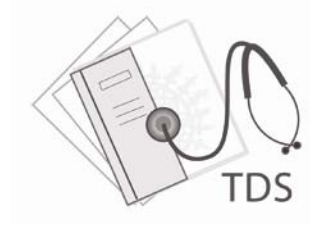


ANKARA ÜNİVERSİTESİ UZAKTAN EĞİTİM YAYINLARI

# Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi



Yazar

Doç. Dr. A. Ezel Esatoğlu

Öğr. Gör. Uzm. Aysel Köksal





ISBN: 978-975-482-916-7

© Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi, 2010

Bu kitabın basım, yayın ve dağıtım hakları Ankara Üniversitesi'ne aittir. Ankara Üniversitesi'nden yazılı izin alınmadan kitabın tamamı ya da bir bölümü mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt veya başka şekillerde çoğaltılamaz, basılamaz ve dağıtılamaz.

Kitaptaki görüşlerin yasal ve bilimsel sorumluluğu, bölüm yazarlarına ve kitap editörlerine aittir.

Genel Yönetim	: Prof. Dr. Haluk Geray
Akademik Koordinasyon	: Öğr. Gör. Uzm. Aysel Köksal
Teknik Koordinasyon	: Murat Çınar
Öğretim Tasarımı	: Yrd. Doç. Dr. M. Barış Horzum
Kapak	: Uzm. Pınar Nuhoğlu
Dizgi ve Sayfa Tasarımı	: Uzm. Pınar Nuhoğlu, Çağrı Büyükçaylı
Türkçe Editörü	: Prof. Dr. Cahit Kavcar

Gözden Geçirilmiş İkinci Baskı  
2010

---

Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik (TDS) bütünleşik bir uzaktan eğitim modeline dayanmaktadır. Çevrimiçi dersler, video dersler, eşzamanlı etkileşimler ve yüz yüze danışmanlık hizmetleri ile okuma, dinleme, görme, yapma, soru sorma, cevap verme, tartışmaya katılma, araştırma-inceleme yapma, kendini sınama gibi etkinlikler bir arada sunulmaktadır. Böyle bir uzaktan eğitim uygulaması, temelde “karşılanamayan öğrenme ihtiyacı kalmamalı” prensibine dayanmaktadır.

Ders kitapları sizler için temel öğrenme kaynağıdır; diğer materyal ve etkinliklerin işlevi ise ders kitapları ile karşılanamayan öğrenme ihtiyaçlarınızı karşılamaktır. Bu durumda elinizdeki kitabı kullanırken iki şeye aynı anda dikkat etmelisiniz: Birincisi size sunulan materyaller arasında en kapsamlısının ders kitabı olduğu; ikincisi ise ders kitaplarının, sizlerin öğrenme ihtiyaçlarınızı tek başına karşılayamayacağı. Örneğin ders kitapları temelde birer okuma materyalidirler ve sınırlı düzeyde etkileşim içerebilirler. Oysa etkileşim, öğrenme için vazgeçilmezdir. Ders kitaplarında okuduğunuz bilgileri uygulamak, pekiştirmek, test etmek ve geliştirmek için ihtiyaç duyduğunuz etkinlikler sizlere, diğer öğrenme kaynakları ile sunulmaktadır.

Uzaktan eğitimin içinde gerçekleştiği koşullar, yüz yüze eğitimin koşullarına göre oldukça farklıdır. Örneğin bir uzaktan eğitim programına devam eden öğrenciler genellikle grup etkileşiminden yararlanmadan ders çalışmak durumundadırlar. Bu durum onlara sunulan materyallerin tek başına ya da kendi kendine öğrenmeye olanak sağlayacak şekilde tasarımı gerekli kılar. Elinizdeki kitabın klasik ders kitaplarına göre kimi farklılıklara sahip olması, bundandır. Ders kitaplarınız kendi kendine öğrenme yöntemlerini destekleyecek şekilde tasarlanmıştır.

Sizlere sunulan ders kitapları ve üniteleri belirli öğelerden oluşmaktadır. Ayrıca bu öğelere dikkat çekmek amacıyla bazı ikonlar kullanılmıştır. Bunlar aşağıda kısaca özetlenmiştir.

## Üniteyi Çalışırken



Bir kitapta yer alan kimi üniteler özel birtakım etkinliklere katılmanızı, belli hususlara dikkat etmenizi ya da farklı kaynakları da kullanmanızı gerektirebilir. Kısaca kimi üniteleri çalışırken yararlanabileceğiniz çeşitli stratejiler olabilir. Böyle durumlarda, ünite başında “Üniteyi Çalışırken” başlığı altında, sizlere çeşitli önerilerde bulunmaktadır.

## Öğrenme Hedefleri

Elinizdeki kitap ünitelerden oluşmaktadır. Her ünitenin başında “Öğrenme Hedefleri” başlığı altında öncelikle, o üniteyi tamamladığınızda kazanmış olmanız beklenen yeterlilikler verilmektedir. Bu yeterlilikler, üniteyi çalışırken sizler için yol gösterici olmalıdır. Üniteyi tamamladığınızda, “Bu yeterlilikleri kazandım mı?” sorusunu mutlaka sorunuz.



## Örnek



Öğrenmede ilke ve kavramların önemli yeri vardır. Oysa bunlar birer genelleme; genellemeler ise soyutlamalardır. Bu türden temel bilgiler bazen soyut, bazen de karmaşık ve anlaşılması güçtür. Kitabınızda bu türden bilgiler sunulurken, anlatılanları somutlaştırıp, kolaylaştırmak için örneklerle yer verilmiştir. Bu örnekleri dikkatle incelemeniz, sunulan bilgiyi anlamanızı ve uzun süre hatırlayabilmenizi kolaylaştıracaktır.

## Özgün Tanım

Kitabınızda kimi zaman belli kavramların ifade ettiği anlamları özetlemek, kimi zaman da farklı bakış açılarını sunmak amacıyla çeşitli tanımlara yer verilmiştir. Başka kaynaklardan alınan ya da özgün tanımlara metnin kenarında tırnak ( “ ” ) işareti ile dikkat çekilmiştir. Bu simgeyi gördüğünüz yerdeki tanımı dikkatlice inceleyiniz. Ayrıca bu uygulamayı, başkalarına ait sözleri, kendi metniniz içinde kullanırken örnek alınız.



## Soru



Öğrenmede sorular, kendi bilgi düzeyimizi farketmemize, sunulan bilgiyi ayrıntılı şekilde anlamamıza, sorgulamamıza yararlar. Soru sormadan çalışmak ezberden daha fazlasını sağlayamaz. Kitabınızda, metin içinde çeşitli sorular verilmiştir. Bu sorular üzerinde dikkatle düşünmek sizlere, ezberden öte, gerçek öğrenme sağlayacaktır.

## Önemli Metin

Bir metin içinde kimi bölümler, o metnin vermeye çalıştığı mesajlar açısından önemli ve önceliklidir. Kitabınız içinde sunulan metinlerin kimi bölümleri, ünite başında belirtilen öğrenme hedefleri açısından öncelikli öneme sahipse, metnin o bölümünün yanında, yanda gördüğünüz ikonla dikkatiniz çekilmeye çalışılmıştır. Bu türden önemli metinlere özel bir dikkat gösteriniz.



## Özet



Herhangi bir konu ile ilgili bilgileri özetlemek, bir anlamda o konu ile ilgili bilgileri birbiri ile ilişkilendirip, bir bütün oluşturmak demektir. Kitabınızda her ünite ile ilgili konular tamamlandığında, “Özet” başlığı altında, o ünite ile ilgili bilgiler öğrenme hedefleri etrafında toparlanmaktadır. Ünite sonlarındaki özetleri mutlaka okuyarak, ünite hakkında genel bir fikre sahip olmanız son derece önemlidir.

## Gözden Geçir

Ünitelerde “Gözden Geçir” başlığı altında sıralanan açık uçlu sorular, aynı zamanda o üniteye önemsenen konularla ilgili önemli hususlara dikkat çekmektedirler. Bu soruları okuyarak, çeşitli kaynaklardan yararlanıp cevaplandırmak, sizin ünite ile ilgili önemli konularda farklı bakış açılarından da haberdar olmanızı sağlayacaktır.



## Değerlendirme



Öğrenen kişinin kendi yeterlilik düzeyinin farkında olması ve gerçekten öğrendiğini hissetmesi, yazılı sınavlarda başarılı olabilmesi kadar önemlidir. Ünite sonlarında “Değerlendirme” başlığı altında verilen çoktan seçmeli sorular sizin, kendi kendinizi değerlendirmenizi sağlamaya dönüktür. Bu sorulara verdiğiniz cevapları, verilen doğru cevaplarla karşılaştırarak, ne kadar öğrendiğinizi görmeye çalışınız.

## Kaynaklar

Her bir ünite ya da kitabın sonunda “Kaynaklar” başlığı altında, o üniteye ilişkin konularla ilgili kitap ve makale ya da elektronik formattaki temel kaynakların bir listesi verilmiştir. Bu kaynaklara başvurarak inceleme yapmanız size, kitapta sunulan bilgileri kontrol etme ya da daha ayrıntılı inceleme fırsatı sağlayacaktır.



## Sözlük



Bilim kavramlarına dayanır; bütün uzmanlık alanlarında kavramların önemli bir yeri vardır. Kitabınızda ele alınan konularla ilgili kavramlar metin içinde geniş şekilde tanımlanmış ve açıklanmıştır. Kimi kitaplarda ise “Sözlük” başlığı altında, o kitapta geçen temel kavramların kısa tanımları verilmiştir. Belli kavramların kısa tanımları için “Sözlük” kısmına başvurmanız, belli metinleri anlamınızı kolaylaştıracaktır.



Sunuş.....	III
İçindekiler.....	VII
<b>Ünite 1</b>	
Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli.....	1
Ünitede Ele Alınan Konular .....	2
Ünite Hakkında.....	3
Öğrenme Hedefleri .....	3
Üniteyi Çalışırken.....	4
Sağlıkta Bilgi Yönetimine Genel Giriş.....	5
Tıbbi Doküman Nedir?.....	5
Sağlık Kaydının Amaçları .....	10
1. İletişim Amacı .....	10
2. Hasta Bakımında Sürekliliği Sağlama Amacı .....	10
3. Hasta Bakımını Değerlendirme Amacı.....	11
4. Hukuksal Amaç .....	11
5. İstatistik Amaç.....	11
6. Araştırma ve Eğitim .....	11
7. Tarihsel Amaç .....	11
Sağlık Kayıtlarında Tarihsel Gelişim Süreci .....	12
Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları.....	18
Sağlık Bilgi Sistemi ile İlgili Meslektaşının Gelişimi .....	18
Dünya’da Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları.....	18
Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları Eğitiminin Gelişimi .....	21
Tıbbi Enformasyon Yöneticisi .....	22
Tıbbi Enformasyon Teknisyeni .....	22
Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları.....	22
Özet .....	24
Gözden Geçir.....	27
Kaynaklar .....	28
Değerlendirme Soruları .....	30

### Ünite 2

Hasta Dosyaları .....	31
Ünitede Ele Alınan Konular .....	32

Ünite Hakkında .....	34
Öğrenme Hedefleri.....	34
Üniteyi Çalışırken .....	34
Hasta Dosyalarının Önemi .....	35
Hasta Dosyalarının ve Hekim İçin Önemi .....	35
Hasta Dosyalarının Sağlık Kurumları İçin Önemi .....	36
Hasta Dosyalarının Adli Tıp İçin Önemi .....	36
Hasta Dosyalarının Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim İçin Önemi.....	36
Hasta Dosyalarının Halk Sağlığı İçin Önemi.....	36
Hasta Dosyalarının Tıbbi Bakımın Değerlendirilmesi İçin Önemi ...	37
Hasta Dosyalarının Kapsamı Ve Analizi .....	37
Hasta Dosyalarının Kapsamı.....	37
Hemşirelik Kayıtları .....	41
Hasta Dosyalarının Analizi.....	42
Dosyanın nicelik yönünden incelenmesi;.....	42
Dosyanın nitelik yönünden incelenmesi;.....	42
Hasta Dosyaları İle İlgili İdari Sorumluluk.....	43
Hasta Dosyasının Niteliği .....	44
Hasta Dosyasındaki Formların Önceliklendirilmesi .....	44
Birincil (Primer) Formlar:.....	44
İkincil Formlar: .....	44
Geçici Formlar: .....	44
Sağlık Kayıtlarının Niteliği.....	45
Sağlık Kayıtlarında Düzeltme.....	45
Anlaşılabilirlik .....	45
Dosyaların Nakli .....	45
Kısaltmalar.....	46
Kullanılması Sakıncalı Ekler, Kısaltmalar, Semboller.....	46
Hasta Dosyasında Bulunan Temel Formlar .....	47
Hasta Tabelası:.....	47
Hasta Kabul Kağıdı:.....	47
Hemşire Gözlem Formu:.....	47
Doktor Gözlem Formu:.....	47
Derece Kağıdı: .....	47
Çıkış Özeti (Epikriz):.....	48
Diğer Formlar: .....	48
Hasta Dosyalarında Bölümlendirme .....	48
Dosyanın Kimlik Bilgileri ile İlgili Bölümü .....	48



Dosyanın Hemşirelerle İlgili Bölümü.....	49
Dosyanın Hastalık, Tanı ve Tedavilerle İlgili Tıbbi İşlemler Bölümü.....	49
Hasta Dosyasının Biçimlendirilmesi .....	50
Özet .....	63
Gözden Geçir.....	65
Kaynaklar .....	66
Değerlendirme Soruları .....	67

### Ünite 3

Sağlık Kayıtları ve İçeriği .....	69
Ünitelerde Ele Alınan Konular .....	70
Ünite Hakkında.....	71
Öğrenme Hedefleri .....	71
Üniteyi Çalışırken.....	71
Hastane Kayıtları .....	72
Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kayıtları .....	73
Tıbbi Kayıt Tutma Çeşitleri.....	73
Metoda Göre.....	73
Kullanılan Malzemeye Göre.....	74
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tutulan Kayıtlar .....	76
Form Temini.....	82
Hastalıkların Bildirimi.....	83
C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bildirimini .....	84
Grup A Hastalıkların Bildirim Sistemi .....	86
Grup B Hastalıkların Bildirim Sistemi .....	86
Grup C Hastalıkların Bildirim Sistemi .....	87
Grup D Hastalıkların Bildirim Sistemi .....	87
Kan Merkezlerinde Tutulması Zorunlu Kayıt Fişi Ve Etiketler .....	88
Kanser Kayıtları .....	88
Ölüm Kayıtları.....	91
Bebek ve Çocuk Ölüm Kayıtları .....	96
Aile Hekimliği Kayıtları.....	99
Acil Servis Kayıtları .....	104
Özet .....	108
Gözden geçir.....	114
Kaynaklar .....	115

Değerlendirme Soruları.....	116
-----------------------------	-----

## Ünite 4

Numaralama, Dosyalama Sistemleri, Sağlık Kayıtlarının Korunması ve Saklanması.....	119
Ünite Ele Alınan Konular.....	120
Ünite Hakkında.....	121
Öğrenme Hedefleri.....	122
Üniteyi Çalışırken.....	122
Sağlık Kayıtlarının Numaralanması.....	123
1.Alfabetik Sistem.....	123
2.Nümerik Numaralama Sistemi.....	124
Seri Numaralama Sistemi:.....	124
Ünite Numaralama Sistemi:.....	124
Seri-Ünite Numaralama Sistemi.....	124
Sağlık Kayıtlarının Dosyalanma Sistemleri.....	125
Alfabetik Dosyalama Sistemi.....	125
Kronolojik Dosyalama Sistemi.....	125
Coğrafi Esasa Göre Dosyalama Sistemi.....	126
Nümerik Dosyalama Sistemi.....	126
Serial Nümerik Dosyalama Sistemi.....	126
Desimal Dosyalama Sistemi.....	126
Konu Esasına Göre (Tek Konu-Tek Dosya) Dosyalama Sistemi: ..	127
Karma Dosyalama Sistemi.....	129
Hasta Dosyalarının Arşivde Yerleştirilme Biçimleri.....	129
Renk Kodlama Sistemi.....	129
Açık Tasnif / Çekmece Sistemi.....	130
Kompakt Raf Sistemi.....	130
Kişisel Sağlık Kayıtlarının Korunması.....	131
Hastanın Tıbbi Kayıtlara Ulaşma Durumu.....	131
Sağlık Kayıtlarının Güvenliği.....	134
Tıbbi Görüntülerin Arşivlenmesi.....	136
Sağlık Kayıtlarının Saklanması Süreleri.....	137
Kurum Arşivinde Ayıklama Ve İmha.....	141
Ayıklama.....	141
İmha.....	141
İmha şekilleri.....	142
İmha Edilecek Malzemenin Ayıklanması.....	142

İmha Tutanağı.....	142
Sağlık Kayıtlarında Kodlama Ve Sınıflama .....	143
Kodlama ve Sınıflama Sistemlerinin Tarihçesi .....	143
Kodlama ve Sınıflandırılma Sistemleri .....	144
Türkiye’de Sağlık Kayıtlarının Kodlanma ve Sınıflanması .....	149
International Classification of Diseases (ICD 10).....	150
Hastane Bilgi Sistemlerinde HL7 Mesaj Standardı Kullanım Zorunluluğu.....	153
Özet .....	155
Gözden Geçir.....	164
Kaynaklar .....	165
Değerlendirme Soruları .....	166

## Ünite 5

Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi .....	169
Ünitede Ele Alınan Konular .....	170
Ünite Hakkında.....	171
Öğrenme Hedefleri .....	172
Üniteyi Çalışırken.....	172
Hasta Dosyaları Arşivinin Temel Öğeleri .....	174
İnsan gücü .....	174
Arşiv Memurunun Görevleri .....	174
Hasta Dosyaları Arşiv Yöneticisi İş Tanımı.....	176
Tıbbi Kodlamacı ve İstatistikçi İş Tanımı .....	178
Tıbbi Sekreter İş Tanımı.....	179
Merkezi Yerleşim Alanı .....	181
Bütçe .....	182
Arşiv Komitesi .....	182
Arşiv Komitesinin Sorumlulukları ve Faaliyetleri.....	184
Arşiv Komitesinin Üyeleri .....	184
Hasta Dosyaları Arşivinin Yeri .....	185
Hasta Dosyaları Arşivin Mimari Yapı Ve Özellikleri .....	186
Arşiv İçerisinde Dosyalar İçin Saklama Mekanı .....	187
Arşiv Personel Alanı İçin Çevresel Koşullar.....	188
Hasta Dosyaları Arşivinin Görevleri .....	190
Hasta Dosyaları Arşivinin Bölümleri .....	192
Eksik Dosyalar Bölmü.....	193

Tıbbi Sekreterlik Bölümü .....	194
Kodlama Bölümü .....	194
Hasta İndeksleri Bölümü.....	195
İndeks Kartları .....	195
Bilgisayarla İndeksleme .....	196
Barkotları Kullanma.....	196
Yüz Tarama Yazılımları .....	197
Hasta Tanıtım Kartı.....	197
Haberleşme Bölümü .....	197
Dosyalama Bölümü.....	197
Araştırma Bölümü.....	198
Dosyalama Yöntemleri .....	199
Yatık Dosyalama.....	199
Dikine Dosyalama.....	199
Hasta Dosyaları Arşivinin Yönetim Ve Organizasyonu .....	199
Merkezsiz Örgütlenme Modeli .....	200
Dağınık Örgütlenme .....	203
Karma Örgütlenme .....	203
Diğer Ünitelerle Fonksiyonel İlişkiler .....	204
Özet.....	206
Gözden geçir .....	218
Kaynaklar.....	219
Değerlendirme Soruları.....	220

## Ünite 6

Sağlıkta E-Dönüşüm .....	223
Ünitede Ele Alınan Konular.....	224
Ünite Hakkında .....	225
Öğrenme Hedefleri.....	225
Üniteyi Çalışırken .....	225
Kalite İyileştirme Süreci .....	226
Sağlık Sektörü İçerisinde Hastane Hizmetlerinin İyileştirilmesinde, Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi ve Akreditasyon Güvencesi .....	226
Akreditasyon Güvencesi İçerisinde Kalite ve Hasta Güvenliği .....	227

İşgörenler ve Akreditasyon.....	228
Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi .....	230
Hastaneler Ve Hastane Bilgi Sistemleri (Hbs) .....	233
Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi; Sağlık-Net .....	234
Sağlık-NET'in Yapısı.....	236
Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün Amacı.....	240
Sağlık Kodlama Referans Sunucusu.....	240
Diğer E-Sağlık Projeleri .....	242
Tele-Tıp.....	242
Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS).....	242
Elektronik Sevk Sistemi .....	242
e-Reçete.....	243
Elektronik Kimlik Kartı.....	243
Sağlıkta E-Dönüşüm.....	244
e-Sağlık.....	244
MEDULA.....	245
MEDULA İle Karşılanacak İhtiyaçlar.....	246
MEDULA Sistemine Genel Bir Bakış.....	247
Sistem Entegrasyonu .....	247
Sistemin Devreye Alınışı.....	248
Özet .....	248
Gözden Geçir.....	253
Kaynaklar .....	253
Değerlendirme Soruları .....	254

## Ünite 7

Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri.....	255
Üniteye Ele Alınan Konular .....	256
Ünite Hakkında.....	257
Öğrenme Hedefleri .....	257
Üniteyi Çalışırken.....	258
Tıbbi Dokümanlarda Sorumluluk.....	259
Tıp Hizmetleri Organizasyon Yapısı Ve Komiteler .....	259
Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi (Executive Committee).....	260
Kullanım İnceleme Komitesi (Utilization Review Committee): .....	262
Tıbbi Kayıt Komitesi (Medical Records Committee).....	264

Enfeksiyon Kontrol Komitesi (Infection Control Committee) ..	266
Doku ve Ameliyat Komitesi (Tissue and Surgical Review Committee) .....	269
Eczane ve İlaç Kullanım Komitesi (Pharmacy and Therapeutics Committee) .....	270
Kan ve Kan Ürünleri Kullanım Komitesi (Blood and Blood Utilization Committee) .....	270
İnsan Kaynakları İle İlgili Komiteler .....	271
Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi .....	271
Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi .....	272
Tıbbi Eğitim Komitesi (Medical Education Committee) .....	273
Hizmet Verilmesi İle İlgili Komiteler .....	273
Hizmet Standartları Gözden Geçirme Komitesi (Medical Audit Committee) .....	273
Sistemler Komitesi (System Committee) .....	273
Tıp Araştırmaları Komitesi (Investigational Review Board) ..	273
Etik Komitesi (Ethics Committee) .....	274
Güvenlik ve Afet Komitesi (Security and Disaster Committee) .....	274
Tıbbi Denetim Komitesi (Medical Control Committee) .....	274
Yönetim Kurulu (Management Committee) .....	275
Diğer Oluşturabilecek Komiteler .....	276
Sağlık Kayıtlarına İlişkin Mevzuat .....	276
Sağlık Kurumlarında Kayıtlara İlişkin İdari Sorumluluklar .....	279
Sağlık Kayıtlarının Gizliliği .....	280
Sağlık Kayıtlarını Tutma Yükümlülüğü .....	280
Tıbbi Dokümanlarla İlgili Yasal Kavramlar Ve Sorumluluklar .....	282
Hasta Dosyalarının Mahkemelerde Belge Olarak Kullanıldığı Durumlar ..	283
Özet .....	286
Gözden geçir .....	289
Kaynaklar .....	289
Değerlendirme Soruları .....	291
Değerlendirme Sorularının Doğru Yanıtları .....	292

# SAGLIK HIZMETLERİNDE BILGI YÖNETİMİ

1

## Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2

Hasta Dosyaları

3

Sağlık Kayıtları ve İçeriği

4

Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5

Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6

Sağlıkta E-Dönüşüm

7

Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlıkta Bilgi Yönetimine Genel Giriş
- Sağlık Kaydının Amaçları
  - İletişim Amacı
  - Hasta Bakımında Sürekliliği Sağlama Amacı
  - Hasta Bakımını Değerlendirme Amacı
  - Hukuksal Amaç
  - İstatistiksel Amaç
  - Araştırma ve Eğitim Amacı
  - Tarihsel Amaç
- Sağlık Kayıtlarında Tarihsel Gelişim Süreci
- Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları
  - Sağlık Bilgi Sistemi ile İlgili Meslekleşmenin Gelişimi
  - Dünya da Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları
  - Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları Eğitiminin Gelişimi
    - Tıbbi Enformasyon Yöneticisi
    - Tıbbi Enformasyon Teknisyeni
  - Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları



## Ünite Hakkında

Bu ünite asıl olarak tıbbi dokümanların tarihçesi yanında, nitelikli bir sağlık kaydının nasıl olması gerektiğini ve sağlık kaydının amaçlarını kavratmayı hedeflemektedir ve tıbbi kayıtların önemi vurgulanmak istenmiştir. Tıbbi dokümanlar sağlık hizmetlerinin kısa sürede ve doğru bir biçimde planlı yürütülmesi için gereklidir. Tıbbi dokümanların tarihçesine ilişkin ilk kayıtlar ve belgeler hakkında bilgi verilmektedir. Bu ünite de sağlık bilgi sistemi ile ilgili meslektaşının dünyadaki ve Türkiye'deki gelişimi anlatılmakta ve tıbbi doküman, tıbbi dokümantasyon, tıbbi enformasyon yöneticisi, tıbbi enformasyon teknisyeni kavramları tanımlanmaktadır.

## Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Tıbbi dokümanların ne olduğunu bileceksiniz.
- Tıbbi dokümanların tarihi hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Tıbbi kayıtların özelliklerini ve başlıca kullanıcılarını bileceksiniz.
- Sağlık kayıtlarının kullanım amaçları ve kullanım alanlarını öğreneceksiniz.
- Sağlık bilgi sistemi çalışanlarını bileceksiniz.



## Üniteyi Çalışırken

- Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın.
- Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadıklarınız olursa, ilgili konuyu yeniden okuyun.

## Sağlıkta Bilgi Yönetimine Genel Giriş

Bilgi, düzenlenmemiş ve yapılandırılmamış veridir. Veri ise kurumsal amaçlara bağlı olarak işlemlerin yapılandırılmamış bir biçimde kaydedilmesidir (Barutçugil, 2002: 58). Sağlık hizmetlerinde veri ve bilgi hem sürekli üretilmekte hem de sürekli kullanılmaktadır. Yoğun olarak kullanımda olan veri ve bilginin sağlık kurumlarında verimli kullanılabilmesi için yönetilebilmesi gerekir. Yönetimin temeli her şeyden önce, yönetim kavramı içerisindeki unsurların iyi tanımlanması ve kavranması ile ilintilidir.

### Tıbbi Doküman Nedir?

Sağlık kuruluşunda ayakta veya yatarak tedavi edilen hastaların tanı ve tedavileri süresince ilgili bölümler tarafından oluşturulan kâğıda yazılmış kayıtlar, resim, film, cihaz / bilgisayar çıktısı olarak bulunan veya elektronik ortamda saklanan her türlü belgeye *tıbbi doküman* veya *tıbbi kayıt* adı verilir.

Türk Standartlar Enstitüsü 1996'da yayımladığı Hastanelerde Akreditasyon Tasarısında tıbbi kayıt; "hastanın hastalığının seyrini tarif eden periyodik gelişme notları dahil olmak üzere hastanın bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen teşhis ve tedavi faaliyetlerinin organize edilmiş raporu" olarak tanımlamıştır. Huffman (1994) ise tıbbi kaydı "hasta bakımına katkıda bulunan sağlık uzmanları tarafından yazılan hastanın geçmiş ve mevcut hastalıkları tedavileri ile ilgili olan derleme" olarak tanımlamıştır.

Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne de *tıbbi dokümantasyon* adı verilmektedir.

Tıbbi dokümanlar sağlık hizmetlerinin kısa sürede ve doğru bir biçimde planlı yürütülmesi için gereklidir.

Tıbbi dokümanlar gerek bireylere yönelik sağlık hizmetinin doğru bir biçimde ve zamanında verilebilmesi, gerek bu hizmeti veren kişilerin eğitilmesi ve gerekse sağlık hizmetinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Tıbbi dokümanlar bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili bilgileri yaşamları boyunca bilmelerini ve gerekli hallerde kullanmalarını, bireylere yanlış tanı konması ya da hatalı tedavi uygulanması durumunda başvurulabilmesini, hastalıkların tanı ve tedavisini, bulguların takibini, sağlık hizmetlerinin planlı yürütülmesini, organizasyon ve verilecek hizmetin kontrol edilmesini ve sağlık alanında yapılacak bilimsel çalışmaların gerçekleştirilmesini kolaylaştırmaktadır.



Tıp kitapları, tıp dergileri, hasta dosyaları, tıbbi indeksler, tıbbi tezler, tıbbi bildirimler, tıbbi patentler, tıbbi kataloglar ve her tür tıbbi başvuru kaynakları tıbbi dokümantasyon kapsamındadır .



Tıbbi kayıtlar hekimin ve hasta bakımının yol haritasıdır.

Tıbbi kayıtlar iyi hekimlik uygulamasının vazgeçilmez araçlarındandır. 'Sürekli sağlık bakımı vermek' ve hastalarıyla irtibatlarını devam ettirmek isteyen tüm sağlık çalışanları için tıbbi kayıtlar çok önemlidir. Tıbbi kayıtlar "örgütün belleği" olarak ifade edilebilir. Kapsamı tam, düzenli hasta dosyası, nitelikli bir hasta bakımının yazılı ifadesidir.

Tıbbi kayıtlar sağlık kuruluşlarında hastaya ilişkin olarak tutulan hastayla ilgili her türlü bilgidir. Bu kayıtlar elle veya elektronik ortamda tutulabilir.

Kayıt tutmak birçok nedenden ötürü hekimliğin olmazsa olmaz şartları arasındadır. Hasta memnuniyetini ve sağlık bakım kalitesini artırmak, kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve sürekli sağlık hizmeti sunmak gibi aile hekimliğinin bireysel yönlerinin uygulanmasına katkıda bulunmasının yanında kayıt tutmak ülke çapında sağlık politikalarının belirlenmesinde de son derece önemlidir. Kayıt tutmak aynı zamanda bir hasta hakkı ve yasal zorunluluktur. Doğru ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar hastanın tedavisinin sürekliliğini ve doğruluğunu sağlamaktadır.

Sağlık bilgi sisteminde, sistemin en verimli ve en etkin çalışması için sağlık kayıt departmanının verimli ve etkili çalışması gerekir. Bir sağlık kaydı hastanın tedavi için bir hastaneye veya birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğu andan itibaren onunla ilgili sağlık kayıtları işlemeye başlar. Sağlık kayıtları hasta ile ilgili her türlü yazılı dokümandır. Hastanede veya klinikte bir sağlık merkezinde olduğu sürece hasta ile ilgili tüm işlemler kayıt altına alınmalıdır. Bu sağlık kayıtları hastanın tıbbi geçmişini de içermelidir.

Gerçek fiziksel kayıtlar kabul edilebilir büyüklükte olmalı ve uygun formlar üzerinde belli bir standart sağlanarak tutulmalıdır. Sağlık kayıtları hastanede, sağlık merkezinde doktor veya diğer temel sağlık görevlileri tarafından tutulabilir. Her kayıt için formların standart bir ölçüde olması gerekir.

Tıbbi kayıtlar, sağlık kurumundan yararlanan birey, hekim, sağlık personeli ve yönetim arasında bir iletişim ortamı yaratmaktadır. Modern sağlık hizmetleri multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmekte; değişik uzmanlık alanlarının ve değişik sağlık personelinin katkıları ile yürütülmektedir. Hastaya bakım veren personelin tıbbi bilgileri hastanın dosyasına yazması ekipteki diğer personelin de bakımı rahatlıkla izleyebilme-

sini sağlamaktadır. Tedavi olanaklarına sahip olunmasına rağmen gerekli işlemlerin gerçekleştirilememesi sebebiyle tedavi edilemeyen veya kaybedilen hastalara ait kayıtlar, sağlık kurumları yöneticileri için doktorların bu vakalara dikkatlerini çekmek bakımından önem taşırlar.

Her sağlık kuruluşu tedavi ettiği her hastaya ait bilgileri saklamak zorundadır. Verileri saklamak hukuksal ve yasal açıdan olduğu kadar, akreditasyon standartları açısından da gereklidir (Roach, 1998: 29; [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org), 2009 ).

Tıbbi kayıtların sağlık kurumlarındaki kullanım alanları ve kullanıcıları:

KULLANICI	KULLANIM ALANI
Hekimler	Hastanın tedavi planı, tıbbi karar verme, eğitim ve araştırma
Hasta	Bilgilenme, ücret kontrolü
Hastane Yönetimi	Kalite yönetimi, hizmet planlaması, kullanım değerlendirme, gelir analizi
Eğitim Kurumları	Eğitim programının gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi, öğrenci ve personele yönelik sağlık programının geliştirilmesi.
Tıp ve Sosyal Araştırma Kurumları	Rehabilitasyon ve sosyal yardım programları, toplumsal hastalık yapısının incelenmesi ve hastalıkların toplumsal ve ekonomik hayata etkilerinin belirlenmesi. Hastalık insidanslarının analiz edilerek, rehabilitasyon hizmetlerine duyulacak ihtiyacın belirlenmesi. Özürlü, madde bağımlısı olan bireylere yönelik bireysel rehabilitasyon ve eğitim programlarının geliştirilmesi
Devlet	Sağlık politikalarının belirlenmesi ve kaynak tahsisi
Halk Sağlığı Birimleri	Toplumun hastalık dokusunun belirlenmesi
Sigorta Kurumları	Hizmet ücretleri ile ilgili hastalardan gelen şikâyetlerin değerlendirilmesi. Sigortalılara verilen hizmetlerin kalite ve eşitlik yönünden değerlendirilmesi. Hizmet maliyetlerinin denetlenmesi

Mahkemeler	Hasta dosyalarındaki yapılan tedaviye yönelik bilgilerin incelenerek adli vakalarla ilgili hüküm verilmesi
Emniyet Soruşturması	Hasta dosyalarındaki bilgileri kullanarak adli olayların aydınlatılması
Akreditasyon Kurumları	Kurumun mesleki standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi, personelin bilimsel (mesleki) yeterliliğinin belirlenmesi
İşverenler	İşverenler tarafından sağlanan sağlık sigorta planının yönetilmesi. Personelin uygun işte çalıştırılmasını sağlama, işle ilgili sağlık risklerinin belirlenmesi ve düzeltici önlemlerin alınması, personelin maluliyet durumunun belirlenmesi
Kredi kurumları	Kurumun kredi talebinin değerlendirilmesi

(Artukoğlu ve diğ. 2002: 36-37)

Sağlık kurumlarında hasta kayıtlarının düzenli olarak tutulması koşulunu oluşturan durumlardan birisi de Hasta Hakları Yönetmeliği'dir. Yönetmeliğin 16. maddesinde; "hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir." denmektedir. Kayıtların mülkiyeti esasen sağlık kuruluşuna aittir, bu nedenle belgelerin aslını vermek zorunda değildirler. Buna karşılık hasta bedelini ödemek karşılığında bu belgelerin suretini alabilir. Diğer yandan hastayla ilgili kayıtlar yalnızca tedavisiyle doğrudan ilgili kişilerce görülebilir. Başka bir sağlık personeli dahil hiç kimse bu bilgileri göremez. Aynı yönetmeliğin 17. maddesine göre; "hasta, sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme hakkını da kapsamaktadır".

