

# Yenidoğan hizmetlerinde son durum

## Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Yenidoğan hizmetleri nasıl örgütlenmeli başlıklı yazımızın SD Dergisinin 2007 Eylül sayısında yayımlanmasının üzerinden 11 yıl geçti. Bu süre zarfında gerek sağlık sistemimizde gerekse yenidoğan hizmetlerinde birçok değişiklik olduğundan yenidoğan hizmetlerinde gelmiş olduğumuz noktanın tekrar değerlendirilmesinde fayda görüyoruz. Bu dönemde elde edilen en bariz kazanım, bebek ölüm hızı ve neonatal ölüm hızında meydana gelen azalmadır. 2007 yılında binde 18 civarında olan bebek ölüm hızı, 2016'ya geldiğinde binde 9,7'ye kadar düşmüştür. Perinatal ölüm hızı ise 1999 yılında Türk Neonatoloji Derneği'nin yaptığı çalışmada binde 35 civarında iken 2016 yılında binde 11,5 seviyesine düşmüştür. Aynı dönemde ülkemizde kaba doğum hızında meydana gelen azalma, yenidoğan hizmetlerinin önemini azaltmamıştır. Yine bu dönemde prematüre doğumların oranı ise %11'den %15'lere yükselmiştir. Ancak bebek ölüm hızlarında belirli bir düzeye inilmiş olmasına rağmen son birkaç yılda tekrar küçük bir yükseliş göze çarpmaktadır. Bu duruma paralel olarak son yıllarda perinatal asfiksi vakalarında da bir miktar artış gözlenmektedir. Bu durumların sebeplerinin ortaya konması ve gerekli önlemlerin alınması yerinde olacaktır.

Bebek ölüm hızında meydana gelen azalmaya etki eden faktörler arasında yapılan kapsamlı organizasyonlar, yenidoğan ünitelerinin yaygınlaşması, bu

ünitelerde kullanılan altyapı ve malzemelerin yeterli miktarda temini ve kalitesinin giderek artması, yenidoğan taramalarının yaygınlaştırılması, doğum öncesi bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, yenidoğan yanal uzmanı sayısının artması, yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşire sayısının artması, sağlık personelinin yenidoğan konusunda eğitimlerinin artması, sağlık personelinin fedakarca çalışması, bu konuyla ilgili kurs, seminer, kongre vb. faaliyetlerinin düzenli bir şekilde yapılması sayılabilir.

Önceki yazımızda da belirtildiği gibi, "Daha fazla yeni doğan yaşatılması ile, doğum hızları düşmekte, anne ile daha sonra doğacak olan bebekler daha sağlıklı olmaktadır. Annenin toplumsal üretim gücünün daha düzelmesi ile birlikte, ailenin ve toplumun sosyoekonomik gücü de artmaktadır. Sakatlıkların önlenmesi ile de ailenin ve toplumun uzun süreli maddi ve manevi kayıpları azaltılmaktadır. Çünkü bu çocuklar, zaten kısıtlı olan toplumsal kaynakların önemli bir kısmını tüketebilmektedir. Ailelerin bu çocukların sağlık sorunlarıyla uğraşırken ortaya çıkan işgücü kayıpları ile maddi kayıpları da önemli sorunlara neden olabilmektedir. Özellikle fakir ailelerde doğan ve sekelli yaşayan çocukların sağlık sorunları daha fazla olmakta ve fakirlik girdabından kurtulamamaktadırlar. Dolayısıyla, bu ailelerde fakirlik, bir sonraki nesilde de devam etmektedir. Sağlıklı yeni doğanlar ise, tam tersine hem sağlık açısından hem de akademik başarı açısından daha üretken bireyler

olarak toplum hayatına atıldıklarından, toplumun geleceğine olumlu katkılar yapmaktadırlar."

Geçtiğimiz 10 yılda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı mortaliteyi azaltmaya yönelik olmuş ve ciddi bir başarı sağlanmıştır. Ancak gelen bu noktadan sonra mortaliteyi daha da azaltmak giderek zorlaştığı gibi bundan sonraki dönemde morbiditeleri azaltmak yani yaşatılan bebeklerin daha sağlıklı ve sekelsiz bir şekilde yaşamalarını sağlamak önem kazanmaktadır. Dolayısıyla bundan sonraki çalışmaları morbiditeleri önleyici tarafa doğru yönleltmek gerekmektedir. Yenidoğanların mortalite ve morbiditeleri ile birlikte uzun dönemde gelişen sorunları, bunların antenatal ve perinatal takipler ve koşullar ile olan ilişkileri gibi konuların ele alınabilmesi için yenidoğanlarla ilgili sağlıklı bir veri bankası kurulmalı veya Sağlık Bakanlığı tarafından elde edilen veriler araştırmacıların hizmetine açılmalıdır.

