

Pediatride insan kaynakları ve çocuk hekimliğinin değişen yüzü

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 Kâmil 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 hâlen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre 0-18 yaş arası insanlar “çocuk” olarak tanımlanır. Bu yaş grubunun sağlık ve hastalık sorunlarıyla uğraşan hekimlere ise pediatrist veya “çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı” denilmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre Türkiye'nin toplam nüfusu 2017 yıl sonu itibarıyla 80 milyon 810 bin 525 iken, çocuk nüfusu 22 milyon 883 bin 288 olarak kayıtlara geçmiştir. Çocuk nüfus 1970 yılında toplam nüfusun yüzde 48,5'ini oluştururken, bu oran 1990'da yüzde 41,8'e, geçen yıl ise yüzde 28,3'e gerilemiştir. ABD'deki çocuk nüfus ise %24 civarındadır. Bu durumun nedeni, bir yandan doğum sayısının azalması, bir yandan da yaşlı nüfusun artması nedeniyle nispeten çocuk nüfusunun azalmasıdır. Yıllık doğum sayısı giderek azalmakla birlikte her yıl ülkemizde yaklaşık 1 milyon 200 bin çocuk dünyaya gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarında, çocuk nüfus oranının 2040 yılında yüzde 23,3'e, 2060'ta yüzde 20,4'e ve 2080'de yüzde 19'a gerileyeceği öngörülmektedir. Çocuk hekimlerinin temel görevleri, çocukların her bakımdan tam bir iyilik hâli içinde olmalarını sağlamak, fiziksel, mental ve psikolojik gelişmelerini ve sağlıklarını korumaktır. Çocuk hekimleri yalnızca bazı organ sistemleri veya biyolojik süreçlerle ilgilenmeyip aynı zamanda aileler başta olmak üzere çocukları etkileyen çevresel, sosyal ve politik olaylar ile de ilgilenmek zorundadırlar.

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli sağlık göstergelerinden ikisi, bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresidir. Ülkemizde özellikle son 10 yıldaki gayretler sonucunda bebek ölüm hızı (1 yaş altı ölüm hızı) ciddi oranda azalarak binde 9'lar düzeyine indirilebilmiş, doğumda beklenen yaşam süresi de artmıştır. Bu noktada artık hedef ölümleri önlemekten ziyade, hastalıkları önlemeye kaymış, yaşam kalitesi ön plana geçmiştir. Çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin azaltılması, zihinsel gelişimlerinin sağlanması, üretkenliklerinin artırılması ve ekonomiye daha fazla katkı sağlayabilmesi önem kazanmıştır.

Çocuklardaki hastalık yükleri, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve travmalar olarak üç ana grupta incelenebilir. Ülkemizde 2000 yılından bu yana 1.gruptaki hastalık yükleri yaklaşık %50 oranında azaltılmıştır. Bu bağlamda bebek ölüm hızı düşmüş, yenidoğan ölümleri dahil olmak üzere enfeksiyon hastalıkları ve ishal kaynaklı ölümler ile erken doğum komplikasyonları azaltılmış, buna karşılık bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar dahil) artış gözlenmiştir. Bu şekilde ülkemiz, sosyal gelişmişlik indeksi orta-yüksek ülkeler grubunda yer almakta olup bu ülkelerde en sık gözlenen çocuk sağlığı sorunları, konjenital anomalliler, prematüre doğumlara bağlı sorunlar, demir eksikliği anemisi, solunum yolu enfeksiyonları ve akıl ve ruh sağlığı sorunları olarak öne çıkmaktadır. Ülkemizde akraba evliliği

