

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne,

Yenidoğan sağlığı, özellikle yenidoğan ölümleri ülke gelişmişliğinin en önemli göstergelerinden biridir. Ülkemizde yenidoğan sağlığının geliştirilmesine yönelik birçok adım atılmış ve çok önemli mesafeler kaydedilmiştir. 2001 yılında binde 17 olan neonatal ölüm hızı, yenidoğan uzmanı ve yenidoğan yoğun bakım ünite sayısının artması ile 10 yılda %66 oranında azalarak 2011 yılında binde 6,1'e kadar gerilemiştir. Ancak bu noktadan sonra ölüm hızında belirgin bir azalma sağlanamamış ve 8 yılda sadece %5 azalarak 2019 yılında binde 5,8 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021, Sayfa 7).

Neonatal ölüm nedenlerine bakıldığında Prematürelilik ve ilişkili durumlar %80 ile birinci sırada yer almaktadır (asfiksi %11, sepsis %2, diğer %7) (Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021, Sayfa 47). Bu bebeklerin yaklaşık yarısının Özel Sağlık kuruluşlarında kaybedildiği ve bunların üçte birinde yenidoğan uzmanı bulunmadığı saptanmıştır (Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye'de Bebek Ölümleri Durum raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021, Sayfa 59).

Bu noktadan sonra yenidoğan ölümlerini azaltmak için bebeklerin özellikle de prematüre bebeklerin (32 hafta veya 1500 gr altı prematüreler) yenidoğan uzmanı olan bir hastanede bakılması sağlanmalıdır. Böylece ölüm oranlarını azaltmanın yanında, yaşayan bebeklerde prematüre retinopatisine bağlı körlük, ventilatör bağımlılığına yol açan kronik akciğer hastalığı, kısa bağırsak ve nörolojik gerilik gibi ciddi sekellerin de azaltılması sağlanmalıdır. Artık tıbbi literatürde sadece sağ kalım değil "sekelsiz" sağ kalım oranları bildirilmektedir.

Konu ile ilgili derneğimizin çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

1. Neonatal transport sistemi içinde bir yenidoğan uzmanı ve bir kadın doğum uzmanının yer aldığı bir peri-neonatal organizasyon ekibinin kurulması: Yenidoğan bebeklerde bu kazanımların elde edilebilmesi için şu anda 112 Acil sağlık Hizmetleri tarafından yürütülen ve boş yeri olan herhangi bir hastaneye hasta taşıma şeklindeki uygulama, bir yenidoğan ve kadın doğum uzmanının yer aldığı etkin bir peri-neonatal organizasyon şekline dönüştürülmelidir. Türk Neonatoloji Derneği'nin resmi yenidoğan sevk rehberinde tarif edildiği ve bazı illerimizde (Van gibi) aktif olarak uygulandığı üzere ülkemizin tamamında 112 bünyesinde "Yenidoğan Sevk ve Koordinasyon Kurulu" oluşturulması ve sevklerin belirli süreler ile görevlendirilecek yenidoğan uzmanı koordinasyonunda yapılması sağlanmalıdır.
2. 112 sevk kayıtlarının denetlenmesi: Şu anda yenidoğan bebeklerin yenidoğan uzmanı bulunan bir hastaneye sevk edilmesi yönündeki genelgeye (Haziran 2016, Yenidoğan sevk genelgesi) rağmen yenidoğan bebeklerin yenidoğan uzmanı olmayan hastanelere taşınmakta olduğuna dair hemen her ilden şikâyetler derneğimize ulaşmaktadır. **Bu iddialar araştırılmalı** ve şayiaların önüne geçebilmek için 112 kayıtları şeffaf ve denetlenebilir olmalıdır.

3. Gebe transportuna öncelik verilmeli, gebe transportunun önündeki engeller kaldırılmalı ve böylece neonatal transport sayısı azaltılmalıdır.
4. Yenidoğan uzmanı olmayan hastanelere erken doğum tehdidi ile başvuran gebeler ve yenidoğan uzmanı olmayan hastanelerde doğmuş prematürel, yenidoğan uzmanı olan bir hastaneye sevk edilmelidir.
5. Şu andaki mevzuat bir yenidoğan uzmanının fiziken uygulanabilir olmadığı halde birden fazla hastanede görevlendirilmesine izin vermektedir (il dışı görevlendirmeler olduğuna dair duyular mevcuttur). Bu uygulamaya son verilmeli veya il içindeki ulaşılabilir mesafede, en fazla 2 hastane ile sınırlandırılmalıdır.
6. Bakanlık ve Türk Neonatoloji Derneği işbirliği ile yenidoğan uzman sayısı ve kullanılabilir yatak sayısının son durumu sayısal verilerle ortaya konmalıdır. Bunun için yıllık düzey 3 yenidoğan bakım gerektiren bebek insidansı ve ortalama yatış süresi gibi veriler toplanarak bir yıl içerisinde Düzey-3 hastalar için gerekli olan "toplam yatak-gün sayısı" hesabı yapılmalıdır. Ortaya çıkacak olan sayı halen var olan "başında yenidoğan uzmanı olan Düzey-3 toplam yatak-gün sayısı" ile karşılaştırılmalıdır. Yatakların doluluk oranları için farklı alternatifler (%100, %75, %50 gibi) dikkate alınarak her durumda mevcut yatak kapasitesinin ihtiyacı karşılayıp karşılayamayacağı da değerlendirilmelidir. Ayrıca, Düzey-3 hastaların ülke çapında eşit dağılım göstermeyeceği, benzer şekilde neonatolog ve mevcut yatak dağılımlarının da dengesiz olabileceği dikkate alınarak il ya da bölge düzeyinde ayrıntılı hesaplar yapılmalıdır. Ek olarak Düzey-1 ve 2 hastalar için de benzer hesaplamalar yapılabilir.
7. Yenidoğan yan dal uzmanlık eğitimi talebinin azalmasına karşın önlemler alınması: Yenidoğan yan dal uzmanı hakları ve kazançları açısından yıllardır devam eden olumsuzlukların bir yansıması olarak son 2-3 yıldır Neonatoloji yan dal uzmanlık kadrolarının %90'ı boş kalmıştır. Kritik bebekler hala çocuk uzmanları tarafından takip edilebilir olduğundan yenidoğan yan dal ihtisası ve sonrasında mecburi hizmet yapmak anlamsız hale gelmiştir. Yenidoğan uzman yatağı uygun olduğu halde çocuk uzmanları tarafından takip edilen kritik bebeklerin geri dönüşümsüz sekeller ortaya çıktığında, son safhada, yenidoğan uzmanlarına sevk edilmesi yenidoğan uzmanlarının enerjisini tüketmiş ve motivasyonunu azaltmıştır. Bu nedenle aktif yenidoğan hekimliğini bırakan yenidoğan uzmanları mevcuttur. Bu durum böyle devam ederse yenidoğan uzmanının artacağı yerde azalacağını söylemek yanlış olmaz. Bunun önüne geçebilmek için kritik yenidoğanların sadece yenidoğan uzmanı tarafından takip edilmesini sağlayacak önlemler ivedi olarak hayata geçirilmelidir. **Aksi taktirde neonatal mortalite ve morbiditede arzu edilen azalmanın sağlanması mümkün olmayacaktır.**

Prof Dr Esin Koç

Türk Neonatoloji Derneği Başkanı