



Araştırma Makalesi • Research Article

Önceliklendirme: Arnavutluk Onkoloji Hastanesi Çalışanlarının Gözlem, Görüş ve Deneyimlerinin İncelenmesi*

Prioritization: In Health Services: Examination of Observations, Opinions and Experiences Of Albania Oncology Hospital Employees

Megi Xhaxhaj^{a,**}, Gülpembe Oğuzhan^b

^a Uzman, R&S Intensivpflege und Nachsorge GmbH, 40211 Düsseldorf, Almanya.

ORCID: 0000-0002-5964-9977

^b Dr. Öğr. Tarsus Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Mersin, Türkiye.

ORCID: 0000-0002-3231-2389

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Başvuru tarihi: 14 Ekim 2021

Düzeltilme tarihi: 21 Ekim 2021

Kabul tarihi: 11 Kasım 2021

Anahtar Kelimeler:

Hekim

Öncelik Belirleme

Sağlık Hizmetleri

ARTICLE INFO

Article history:

Received October 14, 2021

Received in revised form October 21, 2021

Accepted November 11, 2021

Keywords:

Physician

Priority setting

Health Services

1. Giriş

Tüm sağlık sistemlerinde kaynaklar sınırlıdır ve bu nedenle genel olarak nüfusun sağlık hizmeti talebini karşılamada yetersizdir (Yiğit, 2020). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme her yerde ve kaçınılmazdır. Genel olarak,

ÖZ

Sağlık personelinin zaman ve diğer kaynaklar yetersiz olduğunda sağlık bakımı ihtiyacı olan hastalar arasında öncelik yapmaları gerekebilmektedir. Bu çalışmada önceliklendirme ile ilgili olarak, süreçte rol alanların gözlem, görüş ve deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Arnavutluk'ta onkoloji merkezinde çalışan hekim ve hemşireler oluşturmaktadır. Çalışma grubunun seçiminde katılımcıların bazı kriterleri karşılmasına dayanan kriter temelli örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya toplam 70 sağlık personeli (hekim ve hemşire olmak üzere) katılmıştır. Yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi için kodlama yaparak ayrıştırılmıştır. Hekimlerin %29,6'sı ve hemşirelerin de %27,9'u "Mevcut Olan İlaçların Dağıtımında" önceliklendirme yaptıklarını belirtmişlerdir. Önceliklendirme kararı verirken kullanılması gereken kriterleri önem sırasına dizmeleri istendiğinde, hekimlerin %37'si, hemşirelerin %48,8'i hastalığın şiddetini ilk sıraya koymuşlardır. Arnavutluk'ta birçok ülkede olduğu gibi otorite tarafından belirlenmiş önceliklendirme kriterleri bulunmamaktadır. Hekim ve hemşireler kendi kriterlerini oluşturmakta ve bunu yaparken de en çok hastalığın şiddetini göz önünde bulundurmaktadırlar.

ABSTRACT

Health personnel may need to make priority settings among patients when time and other resources are insufficient. In this study, it is aimed to examine the observations, opinions, and experiences of those who take part in the process regarding prioritization. The target population of the study consists of physicians and nurses that work in this hospital. In the selection of the study group, criterion-based sampling method, which is based on the participants' meeting some criteria, was used. A total of 70 health personnel (physicians and nurses) participated in the study. Interviews were conducted using a semi-structured questionnaire. The obtained data were separated by coding for internal analysis. Towards the health service that they should make the most prioritization 29.6% of physicians and 27.9% of nurses answered Distribution of Existing Drugs. In the prioritization criteria, 37% of physicians and 48.8% of nurses indicated the severity of the disease first. In Albania, as in many countries, there are no prioritization criteria determined by the authority. Physicians and nurses create their own criteria.

sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme, mevcut kaynakların olası kullanımları arasında resmi veya gayri resmi herhangi bir karar verme mekanizması olarak anlaşılabilir. Yatak tahsisinden, ulusal seviyedeki kararlara kadar gerçekleştirilebilmektedir (Barra vd., 2020).

* Bu çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe Oğuzhan danışmanlığında hazırlanan Megi Xhaxhaj'in "Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme: Arnavutluk Mother Teresa Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Merkezi uygulamalarının incelenmesi" başlıklı tezinden hazırlanmıştır. Tezin tamamına <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/giris.jsp> üzerinden 597455 kodu ile ulaşılabilir.

*Çalışma için etik kurul izni Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.03.2019 tarihli ve 2019/281 numaralı kararı ile alınmıştır.

** Sorumlu yazar/Corresponding author.

e-posta: megixhaxhaj@yahoo.com

Öncelik belirleme; farklı sağlık hizmetleri, hastalar veya hasta grupları arasında kaynakların dağılımını ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Farrar vd., 2000). Sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynaklar için sınırsız talep gerçeği göz önüne alındığında dünya genelinde uzmanların karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olarak tanımlanmaktadır.

Öncelik belirleme, genel olarak önemli bir ihtiyacın ne gibi kriterlere göre ele alınabileceğini inceler. Ancak sağlık sorunu hastalık yükü, adalet algısı, müdahalenin maliyeti, etkililiği, kabul edilebilirliği ve müdahaleye yanıt verme ile sınırlı değildir. Bunun yanında toplumun kültürünü, tarihini ve hedeflerini yansıtan diğer kriterleri de içermelidir (WHO, 2010).