oranı hâlâ yüksektir ve yıllar içinde bir azalma gözlenmemektedir. Yeni ortaya çıkan sorunlar olarak şunlardan bahsedilebilir: İleri yaşlarda doğum yapan, diyabetik ve fenilketonürlü anne sayısının artması, yaşam süresinin artmasına paralel olarak erişkinlerde görülen kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, kanser, kronik böbrek yetersizliği, madde kullanımı ile akıl ve ruh sağlığı sorunlarının artış göstermesi. Prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelik dönemi, prenatal dönem, yenidoğan dönemi ve çocukluk dönemindeki uygulamaların gerek epigenetik etkilerle gerekse programlama yoluyla bu hastalıkların ortaya çıkışında etkili olduğunun gösterilmesi, “erişkin hastalıklarının pediatrik temelleri” konseptinin geliştirilmesine yol açmıştır. Çocukluk çağındaki istismar, ihmal, şiddet gibi olumsuz deneyimler hastalık yükünü artırırken, otizm gibi gelişimsel sorunlar ile erken çocukluk çağı depresyonu da artmaktadır. Alzheimer hastalığının ve şizofreninin prenatal temelleri bugün ortaya konmuştur. Erişkin yaşta ortaya çıkan bu hastalıklara yaşlılıkta girişim yapmak genellikle fayda vermemektedir. Erken erişkinlikte girişim yapmak bazı riskli gruplarda etkili olurken çocukluk ve ergenlik çağında girişim yapmak daha etkili olmakta, en büyük etki ise prekonsepsiyonel ve prenatal dönemde yapılan girişimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla maddi kaynak ve insan gücü planlamasının buna göre yapılması, bu planlamasının eğitim, hizmet ve araştırmaya yansıtılması önem kazanmaktadır.

Sağlıklı beslenme, sigaradan kaçınmak ve fiziksel aktivitenin artırılması yönündeki çalışmalar her zaman önemlidir ve çocuk hekimliğinin temelini oluşturmaktadır. Oysa yapılan araştırma ve çalışmaların bu önceliklere sahip olmadığı görülmektedir.

İnsan Gücü Planlaması

Çocuklarla ilgili misyonumuzu gerçekleştirebilmemiz ancak pediatrik insan gücü ile mümkün olabilir. Çocuk sağlığına yönelik insan gücü planlaması yapılırken her ülke için geçerli bir kural yoktur. Koruyucu tıp yaklaşımları burada da ön planda olmalıdır. Çocuk hastalıklarından korunmanın bir yöntemi olarak düşük gelir seviyesindeki halkın barınma, hijyen ve beslenme koşullarının düzeltilmesi hastalık yüklerini azaltacağı için pediatristlere ve hekimlere olan başvuru sayısını azaltabilir. Bu planlama kentlerde ve kırsal kesimde yaşayan nüfus, kronik sorunlara sahip çocukların sayısı, hekimlerin çalışma saatleri, merkezi politikaların aile merkezli bakıma verdikleri önem, hastaların psikososyal davranış paternleri, hekim dışı kişilerin sayısı ve görevleri, hekimlerin sevk paternleri ve yan dallara sevk davranışları, akademik merkezlerin varlığı, genel hekim sayısı, bayan hekimlerin sayısı ve hastalık yükleri ile orantılı olarak farklılık gösterebilir. Çocuklara bakan hekimler, pratisyenler, uzmanlar ve yan dal uzmanları olarak üç grupta incelenebilir. Bu üç grubun sorumlulukları arasında ciddi örtüşmeler olmakla beraber, yenidoğanların, hastaneye yatan çocukların ve adolesanların uzman veya yan dal uzmanları tarafından bakılmaları gerektiği konusunda konsensüs vardır. Avrupa ülkelerinin üçte ikisinde 5 yaş altındaki çocukların %70'ine aile hekimleri bakmaktadır. Aile hekimlerinin primer bakım yaptığı çocukların oranı, yaşla beraber artmaktadır. Bazı durumlarda 15 yaş üzerindeki çocuklara iç hastalıkları uzmanları bakarken, bazen de çocuk hekimleri 21 yaşına kadar olan hastaları takip edebilmektedir.

Çocuk hekimlerinin emeklilik yaşı her ülkede farklıdır. Ülkemizdeki resmi emeklilik yaşı 65-67 yaşdır. Ancak birçok hekim, emekli olduktan sonra da özel hastanelerde veya muayenehanelerde hasta kabulüne devam etmektedir. Diğer yandan yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması, uzun dönemde, aile hekimlerinin bu grupla daha fazla ilgilenmesini gerektirebileceği için pediatristlerin bakmak zorunda kalacağı çocuk sayısının artacağı hatta 25 yaşına

kadar çıkacağı düşünülebilir. Bu "büyük çocukların" büyük bir kısmı yüksek işsizlik oranları nedeniyle aileleriyle birlikte oturmakta ve maddi açıdan ailelerine bağımlı bulunmaktadır.

