerlendirmesi amacıyla tasarlanmış bir değerlendirme sistemi kullanılıp kullanılmadığı bilinmemektedir. Temaslı izlemi, karantina uygulamaları, filyasyon ve süveyans çalışmaları gibi başlıklarda epidemiyolojik verilere dayalı bir değerlendirme yoktur.
- Test yapılan illerin ve merkezlerin sayısının salgının erken döneminde az olması test stratejisini belirleyen önemli bir faktör gibi görünmektedir. Erken dönemden itibaren tek merkezde sürdürülen test çalışması sonrasında 2 ilde, 25 Mart'ta 23 ilde 37 merkezde yapılabilmektedir.

- Ocak ayında yayınlanan ilk Rehberde Bakanlığın kendi Sağlık Bilimleri Üniversitesi dışında referans hastane olarak hiçbir tıp fakültesinin yer almaması da başlı başına önemli bir sorundur. Oysa ülkemizde hem insangücü hem de laboratuvar donanımı açısından uzun yıllardır virüslerle çalışan çok sayıda köklü tıp fakültesi bulunmaktadır. Bakanlığın bu fakülteleri uzun zaman hem PCR testi için yetkilendirmemesi hem de referans hastane olarak belirlememesi, bir anlamda pandemi savaşımının dışında tutmak için çaba göstermesi dikkat çekicidir.
- Salgının erken döneminden itibaren salgının epidemiyolojik değerlendirmesini sağlayacak veriler ve bilgiler açıklanmamıştır. Bu durum salgın yönetiminin değerlendirilmesini engellemektedir.
- İlk vaka görüldükten bir hafta sonra vaka sayısı 98’den 191’e ulaşarak “yerel dolaşım” olarak nitelendirilmiş ve DSÖ tarafından da kayda geçmiştir. Bir hafta içinde “ülkede virüsün yaygın dolaşımında” bulunması virüsün ülkeye giriş tarihinin ilk vaka tespitinden daha eski olduğunu ve salgının çok odaklı olduğunu düşündürmektedir. Türkiye varolan vakaların saptanmasında (ve duyurulmasında) geç kalmıştır.
- Veri paylaşımı ve istatistikler konusunda salgınla ilgili soru işaretlerini gideren bir iletişim stratejisi izlenmemektedir.
- Ölüm kayıtları ile ilgili DSÖ önerileri doğrultusunda bir düzenleme yapılmamıştır. TTB ve Türk Toraks Derneği, HASUDER gibi uzmanlık dernekleri bu konuda kapsamlı veri ve dokümanlar paylaşarak önerilerde bulunsada dikkate alınmamıştır.
- Veri açıklanmaması ve kayıtlarla ilgili sorunlar Sağlık Bakanlığı’nın şeffaf olmadığını açık olarak ortaya koymaktadır.
- Toplum katılımı ile ilgili mekanizmalar oluşturulmamıştır. Bu durum katılımcılığın esas alınmadığını göstermektedir. Meslek örgütlerinin ve uzmanlık derneklerinin sürece katkı koyabileceği mekanizmaların kurgulanmamış olması eksiklik olarak öne çıkmaktadır. Ulusal Pandemi Planı’nda katılımın “gerektiğinde” bazı komisyonlara davet edilebilme ve “gönüllü desteği” ile sınırlı tutulduğu görülmektedir ve bu durum, meslek örgütlerinin katkısının özellikle sınırlandırıldığını düşündürmektedir. Bu çerçeveye karşın merkezi düzeyde bu sınırlı katkı için bile meslek örgütlerine katılım olanağı sağlanmamıştır. Bu olanağın sağlanmamasının yanı sıra TTB tarafından yanıtlanması istemiyle Sağlık Bakanı’na ve/veya Sağlık Bakanlığı’na gönderilen pandemi ile ilgili soruların tümü yanıtsız bırakılmıştır.
- Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının enfekte olma sayılarında ciddi bir artış görülmektedir. Bu başlıkta da diğer başlıklar gibi düzenli bir veri açıklanmamaktadır. 1 Nisan itibariyle 601 sağlık çalışanı sayısı 12 katını aşarak 29 Nisan’da 7.428’e çıkmıştır. Diğer vaka sayılarında olduğu gibi bu sayı da sadece PCR testi pozitif olan sağlık çalışanlarının sayısını içermektedir. DSÖ’nün özellikle ve ısrarla vurguladığı sağlık kurumlarında ‘sağlık çalışanlarına yönelik özel sürveyans’ sistemlerinin oluşturulması konusunda herhangi bir çalışma yürütülmemektedir.
- Özellikle erken dönemde sağlık kuruluşlarında kişisel koruyucu malzeme sıkıntısı yaşanmıştır. Pandemi hazırlık planının işletilmemesi ve ülkede yaşanan farklı sorunların yansması olduğunu düşündüren bu durum, sağlık çalışanlarının riskini arttıran ve mücadele stratejisini aksatan bir unsur olmuştur. TTB tarafından 24 Mart’ta sonuçları kamuoyu ile paylaşılan TTB Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Virüsüne Maruz Kalımına İlişkin Risk Değerlendirmesi çalışmasında çalışmaya katılan 74 ilden 1820 sağlık çalışanının yüzde 48’i çalıştığı kurumda COVID-19 için ayrı bir triaj mekânı sağlanmadığını, yüzde 44’ü COVID-19 salgınında nasıl korunacağına dair çalıştığı