Öncelik belirleme kararları, sağlık sisteminde çeşitli seviyelerde yer almaktadır. Hangi seviyede ele alındığını açıklığa kavuşturmak gerekmektedir. Çünkü bu açıklık, sorumluluk ve öncelik belirleme yöntemleri konusunda fark oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, farklı sağlık bakım sistemlerinin örgütsel seviyelerinin isimlendirilmesi ve tanımlamaları tek tip değildir (Litya vd., 2002; Aidem, 2017). Genellikle ulusal, bölgesel ve yerel düzeyler gibi hiyerarşik bir yapıya ve aynı zamanda farklı karar türlerine atıfta bulunabilecek makro, mezo ve mikro düzey olarak adlandırılmaktadır.

Öncelik belirlemenin hangi düzeyde yapılacağına karar vermek sürecin ilk aşamasıdır (Kapiri vd., 2007). Makro düzeyde, kaynakların dağıtımında sağlık hizmetlerine tanınan öncelikler bulunmaktadır. Yani makro düzeyde, önceliklerin belirlenmesinde tüm ülke dikkate alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirlemenin ikinci düzeyinde, sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin farklı coğrafik bölgelere ve hizmet alanlarına dağıtımı ile ilgili tercihleri içermektedir (Hardyman vd., 2015). Mikro düzeyde ise, kaynakların hizmet alanları içindeki tedavi şekillerine göre tahsis edilmesi ile ilgili kararlar bulunmaktadır. Örneğin tedavinin acil olarak yapılmasının gerektiği durumlarda, hangi hastaya öncelik verileceğine dair kararlar almak bu düzeyde yer almaktadır. Kalp nakline karşılık açık kalp ameliyatına öncelik verilmesi de mikro düzeyde örnek olarak gösterilmektedir (Top, 2006).

Öncelik belirleme konusundaki teorik yaklaşımların incelenmesi, birden çok disiplini içerdiğini ortaya koymaktadır (Gary Sibbald ve Woo, 2008; Maluka, 2011). Bu yaklaşımların her biri, belirli bir hedef ile temsil edilen öncelik belirleme için alternatif bir çerçeve önermektedir (Tablo 1). Öncelik belirleme kriterleri çeşitli disiplinlere göre farklı belirlenebilmektedir. Etikçiler, sağlık profesyonelleri, ekonomistler ve politika belirleyiciler, sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme için uygun ilkeler konusundaki tartışmalarda her zaman yer almıştır (Barra vd., 2020). Bu disiplinlerin önerdiği çerçeveler tamamlayıcı olsa da, temel değerleri genellikle çatışmaktadır. (Klein vd., 1995; Barra vd., 2020). Burada kısaca yaklaşımlara değinilmektedir.

Tablo 1. Öncelik Belirlemeye Özgü Yaklaşımlar (Kaynak: Klein vd., 1995)

YAKLAŞIM	HEDEF
Ekonomik	Verimlilik
Kanıtla dayalı tıp göstergeleri	Etkililik
Yasal	Etik
Siyasi	Müzakere
Felsefe	Adalet

Ekonomik yaklaşım, kaynakların faydasından en fazla yararlanmakla ilgilenmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisini yönlendirmek için yaygın olarak kullanılan iki ekonomik yöntem; ekonomik değerlendirme ile program bütçeleme ve marjinal analizdir (PBMA) (Mitton ve Donaldson, 2003).

Kanıtla dayalı tıp (Evidence Based Medicine); etkililiği kanıtlanmış müdahalelerin seçilmesine ve uygulanmasına odaklanmaktadır. Kaynaklar az olduğunda müdahalelerin klinik etkililiğine dair kanıtlar, karar vericilere tahsis kararlarını, etkisiz müdahalelerden kaçınarak ve neyin işe yaradığı konusunda kaynak kullanımını maksimize ederek gereksiz hizmeti en aza indirilmesini sağlayabilir. Bu yaklaşım, sağlık hizmeti müdahalelerinin sistematik incelemelerini üreten ve yayan Cochrane iş birliğiyle kurumsallaştırılmıştır (Claridge ve Fabian, 2005).

Siyaset bilimi yaklaşımı, öncelik belirleme süreçleri, genellikle değişen ilgi alanlarıyla rekabet eden ihtiyaçlar arasında hakemlik eden bir dizi aktör içerir (Ham ve Glenn, 2003). Dolayısıyla öncelik belirleme süreci, farklı lobiler arasında pazarlıkları da içeren karmaşık bir işlemdir. Siyaset bilimciler bu nedenle öncelik belirlemeyi politik güçlerin müzakere politikası üretmek için etkileşime girdiği bir süreç olarak görmektedir (Sibbald, 2008).

Bir dizi felsefi teori, kaynakların topluma dağıtılması için normatif bir temel sağlamaya çalışmıştır. Bu teoriler adalete odaklanmış ve bu nedenle adalet teorileri olarak adlandırılmıştır. Öncelik belirleme ile ilgili üç ana adalet teorisi faydacılık, özgürlükçülük ve eşitlikçiliktir. Bununla birlikte, bu felsefi yaklaşımların her biri, sağlık kaynaklarının tahsisinde farklı dağıtım ilkeleri olduğunu savunmaktadır (Scott, 2000).