Kayıt tutmanın nedenleri:

Neden kayıt tutuyoruz?

- Kayıtlar yasal belgelerdir ve kayıt tutmak yasal bir zorunluluktur.
- Kayıt tutmakla; hastalar, kurum çalışanları ve kurum korunur. Yalnızca istenilen bilgilerin toplanmasını sağlar.
- Bilginin unutulmasını önler.
- Birden çok bireyin bilgiye ulaşmasını sağlar.
- Bilginin toplanmasını hızlandırır.
- Yanlışlıkları önler.
- Bilgiler birleştirilerek ve işlenerek daha sağlam bilgiye/sonuca ulaşılır.
- Ekonomik yararları vardır.
- Epidemiyolojik veri sağlar.
- Sağlık istatistikleri çıkarmamızı sağlar.
- Hastanın değerlendirilmesini sağlar ve tıbbi karar vermede yardımcı olur (Hastanın eski verilerine göre yeni veriler karşılaştırıldığında anlam kazanmaktadır).
- Personelin niteliğinin değerlendirilmesini sağlar.
- Kurumlaşmayı sağlar.
- Yönetime destek olur.
- Kalite iyileştirme aracıdır.
- İletişim aracıdır.
- Mesleğin profesyonelleşmesi için gereklidir.

## Sağlık Kaydının Amaçları



Nitelikli bir sağlık kaydı hastanın tedavisi ile ilgili tüm bilgilerini kapsamalı ve bu sağlık kayıtlarına kolayca erişilebilmelidir. Kurumlarda sağlık kaydı tutulmasının nedenleri yedi başlık altında incelenebilir (IFHRO,2002).

Bunlar:

1. İletişim amacı
2. Hasta bakımında süreklilik
3. Hasta bakımını değerlendirme
4. Hukuksal amaç
5. İstatistik amaç
6. Araştırma ve eğitim amacı
7. Tarihsel amaçtır .

### 1. İletişim Amacı

İletişim araçlarının öneminin çok fazla arttığı günümüzde, bilgiye hızlı bir şekilde ulaşmak temel ihtiyaçlar arasına girmiştir. Sağlık kayıtları sağlık kuruluşlarından yararlanan birey hekim ve diğer sağlık personeli arasında bir iletişim ortamı yaratır. Tıbbi geçmişinin düzgün tutulan bir hasta, bu bilgilerin ışığında başka hastane ve kliniklerde değerlendirilmesini kolaylaştırır. Hastanın tedavisinden sorumlu olan sağlık çalışanları mümkün olan en kısa sürede hastanın durumu hakkında bilgi almak isterler bu bilgiler hasta taburcu olduktan sonrada önemini korur. Hasta, dosyasını alıp başka bir hekime göstermek isteyebilir. İyi tutulan bir sağlık kaydına yabancı birisi de ilk bakışta hasta hakkında fikir sahibi olabilmelidir. Hasta dosyaları hekimler ve hastalar arasındaki iletişim aracıdır. Hastanın bakımı sırasında sağlık kayıtlarına katkıda bulunanlar, doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyenler, tıp öğrencileri, laboratuvar teknisyenleri, tıbbi sosyologlar, radyologlar vb.. çalışanlardır.

### 2. Hasta Bakımında Sürekliliği Sağlama Amacı

Sağlık kayıtları bireye sağlık kurumlarınca verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi, araştırma ve incelemeler için önemli materyal, bir doküman ya da kaynaktır. Sağlık kayıtlarının yeterli düzeyde olmasında en büyük sorumluluk hastayı tedavi eden hekime aittir. Hastayı tedavi eden hekim dışında birçok sağlık personeli hasta dosyasının düzenlenmesinde hekime yardımcı olmaktadır. Buna rağmen dosyanın en üst düzeyde yeterli olmasında tüm sorumluluğu hastayı tedavi eden hekim yüklenmeli, dosyanın tam doğru ve zamanında yazılmış bilgilerle donatılmasını sağlamalıdır.

Hastanelerin temel fonksiyonları tıbbi teşhis ve tedavi hizmeti sunmanın yanında koruyucu sağlık hizmetini sunmayı da amaçlamıştır. Tıbbi hiz-



metler verilirken gerek sağlık personeli gerekse idari personel tarafından formlar kullanılır. Hastanın hastaneye girişinden taburcu oluşuna kadar değişik formlar kullanılır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sektör hastanelerinde farklı hasta kayıtları ve farklı dosya açma ve arşivleme sistemleri vardır. Özellikle eğitim veren hastanelerde hasta dosyaları çok ayrıntılı ve kapsamlı olmak zorundadır.

### 3. Hasta Bakımını Değerlendirme Amacı

Hastanelerin hasta bakım standartlarının değerlendirilmesini sağlayan izlenebilir, ölçülebilir ve sürekli gelişmeye açık olan bir mekanizma olmalıdır. JCI standartları hastanın hastaneye girdiği andan çıkışına kadar ve taburcu olduktan sonraki iyileşme sürecini kapsamaktadır (JCAHO). Hasta bakım süreci boyunca ortaya çıkabilecek tıbbi hatalar en aza indirilerek, daha güvenli sağlık hizmeti verilir. 'Hasta mahremiyeti' en üst düzeyde korunur. 'Hasta ve Hasta Yakınlarının Hakları' doğrultusunda sağlık hizmeti sunulur. 'Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Düzeyi' sürekli artırılır. Hizmet sunumunda inter-disipliner bir anlayışla, her gerektiğinde, hastalıkla ilgili tüm branşlardan görüşler alınarak varılan ortak kararlarla tedaviye yön verilip, ekip çalışması güçlendirilir. Tüm tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz olarak tutulmasına önem verilerek hastanın tedavisinin sürekliliği ve doğruluğu sağlanır."

### 4. Hukuksal Amaç

Hastanenin hukuki çıkarlarını korumak için sağlık çalışanlarına yardımcı olur. Tıbbi hata davaları için sağlık kayıtları birincil verilerdir.

### 5. İstatistik Amaç

Sağlık hizmet alanlarını değerlendirmek kamu sağlığı ve epidemiyoloji ve sağlığın gelecekteki gelişimini planlamak için kullanılmaktadır.

### 6. Araştırma ve Eğitim

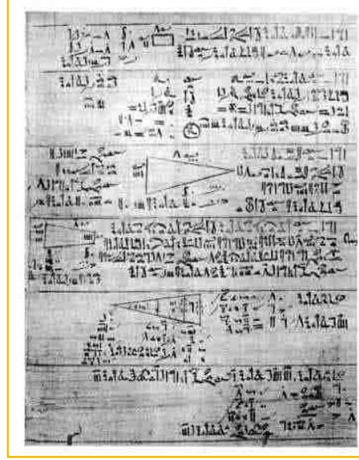
Tıbbi araştırmalarda eksiksiz, tam ve doğru olarak tutulan kayıtlar araştırmacılar için verimli bir kaynak olmaktadır. Tıbbi kayıtlar araştırma yapmak isteyen öğretim elemanı, doktor hemşire ve öğrenciler için iyi bir kaynaktır (Huffman, 1994: 129-131)

### 7. Tarihsel Amaç

Sağlık kayıtları hasta bakım ve tedavi türünün ileriki zamanlarda kullanılması bakımından önemlidir.

## Sağlık Kayıtlarında Tarihsel Gelişim Süreci

Tıbbi dokümanların tarihi tıp tarihi ile başlar. İlk çağlardan bugüne kadar tıp tarihini aydınlatan belge ve bilgiler, aynı zamanda tıbbi dokümanların da bilinen en eski ve ilk örnekleridir.



İlk çağlardan bu yana hasta bakımı ve tedavisiyle uğraşan kişiler çalışmalarını, hasta ve yaralılara uyguladıkları tedavi metotlarına ait belgeleri, çeşitli yazı biçimleriyle ifade etmişlerdir. Mağara duvarlarındaki resimlerde cerrahi müdahalelerle ilgili çalışmaların izleri bulunmaktadır. Medeniyetin gelişimi ile mağara resimlerinden taşların üstüne oymalara geçilmiştir. İspanya'da palaeolitik çağ (eski taş çağı) mağaralarında bulunan duvar resimlerinde, parmakların

kesilmesi ve beyin ameliyatı silüetlerine rastlanmıştır (Demirhan, 1982).

Mısır'da ilk hekim dokümanını Piramitler devrinde bir firavunun baş veziri, baş mimarı ve tıp danışmanı yaşayan İmhotep yazmıştır. Eski Mısır'da İ.Ö. 2718-2600 yılları arasında yaşayan İmhotep, gerçek bir hekim, bilgin, mimar ve politikacıdır, vezirlik görevinde de bulunmuştur (Akdur ve Erdem, 2003: 53). İmhotep aynı zamanda tıbbın tanrısı olarak kabul edilmiştir. Bu dönemde altısı tıbbi konularda olmak üzere 36 veya 42 kitabın yazarı olduğu söylenen Toth, tıp ilahı olarak değil, yazı, icat ve akıl ilahı olması ve ilahların sözcüsü ve kayıtçısı olması nedeniyle iyileştirme sanatında ün salmıştır.

Eski Mısır tıbbı hakkındaki bilgiler bulan kişilerin isimleri ile belirtilen (Kahun Papirüsü gibi) papirüslerden elde edilmektedir. Bu papirüsler sağlıkla ilgili yapılan işlemler, teşhis ve tedavi hakkında bilgiler vermektedir (Alkan, 2002: 28)



Eski Yunan Medeniyetinde hekimlerin hastalarını mabetlerde tedavi ettikleri ve mabetlerin sütunlarında hasta isimleri, konulan tanı ve uygulanan tedavi hakkında bilgiler olduğu ve özellikle Epidaurus'daki mabedin sütunlarında hastalıkların kısa hikâyeleri ve hastaların iyi olup olmayacakları hakkında kayıtlar olduğu belirtilmektedir. Bunlar ilk klinik kayıtlar (günümüzün hasta dosyaları) olarak kabul edilmektedir.



İlaca dair bilinen ilk kayıt M.Ö. 3000 yılına Sümerlere aittir. Adı bilinmeyen bir hekim tarafından toprak bir tablete çivi yazısıyla yazılmıştır. İçeriği tam olarak çözülememiş olan bu tablet halen Philadelphia Üniversite Müzesinde sergilenmektedir.

Homeros, Mısırlı doktorların ilaçlarını "otlardan elde edilen ve bazen zehirli olabilen maddeler" ifadesiyle tanımlamaktadır. Mısır'ın iyileştirme tanrısı Toth, aynı zamanda ilk fizikçi ve cerrahdır. Bilinen ilk doktorun adı ise Sinv'dir. Bu ismin yazılışı olan "cine" nin önüne gelen "met" adıyla Latince'ye Tıp kelimesinin "metcine" olarak yerleştiği söylenmektedir. Bugün kullanılan tıbbi terimlerin büyük kısmı, Yunanca ve Latince'den oluşmuştur.

Tıbbın babası olarak kabul edilen Hippocrates (M.Ö. 460 – 377) sağlık ve hastalık nedenleri üzerinde durmuştur. İnsan bedeninin 4 temel maddeden yapıldığını, bunlar arasındaki dengenin bozulmasıyla hastalık oluştuğunu ileri sürmüştür. Ayrıca tıp ahlakı ve meslek uygulamalarını ilk kez ortaya koymuş, ilk tıp okulunun kurucusu olmuştur. Hipokrat hastalara ait gözlemlerini kaydetmiş ve rapor tutmuştur. Oğullarına da hasta gözlemlerinin kaydedilmesi konusunda ders vermiş ve böylelikle tıbbi dokümanların gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur. Doktorların hasta bilgilerini gizlemesini ise Thus başlatmıştır. Galenos (M.S.131–201), Hippocrates'in başlattığı klinik gözlemi geliştirmiştir. Hastalıkların hastadan sağlama bulaşabileceği gözlemi veba hastalığı ile başlamıştır ve Tivratta belirtilmektedir.

İnsanlığın bilinen en eski tıp el kitabı Sümerli hekim tarafından yazılan 16cm uzunluğunda 9,5cm genişliğinde bir tablettir. Bu tablet M.Ö. üçüncü bin yılın sonunda Nippur'da yazılmıştır (Kramer, 1999: 86).

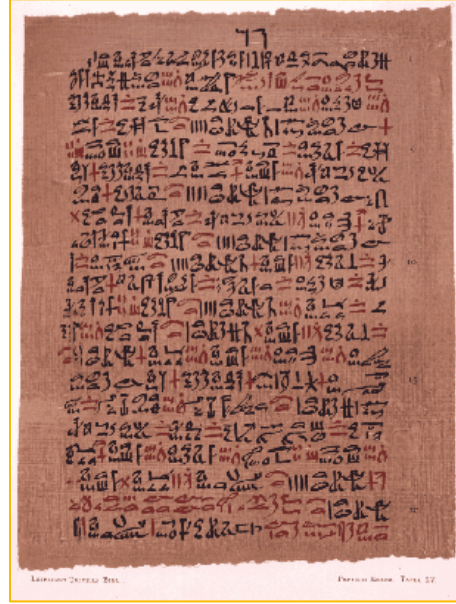
Günümüze ulaşmış bazı papirüslerde ilaç tariflerine rastlanmaktadır. Örneğin Edwin Smith Papirüsü'nde (M.Ö. 1600) diagnostik, prognostik ve anatomiyle ilgili bilgiler yazılıdır.



Yine bu dönemden kalan papirüslere göre, Eski Mısır'da ilaçlar mineral, bitkisel ve hayvansal olmak üzere üç ana maddeden yapılmaktaydı: Bal, sarımsak ve soğan da en çok kullanılan maddelerdi. M.Ö. 1900 yılına ait Kanun adlı papirüste kadın hastalıklarının tedavisine yönelik bilgiler, M.Ö. 1650 yılına tarihlenen Edwin Smith papirüsünde, anesteziye kullanılan ilaçlar, M.Ö. 1550 yılında yazılan Erman papirüsünde ise çocuklara verilen ilaçlar anlatılmaktadır. Hekimlerin çeşitli hastalıklarda kullandıkları ilaçların tarifleri ise Ebers, Hearst, London ve Berlin papirüslerinde açıklanmıştır (Quin Quenouille,1975).

Ebers Tıp Papirüsü, M.Ö. 1550 yıllarında yazıldığı sanılan ve Mısır'da bulunan bir yazmadır. Adını kendini 1873 yılında dünyaya duyuran Eski Mısır uzmanı George Maurice Ebers'ten almıştır.

Eski Mısır'a ait, tıp bilgileri içeren en eski ve en önemli yazmadan biridir. Diğeri ise MÖ 1300'lü yıllara ait Brugsch Papirüsüdür. İçerdiği yaklaşık 700 reçete ile eski çağ hekimliğine ışık tutan Ebers Papirüsü, Teb kentinde bir mumyanın kucığında bulunmuştur ve bugün Leipzig Üniversitesi Kütüphanesi'nde korunmaktadır. Timsah



ısırmamasından, ayak tırnağı ağrısına kadar çeşitli tedavileri anlatan, sinek, fare, akrep gibi zararlılardan arındıran reçeteler ile pek çok büyü formülünü içerir. Dolaşım sistemi, kan damarlarının tüm vücudu sardığı, kalbin kanı dağıtan bir merkez olduğu gibi bilgileri içermesi, o dönemde tıbbın ulaştığı seviye hakkında şaşırtıcı ipuçları vermektedir (Leca, 1972).

Ağız yoluyla alınan ilaçların listesi de M.Ö. 1200 yılında yazılan Chester-Beatty papirüsünde bulunmaktadır. Mısır'daki bilginin Antik Yunan'a geçmesiyle Tıp ile tanışan Batı toplumu, doktorlukla ilgili temel prensiplerini de bu dönemde öğrenmiş ve çeşitli okullar kurulmuştur. Bu okullardan en önemlisi olan Hipokrat Okulu'nun prensipleri bugün edilen Tıp yemininin ilkel halini oluşturmaktadır (M.Ö 460-375). Hipokrat'tan sonra Aristotle, Erasistratus, Serapion ve Glaucias da kendi hasta gözlemlerine dayanarak yazdıkları kitaplarla ünlü olmuşlardır.

Hipokrat kadar önemli kabul edilen Galen'in zehirler ve şifalı otlarla ilgili araştırmalar yaptığı bilinmektedir. Galen derslerini hasta gözlemlerine dayandırarak vermiş ve elde ettiği bilgileri kitap haline getirmiştir. Galen'in nabız ölçümü, idrar muayenesi gibi tanı metotlarının her birini hastalar için ayrı ayrı kaydettiği belirtilmektedir.

Hititler M.Ö. 2000 yılının başında Kafkaslar üzerinden Anadolu'ya gelmişlerdir. Kurulan büyük Hitit Devleti M.Ö. VII-VIII yüzyılda parçalanarak ortadan kalkmıştır. Hitit tıbbı hakkındaki bilgiler başkent Hattuşaş (Boğazköy)'de bulunmuş tabletlere dayanmaktadır. Hititlerde doktorluk oldukça önde gelen bir meslekti. Doktora Hititçe *Asû* denirdi. Hitit kanunlarına göre bir insan başka bir insanı hasta ederse, onun hastalık giderlerini ödemekle sorumlu tutulurdu. Devletler birbirlerinden yazışma ile doktor getirebilirdi. Doktorlar kendi aralarında 'şef doktor', 'küçük doktor' (asistan) gibi unvanlarla ayrılırlardı, kadınlardan da doktor olanlar bulunurdu, bunlara "hemşire" adı verilirdi (Kavalalı, 1999: 31).

En eski genel kütüphanelerden birisini teşkil eden Asur kentlerinden Ninova'daki Sardanapalus Kütüphanesinde bulunan biyomedikal (biyoloji ve tıp) literatür İ.Ö. VII. yüzyıla uzanmaktadır. M.Ö. 300'lü yıllarda, Mısır'da hüküm sürmüş olan Makedonyalı Ptolemies'in (<http://8.1911encyclopedia.org/P/PT/PTOLEMIES.htm>) ünlü kütüphaneleri de önemli tıp derlemelerine sahiptir. İ.Ö. 300'lü yıllarda Hipokrat'ın temsil ettiği Kos okulunun alternatifi olan ve Datça yarımadasında bulunan "Knidos Tıp Okulu"nun zengin bir kütüphanesi olduğu bilinmektedir. 24 fakat önemli erken dönem tıp koleksiyonlarının büyük çoğunluğu özel şahısların ellerinde bulunmaktaydı. Örneğin, Aristo'nun elinde mükemmel bir koleksiyonu olduğu bilinmektedir. 25 İ.Ö. IV. yüzyılda Atinalı hekim Diokles özellikle Hipokratik yazıtlardan oluşmuş zengin bir tıp kütüphanesine sahipti.

Sağlıkla ilgili en eski yazılı belge "Gılgamış Destanı"dır. Ölümsüzlük teması işlenmiştir. Kokuşma düşüncesini ilk kez El Razi (M.S. 850 – 932) ortaya atmıştır. Ortaçağ İslam hekimliğinde Türk İslam kökenli olan Razi, hastane yerinin belirlenmesinde değişik bölgelere asılan etlerden en geç kokuşan yerin uygun olacağını belirtmiştir. Bu buluş, mikroorganizmalardan oluşan hastalıklara karşı önlemler almada, atılan ilk adımdır. İbn-ül Habib, veba salgınında hastalıklı bireylerle temas edenlerin hastalığa yakalandıklarını, bulaşmada giysiler, kap ve kacakların etkili olduğunu belirtmiştir.

Razi ve İbn-i Sina gibi hekimler, ünlerini daha önceki tıbbi dokümanlardan yararlanmalarına ve kendilerinden sonraki kuşaklara iletilmesi için yazdıkları yapıtlara borçludurlar. Razi'nin "Çiçek Hastalığı ve Kızamık hakkındaki Kitabında iki hastalık arasındaki ilk sınıflandırma çalışmalarından bahsedilmektedir. Razi (854-932), hasta başında klinik dersi veren ilk İslam hekimidir ve 200 kadar kitabı vardır. Farabi (870-950), tıp tarihinde ansiklopedik bir bilim adamı olarak tanınır. Abu Reyhan Biruni'nin (973-1051), matematikçi bir hekimdir, en önemli eseri eczacılıkla ilgili Kitab al-Saydala'dır. İbni Sina'nın (980- 1037), çok sayıda kitapları vardır. Kanun isimli kitabı 17. yüzyılın ortalarına kadar Avrupa'da kullanılmıştır. İbn al-Nefis (1210-1288) ise ilk bağımsız anatomi kitabını yazmıştır.

İslam dünyasında, orta çağda hekimlerin özellikle Arapça'dan başka dillerde yazılmış kitaplardan oluşan kütüphaneleri vardır. Bu kütüphane geleneği Osmanlı hekimlerinde de kendi mevkii, bilimsel yeterlilik ve maddi güçleri doğrultusunda devam etmiştir (Sümbüloğlu, 1999: 7).



Heredot, ünlü bir yapıtında, Babil'lilerin hastalanan insanları şehrin belirli bir uzaklığındaki bir bölüme götürdükleri ve o bölgeden geçen hekimlerin bu insanlara bakmadan geçemediklerini belirtmiştir. Bu ilkel yapıdan hastanelere geçiş, ortaçağda olmuştur. O dönemde Hospitium olarak adlandırılan hastanelerden ilki, Fransa'da kurulan tanrının evi anlamına gelen Hotel Di'eu'dur.

Londra'da kurulan ve hala çalışmalarını sürdüren St. Bartholomew's Hastanesi, hem hasta kayıtları tutması ve saklaması, hem de bir tıp kütüphanesi kurması bakımından öncü hastanelerden birisidir. Bu hastanede Kral VIII. Henry zamanında hastalarla ilgili belgelerin şekli üzerinde çalışılmış ve gizlilik kararı alınmıştır. 1609 yılında bu hastaneye tayin edilen Dr. William Harwey'den hastalarına ait gözlemlerini ve istem formlarını yazmasının istenmesi de bu hastaneye ait yeniliklerdendir.

Kuzey Amerika'nın keşfinden bir yıl sonra Meksika'da kurulan The Jesus of Nazereth Hospital hastalara ilk sürekli hizmet veren hastanedir. Hasta kayıtlarını ilk tutan hastanelerden birisi de Philadelphia'da 1752 yılında kurulan Pennsylvania Hastanesi'dir. Pennsylvania Hastanesi'nde sekreter olarak çalışan Benjamin Franklin tarafından 1752 yılından itibaren hastaların adları, adresleri ve hastalıkları, her birine birer numara verilerek Franklin'in el yazısı ile kaydedilmiştir. 1771 yılında kurulan New York Hastanesi de 1790 yılından sonra hasta kimlik bilgilerini ve hastalarla ilgili önemli notları içeren kayıtlar tutmaya başlamıştır. (<http://www.uphs.upenn.edu/paharc/timeline/1751/tline4.html>.)

Boston'da 1821 yılında kurulan Massachusetts General Hospital'da kurulduğu günden itibaren hasta kayıtları tutulmuştur. Hastanenin kütüphanecisi olan Mrs. Grace Whiting Myers'in de, hasta dosyalarının bakımı ve hastalara ait kart kataloglarının hazırlanması işi ile görevlendirildiği belirtilmektedir. Ancak 1900'lerin ilk başlarında Amerika'da hala çoğunlukla iyi hizmet veremeyen, sağlam kayıt tutamayan hastaneler olduğu izlenmiştir. 1902'de American Hospital Association'nun kongresinde hastanelerde ilk defa hastaların kayıtlarının ve dosyalarının nitelikli, sağlam ve standart tutulmamasıyla ilgili sorunlar tartışılmıştır.

American College of Surgeons'un 1917'de hastanelerin iyileştirilmesi için oluşturduğu Hastane Standardizasyon Programı 1919'da yayınlanmış ve standartların oluşturulabilmesi için gereken bilgilerin tamamının tıbbi kayıtlardan elde edilebilmesi, dikkatleri tekrar tıbbi dokümanların standartlara uygun olarak tutulabilmesine çekmiştir. Sağlık kuruluşlarında 1920'lerden sonra, tutulan sağlık kayıtları yetersiz bulunduğu için daha

detaylandırılarak, her hasta için bir dosya tutulması işlemine başlanmıştır. Bu dönemde bazı hastanelerin, birbirine benzer hastalık ve tedavilerin kayıtlarını birlikte tuttıkları, ayrıca genel bir sınıflandırma için hastanelerde hastalık ve tedavilerin indekslenmeye başlandığı izlenmiştir. Gelişmeler, hastalıkların uluslararası bir sınıflandırma listesi ile birlikte aynı hastalık numaraları kullanılarak kodlanması sürecinin başlangıcını oluşturmuştur (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 16).

Aynı yıllarda her hastanın kaydı, özel bir şekilde el yazısı ile tutulmaya başlanmıştır; iki hafta hastanede kalan bir hasta için sonuçta ortalama 6 sayfa belge tutulduğu belirtilmiştir. Daktiloların ortaya çıkışı ile hasta kayıtları daktilo edilmeye başlanmıştır. 1930'lu yıllardan sonra hasta kayıtlarında fiziksel muayene sonuçlarına ek olarak, hastanın soy geçmişi, öz geçmişi, ameliyat sonuçları gibi bazı verilerin de alınarak kişilerin doğumundan ölümüne kadar oldukça uzun bir dönemi kapsayacak şekilde biriktirilmeye başlandığı ifade edilmektedir.

Massachusetts General Hospital'da 1912 yılında beş kişiden oluşan bir grup, klinik kayıtları gözden geçirmeye ve kontrol etmeye başlamıştır. Bu grubun hekimlerle birlikte çalışmaları ve benzer sağlık kurumlarını da kontrol edip, düzenlemeleri için sürekli olarak bir araya getirdikleri belirtilmektedir.

Türklerde tıp literatürünün zenginleşmesinin çeviri ve telif ile başladığı söylenebilir. (Örneğin, halen Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde bulunan ilk resimli Türkçe tıp el yazması Cerrâhiyetü'l Hâniye, resimli ilk tıp yazması olması nedeniyle tıp literatürü için ayrı bir önem taşır.



Günümüz Türkiye'sinde tıp literatürünün zenginleşmesi, geleneksel yayıncılığa elektronik dergi yayıncılığın da eklenmesiyle devam etmektedir (Ünver, 1975: 400).

Tıp eğitiminin günümüzdeki anlamıyla kurumsallaşması, 14 Mart 1827'de Şehzadebaşı'ndaki Tulumbacıbaşı Konağı'nda 'Tıphane ve Cerrahhane-i Amire'nin kurulması ile başlamıştır. Günümüzde, 14 Mart'ın tıp bayramı olarak kutlanması da buradan gelmektedir.

## Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları

### Sağlık Bilgi Sistemi ile İlgili Meslekleşmenin Gelişimi

Dünyada sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık bilgi sistemi çalışanlarının meslekleşme süreci yaklaşık yüz yıllık bir süreci içermektedir. Amerikan Cerrahlar Birliği'nin (ACS), sağlık kurumlarındaki bakım kalitesini artırabilmek için, kurumlardan tıbbi kayıtlarını düzenli ve nitelikli tutulmasını istemesi, dikkatlerin kurum kayıtları üzerine çevrilmesine, kayıtların gözden geçirilmesine ve kayıtlardaki yetersizliklerin de ortaya çıkmasına neden olmuştur. Gelişmeler üzerine Massachusetts Hastanesi'nde 1912 yılında klinik kayıtları gözden geçirmek ve kontrol etmek için beş kişilik bir grup çalışmaya başlatılmıştır. Dr Harvey Cushing ve Richard Cabot'un bu grubu doktorlarla beraber çalışmaları ve benzer sağlık kurumlarını da kontrol etmeleri ve düzenlemeleri için sürekli olarak bir araya getirdikleri belirtilmektedir. Ekibin üyelerinden birisi olan Grace Whiting Myers'in, tıbbi dokümanlarla ilgili olarak çalışan kişileri 8-12 Ekim 1928 tarihinde Boston'da bir araya getirmeyi başarması, ilk meslek kurumu olan Association of Record Librarians of North America'nın (ARLNA) kurulmasını sağlamıştır. Aynı tarihler arasında yapılan bir seçimde de, Mrs. Myers, örgütün ilk başkanı seçilmiş ve misyonlarının tüm sağlık kurumlarındaki kayıt niteliğinin yükseltilmesi ve standartlaştırılması olduğunu söylemiştir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 16).

Ekim 1929'da yapılan kongrede üye sayısı 53'e çıkan örgüte, diğer profesyonel örgütlerden de (AHA, ACS) büyük destek verilmiştir. Örgüt 1929 yılında yılda dört kez olmak üzere "The Journal of the American Association of Medical Record Librarian" adı ile dergi çıkarmaya başlamıştır. Örgütün adı, önce 1944 yılında Kanadalı üyelerin de örgüte girmeleri ile American Association of Medical Record Librarians (AAMRL) olarak, daha sonra da 1991 yılında yeniden değiştirilerek American Health Information Management Association (AHIMA) - Amerikan Sağlık Bilgi Yöneticileri Derneği olmuştur. Amerikan Hastaneler Birliği'nin yardımı ile 1944 yılında ilk ofisini açan örgüt, bugün çok sayıda eleman çalıştıran ve yaklaşık 40 bin üyesi olan mesleki bir örgüt görünümüne kavuşmuştur. Sağlık kurumları içerisinde bilgi sistemi birimlerinde farklı görev tanımları ile çalışanlar bu meslek örgütüne kayıtlıdır (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 17).

### Dünya'da Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları

Sağlık bilgi sistemi yönetimi çalışma alanı, bilişim teknolojisi ve sağlık hizmetlerini bir bütün olarak kapsamaktadır. Bu alandaki çalışma fırsatları, sağlık hizmetleri alanının birbirinden farklı birimlerini ve farklı unvanları kapsamaktadır.



Örneğin Amerika'daki sağlık kurumlarında var olan görev tanımlarından bazıları kanser kayıt elemanı, kodlama ve geri ödeme uzmanı, sağlık enformasyon yöneticisi, sağlık sigorta uzmanı, sağlık hizmetleri yöneticisi, tıbbi asistan, tıbbi ofis çalışanı, tıbbi transkriptist, kalite yöneticisi, risk yöneticisi, kullanım yöneticisi ve tıbbi enformasyon teknikeridir (Green and Bowie, 2005: 36; St. Leger and Hanken, 1996: 55).



Sağlık bilgi sistemi alanında çalışanların eğitimleri dünyanın çeşitli ülkelerinde lisans, ön lisans, sertifika, kolej öğrenimi, mesleki okul gibi farklı biçim ve içerikte örgün veya yaygın veya uzaktan eğitim olanakları ile sağlanmaktadır. Özellikle ABD'de alanda çalışanların her biri görev tanımları ne olursa olsun bir derneğe kayıtlı olarak görev yapmaktadır.

Aşağıdaki tabloda alandaki çeşitliliğe örnek olarak sağlık bilgi sistemi çalışanlarının ABD de kayıtlı oldukları meslek dernekleri verilmiştir.

Görev tanımı	Meslek Dernekleri
Kanser Kayıt Elemanı	Ulusal Kanser Kayıt Derneği (National Cancer Registration Association -NCRA)
Kodlama Uzmanı	Amerikan Mesleki Kodlama Akademisi (American Academy of Professional Coders-AAPC)
Sağlık Enformasyon Yöneticisi	Amerikan Sağlık Enformasyon Derneği (American Health Information Association- AHIMA)
Sağlık Sigorta Uzmanı	Sigorta Yardımı Mesleki Birliği (Alliance of Claims Assistance Professionals -ACAP)  Uluslararası Tazminat Derneği (International Claim Association - ICA)  Tıp Fatura ve Kodlama Derneği (Medical Association of Billers-MBA)
Sağlık Hizmetleri Yöneticisi	Amerikan Sağlık Hizmetleri Yöneticileri Birliği (American College of Health Care Administrators - ACHCA)

Tıbbi Asistan	Amerikan Tıp Asistanları Derneği (American Association of Medical Assistants -AAMA)
Tıbbi Ofis Yöneticisi	Professional Association of Health Care Office Managers -PAHCOM)
Tıbbi Personel Koordinatörü	Tıbbi Personel Hizmetleri Ulusal Derneği National Association for Medical Staff Services -NAMSS)
Tıbbi Transkriptistler	Amerikan Tıbbi Transkriptistler Derneği (American Association for Medical Transcription AAMT)
Kalite Yöneticisi	Sağlık Hizmetleri Ulusal Derneği (National Association for Healthcare Quality -NAHQ)
Risk Yöneticisi	Risk Yönetim Eğitimi Merkezi Center for the Advancement of Risk Management Education- CARME )  Global Risk Yönetim Enstitüsü (Global Risk Management Institute-GRMI)
Kullanım Yöneticisi	Amerikan Durum Yönetimi Kurumu (Case Management Society of America -CMSA)

Green and Bowie (2005: 50)

Amerikan Sağlık Enformasyon Yöneticileri Derneği meslektaşının gereği olarak, meslek üyelerinin dernek etik kurallarına uymasına önem vermektedir. Bir mesleğin etik kuralları olması ve meslek derneğinin bu kuralların yerleştiricisi ve takipçisi olması, o mesleğin meşruiyetini gösteren unsurlardan birisidir. Amerikan Sağlık Enformasyon Yöneticileri Derneği'nin 2004 yılında yeniden revize ettiği meslek etik kuralları aşağıda verilmiştir (Green and Bowie, 2005: 328)

- Üyeler, profesyonel çalışmalarında güven veren, objektif davranan, dürüst kişilerdir.
- Üyeler, herkese karşı dürüst ve saygılıdır.
- Üyeler şahsi yeterliliklerini ve kaliteyi işleriyle birlikte arttırlar.
- Mesleki eğitim ve uygulamaları gerekli olduğu kadar ve yeterince izlerler.

