

FINLANDİYADA BİRİNCİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Dr. Çağatay Güler (*)

Finlandiya hakkında genel bilgiler:

Finlandiya beş iskandinav ülkesinden birisidir. Norveç, İsveç, ve SSCB ile komşudur.

Gölleri ve ormanları ile tanınmaktadır. 4.7 milyon olan nüfusunun (% 60 ı kentsel bölgelerde % 40 ı ise kırsal kesimde yaşamaktadır. Kilometrekareye 15 kişi düşmektedir. Başşehri olan Helsinki'nin nüfusu 500.000 dir. Kilometrekareye 15 kişi düşmektedir. 1976 yılında doğum hızı 14.1 ölüm hızı ise 9,5 tur. Nüfus piramidi tipik bir endüstriyel toplum özelliği göstermektedir. 66 yaş ve üzerindekiilerin oranı % 11.4 tür. 2000 yılında bu oranın % 12,4 olacağı tahmin edilmektedir.

Finlandiya bir kuzey ülkesi olmasına rağmen tarımsal ürünleri bakımından kendi kendine yeterli durumda bir ülkedir. Kişi başına milli geliri 1976 yılında 6120 dolardır.

Finlandiya 6 yıl için seçilen bir Cumhurbaşkanı tarafından yönetilmektedir. 200 üyeli bir parlamentosu bulunmaktadır. 4 yılda bir seçimle bu parlamento yenilenmektedir. 9 politik partisi vardır. Ülkede komün adı verilen yerel hükümet birimleri bulunmaktadır. Ülkede 470 kadar komün bulunmaktadır. Birincil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi de hizmetlerin organizasyonu ile sorumlu yerel otoritelerin sorumluluğundadır. Kaynak milli ve yerel gelirlerden sağlanmaktadır. Denetim ve gözetim merkezi hükümet tarafından yapılmaktadır.

ÜLKENİN GENEL SAĞLIK DÜZEYİ

1976 yılında infant mortalite hızı bin canlı doğumda on olarak verilmektedir. Infant mortalitesi bakımından bölgesel ya da kırsal ve kentsel kesim farklılıkları bulunmaktadır. Ana çocuk sağlığı hizmetleri 1940 yıllarından itibaren hemen hemen bütün anne ve çocukları kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmış bulunmaktadır.

Otuz yıl öncesine kadar ölümlerin üçte birinin tüberküloza bağlı olmasına karşılık günümüzde enfeksiyon hastalıklarından ölüm etkin aşılama ve çevre sağlığı çalışmalarına bağlı olarak azaltılmıştır. İlerideki on onbeş yıl içerisinde tüberkülozu bir sağlık sorunu olmaktan çıkarmak savındadırlar.

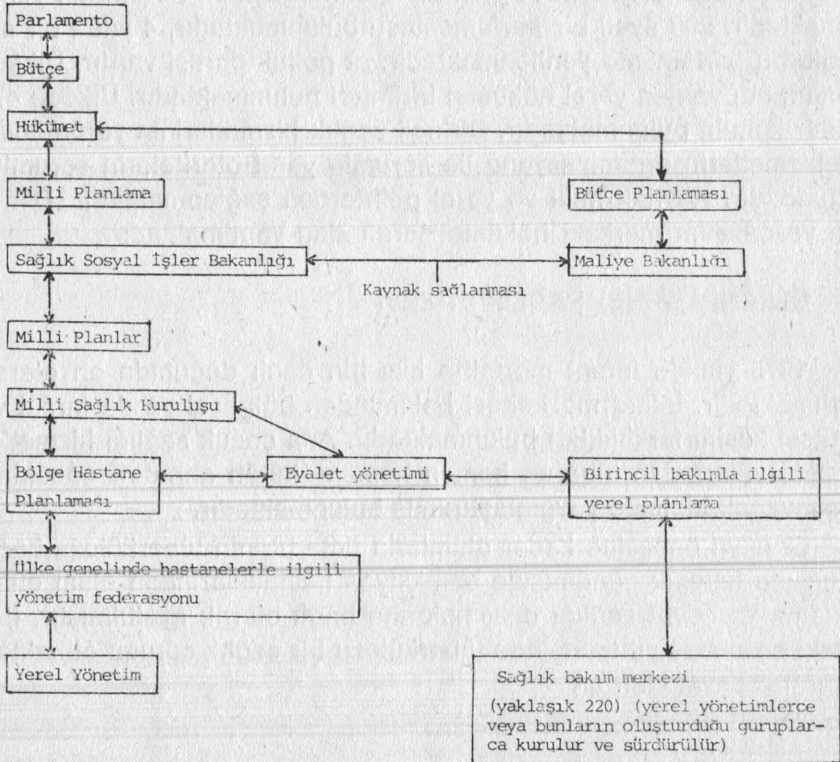
(*) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü

Bu yüzyılın başında doğumdan itibaren beklenen hayat süresi erkekler için 45 kadınlar için 8 olarak hesaplanmakta idi. 1976 da ise bu değerler erkekler için 67.5 kadınlar için ise 76.1 di. Orta yaşlı yetişkin popülasyonda mortalite ve morbidite oldukça yüksektir. Özellikle koroner kalp hastalığı olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar akciğer kanseri başta olmak üzere kanser, kaza ve intiharlar önemli yer tutmaktadır. Finlandiyada dolaşım sistemindeki bir hastalığa bağlı olarak ölüm yüzbinde 1394.4 dür. Akciğer kanserinden ölüm ise yüzbinde 265.6 dir. Kaza zehirlenme, intihar, ve cinayet ölümleri yüzbinde 231.2 dir.