Hukuki yaklaşımlar, tahsis kararlarının kanun çerçevesinde makul olup olmadığına odaklanır (10). Dolayısıyla yasal yaklaşıma göre, öncelik belirleme işleminin gerçekleştiği yargı bölgesindeki mevzuatla belirtilen minimum gereklilikleri karşılamayı içermektedir.

Şimdiye kadar tartışılan yaklaşımlar belirli disiplinlere dayanmakta ve genellikle belirli bir öncelik belirlemeye odaklanmaktadır. Daha fazla hedef belirlemek için çok disiplinli yaklaşımlar gelişmiştir. Bu yaklaşımlardan biri, sağlık teknolojisinin özelliklerinin, etkilerinin ve / veya etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanan sağlık teknolojisi değerlendirmedir (HTA).

Kanser ve Arnavutluk

Kanser, dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. 6 ölümden yaklaşık 1 tanesi kanserden kaynaklanmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (International Agency for Research on Cancer) 2018 yılıyla ilgili yayınladığı raporda 18,1 milyon kanser vakasından 9.6 milyonunun ölümle sonuçlanabileceğini açıklamıştır (IARC, 2018).

Arnavutluk'ta ise yaklaşık 3 milyon nüfusa sahip olmasına rağmen her yıl yaklaşık 7,700 yeni kanser vakası teşhis edilmektedir. Arnavutluk'un kanser tedavi talebi, mevcut kapasiteyi fazlasıyla aşmaktadır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı verilerine göre kanserin, kalp-damar hastalıklarından sonra, ülkedeki ölüm sebeplerinin ikinci sırasında olduğu tespit edilmiştir. Arnavutluk'ta 2016 yılında kalp veya kan dolaşımı hastalıklarından üç kişi hayatını kaybederken kanserden bir kişinin öldüğü ortaya çıkmıştır. Kanser, tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, Arnavutluk'ta hala pek çok vaka ölümle sonuçlanmaktadır. Tüm bunlara, Arnavutluk'ta sadece bir tane onkoloji hastanesi bulunması, hastanenin finansal kaynaklarının sınırlı olması ve bu hastalığın tedavisinin 30.000-50.000 Euro olması gibi nedenler sıralanabilir (INSTAT, 2002).

Arnavutluk'ta ücretsiz sağlık hizmeti yalnızca sosyal güvenlik sigortası ödeyenlere (işçiler veya serbest çalışanlara) verilmektedir. Nüfusun geri kalanı, alınan herhangi bir sağlık hizmeti için ödeme yapmak zorundadır. Bundan kaynaklanan iki ana problem ortaya çıkmaktadır: Birincisi yaklaşık 3 milyon nüfusa sahip bir ülkede sigortalı sayısı yaklaşık 600.000'dir, nüfusun geri kalanı ise ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. İkincisi, ücretsiz ve geri ödenebilir ilaçlar listesine dahil edilen ilaçlar, kanser tedavisi için gerekli olan ilaçların sadece 3 / 10'udur. Asıl sorun bu ücretsiz erişilebilen ilaçların az bir miktarda olmaları ve bu ilaçlara talebin yüksek olmasıdır. Arnavutluk Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre, Bakanlık, hastanelere tahsis edilen fonları belirlemekte ve onaylamaktadır. Hastane ise bu fonu ihtiyaçlarına göre yönetmektedir. Hastanenin yönetim ve karar alma süreci ise hekimler tarafından yapılmaktadır.

2. Yöntem

2.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık personelinin zaman ve diğer kaynaklar yetersiz olduğunda sağlık bakımı ihtiyacı olan hastalar arasında nasıl öncelik verdiğiyle ilgili araştırmaya dayalı bilgiye ihtiyaç olduğu görülmektedir. Özellikle Covid 19 pandemi sürecinde kaynaklar kıt olduğunda önceliklendirmenin kaçınılmaz olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada önceliklendirme ile ilgili olarak, süreçte rol alanların gözlem, görüş ve deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır. "Hekimlerin ve hemşirelerin önceliklendirme ve öncelik belirleme konusundaki gözlem,

görüş ve deneyimleri nelerdir, bu süreci etkileyen kriterler nelerdir?" soruları araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

2.2. Ana kütle ve Örneklem

Arnavutluk'ta sadece bir Onkoloji merkezi bulunmaktadır, araştırmanın evrenini bu hastanede çalışan toplam 31 hekim ve 155 hemşire oluşturmaktadır. Çalışma grubunun seçiminde katılımcıların bazı kriterleri karşılamasına dayanan amaçsal örnekleme yöntemlerinden kriter temelli örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kriter ise kaynak tahsisi aşamasında bulunmak olmuştur. Bu tür çalışmalarda genellikle uzun görüşmeler gerekmesinden ve araştırılması planlanan olguyu deneyimleyen kişi sayısının çok fazla olmamasından dolayı örnekleme dâhil edilecek kişi sayısı sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle örneklemin sayısı büyüklüğü ya da küçüklüğü yerine, örneklemin araştırmacının gereksinim duyduğu bilgi miktarını karşılayıp karşılamadığıyla ilgilenilmiştir. Bu çalışmada da araştırmacı gereksinim duyduğu bilgiyi aldığında araştırmayı tamamlamıştır.

2.3. Veri Toplama ve Analiz Yöntemleri

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veriyi toplamak için yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde konu ile ilgili literatürden ve uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda 5'İ tanımlayıcı olmak üzere toplam 14 açık uçlu soru yer almaktadır.