- Üyeler, yasal olmayan ya da uygunsuz hareketleri reddeder, bunları gizlemez ve bunlara katılmazlar.
- Üyeler veri ve bilgi içeren kayıtları ve ikincil kayıtları (araştırmalar, raporlar...) koruyan, profesyonel standartlara uyan kişilerdir.
- Üyeler sır saklayan, prensipli, gelişmeye açık kişilerdir.
- Üyeler, kanunlara uyan, düzenli, değişiklikleri savunan, halka iyi hizmet eden kişilerdir.
- Üyeler sağlık kayıtlarındaki bilgiyi kullanır ve uygun şekilde saklar, sağlık kayıt usullerini geliştirir ve savunur.
- Üyeler diğer kurum çalışanlarını destekler, onlara saygı gösterir.
- Üyeler dernek (AHIMA) misyonunu tanır ve destekler.

### Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları Eğitiminin Gelişimi

Sağlık Bilgi Sistemi meslek örgütünün eski adıyla ARLNA'nın katkıları ile tıbbi kayıt mesleğinde çalışacak bireylere ortak bir formal eğitim verebilmek için müfredat çalışması *Jesse Harned* tarafından 1932 yılında yapılmış, okulun açılması ve eğitimin başlaması 1935 yılında olmuştur. Bu eğitim programı 1942 yılında AMA tarafından da onaylanmıştır. Tüm okullarda 1943 yılında ortak bir eğitim programının oluşturulabilmesi için yine meslek örgütü tarafından ortak bir müfredat geliştirilmiştir. Bu ortak müfredat üzerinde, özellikle sektörde bilgisayarın çok kullanılmasından ve onun geçirdiği sürekli değişimden dolayı zaman, zaman değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişiklikler sırasıyla 1952, 1960, 1967, 1974, 1981 ve 1988 yıllarında yapılmıştır. Müfredat üzerinde en son değişiklik AHIMA üyeleri tarafından ulusal düzeyde 1994 yılında gerçekleştirilmiştir. Önce Medical Record Librarians olan bölümün adı, AHIMA ve AHA'nın ortak çalışmaları ile 1994 yılında değiştirilmiş ve şu anda *Sağlık Enformasyon Yöneticisi (Health Information Administrator)* olmuştur. Eğitim süresi 4 yıldır (Ciocco ve diğ.,1957, Indiana University Bulletin, 1997).

Tek isimle başlayan meslek 1953 yılında, belirli gerekçelerle meslek örgütü ve AHA tarafından ikiye bölünmüştür. 1953 yılındaki ismi ile Tıbbi kayıt yöneticilerinden (Medical Record Librarians) ayrı olarak Tıbbi kayıt teknisyenliği adı altında yeni bir (Medical Record Technicians) 2 senelik bölüm açılmıştır. 1965, 1976, 1983, 1988 ve en son 1994 yıllarında AHIMA ve AHA'nın ortak çalışmaları ile değişiklikler yapılan bu bölümün adı, şu anda Sağlık Enformasyon Teknisyeni (Health Information Technician) olarak değiştirilmiştir. Eğitim süresi ortalama 2 yıldır.

Bu iki bölümden mezun olan bireyler kısaca, AHIMA tarafından aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

### Tıbbi Enformasyon Yöneticisi

Dört yıllık tıbbi enformasyon bölümünü bitiren ve Amerikan Tıbbi Enformasyon Yönetimi Kurumu (AHIMA) tarafından diploması onaylanan ve kayıt yöneticisi (RRA) olarak bu kurumun üyesi olan kişidir. Tıbbi enformasyon yöneticisi, çalıştığı sağlık birimindeki sağlıkla ilgili tüm verilerden, bunların toplanması, biriktirilmesi, tanımlanması ve basılmasından sorumlu olan kişidir. Sağlık birimlerinde enformasyon yöneticisi olarak çalışır. Enformasyonla ilgili standartları oluşturur ve takip eder. Tıbbi enformasyon teknisyenlerinin sürekli eğitim ve kontrolünü sağlar. Bilgisayarda tıbbi enformasyon sistemini kontrol eder. İlgili bölümlere yardım eder. Amerika'da 1952 yılında 19 okulda devam eden Sağlık Enformasyon Yöneticiliği Bölümü, 1995 yılında 54 okula çıkmıştır (Indiana University Bulletin, 1997; American Medical Association, 1996; Ciocco ve diğ., 1957; St. Leger ve Hanken, 1996: 48; Haux ve diğ., 1997).

### Tıbbi Enformasyon Teknisyeni

İki yıllık tıbbi enformasyon teknisyenliğini bitiren ve Amerikan Tıbbi Enformasyon Yönetimi Kurumu (AHIMA) tarafından diploması onaylanan ve kayıt teknisyeni (ART) olarak kurumun üyesi olan kişidir. Veri analizi ve tıbbi kayıt analizini de içeren Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılmasından (International Classification of Diseases) sorumlu olan kişidir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarının ana elemanlarından birisidir. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında, sigorta şirketlerinde, polikliniklerde çalışabilir. 1953 yılında Amerika'da 19 okulda devam eden Sağlık Enformasyon Teknisyenliği bölümü, 1995 yılında 133 okula çıkmıştır. Teknisyen sayısı, yönetici sayısının yaklaşık iki katı kadardır (Indiana University Bulletin, 1997; American Medical Association, 1996; Ciocco ve diğ., 1957; St. Leger ve Hanken, 1996).

Tıbbi enformasyon eğitiminin müfredatı genel olarak incelendiğinde, öğrencilere ilk 2 sene (teknisyenlikte 1 sene veya ön şartlı bir kurs eğitiminden geçmek şartıyla) tıp, biyoistatistik ve bilgisayar biliminin ana konularının zorunlu olarak verildiği, son iki sene de, bilgisayar veri kayıt sistemi, ileri tıbbi terminoloji, sağlık enformasyon yönetimi, tıbbi yasal kavramlar, sağlık istatistikleri, hastane otomasyonu, sağlık bakım sisteminde kalite geliştirme, veri tabanı yönetimi, hastalık kodlaması gibi mesleğe özel derslerin seçmeli derslerle birlikte yer aldığı belirlenmiştir.

### Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemi Çalışanları

Türkiye'de sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık bilgi sistemi içerisinde çalışanlar, genel olarak tıp sekreteri olarak bilinmekle birlikte, aslında daha pek çok farklı görev tanımı altında personel çalıştırılmaktadır. Sağlık istatistikçisi, sağlık teknikeri ve memur bu tanımlardan bir kaçıdır.

Tıbbi sekreterlik öğrenimi halen lise ve ön lisans düzeyinde verilmekte, lisans düzeyinde öğrenim bulunmamaktadır. Ön lisans öğrenimi 1974 yılında başlatılmış özellikle son on senede sayıları hızla artmıştır. Lise düzeyinde tıbbi sekreterlik eğitimi Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı olan Sağlık Meslek Liseleri içerisindeki tıbbi sekreterlik bölümlerinde verilmektedir. Ön lisans düzeyinde ise eğitim tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programlarında verilmektedir. 2008 yılı itibarı ile 35 kamu ve bir vakıf üniversitesinde (sadece biri meslek yüksekokulu altında olmak üzere) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında eğitim süresi 2 yıllık ikinci öğretimler de dahil toplam 45 Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı yer almaktadır (ÖSYM, 2008). Okullardaki kontenjanlar ortalama 20 ile 40 kişi arasındadır.

Sağlık Bakanlığı iki üç senede bir KPSS ile tıbbi sekreter alımı yaparak kurumlarına yerleştirmektedir. Alan mezunları, Sağlık Bakanlığı dışında özel sağlık kurum ve kuruluşlarının çeşitli birimlerinde istihdam edilmektedir.



## Özet

İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere tıbbi doküman, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne de tıbbi dokümantasyon adı verilmektedir. Tıp kitapları, tıp dergileri, hasta dosyaları, tıbbi indeksler, tıbbi tezler, tıbbi bildirimler, tıbbi patentler, tıbbi kataloglar ve her tür tıbbi başvuru kaynakları tıbbi dokümantasyon kapsamındadır. Nitelikli bir sağlık kaydı hastanın tedavisi ile ilgili tüm bilgilerini kapsamalı ve bu sağlık kayıtlarına kolayca erişilebilmelidir. Sağlık kayıtları;

- İletişim amacıyla
- Hasta bakımında süreklilik
- Hasta bakımını değerlendirme
- Hukuksal amaçla
- İstatistik amacıyla
- Araştırma ve eğitim amacıyla
- Tarihsel amaçla tutulur.

Tıbbi dokümanların tarihi tıp tarihi ile başlar. İlk çağlardan bugüne kadar tıp tarihini aydınlatan belge ve bilgiler, aynı zamanda tıbbi dokümanların da bilinen en eski ve ilk örnekleridir Mısırdaki ilk hekim dokümanını Piramitler devrinde bir firavunun baş veziri, baş mimarı ve tıp danışmanı yaşayan İmhotep yazmıştır. Eski Mısır'da İ.Ö. 2718-2600 yılları arasında yaşayan İmhotep, gerçek bir hekim, bilgin, mimar ve politikacıdır, vezirlik görevinde de bulunmuştur.

Eski Yunan Medeniyetinde hekimlerin hastalarını mabetlerde tedavi ettikleri ve mabetlerin sütunlarında hasta isimleri, konulan tanı ve uygulanan tedavi hakkında bilgiler olduğu ve özellikle Epidaurus'daki mabetin sütunlarında hastalıkların kısa hikâyeleri ve hastaların iyi olup olmayacakları hakkında kayıtların olduğu belirtilmektedir. Bunlar ilk klinik kayıtlar (günümüzün hasta dosyaları) olarak kabul edilmektedir.

İlaça dair bilinen ilk kayıt M.Ö. 3000 yıllarında Sümerlere aittir. Sağlık bakım kalitesini gösteren önemli ölçütlerden birisi sağlık kayıtlarının, tıbbi dokümanların kalitesidir. Sağlık kayıtları bir sağlık kurumunun en önemli hazinesidir. Etkin bir tedavi için ilaç ne kadar gerekli ise sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, tıbbi araştırmalar, eğitim ve denetim hizmetleri için de sağlık kayıtları o kadar gereklidir.

Günümüze gelen en eski kanunlardan olan Hammurabi Kanunları içerisinde tıp pratiğinde dikkat edilecek noktalar ve bunlarla ilgili cezalar olduğu belirtilmektedir. Asurlular döneminde Assurbanipal'ın Kütüphanesi'nde sağlıkla ilgili olarak tutulmuş kil tabletler bulunmuştur. Bu

tabletler M.Ö. 3000 ya da daha eski yıllarda yazılmış tabletlerin kopyalarıdır.

Günümüze ulaşmış bazı papirüslerde ilaç tariflerine rastlanmaktadır. Örneğin Edwin Smith Papirüsü'nde (M.Ö. 1600) diagnostik, prognostik ve anatomiyle ilgili bilgiler yazılıdır. Hekimlerin çeşitli hastalıklarda kullandıkları ilaçların tarifleri ise Ebers, Hearst, London ve Berlin papirüslerinde açıklanmıştır. Ebers Tıp Papirüsü, M.Ö. 1550 yıllarında yazıldığı sanılan ve Mısır'da bulunan bir yazmadır. Adını kendini 1873 yılında dünyaya duyuran Eski Mısır uzmanı George Maurice Ebers'ten almıştır. Eski Mısır'a ait, tıp bilgileri içeren en eski ve en önemli yazmadan biridir. Diğeri ise MÖ 1300'lü yıllara ait Brugsch Papirüsüdür.

Sağlık bilgi sistemi ile ilgili meslekleşmenin gelişimi; dünyada sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık bilgi sistemi çalışanlarının meslekleşme süreci yaklaşık yüz yıllık bir süreci içermektedir. Amerikan Cerrahlar Birliği'nin (ACS), sağlık kurumlarındaki bakım kalitesini artırabilmek için, kurumlardan tıbbi kayıtlarını düzenli ve nitelikli tutulmasını istemesi, dikkatlerin kurum kayıtları üzerine çevrilmesine, kayıtların gözden geçirilmesine ve kayıtlardaki yetersizliklerin de ortaya çıkmasına neden olmuştur. Gelişmeler üzerine Massachusetts Hastanesi'nde 1912 yılında klinik kayıtları gözden geçirmek ve kontrol etmek için beş kişilik bir grup çalışmaya başlatılmıştır.

American College of Surgeons, 1952'de dört profesyonel örgütle birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals'ı kurmuştur. Joint Commission on Accreditation of Hospitals'ın Amerika'da hastaneleri akredite eden bir kurum olarak ortaya çıkması, tıbbi kayıtların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi kayıtlar olarak adlandırılan hasta, temsilci ve müşteri kayıtlarını Joint Commission on Accreditation of Hospitals'ın belirlediği standartlarda hazırlayamayan sağlık kuruluşlarının akredite edilmemesi, tıbbi kayıtları anahtar standart haline getirmiştir.

Sağlık bilgi sistemi alanında çalışanların eğitimleri dünyanın çeşitli ülkelerinde lisans, ön lisans, sertifika, kolej öğrenimi, mesleki okul gibi farklı biçim ve içerikte örgün veya yaygın veya uzaktan eğitim olanakları ile sağlanmaktadır. Özellikle ABD'de alanda çalışanların her biri görev tanımları ne olursa olsun bir derneğe kayıtlı olarak görev yapmaktadır.

1994 yıllarında AHIMA ve AHA'nın ortak çalışmaları ile değişiklikler yapılan bu bölümün adı, şu anda Sağlık Enformasyon Teknisyeni (Health Information Technician) olarak değiştirilmiştir. Eğitim süresi ortalama 2 yıldır.

**Tıbbi Enformasyon Yöneticisi:** Dört yıllık tıbbi enformasyon bölümünü bitiren ve Amerikan Tıbbi Enformasyon Yönetimi Kurumu (AHIMA) tarafından diploması onaylanan ve kayıt yöneticisi (RRA) olarak bu kurumun üyesi olan kişidir. Tıbbi Enformasyon yöneticisi, çalıştığı sağlık

birimindeki sağlıkla ilgili tüm verilerden, bunların toplanması, biriktirilmesi, tanımlanması ve basılmasından sorumlu olan kişidir.

**Tıbbi Enformasyon Teknisyeni:** İki yıllık tıbbi enformasyon teknisyenliği bitiren ve Amerikan Tıbbi Enformasyon Yönetimi Kurumu (AHIMA) tarafından diploması onaylanan ve kayıt teknisyeni (ART) olarak kurumun üyesi olan kişidir. Veri analizi ve tıbbi kayıt analizini de içeren Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılmasından (International Classification of Diseases) sorumlu olan kişidir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarının ana elemanlarından birisidir.

Türkiye’de sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık bilgi sistemi içerisinde çalışanlar, genel olarak tıp sekreteri olarak bilinmekle birlikte, aslında daha pek çok farklı görev tanımı altında personel çalıştırılmaktadır. Sağlık istatistikçisi, sağlık teknikeri ve memur bu tanımlardan bir kaçıdır.

Tıbbi sekreterlik öğrenimi halen lise ve ön lisans düzeyinde verilmekte, lisans düzeyinde öğrenim bulunmamaktadır. Ön lisans öğrenimi 1974 yılında başlatılmış özellikle son on senede sayıları hızla artmıştır. Lise düzeyinde tıbbi sekreterlik eğitimi Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı olan Sağlık Meslek Liseleri içerisindeki tıbbi sekreterlik bölümlerinde verilmektedir.



## Gözden Geçir



- Tıbbi doküman veya sağlık kaydı nedir ve neden gereklidir?
- Sağlık kaydı tutmanın amaçları nelerdir?
- Tıbbi doküman veya sağlık kayıtlarının dünyada ve Türkiye'deki gelişimi nasıldır?
- Sağlık kayıtlarının özellikleri, kullanım alanları ve kullanıcıları kimlerdir?
- Sağlık bilgi sistemi çalışanları kimlerdir ve nasıl bir eğitim alırlar?



## Kaynaklar

Akdur, R. ve Erdem, A. (2003). *Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi*. Ankara: Songür Yayınları.

Alkan, N. (2002). *Günümüzde Tıp ve Sağlık Bilimleri Kütüphaneciliği*. Elektronik Gelişmeler Işığında Araştırma Kütüphaneleri 24-26 Ekim 2002 Bolu Bildiriler, Yayına Hazırlayan: Rukancı F., Odabaş H., Yılmaz M., Anameriç H., Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Kültür Merkezi, ss:25-32.

American Health and Information Management Association. <http://www.ahima.org> adresinden 2.6.2009 tarihinde erişilmiştir.

American Medical Association (1996). *Allied Health Education Directory*: Twenty-Third Edition. Chicago.

Artukoğlu, A.; Kaplan, A. ve Yılmaz, A. (2002). *Tıbbi Dökümantasyon*. Ankara: Türksev Yayıncılık.

Demirhan, A. (1982). *Kısa Tıp Tarihi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.

Barutçugil, İ. (2002). *Bilgi Yönetimi*, İstanbul: Kariyer Yayıncılık.

Ciocco, A.; Johnson, O.G.; Knoell, D. ve Pfenning, B. (1957). *The Functions and Education of Medical Record Personnel*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Eren N. (1996). *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan*. Ankara: Somgür Yayıncılık.

Eren, N. ve Uyer, G. (1991). *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, No: 26.

Esatoğlu, A.E. ve Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi Dokümantasyon Tarihi ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslekleşmenin Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı*, 1(1), 13-19.

Gren Michelle, A. ve Bowie, M.J. (2005). *Essentials of Health Information Management*. USA: Thomson & Delmar Learning.

Haux, R.; Hamsan, A. ve diğ. (1997). Education and Training in Medical Informatics, In: *Handbook of Medical Informatics*. Ed: Van Bommel, J.H. ve Musen, M.A. Netherland: Springer. pp: 537-547.

Huffman, E.K. (1968). *Manuel for Medical Librarians: Third Printing*. Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company.

Huffman, E.K. (1994). *Health Information Management*. 10th ed. Berwyn, IL: Physicians Record Company.

Indiana University Bulletin (1997). School of Allied Health Sciences, 9, Indiana.

- International Federation of Health Records Organizations (IFHRO) (2002). Education Module for Health Record Practice. *www.ifhro.org* adresinden 20.06.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *http://www.jcaho.org* adresinden 20.06.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Kavalalı G. (1999). *Hitit Döneminde Anadolu'da Kullanılan Bitkisel Droglar*. II. Türk Tıp Tarihi Kongresi, Türk Tarih Kurumu, Ankara, 131.
- Kramer, S.N. (1999). *Tarih Sümer'de Başlar*, İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Leca (1972). La Medecine Egyptienne aux Temps des Pharaons, *Inf.Dent*. 14. 1327-1334.
- Nisonson, I. (1991), The Medical Record. *Bull Am Coll Surg*, 76(9): 24.
- ÖSYM (2008). 2008 Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu, Ankara.
- Pennsylvania Hospital History, Historical Timeline. *http://www.uphs.upenn.edu/paharc/timeline/1751/tline4.html* adresinden 15.6.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Ptolemies Online Classic Encyclopedia. *http://8.1911encyclopedia.org/P/PT/PTOLEMIES.htm* adresinden 10.6.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Roach, H.W. (1998). *Medical Records And The Law*. Chicago: An Aspen Publication.
- Sheaff R., Peelv., (1995), *Managing Health Service Information Systems An Introduction*. Philadelphia: Open University Press.
- St. Leger, M.P. ve Hanken, M.A. (1996). The Health Information Management Profession. In: *Health Information Management A Strategic Resource*. Ed: Abdelhak, M., Grostic, S. ve diğ.. USA: WB Saunders Company. pp: 46-61.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). *Tıbbi Sekreterlik Eğitimi için Tıbbi Dokümantasyon*. Ankara: Songür Yayınları.
- Quin quenouille (1975). La bouche et les dents dans l'antiquite Egyptienne (These), Lyon.
- Uçmaz, R. (2002). *Tıbbi Dökümantasyon (Tıbbi Arşivcilik)*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Ünver, S.Ü. (1975). Osmanlı Hekimlerinin Hususi Kütüphaneleri. *Dirim*, 50(6): 400.



## Değerlendirme Soruları

- Aşağıdakilerden hangisi tıbbi dokümanı en iyi şekilde tanımlar?
  - Hastanelerde tutulan tüm kayıtlardır.
  - Hasta dosyalarında bulunan belgelerdir.
  - İnsan sağlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelerdir.
  - Sağlık Hizmetlerinin planlı yürütülmesi için gerekli belgelerdir.
  - Hastalıkların tanı ve tedavisini kapsayan belgelerdir.
- İlk klinik kayıtlar (günümüzün hasta dosyaları) aşağıdakilerden hangisidir?
  - İlk Epidarustaki mabet sütunlarındaki kayıtlar
  - Edwin Smith Papirusu
  - Kahun Papirusu
  - Ebers Papirusu
  - Hipokrat yemini
- İlaca dair bilinen ilk kayıt aşağıdakilerden kime aittir?
  - Edwin Smith
  - İmhotep
  - Türkler
  - Mısırlılar
  - Sümerler
- Aşağıdakilerden hangisi tıbbi kayıtların başlıca kullanım alanlarından değildir?
  - Hastaneler
  - Eğitim Kurumları
  - Sigorta Kurumları
  - Turizm Şirketleri
  - Mahkemeler
- Aşağıdakilerden hangisi hastaneleri akredite eden bir kurumdur?
  - Joint Commission on Accreditation of Hospitals
  - Massachusetts General Hospital
  - American Association of Medical Record Librarians
  - American College of Surgeons
  - American Medical Association

# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2 Hasta Dosyaları

3 Sağlık Kayıtları ve İçeriği

4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6 Sağlıkta E-Dönüşüm

7 Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Hasta Dosyalarının Önemi
  - Hasta Dosyalarının Hekim İçin Önemi
  - Hasta Dosyalarının Sağlık Kurumları İçin Önemi
  - Hasta Dosyalarının Adli Tıp İçin Önemi
  - Hasta Dosyalarının Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim İçin Önemi
  - Hasta Dosyalarının Halk Sağlığı İçin Önemi
  - Hasta Dosyalarının Tıbbi Bakımın Değerlendirilmesi İçin Önemi
- Hasta Dosyalarının Kapsamı Ve Analizi
  - Hasta Dosyalarının Kapsamı
  - Hemşirelik Kayıtları
  - Hasta Dosyalarının Analizi
    - Dosyanın Nicelik Yönünden İncelenmesi
    - Dosyasının Nitelik Yönünden İncelenmesi
- Hasta Dosyaları İle İlgili İdari Sorumluluk
- Hasta Dosyasının Niteliği
  - Hasta Dosyasındaki Formların Önceliklendirilmesi
    - Birincil Formlar
    - İkincil Formlar
    - Geçici Formlar
  - Sağlık Kayıtlarının Niteliği
    - Sağlık Kayıtlarında Düzeltme
    - Anlaşılabilirlik
    - Dosyaların Nakli
    - Kısaltmalar
  - Hasta Dosyasında Bulunan Temel Formlar
    - Hasta Tabelası
    - Hasta Kabul Kâğıdı
    - Hemşire Gözlem Formu
    - Doktor Gözlem Formu

- Derece Kâğıdı
- Çıkış Özeti (Epikriz)
- Diğer Formlar
- Hasta Dosyalarında Bölümlendirme
  - Dosyanın Kimlik Bilgileri İle İlgili Bölümü
  - Dosyanın Hemşirelerle İlgili Bölümü
  - Dosyanın Hastalık, Tanı Ve Tedavilerle İlgili Tıbbi İşlemler Bölümü
- Hasta Dosyasının Biçimlendirilmesi

## Ünite Hakkında

Bu ünite de hasta dosyalarının önemi kavratılarak hasta dosyalarının hastalar, sağlık kurumları, adli tıp hizmetleri, tıbbi araştırmalar ve eğitim, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesindeki önemi vurgulanmaya çalışılmıştır. Hasta dosyalarının kapsamı anlatılmış ve dosyaların nitelik ve nicelik yönünden incelenmesi ve hasta dosyaları ile ilgili idari sorumluluk verilmiştir. Hasta dosyalarında kullanılan form çeşitleri, kayıtların niteliği, kayıtlarda kullanılan kısaltmalar anlatılmıştır. Hasta dosyalarında kullanılan form örnekleri incelenmek üzere konulmuştur.



## Öğrenme Hedefleri

Bu üniteyi tamamladığınızda,

- Bir sağlık kurumundaki hasta dosyalarının önemini anlayacaksınız.
- Hasta dosyalarının kapsamını bilecek ve analizini yapabileceksiniz.
- Hasta dosyalarındaki kayıtların niteliğini bileceksiniz.
- Hasta dosyasında bulunan temel formların neler olduğunun farkına varacaksınız.
- Hasta dosyasında bulunan temel formları düzenleyebileceksiniz.
- İyi bir hasta dosyası biçimlendirebileceksiniz



## Üniteyi Çalışırken

- Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın
- Örnek formları inceleyiniz
- Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.



## Hasta Dosyalarının Önemi

Sağlık hizmetlerinde yapılan işlemlerin ve verilen hizmetlerin belgelenmesi işi çok eski tarihlere kadar geriye gitmektedir. Mağara duvarları, papirüsler, kil tabletler ve sağlık evlerinin taş sütunlarındaki çizim ve



yazılar, tıp tarihinin önemli belgeleridir. Tıp ile uğraşanların çalışmalarını belgelenmesi kendilerinden sonra gelenlerin biriken bilgiden yararlanmasını sağlamıştır. Yıllar içerisinde tıbbın gelişmesine paralel olarak belge tutma ihtiyacı giderek önem kazanmıştır. İçinde bulunduğumuz çağda tıp hizmetleri ve teknolojisi baş döndürücü bir hızla ilerlerken verilen hizmetin ve işlemlerin belgelendirmesi de,

pek çok yönden vazgeçilemez bir zorunluluk durumuna gelmiştir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 14).

Bir sağlık kurumunda hastalara uygulanan tedavi metotları ve bununla ilgili çalışmaların verimliliği, sağlık personeli tarafından tutulan kayıtlar ile ortaya çıkarılmakta ve hasta dosyalarının içerisinde muhafaza edilmektedir.

Hasta dosyalarının önemi; hastalar, sağlık kurumları, adli tıp hizmetleri, tıbbi araştırmalar ve eğitim, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesi olarak sınıflandırılabilir (Artukoğlu, 1969: 27; Edwards, 2000: 245; Artukoğlu ve diğ., 2002: 33).



### Hasta Dosyalarının ve Hekim İçin Önemi

Aynı gün içerisinde pek çok hastaya bakmak durumunda olan doktorlar, hastaların hastalıklarıyla ilgili şikayetleri, uyguladıkları tedavi metotlarını ve klinik laboratuvar bulgularıyla diğer tetkik ve inceleme sonuçlarını hatırlayamazlar. Aynı şekilde hiç bir hastadan da bu konuyla ilgili ayrıntıları akıllarında tutmaları beklenemez. Bu nedenle yapılan işlemlerle ilgili kayıtların dikkat ve titizlikle toplanması ve hastanın her başvurusunda hazır bulundurulması birçok bakımlardan önem taşır. Tıbbi kayıtları düzenli bir biçimde kapsayan hasta dosyaları; hastalara zaman kazandırması, gereksiz yere harcama yapılmasının önlenmesi, kısa zamanda kesin tanı konulmasına yardımcı olması, etkin tedavinin yapılmasına katkı sağlaması, hastaya psikolojik olarak rahatlık sağlayarak içinde bu-

lunduğu kurum ve şahıslara güven duymasına yardımcı olduğu için hekim ve hastalar için vazgeçilemeyecek düzeyde önemlidir.

### Hasta Dosyalarının Sağlık Kurumları İçin Önemi

Hasta dosyaları, sağlık kurumlarının belleği görevini yerine getirmektedir. İnsanların belleklerinden vazgeçmeleri söz konusu olamayacağına göre örgütlerin de tıbbi kayıtlarından vazgeçmeleri ve onları saklamamaları mümkün olamaz. Hasta dosyalarının hastalar için olan tüm yararları sağlık kurumları için de geçerlidir. Zaman, para, gereksiz tetkik, kesin teşhis, etkin tedavi gibi unsurlar kurumu yakından ilgilendirmektedir. Sağlık kurumlarında hastalara uygulanan tedavi metotlarını ve bununla ilgili çalışmaların verimi, kayıtlarla tespit edilebilir. Kayıtlar ayrıca hastanın kurum ve şahıslara güven duymasına yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumlarında tutulan hasta dosyaları üzerinden sağlık hizmetinin kullanımına ilişkin analiz ve incelemeler yapılabilir. Tıbbi hatalar ve kaynak kullanımına ilişkin veriler hasta dosyalarının incelenmesi ile ortaya çıkarılabilir.

### Hasta Dosyalarının Adli Tıp İçin Önemi

Sağlık kayıtları adli tıp vakalarında da ilgili şahıslar, sağlık kurumları ve sağlık personeli için büyük önem taşır. Hastalar bazen sağlık personelinin ve kurumu haklı veya haksız olarak itham etmek ve bunları adli makamlara bildirmek eğilimindedir. Bu durumlarda tıbbi dokümanlar sağlık kurumu ve doktorlar tarafından kullanılacak en önemli savunma aracıdır. Sağlık kurumu dışında meydana gelmiş ve sağlık kurumuna intikal etmiş öldürme, yaralama gibi adli vakalarla ilgili olarak düzenlenen dokümanlar da hem ilgili şahıslar ve hem de adli kurumlar için değer taşıyan önemli bilgi kaynaklarıdır.

### Hasta Dosyalarının Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim İçin Önemi

Tıbbi araştırmaların yapılmasında mutlaka tıbbi kayıtlardan yararlanıldığı için belli bir sistem içerisinde saklanan tıbbi kayıtlar, araştırmacılar için son derece önemlidir. Tıp eğitimi de araştırmalar gibi tıbbi kayıtlar ile üretilen ve sürekli yenilenen bir olgudur. Günümüzde elektronik ortam üzerinde saklanan tıbbi kayıtlar ile tıp eğitimi kurum içinde veya internet üzerinden verilmek suretiyle kurum dışında geniş bir eğitim olanağı sağlamaktadır.

### Hasta Dosyalarının Halk Sağlığı İçin Önemi

Sağlık hizmetleri yönetiminde ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlar. Türkiye’de özellikle bazı yörelerdeki sağlık göstergelerinin güvenilirliği konusunda tartışmalar vardır. Özellikle devletin verdiği sağlık hizmetlerinin planlanması, dağıtımı, hastalıklarla mücadele için var olan sağlık durumunu belgeleyen kayıtların özenle tutulması gerekir.

## Hasta Dosyalarının Tıbbi Bakımın Değerlendirilmesi İçin Önemi

Sağlık kuruluşlarında tıbbi ve yönetsel karar verme sürecinin doğru ve işlevsel olabilmesi sağlık kurumu verilerinden türetilen bilgilere bağlıdır. Tıbbi bakımın doğruluğu ve kalitesi, personel performansı, hizmet planlaması, kullanım değerlendirilmesi gibi pek çok önemli konuda hasta dosyaları yol gösterici ve kesin belge niteliğindedir.

## Hasta Dosyalarının Kapsamı Ve Analizi

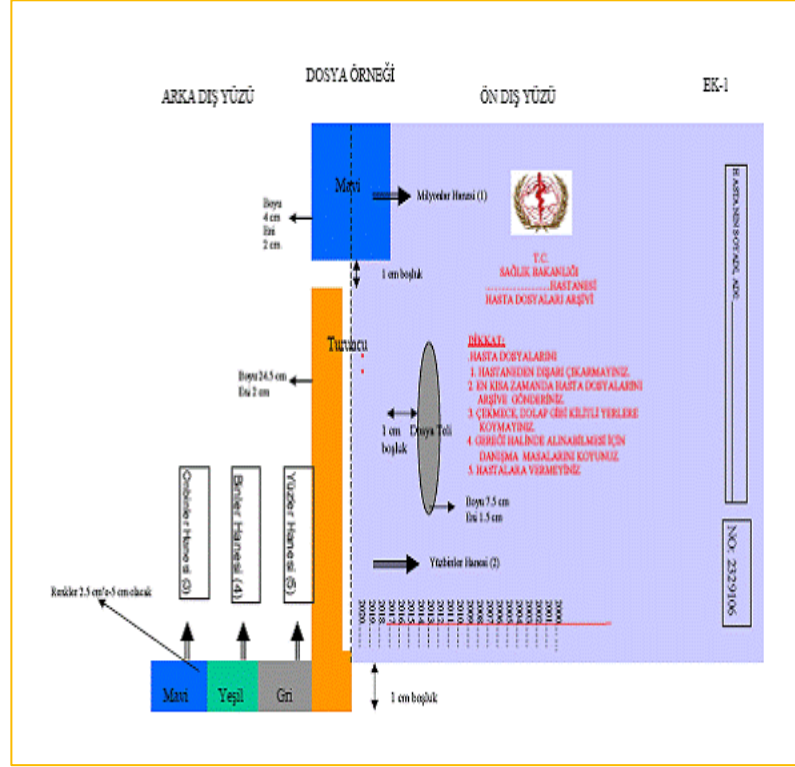
### Hasta Dosyalarının Kapsamı

Hastanelerde tıbbi kayıtlarla ilgili işlemlerden oluşan süreç, hastaların girişi, hastanede kalışları ve taburculuğu, kayıtların düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde yeniden hizmete sunulması ile ilgili işlemleri kapsamaktadır. Hastalara ait kayıtlar, kişisel dosyalarda saklanır.



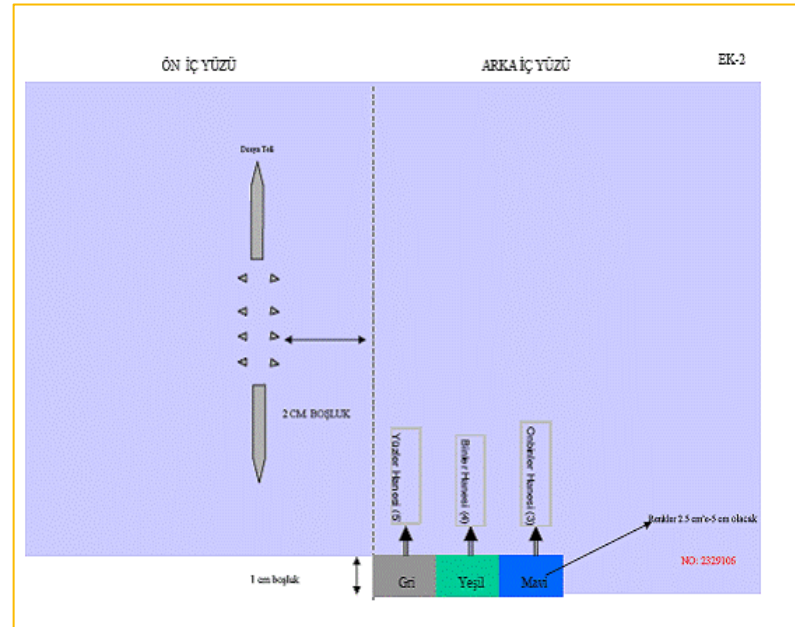
Sağlık kurumlarına başvuran hastaların kurumda kaldıkları süre içerisinde teşhis ve tedavileri ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri kapsamına alan kayıtların, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesinden elde edilen kayıt topluluğuna hasta dosyası adı verilir. Sağlık kurumlarında hasta dosyaları ile ilgili işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'ne (YTKTKAHY) göre düzenlenir.