SAĞLIK HİZMET POLİTİKASI:

19 yüzyılda özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile ilgili olmak üzere kırsal kesim sağlık görevlileri ağı kurulmuştur. Finlandiya'da sağlık hizmetleri geleneksel olarak toplumun bir işlevi olarak gö-

Finlandiya'da sağlık bakımı planlanmasındaki yönetsel zincir:



rüldüğünden bu görevlilerin atanması işi yerel otoritelere bırakılmıştır. Bu uygulamaya bağlı olarak aynı yüz yılda bölge hastaneleri kurulmuştur. II. Dünya savaşında önce ana çocuk sağlığı hizmetleri önce gönüllü kuruluşlar tarafından sonra yerel yetkililer tarafından örgütlenmiştir. 195 yılından beri ise bu hizmetler yerleşim ve ekonomik hizmetleri ne olursa olsun bütün toplumu kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmıştır. Bu uygulamada halk sağlığı hemşireleri ve ebeler görevlendirilmişler ve hizmetler halka parasız olarak sunulmuştur.

Temel sağlık hizmetlerinin ve ilk ana çocuk sağlığı hizmetlerindeki katkısı gözetim ve sevk edilen hastaların bakımı biçiminde olmuştur. Bu yolla çok kısıtlı olan hekim sayısı etkin bir biçimde kullanılmıştır. Koruyucu hekimlik uygulamalarının bütün ağırlığı bu devrede halk sağlığı hemşiresi ve aynı zaman da ebelerin omuzlarındadır. Bu uygulama finlandiyanın sağlık düzeyinin; ileri ülkeler düzeyine ulaşmasında en önemli etken olduğuna inanılmaktadır.

Tıbbi bakım ve hastane hizmetlerinin sunulmasında ise yerel hükümetler sorumluluk almışlardır. İlk bölgesel hastanenin hükümet tarafından kurulmasından sonra yerel yetkililer kendi hastanelerini kurmuşlardır. Daha sonra hastanelerin birlikte ve işbirliği halinde çalışabilmeleri için komün federasyonları kurulmuştur. 1948 de tüberküloz için, 1950 de genel sağlık bakımı için, 1952 de de ise mental hastalıklar için milli hastane ağı kurulabilmiştir. Bu hastanelerin yönetimi komün federasyonlarınca yürütülürken kaynak ise yarıyariya merkezi hükümet ve yerel hükümetlerce sağlanmıştır. 1951 den 1976 yılına kadar yatak sayıları genel hastanelerde 19000 e mental hastanelerde ise 11000 e çıkartılmıştır. Genel hastanelerde bin kişiye 4,2 yatak, tüberküloz hastanelerinde 0,5 yatak, psikiyatrik hastanelerde ise 4.1 yatak düşmektedir. Yalnız 1950 ile 1960 yılları arasında bu alana yönelik kaynakların büyük çoğunluğu hastane ağının kuruluşu için harcanmıştır. Bu hastanelere büyük önem verilmesi hatalı bir tutuma yol açmıştır. Primer bakımın ağırlığı azalmış ve bu hizmetler ana çocuk sağlığı ve okul sağlığı uygulamalarından ibaret kalmıştır. Bu hastanelerde eğitim gören hekimlerin genellikle hastane standartlarında yetişmesine ve bu nedenle temel sağlık hizmetlerinin ve birincil sağlık bakımının gerektirdiği standartlardan uzaklaşmalarına yol açmıştır. Bu bir oranla da olsa hemşirelik eğitimini etkilemiştir.

1960'larda hastalık sigortasının kurulmasıyla özel pratisyen hekimlik hizmetlerinden yararlanan hastaların yüzdesini azaltmak bakımından yararlı olmuştur. Doğal olarak bölgesel eşitsizliklerin giderilmesine de büyük katkı yapmamıştır. Ülkede hekim sayısı oldukça az-

dır ve 1960 ların sonlarına kadar ancak iki tıp fakültesi bulunmaktadır. 1973 yılında üç yeni tıp okulu açılmıştır. Bu okullar ülkenin kuzey güney ve orta bölgelerinde kurulmuştur. Geçen on senede ise yılda yetişen hekim sayısı 200 den 600 e çıkmıştır.