Genel bir görüş olarak, 1990 yılında ABD Graduate Medical Education National Advisory Committee raporuna göre çocuk nüfusu başına çocuk hekimleri oranı 2033:1 olarak belirlenmiş, daha sonra bu oran 2430:1 olarak revize edilmiştir. Ülkemizde yıllık ortalama hekime başvuru sayısı 8,1 olmasına rağmen çocukların başvuru sayısı konusunda bir bilgi mevcut değildir. Çocukların ortalama olarak yılda 3-4 kez hekime gittikleri kabul edilirse ve ülkemizde 23 milyon çocuk olduğu dikkate alındığında, basit bir hesap yapılarak yaklaşık 10.000 çocuk hekimine ihtiyaç duyulduğu görülür. Başka bir hesaba göre de 1000 çocuk başına düşen pediatrist sayısı 0,38 ile 0,78 arasında değişmektedir. Bu durumda gereken çocuk hekimleri sayısı ise 8500 ile 17000 arasında değişecektir. Diğer yandan 2014 yılı verilerine göre, bazı Avrupa ülkelerinde ve ülkemizde 100.000 kişiye düşen çocuk hekimleri sayısı şu şekildedir: Yunanistan 29,1; Bulgaristan 19,4; İngiltere 15,2; İtalya 12,1; Fransa 12,0; Almanya 11,8; Romanya 10,6; Türkiye 5,6 ve İzlanda 4,3'tür. Avrupa ülkeleri ortalaması ise 12,5 olarak belirlenmiştir. ABD'de ise yaklaşık 75 milyon çocuğa karşılık 92000 civarında pediatrist bulunmaktadır. Ülkemizde 5000 civarında çocuk hekimleri olduğu dikkate alındığında ve mevcut durumun Avrupa ortalamasının yarısı olduğu göz önünde bulundurulduğunda hedeflenen çocuk hekimleri sayısının yine 10.000 civarında olduğu ortaya çıkmaktadır. Aslında bu durum genel hekim sayısı açısından da benzerdir. Zira 100.000 kişiye düşen hekim sayısı ülkemizde 2014 yılında 165 iken Avrupa ülkelerinde ortalama 346'dır. Bu sayının, mevcut tıp fakülteleri kontenjanlarına göre 2023 yılında 237'ye ineceği düşünülmektedir. 2017 yılı Tıpta Uzmanlık Sınavı verilerine göre, bir yılda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimine başlayan hekim sayısı yaklaşık 500'tür. Bu durumda eğer hedef sayıyı 10.000 olarak alacak olursak, aynı eğilimin devam etmesi halinde yıllık nüfus artışı ile insan gücü kayıplarını da dâhil etmek suretiyle hedefe ulaşmak için en az 12-15 yıllık bir süre geçeceğini tahmin etmek zor değildir. Diğer bir deyişle, çocuk hekimleri sayısı bakımından ülkemizin "rahatlayabilmesi" en erken ancak 2033 yılında mümkün olabilecektir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları dalı, en fazla yan dala sahip uzmanlık dalıdır. Yan dal sayısının fazla olması, bir yandan giderek karmaşıklaşan ve detaylanan tıp dünyasında bir gereksinim olarak ortaya çıkarken bir yandan da ana branştaki uzman sayısının azalmasına, hastaların doğrudan yan dallara yönelmesinden dolayı görev tanımlarının değişmesine ve bunların sonucunda da planlamada zorluklara neden olmaktadır. Ayrıca yan dalların çocukların bakımında bir parçalanma yarattığı, pediatristlerin etki alanını daralttığı ve büyük merkezlerden uzakta yaşayanların bu yan dallara ulaşımını zorlaştırdığı da bir gerçektir. ABD'de 22 çocuk yan dalı varken, yirmi dört Avrupa ülkesinde toplam 38 yan dal ve 30 yan dal derneği bulunmaktadır. Altı Avrupa ülkesinde hiçbir yan dal bulunmazken dokuz ülkede 1-7 arası, dokuz ülkede ise 11-20 arası yan dal bulunmaktadır. Ülkemizde mevcut yan dallar, çocuk endokrinolojisi, gastroenterolojisi, nefrolojisi, nörolojisi, enfeksiyon hastalıkları, allerji ve immüno-loji, hematoloji ve onkoloji, genetik, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, romatoloji, çocuk yoğun bakım, çocuk acil tıp, neonatoloji, metabolizma, gelişimsel pediatri olmak üzere 16 adettir. Ayrıca çocuk cerrahisi, çocuk ürolojisi, çocuk kalp-damar cerrahisi, çocuk radyolojisi ve çocuk diş hekimliği gibi diğer branşlar içinde yer alan ancak doğrudan çocuklarla ilişkili yan dallar da bulunmaktadır. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ise yine çocuklarla ilişkili olan ancak ayrı bir anabilim dalı olarak düzenlenen bir branştır. Birçok Avrupa ülkesinde, yan dal uzmanı ihtiyacı ve yan dal uzmanlarının pediatristlere olan oranı bilinmemektedir. Bu nedenlerden dolayı, pediatrist ihtiyacını tahmin etmek daha da kompleks hale gelmektedir. Yan dalların fazla olması, pediatristlerin önemini azaltmamalı ve bakımın parçalanmasına yol açmamalı, aile merkezli entegre bakımı engellememelidir. Veya Vohra'nın dediği gibi "pediatrinin yeni bir yan dalı pediatrik integratif tıp olmalıdır".