Hasta dosyası, A4 kâğıdı boyutlarında, kenarlarında aşağıdaki şekilde düzenlenen forma uygun renkli şeritler bulunan kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracıdır.



Şekil 1: Hasta Dosyasının Ön Yüzü

Şekilde Ek 1'de ön yüzü Ek 2'de arka yüzü verilen dosya örneğine uygun olarak aşağıda belirtilen renk kodlarına uygun renkli dosyalama sistemi oluşturulur: 0-Kırmızı, 1-Gri, 2-Mavi, 3-Turuncu, 4-Mor, 5-Siyah, 6-Sarı, 7-Kahverengi, 8-Pembe, 9-Yeşil (Yüzlük bölümler halinde uygulanan kodlama sisteminde onlar hanesine renk kodlanmaz.)



Şekil 2: Hasta Dosyasının Arka Yüzü

Dosya üzerine kırmızı ile yazılanlar sabit kalacak şekilde basılır. Ok işareti ile gösterilenler dosyadaki renk sisteminin uygulanmasına ait ölçüleri göstermektedir. Dosya üzerindeki yıllar; hastanın hastaneye ilk kez hangi tarihte geldiğini belirlemek ve dosyanın aktif veya pasif durumda olduğunu anlamak üzere iki amaçla kullanılmaktadır. Şekildeki çizgi (---) dosyanın orta çizgisini (her bir yüzü A4 boyutunda olacak) göstermektedir. Dosya üzerine renkler etiket olarak basılabilir. İstenirse numaraları basmak için numaratör kullanılabilir. Dosyanın gizli bir yerine konulan güvenlik bandı ile dosyaların hastalar tarafından dışarıya çıkarılması önenebilir. Bu durumda dosya teli ve güvenlik bandı için paslanmaz çelik kullanılmalıdır.

FORM 1				
DOSYA NO:	SOYADI:	ADI:	BABA ADI:	ANNE ADI:
.....	.....	.....	.....	.....
DOĞUM TARİHİ: ..../..../..	BÖLÜM: .....			
ADRES: .....				
NOT: 1 - Her hastanın bir tane dosyası olmalıdır. 2 - Kimlik bilgilerini yazarken, bölgesel şivelere dikkat ediniz. 3 - Bütün bilgiler eksiksiz, hatasız daktilo ile büyük harf olarak yazılmalıdır. 4 - Çift isimleri parantez içine alınız. 5 - Bu kartı en kısa zamanda hasta endeksinde gönderiniz.				

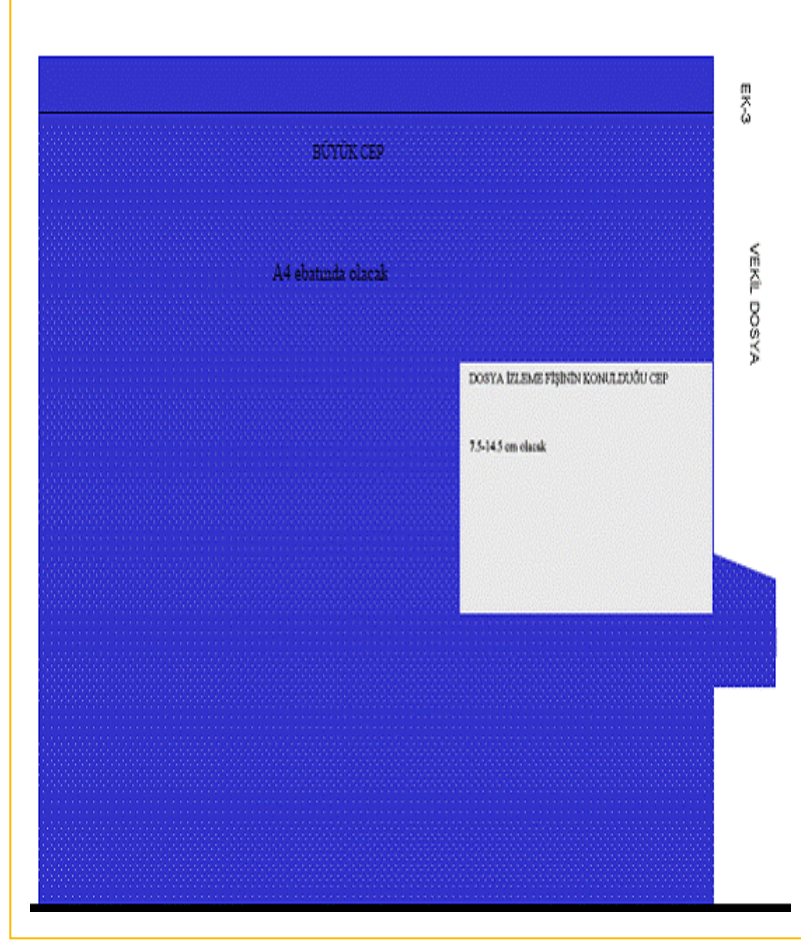
FORM 2								
DOSYA NO	YAŞ	CİNS	SONUÇ	K.G.	G.T.	AÇIKLAMA	BASKA TANI VE AMELİYATLAR	DOKTORU
HASTALIK ENDERSESİ :								

Şekil 3: Hasta ve Hastalık İndeks Kayıtları

Dosya ilk defa hasta kabul merkezinde açılır. Dosya doldurulurken dikkat edilmesi gereken kurallar aşağıda yer almaktadır:

1. Hastanın soyadı, adı, anne ve baba adları, doğum tarihi, doğum yeri dikkatli bir şekilde, titizlikle ve doğru olarak saptanmalıdır.
2. Hastanın, daha önceden hastanede açılmış bir dosyasının olmadığı, hasta dosyaları arşiviyle ilişki kurularak öğrenilmelidir.
3. Bütün formların gerekli yerlerine hastanın soyadı, adı, doğum yeri ile muayene edildiği bölümü ve o günün tarihiyle muayene edecek doktorun adı yazılmalıdır.

4. Hasta kabul kağıdına hastanın kimliği ile ilgili bütün bilgiler, doğru olarak daktilo edildikten sonra kağıdın sağ orta tarafına dosyayı açan sekreter, ad ve soyadının baş harflerini yazmalıdır.
5. İki hasta için aynı numaralı kart ve dosya açılmamalıdır.



Şekil 4: Vekil Dosya Örneği

**Vekil Dosya:** Arşivden çıkarılan dosyaların dosya izleme fişiyle takip edilmesi amacıyla, asıl dosyanın yerine geçici olarak konulan ve asıl dosya ile aynı ebatlarda olan dosyadır. Dosyanın biri A4 kâğıdı boyutunda diğeri büyük cebin üstünde dosya izleme fişinin konulacağı şeffaf iki ayrı cebi vardır. Vekil dosyalar araştırma için alınan ve diğeri birimlere gönderilenlerin ayrı renkte olduğu plastik dosyalardır. Dosyanın aslı herhangi bir poliklinik tarafından istendiğinde poliklinik sekreteri dosya istek fişini doldurup arşive gönderir. Arşivde, dosya rafından çıkartılır ve yerine vekil dosya adı verilen plastik dosya (cebine dosya istek fişi konarak) yerleştirilir. Daha sonra aynı dosya başka bir poliklinikten veya acil servisten istendiğinde bu vekil dosya sayesinde dosyanın hangi bölümde ve kimde olduğu belirlenebilir (YTKTKAHY).

Hasta dosyaları, sağlık kurumlarına kabul edilen hastalara bakım verilmesini, bakımın değerlendirilmesini ve denetlenmesini sağlayan kayıtlardır. Hasta dosyalarının hastanın doktoruna, konsültanlara ve tedavinin gerçekleşmesini sağlayan diğer görevlilere hastayla ilgili bütün bulgu ve gelişmeleri kapsayacak şekilde sunulması gerekir. Tam ve düzenli bir hasta dosyası nitelikli hasta bakımının yazılı ifadesidir. Hasta dosyaları, içerisindeki kayıtlar göz önüne alındığında kimlik kayıtları, hemşirelik kayıtları, diğer tıbbi kayıtlar olarak üç temel bölümden oluşmaktadır. Dosyanın kimlik bilgileri ile ilgili kısımlarının hasta dosyasının açıldığı birimde çalışan sekreterler tarafından doldurulması gerekir.

## Hemşirelik Kayıtları

Planlama aşamasında hemşirelik girişimleri saptanırken, bunlardan kimlerin, hangi işlevlerden sorumlu olacağı ve ne zaman yerine getirileceği belirtilir. Böylece ekip içindeki bireyler, aynı hedefe ulaşmak üzere planlanan girişimleri paylaşır ve ekip çalışması sağlanmış olur. Ekip çalışması da bakımın devamlılığını sağlar (Grobe ve diğ.,1997: 222; Artukoğlu ve diğ., 2002: 39).

Hemşirelik araştırmalarına veri tabanı sağlanmış olur. Kayıtlar hemşirelik sürecinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Hastaya uygulanan her bakım ve faaliyet kayıt altına alınmalıdır ve değerlendirme aşamasına veri olmalıdır. Hastanın yatışından çıkışına kadar hemşirelik sürecinin her aşamasında hastanın durumu, gereksinimi, mevcut ve olası sorunları, sınırlılıkları verilmesi planlanan ve uygulanan bakım ve hastanın tepkisi değerlendirilip kaydedilmelidir (Ay, 2008: 556).

### Hemşirelik kayıtları:

- 1- Hemşireye yasal dayanak sağlar.
- 2- Bakımın sürekliliğini sağlar.
- 3- Ekip içi çalışma sağlanmış olur.
- 4- Hemşireler arası sözlü iletişim ihtiyacı azalmış olur.
- 5- Hemşirelik uygulamalarının denetimi kolaylaşır.

Hemşire olabileceğini tahmin ettiği ya da başka bir hemşirenin tarif ettiği bilgileri değil sadece kendi gözlem ve ölçümleri ile elde ettiği objektif verileri kaydetmelidir. Kabul edilebilir semboller kullanılmalıdır. Doğru heceleme ve okunabilir el yazısı doğru kayıt için önemlidir. Basit heceleme yanlışları ciddi tedavi yanlışlıklarına neden olabilir. Hemşire, hastaya ne yaptığını tam ve eksiksiz olarak kayıt etmelidir. Hemşirenin yaptığı kayıt, ileri dönemlerde hemşireyi yasal olarak korur ve yasal dayanak sağlar.



Hasta kayıtlarındaki herhangi tamamlayıcı bir bilgi, bakımı verenin tam olarak görevini, statüsünü ve imzasını gerektirir. Hemşirenin tıbbi kayıtlarda dikkatli olması; bilgi ve deneyimleri birikiminde, sorunlara bütüncül yaklaşımlarını ifade eder. Hemşire hastasının hastaneye/servisine kabulü, tanısı, tedavisi, transportu, taburcu olması gibi durumlarda ani gelişebilecek sorunları hemen fark edebilmeli; ne yapılacağı konusunda doğru karar verme, nasıl, ne şekilde hareket edeceği ve durumu hemen kayıt etmesi gerektiğini bilmelidir (Ay, 2008: 558) .

Organize bir tıbbi kayıt, hastanın durumunu doğru, az ve öz olarak tarif eder. Aynı zamanda da hemşirenin hemşirelik girişimlerini, değerlendirmesini ve hekimin de tedaviye yönelik isteklerini açıklar.

Hemşire hasta kayıtlarının gizliliğinin sağlanması ve sürdürülmesinden sorumludur. JSI standartlarına göre hastalar hekim ve hemşire tarafından ilk ve yeniden değerlendirme sürelerine göre ve hastanın durumunda bir değişiklik olduğunda değerlendirilir ve kaydedilir.



! Tıbbi kayıtların işe yararlığının en önemli kriteri kullanılan terminolojiler ve benimsenen ortak dildir.

Hasta dosyasındaki bilgiler daima gerçeklerin bir ifadesi olmalıdır. Hiç şüphesiz doktor hasta hakkındaki fikirlerini ve vardığı sonuçları da belirtebilir. Yalnız bu fikir ve sonuçlar bulgularla doğrulanmalıdır. Bulguların somut olarak belirtilmemesi yanlış ve zararlı izlenimlere yol açabilir. Bulguların tespit edilmesinden sonra doktor ön tanısını koyar ve daha sonraki muayene ve tedaviler için tekliflerde bulunur. Konulan ön tanı hasta için yapılacak muayene ve tedavilerin başlama noktasını teşkil eder. Hasta ile ilgili etraflı bir çalışma ve çeşitli fikirlerin tartışılmasından sonra daha kesin ve doğru bir tanıya yani son tanıya ulaşmak mümkün olur.

## Hasta Dosyalarının Analizi

Hasta dosyasının standartlara uygunluğu yani analizi, nitelik ve nicelik olmak üzere iki ayrı yönden analiz edilir.

**Dosyanın nicelik yönünden incelenmesi;** bir hasta dosyası içerisinde yer alan tıbbi kayıtların eksikleri olup olmadığı, olması gereken sırada olup olmadığı, formların içerik olarak doldurulup doldurulmadığı ile ilgili hasta dosyaları arşivlerindeki ilgili elemanlar tarafından yapılan işlemlerdir. Ancak devlet hastanelerinde bu görevi çoğu zaman hemşireler yerine getirmektedir. Hasta dosyaları düzenlenirken dosyayı her yatış süresi içinde önce bölümlere ve daha sonra aynı tip formlara ayırılmasından sonra her form dizisini kronolojik olarak sıralamaktır (Artukoğlu ve diğ., 2002: 40 )

**Dosyasının nitelik yönünden incelenmesi;** dosyanın tıbbi yeterlilik ve içerik yönünden analiz edilmesidir. Analizde dosyalar hata denetimi amacıyla incelenir; tıbbi kararların bulgularla desteklenip desteklenmediğine bakılır; kayıtların yeterli ayrıntı ile belirtilip belirtilmediği



incelenir; tanı ve tedavi sonucunun birbirini destekleyip desteklemediğine ve kayıtların olay sırası ve tarihi ile yeterli biçimde kayıt edilip edilmediğine bakılır. Tıbbi kayıtlar doğru, kapsamlı olmalı, yeterli derecede bilgi içermeli, zamanında düzenlenmeli, bilimsel olmalı, eksiksiz ancak sade olmalı ve gizliliği korunmuş olmalıdır (Johns, 2002: 256). Kayıtların bu şekilde yapılandırılması aynı zamanda verilerin kalitesini ifade etmektedir. Niteliksel hasta dosyası analizi, hekim sorumluluğundadır. Servislerde yapılan niteliksel analiz, bazı araştırma hastanelerinde oluşturulan üst komisyon ve komitelerde kontrol edilmektedir.

! Kaliteyi sürekli kılacak kurumsal yapılanma için güvenilir bilgi sistemleri gerekir.

!Kaydedilmemiş iş yapılıp yapılmadığı belli olamayacağı için yapılmamış sayılır....



## Hasta Dosyaları İle İlgili İdari Sorumluluk

Başhekim öncelikli olmak üzere, başhekim ve hastane müdürü Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde idari bir birim olan hasta dosyaları arşivinin, kurulması, çalıştırılması ve denetlenmesinden sorumludur (md 32). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bu yönetmelik bakanlığa bağlı tüm kurumlar için geçerlidir. Yurtdışında da bu sorumluluk hastane yöneticisine ve/ya sağlık enformasyon yöneticisine verilmiştir (Edwards, 2000: 248; Dennis, 1996: 360). Hastane yönetiminin tıbbi dokümantasyonla ilgili sorumluluğu personel sağlanması ve eğitimi, kayıtların oluşturulması düzenlenmesi ve saklanması, hasta dosyaları arşivi oluşturulması, dokümantasyon hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanılmasının sağlanması, ilgili komiteler ile denetimin sağlanması olarak özetlenebilir (YTKİY).



İşletme yönetmeliğinde ifade edilen yönetim sorumluluğunun, aynı yönetmelik içerisinde belirtildiği gibi "Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi ile yerine getirilmesi gerekmektedir. Yönergede bir hasta dosyaları arşivinde uygulamaların nasıl yapılacağı, süreç, tanımlamalar, organizasyonun nasıl kurulması gerektiği, arşiv içerisinde yer alan alt birimlerin iş tanımları yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında kalan kurumlar (örneğin üniversite hastaneleri), bu yönergeyi uygulayabilir veya asgari şartları bu yönerge ile benzer olmak şartı ile kendi yönergelelerini hazırlayabilir.

Bilgilerin daha doğru olarak tespit edilmesi korunması ve değerlendirilmesine ilişkin bilimsel ve teknik imkanların giderek çoğaldığı bugünün hasta dosyaları arşivlerinde, sağlık kurumları yöneticilerine düşen görevlerden biri de, hasta dosyalarını insan sağlığı ile ilgili araştırma yapan

araştırmacıların isteklerine uygun olarak bütün ayrıntıları ile değerlendirmek belirli sistemlere göre düzenlemek ve sınıflandırmak ve gerektiği zamanlarda ilgili şahıs ve kurumların hizmetine sunmaktır.

Hastane yöneticilerinin işletme yönetmeliği ve arşiv yönergesine belirtildiği şekilde kendilerinden beklenen sorumlulukları nasıl yerine getirmeleri gerektiği, ünite 5'te verilmiştir.

## Hasta Dosyasının Niteliği

### Hasta Dosyasındaki Formların Önceliklendirilmesi

Hasta dosyaları hastanın tedavisi süresince, doktor ve hemşirelerin kolayca ulaşabileceği bir yerde bulundurulur. Kayıtlar hasta tedavisinde çok değerlidir. Hastanın teşhis ve tedavisinde tıbbi ve paramedik (yardımcı) tıbbi personel başta olmak üzere herkesten alınan bilgiler mutlaka dosyaya yazılmalıdır. Hasta dosyalarının tıbbi değeri zamanla değişirse de, ne olursa olsun hastanın hastaneye her yatışında değişiklikleri takip etme bakımından yine de faydalıdır.

Hasta dosyasında yer alan formlar önem bakımından başlıca ya da birincil, ikincil ve geçici formlar olarak sıralanmaktadır (Demircan, 1996: 34)

**Birincil (Primer) Formlar:** Bunlar tıbbi bakımdan en değerlileridir. İki gruba ayrılırlar. Uzun zaman gerekli olanlar, kısa bir süre sonra önemi azalan veya kalmayanlardır. Bu evrak hastanın tedavisi sırasında en belli başlı dokümandır.



Bunlara örnek olarak gözlem kağıdı, anestezi kağıdı, ameliyata izin ve ameliyat kağıdı, otopsi raporu verilebilir.

**İkincil Formlar:** Hasta tedavisi bakımından geçici bir süre için gerekli olan formlardır. Bunlar hastalık hakkında bir fikir verirler, teşhiste değerlidirler; adli bakımdan önemlidirler. Sonuçları derece ve gözlem kağıdına yazılabilir. Bu kayıtlar, hastane otomasyon sistemine geçilen hastanelerde genellikle bilgisayarda saklanmakta ve bilgisayar çıktısı kullanılmaktadır.



Bunlara örnek olarak laboratuvar kağıtları, röntgen raporları, elektrokardiyografi, ilaç ve yiyecek tabelası vb.verilebilir.

**Geçici Formlar:** Ne tıbbi ne de adli bakımdan önemlidirler.



Bunlara örnek olarak da derece nabız ve teneffüs kağıdı, eletrolit, mayi kontrolü, idrar kağıdı vb. verilebilir.

## Sağlık Kayıtlarının Niteliği

Sağlık kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulması hastanın tedavi sürecinin her aşamasında önemlidir. Sağlık çalışanları kaydı tutarken okunaklı bir yazı ve anlaşılır bir ifade kullanır, silinmeyen ve akmayan bir kalem kullanır. Herhangi bir form doldurulurken hiçbir alan boş bırakılmaz. Belge üzerinde doldurulması uygun olmayan yerlere "Geçersiz" yazılır. Tüm tıbbi kayıt girdilerinde tarih bulunmalıdır. Kayıtlar, işlemin/girişimin yapıldığı anda veya hemen arkasından tutulmalıdır, asla zamanından önce veya eski tarihli giriş yapılmamalıdır. Hasta kaydı girişleri zamanında, mümkün olan en kısa sürede, hasta bakımı sona erdikten hemen sonra yapılırsa bilgilerin doğruluğu artar. (Green ve Bowie, 2005: 82)

## Sağlık Kayıtlarında Düzeltme

Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa, hatanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilir ve yenisi yanına yazılır. Düzeltmelerin yanına tarih ve saat atılır; asla tıpeks ve benzeri siliciler, karalayıcılar kullanılmaz. Sağlık kayıtları (açık/kapalı) yatan hastanın tedavi sürecinde yer alan tüm bakım vericilerin ulaşabileceği, hasta ile ilgili kayıtları girebileceği, hastanın bakım sürecinde yer alan diğer çalışanların kaydettiği bilgilere ulaşabileceği, tanımlanan yerlerde sağlık personeli olmayan ya da yetkisi bulunmayanların göremeyeceği, ulaşamayacağı şekilde muhafaza edilir. Sistemli yapılan tüm çalışmalar, düzenli kayıtlara dayanır. Kayıtlar, doğru, tamamlayıcı ve eksiksiz olmalıdır (Green ve Bowie, 2005: 84)

## Anlaşılabilirlik

Hasta dosyalarının anlaşılabilir ve okunaklı olması son derece önemli bir konudur. Okunaklılık sorununu çözmek için dosyalarda kompozisyon tarzında yazılardan kaçınılmalı, çeteleme, işaret koyma veya bilgisayarda yazma tercih edilmelidir. Bu noktada önemli olan, kayıtların atlanmaması ve acele edilmemesidir. Bazen başlangıçtaki önemli bir bilginin kaydedilmesi ilerideki aşamada pek çok gereksiz inceleme veya yanlış değerlendirmeyi önleyebilir. Bunun tersi de mümkündür; hastanın soy geçmişi ile ilgili daha önce alınan bir bilgi ek taramalar yapılmasını gerektirebilir. Dosyaların doğru olarak okunamaması yasal sorunlara da yol açabilir. Ayrıca gelecekte sigorta şirketlerinin okunaklı dosyası olan hekim ve hastaneler ile işbirliği yapmayı tercih edecekleri de unutulmamalıdır.

## Dosyaların Nakli

Bir hekim yeni bir hastayı gördüğünde, eski tıbbi kayıtları ile ilgili bütün bilgileri merak eder ve etik olarak da eski kayıtları incelemesi gerekir. Eğer Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt (PDTK) gibi düzenli bir dosyalama yapılmamış ve dosyalar hastayla birlikte nakledilmemiş ise önemli ölçüde zaman ve para kaybı oluşabilir. Ayrıca eski durumuyla ilgili raporlar ve tetkikler kaybolmuşsa, bunların öğrenilmesi tamamen imkansız olabilir. İngiltere gibi bazı ülkelerde hasta taşındığında tıbbi dosyasının da yeni hekimine nakledilmesi tıbbi bir zorunluluktur.

Hasta dosyalarının internet ortamında bulunması halinde bu sorun çözülebilir. Ancak, bu durumda da verilerin gizliliği ve etik problemler gündeme gelmektedir.

### Kısaltmalar

Tıbbi kayıtların yazılması sırasında yanlış anlaşılmalara neden olacak kısaltmalar kullanılmamalıdır. Yapılan kısaltmalar herkes tarafından anlaşılır olmalı, aynı şeyi ifade etmelidir.

Aşağıdaki tabloda hasta dosyaları içerisindeki formlarda kullanılabilecek gereken kısaltmalar verilmiştir.

Kullanmayınız	Potansiyel Problem	Yerine Bunu Yazınız
U ( Unit)	O (sıfır) 4 veya cc ile karışabilir.	Ünite yaz
I U ( İnternational Unit)	IV (İntravenöz) ile karışabilir.	İnternational Unit yaz
Q. D., QD, q.d. (daily) Q.O.D, QOD, q.o.d, qod (Diğer her gün)	Günlük ile diğer her günü karşılaştır.	Ya günlük yaz. Ya da her gün yaz.
X.Omg ( Kuyruğu sıfır) X. mg ( Başta sıfır olmaması)	Decimal noktası karışabilir.	X mg yaz. O. X mg. yaz.
MS MsO4 ve Mg SO4	Morfine sulfat ve magnezyum sulfat karışabilir.	Tam adlarını yaz

### Kullanılması Sakıncalı Ekler, Kısaltmalar, Semboller

Kullanmayınız	Potansiyel Problem	Yerine Bunu Kullanınız
> (daha büyük) < ( daha küçük)	7 veya yazı ile L ise karışma ihtimali var	Daha büyük yaz Daha küçük yaz
İlaç isimleri için kısaltma kullanmamalı	Kısaltması benzer olan ilaçlarda karışabilir	İlaç isimlerini tam yaz
Eczacı Ünitesi	Aşına olmayan bir çok uygulayıcı ölçülü	Metrik Ünitelerini kullan

	ünitelerle karışabilir.	
@	2 rakamıyla karışabilir	At yaz
Cc	Silik yazıldığında ünite karışabilir.	Ml veya mililitre yaz
µg	Mg kısaltması ile karışabilir.	Mcg veya mikrogram yaz

**Kaynak:** www.hastaguvendigimiz.com

Hastalıkların teşhisinde kullanılacak kısaltmalar Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 29 Eylül 2008 Resmî Gazete 27012 sayılı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde (Sut Ek-2/F) belirtilmiştir. Bu kısaltmaların dışında kullanılan kısaltmalarda fatura ödemesi yapılmamaktadır.

## Hasta Dosyasında Bulunan Temel Formlar

Bu bölümde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Arşiv Yönergesi içerisinde yer verilen temel formlar toplam yedi başlık halinde anlatılmıştır.

**Hasta Tabelası:** Bu form hastaya günlük vizitinde hekimin verilmesini istediği ağızdan alınacak ilaçlar, dışarıdan kullanılacak ilaçlar ve yemek çeşitlerinin yazılması içindir. Bu formun üst kısmı aynı zamanda istatistik formu olarak kullanılmakta ve bu formdan derlenen veriler Sağlık Bakanlığı'na gönderilmektedir.

**Hasta Kabul Kağıdı:** Bu form yatırılacak hastalar için doldurulmaktadır. Formun alt kısmı hastanın ya da velisinin hastanede kurallara uyma ve yapılacak işlemler için hastaneye izin verme yazısının içermektedir. Hasta bu kısmı imzalar.

**Hemşire Gözlem Formu:** Bu form, hastaya yapılan işlemlerin kliniğe kabul edildiği andan taburcu oluncaya kadar hemşire tarafından yazıldığı formdur. Hasta servise kabul edildiğinde servis hemşiresi ilk önce kliniğe kabul edildiği saat ve dakikayı kaydeder. Sonra hastaya yaptığı her işlemi tarih ve saat belirterek kronolojik bir sıra içinde bu forma kaydeder.

**Doktor Gözlem Formu:** Bu form hastayı tedavi eden doktor tarafından doldurulur. Hasta yatağına yattıktan itibaren taburcu oluncaya kadar hekim tarafından hastanın günlük gelişimi ile ilgili gözlemlerin ve hastaya hekim tarafından yapılan tüm işlemlerin kronolojik bir sıra içinde yazıldığı formdur.

**Derece Kağıdı:** Hemşire tarafından doldurulur. Hastada yapılan ateş, solunum sayısı ve nabız, tansiyon ölçümü ile hastanın çıkardığı dışkı, idrar, kusma ve vücut ağırlığı ve aldığı sıvı miktarlarının yazıldığı grafik tipli bir formdur.

**Çıkış Özeti (Epikriz):** Hastanede yatarak tedavi edilen hastalara yapılan tüm işlemlerin özet olarak kaydedildiği formdur. Bu form bazı hastanelerde hasta taburcu olurken hekim tarafından elle doldurulur, tıbbi sekreter tarafından daktilo edilir veya bilgisayar ortamına geçirilir; bazı hastanelerde ise hekimler tarafından doğrudan bilgisayar ortamına geçirilebilir.

**Diğer Formlar:** Laboratuvar tetkikleri, röntgen tetkikleri, konsültasyon ve diğer tetkikler için hazırlanmış çok sayıda form vardır.

## Hasta Dosyalarında Bölümlendirme

Hasta dosyaları için uygun bir bölümlendirme genel olarak hasta dosyasının üç ana bölümü olduğu varsayımı ile yapılmaktadır. Bunlar dosya içerisinde hastanın kimlik bilgileri ile ilgili kısmı, hastanın tanı, tedavi-tıbbi işlemler ile ilgili kısmı ve hemşireler ile ilgili kısmıdır. Aşağıda bu bölümlendirme anlatılmıştır.

### Dosyanın Kimlik Bilgileri ile İlgili Bölümü

Hasta dosyasının kimlik bilgileri ile ilgili bölümü, hastanın ilk başvurduğu birimde hazırlanmaktadır. Bu bölümde, hastanın kimlik bilgileri (ad, soyad, kimlik numarası, doğum yeri ve tarihi, ana ve baba adı vb.) hastanın kabul tarihi, dosya numarası, eğer belirli ise hastanın doktorunun ismi, hastanın adresi ve hastandan sorumlu olabilecek bir yakınının bilgileri ve adresi yer almalıdır.

Hasta dosyasının kimlik bilgileri ile ilgili bölümünü hazırlamak tıbbi sekreterlerin görevidir. Tıbbi sekreterlerin bu bölümü hazırlarken aşağıda verilen bazı konulara özen göstermeleri, hasta dosyalarının doğru olmasını ve verimli kullanılabilmesini sağlar (Artukoğlu ve diğ., 2002: 38).

- Hastanın adı, soyadı, anne ve baba adları ile doğum tarihi ve doğum yeri dikkat ve titizlik içerisinde ve doğru olarak belirlenmelidir.
- Hastanın aynı sağlık kurumunda daha önce açılmış bir dosyasının olup olmadığı mutlaka öğrenilmelidir. Bu bilgi için hastane yazılımları son derece faydalıdır. Hastanın daha önceden açılmış dosyasının olduğu belirlendiğinde öncelikle dosya hasta dosyaları arşivinden getirilmelidir.
- Daha önceden bir dosyanın olmadığı kesin olarak belirlenmesi durumundan sonra yeni dosya açılmalıdır.
- Tüm formların genellikle orta veya sağ üstlerinde yer alan hasta kimlik bilgileri, dosya numarası, muayene olunan bölüm, günün tarihi ve doktor ismi bölümü doldurulmalıdır. Artık çoğu hastanede yer alan yazılım paket programları kimlik bilgilerinin bir kez girilmesi durumunda sürekli olarak üzerleri doldurulmuş

olan formları basılı olarak vermektedir. Bu formların kullanılması hataları önlemektedir.

- Hasta kabul kağıtlarına, dosyayı açan sekretere ait rumuzun da eklenmesi faydalı olabilir.
- Hastalara verilen hasta tanıtma kartlarının ve eğer kullanılıyor ise hasta indeks kartlarının (çoğu hastane artık yazılım kullandığı için hasta indeks kartları kullanılmamakta, hastanın dosya numarası gerekli olduğunda bilgisayardan bulunmaktadır) aynı titizlik ile hazırlanmalıdır.
- İki ayrı hasta için aynı dosya numarası verilmemelidir.
- Hasta dosyaları hasta ve hasta yakınlarına verilmemelidir.

### Dosyanın Hemşirelerle İlgili Bölümü

Hasta dosyasının hemşireler ile ilgili bölümü hemşirelerin yatan hastalar ile ilgili olarak tuttukları tıbbi kayıtlardan oluşmaktadır. Bunlar kurumlara göre çok farklılıklar göstermekle birlikte gözlem kağıdı, izlem çizelgesi, tanılama formu, bakım planı gibi hasta bakımında farklı amaçlarla kullanılan formlardır. Hemşirelerin hastalara ait bilgilerin kaydedilmesi sırasında verilerin doğru, eksiksiz, zamanında ve düzenli geçirilmesine dikkat etmeleri gerekir. Hasta ile ilgili hangi bilgilerin kaydedilmesi gerektiği hususunda önceden belirli standartlar tespit edilmelidir. Tüm formlar imza kolonları oluşturularak hemşireler tarafından imzalanmalıdır. Hasta dosyalarının diğer tıbbi kayıtlarını içeren bölüm doktorlar tarafından hazırlanır. Hasta dosyasına geçirilen tüm bilgilerin altına da, hemşireler gibi doktorlar tarafından da imza atılması ile dosya gerekli niteliğe sahip olur.

### Dosyanın Hastalık, Tanı ve Tedavilerle İlgili Tıbbi İşlemler Bölümü

Hastanın bütün tıbbi hikayesini kapsayan bu bölüm şu bilgileri içerir; hastanın kimliği, şikayeti, soy geçmişi, öz geçmişi, hali hazır hastalığın hikayesi, fiziksel muayene, özel muayeneler (röntgen, laboratuvar, konsültan vb.), ön tanı, tıbbi ve cerrahi tedavi, patoloji raporu, doktor istekleri, gözlem notları, hastanın çıkış durumu, son tanı, kontrol muayeneleri, otopsi raporu.

Hasta dosyalarının tıbbi işlemler bölümü, doğrudan doğruya doktor tarafından olmasa bile onun görevli kılacağı intern veya tıp öğrencisi tarafından hazırlanır. Dosyaya geçen bütün bilgilerin doğruluk ve tamlığının ilgili doktor tarafından incelenmesi ve imzalanması gerekir. Ancak bu durumda hasta dosyası sahip olması gereken değere kavuşmuş olur.

## Hasta Dosyasının Biçimlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı, bir hasta dosyası içerisindeki tıbbi kayıtların, Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesinde (md.12) aşağıdaki sıra ile yerleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir.