Görüşme yapılması planlanan kişilerle araştırma için görüşme yapılmadan önce randevu alınmıştır ve görüşme konusu/soruları hakkında bilgilendirme yapmak amacıyla kısa bir giriş yapılmıştır. Hekimler ile kendi ofislerinde, hemşirelerle ise hemşire odasında görüşme talep edilmiştir. Ayrıca görüşme esnasında, katılımcılardan alınan bilgileri kaydetmenin kolay olması ve görüşmenin akıcı bir şekilde sürdürülebilmesi amacıyla katılımcıların da onay ve rızası alınarak not alınmıştır. Bunların yanı sıra görüşme sürecinde, görüşmenin etkili ve verimli şekilde yürütülebilmesi için görüşme sorularını sorarken akışa göre değişiklikler yapabilmek, teşvik edici olarak geri bildirim yapma, görüşmeyi sohbet tarzında gerçekleştirme, görüşme sürecini kontrol etme, yansız ve empatik olma gibi temel ilkelerin yerine getirilmesine özen gösterilmiştir.

Tematik analiz yapılarak elde edilen verilerin farklılıkları ve benzerlikleri belirlenerek kavramlaştırılmıştır. Belirlenen kodlar ve temalar sayesinde olgunun özellikleri ortaya konulmuştur. Kodlama süreci yapılırken niteliksel çözümlene yardımcıyla verilerin ayrıntılarında olan gerçeğin fark edilip ortaya konulması amaç edinilmiştir. Dolayısıyla bu kodlama süreci veriler arasındaki ilişkileri, kıyaslamaları yaparak elde edilen verilerin bölümlere ayrıştırılmasında kullanılmıştır. Araştırma için elde edilen görüşme notları bilgisayar aracılığıyla yazıya aktarılmıştır.

Daha sonrasında kodlama yapılarak veriler ayrılmıştır. Araştırma verilerinin analizi nitel araştırmalarda en çok kullanılan hazır bir yazılım programı ile yapılmıştır.

Araştırmada, yarı yapılandırılmış formların uygulanması aşamasında çalışanların gönüllü katılımı esas alınmıştır. Çalışmanın amacı ve yarı yapılandırılmış formların verilerinin sadece bilimsel bir araştırma için kullanılacağı formda belirtilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların verdikleri cevapların ve kimliklerinin gizliliği sağlanmıştır. Yarı yapılandırılmış formun uygulaması 30 Mart- 14 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3. Bulgular

Araştırmaya dahil olan katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular

	Sayı	Yüzde
Meslek		
Hekim	27	38,6
Hemşire	43	61,4
Toplam	70	100
Cinsiyet		
Erkek	20	28,6
Kadın	50	71,4
Toplam	70	100
Medeni Durum		
Evli	58	82,9
Bekar	12	17,1
Toplam	70	100
Çalışılan Birim		
Cerrahi	17	24,3
Kemoterapi	21	30,0
Radyoloji	17	24,3
Teşhis ve tarama	15	21,4
Toplam	70	100

Araştırmamızda sorduğumuz en önemli sorulardan biri “Verdiğiniz hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kalmaktasınız?” sorusudur. 27 hekim ve 43 hemşirenin verdiği cevaplar Tablo 3’te sunulmaktadır. Tablo 3’te görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinde önceliklendirme konuya olan hizmet olarak en çok hekim ve hemşireler tarafından “Mevcut Olan İlaçların Dağıtımı” denilmiştir. İkinci olarak “Radyoterapi” olduğu ifade edilmiştir. Araştırmada sağlık personelinin bu önceliklendirmeleri yaparken hangi ölçütlerinin bulunduğu öğrenilmek istenmiştir. Kullanılan ölçütler kişiden kişiye değişmektedir.

Tablo 4’te kullanılan ölçütler ile ilgili bulgular yer almaktadır. Tablo 4 incelendiğinde, hastalar arasında önceliklendirme yapılmak durumunda kaldığında en çok kullanılan ölçütün hastalığın şiddeti olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık Personelinin Önceliklendirme Yapma Durumunda Kaldıkları Hizmetler

Önceliklendirmeye Konu Olan Hizmetler	Hekim n (%)	Hemşire n (%)	Toplam n (%)
Mevcut olan ilaçların dağıtımı	8 (29,6)	12 (27,9)	20 (28,6)
Radyoterapi	4 (14,8)	7 (16,3)	11 (15,7)
Cerrahi müdahaleler	5 (18,5)	5 (11,6)	10 (14,3)
Yatış hizmetleri	3 (11,1)	6 (14)	9 (12,9)
Her hizmette	1 (3,7)	4 (9,3)	5 (7,1)
Tıbbi görüntüleme hizmetleri	2 (7,4)	3 (7)	5 (7,1)
Bekleme listesinden hastaların seçimi	2 (7,4)	2 (4,7)	4 (5,7)
Laboratuvar hizmetleri	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)

Hastalığın evresi, aciliyeti, ölüm riski, yaşam kalitesi gibi durumların hastalığın şiddetini değerlendirirken kullandıkları için bir arada ele alınmıştır. Verilecek hizmetin sağlayacağı faydanın ikinci önemli kriter olduğu ortaya çıkmıştır. Görüşmemizde diğer bir soru olarak “Kanser tedavisinde önceliklendirme sürecinde kimler rol almalı?” olmuştur. Bu soruya hekimlerin %29,6’sı hekimler, hemşirelerin de %41,9’u hekimler cevabını vermişlerdir. Bu cevap büyük çoğunluğun mevcut durumun devam etmesini istediklerini ortaya koymaktadır. Sağlık bakanlığı cevabını veren hekim oranı %29,6 iken hemşire oranı %14’tür. Hastalar veya aileler cevabını hemşirelerin %11,6’sı vermiştir. Hemşirelerin %9,3’ü sağlık personelinin diğer üyeleri ve %2,3’ü de sağlık hizmetlerinin sağlayıcıları cevabını vermişlerdir. Politikacılar ve ekonomistler cevabını veren hekim oranı %22,2 iken hemşire oranı %2,3’tür.

