

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
BAZI ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA YAŞANAN BEBEK ÖLÜMLERİNİN
TÜM YÖNLERİYLE ARAŞTIRILMASI, ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ
YENİDOĞAN, ÇOCUK, ENGELLİ VE YAŞLILARLA İLGİLİ BAKIM
SERVİSLERİNDEKİ UYGULAMALARININ VE MEVZUATIN İNCELENEREK
ALINMASI GEREKEN TEDBİRLERİN BELİRLENMESİ AMACIYLA KURULAN
MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU
(10/1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904)
GAZİANTEP ÇALIŞMA ZİYARETİ TUTANAKLARI

-----0-----
16 Mart 2025 Pazar
-----0-----

YENİDOĞAN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ÇALIŞTAYI

(Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü)

Birinci Oturum

- Açılış Konuşmaları
- İllerin Sağlık Göstergeleri ve Yenidoğan Verileri

İkinci Oturum

- Gebelik İzlemleri, Doğumdaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Üçüncü Oturum

- Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri

16 Mart 2025 Pazar

BİRİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 11.12

BAŞKAN: İshak ŞAN (Adıyaman)

BAŞKAN VEKİLİ: İsmail GÜNEŞ (Uşak)

SÖZCÜ: Ümmügülşen ÖZTÜRK (İstanbul)

KÂTİP: Ayşe Sibel ERSOY (Adana)

-----0-----

YENİDOĞAN SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ÇALIŞTAYI

(Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü)

(Açılış Konuşmaları, İllerin Sağlık Göstergeleri ve Yenidoğan Verileri)

-----0-----

SUNUCU - Herkese hoş geldiniz diyorum.

Sayın Valim, değerli milletvekillerim ve değerli il müdürlerim; hepinize öncelikle hoş geldiniz diyorum.

Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonuna tekrar hepiniz hoş geldiniz diyorum ve sözü Sayın Müdürüm Beytullah Şahin'e bırakıyorum.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Sayın Valim, Sayın Komisyon Başkanımız, sayın milletvekillerimiz, çevre illerimizden de gelen değerli müdürlerimiz, hekimlerimiz, çalışma arkadaşlarımız; ülkemizin önemli gündem maddelerinden biri olan yenidoğan ölümünün araştırılmasıyla ilgili Komisyonu ve çevre illerden gelen idareci arkadaşlarımızı, hekim arkadaşlarımızı bu konuyla alakalı misafir etmekten onur duyuyor, hepinizi saygıyla selamlıyor ve hoş geldiniz diyorum.

Bilindiği üzere, yenidoğan ölümleri yalnızca sağlık hizmetlerinin kalitesini değil, aynı zamanda toplumsal refah seviyemizle ve sosyokültürel düzeyle de doğrudan ilgili önemli bir göstergedir. Aynı zamanda yenidoğan ölümleri, bebek ölümünün de en az yarısını, önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığımız yürüttüğü politikalar çerçevesinde anne-bebek sağlığını korumak için çok önemli adımlar atmış, hâlâ daha yeni yeni projeleri konuyla alakalı geliştirilmektedir. Bu projelerden yakın dönemde oluşturulan ve hâlen de uygulanmaya devam edilen bazılarından bahsetmek gerekirse yine son dönemde aile hekimlerimizin nüfusu önemli ölçüde azaltılmıştır. Bildiğiniz üzere yeni oluşturulduğunda 4 bin nüfusu kayıtlı olan aile hekimlerimizin bugün itibarıyla Türkiye ortalaması 3.100'lere kadar düşmüş, yakın çevremizde de bu rakam bu ortalamalarda seyretmektedir.

Yine, son dönemde oluşturulan projelerden bir tanesi de aile hekimlerimizin hastane entegrasyonu ile sağlanan gerekli gördükleri takdirde hastanedeki hekimlerden kendilerine kayıtlı nüfusa randevu oluşturabilir hâle gelmişlerdir.

Yine, Her Bebeğe Bir Ebe Projesi'yle bütün hastanelerimizde ebelerimize gebe eğitimleri oluşturularak buralarda birer gebe tahsis edilmiş.

Yine anne-bebek dostu hastanelerimizi oluşturmaya devam etmekte ve bütün hastanelerimizde, hemen hemen tamamında kadın doğum branşı bulunan bütün hastanelerimizde gebe okullarımız oluşturulmuştur. Bebek ölümünde hastanelerde olduğu kadar birinci basamak sağlık hizmetleri de ciddi önem arz etmekte. Mesela aile hekimlerimizin doğurganlık çağı olan 15-49 yaş grubu kadın gruplarını yakından takip etmeleri bu konuda çok ciddi önem arz etmektedir. Bu görüşmeler riskli gebelikleri önlemekte, belki gebelik sürecinin tamamında kontrollü sağlıklı bir sürecin geçirilmesi için önem arz etmektedir.

Yine, aile hekimlerimiz tarafından kendilerine kayıtlı nüfusu da gebelerin yakından takibi ve zamanında tespiti, doğumun uygun ortamda yapılması ve yine bebeklerin de erken tespit edilerek, ilk yirmi dört saat içinde tespit edilerek en az 6 kez nitelikli olacak şekilde izlemlerinin yapılması aile hekimlerimizin görevleri arasındadır.

Yine, riskli gebeler ve çok yüksek riskli gebelerimizin de takibi aile hekimlerimizin görevleri arasında. Bu da yine anne-bebek ölümlerini etkileyen önemli etkenlerden birisidir.

İkinci, üçüncü basamak hastane hizmetlerinde ise bizler rutin denetimlerimize ilave olarak, ekim, kasım aylarında ilgili uzmanlardan oluşan, yenidoğan uzmanlarının ve çocuk enfeksiyon uzmanlarının da aralarında olduğu bir ekip ile olağandışı denetimler yaptık.

Yine, İstanbul'daki bebek ölümünün gündeme gelmesinden sonra Müdürlüğümüze 100'ün üzerinde şikâyet başvuruları olmuş; yine burada ilgili yan dal uzmanları dâhil olmak üzere ekipler oluşturularak buradaki bu şikâyetler değerlendirilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi adına alt ünite tedaviler, tedavi edici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için de yenidoğan yoğun bakım hizmet kalitesi hem özel hem kamu kurumlarımızda yakından takip edilmektedir.

Bugün burada gerçekleştirdiğimiz çalışmanın Gaziantep, komşu illerimizle Türkiye genelinde bebek ölümlerini en aza indirme yolunda önemli rehber oluşturacağına inanıyorum. Bu kapsamda hem mevcut durumu etkin bir şekilde değerlendirmek, ortaya koymak hem de öneriler geliştirmek adına iş birliğine hazır olduğumuzu belirtmek isteriz.

Katılımınız ve katkılarınız için tekrar teşekkür ediyorum. Toplantımızın hayırlı sonuçlara vesile olmasını temenni ediyorum.

Saygılar sunuyorum. (Alkışlar)

SUNUCU - Şimdi, konuşmalarını yapmak üzere sözü Sayın Valimiz Hüseyin Kaptan'a bırakıyorum.

GAZİANTEP VALİ YARDIMCISI HÜSEYİN KAPTAN - Teşekkür ediyorum, sağ olun.

Sayın Komisyon Başkanım, kıymetli milletvekilleri, Ankara'dan gelen kıymetli bürokrat arkadaşlarımız ve taşranın il sağlık müdürlüklerinin görevlendirdiği hekim ve bürokrat arkadaşlarımız; hepinize hayırlı günler diliyorum; saygıyla selamlıyorum sizleri.

Tabii, Türkiye'nin gündeminde olan bir meselenin bugün Antep özelinde çalışması, çalışmayı gündemimizde. Sizleri gazi şehrimizde ağırlamaktan mutluluk duyuyoruz. Bu süreçte de katkı sağlıyor olmaktan Gaziantep olarak mutluluk duyduğumuzu ekstra ifade etmek istiyorum. Çalıştayımızın hayırlara vesile olmasını temenni ediyorum, sizlere, her birinize ayrı ayrı hayırlı günler diliyorum.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, ben de kendimi tanıtayım. Doçent Doktor İshak Şan, ben de Adıyaman Milletvekiliyim. Komisyona Başkanlık görevi milletvekili arkadaşlarım tarafından tevdi edildi, onlara bir kez daha teşekkür ediyorum.

Bu, tabii, bizim 4'üncü çalışma ziyaretimiz; İstanbul, İzmir, Ankara'dan sonra Antep'teyiz. Antep'te de Urfa var, Hatay var, Adıyaman var, Maraş var sanıyorum. Çok çok teşekkür ediyoruz, hepiniz hoş geldiniz.

Evet, kıymetli milletvekili arkadaşlarım, il sağlık müdürlerimiz, hocalarım, basınımızın değerli temsilcileri; ben de hepinize hoş geldiniz diyorum. Hemen sözümün başında Türkiye Büyük Millet Meclisi Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılmasını, Özel Sağlık Kuruluşlarına Yeni Doğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu olarak çalıştayımıza ev sahipliği yapan Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne ve toplantımıza katılan Adıyaman, Diyarbakır, Hatay, Kahramanmaraş ve Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüklerimizin temsilcilerine ve değerli hocalarına ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Bugün "Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri" konulu çalıştayımız için toplanmış bulunmaktayız. Komisyonumuz özel sağlık kuruluşlarında yaşanan bebek ölümleriyle ilgili iddiaları tüm yönleriyle ele alan, varsa sistemdeki zafiyetleri tespit etmek ve çözüm önerileri geliştirmek için çalışmalarını sürdürmektedir. Hepimiz biliyoruz ki bebeklerin sağlıklı bir şekilde dünyaya gelmesi sadece tıbbi bir başarı değil, aynı zamanda toplumsal bir sorumluluktur. Bu sorumluluğun bilincinde olan ve faaliyetleriyle bu gayeye katkıda bulunan Komisyonumuz bugüne kadar kamu kurumları, kamu kurumları niteliğindeki meslek kuruluşları, sivil toplum örgütleri, akademisyenleri dinlemiş; konuyla ilgili kurum ve kuruluşlara da bilgi ve değerli talebinde bulunmuştur. Aynı zamanda nüfus yoğunluğu bakımından ilk 3'te yer alan büyükşehirlerin sağlık kurumlarının kapasitesi, sağlık altyapısı ve hizmeti sunumlarını yerinde incelemiştir.

Komisyon çalışmaları boyunca ilgili mevzuatta sağlık politikası, sağlık hizmetlerinde kamu ve özel hastanelerin finansmanı ve denetimi, yoğun bakım hizmetleri, yoğun bakımların etkin kullanımı, yenidoğan bakımından verilen standartlar, yenidoğanın yoğun bakıma ihtiyaç duyması durumunda uygulamaları kontrol edip işleyişi gibi konularda sorun ve çözüm önerilerini tüm paydaşlarla ele almıştır.

Bugün de bu amaçla "Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri" başlığı adı altında bir araya gelerek alınması gereken adımları belirleyeceğinize ve ortak bir strateji geliştireceğinize inanıyorum.

Hepinizin bildiği gibi bebek ölümleri, özellikle yenidoğan ölümleri, sağlık sistemimizin en kritik ve hassas alanlarından biridir. Nitekim, bu dönemde sunulan sağlık hizmetlerinin en yüksek standartlarda ve titizlikle verilmesi gerekmektedir. Her bir bebek sağlıklı bir başlangıç yapmayı hak etmektedir ve bu süreçteki her adım insan hayatını doğrudan ilgilendirmektedir. Sizlerden alacağımız bilgileri hem sahada yaşananları daha iyi anlamamıza hem de olumsuz olayların yaşanmasını önleyecek politikaların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tüm bu çalışmalar katkı sunan değerli uzmanlarımıza, il sağlık müdürlükleri temsilcilerimize, Komisyon üyelerimize ve siz değerli katılımcılara şükranlarımı sunuyor, çalıştayımızın hepimiz için verimli ve sonuç odaklı geçmesini temenni ediyorum.

Çalıştayımız hayırlara vesile olsun inşallah. Hepinize tekrardan çok teşekkür ediyorum, sağ olun, hoş geldiniz.

SUNUCU - Şu anda sözü Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Doktor Mustafa Kutlu'ya veriyorum.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, bizim memleket, Adıyaman.

İl Sağlık Müdürlüğümüzün herhâlde bir programı vardı sanırım İstanbul'da, değil mi? Oraya birkaç arkadaşımız katıldı sanırım.

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MUSTAFA KUTLU - Sayın Komisyon Başkanım, değerli milletvekilleri, çok değerli il sağlık müdürlükleri temsilcileri; hepiniz hoş geldiniz.

Adıyaman ili Gaziantep'in hemen doğusunda yer alan, 2024 yılı nüfusuna göre halkı 611 bin nüfuslu bir şehir. Kilometrekareye düşen nüfus sayısı 83 kişi. Adıyaman'da her ilçemizde bir hastanemiz var, merkezde eğitim araştırma hastanesi, diğer ilçelerde devlet hastanesi şeklinde. İlde bir tek özel hastanemiz var; özel hastanenin hasta yükü Adıyaman'da gerçekleşen poliklinik sayısının yüzde 6'sı kadar. Adıyaman'da genel nüfusa baktığımızda son yıllarda nüfus artış hızında bir azalma söz konusu fakat doğum hızımız binde 17'lerden 2024 itibarıyla binde 13'e kadar düşmüş durumda. Bu düşüş 6 Şubat depremlerinde çok kesin bir şekilde söz konusu oldu. 2024'te doğan bebek sayısında biraz duraklama oldu ancak deprem öncesi süreç kadar değil. 2023'ün 6 Şubat günü Adıyaman'da 110 bebek bir gecede deprem nedeniyle kaybedildi. O nedenle 2023'teki en yüksek bebek ölüm hızının olduğu il Adıyaman olarak istatistiklere geçmiş durumda.

İlde 220 aile hekimliği birimiyle hizmet vermekteyiz. Hekim başına düşen nüfusumuz yaklaşık olarak 2.800 civarında. 10 tane devlet hastanesinin yanında 1 tane ağız ve diş sağlığı merkezimiz var, 1 tane diş hekimliği fakültemiz var. Özel diş polikliniği sayımız 1, serbest hekim muayenehanesi 2, serbest diş hekim muayenehanesi sayısı 29, il genelindeki eczane sayısı 173 şeklinde.

100 bin kişiye düşen hekime baktığımızda, uzman hekim sayısı 73; 100 bin kişiye 73 kişi düşüyor; pratisyen 76, diş hekim 29, ebe hemşire 100 bin kişiye 412 şeklinde. Özeldeki hekim sayısı ile beraber bu çok cüzi bir artış sağlamakta.

Adıyaman'da çocuk hekimliği, çocuk sağlığı hizmetlerinde çalışan hekim sayımız burada 22 görünüyor ancak son zamanlarda il dışına tayinlerle beraber bu sayı 8 daha azaldı ve birçok branşta yan dal uzmanımız yok. Birer yan dal uzmanlarımız

var; çocuk endokrin 1, çocuk enfeksiyon 1, çocuk immünoji 1, çocuk kardiyoloji 1, çocuk nöroloji 1, çocuk yenidoğan 2, perinatoloji 1 şeklinde.

Yenidoğanlara yönelik olarak yapmış olduğumuz taramalarda biz çeşitli hastalıklara, 6 hastalığa karşı tarama yapıyoruz topuk kanıyla. Şüpheli olarak gördüğümüz kişileri bir üst basamağa sevk ediyoruz. Fenilketonüri açısından 13 kişi, biotinidaz eksiliği açısından 43 kişi, hipotiroidi açısından 50 kişi, konjenital adrenal hiperplazi açısından 15, kistik fibrozis 17, SMA 2 şüpheli vakamız var ve bunlar sevk edilmiş durumdadır. İltiham taraması, gelişimsel kalça displazisi ve görme taraması hizmetlerini de düzenli olarak yapmaktayız.

İlimiz genelinde geçen yıl 73 bebeğimizi kaybettik. Bu bebeklerden 32'si ilk bir hafta içerisinde öldü. 8-28 gün içerisinde ölen 17 bebek; 29-364 gün içerisinde ölen 24 bebeğimiz var. Buna baktığımızda bebek ölüm hızı 8,50 olarak 2024 yılında görülüyor. Bir önceki yılın çok yüksek olmasının sebebi depremde kaybettiğimiz bebeklerimizin etkisi.

İlçelere göre baktığımızda Kahta ve Besni ilçesi merkezden daha yüksek bebek ölüm hızlarına sahip. Hastanede gerçekleşen doğumlara baktığımızda doğumlarımızın hemen hepsi hastane doğumu ve il dışı doğumlar şeklinde yansıyor. Özelde ve evde gerçekleşen doğum bir elin parmakları kadar az sayıda.

Yoğun bakım yatak sayısına baktığımızda Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi özellikle yaklaşık olarak üç ay önce -Sayın Başkanım, biliyorsunuz- ek binamızın devreye girmesiyle beraber de biraz daha iyileşir âline geldik. Daha önce toplam 25 yoğun bakım yatağımız vardı Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde. Besni, Gölbaşı ve Kahta'da yine vardı ama 6-4-7 şeklindeydi. Yeni dönemde biraz daha yoğun bakım hizmetlerini rahatlatma durumundayız. Şu anda yüzde 76'lık bir doluluk oranına sahibiz 2024 yılı itibarıyla. 2025'te bu doluluk oranımız ek yatakların kapasitelerinin artırılmasıyla beraber yüzde 70'e kadar indi. Önümüzdeki günlerde yatak sayısının artırılmasıyla beraber bu doluluk oranını düşüreceğiz ya da Adıyaman'dan dışarıya sevk etmeden takip ettiğimiz hasta sayısını artırmış olacağız, il dışına özellikle Gaziantep ve Şanlıurfa'ya hasta sevklerinde çok ciddi durumlara karşı biz onları Adıyaman'da tutma yönünde çaba içerisindeyiz.

Yoğun bakımda çalışan hemşire sayısı il genelinde Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Besni, Gölbaşı, Kahta hastanelerinde yaklaşık olarak 58 kişi, 20 de özelde çalışan ebe hemşiremiz var.

Sevk nedenlere baktığımızda "boş yer olmaması" nedeniyle gerçekleşen sevkler ve "uzman hekim yokluğu" nedeniyle yapılan sevkler ciddi bir yer almakta. Bebek ölümlerinin dağılımına baktığımızda en fazla bebek ölümü Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde oluyor, daha sonra Özel Park Hospital Hastanesinde oluyor. Toplamda 73, Türkiye Cumhuriyeti uyruklu bebek ölümümüz var. Ayrıca ilimizde yaşayan Suriyelilerin de bebek ölümlerine ayrıca baktık. 14 de Suriyeliler içerisinde gerçekleşen bebek ölümü söz konusu.

Cinsiyet ayrımı çok fazla bir özellik arz etmiyor. Doğum ağırlığına baktığımızda 73'ün 29'u 3 kilo ve altında olan bebek ölümleri. Kırmızıyla işaretli olan alan 2 kilonun altındaki bebek ölümleri. Üstteki alan da 2 kilonun üzerinde olan bebek ölümleri.

Gebelik haftasına baktığımızda 20 bebeğimiz 28 hafta öncesinde kaybettiğimiz bebekler.

Ölü doğumlara baktığımızda, 14 bebeğimiz 28 haftanın altında gerçekleşen bebek ölümü olarak çıkıyor. Ölüm nedenlerine baktığımızda prematürite en başta geliyor. 73 bebeğimizin 31'i prematürite nedeniyle, 11'i solunum yetmezliği nedeniyle, 10'u konjenital anomali nedeniyle; konjenital kalp hastalıkları 9, sepsis 4, perinatal asfiksi 3 şeklinde devam ediyor. Pastadaki en büyük dilimi prematürite ve solunum yetmezliği kısmı alıyor.

Yaşla ilişkilendirdiğimizde 0-7 günündeki bebek ölümleri en yüksek bebek ölüm hızının olduğu dönem olarak karşımıza çıkıyor.

Ölü doğumlara baktığımızda en başta Adıyaman Merkez görünüyor ama nüfusa göre baktığımızda Kahta'daki ölü doğumlar Adıyaman'dan daha fazla.

Ölüm haftasına baktığımızda çok büyük bir özellik arz etmiyor.

Geçen yıl özel hastanelerde bebek ölümlerinin gerçekleşmesi üzerine, dikkat çekmesi üzerine bir Komisyon oluşturduk, bu Komisyon tarafından özellikle özel hastanemizi -1 tane özel hastanem var- arkadaşlarımız gidip denetlediler. Herhangi bir ciddi eksiklik, major eksiklik görmediklerini rapor altına aldılar ve mutad kontrollerde devlet hastanelerinde de "bebek takvimiyle ilişkili olarak ciddi bir sıkıntı yok" diye rapor edildi.

Arz ederim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Mustafa Hocam, teşekkür ederiz, sağ olun sunumunuz için.

Değerli Komisyon üyeleri, müsaadenizle şöyle yapalım: Verilerimizi alalım değerli hocalarımızdan, soru-cevap kısmına sonra geçelim. Uygundur herhâlde değil mi?

Evet, şimdi de Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğünden Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanımız Sayın Doktor Murat Can.

Buyurun hocam.

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Sayın Valim, değerli Komisyon Başkanlarım, değerli İl sağlık müdürlerim, çok kıymetli başkanlarım ve değerli katılımcılar; hepinize saygılarımı sunuyorum, hoş geldiniz diyorum.

Diyarbakır Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Doktor Murat Can.

Geçen ay Urfa ilimizin ev sahipliğinde bir Bebek Ölümleri Çalıştayı'na da katılmıştım. Orada özellikle klinisyenlerimizin ağırlıkta olduğu bir çalıştay olmuştu. Burada sevindiğim bir nokta oldu, klinisyenlerimizin aslında birinci basamak hizmetlerine biraz uzak olduklarını gördük ve o kadar güzel bir ilişkimiz oldu ki birinci basamak ile ikinci, üçüncü basamak arasındaki entegrasyonun ne kadar önemli olduğunu hem değerli klinisyen hocalarımız hem de birinci basamaktaki çalışan arkadaşlarımız gördüler ve çok ciddi ve güzel bir çalıştay oldu, sonuçları da inşallah çok güzel olacaktır.

İlimizin verilerine bakacak olursak, ilimiz 17 ilçeden oluşmaktadır; 4 merkez ilçe, 13 de çevre ilçe olmak üzere. Toplam nüfusumuz 2023'te 1 milyon 818 bin, 2024'te de 1 milyon 833 bin 500 oldu.

18 kamu hastanemiz, 9 tane özel hastanemiz, 1 de üniversite hastanemiz olmak üzere toplamda 28 tane hastanemiz mevcut. Totalde 5.006 yatağımız, 10 bin kişiye düşen yatak sayımız 27,7; Türkiye ortalaması ise 31,2.

Kaba doğum hızımız 2023'te 18 -her geçen gün azalmakta- toplam doğurganlık hızımız binde 2,2; kaba ölüm hızımız 3,6; nüfus artış hızımız ise 7,3 olmuştur.

Sağlık kuruluşlarımıza bakacak olursak, 12 ilçe sağlık müdürlüğü, 5 toplum sağlığı merkezimiz mevcut; totalde 611 aile hekimi birimde birim başına düşen nüfus ortalamamızı 3 binin altına düşürmüş olduk.

2 tane sağlıklı hayat merkezimiz var, toplamda 7 tane de şu anda yatırım programına aldığımız sağlıklı hayat merkezi projemiz var.

2 göçmen sağlığı merkezimiz vardı, Bismil ilçemizde de 1 tane göçmen sağlığı merkezi açtık, totalde 22 bin civarında göçmenimiz bulunmakta Diyarbakır'da.

Acil sağlık hizmetleri istasyon sayımız 72.

Hastanelere bakacak olursak 1 tane eğitim araştırma hastanemiz, 16 devlet hastanemiz, 3 ağız dış sağlığı merkezi, 1 ağız dış sağlığı hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 1 diş hekimi fakültemiz bulunmakta. 9 özel hastanemiz mevcut; 3 özel diyaliz merkezi, 43 özel diş polikliniği, 99 serbest diş hekimi muayenehanesi var ve 516 eczanemiz bulunmakta.

Çok önem verdiğimiz bir konu bu. Aynı zamanda Normal Doğum Eylem Planının da hayata geçirilmesiyle daha da önem kazanan sezaryen ve primer sezaryen oranları: Totalde 2024'te 33.894 doğumumuz oldu, bunlardan sezaryen oranı 59,3 oranında, primer sezaryen oranı ise 29'larda. Özellikle hassasiyetle yaklaştığımız nokta ilk gebeliğini yaşayan kadınlarımızın sezaryene yönlendirilmemesi özellikle ve bu konuda Kamu Hastaneleri Başkanlığımız ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığımızla koordineli olarak hem özel hastanelerimizi hem de kamu hastanelerimizi denetlemekle, kadın doğum uzmanlarımıza ziyaretler gerçekleştirmekle bu görevleri yürütüyoruz.

Primer sezaryen oranlarında özellikle özel hastanelerimizdeki oran yüzde 41 civarında. Bakanımız, Diyarbakır'a ziyaretinde bu oranların yüzde 20'ler civarına düşürülmesini özellikle istediler. Üniversite hastanelerine daha kompleks vakalar gittiği için bu oran da biraz daha yüksek, yüzde 38'lerde. Kamu hastanelerimizde bu oranları giderek azaltmaktayız. Kadın doğum uzmanlarımızın bu konudaki hassasiyetlerini de görmeliyiz.

Anne ölüm oranına bakacak olursak, 2024'te ve 2023'te 4 anne ölümümüz oldu, oranımız 12,5 olarak görülüyor. Bebek ölüm hızımız da 2023'te depremi yaşadığımız için 2023'te ciddi bir artış oldu ama 2024'te biz 11,6 oranından 10,2 oranına düşürdük ve inşallah bu oranı tek haneli rakamlara indirmeyi hedefliyoruz.

Neonatal ve post neonatal bebek ölüm oranlarına bakacak olursak, özellikle 0-28 günde 2023'te yüzde 70'ken 2024'te yüzde 64,8; 29-364 gün ölüm sayıları ise 2023'te oran olarak yüzde 29,9; 2024'te yüzde 35,2.

Ölüm nedenlerine bakacak olursak, prematürite tek başına bir ölüm nedeni değil, prematüriteye bağlı olarak gelişen durumlarda en sık gördüğümüz neden RDS olarak bilinmektedir, solunumsal hastalıklar. İkinci sırada konjenital anomaliler, üçüncü sırada konjenital kalp hastalıkları, dördüncü sırada sepsis ve beşinci sırada metabolik hastalıklar olarak görülmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım oranlarına bakacak olursak, kamu hastanelerimizde birinci seviye 17 yatak, ikinci seviye 63 yatak, üçüncü seviye 65 ve dördüncü seviye 10 yatağımız bulunmakta.

Doluluk oranlarımız özel ikinci seviyede yüzde 60, üçüncü seviyede yüzde 99,7, dördüncü seviyede yüzde 68; toplam yatak sayımız 151.

Üniversite hastanemizde özellikle üçüncü seviyede doluluk oranımız yüzde 98,44 yatağımız bulunmakta, totalde 60 yatak mevcut.

Özel hastanelere bakacak olursak, birinci basamak birinci seviyede 15, ikinci seviyede 53, üçüncü seviyede 161 olmak üzere totalde 229 ve il genelinde de toplam 440 yenidoğan yoğun bakım yatağımız mevcuttur.

Çocuk yoğun bakıma bakacak olursak, ana hastanemiz Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanemiz üçüncü seviye bir hastane; yatak sayımız 30, doluluk oranlarımız yüzde 97'lerde.

Çocuk hastalıkları hastanemizde ikinci seviye 17, üçüncü seviye 24, totalde 41 tane yatağımız mevcut.

Üniversite hastanemizde ikinci seviye 8, üçüncü seviye 31, totalde 39 tane yatağımız ve il genelinde 110 çocuk yoğun bakım yatağımız mevcut.

Erişkin yoğun bakımlara bakacak olursak, il genelinde kamuda 206, üniversite hastanemizde 264, özel hastanemizde de 125 olmak üzere 595 yatak mevcut.

İl dışına yapılan yenidoğan sevklerine bakacak olursak, ilimiz bu konuda genelde kendi kendine yeten bir il. Aynı zamanda biz 7 ilden sevk almaktayız bölge hastanesi olmamız nedeniyle. Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanemiz genelde bu sevkleri almakta; aynı zamanda il içindeki sevklerde de hem özel hastanelerde hem de kamu hastanelerimizde geçici sevklerimiz de almakta.

Özellikle dikkat ettiğimiz nokta, il dışına yapılan yenidoğan sevklerde totalde 21 tane vakamız olmuş. İleri merkeze sevk nedeniyle 14, tıbbi ekipman ihtiyacı nedeniyle 4, ileri tetkik ve tedavi nedeniyle 1, yan dal uzman hekim ihtiyacı nedeniyle 1. Özellikle yoğun bakımlarda bazen yataklarda sıkıntı yaşıyoruz, onda da sadece 1 bebeğimizi, yenidoğanımızı il dışına sevk etmişiz.

Personel durumuna bakacak olursak, yenidoğan uzmanı olarak kamu hastanelerimizde 5, üniversite hastanelerimizde 1 ve özel hastanede 2 olmak üzere totalde 9 yenidoğan uzmanımız mevcut.

Çocuk uzmanımıza bakacak olursak, 121 kamu hastanesinde, 16 üniversite hastanesinde, 42 özel hastanemiz olmak üzere 179 çocuk uzmanımız mevcut.

Hemşire sayısına bakacak olursak, 463 kamu hastanelerinde, 309 üniversite hastanemizde, 274 özel hastanede olmak üzere totalde 1.046 yoğun bakım hemşiremiz mevcut.

MURAT ÇAN (Samsun) - Çocuk uzmanı için bir açabilir miyiz?

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Yatak sayılarımıza bakacak olursak kamu hastanelerimizin 2.600...

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Başkanım, bir önceki slayta gelebilir misiniz?

MURAT ÇAN (Samsun) - Dicle Üniversitesi Hastanesinde 16 çocuk uzmanı...

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Çocuk uzmanı derken, yan dalı olmayan değil mi?

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Yan dallar da dâhil olmak üzere hepsini çocuk uzmanı olarak...

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Yan dallar dâhil.

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Evet, yan dallar da dâhil. Üniversite hastanemizde henüz mevcut olmayan yan dal uzmanlarımız var ama genelde kamu hastanelerimizde öyle bir sıkıntımız yok.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bunun asistanına filan da yanına eklese...

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Asistanlar dâhil Sayın Vekilim.

MURAT ÇAN (Samsun) - Tamam da bu kadar orantısız bir şeyle nasıl hizmet veriyor orası? Kamu Hastanesi 121, Dicle Üniversitesi 16, özel hastane 42. Dicle Üniversitesinin bebek ölüm hızı ne kadar?

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Ayır ayrı hastanelere bakmadık Vekilim ama.

MURAT ÇAN (Samsun) - Çok özür diliyorum böldüğüm için.

Bebek ölümünün çok yoğun yaşandığı hatta Dicle Üniversitesinden hocalarımız da Komisyonda bize sunum yapmışlardı. Kendileri de şikâyetçiydi Dicle Üniversitesinde, daha doğrusu Diyarbakır'da bebek ölüm hızının yüksekliğinden çok şikâyetçilerdi ama şunun üzerinden üniversiteye Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü... Burada sağlık hizmeti sunumu çocuk hastalar açısından çok riskli, çok sıkıntılı. 1 yenidoğan uzmanı var, 16 çocuk hastalıkları uzmanı var; 1 milyon 800 küsur bin nüfusa hitap ediyor. Üçüncü ve dördüncü basamak yoğun bakım ihtiyacının da en çok oraya doğru olacak bir birim. Büyük sıkıntı var orada.

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Üniversite hastanelerinde bu sıkıntıyı aslında biz kendileriyle görüştüğümüzde bizzat dile getirmiştik. Hoca bulma noktasında aslında sıkıntı yaşıyorlardı, geçen hafta yaptığımız görüşmelerde yan dal hoca sayısını artıracaklarını ifade etmişlerdi.

Bizim aslında ilimizde yaşadığımız en büyük sıkıntı yatak sıkıntısı. Şöyle: 7 ilden sevk aldığımız doğum oranları yüksek olduğu için yatak sayısında çok büyük sıkıntı yaşıyoruz iki mekânda da.

MURAT ÇAN (Samsun) - Sayın Müdürüm, iki üç slayt önce sevk sayınızı verdiniz. Çok az sevk var orada, 16 çocuk uzmanıyla.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Sayın Vekilim, teyit almamız gerekiyor. Yan dal uzman sayısı 16 olabilir, buradaki veri yanlış olabilir.

MURAT ÇAN (Samsun) - Düzeltelim, orada çok büyük fark var.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - O konuyla ilgili teyit alalım.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ben hâlâ, bebek ölüm hızının bu kadar yüksek olduğu bir şehirde 21 sevk az olduğunu düşünüyorum. Bilmiyorum siz ne dersiniz Hocam? Mesela, tam da burayı tartışmak lazım bebek ölümleriyle ilgili.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Biz devam ederiz, bu arada Başkanım siz de sunum bittikten sonra teyit edersiniz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Acaba çocuk yoğun bakımçı sayısı mı 16?

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Yan dal sayısı. Efendim, ben onu tespit edeyim, aktarayım.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Başkanım, devam edelim.

Buyurun.

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MURAT CAN - Kurum yatak sayılarında ağırlıkta olan kamu hastanelerimizde 2.603; Dicle Üniversitesi hastanemizde 1.226 yatak, 1.062 de özel hastanelerimizde yatak bulunmakta.

Sağlık hizmetleri izleme ve değerlendirme özellikle sayılarına bakacak olursak, kamu sağlığı tesislerine biz 2024'te 25 denetim yapmışız Sağlık Hizmetleri Başkanlığımız olarak. Yenidoğan yoğun bakımlarına biz 26 denetim yapmışız. Hem Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı olarak hem de Sağlık Hizmetleri Başkanlığı olarak göreve geldiğimiz günden itibaren yenidoğan yoğun bakımlarında çok ciddi denetimler yapmaya çalıştık. Tespit ettiğimiz eksiklikleri Sağlık Hizmetleri Başkanlığımıza ve Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımıza ilettik.

Erişkin yoğun bakımında 81 denetim, özel hastanelerde 9 denetim ve son zamanlarda özellikle her hastanede açılması gereken gebe okullarımıza 12 denetim yapmışız. Gebe okullarının özellikle oluşturulması için Sağlık Hizmetleri Başkanlığımızla beraber hem özel hastanelerimizde hem de kamu hastanelerimizde gebe okullarının açılmasını sağladık. Şu anda gebe okulu olmayan hastanemiz bulunmamakta.

Arz ederim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Teşekkür ederiz Başkanım.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bence soruları çok taze sormak lazım.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - İsterseniz notlarımızı alalım, sonrasında cevaplasınlar çünkü çok uzayacak.

MURAT ÇAN (Samsun) - Hocam, değişmez, parantezin içini önce yapsan, sonra yapsan değişmiyor.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - O zaman soruları sormadan, öyle mi?

MURAT ÇAN (Samsun) - Soruları çok taze sormak lazım.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Tamam.

Hocam, siz o arada veriyi teyit edin, biz Gaziantep'in sunumunu alalım.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Tamam Başkanım.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı Doçent Doktor Mikail Özdemir.

Buyurun lütfen.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAIL ÖZDEMİR - Sayın Valim, kıymetli Komisyon Başkanım, değerli vekillerimiz, kıymetli il müdürlerimiz ve mesai arkadaşlarım; hepiniz hoş geldiniz.

Ben de hızlıca Gaziantep verisini sizlere arz edeceğim.

İlimizin merkezde 3 tane ilçesi bulunmakta, toplamda da 9 tane ilçemiz var. TÜİK nüfusumuz 2 milyon 193 bin fakat biz özellikle sunumda belirtmek istedik çünkü İstanbul'dan sonra en çok göçmen misafir barındıran il Gaziantep ve bunların tamamına yakını kamudan hizmet almakta; hem ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hem de birinci basamakta aile sağlığı merkezlerinden hizmet almaktalar yani toplamda 2 milyon 600 bin nüfusa hizmet veriyoruz.

İlimizdeki kurum sayılarına baktığınızda Sağlık Bakanlığına ait yani kamuya ait 13 tane hastanemiz bulunmakta; 1 tane belediye, 1 tane üniversite hastanesi var, 1 tane de özelde üniversite hastanesi var; o özeldeki üniversite hastanesiyle birlikte toplamda 18 tane de özel hastanemiz mevcut.

Yatak sayılarına baktığımızda kamunun 4.565 tane yatağının olduğunu görüyoruz, belediye hastanesinin 190, üniversite hastanesinin 1.238 ve özellerde 2.581 tane yatak kapasitesi mevcut; toplamda da 8.500 tane yatakla ilimize hizmet veriyoruz.

Oranlara baktığınızda 10 bin kişiye düşen yatak kapasitesi Türkiye ortalamasının üzerinde; hem kamuda hem de özellerle birlikte totalde biz bunu sağlamış bulunmaktayız. Kamuda Türkiye'de 10 bin kişiye düşen yatak sayısı yüzde 20'yken, ilimizde yüzde 21. Totale baktığımızda ise yüzde 40 olarak görüyoruz. Özellikle şunu belirtmek istiyorum, tüm Türkiye'de 10 bin kişiye düşen yatak kapasitesi özellerde yüzde 6'yken Gaziantep'te 2 katı; bu da oradaki istihdamı göstermekte.

Nüfus artış hızımız da Türkiye ortalamasının çok üzerinde. Zaten biliyorsunuz, doğurganlık hızı Türkiye'de stabil nüfusun altına düşmüştür; 1,51'ken Gaziantep'te 2,1'dir, hâlâ stabil nüfus artışı devam etmektedir. Bunun rakamlarımıza da yansıdığını görmekteyiz.

İlimiz genel olarak genç bir nüfusa sahip, Türkiye'nin genç nüfus sıralamasında 11'nci iliyiz, yaşlı nüfusun da çok düşük olduğunu görmekteyiz.

Sağlık kuruluşlarımızı detaylı incelediğimizde 9 ilçemiz var, bunların 7 tanesi ilçe sağlık müdürlüğü, 2 tanesi toplum sağlığı merkezi hüviyetinde. 796 tane aktif aile hekimliği birimimiz mevcut, 172 tane de aile sağlığı merkezimiz mevcut. 2 tane sağlıklı hayat merkezimiz var, bu yıl biz sağlıklı hayat merkezleri konusunda bir atılım içerisindeyiz, 5 tane daha yeni sağlıklı hayat merkezi kazandıracaktır.

Bir de az önce Suriyeli nüfusun çokluğundan bahsetmiştim, toplamda bu ilde 12 tane göçmen sağlığı merkezi var ve bunların bir kısmı güçlendirilmiş, orada 5 pediatrist, 3 kadın doğum uzmanımız mevcut. 68 tane acil sağlık istasyonumuz var. 2 hastanemiz eğitim araştırma hastanesi statüsünde, 10 tanesi devlet hastanesi, 1 tane kadın doğum ve çocuk hastanemiz var, dal hastanesi; 2 tane üniversite hastanesi, İlayet Topçuoğlu 1 tane büyükşehir belediyesinin hastanesi, toplamda da 1 tane dış hekimliği fakültesi ve 4 tane de ADSH ve ADSM'miz mevcut.

Özel hastanelere baktığımızda, 18 tane özel hastanenin olduğunu görüyoruz. Serbest tıp hekim muayenehanesi 134 tane, bunlardan 2'si perinatolog; hastanede hizmet vermeden perinatolog olarak orada çalışmaktalar.

İlimizdeki hastanelerin rollerini görüyorsunuz, şehir hastanesi burada 1.875 yatakla acil sınıfında hizmet vermekte ve şunu özellikle belirtmek gerekiyor: Şehir Hastanesi açıldığı zaman hiçbir yatak kapasitesi düşürülmeden bu yatak kapasitesine erişirilmiştir ve bu sayede kamuda 4.565 tane yatağımız mevcut. Özeldeki 18 hastanenin de toplamda 2.771 tane yatağı mevcut. Burada da Sani Konukoğlu Hastanesini görüyorsunuz, kendileri aynı zamanda üniversite hastanesi statüsündedir ve 1 eğitim kliniği mevcut orada. Toplamdaki yatak kapasitemiz üniversiteyle birlikte 8.574.

Doğum verilerine baktığımızda, Suriyeliler dâhil olmak üzere ilimizdeki doğum sayısı toplam 45.700 ve bunların yüzde 42'si normal doğumla meydana geliyor. Maalesef Diyarbakır'dakine benzer bir oran burada da söz konusu. Görüyorsunuz sezaryen oranları kamuda çok düşükken hem primer sezaryende hem de total sezaryende -hatta primer sezaryende Türkiye'nin en iyilerinden bir tanesiyiz- kamuda yüzde 12'lik bir oranımız mevcut. Özelde ise maalesef bu oran diğer illere benzer, Diyarbakır'dakine benzer bir rakam görüyorsunuz. Yüzde 80'lere yakın total sezaryende, primer sezaryende de hem üniversitede hem özelde yüzde 40'a yakın bir oran görmekteyiz.

Yenidoğan verilerine bakacak olursak ilimizdeki -sadece şuraya odaklanmanızı istiyorum- yenidoğan yatak kapasitesinin yüzde 64'ü özelde, yüzde 6'sı üniversite hastanesinde ve sadece yüzde 30'u kamuda bulunuyor. Kendi hastanelerimizde 3 yenidoğan uzmanı bulunurken özelde 6 yenidoğan uzmanı var. Az önceki, Diyarbakır'daki sorun bizde de mevcut. Birazdan zaten PDC'lerde göreceksiniz, bizim ilimizdeki üniversite hastanesinde yenidoğan uzmanı da bulunmamakta maalesef.

Yine, totaldeki yoğun bakım yatak sayılarına baktığımızda daha adil bir paylaşım görüyoruz. Kamuda yüzde 42, üniversitede yüzde 9 ve özel hastanede yüzde 49; yenidoğanda biraz daha özel lehine bunun kaydığını görmekteyiz. İl genelinde de toplamda 1.899 tane yoğun bakım yatağımız mevcut. Bunların birinci, ikinci ve üçüncü seviye olarak alt kırımlarına baktığımızda, kamuda 28 tane birinci seviye, 49 tane ikinci seviye, 158 tane de üçüncü seviye ve toplamda 235 tane yenidoğan yoğun bakım yatağımız olduğunu görüyorsunuz. Maalesef üniversitede birinci seviye bulunmamakta, toplamda da sadece 45 tane yatakları bulunmakta yenidoğanda. Özelde de her 3 seviyede de kamunun üzerinde bir rakama sahip olduklarını ve bu yükü ciddi manada bizlerle birlikte paylaştıklarını görmekteyiz. Toplam yoğun bakım yatak sayımız 1.891. Aslında 1.899'du, ama bunların 771'i yenidoğana ayrılmış vaziyette.

Yenidoğan uzmanları sayısını görüyorsunuz: Kamuda 3; 2'si şehir hastanemizde, 1'i kadın doğum ve çocuk hastanemizde, 6'sı özelde ve bunların birçoğu akademisyen. Üniversitede maalesef yenidoğan uzmanımız bulunmamakta.

Yatak kapasitelerini de burada görüyorsunuz: Yatan hastalara baktığımızda toplamda kamuda 7.300 bir yılda yatan hasta sayısı var, 12 bin de özelde yatan hasta sayısı var. Yatak sayısı ile paralel seyrettiğini görüyoruz burada, o yüzde 60'lık payın burada da olduğunu görmekteyiz. Ölen hasta sayısına baktığımızda bunlar sadece yenidoğan rakamları; bebek ölümleri değil bunlar, sadece 0-28 gün. 56'sı kamudaki hastanelerde, 281'i özelde, 6'sı da üniversitede. Şurada da aslında yenidoğanda yatan her 100 çocuktan kaçının öldüğünü görüyorsunuz. Bu bir risk.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Üniversitede yenidoğan uzmanı ne kadardır yok?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Uzun süredir yok. Beş yıldır yok.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Beş yıldır yenidoğan uzmanı yok mu?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Pediatristlerle çalışıyorlar maalesef.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yeni ihtisas alan asistanlar yenidoğan uzmanı olmadığı için bana rotasyona geliyorlar birer ay. Beş yıldır yenidoğan hocası yok üniversitede.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Kamuda yenidoğan yatak doluluk oranına baktığımızda yüzde 67, özellerde yüzde 65, üniversitelerde sadece yüzde 8 dolu olduğunu görüyoruz.

Yine, alt kırılımlarına baktığımızda, Gaziantep Şehir Hastanesinde üçüncü basamak 60 tane yatağımız mevcut ve burada bir yıl içerisinde 1.376 hastamız yatmış ve maalesef bunlardan 46'sı ex olmuş.

Yine, özel hastanelere baktığımızda toplamda 102 tane birinci basamak, 186 tane ikinci basamak, 203 tane de üçüncü basamakta yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı mevcuttur. Bir yıllık süre zarfında 12 bin hasta yatmış ve bunlardan 287'si ex olmuştur. Yatak doluluk oranlarını da burada görmekteyiz.

Üniversite hastanemizde de maalesef sadece 346 hasta yatmış ve bunlardan 6'sı ex olmuştur. Yatak doluluk oranını da görmekteyiz.

Bebek ölüm nedenlerinden çok detaylı bahsetmeyeceğim, ikinci oturumda perinatoloğumuz burada sizlere zaten bu verilerden bahsedecek.

Yıllara göre bebek ölüm hızına baktığımızda, ciddi bir Türkiye ortalamasının üzerinde seyrettiğimizi görüyorsunuz. Maalesef özellikle 2023 yılında 50 bebeğimiz deprem nedeniyle ex oldu. Toplamda 540'lık bir bebek ölüm sayımız vardı. Bu da oranımızı binde 15,3'ten 16,8'e yükseltmiştir. 2024'te biz bu oranı düşürdük. Şu an ilk üç aylık evremizde de 2025'te de bu oranı ciddi manada hala düşürmeye devam ediyoruz.

Kamu hastanelerinin PDC'lerine baktığımızda 137 PDC bulunmasına rağmen sadece 85 tane var yani yüzde 62'lik bir doluluk oranı mevcut pediatriye. Kadın doğum hastalıklarında doluluk oranımız yüzde 80. 59 aktif kadın doğum hastalık uzmanımız var. Perinatolojide yüzde 75'lik bir doluluk oranına sahibiz, neonatolojide de yüzde 42'lik bir oranına sahibiz. Özellerde 64 pediatrist, üniversitede 13 pediatrist bulunmakta. Diyarbakır'dan daha da kötü durumdayız burada maalesef. Kadın doğum hastalıkları özelde 70, üniversitede 6. Perinatoloji özelde hiç bulunmamakta, üniversitede de maalesef bulunmamakta. Özelde 6 yenidoğan uzmanı var, üniversitede maalesef hiç yok.

