

Editöre Mektup

Kırsalda bir kardiyolog olarak çalışmanın zorlukları ve çözüm önerileri

Difficulties in professional practice as a cardiologist in a rural setting:
recommendations for improvement

Dr. Mutlu Vural

Kırşehir Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü, Kırşehir

Sayın Editör,

Kardiyoloji ihtisasımı Prof. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladıktan sonra kura çektim ve kardiyoloji uzmanı olarak girişimsel kardiyoloji imkanının olmadığı bir hastane olan Kırşehir Devlet Hastanesi'nde göreve başladım. Kırşehir'de çalışmaya başladıktan sonra eğitim ve araştırma hastanelerinde yılların vermiş olduğu oturmuşluğu, cihaz bolluğunu ve en önemlisi yardımcı personelin profesyonelliğini beklemenin sınırları zorlamak olduğunu yerinde gördüm.

Kırsalda uzman tabip olarak omuzlarınıza binen sorumluluk eğitim araştırma hastanesine göre oldukça artıyor. Dalınızda bulunduğunuz ilin en üst hekimi olduğunuzdan her an aranabilecek konumda oluyorsunuz. Doğal olarak, kendi servisiniz dışında acil, ameliyathane ve diğer servislerde her an doğabilecek tüm kardiyolojik komplikasyonlara ve diğer servislerin konsültasyon ihtiyacına yetişmek, il içi ve ilçelerden gelen acil kardiyolojik müdahale ihtiyacını anında karşılamak ve gün içinde sizi bekleyen poliklinik hastalarına hizmet vermek yanında özel muayenehanenizi işletmek gibi ağır bir sorumluluk altına giriyorsunuz. Hastane içindeyken olası ihtiyaçlara yerinde cevap veriyorsunuz. Ancak, hastane dışındayken kendi hastanız ve diğer birimlerin hastalarında oluşan kardiyolojik bir komplikasyona ya da acile gelen kalp hastalarına ilk müdahaleler yardımcı sağlık personeli tarafından yapılmaktadır.

Birçok kırsal hastanede olduğu gibi Kırşehir Devlet Hastanesi'nde de mesai saatleri dışında acil ser-

viste pratisyen hekimler bulunmakta; koroner ünitesi ve diğer tüm servislerde sadece hemşire, sağlık memuru ya da anestezi teknisyenleri yardımcı sağlık personeli sıfatıyla görev yapmaktadır. Kağıt üzerinde her gün bir uzman tabip idari nöbetçi olarak görünse de, hastalara müdahalede icap nöbeti esas alınmaktadır. Bu durumda, hemşire, sağlık memuru ya da anestezi teknisyenleri muhtemel kardiyolojik komplikasyonlara ilk kritik müdahaleyi yapan sağlık çalışanı olmaktadır. İlk kritik müdahale anının önemini hepimiz biliyoruz. Olası komplikasyonların olumlu sonuçlanması çoğunlukla bu çabaların doğru bir şekilde yapılmasına bağlı olmaktadır. Ne yazık ki, bu müdahaleler genelde yetersiz kaldığından, hekim yetiştiğinde sonucu değiştirecek fırsatların çoğu kaçmış olmaktadır.

Kırsal hastanelerde yardımcı sağlık personelinin üstlendiği ağır yükte yetersiz kalması dışında, teknolojik yetersizlik de ayrı bir sorundur. Ancak, teknolojiyi getirdikten sonra onu kullanmanın da ayrı sorunları vardır. Örneğin, iki ay önce kullanmaya başladığımız stres elektrokardiyografi (EKG) cihazının uygulama aşamasında birçok sorun ortaya çıkmıştır. Elektrokardiyografi yorumlamaya alışmış ve defibrilasyon işlemi bilen bir kardiyoloji servis hemşiresini cihaz teknisyeni olarak eğitip iki hafta kadar gözetim altında pratik yaptırdıktan sonra, hemşiremiz, kardiyoloji polikliniğine ara kapı bağlantısı olan efor odasında bağımsız olarak testi sürdürmeye başladı. Kırk ikinci günün sonunda 136. olguya kadar herhangi bir sorunla karşılaşmazken, hemşire zamanla testin pozitifliğinde ST çökmesine odaklandığından, 136.

olguda V1-5 derivasyonlarında gelişen ST yükselmesini önemsememiş ve 1.5 dakika daha hastayı yürütmüştür. Daha sonra hastada VF saptanmış ve 200 J ile başarılı bir şekilde defibrile edilmiştir.

Bu olay net olarak göstermektedir ki, kırsal kesimde yardımcı personelin eğitim kalitesinin artırılması ve sürekli eğitiminin sağlanması ayrı bir önem taşımaktadır. Ayrıca, yardımcı sağlık personelinin daha okul çağında cihazlarla tanıştırılması ve en az bir cihazı yönetebilecek eğitimi alması gerekmektedir. Üstelik bu başarıldığında, yardımcı sağlık personelinin hizmet üretimi çeşitlendirilmiş olacağından bu durum eğitim ve araştırma hastanelerine de katkı sağlayabilecektir. Bu tür hastanelerde asistanlardan beklenen hizmetin önemli bir kısmı yardımcı sağlık personeli tarafından üstlenildiğinde, ihtisas yapan ya da uzman olan hekimler daha verimli çalıştırılarak araştırma gibi faaliyetlere daha çok zaman ayırabileceklerdir.

Yardımcı sağlık personeline iyi eğitim verilmesinin ötesinde, kırsal hastaneler için yapılabilecek başka şeyler de olmalıdır.^[1,2] Uzaktan takip sistemlerinin uygulanması, şehir içindeki küçük sağlık birimleri ile merkezi hastaneler arasında tele-danışmanlık hizmetinin kurulması, başka şehirlerdeki eğitim ve araştırma hastaneleri ile kırsal hastaneler arasında elektronik ağ sistemi uygulaması gibi yöntemlerle basamaklı tedavi, randevülü hasta nakli ve ortak hasta takibi gibi üst düzey bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilebilir.^[3-6]

Sonuç olarak, bir ilin kardiyoloji kliniğini yönetmek için kırsala gelen uzman hekim, başarısını artırmak için teknolojik gelişmeler istese ve yardımcı personelin eğitimini üstlense bile, bunu tüm sorumlulukları içerisinde tek başına yürütmesi mümkün değildir. Bölgesel idari ve siyasi otoriteler ile merkezi otorite olan Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda ciddi adımlar atması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Federal Communications Commission. Rural health care support mechanism. Final rule; denial of petition for reconsideration. Fed Regist 2003;68:74492-504.
2. Craig J, Patterson V. Introduction to the practice of telemedicine. J Telemed Telecare 2005;11:3-9.
3. Glazebrook R, Manahan D, Chater B, Barker P, Row D, Steele B, et al. Educational needs of rural and remote Australian non-specialist medical practitioners for obstetric ultrasound. Aust J Rural Health 2004; 12:73-80.
4. Craig J, Chua R, Russell C, Wootton R, Chant D, Patterson V. A cohort study of early neurological consultation by telemedicine on the care of neurological inpatients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004;75:1031-5.
5. Wang S, Gross H, Lee SB, Pardue C, Waller J, Nichols FT 3rd, et al. Remote evaluation of acute ischemic stroke in rural community hospitals in Georgia. Stroke 2004;35:1763-8.
6. Ricci MA, Caputo M, Amour J, Rogers FB, Sartorelli K, Callas PW, et al. Telemedicine reduces discrepancies in rural trauma care. Telemed J E Health 2003;9:3-11.