Çocuk yan dallarındaki eğitim ülkemizde üç yıl sürmektedir. 2017 yılında tüm yan dallar için yaklaşık 250 kadro açılmıştır. Diğer bir deyişle, çocuk sağlığı ve uzmanlığı eğitimi için açılan kadroların yaklaşık yarısı kadar bir kadro tahsisi gerçekleşmiştir. Yan dal merkezlerinde multidisipliner ekiplerin yanı sıra, ileri düzey tanı ve tedavi olanakları ve uygun araştırma olanakları bulunmalıdır. Ancak bu yan dalların sağlık hizmet sunumundaki etkinliği ve ortak çalışma-

ları konusunda bilimsel veri yoktur. Yan dalların planlamasına ilişkin bir veri de bulunmamaktadır. (Salzburg semineri, 2014) Planlamada coğrafi özellikler, nüfus dağılımı, transport olanakları, merkezler arasındaki ilişkiler, politik kararlılık ve hekimlerin ilgisi önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır. Merkezler birbirleriyle iş birliği içinde çalışmalı ve yan dal merkezlerinde tedavisi tamamlanan çocuklar yerel merkezlere geri gönderilebilmelidir.

Tüm Avrupa ülkelerini kapsayan ortak bir rakam bulunmamakta ve belirlenememekle birlikte, Almanya ve İngiltere'nin ihtiyaçlarının ortalaması göz önüne alındığında bazı yan dallar için gereken uzman hekim sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir. ABD için aynı değerler, çoğu yan dalda çok daha fazladır. ABD'nin belirlediği ihtiyaçlara göre hesaplama yapılırsa birçok yan dalda daha fazla hekim ihtiyacı olduğu görülmektedir. Her iki tahmine göre ülkemiz için yapılan projeksiyon da aynı tabloda verilmiş, mevcut hekim sayısı da ilave edilmiştir. Ancak mevcut yan dal uzmanı hekim sayısı konusunda ilgili yan dal dernekleri ve Sağlık Bakanlığı'ndaki sayıların farklı olduğunu da ilave etmek gerekir.

Görüldüğü gibi bazı yan dallarda uzman hekim açığı varken bazı yan dallarda fazlalık bulunmakta, bazılarında ise kabul edilebilir sayıda uzman hekim bulunmaktadır. Ancak yazının başında belirtilen nedenlerden dolayı her ülkenin kendi özelliklerine göre bu rakamların değişebileceği unutulmamalıdır.