- 1- Hasta kabul formu (form 60)
- 2- Tıbbi müsaade ve muayene kağıdı (Form 62)
- 3- Derece kağıdı (Form 61)
- 4- Hasta tabelası (Form 51)
- 5- Röntgen istek kağıdı ve raporları (Form 64)
- 6- Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları (Form 65)
- 7- Ameliyat kağıdı (Form 63)
- 8- Hastanın muayene istek formu ( Form 67)
- 9- Çıkış özeti (Form 67)
- 10- Onam belgesi (Değ/R.G:13.4.2003/25078) uygulanacak tedavinin kabul edildiğine dair olan ve 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24’üncü maddesi uyarınca alınmış rızayı gösteren form.

Hasta dosyası biçimlendirme sırasında her yatış süresi içinde kendi içerisinde bu formların sıraya konulması gereklidir. Daha sonra da yatışlara ait formlar kendi içerisinde ayrıca kronolojik olarak sıralanmalıdır. Hastanın her yatışının arasına dosya içerisine, bir diğer hastaneye gelişi ile karışmaması için **separatör** (ayraç, indeks vb.) kullanılır.



Bundan sonraki bölümde yukarıda verilen formlara örnekler yerleştirilmiştir. Halen hastanelerde kullanılan form çeşidi yukarıda belirtilenlerden çok daha fazladır. Ünite III’te diğer hastanelerde kullanılan çeşitli formlardan da örneklere yer verilmiştir.



## Örnek - Form No: 60 Hastane Giriş Kağıdı

T.C.  
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI  
..... HASTANESİ

Başvuru tarihi: .....

Form No: 60

**HASTANE GİRİŞ KAĞIDI**

Arşiv No:

Poliklinik : .....

Poliklinik Kayıt No : .....

Muayene Tarihi : .....

Hastane Kabul No :

Adı, Soyadı : .....

Baba adı : .....

İşi : .....

Doğum yeri ve tarihi : .....

Geldiği yer : .....

Kimin tarafından gönderildiği : .....

Nüfus Adresi : .....

Son oturduğu yerin adresi : .....

Gereğinde başvurulacak yakını ve adresi, Tel. no : .....

Kısa öyküsü : .....

Fizik bulgular : .....

Tanı : .....

Yattığı taktirde alınacak önlemler : .....

Yatırılacak bölüm : .....

Hastayı yatıran doktorun Adı Soyadı : .....

..... Sınıf ücreti : .....

..... Ücretsiz

..... İmza

Yattığı saat : .....

Klinikteki yetkilinin Adı, Soyadı : .....

..... İmza

Hastaneye yatacak bütün hastaların ( Çocuk olması durumunda velilerinin ) imzalamak zorunda olduğu koşullar.  
Benim veya hastamın hastanede yattığı sürece, hastane iç kurallarındaki maddeleri bilerek, ona uymak zorunda bulunduğumu, gereken tıbbi ve cerrahi tedavileri, kabul ettiğimi, herhangi bir nedenden hastane kurallarına aykırı bir harekette bulunmayacağımı bildiren bu belge hastane yönetimine tarafımdan imza edilerek verilmiştir.

..... / ..... / .....

Hasta veya Velisi  
(Adı, Soyadı, İmza)

NOT: Yatan her hasta, nüfus cüzdanı veya kimlik belgesini hastane yönetimine bırakıp, çıkarken alacaktır.





### Örnek - Form No 62: Tıbbi müşahede ve muayene kağıdı

Ek No: 11

T.C.  
Sağlık Bakanlığı  
..... Hastanesi

**TIBBİ MÜŞAHADE VE MUAYENE KAĞIDI**

Arşiv No :..... Bölüm Kayıt No.....  
Hasta Kabul No :..... Giriş Tarihi.....  
Bölümü :..... Çıkış Tarihi.....  
Hastanın Adı, Soyadı ..... Mesleği.....  
Yaşı..... Adresi .....

Tanı : ..... SONUÇ .....

Bölüm Sorumlusu ..... Asistan.....

Giriş (Kaçınca Olduğu) 1. 2. 3. 4. 5.+  
=====

Esas Yakınması  
:.....  
.....  
.....  
.....

Soy Geçmişi  
.....  
.....  
.....

Öz Geçmişi  
.....  
.....

SİSTEMLERİN SORGULAMASI  
.....

Baş.....  
Göz.....  
K.B.B.....  
Solunum  
.....

Kalp Ve Dolaşım  
.....

Sindirim  
.....

Ürogenital  
.....

Ruh Ve Sinir  
.....

Metabolizma  
.....

Sosyal Durum  
.....

ÖYKÜSÜ.....  
.....  
.....

**Örnek Form No: 61 Derece Kağıdı**

T.C.  
Sağlık Bakanlığı  
.....**Hastanesi Derece Kağıdı**

Adı, Soyadı:.....Yattığı Bölüm :.....Oda Ve Yatak No:...Tedavi  
Eden Hekim:  
Baba Adı :.....Bölüm Kayıt No :.....  
Cinsiyeti :.....Nakledilen Bölüm:.....Oda Ve Yatak No:.....  
Yaşı :.....Bölüm Kayıt No :.....

-----  
TARİH  
-----  
Yattığı Günler 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21  
22 23 24 25  
-----  
Sol. Nab. Der.  
-----  
70 160 41  
-----  
60 140 40  
-----  
50 120 39  
-----  
40 100 38  
-----  
30 80 37  
-----  
20 60 36  
-----  
10 40 35  
-----  
KAN BASINCI  
-----  
DIŞKI  
-----  
İDRAR  
-----  
KUSMA  
-----  
AĞIRLIK  
-----  
ALDIĞI SIVI  
-----

## Örnek - Form No: 51 Hasta Tabelası



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI

FORM NO:51

HASTA TABELASI

Bölüm : .....  
Bölüm Kayıt No : .....  
Has. Kabul No : .....  
Ek No : 1

Hastanın Kimliği	Tanı (En son tanı yazılacak)	Hastalık kol	
Adı : .....	Yapılan Ameliyat	Büyük	<input type="checkbox"/>
Soyadı : .....		Orta	<input type="checkbox"/>
Cinsiyeti : ..... Yaşı : .....		Küçük	<input type="checkbox"/>
Mesleği : .....	Hastalığın Sonu	Tam İyileşti	<input type="checkbox"/>
Oturduğu yerin adresi : .....		Kısmen İyileşti	<input type="checkbox"/>
.....		Değişiklik Yok	<input type="checkbox"/>
.....	Doğum	Hastalık İlerledi	<input type="checkbox"/>
.....		Yaşamını Yitirdi	<input type="checkbox"/>
.....	Doğum	Normal	<input type="checkbox"/>
.....		Müdahaleli	<input type="checkbox"/>
.....	Ücretli veya ücretsiz yatığı	Sınıf ücretli	<input type="checkbox"/>
.....		Ücretsiz	<input type="checkbox"/>

Hasta Kayıt Defterine İşlendi Hastalık İstatistik Fişine İşlendi  
Hasta Kabul Memuru (İmza) İstatistik Memuru (İmza)

Dikkat : ..... Alerji yapıyor ( Kırmızı kalemle yazılacak )

TARİH	Verilen İlaçlar	Tedavi ile ilgili öneriler veya yapılacak müdahale ve hazırlıklar	Yemekler

**Örnek - Form No: 64 Röntgen istek kağıdı ve raporları**

Ek No: 13

T.C. Tarih: ...../...../.....

SAĞLIK BAKANLIĞI

..... Hastahanesi

**RÖNTGEN İSTEK FİŞİ**

Adı : ..... Soyadı: .....

Yaşı :..... Kadın Erkek Çocuk

Hasta Kabul No: .....

Yattığı Bölüm : .....

-----

Tanı: .....

.....

.....

Verilecek Gerekli Bilgiler:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

İstenen İnceleme:

.....

.....

.....

.....

İncelemeyi İsteyen Doktorun Adı - Soyadı: .....

**İmzası** : .....



Tarihi: ...../...../.....

**R Ö N T G E N R A P O R U**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Raporu Hazırlayan Doktorun Adı - Soyadı:

.....

**İmzası** : .....

### Örnek - Form No: 64 Laboratuvar istek kağıdı

**LABORATUVAR İSTEK FİŞİ**

Gönderen Yer : ..... Servisi  
 Hastanın Adı, Soyadı : ..... Polikliniği  
 Servis Protokol veya  
 Poliklinik Kayıt Sıra No : .....  
 Teşhisi : .....  
 -----  
 Gönderilen Materyal :.....  
 İstenen Tetkikler :.....  
 .....  
 İSTEYENİN  
 ADI, SOYADI, İMZASI  
 .....  
 .....



### Örnek- Form No:65 Tetkik raporları

**Form No: 65**  
**TETKİK SONUÇLARI:**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 LABORATUVAR UZMANININ  
 ADI, SOYADI, İMZASI  
 .....  
 .....  
 Ek No: 15

**Örnek - Form No: 63 Ameliyat kağıdı**

T.C.

Ek No: 12

Sağlık Bakanlığı

..... Hastanesi

**AMELİYAT KAĞIDI**-----  
Adı Ve Soyadı :.....Ameliyat Öncesi Tanı.....

Yaşı :..... Hasta Kabul No .....

-----  
Yapılan ameliyat :..... Asistan.....

Operatör :.....Asistan :.....

Asistan :.....Narkozitör :.....

Ameliyat Evresi : Hemşire :.....

Hemşire :.....

Ameliyat Sonrası TANI :.....

-----  
Narkoz (türü, seyri, yan etkileri, alınan önlemler) :  
-----

Ameliyatı yapan doktorun

Narkozu verenin

Adı, Soyadı, İmzası

Adı, Soyadı, İmzası

Not : Hasta dosyasında saklanacaktır.  
-----



### Örnek – Form No: 1-02-001 Hastanın Muayene İsteği

#### HASTANIN MUAYENE İSTEĞİ

T.C. Standart form no. 1-02-001

1. Kurumu

2. Memurun soyadı, adı

3. Hastanın soyadı, adı

4. Görevi

5. Sicil no.

6. Kadro derecesi

7. Adresi

8. Kurum yetkilisinin soyadı,

9. Kurum kayıt

Adı, unvanı, imzası

çıkış tarihi

10. kurum kayıt

(Tedavi giderleri kurumumuzca ödenecektir.)

11. Sağlık kuruluşunun adı

18. Sağlık kurumunun adı

12. Sağlık kuruluşu kayıt tarihi ve no.

19. Sağlık kurumu kayıt

tarihi ve no.

13. Teşhis

20. Baştabibin havalesi

14. Tedavi

21. Teşhis

15. Karar

22. Tedavi

23. Karar

16. Muayene edenin soyadı, adı, unvanı

24. Tabibin soyadı,

imzası, tarih

adı, imzası

17. Onaylayanın unvanı, imzası, tarih,

25. Baştabibin İmzası, tarih,

mühür

mühür



## Örnek - Form No: 66 Çıkış Özeti Ön Yüzü:

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI

Ek No : 15

Hasta Kabul No : .....

**ÇIKIŞ ÖZETİ**

Hastanın Adı Soyadı : ..... Giriş Tarihi : .....

Yattığı Bölüm : ..... Çıkış Tarihi : .....

Yaşı : .....

Yakınması : .....

.....

.....

.....

Öyküsü (kısaca) : .....

.....

.....

.....

Klinik Bulguları (kısaca) : .....

.....

.....

.....

.....

Röntgen Bulguları : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Form No : 66





**Onam Formları:** Hekim hukuken geçerli bir onam almak için öncelikle hastasını "aydınlatmak" zorundadır. Yani, "Söz konusu tıbbi işlem nedir, kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacaktır, ne kadar sürecektir, maliyeti nedir, neden bu işleme gerek duyulmaktadır, bunun hastaya faydası nedir, işleme bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar nelerdir, bu işlem yapılmadığında hastanın zararı ne olacaktır, bu işleme alternatif başka yaklaşımlar var mıdır ve söz konusu işlemle kıyaslandığında alternatiflerin avantaj ve dezavantajları nelerdir, işlem sırasında hasta neler hissedecek ve hayatı nasıl etkilenecektir" gibi, hastanın önerilen tıbbi girişimin kendisine uygulanıp uygulanmaması hakkında doğru bir karar verebilmek için ihtiyacı olan bilgilerin kendisine aktarılması gerekmektedir. Fakat aydınlatma, sadece bilgi aktarmaktan ibaret değildir. Hastayı kendisi için en iyi kararı verebilecek yeterlilik düzeyine taşıma işlemidir. Bilgi verme dışında, bilgiyi anlaşılır kılma, hastanın sorularını yanıtlama, başkalarına danışma fırsatı tanıma ve birlikte en doğru karara varma sürecidir.

Onam (İzin) formları çok önemlidir ve her sağlık kaydının bir parçası olmalıdır. Kabul formun arkası genellikle rıza ve tedavi verileri için izin için kullanılır. Formlarda genellikle bir açıklama bölümü vardır ve hastanın tedaviyi kabul ettiğini belirtir.

#### **Hastanede yatarak tanı-tedavi öncesinde alınması önerilen AYDINLATILMIŞ ONAM (RIZA) BELGESİ**

Başvurmuş olduğum \_\_\_\_\_ Hastanesi, \_\_\_\_\_ Bilim dalında /kliniğinde, hastalığının tanısı için bazı temel tetkiklere ihtiyaç olduğu konusunda bilgilendirildim. Tetkikler sırasında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumlar, bu tetkikleri reddettiğimde sağlığımı tehdit edebilecek riskler, bu tetkiklerin yerine uygulanabilecek başka bir tıbbi yöntemlerin bulunup bulunmadığı konularında bilgilendirildim. Tetkiklerin hazırlık ve uygulama aşamalarında bana düşen sorumlulukları öğrendim ve kabul ettim. Tetkikler hakkında doktora sorduklarıma anlayabileceğim tarzda ve yeterli cevaplar aldım.

1. Temel yöntemler olan kan ve idrar tetkiklerimin yapılmasını, röntgenlerimin ve kalp elektromun (ekg) çekilmesini hiçbir baskı altında kalmadan kendi rızamla kabul ediyorum.

*(Lütfen Altı Çizili Bölümü El Yazınız İle Yazınız).*

2. Kimlik bilgilerim gizli tutulmak kaydı ile tüm dosya bilgilerimin tıbbi eğitim ve araştırma amaçlı kullanılmasına

İzin veriyorum

İzin vermiyorum

*(Lütfen Adınızı Ve Soyadınızı El Yazınız İle Yazarak İmzalayınız).*

**HASTANIN ADI VE SOYADI** : .....

**HASTANIN İMZASI** : ..... **Tarih:** \_\_\_ . \_\_\_ . 200\_

**HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİNE ŞAHİTLİK EDEN KİŞİNİN**

(Okur-yazar olmayan ya da görme özürli hasta için bilgilendirmenin sözlü olarak gerçekleştirildiğine şahitlik eden kişinin)

Adı Ve Soyadı : ..... Doğum tarihi : (Gün.Ay.Yıl)

Adresi Ve Tlf : ..... İmzası  
: ..... İmza Tarihi : (Gün.Ay.Yıl)

**BİLGİLENDİRİLMİYİ YAPAN HEKİMİN**

Adı Ve Soyadı : .....

İmzası : ..... İmza Tarihi:(Gün.Ay.Yıl)

**HEKİMİN ŞAHİDİ (KURUMDA GÖREVLİ BİR SAĞLIK PERSONELİ OLMASI ŞARTTIR)**

Adı Ve Soyadı : .....

İmzası : ..... İmza Tarihi: (Gün.Ay.Yıl)

**BU BÖLÜM KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN DOLDURULACAKTIR**

(Hastanın Veli veya Yasal vasisi; 14 yaşından küçük hastalarda (varsa) hem anne hem de babası tarafın-  
dan doldurulacaktır)

Kanuni veli /vasi  Anne  Baba

Adı ve Soyadı : ..... Doğum tarihi : (gün.ay.yıl)

Adresi ve Tlf : .....

İmzası : ..... İmza Tarihi : (gün.ay.yıl)

Kanuni veli / vasi  Anne  Baba

Adı ve Soyadı : ..... Doğum tarihi : (gün.ay.yıl)

Adresi ve Tlf : .....

İmzası : ..... İmza Tarihi : (gün.ay.yıl)

## Özet



Hasta dosyaları, sağlık kurumlarına kabul edilen hastalara bakım verilmesini, bakımın değerlendirilmesini ve denetlenmesini sağlayan kayıtlardır. Hasta dosyalarının hastanın doktoruna, konsültanlara ve tedavinin gerçekleşmesini sağlayan diğer görevlilere hastayla ilgili bütün bulgu ve gelişmeleri kapsayacak şekilde sunulması gerekir. Tam ve düzenli bir hasta dosyası nitelikli hasta bakımının yazılı ifadesidir. Hasta dosyaları, içerisindeki kayıtlar göz önüne alındığında kimlik kayıtları, hemşirelik kayıtları, diğer tıbbi kayıtlar olarak üç temel bölümden oluşmaktadır. Dosyanın kimlik bilgileri ile ilgili kısımlarının hasta dosyasının açıldığı birimde çalışan sekreterler tarafından doldurulması gerekir.

Hastanelerde tıbbi kayıtlarla ilgili işlemlerden oluşan süreç, hastaların girişi, hastanede kalışları ve taburculuğu, kayıtların düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde yeniden hizmete sunulması ile ilgili işlemleri kapsamaktadır. Hastalara ait kayıtlar, kişisel dosyalarda saklanır. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların kurumda kaldıkları süre içerisinde teşhis ve tedavileri ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri kapsamına alan kayıtların, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesinden elde edilen kayıt topluluğuna hasta dosyası adı verilir.

Bir sağlık kurumunda hastalara uygulanan tedavi metotları ve bununla ilgili çalışmaların verimliliği, sağlık personeli tarafından tutulan kayıtlar ile ortaya çıkarılmakta ve hasta dosyalarının içerisinde muhafaza edilmektedir. Hasta dosyaları önemi hastalar, sağlık kurumları, adli tıp hizmetleri, tıbbi araştırmalar ve eğitim, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesi olarak sınıflandırılabilir.

Sağlık kurumlarında tutulan hasta dosyaları üzerinden sağlık hizmetinin kullanımına ilişkin analiz ve incelemeler yapılabilir. Tıbbi hatalar, kaynak kullanımına ilişkin veriler hasta dosyalarının incelenmesi ile ortaya çıkarılabilir. Sağlık kayıt sisteminin sahip olması gereken özellikler aşağıda verilmiştir.

- Sağlık Kayıtları ilgili formlar, tüm ülkede standart, tüm bilgileri içerecek şekilde ve olabildiğince az sayıda olmalıdır.
- Tüm bilgiler formlar üzerinde, istatistiksel analize elverişli ve formlardan zamanında kolayca alınabilir olmalıdır.
- Sistem, gerekli tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru kaydedilmesini sağlayacak önlemler içermelidir,
- Sistem personel için basit olmalıdır.
- Sistem bağımsız değil, basit olmalıdır.
- Kayıtların güvenilir şekilde saklanması sağlanmalıdır.
- Dokümanlara erişim kolay olmalı, aranılan bilginin hemen bulunabileceği bir sistem oluşturulmalıdır.
- Personel denetim ve eğitimi sağlanmalıdır

Hasta dosyasının standartlara uygunluğu, nitelik ve nicelik olmak üzere iki ayrı yönden analiz edilir. Dosyanın nicelik yönünden incelenmesi bir hasta dosyası içerisinde yer alan tıbbi kayıtların eksikleri olup olmadığı, olması gereken sırada olup olmadığı, formların içerik olarak doldurulup doldurulmadığı ile ilgili hasta dosyaları arşivlerindeki ilgili elemanlar tarafından yapılan işlemlerdir.

Hasta dosyasının nitelik yönünden analizi dosyanın tıbbi yeterlilik ve içerik yönünden incelenmesidir. Analizde dosyalar hata denetimi amacıyla incelenir; tıbbi kararların bulgularla desteklenip desteklenmediğine bakılır; kayıtların yeterli ayrıntı ile belirtilip belirtilmediğine incelenir; tanı ve tedavi sonucunun birbirini destekleyip desteklemediğine ve kayıtların olay sırası ve tarihi ile yeterli biçimde kayıt edilip edilmediğine bakılır.

Hasta dosyasında yer alan formlar önem bakımından şöyle sıralanabilir. **Primer Formlar, İkincil Formlar, Geçici Formlar:**

**Kayıtların Niteliği:** Sağlık kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulması hastanın tedavi sürecinin her aşamasında önemlidir. Hasta kaydı girişleri zamanında, mümkün olan en kısa sürede, hasta bakımı sona erdikten hemen sonra yapılırsa bilgilerin doğruluğu artar.

**Sağlık Kayıtlarında Düzeltme:** Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa, hastanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilir ve yenisi yanına yazılır. Düzeltmelerin yanına tarih ve saat atılır; asla tipeks ve benzeri siliciler, karalayıcılar kullanılmaz.

**Anlaşılabilirlik:** Hasta dosyalarının anlaşılabilir ve okunaklı olması son derece önemli bir konudur. Okunaklılık sorununu çözmek için dosyalarda kompozisyon tarzında yazılardan kaçınılmalı, çeteleme, işaret koyma veya bilgisayarla yazma tercih edilmelidir.

**Dosyaların Nakli:** Bir hekim yeni bir hastayı gördüğünde, eski tıbbi kayıtları ile ilgili bütün bilgileri merak eder ve etik olarak da eski kayıtları incelemesi gerekir

**Kısaltmalar:** Tıbbi kayıtların yazılması sırasında yanlış anlaşılmalara neden olacak kısaltmalar kullanılmamalıdır. Yapılan kısaltmalar herkes tarafından anlaşılır olmalı, aynı şeyi ifade etmelidir.

**Hasta Dosyalarının Düzenlenmesi:** Hasta dosyaları düzenlenirken dosyayı her yatış süresi içinde önce bölümlere ve daha sonra aynı tip formlara ayrılmasından sonra her form dizisini kronolojik olarak sıralamaktır. Buradaki sıra; hasta kabul kağıdı, hasta yatırma kağıdı, gözlem kağıtları (hikaye, şikayet ve fiziksel muayeneler), doktor istek formları, hasta izleme çizelgesi, laboratuvar bulgu ve özel muayene raporları, hemşire gözlem kağıtları, anestezi raporu ve ameliyat notları, çıkış özeti, otopsi müsaadesi ve raporu şeklindedir.

## Gözden Geçir



- Bir sağlık kurumundaki hasta dosyaları neden önemlidir?
- Hasta dosyalarının kapsamı nelerden oluşur?
- Hasta dosyasında bulunan temel formlar nelerdir?
- İyi bir hasta dosyası nasıl olmalıdır?



## Kaynaklar

Artukoğlu A. (1969). Tıbbi Dokümanların Önemi. *Hastane İdareciliği Dergisi*, Mayıs 5. ss: 25-28.

Artukoğlu, A.; Kaplan, A. ve Yılmaz, A. (2002), *Tıbbi Dökümantasyon*. Ankara: Türksev Yayıncılık.

Ay, F. (2008). Uluslararası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanuları ve Uygulamaları, Sınıflandırma Sistemleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 6. ss: 555-561.

Demircan, A. (1996). *Tıbbi Dökümantasyon*. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Yayını.

Dennis, J.C. (1996). Health Law Concepts and Practices. In: *Health Information Management A Strategic Resource*. Ed: Abdelhak, M.; Grostic, S. et.al.. USA: WB Saunders Company. pp: 358-392.

Edwards, M. (2000). Medical Records. In: *Managing Modern Hospital*. Ed: Srinivasan, A.V. London: Sage Publication.

Esatoğlu, A.E. ve Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi Dökümantasyon Tarihi ve Tıbbi Dökümantasyon İle İlgili Meslektaşının Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yıllığı*. 1(1). ss: 13-19.

Grobe, S.J.; Astin, P.J.M.M. ve Goossen, W. (1997). Nursing Information Systems. In: *Handbook of Medical Informatics*. Ed: Van Bommel, J.H. ve Musen, M.A. Netherlands: Springer. pp: 219-229.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresinden 15.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

Johns, M. (2002). *Information Management for Health Professions*. USA: Delmar & Thomson.

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (YTKTKAHY). [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresinden 28.3.2009 tarihinde erişilmiştir.



## Değerlendirme Soruları



1- Aşağıdakilerden hangisi hasta dosyaları için doğrudur?

- a) Bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenir.
- b) Hasta dosyaları hasta ile ilgili kişisel bilgileri içermez.
- c) Hasta dosyalarını sadece hemşireler açar.
- d) Hasta dosyası hasta bakımını ifade etmez.
- e) Hasta dosyası sadece sağlık kurumları için gereklidir.

2- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Hasta Dosyaları Arşiv Yönergesine göre hasta dosyasında aşağıdaki formlardan hangisi bulunmaz?

- a) Hasta Kabul Kağıdı
- b) Ameliyat Kağıdı
- c) Derece Kağıdı
- d) Hemşire Kabul Kağıdı
- e) Hasta tabelası

3- Aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

- a) Doktor ya da hemşire hasta dosyasına bilgileri istediği zaman doldurabilir
- b) Hasta dosyalarına bilgiler kompozisyon tarzında yazılabilir
- c) Sağlık kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulması hastanın tedavisinin her aşamasında önemlidir.
- d) Kayıtlar doldurulurken hata yapılmışsa silinip düzeltilebilir.
- e) Hasta kabul kağıtlarına, dosyayı açan kişinin hiçbir bilgisi yazılmamalıdır.

4- Hasta dosyasının tanı ve tedavilerle ilgili tıbbi işlemler bölümü kim tarafından doldurulur?

- a) İntern ve tıp öğrencisi
- b) Hemşire
- c) Teknisyen
- d) Başhekim
- e) Tıbbi sekreter

5- Hasta dosyasında hastanın her yatışının arasına dosya içerisine, bir diğer hastaneye gelişi ile karışmaması için aşağıdakilerden hangisi kullanılır?

- a) Vekil dosya
- b) Hasta dosyası
- c) Separatör
- d) Hasta tabelası
- e) Bir şey kullanmaya gerek yoktur

# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2 Hasta Dosyaları

3 Sağlık Kayıtları ve İçeriği

4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6 Sağlıkta E-Dönüşüm

7 Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Hastane Kayıtları
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kayıtları
  - Tıbbi Kayıt Tutma Çeşitleri
    - Metoda Göre
    - Kaynağa Dayalı Tıbbi Kayıt
    - Probleme Dayalı Tıbbi Kayıt
  - Kullanılan Malzemeye Göre
    - Kâğıda Dayalı Tıbbi Kayıt:
    - Elektronik Hasta Kaydı
  - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tutulan Kayıtlar
    - Form Temini
    - Hastalıkların Bildirimi
- Kan Merkezlerinde Tutulması Zorunlu Kayıt Fişi Ve Etiketler
- Kanser Kayıtları
- Ölüm Kayıtları
  - Bebek ve Çocuk Ölüm Kayıtları
- Aile Hekimliği Kayıtları
- Acil Servis Kayıtları

## Ünite Hakkında

Bu ünite hastanelerde birinci basamak sağlık kurumlarında kan merkezlerinde tutulan kayıtlar ve formlar verilmiş ayrıca kanser kayıtları, ölüm kayıtları, aile hekimliği kayıtları acil servis kayıtları anlatılmıştır. Ünite içerisinde kayıt tutma çeşitleri form temini ve hastalıkların bildirimi konularında da bilgi verilmiştir.

## Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda;

- Sağlık kurumlarında tutulan kayıtlar, formlar hakkında bilgi sahibi olacaksınız.
- Sağlık kurumlarındaki tıbbi kayıt tutma çeşitlerini kavrayacaksınız.
- Kan merkezlerindeki kayıtları ve fişleri doldurabileceksiniz.
- Kanser, aile hekimliği ve acil servis kayıtları hakkında bilgi edineceksiniz.
- Ölüm kayıtlarını yapabileceksiniz.
- Sağlık merkezlerinde tutulan formları kurallarına uygun olarak doldurabileceksiniz.

## Üniteyi Çalışırken




- Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın.
- Örnek formları inceleyiniz.
- Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.

## Hastane Kayıtları

Hasta sağlık kurumlarında yatarak veya ayakta tedavi görebilir veya doğrudan acil servise başvurmuş olabilir. Yatarak veya ayakta tedavi gören her hasta için ayrı kayıt tutulmalıdır. Bu kayıtlardan sağlık kurumlarında sıklıkla kullanılanlar Ünite II'den farklı olarak bu ünite de anlatılmıştır.

Hastanelerde tutulan form, kayıt ve raporlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

### Örnek Form 053: Hastalık İstatistik Formu



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI

İl : \_\_\_\_\_ Tarih : \_\_\_\_\_  
İlçe : \_\_\_\_\_ Sayfa : \_\_\_\_\_  
Kurum : \_\_\_\_\_  
Form No : 053

**HASTALIK İSTATİSTİK FORMU**  
Resmi ve Özel Hastaneler İçin

Geçen Dönemden Kalan Hasta Sayısı : \_\_\_\_\_

**1 - TABURCU OLAN VE ÖLENLERİN HASTALIKLARA GÖRE DAĞILIMI**

ICD-10 3.BASAMAK	ICD-10 4.BASAMAK	HASTALIKLAR	BU DÖNEM İÇİNDE						Taburcu Olan ve Ölenlerin Yattıkları Gün Sayısı			
			TABURCU OLAN			ÖLEN			E	K	Toplam	
			E	K	Toplam	E	K	Toplam				
		<b>GENEL TOPLAM</b>										

**DÜZENLEYEN**

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
Uyumu : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_\_\_  
İmza : \_\_\_\_\_

**ONAYLAYAN**

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_  
Uyumu : \_\_\_\_\_  
Tarih : \_\_\_\_\_  
İmza : \_\_\_\_\_

Resmi ve özel hastaneler tarafından her 3 ayda bir tanzim edilmesi gereken ve dönem içinde taburcu olan hastaların yatış nedenlerine ve cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren bir formdur.

Formun ilk bölümünde "Geçen Dönemden Kalan Hasta Sayısı" adlı bir bölüm vardır. Form 056'da servise yatan hasta sayısı, taburcu olan ve ölenlerin tutarlılığı için bu bölümün doğru bir şekilde hesaplanarak yazılması gerekmektedir.

Formun asıl bölümünü oluşturan "Taburcu Olan ve Ölenlerin Hastalıklara Göre Dağılımı" tablosunda hastalık kod ve isimleri ile taburcu olan ve ölenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı ve bunların yine cinsiyetlerine göre yattıkları gün sayılarının olduğu sütunlar vardır.

Türkiye'de ki hastalık istatistiklerinin belki de en önemli kaynağını oluşturan bu formun dikkatle doldurulması gerekmektedir.

Formun doldurulmasında en çok dikkat edilecek konu TEŞHİS ve KOD'un doğru saptanmasıdır. O dönem içinde kurumda yatan hastaların dosyalarında yazılan teşhislerin ICD-10 3.Basamak ve/veya 4.Basamak kodlarının kullanılmasıdır.

Hastanın anlayabileceği şekilde hazırlanmış bir form hastanede hatayı en az seviyeye indirir. Teşhis ve tedavide kolaylık sağlar. Hastanın başka hastanelere nakillerinde dahi aynı işlemlerin yapılması engellenmiş olur (Standart Dergisi, 1999).

## Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kayıtları

Halen birinci basamak olarak ifade edilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin verildiği, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı merkezleri ve aile hekimliği hizmetlerinde kullanılan çok farklı türde tıbbi kayıt bulunmaktadır. Bu bölümde bazı formlar ve form tutma yöntemleri anlatılmaktadır.

### Tıbbi Kayıt Tutma Çeşitleri

Hasta verilerinin kaydında değişiklik fikri 1969 yıllarına dayanmaktadır. İlk çalışmalar Dr. L. Weed tarafından yapılmıştır. Kayıt tutma çeşitleri metoda ve kullanılan malzemeye göre olmak üzere ikiye ayrılabilir (Aile Hekimliği Kurs Notları, 2009).

#### Metoda Göre

Kaynağa dayalı ve probleme dayalı olmak üzere iki yöntemle metoda göre tıbbi kayıt tutulabilir.

#### **Kaynağa dayalı tıbbi kayıt**

Geleneksel kayıt sisteminde bilgiler kaynağa göre dosyalanır. Kaynak, hastanın kendisi, yakını veya herhangi bir laboratuvar verisi olabilir. Laboratuvar bulguları, EKG, konsültasyonlar, hekim notları, hemşire notları, hepsi ayrı bölümler halinde dosyada bulunur. Bu şekilde birikmiş bilgiler bir çeşit günlüğü andırmaktadır ve sürekli hasta bakımında pek kıymeti yoktur. Bununla beraber kaynağa dayalı kayıt sisteminde kayıtları tutmak kolaydır. Bu şekilde hazırlanmış bir dosyayı incelemek ve fikir edinmek veya belirli bir hastalığın seyrini anlamaya çalışmak ise zaman alıcı ve zordur (Aile Hekimliği Kurs Notları, 2009)



#### Kaynağa dayalı tıbbi kayıt:

- Kolay ve çabuk yazılabilir, esnektir.
- Eksik bilgi kaydetme ihtimali yüksektir.
- Bilgiye ulaşmak zordur.
- Kaynaktan alınan veriler olduğu gibi sırayla kaydedilir (kaynak; hasta, hasta yakını, laboratuvar vs).
- Hastanelerin birçok kliniğinde görüldüğü gibi boş bir sayfaya kayıt tutma ve biriken sonuçların dosyaya üst üste eklenmesi gibi.

#### Probleme dayalı tıbbi kayıt

Probleme dayalı tıbbi kayıt sisteminde (PDTK) hastalık değil, birey ön plandadır. Bu sisteme göre doldurulmuş bir dosya incelendiğinde bir safra kesesi hastalığı değil, safra kesesi hastalığı olan bir bireyle karşılaşılır. PDTK'da başta bir problem listesi olmak üzere her verinin kaydedileceği yer ve formatı bellidir. Serbest metin girişi azdır.

PDTK kullanım alanı daha çok birinci basamak hekimliğidir. PDTK özellikle birden çok kronik problemleri olan kompleks vakalarda üstündür. Bu nedenle PDTK sisteminin yaygınlaştırılmasında da en büyük çabayı birinci basamak hekimleri göstermektedir (Rakel, 1995)



#### Probleme dayalı tıbbi kayıt sistemi:

- Esnek değil, kaydetmek eğitim ve zaman gerektiriyor.
- Sistematik, verilere ulaşmak kolay.
- Problemi olan hasta ön plandadır. (Safra kesesi hastalığı değil safra kesesi hastalığı olan birey)
- Tutulacak kaydın yeri önceden belirlenmiştir.