kurum tarafından bir eğitim verilmediğini, yüzde 53'ü COVID-19 salgınında iş organizasyonu ile ilgili yapılacak değişiklikler konusunda bilgi verilmediğini ifade etmiştir (TTB web sayfası). Hazırlıklılık sürecinin nasıl geçirildiğini gösteren bu veriler sağlık kurumlarında yaşanan sorunları açık olarak gözler önüne sermektedir.

- Dünya Sağlık Örgütü COVID-19 için inkübasyon süresinin ortalama 5-6 gün olduğunu, ancak 14 güne kadar da uzayabileceğini belirtmektedir. “Preseptomatik” dönem olarak da bilinen bu dönemde, kişiler bulaşıcı olabilir. Klasik filyasyon uygulamasında hastanın semptomlarının başlangıç tarihinin belirlenip bu tarihten itibaren en uzun inkübasyon süresi kadar geriye gidilmeli ve bu tarihten semptomların başlangıç tarihine kadar kimlerle, nerede, ne zaman, nasıl temas ettiğinin soruşturulması gerekmektedir. Böylece, daha önce kimlerin, nerede, ne zaman hasta oldukları, halen nerede ve kimlerin hasta olabilecekleri ve gelecekte nerede ve kimlerin hasta olabilecekleri öğrenilebilir. Sağlık Bakanlığı uygulamada olası vaka olarak tanımlanmış kişinin temaslıları sadece son 24 saat öncesini kapsayacak şekilde kişiye sorulmakta ve iletişim bilgileri kaydedilmektedir. Rehber bu konuda sahanın birçok yerinde farklı uygulanmakta, temaslı aranması ve takibinin verimsiz olmasına neden olmaktadır.
- Filyasyon uygulamaları, temaslıların sorgulanması ve ilk görüşmesinin yapılmasında, İl Sağlık Müdürlüklerince kurulan filyasyon ekiplerindeki sağlık çalışanları görev almaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan filyasyon ekiplerinin yapısı, her ilin kendi imkanlarına göre farklılık göstermektedir. Sağlık memurları, dış hekimleri, pratisyen hekimler gibi oldukça geniş bir dağılıma sahip filyasyon ekipleri hem farklı yapılara sahip olduklarından hem de görev tanımları hastanelerdeki tedavi protokollerinde olduğu gibi detaylı rehberlere dayalı olarak belirlenmediğinden ve ekipte yer alanların filyasyonun amacının ne olduğu, nasıl yapıldığı konusunda yeterince bilgisinin olmaması, ön hazırlık yapmaya olanak sağlanmamış olması, çok hızlı ve merkezden müdahalelerde yerel olanaklara uygunluğun değerlendirilmiyor olması, geri bildirimlere geç kulak veriliyor olması, uygulama, iletişim, bilgi, beceri, donanım açısından il/ilçe açısından farklılıkların büyük olması gibi birçok sorun vardır.
- Hastaların evde izlemlerin telefonla gerçekleştirilmesi aile hekimlerince yapılmaktadır. Evde aile hekimlerince yapılan telefonla izlemler de benzer şekilde bir rehbera dayalı olarak yapılmamaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin yaptıkları izlem tamamen kişinin beyanına dayalı olarak yürütülmektedir. Temasının evde kalması tamamen kendi inisiyatifi ile belirlendiğinden kontrol edilememektedir. Nasıl takip edileceği belirsizdir. Takip biçimi il, ilçeye hatta mahalleye göre farklılar göstermektedir.
- Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatında farklı birimlerde birçok halk sağlığı uzmanı yer almaktadır. Uzmanlıkları gereği salgınla mücadelede en aktif olmaları gereken halk sağlığı uzmanları etkin görev alamadıklarından saha çalışmalarında yeterli başarı sağlanamamaktadır.
- Olası hasta ve kesin hasta tanımının değerlendirilmesi ve karşılaştırılması sırasında radyolojik görüntüleme yöntemlerinin kullanılmasına ilişkin bazı sorunlar mevcuttur. 14 Nisan 2020 tarihli “COVID-19 Rehberi”nde yer alan COVID-19 şüpheli hastaya yaklaşımda radyolojik görüntüleme yöntemlerinin kullanımına ilişkin bazı bilgiler uluslararası deneyimler ve literatür bilgileriyle uyuşmamaktadır. TTB Merkez Konseyi, Türk Radyoloji Derneği'nin ve Türk Toraks Derneği'nin de görüşünü alarak hazırladığı ve 4 Mayıs 2020'de Sağlık Bakanlığı'na gönderdiği yazıda, rehberin mevcut halinde