Yan dal eğitim kadrolarının dağılımı incelenirse ülkemizde birkaç yıl içinde bazı çocuk yan dallarının AB-ABD standartlarını geçeceği hatta geçtiği, bazılarının ise yerinde sayacağı görülecektir. Bu durumun nedeni, ülkemizde şimdiki kadar çocuk yan dal uzman ihtiyacı konusunda araştırma ve planlama yapılmaması ve özellikle tıp fakültelerinde tüm yan dalların "eşit" olduğu, dolayısıyla eğitim kadrolarının sırayla dağıtılması gerektiği şeklindeki zihniyettir. Oysa gelişmiş ülkelerde her yan dalın uzman ihtiyacının "eşit" olamayacağı açıkça ortaya konmuştur (Tablo 1). Bu nedenle her yan dalın insan gücü sayısı; iş yükü, çalışma şartları vb. faktörlere göre şekillenmektedir. Örneğin AB'de yenidoğan uzmanı sayısı 100.000 çocuk başına 4,23 iken alerji uzmanı sayısı sadece 0,14'dir. Ülkemizde ise süregelen uygulama ile yenidoğan uzmanı sayısı 100.000 çocuğa 0,17 iken alerji uzmanlarının sayısı 0,16 olabilmektedir. Ülkemizde yan dal uzmanlarının önemli bir kısmının üniversite hastanelerinde yetiştirildiği görülmektedir. Bu kurumlarda yan dal eğitimine kadro tahsisi genellikle iki şekilde yapılmaktadır ve ülke ihtiyaçları veya hizmet açığı çoğu zaman belirleyici bir rol oynamamaktadır. Birincisi tüm yan dalların her bakımdan "eşit" olduğu, dolayısıyla mevcut eğitim kadrolarının bilim dalları tarafından "sırayla" kullanılacağına ilişkin "demokratik" (!) bir karar alınmakta, ikinci olarak kıdemli öğretim üye sayısı fazla olan yan dallar mevcut pozisyonunun verdiği politik gücü kullanarak veya oylama ile daha çok eleman alabilmektedir.

Üniversitelerde yan dallara neredeyse eşit şekilde dağılan YDUS kadroları bu görüşleri desteklemektedir.

Tüm yan dallardaki toplam çocuk hekim sayısı, Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2.000'e yakındır. Ülkemizde bazı yan dallar hariç her yan dal için hedeflenen uzman sayısı tam olarak bilinmemektedir. Yan dalcıların çoğu akademik pozisyonlardadır. Yeni yan dalcıların yetişmesi için bu durum gereklidir ancak sahadaki hizmeti planlarken bu kişilerin diğer görevleri de göz önüne alınmalıdır. Çocuk hematolojisi ve onkolojisi gibi bazı yan dallar gerek eğitimin gerekse çalışma şartlarının zor olması nedeniyle giderek daha az tercih edilmektedir. Neonatolojide hedeflenen uzman sayısı Türk Neonatoloji Derneği tarafından belirtilen rakama göre 600 civarında iken mevcut yan dal asistanlarının uzman olmasıyla birlikte bu sayısının 400'e yaklaşacağı hesaplanmaktadır. Sayının az olması, birçok yenidoğan yoğun bakım ünitesinde neonatolog çalışması gerekirken pediatristlerin bu görevleri üstlenmesine yol açmakta, bu durum ise zaman zaman sorunlara ve malpraktis davalarının açılmasına neden olmaktadır. Bir başka örnek olarak çocuk yoğun bakım ve acil yan dalından verilebilir. Çocukların yoğun bakıma ihtiyaç duyma insidansı yılda yaklaşık 1-3/1000 çocuk arasında değişir. Buradan yola çıkarak ülkemizde her yıl yaklaşık 60.000 çocuğun yoğun bakıma ihtiyacı olacağı tahmin edilebilir. Buna karşılık çocuk yoğun bakım uzmanı sayısı ülkemizde yaklaşık 60 olup Avrupa standartlarında hizmet verilebilmesi için toplam 300 civarında çocuk yoğun bakım uzmanına gereksinim vardır. Bu görevlerin de genellikle ana dal uzmanları tarafından yerine getirildiği görülmektedir. Çocuk acil polikliniklerine yılda başvuran her 5000 çocuğa karşılık 1 çocuk acil tıp uzmanı bulunması gerektiği hesaplanmaktadır. Buna göre Avrupa standartlarında hizmet verebilmek için gerekli olan çocuk acil tıp uzman sayısı da yaklaşık 450-600 civarında olmasına rağmen hâlen 40 civarındadır. Akraba evlilikleri oranının değişmemesi, önümüzdeki dönemde de genetik hastalıkların ve metabolizma hastalıklarının önemli sorunlar doğuracağını ve bu yan dallardaki uzman sayısının artırılması gerektiğini düşündürmektedir. Hâlen mevcut çocuk genetik uzmanı sayımız 22, çocuk metabolizma hastalıkları uzman sayımız ise 33 civarındadır.