Biliyorsunuz, malum olaylardan sonra Sağlık Hizmetleri Başkanlığımız denetim sayılarını artırmıştır fakat hâlihazırda da biz denetimlerin yüzde 93'ü zaten olağan denetimlerimiz. Totalde bir yıl içerisinde 4.102 tane sağlık kurumuna denetim yapmışız; ekstra 280 tane yani yüzde 6 oranında olağandışı denetimimiz mevcut. 36 tane kuruma da süre sonu denetimi yapılmıştır. Bu denetimlerin 1.125'i Den-İz sistemi üzerinden. Den-İz sistemi üzerinden olduğunda denetimlerin tamamı sistem üzerine girilip matbu formlarla orada tanımlanıyor. Bizim bir önceki denetimlerin bir kısmı Den-İz sistemine dâhil değil.

Olağandışı denetimlerimize baktığımızda, 2024'teki malum Komisyonunda oluşmasına vesile olan olaylardan sonra hem İl Sağlık Müdürlüğümüze hem SABİM ve CİMER üzerinden çeşitli dilekçeler gelmiştir ve bunlar hızlı bir şekilde değerlendirilmiştir, bunun yanı sıra da 16 tane özel hastanede 46 kez yoğun bakım endikasyon denetimleri gerçekleştirilmiştir ve objektif olması adına bu denetimleri hem çocuk hastanemizden hem de Şehir Hastanemizden çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanı, yenidoğan yoğun bakım uzmanı, birim doktoru, ebe ve hemşireler bizzat denetimleri gerçekleştirmişlerdir. 2 tane hastanede uygunsuzluk tespit edildi ve bunlarla ilgili kurumlardan savunma istenmiştir. 1 tane kuruma idari para cezası, 1 tanesinin de müeyyide komisyonuna sevk edilmiştir.

Kamudaki yoğun bakım denetimleri de yılda 2 kez olmak üzere aksamadan devam etmekte. Bunun yanı sıra da az önce bahsetmiş olduğum olaylardan sonra SABİM ve CİMER'e başvuran 101 tane dosya tek tek değerlendirilmiş; 3 tanesi bilirkişiye gönderilmiş, soruşturma ile ilgili inceleme kısmında araştırılmıştır ve herhangi bir tıbbi husus saptanmadığı için dosyalar kapatılmıştır.

Burada özel hastanelerdeki müeyyide sayılarını görüyorsunuz. 18 tane müeyyideli görüşülen dosya vardı; bunların 13 tanesine idari yaptırım yapılmıştır. Yenidoğan kısmına baktığımızdaysa sadece 4 tane dosyanın yenidoğan kısmıyla ilgili olduğunu görüyoruz ve bunlardan da 3 tanesine idari yaptırım uygulanmıştır. 1 tanesine TPN sözleşmesinin süresi bitmesi nedeniyle idari para cezası, 1 tanesine de olağandışı denetimde zorunlu cihaz eksikliği nedeniyle idari para cezası uygulanmıştır. 1 tanesinin de süt saklama dolabında kan ürünü bulunması nedeniyle ilgili kuruluşa uyarı cezası verilmiştir.

Acil sağlık hizmetlerimize baktığımızda, Türkiye'de 24 binlik bir nüfusa 1 tane acil sağlık hizmetleri istasyonu düşerken Gaziantep'te bu oran 31 bine 1'dir. Totalde A1, 6 tane istasyonumuz; A2, 59 tane istasyonumuz; 3 tane de C tipi istasyonumuz mevcut. Ambulanslarımıza baktığımızda da toplamda 100 tane ambulansımız var, bunlardan 3 tanesi yenidoğan ambulansı.

Hasta nakil süreci: Aslında resmî prosedürlere uygun bir şekilde hastanın sevk talebinin resmî sistemlere, HBYS'ye girilmesi, sonrasında o HBYS'den ASUS'a aktarılması, komuta kontrol merkezi tarafından talebin görüntülenmesi ve sevk uygunluğunun değerlendirilmesi; akabinde yatak durumları açısından, nöbetçi personellerin görüntülenmesi, varsa öncelik kamu hastanelerinde vakanın sunulması, eğer yer bulunamıyorsa ondan sonra özel hastanelere sunulması ve sevk kabulü durumunda da ilgili hastaneye bilgi verilmesi ve hastanın nakli sağlanmakta.

Burada çok önemli husus, eğer hastanın bulunduğu hastanede tedavisi mümkünse kesinlikle sevk kabul edilmiyor; yine eğer kamu hastanelerinde ve devlet üniversitelerinde taranamıyorsa ilgili hastayla ilgili tedavi opsiyonu yine sevk gerçekleştirilmiyor ve bütün görüşmeler 112 Hattı tarafından yapıp kayıt altına alınıyor.

Yine Komisyonu ilgilendiren bir konu, hangi personelin hangi hastaneye sevk ettiği de tek tek kayıt altına alınmakta.

Çevre illerden biz sevk talebi almaktayız, özellikle Maraş, Adıyaman, Urfa ve Kilis'ten. Kendi il içimizde toplamda 27 bin sevk talebi oluşmuş, bunların yüzde 80'ine yer bulabilmişiz. Bölge illerinden de 1.200 tane sevk talebi gerçekleşmiş ve bunların da yüzde 55'ine ilimizde yer bulmuşuz.

Sevkinin dağılımına baktığımızda, sevk eden hastanelerin yüzde 84'ünün kamu hastaneleri olduğunu görüyorsunuz. Bunların birçoğu kamuda yer bulunamaması, yoğun bakım yatak sayılarının dolmasıyla alakalı. Üniversite hastanelerinde yüzde 6, özelden sadece yüzde 10'unun hastalarını sevk ettiğini görüyorsunuz. Kabul kısmında ise oran biraz daha tersine dönmekte, kamuya sevk edilen hastaların büyük bir çoğunluğunun özelden yer bulunduğunu görüyoruz. Yine kamudan veya özelden sevk edilenlerin üçte 1'lik kısmının da yine kamuda tedavi altına alındığını görüyoruz.

Kamu hastanelerinin kendi içerisindeki nakillerine baktığımızda kamudan çıkan hastaların yine bir başka kamuya yerleşme oranı yüzde 29, kamudan çıkanların üniversite hastanesine geçme oranı yüzde 1 ve bir özel hastaneye sevk edilme oranı da yüzde 70.

Üniversiteye baktığımızda benzer oranları görmekteyiz. Üniversite hastanesinden sevklerin de yüzde 29'u kamuya, yüzde 70'i özele olmakta.

Özel hastanelere baktığımızda ise kendi içlerinde mevcut özelden çıkanların yine yüzde 68'inin başka bir özel hastaneye sevkini olduğunu görüyoruz. Yine, benzer bir oran, yüzde 30'a yakını kamu hastanelerine ve yüzde 4'ünün de üniversite hastanesine sevk edildiğini görmekteyiz.

Nakil sebeplerimize baktığımızda, ekseriyetle boş yer olmaması, yoğun bakım ihtiyacı, ileri özelleşmiş hekim ihtiyacı, uzman hekim ihtiyacı olarak gözükme.

Bunlar da il dışına yapılan yenidoğan nakilleri. Birçoğu nitelikli hastaneler ve bunların 32 tanesinin hava yoluyla, 10 tanesinin de kara yoluyla sevk edildiğini görüyoruz. Toplamda 42 tane yenidoğanımızı dış merkezlere sevk etmişiz.

İlimizdeki özel ambulans sayılarına baktığımızda, 2 tane acil yardım ambulansı firma hizmet vermekte; 2 tane de nakil ambulansımız mevcut. Kamu ve özel hastanelere bağlı ambulanslara baktığımızda 38 tane; 1 tane de yine hastanelere bağlı nakil ambulansının olduğunu görmekteyiz.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Teşekkür ediyoruz.

Evet, şimdi, Gaziantep'le ilgili soruları alabiliriz, sorusu, katkısı olan varsa

Buyurun.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bir kere, hani, elimizde sunumun bir örneği olmadığı için, çok hızlı sunumunuz nedeniyle ben bir yerden sonrasını artık not alamadan, sadece izlemeyle yetindim.

Şimdi, bir soru: 2010 nüfusu kaç biliyor musunuz Gaziantep'in? Göç öncesi, yani nüfus artış oranlarının Türkiye'yle orantılı göç öncesi nüfusunuz ve bu nüfusa orantılı PDC, özellikle çocuk hastalıkları uzmanı için söylüyorum. 2024 nüfusunuzu zaten 1 milyon 835 bin olarak açıkladınız. Ben buralarda nüfus başına düşen hekim sayısını, PDC'yi, bir oranlamamızı isteyeceğim.

Özelden bir başka özele yüzde 68 bir sevk var. Yani böyle fasit daire içinde dönen bir sistem var herhâlde. Yani 281 çocuk özel hastanelerde vefat ediyor, bunun Sağlık Müdürlüğü tarafından çok ciddi ele alınması lazım, idari para cezasının falan çok ötesinde. Sizin, hani, burada, bu yenidoğan çetesiyle ilgili süreç başlamadan önce elinizde rakamlarınız var. Kamudaki oran işte o sayı 50 küsur herhâlde -yanlış bilmiyorsam- özel sektörde 281. Çok olağan dışı bir şey ama yani.

Ayrıca, Gaziantep'te -bunu Ankara'da da tartışmıştık- çocuk yan dalının, yenidoğan uzmanının olmaması... Buranın da üniversitesi bir şekilde, neredeyse, hani, "off" durumunda. Bu kadar nüfus artışı olan bir şehirde sağlık yönetiminin çok daha detaylı, çok daha masaya yatırır, biraz da Ankara'yı sarsar bir yapıda ele alınması gerekir. Ben şunu hissediyorum Diyarbakır'da ve Gaziantep'te -diğer yerlerde de belki böyle olacak- yani bütün rakamları çok güzel derlemişsiniz ama bunun nedensellikleri üzerine hiçbir çalışma maalesef yok. Bir yanda yatak sayısı belki 3'e 1 oranında ama ölüm oranı 5 kattan fazla. Bu sunumun Valilikle, Bakanlıkla filan yapılıp -hani çete yoktur belki, inşallah yoktur da o sonuca hizmet eden bir süreç var burada- bunun çok ciddi ele alınması gerekir.

Bir başka şey, yani, bunu devlete söylemem lazım: Hocamız bize vakıf üniversitesiyle ilgili süreci anlatmıştı. Yani bir firma, işte tekstil üzerinden, başka konular üzerinden ticaret yapıyor, yarı özel de vakıf kurumu, oradan elde ettiği parayla fonluyor. Öyle değil mi Değerli Hocam? Yani "Zararı biz önemsemeyiz." demiştiniz, ben onu öyle anlıyorum. Yani fonlanan yer ticaret yapılan yer. Kamu kendi üniversitesini nasıl fonlamaz ya! Gaziantep'te ve Diyarbakır'da. 2 milyonluk Gaziantep'te yaklaşık 10 milyar doların üzerinde Türkiye ihracatına destek olan bir şehirde bunun çok ciddi bir sağlık problemi olduğunu düşünüyorum.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAIL ÖZDEMİR - Sayın Vekilim, sorunuza istinaden bu sorunun ik tür nedeni var. Birincisi, ilimizdeki yatak doluluk oranlarını gördünüz, çok çok yüksek, yüzde 68 gibi bir yatak doluluk oranı mevcut; bundan dolayı zaten dışarıya sevk mecbur. Orada da az önce bahsettiğiniz gibi, üniversitenin bu arzı karşılayamaması nedeniyle maalesef özelden başka çok da bir opsiyon olmuyor. İkinci husus da ilimizdeki özel hastanedeki yenidoğan hocalarının birçoğu akademisyen ve mevcuttaki bizim kamudaki uzman hocalarımızın hocaları niteliğinde, onlara daha çok böyle vaka danışma şeklinde yönlendirmeleri oluyor. Hatta biz ölüm oranını, daha İstanbul'daki olay vuku bulmadan önce Ünal Hocamla bir araya gelip nedenlerini araştırdık. Biz iki tane de ortak bir çalışma başlattık bununla ilgili; bir tanesi retrospektif olarak geriye dönük araştırıyoruz, bir tane de vaka kontrol, olası riskleri saptamak adına. Fakat biz o görüşme öncesinde yaptığımızda kötü durumdaki olan çocukların, tıpkı bir ileri merkez gibi düşünülerek oradaki akademisyen hocalara sevk edilmesi ve özelden ölüm mortalite oranının da yüksek olmasının biraz ondan kaynaklandığını biz tespit ettik ve akademik çalışma tamamlandığında biz bunu resmî olarak zaten sunmuş olacağız.

Arz ederim.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ben bir ekleme yapabilir miyim?

Şimdi, tabii, normalde Antep süreci itibarıyla gerçekten kamunun güçlü olduğu bir şehir değildi ama şehir hastanesiyle beraber 2 yenidoğan uzmanı diyoruz, şu anda orada 2 yenidoğan uzmanı var ama 1'i daha yeni geldi, son altı ay içerisinde gelen bir arkadaşımız. Şu an, kamunun Şehir Hastanesi açılmasıyla beraber güçlenmesi sonucunda bu rakamların değiştiğini aslında

Komisyonunda da söylemiştim. Değişecek bu rakamlar yani hani bu rakamlar geçen seneki gibi veya 2023 gibi gelmeyecek çünkü artık ben sevk sayılarını, gidişatı, şehirdeki durumu görebiliyorum. Şu an, artık eskisi kadar böyle kötü hastanın sevkı söz konusu değil. Evet, doğumların yoğunluğu devlette, oransal olarak baktığımız zaman özelde daha fazla mortalite var gibi gözüküyor. Bu devletin güçsüzlüğünden ve kötü hastanın sevkinden kaynaklanan bir sürecin sonucu aslında ama şu an artık bu yok. Yani bu yıl veriler, belki dört aylık, üç aylık veriler bile daha farklı çıkabilirdi mesela.

MURAT ÇAN (Samsun) - Yatak işgal oranı kamuda buna uygun gidiyor mu? Hani arada ciddi bir fark var.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAIL ÖZDEMİR - Hocam, bunu nasıl ifade edebiliriz bilmiyorum yani hani hepimiz hekimiz sonuçta. Yatak dolar, burada önemli olan nokta siz kötü hastaya ne kadar bakmak istiyorsunuz, ne kadar gücünüz var buna. Burada, sadece yenidoğan uzmanının varlığıyla da bunu açıklayamazsınız çünkü yenidoğan uzmanı tek başına bunu yapamaz. Siz ekibiniz kadar varsınızdır, bu her hastanede geçerlidir. Ekibiniz güçlü olmazsa, bunun gecesi gündüzü eğer aynı şekilde devamlılık sağlamazsa, yedi gün yirmi dört saat, bayram seyrarı diye düşünürseniz bu anlamda yani bir yerde sıkıntıya düştüğünüz zaman bunun devamı gelir. Yani buradaki temel problem aslında ekip problemi. Bir yere sadece yenidoğan uzmanını vermek evet buraya bir nosyon, bir şey katar ama ekip güçlü olmadığınızda siz ekibiniz kadar varsınız, hemşire ekibiniz kadar ve doktor ekibiniz kadar varsınız. Ama dediğim gibi, bu hep konuştuğumuz bir şey. Biz bu olaylar patlak vermeden önce de geçen sene başı itibarıyla artık biraz daha böyle, Mikail Başkanım sağ olsun, "Hocam sen şehirde büyüksün artık, yıllardır buradasın artık, bir şeyler ne diyorsanız ona göre yol alalım" diye aktif olarak da zaten biz bu sürecin içerisindeyiz, devamlı da görüşüyoruz. Geçen seneden bu zamana yaptıklarımızla beraber ben bu ilde 2025 yılı rakamlarının çok farklı olacağını düşünüyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Temel sorun peki şey olabilir mi? Bu göç kabul etmeye başladığındaki PDC'yle bugünkü PDC nüfusla orantılı artmamasıyla da ilişkili mi? Artı mevcut PDC de dolu değil zaten. Bu da bir soruydu aslında. Hani 2010, 2011'deki kadro durumlarınız nedir? Şimdiki durumda nüfusa orantılı onlar artırıldı mı? Zaten artırılabilirse bile dolu değil, yani şey bir durum var.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Sayın Vekilim, biz o rakamlara çalışacağız, ben çalıştay bitmeden siz arz ederim. Fakat biz göç öncesi bebek ölüm hızlarına baktığımızda Gaziantep maalesef Türkiye ortalamasının yine çok üzerinde yani bu sorunuza nispeten cevaplayan bir şey aslında.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAIL ÖZDEMİR - Evet, Sayın Vekilim şurası da doğru. Biz, göç aldıktan sonra göçe uygun bir şekilde PDC planlaması özellikle yapılmadı, o alanda devam edildi. Ama bu yeni düzenlemeyle -daha dün yine konusu oldu- yeniden mevcut insan kaynağıyla mevcut nüfus oranlaması yapılarak yeni bir PDC düzenlemesi çalışması bitmek üzere. Yakında bize bu konuyla alakalı kendi hastanelerimizin içerisinde, il içerisinde bu düzenlemeyi yapın diye de yeni bir bilgi gelecek. Yoğun bakım yatak sayısı, Şehir Hastanesi öncesinde tamamen büyük oranda özellerde olduğu için ve özellerde de insan kaynağı açısından yenidoğan yoğun bakım uzmanı sayımız fazlaydı, 6'ydı. Sanıyorum hâlâ 6 ve akademisyen hocalarımız oradalar. Kamuda yer olmadığından yenidoğan yoğun bakım uzmanı olan özel hastanelere öncelikle sevk edilmiş durumda vakalar. Kamuda yer varken sevk zaten hiçbir zaman yapılmamış. Şehir Hastanesinden sonra da yeni üçüncü seviye, tamamı nitelikli olan ve en az 2 yenidoğan yoğun bakım uzmanının da sürekli bulunduğu Şehir Hastanesinde yine yataklar sürekli dolu olarak seyretmekte.

Bir de kadın doğum hastanemiz var, orada da bayağı bir yenidoğan yoğun bakım kapasitemiz var, orada da 1 yenidoğan uzmanımız var.

Evet, yenidoğan yoğun bakım uzmanlarımız mevcut nüfusa oranladığımızda bir miktar düşük, Diyarbakır'a göre de öyle gördük ama işte takdir edersiniz, mecburi hizmet süresi dolunca gidiyorlar ve ülkedeki yeni mezun durumuna göre yeni bir standart sağlanıyor. Yakın zamanda çok sayıda yenidoğan uzmanımız henüz mezun olmadı.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Şimdi, biraz önce PDC oranlarından bahsettiniz, PDC oranında yeniden bir düzenleme yapıldığını söylediniz. Aslında PDC oranlarında bir düzenleme yapılmasının çok fazla bir faydası yok. Sizin zaten şu anda görülen PDC'nizi doldurur yenidoğan uzmanınız yok. Buna baktığımız zaman normal açığı da düşündüğünüzde tüm Türkiye'de yenidoğan uzman sayısı herhâlde 390 civarında. Yenidoğan uzman ihtiyacımız fazla. Dolayısıyla sizin PDC'niz 6 kamu hastanesinde ama on yıl sonrasında sonuçta 3 kişiyi ilave edersiniz.

MURAT ÇAN (Samsun) - Evet ama benim itirazım şuydu: Sağlık Bakanlığı Gaziantep özelinde, yani İstanbul'dan sonra en fazla misafir kabul eden şehirde sadece yenidoğan uzmanı olarak değil, totalde bir çalışma yapması lazım. Devlet budur yani. Aklıma gelen şey şu...

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Bu konuda da her iki ayda bir talepler iletiliyor aslında ama dediğim gibi iki ayda bir mezun olan insan kaynağı kadar illere dağıtılıyor.

MURAT ÇAN (Samsun) - Benim itirazım şu az önceki sorumda. Sizin 10 küsur milyar dolarlık gayrisafi milli hasıla oluşturan bir şehirde yaşayan vatandaş özele kendisi de gitmek ister. Ben de on yıl özel hastanede çalıştım. Özeldeki yığılmanın büyük bir kısmı belki bundandır.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Evet.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ama burada sizin önemsenmez gereken konu 281 ölüm sayısı yani hemen hemen her yıl da sabit gitmiş. Bunun birden Şehir Hastanesinin hizmete geçmesiyle -bir dahaki sene inşallah yine geliriz buraya, gezmeye geliriz, bunu şifahi sorarız ama- bunun bu zamana kadar çok önemsenmesi gerekirdi. Bir yandan Gaziantep Üniversitesi, kamu üniversitesi çok geride, özel çok ileride ama özelde de bu kadar akademisyenin de olduğu bir yerde bunun Sağlık Müdürlüğü tarafından bir sorun olarak kabul edilmesi gerek. Benim ona itirazım var.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Sayın Vekilim, o konu sorun olarak kabul edildi, hocamızın da içerisinde bulunduğu komisyonlar oluşturuldu, bilimsel komisyonlar oluşturuldu. Yerelde birçok çalışmalar yapıldı, belki ilerleyen sunumlarda bunlar yer alacak. O ilde hangi bölgelerde, hangi noktalarda, hangi mahallelerde daha çok bebek ölümünün olduğuyla alakalı, hangi nüfus yoğunluğunda ne gibi sıkıntılar yaşandığını lokal olarak da biliyoruz. O bölgelere yönelik çalışmalar da başlatıldı. Hatta o bölgelerdeki aile hekimliği birimlerinde hem aile hekimlerimiz hem aile sağlık çalışanlarımız birebir

daha detaylı eğitimlere tabi tutuldular, farkındalık çalışmaları oluşturdular. Oralarından başlamak suretiyle bu çalışmalar başladı. Nitekim, bu yıl içerisinde en azından son üç dört ayda bu ölümlerin ciddi oranda azaldığını görüyoruz ama bu süre henüz kısa bir süre, bir sonuç söyleyebilmek için biraz erken ama çok olumlu sonuçlar alacağımızı görüyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Şimdi, ben, üniversite hastanesinde yenidoğan uzmanının beş yıldır olmamasını asla kabul etmiyorum. Bu doğru bir şey değil. Yani bu konuda çok ciddi anlamda bir sıkıntı var, mutlaka ne yapıp edip oraya uzman alınabilirdi. Devlet hizmet yükümlüsü tutmasıyla dahi bir uzman üniversiteye verilebilirdi. Burada problem var gerçekten. Hâlen daha orada "sıfır" yazıyor ve beş yıldızlı üniversite hastanesinde yenidoğan uzmanımız yoksa burada gerçekten çok ciddi anlamda bir soru işareti.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - O doğru. Üniversitemiz kendisi yapıyor tabip taleplerini, Bakanlıktan kendileri istiyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Yani siz Sağlık Müdürlüğü olarak da bununla ilgilenebilirsiniz. Siz Sağlık Bakanlığına durumu anlattığınız zaman Sağlık Bakanlığı zaten buna duyarsız kalmayacaktır. Böyle spesifik durumlarda mutlaka bir uzman devlet hizmet yükümlüsü konulur, üniversiteye gönderilebilir.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - Sayın Vekilim, çok da iyi duyarsız kalacaktır. Kahramanmaraş örneğini verebilirim ben size. Şimdi, ben 1993-1998 yılları arasında Urfa'da çalıştım, müdürlükte de çalıştım, çocuk hastanesinde de çalıştım. Maraş'tayım yaklaşık yirmi-yirmi beş senedir. Şimdi, Bakanlık, Urfa, Maraş, Antep, Adıyaman düzlemindeki bu bölgenin sosyokültürel ve sosyoekonomik yapılanmasına bir türlü Türkiye'nin geneli gibi bakıyor. Hâlbuki burada sağlık alışkanlığı halkın farklı, burada göç hareketleri hem yerelde var, kendi aralarında geçişler var hem de son zamanlardaki yurt dışı göçleri oluştu. Bunun dışında PDC'yi ve diğer personelin hareketliliğini de buranın o alışkanlığına göre düzenlemeyi bir türlü anlayamadı Bakanlık.

Onun dışında, üniversiteler için konuşuyorum; iki gün önce Tıp Bayramı'nda ben üniversitedeki programdayım; Sağlık Müdür Vekili yoktu, hadi müdür İstanbul'daymış. Fark ediyorsunuz son yıllarda üniversitelerle sağlık müdürlükleri arasında Bakanlığın empoze ettiği bir rakipleşme gibi bir şeyler var. Ben rektörle konuştum; üç aydır Sağlık Bakanından randevu alamıyorum, mecburi hizmetten 1-2 doktor ihtiyacım var. Maraş için konuşuyorum, aynı şeyi Antep için geçerli. Bu, özellikle bu bölge için bence kayıtlara geçmeli, bu bölgeye özel şu andaki toplantı yaptığımız illere özel Sağlık Bakanlığının yeni bir düzenleme yapıp buradaki personel hareketliliğini, buradaki sağlık kurum yapılanmasını tekrar değerlendirilmesinde bir fayda olduğunu düşünüyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ben bir iki soru daha sormak istiyorum. "Özelde çalışan 174 hekim arkadaşımız var." dediniz değil mi, yanlış almadım. Aynı rakam herhâlde Diyarbakır'da 63 civarındaydı., muayenehanesi olan. Bu muayenehanesi olan hekim arkadaşlarımız üniversitede çalışıp, part time çalışan hekim arkadaşlar mı, yoksa tamamen emekli olmuş ya da istifa etmiş dışarıda çalışan kişiler mi?

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Tamamen bağımsız olanlar.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Şu anda hem üniversitede çalışıp hem de dışarıda muayenehanesi olan bir hekiminiz var mı?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Yok.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Emin misiniz?

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Zaten yasal düzenleme yapıldı, yok artık yani.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ya da "danışma merkezi" adı altında muayenehane işleten var mı?

Bir de şunu soracağım, özür diliyorum Başkanım.

Olağan dışı denetimler var. Bu olağan dışı denetimlerin sonuçlarını bizimle paylaşır mısınız? Mesela bunu çok net biz gördük primer sezaryen oranları. Tamam üniversiteyi anlarım, üniversiteye özellikli hastalar gelmiştir, sezaryen endikasyonu vardır ama üniversitedeki oranların daha üstünde özelde bir oran vardı. Bunların denetimi mutlaka tabii ki uydurulmuştur, endikasyon ona göre bulunmuş, sezaryen yazılmıştır ama burada bir de gerçek var yani. Bunlarla ilgili bu olağan akışı yapmış olduğunuz denetlemelerinizdeki sonuçları bizimle paylaşır mısınız? Herhâlde 91 tane olağan dışı denetim olmuş.

Üçüncü olarak da sizin özelde 6 yenidoğan uzmanınız var, akademisyen olduğunu söylediniz. Bunlar bir tek özel hastanede mi çalışıyorlar yoksa bunlar şehrin bütün özel hastanelerinin yenidoğanı mı ilan ediyorlar?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Her biri farklı bir özel hastanede çalışıyor, Ünal Hocam da onlardan bir tanesi kendisi SANKO Hastanesinde. Biz normalde vaktimiz kısıtlı olduğu için bu oturumda bahsetmeyecektik ama Komisyon Başkanımızın eğer onayı olursa İl Sağlık Müdürlüğümüzün bahsettiği hususla ilgili birkaç detay vermek isterim.

Biz olaya sadece ikinci ve üçüncü basamak gözüyle bakmıyoruz. Biz bebek ölümleriyle ilgili yaptığımız o bilimsel çalışmalarda konunun sadece hastane hizmetleriyle veya sağlık hizmetleriyle örtüşmediğini gördük. Zaten biliyorsunuz, bebek ölümlerinin en yüksek olduğu bölge Güneydoğu Anadolu Bölgesi. Bu zaten bize olayın içerisinde sosyokültürel bazı dinamiklerin olduğunu gösteriyor ve biz yaptığımız çalışmalarda Türkiye'de ilk defa haritalandırma yaptık mahalle bazlı. Bir mahallede bebek ölüm hızı nedir, tek tek çıkardık ve gördük ki bazı sosyoekonomik seviyesi yüksek mahallelerde bebek ölüm hızı bir sorun değil. Diğer tarafa baktığımızda tıpkı intihar gibi, tıpkı bağımlılık gibi bazı mahallelerde bebek ölüm oranlarının da çok yüksek olduğunu saptadık. Hem İl Sağlık bazında hem de UNICEF'le geliştirilen ortak protokol kapsamında biz yerel bazlı bazı projeler gerçekleştirdik. Bunlardan bir tanesi pilot projeydi, geçen yıl Güneş Mahallesi'nde, bebek ölüm hızının en yüksek olduğu mahallede, biz gittik bir yıl boyunca hızlandırılmış TUSEM eğitimleri, 15-49 yakından takip, ailelerin bilgilendirilmesi, oradaki sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesi vesaire yaptık ve bunun etkisini gördük. 2023'te binde 13,6 olan bebek ölüm hızının binde 5,3'e düştüğünü gördük, neredeyse üçte 1. Bu da bizim elimizi güçlendirdi ve UNICEF'le yaptığımız protokol kapsamında biz şu an 5 tane konteyner tahsis ettik kendimize ve bu tespit ettiğimiz, şurada gördüğünüz koyu kırmızı renkli mahalleleri merkezlendirip orada Güneş Mahallesi'ndeki pilot projeyi ilin tamamına yayma gayreti içerisinde olacağız.

Bu sorun sadece ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle çözülebilecek bir sorun değil. Buna yönelik bizim çok kapsamlı çalışmalarımız da mevcut. İkinci oturumda yer ve zaman olursa ben onları da arz etmek isterim.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun Sayın Sunat.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Çok değerli İl Müdürleri ve yetkilileri; çok teşekkür ediyoruz yani hem Adıyaman hem Diyarbakır hem de Gaziantep'le ilgili veriler çok hızlı geçtiği için tabii ki not alamadık ama gördüğümüz kadarıyla bebek ölüm hızlarının bu bölgede, Adıyaman'da, Diyarbakır ve Gaziantep'te yüksek olduğu ortada. Üniversite hastanelerinin durumunun vahim olduğunu görüyoruz. Üniversite hastaneleri aslında araştırmaların, yeniliklerin ortaya konulduğu ve çok bilimsel araştırma yapılan yerler olması gerekirken giderek üniversite hastanelerimizin çok iyi çalışmadığını görüyoruz.

MURAT ÇAN (Samsun) - Çalıştırılmadığını.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Bence çalıştırılmadığını görüyoruz. Daha doğru bir ifade.

Mesela, raporlarımızda, Sayın Başkan, üniversite hastanelerinin yeniden ele alınmasının ve gerekli altyapının hızlandırılmasının önemli olduğunu ifade etmek isterim.

Şimdi, bir şey daha sormak istiyorum bu 3 ilin Sağlık İl Müdürlüğü yetkililerine, tabii ondan sonra anlatacaklara da aynı sorum: Bu İstanbul'daki yenidoğan olaylarından sonra şikâyetler arttı mı; ondan önce var mıydı? Hem yenidoğan yoğun bakım için hem de normal yoğun bakım için şikâyetler ne yöndeydi? Bu tür özellikle olaylardan sonra çok arttı mı; ne yönde bu artışlar? Sizin de bebek ölümlerinin bu kadar oranının yüksek olduğu şeyde analizleriniz nasıl? Yani neden olduğuna ki biraz önce az çok bahsettiniz, dediniz ki: "Belli bölgelerde fazla bu. Orada da yapmış olduğunuz çalışmayla bunu düşürdük." diyorsunuz ama genel anlamda bütün illerimizde mahalle mahalle bunların analiz edilmesinde fayda var diye düşünüyorum.

Olağan dışı denetimleri artırdınız anladığım kadarıyla. Normal denetimler zaten yapılıyor ama olağan dışı denetimler konu itibarıyla nedir, onları da öğrenmek isteriz.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Teşekkür ediyoruz.

Buyurun Başkanım.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Olağan dışı denetim oranlarımızı burada görmekteyiz, 2024 yılında 280 tane yapılmış.

Sayın Vekilimin bahsettiği hususta bu olaylardan sonra ciddi manada hem sosyal medya üzerinden hem SABİM ve CİMER üzerinden bir sürü ihbar olmuştu ve totalde de 101 tane bununla ilgili ihbar geldi fakat maalesef, daha doğrusu maalesef demek çok doğru değil, ne güzel ki bunlardan hiçbir tanesinde İstanbul'dakine benzer bir hadise tespit edilmemiştir. 3 tanesi sadece komisyona sevk edilmiştir, bunlardan da hiçbir tanesinde tıbbi kusur bulanamadığı için dosyalar kapatılmıştır yani o açıdan...

ŞENOL SUNAT (Manisa) - O 3 tanesi hakkında bilgi verir misiniz?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Onunla ilgili, Sağlık Hizmetleri Başkanım burada, konuya kendisi daha haiz.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Rapor olarak sunalım, hazırlıyorlar raporu.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Evet.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Bitti mi Başkanım?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Bitti efendim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - O zaman soruları alabiliriz arkadaşlar.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Teşekkür ederim Sayın Başkanım.

Burada benim dikkatimi çeken, haritalandırma yapmışsınız. Benzer illerde de bebek ölüm oranları yüksek, onun sebebi olarak sosyokültürel yaşam şartlarının da ön planda olduğunu söylemeye çalıştınız ama bunun detayına girdiniz mi? Sosyokültürel yaşamda eğitim eksikliği mi var yoksa hijyen eksikliği mi var? Nedir bu?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Akraba evliliğinin bu bölgede yüksek olması, sadece Gaziantep özelinde değil, tüm Güneydoğu'da bu oran yüksek. Urfa'da zaten biz bu konuda kapsamlı bir çalıştay yapmıştık, orada da benzer sonuçları gördük. Sık gebelikler maalesef burada daha yüksek. Biliyorsunuz, doğurganlık hızı burada daha yüksek. Akraba evliliği oranından bahsetmiştik. Maalesef, aşılama oranı, aşıya direnç mesela, Türkiye ortalamasına göre bu bölgede daha bir sıkıntılı.

Yine, sağlık okuryazarlığı anlamında da bu bölgenin düşük olduğunu görüyoruz ve biz pilot çalışmamızda da zaten buna odaklandık. Hem üreme sağlığı, cinsel sağlık anlamında hem de sağlık okuryazarlığı anlamında bölgenin kalkınması gerekiyor. Tüm bunları birleştirdiğinizde işin içerisine ekonomik koşullar da dâhil olursa tamamen sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlerin de önemli bir bileşen olduğunu görüyoruz. Kesinlikle tek başına bebek ölümlerini etkileyen bir şey değildir, tıpkı sağlık hizmetlerini de tek başına etkilemediği gibi.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Çözüm metodu yani çare bulmak için de kamunun, Bakanlığın, devletin bu saptanan noktaların üzerine yoğunlaşması gerekir. Nasıl hafifletebiliriz ya da en çok etkileyen faktör hangisiyse onların üzerine yoğunlaşmak gerekir herhâlde. O yüzden, bu çalışmamız kıymetlidir diye düşünüyorum ve diğer illerde de benzerdir herhâlde. O detaya girmek lazım.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Aile hekimlerinin nüfuslarının düşürülmesi nedeniyle. 4 binden 2 bin-3 binlere düşmesi bir yıl içerisinde daha da düşecek, 1.500'e kadar düşmüş olacak. Dolayısıyla kayıtlı nüfusun bütün detay ve bu kayıtlı nüfusu okuryazarlığının mutlaka artırılmasına yönelik çalışmalar biraz daha hız kazanmış olacaktır.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Bir de Antep'te çok daha bariz 1.871 özel hastane yatağı var, onun 491'i yenidoğan yoğun bakım yatağı. Yani gerçekten bu dikkat çekici bir yükseklik. Sanki hastaneler yenidoğan yoğun bakımı için açılmış gibi.

MURAT ÇAN (Samsun) - 1.581 Antep'te özel hastanelerin toplam yatak sayısı.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Ben 1.871 olarak almışım.

MURAT ÇAN (Samsun) - O Şehir Hastanesinin.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Hızlı geçtiğiniz için direkt göremiyoruz sayıyı.

2.581 özel hastanelerin toplam yatak sayısı.

MURAT ÇAN (Samsun) - 2.581 özel hastanelerin yatak sayısı. 1.876 Şehir Hastanesi.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Ben yanlış not almışım o zaman.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, Hocam, buyurun.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Ben Doktor Serhat Özkan.

Perinatoloji uzmanıyım Gaziantep Şehir Hastanesinde yenidoğan hekimiyim. Hekimlik hayatım boyunca Adıyaman'da, Kars'ta, Şanlıurfa'da, İstanbul'da ihtisasımı, yan dalımı, yaptım, sonra da buraya geldim. Hani bahsi geçen şehirler, Şanlıurfa ya da Diyarbakır, Adıyaman, Hatay, bu illerin hepsinde -kamu adına konuştuğum için söylüyorum bunu- merkezde 4924 sayılı Kanun'a personel temininde güçlük çekilen yerlerde temin edilmek üzere kadrolar var uzman hekimler için. Bizde sadece yan dal uzmanları bu kanuna tabi çalışıyor. İl sağlık müdürlüğünün izni üzerine yine gelen gidiyor, gelen gerçekten gidiyor. Ünal Ağabeyimin de söylediği gibi, hani hakikaten bizim işimiz de bir ekip işi. Yenidoğan adına konuşuyorum. Bu yüzden, Gaziantep özelinde konuşuyorum. Burada, merkezde Şehir Hastanesinde çalıştığım bütün pediatrist arkadaşların hepsi -23-25 kişiler sanırım- buradan gitmek istiyor. Bunların gerçekten burada kalmasını sağlayacak şeyin bence para olduğunu düşünüyorum açıkçası. 4924 sayılı Kanun'a tabi olurlarsa tanıdıklarımın hepsi, yüzde 90'ı burada kalır. Benim ekibim bozuluyor artık.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Şu an 4924 yok mu hocam?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Yok, uzman hekim için merkezde yok Hocam, bildiğim kadarıyla.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Yan dal uzmanlar için de mi yok?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Yan dal uzmanlar için var, uzman hekimlerimiz için yok Hocam.

Bunu belirtmek istedim sadece, naçizane. Bunun için söz aldım.

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Bu konuyu biraz daha açar mısınız, ayrıntılı. Kısa geçtiniz onu. "Para" deyip geçtiğiniz örneğin.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - 4924 sayılı Kanun'a...

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Ayrılmalarının nedenleri ne, memnuniyetsizlikleri nedir?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Çünkü Gaziantep pahalı bir şehir, kiralari İstanbul'la yarışır. Günlük yaşamınızı idame ettirmek için de hakikaten ciddi bir gideriniz oluyor burada ortalama bir yaşamınızı sağlayabilmek için. 4924 sayılı Kanun bize kısmen bu imkânı veriyor, kısmen bir tık daha iyi bir ücret veriyor ve buna istinaden de daha iyi yaşam şartlarına sahip olabiliyorduk.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Sayın Hocam, şimdi yanlış anlaşılma olmasın. Siz yenidoğan uzmanısınız, neonatologsunuz. Siz neonatolog adına mı konuşuyorsunuz şimdi, yoksa çocuk uzmanlarının geneli mi diyorsunuz?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Çocuk uzmanlarının geneli için Hocam.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Hepsi için konuşuyorsunuz.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Evet.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Ahmet Hocam, buyurun.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Teşekkür ediyorum, çok kıymetli bilgiler verdiniz.

Burada dikkat çekici, özel ve kamuya bakınca oranlara, İstanbul oranı gibi. Mesela, İzmir'e baktığımızda özel hastaneler yüzde 54 oranındayken Ankara'da bu yüzde 65 kamu lehine ama İstanbul'daki oran Antep'te oturmuş. 17 tane özel hastane var, 18 ama ben onu, diğerini vakıf üniversitesi olduğu için özel olarak almıyorum. Bir üniversite, bir de şehir hastanesi var. Eskiden kapasitesi çok yüksek bir de çocuk hastanesi vardı, o da çok güzel seviye üç hizmeti verirdi. Anladığım kadarıyla o Şehir Hastanesinde.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Devam ediyor.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Ama yenidoğancı yok herhâlde, değil mi?

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Var.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Var mı, tamam.

Burada yatak oranlarına bakınca da 489 yatağın yaklaşık 290'ı özel hastanelerde, 6 da yenidoğancı var özel hastanelerde. Benim anladığım kadarıyla soru şu şekildeydi: Özel hastanelerde birden fazla birime ya da özel hastaneye konsültasyonluk sistemi İstanbul'da olduğu gibi Antep'te var mı diye ben anladım sayın vekilimin sorusunun birinde. Yani bu durum oluyor mu yani 18 özel var ama 6 yenidoğancı var. Antep, tabii İstanbul kadar büyük, geniş alana yayılmış bir yer değil. Hani 1 yenidoğancı, belki ikinci bir özel hastaneyi konsülte etme şansı da olabilir ya da uygulanıyor mu?

Ama 112 hasta seçimini yaparken genelgeyle denilir ki: "Neonatolog varsa sevkini yapsın." Fakat bunu bypass etmenin yöntemi neonatolog olmadan, neonatoloji konsültanlığının anlaşmasını yapmak. Bu, İstanbul'da negatif sonuç verdi. Hani sonuç olarak neonatolog yok orada, başka bir neonatolog 3 hastaneye bakıyor, ambulanslar orayı önceledi ama sonuç işte bu olduğu gibi oldu.

Bir de tabii, üniversite hastanesini ben hatırlıyorum. Yıllar önce ben de Urfa'da mecburi hizmet yaparken çok güzel bir üniversite hastanesi vardı, hatta Drager kuvözlerini görmüştüm, hayran kalmıştım. Hani marka veriyorum, yanlış anlaşılmasın da. O dönem neonatoloji vardı orada. Ventilatorlerine kadar her şeylerini çok güzel yaptılar, 20 yataklıydı ama yandaki boş alanla 40 yatağa çıkma ya da 30'a çıkma alanı vardı. Hani üniversite yoksa bir yerde aslında orada ilim de ölür, hasta bakımı da bozulur.

Sonuçta, yenidoğan için Sağlık Bakanlığı devlet hizmeti yükümlülüğüyle gönderebilir. Sivas'ta bunu yaptı, başka illerde de yapıyor, Trabzon'da, Ordu Üniversitesinde ama çocuk kardiyoloğu, çocuk cerrahı, perinatolog, diğerleri de eksik anladığım kadarıyla çünkü yüzde 8 gibi bir doluluk oranı çok düşük gerçekten, hani boş yani üniversite, hasta bakmıyor gibi bir şey benim anladığım. Gerçekten üniversiteyi güçlendirmek gerekiyor bu ilde, en azından bilim de devam etsin.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. BEYTULLAH ŞAHİN - Üniversitenin çocuk yan dalcısı var aslında, 30'un üzerinde.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Teşekkür ederim.

Hocam, buyurun, siz söz hakkı istemiştiniz.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Teşekkür ederim.

Ben Gaziantep Şehir Hastanesinde perinatoloji hekimiyim, perinatoloji kadın doğum kliniğinde çalışıyorum.

Hani şunu söylemek isterim öncelikle: Antep'te bir özel hastane gerçeği var. Hani yanlış söylemiş olmak istemem o değerleri ama bildiğim kadarıyla İstanbul'dan sonra ikinci en yüksek özel hastane sayısına sahip şehir. PDC artırma çalışmalarını da tabii ki hani saygıyla karşılıyorum fakat burada PDC'yi artırmaktan ziyade zaten olanı devlette tutmaya yönelik bence bazı çalışmalar yapmak lazım çünkü Şehir Hastanesinde de mesela 2 yenidoğan yoğun bakım hocamız ayrıldı, özele geçti. Özeldeki çalışma şartlarıyla ilgili işte, hani o maddi düzenlemeler olur, devletteki diğer şartlar olur, onlarla ilgili bazı düzenlemeler yapılabilir diye düşünüyorum.

Ben Hocama katılıyorum. Bir şehirde, hani bir hastanede sadece yenidoğan uzmanının olması değil, aynı zamanda bir ekip olarak... Burada riskli gebelik sayısı çok fazla; sadece bebek ölümü değil, anne ölümü de çok ciddi bir problem. Anne ölüm oranları da Türkiye ortalamasının üzerinde seyrediyor. Benim perinatoloji merkezim var; evet, ben perinatoloji adına tüm hastaları gece gündüz takip ediyorum, alıyorum fakat yenidoğan yoğun bakım sayım, yenidoğan hekim sayım, yenidoğan tecrübeli hemşire sayım karşılayamadığı zaman bu durumu ister istemez o gebelik transfer edilmek zorunda kalınıyor. Normalde ideali anne karnında transport olmasına rağmen bizim burada anne hayatını da tehlikeye atan pek çok durum söz konusu olduğu için doğumdan sonra sevk olması gibi bir durum oldukça sık yaşadığımız bir şey çünkü ben o prematüriteyi yollayacağım, neonatoloji var, yenidoğan yoğun bakım var ama orada perinatolog yok, orada o gebeye müdahale edebilecek deneyimli kadın doğum uzmanı yok; o yüzden bu hastaların da hani yönetiminde yaşadığımız sorunlar oluyor. Onu bir vurgulamak istiyorum.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet Hocam, teşekkür ediyoruz.

Antep ev sahibi olunca biraz uzun sürdü.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Bir şeyi daha ekleyebilir miyim?

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun Hocam, son olarak.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Ufak bir düzeltme yapabilir miyim?

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Selcan Hocam, anne ölüm hızında Türkiye ortalamasının altındayız; yüz binde 5,7. Orada, lütfen, kötü bir intiba oluşmasın. Anne ölüm hızında biz Türkiye ortalamasının çok çok altındayız.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Sayın Vekilim ve Ahmet Hocamızın cevabına istinaden söyleyeyim: Antep'te 6 yenidoğan uzmanı var, 1 kişi 2 hastaneye daha bakıyor part-time olarak bakıyor. Ben de aktif olarak çalışmadığı hastanenin 112 sevklerinde öncelenmesi tarafında değilim yani eğer bir sıralama yapılacaksa bir yenidoğancının aktif çalıştığı 3 birim gücündeyse çocuk uzmanı da 1 birim gücündeyse konsültasyon olan yer 2 birim gücünde olabilir ama orada bire bir aynı etkinlikte olmamalı çünkü gerçekten sevklerde ciddi sıkıntılar yaratıyor. Ben konsültanlık sisteminin yoğun bakım çalışma tababetine ve işleyişine uygun olduğunu düşünen biri değilim. Yani aktif olarak hekim orada olmalı ve beraber çalışmalı. Bu anlamda ona göre düzenleme yapılabilir diye düşünüyorum yani konsültanlık sisteminin yanlış olduğunu düşünüyorum kendi adıma. Veya olacaksa da bu gerçekten eğitim için olmalı ve gerçekten hasta bakım kalitesini artırmak için olmalı, hastanenin iyi niyetinden kaynaklanmalı diye düşünüyorum.