Tablo 4. Sağlık Personelinin Geliştirdiği Ölçütler

Sağlık Personeline Göre Mevcut Ölçütler	Hekim n (%)	Hemşire n (%)	Toplam n (%)
Hastalığın şiddeti	13 (48,1)	12 (27,9)	25 (35,7)
Tedaviden beklenen fayda	4 (14,8)	5 (11,6)	9 (12,9)
Yaş	1 (3,7)	8 (18,6)	9 (12,9)
Kriterler hastaya göre değişmekte	0	7 (16,3)	7 (10)
Hastanenin mevcut koşulları (bütçesi vs)	2 (7,4)	5 (11,6)	7 (10)
Hastanın ikamet yeri	3 (11,1)	3 (7)	6 (8,6)
Maliyet etkililik	3 (11,1)	2 (4,7)	5 (7,1)
Ölçüt geliştirmedim	0	1 (2,3)	1 (1,4)
Hekim ve hemşireye göre değişmekte	1 (3,7)	0	1 (1,4)

Önceliklendirme sürecinde kullanılan ölçütler sabit olmasa da en sık ele alınan ölçütler literatür taranarak belirlenmiştir. Bunlar; Hastalığın şiddeti (belirtiler, çalışma yeteneği, yaşam kalitesi ve erken ölüm riski, kalıcı hastalık / yaralanma ve hastalık durumu açısından bozulmuş yaşam kalitesi), belirli bir hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta faydası, hastanın yaşı, hastanın sosyo-ekonomik durumu, maliyet etkililiği (belirli bir hasta grubu için tüm maliyetlerle ilgili sağlık kazancı), hastanenin mevcut finansal kaynakları. Katılımcıların bu kriterleri kendi verdikleri öneme göre sıralaması istenmiştir. Verilen cevaplar Tablo 5'te sunulmaktadır.

Hekimlerin %37'si hastalığın şiddetini ilk sırada belirtirken hemşirelerin %48,8'i ilk sırada belirtmişlerdir. Hekimlerde hastanenin mevcut finansal kaynakları %25,9 ile ikinci sırada yer alırken hemşirelerde hastanın yaşı %23,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Hekimler için %14,8 oranında "Hasta grubu için planlanan / uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı" üçüncü sırada yer alırken hemşirelere göre "Hastanenin mevcut finansal kaynakları" %11,6 oranında üçüncü sırada yer almaktadır.

Tablo 5. Önceliklendirme Ölçütlerinin Öneme Göre Sıralanması

Önceliklendirme Ölçütleri	Hekim n (%)	Hemşire n (%)	Toplam n (%)
Hastalığın şiddeti	10 (37)	21 (48,8)	31 (44,3)
Hastanın yaşı	3 (11,1)	10 (23,3)	13 (18,6)
Hastanenin mevcut finansal kaynakları	7 (25,9)	5 (11,6)	12 (17,1)
Hastanın grubu için planlanan/ uygulanan tedaviden beklenen hasta yararı	5 (18,5)	3 (7)	8 (11,4)
Maliyet etkililik	1 (3,7)	3 (7)	4 (5,7)
Hastanın sosya-ekonomik durumu	1 (3,7)	1 (2,3)	2 (2,9)

4. Sonuç ve Öneriler

Öncelik belirleme konusunda yapılan çalışmaların çoğunda odak nokta makro ve mezo düzeyi olmuştur. Mikro düzeyinde ise, az sayıda çalışma ile karşılaşmıştır. Burada araştırmaya katılım sağlayanların verdikleri cevaplardan örnekler verilecektir.

Arnavutluk'ta otoritelere ait önceliğe sahip olan hasta veya hasta gruplarını belirten yazılı bir protokol bulunmamaktadır. Araştırma kapsamında katılımcılara, hastanede hangi hasta veya hasta gruplarının öncelikli olduğu sorulmuştur. Sağlık personelinin gözünde çoğu zaman herkes eşit olarak görülmektedir. Bu görüşü en çok destekleyen ise hemşireler olmuştur.

"Bence hepsi eşittir, hiçbir hasta grubu diğerlerine göre öncelikli değildir" (hemşire, radyoloji bölümü).

"Sloganımız eşit ve adil sağlık hizmetidir. Her hastaya gerekli sağlık hizmetini vermeye çalışıyoruz, aynı zamanda hastanenin finansal durumunu da göz önünde

bulunduruyoruz. Pek çok hastanın beklentileri yüksek olabilir ancak ne yazık ki hepsini karşılamak mümkün değildir" (hekim, yönetici).