Bazen gerek defansif tıp anlayışı gerekse hastanın ısrarlarına dayalı olarak çocuk

Tablo 1: Çocuk Yan Dal Uzman Hekim İhtiyacı (100.000 Çocuk Başına Gereken Rakam)

Yan dal	Avrupa projeksiyonu	Türkiye İhtiyacı	ABD projeksiyonu	Türkiye ihtiyacı	Mevcut
Neonatoloji	4,23	972	5,02	1154	350
Ç. Nörolojisi	1,42	326	1,48	340	168
Ç. Kardiyolojisi	1,34	308	1,81	416	212
Ç. Yoğun bakım	1,15	265	1,61	370	59
Ç. Hematoloji-Onkolojisi	0,85	196	1,92	442	156
Ç. Göğüs hastalıkları	0,39	90			24
Ç. Nefrolojisi	0,31	71	0,59	136	151
Ç. Endokrinolojisi	0,29	67	1,07	246	128
Ç. Enfeksiyon hast.	0,29	67	1,20	276	69
Ç. Gastroenterolojisi	0,24	55	1,06	244	123
Ç. İmmunolojisi ve alerjisi	0,14	32	0,22	51	100
Ç. Acil			1,62	373	35

Tablo 2: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yan Dal Eğitimi Verilen Merkez Sayıları

Ana dal ve yan dallar	Merkez Sayısı
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	93
Çocuk Acil	17
Çocuk endokrinolojisi	38
Çocuk enfeksiyon hastalıkları	22
Çocuk gastroenterolojisi	31
Çocuk genetik hastalıkları	3
Çocuk göğüs hastalıkları	2
Çocuk hematolojisi ve onkolojisi	39
Çocuk immünolojisi ve alerjisi	28
Çocuk kardiyolojisi	37
Çocuk metabolizma hastalıkları	18
Çocuk nefrolojisi	33
Çocuk nörolojisi	36
Çocuk romatolojisi	20
Çocuk yoğun bakım	23
Neonatoloji	46
Gelişimsel pediatri	3
Çocuk cerrahisi	48
Çocuk kalp damar cerrahisi	15
Çocuk radyolojisi	15

Tablo 3: Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Yapılan Merkez Sayıları

Ana dal ile birlikte bulunan yan dal sayısı	Uzmanlık eğitimi veren merkez sayısı
16	1
15	4
14	4
13	3
12 – 10	5
9 – 5	18
4 – 1	24
Yalnızca ana dal eğitimi	39
Ana dal olmaksızın yan dal eğitimi	5

hekimleri hastalarını doğrudan ilgili yan dal uzmanına göndermeyi tercih etmektedir. Bu durum hastanın daha iyi hizmet alabilmesi gibi yorumlansa da aslında hem yan dal uzmanlarının iş yükünü artırmakta hem de çocuk hekimlerinin deneyimlerinin azalmasına yol açmaktadır. Diğer yandan ülkemizde giderek sayıları artan tıp fakülteleri ile eğitim araştırma hastanelerindeki çocuk klinikleri, uzmanlık

eğitimi verebilmenin bir koşulu olarak her yan dalda öğretim üyesi istihdam etme yoluna gitmekte, bu durum ise hem eğitimlerin yetersiz kalmasına hem de yeterli sayıda öğretim üyesi bulunamamasına yol açmaktadır. Üniversite klinikleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin klinikleri genellikle üçüncü düzey (en üst düzey) referans merkezi olarak kabul edildikleri için bu durum normal karşılanabilir. Tıpta Uzmanlık Kurulu verilerine göre, ülkemizde mevcut toplam 3493 uzmanlık eğitim programı içinde çocuk sağlığı ve eğitimi uzmanlık eğitimi veren 93 tane program bulunmaktadır. Yan dal uzmanlık eğitimi yapılan program sayıları ise Tablo 2’de görülmektedir.