Üniversite özelinde şöyle bir gerçek de var: Üniversite yeni hastanesine taşındı, sizin gördüğünüz yer değil artık. Yeni çocuk hastanesi açıldı, orada yeni bir ünitesi var, hem çocuk yoğun bakım hem de yenidoğan ünitesi ayrı ayrı yerlerde, altyapısı da güzel aslında. Ama üniversitedeki tek sorun sadece yenidoğancı almak değil orada ciddi bir asistan sorunu da var yani asistan sayısı çok azaldı, şu an aile hekimlerini acile koyarak ve servislere koyarak nöbet sistemini döndürebiliyorlar, bire bir biliyorum çünkü yanımda geldikleri için çok rahatlıkla konuşabiliyorum bunu. Ciddi bir asistan sorunu var periferide. Asistanın olmadığı yerde bir hocanın aktif olarak yoğun bakım hizmetini sağlıklı götürebilmesi mümkün değil. Ben özelde şunu yapabiliyorum: Asistan sayıma bakmadan uzman alarak bunu halledebiliyorum ama üniversitede böyle bir opsiyon da yok. Asistanın olmadığı bir yere hiçbir hoca gelmez.

MURAT ÇAN (Samsun) - Hocam, bir özel soru sorabilir miyim, özel değil de daha doğrusu işin işleyişiyle ilgili. Gaziantep'te bence yenidoğanda değil de özel sektörde çalışırken akademik titre ulaşan kaç hoca var?

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Çalışırken sadece ben varım yani bir üniversitede çalıştığım için varım. Direkt dışarıdan akademik titr alan kimse yok. Üniversitedeyken aldıkları titrlerini özele taşımış onlar.

MURAT ÇAN (Samsun) - Yani özel sektörden, afili hastaneye filan...

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Hayır.

MURAT ÇAN (Samsun) - Samsun'da çok var öyle yani size göre...

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yenidoğan özelinde yok çünkü şeyi biliyorum yani Ercan Ağabey profesördü zaten ayrıldığında, Servet Başkent'ten doçentliğini aldı, ayrıldı; Muhittin normalde Gaziantep Üniversitesinde doçentliğini aldı, ayrıldı.

MURAT ÇAN (Samsun) - Genel anlamda sordum, ben sadece...

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Öyle bir şey yok.

MURAT ÇAN (Samsun) - Oradan bağlayacağım yer şu: Üniversite hastanelerini Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesiyle alterne etme, üniversite hastanelerinde doçentliğe geçişte sözlü sınavını kaldırarak bir şekilde defakto içini boşaltma hâlleri aslında tartışılması gereken bir konu. Bu rakamları bürokrat arkadaşlarımız, yönetici arkadaşlarımız önümüze çok güzel getiriyorlar ama bu rakamlar bize bir şey ifade etmiyor. Yani sonuçta Türkiye'deki "sağlık reformu" diye bize söylenen şeyle geline nokta bir şey ifade etmiyor. Yani siz insanlara dosya üzerinden bir sözlü mülakatla ya da bir cerrahi sınava tabi tutmadan akademik bir unvan verirsiniz bunu kullanacağı yer belli bir yer.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ama Antep özelinde gerçekten şey vardır. Bu, bizim bir önceki Sağlık Müdürümüzle de konuştuğumuz bir konuydu, yan dal sorununuz vardı, o zaman "Ne yapabiliriz?" dedi. Değerli Müdürüm, sonuçta uzmanlar sözleşmeli kadrosunda Kilis'te çalışıyor, Antep'te yaşayabiliyorlar; Nizip'te çalışıyorlar, Antep'te yaşayabiliyorlar ama Antep'te çalışmak istemiyorlar çünkü gerçekten hayat pahalı Antep'te ve gelir doğal olarak buna uygun değil. Sözleşmeli kadrosu yan dala geçtikten sonra Şehir Hastanesinde yenidoğancı arkadaşlarımız kalıcı olmaya başladılar veya mecburi hizmet sonrası gelenler oldu.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ne kadar olur o? O da gidecek. Mecburi hizmet ne kadar?

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Mecburi hizmet sonrası da gelen oldu buraya. Şimdi Serhat da mecburi hizmet sonrası geldi, mecburi hizmet yükümlüsü değil Serhat.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ama şöyle bir gerçeği pas geçmeyelim: 2 milyon 600 bin nüfus, Türkiye nüfusunun aşağı yukarı otuzda 1'i. Çok çok önem verilmesi gerekir. Yani Gaziantep'e bu nüfus da son on yılda 500 bin filan, yüzde 30'u son on, on beş yılda eklenmiş. Burası böyle kendi hâlinde PDC'yle, kendi hâlinde rakamlarla yönetilecek bir durum olmamalı.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yani çocuk uzmanlarında da çok ciddi bir problem var, değerli müdürüm daha iyi şey yapar ama bu anlamda uzmanlara da sözleşmeli kadrosunun getirilmesi devamlılığı ve getireceği işin ciddi anlamda avantaj sağlar diye düşünüyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Yani diğer çevre illere de aynısı uygulanmalı.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Tabii bu bölgenin hepsi için söylüyoruz.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, teşekkür ediyoruz Başkanım, çok sağ olun sunumunuz için.

Şimdi, sıradaki ilimiz Hatay.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğünden Halk Sağlığı Hizmetleriyle başlayabiliriz.

MURAT ÇAN (Samsun) - Adıyaman'ı pas mı geçtiniz?

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Adıyaman'ın sorularını birazdan alacağız. Bir de Diyarbakır'la ilgili bir veriye ulaşılacaktı, onu da birazdan alacağız.

Evet, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanımız Uzman Doktor Arif Yeniçeri.

Buyurun Başkanım.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Sayın Valim, Sayın Başkanım, değerli katılımcılar; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Hatay'dan geliyoruz. Tabii, Hatay'ın durumu diğer illerimize göre biraz daha farklı olacak. Son teyitli nüfusumuz 1 milyon 562 bin 185 ve kayıtlı olan yaklaşık 250 bin Suriyeli var. Deprem öncesi 1 milyon 650 bin civarındaki nüfusta deprem öncesine göre yaklaşık 100 bin azalma var.

Hatay'ın 15 tane ilçesi bulunmakta; 15 ilçemizde 14 ilçe sağlık müdürlüğü, 1 toplum sağlığı merkezi ve Bakanlığa bağlı 14 hastane, 5 özel hastane, 1 üniversite hastanesi hizmete devam etmekte.

Kaba doğum hızımız giderek azalmakta; 2017'de 19,1'le başlayıp şu anda binde 12,4'te; toplam doğurganlık hızımız Türkiye'ye nazaran bir miktar yukarıda; 1,78 ama yine de 2,1'in altında.

Doğum sayılarına baktığımızda, 2023 yılında toplam 19.523 doğumun 10.826'sı kamu hastanelerinde, 7.994'ü özel hastanelerde, 703'ü üniversite hastanesinde gerçekleşmiştir.

2024'e baktığımızda 20 bin doğum var; bunun 11 bini kamu hastanelerinde, yaklaşık 8 bini özel hastanelerde gerçekleşmiştir.

Sezaryen sayılarımız özel hastanelerde yüksek oldu, diğer illerimizdeki gibi bizde de yüksek.

Bebek ölüm sayılarımız 2023'te 369, bunun 160'ı deprem kaynaklı; 2024'te 230. Türkiye ortalamasının bir miktar üzerindeyiz. En son 2024'te binde 11,46 bebek ölümümüz. Tabii, yüksek seyretmemizin bazı nedenleri var. Bu nedenleri sonrasında veya öncesinde, nasıl dersiniz, sorularla yine destekleriz, konuşuruz.

Hastanelere göre bebek ölümlerini incelediğimizde, özel hastaneler bir hayli dikkatimizi çekiyor burada. Gelişim Hastanesi, Palmiye, Reyhanlı MMT gibi hastanelerde ve maalesef deprem kaynaklı. Bizim Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ilin lokomotif hastanesi, 1.400 yataklıydı. Hastanenin ağır hasar alması, il merkezinde bulunan 2 tane büyük özel hastanenin de yıkılmasıyla il dışı sevklerimiz bir hayli arttı. Çoğunluğu Adana ve çevre illere, Antep'e bebeklerimizi gönderiyoruz.

Özellerde fazla olmasının bir nedeni de kamudaki yenidoğan yataklarımızın azalması. Hâliyle özellere sevkimiz il içinde de il dışında da biraz fazla.

Burada inceleyecek olursak bebek ölümlerimizin il içinde 32'si kamu hastanelerinde, 68'i özel hastanelerde, il dışında ise 56'sı kamuda, 62'si özel hastanelerde.

İl dışına yapılan sevklerde çoğunluk sevkimiz Adana'ya olmuş zaten. Adana'da 25 kamu, 49 özel, 9 üniversite hastanesinde bebek ölümümüz gerçekleşmiş.

Yenidoğan sevk sayılarımız: 2024'te 105 sevkimiz olmuş. Gördüğünüz gibi çevre illere sevk oranımız çok çok yüksek yani yaklaşık yüzde 50'sini sevk ediyoruz.

Sevkle nedenleri, yoğun bakım ihtiyacı, çoğunlukla üst basamak yoğun bakım yer olmaması ve ileri özelleşmiş hekim ihtiyacı. Temel nedenler diğer illerimizle benzer özellikte. Prematüritelik ve ilişkili durumlar yüzde 37,1'le 2024'te ilk sırada; yine solunum sistemi hastalıkları, asfiksi gibi nedenler yüzde 17,8'le ikinci sırada; enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer nedenlerle sıralanmakta.

Yenidoğan yoğun bakım hizmetlerini incelediğimizde kamuda birinci seviye 21 yatağımız var, özelde 20; ikinci seviye 25 yatak kamuda, 19 özelde; üçüncü seviye 27 yatak kamuda, 66 yatak özel hastanelerde mevcut. Bu 21 dediğimiz rakamdan son altı-sekiz ay içindeki rakamlar daha da düşüktür bu sayımız, yeni açılan hastanelerle birlikte.

Yenidoğan yoğun bakım hizmetlerini incelediğimizde, üniversitemiz maalesef, bizde de dikkati çekmekte, diğer 2 ilimizde en azından yoğun bakım yeri varmış, gelen pediatristler belki takip ediyordu. Bizde deprem dolayısıyla üniversitemizde yoğun bakımlar ağır hasar aldığı için hâlâ tadilatla ve tadilat sürecinin bitmesi beklenmekte. Bildiğim kadarıyla, gelen pediatrist 2; 3 yan dal hocası var, onun dışında yenidoğan yoğun bakım hocası da bulunmamakta üniversitede.

Özellerimizdeki durum tam da görüldüğü gibi. Şu an özeller kamunun önünde Hatay'da.

Çocuk yoğun bakım hizmetleri tabloda görüldüğü gibi, kamuda burada 18 yatağımız var. Doluluk oranımız da yüzde 56,5. Aslında bunlar daha dolu ama şöyle söyleyeyim: 18 görünüp aktif 8 yatak olması gibi durumlardan dolayı oranlar düşük görünmekte.

Yetişkini geçiyorum.

Yenidoğan uzmanımız, 1,5 milyon yerli nüfus ve 250 bin Suriyeliye göre 2 yenidoğan uzmanının az olduğunun biz de farkındayız. Özellerimiz de hiç yok, maalesef üniversitede de yok.

Pediatric uzmanımız kamuda 54, özelde 18, üniversitede 2.

Yenidoğan yoğun bakım hemşire sayımız 106 kamu; 84 özel. Dediğim gibi üniversitenin henüz bir yoğun bakımı yok.

Teşekkür ederim, arz ederim. (Alkışlar)

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, teşekkür ediyoruz.

Soru, katkı var mı uzman arkadaşlarımızdan?

Evet, Hocam, teşekkür ediyoruz.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Ben teşekkür ediyorum Sayın Vekilim.

MURAT ÇAN (Samsun) - Hatay'a da geçmiş olsun diyoruz.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Geçmiş olsun.

Buyurun Hocam.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Hatay'ın özele yaptığı sevklerdeki mortalite ile Hatay'ın kamuya yaptığı sevklerdeki mortalite birbirine benzer, biri 56, birisi 61. Yani aslında şunu söyleyebiliriz: Transfer mortaliteyi artıran bir şey. Bu anlamda, transferin mümkün olduğu kadar da anne karnında yapılması -bütün iller için söylüyorum- mortaliteyi azaltacaktır. Yani bir üçüzün doğduktan sonra değil de anne karnında gelmesi, bir ikizin doğduktan sonra değil de anne karnında gelmesi mortaliteyi azaltacaktır. Sevk yapıldıktan sonra zaten -kötü bebek sevk edilir- sonra mortalitesi yüksek olur. Yani burada hani özeli özelinde konuşuyoruz ama devlette de mortalite farklı değildir Hatay'ın yaptığı sevklerde.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Sayın Hocam, şöyle açıklayabilirim onu: Şimdi, üniversite riskli gebeleri, riskli anneleri doğum içinden sezaryen için alıyor, anneyi kurtarıyoruz fakat bir yenidoğan merkezi olmadığı için mutlak sevk etmemiz gerekiyor, hâliyle oranlarımız artıyor.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Eleştirmek adına söylemiyorum.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Yok, yok yani öyle bir durumumuz var.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, teşekkür ediyoruz.

Kahramanmaraş Halk Sağlığı Merkezi Başkanımız Doktor Ahmet Yener.

Evet, bu arada Diyarbakır'la ilgili veri geldi mi Sayın Müdürüm?

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Müsaade ederseniz, birkaç cümleyle ifade edeyim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Öncelikle, Diyarbakır'da bebek ölüm oranı bir önceki seneye göre 11,6'dan 10,2'ye düştü, Türkiye ortalamasının da altına düştü. Burada yaptığımız çalışmaları ben arz edeyim.

MURAT ÇAN (Samsun) - Türkiye ortalamasının altına mı düştü?

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - 2024 verileri daha açıklanmadı, 2023 verilerine göre 9,8. 2024 Türkiye ortalamaları verileri açıklanmadı ama elde ettiğimiz bilgilere göre Türkiye ortalamasına yakın veya azdır.

Yenidoğan yoğun bakımda, yenidoğan ambulanslarında çalışan ve aile hekimliklerinde çalışan personellere yönelik, sağlık çalışanlarına yönelik yaptığımız neonatal resüsitasyon eğitimlerinin çok ciddi katkılarını biz gördük. Ayrıca acil obstetrik

bakım üzerine çok yoğun eğitimler yaptık. Bundan dolayı bir önceki seneye göre 73 bebek ölümümüzün azaldığını gördük, sayısal olarak ifade edersek.

İkincisi, bebek sevk sayılarıyla ilgili bazı sayılar konuşulmuştu, "21 sevk Diyarbakır'da çok reel değil." gibi bir beklenti olmuştu. Diyarbakır'da bizim yenidoğan hizmetlerini ana olarak yürüttüğümüz 2 merkezimiz var; Bir tanesi Dicle Üniversitesi Hastanesi ama esas olarak Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde biz yenidoğanı özellikle yürütüyoruz. Bu Gazi Yaşargil Hastanemizde pediatrik KVC'nin olduğu, pediatrik KVC yan dal uzmanlarının yetiştiği, yenidoğan yan dal uzmanlarının yetiştiği, çocuk kardiyoloji yan dal uzmanlarının da yetiştiği çok özellikli bir hastane; Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı olarak çalışmakta ve biz alt yapısını tamamlayıp tıp fakültesi olma yönünde çalışmamız var.

Bebek ölüm sayılarıyla ilgili bazı bilgiler sorulmuştu. Özellikle bu bebek ölüm sayılarının ne kadarı özelde gerçekleşiyor, ne kadarı kamuda gerçekleşiyor? Biz ana hastanemiz olarak Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma ve Hastanemizi gördüğümüzden en özellikli hizmet ihtiyacı olan hastalarımızı daha çok Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde konumlandırıyoruz. Bölge illerinden aldığımız sevkleri de -ki bir sene içerisinde sadece yenidoğan alanında 1.000'e yakın biz sevk alıyoruz- bu 2 hastanemizde konumlandırıyoruz.

Bizim 327 bebek ölümümüzden sadece 63'ü özel hastanelerde vefat etmiştir, onu da arz edeyim.

Ayrıca yapılan olağan ve olağan dışı denetimlerle ilgili biz 2024 yılı içerisinde sadece yenidoğan yoğun bakım servislerinde 54 sefer olağandışı denetim gerçekleştirdik ve bu olağandışı denetimlerde 3 uygunsuzluk yakaladık. Bu uygunsuzlukların bir tanesi fiziki mekânla ilgili uygunsuzluk, bir tanesi cihaz eksikliğiyle ilgili uygunsuzluk, bir tanesi de zeminle ilgili uygunsuzluktu ve bununla ilgili de 1 milyon 250 bin lira, toplamda 3 seferde ceza kestik, onu da arz etmek istiyorum.

Üniversiteyle ilgili verilerde uzman hekim sayısı, evet, 16 fakat bunların yanında 4 yenidoğan Fentonlu hizmet vermektedir.

Arz ederim.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ben bir şey sormak istiyorum.

Müdür Bey, şimdi, benim aldığım notlara göre şu anda Diyarbakır'da yenidoğan yoğun bakım yatak sayınız 440.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Doğrudur.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - 110 çocuk yoğun bakımınız var, 595 de erişkin yoğun bakımınız var.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Doğrudur Sayın Vekilim.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Burada bir problem yok mu sizce? Yani yetişkin yoğun bakım yatak 595, 440 da yenidoğan yoğun bakımı yatak.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Aslında Sayın Vekilim, bizim Diyarbakır'la ilgili genel olarak Türkiye ortalamasının altında bir yatak sayımız var. Bizim genel problemimiz burada yer almakta yani 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 20 iken Türkiye ortalaması, bizim 15'lerde. Biz bu sayıyı artırmakla ilgili yoğun bir çaba içerisindeyiz ama genel olarak yoğun bakım...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Benim burada dikkatimi çekmem, sorularımdaki amaç şu: Yenidoğan yoğun bakım sayısı özelde çok fazla, 440.

SUAT PAMUKÇU (İstanbul) - Özelde değil Sayın Vekilim, toplam 440 yenidoğan yoğun bakımımız var; bunun 229'u özelde, 151'i kamuda, 60'ı üniversitede. Ayrıca, şu anda inşaatı devam eden de 93 tane yenidoğan yoğun bakım kamu yatağımız var. Şehir Hastanesinde...

MURAT ÇAN (Samsun) - Bence tartışma, yenidoğan yoğun bakım sayısı ile erişkin yoğun bakım sayısı neredeyse birbirine yakın, oradaki paradoksal durum. Erişkin yoğun bakımın daha yüksek olması gerekir, öyle değil mi?

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Evet.

MURAT ÇAN (Samsun) - Vurgulamak istediği konu orası.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Yoğun bakım sayımız, Türkiye ortalamasında bir yoğun bakımımız var fakat yenidoğan yoğun bakım sayımız Türkiye ortalamasının üstünde. Bunun da tabii analizine giderseniz doğum oranının yüksek olması, bebek ölüm oranlarının yüksek olması, prematürenin yüksek olması gibi etkenler ve bizim bölgeden çok yoğun istek almamız, bununun altyapısında yer almaktadır.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Hocam, aynı şey erişkin için de geçerli yani Diyarbakır'ın nüfusu büyük şehir. Sonuçta, bu erişkin yoğun bakım 595 sayısı toplam sayıyı değerlendirdiğimiz zaman yenidoğana göre az gözüküyor ya da yenidoğan çok.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Yenidoğan yoğun bakım sayımız Türkiye ortalamasının üzerinde.

MURAT ÇAN (Samsun) - Siz Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırmaya sevklerin yöneldiğini söylediniz. 21 rakamı il dışı sevkiniz.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - İl dışı sevk sayımız 21 sadece Sayın Vekilim.

MURAT ÇAN (Samsun) - Tamam, ben onu az buldum.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - 21 sevkimiz. Gazi Yaşargil Hastanesi 300 gramlık, 500 gramlık hastalara bile pediatrik KVC operasyonu yapabilecek nitelikte bir merkez. Çocuk kardiyoloji uzman sayısı 6, ayrıca çocuk kardiyolojik riskleri olan nitelikte bir sevk. Dolayısıyla biz kendi bölgemizin bütün sevklerini burada yönetebilecek bir durumdayız. Yani bizim sevklerimiz, o 21 sevkten de 13 tanesi ya da 14 tanesi dönemsel pediatrik KVC'de yaşadığımız sıkıntıdan kaynaklanıyor. Onun dışında, bizim sevk olarak yer sıklığı dışında il dışına vereceğimiz bir sevk bulunmamaktadır.

MURAT ÇAN (Samsun) - Evet, son bir değerlendirme konuşması yapalım.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Hocam, buyurun.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Değerli vekillerim, hocalarım, sağlık hizmetleri yöneticilerim; ben Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi yenidoğan yoğun bakım sorumlusuyum, Doçent Doktor Nilüfer Okur.

Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyarbakır'daki ana merkez, en önemli tedavilerinden bir tanesi hocamın dediği gibi pediatrik KVC ünitesinin Türkiye'deki nadir pediatrik KVC ünitelerinin birinin orada olması; diğer önemli bir nedeni, perinatoloji uzmanlarının bizim hastanemize atanması ve kamuda doğum yapılan 2 merkezden biri olmamız. Perinatoloji merkezi bizde olduğu ve KVC bizde olduğu için, aynı zamanda beyin cerrahi, çocuk cerrahi, göğüs cerrahisi gibi tüm yenidoğan ameliyatları bizde yapıldığı için zaten intrauterin kadınlar, annelerimiz bize sevk ediliyor. Dolayısıyla bizim yenidoğan ünitesi olarak 82 yenidoğan yoğun bakım yatağımız var, 10'u dördüncü düzeydir. Biz Gazi Yaşargilden KVC'de birkaç hasta dışında neredeyse hiç sevk vermedik dışarıya çünkü hemodiyaliz dâhil olmak üzere, ECMO dâhil olmak üzere -yenidoğan yan dal eğitimi de ben veriyorum, KVC de yakında inşallah yan dal olacak, kardiyolojinin de yan dalı var. Neredeyse bütün özellikli hizmetleri biz Gazi Yaşargilde veriyoruz.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bu işin güzel tarafı. Diyarbakır'ın özelden kamuya sevk sayılarına bakabilir miyiz?

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Özelden kamuya mı dediniz?

MURAT ÇAN (Samsun) - Ya, işte bu şekilde olmuyor yani sunumun sonunda bu soruları tartışsak daha etkili olacak.

Burada benim itiraz ettiğim konu özeldaki kayıp sayılarının yüksekliğine rağmen sevk sayısının az olması. Eğer Gazi Yaşargil o talebi kendisi azaltabiliyorsa özelden Gazi Yaşargile yoğun sevk olması lazım. O rakamlarıyla bakıp ona göre tazelemek lazım çünkü 5 tane ilin rakamları bunlar.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, buyurun Hocam.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Değerli Vekilim, bizim çok yoğun bir doğum oranı olduğumuz için, özellikli hastaları aldığımız için bu hastaların yatış süresi çok uzun oluyor. Zaten kendi sunumumda aktaracağım. Bu yüzden bizim kendi hastanemizden kamu ve özele göreceli olarak iyi ve çok özellikli olmayan hastaları sevk ediyoruz. Özelden de KVC ihtiyacı, cerrahi ihtiyacı, akut işte hemodiyaliz ihtiyacı olan hastaları alıyoruz. Yaklaşık il içinden -bizim kendi rakamlarımız- 2024 yılında 85 tane sevk almışız. Tabii, bir kısmı 112'ye yansımıyor, bir kısmı yansıyor; kişisel diyaloglarla da bu hastaları alıyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Yenidoğanda sizin doluluk oranınız nedir?

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Hocam, bizim üçüncü basamak yoğun bakım doluluk oranımız yüzde 99'un üzerindedir. İkinci basamak biraz daha düşüktür. En önemli nedeni de -yine anlatacağım- izolasyonlar; enfeksiyon, enfeksiyon kontrolüyle ilgili çabalarımız ve izolasyonlardan dolayı ikinci basamağımız göreceli olarak daha düşüktür ama üçüncü basamağımız yüzde 99,7 gibi yüksek bir rakam.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ya, ben şöyle anlıyorum: Gerçekten çok iyi bir hizmet veriyorsunuz, KVC uzmanlığınız var, çocuk KVC uzmanlığınız var, bir çok cerrahi işlemi yapıyorsunuz ve bu cerrahi işlemler yapıldığı için zaten o hastaların yoğun bakımda kalış süreleri de ister istemez uzun oluyor ve siz size gelen bazı daha alt düzey yoğun bakım ihtiyacı olan hastaları da özele ya da diğer kamuya sevk edebiliyorsunuz diye anlıyorum, değil mi? Doluluk oranınız da yüzde 99 gibi bir doluluk oranı var.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Evet, öyle.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Teşekkür ediyoruz.

Ahmet Hocam, buyurun.

KAHRAMANMARAŞ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. AHMET YENER - Sayın Valim, Sayın Komisyon Başkanım, sayın vekillerim, değerli çalışma arkadaşlarımız; saygılarımla selamlıyorum hepinizi.

Kahramanmaraş ilimiz 1 milyon 156 bin nüfusuyla Türkiye ortalamasında diyoruz çünkü yaptığımız çalışmalarla biz Türkiye ortalamasının yüzde 1'i olarak değerlendiriliyoruz. 11 tane ilçemiz var, 2 tanesi merkez ilçe. Genç bir nüfusa sahip sayılabiliriz. Türkiye ortalamasına göre 0-14 yaş yüzde 25, 15-49 yüzde 24, 65 yaş üstü oranımız yüzde 9. Doğurganlık olarak Türkiye ortalamasının hafif üzerindeyiz ama kaba doğum oranı 12,3; Türkiye ortalamasına göre birazcık yüksek. Yaklaşık kadın-erkek nüfusumuz eşit.

İlimizdeki birinci basamak sağlık kuruluşları, 8 tane ilçe sağlık müdürlüğü, 3 tane toplum sağlığı merkezi, 408 tane aile hekimliği birimimiz var ama bunun yaklaşık 80 küsur tanesi boş durumda. 123 tane aile sağlığı merkezimiz var, sağlıklı hayat merkezimiz 5 tane, 2 tane de yapıma aşamasında, 112 istasyon sayımız 50 tane, eğitim ve araştırma hastanesi bulunmamakta, devlet hastanemiz 10 tane, üniversite 1 tane, dış hekimliği 1 tane, ADSH 1 tane.

Özel hastane sayımız 5 tane ama 2025 itibarıyla 2 tane daha açıldı geçen ay. Yaptığımız sunumumuzda 2023 ve 2024'e ait olan veriler çünkü daha bir aylık hastaneler.

Diyaliz merkezimiz 3 adet, özel diş polikliniği 52, serbest hekim 30, diş hekimi muayenehanesi 34, eczane 349.

Hizmet göstergelerimize bakarsak; burada dikkat çekici olan husus, deprem döneminde özel hastanelerimizden 2 tanesi yıkıldığı için 2023'te bir düşüş oldu ama kamu hastanelerinde artış oldu. 2025 itibarıyla bu sayı değişmeye başladı, 22 tane daha özel hastane açıldığı için hekim transferleri oldu. 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı Türkiye ortalamasıyla yaklaşık aynı.

Ebe-hemşire sayısında oranımız diğer illere göre gayet iyi, oranımız bayağı yüksek.

Müracaat sayıları: Birinci basamaktaki müracaat sayıları artmaya başladı, yeni çıkan Aile Hekimliği Yönetmeliği sebebiyle birinci basamağa yönelme biraz daha arttı; bunun da getirileri olacak. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğümüzün de ifade ettiği gibi, nüfuslarımız 4 bin iken şu an 2.700'lere kadar indi, 2.700'ü de eğer aile hekimi gerekli çalışmaları yaparsa tamamı hizmet alabileceği için birinci basamakta verilen koruyucu sağlık hizmetleri, özellikle gebe takibi, bebek takibi gibi konularda çarpanlarla yükseltildiği için inşallah bunun anne-bebek ölümleri açısından getirisini ileriki zamanlarda daha çok göreceğiz.

Yatak kapasitelerimiz 2023'te 1.934 iken Maraş'ta en büyük şehir hastanesi Necip Fazıl Şehir Hastanemiz büyük bir hasar gördüğü için -600 yataklı bir hastaneydi- yatak sayısı hâliyle 1.934'ten 1.431'e düştü ama 2025 yılında geçen ay 400 yataklı yeni bir hastanemiz açıldı, bu oranları da değiştirecek yatak sayılarında.

Üniversite hastanesi deprem döneminde yoğun bir hizmet verdi, doluluk oranları devamlı en yüksek seviyelerde oldu çünkü en aktif hastanemizdi. Özel hastanelerden de, aynı şekilde, yıkılan 2 tane özel hastanemiz olduğu için biraz yatak sayılarında ve doluluk oranlarında düşüş oldu. A2 sınıflı 2 tane hastanemiz var; Necip Fazıl Hastanesi ile Elbistan Devlet Hastanesi. Yatak doluluk oranlarımız gene aynı şekilde 2023'te ve 2024'te... Necip Fazıl Şehir Hastanesinin yatak kapasitesi normalde tescilli sayı 600 ama aktif hizmet verilen sayı çok daha üstün olduğu için doluluk oranı hâliyle düşük gözüküyor. Hâlbuki şu an aktif olarak hizmet veren yataklarımızın doluluk oranı çok daha yüksek ama tescilli yatak üzerinden bu oranlama yapıldığı için düşük gözüküyor.

2024'te 5 tane özel hastanemiz hizmet vermekteyken şu anda, 2025'te 7'ye çıktı bu rakamımız. 2024 yılında, özelde toplam tescilli 428 tane yatak kapasitemiz var idi. Yatak doluluk oranlarımız da 2023'te 46; 2024'te 55.

Bu da poliklinik hizmetleriyle alakalı. Poliklinik oda sayıları kamu hastanelerinde 341, Sütçü İmam Üniversitesi 87, özel hastaneler 84.

Aynı şekilde, ameliyat hizmetleri 2024 yılında üniversitede daha fazla verildi. 2024 yılında üniversitede 721 ameliyat yapılırken bir önceki yıl 419 yapılmış. Kamu hastanelerinde 2023'te 159 ameliyat yapılırken 2024 yılında 240'a çıkmış.

Erişkin yoğun bakımı hızlı geçeceğim. Erişkin yoğun bakım yatak sayılarımız kamu hastanelerinde 30, Sütçü İmamda -birinci seviye- 4. Toplamlarını söyleyeyim: Kamu hastanelerinde 196 tane, Sütçü İmam Üniversitemizde 126 tane, özel hastanelerde 96 tane yatak sayımız var; toplam 418 tane. Doluluk oranlarımız da kamu hastanelerinde yüzde 91 -üçüncü basamak, üçüncü seviye- Sütçü İmamda yine yüzde 91; özel hastanelerde yüzde 96.

Çocuk yoğun bakım yatak sayımız şöyle: Necip Fazıl Şehir Hastanesinde 15 tane, Sütçü İmamda da 15 tane var. Ancak çocuk yoğun bakım uzmanı olmadığı için doluluk oranlarımızda biraz düşüklük olabiliyor.

Yenidoğan yoğun bakım olarak bizde şu anda özelde 138 tane gözüküyor ama bunun aktif olanı 73 tanesi, 65 tanesinin tescilli bazı eksiklerden dolayı iptal edildiği için. Toplam yatak sayısı kamu hastanelerinde 82 tane, Sütçü İmamda 39 tane, tescilli 138 tane de özel hastanelerde var.

Yoğun bakım, kamu hastanelerinde toplamda 91 tane; 2024 yılında Sütçü İmam'da -biraz evvel anlattığım 2023'tü- 39 tane, 138 tane özel hastanelerde var.

Burada da yoğun bakım yatak sayısı oranlarına baktığımızda, Kahramanmaraş ilimiz Türkiye ortalamasının altında. Erişkin yüzde 42, Türkiye yüzde 55; Türkiye'de çocuk yüzde 64, Kahramanmaraş'ta yüzde 50, Türkiye'de yenidoğan yüzde 35, Kahramanmaraş'ta yüzde 33. Aslında, bu 65 tane aktif olmayana da çıkardığımız zaman, bu oran daha da düşüyor.

Yenidoğan uzmanımız; kamuda 1 vardı, ayrıldı, yenisi geldi; üniversitede 1, özelde 1 arkadaşımız var.

Yenidoğan yoğun bakım oranlarımız genelde yüksek seyrediyor. Kamuda yüksek olmasının sebebi; İstanbul'da son çıkan olaylar münasebetiyle özele biraz güvensizlik olduğundan dolayı genelde kamuya yönelme oldu, kısa süreli de olsa oralara bir yöneliş oldu; o yüzden rakamlar böyle arttı.

Yoğun bakım hizmetleri olarak yatak sayısı, Necip Fazıl'da toplamda 50 adet, Elbistan Devlet Hastanesinde 18 -ama orada üçüncü seviye yok- diğer hastanelerimizden Afşin'de 10, Pazarcık 5, Türkoğlu 4, Göksun 4; toplam 91 adet yatağımız var. Doluluk oranı birinci seviyede 39, ikinci seviyede 63, üçüncü seviyede yüzde 70.

Özel hastanelerin yoğun bakım hizmetleri demin söz ettiğim konudan dolayı o 65 rakamı -burada gözüküyor- Marash Kalp Hastanesinde; eksiklerinden dolayı şu anda hizmet veremiyor.

Özel Markasi Hospital 41, doluluk oranı yüzde 90, Özel Sular Akademi 9 yatak sayısı, 100 doluluk oranıyla hizmet veriyor.

Elbistan Yaşam Hastanesinde ikinci seviye var.

Sütçü İmam Üniversitemizde birinci seviye yatak sayısı 5, ikinci seviye 17, üçüncü seviye 17, doluluk oranlarımız da 49, 68 ve 76. Toplam yatak sayımız 39 Sütçü İmam Üniversitesinde.

Doğum verilerimiz: Türkiye genelinde olduğu gibi ilimizde de doğum oranlarımız düşme meylinde. Bundan yaklaşık on-on iki sene önce bu rakam 20 binlerdeydi, şu an 13.766'ya gerilemiş durumda. Sezaryen oranlarımız yine aynı şekilde kamu hastanelerinde gayet düşük, özelde ve üniversitede yüksek. Bunun da tüm illerde ortak olan sebepleri riskli gebelikler, problemlili gebelikler genelde üniversiteye gidiyor. Bir de özellerin hastaya yaklaşımlarından dolayı bu oranlar yüksek olmakta.

Bebek ölüm hızı Türkiye ortalamasıyla paralel seyrediyor, hafif düzeylerde seyrediyor ilimizde. Bebek ölümleri genelde yüzde 35 oranında konjenital sebeplerden dolayı oluyor, Konjenital kalp hastalıkları, konjenital anomaliler. Bunun da birinci sebebi, yaptığımız çalışmalarda akraba evliliği ön plana çıkıyor. Bu konuda inşallah mesafe katedeceğiz Türkiye olarak. Örneğin, batıya gittiğimiz zaman batı illerinde akraba evliliği hoş görülme, ayıp görülen iller var, bizzat görüştüğüm iller. Oralarda konjenital anomali oranı da bariz olarak çok düşük.

Anne ölüm hızımız: Geçen yıl 2 anne ölümümüz oldu.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Toparlayalım Başkanım, biraz süremizi aştık, yavaş yavaş toparlayalım.

KAHRAMANMARAŞ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. AHMET YENER - Bunları hızlıca geçeyim.

Denetim ekiplerimiz sahada denetimi yapıyor. Özellikle İstanbul'daki o olaylar patlak verdikten sonra saha denetimlerimiz arttı. Genel denetim sayılarımız bu şekilde.

Şikâyetler, CİMER'e, SABİM'e ve diğer: İstanbul olayı patlak verdikten sonra 60 civarında bize de şikâyet geldi, hepsini arkadaşlar komisyon kurarak değerlendirdiler ama hiçbirinde de olumsuz bir şeye rastlanmadı.

Acil sağlık hizmetlerini geçeyim isterseniz. Türkiye verilerinin genelde üzerinde verilerimiz. 30 bin nüfusa 1 birim düşüyor, yaklaşık 90 tane ambulansımız var. Hastaya ulaşım sürelerimiz Türkiye ortalamasının altında.

Transfer durumları yine aynı şekilde incelendi. "Özellere yapılan transferlerde herhangi bir problem var mı?" diye bir komisyon araştırması yapıldı. Onlarda da bir problem tespit edilemedi.

Acil sevk nedenleri de genellikle ilgili branşta hekimin bulunmaması; takipli hasta -daha önceden gitmiş- veya yoğun bakım doluluğu sebebiyle ekibi bulunmamaktadır. Takipli hasta daha önceden gitmiş veya yenidoğan yoğun bakım doluluğu sebebiyle.

Özelleşmiş hekimin bulunmaması sevk ana sebeplerinden bir tanesidir.

İl dışına sevklerde oran aslında çok da yüksek değil bizde ama pediatrik çocuk yoğun bakım uzmanı olmadığından dolayı sevkler biraz daha yüksek. Yine aynı şekilde illere göre de sevk oranlarımız yüksek.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Ahmet Hocam, teşekkür ediyoruz, sağ olun.

Maraş ilimizle ilgili var mı bir soru, bir katkı vekillerimizden?

Evet hocam, teşekkür ediyoruz, sağ olun.

Bir sonraki sunumumuz Şanlıurfa ilimize ait. İl Sağlık Müdürlüğümüz Doçent Doktor Abdullah Solmaz.

Hocam, buyurun.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Sayın Başkanım, Sayın Valim, sayın milletvekillerim, değerli hocalarım; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Şanlıurfa ilinin sunumunu gerçekleştireceğim. Ben de bir çocuk hekimiyim. Yaklaşık iki yıldan bu yana Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğünü yürütmekteyim. Öncesinde de yaklaşık üç buçuk yıllık bir Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı görevim söz konusu olmuştu.

Şanlıurfa ili olarak yani Türkiye'den çok farklı bir il durumundayız, kadın doğum hızıyla Türkiye'deki en yüksek il durumundayız. Yaklaşık bu altı yıllık süreç içerisinde birçok faaliyetlerimiz, çalışmalarımız söz konusu oldu; sunum üzerinde birazdan değineceğiz.

İlimize baktığımız zaman, 2 milyon 237 bin civarında Türk nüfus söz konusu, bunun yanında yaklaşık 240 bin Suriyeli misafirimiz söz konusu.

Yatak sayısına baktığımız zaman, özel hastaneler üniversiteyle beraber toplam 4.344 yatağımız bulunmakta ve 10 bin kişiye düşen yatak sayısına baktığımızda 19,6 yatağa sahibiz.

Nüfusumuza değerlendirdiğimiz zaman, nüfusumuzun yaklaşık 37,3'lük kesimi, 834 bin civarında nüfusumuz 0-14 yaş arası nüfustan oluşmakta.

Toplam doğurganlık hızı Türkiye'de 1,5 iken Şanlıurfa ilimizde bu oran 3,27. Kaba doğum hızına baktığımız zaman 11,2 Türkiye ortalaması bulunmakta iken Şanlıurfa ilinde bu oran 24,8'le Türkiye'nin 2 katından daha fazla bir nüfus artışı söz konusu olmakta.

Nüfus artış hızına baktığımız zaman 2023 yılında ilimizde binde 20'lik bir nüfus artışı durumu gerçekleşmiştir.

Nüfus grafiğimizi de değerlendirdiğimizde de görüyorsunuz, genç nüfusumuz neredeyse toplam nüfusumuzun yüzde 50'lik kısmını oluşturmaktadır. Bu kadar nüfus artış hızı olan, bu kadar toplam doğurganlığın fazla olduğu bir ilde bu doğan bebeklerin eğitimini sağlayacak olan annelerimizin eğitim düzeyine baktığımız zaman maalesef Ağrı ilinden sonra Şanlıurfa ili annelerdeki eğitim düzeyi en düşük olan 2'nci il durumunda. Eğitim yılına baktığımız zaman, annelerimizde eğitim süresi 25 yaş altı, altı yıl gibi kısa bir süreden oluşmakta. Burada annelerin eğitim düzeyinin düşük olmasından dolayı maalesef, ilde istemediğimiz, bebek ölümlerinin sayısının artışına yönelik durumlar söz konusu olabilmekte.

İlimizdeki sağlık kuruluşlarını değerlendirecek olursak, ilimiz 13 ilçeden oluşmakta; 717 adet aile hekimliği birimi, 188 adet aile sağlığı merkezi, 6 adet sağlıklı hayat merkezi, 16 adet göçmen sağlığı merkezi, 65 adet acil sağlık hizmetleri istasyonu, 2 eğitim araştırma hastanesi, 11 devlet hastanesi, 1 üniversite hastanesi, 2 adet diş hekimliği hastanesi, 1 adet diş hekimliği fakültesi, toplam 6 adet özel hastane olmak üzere sağlık hizmetlerimiz devam etmektedir.

İlimizdeki 14 yaş altı nüfus 830 küsur bin iken, ilimizdeki çocuk hekimi başına düşen 14 yaş altı nüfusa baktığımız zaman, 6.861 kişiye 1 çocuk hekimi düşmekte. Bunun yanında, maalesef, atanan hekimlerin Şanlıurfa ilinde kalmayıp -yani Doğu ve Güneydoğu'nun maalesef istenmeyen bir kaderi diyelim- hekimler mecburi hizmetini tamamladıktan sonra kendi illerine, büyük şehirlere geçiriyorlar ve bundan dolayı ilimizde çocuk hematoloji ve onkoloji, çocuk gastroenteroloji, çocuk kalp damar cerrahi gibi bölümlerde hekim sorunumuz devam etmekte.

İlimizde, baktığımız zaman, 130 çocuk hekimi bulunmakta, bunun yanında -kamunun verileri bu- 3 çocuk endokrinoloji, 3 çocuk enfeksiyon hastalıkları, 4 çocuk kardiyoloji, 1 çocuk acil, 1 çocuk genetik, 1 çocuk göğüs hastalıkları, 2 çocuk alerji uzmanı, 2 çocuk metabolizma, 2 çocuk nefroloji, 2 çocuk nöroloji, 1 çocuk romatoloji, 1 çocuk üroloji ve 5 de yenidoğan yoğun bakım uzmanı bulunmakta.

Yenidoğan yoğun bakım yataklarına baktığımız zaman, ilimizde kamuda toplamda 260 adet yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunmakta. Bu 260 adet yenidoğan yoğun bakım yatağının 134 tanesi üçüncü basamak yoğun bakımdan oluşurken, 116 adedi ikinci seviye, 10 adedi de birinci seviye yoğun bakım hizmeti olarak hizmet vermekte.

Kamuda toplam 5 yenidoğan uzmanı bulunuyor, çocuk hekimlerinin sayısına baktığımız zaman, 112 de çocuk hekimi hizmet vermekte.

Özel hastanelere baktığımız zaman, 6 adet özel hastanemiz vardır. Kamuda 260 yatak bulunurken bu 6 adet özel hastanelerimizde 277 yatak söz konusu ve bu 277 yatağın 190 adedi üçüncü basamak, 55 tanesi ikinci seviye ve 32 tanesi de birinci seviyeden oluşmakta. Özel hastanelerimizdeki çocuk hekim sayısına baktığımızda da 21 çocuk hekimi bulunurken, 277 adet yenidoğan yoğun bakım hizmeti veren özel hastanelerimizde yenidoğan uzmanı bulunmamakta.

Kamu, üniversite ve özel hastaneleri değerlendirecek olursak, toplam 3 bölümde 591 adet yenidoğan yoğun bakım yatağı bulunmakta ve toplam 160 çocuk hekimi, 7 de yenidoğan uzmanıyla bu hizmet sürdürülmektedir.

İl içi çocuk yoğun bakım hizmetlerine baktığımız zaman da ilimizde toplam 123 tane çocuk yoğun bakım yatağı bulunmakta; bu 123 yatağın 99 tanesi kamuda, 24 tanesi de Harran Üniversitesinde hizmet vermekte; özel hastanelerimizde çocuk yoğun bakım yatağı bulunmamakta.

Erişkin yoğun bakım yatağına baktığımız zaman da toplam 521 tane erişkin yoğun bakım yatağıımız ilimizde bulunmakta.

Personel durumunu değerlendirecek olursak, ilimizde toplam 7 yenidoğan uzmanı bulunmakta, kamuda 130 çocuk hekimi, Harran Üniversitesinde 9 çocuk hekimi, özel hastanelerde 21 çocuk hekimi hizmet vermektedir. Hemşire sayılarına bakacak olursak, toplam 563 hemşireyle bu hizmet sürdürülmektedir.

Sevklarimize bakacak olursak, Şanlıurfa ilinden il dışına neden dolayı sevk oluyor diye değerlendirecek olursak, sevklerimizin toplam sayısı 118 adet. Bu 118 adet sevk 86 tanesi pediatrik KVC işlemi gereken hastalar, 27 tanesi yenidoğan yoğun bakım yatak sorunu, eksikliği, yer olmaması gibi durumlar ve 5 tanesi de yarık damak, yarık kulak gibi daha çok plastik cerrahinin müdahalesi gereken, kulak burun boğazın müdahalesi gereken hastalardan dolayı sevk gerçekleşmiş durumda.

İlimizdeki canlı doğum sayısına bakacak olursak Şanlıurfa ili İstanbul'dan sonra Ankara'dan daha fazla doğumun gerçekleştiği bir il. İstanbul'da 156.708 doğum -2023 verisi- Şanlıurfa ilinde 54.452, Ankara'da 54.264 doğum gerçekleşmekte ve bu doğumların içinde Suriyeli nüfus bulunmamakta.

İl genelindeki hastaneye ait doğum verilerine bakacak olursak, burada Suriyeliler dâhil 56.789 doğum gerçekleşmekte; bu 56.789 doğumun 37 bini kamuda, 1.645'i Harran Üniversitesinde, 18 bini de özel hastanelerde gerçekleşmekte.

Buradaki primer sezaryen oranına bakacak olursak, Şanlıurfa ilinde kamuda yüzde 10,6'yla Türkiye'deki en iyi verinin olduğu il diyebilirim neredeyse. Kamuda 10,6, Harran Üniversitesinde 18,9; özel hastanelerde 26,9 rakamı karşımıza çıkmakta ama burada dikkatimizi çeken bir konu, Harran Üniversitesinde yüzde 97,5 oranında bir sezaryen oranı gerçekleşmekte.

Burada ilçe hastanelerimizdeki doğum verileri görülmekte, ben bunlara çok değinmeyeceğim ama il ortalamamız açısından primer sezaryen oranında ve toplam sezaryen oranında Türkiye'de iyi durumdayız.

Temel sağlık göstergelerine bakacak olursak, anne ölüm sayısı açısından geçen yıl 6 anne ölümümüz gerçekleşti ve bu oran 13,2'yle Türkiye ortalamasına yakın bir seviyede. Burada gördüğümüz gibi çok yüksek oranlardan buralara geldik yani 2021 yılında 24; 2022 yılında 14; 2023 yılında 9 ve 2024 yılında 6 annemiz vefat etti. Bunu gerçekleştirmek adına Şanlıurfa ili olarak 2 defa Dünya Sağlık Örgütüyle proje gerçekleştirdik, riskli gebeleri, yüksek riskli gebeleri bire bir takip altına aldık, hanelerinde bire bir ziyaretler gerçekleştirildi; hastanelerde yüksek riskli gebelik poliklinikleri açıldı ve bu yüksek riskli gebeler hiçbir randevu sistemine takılmadan doğrudan hastaneye geldiği takdirde direkt o polikliniklerde sağlık hizmetine erişebildiler.