Katılımcılara göre önceliğe sahip hasta veya hasta grupları arasında; genç yaştaki hastalar, ciddi durumda ve acil tedaviye ihtiyacı olan hastalar, prognozdan daha yüksek beklentisi olan hastalar, hastanede yatmakta olan hastalar, başka şehirlerden ya da Kosova'dan gelen hastalar, kanseri erken evrede keşfedilen hastalar, az maliyetli cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, kısa sürede hayatlarını kaybetme riski taşıyan hastalar yer almıştır.

Hastaların yaşını öncelik belirleme sürecinde önemli bir faktör olarak gören katılımcılar olmuştur. Bazı katılımcılar için hastaların genç yaşta olması bir önceliktir, çünkü tedavi sonucunda iyileşme olasılıkları daha yüksektir. Bazı katılımcılar ise yaşlı hastaların daha önce hizmet alması gerektiğini düşünmektedir.

"En öncelikli hasta veya hasta grupları genç yaştaki hasta gruplarıdır, her ne kadar adil ve eşit olmaya çalışsak da, genç hastalar biraz daha fazla önceliğe sahiptir" (hemşire, kemoterapi bölümü).

"Benim için tedavinin önceliği genç yaştaki hastalardır. Bu hastalarda hastalık hızla gelişir ve semptomlar daha güçlüdür. Ayrıca, genç hastanın vücudu diğer hastalara göre, ilaçlara daha hızlı tepki verir" (hekim, radyoloji bölümü).

"Benim düşünceme göre, yaş faktörü dikkate alınmalıdır, çünkü 90 yaşındaki bir hasta, 15 yaşındaki bir hastaya göre sırada aynı şekilde bekleyemez, yaşlı hastalar beklerken durumları kötüleşebilir mesela tansiyon, kan şekeri vb." (hemşire, teşhis ve tarama bölümü).

Öncelikli hasta ve hasta gruplarını etkileyen bir diğer faktörün de prognoz faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kriter Kanada (Reeleder vd., 2005) ve Norveç'te (Norheim, 2005) de yapılan çalışmalarda da rastlanmaktadır. İyi bir prognoz ile sonuçlandırılacak hastalara daha öncelik verilmektedir. Bu ölçüt konusunda hekimler ve hemşirelerin aynı fikirde oldukları ortaya çıkmıştır.

"Öncelik, işlemi yaptıktan sonra daha iyi prognoz olması beklenen hastalara verilmektedir. Kuşkusuz, hiçbir şey kesin değildir, ancak doktorların sahip oldukları deneyimlere dayanarak, daha etkili olması beklenen müdahalelere öncelik vermeye karar vermektedirler" (hemşire, cerrahi bölümü).

"Öncelik, iyi bir prognozu olan ve diğer hastalara göre nispeten daha düşük bir müdahale maliyetine sahip hastalara verilebilir. Bu nedenle, yüksek bir sonuç için düşük bir maliyet, her zaman en iyi seçimdir" (hekim, cerrahi bölümü).

Hastaların ikamet yeri de öncelikli bir grup olup olmamasını etkilemektedir. İkamet yeri, Norveç'te de öncelik belirleme için etkili bir kriter olarak görülmektedir

(Norheim vd., 2003). Arnavutluk'ta sadece bir onkoloji hastanesi bulunması büyük bir problemdir, çünkü hasta sayısı oldukça yüksektir. Hastaneye gelen hastalar Arnavutluk'un her şehrinde ve Kosova'dan gelen hastalar olmaktadır. Bazı hizmetlerde uzaktan gelen hastalara öncelik tanınmaktadır. Benzer şekilde Uganda'da da hastaneden uzakta yaşayan hastalara öncelik verildiği gözlenmiştir (Kapiriri ve Norheim, 2003). Fakat Tiran kentinin vatandaşı olmak teşhis ve taramada önceliği sağlayan bir faktördür.

“Eşit olmaya ve her hastaya eşit şartlarda hizmet sunmaya çalışıyoruz, ancak Tiran vatandaşları biraz daha fazla önceliğe sahiptir çünkü sağlık ocağı doktorlarının yönlendirmesi ile geliyorlar” (hekim, teşhis ve tarama bölümü).

Araştırma kapsamında katılımcılara hangi sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmak durumunda kaldıklarına ilişkin sorular da yöneltilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu mevcut olan ilaçların dağıtım konusunda bir öncelik belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir.

“Bizim sorunumuz: ilaç eksikliğidir. Tüm kemoterapi sürecinin temeli ilaçlardır, ancak dozlar yetersiz sayıda geliyor. Dolayısıyla bu durumda öncelik belirlemek zorundayız” (hekim, kemoterapi bölümü).

“5FLU, Toxoter, Doxyrubicine vb. Gibi temel ilaçlar eksik olunca yada çok sınırlı dozlarda geldiklerinde öncelik belirlemek zorundayız (hekim, kemoterapi bölümü).”

Öncelik belirlemeye ihtiyaç duyulan bir diğer hizmet de hastaneye yatış hizmetidir. Onkoloji merkezinde toplam 111 yatak bulunmaktadır. Yatış hizmetinden faydalanması gereken hasta sayısı ise yüksektir. Yatak sayısındaki sorun sadece Arnavutluk'ta bulunmamaktadır. Aynı sorun ile Kanada, Norveç ve Uganda'da yapılan çalışmalarda da karşılaşılmıştır (Kapiriri ve Norheim, 2003; Norheim, 2005; Kapiri vd., 2007).