1970 e kadar ülke kaynaklarının % 90 ının hastane hizmetlerine harcanması, ancak % 10 unun birincil sağlık hizmetlerine ayrılabilmesi hastanelerde görev alan tam zamanlı hekim sayısını 2400 e yükseltirken, birincil sağlık hizmetlerinde çalışanların ancak 600 civarında kalmasına yol açmıştır. Bu durum infant ve çocuk mortalite oranında büyük bir düşme sağlayamamıştır. Bu nedenle 1970 lerde birincil sağlık hizmetlerine ağırlık vermeyi amaçlayan bir politika izlenmeye başlanmıştır. 1972 de parlamentodan birincil sağlık hizmetleri yasağı geçirilmiştir. Hükümet ve yerel kuruluşlar bu amaçla beş yıllık planlar yapmakla görevlendirilmişlerdir. Gerekli kaynaklar ayrılmıştır. Yapılacak uygulamaların ayrıntıları bu yasa ile belirlenmiştir. Birincil sağlık hizmetleri ile hastane ağının bütünleştirilmesi çabaları başlatılmıştır.

Finlandiya da birincil sağlık hizmetleri ile ilgili yasa da en önemli amaçlardan biriside toplumun kalkınmasına yönelik hükümlerdir. Bütün toplumu kapsamaması, birçok birincil hizmetin integre biçimde sunulması, parasız hizmet, kaynak dağıtımında eşitlik, kaynağı sağlayanlarla kaynaktan yararlanların yakın ilişki içinde olabilmelerinin sağlanması yasanın diğer amaçları arasındadır.

Ülke boyutlarında yaygın bir sağlık merkezi ağı kurulmuştur. Bunların kuruluşunu yerel yönetimler yapmıştır. Sağlık merkezleri işlevsel birimler olarak planlanmıştır. Komünün ve diğer komünlerin değişik yerlerinde bulunmakta olan hizmet birimleri ve binalardan oluşan sistem vardır. Yani hizmetlerin yalnız bir yerel yönetim birimi için sunulması zorunluluğu yoktur. Bir sağlık merkezinin hizmet götürdüğü minimal populasyon 10.000 ile 15.000 olarak saptanmıştır. Bu sayının 8000 in altına düşmemesi amaçlanmıştır. 22 sağlık merkezinden ancak 100 tanesi tek yerleşim birimi içindedir.

Bir çok sağlık merkezi en az dört ile 6 hekim bulundurmaktadır. Bu uygulamada daha önceden diğer hekim olmayan sağlık personeli tarafından yürütülen hizmetlerle bütünleşme amaçlanmıştır.

Komünal sağlık kurulu uygulamada işbirliği ve denetimi sağlanmaktadır. Seçilen bir konsey tarafından yürütülmektedir. Sağlık merkezi elemanlarından planlama, yürütme ve gelişmeyle ilgili uygulamalarda yararlanılmaktadır. Toplumun etkinliği ve katkısında önemli yer tuttuğu demokratik bir uygulama sistemi getirilmiştir.

Sağlık merkezleri görevlilerinin ücretleri yerel yönetimlerce ödenmektedir. Doktorlar sağlık merkezlerinde olmamak koşulu ile özel hasta bakabilmektedir. Sağlık merkezlerindeki fazla çalışmaları için ise ek ücret ödenmektedir.

Finlandiyadaki birincil sağlık hizmetleri uygulamasında değişik beceri ve uygulama alanlarında çalışanların bir ekip hizmeti sunması esas olarak alınmıştır. Yasa yerel yönetimlerin sağlığın düzeltilmesi, hastalıkların önlenmesi, ana çocuk sağlığı aile planlaması, taramalar, birincil tıbbi hizmetler, rutin röntgen uygulamaları, rutin laboratuvar uygulamaları, rehabilitasyon hizmetleri, evde bakım, yerel hastane hizmetleri, iş sağlığı, gibi uygulamalarda görevlendirildiği gibi, sağlık eğitimine de katkıda bulunmakla yükümlü kılınmıştır.

Bu uygulamalarda beş yıllık planda sağlık eğitimine ağırlık verilmiştir. Yıllık olarak toplumun % 5 i taranmaktadır. 1 yaşın altındaki infantlar 1976 yılında 13 kez izlenmiştir. 1-6 yaş gurubu 2.3 kez görülmüştür. Gebeler gebelikleri boyunca hemşireler tarafından 13.3 hekimlerce ise 3.3 kez görülmektedir. Çocukların % 98 i difteri boğmaca, tetanoz ve BCG aşılmasını almaktadırlar. 1974-1975 yıllarında epidemik bakteriyel menenjit kampanyasında hedef nüfusun % 87 sine ulaşılabilmektedir. Aile planlaması hizmetleri her yönü ile etkin olarak sağlanmaktadır. Koruyucu diş bakım hizmetleri oldukça ağırlık kazanmıştır.

Sağlık merkezleri ülkenin birincil sağlık hizmeti gereksiniminin % 70-75 ini sağlarken, geri kalanlar büyük oranda gurup uygulaması sürdüren özel hekimlerce yapılmaktadır. Finli doktorların % 5 i muayenehane doktoru iken bir çok hastane doktoru özellikle öğleden sonra ve gece özel hasta bakmaktadırlar. Bu uygulama daha çok büyük kentlerde söz konusudur.