yer alan COVID-19 şüpheli her hastaya hem akciğer grafisi hem de bilgisayarlı tomografi yapılması yönündeki önerinin bilimsel olmadığını ve rehberde buna ilişkin olarak yer alan algoritmanın yeniden değerlendirilerek düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir.

- Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan testlere ilişkin testin epidemiyolojik özellikleri de içinde olmak üzere (seçicilik, duyarlılık vb) herhangi bir açıklama yapılmamaktadır. Ancak COVID-19 hastalığı bulguları gösterdiği ve örneğin BT bulguları da var olduğu halde PCR testi sonucu negatif gelen pekçok hastanın varlığı tartışma konusudur. Ege Üniversitesi Rektörü tarafından 28 Nisan’da yapılan açıklamaya göre hastanelerine pandemi polikliniği ile acile başvuran 4.865 kişiden 1.796’sı COVID-19 tanı/ön tanısı ile yatırılmış, bunlardan yalnızca 461 hastanın PCR sonucu pozitif (%25,7) gelmiştir.
- Her hastalıkta tanı önemlidir ancak yeni ortaya çıkan bir hastalık için tanı yöntemleri ve bu yöntemlerin ulaşılabilirliği daha da önem kazanmaktadır. Ülkemizde, COVID-19 tanısı için uzun bir süre sadece Ankara’daki Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı tek yetkili laboratuvar olarak belirlenmiştir. Bu süreçte olası hastalardan alınan solunum yolu örnekleri Ankara’ya gönderilmekteydi. Dünyada olguların yaygınlaştığı ancak Türkiye’de ilk olgunun henüz saptanmadığı dönemde TTB, bu konuya dikkat çekerek tanı olanaklarının yaygınlaştırılmasını önermiştir. Günümüzde yetkilendirilmiş laboratuvar sayısı 114’tür (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ancak bu laboratuvarlarda yapılan testlerin standardizasyonu konusunda kamuoyuna herhangi bir bilgi açıklanmamaktadır. Laboratuvar bazında günlük çalışılan örnek sayısı ve örneklerde pozitiflik oranı belli değildir.
- Türkiye’de nüfusa göre yapılan test sayısı da birçok ülkenin gerisindedir. Ayrıca pandeminin ikinci ayı biterken halen yalnızca toplam test sayısı açıklanmakta, test yapılan kişi sayısı ve bu kişilerin özelliklerinin (hasta, temaslı vb) açıklanılmasından kaçınılmaktadır.