#### Kullanılan Malzemeye Göre

Kullanılan malzemeye göre ise tıbbi formlar kağıda dayalı tıbbi kayıt ve elektronik tıbbi kayıt olmak üzere ikiye ayrılır. Hangi yöntem veya malzeme kullanılırsa kullanılsın, önemli olan hasta kaydının sistematik, mantıklı ve sürekli olmasıdır.

#### Kâğıda dayalı tıbbi kayıt:

Kâğıda dayalı tıbbi kayıt hasta dosyaları, bilgi notları gibi halen elle doldurulan formlardan oluşur.



### Elektronik hasta kaydı

Bireyin tüm yaşamı boyunca aldığı sağlık bakımı hizmetleri ve sağlık durumu hakkında elektronik ortamda saklanan bilgidir. Elektronik hasta kaydında hastanın temel kayıt ortamı kağıt değil, elektronik sistemlerdir. Elektronik dosyalama sistemi hastaya ait ücretleri, yönetsel ve klinik bilgileri içeren sağlıkla ilgili kayıtların bulunması, depolanması, yeniden kullanıma sunulması ve transfer işlemlerini içerir (Roach, 1998: 291). Bu kayıtlar; alerjiler, hastalık ve yaralanmaların öyküsü, işlevsel durum, tanı işlemleri, bulgular, günlük tedavi planları, konsültasyon raporları, tedavi kayıtları, aşılama öyküsü, davranışsal bilgiler, çevre bilgileri, demografik bilgiler, sağlık sigortası bilgileri, tedavi uygulamaları için idari kayıt bilgileri ve yasal bilgileri içermektedir (Johns, 2002: 75 ).

Günümüzde artık hasta kartları da kullanılmaktadır. Günümüzdeki mobil toplumun bir gereği olarak hasta hakkındaki bazı bilgileri içeren manyetik kartların hazırlanıp hastanın yanına verilmesi gündeme gelmiştir. Hastanın tıbbi pasaportu şeklinde olması planlanan bu kartlar kredi kartı büyüklüğündedir ve hastayla ilgili tıbbi problemleri ve diğer gerekli tıbbi bilgileri içerir. Gelişen teknoloji sayesinde bu kartlara çok sayıda tıbbi bilgi, hastanın resmi, röntgen filmleri ve EKG'ler konabilmektedir (Austin ve Boxerman, 2003).

Elektronik hasta kayıtlarının fayda ve oluşabilecek sakıncaları aşağıda verilmiştir (Artukoğlu ve diğ., 2002: 145; Di Lima ve diğ., 1998: 27):

#### Faydaları:

- Bilgiye anında erişim sağlar.
- Kolay okunabilir.
- Veri güvenliği sağlar.
- Rahat ve esnek kullanıma olanak verir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu kolaylaştırır.
- Veri kalitesini sağlar.
- Araştırmaları kolaylaştırır.
- Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.
- Verimlilik ve kalite sağlar.

#### Sakıncaları:

- Donanım, yazılım, eğitim giderleri gerektirir.
- Personelin sistemi öğrenmesi için belli zamana ihtiyaç duyulmaktadır.
- Yazılım ihtiyaçlara cevap vermeyebilir.
- Sabit disk hataları nedeniyle kayıtlı bilgilerin çoğu silinebilir.
- Bilgisayar sistemleri, donanım veya yazılım hataları yüzünden kullanım dışı kalabilir.



## Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tutulan Kayıtlar

Tıbbi kayıt, birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Hatta bir anlamda birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğin iyi bir dokümantasyon olduğu söylenebilir. Hastanın kaydının düzenli tutulması takibini ve tıbbi bakımını da kolaylaştırmaktadır. Hasta kaydının en önemli özellikleri sistematik, mantıklı ve sürekli olmasıdır. Kayıtlar bir gün lazım olabilir düşüncesiyle depolanmamalı; her an kullanılmak üzere hazır olmalı ve bilgilerden sürekli faydalanmak mümkün olmalıdır (Aktürk ve Tekin, 2004).

Birinci basamak hekimleri kişilerle uzun süreli olarak ilgilenirler. Bu nedenle kayıtlı hastalarıyla ilgili bilgileri de her an el altında bulundurmaları gerekir. Hipertansiyonda olduğu gibi birçok hastalıkta elde edilen veriler ancak hastanın eski verileriyle karşılaştırılabildiğinde anlamlı olmaktadır. Bu da ancak sürekli ve iyi bir dosyalama ile mümkündür.

Hekimlik tarihinde çok çeşitli takip sistemleri kullanılmıştır. Hasta kartları kullanmak (sağlık ocaklarımızda halen uygulanmakta olan ev halkı tespit fişlerinde olduğu gibi), poliklinik dosyalarına kaydetmek, hastalar için bireysel dosyalar tutmak, aileler için dosyalar tutmak, bilgisayar yardımıyla hasta takibi yapmak bunlardan bazılarıdır (Aktürk ve Tekin, 2008).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların başında sağlık evleri, sağlık ocakları gelmektedir. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde yapılan hizmetlerin tümünün belli istatistik formlarına, bazen günü gününe, bazen de en kısa sürede yazılması gereklidir. Bu gerekliliğin belli başlı önemli nedenleri şunlardır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1999: 125):



- Yapılan her hizmetin yazılması, daha sonraki hizmetlerde karar vermeyi kolaylaştırır, sıklıkla da yapılan hizmeti yönlendirir.
- Özellikle bireylere verilen hizmetler yazdırıldığında, bireylerin tüm özelliklerini kapsayan bir "kayıt" elde edilmiş olur.
- Ocağa ilişkin tüm istatistikler, hastalık ve ölüm sayıları ile bu konulardaki hız ve oranlar bu kayıtlardan yararlanarak elde edilir.
- Değişik konularda hesaplanacak hız ve oranlar verilen hizmetin ne denli etkin olduğunu ortaya koyar.

- Kayıtlar sağlık ocağı bölgesinin önemli sağlık sorunlarının neler olduğunu ortaya koyduğu gibi, yapılacak çalışma ve eğitim planları da bu verilere dayanılarak düzenlenir.
- Kayıtların bu önemleri göz önüne alınarak doğru ve eksiksiz kayıt tutma, sağlık ocağındaki tüm personelin en başta varsa tıbbi sekreterin önde gelen görevi olmalıdır. Kayıt tutarken göz önüne alınması gereken en önemli nokta “ kayıt ve verileri kaynağında, doğru ve eksiksiz” toplamaktır.

Sağlık ocağı hekimi konunun önemini göz önünde tutarak, hem bu konulardaki kendi bilgisini artırmalı, hem de ocakta görevli tüm personele gerekli ve yeterli eğitimi yapmalıdır. Sağlık ocaklarında yapılan tüm hizmetlerde olduğu gibi, kayıt tutma ve veri toplama görevlerinde de doğruluğu ve yeterliliği sağlama, sağlık ocağı hekiminin görevidir. Ocak personelinin tuttuğu tüm kayıtları, her zaman teker teker denetler. Denetlediğini belirtmek üzere ocak hekiminin imzalaması için ayrılan yeri imzalamak hekimin görevidir.

Sağlık ocakları için geliştirilmiş bulunan kayıt sistemi bir bütün oluşturmaktadır. Kullanılan herhangi bir form, bir diğerinden daha önemli değildir. Bu nedenle, tüm formların doğru ve eksiksiz olması için aynı özen gösterilmelidir. Sağlık ocaklarında kullanılan formlar konularına ve ilgili şubelere göre aşağıda gruplar halinde verilmiştir:

#### **Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması**

- Form 102 (Aile Planlaması Çalışmaları)
- Form 103 (Ana Çocuk Sağlığı Program Çalışmaları)
- Bebek Ölüm Formu
- Ana Ölüm Formu
- D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi Formu
- Demir Yetersizliği Anemisi Önlenme Formu
- Gebe Demir Destek Programı Formu
- Aylık Gestasyonel Diyabet Formu
- Kendi Kendine Meme Muayenesi Formu
- 15 - 49 Yaş Kadın İzlem Formu
- Neonatal Tarama Formu
- Anne Ölümü Defin Bildirim Formu
- Anne Ölümü Defin Listesi

- Anne Ölümü İl Bildirim Formu
- Gebelik Testi Pozitif Formu
- Gestasyonel Diyabet Sevk Bilgi Formu

#### **Bulaşıcı Hastalıklar**

- Form 013 / A(Aşıların ve Serumların Tüketim, Stok Ve İhtiyaç Durumu)
- Form 013 / B (Özel Hekim Aşı Uygulamaları)
- Form 017/ A(Grup A Hastalıklar)
- Form 018/B(Parazit Hastalıkları İstatistik Formu)
- Neonatal Bebek Ölüm Formu
- Aylık GBP Sürveyans Formu
- Kuduz Şüpheli Temas İzlem Formu
- Aylık Yapılan BCG Aşı Listesi
- Frengi Çalışma Cetveli
- Lepra Çalışma Cetveli
- Kene İnceleme Talep Formu
- KKKA Vaka Bildirim Çizelgesi
- Form 016 Bulaşıcı Hastalıklar Kayıt Formu
- Form 014 Bildirimi Zorunlu Hast.Formu

#### **Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü**

- Miadlı Personel Cetveli
- DS Dönem İçinde Çalışan Personel Listesi
- DS Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Formu
- Gezi Programı / Beyanı
- Laboratuvar Sarf Malzemesi Formu
- Aktif Çalışan Hekim Tablosu
- Gezici Sağlık Hizmetleri Aylık Faaliyet Formu
- Hizmet Detay Formu (Döner Sermaye)
- Gezi Beyanı Çeteleme Formu

#### **Bilgi İşlem Şube Müdürlüğü**

- Form 18 / A(Ebe Ve Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi Ek Bilgi Formu)
- Form 18 / C Gıda Zehirlenmeleri Formu

- Form 023(Birinci Basamak Sağlık Kurumu Aylık Çalışma Bildirisi)
- Doğanlar Listesi
- Aylık Ölüm Cetveli
- Göç Gelen Giden Bebek Listesi
- Form 002-003 / B Yıl Ortası Nüfus Tesbitleri

#### **Eğitim Şube Müdürlüğü**

- Uygulanan Hizmet içi Eğitim Formu
- İlköğretim Çocuklarında Beslenme Eğitimi Formu
- Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu
- Halk Eğitimi Stand Çalışmaları Bildirim Formu

#### **Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü**

- Form 020 (Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi)
- Sağlık Ocağı Su İzlem Formu
- Su Ve Besinler Bulaşan Hastalıkları Haftalık Sürveyanı

#### **Personel Aylık Çalışma Formları**

- Form 008(15-49 Yaş Kadın Bildirim Formu)
- Form 009 (Sağlık Memuru Ve Çst. Aylık Çalışma Bildirisi)
- Form 011 (Hekim Aylık Çalışma Bildirisi)
- Form 011 / D (Diş Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi)

#### **İdari Mali İşler Şube Müdürlüğü Formları**

- Taşınır İstek Belgesi
- Demirbaş Formları

#### **Diğer Formlar**

- Form 016(Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi)
- Sağlık Personeli İstatistik Formu
- Rs 30 Formu(Ayaktan Takip Edilen Hastalar Hakkında Sağlık Müdürlüğüne Bilgi Gönderme Formu)
- Form 024
- Sağlık Düzey Ölçütleri Hesaplama
- Filiasyon Raporu
- Form 012b(5 Yaş Üzeri Aşı Kayıt Fişi)
- Form 012a(0-4 Yaş (0-59 Ay) Aşı Kayıt Fişi)
- Şüpheli Isırık Bilgi Formu

- Ölüm Tutanağı
- Sicil Raporu
- Form L5 - A(Sıtma Savaş Dairesi Başkanlığı)
- Trahom Formu
- Eczane Kontrol Raporu
- 017 - 018 İle Bildirimi Yapılacak Hastalıklar Listesi
- Aile Durumu Bildirimi Beyannamesi

## Örnek Form : FormNo :13 Aşı Sonuçları Çizelgesi

CINSİ	Ampu/ Şişedeki Doz Sayısı (A)	Geçen Dönemden Devreden (B)	Bu dönemde Gelen (C)	Dönem içinde açılan (D)	Dönem içinde imha edilen (E)	Fire Yüzdesi (F)	Gelecek Döneme Devreden (G)		İhtiyaç (H)
							S.O.	S.M.	
AŞILAR	DBT								
	Polio								
	Kızamık								
	PPD								
	BCG								
	Hepatit B								



SERUMLAR	Tid	1500 Ü	5000 Ü	3000 Ü	10000 Ü	Kuduz	Akrep	Yılan	Şarbon	1 cc Enj.	2 cc Enj.
Kuduz											
Teteno											
Difteri											
Kuduz											
Akrep											
Yılan											
Şarbon											
1 cc Enj.											
2 cc Enj.											

(A)Sütünuna eldeki aşıları her bir ampul yada şişesinde kaç doz olduğu yazılmalıdır.

(B),(C),(D),(E),(G) ve (H) sütunları doz sayısı değil,ampul yada şişe sayısı olarak doldurulmalıdır.

*Dönem içinde açılan (D)=[(B)+(C)]-[(E)+(G)] [(D)X(A)]-Uygulanan doz sayısı
*Fire Yüzdesi=----- x100 [(D)X(A)] Uygulanan doz sayısı,formun ön yüzünde hesaplanan toplam aşı doz sayılarından alınacaktır.
*İhtiyaç(G)=[(D)X1,25]-(G)
Aşı uygulamaları ile ilgili iletmek istediğiniz bilgileri ve sorunlarınızı yazınız: ..... .....
Formu Düzenleyen <span style="float: right;">Tasdik Eden</span>

## Örnek Form : Gezici Sağlık Hizmetleri Aylık Faaliyet Raporu



SAĞLIK OCAĞI GEZICI SAĞLIK HİZMETLERİ AYLIK FAALİYET RAPORU												
İLİ: VAN İLÇESİ: ERCİŞ SAĞLIK OCAĞI-4 Nolu Sağlık Ocağı								YIL:2007 AY:MART				
VERİLEN HİZMET												
	Müeyyene Sayısı	Sağlık Kurumunun Servis	Kıbrıs Cerrahi Müdahale	Engelsiz	Laboratuvar Çalışmaları							
					İdrar	Kan	Dışkı	Seroloji	Sitolojik	Gebelik Testi	Diğer	
SAYI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
İzlem Sayıları						Aile Planlaması Hizmetleri						
	GEBE	LOĞUSA	BEBEK	ÇOCUK	15-49 KADIN	RIA	HAP	KONDOM				
SAYI	6	1	10	20	74	-	-	-				
Aşılama Hizmetleri					Halk Eğitimi Seans Sayısı							
Aşılanan Bebek-Çocuk Sayısı			Aşılanan 15-49 yaş kadın sayısı		14							
14			58									
YERLEŞİM YERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER												
TOPLAM NÜFUS	TOPLAM YERLEŞİM YERİ SAYISI	GEZİLEN YERLEŞİM YERİ SAYISI	AY İÇİNDE HERBİRİNE KAÇ DEFA GİDİLDİĞİ (ORTALAMA)	GEZİLEMİYEN YERLEŞİM YERİ SAYISI	AY İÇİNDE KAT EDİLEN MESAFEGE(Km.)	AY İÇİNDE SARFEDİLEN AKARYAKIT (YTL.)						
293	1	1	1	-	-	-						
HAZIRLAYAN Zabit CAN Sağ.Mem				Dr.M.Hanifi ALP				ONAYLAYAN 4 Nolu Sağlık Ocağı Sor.Tabibi				



## Form Temini

Sağlık Bakanlığı, istatistik formlarının temini hakkında 2001 yılında 5 sayılı bir genelge yayımlamış ([www.saglik.gov.tr/TR](http://www.saglik.gov.tr/TR)) ve form temininin nasıl ve ne şekilde yapılacağını bu genelgede belirtmiştir.

Sağlık Bakanlığı, kendisine ait yataklı tedavi kurumlarında kullanılan basılıları, (Defter, form, cetvel, fiş, makbuz vb.) standart hale getirilerek Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Resmi Gazete 13.1.1983 gün ve 17927 Mükerrer sayı) ekinde yayımlanmıştır.

Kurum tarafından düzenlenerek Sağlık Müdürlüğü kanalıyla Sağlık Bakanlığına elektronik ortamda gönderilen istatistik formlarına bilgi toplamada kullanılan ara form ve fişlerden;

Form No:52 Hastalık İstatistik Fişi

Form No:54 Servise Yatan ve Servisten Çıkan Hastalara Ait Günlük Kayıt Fişi

Form No:55 Hasta ve Yatak Muvazene Fişi, bastırılarak kullanılmaktadır.

Kurum tarafından düzenlenerek Sağlık Bakanlığına elektronik ortamda gönderilen,  
Form No:53 Hastalık İstatistik Formu

Form No:56 Personel Hasta ve Yatak Muvazene Formu

Form No:57 Laboratuvar Çalışmaları Formu

Form No:58 Ağız ve Diş Sağlığı Çalışmaları Formu

Form No:113 Aylık Kan Çalışmaları Formu

Diyaliz Bilgi Formu

Organ Nakli Bildirim Formu

Gelir Gider Bilgi Formu gibi Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ait istatistik formları da bastırılarak kullanılması uygun görülmektedir.



## Hastalıkların Bildirimi

Türkiye’de sağlık ile ilgili temel veri kaynaklarından en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimini ile elde edilen bilgilerdir. Bu bilgilerin en güvenilir ve sağlıklı şekilde elde edilmesi, mevcut dünya düzeni içinde bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ülkelerin yaptırımı uğradığı bir dönemde, daha da önem kazanmaktadır.

Halen bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar 39 tane olup, bu hastalıklar bütün sağlık kuruluşlarından toplanmakta ve nüfus tabanlı bir değerlendirme sistemi içinde incelenmektedir ([www.saglik.gov.tr/extras](http://www.saglik.gov.tr/extras))

Bildirim zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden Sağlık Bakanlığının belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti

veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel kuruluşlar sorumludur. Her kurum ve kuruluşta bildirimlerin takibi ve yapılmasından sorumlu bir birim veya sağlık personeli belirlenir. Kurum ve kuruluşlar konu ile ilgili kişilerin isimlerini İl Sağlık Müdürlüklerine bildirir, kişilerin değişmesi durumunda İl Sağlık Müdürlüklerine bilgi verir.

#### **Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar dört gruba ayrılır.**

Birinci grup, "A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

İkinci grup, "B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

Üçüncü grup, "C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar",

Dördüncü grup, "D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar" dır.

Sağlık Bakanlığı, hastalıkların gruplandırılması, standart tanı kriterleri, sürveyans gerekçeleri, sürveyans şekli ile ilgili bir kılavuzu yayımlar, ayrıca basımını yaparak dağıtır.

#### **A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirim**

Nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlardan yapılır. Hastalığın bildirim "Form 014 – Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi" ile, vakanın tespit edildiği yerden ikamet ettiği bölgedeki sağlık ocağına yapılır. Sağlık Ocağı, bildirim, "Form 016 – Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi"ne işler, gerekli sürveyans çalışmasını yapar ve takip eden ayın ilk haftasında "Form 017/A – Grup A Hastalıklar Bildirim Formu" ile İl Sağlık Müdürlüğüne yapar.

Vakanın ikamet ettiği bölgeden sorumlu sağlık ocağının bilinmemesi durumunda, bildirim İl Sağlık Müdürlüğüne yapılır ve İl Sağlık Müdürlüğü formun sağlık ocağına iletilmesini sağlar. Vaka sağlık ocağında tespit edilmişse, Form 014 kullanılmaz ve Form 016'ya kayıt, sürveyans çalışması sonrası, takip eden ayın ilk haftasında İl Sağlık Müdürlüğüne Form 017/A ile bildirim yapılır.

#### **B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirim**

Tespit edildiği her noktadan direkt olarak İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakanlığa yapılır. Bakanlık hastalık ile ilgili olarak gerektiğinde bizzat veya İl Sağlık Müdürlüğü kanalı ile inceleme yaptırır.

#### **C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bildirim**

Kurum tabanlı veya sentinal olarak yapılır. Hastalığın bildirim için seçilmiş noktalardan günlük olarak Form 014 ile İlçe sağlık Grup Başkanlıkları veya İl Sağlık Müdürlüğüne, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da aylık olarak gelen bilgilerin icmalı yapılarak "Form 017/C – Grup C Hastalıklar Bildirim Formu" ile takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Bakanlığına yapılır. İl Sağlık Müdürlüğü Form 014 ile yapılan bildirimleri

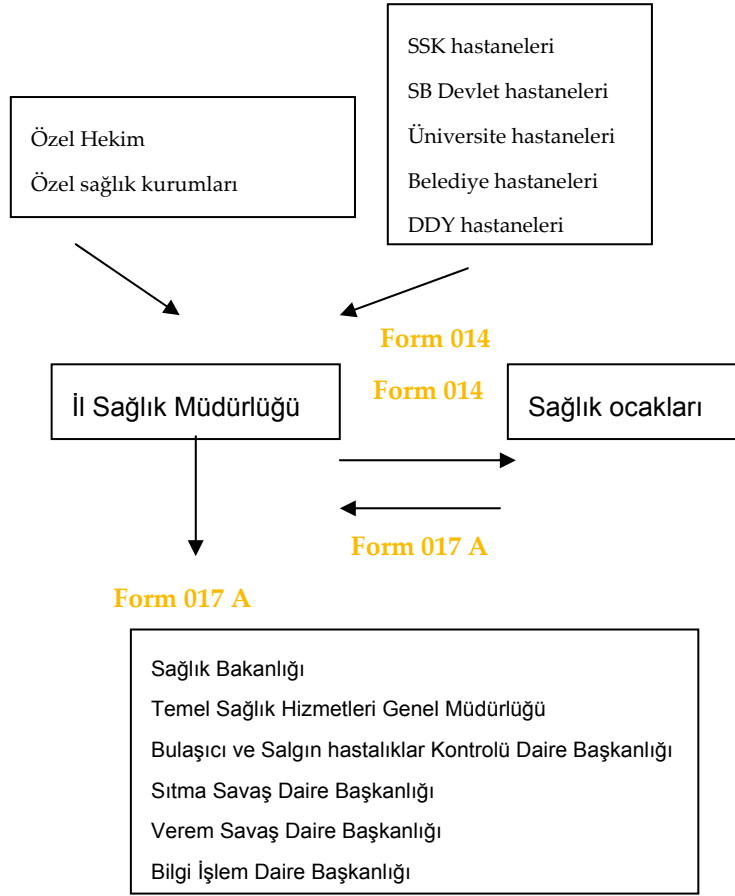
filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya bilgi için ilgili sağlık ocağına gönderir.

### **D Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların (Enfeksiyon Etkenlerinin) bildirimi**

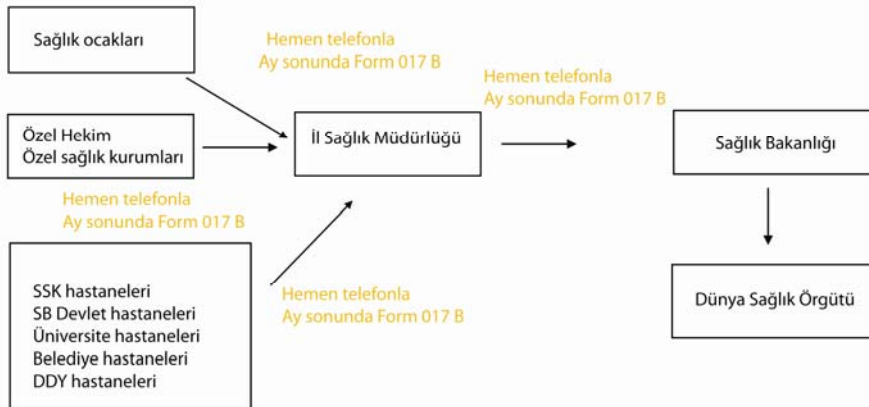
Laboratuarlardan ve sentinal olarak yapılır. Enfeksiyon etkeninin bildiri için seçilmiş laboratuvarlar, kurum bildirim sorumlusuna günlük olarak “Grup D – Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi” ile bildirir. Kurum, Grup D – Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerinin icmalini haftalık olarak yapar ve “Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formu” ile takip eden haftanın ikinci iş gününde İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarına veya İl Sağlık Müdürlüğüne yapar. İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları gelen formları herhangi bir işlem yapmadan İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir. İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları veya Kurumlardan gelen Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formlarının icmalini aylık olarak yapar ve “Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formu” ile takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Bakanlığına gönderir.

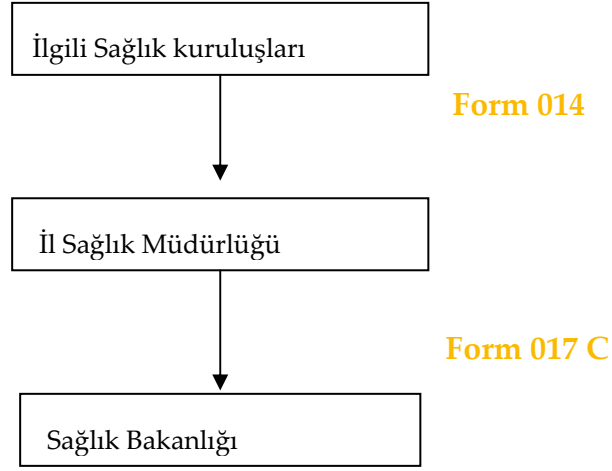
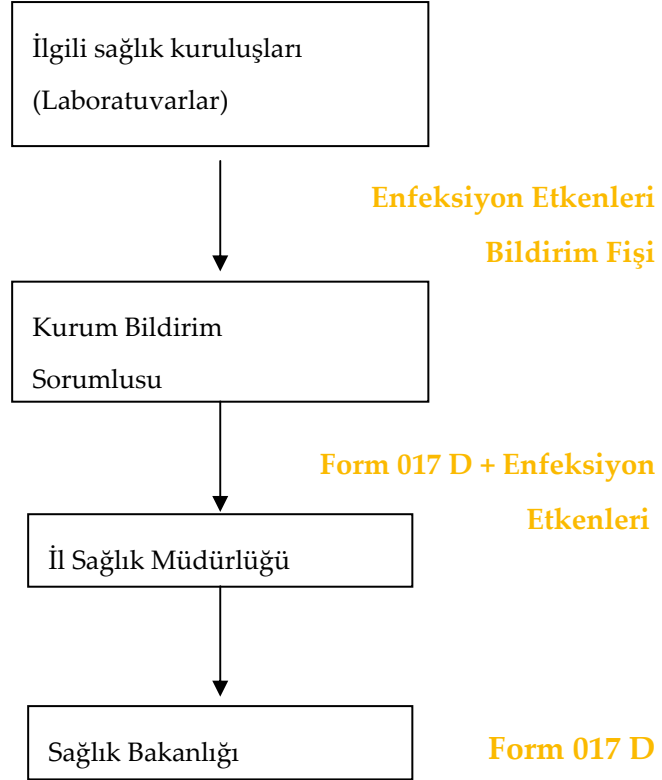
Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bir kısmının tespit edildiği takdirde belirli bir süre içinde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gereklidir. Bu gereklilik, hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak içindir. Bu nedenle ihbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre cezai müeyyide uygulanır.

### Grup A Hastalıkların Bildirim Sistemi



### Grup B Hastalıkların Bildirim Sistemi



**Grup C Hastalıkların Bildirim Sistemi****Grup D Hastalıkların Bildirim Sistemi**

## Kan Merkezlerinde Tutulması Zorunlu Kayıt Fişi Ve Etiketler

Bu merkezlerde tutulması zorunlu kayıt fişleri ve formlar şunlardır.

- Verici Fiş (Bakanlıkça Hazırlanmıştır).
- Laboratuvar Kayıt Fişi.
- Kan Alma Defteri, kan alınan kişiye ilişkin gerekli bilgiyi kan alma tarihini, alınan kanın tarihini, kanın miktarını, protokol numarasını, kanın kimin aldığı yazmaya yarayan yerleri bulunacak ve bu bilgiler yazılacaktır (Fiş tutan merkezler bu defteri tutmayabilir).
- Kan Grubu Defteri: Vericilerin kan gruplarını gösterir. (Fiş tutan merkezler bu defteri tutmayabilir).
- Kan istek ve harcama fişleri ve dosyası
- Aylık İstatistik Formu
- Yıllık İstatistik Formu
- Elde bulunan kan ve türevlerini gösteren günlük form. Bu form her sabah yeniden düzenlenir ve görevlilerin istemesi üzerine gösterilir.
- Kan Şişesi Etiketleri: (Tam insan kanı için verilen standartları içerir. Beyaz kağıda siyah olarak yazılır. İngilizce ve Türkçe olarak)
- Vericilere özgü kan grubu kartları (vericinin kimliğini, adresini, kan grup ve tipini, kartı ve ren merkezin adını içerir).

Kan merkezlerinin açılmaları ve çalışmaları hakkında yönetmeliğin 21. maddesine göre;

**Madde 21.** Kan merkezleri ve kan dağıtım istasyonları İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kurulacak ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanacak bir heyet, bakanlık müfettişleri ya da bakanlıkça oluşturulacak ekiplerle en az altı ayda bir denetlenirler.

## Kanser Kayıtları

Bugün bütün dünyada “kanser kaydı” adlı yeni bir disiplin ve “kanser kayıt elemanı” adlı yeni bir meslek grubu ortaya çıkmıştır. Kanser kayıt verisini toplayacak kayıt elemanının tıbbi terminolojiyi bilmesi yanında ulusal ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kanser kayıt kuralları konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Kanser kayıt elemanlarının bilmesi gereken kanser kayıt kuralları Dünya Sağlık Örgütüne bağlı kuruluşlar (WHO/IACR-International Association of Cancer Registries; WHO/IARC-International Agency for Research on Cancer; WHO/ENCR-European Network of Cancer Registries ve MECC-Middle East Cancer

Consortium) tarafından ulusal ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlamak üzere standartlaştırılmıştır (Vatkins, 1996: 240)

Sağlık Bakanlığı'nın 24.1.2006 tarihli Kanser Kayıtlarına İlişkin Genelgesinde "Kanser Kayıt Merkezlerinin veritabanında bulunan verilerin birinci derecede sorumluluğu ulusal düzeyde Bakanlığa, il düzeyinde ise İl Sağlık Müdürlüklerine aittir. Merkezlerde görevli her eleman, ulaştığı verilerin ve öğrendiği bilgilerin gizli kalmasından şahsen sorumludur" denilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın aynı tarihli olarak hazırladığı "Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi"ne göre de merkezlerde geçici ya da sürekli görev alan her eleman veri gizliliği ile ilgili yazılı bir bildirim imzalar denmektedir. Aşağıda bir örneği verilen bu bildirimde, elemanın, yetkililerin veri gizliliği ile ilgili olarak koyacakları kuralları öğrenip uygulayacağı, görevi gereği ulaştığı ya da ulaşması mümkün olan verileri gizlilik kurallarına uygun biçimde koruyacağı, yetkisiz kişilerin bu verilere kasten ya da rastlantı sonucu ulaşmasını engellemek için gerekli her türlü önlemi alacağı ve bu amaçla alınmış önlemleri uygulayacağı ifade edilmektedir (S.B. Kanser Kayıt Yönergesi, 2006).

### Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Kanser Kayıt Merkezleri Elemanlarının Gizlilik Bildirimi

Bir kanser kayıt merkezleri görevlisi olarak,

- Yetkililerin veri gizliliği ile ilgili olarak koyacakları kuralları öğrenmeyi,
- Görevim gereği ulaştığım ya da ulaşmam mümkün olan verileri gizlilik kurallarına uygun biçimde korumayı,
- Yetkisiz kişilerin bu verilere kasten ya da rastlantı sonucu ulaşmasını engellemek için gerekli her türlü önlemi almayı ve bu amaçla alınmış önlemleri uygulamayı kabul ediyorum;
- Bu bildirimime aykırı davrandığım takdirde ortaya çıkacak her türlü idari ve adli sorumlulukların bana ait olacağını bilincinde olduğumu bildiriyorum.

Elemanın adı, soyadı ve imzası:

Gözetimci yetkilinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası:

Bildirimim imzalandığı tarih:

(Bu bildirim, elemanın kanser kayıt merkezin'de göreve başlamasından sonra en kısa zamanda tek kopya olarak doldurulur ve öteki elemanların bildirimleri ile birlikte, kanser kayıt merkezlerinde bir dosya saklanır.)



**Örnek Form : Kanser Kayıt Bilgi Formu**

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ  
KANSER KAYIT BİLGİ FORMU

**Form No:** .....

**İL :** ..... **İLÇE:** .....

**ADI SOYADI:** ..... **BABA ADI:** .....

**DOĞUM YERİ** ( İl, ilçe, köy yada mahalle ): .....

**DOĞUM TARİHİ VE DOĞDUĞU YERDE OTURMA SÜRESİ :** ...../...../..... - .....AY  
.....YIL

**CİNSİYETİ:** Erkek ( 1 ) Kadın ( 2 )

**EĞİTİM DURUMU:** Eğitimsiz ( 1 ), İlk-Orta ( 2 ), Lise ( 3 ), Üniversite ( 4 )

**MEDENİ DURUMU:** Evli ( ), Bekar ( ), Diğer ( Belirtiniz ).....

**SÜREKLİ OTURMA ADRESİ VE OTURMA SÜRESİ** ( İl, İlçe, Köy Yada Mahallesini Mutlaka Belirtiniz): .

**MESLEĞİ:** ( Lütfen ayrıntılı olarak yazınız.).....

**SİĞARA ALIŞKANLIĞI :**

( ) Hiç içmemiş

( ) .....Yıl, günde..... adet içmiş.....önce bırakmış.

( ).....Yıldan beri .....adet / gün içiyor.

**KANSER TANISININ İLK KONULDUĞU TARİH VE MERKEZ:** ...../...../20.....

( ) Üniversite Hastanesi ( ) Devlet Hastanesi

( ) Ssk Hastanesi ( ) Özel Sağlık Kuruluşu

**TANIYA ESAS OLAN YÖNTEM:** ( Birden fazla işaretlenebilir.)

( 1 ) Patoloji ( 2 ) Sitoloji ( 3 ) Hematoloji

( 4 ) Radyoloji ( 5 ) Cerrahi ( 6 ) Diğer.....

**TÜMÖRÜN YERLEŞTİĞİ ORGAN VE LOKALİZASYONU:**.....

.....

**HİSTOLOJİK TANI:** ( Ayrıntılı olarak Patoloji Raporuna göre yazınız. )

**EVRE :**

( 1 ) İnsitu ( 2 ) Lokalize

( 3 ) Bölgesel Yayılım ( 4 ) Uzak Metastaz

**TEDAVİ:** ( Birden fazla işaretlenebilir. )

( 1 ) Cerrahi ( 2 ) Kemoterapi

( 3 ) Radyoterapi ( 4 ) Hormonoterapi



Bunun dışında ise yazınız.....