Araştırmaya katılan katılımcılara kliniklerde veya mikro düzeyde öncelik belirlerken ne tür kriterlerin kullanılabileceği sorusu da yöneltilmiştir. Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme sürecinde katılımcılar belli kriterlere odaklanmıştır. Katılımcılar en çok etkileyen kriterin hastalığın şiddeti olduğunu belirtmişlerdir. Bu kriter hem hemşireler hem de hekimler birinci sırada yer vermişlerdir. Bu faktör kanserli hücrelerin vücutta yayılması hızı ile de bağdaştırılmıştır. Bazı kanser türlerinde kanserli hücrelerin çoğalma ve vücuda yayılma hızı diğer kanser türlerine göre daha hızlı bir şekilde olmaktadır. Bu yüzden böyle durumlarda bu hastalara öncelik tanınmanın daha mühim olduğu düşünülmektedir.

“Cerrahi bölümünde daha fazla önceliği olan hastalar acil müdahalelere ihtiyaç duyan hastalardır, kanser hücreleri vücutta daha hızlı yayılmaktadır bu yüzden buna öncelik vermek zorundayız” (hekim, cerrahi bölümü).

Diğer önemli bir kriter de hastanın ikamet yeridir. Arnavutlukta sadece bir tane onkoloji hastanesi bulunduğu

için herkes Tiran'a gelmektedir. Bu da hastanedeki bekleme sıralarını artırmaktadır. Bu kriterin değerlendirilmesi de bölüme göre değişmektedir. Kemoterapi ya da radyoloji bölümünde diğer şehirlerden veya Kosova'dan gelmek bir avantaj olurken, tarama ve teşhis bölümünde durum farklıdır. Teşhis ve tarama bölümünde önceliğe sahip olan hastalar Tiran şehrinde ikamet eden hastalardır, çünkü bu hizmet diğer şehirlerde de sunulmaktadır.

“Benim için, diğer şehirlerden veya Kosova'dan gelen hastalara öncelik tanınması gerekiyor. Yakında olan hastalar hastaneye her zaman gelebilmektedir. Uzaklardan gelenler ise, uzaklara gidip geri gelirse hastayı fiziksel olarak yorar ve radyasyon tedavisine karşı yeterince hazır olmazlar” (hekim, radyoloji bölümü).

Hiçbir gruba öncelik tanımama fikrine sahip olan sağlık personeli de bulunmaktadır. Sağlık personeli yazılı bir protokol olmadığı sürece herkesin eşit olduğunu düşünmektedirler.

“Bizim için önceliğe sahip belirli bir grup yoktur, herkes sıraya giriyor ve sıraya göre hizmet alıyor” (hemşire, teşhis ve tarama bölümü).

Yukarıda da değinildiği gibi ücretsiz erişilebilen ilaçların az miktarda olması ve bu ilaçlara talebin yüksek olması söz konusudur. Bu nedenle görüşmelerde mevcut ilaçların kullanımında önceliklendirme yapıldığı belirtilmiştir. Hastalığın şiddetinin öncelik belirleme sürecinde en çok kullanılan kriter olduğu bulunmuştur. Hem mevcut sistemde hekim ve hemşirelerin kendi geliştirdikleri kriterler arasında yer almakta hem de bizim sıralamalarını istediğimiz kriterler arasında ilk sırada yer almaktadır. En az etkilenen kriterlerden biri hastanın sosyo-ekonomik durumu olmuştur. Arnavutluk'ta kimse kabul etmese de, diğer ülkeler genellikle meslektaş, akraba ve ünlü insanlara öncelik verdiklerini kabul etmiştir (Kapiriri ve Norheim, 2003). Fakat kötü sosyo-ekonomik durumda olan hastalara öncelik vermek daha iyi durumda olanlara öncelik vermektense daha önemlidir. Bu da haksız eşitsizlikleri azaltacaktır (Kapiriri vd., 2009).

Bu çalışmada araştırmanın sonuçlarına dayanarak ve de diğer ülkelerin örnekleri göz önünde bulundurularak Arnavutluk sağlık sisteminde bazı değişikliklerin yapılması önerilmektedir. İlk olarak sağlık sisteminin düzeylerinin ve onların kapsadığı alanların gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu demek oluyor ki, her düzey kendi sorumluklarını üstlenmelidir. Böylece makro düzeydeki alınan kararlardan ve yapılacak olan değişikliklerden diğer iki düzeyin (mezo ve mikro) sınırları etkilenecektir. Örnek olarak kanser tedavisinde ki belirleme sürecini gösterebiliriz. Eğer Sağlık Bakanlığı bu konuda bir düzenleme yapacak olursa, öncelikli hasta ya da hasta grupları, direkt Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu değişiklik hem hekimlerin işini kolaylaştıracak hem de toplum için daha şeffaf ve adil bir süreç oluşturacaktır.

Bununla beraber hekim, hemşire, hasta ve hasta yakını gibi paydaşlarca, Sağlık Bakanlığında temel sağlık hizmetleri paketinin oluşturulması istenmektedir. Bu paket sayesinde tedavilerin öncelik sırası ve nedenleri belli olacaktır. Bir diğer konu da, öncelik belirleme sürecindeki katılımcılardır. Bu sürece katılanlar daha geniş bir kapsamda olması gerekmektedir. Hekimlerin yanında; hemşireler, hastalar ve hasta yakınları bu sürece dahil edilmelidirler. Uganda, Norveç ve Kanada gibi ülkelerde de gözlemlendiği gibi bu sürece tüm paydaşların katılması öncelik belirleme süreci için önemlidir. Bu, hem hesap verilebilirliği hem de kabul edilebilirliği artıracaktır.