Pandeminin ikinci ayı biterken, COVID – 19 eğrisi azalış gösterse de salgının sürmesine aldırış gösterilmeden ‘normalleşme’ adı altında 11 Mayıs’ta AVM’lerin açılması gibi adımların atılmaya başlanması üzerine, 5 Mayıs’ta TTB bir açıklama yaparak ‘Yeniden açılma’ takvimine ilişkin tartışmaların nasıl yürütülmesi gerektiğine ilişkin izdüşümü ortaya koymuş, yeniden açılma adımlarının epidemiyoji biliminin gereklerine göre atılması gerektiğini ve halkın ve sağlık çalışanlarının sağlığının korunmasının öncelik olduğunu vurgulamıştır.

Ülkemizde Mayıs ayı itibariyle COVID-19 salgınına dair alınacak kararların piyasa baskısından uzak, epidemiyolojik verilere dayanması, sürekliliği ve bütünlüğü olan bilimsel bir koordinasyonla uyumlu olması gerekmektedir. Salgın sürecine toplumun demokratik katılımının ve güven verici bir şeffaflık ortamının sağlanmış olması bu süreçler için çok değerlidir. Ne günlük hastalığa yakalanan insan sayımız, nüfusa oranla yapılan test sayımız, PCR testinden bağımsız COVID-19 tanısı alıp tedavi görenlerin sayısı ne de açıklanan resmi vefat sayısı salgının bittiğine ya da çok kısa sürede bitebileceğine dair maalesef kesin bir veri sunmaktadır. Açıklanan rakamlardaki azalma sevindirici ve umut vericidir. Ancak, COVID-19 salgını, riskli denemelerin yapılabileceği bir konu olmadığını, yayılma hızı, bulaşıcılığı ve ölümcül etkisi kırılmadan rehavete kapılınmaması gerektiğini birçok ülke deneyiminde acı

biçimlerde göstermiştir. Salgınla mücadelede başarılı ülke örnekleri olarak görülen Japonya ve Singapur'da tedbirlerin gevşetilmesi süreçlerinde yaşanan sıkıntılar öğretici olmalıdır.

Hekimler ve sağlık çalışanları olarak daha uzun bir süre, özellikle yaşam ve çalışma alanlarında filyasyon ve sürveyans başta olmak üzere epidemiyolojik çalışmalar yapma, salgını durdurma ve COVID-19 hastalarını tedavi etme görevimizin devam edeceğini biliyor ve görüyoruz. Bütün yurttaşların fizik mesafe, hijyen ve temin edebilirlerse uygun maske kullanımı başta olmak üzere bulaştırmayı engelleyecek tedbirleri uygulamakla yükümlü olduklarını bir kez daha hatırlatmak istiyoruz.

Şu anda hasta sayısında aşağı doğru bir eğri yaşanıyor olsa da bizden önce salgınla karşılaşan ülke örneklerinde olduğu gibi yeniden bir yaygınlaşma olabileceği de dikkate alınarak, ülkedeki kamu özel bütün hastanelerde, ASM'lerde ve sağlık hizmeti sunulan bütün birimlerde Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) bakımından hiçbir gevşeme ve eksiklik yaşanmaması sağlanmalıdır. COVID-19 etkeninin yapısı ve niteliği dikkate alındığında KKD'lerin (maske, siperlik, gözlük, önlük, tulum vb) bilimsel standartlara uygun özelliklerde olması, varlığı kadar önemlidir. Bu hususta gelen şikayetlerin Sağlık Bakanlığı tarafından dikkate alınması ve standart dışı kalitesiz KKD kullandıranlara ağır yaptırımlar uygulaması şaşırtıcıdır.

Ancak ilk günden bugüne söylediğimiz gibi salgınla mücadelede hekimlere ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşse de tek tek yurttaşların uyması gereken bazı ödevler olsa da salgınlarla mücadelede asıl sorumluluk verilerin tamamına sahip Sağlık Bakanlığı'nda ve her türlü kamu idaresi kararı alabilme yetkisi ve gücüne sahip olan Hükümet'tedir.

Bu nedenle salgın konusunda alınacak kararların popülizmden etkilenmemesi, ayırım yapılmadan insan odaklı olması ve toplumun sağlığı başta olmak üzere bütün insani ekonomik ve sosyal gereksinimlerinin sosyal devlet anlayışıyla karşılanacağı adımları içermesi gerektiğini ısrarla hatırlatmak istiyoruz. COVID-19 salgınının her aşamasında; ancak bilimsel veriler ışığında, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının büyük çabası ve toplum katılımı sağlanarak başarı sağlanabilir!