**SON KONTROL TARİHİ :** ...../...../20.....

**KANBAĞI OLAN AKRABALARDA VARSA İŞARETLEYİNİZ.**

- ( 1 ) Birinci derecede akraba ( anne, baba, kardeş, çocuk )  
( 2 ) İkinci derece akraba  
( 3 ) Bilinmeyen

**BİLDİRİMDE BULUNANIN:**

Adı, Soyadı :.....

Ünvanı :.....

Tarih :.....

İmza :.....

( Kanser İhbarı Zorunlu Bir Hastalıktır. Lütfen Formu Dikkatli Doldurunuz.)

## Ölüm Kayıtları

Ölüm kayıtlarının tutulmasındaki temel amaç, ölüm nedeni istatistiklerini kaliteli bir biçimde elde bulundurmaktır. Halen ülkemizde ve dünyada ölüm kayıtları sağlıklı tutulamamaktadır. Hastane kayıtları daha fazla doğruyu yansıtmakla birlikte hastane dışında tutulan kayıtlarda, ölüm nedenleri ile ilgili ciddi eksik bildirimler olmaktadır.

Ölüm belgelerinin hekimlerce en doğru bilgiyi içerir şekilde ve okunaklı doldurulması:

- Sonuçtaki istatistiki verilerin doğruluğunu ve kalitesini de etkileyecektir. Ölümlülük modellerini yer ve zaman ayrımı ile açıklar.
- Nüfus projeksiyonlarının oluşturulmasına katkı sağlar.
- Kamu sağlığı programlarının geliştirilmesinde temel teşkil eder.
- Kamu sağlığı istatistiklerinin temelidir
- ICD-10, yaş gruplarına ve bölgeye göre sınıflanarak Eurostat'a iletilecektir.
- Verilerin kalitesi artırılarak ülkeler arası karşılaştırılabilirlik arttırılacaktır.
- Verilerin AB standartlarına uygun şekilde toplanıp derlenmesi sağlanacaktır

İnsani Kalkınma Endeksinin 3 unsurundan biri ölümün ölçümü ile ilgilidir (Türkiye 84. sıradadır). Ölüm nedenlerinin sınıflandırılması bölgesel, ülkesel ve global olarak sağlık programlarının geliştirilebilmesine olanak sağlar. Türkiye, düşük kalitede ölüm istatistikleri sunan ülkeler arasında yer almaktadır.

Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri konusunda doğru ve tam zamanlı veriye sahip olmak, ölüm istatistikleri için tam işleyen bir idari kayıt sistemi oluşturmak ve bu kayıt sistemi ile yaş, cinsiyet, ikamet ve nedene ait değişkenleri derlemek oldukça önemlidir. Ölüm istatistikleri cinsiyet ve hastalık bazında verilebilmekte, yaş ve ikamet edilen yer açısından verilememektedir. WHO ve Eurostat standartlarına uyulamamaktadır. Uluslararası kıyaslanabilirliği yoktur.

Ölüm belgesini dolduran kişi mahremiyete saygı göstererek, en doğru ve mevcut tüm bilgilerle formu doldurmalıdır. Formu en kısa sürede gerekli yerlere iletmelidir. Soruşturmanın hâlâ devam edip etmediği hakkında bilgiyi belirtmelidir. Otopsi ya da ayrıntılı soruşturma sonucunda ölüm nedeni rapor edilenden farklı ise en kısa sürede düzeltilen yeni belgeyi gerekli yerlere ulaştırmalıdır.

### Örnek Form: Ölüm Belgesi

İl	.....	Belde ya da köy	.....
İlçe	.....	Kurum adı	.....
<b>A</b>			
<b>ÖLEN KİŞİNİN BİLGİLERİ</b>			
Kimlik numarası	.....		
Uyruğu	<input type="checkbox"/> Kimlik numarası yok <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Diğer .....		
Adı ve soyadı	.....		
Baba adı	.....		
Doğum tarihi	.....	.....	.....
Nüfus kaydettiği olduğu ilçe*	.....		
Cilt no*	.....	Aile sıra no*	.....
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın		
Öğrenim durumu (bitirilen)	.....		
Meslek	.....		
Daimi ikametgah	.....		
İl	.....	İlçe	.....
Belde ya da köy	.....	Yurt dışı	.....
İlk kısımda ölümün gerçekleştiği il, ilçe ve köy yazılacaktır. Kurum adı hekimin kurumunu ifade etmektedir. Nüfus cüzdanı bilgileri okunaklı şekilde belgeye geçirilecektir. İl ve ilçe kodları TÜİK tarafından doldurulacaktır. (kırmızı olarak işaretlenen) Kısaltma kullanılmayacaktır. (Kurum adlarında da) (KDH,EÇDH,TDDMKDH gibi)			

<b>C</b>		
<b>Ölümün şekli</b>		
<input type="checkbox"/> Doğal ölüm	<input type="checkbox"/> Trafik kazası	<input type="checkbox"/> Diğer
<input type="checkbox"/> İntihar	<input type="checkbox"/> İş kazası	<input type="checkbox"/> Araştırma aşamasında
<input type="checkbox"/> Cinayet	<input type="checkbox"/> Diğer kazalar	<input type="checkbox"/> Bilinmeyen

Ölüm ancak doğal ölüm ise kurum tabibi tarafından doldurulacaktır. Adli bir durum söz konusu olduğunda hekim hemen adli makamlara haber verecek ve formu doldurmaz. Ancak savcı hekimi adli hekim olarak atar ise o takdirde formu doldurmakla yükümlüdür.

Eğer adli hekim ileri araştırmaya karar verirse araştırma aşamasında kısmını işaretleyerek raporu hazırlar. Araştırma sonucu elde edilen ölüm nedeni daha sonra iletilecektir.

**D** Ölüm yaralanma sonucu mu gerçekleşti?

Evet  Hayır → **Bölüm E'ye geçiniz**

İş yerinde yaralanma  Evet  Hayır

Tarihi:

Yaralanmanın yeri:

Evde  Spor alanı

Yatılı kuruluş  Cadde ve otoyol

Kırsal alan (*Çiftlik*)  Ticaret ve hizmet alanı

Sanayi ve inş. yeri  Okul, diğer kur. ve idari yer

Diğer (*Açıklayınız*) .....

Ölüm yaralanma ile gerçekleşti ise bu bölüm doldurulacaktır.

**E** Otopsi yapıldı mı?

Evet  Hayır → **Bölüm F'ye geçiniz**

Aşağıda belirtilen ölüm nedeni, otopsi bulgularından mı elde edildi?

Evet  Hayır → **Bölüm F'ye geçiniz**

Daha sonra daha fazla bilgi elde edilebilir mi?

Evet  Hayır

Otopsi yapılması durumunda bu bölüm doldurulacaktır

Ölüm Belgesindeki, adı soyadı ve hüviyeti yazılı ölünün gömülmesine izin verilmiştir. Belge mevcut bilgiler ışığında doldurulmuştur. Doktor aynı zamanda F, G ve H kutularını doldurmaktan sorumludur.

**BİLGİYİ VEREN**  
Adı ve Soyadı :  
Telefon :  
Yakınlık derecesi:  
İmza :

**FORMU DOLDURAN HEKİM**  
Adı ve Soyadı :  
Ünvanı:  
Tarih:  
İmza:  
Kaşe:

KURUM ONAYI

Formun doldurulmasında gerekli bilgileri veren kişi ile formu dolduran hekimin kimlik bilgileri ile imzaları alınacaktır.

**F** **Ölü doğum**  Evet  Hayır } **Bölüm G'ye geçiniz** Annenin TC No

**Bebek ölümü**  Evet  Hayır Annenin yaşı   Doğum sırası

Doğum Saati     Gebelik süresi     Doğum ağırlığı

Ölü doğum ya da bebek ölümü durumunda bunlar işlenecek. Doğum sırası bölümüne kadının 22 haftadan büyük gebeliklerinin sayısı yazılacaktır. (ölü doğum ve canlı doğumlarının toplamı) Doğum saati yalnızca saat olarak yazılacaktır. Adli vakalarda kurumun kendi kayıtlarında saat ve dakika şeklinde tutulmaya devam edilmesi uygun olacaktır

**G** Kadın ise  Ölüm hamileliği esnasında gerçekleşti  Ölüm doğum esnasında gerçekleşti  Ölüm doğumdan sonraki 42 gün içerisinde gerçekleşti  Ölüm doğumdan sonraki 43 gün ile 365 gün içerisinde gerçekleşti  Anne ölümü değil

Ölenin kadın olması durumunda; hamileliliği esnasında, doğumda ya da doğumdan sonraki 42 gün içerisinde öldüğü takdirde anne ölümü kabul edilerek ilgili kutucuk işaretlenecektir. Ayrıntılı inceleme için derhal İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP şubesi ile bağlantıya geçilecektir. Bunun dışındaki koşullar anne ölümü olmamasına karşın istatistiki değeri açısından doğumdan sonraki 43. gün ile 365. gün arasında bir kadın ölümü gerçekleştiğinde ilgili kutucuk işaretlenecek. Bunun dışındakiler “Anne Ölümü değil” şeklinde değerlendirilecektir.

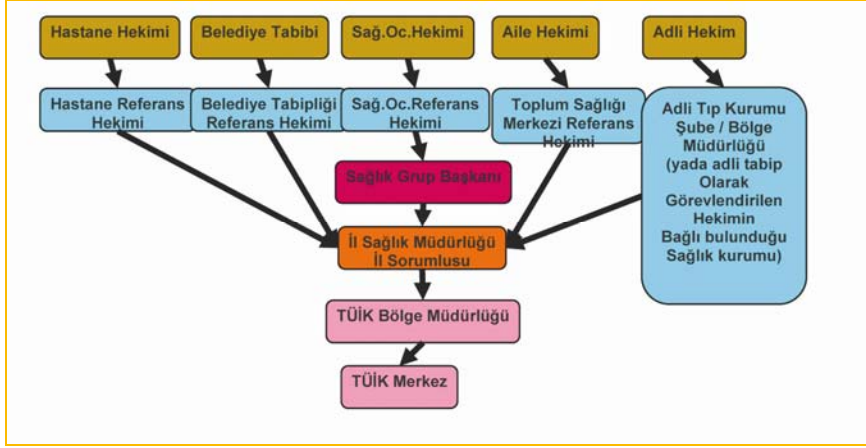
H	Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
<b>Bölüm I</b>		
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*	a) ..... Bağlı olarak	.....
<b>Önceki nedenler</b> Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek	b) ..... Bağlı olarak	.....
	c) ..... Bağlı olarak	.....
	d) .....	.....
<b>Bölüm II</b>		
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya duruma ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.	.....	.....
<small>*Bu bölüme kalp arresti ve solunum yetmezliği gibi ölüm şekilleri değil, ölüme sebebiyet veren hastalık, yaralanma veya komplikasyon türü yazılacaktır.</small>		
<small>Açıklamalar için arka sayfaya bakınız</small>		

Hastalıklar için kısaltma kullanılmayacak, standart medikal terminoloji kullanılacaktır.

Formun H kısmı doldurulurken ölüme neden olan hastalık yazılmalı, bulgular hastalık olarak yazılmamalıdır. Süreler olayın başlangıcı ile bir sonraki olayın başlangıcı arasında geçen zamanı ifade eder. Bölüm II’de ölümün gerçekleşmesini kolaylaştıran hastalık, yaralanma veya komplikasyon gibi asıl neden olmayan ancak etkisi olan durumlar yazılacaktır.

Her satıra bir hastalık büyük harfle ve kısaltma yapılmadan yazılacaktır. a satırına ölüme neden olan son hastalık yazılacaktır. Diğer satırlar zaman sırasına göre geriye doğru giderek doldurulacaktır. Gerekliğinde d satırından sonra da satır açılarak olayın başlangıcındaki hastalık ya da hastalıklar eklenebilir.

Ölümün doğal ölüm olduğundan emin olunduğu, açık otopsi yapılmamasına karar verilmesi durumunda; tanının yüksek oranda tahmin edilebildiği vakalarda ölüm nedeni öncesinde “muhtemel” ibaresi konulabilir



Adli hekimler hariç tüm hekimler kurumda ya da kurum dışında gerçekleşen doğal ölümlerde ölüm belgesinin tamamını doldurmakla, kaşeleyip imzalayarak onaylamakla yükümlüdür. Dışsal nedenlerden kaynaklı şüpheli ölüm durumunda belgeyi doldurmaz ve yükümlülüğü Cumhuriyet Savcılığı ve adli hekimlere bırakacaktır (haber verme yükümlülüğü vardır). Cumhuriyet Savcısı tarafından adli hekim olarak görevlendirildiği takdirde ölüm belgesini doldurmakla yükümlüdür. Belgeyi dolduran hekim kurumuna onaylatmakla, belgenin 2. nüshasını defin ruhsatı olarak ölen kişinin yakınına, 1 ve 3. nüshalarını ise kendisinin bağlı olduğu referans hekimine iletmekle yükümlüdür. Referans hekimler istatistik açıdan hatalı bir durum varsa düzeltilmesini sağlayarak (yalnızca 1. nüshada) 1. nüshaların takip eden ayın ilk haftasında İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmesinden sorumludur. İlçelerde normal yazışma kurallarına uygun olarak ölüm belgeleri önce Sağlık Grup Başkanlıklarına, Sağlık Grup Başkanlıkları da en kısa sürede İl Sağlık Müdürlüğüne ileteceklerdir. 3. nüsha kurumda ilgili birim tarafından saklanacaktır.

Aile hekimleri kendisine bağlı bulunan nüfusa ya da görevlendirilmesi halinde kendisine bağlı olmayan nüfusa da ölüm belgesi düzenlemekle yükümlüdür. Aile hakimlerinin referans hekimisi kendisinin bağlı bulunduğu Toplum Sağlığı Merkezi Referans hekimidir.

Adli Tabipler (Adli tabip olarak görevlendirilen hekimler) dışsal nedenlerden kaynaklanan şüpheli ölüm vakalarında vakayı savcı ile birlikte inceler. Ölümün doğal ölüm olduğuna karar verip otopsiye ihtiyaç duymazsa ölüm belgesini doldurur. Otopsi yapılırsa ve yeni bulgular beklediği için ölüm nedenine karar verilmemiş ise Ölüm Nedeni kısmına "TETKİK" yazılarak belgenin diğer kısımlarını tamamen doldurmakla yükümlüdür. Adli tabip bağlı olduğu kurumda ölüm belgesinin 1. nüshasını takip eden ayın 1. haftasında İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir. Ölüm nedeni "TETKİK" yazılan vakalar için tetkik aşaması tamamlandıktan sonra Adli Tıp Kurumu için düzenlenmiş Ölüm Belgesi bu vaka için tekrar doldurularak (kesin ölüm nedeni otopsi raporundan alınarak) İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.

Sağlık kurumu referans hekimi ölüm belgesinin 1 ve 3. nüshalarını alarak yalnızca 1. nüshasındaki istatistiki hataların düzeltilmesini yapar ve 1. nüshanın ilgili yerlere iletilmesinden sorumludur (Sağlık Grup Başkanlıkları, İl Sağlık Müdürlüğü).3. nüsha referans hekim ya da ilgili birim tarafından kurumda saklanacaktır.

### Bebek ve Çocuk Ölüm Kayıtları

Bebek ölümü “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler” olarak tanımlanmaktadır. Aşağıda bebek ölümü sayısını ve nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanmış formun nasıl doldurulacağına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Form hekim denetiminde doldurulacaktır (Bebek Ölüm Kayıtları: <http://www.saglik.gov.tr>).

Form hastane, sağlık ocağı ve AÇSAP merkezleri tarafından doldurulacaktır. Sağlık evi ve bağlı köylerde meydana gelen bebek ölüm vakaları için form, bağlı olunan sağlık ocağı tarafından doldurulacaktır.

Ölen bebek ile ilgili bilgiler sağlık ocağı, doğumevi, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel sağlık kuruluşu kayıtlarından yararlanılarak ya da ölen bebeğin yakınlarından elde edilecek bilgilerle doldurulacaktır.

## Örnek Form: Bebek Ölüm Formu

Bebek Ölüm Formu

Formu gönderen İL:.....İLÇE:.....	Tarih: .....
KURULUŞ:.....	...../...../.....

**BEBEK ÖLÜMLERİ İLE İLGİLİ BİLGİLER**

Ölen bebeğin Doğum tarihi: .....

Hasta protokol no:..... Ölüm tarihi: .....

İkamet ettiği il / ilçe:.....

Ölüm olduğunda bebeğin yaşı:

a) 0-1 gün  
b) 2-6 gün  
c) 7-29 gün  
d) 1-12 ay

Ölen bebek veya çocuğun;

1. Doğum şekli:

Normal  
 Sectio

2. Gebeliğin süresi:.....hafta

3. Doğum ağırlığı:.....gram

4. Annesinin bu doğumdaki yaşı:.....

5. Kendinden önce doğmuş olan kardeş sayısı:.....

6. Ne kadar süre ile anne sütü aldı:.....

7. Annenin bir önceki doğumu ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre:  
.....ay /.....yıl

8. Annenin gebelikteki izlem sayısı:  
Belirlenen sorunlar:

9. Ölen bebek hasta olmadan önce hiç doktor / ebe tarafından görüldü mü:  
Belirlenen sorunlar:

10. Ölüm nedeni

Perinatal ölümler için:	7 gün – 12 ay ölümler için:
<input type="checkbox"/> Masere ölü doğum <input type="checkbox"/> Konjenital anomali <input type="checkbox"/> Prematüre <input type="checkbox"/> Perinatal asfiksi <input type="checkbox"/> Taze ölü doğumlar <input type="checkbox"/> Özel durumlar	<input type="checkbox"/> Akut solunum yolu enfeksiyonu <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Meningokok enfeksiyonu ve diğer menenjitler <input type="checkbox"/> Konjenital kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Serebro vasküler hastalık <input type="checkbox"/> Malign hastalık <input type="checkbox"/> Diğer

Formu Dolduran Kişi (Adı Soyadı):  
Kurumu/Görevi:  
Kaşe ve imza:

## Ölen bebelere ilişkin formun doldurulması:

İlk üç soru formu düzenleyen kuruluşa yöneliktir.

**Formu Gönderen:** Bu kısma ölümü tespit eden kuruluşun bulunduğu il, ilçe ve formu dolduran kuruluşun adı yazılacaktır.

**Tarih:** Bu kısma formun doldurulduğu gün, ay, yıl yazılacaktır.

## Bebek Ölümleri İle İlgili Bilgiler

Ölen bebeğin adı soyadı:

**Doğum tarihi:** gün, ay, yıl olarak yazılacaktır.

**Ölüm tarihi:** gün, ay, yıl olarak yazılacaktır.

**Hasta protokol no:** ölümü tespit eden kuruluşun kayıtlarından yazılacaktır.

**İkamet ettiği il/ilçe:** ölümü tespit eden kuruluşun kayıtlarından yazılacaktır.

Yukarıdaki bilgileri varsa nüfus cüzdanından tam olarak yazınız. Nüfus cüzdanı yok ise beyana dayalı olarak doldurunuz ve ayrıca beyana göre doldurulduğunu belirtiniz.

**Ölüm olduğunda bebeğin veya çocuğun yaşı:**

İlk 24 saat içerisinde gerçekleşen ölümler için 0-1 günü,

24 saatten sonra ve 1 haftadan önce gerçekleşen ölümler için 2-6 günü,

1 hafta ile 29. gün arasında gerçekleşen ölümler için 7-29 günü,

Bir ay ile 11 ay 29 gün arasında gerçekleşen ölümler için 1-12 ayı,

**Ölen bebeğin**

**Doğum şekli:** Normal doğum ise "normal", sezeryan doğum ise "sectio" bölümünü işaretleyiniz.

**Gebeliğin süresi:** Ölen bebeğin kaç haftalık iken dünyaya geldiğini belirtiniz.

**Doğum ağırlığı:** Biliniyorsa bebeğin doğumdaki ağırlığını gram cinsinden yazınız.

**Annesinin bu doğumdaki yaşı:** Ölen bebeğin doğumu sırasında annenin kaç yaşında olduğunu yazınız.

**Kendinden önce olan kardeş sayısı:** Ölen bebeğin öncesinde annenin kaç çocuğu olduğunu yazınız.

**Ne kadar süre ile anne sütü aldığı:** Ölen bebeğin doğumundan itibaren ne kadar süre ile anne sütü aldığını belirtiniz.

**Annenin bir önceki doğumu ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre:** Ay ve/veya yıl olarak yazılacaktır.

**Annenin gebelikteki izlem sayısı:** Ölen bebeğin doğumundan önce annenin gebelik izlemlerinin sayısı yazılacaktır. Belirlendi ise sorunlar yazılacaktır.

**Ölen bebek hasta olmadan önce hiç doktor / ebe tarafından görüldü mü:** Ölen bebeğin doğumundan sonra hasta olmaksızın veya hastalık nedeni ile doktor / ebe tarafından görüldü ise kaç kez görüldüğü yazılacaktır. Belirlendi ise sorunlar yazılacaktır.

**Ölüm nedeni:** Ölen bebek, Perinatal dönemde (168 saat) kaybedildi ise ("Ölüm olduğunda bebeğin yaşı" bölümünde (a) veya (b) seçeneği işaret-



lendi ise) ölüm nedenini belirlemek için EK 1/C' de bulunan "Perinatal Ölümleri Sınıflama Tablosu" kullanılacaktır. Bebek ölümü, 1 hafta ile 29. gün arasında gerçekleşti ise ilgili kutuda belirtilen seçeneklerden uygun olan seçilecek, belirtilen seçeneklerden birine uymuyor ise neden, diğer kısmına yazılacaktır.

Ölüm nedeni, ölüme neden olan temel durum olarak tek bir neden halinde yazılmalıdır. Kalp yetmezliği, solunum yetmezliği gibi semptom ve durumlar ölüm nedeni değildir.

**Formu dolduran kişi:** Formu dolduran hekimin adı soyadı okunaklı biçimde yazılacaktır.

**Kurumu/görevi:** Çalıştığı kurum ve görevi yazılacaktır.

**Kaşe ve imza:** Formu dolduran kişinin kaşesi bu kısma basılacak, imzası bu kısma atılacaktır.

## Aile Hekimliği Kayıtları

Aile hekimliği kayıtları, sağlıkla ilgili araştırmalarda değerli veri kaynaklarından birisidir. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Kayıtların düzgün tutulması, hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. Kişisel sağlık kayıtlarının tutulmuş olması esastır. Kayıtların güvenliği mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin değiştiği durumlarda veya sevk gerektiği durumlarda aile hekimi hasta dosyasının bir özetini hastaya veya tedaviden sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu taşır. Ayrıca sigorta kurumlarının denetimlerinde de aile hekimi dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanıların açıklanmaması gerekir (Aktürk ve Tekin, 2008).

Amerikan Aile Hekimleri Birliği (AAFP), iyi bir kayıt sistemi için, hasta kayıtlarının anlaşılır olmasını ve hastanın genel sağlık durumuyla birinci basamak hekimleri, konsültanlar ve yabancı sağlık personeli için yeterli ve hızlı bir bakış sağlayabilmesini önermiştir. Bu amaçla hazırlanan bir hasta dosyasının da en azından aşağıda belirtilen unsurları içermesi gerektiğini belirtmiştir (American Academy of Family Physicians, <http://www.aafp.org>).

**Tanımcı bilgiler:** Yaş, cins, iş, eğitim, ekonomik durum, aile yapısı.

**Risk faktörleri ile ilgili bilgiler:** Ailesel hastalık hikayesi, alkol, sigara, çevresel riskler, yaşam tarzı, stres faktörleri, aktivite durumu, boy, kilo, alışkanlıklar, tansiyon.

Alerji ve ilaç reaksiyonlarının varlığı veya yokluğunun açık olarak belirtilmesi

**Özgeçmiş:** Hastalıklar, ameliyatlar, tekrarlayan problemler.

**Veri tabanı:** Öncelikli problem, hikayesi, muayene bulguları, laboratuvar bulguları, aşı durumu.

Hastanın sağlığıyla ilgili her durum için tedavi planı ve hasta eğitimi konusunda yeterli bilgi.

Bireyin sağlık durumunun seyri ile ilgili notlar.

Aynı şekilde aile hekimliği ile ilgili tıbbi kayıtların tutulması konusunda Amerikan Kalite Sağlama Komitesi'nin öngördüğü şartlar ise aşağıda verilmiştir (Aktürk ve Tekin, 2008):

Hasta kaydındaki her sayfada hasta adı veya dosya numarası bulunmalı.

Kişisel/biyografik bilgiler içerisinde hastanın adresi, işvereni, ev ve iş telefonları ve medeni durumu bulunmalı.

Her türlü tıbbi kaydın başına kimin tarafından kaydedildiği yazılmalı.

Kayıtların hepsinde tarih bulunmalı.

Kayıt herkes tarafından okunabilir olmalı

Problem listesinde önemli tıbbi durumlar ve hastalıklar belirtilmeli.

İlaç alerjileri ve yan etkileri belirgin bir şekilde kaydedilmeli. Eğer bu konuda bilgi yoksa bilgi olmadığı da yazılmalı.

Özgeçmişte önemli kazalar, ameliyatlar ve hastalıklar yazılmalı.

14 yaşın üzerindeki hastalar için sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulanmalı.

Hikaye ve fizik muayenede hastanın başvuru nedeniyle ilgili yeterli bilgi bulunmalı.

Laboratuvar bulguları ve diğer testler uygun bir şekilde kaydedilmeli.

Tanımlar bulgularla uyumlu olmalı.

Tedavi planı bulgularla uyumlu olmalı.

Takiple veya bir sonraki muayene ile ilgili not bulunmalı.

Bir önceki vizitte çözülememiş problemlere sonraki vizitelerde değinilmeli.

Yetersiz veya aşırı konsültan kullanımı gözden geçirilmeli.

Konsültasyon istenmişse konsültan notu da dosyada bulunmalı.

Konsültasyon, laboratuvar ve diğer görüntüleme raporları yeniden incelenmesi mümkün olacak şekilde dosyalanmalıdır.

Aşılama kaydı bulunmalı.

Koruyucu bakım ve tarama hizmetleri kurumun uygulama pratikleri doğrultusunda kaydedilmeli.

Türkiye'deki aile hekimliği uygulaması, her vatandaşın birinci basamak sağlık hizmeti anlamında bir aile hekimine bağlı olmasını öngörmektedir. Aile hekimi, kişinin ikinci basamak sağlık hizmetlerini de takip etmek ve vatandaşın alacağı sağlık hizmeti için onu yönlendirmekle görevlidir. Tüm kayıtlar, ev/hane veya vaka esaslı değil, **T.C. Kimlik numarası** esas alınarak hasta tabanlı tutulmaktadır. Hastaya sunulan hem birinci hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri yeterli detayda kayıt altına alınabilmektedir.

Aile hekimleri, hem uygulamanın esasları, hem de yasal mevzuatı gereği, hasta odaklı bir çalışma tarzına sahiptirler. Daha önce kurumsal bir yapı altında (Sağlık Ocaklarında) verilen birinci basamak sağlık hizmeti, her biri kendi başına bir hizmet sunucu olan aile hekimleri tarafından verilmeye başlanmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, halen sağlık ocağına ait olan pek çok fonksiyon aile hekimlerine devredilmektedir. Ancak "çevre sağlığı" gibi bazı fonksiyonlar aile hekimleri tarafından değil; aile hekimliği uygulaması ile birlikte hayata geçirilen "Toplum Sağlığı Merkezleri" tarafından yürütülecektir. Dolayısıyla, aile hekimliği uygulamasının yapıldığı bölgelerde, daha önce sağlık ocaklarının bir kurum olarak sorumlu oldukları bir takım rapor ve istatistiklerin belirlenen periyotlarla bölge sağlık otoritesine verilmesi görevi, büyük ölçüde aile hekimleri tarafından yerine getirilecektir.

Aile hekimliği uygulaması, uygulamanın başından itibaren bir Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) uygulaması ile birlikte yürütülmektedir. AHBS, Aile Hekimlerinin hastalara yaptıkları tüm muayene, müdahale, sevk ve tetkik gibi işlemleri kayıt altına alan bir programdır. Genel yaklaşımı, hasta odaklı kayıt sistemidir. Dolayısıyla **AHBS, idari ve mali verileri kayıt altına almamaktadır**. Örneğin, aşı stokları ile ilgili bir takip yapmaz. Ancak bununla birlikte, daha önce Sağlık Ocaklarının ürettikleri tüm sağlık istatistiklerini üretebilme imkânına sahiptir. AHBS'ye kaydedilen tüm veriler, aile hekiminin bu programı kullanırken Internet'e bağlanması durumunda, en geç 3 saat içerisinde Sağlık Bakanlığı'ndaki Merkez Veritabanına gönderilmektedir. Dolayısıyla Aile Hekiminin yaptığı tüm işlemlere ait bilgiler Merkez Veritabanında toplanmakta ve daha önce Sağlık Ocakları tarafından hazırlanan tüm raporlar, otomatik olarak merkezden de alınabilmektedir (Aile Hekimliği Uygulamasına Başlarken Bilgi Sistemleri Konusunda Yapılması Gereken Hazırlıklar, <http://www.saglik.gov.tr>).

Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) uygulaması, web tabanlı bir uygulamadır ve her ilde kullanıcıları bulunmaktadır. İller, Sağlık Ocaklarından gelen istatistik verilerini TSİM uygulamasına girmektedirler. Böylelikle Sağlık Bakanlığı, yurt çapında sağlık hareketlerini aylık olarak takip edebilmektedir.

TSİM uygulamasının sağladığı faydaların devamı için, AHBS kullanılan illerden "Merkez Veri Tabanına" aktarılan veriler, merkezdeki TSİM

veritabanına da aktarılmaktadır. Bu veriler sadece vatandaşların sağlık verileridir. Dolayısıyla, AHBS'nin yaygın ve doğru bir şekilde kullanıldığı bölgelerde, daha önce TSİM'e girilen sağlık verilerinin iller tarafından girilmesine gerek kalmamıştır. Ancak, idari ve mali bazı raporların takibi yine iller tarafından yapılacak ve TSİM'e kaydedilecektir.

İllerin kayıt tutma ile ilgili sorumluluk sınırları halen aşağıda verildiği şekilde çizilmiştir:

**Form 001: Ev Halkı Tespit Fişi:**

Ev halkı tespit fişi Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından doldurulacaktır. Fakat bu doldurma işleminden önce bölgedeki Aile Hekimlerinden kendilerine kayıtlı kişilerin listesi adresleriyle birlikte alınacak ve tespit sırasında Aile Hekimlerine kayıtlı olmayanlar da tespit edilecektir. Bu kişiler aile hekimliği uygulamaları hakkında bilgilendirilecek ve bölgede çalışan Aile Hekimlerinin listesi kendilerine teslim edilecektir. Ayrıca bu liste İl Sağlık Müdürlüğü'ne de gönderilecek ve bu kişiler sonraki 1 ay içinde herhangi bir Aile Hekimine kayıt olmazlarsa kayıtları İl Sağlık Müdürlükleri tarafından o bölgedeki Aile Hekimleri ile konuşularak yapılacaktır.

**Form 004: Kişisel Sağlık Fişi, Form 005 Gebe-Loğusa İzleme Fişi,**

**Form 006: Bebek ve Çocuk İzleme Fişi:**

Bu formların yerine geçecek kişisel tıbbi dosyalar Aile Hekimlerinin bilgisayarlarında tutulacağından ayrıca bu form kullanılmayacaktır.

**Form 007: Ebenin Çalışma Notları:**

Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde hala sağlık evi ebesi olarak çalışmak durumunda kalan ebeler tarafından tutulacaktır.

**Form 008: Ebe ve Hemşire Aylık Çalışma Bildirisi,**

**Form 009: Sağlık Memuru ve Ç.S.T. Aylık Çalışma Bildirisi,**

**Form 011: Hekim Aylık Çalışma Bildirisi,**

**Form 011/D: Diş Hekimi Aylık Çalışma Bildirisi:**

Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışmakta olan adı geçen personel tarafından kendi yaptıkları çalışmalarla ilgili olarak doldurulacaktır. Aile Hekimlerinden benzer bilgi alımı ise Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden edinilecektir.

**Form 012/A: 0-4 Yaş (0-59 Ay) Aşı Kayıt Fişi,**

**Form 012/B: 5 Yaş Üzeri Aşı Kayıt Fişi:**

Aile hekimlerinin bilgisayarlarında kişisel tıbbi dosyalarda tutulacaktır.

**Form 013: Aşı Sonuçları Çizelgesi:**

Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden edinilecektir.

**Form 014: Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi:**

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile TSİM arasında entegrasyon kurulana ve bulaşıcı hastalıklar alarm sistemi devreye girene kadar aile hekimleri tarafından doldurulup Toplum Sağlığı Merkezlerine oradan da İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilecektir.

**Form 017/A:**

Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından gönderilecektir.

**Form 017/B:**

Aile hekimleri grup B hastalıklardan birini teşhis ettiklerinde hemen telefonla Toplum Sağlığı Merkezini, Toplum Sağlığı Merkezi de İl Sağlık Müdürlüğünü haberdar edecek ve ay sonunda aynı silsile ile bu formla bildireceklerdir.

**Form 018: Hastalık İstatistik Formu:**

Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden edinilecektir.

**Form 020: Çevre Sağlığı Kontrol Çizelgesi,****Form 021: Verem Savaş Dispanseri Aylık Çalışma Raporu,**

Form 023: Birinci Basamak Sağlık Kurumu Aylık Çalışma Bildirisi:

Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından doldurulacaktır. Aile hekimlerinden gelecek bilgiler ise Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden temin edilecektir.

**Form 102 ve Form 102/A: Aile Planlaması Çalışmaları,****Form 103: Ana-Çocuk Sağlığı Program Çalışmaları:**

Bu formlardaki bilgiler Aile hekimi tarafından bilgisayarda tutulacak ve Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden alınabilecektir.

Yukarıdaki formların dışında kalan formlar eskisi gibi doldurulacak, fakat Sağlık Ocağı tarafından doldurulması gereken formlar Toplum Sağlığı Merkezlerince doldurulacaktır. Aynı formlarda aile hekiminin faaliyet alanına giren bilgiler istenmekteyse bunlar Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden yetkililerce alınacaktır.