Ama maalesef, anne ölümlerinde yakaladığımız bu ivmeyi bebek ölümlerinde yakalayamadık istediğimiz kadar. Bununla ilgili de çok fazla çalışmalarımız var, ilimizdeki bebek ölümlerini azaltmak adına başta NRP eğitimleri olmak üzere -burada Ahmet Hocam da yakinen biliyor, hem Urfa'da çalışmış biri olarak hem de Urfa'daki eğitimlere bire bir katılmış biri olarak- sürekli NRP eğitimleri yapıyoruz. Göreve ilk başladığımız dönemlerde kendi ekibimiz yokken, kendi maketimiz yokken şu an Şanlıurfa ili kendi maketiyle, kendi ekibiyle hem Urfa'da hem Urfa dışında hizmet veren bir il durumuna geldi.

NRP eğitimlerinin yanında temel yenidoğan bakım eğitimleri olsun, Harran Üniversitesi hocalarıyla beraber gittiğimiz bebek ölümlerindeki en önemli sebeplerden birisi hekimin yanında -ben de çocuk hekimi olduğum için rahatlıkla bunu söyleyebiliyorum- yenidoğan bebeklerin bakımı, sağlık hizmet bakımı çok çok önem arz ediyor. Burada da hemşirelere çok büyük iş düşüyor.

Biz hekim yanında sağlık hizmet kalitesini arttırmak adına yenidoğanda çalışan birebir hemşirelerimize tek tek eğitimler verdik, Harran Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesinin değerli hocalarıyla beraber eğitim modülleri oluşturduk yani Bakanlığın temel yenidoğan eğitiminin dışında ilimize özgü eğitim modülleri oluşturduk. İlimizdeki özel, kamu, üniversite dâhil tüm yenidoğanda çalışan, bebeğe eli değen tüm personele bire bir eğitimler verdik, hem teorik eğitim verdik hem oluşturduğumuz ekiplerle birlikte bu hastanelerde bire bir yerinde pratik uygulamalı eğitimler de verdik. Amacımız bebek ölümlerini azaltmaktır.

Bebek ölümlerini değerlendirecek olursak -burada yıllara göre dağılımı da görmekteyiz- 2024 yılında ölen bebeklerimizin yaklaşık yüzde 7'sine terminasyon önerilmesine rağmen maalesef aileler bunu kabul etmemiş ve bu da bizim hanemize "bebek ölümü" olarak yazılmış durumda.

Bizim ilin bir diğer özelliği, mevsimlik tarım işçisi. Maalesef yani 350 ile 400 bin arasında mevsimlik tarım işçisi olan bir il ve bu vatandaşlarımız yılın yaklaşık yedi, sekiz, belki dokuz ayını il dışında geçirebiliyor. Nisan ayıyla birlikte tarımın daha çok olduğu illere göç ediyorlar, kasım ayıyla birlikte aralık ayı gibi ila tekrar dönüş sağlıyorlar. 723 adedi il içinde, 164 adedi il dışında bebek ölümü gerçekleşmiş durumda.

Bebek ölümlerinin nedenlerine bakacak olursak, ölen bebeklerimizin yaklaşık yüzde 45,4'ü prematüriteden immatüriteye bağlı gelişen komplikasyonlara sekonder ölümler olarak ilk sırada yer almakta.

Annenin doğum sayısına göre değerlendirecek olursak, 5 ve üstü doğum gerçekleştiren anneler neredeyse yüzde 32'lik kısmı oluşturmakta yani bebek ölümlerinin yüzde 32'si 5 ve üzeri doğum gerçekleştiren annelerden oluşmakta. Biz yenidoğan ekibiyle birlikte hem özelde hem kamuda hem de üniversitelerde eğitimler veriyoruz. Bu eğitimler sonucunda kamudaki bebek ölümlerimiz yıllar içerisinde azalmasına rağmen özel hastanelerde maalesef belirgin bir artış durumu söz konusu olarak karşımıza çıkıyor.

Bebek ölümlerinin değerlendirmesinde gelişen komplikasyonlara bağlı olarak yaklaşık yüzde 91'lik kısmı önlenemeyen bebek ölümleri olarak değerlendirilmiş durumda.

Arz ederim.

Teşekkürler. (Alkışlar)

BAŞKAN İSHAK ŞAN - -Teşekkür ediyoruz.

Tabii, Şanlıurfa'nın kendi içindeki dinamikleri farklı.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Çok çok farklı bir il. Düşünün Ankara'dan daha fazla doğumu olan bir il.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, var mı sayın vekillerimizden sorusu olan?

Buyurun.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - Şimdi, tüm müdürlerimize tabii teşekkür ediyorum, çok güzel bize verileri verdiler. Hâlbuki beklenti nedir; bu veriler ışığında gerek kendileriyle ilgili gerekse sosyal vatandaşla ilgili veya başka dinamiklerle ilgili bu oluşan kötü verilerin nedenleri ve çözüm önerileri noktasında da bir paragraf açmalarında bütün illerin fayda vardır diye düşünüyorum.

Tabii, Şanlıurfa benim de beş yılımı verdiğim bir şehir. Her yönüyle dinamikleri çok farklı. Orada hekimlik yaparken bile tedirginsinizdir, korkarsınızdır. Ben hatırlıyorum, çocuk hastanesinde gece saat onda bir gence "Sigarayı poliklinikte değil de dışarıda iç." dediğim için gece üçte aşiret basıp beni bir odaya filan götürmüşlerdi "Çocuğumuza hakaret ettin." diye. Onları yaşadık biz ama yine beş yılımızı verdik ve hiç unutmuyorum, 1994 yılında Polio Eradikasyon Programı'nın başındaydım, 100 bin bebek hedeflemiştik aşılama için 115 bin bebek bulmuştuk sahada. Onun için tabii ki Şanlıurfa'yı ben her zaman bir kenara koyarım ama buradan, bu çalıştaydan bizim varacağımız nokta, Urfa olsun, ondan etkilenen Antep, Antep'i etkileyen Maraş, Adıyaman olsun, bu bölgedeki nedenleri irdeleyip çözüm önerilerini de bu çalıştayda çıkardıktan sonra daha iyi olacağı kanaatindeyim.

Teşekkür ediyorum.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Ben teşekkür ediyorum.

Sayın Vekilim, sunumda da özellikle belirttim. İlimiz cidden zor bir il, siz de Şanlıurfa ilinde beş yıl çalışmışsınız. Yani başka bir ilde çok fazla karşılığını alabileceğiniz eforun maalesef Urfa ilinde yüzde 10'luk, yüzde 5'lik karşılığını alabiliyorsunuz. Emin olun bu rakamların bu hâle gelmesi için o kadar çok efor sarf ediliyor ki tüm ekibimizle birlikte hafta sonu-hafta içi demeden çalışılıyor, takip ediliyor ve bu değerler maalesef bebek ölümlerinde hâlen yüksek.

Ama Şanlıurfa ilini biliyorsunuz, "Ne kadar çok çocuk doğurursam eşimin yanında değerim o kadar artırıyor." gibi bir kültür hâlen devam ediyor. Daha iki ay evli, evliliğinin 2'nci ayında gelip kadın doğum doktoruna "Ben gebe kalmadım, kısır mıyım? Bana yardımcı üreme tekniğiyle destek ver." diye başvuran bir sürü kişi var, böyle bir il yani doğuruyor. Ben Harran ilçesinde üç yıl çocuk hekimliği yaptım. Çocuğu bana getiriyorlardı, ben çocuğa bakıyordum, anneyi de dâhiliye doktoruna gönderiyordum. Anneye bakıyorsunuz, 25-30 yaşında ama 50 yaşında görünüyor. Her yıl aralıksız doğum gerçekleşiyor. Annenin kan değerlerine baktığımız zaman B12 değerleri yerlerde sürünüyor, hemoglobini 7-8'lerde, kalsiyum yerlerde sürünüyor, D vitamini yerlerde sürünüyor. Bu annenin hamileliğinden ne kadar sağlıklı bir çocuk doğmasını bekleyebiliriz? Hiç ara vermeden, daha çocuğunu emzirirken gebe kalan birçok gebeye karşılaştık. Yani tek sağlıklı çözülebilecek bir durum değil, multidisipliner bir yaklaşım gerekiyor şu an Urfa ili için. Çocuk yaştan itibaren "Sağlıklı gebelik nasıl olur?" "Hangi aralıklarla bebek doğurmak gerekiyor?" gibi, böyle temel sağlık göstergelerinin üzerine eğitimler verilmesi lazım ki bu sorun çözülsün.

Ama bize geldikten sonra geçmiş olsun, yani çok yapabileceğimiz bir şey kalmıyor. Anne o zihniyetle büyümüş, o yaşa gelmiş ve anlayış "Ne kadar çok çocuk doğurursam eşimin yanında o kadar çok değerim var. Hiçbir aralık vermeden ne kadar çok erkek çocuk doğurursam eşim bana o kadar çok değer verecek." diye bir anlayış söz konusu. Bu hâlen devam ediyor ve buna bağlı sayılarımız ister istemez yüksek olabiliyor.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Ahmet Hocam, Urfa'da çalışmış biri olarak sizden birkaç bir şey alalım.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Teşekkür ederim Abdullah Hocam.

Zaten çok yakın zamanda bir çalıştay da yaptılar, Türkiye'de hem bebek üzerine hem yenidoğan üzerine enfeksiyon hocaları da geldi, çok kaliteli hocaların da toplandığı bir çalıştay gerçekleştirildi.

Ben Abdullah Hoca'yı zaten uzun yıllardır tanıyorum, gövdeyi koydu bu işin altına, elini taşın altına koydu. Ekibi de çok güzel, Urfa ekibi. Covid olayında bile normal aşılamaı reddeden bir sürü aileler çıktı o dönemde. Hakikaten sağlık eğitiminin çok artırılması gerekiyor, bir de eforun karşılığı olmayan bir il. Annelerin depoları boşalmış, prematüre doğumlar, sağlıksız doğumlar da çok fazla. Allah yardımcıları olsun, ben başka bir şey diyemiyorum.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Covid zamanında köy köy dolaştık, artık bizi sürüyorlardı "Gelmeyin artık." diyorlardı ama her akşam Türkiye haritası açıklanıyordu, Şanlıurfa sonuncu il. Yani böyle bir il Urfa.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Bir de multidisipliner doktor kalmıyor gerçekten, işi biten gidiyor. Benim de öyle olmuştu, iki yılın sonunda ben de ayrılmıştım, Ankara'ya dönmüştüm. Tabii kamuda yenidoğan için, bebek ölümleri açısından da bakarsak çocuk yoğun bakımcı durmuyor, kalmıyor. Çocuk gastroentolog, hani bir sürü yan dal var yani onu gördüm. Çocuk kardiyoloğunun hâlâ duruyor olması bile başarı. Kardiyolog vardır herhâlde değil mi?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Var, çocuk kardiyoloğu var ve hatta, üniversiteye geçici görevlendirmeye destek veriyor. Çocuk kardiyoloğu 1, metabolizma doktorumuz 2 tane, biri kamuda, diğerini üniversiteye verdik. Yani bizim buradaki amacımız, hem vatandaşa hizmet hem de üniversitedeki açılan eğitime destek sağlamak. Maalesef üniversitede yan dal uzmanımız yok, bölüm olarak var.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Bir de hastanelerin bazılarının diyalogları falan, hani Abdullah Hocaları bile aşan durumlar olabiliyor yeri geliyor. Yani denetimleri çok fazla yaptığınızı biliyorum. Elinize sağlık, teşekkür ederiz.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Ben teşekkür ederim Sayın Hocam.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Hocam, teşekkür ediyoruz.

Soru, katkı yok...

MURAT ÇAN (Samsun) - Birinci bölüm üzerinde genel bir değerlendirme yapmak isterim.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Buyurun.

MURAT ÇAN (Samsun) - Sunum yapan bütün müdürlerimize çok çok teşekkür ediyorum.

Hakikaten çok zor bir coğrafya, iki yıl önce bütün dünyada eşi benzeri görülmemiş, hasar ve can kaybı açısından bir depremi de geçirmiş, yaşamış bir bölge ama elinizde bu kadar rakam birikmişken Bakanlık bu zaman kadar bize bırakmadan aşındırmanız lazımdı. Yani hakikaten, yakasını mı tutmak gerekiyor, ne yapmak gerekiyorsa... Bambaşka bir durum var burada. İstanbul'da işin içinde belki gerçek anlamda çete teşekkülü var ama burası kamu eliyle bambaşka bir Türkiye'nin ya da bambaşka bir coğrafyanın bambaşka bir sağlık sisteminin yaşatılabileceği bir yer aslında. Yani hem komşu ülkelerden göç almış hem bir

yandan buna davetiye çıkarıyorsunuz ama onun sağlıklıla, eğitimle ilgili -yani muhtemelen eğitim de öyledir, yani son müdürümüz bu konuya çok değindi- bu tarafları da boş bırakıyorsunuz işte buraları sürgün yeri gibi göstererek ya da vatandaşa öyle bir algı yaratarak.

Ben birkaç tespit yapmak isterim. Bölge Türkiye ortalamasının çok üzerinde genç nüfusa sahip. Bu kamuya, devlete çok anormal bir sorumluluk yüklemesi gerekir yani bu genç nüfusun sağlıklı yetişmesi, bu genç nüfusun istihdama, eğitime hazır hâle getirilmesi. Yine, en son müdürümüz bahsetti -hocamız hem- eğitimi düzeyine vurgu en son yapıldı yani genç nüfus bir o kadar eğitim düzeyi düşük... Devlet nerede? Sürekli ben devlet arıyorum yani.

Akraba evliliği vurgulandı yani bebek ölüm oranını görece artıran bir şey bu akraba evliliği. Özel sağlık hizmeti sunumunda Türkiye genelinin yani Türkiye ortalamasının üzerinde bir performans gösteriyor ama demek ki denetimle ilgili bir problem var. Yani dönüp dönüp rakamlar yüzümüze çarpıyor. Bütün Türkiye'de olduğu gibi burada çok daha dramatik bir şekilde üniversite hastanelerinin hakikaten üstüne üstüne gidilmiş olmalı bu kadar kadro sıkıntısı yaşanan bir durumda olması için. Çok ciddi anlamda hem nicel hem nitel kayıp yaşamış. Ben aşağı yukarı 1,5-2 milyonluk birçok şehri burada bugün tartıştık ama çocuk uzman hekim sayısı 16. Çok çok şaşırdım yani bizde genel cerrahi öğretim üyesi 20 fiilidir sanırım.

En çok önemseydiğim -buraya gelirken merak ettim çünkü Ünal Hocamız Ankara'da bu konuyu vurgulamıştı- ilk doğum yaşı. Sunumlarınızda hiç bu rakam yok gibi. Hani buradaki bebek ölümlerini etkiliyordur diye düşünüyorum. Oraya da bir eğilmek lazım, orayı da şeye yansıtmak gerekiyor. Yani Sağlık Bakanlığının ya da Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının dikkatine sunmak gerekiyor buradaki o realiteyi de.

Ben sunum yapan bütün yöneticilerimize çok çok teşekkür ediyorum, çok sağ olun.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Evet, teşekkür ediyoruz Sayın Vekilim.

Buyurun.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Ben kısa bir şey söylemek istiyorum.

Tüm il yöneticilerine teşekkür ediyoruz.

Aynen sorumu tekrar ediyorum bütün bu 6 ilimizin yetkililerine: Bu ölüm oranları -yenidoğandaki ölüm hızları diyeyim- bir hayli yüksek zaten bu bölgede. Hani bölgenin de kendine göre karakteristik özellikleri var falan var ama bu yenidoğan olayından sonra, önceki ve sonraki şikâyetler nasıl değerlendirildi? Ki en son zannediyorum Kahramanmaraş'taydı CİMER'e başvurularının olduğu, SABİM'e müracaat olduğu. Sonuçta ne oldu? Nasıl bir takip sisteminiz var? Bunlar üzerinde aslında durmamız gerekiyor bizim raporumuza iyi bir sonuç elde edebilmek için. Onu sormak istedim.

Onun dışında hepinize Allah kolaylık versin diyorum, sağ olun, var olun.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Sayın Vekilim, özellikle yenidoğan olaylarından sonra tüm illerde şikâyetler artıyor ama şikâyetleri incelediğimiz zaman daha çok geçmişe yönelik yani "Çocuğum üç yıl önce yattı, bir hafta yattı, bunda bir ihmal var mıdır? Gereksiz yere mi yatırdılar?" Veya çocuğu vefat etmiş ama aradan yıllar geçmiş, bu tür şikâyetler daha çok geldi yani o anda yenidoğanda yatan bebekler üzerine değil, daha çok geçmişte olmuş... Ve biz bu dosyaların hepsini tek tek inceledik. Komisyonlar kuruldu, tüm illerde yapıldı bu. Komisyonlar kuruldu, incelendi ama elle tutulur bir şey çıkmadı.

Bir ikincisi, bu Komisyonun kurulmasının en önemli sebeplerinden biri İstanbul'daki yenidoğan olayı.

İllerin -çevre iller için de söylüyorum- hiçbirinde kamuda yer varken özel hastaneye yönlendirilmiyor. Ben Şanlıurfa ili için bire bir söyleyeyim, ses kayıtlarına kadar inceledik özele giden hastalar gibi, böyle verileri tek tek inceledik; kamuda yer olduğu hâlde özele hasta sevki gerçekleşmiş mi veya endikasyon dışı bir hasta sevki olmuş mu? Öyle bir şey tespit edilmedi.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Burada dikkatimi çeken özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı çoğunlukla devlet hastanelerini geçiyor veya çok çok birbirine yakın, niye? Buna bir ihtiyaç mı duyuldu acaba?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - İllerde kaba doğum hızı çok yüksek yani Türkiye ortalamasının üstünde, yaklaşık o illerin hepsinde bu geçerli ve özel hastanelerin hepsi daha çok kâr amacı güden tesisler.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Ben onu sordum.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Tabii ki yani en çok para nereden gelir, en çok ihtiyaç nedir ilde, kamuda bu hizmet veriliyor ama kamunun yanında özelde, özel hastane açıldığı zaman "Ben nereden para kazanırım..." tabii ki doğal bir şey.

Bizim ilimizde 6 tane özel hastane var. Bu hastanelerin çoğunluğu -hepsi diyebilirim neredeyse- kadın doğum ve çocuk üzerine yoğunlaşmış hastaneler. Tüm branşlar olabilir ama diyelim bir cerrahı 1 uzman varken ama çocuk ve kadın doğum 5-6 uzman var çünkü talep burada daha fazla. Benim ilimde 830 bin küsur 0-14 yaş arası nüfus var, benim yaş ortalamam 21'lerde; ne olacak? Çocuk hasta sayısı fazla, çocuk hekim ihtiyacı fazla olacak ve yatacak hasta sayısı da fazla olacak; hastane buradan gelir elde edeceği için daha çok buraya yoğunlaşacaktır.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Peki, bu sistemin oturabilmesi için sağlık il müdürleri olarak sizlerin tavsiyeleri ne Komisyonca?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - "Sistem" derken?

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Yani sistemdeki açıklıklar ve sistemin daha düzgün işleyebilmesi için.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Şimdi buradaki amacımız bebek ölümlerinin azaltılması ise...

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Sadece bebek ölümlerinden demiyorum, Sosyal Güvenlik Kurumunun bu kadar zarara uğratılmasına sebebiyet verecek özel kurumların yapmış oldukları usulsüzlükler üzerine görüşleriniz ne?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Şimdi, Şanlıurfa ili için şu an 1.750 yataklı Şehir Hastanemiz bitme aşamasında ve şehir hastanemiz açıldığında biz 150 yataklı bir yenidoğan ünitesi daha kuruyoruz. 90 yataklı çocuk yoğun bakım ünitesi olan birim daha kuracağız. İnşallah, bunların açılmasıyla beraber... Hatta şu an Viranşehir ilçemizde 200 yataklı kadın doğum çocuk hastanesi, Siverek ilçemizde 200 yataklı kadın doğum çocuk hastanesi kuruluyor. Biz il sağlık

müdürlüğü olarak -ben kendi adıma söyleyeyim- Viranşehir ilçemizde 8 olan yenidoğan yatak sayımızı 20'ye çıkardık. Akçakale'de 5 yatak birinci basamakken, 11 yatak ikinci basamağı çıkardık. Artırabildiğimiz kadar yatak sayılarını artırmaya çalışıyoruz.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Yani mevcut hastanelerinizi daha iyi hâle getirmeye çalışıyorsunuz.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Tabii, daha iyi hâle getiriyoruz.

Tefrişatta tıbbi cihaz açısında ne eksikler varsa onları tamamlıyoruz. Biz de isteriz kamuda daha fazla hizmet verelim ama cidden doğum sayısı çok çok fazla.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Hani müşteri gibi olmamalı insanlar.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Yok yok, o mümkün değil.

Burada kamu cidden Bakanlıkla birlikte. Emin olun biz neredeyse bir-bir buçuk ayda bir Bakanlığa gideriz ildeki sorunları iletiriz. Bakanlık da bize destek veriyor, onu da söyleyeyim yani bizi göz ardı etmiyor ama yıllar içerisinde birikmiş sorunları bir günde çözmek cidden kolay değil.

Şu an benim ilimde şehir yüzde 82'de, 1.750 yataklı. Eğer, ihtiyaç duyulursa biz her odayı 2 yatağa göre altyapısını oluşturun, 1.000 yatak daha artırabiliriz, 2.700 yatağa kadar çıkarabiliyoruz yatak sayısını.

150 yatak yenidoğan ünite açılacak, 90 yatak çocuk yoğun bakım ünitesi. Viranşehir'de 200 yataklı kadın doğum ve çocuk hastanesi devam ediyor, Siverek'te projeyi tamamladık, kadın doğum ve çocuk hastanesi ihalesi bu ay içerisinde yapılacak. Akçakale'de 100 yataklı devlet hastanesi inşaatı devam ediyor. Yani bir kerede sihir değnekli gibi "Hadi burayı çözelim." gibi bir durum söz konusu olmuyor maalesef. Bakanlık da bire bir gözlemliyor, takip ediyor, yardımcı oluyor, iki ayda bir Devlet Hizmet Yüklümlülüğü Kurası oluyor. Benim iller arası 61 doktorum gitti. 61 doktoru bir kerede yerine koymak çok zor ama ben listemi aldım, Bakanlık Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gittim, listemi verdim. Bana 41 uzman hekim ataması yapılıyor ve istediğim branşlarda, benim ilimin eksiği olan branşlarda, istemediğim bir şeyi vermiyor. Sağlık Bakanlığı şu an bire bir, tek tek, il il çalışıyor, nerede, ne ihtiyaç var, hangi atamayı yaparsak daha faydalı olur diye uğraşıyor. İnşallah, bu yıl sonuna kadar bir toparlanma olacak.

Mezun olacak sayısı da çok önemli yani üniversiteden mezun olan asistan olmadığı zaman Bakanlık nereden getsin? Diyelim 3 yenidoğan mezunu var veya başka bir yan dal yani 10 tane atama yapamıyor. 10 tane ilin ihtiyacı var; diyorlar ki bu atamalar için 3, bir sonrakinde 3, en çok kimin ihtiyacı varsa ona göre değerlendirme yapıp atama yapılıyor.

Ama bizim illerin en büyük dezavantajı, mecburi hizmetini tamamlayan direkt ya istifa ediyor ya tayini istiyor. Yani biz bunu çözemiyoruz. Hekimlerimiz doğu illerinde kalmak istemiyor. Ahmet Hocam da sağ olsun Urfa'da hizmet vermiş, mecburi hizmeti bitirdiği gibi Ankara'ya gitmiş yani zorla "Kal, gitme." denemiyor böyle bir durumda yok. Ya özel hastaneyle anlaşıyor.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Uzman sayınız kaç?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Sıkıntı yok bizde, tüm hekimlerimiz 09-24'tür.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - En büyük avantajınız zaten bu yani.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Tabii zaten 09-24 olmasa bu kadar hekim de kalmaz, hiçbirini tutamayız.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ben bir şey ekleyebilir miyim Vekilim.

Tarihsel gelişimine baktığımız zaman yenidoğan yoğun bakımları sanki hep böyleymiş gibi bir şey yapmayalım. Dün akşam da konuşmuştuk. 2008'de ben Ankara'nın göbeğinde 3 bebeği aynı kuvözde yatırıyordum. Bu dediğim çok güzel bir süreç değil Minimum 2 bebek yatırıyorduk biz. Ankara'nın göbeğinden bahsediyorum yani Hacettepeden sonra Zekai Tahire gittiğim zaman en büyük mağdurluk buydu bizim. 2 entübe bebeği de aynı kuvöze koyardık.

1.500 yatak vardı tüm Türkiye'de ve devletin aynı anda bu sorunu çözmesi mümkün değilken doğal olarak da bir şekilde özelleri teşvik etmek adına yoğun bakım yönetmeliği çıktı, paket programa geçildi, genel bir teşvik süreci başladı. Aslında biz yoktan buraya geldik, şu an biz belki kötüyü konuşuyoruz diyoruz ama çok daha kötü durumdaydık yani hastayı yatıracak durumumuz yoktu. Evet, şu an geldiğimiz nokta itibarıyla zaten yoğun bakım ve yoğun bakımıcılık bitmiştir. Öyle bir noktaya geldik ki artık zaten yoğun bakımlar kâr eden yerler değil, zarar eden kurumlar. Erişkin yoğun bakımların hiç yapılacağı yok zaten artık. Bunu özel adına konuşuyorum ama devlette de ben benzer bir şey olduğunu düşünüyorum. Malzeme alabilecek, istihdam yaratabilecek, hasta yatırabileceğimiz nosyonda değil zaten şu an yoğun bakımlar.

Evet, yenidoğan yoğun bakımları konuşuyoruz ama son on-on beş yılda erişkin yoğun bakımlar...

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Ünal Bey, neden böyle?

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şöyle: Artık paket ücretler maliyetleri karşılamıyor. Çok affedersiniz, rakam vereceğim, biz geçen ay erişkin yoğun bakımda 3,9 milyon lira zarar etmişiz; 4,6 milyon ciro var yoğun bakımın, 3,9 milyon lira zarar etmişiz erişkin yoğun bakımda. Demek ki paketler bire bir az aslında. Bu, bu anlama geliyor yani net rakam budur. SUT'un artması gerekir.

Ama tabii, bilemiyorum nasıl bir dönemden geçiyoruz, nasıl oluyor bilmiyorum ama yani kastettiğim bir günde buraya gelmedik. Evet, öncelikli olarak yenidoğan yoğun bakım sayısının artması gerekiyor, şu anda bizim niteliği artırmamız lazım. Biz son beş yıldır hiç niteliği artıramıyoruz yani malzemeyi, ekipmanı, personeli, uzman sayısını, ekibi, biz geliştirmiyoruz. Yani on yıldır bana bir tane cihaz geldi, iki günce "Hocam biz bu cihazı alalım mı?" diye. Ya, al ama bunu alacak yoğun bakım yok Türkiye'de dedim. Yani biz teknolojik anlamda veya bilimsel anlamda gelişmelerimizi hasta bakımımıza yansıtamıyoruz. Bizim temel problemiz o. Biz on yıldır yerimizde sayıyoruz yoğun bakımlar olarak. Gerçekten böyle.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Çok önemli bir konu bu.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Evet, ilerleyemiyoruz yani bilimin en çok olduğu bölüm, branş yoğun bakımlar çünkü ventilatörü, monitörizasyon, görüntülemesi her şeyi olan bir branş ama biz kendimizi geliştiremiyoruz. Urfa özelinde değil Ankara özelinde de böyle. Beş yıl önce yoğun bakımlar hangi ekipmanları varsa şu an beş yıl eski ekipmanları var. Ankara'dan bahsediyorum yani gelişmiyor yoğun bakımlar. Buradaki temel problem bu. O yüzden, hani konuşuyoruz ben de bilmiyorum. Hani halkın eğitim seviyesini mi konuşacağız, ekipleri mi konuşacağız, yoğun bakımları mı konuşacağız?

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Eksik olanı konuşacağız

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şu an her şey eksik, sorun bu zaten. Bu beş yıldır da yenidoğan mortalitesi azalmıyor zaten Türkiye'de, genelde de azalmıyor.

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Hocam, tam bu noktada ben çok önemli olduğunu düşündüğüm bir şey sormak istiyorum size.

Bu özel hastanelerden siz bahsettiniz. Şimdi kamudan bir doktor arkadaşımız insanların özele geçtiğini söylüyor yani bunun nedenleri, neden özelde çalışmak istiyorlar biliyoruz hepimiz. Mesela, burada hiç şey konuşulmuyor, özel hastanelerdeki hekimlerin kazançları. Siz özel hastaneleri çok iyi bilen bir kişi olarak bu konuda bir değerlendirmenizi ben rica ediyorum. Yani özel hastanelerdeki hekimlerin kazançlarıyla kamudakinin kazançlarını.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yoğun bakımları mı kastediyorsunuz?

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Hayır, hayır, genel anlamda çünkü öyle ücretler duyuyoruz ki. Şimdi, ben de bir hekimim, ben de özel sektörde çalıştım sizin gibi. İsterim hekimlerimizin daha çok kazanmasını isterim ama bazen de hani bir denge vardır, o dengeyi biraz fazla bozarsanız sonuçları bu olabilir. Bu minvalde bir sormak istiyorum size.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Çok zor bir soru soruyorsunuz ama ben şunu söyleyebilirim: Mesela, yoğun bakımda çalışan yenidoğancı arkadaşlarımıza artık özellikle yoğun bakım cazip... Cazipten daha ziyade gerek yok, bu riski almaya gerek yok. Kabaca 400-450 bin civarında bir gelirleri var, maksimum 500 bin lira tek hastaneye bakıyorsanız. Özel için söylüyorum. Bu parayı kazanırken özelde olmanın bir gereği yok. 2 kişinin ben son atamada devlete başvurduğunu biliyorum. Yani Antep özelinden bahsediyorum ama tabii, genel özeldeki hekimlerin gelir seviyeleriyle konuşursanız şu an yatan hastası çok olan ve cerrahisi çok olan branşlar bugün revaçta. Ama şunu biliyorum ben: 54 tane yoğun bakım yatağım var, 54 yoğun bakım yatağa bakarken çocuk uzmanının 30 hasta bakması durumunda aynı gelir seviyesindeyiz. Üçüncü basamak 54 hastaya bakmam demek benim için 30 poliklinik yapsam daha iyi benim için. Bu anlamda baktığınız zaman şu an artık yoğun bakımıcılık zaten tercih edilen, yapılan bir şey değil ama özeldeki şeyleri soruyorsanız, özellikle cerrahi gibi işlemlerin çok olduğu branşlarda, yatan hastasının çok olduğu branşlarda gelir seviyeleri tabii ki yüksek. Artık yoğun bakımlar mümkünse cerrahi hastaların postoplarında sorun yaşamayalım diye bulundurmak istedikleri yani kendi söküğümüzü dikelim diye bulundurmak istedikleri cazip olmayan, yapılmak istenmeyen branşlarda hizmet veriyor.

MURAT ÇAN (Samsun) - Sayın Vekilimin meramını daha açık bir şekilde size aktarmak durumundayız.

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Ben şahsen bu hak edişlerin çok yüksek olduğunu düşünüyorum. Neye göre, kime göre?

MURAT ÇAN (Samsun) - Bir piyasa kurulmuş yani bunun üzerinden çalışıyor ve sınır koymuyorsunuz, kamuda da böyle.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Vekilim, yenidoğan özelinde mi konuşuyoruz bunu, özeli mi konuşuyor.

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Yenidoğanla başladık. Kendi ilinizde değerlendirerek. Bence bu bütün sistemin en can alıcı noktası. Dikkat çekmek istedim.

MURAT ÇAN (Samsun) - O yüzden daha dikkatli konuşmanız lazım.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ama şöyle bir şey var: Şu an ben yenidoğandan özelinden çıkma tarafında değilim, kendi adıma söylüyorum ama. Yenidoğancıların yoğun bakım hastasına baktıktan sonra para kazanmak için İstanbul'da çocuk polikliniği yapıyorlar. Yani şu an Türkiye'deki temel sorun bu. Üniversitedeki hoca yenidoğan yoğun bakıma zaman ayıracağına, asistan eğitimine zaman ayıracağına özel hasta bakıyor gelir seviyesini artırmak için; üniversiteden bahsediyorum. Özelde de yenidoğan yoğun bakım bakıp -öğlene kadar veya 10.00'a kadar- arkasından poliklinik yapan hocalar biliyorum. Artı, yenidoğan yoğun bakım bakmayıp da "Ben şu an sadece poliklinik yapacağım." diyen son bir yıl içerisinde ben size en az 5 kişi sayarım. Yani yenidoğancı bunlar, aktif yenidoğancılar yapmıyorlar artık çünkü öyle bir hâle geldi ki şu an 1 hastaya poliklinikte bakmak çok daha...

SEVAN SIVACIOĞLU (İstanbul) - Acaba bu kadar yüksek hak edişler olmasa insanlar kamudan ayrılıp özele geçmeyi isterler mi? Neden kamuda kalmak istemezler? Yani bu anlamda söylemek istedim.

MURAT ÇAN (Samsun) - Aslında tartışılacak konu şu: Az önce hocamın dediği hesabı devlet biliyorsa yani bilmediğini varsayabilir miyiz? Yenidoğan yoğun bakımda ya da herhangi bir yoğun bakımda ödediği parayla sunulan hizmetin karşılanamayacağını çok net biliyor. Sizi yine zorluyor, para kazanmak zorundasın diyor. Doktora para kazandırıyor oradan, sermaye sahibine para kazandırıyor ve sen işini bilerek yaptın diyor. Bence tartışılması gereken bu. Siz eğer piyasa ekonomisinde özel sağlık sistemini alternatif olarak sunduysanız bunun hakkını vererek yapmak lazım. Şeye benzer bu, tarım kredi kooperatiflerinde pirinci 30 liraya satmaya benzer, maliyeti 60 lira -atıyorum- bunu devlet de biliyor, kredi kooperatifinin müdürü de biliyor, alan müşteri de biliyor. Ben bunun maliyetinin altına alıyorum ama buna rağmen o zarar bir yerden finanse edilerek o işlem

görülyor. Özel sistemde de işte İstanbul'daki hikâye bu. İstanbul'daki hikâye birinin şikâyetiyle bir süreç. Buralarda öyle bir şey yok. 200 tane denetim yapmış bir.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Var, burada da var. Daha öncesinden olduğunu söylediler.

MURAT ÇAN (Samsun) - Var diye mi geçiyor abla, o çeteleşme öyle değil.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Çeteleşme değil de şikâyet var.

MURAT ÇAN (Samsun) - Şikâyetler var da bu net şekilde bir suç varsa... Piyasayı belirleyen devlet gidiyor, buradan hizmet alıyor.

PELİN YILIK (Çankırı) - Ben de bir şey söyleyebilir miyim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Buyurun Sayın Vekilim.

PELİN YILIK (Çankırı) - Teşekkür ediyorum öncelikle sunum yapan sağlık müdürlerimize.

Tabii, burası hem genel anlamında hem de vaka anlamında çok önemli bir coğrafya ve il sağlık müdürlerimizin de bu manada çok değerli bir bilgi birikimi var. Mesela ben şeyi merak ediyorum, özellikle kendilerinden duymak isterim: Maraş'ın sunumundan bir örnekleme aldım. Mesela 372 tane şikâyet gitmiş, bu şikâyetler ne yönde? İşte, denetim ekipleri denetim yaptıktan sonra ne gibi hususlarda şikâyetlerin kümelendiğini görüyorlar?

Yine, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğümüz bebek ölümlerine ait bir komisyondan bahsetti, onun değerlendirme sonuçlarında tespit ettiğiniz anahtar noktalar neler? Birazcık daha böyle somut vaka özelinde konuşabilirsek hem bu komisyonun vizyonunu da genişletme anlamında ve bize bir yol haritası gösterme anlamında katkısı olacağını düşünüyorum; bir.

İkincisi, Ünal Hocam çok önemli bir noktaya değindi, özellikle özeller organize olmayı, yapılanmayı çok iyi yöneten ve hızlı yöneten kurumlar yani kamunun yapısıyla özelin harekete geçmesi arasında bir hız ve zaman farkı var. Dolayısıyla işte, yenidoğan yataklarını da kurabiliyorlar, ona ait hekim ihtiyacını da çok hızlı organize edip karşılayabiliyor ve bunun gerekliliğine göre de hızlı şekil alıyor. Ben de çok uzun bir süre özel hastane kurumunda yöneticilik yaptım, biz hiçbir zaman yenidoğandan ya da yoğun bakım yataklarından para kazanma gibi bir şey asla akli başında çalışan bir özel kurumun hedefinde olamaz çünkü postop sürecinizi yönetebilmek için zaten yoğun bakım yataklarınız var, ağırlıkla böyle bakıyorduk.

MURAT ÇAN (Samsun) - Buna itirazım var.

PELİN YILIK (Çankırı) - Olabilir, o sizin düşünceniz. Ben kendi fikirlerimi paylaşıyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Şöyle: Her yerde üçüncü basamak yenidoğan yatak sayısının, yoğun bakımlık yatak sayısının böyle afaki arttığını görüyoruz. Para kazanmamak için artırılmaz ki...

PELİN YILIK (Çankırı) - Ama, bir dönem yönetmelikte değişiklik oldu ve hastaneler yüzde 65'e kadar hem yatak sayılarını hem yoğun bakım yatak sayılarını artırma hakkına eriştiler. Bu artışlar ondan sonra gerçekleşti.

MURAT ÇAN (Samsun) - Para kazanmamak için yani...

PELİN YILIK (Çankırı) - Para kazanmamak için değil Hocam. Eğer cerrahi yapacaksanız veya işte...

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Bu 2018 öncesi olan yataklar. Son beş yılda yeni hastaneler dışında yatak kapasitesinde bir artış yok. Şu an kimse yatak kapasitesini artırmak istemiyor.

PELİN YILIK (Çankırı) - Zaten artıramıyorsunuz da. Şu an artıramıyorsunuz da ve eğer belli birimleri işletmek istiyorsanız yoğun bakım yataklarını kurmak mecburiyetindesiniz, yoksa cerrahi yapamıyor hastaneler. Dolayısıyla orada bir silsile hâlinde uygulama süreci var. Bu sebeple de özel sektöre hemen hile yapıyor ya da işte, sistemi yanıltıyor gibi bir algı ama işini düzgün yapan yerler var. Bence bu hızlı şekil almak, hızlı sisteme uyum sağlama manasında da özelin tecrübesinden belki faydalanılabilir.

Şimdi, il sağlık müdürlerimizin de belki onların uygulamalarından bize verecekleri örnekler de oluyordur çünkü mesela üniversite hastanelerinin bir tanesinde hiç yenidoğan uzmanı ama hızlı bir şekilde özeli onları istihdam edebildiğini görüyoruz veya gittiklerini görüyoruz. Belki onlarla ilgili de sizin düşündüğünüz çok can alıcı paylaşımlarınız olabilir.

Teşekkür ediyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Birkaç cümle de ben söyleyeyim.

Öncelikle, sunum yapan bütün müdürlerimize, halk sağlığı hizmetleri başkanlarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi, tabii, aslında Martın 20'sinde Komisyonun süresi dolacak ve bu süre içerisinde de birkaç ilimizi de gezdik. Büyükşehirlerimiz İstanbul, İzmir ve Ankara'dan sonra da bugün buradayız.

Sisteme baktığımız zaman gerçekten sistem mükemmel, mesela 112 koordinasyon merkezlerini gezdik. Bütün vekillerimizin ortak fikridir muhalefet de dâhil, gerçekten mükemmel bir sistem var ama bu sistemin içerisinde dahi bir açık bulunup bir şeyler yapılmaya çalışılıyor. Bakın, 112 koordinasyon merkezi bu bebek ölümleriyle ilgili yapılan işlemlerin hiçbir yerinde olmamış. Bu bebeklerin hiçbirisi 112 tarafından sevk edilmemiş. Nasıl olmuş? hasta sevki iptal edilmiş, özel hastaneden bir ambulans gelmiş, bebeği almış başka bir hastaneye götürmüş. Dolayısıyla sistemde mutlaka... Şu anda bizim Komisyonumuzun amacı da bu. Bu sistemdeki boşlukları, sıkıntıları tespit ederek bunların önlemini almaya yönelik bir rapor sunacağız. Biz bu hazırlıkları yaparken Sağlık Bakanlığımız bu süre içerisinde 2 tane önemli yönetmelik çıkardı. Bunlardan biri özel ambulanslarla ve özel sağlık kuruluşlarıyla, özel hastanelerle ilgili. Dolayısıyla yani sistem aslında gerçekten çok güzel işliyor ama insanoğlunun olduğu her yerde bunlar maalesef kötü niyetli insanların bu sistemi delmeye yönelik uğraşlarıyla oluyor. Dolayısıyla bizim burada aslında temel düşüncemiz şu: Bulduğunuz bölgede, bilmiyorum, özel ambulans var mı? Özel ambulans hizmetleri var mı?

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Çok az. Şimdi İstanbul'daki özel ambulans sorunu Komisyonun kurulmasına vesile oldu; her şerde bir hayır vardır diyelim, belki Komisyonun hayrına doğru illerindeki farklı bir sorun gündeme gelmiş oldu.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Olaylara bu açıdan bakmak lazım. Dolayısıyla sizlerin bize Komisyon olarak önereceğiniz, sistemdeki açıklıklarla veya sistemin iyileştirilmesine yönelik yasa ya da yönetmelik açısından önerileriniz varsa bunlar bizim için çok değerli.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Pratikte siz yaşıyorsunuz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ben de bu bölgenin bir insanıyım; Elâzığ'dayım, otuz iki yıllık hekimlik hayatım var. Klinisyen olarak ve daha sonra başhekimlik Sağlık Bakanlığında bir süreç oldu.

Biz içinde yaşayan insanlar sorunları en iyi bilen insanlardır, çözümlerini de en iyi bilen insanlardır. O yüzden sizlerin düşüncelerinin, özellikle bu bölge için son derece önemli olduğunu düşünüyorum.

Hepinize tekrardan çok teşekkür ediyorum.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Biz teşekkür ederiz.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Ben de bütün arkadaşlarımıza teşekkür ediyorum.

Urfa İl Sağlık Müdürlüğümüzün sunumundan sonra bunu sorma ihtiyacı duydum çünkü bölgenin sosyoekonomik durumunun düşüklüğünün bebek ölümlerine, daha doğrusu yenidoğan bebek ölümlerinin sebebi olduğunu düşünüyoruz. Ama anne ölümlerinde tablo tersi; 2019'da Türkiye ortalamasının altındayken hâlâ Türkiye ortalamasının altında, hatta yarısı anne ölümlerinde Urfa.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Yok, üstünde; 12,6'ya 12,5. Oran bir tık üstünde.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Ha, oransal. Ben sayıya takıldım o zaman, özür dilerim.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Şimdi, sunumda da ben izah ettim. Biz il Sağlık Müdürlüğü olarak 2 defa Dünya Sağlık Örgütü projesi yaptık, riskli gebelikleri bire bir takip ediyoruz, yüksek riskli gebelerin her yaptığımız proje kapsamında tek tek evlerine gidip evlerinde sağlık kontrollerini yapıyoruz. Her ilçe sağlık müdürlüğünde ekipler oluşturduk, bu gebeleri birebir takip ediyoruz. Ama bir annenin hastalık durumunda mortalite düzeyi ne? Bir yenidoğanın, prematüre doğan 500 gram, 600 gram, 1.000 gram doğan bir bebeğin mortalite durumu bile olmuyor. Mortalitenin en büyük sebebi zaten bakın bizde yüzde 45'lerde ilçe sağlık birimlerinde prematüreden kaynaklanıyor. Prematüre bebeğin enfeksiyon riski artıyor, inferal kanama riski artıyor ve bu hastanede yattığı sürede bir hastane enfeksiyonu bulaşırsa hastaya geçmiş olsun, onun kurtulma şansı çok çok az oluyor. Ama biz bu gebeleri evlerinde takip ediyoruz, hastanede tabii çok takip etmiyoruz ama bu prematüre doğan yüzde 45'lik oranın hepsini biz yenidoğanda belki aylarca takip ediyoruz; bir ay, iki ay emek harcıyorsunuz, bebek dünyaya getiriyorsunuz, bir hastane enfeksiyonu kapmasıyla ex olabiliyor. Yani çok fonksiyonlu, çok disiplinli bir çalışma gerekiyor.

Bebek ölümlerini azaltmak adına, mesela 112 transferi çok önemlidir. Erol Hocamın dediği gibi, en iyi transfer anne karnındaki transferdir. Biz özellikle mesela ilçe hastanelerimizde bakamayacakları bebeklere kadın doğumcuların doğurturmamasını istiyoruz. Hepsini uyarmışız: Eğer sen 28 haftalık, 30 haftalık bebeğe bakamayacaksan bunu hemen anne karnında transferini gerçekleştir, il merkezine gelsin. İl merkezine de talimat vermişiz, prematüre bebeklerin hepsini kabul edeceksiniz, hiçbirini ilçede doğurtturmayacaksınız. Ama bebek yattıktan sonra birçok etken var, öyle kolay değil. En önemli şey o annenin gebeliğinin sağlıklı olması, anne her yıl gebe kalıyorsa, kendisi yeterli beslenmiyorsa, o çocuğa faydası olmuyor, çocuk doğduğunda zaten geriden başlamış oluyor ve o bebek hastaneye yattığı andan itibaren çok büyük risklerle karşı karşıya kalıyor. Yani bebeği kurtarmak, sayıyı düşürmek cidden çok çok daha zor.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, teşekkür ediyoruz.

Ben de birinci bölümde sunum yapan arkadaşlara, müdürlerimiz başta olmak üzere çok teşekkür ediyorum.

Birinci Oturumu kapatıyorum.