Mevcut durumun daha da iyileştirilmesi için yapılması gereken işlerin başında perinatal organizasyonun kurulması, 1-2-3. düzey perinatal merkezlerin belirlenmesi ve bunlar arasında uygun transport ortamlarının sağlanması gelmektedir. Bu konu şimdiye kadar çok konuşulmasına rağmen maalesef henüz tam olarak hayata geçirilememiştir. Bazı genel hastaneler veya kadın doğum hastaneleri içindeki perinatal merkezler ve doğumhaneleri bu kapsamda değerlendirmek mümkün değildir. Perinatal merkezlerin organizasyonu konusunda

kadın doğum hekimleri ile perinatoloji dernekleri nezdinde daha fazla girişimlerin yapılması yararlı olacaktır.

Üzerinde durulması gereken bir diğer nokta, perinatal ve neonatal transport organizasyonudur. Ülkemizin birçok yerinde konuşlanmış olan 112 sistemi gerek kara gerekse hava ambulansları ile özverili bir şekilde çalışmaktadır. Ancak riskli gebe ve yenidoğan transportuna ayrılmış ambulans sayısı çok az olmakla beraber bu konuda gerekli teorik ve pratik bilgiye sahip, yenidoğan transportu konusunda deneyimli ambulans personeli sayısı son derecede azdır. Bölgeselleştirilmiş transport sisteminin perinatal merkezlerle birlikte koordine edilmesi gerekmektedir. Daha önceki yazımızda belirtildiği gibi; "Bunun için öncelikle perinatologların ve neonatologların (çocuk hekimlerinin) işbirliği yapmaları gerekir. Herhangi bir bebek transfer edilecekse, hangi üniteye hangi şartlarda transfer edileceğine karar verecek bir direktörün bulunması gerekir. Bu direktör, transport hizmetini hangi düzeyin yapacağını belirler, transport şekline karar verir, hangi aracın kullanılacağını belirler, hastaya kimin eşlik edeceğini belirler, Transportun ertelenip ertelenmeyeceğine karar verir, öncelikli ihtiyaçları belirler ve transport öncesi hasta stabilizasyonu için optimal destek bakım önerilerinde bulunur. Transportu gerçekleştirecek olan ekip, yenidoğan Resüsitasyonu (NRP eğitimi) almış olmalı, yeni doğan stabilizasyonunu (solunum, dolaşım, metabolik, sıvı-elektrolit, termoregülasyon, vb) gerçekleştirebilmeli ve transport süresince Yeni doğan Yoğun Bakım idamesi konularında eğitilmiş olmalıdır. En iyi transport şeklinin anne karnı olduğu, yani bebeklerin daha doğmadan önce en uygun bakılacakları merkeze annenin transport edilmesi gerektiği söylenebile, pratikte her zaman bunu gerçekleştirmek kolay olmamakta, bu nedenle yeni doğan bebeklerin transportuna sıklıkla gereksinim duyulmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni, perinatal merkezlerin yeterince gelişmemiş olması ve daha önce belirtildiği gibi, doğumu yaptıran ekiple, bebeğe bakacak ekip arasındaki koordinasyonun kurulamamış olmasıdır."

Kentsel nüfusun hızla artarak toplam nüfusun %87,9'na ulaşması ve doğumların %98'inin sağlık kuruluşlarında yapılması, yenidoğan hizmetlerinin yönlendirilmesi gereken yolu göstermektedir. 2018'e gelindiğinde ülkemizde yenidoğan yoğun bakım yatak ihtiyacının tamamen