Yan dal uzmanlık eğitimi yapılan dal sayısına göre merkezler Tablo 3’de görülmektedir. Yan dal eğitimi veren merkezler detaylı bir şekilde incelendiği zaman ana branş ile birlikte 16 yan dalın hepsinde uzmanlık eğitimi yapıldığı yalnızca bir merkez bulunmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı hastanelerin yalnızca iki tanesinde 10 tane yan dal eğitimi verilmekte, daha fazla sayıda yan dal uzmanlık eğitimi verilen hastane bulunmamaktadır. Bu durum, birçok yan dalda uzmanlık eğitimi yapabilmek için birçok merkeze yeterli altyapı ile yeterli sayıda eğitim görevlisi bulunmadığını da göstermektedir. Bazı dal hastanelerinde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları ana branşında uzmanlık eğitimi verilmemesine rağmen herhangi bir yan dalda eğitim verilebilmektedir. Dolayısıyla, kapsamlı bir uzmanlık eğitimi vermek isteyen birçok eğitim kurumunun ortak programlar açması veya asistanların farklı hastanelerde farklı rotasyonlar yapması kaçınılmaz görünmektedir.

Ülkenin karşı karşıya bulunduğu durum dikkate alındığında, bazı yan dallarda belirli kliniklerin merkez olarak kalması şimdilik en optimal çözüm olarak gözükmektedir. Ancak bu hizmetin yürütülebilmesi için iyi planlanmış bir transport sistemine ihtiyaç vardır.

Sonuç

Çocukların ülke nüfusunun önemli bir kısmını oluşturduğu ve çocukların giderek değişen ihtiyaçları dikkate alınarak gerek çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı gerekse çocuk yan dal uzmanlarının sayısı ve nitelikleri konusunda acilen bir planlama yapılması gerekmektedir. Bu planlamada, çocuk hasta ile karşı karşıya gelen pratisyenler, aile hekimleri gibi diğer

hekim grupları da göz önüne alınmalıdır. Bu alanda yan dallara sevk zincirinin kurulması, diğer alanlarda olduğundan çok daha elzemdir ve belirli kriterlere ve endikasyonlara bağlanmalıdır. Bu konuda gerek pediatri dernekleri gerekse çocuk yan dal dernekleri planlama çalışmalarına katkıda bulunmalı ve kaynakların optimal kullanımı sağlanmalıdır. Gerekli planlamaların yapılabilmesi için başta Tıpta Uzmanlık Kurulu olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlara büyük görevler düşmektedir.

Kaynaklar

Balçık PY., Nangır ÖF., Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü ve Sağlık Hedefleri, Ankara Med J 2016; 16: 90.

Committee on Carriers and Opportunity, Committee Report: Population to Pediatrician Ratio Estimates: A Subject Review, Pediatrics 1996; 97: 597.

Ehrich J., Fruth J., Jansen D. vd. How to Calculate the Risk of Shortage and Surplus of Pediatric Workforce? J Pediatr 2018; 199: 286.

Ehrich J., Kerbl R., Pettoello-Mantovani M., Lenton S., Opening the Debate on Pediatric Subspecialties and Specialist Centers: Opportunities for Better Care or Risks of Care Fragmentation? J Pediatr 2015; 167: 1177.

Ehrich J., Pettoello-Mantovani P., Never Ending Stories, the Loop in Pediatrics: How Many Pediatricians Need to be Trained in European Countries to Keep the Pediatric Workforce Stable? J Pediatr 2018; 196: 332.

Goodman DC., Commission on Pediatric Workforce. The Pediatrician Workforce: Current Status and Future Prospects, Pediatrics, 2005; 116: 156.

<http://www.tuk.saglik.gov.tr/TR,30148/programlar.html> (Erişim: 27.11.2018).

Laufer M., Perry ZH., Reuveni H., Tokar A., Pediatric Workforce Planning: the Israeli Experience and Projections of Pediatric Manpower, 1995-2015. J Hosp. Adm., 2014; 140: 8.

Pettoello-Mantovani M., Ehrich J., Romondia A., Nigri L. vd., Diversity and Differences of Postgraduate Training in General and Subspecialty Pediatrics in the European Union. J Pediatr, 2014; 165: 424.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, Ankara 2014.

T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Ankara, 2010.

T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Maliye Bakanlığı, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Eskişehir 2014.

Türkiye Çocuk Yoğun Bakım ve Çocuk Acil Tıp Hekim İnsan Gücü Raporu, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Demeği, İstanbul, Ekim 2008.

Vohra S., Surette S., Mitra D., vd., Pediatric Integrative Medicine: Pediatrics’ Newest Subspecialty? BMC Pediatr 2012; 12: 123.