Kapanma Saati: 14.21

İKİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 14.48

BAŞKAN: İshak ŞAN (Adıyaman)

BAŞKAN VEKİLİ: İsmail GÜNEŞ (Uşak)

SÖZCÜ: Ümmügülşen ÖZTÜRK (İstanbul)

KÂTİP: Ayşe Sibel ERSOY (Adana)

-----0-----

OTURUM BAŞKANI: Prof. Dr. Afşin Emre KAYIPMAZ
(Gebelik İzlemleri, Doğumdaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri)

-----0-----

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Bilindiği üzere perinatoloji yüksek riskli gebeliklerin hem anne hem de fetüsün sağlığı açısından inceleyen bilim dalı. Tabii, yüksek riskli gebelikleri takip edebilmek adına nitelikli ve iyi eğitim almış perinatoloji uzmanlarının varlığı tartışmasız çok önemli. Ama bilindiği üzere sayı olarak perinatoloji uzmanları şu anda çok yüksek bir sayıda değil, onlara da bu hizmetlerde ana dal uzmanları önemli katkılar sunuyor. Bir yandan perinatoloji gibi yüksek riskli gebeleri takip eden branşlarda özellikle yoğun çalışma saatleri, medikolegal sorunlar ve bir yandan da yaşam kalitesinin düşüklüğü gibi nedenlerle rağbetin bu branşlara çok fazla olmadığını görüyoruz; kadın doğum ana dalı da dâhil olmak üzere, perinatoloji yan dalı hatta yenidoğanı da bunun içerisine dâhil edebiliriz. Uzun çalışma saatleri, bunun yanı sıra medikolegal riskler karşımızdaki en önemli engellerdir. Yalnız bu sadece ülkemizde değil, Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de büyük sorun olarak karşımıza çıkmakta. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde şu anda obstetri ve jinekoloji programına 2023 yılı Mart ayı itibarıyla yerleşimin yüzde 99 olduğunu görüyorsunuz; program dolmuş. Yalnız, yerleşenlerin içerisindeki Amerikalı tıp fakültesi mezunları oranının azaldığını da fark ediyoruz. Amerikalıların yerine tıp fakültesini başka ülkelerde okumuş veya Amerika'daki tıp fakültelerinden mezun olmuş yabancıların yüksek riskli branşlara daha çok ilgi gösterdiğini fark ediyoruz, boş kalan kontenjanlar yabancı doktorlar tarafından dolduruluyor. Avrupa'daki durum da farklı değil, Avrupa'da da yine, kadın hastalıkları, doğum ve perinatoloji branşının yoğun rekabetçi branşlar arasında olmadığını görüyorsunuz. Biraz önce bahsettiğim nedenlerden dolayı hem Avrupa'da hem de Amerika Birleşik Devletleri'nde yüksek riskli branşlar çok tercih edilmiyor meslektaşlarımız tarafından.

Tabii, burada birinci basamak sağlık hizmetlerinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi yadsınamaz. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yüksek riskli gebeliklerin aile hekimlikleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında erken tespiti ve ilgili uzmana erken dönemde yönlendirilmesi birinci basamağın bu noktadaki en önemli rolüdür. Özellikle de tabii, multidisipliner yaklaşımın yüksek riskli gebeliklerde ne kadar önemli olduğuna bir kez daha vurgu yapmak istiyorum. Burada, merkezlerde bir perinatoloji uzmanının olması, neonatoloji uzmanının olması, buna iyi bir anestezi, çocuk kardiyoloji, hatta çocuk kalp damar cerrahisi de eşlik ederse bu branşların multidisipliner çalıştığı bir atmosferin ve çalışma ortamının oluşturulması bizim yüksek riskli gebelerin yönetim sürecinde de başarımızı artıracak en önemli faktördür.

Sayın Başkanım, şimdi, müsaadenizle oturumumuza çok kıymetli alan uzmanlarımızın sunumlarıyla devam etmeyi arzu ediyoruz.

Öncelikli olarak, Doktor Ali Kemal İlhan Hoca'yı Adıyaman Eğitim ve Araştırma Üniversitesinin perinatoloji uzmanı olarak kürsüye davet ediyorum.

Buyurunuz Hocam.

GAZİANTEP EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. ALİ KEMAL İLHAN - Sayın Oturum Başkanı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin değerli üyeleri, sayın bürokratlar, değerli meslektaşlarım; herkese merhaba.

Ben, irticalen konuşacağım, bir sunum hazırlamadım, aslında iyi de yapmışım yani burada 60 bin doğumlu Urfa'nın sorunlarını, 35 bin doğumlu Gaziantep'in, Diyarbakır'ın sorunlarını görünce 11 bin doğumlu Adıyaman'da benim pek fazla bir derdim yokmuş açıkçası diye düşünüyorum.

Sanırım Gaziantep Sağlık Müdürüydü, konuşmasının başında bir memleketin annesine ve bebeğine ne kadar değer verirse gelişmişlik seviyesinin o kadar arttığını söyledi, kesinlikle aynı kanaattayım. Bu konuda bugüne kadar elini taşın altına koyan kim varsa, bu memleketin annesinin ve bebeğinin iyiliğini düşünen kim varsa hepsine minnettarım başta hocalarım olmak üzere.

Şimdi, tabii ki aslında bu Komisyonun toplanmasının ve bizim burada toplanmamızın ana nedenini hepimizin biliyoruz. Burada olan asıl mesele, yenidoğanlar, onların yoğun bakımı ve en büyük problemimiz preterm doğum. Şimdi, bir konuşmacı bahsetti, Adıyaman ili için konuşuyorum, akraba evliliklerinin oldukça sık görüldüğü bir il. Benim bildiğim kadarıyla konjenital kalp hastalıklarıyla alakalı akraba evliliğinin herhangi bir rolü yok fakat ben kendi gözlemlerimde de konjenital kalp hastalıklarının oldukça sık görüldüğünü müşahade ettim diğer çalıştığım yerlerine nazaran. Bu çalıştığım bana en büyük getirisi şu oldu: Ben Diyarbakır'da pediatrik kardiyovasküler cerrahi olduğunu bilmiyordum, hastaları daha çok Ankara'ya yönlendiriyordum, beraber çalıştığımız pediatrik kardiyoloji uzmanı da Ankara kökenliydi benim gibi. Dolayısıyla bu çalıştay benim için çok iyi oldu, bundan sonra bu hastaları buraya refere edebilirim. Gerçekten diğer illerden daha fazla konjenital kalp hastalığı vakası görüyorum, bu birinci konu.

İkincisi de preterm doğum. Preterm doğum ikiye ayrılır, endike preterm doğum ve spontan preterm doğum olmak üzere. Spontan preterm doğum kıyamet kopana kadar devam edecektir sayın hocalarım yani bunun önüne geçmek mümkün değil. Bakıldığı zaman, spontan preterm doğumların engellenmesiyle alakalı yapılabilecek tek strateji iyi bir antenatal bakım. Spontan preterm doğumun sıklığını azaltan bütün memleketlerin hepsinde şu görülmüştür çok iyi bir antenatal bakım verilmesi gerekiyor. Burada da Sayın Başkanın arz ettiği gibi sadece ikinci ve üçüncü basamak değil, preterm doğumla ilgili risk faktörleri olan anne

adaylarının uygun şekilde tespiti için birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimlerinin üzerine düşen sorumluluğu tekrar hatırlatmak istiyorum. Bu konuda Bakanlığın aldığı tedbirlerin özellikle hekim başına düşen hasta sayısının azalmasının bu konudaki başarıyı daha da artıracığını düşünüyorum.

Bir de maalesef, üzülerek söylüyorum, bizim dolaştığımız preterm doğumlarda çoğul gebelikler var. Ben şunu müşahade ettim çalıştığım dönemde, benim ilk çalıştığım ilde yardımcı üreme teknolojisi hizmeti veren bir hastane ya da merkez yok ama bana çevreden refere edilen hastalarda çok fazla sayıda 35 yaşın altında birden fazla embriyo implantasyonunu çok sık görüyorum. Bir örnek vereceğim: Hasta ilk gebeliğinde o da in vitro fertilizasyon yöntemiyle gebe kalmış, tek bir embriyo o zaman transfer edilmiş ve bu bölünmüş monokoryonik diamiyotik ikiz gebelik olmuş. Bu hasta yine 35 yaşının altında, farklı bir merkezde normalde tek embriyo implante edilmesi gerekirken yani böyle bir hikâyesi olmasına rağmen 2 tane embriyo implante edilmiş ve tahmin edeceğimiz gibi bu da bölünmüş ve bu hasta dikoryonik triamiyotik üçüz gebelik olarak preterm doğdu. Bebekler ölmedi ama yani ben şunu ifade etmek istiyorum, çözüm önerilerinden bir tanesi bu, bu bölgedeki özellikle ART uygulayan merkezlerin tek embriyo konusundaki bu yönetmeliğe olan uyumlarının değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşünüyorum.

Tabii ki akraba evliliklerini engellemek önemli, bu konuda özellikle sivil toplum kuruluşlarına ve toplum önderlerine büyük rol düşüyor. Sağlık Bakanlığı bu saydığım kişilerle ve kurumlarla iş birliği içerisinde olmalı. Özellikle bu bölgedeki -sayın sağlık müdürlerinden bir tanesi de bahsetti- akraba evliliklerini tamamen ortadan kaldırmak mümkün değil ama bunun en azından sivil toplum kuruluşlarıyla, toplum önderleriyle iş birliği içerisinde azaltılmasını sağlayabiliriz. Bu konuda özellikle tıbbi gereklilik perinatoloji ve neonatolojinin bir arada bulunduğu birtakım kurullarla bazı özel hastalıklarda preimplantasyon, genetik tanı ve tedavinin ödemeye alınmasının ben faydalı olacağını düşünüyorum. Yine bir hastadan örnek vereceğim, bizim perinatoloji kitaplarında zellweger sendromu ve spektrumu şu kadar geçer hocam yani çok nadir görülen bir durumdur. Ben Adıyaman'da bugüne kadar 4 tane böyle aile gördüm zellweger spektrum hastalığı taşıyıcısı olan. Hastaya diyorsunuz ki: "Bak, bu olabilir, sonuçta resesif kalıtımı olan bir şey, preimplantasyon genetik tanı yapalım, sağlıklı bebeği koyalım." Maddiyat bu sefer gündeme geliyor. Kadın tekrar gebe kalıyor, aynı şey benzer bir şekilde Tay-Sachs hastası olan bir hastam da var. Kadına bu önerilmiş, masrafı fazla olduğu için kadın tekrar gebe kalıyor "Artık kısmetim." diyor. Preinvaziv tanı testi yapıyoruz eğer hasta çıkarsa gebeliği sonlandırırım diyor. Belki sonlandırmaya da bilir, bu önemli.

Yine Adıyaman bölgesinde özellikle yaşamsal olmayan konjenital anomalilerin sonlandırılmasında ciddi bir direnç var. Yani buna bizim yapabileceğimiz bir şey var mı, çok açıkçası bilmiyorum. Sonuçta insanların genellikle dinî inançlarından dolayı böyle bir durumu termin etmiyorlar ama bizim de en azından böyle yaşamla bağdaşmayan anomalilerde terminasyonla ilgili hastaya gerekli danışmanlığı vermemiz lazım diye düşünüyorum.

Tabii, bir başka önemli konu da bu prenatal bakımın verilmesiyle alakalı. Bu konudaki aile hekimlerinin dışında, ben mutlaka ebe sayısının artırılmasını da önemli görüyorum. Bir dönem ortaokul ya da lise mezunu ebeler vardı. Ben uzun zamandır meslekteyim, sonra orta dönemdeki ebeler kaldırıldı, tamamen yükseköğretime döndü. Yani bu da sonuçta önemli bir açık oluşturuyor diye düşünüyorum. Ben özel hastane hekimliği de yaptım, hatta ben mecburi hizmetimi yani ana daldaki mecburi hizmetimi bitirdikten sonra tamamen özelde çalıştım, ondan sonra yan dala girdim perinatoloji uzmanı oldum. O dönemde benim çalıştığım hastane yani özel hastane ebe bulmakta zorlanıyordu. Ben bir ATT'yi eğitmiştim, tuşe öğretiyordum, doğumları ATT'yi takip ettiriyordum. Özel hastaneler tabii ki kâr amaçlı çalışan kuruluşlar, o da üç kuruşa bir ebe bulmak istiyor, ucuza çalıştırmak istiyor öyle olunca yani siz... Mesela özel hastanelerdeki sezaryen oranının yüksek olması, bu kesinlikle böyle ama nasıl oluyor? Ben çalışıyorum, akşam altıya kadar poliklinik yapmışım; yarın sabah bir histerektomi hastam var, bir hasta geliyor DST'si kategori 2'de hocam. Yani bunu özel hastane hekimi sezaryene alır ama bu bildiğin, güvendiğin, takip edeceğini düşündüğün ebe olsa sen de o hastaya vajinal doğum yaptırabilirsin. Dolayısıyla ne yapıyorsun? Kesiyorsun, geçiyorsun yani hani açık konuşmak lazım, karından konuşmaya gerek yok. Bunun özellikle özel hastanelerde oda sayısının az olmasının, takibin güç olmasının sezaryen oranını artırdığını, bunun da bizim açımızdan gebe ve doğumdaki takipler açısından sorun oluşturduğunu düşünüyorum her ne kadar perinatolojiyle alakalı olmasa da.

Tabii, birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinde sürenin uzatılması çok önemli, belirli risk faktörlerinin tespiti için doktorun zamana ihtiyacı var. Yine, benim bölgemde özellikle olarak adölesan gebelikler oldukça fazla. Bunlarda da yine preterm doğum riski fazla; bununla ilgili yine toplumda bir farkındalık oluşturmanın faydalı olacağını düşünüyorum.

Sağlık Bakanlığının yeni bir uygulaması var, bunu takdirle karşılıyoruz. Son zamanlardaki difteri ve tetanos aşısına boğmaca aşısı da eklendi. Bunun bu şekilde uygulanmasının özellikle yenidoğan bölümündeki antikor oluşumuyla, annedeki antikor oluşumuyla bebeğe geçmesi ve neonatal erken dönemdeki boğmaca vakalarının azaltılmasına, bunun da bebek ölümlerinin azaltılmasına faydalı olacağını düşünüyorum. Bence yani bir öneri olarak da normalde hepatit-B aşısı yenidoğanlara rutin olarak 1998'den beri uygulanıyor. Bundan önceki gebeler de taranarak bunlara hepatit-B aşısı da uygulanabilir. Özellikle bu tip yani genel, halkı ilgilendiren konularda önleyici sağlık hizmetlerinin daha fazla üzerinde durulması gerektiğini düşünüyorum. Benzer bir konu, E vitamini ve demir profilaksisiyle alakalı; bu konuda yine aile hekimlerine oldukça önemli görevler düşüyor, bu konuyla alakalı özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlarda bu desteğin yaptırılmasında fayda olduğunu düşünüyorum. Benim özellikle söyleyeceklerim bunlar. Adıyaman bölgesinde gebelerde ve doğumdaki sorunlar özetle bunlar.

Bir konu, onu unuttum, hatırlatayım prematüreyle ilgili. İatrojenik prematüreyle alakalı özellikle ana dal hekimlerine eğitim çalışmalarının artırılmasını gerektiğini düşünüyorum. Ciddi komplike bir vakada doğum tarihini özellikle hesaplarken bir bakıyorsunuz, hasta doğurmuş, niye doğurduğu belli değil. İatrojenik prematüre açısından ana dal hekimlerinin daha fazla eğitime ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. Benim özetle söyleyeceklerim bunlar.

Saygılar sunarım. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Kemal Hocam çok teşekkür ediyoruz kıymetli sunumunuz için. Sahadan bir isimsiniz, deprem bölgesi gibi zor bir bölgede çalışıyorsunuz. Gerçekten de sahadan sunmuş olduğunuz bu katkılar ve bizim sizin sunumunuzdan elde ettiğimiz mesajlar önem taşıyor. Çok teşekkür ediyorum tekrardan katkılarınız için.

Şimdi, ikinci konuşmayı yapmak üzere, yine, sahadan bir isim; Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Doktor Mustafa Fırat Aydın Hocamı ana dal uzmanı olarak kürsüye davet ediyorum. Ana dalda gebelerin izleminde ve doğumda yaşadığı sorunları Hocam bizlerle paylaşacak.

Buyurun.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. MUSTAFA FIRAT AYDIN - Öncelikle bu çalıştay için sayın milletvekillerine, sayın başkanlara, meslektaşlarıma teşekkür etmek istiyorum. Öncelikle bir genel bilgi vermek istiyorum doğum öncesi sorunlarla ilgili. Gebelerin yaklaşık yüzde 6-8'i riskli gebelik olarak değerlendiriliyor, tabii ki bunların erken prenatal dönemde teşhisi, mortalite ve morbidite riskini azaltacağı için oldukça önemli. Riskli gebelikleri 3 ana başlıkta incelemek gerekirse anneye ait faktörler, gebelik sırasında gelişen durumlar ve bebeğe ait gelişen durumlar olarak 3'e ayırabiliriz. Anneye ait faktörlerde 35 yaş üstü ve 17 yaş altı gebeliklerin mevcut olması, bu gebeliklere hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların eşlik etmesi, öncelikli gebeliklerde komplikasyonların varlığı, geçirmişse down sendromunda artış olması, gebelik sırasından çok karşılaştığımız preeklampsinin mevcudiyeti, gestasyonel diyabet ve çoğul gebelik olması. Bebeğe ait durumlarda ise doğumsal anomaliler bir gelişme geriliği sayılabilir. İleri anne yaşı 35 yaşın üstündeki gebe adayları için açıklanır. 35 yaşın üstünde gebelik komplikasyonların riski daha yüksektir. Bu artış hem yaşlanma süreciyle hem de birlikte var olan çoklu gebelik, yüksek doğum sayısı ve diğer tıbbi durumlarla ilişkilidir. Grafikte 2001 ve 2021 arasında anne adaylarının yaşının giderek arttığı gözlemlenmektedir, bu da komplikasyon riskini artırmaktadır.

Sezaryen artışı nedenlerinden de bahsetmek istiyorum. Öncelikle ana başlıklar altında sosyokültürel nedenler, malpraktis yasaları, tıbbi nedenlerden bahsedecek olursak aşırı medikalizasyon, aşırı uzmanlaşma, ilerleyen anne yaşı, infertilite tedavisi sonrası gebeliklerin oluşumu, çoğul gebeliklerin artışı, obezite sıklığında artış, tekrarlayan sezaryen doğumlar, hekimlerin doğuma yönelik risk algısındaki değişim, doğum yönetimiyle ilgili nedenler sayılabilir.

Bireysel nedenlere bakacak olursak kadınların risk algısındaki değişim, doğum ve ağrı korkusu, uzun doğum süreciyle ilgili algılar, bebeği koruma çabası, doğum ve doğumhane koşullarına yönelik olumsuz söylem ve algılar sayılabilir.

Prenatal bazı hastalıklara göz atacak olursak preeklampsisi tüm gebeliklerin yüzde 4-6'sında görülür. Preeklampsisi ve hipertansiyon durumlarında preterm doğum ve fetusta intrauterin gelişim geriliği oranları oldukça yüksektir ve prematüreye bağlı komplikasyonları geliştirmektedir.

"Preeklampsisi" ve hipertansiyona bağlı dekolman plasenta ve kanama riski de artmaktadır.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Sayın Hocam, kusura bakmayın, bölüyorum. Sunumuzun düzenini bozmak istemiyorum, çok faydalı bilgiler veriyorsunuz. Daha çok sizin öneri ve önlemlerinize yönelik ilerlersek sanki bizim açımızdan daha iyi olacaktır, biraz slaytı ileriye alabilirsek.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. MUSTAFA FIRAT AYDIN - Hiç genel bilgi verilmemişti, ben o yüzden.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Sizin sahadaki tecrübeleriniz, yaşadığınız sıkıntılar ve çözüm önerileriniz bizim için daha büyük önem arz ediyor Sayın Hocam.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. MUSTAFA FIRAT AYDIN - Öneri önlemlerden bahsedecek olursak birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yüksek riskli gebeliklerin tespitlerinin iyi bir şekilde yapılması gerekir. Antenatal takip hizmetleri geliştirmeye yönelik eğitim ve planlamaların tamamlanması gerekir.

Gebe okulu eğitimleri etkin şekilde yapılmalıdır. Riskli gebeliklerin doğum yapacağı merkezler önceden belirlenmelidir. Sevki gereken gebelerin 112 vasıtasıyla etkin sevk zinciri oluşturulmalıdır. Acil gebe ve yenidoğan sevk sırasında sevke iştirak edecek 112'deki görevlilerin (ATT, paramediklerin) doğum ve yenidoğan canlandırılması eğitimlerini almış olması gerekmektedir.

Her gebenin riskine uygun merkezde (perinatolog, neonatolog) riskli gebeliklerin durumuna göre doğum yapması sağlanmalıdır. Doğumhane ünitelerinde, servislerde ve yoğun bakımlarda, özellikle Diyarbakır için yeterli yatak kapasitesi sağlanmalıdır, yatak kapasitesinde ciddi sorunlar yaşıyoruz. Doğumhane ünitelerinin kabul edeceği gebelerin özelliği klinik durumuna uygun olmalı, sahip olduğu fiziksel şartlar, tıbbi araç-gereç ve donanımlar yeterli olmalıdır.

Intrauterinfetal anomali tespiti yapılmış olan gebeliklerde gebelik takibi, yönetimi ve tıbbi terminasyon durumunun değerlendirilmesinde perinatolog, neonatolog, kardiyolog gibi multidisipliner bir yaklaşım kurulup bu şekilde bu riskli gebeler yönlendirilmelidir. Perinatolog ve neonatolog gibi yan dal uzmanlarının ihtiyaca göre özellikle gerekli illerde sayıları artırılmalıdır. Benim önerilerim bunlar.

Teşekkürler. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Çok teşekkür ederiz.

Sayın Hocam, özellikle bu sevk gereken 112 vasıtasıyla etkin sevk zincirinin oluşturulma konusuna dikkat çekmek istiyorum. Burada tabii, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çok donanımlı hocamız Doç. Dr. Burak Bekgöz Hoca da bizlerle birlikte, onun da birkaç fikrini almak isterim açıkçası, sevk gereken gebelerin bu 112 vasıtasıyla sevklerinde nelere dikkat etmemiz lazım? Çünkü literatür de bize bunu söylüyor. Sizin eğer bir gebeyi sevk etmeniz gerekiyorsa bu konuda özellikle anne karnında olmak üzere bir an önce sevk edin ve bununla ilgili de sevk işlemlerini kolaylaştırırız, sevk zincirlerini kolaylaştırırız. Bir üst basamağa mı gidecek, aynı il içerisinde çözülebilecek mi, yakındaki daha büyük bir merkeze mi sevk edilmesi gerekecek? Bu konuda da organizasyonu iyi yapmamız gerektiğini literatür hatırlatıyor.

Burak Hocam, buyurun.

ANKARA İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMİ DOÇ. DR. BURAK BEKGÖZ - Hocam, teşekkür ederim söz verdiğiniz için.

Aslında sizin söylediğiniz konuya dikkat çekmek istiyorum. Anne karnında transport. Biz aslında en büyük sıkıntıyı burada yaşıyoruz hastane öncesinde çünkü böyle bir gebe, riskli bir bebek olduğu zaman biz anne karnında transfer maalesef yapamıyoruz. Ne oluyor? Her zaman şununla karşılaşıyoruz: "Hele bir doğsun, öyle karar veriz." Ya da kadın doğumculardan şey

alıyoruz "Orada takipli, mutlaka orada doğurması lazım. Doğuramazsa bir sıkıntı, komplikasyon olursa bize gelmesi lazım." Bence düzeltmemiz gereken en büyük konu bu. Mecliste yapılan sunumlarda da bunu sürekli ön plana çıkardık, anne karnında transport sürekli ön plana çıkardık ama maalesef uygulamada sıkıntı yaşıyoruz. Belki perinatolog doktor arkadaşlarımız da bu konuda bir şeyler söylemek isteyebilir.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Teşekkür ediyoruz.

Mustafa Hocam, sizin kendi tecrübelerinizden faydalanmak isteriz.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. MUSTAFA FIRAT AYDIN - Ben Diyarbakır için şunu söyleyebilirim: Üniversite yeterince çalıştırılmıyor maalesef. 112'nin sevk zincirinde ben Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışıyordum. Yani risk durumunun değerlendirilmesi 112 tarafından zaten yapılmadan genelde yüzde 99 diyelim sevk Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesine geliyor. Yani, bunun bir düzene sokulması lazım. Yani, multidisipliner olarak hani ağır vakaların üniversitede gözlenmesi gerekiyor.

Bir de mesela perinatolog ihtiyacı var Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde, uzun süredir perinatolog gelmiyor.

Benim özetim bunlar yani daha iyi bir yönetim için listeleyebildiklerim.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Hocam, çok teşekkür ediyoruz vermiş olduğunuz kıymetli bilgiler dolayısıyla.

ANKARA İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMİ DOÇ. DR. BURAK BEKGÖZ - Şimdi, şey dedi hocamız: "İyi değerlendirilerek sevk yapılmalı." Biz burada genelde şunu uyguluyoruz: Sevk eden ve sevki kabul etmesi gereken hekimi konferansla direkt buluşturuyoruz, o zaman çok daha etkin oluyor. Bu eminim Diyarbakır'da da uygulanıyordur. Aslında o sevk kararını biz vermiyoruz Hocam, uygun olup olmadığının kararını kabul eden hekim aslında veriyor.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. MUSTAFA FIRAT AYDIN - Diyarbakır'daki sevkler genelde Gazi Yaşargil'e oluyor, bunu bir şekilde çözmek lazım.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Ünal Hocam buyurun.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şimdi, anne karnı sevk derken devletten devlete mi kastediyoruz, devletten özele mi kastediyoruz? Çünkü şöyle devlete devlete transportta belki hekimler arası diyalogla çözebilirsiniz ama devletten özele sevklerde bu sefer kadın doğumcuların sezaryen ücretiyle ilgili sorun yaşıyoruz. Çünkü devlet sadece o 2 tane sorunu çözüyor, devlet annenin sezaryenini karşılamıyor, anne karnında transport için ekstra bir ödeme yapmıyor, bundan dolayı özel hastaneler genelde anne karnı transportu kabul etmek istemiyorlar. Artı, doğan bebek eğer sevk ihtiyacı olan bir bebekse yani yeşil kartlıysa veya Suriyeliyse o zaman onların sevkleriyle ilgili de sorun yaşıyorsunuz. Biz yaklaşık olarak iki yıldır anne karnı transportunu artırmaya çalışıyoruz ama özel hastanelerde bu anlamda ciddi bir direnç yaşıyoruz. Biz bu sorunu şöyle çözdük, en azından ben kendim anne karnı transport alıyorum ama mesele 32 hafta aldım, 1.500 liranın altı alıyorum. Onu da şundan dolayı söylüyorum: Hani, yatabilecek, en azından belli bir ciroya ulaşabilecek bir hasta grubu olunca kendi hastanemi ikna edebiliyorum, diyorum ki "Ya, buradan çok zarar etmezsiniz, amaç bebek ölümlerini azaltmak. Elinizi taşın altına koyun." şeklinde bir ifadeyle sağlayabiliyorum ama bunu herkes yapamayabilir. O yüzden anne karnı transport olduğu zaman bunu sınırlandırmak lazım çünkü haftası aşıldığı zaman bu sefer suistimale de açık olabilir. 35 hafta, 36 hafta, 37 haftalara bu sefer anne karnında girilir ama özellikle bebek ölümlerinin yoğunlaşmış olduğu hafta 32 haftalarda 1.500 liranın altında devlet belki ekstra bir sezaryen ödemesi yapabilir. Bu anlamda en azında anne karnı transport sayısı artmış olur.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Teşekkür ediyoruz Hocam.

Şimdi 3'üncü sunumu yapmak üzere Doktor Selcan Sınacı Hocamızı davet ediyoruz.

Buyurun.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Teşekkür ederim.

Sayın Komisyon üyeleri, sayın il sağlık müdürleri, değerli meslektaşlarım; hoş geldiniz Gaziantep'e.

Böyle bir platformda sorunlarımızı, çözüm önerilerimizi konuşabildiğimiz için mutluyuz.

Ben perinatoloji gözüyle yenidoğan ve bebek ölümlerine kısaca bir göz atacağım.

İlk şundan bahsetmek istiyorum aslında. Perinatoloji nedir, perinatoloji uzmanı kimdir? Perinatoloji uzmanı yüksek riskli gebelik uzmanıdır, maternal fetal tıp uzmanıdır. Anne ya da bebek ölümlerini azaltmak amacıyla annenin, bebeğin sağlığını ilgilendiren her türlü riskli doğumda gebeliğin yönetimini, doğumunu üstlenen kişidir. Gebeliklere ne kadarı yüksek riskli gebelik diye baktığımızda -bu aslında genel veri- yüzde 10'u riskli gebeliktir, "Yaklaşık yüzde 6-8'i riskli gebeliktir." denilse de çok daha fazla olduğunu biliyoruz. Anneye ait gebelik sırasında gelişen durumlar, bebeğe ait faktörler var; bu bölgeye ait baktığımızda da zaten iki yıldan sık aralıklarla gebelik oranı çok yüksek olduğu için yüzde 90'ın üstünde bir riskli gebelik oranından bahsedebiliyoruz. Aynı zamanda bu bölgede Rh uygunsuzluğu dediğimiz grup da çok fazla. Bu da bebeklerde kan uyuşmazlığına bağlı bir etkilenme oluşturup sıvı toplanmasına sebep olabiliyor ve çok kötü bir şekilde seyreliyor. Biz bu bebekleri anne karnında tespit ettiğimizde, bize yönlendirildiğinde ardışık kan transfüzyonları yapıyoruz. Bazen 4 defa, 5 defa kan transfüzyonu yaptığımız anne karnında bebekler oluyor ama bunların da doğumdan sonra da kan değiştirilmesi işlemi devam ettiği için yenidoğan yoğun bakımla birlikte bu süreci yönetmemiz oldukça önemli.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Selcan Hocam, bunlar sizin hastanenize, kliniğinize ait üyeler değil mi, şu anda?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Evet, evet, tabii, Gaziantep.

Gaziantep'te zaten perinatoloji kliniği hani bir tek şehir hastanesinde var. Anemi yine büyük bir sorun. Çoğul gebelikler burada büyük bir sorun.

Ali Kemal Hocama burada çok katılıyorum, özellikle ilk gebeliklerde bile ikiz, bazen üçüz konulan in vitro fertilizasyon gebelikleri var ve bunlar genelde bölünüyorlar, biz beşiz, altız görüyoruz. Ben Ankara'da yaptım yan dal eğitimimi, Zekai Tahir

Burak çıkışlıyım. Etlik Doğumevinde uzmanlık yaptım. Hani düşündüğümde Türkiye'nin en büyük doğumevlerinde çalışmış birisi olarak ben hayatımda burada gördüğüm beşizi, altızı, dördüzü oralarda görmedim. Bunlara biz erken aşamada ulaştığımızda fetal redüksiyon öneriyoruz yani aslında erken haftada gebelik sonlandırması seçeneğini sunuyoruz. Kimisi kabul ediyor, kimisi etmiyor. Bize ulaştığında onlar da zaten genelde çok ileri prematüre olarak sonuçlanıyorlar ve kaybedilme oranları yüksek oluyor.

Yine, preeklampsi, eklampsi, epilepsi ve annedeki bazı hastalıklar, kalp damar hastalıkları yüksek oranda bu bölgede görülüyor. Anemiye ayrı bir değinmek lazım. Hemen hemen tüm gebelerde anemi problemi var, D vitamini eksikliği çok fazla. Bunların antenatal bakımla çok daha iyi yönetilmesi lazım diye düşünüyorum.

Gebe izlem sıklığına baktığımızda 2,7 gibi bir izlem sıklığımız var. Bu, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği ve bizim Türkiye'deki Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nin önerdiği sayı 4, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneğinin önerdiği sayılar 12, 14 gibi sayılar. Biz bu sayılara kesinlikle hani çok uzaktayız, çoğu defasında görmüyoruz.

Benim ayrıca söylemek istediğim bir şey, yine özel hastaneler çok yaygın Antep'te, 17 taneydi yanlış hatırlamıyorsam. Riskli gebelikler kadın doğum uzmanları tarafından takip ediliyor yani pek çok diyabetik, hipertansif veyahut da sorunu olan gebenin kadın doğum uzmanı tarafından özel hastanede takibi gerçekleştirilebiliyor. "Perinatolojiye ne zaman geliyor?" derseniz normal düşük risk grubunda olup sadece ayrıntılı ultrason amaçlı gelmesi söz konusu olabiliyor.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Peki, Hocam sizin bahsettiğiniz bu özel hastanelerde takipte olan, ana dal uzmanlarınca takip edilen hastaların bir bölümünü size aslında zamanından daha geç geldiğini mi söylüyorsunuz?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Ben şunu demek istiyorum: Tüm yüksek riskli gebelikler aslında gebeliğin başından itibaren perinatoloji gözetiminde olmalı. Bizim bu konuda aldığımız daha ayrı bir eğitim var ve bunların tüm gebelik takibini de aslında perinatoloji uzmanı yapmalı. Yüksek riskli gebelik grubunda olan hastalıklar için diyorum; gebelik öncesi diyabet, gebelik öncesi tansiyon, gebelik öncesi annede kalp hastalığı, böbrek hastalığı gibi bu hastaların bir kısmını biz görmemiş olabiliyoruz veya çok geç aşamada karşılaşabiliyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Hocam, ben bir şey öğrenmek istiyorum yani sizin anlattığınızdan ben şöyle anlıyorum: Eğer kadın doğum uzmanı size hastayı gönderirse o zaman siz devreye giriyorsunuz. Bir gebe direkt olarak gelip de perinatoloji uzmanına muayene olabiliyor mu kamu için söylüyorum bunu?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Kamu için şöyle: Herhangi bir risk faktörüne sahip bir gebeyi biz perinatoloji kliniğine kabul ediyoruz, randevu şartımız yok.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Risk grubuna dâhil değilse yani 17 yaş altı ya da 35 yaş üzeri bir gebe değilse ve kendi isteğiyle "Ben geldim hastaneye, ben size muayene olmak istiyorum." diyen bir bayan gelirse muayene olabiliyor mu yoksa kadın doğum uzmanı mı mutlaka size göndermeli?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Eğer yüksek risk grubunda değilse düşük riskliyse "Ben öylesine bir size muayene olmak istiyorum." diyorsa tabii buna yetişme şansımız yok ama eğer bir önceki gebeliğine ait bir risk faktörü, önceki bebeğine ait bir risk faktörü varsa bunlarda randevu şartı olmaksızın kabul ediyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Peki kadın doğum uzmanları riskli gebelikleri atlayabiliyor mu ya da size göndermede sıkıntı oluyor mu? Size göndermediği ama gerçekten sonuç geldiğinde farklı yerlere giden bir problem oluyor mu, bununla ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Şimdi burada ayrı bir parantez açmam lazım. Tüm gebeliklerde detaylı USG öneriyor yani 18-24 hafta arasında anomali taraması öneriliyor, bütün gebeliklere kılavuzların önerdiği bir şey fakat bizim burada sorunumuz ilerleyen slaytlarda da aslında bahsedeceğim bunu kim yapmalı? Normalde SUT kapsamında bunu yapması gereken hekim grubu radyologlar fakat bazı medikolegal sıkıntılarla radyoloji hekimleri bunu yapmayı tercih etmiyorlar veya bu konuda yeterli eğitimim, tecrübem yok denebiliyor. Perinatoloji bu konuya hâkim bir dal olduğu için kadın doğum hekimlerimiz de bunu yaptırabilmek amacıyla bu hastalara yani tüm gebelere yeşil alan açılıyor risk faktöründen bağımsız olarak normal anatomi taraması için. Bu hastalar zaten bir şekilde risk grubundaki hastalar randevu sistemiyle yönlendirilse bile size ulaşamayabiliyor ama ayaktan geliyor bu hastalar ek olarak.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Tanımlar kısmını biraz hızlı geçebilirsek Hocam.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Perinatal dönem hangi dönem? İlk yedi günü de kapsıyor, gebeliğin 22'nci haftasından sonra erken perinatal dönemini kapsıyor. Bu kısımları geçiyorum.

Gaziantep'te bebek ölümleri oranları, evet Türkiye ortalamasından yüksek 15,8 gibi bir bebek ölüm hızı var ilde. Bunun da büyük bir çoğunluğuna baktığımızda yine perinatal ve erken neonatal dönemi kapsadığını görüyoruz, özellikle erken neonatal dönem bu kısımda yaygın ve bebek ölümlerinde aslında büyük bir çoğunluğu burada geç preterm doğumlardan oluşuyor. Bebek ölümlerinde en sık sebeplere baktığımızda prematüre, immatüre ve konjenital anomali genel Türkiye ortalamasına ve dünyaya da yakın şekildedir. Yine akraba evliliklerin de sık olması sebebiyle metabolik hastalıklar, konjenital kalp hastalıkları burada çok daha yüksek. Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin anne ölüm oranlarına genel olarak baktığımızda -yanlışlık olmasın- Türkiye ortalamasından yüksek diye biliyorum ama Gaziantep özelinde çok yoğun çalışmalarla bunu bir miktar azalttık, ortalamanın altına geçtik.

Prematüre doğum oranımız yüzde 11'lerde, kaybedilenler daha çok erken prematüreler, doğumsal anomalilerden de en çok konjenital kalp hastalıklarını ve santral sinir sistemi bozukluklarını, diğer konjenital anomalileri görüyoruz.

Öneriler kısmına geleyim. Tüm gebelikler aile sağlığı merkezleri ve diğer hastaneler tarafından evet rutin olarak takip edilmeli, kesinlikle Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre yüksek riskli gebelikler ayrı bir grup olarak belirlenmeli, bunu çok kıymetli hocalarımızın oluşturduğu doğum öncesi bakım rehberleri var Sağlık Bakanlığının, aslında bunlar çok iyi rehberler bunlar fakat çok aktif olarak kullanılmayabiliyor. Bu gruplama yapılmalı ve daha sonra yüksek riskli gebeler aslında perinatoloji uzmanına yönlendirilmeli ve perinatoloji uzmanı da bu gebeliklerin takibinin başından sonuna yönetimini üstlenmeli ve risk grubunda olmayanlar da rutin antenatal takibe devam etmelidir. Bu bir ekip çalışması, bizim tek başına bir yerde perinatologun bir

hastanede olmasının aslında çok bir önemi olmayabiliyor özellikle küçük hastaneler için diyorum. Ben büyük perinatal merkezler oluşturulması gerektiğini ve bu merkezlerde muhakkak perinatoloji sadece bir uzmanın değil, uzmanların bir arada bir ekip olarak çalışması gerektiği, neonatoloji uzmanının muhakkak bu hastanede olması gerektiği ve ilgili diğer branşların kardiyak anomalisi olanlarda, çocuk kardiyolojisinin, KVC'nin, beyin cerrahinin çocuğa hemen müdahale edebilecek doğumdan sonraki diğer birimlerin de olması lazım. Bizim şu anda öyle bir sorunuz yok ama ben buraya ilk geldiğim zamanlarda mesela bebeğin kalbinde bir ritim bozukluğu vardı, gebelik boyunca takip ettik, yurt dışından ilaçlar getirdik, defalarca anne karnında işlem yaptık ve daha sonra yenidoğan yoğun bakımda bir transfer mecburiyeti oldu çünkü çocuk kardiyoloğumuz yoktu, ulaşamadı vesaire gibi sebeplerle sonradan gebelik boyu büyüttüğümüz bebeği kaybettik. O yüzden aslında sadece tek bir uzmanlık dalının değil, bu özellikli işlemlerde ben diğer birimlerin de bir arada olmasının önemli olduğunu düşünüyorum. Hem perinatoloji hem yenidoğan yoğun bakımı olan kurumlarda yüksek riskli gebelikler daha uygun bir vakitte yönlendirilmeli, takip edilmeli, doğum da oralarda gerçekleştirilmeli. Aynı kurumlardaysa da o şehre konsultan perinatoloji hizmeti bir şekilde verilmeli, o hastanın yönetimine perinatoloji uzmanı katılmalı çünkü medikolegal sıkıntılarla kadın doğum uzmanı çok daha erken aşamada doğum kararı alabiliyor, "Sen tamam takip ol ama daha şu haftalarda seni görelim." dediğimiz pek çok gebenin aslında lohusa olduğunu görüyoruz.

Transport anne karnında yapılmalı mümkünse, daha önceden başlamış bir doğum eylemi varlığında da 112 koordinatörlüğünde yürütülmeli. Yenidoğan transportunun sonuçları pek iyi olmuyor, bizim bu bölgede yaşadığımız bir sorun. Preterm doğumların büyük bir kısmı aslında suni sancıyla başlatılan preterm doğumlar. Preterm doğumları 3 başlık altında inceleyebiliriz: Spontan preterm doğumlar var, çoğul gebelik sebepli olanlar var ama iatrojenik yani hekim kararıyla başlatılan preterm doğumlar ayrı bir sorun ve burada aslında sebep anne sağlığı oluyor yani anne sağlığını ön planda tutarak bir doğum kararı almak durumunda kalıyor hekim, o durumda da mesela preeklampsi, erken preeklampsi, bunların çoğu 28 hafta civarında, 32 haftanın altındaki bebekler, her an eklampsi nöbeti geçirme tehlikesi olan bir gebeyi ambulansa bindirip hâliyle bir yere yollamak da kolay bir karar değil, buna kadın doğum hekiminin eşlik etmesi lazım, o anda nöbet geçirebilir, kadın doğum hekimi ama orada ayrı bir şekilde hizmete devam ediyor, o yüzden en azından bunların çözülmesi için yenidoğan hekimlerinin de yenidoğan yoğun bakım hizmetinin de perinatolojiyle birlikte güçlü ekiplerde oluşturulması gerektiğini düşünüyorum. Sevk zinciri, evet, bu kısım çözülmeli.

Spontan preterm doğum zaten bu yüksek risk grubunda genelde olmayanlarda çıkıyor. Antenatal steroid uygulamaları, anne karnında gebeliğin devam etmesi, sancıyı durdurmaya yönelik bazı protokollerle suyu gelen hastalarda da kılavuzlar şu anda 37'nci haftaya kadar gebeliğin aslında yakın takiple devam edebileceğini söylüyor ama maalesef biz özellikle erken zamanda suyu gelen gebeliklerin çok daha küçük haftalarda sonlandırıldığını görüyoruz, bu konuda da kadın doğum hekimlerine de tabii ekstrasdan eğitimler düzenlenmesi gerekir.

Bölgeye özgü sorunlara baktığımızda evet ciddi bir eğitim eksikliği sorunuz var, yetersiz beslenme, hijyen, akraba evliliklerin, kapalı evliliklerin yaygın olması, erken yaş evliliklerin yaygın olması ve artan kalıtsal hastalıklar var. Annelerde kronik hastalıklar, sık doğurmaya bağlı özellikle aneminin yaygınlığı ve takipsiz gebelik oranlarının yüksekliği önemli sorunlar.

Yine, burada yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin de kamu ve özel arasında dağılımına baktığımızda, genel olarak Türkiye'de özelde daha çok olmasına rağmen Antep'te kamunun özellikle özel karşısında oldukça güçsüz kaldığını görüyoruz yenidoğan yoğun bakım açısından.

Kamu hastanelerinin özel hastanelerle kıyaslandığı tabloya şöyle bir bakacak olursak: Kadın doğum uzmanlarının da, çocuk sağlığı uzmanlarının da aslında özel hastanelerde sayı daha çok, neonatoloji uzmanı açısından da mesela PDC'imiz yok ama aslında 3 neonatoloji uzmanı var aktif çalışan, özeldeyse 6 var. Perinatoloji uzman sayısına baktığımızdaysa özelde yok, devlette 3 kişi var aktif çalışan çünkü özel hastanelerde perinatoloji kadrosu açılması tamamen Bakanlığın elinde olan bir durum, perinatoloji hekiminin kadın doğum uzmanı kadrosunda özel hastanede çalışması söz konusu değil. O sebeple Bakanlık denetiminde olduğu için tamamen perinatoloji hekimlerinin daha çok oranda devlette olduğunu, özeldeki kısmının daha az olduğunu görebiliyoruz ama yenidoğan yoğun bakım uzmanı, çocuk uzmanı kadrosunda da çalışabildiği için özele geçiş biraz daha çok olabiliyor.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Hocam süreyi epey aştık, toparlayabilirsek sevinirim.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. SELCAN SINACI - Hemen geçiyorum.

Eğitimli personel sayısı da kamuya göre özelde daha çok. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi sayısı ve sadece sayı da değil uzman hekim, buradaki deneyimli hemşire, personel sayısı artırılmalı yani kamu bu açıdan güçlendirilmeli, bu çok önemli bence. Konjenital anomaliler içinde yaşamla bağdaşmayan bazı anomaliler var yani çocuğun aslında beyni yok, kalbi gelişmemiş ama bunlara biz gebelik sonlandırmasını erken haftada önerdiğimizde bu aileler bazı manevi sebeplerle bunu kabul etmeyebiliyorlar ve bunlar da erken neonatal ölüm oranlarını bu bölgede oldukça artırıyor ve bunların tanısında erken aşamada, ileri düzey ultrason, fetal ekokardiyografilerin daha yaygın uygulanması önemli.

Yenidoğan yoğun bakım doluluk oranlarıyla ilgili de bunu aynı zamanlı perinatoloji için de diyebilirim: Genel olarak üçüncü, dördüncü basamak olanlar da aslında takip edilmeli sıkıntılı bebekler ama daha az sıkıntılı olanlar da birinci, düşük risk grubunda olanlar da birinci, ikinci basamakta doğumları, yenidoğan bakım hizmetleri gerçekleştirilmeli o doluluğu azaltmak için.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Teşekkür ederiz Hocam, ağzınıza sağlık.

Komisyonumuzun değerli uzmanlarından Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen Şule Hanım da aramızda. Biraz önce bahsettiğimiz gibi bu ayrıntılı fetal USG'nin SUT'ta sadece radyologları değil belki de perinatoloji uzmanları veya kadın doğum uzmanlarına -sonuçta takip ediyor bunları biliyorsunuz, özelde de takip ediyor, veyahut kamu kuruluşlarında da takip ediyorlar- tanımlanması gündeme gelebilir mi?

ECZACI ŞULE GÜLER - Evet, SUT çalışmaları kapsamında bilimsel komisyonlar bu konuları değerlendiriyorlar. Bilimsel komisyonlar Sağlık Bakanlığının yetkilileriyle birlikte toplanıyorlar, bu konudaki değerlendirmeleri yaparken bu konunun gündeme

alınması için notlarımı aldım, daha önceden değerlendirilmiş de olabilir ama bunu değerlendirilmesi gereken bir konu olarak düşünüyorum ben de.

Bir de şöyle alakalı... Hani, bunun dışında Sosyal Güvenlik Kurumunun geri ödeme kapsamında özellikle kamudan özel hastanelere sevk durumu söz konusu olduğunda bu işlemler genellikle acil müdahale gerektiren işlemler olduğu için acil işlemler hastadan ilave ücret alınmayacak işlemler olarak kabul ediliyor zaten. Dolayısıyla özele transfer edildiğinde de herhangi bir hastadan ekstradan devletten alınmayacak bir ücretin alınmasının söz konusu olmaması gerekiyor. Bununla ilgili şikâyetler olduğunda da zaten kurum bu konuda yaptırım uyguluyor özel hastanelere.

Notlarımı aldım, bu konuyu da iletteğim kuruma.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi, Hatay Eğitim Araştırma Hastanesinden Ramazan Hoca'yı dinleyeceğiz. Yine kendisi de perinatoloji uzmanı, orada sahada özellikle depremin çok etkilediği illerde, Hatay ilimizdeki vaziyeti bizlerle paylaşacak.

Buyurunuz Hocam.

Süreniz on dakikadır.

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. RAMAZAN DENİZLİ - Sayın vekillerim, sayın müdürlerim, değerli meslektaşlarım; hepiniz hoş geldiniz.

Bu güzel çalıştayda deprem bölgesinde büyük zarar görmüş Hatay gibi bir ilimizle bize fırsat verdiğiniz için teşekkür ediyorum.

Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde perinatoloji uzmanı olarak görev yapmaktayım. "Yeni doğan ölüm oranlarını nasıl azaltabiliriz?"i Hatay'da çalışan bir perinatolog gözünden sizlere anlatmaya, ifade etmeye çalışacağım.

Bazı kısımları hızlı geçeceğim tekrara düşmemek için çünkü aklın yolu bir, benden önce de bazı perinatolog arkadaşlarımız anlattı; hâliyle bazı sunumlarımız bire bir örtüşmüş olacak, onları hızlıca geçmeye çalışacağım.

Sunum planımızda dünyada, Türkiye'de, Hatay'da yenidoğan ölüm oranlarını kısaca karşılaştırmayla başlayacağız. Risk faktörleri ve çözüm önerileri olarak neler sunabiliriz, neler değişebilir, onları kısaca konuşmaya çalışacağım.

Anne ölümü ve bebek ölümü gibi göstergeler sağlık hizmetlerinin önemli bir göstergesi ama sadece bununla da sınırlı değil. Aynı zamanda ülkenin gelişmişlik düzeyini, çevre koşullarını, toplumun sosyoekonomik düzeylerini de yansıtmakta. Anne ve bebek ölümlerinin neredeyse tamamı -yaklaşık yüzde 94'ü- ne yazık ki orta veya düşük gelirli toplumlarda, düşük gelirli ülkelerde meydana gelmekte. Bunların da büyük bir çoğunluğu, neredeyse yüzde 75'i önlenebilir ölümlerden oluşmakta. Dünyaya baktığımızda bebek ölümlerinde aslında Türkiye olarak çok kötü noktada değiliz açıkçası. 2019'da baktığımızda dünya ortalaması binde 28'iken Türkiye'nin ortalaması binde 9 yani dünya ortalamasının üçte 1'i kadar. Tabii, buralara kolay gelmedik biz. 1990 yılında dünya ortalamasına yakın değerlerdeydik, yüzde 55'lerdeyken 2000'lerde yüzde 30'lara, 2010'larda da yüzde 10'lara düştük biz ama 2010'dan beri yüzde 10'larda sabit kalabiliyoruz. Hedefimiz ne? Hedefimiz, öncelikle Avrupa ve Kuzey Amerika'daki yüzde 5 seviyelerine ulaşmak. "Yüzde 10" dediğimiz ülkede yaklaşık yıllık 1 milyon civarında doğum oluyor göçmenler hariç; burada "yüzde 10" dediğimizde aşağı yukarı yıllık 10 bin bebeği kaybediyoruz, biz bunu yüzde 5'e düşürebilsek yılda 5 bin bebeği kurtarmış olacağız.

Dünyaya baktığımızda ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre nasıl farklılıklar gösteriyorsa Türkiye'ye de baktığımızda bölgesel olarak özellikle Marmara, Ege Bölgelerinde oranlar daha düşük; Doğu, Güneydoğu ve Akdeniz Bölgelerinde oranlar daha yüksek. Hatay ilimize de baktığımızda 2023 yılında 160 bebeğimiz depremden dolayı hayatını kaybettiği için binde 18'le pik yapmış olsa da 2024'te tekrardan deprem öncesi seviyelerine gelmiş ama tabii ki bunun Türkiye ortalamasının çok üzerinde olduğunun farkındayız biz.

Sağlık çalışanlarının kamu ve özel diye ayırımına baktığımızda özellikle kadın doğum uzmanları, ebeler, yenidoğan uzmanları, perinatoloji uzmanları, pediatri uzmanlarının çoğunun, büyük kısmının açıkçası kamu ağırlıklı olarak çalıştığını görmekteyiz ama yatak sayılarına baktığımızda -bunları Arif Hocomuz anlatmıştır size- yüzde 65 civarında özelde daha fazla mevcut.

Doğum sayılarımız da depremden önce 25 bin civarındaydı yıllık, şu anda yüzde 20'lik bir azalma mevcut; 20 bin civarında ama tabii, burada göçmenler dâhil değil, tekrardan ifade etmek istiyorum.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış endikasyonlarına baktığımızda -diğer arkadaşlar da bahsetti- erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğumsal anomaliler daha fazla. Ölüm nedenlerini de yine bunlarla paralel bir şekilde prematüre ve konjenital kalp veya diğer konjenital anomaliler oluşturmakta. Eğer bebek ölümlerini azaltmak istiyorsak bizim odaklamamız gereken noktalar bunlar yani eğer biz prematüreyi azaltmadan konjenital kalp, özellikle tanı almamış konjenital kalp anomalilerinin oranlarını azaltmadan ne yazık ki bebek ölüm hızlarını azaltamayız. Bu konjenital kalp ölümlerinde aslında çoğu mayokardiyak anomalilerde başarılı bir ameliyat yapılırsa ve tanı prenatal konulmuşsa, uygun merkezde doğum yapılmışsa çoğunda yaşam surveyi yüzde 95'in üzerinde. Bizde bu kadar yenidoğan ölümlerine yol açmasının bir nedeni de bu hastaların açıkçası doğum sonrası tanı almaları. O yüzden çözüm önerilerimizin çoğunu bu hastalara doğum öncesi nasıl tanı koydurabiliriz, nasıl bunları uygun merkezlere yönlendirip doğumlarını orada gerçekleştirebiliriz, kamuyu nasıl güçlendirebiliriz, birazcık bunun üzerinde durmak isteyeceğim.

Yine, yüzde 11 civarında bir erken doğum söz konusuydu. Şimdi, burası çok önemli, burada işte Amerika'da, İngiltere'de ve Avustralya'da bir gebeyi gebeliği boyunca kaç defa izlememiz gerekiyor? Bu gerek ebe kontrolünde olabilir gerek kadın doğum uzmanı kontrolü olabilir. Bizde genelde işler kadın doğum uzmanı gözüyle gidiliyor. Amerika'da bir gebenin gebeliği boyunca 12 ile 14 defa muayene olması isteniyor, İngiltere ve Avustralya'da ise eğer ilk gebeliği ise 10, daha önce doğum yapmışsa 7 defa izlenmesi öneriliyor. Dünya Sağlık Örgütü minimum 4 defa görülmesini istiyor, Sağlık Bakanlığımız da bir gebenin minimum 4 defa muayene olmasını istiyor. 4 derken izlemelerin şu şekilde altını çizmiş. Birinci izlem diyor ki: 1'inci trimester tarama zamanında ve en az yarım saat olması lazım. 2'nci trimester yani ayrıntılı ultrason dediğimiz, objektif ultrason dediğimiz zamana denk gelecek ve en az yirmi dakika alacak. 3'üncü trimester de 28 ve 32'nci haftalarda özellikle erken gelişim belirleyip veya sonrasında ortaya

çıkış kardiyal anomalinin olduğu haftalara denk gelmesini özellikle istemiş. Fakat, bizdeki mevcut muayene sistemi, mevcut performans sistemi ne yazık ki hastalara yarım saat, yirmi dakika, yirmi beş dakika gibi bir muayene süresi tanınmasına izin vermiyor. O yüzden bizim uygun şekilde çalışabilmemiz için bu koşullarda çalışmamız lazım. Onun için ne yapacağız biz? Antenatal takip hizmetlerini geliştirmemiz lazım. Çözümümüz belli aslında, bununla ilgili hocalarımız çok kaliteli yönetim belgelerini yayınlamışlar, bunlara sadık kalmamız gerekiyor. Bunlara göre baktığımızda bütün gebeler takiplerini yaptırarak, işte birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamakta yüksek riskli bir durum mevcutsa perinatologa yönlendirilecek yoksa da rutin antenatal takiplerine devam edecekler ama bu şekilde oluyor mu? Ne yazık ki bu şekilde bu olmuyor.

Peki, biz burada ne yapabiliriz? Benim kendi naçizane önerilerim ne? Burada yapmamız gereken şey şu aslında: Üçüncü basamak hastanelerde poliklinik hizmetlerini jinekoloji ve gebe polikliniği diye ayırmamız gerekiyor. Bazı hastanelerde işin açıkçası özellikle eğitim ve araştırma ve büyükşehirlerdeki şehir hastanelerinde jinekoloji ve gebe polikliniği diye iki ayırım var ama ortada sadece ismen ikiye ayırım var; benim kast etmek istediğim tam olarak bu değil. Hastalar rutin gebelik takiplerini birinci basamak ve ikinci basamakta yapacaklar, üçüncü basamak hastanelerde bulunan gebe poliklinikleri ise rutin gebelik takibi yapmayacak. Burada trimester bazlı muayene sistemi oluşturulmalı ve burada sadece hastaları -işte Bakanlığımızın önerdiği gibi birinci izlem, ikinci izlem, üçüncü izlem önermişti ya- 1'nci trimester taraması zamanında 1 defa görecektir, 2'nci trimester taraması zamanında 1 defa görecektir, bir de 3'üncü trimesterin başında 1 defa görecektir şekilde yani bütün gebeler düşük riskte olsalar bile üç ayda 1 kez, totalde 3 defa ve en az yarım saat süren muayene koşullarında hastaların muayene edilmesi lazım. Burada hastalar kendi kafalarına göre veya kendileri ayrı bir randevu almakla uğraşmamalı. Onların ayrı randevu sistemi olmalı ve aile hekimleri veya diğer kadın doğum uzmanları bunların randevularını koordine etmeli. Bu polikliniklerde yüksek çözünürlüklü ultrason cihazları bulunmalı ve burada çalışan kadın doğum uzmanları da nitelikli kadın doğum uzmanları olacaklar yani konjenital anomali taramasını fark edebilecek, bunun ayrımını yapabilecek kadın doğum uzmanları olmalı.

Düşük riskli gebelerin diğer izlemleri birinci basamak ve ikinci basamakta devam edebilir, yüksek riskli gebelerin ise gebeliğin başından itibaren bir perinatologun gözetiminde olması gerektiğini düşünmekteyiz ve perinatoloji polikliniğinde herhangi bir izleminde sıkıntı çıkmayan düşük riskli bir gebenin kesinlikle gitmesine, kesinlikle geçmesine ve orada yoğunluk oluşturulmasına izin verilmemeli.

Perinatoloji ve özellikle yenidoğan yoğun bakım uzmanlarının olduğu yerler refere büyük hastaneler olmalı ve burada işin açığı tek hekimle de olmaz. Bir yenidoğan doktoru koyduğunuzda, bu kişi izin aldığı anda ya da bu kişi raporlu olduğunda oradaki sistem tamamen çözülüyor ama bizim burada multidisipliner çalışmamız lazım, orada bir perinatologun olması lazım, bir yenidoğancının olması lazım, ilgili branşların olması lazım, onlardan tercihen en az iki kişi olması gerekmekte ve buradaki bütün yenidoğan yoğun bakım yataklarının da artırılması lazım ki biz o zaman anne karnında transportu 112 vasıtasıyla koordine edebilelim. Burada bu üçüncü basamak hastanelerde ayaktan başvuru veya düşük riskli gebelerin doğumuna çok fazla izin verilmemeli. Daha çok burada yüksek riskli veya sıkıntılı olabilecek, doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı olabilecek gebelere hizmet etmesini önermekteyiz biz.

Tabii ki sistemin sürdürülebilir ve sağlıklı olabilmesi için de mevcut performans sisteminin de gözden geçirilmesi lazım çünkü mevcut performans sistemi bir ameliyatın nitelikli olmasına veya bir işlemin özellikli olmasına göre değil de daha çok işlem sayısına ve ameliyat sayısına göre değerlendirildiği için onun da gözden geçirilmesi gerekmekte. Riskli gebeliklerin bütün yönetimi referans tersiyer merkezlerde olmalı, burada perinatologlar, yenidoğan uzmanları ve ilgili diğer branşlar multidisipliner şekilde çalışmalı.

Benim anlatacaklarım bu kadar.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Çok teşekkür ederim Hocam, zamanı etkin kullandığınız için ağzınıza sağlık.

Ramazan Hoca'dan sonra Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinden Kadın Doğum Uzmanı Doktor Serdar Özer Hoca'yı konuşmasını yapmak üzere kürsüye davet ediyorum.

Buyurun.

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. SERDAR ÖZER - Sayın Başkanı, değerli katılımcıları saygıyla selamlıyorum.

Ben de birtakım önerilerde bulunacağım. Şimdiye kadar arkadaşlar birçok şeyi anlattılar ve birtakım datalardan bahsettiler. Bu konuda tecrübeli ebeler ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum. Ebeler konusuna girmekte fayda var çünkü maalesef ben on dört yıl, 72 bin nüfuslu bir ilçede tek başıma çalıştım. Gelen ebe hanımların maalesef doğum yaptırmayı bilmediklerini gördüm yani doğum yaptırmayı bilmeyen bir ebe bir ilçede tek başına doğum yaptırmayı beklenemez ve problemler ortaya çıkacaktır. Mutlaka ilçede görevlendirilecek ebelerin en az bir iki yıl kadar il merkezinde, yoğun doğum sayılarının olduğu merkezde çalışmasında fayda var diye düşünüyorum.

Bir de yine mümkünse ilk doğumların belirli merkezlerde yapılmasını düşünüyorum çünkü icap tutulan yerlerde yani bir kadın doğum hekiminin icap tuttuğu, çocuk doktorunun icap tuttuğu, anestezi doktorunun icap tuttuğu bir yerde acil gelişen bir problemde müdahale etme şansınız olmuyor. Yani hep bebek doğum ölüm üzerine değil, tablolarda gördük, asfiksiye bağlı birtakım problemler yaşanmakta, ailelerin hayatları karamakta, bebekler bakıma ihtiyaç duymakta. Bunu engellemenin yolu da bence ilk doğumların mutlaka belirli merkezlerde yapılması acil müdahale gerektirebileceğinden dolayı.

Yine, daha önce Sağlık Bakanlığımız bir tebliğ yayınlamıştı. 39 haftadan önceki doğumları term olarak kabul etmemiştik yani "Bir bebek 39 haftadan önce doğuyorsa term bir bebek değil." diyordu. Maalesef görüyoruz ki özel hastanelerde yüksek oranda sezaryen doğumu var ve bu sezaryenlerin büyük bir kısmı da 39 haftadan önce gerçekleşiyor çünkü bir maddi kaygı var, hastayı kaybetmeme kaygısı var dolayısıyla daha erken haftalarda doğum yaptırabiliyor.

Yine sezaryen oranının yüksek olmasıyla -bilmiyorum yenidoğan hocalarımız daha iyi bilirler ama- sezaryen sonrası yenidoğan yoğun bakımlarına giden bebek sayısında maalesef bir artış var yani bizim gözlemlerimiz de öyle.

Yine bir önerim de kamuda epidural doğumların artırılması yönünde. Kamuda epidural doğumlar artarsa eminim ki hastaların da normal doğum yapma şansı artacaktır yani ilgi artacaktır çünkü hastalar bu konudan korkuyor hâliyle, doğum yapmak istemiyor, süreç uzuyor öyle ya da böyle, bunu da çözmek gerekir diye düşünüyorum.

Yine bütün gebelerin zorunlu olarak gebe okullarına katılımlarını istiyoruz. Mutlaka bu konuda gebelere bir zorlama gerekecektir, belki her aile hekimliği bir gebe okulu olabilir, o konuda bir çalışma yapılabilir.

Benim diğer arkadaşlara ek olarak bulunabileceğim öneriler bunlar Hocam.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Hocam, kıymetli bilgileri bizimle paylaştığınız için çok teşekkür ederiz.

Epidural doğumla ilgili bizi biraz daha bilgilendirebilir misiniz, sizin merkezinizde uygulanıyor musunuz?

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. SERDAR ÖZER - Maalesef uygulayamıyoruz, biz epidural doğum yaptırmak istiyoruz ama anestezi hekimlerinin biraz direnci var bu konuda, anestezi hekimleri uğraşmak istemiyorlar mı diyeyim artık, komplikasyonlardan mı korkuyorlar diyeyim, bilemiyorum ama tamamıyla anesteziyle alakalı bir şey, yoksa biz yaptırırız yani bizi yaptırmamamız diye bir şey yok.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Epidural doğum yaptıran var mı burada?

DIYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Diyarbakır'da yapılıyor. Gerçekten her hastaya endikasyon sınırlaması yoksa yapılıyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - "Epidural anestezi" dediğiniz zaman, epidural anestezi yaptığınızda alt tarafı uyuşturmuyor musunuz?

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. SERDAR ÖZER - Evet.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Peki, kasılma nasıl olacak?

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. SERDAR ÖZER - Oluyor kasılma, oluyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Oluyor mu öyle?

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL HASTANESİ KADIN DOĞUM UZMANI DR. SERDAR ÖZER - Evet, bence mükemmel bir şey yani çok es geçilmemeli diye düşünüyorum.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Hocam, çok teşekkür ediyoruz kıymetli bilgiler için.

Son sunumu yapmak üzere Şanlıurfa Araştırma Hastanesinden Doktor Murat Haksever Hoca'yı kürsüye davet ediyorum.

Buyurun.

GAZİANTEP EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PERİNATOLOJİ UZMANI DR. MURAT HAKSEVER - Sayın vekillerim, Sayın Valim, sayın müdürlerim, sayın meslektaşlarım; son sunum benim. Biraz kısa tutacağım, herkes her şeyi çok güzel anlattı.

Kısaca kliniğimden bahsedecek olursam biz 4 perinatologuz, klinikte 180 kadın doğum yatağımız var. Ortalama ayda 2 bin doğum oluyor, bunun 900 tanesini primer ve eski sezaryen olmak üzere doğurtuyoruz.

Buraları geçeceğim, arkadaşlar çok güzel anlattı zaten. Doğumla ilgili sorunların temel özelliklerine bakacak olursak eğitim ve bilinç eksikliği, özellikle anne adaylarının normal doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, sağlık hizmetlerine erişim -özellikle kırsal bölgelerde ulaşım da sıkıntı var- kadın doğum uzmanı eksikliği, özellikle normal doğumu destekleyen sağlık personelinin azlığı, sosyoekonomik faktörler, eğitim; bunlar etkiliyor.

Çözüm önerileri; anne ve bebek ölümlerini azaltmak, sezaryen oranlarını düşürmek, doğum hizmetlerinin kalitesini artırmak. Dünya genelinde anne ölümlerinin yüzde 60-70'i önlenabilir anne ölümleridir. Gebelik takibi ve acil obstetrik bakım, anne ölüm oranlarını önemli ölçüde azaltmakta. Düşük gelirli bölgelerde bebek ölümleri gelişmiş ülkelere kıyasla 5-10 kat daha fazladır. Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinin gelişimiyle artık bebek ölüm oranları düşmektedir. Türkiye'de anne dostu hastane ve uygulamaları, anne ve bebek sağlığına yönelik olumlu katkılar sağlamakta.

Müdürümüz bahsetti zaten, buraları geçiyorum. Anne ölümünde Türkiye ortalamalarındayız, bebek ölümümüz biraz daha fazla. Nedeninden de arkadaşlar zaten bahsetti; en çok kanama ve preeklampsie bağlı anne ölümleri, yenidoğanda da prematüre doğumlara bağlı oluşur.

Yüksek sezaryen oranları, özellikle ilimizde üniversite hastanesinde daha yüksek sezaryen oranlarımız var. Bunların temel nedenlerine bakacak olursak, normal doğuma dair yanlış inançlar ve korkular, özel hastanelerde ise sezaryenin daha kolay uygulanabilir olması, ebe desteğinin yetersizliği, doktorların özellikle hukuki sorumluluk kaygıları nedeniyle sezaryeni tercih etmesi. Nasıl iyileştirebiliriz? Normal doğum teşvik edilmeli, normal doğumu teşvik eden politikalar geliştirilmeli; hastanelerde doğum salonları aile dostu hâle getirilmeli ve psikolojik destekler sağlanmalı; doğum sırasında ağrıyı azaltan yöntemler teşvik edilmeli; ebelerin doğum sürecindeki rolü artırılmalı ve etkinlikleri geliştirilmelidir.

Sağlık personeli sezaryen konusunda bilinçlendirilmeli ve özellikle uluslararası standartlara derhâl getirilmeli; özel hastanelere de gereksiz sezaryenleri önlemek için düzenlemeler getirilmeli; sezaryen oranlarının düşürülmesi için devlet teşvikleri sağlanmalı; sezaryen oranları yüksek hastanelere yönelik yaptırımlar uygulanmalıdır.

Doğum öncesi bakım güçlendirilmeli, tüm gebe kadınlara doğum öncesi bakım ücretsiz ve erişilebilir hâle getirilmeli; kırsal bölgelerde mobil sağlık hizmetleri oluşturulmalı ve gebelik takipleri düzenli yapılmalı; riskli gebeliklerin erken teşhisi için özel taktik programları oluşturulmalı; gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek için sağlık personellerinin eğitimleri artırılmalı; sağlık hizmetlerine erişim artırılmalıdır.

Urfa'da özellikle doğum öncesi ve sonrası bakım, psikolojik destek ve beslenme danışmanlıkları sunan merkezler açılmalı; kırsal bölgelerde sağlık merkezleri artırılmalı; acil doğum vakaları için kırsal bölgelere 112 gebe takip sistemleri uygulanmalıdır. Anne sağlığı izleme sistemleriyle yüksek riskli gebelikler yakından takip edilmeli. Hastanelerde ve aile sağlığı merkezlerinde gebe okulları kurulmalı; anne adaylarına normal doğum ve avantajları ve sezaryenin riskleri hakkında bilgilendirme

yapılmalı; gebelik sırasında beslenme, egzersiz ve stres yönetimi konularında eğitimler verilmeli; bilgilendirici broşürler ve kısa eğitim videolarıyla halka sunulmalıdır.

Sağlık personeli için sürekli eğitim, özellikle simülasyon eğitimleri yapılmalıdır acil obstetrik vakalara müdahale konusunda; kadın doğum uzmanları, ebeler ve hemşireler için düzenli eğitimler düzenlenmeli; yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli için ileri düzeyde eğitimler sağlanmalıdır.

Benim söyleyeceklerim bu kadar.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AFŞİN EMRE KAYIPMAZ - Hocam, çok teşekkür ediyoruz katkılarınız dolayısıyla.

Benim Oturum Başkanı olduğu bölümde katılım sonlandı.

Sözü saygıdeğer milletvekilimize bırakıyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Teşekkür ediyorum tüm sunum yapan arkadaşlara.

Bu oturumla ilgili soru veya katkı varsa onları alalım isterseniz.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - Teşekkür ediyorum tüm sunum yapan arkadaşlara. Sanki Antep'teki verilerde gerek lohusa gerek gebe gerekse bebek takibinde sayılarda bir azalma gözlemledim gibi doğru mu gördüm? Onu bir teyit etmek istiyorum. Hem bebek hem lohusa hem de üçü birden 2022'den itibaren bir düşüş var gibi duruyordu, yanlış mı gördüm?

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Sayın Vekilim, 2023 yılında biliyorsunuz aile hekimleri performansa tabi tutulmadı, hariç tutuldular bundan dolayı da nispeten bir rahavet gerçekleşti birinci basamakta. Orada gördüğünüz izlemler birinci basamak izlemleri bu arada. Ondan dolayı nispeten kötü rakamlar elde ettik ama sonrasında biz hızlı bir şekilde toparladık.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - 2022'de de sanki inişe geçmiş gibiydi yani ben de depremle kıyaslamaya çalıştım ama bazı veriler sanki 2022'de de düşük gibi.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Yok, deprem sonrası verilerimiz kötü maalesef. Orada da hızlı bir şekilde toparladık ve biz onu ilçe sağlık müdürlükleriyle zaten telafi ettik yani aşılarda da bu benzer seyri gösterdi. Zaten Sağlık Bakanlığının yeni entegrasyon yönetmeliğiyle birlikte lohusa izlemleri de biliyorsunuz performansa tabi tutuldu. Yani artık biz bu yılın rakamlarını koymuş olsaydık buraya mükemmel oranlar görecektiniz çünkü artık lohusa izlemi de performansa tabi, pozitif performansa, negatif performansa da dâhil. Gebelik izlemlerinde de artık daha kalifiye rakamlar var çünkü direkt hekimin maaşını etkileyebiliyor ve bu konuda ilimizde bayağı yol katettik, sağ olsun Selcan Hocamlarla görüştük. Biz ilçe sağlıkla riski gebeleri tespit ediyoruz. Bu konuda riskli gebe timleri oluşturduk, özellikle bebek ölümlerinin yüksek olduğu ilçe ve mahallelerde; Nurdağı, Şehitkamil gibi yerlerde. Buradan riskli gebeler tespit edilecekler gerekenler kadın doğuma gerekenlerse direkt perinatologa -Hocamız da sağ olsun randevusuz olarak kabul ediyor- yönlendiriliyor. Bu konuda ciddi yol almak üzereyiz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Teşekkür ederiz.

Başka soru yoksa Üçüncü Oturum için sözü Ahmet Hocama bırakıyorum.

Kapanma Saati: 15.58

ÜÇÜNCÜ OTURUM

Açılma Saati: 15.59

BAŞKAN: İshak ŞAN (Adıyaman)

BAŞKAN VEKİLİ: İsmail GÜNEŞ (Uşak)

SÖZCÜ: Ümmügülşen ÖZTÜRK (İstanbul)

KÂTİP: Ayşe Sibel ERSOY (Adana)

-----0-----

OTURUM BAŞKANI: Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ

OTURUM BAŞKANI: Prof. Dr. Yusuf Ünal SARIKABADAYI

(Yenidoğan Sorunları ve Çözüm Önerileri)

-----0-----

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Teşekkür ederim.

Değerli vekillerim, saygıdeğer hocalarım, değerli Başkanım, değerli meslektaşlarım; aslında yenidoğan üzerine Ankara'daki toplantılarda bayağı bir tartıştık, kendimizi geliştirdik. Ama bölgede sizden aldığımız gerçekten çok çarpıcı önerilerle karşı karşıya kalabiliyoruz. "Bunu atlamışız." dediğimiz durumlar da olabiliyor, o açıdan toplantıda hem raporumuzun çözüm önerisinde yer alması açısından hem de farkındalık oluşturmaları açısından çok önemli.

Hepimiz zaten konuya hâkimiz ama öneriler kısmına hızlıca geçip bizleri bu konuda aydınlatırsanız bölgenin nadir doktorları, nadir bulunan bir kısım yenidoğancılarımız var, perinatologlar burada. İsterseniz yine alfabetik sırayla başlayalım, il alfabesinden gidiyoruz.

Adıyaman'dan başlayalım, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Doçent Doktor Selahattin Akar, bildiğim kadarıyla üniversiteyle de afiliyesiniz galiba.

Buyurun Selahattin Hocam.

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ.DR. SELAHATTİN AKAR - Sayın vekillerim, değerli meslektaşlarım; bu yenidoğan oturumu için yenidoğan önündeki sorunlar ve çözüm önerileri noktasında naçizane önerimizin olduğu bir küçük sunum hazırladık.

Tıpta ilk öğrendiğimiz şeylerden bir tanesi anamnez almaktır. Bebek doğmadan, önceden anamnez alınmalıdır. Kadın doğum doktorları ve doğumda bulunan çocuk doktoru arasındaki iletişim maalesef gördüğümüz kadarıyla yetersizdir. Bebeğimiz doğacak fakat bebek hakkında yeteri kadar bilgiye genellikle sahip olmuyoruz. O konuda kadın doğum doktorlarımız arasında küçük bir iletişim eksikliği vardır.

Şöyle net bir bilginiz var, NRP eğitimlerinde de çok vurgulanır bu. Doğumhane ortamında önlenebilen bebek ölümlerinin en sık sebebi yetersiz iletişim ve kötü ekip çalışmasıdır. Bize göre çok çok önemli bir bilgi bu çünkü dikkat ederseniz anne kaynaklı hastalıklar demiyoruz, bebek kaynaklı hastalıklar da demiyoruz, tamamen yüzde 100 önlenebilen bir durumdur. Aradaki iletişim iyi olunca, ekip iyi çalışınca, sağduyulu çalışınca bebek ölümleri doğumhane ortamında belirgin şekilde azalabiliyor. Riskli doğumlarda, özellikle prematüre doğumlarda hazırlık daha da önem kazanır çünkü prematüre bebeğe özel hazırlık yapıyoruz. Nöbet şartlarında aciliyet durumu yoksa eğer sezaryen doğumla gerçekleşecekse tek tek gerçekleşmesini istiyoruz. Örnek verecek olursak bizim hastanemiz için 1 çocuk doktoru arkadaşımız nöbetçi oluyor, sezaryenle riskli bir doğum gerçekleşiyor, ameliyathanedeki bebekle ilgileniyor, daha o sezaryen müdahalesi bitmeden, daha bebekle ilgili stabilizasyon bitmeden bir bakıyorsunuz yan taraftaki kadın doğum doktorumuz haber veriyor: "Yan tarafta ikiz gebelik aldık haberiniz olsun." diye. Böyle olduğu zaman, böyle bir sorun direkt bebeğe yansıyor.

Diğer bir önemli nokta bize göre doğumhanede, doğumda bebekle ilgilenen sağlık çalışanının mutlaka çok tecrübeli olmasıdır. Bebekle ilgilenen arkadaşımız eğer tecrübeli değilse maalesef doğumdan sonra gereken bebekle ilgili resüsitasyon etkin yapılmadığı zaman telafisi mümkün olmayan perinatal asfiksi dediğimiz klinik tabloyla karşı karşıya gelebiliyoruz.

Her doğumda tek görevi bebekle ilgilenmek olan en az 2 sağlık çalışanı olmasını istiyoruz ve bunlardan birinin de çok tecrübeli olmasını istiyoruz. Bundan dolayı da NRP eğitimlerinin burada etkinliği çok fazladır mutlaka doğumhanede çalışan, ameliyathanede çalışan, kısaca eli bebeğe değen herkesin NRP eğitimi almasını istiyoruz. Yalnız burada şöyle bir sıkıntı karşımıza çıkıyor: Her doğumda doktor bulundurma şartı yok şu an, günümüzde; NRP eğitiminde de yoktur bu. Şöyle bir ifade geçiyor: "Her doğumda tek görevi bebekle ilgilenmek olan en az 2 sağlık çalışanı" diyor fakat bu 2 sağlık çalışanının 1'i doktor olmalıdır demiyor, bu bize göre olmalıdır. Neden? Çünkü bir yakınımız doğum yapacağı zaman mutlaka etrafımıza bakıyoruz, hangi çocuk doktoru geçti, hatta mümkünse yenidoğan uzmanı varsa o geçsin diye bebeğimizi koruma altına almak istiyoruz ancak başkasının çocuğu olunca bu hassasiyeti maalesef her zaman göstermeyebiliyoruz.

Bize göre çok değerli bir konu da yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan kıdemli hemşirelerimizin servis değiştirmesi ciddi manada tecrübe kaybına yol açıyor. Bu bize göre gerçekten çok ciddi bir sorundur, şundan dolayı: Örneğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan bir hemşire on yıl, on iki yıl, on dört yıl çalışıp çok belirgin bir tecrübe sahibi olmuştur, neredeyse gözü kapalı her şeyi yapabiliyordur fakat günün birinde hastane idaresinden şöyle bir haber de gelebiliyor: "Yeni bir servis açtık veya dahiliye servisine 2 hemşire lazım, yenidoğandan 2 hemşire almamız gerekiyor." diyor ve hemşire arkadaşın, kıdemli hemşirenin gözünün yaşına bakmadan en kıdemli 2 hemşireyi alıyor, tamamen alakasız bir servis olan dahiliye servisine bırakıyor. Böylece ne oldu? Hemşire arkadaşımız eşittir çömez hemşire konumuna geldi, yıllardır edinmiş olduğu tecrübe birden, bir gecede hatta bir dakikada sıfır oldu. Şöyle düşünmemek lazım: 2 hemşire gitti ne olacak canım, 2 hemşire onun yerine gelir. Değil, dahiliye servisine başlayan bir hemşire arkadaşımız sıfırdan bile başlasa altı ayda oranın işleyişine, düzenine hâkim olabilir; KBB servisi için de geçerlidir, nöroloji servisi için de geçerlidir ancak yenidoğan yoğun bakım için hiçbir zaman geçerli değildir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 1 kıdemli hemşirenin yetişebilmesi için yıllar lazımdır; birkaç yıl, üç dört yıl, beş altı yıl lazım ki bazı şeyleri tek başına ona emanet edebilelim. Bildiğiniz gibi yenidoğan ünitesinde çalıştığımızda daha çok hemşire arkadaşlar

bebeğin başında bulunuyor, onlar sürekli ortamda bulunuyor, doktor olarak biz her zaman ortamda bulunamayabiliyoruz. Dolayısıyla bebekle ilgili ilk değişiklikleri genellikle hemşiresi fark eder, yenidoğanda çalışan hemşire arkadaşımız aynı zamanda bebeğin refakatçisidir dolayısıyla bebekle ilgili ilk değişiklikleri genellikle hemşiremiz fark eder, fark edebilmesi için de çok tecrübeli olması lazım.

Bir öneri olarak şunu söyleyebiliriz: Fakülteden mezun olduktan sonra doktor olarak bizim için şöyle bir durum var: TUS var, TUS'a giriyoruz, sonra tercih yapıyoruz, aldığımız puana göre ve istediğimiz dala göre bir uzmanlık dalı seçiyoruz ancak hemşirenin hiçbir zaman öyle bir şansı yoktur. Bu olmadığı zaman hemşire arkadaşlar genel hemşire oluyor, herhangi bir serviste çalışabiliyor ve maalesef yeteri kadar etkin olamıyorlar çünkü sürekli yer değiştiriyorlar, hemşire kaybı yaşıyoruz. Hemşirelik uzmanlık sınavı olur, asistan hemşire olur, üç yıl veya başka bir süre -üç, dört yıl- de olabilir, bitirdikten sonra uzmanlık dalında çalıştığı zaman böylece idare hiçbir zaman onu kolay kolay oradan alıp başka bir yere veremeyecektir.

Yenidoğan ambulansları bildiğiniz gibi birkaç yıl önce Sağlık Bakanlığımız ve Türk Neonatoloji Derneğimizin imzalanmış olduğu bir protokol çerçevesinde yenidoğan ambulansları bütün illere gönderildi. İlk başta böyle çok etkin bir şekilde kullanılmaya başlanıldığı biliyoruz ancak zamanla bu ambulansların etkinliğinin kaybolduğunu gördük, fark ettik, en azından bizim gözlemimiz o yönde. Şundan dolayı: Bu ambulanslarda az önce söylediğimiz şeylerle neredeyse bağlantılı olarak farklı ekipler hep çalışıyor. Orada, ambulansda çalışan ATT, paramedik ekipler sürekli değişiyor, sürekli değişiyor. Sürekli değiştiği zaman diğer ambulanslardan farkı kalmıyor. Gelen ekipte çalışan arkadaşımız transport sürecine hâkim değil, yenidoğana hâkim değil, öyle olunca maalesef diğer ambulanslardan herhangi bir farkı olmuyor. Yapılacak şey şudur: Yenidoğan transportu için yenidoğan ambulansda çalışan ekiplerimizin mutlaka sabit olması lazım, tabii ki belli eğitim aşamaları geçildikten sonra.

Hasta sayısı/hemşire sayısı oranı kamuda da sıkıntılı ama gördüğümüz ve bildiğimiz kadarıyla özellerde çok daha sıkıntılı. Basamak sayısına göre belli bir oran verilmiş; üçüncü basamak için 3'e 1; ikinci basamak 4'e 1; birinci basamak için 5'e 1 şeklinde bu kadar hastaya bir hemşire bakacak diye ama bu fazla karışıklığa yol açıyor. Basamak ayrımı yapmadan "Her 3 yenidoğan hastaya 1 hemşire bakar." şeklinde bir düzenleme yapılırsa herkes için çok pratik olacağını düşünüyoruz.

Hemşireler için iyisiyle kötüsüyle bir sayı belirtilmiş ancak yenidoğan ünitesinde çalışan doktorlar için bir sayı belirtilmemiş. Yenidoğan ünitesinde çalışan 1 doktor en fazla kaç hasta bakabilir? Böyle bir şeyi şahsen ben bilmiyorum dolayısıyla bununla ilgili de mutlaka bir düzenleme yapılması gerektiğini düşünüyoruz. "Kamuda bir şekilde idare edilebilir." diyoruz ama özellerde bunun çok daha büyük sıkıntılarının olduğunu görüyoruz. Özel hastaneler böyle olunca yani doktor sayısı sınırlaması olmayınca 30 yatak, hatta 40 yataklı üçüncü basamak yenidoğan ünitesine sadece 1 doktor bakabiliyor. Şimdi soruyoruz: Eğer gerçekten her şeyi tam, kusursuz, eksiksiz yapılacaksa, bütün bebeklerin günlük muayenesi, müşahedesi yapılacaksa, dosya notları tam, eksiksiz bir şekilde konulacaksa, epikrizleri tam, düzgün yazılacaksa, ailelere düzgün bilgi verilecekse 1 doktor nasıl yetiştirebilir bunu?

Bize göre diğer bir sorun şu: Etkili tedaviyle fayda görecektir yenidoğan her zaman doğru yerde olmuyor ve doğru hekimin eline düşmüyor. O da şundan dolayı: Az önce hocalarımız bütün istatistiksel verileri sundular önümüze; özel hastanelerdeki yatak sayısı, özellikle üçüncü basamak yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı çok fazladır, böyle olunca oralarda sürekli yer oluyor, bir hasta sevk olması gerektiğinde oralara sevk oluyor doğal olarak. Mutlaka buna bir kısıtlama getirilmesi lazım. Özel hastanelerde üçüncü basamak yatak sayısına mutlaka bir sınırlama getirilmesi lazım.

Bildiğiniz gibi yine, yenidoğan uzman kadrosu olan özel hastane sayısı çok çok az. Özel hastanelerin yatak sayısı çok fazla, üçüncü basamak yatak sayısı çok fazla ama orada çalışan yenidoğan uzmanı yok; burada bir paradoks var.

Özetle şunu önerebiliriz: Bir özel hastaneye üçüncü basamak yenidoğan ünitesi yetkisi verildiyse mutlaka bize göre yenidoğan uzmanı çalıştırma şartı da getirilmelidir. "1 doktor en fazla kaç hastaya bakabilir?" bununla ilgili bir düzenleme yapılmalıdır. Bize göre en fazla 15 hastaya 1 doktor olacak şekilde bir düzenleme yapılabilir.

Şimdi, "önlenemez bebek ölümleri" diyoruz, bir de "önlenemez bebek ölümleri" diyoruz. Multi bir konjenital anomali olan bir bebek, hipoplastik sol kalp, anensefali, bunlar önlenemez bebek ölümleridir, ne yapsak, kesin, hiçbir şekilde bunları önleyemeyiz, bu ölüm sayısını azaltamayız ama ehil ellerde olduğu zaman, yenidoğan uzmanının elinde olduğu zaman gerçekten yaşam şansı çok fazla olan büyük bir grup var. İstatistiklerde de söylediler ülkemizde ve dünyada da öyledir yenidoğan ölümlerin en sık sebebi prematüre bebekler ve prematüreye bağlı komplikasyonlardır. O zaman prematüre bebekleri öncelikle korumamız lazım. Buna da bir sınırlama getirecek olursak doğum ağırlığı 2 bin gramın altında olan prematüre bebeklerin mutlaka yenidoğan uzmanının olduğu bir üniteye mümkün olduğunca sevk etmek gerekecektir.

Diğer bir sorun bizim gördüğümüz; kamu hastanelerinde çalışan yenidoğan uzman sayısının dağılımındaki dengesizlik azaltılmalıdır. Bu da bir sorundur; bir bakıyorsunuz, bir ilde hiç yenidoğan uzmanı yok, sıfır; bir bakıyorsunuz başka bir ilde 6 yenidoğan uzmanı var. Hatta hastane düzeyinde de söyleyebiliriz; örneğin İstanbul'daki 14 yatak kapasiteli bir hastanede 4 yenidoğan uzmanı var; bakıyoruz, 50 yatak kapasitesi olan bir hastanede hiç yenidoğan uzmanı yok. Bu dağılımı birazcık daha dengeli hâle getirmek gerekir. Yenidoğan yan dal asistan kadrosu büyükşehirlerde değil de ihtiyacı olan yerlere öncelikle açılabilir. Biliyoruz, çok büyük ilçelerimiz var, hatta nüfusu birçok ilden daha fazla olan ilçeler var. Aklimıza gelen, çevremizde olanlar Siverek, Kızıltepe, Nusaybin, Midyat, Cizre gibi, mutlaka bunlara da gerektiğinde yenidoğan uzmanı atanmalıdır.

Yenidoğan uzmanına -biliyorsunuz- hem sayı olarak zor ulaşabiliyoruz hem de zor ataması oluyor yani bir yenidoğan uzmanını zor bir şekilde, olmayan bir yere gönderiyoruz, ismini de "Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurası" diye yumuşatmışız. Yenidoğan uzmanı arkadaş genellikle geliyor, görevini güzel bir şekilde yapıyor fakat şartlar, imkânlar zor olduğu için çok kolay bir şekilde kaybediyoruz. Görevi biter bitmez "Ben gidiyorum." deyip gidiyor. Dolayısıyla ne yapıp edip, basit şeyler oluşturup ücretse ücretini artıralım, barınma sıkıntısı varsa çözelim şeklinde basit şeylerle elde tutmaya çalışmamız gerekir. Biri yenidoğan uzmanı olduğu zaman gerçekten şartlar çok zordur. Tek kişi olduğu zaman otuz gün icapçıdır, tek başına hastanededir, hafta sonu neredeyse hiçbir şekilde şehir dışına çıkamayacaktır, bayramlarda zar zor idareden izin alır. Bu şekilde sorunlarla karşılaşılıyor dolayısıyla Kars Devlet Hastanesinde çalışan sadece 1 yenidoğan uzmanıyla İstanbul'da çalışan 1 yenidoğan uzmanının aldığı

teşvik hiçbir zaman aynı olmamalıdır. Eşit teşvik alır ama eşitlik her zaman adalet değildir, adaletli davranmamız lazım. Aklımıza gelenler bunlar. E, tabii, daha anlatılacak çok şey var ancak vaktimizi ve katkımızı bu yönde kullanmak istedik. (Alkışlar)

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Hocam, çok teşekkür ederiz.

Ben birkaç tane soru sormak istiyorum. Bunlardan birincisi; mesela, şu anda bizim Türkiye'de yenidoğan uzman sayımız kaç?

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - Hocam, yanlış söylemeyeyim de Ahmet Hocamız daha net bir rakam söyleyebilir de ben 390 civarında diye biliyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Peki, bu 390 kişiyle sizin söylediğiniz sistem üzerinde bu önerdiğiniz şeyi yerine getirebilir miyiz? Bizim yenidoğan bebekleriniz sahipsiz mi kalsın? Yani şu anda çocuk doktorlarımızda mesela, siz diyorsunuz ki: "Üçüncü basamak yenidoğan bölümlerinde yenidoğan uzmanının mutlaka olması gerekiyor."

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - Büyük bir yenidoğan ünitesi kurduysak...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Şimdi oraya geldiğimiz zaman bizim buna yetecek yenidoğan uzmanımız var mı? O zaman yenidoğan çocuklarımız ne olacak tedavi, takip isteği olan, tedaviye ihtiyacı olan?

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - Hocam, şöyle yapılabilir: Mesela üçüncü basamağı belli bir yerde kamu hastanelerine toplayıp, özel hastanelere birinci, ikinci basamak yetkisi verilebilir eğer özel hastanelere üçüncü basamak yetkisi verilirse de yeteri kadar yatak kapasitesi varsa yenidoğan uzmanı şartı getirilebilir.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Yenidoğan uzmanı şartı getirelim de yenidoğan uzmanımız yok. Yani şimdi, şu anda siz nerede çalışıyorsunuz? Adıyaman'da çalışıyorsunuz. Adıyaman'da yenidoğan uzmanımız var mı?

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - 2 kişiyiz hocam.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Gönül ister ki gerçekten Adıyaman'da 10 yenidoğan uzmanı olsun, değil mi?

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - Evet.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ama yok. Şu anda bizim mevcut sayımız 390, yan dal uzmanlığı için "teşvik" diyorsunuz, teşvik için hiçbir eğitime ayrıcalık yapamayız; bakın, ben de cerrahım. Yenidoğancılara böyle bir teşvik verildiği zaman bu tarafta cerrahlar da diyecek ki "Niye bana vermiyorlar?" kadın doğumcular, perinatologlar diyecek ki: "Ben de bundan yararlanmak istiyorum." Yani adil olmalıyız, adalet diyoruz ya!

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DOÇ. DR. SELAHATTİN AKAR - Onlara da verelim Hocam.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yani şu an Antep'te son yedi sekiz aydır uygulamamız şöyle: Üçüncü basamak hasta sadece yenidoğancıya yatar demiyoruz, mümkünse yenidoğancıya yatsın ama çocuk uzmanına yattığı beş günü üçüncü basamak olarak takip ettikten sonra sevk istemeli. Eğer orada bir premortalite beş günden daha fazla takip etmişse biz zaten bu rakamı normal hastalarda daha da düşük bulmuştuk. Hani beş gün mü olmalı, üç gün mü olmalı bilmiyorum ama orada biz sınırlandırmayı beş gün diye yaptık Antep'te. Eğer ondan sonra sevk etmezse önlenebilir veyahut savunma istiyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Bu, gerçekten bence çok değerli, kıymetli bir bilgi yani sonuçta bu dönemi böyle geçirmemiz lazım. Belki ileride üçüncü basamak için evet neonatoloji uzmanı şartını koyarız ama hani doğum oldu, yenidoğan yoğun bakıma alındı, üç gün yattı, üç gün içerisinde gerçekten düzelmiyor veya problemler net bir şekilde ortadaysa, bir yenidoğan uzmanına ihtiyaç varsa o zaman bu üç gün içerisinde de sevk işlemini yapsın.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Sevk yapsın eğer sevk işlemini yenidoğancılar doluyorsa da almıyorsa da o üçüncü basamakta oturanlarla devam edebilir ama bunun için günlük tekrardan sevk isteminde bulunması gerekiyor. Yalnız, buradaki tek kritik nokta şu: Çocuk uzmanı poliklinik yapıyor, üçüncü basamak hastaya bakıyor; yenidoğancı üçüncü basamak hastaya bakıyor ama poliklinik yapamıyor. Bakın, burada ciddi bir adaletsizlik var, siz eğitimi cezalandırıyorsunuz; şu anki sistemdeki en büyük problem bu. Çocuk uzmanının yenidoğan yan dalı yapması için bir motivasyonu yok. Bu anlamda bakın, hem yenidoğan eğitimi pozitif anlamda motive etmemiz gerekiyor hem de pediatriyi motive etmek gerekiyor. Şimdi, yenidoğan eğer öne geçerse, yan dal eğer öne geçerse ana dal da kazanır. Şu an biz pediatri sorunu da yaşıyoruz, asistan problemi de yaşıyoruz çünkü çocukların hani geleceğe dair iyi bir şeyleri yok, beklentileri olmuyor. Yenidoğancı baktığı zaman çocuk uzmanı 1 birim kazanıyorsa yenidoğancı 1,3 birim kazanmalı, bir katsayısı olmalı bunun yani hastane açısından teşvik edici olmalı hem de bölüm açısından da teşvik edici olmalı.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Şu an ortalamadan aslında alıyor yoğun bakım ve bir miktar yüzde farkıyla alıyor, ortalamanın üzerinde alıyor.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Alıyor ama çocuk yan dallarına girdiği zaman da doğal olarak orada tercih yapıyor, hepsinde o kat var. Doğal olarak çocuk yoğun bakım, yenidoğan ve acil tercih edilmiyor yani endokrin, alerji, gastroenteroloji gibi bölümlere gitmeye çalışıyor arkadaşlarımız. O yüzden orada da bir pozitif ayrımcılık gerekiyor çünkü bunlar biraz daha sorunlu, devamlılık isteyen, gecesi gündüzü olmayan branşlar.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Selahattin Hocam, çok teşekkür ederiz, ağzınıza sağlık.