karşılandığı hatta yatak fazlasının olduğu görülmektedir. Ancak bu yatakların gerek düzey gerekse sayı olarak dağılımında büyük dengesizlikler mevcuttur. Yapılan eğitimlerle yenidoğan uzmanı (neonatolog) sayısı da 400'e yakın olup ideal rakam olan 600'a yaklaşmıştır. Fakat neonatologların dağılımında da ciddi sıkıntılar mevcuttur. Üçüncü düzey yatakların sayısal olarak üçte biri kamu hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde, üçte ikisi özel hastanelerde bulunurken neonatologların ise %90'ı kamuda, %10'u özel hastanelerde çalışmaktadır. Dolayısıyla özel hastanelerdeki yenidoğanların büyük bir kısmına neonatologlar değil pediatri uzmanları bakmaktadır. Neonatolog sayısının az olduğu bir dönemde uygulamaya konulan ve kabul edilebilecek olan bu durum, artık daha küçük ve daha riskli hastaların bakılmaya başlanmasıyla birlikte birçok komplikasyonun ortaya çıkmasına yol açtığı gibi bazen neonatologlar ile pediatristler arasında gereksiz çekişmelere de neden olmaktadır. Özel hastanelerin orantısız büyüklüklerde yenidoğan üniteleri açmaları hatta bazı ünitelerin yalnızca 3.düzye ruhsatı alıp 1. ve 2.düzye bulunmaksızın 3.düzye hasta bakımı yaptıklarını ileri sürmeleri ve bu yolla SGK'yı istismar etmeleri denetimlerde bile gözlenmesine rağmen, konuyla ilgili henüz tam olarak çözüm bulunmuş değildir. Konuyla ilgili olarak 3.düzye yoğun bakım ünitelerinde mutlaka neonatolog çalıştırılması gerektiği yönündeki yönetmeliğin eksiksiz uygulanması, bir neonatologun birden fazla üniteye sorumlu olarak çalışmasının engellenmesi, bu ünitelerde özellikle geceleri ve hafta sonlarında yetkisiz kişilerin (asistan vb. gibi) nöbet tutmalarının engellenmesi gerekmektedir. Dünya standartlarına göre her 1.000 canlı doğum için, biri 3.düzye olmak üzere 5 yenidoğan yatağına ihtiyaç vardır. Ülkemizde yılda yaklaşık 1.300.000 doğum olduğu düşünülürse, ihtiyaç duyulan 3.düzye yoğun bakım yatağı sayısı 1300 civarındadır. Ancak Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre, halen tescilli bulunan toplam yenidoğan yatağı sayısı 10.000, 3.düzye yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ise 6.200 civarındadır ve bunların da 4.000 tanesi özel hastanelerde bulunmaktadır. Bu çarpıklığın da en kısa zamanda düzeltilmesi gerekmektedir. Perinatal ve neonatal bölgeselleşme çalışmasının bir an önce yapılması, yıllık doğum sayısı 1.000'in altında olan hastanelerdeki yenidoğan ünitelerinin kapatılması ilk adım olarak ele alınabilir. Her hastanenin kabul ettiği hasta popülasyonu

da dikkate alınarak ve gerekli skorlamalar yapılarak mortalitesi kadar morbiditelerinin de kayıt altına alınması ve hastanelere performansa göre ücret ödenmesi yerinde olacaktır. Morbiditelerin artması yalnızca çocuğun ve ailesinin sağlık durumunu ve sosyal hayat ve refahını etkilemekle kalmamakta, yapılan uzun süreli tedaviler ve rehabilitasyonlar nedeniyle kamuya da ciddi bir mali yük getirmektedir.

Yenidoğan hekimlerinin eğitimleri kadar yenidoğan ünitelerinde çalışacak hemşirelerin eğitimi de büyük önem arz etmektedir. Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifika programı Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir ancak yaklaşık 5 yıldan beri yeni bir sertifika kurs programı açılmamıştır ve halihazırda çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun sertifikası bulunmamaktadır. Diğer yandan birçok eğitilmiş hemşire de çeşitli nedenler ve yollarla başka birimlere geçebilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerinde belirli bir süreden sonra tükenmişlik sendromu görülme sıklığı artmaktadır. Bu durumun aşılabilmesi için hem hemşire sayısının artırılarak iş yükünün azaltılması, hem de hemşirelerin özlük haklarının düzeltilmesi ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin de nitelikli sağlık hizmetleri arasına alınması gerekmektedir.

## Sonuç

Yenidoğan sağlığı, üzerine "yatırım" yapıldığı zaman en fazla "getiri" sağlayan alanlardan biridir. Ülkemizde şimdiye kadar yapılan çalışmaların planlamaların çok ötesinde sonuçlar vermesi gurur vericidir. Ancak antenatal bakımın %99'a, gebe başına izlem sayısının 4,7'ye ulaştığı bir ortamda hala daha anne ölüm oranının 100.000'de 14,7, sezaryen oranının %53,1 ve bebek ölüm oranının hızının %9'lar, ilk 6 ayda anne sütü kullanma oranının %30 civarında olması düşündürücüdür. Gelişen noktadan daha ileriye gidilebilmesi için yeni bir durum analizi yapılarak farklı stratejiler geliştirilmeli, konuyla ilgili bilim insanları ile sahada çalışan hekimlerin görüşleri alınmalı ve bilimsel değerlendirmeler ışığında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

## Kaynaklar

F. Ovalı. Yenidoğan hizmetleri nasıl örgütlenmeli? SD sayı 4; Eylül-Ekim-Kasım 2007

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016