Kriterler konusunda ise, farklı uzmanların bir araya gelip hem ekonomik hem de sağlık ve etik açısından bir kriter listesi oluşturulması gerekmektedir. Bu listeyi oluşturabilmek için gelişmiş olan ülkelerin deneyimlerinden yararlanılmalıdır. Fakat bu sürecin başarılı olması için bunu takip edebilecek olan bir komisyonun oluşturulmasını önermekteyiz. Bu komisyonun oluşturulması hem toplumun sağlık politikalarına olan güvenini artıracak hem de sağlık sisteminin başarısı için doğru bir mekanizma olacaktır.

Hastalar arasında önceliklendirme yapmak, sağlık profesyonelleri için çok zor olmaktadır. Ancak pandemi sürecinde de görüldüğü üzere gelişmiş ülkelerde bile bu tür kararlar almak zorunlu hale gelebilmektedir. Karar verme kriterlerini daha iyi anlamak, yanlış uygulamalara engel olabilmek, eşitsizliği önleyebilmek için mikro düzeyde öncelik belirleme konusunda daha kapsamlı ve daha çok çalışmanın yapılması gerekmektedir. Arnavutluk'ta yapılan çalışmalar yeterli olmadığı gibi; yapılan çalışmalara erişim konusunda ciddi bir altyapı eksikliği gözlenmektedir.

Kaynakça

- Aidem, J. M. (2017). Stakeholder views on criteria and processes for priority setting in Norway: a qualitative study. *Health Policy*, 121(6), 683-690.
- Barra, M., Broqvist, M., Gustavsson, E., Henriksson, M., Juth, N., Sandman, L., & Solberg, C. T. (2020). Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Analysis*, 28(1), 25-44.
- Claridge, J. A., & Fabian, T. C. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World journal of surgery*, 29(5), 547-553.
- Farrar, S., Ryan, M., Ross, D., & Ludbrook, A. (2000). Using discrete choice modelling in priority setting: an application to clinical service developments. *Social science & medicine*, 50(1), 63-75.
- Ham, C., & Glenn, R. (2003). *Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care*. McGraw-Hill Education (UK).
- Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value co-creation through patient engagement in health care: a

micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17(1), 90-107.

- IARC. (2018). International Agency for Research on Cancer. (Erişim: 01.09.2019). <https://www.iarc.who.int/>
- INSTAT. (2002). *Shkaqet e vdekjeve*, Tirana. (Erişim: 01.09.2019). <http://www.instat.gov.al/al/temat/kushtet-sociale/sh%C3%ABndet%C3%ABsia/publikimet/2021/shkaqet-e-vdekjeve-2020/>
- Kapiriri, L., Norheim, O. F., & Martin, D. K. (2007). Priority setting at the micro-, meso-and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health policy*, 82(1), 78-94.
- Kapiriri, L., Norheim, O. F., & Martin, D. K. (2009). Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making?. *Social science & medicine*, 68(4), 766-773.
- Kapiriri, L., & Norheim, O. F. (2004). Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the world Health Organization*, 82, 172-179.
- Klein, R., Day, P., & Redmayne, S. (1995). Rationing in the NHS: the dance of the seven veils—in reverse. *British medical bulletin*, 51(4), 769-780.
- Litva, A., Coast, J., Donovan, J., Eyles, J., Shepherd, M., Tacchi, J., ... & Morgan, K. (2002). 'The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1825-1837.
- Maluka, S., Kamuzora, P., SanSebastián, M., Byskov, J., Ndawi, B., Olsen, Ø. E., & Hurtig, A. K. (2011). Implementing accountability for reasonableness framework at district level in Tanzania: a realist evaluation. *Implementation Science*, 6(1), 1-15.
- Mitton, C. R., & Donaldson, C. (2003). Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy*, 64(3), 335-348.
- Norheim, O. F. (2005). Rights to specialized health care in Norway: a normative perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 33(4), 641-649.
- Norheim, O.F. (2003). In: Ham C, Robert G, editor. *Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care*. Open University Press, Norway; 94-172
- Reeleder, D., Martin, D. K., Keresztes, C., & Singer, P. A. (2005). What do hospital decision-makers in Ontario, Canada, have to say about the fairness of priority setting in their institutions?. *BMC health services research*, 5(1), 1-6.
- Scott, J. (2000). Rational choice theory. *Understanding contemporary society: Theories of the present*, 129, 671-85.

-
- Gary Sibbald, R., & Woo, K. Y. (2008). The biology of chronic foot ulcers in persons with diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 24(S1), S25-S30.
- Top, M. (2006). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi: Türkiye’de öncelik belirleme sürecinde rol alan tarafların görüşleri ve sağlık politikalarına ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
- World Health Organization (WHO). (2010). Primary health care in Albania: rapid assessment. (Erişim: 01.09.2019). https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/373718/alb-phc-ra-eng.pdf
- Yiğit, A. (2020). Sağlık Teknolojisi Değerlendirme. In Çalışkan, Z., Oğuzhan, G. (Ed.). *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Kavram ve Yöntemler* (1. Baskı, 39-55). Ankara, Gazi Kitabevi.