Toplam yan dal asistanı sayımız 65 idi, son dönem 38 kişi yenidoğan yazdı; istediğimiz rakamın biraz altında olmakla beraber toplam sayının yarısından fazlası bu sene geliyor.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - 90'a çıkmış olacak kabaca.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - "38+65=103" 100'ü geçecek inşallah. Gelecek yıl da 40 olur, bu arada emekliler olur falan derken böyle yavaş yavaş belini doğrultmaya çalışacağız ama pediatriyi de güçlendirmek lazım, gerçekten pediatri yazılmıyor.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Genel pediatrist sayısı da çok az.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - O da çok az.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - O çok olmuş olsaydı... Biraz önce konuştuk yani pediatri doktor sayısı fazla olmuş olsa belli süreli eğitimler verilebilir.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Onlar da yazar, yüzdeye vurunca yüzde 1'i yazsa yine bizim için hiç olmazsa iyidir.

BAŞKAN İŞHAK ŞAN - Ankara'da bile ikinci basamakta çalıştıracak genel pediatrist bulamıyorsun.

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI ÖĞRETİM ÜYESİ PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yazan bir arkadaşına sordum, dedim ki: "Niye yenidoğan yazıyorsun çok zor bir dönemden geçiyoruz yani niye yenidoğan yazdın?" "Ağabey herhâlde üç beş yıla kadar düzeltirsiniz, bu kadar da kötü olmaz ki." dedi çocuk.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Bu işin delisi olmak lazım, deliler yazıyor şu an.

Taban puan da çok düştü 40'ncı, kadın doğum 39'uncu galiba. Eskiden tepelerde olan 2 bölüm yazılma sıklığı olarak sona düştü bu durumda.

Sevgili Nilüfer, Diyarbakır'dan bize güzel haberlerini, önerilerini sunacaktır.

Buyurun Nilüfer Hanım.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Değerli hocalarım, meslektaşlarım; ben de olayı farklı bir boyutuyla hemen başlamak istiyorum.

Hem yenidoğan yoğun bakımlarda hem de çocuk yoğun bakımlarda çok fazla palyatif bakım gerektiren bebek var. SGK'deki sorumlumuz da burada olduğu için çok mutlu oldum. Şimdi, bu hastaları biz evde bakımı teşvik etmek için konuşuyoruz ama bu iş sadece doktorlara kalıyor, yüzde 15, 20 oranında benim ünitemde her zaman palyatif bakım ihtiyacı olan hasta var, yenidoğan değil bu hastalar, bebek yaş grubular. Ben bunları başka yerlere sevk edemiyorum, çocuk yoğun bakımdaki zaten doluluk oranı malum, asla sevkini yapamıyoruz veya sevk de yapmak istemiyorum çünkü eve gitmeleri gerekiyor ama sosyal hizmetlerden destek alamıyorum. Bu hastaların, sadece doktorların yapabileceği bir iş değil, hastanelerin sosyal hizmetleri aktif olarak bu süreçte yer almalı. Ailelere soruyorum: Nerede yaşıyorsunuz, maddi durumunuz nedir, elektrik var mı köyünüzde, elektrik sık gidiyor mu? Bunları sorması gereken kişi yenidoğan yoğun bakım uzmanı değil, sosyal hizmetler uzmanı. Sosyal hizmetler bu işe el atmalı, bir komisyon oluşturmali. Bu komisyon "Bu hasta artık eve gidebilir, bizim bakımımız, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı artık yoktur." dediği andan itibaren aileye tüm destekleri sağlamalı, gerekirse raporlarını çıkarıp destek verilmeli ama biz bu yoğun ünitelerde bununla da uğraşıyoruz, üstüne üstelik gönderemiyoruz, bir de üstüne hastaları istemeyen doktor konumuna geliyoruz; bu birinci maddemdi.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - SGK'de para vermiyor.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - İkincisi, konjenital anomaliler. Naçizane ben Diyanet İşleri Başkanlığının bu işte muhakkak rol oynaması gerektiğini düşünüyorum. Ciddi bir oranda hasta bize geldikten sonra on beş, yirmi dakika içinde vefat eden çok fazla hasta var yani hasta doğuyor, yirmi üç hafta ağır gastroşizis, şimdi antenatal tanısı var. Antenatal tanısı olan birçok hasta doğduktan sonra çok kısa zaman içinde vefat ediyor, hatta bunlarla ilgili antenatal komisyonlar kurulmalı hastanelerde ve bu komisyonların içine din görevlileri girmeli yani ben bunun tabii, dini boyutunu tam bilmiyorum ama bu konunun bir tartışılması gerekiyor ve komisyonlar buna karar vermeli. Şimdi, benim perinatoloji uzmanım tamam riskleri söyler, anlatır ama bir komisyon aileyi alıp "İşte, bunlar gelecekte böyle olacak, bunun dinî boyutu da şudur." dediği zaman ben ailelerin ikna edilebilme oranlarının artacağını düşünüyorum.

Yenidoğan nakilleriyle ilgili Selahattin hocam çok güzel değindi. Hocam, hasta sevk ediyoruz biz, gelen ekipte 1 doktor var, 1 hemşire veya ATT var ama hasta entübe olduğu için bize diyor ki "Doktor gönderin." Ben ya uzman doktor eşliğinde ya asistan hekim eşliğinde hasta göndermek zorunda kalıyorum. 3 personel, niye? Çünkü bu personelin deneyimi yok, bu personel dün kalp krizinde çalıştı, kalp krizi olan hastaya bakmış, öteki burnu kanayana, travmaya bakmış, bugünse yenidoğan yoğun bakıma bakıyor. Bizim Diyarbakır ili içerisinde Yenidoğan Platform Derneğimizin bir rehberi vardı, onu birkaç defa tüm 112 acil servise olacak şekilde sunumlar hâlinde hazırladık ama yetmez. Yenidoğan naklinde çalışanların özelleştirilmesi gerekiyor, bu özelleştirme sertifikalandırılmalı, hatta bence hekim de hemşiresi de ATT'si de yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde işe başladığında gelmeli, üç ay boyunca kalmalı; pozitif basınçlı ventilatörün nasıl etkin yapılacağını öğrenmeli. Yani özelleşmediğimiz sürece biz zaten kısıtlı kaynaklarımızı boşa harcıyoruz diye düşünüyorum. Herkes kendi konusunda özelleşerek bu kısıtlı kaynakları boşa harcamayacaktır.

Yanlış biliyorsam lütfen kusuruma bakmayın, bir hastanenin PDC'si yüzde 60 oranında hemşireyle doluyorsa yeni hemşire alımında çok ciddi güçlük çekiliyor. Aile hekimlerine giden hemşireler yine bizim PDC'imiz de görülüyor. Benim 2014 yılında aynı üniteye pediatrist olarak çalışırken 85 hemşirem vardı, şu anda aynı işi, çok daha yoğun işi 56 hemşireyle sürdürmek zorundayım.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Hocam öyle değil yani müdürlerimiz daha iyi bilir, aile hekimliğine geçen hemşirelerin PDC'si hastanede mi kalıyor?

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MUSTAFA KUTLU - Ücretsiz izinde PDC'yi etkilemiyor, aylık almıyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - PDC oranına dâhil ediliyor mu?

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MUSTAFA KUTLU - Hayır, etkilemiyor.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - PDC'de kalıyor ama aktif sayıda göstermiyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ama onun dışında siz bir PDC oranının üstündesiniz onu aile hekimliğine gönderebiliyorsunuz, aksi takdirde gönderemiyorsunuz.

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Yüzde 60'ın üzerinde Doktor Hanım'ın söylediğinde şöyle bir haklılık payı var: Onlar aktifte olmasa bile PDC'de görüldüğü için dolayısıyla bir sonraki hemşireye vereceğimiz izni...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Bu 6 ilde hemşire PDC oranı yüzde 80'in altında olan var mı?

DİYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Sayın Vekilim, PDC realizasyonu ayrı bir konu yani PDC'ler diyorsunuz yatak sayısı ile ilişkili olarak belirleniyor, aynı zamanda nüfus da etkiliyor fakat yatak sayısı biraz daha ön planda. Yani bizim gibi Türkiye ortalamasının altında yatak sayısı olan illerde doğal olarak PDC yani Türkiye ortalamasının altında hemşire olmasına rağmen...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ama il bazında sorduğum zaman mesela il bazında Diyarbakır'da hemşire doluluk oranınız kaçtır?

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MUSTAFA KUTLU - Türkiye ortalamasının altında olmasına rağmen PDC doluluğumuz yüzde 90.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Hocam, o zaman şu soruyu sormak hakkım herhâlde. Neden benim hemşirelerim 8-16 çalışmıyor? Neden hemşirelerim -daha birkaç gün önce hesapladım- artı yüz on yedi saat çalışıyor mesailerde?

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Doktor Hanım, ben de size cevap vereyim, hemşirelerinize bunu teklif edin, hemşireleriniz bunu kabul etmeyecek.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Zaten teklif ediyoruz ama...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Niye kabul etmeyecekler?

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Biliyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Çünkü yirmi dört saat çalışıp üç gün dinleniyor.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Hocam, işte artı yüz on yedi saat çalışıyorlar.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Bunu hangi hemşiremize söylerseniz söyleyin kimse bunu kabul etmez. Normalde asıl olması gereken de budur.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Sayın Vekilim, ben Şanlıurfa ilinde 112 ekibini oluşturduk, o ekibi biz Şanlıurfa Eğitim Araştırma hastanesinde görevlendirdik; kıyamet koptu, ayaklandılar, her tarafa beni şikâyet ettiler "Bizi nasıl buraya görevlendirirsiniz? Biz burada çalışmak istemiyoruz, bizim tecrübemiz yeterli değil." Zorla bir ay tutabildim. Eğitim verdim, 8-16'ya çevirdik, yine kıyamet koptu. Biz yirmi dört saat çalışmak istiyoruz, 8-16 çalışmak istemiyoruz diye.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Sayın Vekilim, şöyle PDC'de o kadar bir sıkıntı yok, çoğu yüzde 100'e yakın aslında illerde ama dağılımlarda sıkıntı var ve de bir standardizasyon yok. Nasıl yok? Bir serviste 1 hemşire 10 hastaya bakarken aynı serviste başka bir ilçede 40 hastaya bakabiliyor. Yani 3 hemşireyle çevirdiğiniz bir servisi başka yerde 10 hemşireyle çalıştırıyorsunuz. Maalesef böyle basit durumlar çok fazla, dağılımlarda sıkıntı var yoksa PDC dolulukları iyi yani.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Başkanım, bu, Bakanlığa ait bir sonuç mu yoksa illere mi ait mi?

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Hayır, illere ait.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - İllere ait yani sağlık müdürlüğünün aslında onun dağılımını daha iyi hesap etmesi gerekirken fark oluyor.

HATAY HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI UZM. DR. ARİF YENİÇERİ - Kesinlikle. Daha iyi standardize edip daha efektif kullanabiliriz aslında; biraz bizde yani.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Donanım ve malzemeyle ilgili şunu söylemek istiyorum: Normalde 45 üçüncü basamak olan bir ünite çalışıyorum. Bu 45 üçüncü basamağa mevzuata göre 10 tane ventilatör yetiyor ancak benim 35 ventilatörüm var ve bana yetmiyor. Bu ventilatörlerimin de mesela sadece 6'sı yüksek frekanslı HPO yapıyor ancak daha fazla olmalı. Yani şunu söylemek istiyorum: Nicelik değil de niteliği göz önünde bulundurmak lazım. Özellikle de referans hastanelerindeki talepler göz önünde bulundurulmalı, kabul edilmeli. Örneğin çok düşük doğum, bin gram altı en az 20 hastayı izlememe rağmen kuvöz içinde şeyi tartamıyorum. Tamam kuvöz sayım yüksek ancak kuvözlerim eskimiş durumda yani bu tarz şeylerin bazı merkezler için özellikle göz önünde bulundurulması lazım. Mesela üçüncü basamak hiç hasta bakmayan bazı ünitelerde tabii, bu duyum ve spekülasyon çok üst düzey ventilatörler varken benim ihtiyacım olmasına rağmen yeterince ventilatörüm yok yani yok değil de yetersiz. O yüzden bu malzeme dağılımının da biraz daha ihtiyaca binaen, düzenli, nitelik göz önünde bulundurularak yapılması gerektiğini düşünüyorum.

Özel hastanelerle ilgili şunu söylemek istiyorum: Biz Diyarbakır olarak hem kamu hem de özele kendi hastanemizden sevk yapmak zorunda kalıyoruz ciddi bir şekilde. Tabii ki 112 aracılığıyla önce kamuya, sonra da özellere. Özel hastanelerde 2 tane yenidoğan yoğun bakım uzmanı olmaktadır; diğerleri çocuk uzmanları tarafından takip edilmektedir. Kâğıt üzerinde denetimlere gittiğimizde eksikleri çok fazla bulamıyoruz ancak niteliksel olarak ciddi yapısal problemler var. Mesela bir prematüre bebeği veya özellikli bir hastayı takip edecek bilgi birikimi, tecrübe bulunmuyor. O nedenle daha önce yapıldığı gibi hatta daha da önemlisi en az üç ay yenidoğan yoğun bakım referans merkezlerde sertifikasyon aldıktan sonra çocuk doktorlarının yenidoğan ünitelerinde çalışması ve hastayı izlemesi daha uygun olur diye düşünüyorum. Örneğin on, on beş yıl hiç yenidoğan görmemiş, hiç

takip etmemiş, yeniliklerden haberdar olmayan bir çocuk hekimi pat diye gidebiliyor ve o özel hastanede üçüncü basamak bakabiliyor. Aslında o eğitimler özellikle çok önem arz ediyor.

Retinopati için de şunu söylemek istiyorum: Sürdürülebilir, kişilere bağlı olmayan retinopati merkezlerine ihtiyacımız var. Mesela bir doktor gittiği zaman veya izne ayrıldığında ardından diğer doktorların onu kompanse edeceği, tetkik ve tedavinin asla eksik olmayacağı, gece gündüz bir sistem oluşturmak lazım ve belli başlı merkezlerde yapmak lazım bunu. Özellikle bazı merkezleri özelleştirmesek dediğim gibi iş gücü kaybına neden olur.

Ben de bazı konuşmacılarımıza katılıyorum. SUT ücretleri artırılsa yenidoğan yoğun bakım üniteleri biraz daha cazip hâle gelir çünkü şu anda bir nazal kanülün bile 1.500-2 bin lira olduğu bir yerde üçüncü basamakta 6 bin bayağı bir zarar olmuş oluyor birçok yer için.

Son olarak da şunu söylemek istiyorum: Kadın doğum ünitesi bizim için aşırı önemli. Şu anda doğum yapılan kamudaki en büyük merkez Diyarbakır'da bizim hastanemiz ama aynı zamanda bu hastane hem kardiyovasküler cerrahi merkezi hem çocuk cerrahisi merkezi hem retinopati tedavi tarama merkezi hem nitrik oksit hem hemodiyaliz merkezi, bütün bunları kaldırma şansımız yok. Dolayısıyla burada oluk oluk dış merkezlere sevk yapmak zorunda kalıyoruz. Kadın doğum ünitesi muhakkak ikiye ayrılmalı. Bir ünite, ikinci basamak başka bir hastanede olmalı. Biz aynı zamanda ameliyathanede sezaryen sonrası kadınların yatabileceği yeterince yatak bulamıyoruz; doğumhanede bebeklerin annelerle buluşması için hemen yataklarına alamıyoruz, bu buluşma erkenden sağlanamıyor ve erken taburculuk söz konusu olabiliyor. Bütün bunlar mortalite ve morbiditeler için risk teşkil ediyor. O nedenle, üniteler planlanırken spesifik üniteler planlanmalı, çok büyük değil daha küçük ama spesifik olan üniteler hastalara hizmet edecek şekilde olmalı.

Başka bir nokta da enfeksiyonlar. En büyük sorunumuz enfeksiyonlar ve enfeksiyonlarla mücadele. Bütün bu perioperatif hastaların aynı merkezlerde olması enfeksiyon riskini çok fazla artırıyor. Bu da bu enfeksiyonların daha riskli olan gruba geçmesini ve mortalitede artış olmasına neden oluyor. Dediğim gibi, her merkez belki birkaç alanda özelleşebilir ama referans merkezlerinin çok yoğun olması... Benim klinik şefi olarak elimde 3 tane muhakkiklik dosyası var; artı, bütün ihalelere gidip onlarla ilgilenmek zorundayım. Bütün bunların aslında doktorların biraz dışına çıkması gerekiyor. Mesela, biyomedikal mühendislerinin ihaleden sorumlu olması gerekiyor ya da adli bir durumla ilgili birilerinin bu dosyaları yapması gerekiyor. Yani hasta dışında da yenidoğan yoğun bakım sorumlularının çok fazla ek işleri oluyor, bu nedenle de konsantrasyonda biraz güçlük çekiyoruz.

Teşekkür ederim, sağ olun. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Teşekkürler Nilüfer.

Bir sunum daha alıp soruları toplu olarak da alabiliriz ya da Diyarbakır özelinde soruları yöneltebilirsiniz.

ANKARA İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMİ DOÇ. DR. BURAK BEKGÖZ - Nilüfer Hocamıza kesinlikle katılıyorum eğitim konusunda ama genelde şey uygulanıyor diye biliyorum, en azından Ankara'dan örnek vereyim, diğer illerde de böyle olduğunu biliyorum. Biz şimdi, yenidoğan hocalarımıza yenidoğan ambulansla çalışacak ekiplerimizi teslim ediyoruz. İşte hocalarımız ne kadar uygun görürse bir ay, iki ay orada eğitim alıyorlar, NRP eğitimlerini veriyor hocalarımız, gönderiyorlar. Bunu uygulamayan il var mı? Açıkçası bilmiyorum ama şöyle bir şey var: Biz de 2 tane ambulans var, bu 2 ambulans vakadayken 3'üncü bir ambulansla hastaları nakille mecbur göndermek durumunda kalabiliyoruz. Bu durumda eğer hekimin tecrübesi yetersizse mevzuatsal olarak bu ekiplere hekim ve malzeme desteği vermek aslında sizin sorumluluğunuzda.

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Biz veriyoruz zaten Hocam.

ANKARA İL AMBULANS SERVİSİ BAŞHEKİMİ DOÇ. DR. BURAK BEKGÖZ - Orada biraz serzenişte bulundunuz ama bu biraz mecburi bir durum oluyor. Aslında bunu sizin için yapıyoruz çünkü hasta diğer hastaneye nakledilene kadar aslında sizin sorumluluğunuzdaydı, orada başına bir şey gelse de o sizin sorumluluğunuzda. "Ambulans ekibine verdim, artık benden çıktı." gibi düşünmemek lazım. Yolda siz gerekli tedbirleri almadığınız için de aslında yasal olarak sorumlu oluyorsunuz. Bir de şundan bahsetmişsiniz: Hani ekipler başka bir vakaya gidiyor, sonra geliyor nakil yapıyor, bu da aslında mecburi bir durum, şöyle düşünün: Ekip istasyonunun yanı başında bir trafik kazası oluyor "Bu yoğun bakım ambulansı bunu biz bu vakaya göndermeyelim." gibi bir durumu maalesef yapamıyorsunuz. Onu da şöyle çözüyoruz: Yenidoğan ambulansının yanına bir tane normal ambulans veriyoruz, normal sedye ambulans veriyoruz. Eğer ki yakında arrest, bir trafik kazasında anstabil bir hasta varsa onları da mecburen o vakada çıkarmak durumunda kalıyoruz.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Teşekkürler hocam.

Biraz evvel konuşmuştuk hem Selahattin olsun hem Nilüfer olsun aynı sorundan dem vuruyor. Aslında hani tek ekip demiyorlar da sanki gelen ekiplerin transport konusunda ve hasta taşımacılığı konusunda hayatı riske atılabilecek ekipler olduğunu algılıyorum ben eğitimleri açısından tabii ki. Dün de konuşmuştuk, Acil Sağlık Genel Müdürlüğü bir 600 kişiyi eğitmişti. Tekrar aynı şeyin hızlandırılmasını konusunu konuşmak lazım.

Bir de hemşirelik konusunda Selahattin'in dediği gibi, uzman hemşire olayı çok akıllıca bir öneri. On yıllık bir yenidoğan hemşiresi bazen bir sorumlu hemşiresi ya da bir başhekimin iki dudağı arasında kendini başka bir yerde bulabiliyor. Onları da o şekilde bir titrlerinin olmamasını sağlamak da önemlidir diye düşünüyorum ben.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - Şimdi, hocam, geçmeden hemen söylemek isterim. "Konjenital anomaliler noktasında Diyanete iş düşüyor." dediniz. Ben fizik tedavi uzmanıyım ama aynı zamanda ilahiyat mezunuyum. Şimdi bu konuda çok fazla, aşırı direktmemizin gereği yok, bunun için hüküm konulmuş; yüz yirmi gün içerisinde tahliye gerçekleştirilebilir -hüküm öyle veriyor- bu tahliye için de önemli, hayatı etkileyecek bir sakatlığın olması gerekir. Dolayısıyla siz buna ne kadar Diyanet üzerinden müdahale etmeye kalksanız da -anlarım şeyi, efendim, işte "Akraba evliliklerini azaltalım, eğitim yapalım." vesaire- özellikle dindar insanlarda, İslami noktada tahliye üzerinde çok büyük hassasiyet var. Bunun da sınırlarını çizmişler, dediğim gibi, bir fetva yüz yirmi güne kadar süre veriyor, ruhun üflenmesini o güne getiren bir fetva var, bunda da bir kesinlik yok, illa da yüz yirmi güne kadar tahliye edilir şeyi yok. "Bunun içerisinde çocuğun ve annenin hayatını kötü durumu getirecek bir durum olmalı ki tahliye

olmalı." diyor. Bu noktada, biz, biliyorsunuz, açıklamada da sıkıntı çektik, Diyanet girsin, şunda da bir girsin; "Girsin." dedikçe defans oluşuyor toplumda yani o noktada... Tabii ki bunda da objektif olabiliyor mu bilim?

Bakin, ben size bir şey söyleyeyim: 96 yılında Urfa doğum evinde 1'inci tremesterde benim eşim kızamıkçık geçirdi, tahliye için çok yoğun baskı yedik, çocuğum şu anda avukat. Yani tahliye noktasında çok yoğun baskı, üniversiteden de kadın doğumcularından da. Kendi branşım için de öyle. On yıl önce "Ameliyat ol, bel fıtığı." diye çokça söylememize rağmen "Ben sapasağlamım." deyip beyin cerrahlarına karşı defans gösteren yüzlerce, binlerce hasta biliyorum. Bu noktada, hekim arkadaşların ilerlerken din konusunda özellikle bu bölge ve Kahramanmaraş gibi muhafazakârlığın, dindarlığın olduğu Diyarbakır, Urfa, Adıyaman gibi bölgelerde daha yumuşak gitmeleri rahatlatıcı olur diye düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ben de yeri geldiği için bir şey sormak istiyorum: Bu NRP eğitimleriyle ilgili şu anda 6 ilimizde eksiklik var mıdır ve eğitimi veren eğitimcileri var mıdır?

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Bizim Diyarbakır'da var, düzenli bir şekilde biz asistanlarımızı da gönderiyoruz.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Şu anda yenidoğandaki bütün çalışanlarınız NRP eğitimi aldı mı?

GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM SORUMLUSU DOÇ. DR. NİLÜFER MATUR OKUR - Neredeyse hepsi, yeni gelen birkaç kişi hariç.

DIYARBAKIR İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DR. MEHMET HAKAN PAMUKÇU - Sağlık Bakanlığının burada çok güzel bir yeni uygulaması oldu. Daha önce özel hastanelerden 6 bin lira bir ücret karşılığında NRP eğitimi alınıyordu, o ücret bin liraya indirildi. Mesela, özel hastanelerin bazı maddi kaygıları oldu.

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRÜ DOÇ. DR. ABDULLAH SOLMAZ - Şanlıurfa'da da eğitim veriliyor.

GAZİANTEP HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DOÇ. DR. MİKAİL ÖZDEMİR - Şu anda bulunduğumuz salon bizim NRP eğitim salonumuz aslında, bu formasyon da NRP eğitim formasyonuydu. Ünal Hocam da sağ olsun, bizim bütün eğitimlerde destekleyici olarak katılıp özellikle pratik eğitimde yandaki salonları da kullanıyoruz ve Türkiye düzeyinde de en yüksek NRP eğitimci sayısına ulaşan illerden biriyiz. Ekstra bir de iş birliği gerçekleştirdik, 2 tane daha NRP maketi ve ekipman gelecek, onlar da olduğunda daha da artıracığımızı düşünüyorum.

ADİYAMAN HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANI DR. MUSTAFA KUTLU - Adıyaman'da düzenli NRP eğitimleri yapıyoruz, yılda 5 yada 6 tane en az yapıyoruz, kendi ekibimiz var, dışarıdan herhangi bir destek almadan yapıyoruz. Yalnız deprem sürecinde maalesef çok etkilendik, yenidoğan ünitesinde çalışan hemşirelerimizin yüzde 80'i değişti. Bu yüzde 80'den kasıt, yüzde 80 yeni atamayla geldi yani böyle bir ciddi tecrübe kaybımız oldu ama hızla toparlamaya girdik inşallah, düzenli bir şekilde gidiyoruz.

NRP eğitimlerinde ben özel hastanelere bir haksızlık yapıldığını düşünüyorum. Bakanlığın son yaptığı adımla güzel bir düzeltme oldu ama bence tamamen onu yok etmek lazım. Özel hastanelerden gelen arkadaşlara şu anda fiyat bin lira oldu, bin lira ücret alınıyor ama kamudan gelen kişilerden herhangi bir ücret alınmıyor. Yani aradaki bu ayrımı, farkı bence sıfırlamak lazım, ya ikisinden de alacaksın ya da hiç almayacaksın.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Doçent Doktor Selda Arslan sunumunu paylaşacak bizimle, kendisi Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta. Daha önce üniversite de çalışmıştı galiba, Mustafa Kemal Üniversitesinde.

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. SELDA ARSLAN - Merhabalar sayın vekillerim, il sağlık müdürlerim, değerli meslektaşlarım; ben size Hatay iline ait yenidoğan bebek mortalitesiyle ilgili güncel durumumuzu ve bununla ilgili sorunlarımıza çözüm önerilerimizi kısaca özetleyeceğim.

Öncelikle doğum oranları sayılarımıza bakarsak Hatay'da 2024 yılında 20 bin doğum sayımız var. Tabii ki göçmenlerimizi de eklersek yaklaşık 27 bin oluyor. Buna göre yoğun bakım yatak sayılarımızı gözden geçirirsek şu anda yaklaşık 180 tane yenidoğan yoğun bakım sayımız var. Bunun 75 tanesi kamuda ama deprem öncesinde bu sayı 320'yd ve yaklaşık 200 tanesi kamudaydı, deprem sonrasında özellikle kamuda bayağı bir gerileme oldu; sayı olarak öyle, nitelik olarak da öyle. Hani diyoruz yenidoğan yoğun bakımlar yerinde saydı ama Hatay bayağı bir geriye gitmiş bulunuyor. Ben beş yıl öncesinde üniversitede çalışıyordum o zaman Hatay'da, bizim sevk sayılarımız çok fazla değildi yani çok özellikli hastaları sevk ediyorduk il dışına ama şimdi çok fazla sevk sayımız var. Şöyle bakacak olursak yenidoğan mortalitelerimizin çoğu il dışında sevkli olan hastalar, yarısı da özellerde oluyor bu hastaların.

Şimdi bizim bu mortaliteyi azaltmak için, sevkleri azaltmak için ve hasta şikâyetlerini azaltmak için yapmamız gerekenler: Öncelikle yatak sayısını artırmamız gerekiyor, özellikle toplam doğum sayısına oranla yatak sayımız çok az. Tabii ki yatak sayısını azaltacağız ama iyi bir hizmet verebilmek için çocuk uzmanları sayısını da artırmamız gerekiyor, o da yetersiz ilimizde. Yani herkes aynı şeyden şikâyetçi biliyorum ama Hatay için çok daha fazla bir eksiklik var bu konuda.

Yine, aynı şekilde, yenidoğan yoğun bakım üniteleri, doğumhane yayın sertifikalı, eğitim sahibi ebe ve hemşire sayısı da gene yetersiz. Bizde de Adıyaman'daki gibi tamamen değişmiş bulunuyor, neredeyse yüzde 80'den fazla hemşire yenilenmiş bulunuyor, onların eğitimi biraz daha nazik, 2024'ten beri çalışıyoruz.

Onun dışında, tamam, sayı olarak artırdık yatağımızı, çocuk uzmanlarımızı yenidoğan sayımızı ama nitelik olarak da eksiklerimiz var. Mesela ben de istiyorum kitabik hemodiyaliz yapabileyim, nitrik oksit kullanabileyim ama ben henüz daha ROP bakamıyorum, PPN ünitesini açmaya çalışıyoruz şu anda. O yüzden çok prematüre yatışı olmuyor. Bunlar daha çok il dışına sevk ya da özellerde sevk oluyor ama orada da bakımları ne kadar uygun, onların da yakın denetlenmesi gerekiyor. Yani bizim bebek ölümlerimizde -diğer arkadaşların da söylediği gibi- en çok prematüre bebek ölümlerimiz var. Bunun da zaten önlemini almak için öneriler de bulundu arkadaşlar. Dediğim gibi, bizim de aynı şekilde teknik sağlık personellerimizin artırılması, cihaz ve malzeme eksiklerimizin tamamlanması en önemli sorunumuz.

Onun dışında, sepsis önemlidir bebek ölümlerinde. Ben bir komisyona katılabilirdim geldiğimden beri, iki aydır Hatay'dayım tekrar. Orada da hepsinin önemli bir sorun olduğunu fark ettim. Özellikle özel hastanelere gönderdiğimiz vakaların çoğunda son ölüm nedeninin aslında en önemlisi sepsis. O yüzden bu hastanelerin de enfeksiyon açısından yakın denetimlerinin yapılması gerekiyor. Onun dışında zaten diğer arkadaşlarım bahsetti ayrıntılı olarak transporttaki sorunlar, aynısını yaşıyoruz, konjenital anomalilerle ilgili sorunları yaşıyoruz, onlar da bizim için de geçerli.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Teşekkürler Selda Hocam.

Ben bir şeyi merak ediyorum yani aslındaki Antep'teki sorunun aynısı, Hatay'da üniversitede yenidoğancı yok mu?

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. SELDA ARSLAN - Yenidoğancı yok, yenidoğan yoğun bakım ünitesi de açılmadı henüz.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ama sanki şey gibi yani hani açılınca geçecek misiniz oraya?

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. SELDA ARSLAN - Yani şartlara bakarım.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şunun için soruyorum, yanlış anlamayın, siz üniversiteden ayrılıp gittiniz sonra tekrar geri döndünüz, devlete geçtiniz, üniversiteyi tercih etmediniz. Niye üniversiteyi tercih etmediğinizi anlamını soruyorum?

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. SELDA ARSLAN - Üniversiteyi tercih etmedim çünkü ayrılmamın sebebi de aslında biraz orada tek yan dalcı olarak beş sene çalıştım. Tek yan dalcıydım, bir kardiyolog geldi, geri gitti, genelde o zaman bütün eğitim yükü sizde oluyor. Maddi anlamda da çok bir karşılığını alamıyorsunuz o kadar hizmetinizin, o yüzden şimdi de duruma bakarım.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Aslında bu sorunun cevabını Milletvekili Murat Çan Bey'in dinlemesini istemiştik ama telefon geldi. Murat Hocam şeyi sordu normalde Selda Hocamız Mustafa Kemal Üniversitesinde çalışıyordu, ayrıldı; geri dönüşte de Hatay Eğitim Araştırmaya geldi, üniversiteye gelmedi. Ben de dedim ki: "Niye üniversiteyi tercih etmediniz de devlete geçtiniz?" Onu söylüyordu. Şimdi, Gaziantep Üniversitesinde bir öğretim üyesi olmamasının da aslında cevaplarını içerdiği için özellikle dinlemenizi istemiştik.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ya, şöyle bir katkı olsun, daha doğrusu kastımı anlatayım tekrar. Bu bir kamu sevk ve idaresidir yani Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi benim bildiğim aşağı yukarı 99'da filan kurulmuş bir üniversite. Burada yenidoğan yoğun bakımının olmaması, yenidoğan uzmanının, akademisyeninin olmaması o ili yönetenlerin ana problemi ama daha çok da YÖK'ün problemi yani bunu dert etmeli. Hem çok nüfus çekiyorsunuz, bunda iştahlısınız -Antep için de öyle- hem de giderlerse gitsinler anlamına gelen üniversitenin o departmanının boş kalmasına seyirci kalıyorsunuz. Yoksa ben şeyi de aldım zaten.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ben de sebep sonuç ilişkisini konuşalım diye.

MURAT ÇAN (Samsun) - Belki rapora koyacağımız en önemli şey bu. Üniversitelerin tekrar hem halkın sağlığını hem de eğitimi sırtlanacak bir güce ulaştırılması lazım, benim derdim bu.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ben bir de şeye dikkat çekmek isterim, yenidoğan yoğun bakımlarda total parantal beslemeye ilişkin gereçlerde ciddi anlamda eksiklikler var. Çoğu yerde önemli gereçler yok, anladığım kadarıyla da ilinizde de yok galiba.

HATAY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. SELDA ARSLAN - Vardı deprem öncesi ama deprem sonrası yok.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Birçok yerde yok zaten bazı merkezlerde var ama sanki deprem öncesi olan anlaşmalar iptal edilmiş oluyor. Bence takip ettikleri hasta sayısına göre TPN'yi alması konusunda bir şart aramak lazım sadece anlaşma değil de yani biraz daha geriye dönük...

Teşekkürle Selda Hocam.

Şimdi, tekrar konuşmasını yapmak üzere Gaziantep Şehir Hastanesinden Serhat Özkan'ı dinleyeceğiz.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Toplantının sonuna doğru geldik, çok tekrar niteliğinde olmaması için belli slaytları da geçeceğim ben, bir miktar bir şeyleri tekrar etmemek anlamında. Aslında doğumdan sonraki ilk 28 günde yenidoğan dönemi olduğu, 38-40 haftalık doğumlar miadında doğmuştur, hepimiz biliyoruz. 2.500 gramın altındaki doğumlar düşük doğum ağırlıklarıdır. Bunların dışında kalp ve damar, mide- bağırsak ve beyin-sinir sistemleri gibi doğumsal anormalliği olan bebeklerde de yoğun bakım gereksinimi oluyor.

Bebek ölümü ayrı bir şey, perinatal ölüm ayrı bir şey, neonatal ölümler ayrı bir şey, bunların üzerinde tek tek durmayacağım. Bebek ölüm hızı derken bir toplumda 365 günde canlı doğan ve yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısıdır, aynı toplumda aynı sürede canlı doğum sayısı olarak hatırlatmak istiyorum. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen istatistiklerde 2023'te 1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı 9,8; tüm haftalar bazında yenidoğan ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 6 olarak gerçekleşmiştir.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Tanımları geçelim isterseniz.

GAZİANTEP ŞEHİR HASTANESİ NEONATOLOJİ UZMANI DR. SERHAT ÖZKAN - Aslında bu, dünyada 1990'dan beri olan bebek ölüm hızının azalma trendi. Bizdeki de ona paralel, 5 yaş altı bebek ölümleri, hemen hemen paralel bir hız sergiliyor.

Ben direkt prematüre doğumlara değinmek istiyorum. Yani niye bebekler ölüyor? Birincisi prematüre doğum. Ben 600 gram bir bebeğin babasıyım, şu anda 12 yaşında; çok benzer sıkıntıları yaşadım. Çocuk İstanbul'da Bezmîâlem'de doğdu, ROP'tu, pediatri gastro oldu, ciddi medikal problemler yaşadı ama herhangi bir şey kalmadan taburcu oldu. O yüzden yoğun bakım süreci sadece hekim odaklı değil bence, hemşirelik bakımı bunun çok önemli bir kısmını oluşturuyor ve hemşirelerin sertifikasyonu, bebeklerin transportu sırasında verilen hemşirelik hizmeti bence çok önemli bir ayak bebekler için. Neonatal enfeksiyonları

biliyoruz, perinatal asfiksi niye olduğundan daha çok kadın doğum ve perinatolog arkadaşlarım bahsetti. Mesela belli devlet hastanelerinde belli sayının üzerinde asfiktik doğum olduğunu da biliyoruz, bunlara dikkat edilmesi gerektiğini ifade etmek istiyorum.

Konjenital anomaliler zaten en büyük ölüm grubunu oluşturuyor. Yetersiz perinatal bakımları hep böyle üstün körü söyleyip geçiyoruz ama hakikaten erken doğum, preeklamps, gebelikteki risk faktörleri yeterince takip edilmezse bebek ölümleri gerçekten artıyor. Perinatal bakım o yüzden bence çok önemli.

Anne sütü alma oranları gerçekten önemli. Anne-bebek beslenmesi önemli. Özellikle diğer faktörler Gaziantep'te mevcut yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ihtiyacına cevap verecek seviyede olmalı. Hastaneler arasında dengeli planlanmalı. Çocuk doktoru ve yenidoğan uzmanı servisinin artırılması gerekmektedir. Bizim şu anda Şehir Hastanemizde ihtiyacımız var ancak bu Devlet Hizmet Yükümlülüğü Kurası'yla verilmedi. Ama ben Kars'tan gelmiştim, orada zorunlu yapmıştım. Orada 100 bin nüfusa 10 çocuk sağlığı uzmanı hizmet veriyor ve oraya bir kura daha açıldı. Bunun daha dengeli olması gerektiğini ben düşünüyorum.

Aynı şekilde, hemşire sayısı da yeterli. Biz kurduğumuzda yaklaşık işte on sekiz, yirmi ay oldu herhâlde Şehir Hastanesinde çok ciddi sıkıntılarla karşılaştık ama hepsini Müdürlüğümüzün yardımıyla, Bakanlığımızın yardımıyla hallettik. Ama yani hemşire deneyiminin bence yenidoğan mortalitesinde çok önemli bir yerde durduğunu söyleyebilirim. Sadece NRP eğitimi vermek gerekmez, bu çocukların ayrıntılı bir şekilde bir sertifikasyon programına tabi tutulmaları lazım. Yoğun bakımda çalışan herkesin bir yoğun bakım hemşireliği sertifikasının olması lazım. İş yükleri fazla, dileriz ki 8-16 çalışsınlar ama maalesef bu olmuyor. Dediğiniz gibi herkes yirmi dört saat çalışıp iki gün, üç gün dinlenmek istiyor evde. Bu üzerinde tartışılabilir bir konu bence.

100 bin nüfus başına düşen uzman hekim sayısı İstanbul'da en çok, işte Güneydoğu Anadolu'da 73 kadar, bunun yükseltilmesini dilerim. Burada bu özel hastanelerdeki, Sağlık Bakanlığındaki ve üniversitelerdeki yoğun bakım yataklarının oranları Türkiye genelinde yüzde 52 olduğunu görüyoruz. Sağlık Bakanlığının yüzde 36; üniversitelerin yüzde 11,7 olduğunu görüyoruz. Antep'te biliyorsunuz, üniversitede yenidoğan hocamız yok.

Acil transport sistemi planlanmalı. Acil transport gerçekten önemli, ben önüme gelen 40 satürasyon, 50 satürasyonla entübe takip ediyorum. Kötü koşullarda transport edilip önüme gelen çok bebek oldu yani bebek ölümlerini eğer azaltmak istiyorsak transportu düzeltmemiz şart.

İlimizde göç hareketliliği oldukça yüksek, sağlık sisteminin ek yükü kaldırarak kapasitede olması gerekmekte. Yani acil transferler, anne ve bebeği ayrı ayrı transfer etmek yerine anne ve bebek, bebeğin doğdu yerde, çocuğun yatabilip orada rehabilite edilmesi, orada tedaviyi almalı, daha önce de konuşuldu bu. Bu boş yataklı merkezlere göre bu sevk zincirinin düzenlenmesi lazım. Şubat ayında baktım Şehir Hastanesinde en çok sevk veren kurum bizim Gaziantep'te, 82 sevkimiz var; 2,8 gün başına bir sevk sayımız var. Dilerdik ki sevk sayımız azalsın ya da bu sevk olacak hasta madem sevk olunan yerde yani SANKO'da doğacak, ne bileyim Liv'de doğacak ya da Cengiz Gökçek'te doğacak, bunlar anne karnında sevk edilse çok daha sağlıklı sonuçlarla oluşacaktır diye düşünüyorum.

Bebekler için en uygun bakımı sağlamak için yeterli uzman personel, özellikle hemşire ve ebe sağlanmalıdır. Modern sağlık teknolojilerini yeterli sayıda sunarak kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sağlanmalıdır. Ebeveynler için tedavi ve bakım prosedürleri, bilgi ve doküman her zaman mevcut olmalıdır, aileyle iletişimin çok önemli olduğunu düşünürüm her zaman. 1 prematüre 1.000 gram doğduktan sonra en az iki üç aylık bir yatış süreci var; bu iki üç aylık yatış sürecinde anneye ve babaya gerçekten ciddi psikiyatrik destek sağlanması, buna göre organize olunması gerektiğini düşünürüm, bundan da bahsettik.

Etik açıdan zorlu durumlarda sağlık mesleği mensupları ve ebeveynler arasında ortak karar verme süreci teşvik edilmelidir. Bu süreç boyunca hem ebeveynler hem de sağlık çalışanları için psikososyal destek sağlanmalıdır.

Hemşirelik önemli dedik. Yaşamın ilk gününden itibaren bebeğin bireysel ihtiyaçlarını karşılayan optimal beslenme bakımını desteklemek için yeterli miktarda anne sütü ya da formula ya da her neyse annenin kendi sütü her zaman ilk tercih olmalı, emzirmenin desteklenmesi gerekmektedir. Anne sütü bankacılığı vesaire slaytta yer alıyor ama konumuzla çok ilgisi yok.

Risk altında olan bebekler ve çocuklar, aynı zamanda aileleri için koordine edilmiş, uzman ve etkili takip ve bakım hizmetleri desteklenmelidir. Bu hedefe yönelik ve kanıta dayalı önleyici tedbirler, çocuk sağlığı ve gelişimini optimize etmek üzere ailenin sağlığı ve iyiliği için önemli bir temel sağlamaktadır.

Personel, ebeveynler ve ziyaretçiler kanıta dayalı bilgi, ekipman ve eğitim sağlayarak hasta güvenliği ve hijyen uygulamalarına bağlılık güvenceye alınmalıdır. Bu, sağlık bakım kalitesini iyileştirmek ve bakım ve tedavi prosedürlerini olumsuz etkilerini önlemek için suçlama unsurunun öne çıkarılmadığı gerçekten hata raporlama kültürünün yaratılmasını içermektedir. Daha geçen oldu, bir hemşirem bir bebeğimin entübasyon tüpünü değiştirirken çocuğun dudağını kesti ve ben onu aileyi çağırarak izah ederek ve bu konuda bizim kendimizin suçlu olduğunu ifade ederek bunu beyan etmek durumunda kaldım. O yüzden hemşirelik ayağının gerçekten hekim ayağı kadar önemli olduğunu düşünüyorum.

Gebelik, doğum, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı konularında doğumdan yetiştirmeye kadar süren ulusal ve Avrupa çapında karşılaştırılabilir veri setlerini -il sağlık müdürlerimizin hepsi sayılarla konuştu zaten yeterince- tutturmamız önemli. Duyarlı iletişim ve ebeveynlerle açık iletişim dâhil olmak üzere anne ve yenidoğan sağlık hizmetlerinde çalışan tüm sağlık profesyonelleri için sürekli ve güncellenen eğitim ve öğretim programı sağlanmalıdır.

Gandhi'nin bir sözünü bitiriyorum: "Herhangi bir toplumun gerçek ölçüsü, en savunmasız üyelerine nasıl davrandığında bulunabilir. "

Teşekkürler. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Teşekkür ederiz Serhat Hocam.

Şimdi, sırada Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesinde hekim arkadaşımız var; on beş yıl beraber çalıştık, asistanlık, yan dal.

Buyurun PROF. DR. Sadık Yurttutan görüş ve önerilerini bizimle paylaşın.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ YENİDOĞAN BİLİM DALI BAŞKANI PROF. DR. SADIK YURTTUTAN - Teşekkür ediyorum.

Kıymetli Komisyon üyeleri, vekillerimiz, değerli il sağlık müdürlüğü mensuplarımız, kıymetli bürokratlarımız, meslektaşlarımız; herkese selamlar.

Kahramanmaraş'la ilgili olarak ve yenidoğan mensubu, bu emekçi grubun içerisinde çıkmış birisi olarak Kahramanmaraş'ın sorunlarını kısaca size sunmak isterim.

Bu bölge, aslında hem Gaziantep hem Kahramanmaraş yenidoğan konusunda oldukça dinamik ve belki diğer sektörlerden çok daha önde giden şehirlerdendi ancak deprem felaketi sonrası tabii özel sektörde ciddi manada zafiyet söz konusu oldu, 2 hastane iptal oldu. Kamunun yenidoğana bakan yönü her ne kadar zarar görmemiş olsa da özel sektörde ciddi zafiyet oldu. Deprem sonrası şu anda toparlama sürecindeyiz. Yenidoğan sorunları çok konuşuldu, tekrara geçmek istemiyorum ama gerek intrauterin gerek doğum, doğum sonrası transport, yenidoğan yoğun bakım problemlerinde neleri toparlayabiliriz ve Maraş özelinde bu sorunlu hususlar özellikle neler?

Tabii, intrauterin yönetim perinatologlarla birlikte olmalı riskli gebelikler için, bunlar konuşuldu. Şehrin sosyal dinamikleri, dinî hassasiyetleri çok belirleyici; konuya ek tedbirler yine konuşuldu.

Yine, multidisipliner yaklaşım önemli, neonatolojinin ve perinatolojinin birlikte süreci yönetmesi, doğru doğum zamanı, doğru doğum yeri ve zamanında transportun bu şekilde planlanması işin en temel noktaları. Çünkü işte "Doğduğunuz yer kaderinizdir." lafının herhâlde en geçerli olduğu noktalardan birisi de bu bebeklerin maruz kaldığı süreçler dolayısıyla bu süreci birlikte planlamalıyız.

Kahramanmaraş özelinde durum nedir? Kahramanmaraş özelinde, Üniversitesinde perinatoloji kliniği vardı deprem öncesi ancak deprem sonrası aktif bir perinatoloji kliniği söz konusu değil. Hoca EYT'den dolayı ayrıldı, depremin etkisiyle bıraktı üniversiteyi. Dolayısıyla burada ne yapılmalı? Kamuda perinatolog çalışıyor ancak tabii üniversitelerin de biliyorsunuz biraz gurur yönü daha belirgindir; tabii, hoca olmanın getirdiği durumlar nedeniyle. Bu koordinasyon biraz engelleniyor bundan dolayı ama birlikte çalışma alışkanlığı ne olursa olsun olmalı, bunun kurulması gerekiyor.

Tabii, bizde yatak sayısında ciddi bir sorun yok, deprem sonrası faaliyete hızlı bir şekilde özel hastaneler geçti zaten kamunun kadın doğum çocuk hastanesi faaldi. Yine, 2 tane yeni hastane açıldı, yaklaşık 50 yatak daha hizmete sunuldu dolayısıyla deprem öncesi yatak sayısına hemen hemen, aynı şekilde ulaşıldı. Ancak depremin etkileri ve sosyal problemler nedeniyle insan kaynağı noktasında çok ciddi problemler var. Tabii, bu konuşulduğu kadarıyla il temsilcilerinin hepsi bunu beyan etti ancak depremin getirdiği handicap özellikle Hatay, Maraş gibi depremin daha belirgin etkilediği şehirlerde insan kaynağı noktasında ek dezavantajlar oluşturuyor. Çocuk uzmanları yenidoğanda sorumluluk almak istemiyorlar. Tabii, özlük hakları, alınan riskin karşısında karşılığında beklentilerin dengesizliği gibi durumlar burada belirleyici oluyor maalesef. Bakanlığın çalışması olumluydu malprastik davalarında, en azından bir kazanım sağladı meslektaşlarımız adına ancak özel sektörde bu korumanın henüz olmadığını dolayısıyla özel sektörde bu dava riskinin daha belirgin olduğunu, bunun da çalışma motivasyonunu negatif etkilediğini ayrıca tekrar vurgulamak lazım. Tabii, kalifiye personel ihtiyacı her sektörde belirgin, çok narin yavrularımızın sekelsiz bir şekilde hayatta kalabilmesi için asgari değil azami kalitede hizmet vermek durumundayız ancak maalesef koşullar nedeniyle asgari kaliteyi ancak tutturabiliyoruz; bu da bir realite, bunu azamiye taşımak bizim ana görevimiz.

Tabii, kamu insan kaynağı problemini daha az yaşıyor çünkü elinde mecburi hizmet kurası gibi bir argüman var, özel sektör de bunu geçmişte yaşamıyordu fazla çünkü elinde daha mobil bir para modifikasyonu ya da manipülasyonu desteği var idi ancak SUT ödemelerindeki düşüşler yani rölatif düşüşler, ekonomik kriz, doların yükselmesi kâr marjı düşüşü getirdi ve bu durumda personel kısıtlaması maalesef ki hasta bakım kalitesinde bir gerileme tartışmasını beraberinde getirecektir çünkü gereklilikler asgariye inmiştir bu realiteler nedeniyle.

Üniversitemiz ve çoğu üniversite personel kaynağı yönünden çifte handicap yaşıyor çünkü parayla yapabileceği bir şey de yok, Bakanlıktan da somut mecburi hizmet noktasında bir destek alamayınca maalesef gerek hemşire sayısında gerek tercihe dayalı da olsa depremin etkileri nedeniyle asistan tercihleri geri plana düşünce olay bizi çok ağır etkiledi.

Deprem sonrası üniversite hastanesi Maraş'ta ayakta kalan tek üçüncü basamak hastaneydi. Evet, kadın doğum çocuk hastanesi de çalıştı ayakta kaldı ama diğer branşlar yani ilişkili branşların getirdiği yüksek iş yükü maalesef hastaneyi çok zorlama noktasında. Sağ olsunlar İl Sağlık Müdürlüğü görevlendirmelerle bize üç hanelere yakın hemşire görevlendirmeleri yaptı ama onlarda artık kendi acil durum hastanelerini açıyorlar ve hemşire yetersiz noktaya tekrar geri geliyor.

Pediyatri kliniğine ayrıca değinmek isterim. Pediyatri, malumunuz ben asistanlığa başladığımda İstanbul'da pediyatriye 70'ler, 73'ler; ilk 10'lar, ilk 20'ler girerdi. 2003'tür benim TUS girişim. Ben Hacettepe'ye yerleştim Ünal Hocamla beraber, o benim kıdemlimdir, beraber orada ihtisas yaptık ama ondan sonra işler pediyatri noktasında baş aşağı gitti hâlâ da gitmeye devam ediyor. Aynı sorunu kadın doğum da farklı şekilde yaşadı. Tabii, bunun gerekçeleri farklı tartışılır, onların platformu farklı ama artık Kayseri ve doğusunda pediyatri klinikler can çekişme noktasında ve bazıları da kapanma noktasında ilerliyor yani standart bir pediyatri servisine dönmeye başladı. Bu hocaların önemli oranda batıya doğru yöneldiğini görüyoruz, bu ciddi bir sorun yani bu nasıl aşılar, bununla ilgili geçmişte çalıştaylar da yapıldı ama Bakanlığın ve YÖK'ün birlikte çalışarak bunu planlaması elzem. Kendi yaşadığımı anlatayım, herhâlde en samimi bu olacaktır. Bir buçuk sene kadar önce Antep Üniversitesinin yenidoğan uzmanı olmadığını artık hepimiz biliyoruz, beş senedir yok; bana teklif geldi, oranın Bölüm Başkanı: "Sadık bize gelir misin?" dedi. İlk sorduğum soru şu oldu: "Mehmet Ağabey, kaç asistanınız var sizin?" "Şimdi 8-9 kaldı, 10 kişiydi; gidecek, gelmiyor." 3 TUS'tur asistan gelmiyor Antep gibi bir kliniğe, Maraş'ta benzer durum söz konusu, özellikle depremden sonra çok etkilendik. Son 4 TUS'ta gelen asistan sayısı sadece 1. Takdir edersiniz ki üniversite hastaneleri hem eğitim kliniğidir hem de hizmet yönünü de asistanlar üzerinden götüren kliniklerdir. Dolayısıyla bizde asistansızlık demek kliniklerin kapanması demek, batıya hoca göçü demek. Bunu istemiyoruz zaten biz doğruya hoca getirtmeye, uzman getirtmeye, orada yenidoğan çalıştırmaya çalışırken böyle bir doğal gidişata "Dur!" dememiz gerekiyor acilen.

Benzer durum yine söylendi, yenidoğan yoğun bakım hizmet kalitesini artırabilmek için çok ayaklı bir süreç gerek; işin hemşire ayağı var, asistan ayağı var, yenidoğan uzmanı ayağı var, özlük hakları var; çok sayıda husus var ama tabii yan branşların da desteği kaçınılmaz. Özellikle çocuk cerrahisi, çocuk kardiyojisi gibi bizimle çok sıkı fıkı çalışan bölümler elzem. Bizde sorun ne oldu? Bizde 2 doçent düzeyinde çocuk cerrahimiz ayrılıp maalesef ekonomik koşullar nedeniyle sünnet merkezi açmak zorunda kaldılar. Biz ne yapıyoruz? İl Sağlık Müdürlüğümüz sağ olsun, çocuk hastanesinden bize görevlendirmeye her ay 1 çocuk cerrahisi geliyor ama her ay değişen bir insanın işi ne kadar sahipleneceği -iyi niyetli olsa dahi- ne kadar risk alacağı sizin takdirinize bırakıyorum. Dolayısıyla buna yönelik çözümler herhâlde üzerinde çalışılması gereken hususlar.

Biz ne yapıyoruz? Her şey kötüye giderken bir anda bir yandalı geldi sağ olsun, eski öğrencimiz tabii bebekleri hep tutmaya çalışıyoruz ancak nöbetler de ciddi sorun var, evet, mesaiyi çevirebiliyoruz ama nöbetler için personel gerekiyor. Bunu özellerin de yaşadığını çok duyuyorum, kamu dahi bunu yaşıyor artık kimse nöbet tutmak istemiyor. Belki de Z kuşağı herhâlde artık mesleğe başladı ve nöbet sürecine giriyor; bunun da etkisinin olduğunu düşünüyorum. Bu nasıl çözülebilir? Önerimiz mecburi hizmet skalasına bizim de sokulmamız. Hatay, Kahramanmaraş, Gaziantep belki ya da bu depremden özellikle mağdur olana üniversitelerin kritik branşlarda -çocuk cerrahisi bunlardan biri, pediatri bunlardan biri- mecburi hizmet skalasının içerisine sokulması gerekir. Bunu çok defa biz talep ettik. Bakanlık sağ olsun, son atamada bir çocuk kardiyalogu gönderdi, 4'üncü senede bir çocuk kardiyalog bize geldi, kendim EKO yapmayı öğrenmek durumunda kaldım çünkü çocukları bunun için sürekli sevk etmeye çıkmak klinik şubede gerçekten çok zor oluyor. Çocuklar için yıpratıcı oluyor. Bu zorlukları bu şekilde aşmak durumundayız.

Bakanlık destek veriyor ama yeterli değil. Mesela Malatya'ya 5 uzman atandı, 5 çocuk uzmanı ve ondan sonraki TUS'ta Malatya'ya daha evvelki 4 TUS'ta sıfır tercih olmasına rağmen 9 asistan tercihi oldu. Burada Bakanlığın "Biz bu ünitenin arkasındayız, üniversitenin arkasındayız, destek veriyoruz." demiş olmasının tercihte dahi belirleyici olduğunu düşünüyorum. Dolayısıyla Bakanlığımızın bu kritik üniversitelere desteğinin şart olduğunu söylemek isterim. Çocuk uzmanı zorunlu hizmetle bize atanmaz ise bizim sürdürülebilirliğimiz maalesef söz konusu değil. Yakın dönemde bizde bir özel hastane açılıyor, geldiler bana "Hocam, bize geçer misin?" dediler. Geçmeyi -emin olun- düşünmemin tek gerekçesi asistanın gelmiyor olması. Asistan gelmediği zaman bizim orada hasta bakabilme şansımız maalesef yok. Yoksa asla düşünmem özel sektörü, görüşmem bile ama "Özel sektörden acaba?" dedim çünkü asistan yok, 4 TUS'tur gelen 1 asistan var maalesef.

Özlük hakları iyileştirilmeli. 2010'da yan dala başladım, 2013'te Maraş'a atandım, yan dal bitti. O dönem evet, her şey güllük gülistanlık değildi ama çok da iyi şey vardı aslında ama aradan geçen on iki sene içerisinde çoğu şey yenidoğan aleyhine döndü. Tabii, ekonomik realitelerin de bunda etkisi çok fazla, o yaşanan olaylar, tıbbi malpraktis vesaire, sigorta sistemi... Özellikle hemşirelerin burada sigortalandırılması noktasının çok önemli olduğunu düşünüyorum çünkü hizmeti birlikte veriyoruz, onların yaptığı hatalardan da biz sorumluyuz dolaylı olarak. Eğitim veriyorsunuz, anlatıyorsunuz ancak insanla çalıştığınız için kesinlikle hata her zaman olabilir ve tıbbi malpraktis sürecinde hemşireler de sigortalanmıyor, onların da sigorta mekanizması içerisine alınması gerektiğini düşünüyorum. Dolayısıyla depremin etkilediği şehirlerin personel noktasında... Özellikle üniversiteler zaten bir süredir yani deprem öncesinden de mağdur ediliyor demeyeyim ama Bakanlık kadar çok eli rahat değil üniversitelerin. Depremin getirdiği koşullar üniversitelere çok ağır etki etmiş ve Hatay'ın durumu ortada, hoca yok, Antep'in durumu ortada, hoca yok. Maraş'ta yani benim eşim, Maraş'ta olmasa emin olun, benim -Eskişehirliyim- Maraş'ta durma şansım, durma ihtimalim yok. Eş durumundan Maraş'tayım, öyle söyleyeyim. Ben Eskişehir Sivrihisarlıyım. Hani kendi adıma alçak gönüllüyüm, bir şans olduğunu düşünüyorum orası için gelinen noktada çünkü on iki yıldır oradayım ve bir Allah'ın kulu daha gelmedi oraya, üniversiteye, çok cazip olsa gelirdi diye düşünüyorum, affınıza sığınıyorum. Dolayısıyla bizim şehirlerin mağduriyeti biraz daha fazla ve kaba tabirle kaydolması gerektiğini düşünüyorum pediatri ve yenidoğan noktasında. Biz üzerimize düşeni yapıyoruz ama bir yerde nefesimiz tükenmez inşallah, desteklerinizi bekliyoruz.

Sabrınız için teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Teşekkürler Sadık Hocam.

Özele geçiyor musunuz, geçmiyor musunuz?

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ YENİDOĞAN BİLİM DALI BAŞKANI PROF. DR. SADIK YURTTUTAN - Yok, geçmiyoruz, şu an geçmiyoruz.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ekleme yapmak isteyen veya sorusu olan var mı?

Buyurun İrfan Vekilim.

İRFAN KARATUTLU (Kahramanmaraş) - Tabii, Sadık Hocamı buldum, bir Maraş Milletvekili olarak kendisiyle gurur duyuyoruz, bize çok güzel hizmetlerde bulunuyor. Çok iyi özetlemiş, ben de bir milletvekili olarak çabalıyorum. Yani bir kalp damar cerrahisi bir rektörün Sağlık Bakanlığından aylardır randevu alamaması siyasi bir çekişmenin sonucudur diye düşünüyorum ama bunlara bizim alet olmamız lazım tıpta. Gerçekten hemen hemen her hafta değilse de iki haftada bir üniversiteye uğramaya çalışıyorum, sorunlarını vesaire... Çok büyük hizmetler yaptılar depremde ayakta kalan tek hastanemizdi. Bildiğiniz poliklinikler gibiler; birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak davrandılar, hâlen de devam ediyor. Geçen hafta uğradım, otopark yok. Başhekime dedim, Başhekim: "Belediyeden istedim otoparkı, yapacaklar." dedi. Hani ben Başkanına dedim ya toplantıyı bir de Maraş'ta yapalım diye, yapmak istememin sebebi üniversiteye götürmekti, oralardaki perişanlığı zaten anlattınız, çocuk cerrahisi yok, perinatolog yok, pediatri asistanı 4 TUS'tur gelmiyor; bunlar gerçekten acziyetin işareti. Niye böyleyiz? Arada kalıyoruz, Kayseri'nin, Adana'nın, Antep'in gölgesinde kalıyoruz. Hocam Eskişehirlisi, hanımı Maraşlı, benim de hanım Eskişehirlisi. Evlenirken bana dediler ki: "Van kaç saat?" Dedim ki: "Van on iki saat ama Eskişehir bize yedi buçuk saat." Yani o derece de kötü biliniyoruz. Akdeniz Bölgesi'nde olduğuna kimseyi inandıramıyoruz, böyle bir garibanlığı yaşıyoruz. Gerçi bu bölge... Hani Urfa'da da beş yıl çalıştım, onun da kendince dertleri var. Antep bir de yükümüzü çekiyor, dertleri var. Bana göre Bakanlığın bu bölge için bir master planı yapıp ayrıca buralara il bazında, mikro bazda çocuk cerrahisini, perinatologu, hepsini değerlendirip, TUS'u değerlendirip, mecburi hizmeti değerlendirip bu bölgeye özel bir ilgi gösterilmesi gerekir. Raporda da inşallah bunlara dikkat çekeceğiz.

Ben, elinize, emeğinize sağlık diyorum, teşekkür ediyorum.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ YENİDOĞAN BİLİM DALI BAŞKANI PROF. DR. SADIK YURTTUTAN - Teşekkür ederim Sayın Vekilim.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Sağ olun Vekilim.

Ben bir şey daha eklemek istiyorum. Burada belirttiniz ya hemşire arkadaşlara sigorta yapılması noktasını. Şu anda amiri olarak zaten hemşire arkadaşların veya tüm 112 transferinde hastanın başına gelecek bütün problemlerden aslında hekim olarak bizler sorumluyuz. Ben hemşire arkadaşlara da bir sorumluluk yüklensin demiyorum ama bütün sorumluluğun hepsinin hekim arkadaşlara yüklenmesinin de adaletli bir şey olmadığını düşünüyorum. Bununla ilgili de bir çalışma yapmak gerekir. Yani hemşire arkadaşın ben yokken yapmış olduğu bir birebir hata da yine hekime yazıyor, bu biraz... Yazmasını demiyorum ama hepsi bana yazıyor olması biraz bana fazla geliyor, bilmiyorum.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ YENİDOĞAN BİLİM DALI BAŞKANI PROF. DR. SADIK YURTTUTAN - Yani, tıbbi uygulamalar tabii hekim gözetiminde yapılıyor ama sürekli 7/24 hastanın başında durmadığımız için bu uygulamaların tamamından sorumlu olmamız çok adaletli değil ve onların da yenidoğan yoğun bakım hizmet paylaşımında, sunumunda çok ciddi rolleri var; hemşirelerin tedavi sürecinde etkileri de çok belirgin, kesinlikle onların da bir sigorta kapsamı içerisine alınması gerektiğini tekrar vurgulamak lazım.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Hocam, sizin söylediğiniz hukuka uygun değil. Hemşire hata yaptıysa sorumluluk hemşirenindir. Hekimin "order"inden kaynaklı bir hataysa tabii ki hekim de burada sorumlu.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Genelde onun sorumluluğu ve inisiyatifini biz alıyoruz.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Sizin isteyerek demeniz ayrı bir olay.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Ayrı bir şey ama normalde örnek veriyorum damar yolu açarken nikoz oldu elinde, evet hemşire de bir ifade veriyor ama primer sorumlu yine biziz hekim olarak.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Yani hekim tabii belki ifade verir ama uygulamayı yapan hemşiredir, hemşirenin yaptığı bir kusur var ise onun sorumlusu hemşiredir. Müteselsil sorumluluk sizde bu durumda olmaz yani hemşirenin yapması gereken uygulamalar nedeniyle sizde sorumluluk olmaz. Tedavülde tabii "order"ı siz veriyorsunuz.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - "Order"dan bahsetmiyorum.

HASAN ARSLAN (Afyonkarahisar) - Yani siz yokken hemşire uygulaması gerektiği işlemde bir hata yaptıysa ateşini ölçerken, tansiyonunu ölçerken, enjeksiyon yaparken, kan alırken, burada hekim sorumluluğu yok.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şimdi Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinden sorunları ve çözüm önerilerine dinleyeceğiz.

Son konuşmacısın Fatih herkesin sabrı da sınırlarda, hızlı olursan seviniriz.

ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM UZMANI DR. FATİH İŞLEYEN - Sayın vekillerim, değerli sağlık yöneticilerim, sevgili meslektaşlarım; herkesi saygıyla selamlarım. Hızlıca ben sunumuma başlayayım.

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doktor Fatih İşleyen, mecburi hizmetimi bitirdim, iki yıldır Urfa'da görev yapmaktayım.

Urfa'dan popülasyon olarak zaten bahsetmiştik, benim burada değinmek istediğim noktalar özellikle özel ve kamu arasındaki bariz farklar. 2 tane hastane var, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İkisinin toplamda yaklaşık 200 yatağı bulunmakta. Üçüncü düzey zaten ilçelerde bulunmamakta. Özel hastanelere baktığımızda, toplam yatak sayısı 277, kamudan daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bununla birlikte yatak sayısı daha fazla olmasına rağmen çocuk uzmanı sayısı arasında bariz bir farkın olduğu, kamuda 130 uzman, özelde 21 uzman ve yenidoğan uzmanın özelde hiç olmadığı göze çarpmakta. Ayıyeten -ileri ki slaytlarda gelecek- Urfa'da 6 tane özel hastane bulunmakta, bu hastanelerin üçüncü düzey yatak sayılarını incelediğimizde bir hastanenin 59 yataklı akademi hastanesi ve 59 yatağın 59'u da üçüncü düzey olarak karşımıza çıkmakta. Hâlbuki ildeki en kötü hastaların, üçüncü düzey hastaların bulunduğu merkez bizim Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ama bizim hastanemizde bile resmiyetle, mevzuatta 54 yatak üçüncü düzey ve 3 yenidoğan uzmanı olarak bu görevi sürdürmekteyiz. Yani bununla ilgili neler yapılabilir? Yani üçüncü düzey yatak sayısı -biraz önce Selahattin ağabeyimizin de bahsettiği gibi- "Üçüncü düzeyse yenidoğan uzmanı çalışmalıdır."dan ziyade yani belli bir kapasite olur. Mesela 40 yatağın üzerinde üçüncü düzey yatak varsa burada yenidoğan uzmanı olma koşulu getirilebilir, belki düzenlemeler yapılabilir çünkü 59 yataklı bir ünite, üçüncü düzey ve hiç yenidoğan uzmanımız yok; bu, ciddi bir şekilde, bariz bir şekilde gözümüze çarpmakta.

Aynı zamanda bebek ölümleriyle ilgili, bebek ölümlerine baktığımızda, son yıllarda kamudaki bebek ölümlerinin azaldığını görüyoruz. Özeldeki bebek ölümlerinde de bir artışın olması, bu da bakım merkeziyle dolaylı olarak bağlantılı. Tabii niye kamuda yüzde 48? Özelde yüzde 34. Kamudaki ölüm oranları özele göre daha fazla. Bunun sebeplerinden bir tanesi cerrahi hastalar kamuda, bütün yan dallar kamuda, yan dal ihtiyacı olan özellikli hastalar kamuda yer almakta. Beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, post op hasta takipleri kamuda yapılmakta; kritik hasta ve multipl anomalili doğumlar da yine kamuda fazla olduğu için kamudaki ölüm oranlarının daha fazla olması... Ama son yıllarda bu ölüm oranlarında gerilemenin olması bakım kalitesinin kamu yönünden arttığını, özeldeki ölüm oranlarının yükselmesi de özelin bakım kalitesinin sorgulanması gerektiğini göstermekte.

Bahsetmiştik, Türkiye genelinde canlı doğumun en yüksek olduğu ikinci il Urfa, 54 bin doğum oluyor. Yalnız, buna rağmen ilde toplam 7 yenidoğan uzmanı var. Yine, biraz önce bahsedilmişti, 15 yeni yataklı yenidoğan ünitelerinde 4, 5 tane yenidoğan uzmanının olduğu yerler bulunmakta yani kamu yönünde 260 yataklı bir kamu hastane yatağı, yenidoğancı sayısı 5. Bununla birlikte özelde 277 yatak ve sıfır yenidoğancı; bu da göz önünde bulundurulması gereken sebepler.

Özellikle vurgulamak istediğim şeylerden, çocuk uzmanı ve hemşire deneyimi. "Bebek ölümlerini nasıl azaltabiliriz?"le ilgili... Şimdi deneyimli çocuk uzmanı ve hemşire oldukça önemli çünkü erken tanı ve erken müdahale çok önem arz etmekte. Deneyimsiz hekimler kritik, zor sorunları yönetmekte zorluk çekiyor, mortaliteyi artırabiliyor. Eğer yenidoğan konusunda deneyimli

bir çocuk uzmanıyla çalışırsak acil durumlarda daha hızlı ve doğru bir yaklaşımla karşılaşabiliyoruz. Bundan niye bahsediyorum? Çünkü hastanemizde 39 çocuk uzmanı bulunmakta. Yenidoğanda çalışan bir arkadaşımız izin aldığı anda veya rapor, kongre durumları olduğunda yenidoğanda çalışmayan bir pediatrist geldiğinde yani bakım merkezinin bariz bir şekilde değiştirir çünkü ünite hakkında deneyiminin yetersiz olması nedeniyle bu karşımıza çıkmakta. Aynı zamanda bazı arkadaşlarla kendi aramızda konuştuğumuzda -çocuk uzmanlarımızla- onlara "Önümüzdeki hafta ben yokum, benim yerime şu falanca gelsin yenidoğana..." Çünkü yenidoğan konusunda deneyiminin yetersiz olduğunu hepimiz bilmemize rağmen o aynı kişinin özel hastaneye elini kolunu sallayarak girip yenidoğani yönetebilmesi de düşündürücü. Bununla ilgili neler yapılabilir? Yani PDC sayıları artırılabilir, pediatristin PDC'si 61, şu an 39 pediatrist bulunmakta hastanemizde. Neonatolojinin yine 5 PDC'si var, 3 yenidoğancıyız.

Bunun haricinde bir de hemşirelerle ilgili "Birinci, ikinci, üçüncü seviyede şu kadar hastaya şu kadar hemşire bakabilir." diye bir mevzuat var, şurada. Üçüncü seviyedeki her 4 hasta için 1 hemşire, ikinci seviyedeki her 5 hasta için 1 hemşire. Yalnız, bunun karşılığı hekim için bulunmamakta; bununla ilgili düzenlemeler yapılabilir. Nasıl yapılabilir? Yani üçüncü seviyede biraz önce dediğim gibi, 40 ve daha üzeri üçüncü seviye bulunan bir merkezde yan dal uzmanı olma zorunluluğu getirilebilir, özellikle kamu için. Aynı zamanda böyle büyük merkezlerde gece nöbetçi pediatrist sayısı da belli değil yani 110 yataklı bir merkeziz, 2 pediatrist nöbet tutuyor. Aynı zamanda doğumhaneye, anne yanındaki bebeklere de bakıyorlar. Anne yanındaki bebek kötüleşip geliyor. Doğumhanede ikiz üçüz bebek doğumu oluyor, yenidoğandaki bebek arrest oluyor, 2 pediatristin yetişme ihtimali olmuyor. Bununla ilgili bir standardizasyon yok maalesef yani koştur koştur gece nöbette çalışıyorlar arkadaşlar ama üçüncü düzeyde şu kadar yatak sayısı varsa şu kadar da pediatrist burada nöbet tutmalıdır şeklinde en azından minimum sayılar belirlenirse yetişemeyince hastanın başına geç gidince aniden orada bebek zarar görebiliyor.

Bir diğer şey, yine burada çocuk uzmanı sayısı. Kamudaki hemşire sayısı ile özel hastanedeki hemşire sayısı birbirine benzer, 280'e 220. Yalnız pediatrist sayısında bariz fark var, 130'a 21. Yalnız yatak sayıları kamuda 260, özel hastanede de 270; yatak sayıları benzer olmasına rağmen, hemşire sayısı benzer olmasına rağmen çocuk uzmanı sayısı arasında yaklaşık 6 katlık bir fark var yani bu da bize gösteriyor ki gece bebek kötüleştiğinde bebeğe müdahale eden hemşire, bebeği entübe eden hemşire, bebeğe göbek kateteri takan yine hemşire yani bunlar tabii hekim sorumluluğunda olan şeyler, hepimizin bildiği gerçekler. Yalnız hekimin yapması gerekirken özellerde bunları maalesef hemşireler yapmak durumunda kalıyorlar.

Aynı zamanda, en önemli şeylerden biri de yine deneyimli yardımcı sağlık personeli, bu da morbidite ve mortaliteyle direkt bağlantılı çünkü erken tanımlamayınca sepsis. Ankara'daki yan dal yaparken hemşireler oldukça deneyimliydi, geliyorlardı "Hocam, bu hastayı iyi görmüyorum acaba bir değerlendiresek mi?" demeleri bize ciddi manada bir yol gösteriyordu. Yine, yapılan araştırmalarda deneyimli hemşirelerin, hasta başına düşen hemşirelerin sayısının hasta sonuçlarını doğrudan etkilediği görülmüş. Yani neler yapılabilir? Hemşire arkadaşlarla konuştuğumuzda Urfa'da en çok istenmeyen yer yoğun bakımlar, cerrahi yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım. Herkes serviste çalışmak istiyor "Niye ben serviste çalışmayayım ki?" diyor arkadaşlar. Aradaki bin liralık fark için yoğun bakımda çalışmaya, bu riski almaya, bu yoğunluğu yaşamaya, bu stresi çekmeye gerek olmadığını hemşire arkadaşlar ifade ediyorlar. Yani burada teşvik ödemeye ilgili belki hemşirelere yönelik farklı ödüllendirme yöntemleri yapılabilir.

Yeni işe başlayan hemşirelerin tek başına hasta bakması, direkt yenidoğan yoğun bakımdan başlamaları da oldukça sıkıntı arz ediyor. Bu tarz alım olduğunda bu hastaların öncelikle çocuk servisinde, damar yolu, çocuk hastayla yaklaşıma bir aşına olup sonrasında yenidoğana girmesi de deneyim kazanmalarını sağlayacak ve bebeklerin zarar görmelerini önleyecek çünkü tipta zaten temel kural "Primum non nocere" yani önce zarar vermemek yani hemşirenin yaptığı basit bir hata sonrasında 10 yenidoğan profesörü de gelse bebek başına, düzeltmek oldukça zor oluyor. O yüzden hemşire deneyimi oldukça önemli.

Hastanemiz özelinde konuşacak olursak, Urfa özelinde, deneyimli yenidoğan hemşireleri yenidoğan dışındaki ünitelerde çok fazla çalışıyorlar yani bir yolunu bulup, bir yerde referans sağlayıp yenidoğan dışında bir yere kendilerini transfer ettiriyorlar. Yenidoğanda bunları tutabilmemiz için -biraz önce de bahsedilmişti- uzman hemşirelik veya sertifikasyonlarla teşvik yönünden belki daha fazla bir teşvikle onların yenidoğanda kalması oldukça önem arz etmekte.

Bunun haricinde, son olarak değinmek istediğim noktalardan biri de bölgemiz oldukça farklı yani nüfusu 2,5 milyon olan bir il. Yalnız doğum sayısı 54 bin, Türkiye 2'ncisi yani bu kadar çok bebeğin doğduğu bir yerde bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik multidisipliner bir yaklaşım gerekiyor yani bütün yan dalların Urfa'da bulunması gerekmekte. Şu anda çocuk hematolog, çocuk gastroenteroloji maalesef bulunmamakta; bunlar da dolaylı olarak hastayı etkiliyor. Yani bununla ilgili ne yapılabilir? Normalde sözleşme 4924, sözleşmeli çalışma durumu... Başka bölümlere baktığımızda mesela mühendislikte ASELSAN'da çalışan arkadaşımız vardı, Sayıştayda çalışan başka bir mühendis arkadaş vardı onlar mesela kalifiye mühendislere 2 kat, 3 kat, aylık 4 mühendis maaşı verebiliyor; ekstra ikramiyeler veriliyor 2 ay, 3 ayda bir. Şimdi, bizde maalesef cezalandırma sistemi oluyor, hematolog gitti İstanbul'dan bir aylığına çocuk hematolog görevlendirildi, arkadaş "İstanbul'dan beni niye Urfa'ya görevlendiriyorlar?" diyerek İstanbul'a dönünce istifa edip özele geçeceğini söyledi. Yani bunun yerine yapıcı adımlar atılabilir yani mesela on iki aylık ekstra sözleşme olur, 4924 olmaz, 4934 olur mesela yeni bir sözleşme çıkar; bu kişileri doğuya gönüllü olarak nasıl çekebiliriz? Geçen hastanemizde çocuk gastroenterologu iki ay önce istifa etti, çocuk uzmanı olarak Katar'a gitti. Yani, bu kişinin gitme sebebi -tabii başka sebepler de olabilir ama- maddi sebepler maalesef ön planda. Yan dalcılar mecburi hizmeti bitirdikleri gibi bölgeden uzaklaşıyorlar. Yani bununla ilgili de ekstra düzenlemeler yapılabilir. Ne yapılabilir? Mesela kişi üç yıl, dört yıl, beş yıl neyse bölgede çalıştıktan sonra hâlâ o bölgede kalmaya devam ederse bununla ilgili yeni bir sözleşme imzalanıp daha yüksek gelirler elde etmesi sağlanabilir ama teşvikte oynama yapılamaz çünkü teşvikte oynama yapılırken herkes -biraz önce de ifade ettiğimiz gibi- cerrahi branşlar "Biz de teşvik istiyoruz." kadın doğumcu "Biz de teşvik istiyoruz." diyebilir ama il sağlık müdürlükleri bünyesinde kriz olan bölümler değerlendirilerek bununla ilgili hangi bölümlerde hekime ihtiyaç varsa bununla ilgili özel düzenlemeler yapılabilir. Onun haricinde çünkü deneyim çok önemli, deneyimlendikçe, dört yıl, beş yıl boyunca aynı yerde kaldıkça bir hekim oraya daha çok faydası olabiliyor.

Benim diyeceğim bu kadar. (Alkışlar)

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Çok teşekkürler.

Soru sormak isteyenler var mı?

Buyurun Vekilim.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Güzel bir sunumdu. Daha doğrusu sizin yorumunuzu almak istiyorum. Şimdi, doktor bey anlatırken söyledi, Şanlıurfa'da bir özel hastanede birinci seviye ve ikinci seviye yoğun bakım yok ama üçüncü seviyede 59 tane yatağı var, değil mi, yanlış hatırlamıyorum? Bunu nasıl yorumluyorsunuz? Yani buna ne dersiniz, niye böyle?

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Sayıyı mı, basamağı mı soruyorsunuz?

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Genel olarak bu hastanenin bu tavrını nasıl yorumluyorsunuz, bunun için bir düzenleme yapılabilir mi? Mesela birinci ve ikinci basamak yoğun bakım olmayan bir hastaneye üçüncü basamak yatak sayısı verilmeli mi?

HASAN ARSLAN (Afonkarahisar) - Aynı şey Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde de söz konusu.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Kim yaparsa yapsın.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şimdi, şöyle söyleyeyim normalde, geçmişte eğer bir hastanenin üçüncü basamak alma kapasitesi varsa verilen bütün yatakların hepsi üçüncü basamak olurdu. Yani eğer 1 kişi bile üçüncü basamak seviyede hasta bakacak seviyeniz varsa donanım olarak, alt yapı olarak hepsi üçüncü basamak veriliyordu, sonradan üçüncü basamak yatak sayıları çoğalınca bununla ilgili düzenlemeye gittik ve oranladık. Zaten normalde işin doğası gereği bütün yataklarımızın hepsini üçüncü basamak olarak kullanma şansımız zaten yok. Belli miktarda ikinci basamağa da ihtiyacınız var, birinci basamağa da ihtiyacınız var.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ama ben şöyle düşünüyorum: Yani, burada, bu özel hastane yenidoğan yoğun bakıma alacağı bütün hastaları birinci basamak da olsa ikinci basamak da olsa üçüncü basamağa alıyor çünkü "Benim üçüncü basamak yoğun bakımım var." diyor.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Hocam, öyle bir şey yok yani basamak diye bir şey yok. Aslında normalde...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Seviye olarak söylüyorum ben.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Orada ben mesela birinci basamak hasta diyorsa...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Çok iyi niyetli düşünüyorsunuz, ben farklı düşünüyorum. Ben diyorum ki bu özel hastane yani yol açıyor diyorum yani şu anda diyor ki 1 yenidoğan oldu, yoğun bakım ihtiyacı var ama normalde birinci basamak yoğun bakım. Şimdi, bu hastayı başka bir yere sevk etmiyordur, alıyordur üçüncü basamağa ve üçüncü basamak yoğun bakım ücretini de SGK'den alıyordur, tanıyı da ona göre giriyordur.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Aldığı hizmete göre faturalandırılır normalde yatak üç olsa bile...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Ama işte sonuçta bir tanı koyup kâğıt üzerinden...

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Bir tanı uydurup yapılabilir.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Yani, bunu düşünen bunların hepsini yapıyordur diye düşünüyorum. Bence buna izin vermemek lazım yani burada direkt üçüncü basamak yoğun bakımda 59 tane yatağın var, birinci ve ikinci basamakta yok yatağın.

MURAT ÇAN (Samsun) - İyi de üçüncü basamakta zarar ediyor deniliyor.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Aslında normalde şöyle söyleyeyim yani ben kendi yaptığımı söyleyeyim: Normalde Bakanlık bu işlemi yaptığı zaman yani bütün yatakların hepsini üçüncü basamak değil de bir kısmına iki ve bir verdiği zaman bizim yöneticilerimiz "Ne gerek var böyle bir şeye? Niye bizim acaba seviyemiz mi düşüyor?" gibi böyle bir şeyde bulundular. Ben de üçüncü basamak olarak kullanmayacağımız bir yatağın yani normalde ikinci basamak veya birinci basamak, onlar ikinci basamak oluyor daha az hemşire ve daha az donanım bulundurma şartı olacağı için bu bizim lehimize demiştik, o zaman ikna olmuşlardı. Tabii, müdürlükler, Bakanlığımız zaten basamakları oluşturmuştu.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Yani, şöyle bir düzenleme olabilir mi Ünal Hocam? Yani Bakanlık tarafından yenidoğan yoğun bakım tescillendiği zaman bir oranlama yapılabilir mi?

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yapılıyor zaten, yapılıyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Niye o zaman mesela 1 ve 2 yok?

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Tescil istememiştir.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - 1-2-1 gibi bir oran yoluna gidildi aslında yani öyle bir piramit çizelim. Seviye 2 daha ağırlıklı olsun, 3 sayısı da 1'i ona göre oluşturalım diye. Burada zarar şöyle oluyor Sayın Vekilim, gerçekten seviye 3 hizmeti veriyorsa hastane zarar edebilir ama basit bir sarılık, fototerapi için yatırıp da yanına bir sepsis modifikasyonu ekleyip seviye 3 faturası alırsa ondan zarar etmiyor.

MURAT ÇAN (Samsun) - O zaman otomatik olarak onu yapıyor gibi düşünmemiz lazım yani hikâye oraya evriliyor.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Şimdi, Sayın Vekilimin dediği de hikâye oraya gidebilir mi başka yerlerde olduğu gibi, bu kadar hep seviye 3 olursa anlamında ben öyle algılıyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bu çalıştayı başından beri aynı şeyi gözlemliyorum Urfa'da, Diyarbakır'da, Antep'te. Özel kuruluşlardaki yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı kamudan fazla, zarar da ediyorlar bunlar üçüncü basamağı gerçekten sarf ediyorlarsa. Demek ki o zaman başka bir şey var.

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - Hani zarar etmenin yöntemleri...

MURAT ÇAN (Samsun) - O zaman iki saatte biz burada tartışıp bu hükme vardık, burada 4.200 tane denetimde ne oluyor?

PROF. DR. AHMET YAĞMUR BAŞ - İşte, kalitelerine, hasta bakım ilkelerine yönelik bakım kalitesini takip eden denetlemeler.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Mesela şu anda özel hastaneleri denetlemek için olağandışı denetlemeler yapılıyor değil mi, kim gidiyor? Mutlaka bu ekipten komisyonun içerisinde bir yenidoğan uzmanımız vardır, değil mi? Var. Bunu acaba biz sorgulamıyor muyuz? Mesela giden ekip ya üçüncü basamak var niye bir ve ikinci basamak yok? Ve bunun altında SGK'ye

kesilen faturalar, vesaireler, karşılaştırmalara daha dikkatli bakılmıyor mu? Yoksa gittik, evet, üçüncü basamak yoğun bakım var, elli dokuz tane yatağı var; tamam, hepsini "check" ettik, geldik; böyle mi oluyor?

ECZACI ŞULE GÜLER - Sayın Vekilim, üçüncü basamaktan SGK'ye fatura edilmiş olması onun üçüncü basamak olarak ödeneceği anlamına gelmiyor. Epikriz bilgilerinden hangi basamağın işlemleri yapıldıysa tenzil edilerek ikinci basamaktan...

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Çok iyi niyetli düşünüyorsunuz.

MURAT ÇAN (Samsun) - O kılıf hazırlanıyor.

EROL KELEŞ (Elâzığ) - Minareyi çalan kılıfını zaten hazırlıyor, ona göre giriyor zaten sisteme, problem orada. Siz de hastayı direkt görmediğiniz için, fatura üzerinden yaptığınız için "Evet." diyorsunuz. Yani girdiği rakamlar, tanı vesaire "Doğru." diyorsunuz.

ECZACI ŞULE GÜLER - İşte mevcut soruşturmanın yani bu olayın kaynağı da buydu zaten; kâğıt üzerinden bir şeylerin düzenleniyor olabilmesi. Şimdi pilot uygulamayla -Ankara'da başlayacak sanırım- Sağlık Bakanlığıyla entegre bir sistem yapılacak, on-line olarak bağlanılarak Sağlık Bakanlığındaki yataklardan canlı olarak bilgi alınıp kontrol edilebilir duruma gelecek. Belki bir nebze aşılabılır bu sorun diye düşünüyorum.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Üçüncü basamak için başlıyor.

MURAT ÇAN (Samsun) - O zaman şeyi konuşalım, taşeron sistemine dönük bir işlem yaptılar. Samsun'da bu hafta tartıştık, konuştuk, şirketler devam.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Şirketler mi taşeronlar mı aynı şey değil?

MURAT ÇAN (Samsun) - Zaten şirketleşmeyi engelleyen bir düzenlemeydi öyle değil mi? Bunun süksesi öyle yapıldı.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Hekimlerin şirketler üzerinden maaşının ödenmesi başka bir şey, taşeron başka bir şey.

MURAT ÇAN (Samsun) - Bu da kaldırılacak. Tabii biliyorum, onu net biliyorum. Taşeron Fırat bilmem ne işte, hani çoklu operasyonel iş. Sektör bu işe zaten sizden önce bir kılıf buluyor. Burada, hâlâ bizim çözmemiz gereken konu denetime gidildiğinde "59 tane üçüncü basamak yoğun bakımı sen ne yapıyorsun kardeşim?" diyebilmezdir.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Sayın Vekilim, normalde şöyle söyleyeyim, siz bana o hastanenin ne kadar fatura kestiğini söyleyin ben size ne kadar kaçak, ekstra basamak girdiğini söyleyeyim. Şu an şu doluluk oranını söyleyin bana, faturasını söyleyin, ben size şu kadar fazla fatura kesmiştir derim zaten. İnanın, söylerim ben size, hiç bakmama gerek yok.

MURAT ÇAN (Samsun) - Ünal Hocam, şöyle geliyor, siz ameliyatı yapıyorsunuz, epikrizini yazıyoruz, ameliyat notunu yazıyorsunuz. Aşağıdan faturalandırmada işte tıbbi sekreterlikten mezun bir kardeşimiz geliyor, diyor ki: "Hocam bütçe uygulama talimatına göre şu virgüllü şuraya koysak hastane şu kadar daha para alacak." Sistem zaten böyle.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - O kadar kolay değil ama basamak denetimini istemiyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Basamak için söylemiyorum.

KAHRAMANMARAŞ SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKAN YARDIMCISI ÜLKÜ KARAKAYA - Ben bu konuda bir şey söyleyeceğim. Bu yoğun bakım tescillerinde, ilk tescil muhtemelen 39 yatak beş yıl öncesi yapılmıştır, şimdi Bakanlığımız kendi belirliyor seviyelerini. Yeni açılan hastanede ya da yatak artırımına giden, tadilata giden özel hastanelerimizde ilk seviyeleri Bakanlığımız belirliyor. 3, 2, 1, hepsinden de orantılı olarak. Onların oranları var, ilk seviyeleri de onlar belirliyorlar. Bu, muhtemelen tadilata gitmemiştir, hiç değişiklik yapılmamıştır, ondan dolayıdır. Bu endikasyon denetimleri de zaten artık zorunlu hâle geldi. Bundan sonra seviyelerine göre denetim de yapılacak. Benim bildiğim kadarıyla SGK de zaten ödeme yapmadan önce seviye denetimi yapıyor.

MURAT ÇAN (Samsun) - Her şey bu anlattığınız kadar kolay ve mükemmelse bu acıyı niye yaşadık? Bunu konuşalım bence tam da...

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Aslında burada şu var yani normalde bu yenidoğan yoğun bakımlarda... 2011 senesinden bahsediyoruz yani bu işin önünün açılması, o sayının artırılma çabası için cazip hâle getirilmesi sebebiyle bu noktadan sonra artma başladı. Ama izlendiği yoğun bakımları arttırdık, 2020'den sonra kâr eder hâle gelmedi. Arkadaşlarım kâr etmek için hastaları yığdılar, basamakları artırdılar. Başka türlü normalde eski bir Bakanlığımızın hastanesi "Ben zarar ediyorum, o yüzden de yoğun bakımı sabit kiraya verdim." dedi.

MURAT ÇAN (Samsun) - Demedi. "Benim haberim yok." dedi o işten.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Yok dedi.

MURAT ÇAN (Samsun) - Sonra düzeltti "Taşeron işinden haberim yok, benim öyle bir bilgim yok." filan gibi dedi çünkü yasal değil yani.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Başlangıçta ilk kullandığı şey buydu ama ben şeye gelmek istiyorum yani hastaneler yoğun bakımdan kâr etmiyorlar. Kâr etmeleri için bütün hastanede doluluklarının artması gerekiyordu, iki basamakların artırılması gerekiyordu. O yola gitmişler, o da hatayı getirdi muhtemelen.

MURAT ÇAN (Samsun) - Sonuçta söyleyemediğimiz bir şey var yani hak edilmeyen bir parayı kazanmak için kâğıt üzerinde birtakım işlemler yapılıyor. Bunun bulunması gerekiyor.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Hocam işte yenidoğan yoğun bakımcı zaten başka hastaneye konsültan olmamalı, hakkını vermelisiniz, denetimlerinizi artırmalısınız. 2 kişi 450 yatağa bakarsa hata kaçınılmaz olur. 400 küsur hastaya bakmak veya bakma çabasıyla kazanılacak parayla bir hayır olmadığını zaten gördük. Gerçek bu değil ama zaten ya bu gerçek değil. Ama buraya itilen bir sistem var onu söylemeye çalışıyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Evet, çok haklısınız yani bunu bulup bu yolu tıkamak lazım.

OTURUM BAŞKANI PROF. DR. YUSUF ÜNAL SARIKABADAYI - Başkanım, artık ben sözü size vereyim.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Evet, çok teşekkür ediyoruz tüm katılımcılara, sunum yapan il sağlık müdürlerimize, başkanlarımıza, katkı sunan hekimlerimize, hocalarımıza teşekkür ediyoruz.

Gerçekten yoğun bir toplantı geçti.

Herkese tekrar teşekkür ediyorum.

MURAT ÇAN (Samsun) - Şenol Vekilimizin bir uyarısı var. Önümüzdeki bu tabelalarda T.C.B.M.M yazıyor.

ŞENOL SUNAT (Manisa) - Öyle bir şey denmez. Tabii ki o biraz fazla hassasiyet. Türkiye Cumhuriyet Büyük Millet Meclisi gibi düşünmüşler ama Türkiye Büyük Millet Meclisi olarak ifade edilir.

BAŞKAN İSHAK ŞAN - Arkadaşlar, çok çok teşekkür ediyoruz hepinize; hayırlı akşamlar diliyoruz.

Kapanma Saati: 17.44