Aile Hekimliği uygulamasına geçen iller, AHBS uygulaması doğru ve yeterli derecede kullanıldığı müddetçe sağlık bilgilerine ait raporları, TSİM'e hiçbir veri girmelerine gerek kalmaksızın, TSİM'deki rapor ekranlarından da görmeye devam edeceklerdir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Politikalarını Geliştirme ve Mevzuat Daire Başkanlığı 30 Haziran 2009 yılında bir genelge yayımlayarak; 1 Temmuz 2009 itibarıyla geçilmesi planlanan sevk uygulamasının ertelendiğini bildirmiştir. Pilot uygulama devam etmektedir.

17/1/2009 tarihli, 27113 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” ile 29/9/2008 tarihli, 27012 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SUT) “3.1.1. Aile hekimliğine geçilen illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri” maddesi; “24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilen iller arasından Kurumca belirlenecek illerde, 1 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına (ana çocuk sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, verem savaşı dispanseri, ilgili mevzuatı doğrultusunda muayene ve tedavilerini yapmakla yetkili oldukları kişilerle sınırlı olmak üzere işyeri hekimleri ve kurum hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri) yapılması zorunludur. Sevk zinciri uygulamasına geçilecek iller ile bu illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemlerinin usul ve esasları Kurumca duyurulur.” şeklinde değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın 06/5/2009 tarih, 13530 sayılı yazısında özetle; halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu, 2010 yılı sonuna kadar bütün Ülkede uygulamanın başlatılmasının planlandığı, mevcut durumda Ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkansız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelenmesi talep edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın görüşleri de dikkate alınmak suretiyle Kurumumuzca yapılan değerlendirme neticesinde, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde 01 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimliğine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu uygulaması ve dolayısıyla sevk zinciri uygulanacak illerin duyurulması hususları ertelenmiştir.

## Acil Servis Kayıtları

Acil servis hizmetlerine ilişkin kayıtlar kendilerine has özellikler taşırlar. Acil servislerde sunulan hizmetin çok kısa süre içerisinde sunulması gerekliliğinden kaynaklı olarak, çoğunlukla kayıtlarda eksiklik ve yanlışlıklar saptanabilmektedir. Bu neden ile acil servisler, sağlık kurumlarında kayıtlar konusunda üzerine hassasiyet ile yaklaşılması gereken birimler arasındadır. JCAHCO, akreditasyon standartlarında acil servis kayıtlarının iyileştirilmesi için bazı düzenlemeleri zorunlu hale getirmiştir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği 33. maddesine göre (11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046) Acil sağlık hizmetleri sunan bütün hizmet birimleri, Bakanlıkça hazırlanan kayıt formlarını doldurmak ve bildirim formları

ile sundukları hizmet ile ilgili bilgileri bakanlığa periyodik olarak bildirmek zorundadırlar.

Yönetmeliğe göre acil tıp hekimlerinin aşağıdaki konulara odaklanan uygun tıbbi kayıtları tutmaları gerekir:

- Uygun tıbbi öykü
- Ana yakınmalar ve anormal bulgular
- Öntanı ve planlı incelemeler
- İncelemelerin sonuçları
- Tedavi
- Sonuç çıkarma ve yaklaşımla ilgili kararlar ve
- Hastanın bilgilendirilmesi



Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 34. maddesine göre, kayıtların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili olarak “sunulan hizmet ile ilgili kayıtlar, ilgili mevzuat hükümlerine göre muhafaza edilir. Eğer varsa, bütün ses kayıtları üç ay süre ile saklanır. Bu süre sonunda herhangi bir başvuru olmaz ise kayıt silinir. Merkez, bu işlemi, kuruluşun teknik imkanları ve hizmet yoğunluğunun cevaz verdiği nispette gerçekleştirir. Seslerin kaydedilemediği veya kayıtların muhafaza edilemediği durumlarda yazılı kayıtlardan yararlanır” denilmektedir.

Yönerge verilen “Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formu” ve “Acil Servis Ünitesi Kayıt Formu” örneği aşağıda verilmiştir.

## Örnek Form: acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formu



..... İLİ  
..... HASTANESİ  
**ACİL SERVİS ÜNİTESİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ KAYIT FORMU**

**1- Adı Soyadı:**..... **2- Protokol No:**.....  
**3- Cinsiyet:** Kadın ( ) Erkek ( ) **4-Tarih:**.....  
**5- İntihar Girişimi Saati:**..... **6- Acile Geliş Saati:**.....  
**7- Adres-Telefon (hastanın):**.....  
**Adres-Telefon (yakınının):**.....

**8- Yaş:** 15-24 ( ) 25-34 ( ) 35-49( ) 50-64 ( ) 65+ ( )  
**9- Medeni Durum:** Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Nişanlı ( ) Ayrı Yaşıyor ( )  
**10- Eğitim Durumu:**  
Okur-yazar değil ( ) İlköğretim ( İlkokul-Ortaokul) ( ) Üniversite ( )  
Okur-yazar ( ) Lise ( ) Bilinmiyor ( )  
**11- İş Durumu:** Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Ev Hanımı ( ) Öğrenci ( ) Bilinmiyor ( )  
**12- Meslek:** .....

**13- İntihar Şekli:**  
İlaç-Toksik Madde ( ) Kendini Asarak ( ) Suya Atlama ( ) Tüp Gaz, Doğalgaz ( )  
Kesici Aletle ( ) Ateşli Silahla ( ) Yakma ( ) Araç Altına Atlama ( )  
Yüksekten Atlama ( ) Diğer ( ) Bilinmiyor ( )

**14- İntihar Nedeni:**  
Aile ( ) Aile İçi Şiddet ( ) Çocuklar ( ) Ebeveyn Çatışmaları ( ) Ölüm/Kayıp ( ) Yalnızlık ( )  
Taciz ( ) İletişim Sorunları ( ) Tecavüz ( ) Karşı Cinsle Sorunlar ( ) Cinsel Sorunlar ( ) Okul ( )  
İş ( ) Evsiz Kalma ( ) Ekonomik ( ) Gelişim Dönemi Sorunları ( ) Sınav Kaygısı ( )  
Alkol ve Madde Bağımlılığı ( ) Evlilik ( ) Hastalık ( ) Süreğen Hastalık ( ) Ruhsal Hastalık ( )

**15- Daha Önceki İntihar Girişimleri:**  
Kendisinde : Var ( ) Yok ( ).....\*( Var ise sayı belirtilecek)  
Ailesinde : Var ( ) Yok ( )

**16- Daha Önceki Psikiyatrik Tanı:**  
Kendisinde : Var ( ) Yok ( ).....\*( Var ise tanı belirtilecek)  
Ailesinde : Var ( ) Yok ( ).....\*( Var ise tanı belirtilecek)

**17- Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı:**  
Evet ( ) ise tedavi şekli :.....  
Hayır ( )

**18- Uygulanan Tıbbi Tedavi Şekli :**  
İlaç Tedavisi: Evet ( ) Hayır ( )  
Diğer : .....

**19- Psikiyatrik Konsültasyon Yapıldı mı?**  
Evet ( ) Hayır ( )  
**Medikal tedavi tamamlandıktan sonra hasta intihar girişimlerinden sorumlu acil çalışanına yönlendirilecektir.**

**Formu Dolduran: \*Kriz Odası Sorumlusu:**  
Adı – Soyadı: Adı – Soyadı:  
Ünvanı: Ünvanı  
İmza: İmza:  
**NOT: 1- Bu form doldurulurken gizlilik esaslarına uygun hareket ediniz.**  
**2- (\*) Burayı, “Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” kapsamında pilot olarak belirlenen illerin pilot hastaneleri dışındaki hastanelerde “acil servis sorumlu hekimi” imzalayacaktır.**





..... İLİ  
..... HASTANESİ  
ACİL SERVİS ÜNİTESİ KRİZ DURUMLARI KAYIT FORMU

1- Adı Soyadı:.....  
2- Protokol No:.....  
3- Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )  
4-Tarih:.....  
5- Acile Geliş Saati:.....  
6- Adres-Telefon hastanın):.....  
7- Adres-Telefon yakınımın):.....  
8- Yaş: 15-24 ( ) 25-34 ( ) 35-49( ) 50-64 ( ) 65+ ( )  
9- Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Nişanlı ( ) Ayrı Yaşıyor ( )  
10- Eğitim Durumu:  
Okur-yazar değil ( ) İlköğretim ( İlkokul-Ortaokul ) ( ) Üniversite ( )  
Okur-yazar ( ) Lise ( ) Bilinmiyor ( )  
11- İş Durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Ev Hanımı ( ) Öğrenci ( ) Bilinmiyor ( )  
12- Meslek: .....

13- Kriz Durumu Nedeni:  
Aile ( ) Aile İçi Şiddet ( ) Çocuklar ( ) Ebeveyn Çatışmaları ( ) Ölüm/Kayıp ( ) Yalnızlık ( )  
Taciz ( ) İletişim Sorunları ( ) Tecavüz ( ) Karşı Cinsle Sorunlar ( ) Cinsel Sorunlar ( ) Okul ( )  
İş ( ) Evsiz Kalma ( ) Ekonomik ( ) Gelişim Dönemi Sorunları ( ) Sınav Kaygısı ( )  
Alkol ve Madde Bağımlılığı ( ) Evlilik ( ) Hastalık ( ) Süreğen Hastalık ( ) Ruhsal Hastalık ( )

14- Daha Önceki Psikiyatrik Tanı:  
Kendisinde: Var ( ) Yok ( ).....\*( Var ise tanı belirtilecek)  
Ailesinde : Var ( ) Yok ( ).....\*( Var ise tanı belirtilecek)

15- Son altı ay içinde psikiyatrik tedavi veya takip yapılmış mı:  
Evet ( ) ise tedavi şekli :.....  
Hayır ( )

16- Uygulanan Tıbbi Tedavi Şekli :  
İlaç Tedavisi: Evet ( ) Hayır ( )  
Diğer : .....

17- Psikiyatrik Konsültasyon Yapıldı mı?  
Evet ( ) Hayır ( )

Medikal tedavi tamamlandıktan sonra hasta kriz odası birim sorumlusuna yönlendirilecektir.  
Formu Dolduran: Kriz Odası Sorumlusu:  
Adı – Soyadı: Adı – Soyadı:  
Ünvanı: Ünvanı  
İmza: İmza:

NOT: 1- Bu form doldurulurken gizlilik esaslarına uygun hareket ediniz.



## Özet

Hasta sağlık kurumlarında yatarak veya ayakta tedavi görebilir veya doğrudan acil servise başvurmuş olabilir. Yatarak veya ayakta tedavi gören her hasta için ayrı kayıt tutulmalıdır. Form 053 Hastalık İstatistik Formu (Resmi Ve Özel Hastaneler İçin) Resmi ve özel hastaneler tarafından her 3 ayda bir tanzim edilmesi gereken ve dönem içinde taburcu olan hastaların yatış nedenlerine ve cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren bir formdur.

### Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kayıtları

Halen birinci basamak olarak ifade edilen koruyucu hekimlik hizmetlerinin verildiği, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı merkezler, ve aile hekimliği hizmetlerinde kullanılan çok farklı türde tıbbi kayıt bulunmaktadır.

### Tıbbi Kayıt Tutma Çeşitleri

Hasta verilerinin kaydında değişiklik fikri 1969 yıllarına dayanmaktadır. İlk çalışmalar Dr. L. Weed tarafından yapılmıştır. Kayıt tutma çeşitleri metoda ve kullanılan malzemeye göre olmak üzere ikiye ayrılabilir

Metoda Göre; Kaynağa dayalı ve probleme dayalı olmak üzere iki yöntemle tıbbi kayıt tutulabilir.

#### Kaynağa dayalı tıbbi kayıt

Geleneksel kayıt sisteminde bilgiler kaynağa göre dosyalanır. Kaynak, hastanın kendisi, yakını veya herhangi bir laboratuvar verisi olabilir. Laboratuvar bulguları, EKG, konsültasyonlar, hekim notları, hemşire notları, hepsi ayrı bölümler halinde dosyada bulunur. Kaynağa dayalı tıbbi kayıt: Kolay ve çabuk yazılabilir, esnektir, - Eksik bilgi kaydetme ihtimali yüksektir, - Bilgiye ulaşmak zordur - Kaynaktan alınan veriler olduğu gibi sırayla kaydedilir (kaynak; hasta, hasta yakını, laboratuvar vs). - Hastanelerin birçok kliniğinde görüldüğü gibi boş bir sayfaya kayıt tutma ve biriken sonuçların dosyaya üst üste eklenmesi gibi.

#### Probleme dayalı tıbbi kayıt

Probleme dayalı tıbbi kayıt sisteminde (PDTK) hastalık değil, birey ön plandadır. Bu sisteme göre doldurulmuş bir dosyayı incelendiğinde bir safra kesesi hastalığı değil, safra kesesi hastalığı olan bir bireyle karşılaşılır. PDTK'da başta bir problem listesi olmak üzere her verinin kaydedileceği yer ve formatı bellidir. Serbest metin girişi azdır. PDTK kullanım alanı daha çok birinci basamak hekimliğidir. Probleme dayalı tıbbi kayıt sistemi: - Esnek değil, kaydetmek eğitim ve zaman gerektiriyor - Sistematik, verilere ulaşmak kolay - Problemi olan hasta ön plandadır. (Safra kesesi hastalığı değil safra kesesi hastalığı olan birey) - Tutulacak kaydın yeri önceden belirlenmiştir

**Kullanılan Malzemeye Göre**

Kullanılan malzemeye göre ise tıbbi formlar kağıda dayalı tıbbi kayıt ve elektronik tıbbi kayıt olmak üzere ikiye ayrılır. Hangi yöntem veya malzeme kullanılırsa kullanılsın, önemli olan hasta kaydının sistematik, mantıklı, sürekli olmasıdır.

**Kağıda dayalı tıbbi kayıt**

Kağıda dayalı tıbbi kayıt, hasta dosyaları, bilgi notları gibi halen manuel olarak tutulan formlardan oluşur.

**Elektronik hasta kaydı**

Bireyin tüm yaşamı boyunca aldığı sağlık bakımı hizmetleri ve sağlık durumu hakkında elektronik ortamda saklanan bilgidir. Elektronik hasta kaydında hastanın temel kayıt ortamı kağıt değil, elektronik sistemlerdir. Bu kayıtlar; alerjiler, hastalık ve yaralanmaların öyküsü, işlevsel durum, tanı işlemleri, bulgular, günlük tedavi planları, konsültasyon raporları, tedavi kayıtları, aşılama öyküsü, davranışsal bilgiler, çevre bilgileri, demografik bilgiler, sağlık sigortası bilgileri, tedavi uygulamaları için idari kayıt bilgileri ve yasal bilgileri içermektedir

**Faydaları:**

- Bilgiye anında erişim sağlar.
- Kolay okunabilir.
- Veri güvenliği sağlar.
- Rahat ve esnek kullanıma olanak verir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu kolaylaştırır.
- Veri kalitesini sağlar.
- Araştırmaları kolaylaştırır.
- Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.
- Verimlilik ve kalite sağlar.

**Sakıncaları:**

- Donanım, yazılım, eğitim giderleri gerektirir.
- Personelin sistemi öğrenmesi için belli zamana ihtiyaç duyulmaktadır.
- Yazılım ihtiyaçlara cevap vermeyebilir.
- Sabit disk hataları nedeniyle kayıtlı bilgilerin çoğu silinebilir.
- Bilgisayar sistemleri, donanım veya yazılım hataları yüzünden kullanım dışı kalabilir

### Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Tutulan Kayıtlar

Tıbbi kayıt, birinci basamak hekimleri için çok önemlidir. Hatta bir anlamda birinci basamak hekimlerini diğer branşlardan ayıran en önemli özelliğin iyi bir dokümantasyon olduğunu söylenebilir. Hastanın kaydının düzenli tutulması takibini ve tıbbi bakımını da kolaylaştırmaktadır. Hasta kaydının en önemli özellikleri sistematik, mantıklı ve sürekli olmasıdır. Kayıtlar bir gün lazım olabilir düşüncesiyle depolanmamalı; her an kullanılmak üzere hazır olmalı ve bilgilerden sürekli faydalanmak mümkün. Birinci basamak hekimleri kişilerle uzun süreli olarak ilgilenirler. Bu nedenle kayıtlı hastalarıyla ilgili bilgileri de her an el altında bulundurmaları gerekir. Hipertansiyonda olduğu gibi birçok hastalıkta elde edilen veriler ancak hastanın eski verileriyle karşılaştırılabildiğinde anlamlı olmaktadır. Bu da ancak sürekli ve iyi bir dosyalama ile mümkündür.

Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde yapılan hizmetlerin tümünün belli istatistik formlarına, bazen günü gününe, bazen de en kısa sürede yazılması gereklidir. Bu gerekliliğin belli başlı önemli nedenleri şunlardır.

- \* Yapılan her hizmetin yazılması, daha sonraki hizmetlerde karar vermeyi kolaylaştırır, sıklıkla da yapılan hizmeti yönlendirir.
- \* Özellikle bireylere verilen hizmetler yazdırıldığında, bireylerin tüm özelliklerini kapsayan bir "kayıt" elde edilmiş olur.
- \* Ocağa ilişkin tüm istatistikler, hastalık ve ölüm sayıları ile, bu konulardaki hız ve oranlar bu kayıtlardan yararlanarak elde edilir.
- \* Değişik konularda hesaplanacak hız ve oranlar verilen hizmetin nedenli etkin olduğunu ortaya koyar.
- \* Kayıtlar sağlık ocağı bölgesinin önemli sağlık sorunlarının neler olduğunu ortaya koyduğu gibi, yapılacak çalışma ve eğitim planları da bu verilere dayanılarak düzenlenir.

Kayıtların bu önemleri göz önüne alınarak doğru ve eksiksiz kayıt tutma, sağlık ocağındaki tüm personelin en başta varsa tıbbi sekreterin önde gelen görevi olmalıdır. Kayıt tutarken göz önüne alınması gereken en önemli nokta " kayıt ve verileri kaynağında, doğru ve eksiksiz" toplamaktır. Sağlık ocağı hekimi konunun önemini göz önünde tutarak, hem bu konulardaki kendi bilgisini artırmalı, hem de ocakta görevli tüm personele gerekli ve yeterli eğitimi yapmalıdır. Sağlık ocaklarında yapılan tüm hizmetlerde olduğu gibi, kayıt tutma ve veri toplama görevlerinde de doğruluğu ve yeterliliği sağlama, sağlık ocağı hekiminin görevidir. Ocak personelinin tuttuğu tüm kayıtları, her zaman teker teker denetler. Denetlediğini belirtmek üzere ocak hekiminin imzalaması için ayrılan yeri imzalamak hekimin görevidir. Sağlık ocakları için geliştirilmiş bulunan kayıt sistemi bir bütün oluşturmaktadır. Kullanılan herhangi bir form, bir diğerinden daha önemli değildir. Bu nedenle, tüm formların doğru ve eksiksiz olması için aynı özen gösterilmelidir.

### Form Temini

Sağlık Bakanlığı, istatistik formlarının temini hakkında 2001 yılında 5 sayılı bir genelge yayınlamış (www.saglik.gov.tr/TR) ve form temininin nasıl ve ne şekilde yapılacağını bu genelgede belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı, kendisine ait yataklı tedavi kurumlarında kullanılan basılıları, (Defter, form, cetvel, fiş, makbuz vb. ) standart hale getirilerek Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Resmi Gazete 13.1.1983 gün ve 17927 Mükerrer sayı ) ekinde yayımlanmıştır.

### Hastalıkların Bildirimi

Türkiye’de sağlık ile ilgili temel veri kaynaklarından en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim ile elde edilen bilgilerdir. Bu bilgilerin en güvenilir ve sağlıklı şekilde elde edilmesi, mevcut dünya düzeni içinde bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ülkelerin yaptırma uğradığı bir dönemde, daha da önem kazanmaktadır.

Bildirimi zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden Sağlık Bakanlığının belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel kuruluşlar sorumludur. Her kurum ve kuruluşta bildirimlerin takibi ve yapılmasından sorumlu bir birim veya sağlık personeli belirlenir. Kurum ve kuruluşlar konu ile ilgili kişilerin isimlerini İl Sağlık Müdürlüklerine bildirir, kişilerin değişmesi durumunda İl Sağlık Müdürlüklerine bilgi verir.

### Kan Merkezlerinde Tutulması Zorunlu Kayıt Fiş Ve Etiketler

Bu merkezlerde tutulması zorunlu kayıt fişleri ve formlar şunlardır. Verici Fiş (Bakanlıkça Hazırlanmıştır), Laboratuvar Kayıt Fişi,, Kan Alma Defteri, Kan Grubu Defteri, Kan istek ve harcama fişleri ve dosyası, Aylık İstatistik Formu, Yıllık İstatistik Formu, Elde bulunan kan ve türevlerini gösteren günlük form. Kan Şişesi Etiketleri, Vericilere özgü kan grubu kartları (vericinin kimliğini, adresini, kan grup ve tipini, kartı ve ren merkezin adını içerir

Kan merkezlerinin açılmaları ve çalışmaları hakkında yönetmeliğin 21. maddesine göre;

Madde 21. Kan merkezleri ve kan dağıtım istasyonları İl sağlık Müdürlüğü tarafından kurulacak ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanacak bir heyet, bakanlık müfettişleri ya da bakanlıkça oluşturulacak ekiplerle en az altı ayda bir denetlenirler.

### Kanser Kayıtları

Bugün bütün dünyada “kanser kaydı” adlı yeni bir disiplin ve “kanser kayıt elemanı” adlı yeni bir meslek grubu ortaya çıkmıştır. Kanser kayıt verisini toplayacak kayıt elemanının tıbbi terminolojiyi bilmesi yanında ulusal ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlayan kanser kayıt kuralları konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Kanser kayıt elemanları-

nın bilmesi gereken kanser kayıt kuralları Dünya Sağlık Örgütüne bağlı kuruluşlar (WHO/IACR-International Association of Cancer Registries; WHO/IARC-International Agency for Research on Cancer; WHO/ENCRC-European Network of Cancer Registries ve MECC-Middle East Cancer Consortium) tarafından ulusal ve uluslararası karşılaştırmalara olanak sağlamak üzere standartlaştırılmıştır

Sağlık Bakanlığı'nun 24.1.2006 tarihli Kanser Kayıtlarına İlişkin Genelgesinde "Kanser Kayıt Merkezlerinin veritabanında bulunan verilerin birinci derecede sorumluluğu ulusal düzeyde Bakanlığa, il düzeyinde ise İl Sağlık Müdürlüklerine aittir.

Merkezlerde görevli her eleman, ulaştığı verilerin ve öğrendiği bilgilerin gizli kalmasından şahsen sorumludur" denilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nun aynı tarihli olarak hazırladığı "Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi"ne göre de merkezlerde geçici ya da sürekli görev alan her eleman veri gizliliği ile ilgili yazılı bir bildirim imzalar denmektedir. Bu bildirimde, elemanın, yetkililerin veri gizliliği ile ilgili olarak koyacakları kuralları öğrenip uygulayacağı, görevi gereği ulaştığı ya da ulaşması mümkün olan verileri gizlilik kurallarına uygun biçimde koruyacağı, yetkisiz kişilerin bu verilere kasten ya da rastlantı sonucu ulaşmasını engellemek için gerekli her türlü önlemi alacağı ve bu amaçla alınmış önlemleri uygulayacağı ifade edilmektedir

### **Ölüm Kayıtları**

Ölüm kayıtlarının tutulmasındaki temel amaç, ölüm nedeni istatistiklerini kalite bir biçimde elde bulundurmaktır. Halen ülkemizde ve dünyada ölüm kayıtları sağlıklı tutulamamaktadır. Hastane kayıtları daha fazla doğruyu yansıtmakla birlikte hastane dışında tutulan kayıtlarda, ölüm nedenleri ile ilgili ciddi eksik bildirimler olmaktadır.

Ölüm belgesini dolduran kişinin mahremiyete saygı göstererek, en doğru ve mevcut tüm bilgilerle formu doldurmalıdır. Formu en kısa sürede gerekli yerlere iletmelidir. Soruşturmanın hala devam edip etmediği hakkında bilgiyi belirtmelidir. Otopsi yada ayrıntılı soruşturma sonucunda ölüm nedeni rapor edilenden farklı ise en kısa sürede düzeltilen yeni belgeyi gerekli yerlere ulaştırmalıdır.

Hastalıklar için kısaltma kullanılmayacak, standart medikal terminoloji kullanılacaktır

Aile hekimleri kendisine bağlı bulunan nüfusa ya da görevlendirilmesi halinde kendisine bağlı olmayan nüfusa da ölüm belgesi düzenlemekle yükümlüdür. Aile Hekimlerinin referans hekimi kendisinin bağlı bulunduğu Toplum Sağlığı Merkezi Referans hekimidir.

Sağlık kurumu referans hekimi ölüm belgesinin 1 ve 3. nüshalarını alarak yalnızca 1. nüshasındaki istatistiki hataların düzeltilmesini ve 1. nüshanın ilgili yerlere iletilmesinden sorumludur. (Sağlık Grup Başkanlıkları, İl

Sağlık Müdürlüğü) 3. nüsha Referans hekim ya da ilgili birim tarafından kurumda saklanacaktır.

### **Bebek ve Çocuk Ölüm Kayıtları**

Bebek ölümü “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler” olarak tanımlanmaktadır. Form hekim denetiminde doldurulacaktır Form hastane, sağlık ocağı ve AÇSAP merkezleri tarafından doldurulacaktır. Sağlık evi ve bağlı köylerde meydana gelen bebek ölüm vakaları için form, bağlı olunan sağlık ocağı tarafından doldurulacaktır.

Ölen bebek ile ilgili bilgiler sağlık ocağı, doğumevi, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel sağlık kuruluşu kayıtlarından yararlanılarak ya da ölen bebeğin yakınlarından elde edilecek bilgilerle doldurulacaktır.

### **Aile Hekimliği Kayıtları**

Aile hekimliği kayıtları, sağlıkla ilgili araştırmalarda değerli bir veri kaynaklarından birisidir. Sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Kayıtların düzgün tutulması, hastalıkların uygun basamaklarda ele alınmasını ve tedavisini mümkün hale getirir. Aile hekimi kendine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla sorumludur. Hastasını bir üst basamağa sevk etmesi halinde uygun sevk formuna sevk gerekçelerini ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. Kişisel sağlık kayıtlarının tutulmuş olması esastır. Kayıtların güvenliği mahremiyeti aile hekiminin sorumluluğundadır. Aile hekiminin değiştiği durumlarda veya sevk gerektiği durumlarda aile hekimi hasta dosyasının bir özetini hastaya veya tedaviden sorumlu olacak hekime verme sorumluluğunu taşır. Ayrıca sigorta kurumlarının denetimlerinde de aile hekimi dosyaları denetime açmak zorundadır. Bu tür incelemeler esnasında hastanın mahrem kalmasını istediği tanuların açıklanmaması gerekir

Türkiye’deki aile hekimliği uygulaması, her vatandaşın birinci basamak sağlık hizmeti anlamında bir aile hekime bağlı olmasını öngörmektedir. Aile hekimi, kişinin ikinci basamak sağlık hizmetlerini de takip etmek ve vatandaşın alacağı sağlık hizmeti için onu yönlendirmekle görevlidir. Tüm kayıtlar, ev/hane veya vaka esaslı değil, **T.C. Kimlik numarası** esas alınarak hasta tabanlı tutulmaktadır. Hastaya sunulan hem birinci hem de ikinci basamak sağlık hizmetleri yeterli detayda kayıt altına alınabilmektedir.

Yukarıdaki formların dışında kalan formlar eskisi gibi doldurulacak, fakat Sağlık Ocağı tarafından doldurulması gereken formlar Toplum Sağlığı Merkezlerince doldurulacaktır. Aynı formlarda aile hekiminin faaliyet alanına giren bilgiler istenmekteyse bunlar Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden yetkililerce alınacaktır.

### **Acil Servis Kayıtları**

Acil servis hizmetlerine ilişkin kayıtlar kendilerine has özellikler taşırlar. Acil servislerde sunulan hizmetin çok kısa süre içerisinde sunulması

gerekliliğinden kaynaklı olarak, çoğunlukla kayıtlarda eksiklik ve yanlışlıklar saptanabilmektedir. Bu neden ile acil servisler, sağlık kurumlarında kayıtlar konusunda üzerine hassasiyet ile yaklaşılması gereken birimler arasındadır. JCAHCO, akreditasyon standartlarında acil servis kayıtlarının iyileştirilmesi için bazı düzenlemeleri zorunlu hale getirmiştir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği 33. maddesine göre (11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046) Acil sağlık hizmetleri sunan bütün hizmet birimleri, Bakanlıkça hazırlanan kayıt formlarını doldurmak ve bildirim formları ile sundukları hizmet ile ilgili bilgileri bakanlığa periyodik olarak bildirmek zorundadırlar.

Yönetmeliğe göre acil tıp hekimlerinin aşağıdaki konulara odaklanan uygun tıbbi kayıtları tutmaları gerekir: • Uygun tıbbi öykü , • Ana yakınmalar ve anormal bulgular • Öntanı ve planlı incelemeler • İncelemelerin sonuçları • Tedavi • Sonuç çıkarma ve yaklaşımla ilgili kararlar ve • Hastanın bilgilendirilmesi

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 34. maddesine göre, kayıtların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili olarak “sunulan hizmet ile ilgili kayıtlar, ilgili mevzuat hükümlerine göre muhafaza edilir. Eğer varsa, bütün ses kayıtları üç ay süre ile saklanır. Bu süre sonunda herhangi bir başvuru olmaz ise kayıt silinir. Merkez, bu işlemi, kuruluşun teknik imkanları ve hizmet yoğunluğunun cevaz verdiği nispette gerçekleştirir. Seslerin kaydedilemediği veya kayıtların muhafaza edilemediği durumlarda yazılı kayıtlardan yararlanır” denilmektedir.



### Gözden geçir

- Sağlık kurumlarında hangi tür kayıtlar ve formlar tutulur?
- Sağlık kurumlarındaki tıbbi kayıt tutma çeşitleri nelerdir?
- Kan merkezlerindeki kayıtlar ve fişler nasıl doldurulur?
- Ölüm, Kanser, aile hekimliği ve acil servis kayıtları neler içerir? Nasıl yapılır?
- Sağlık merkezlerinde tutulan formlar kurallarına uygun olarak nasıl doldurulabilir?



## Kaynaklar



Aile Hekimliği Kurs Notları. [www.saglik.gov.tr/aile](http://www.saglik.gov.tr/aile) adresinden 10.6.2009 tarihinde erişilmiştir.

Aktürk, Z. ve Tekin, O. (2004). Aile Hekimliği Kurs Notları. [www.bsm.gov.tr](http://www.bsm.gov.tr) adresinden 2.6.2009 tarihinde erişilmiştir.

Aktürk, Z. ve Tekin, O. (2008). Aile Hekimliği Kurs Notları. [www.ailehekimligi.com](http://www.ailehekimligi.com) adresinden 2.6.2009 tarihinde erişilmiştir.

American Academy of Family Physicians (2008). <http://www.aafp.org> adresinden 18.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

Austin, C.J. ve Boxerman, S.B. (2003). Information Systems for Health Care Management. Michigan: AUPHA, Health Administration Press.

Di Lima, S.N.; Johns, L.T. ve Liebler, J.G. (1998). *Health Information Management*. Maryland: An Aspen Publication.

Rakel, R.E. (1995). *Textbook of Family Practice: The Problem Oriented Medical Record*. ABD: WB Saunders Co..

Roach, H.W. (1998). *Medical Records And The Law*. Chicago: An Aspen Publication.

S.B. Kanser Kayıt Genelgesi (2006). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 24 Ocak. [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat) adresinden 28.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi (2006). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 24 Ocak. [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat) adresinden 28.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. Bebek Ölüm Kayıtları. <http://www.saglik.gov.tr> adresinden 5.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. Bulaşıcı hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı ve Sürveyans Rehberi. [www.saglik.gov.tr/extras](http://www.saglik.gov.tr/extras) adresinden 18.4.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. İstatistik Formları Hakkında Genelge. [www.saglik.gov.tr/TR](http://www.saglik.gov.tr/TR) adresinden 2.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Aile Hekimliği Uygulamasına Başlarken Bilgi Sistemleri Konusunda Yapılması Gereken Hazırlıklar, Ekim 2005. <http://www.saglik.gov.tr> adresinden 11.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). *Tıbbi Sekreterlik Eğitimi için Tıbbi Dokümantasyon*. Ankara: Songür Yayınları.

Vatkins, S. (1996). Registries. In: *Health Information Management A Strategic Resource*. Ed: Abdelhak, M.; Grostic, S. ve diğ. USA: WB Sounders Company. pp: 238-279.



## Değerlendirme Soruları

1-Birinci basamakta kayıt tutma çeşitleri düşünüldüğünde metoda göre tıbbi kayıt.....ve .....olmak üzere iki yöntemle tutulabilir. Cümlede boş bırakılan yere aşağıda yer alan hangi ikili gelmelidir?

- a) Elektronik ve kağıda dayalı
- b) Aile hekimliği ve acil servis kayıtları
- c) Bebek ve çocuk ölüm kayıtları
- d) Tıbbi ve birinci basamak sağlık hizmetleri
- e) Kaynağa ve probleme göre

2- Aşağıda yer alan maddelerden hangisi kaynağa dayalı tıbbi kaydın özelliklerindedir?

- a) Hasta ön plandadır.
- b) Sistematik verilere ulaşmak kolaydır.
- c) Tutulacak kaydın yeri önceden belirlenmiştir.
- d) Bilgiye ulaşmak zordur.
- e) Esnek değildir.

3-Bildirimi zorunlu hastalıkların bildirimini nereye yapılmalıdır?

- a) En yakın sağlık kuruluşuna
- b) Sağlık Bakanlığı'na
- c) İl Sağlık Müdürlüğü'ne
- d) Enfeksiyon Komitesine
- e) Sağlık Ocağına

4- Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kanseri kayıt elemanı yeni bir meslek grubudur.
- b) Kanseri kayıtlarının standardı yoktur.
- c) Kanseri kayıt elemanı veri gizliliği ile ilgili bildirim imzalar
- d) Kanseri kayıtlarının birinci düzeyde sorumluluğu İl Sağlık Müdürlüklerine bağlıdır.
- e) Merkezlerde geçici ya da sürekli görev alan her eleman veri gizliliği ile ilgili yazılı bir bildirim imzalar.

5- Aşağıdaki formlardan birinci basamak sağlık kuruluşuna ait değildir?

- a) Kanser kayıt bilgi formu
- b) Form 017/ A(Grup A Hastalıklar)
- c) Sağlık Ocağı Su İzlem Formu
- d) Form 102 (Aile Planlaması alışmaları)
- e) Anne Ölümlü Defin Bildirim Formu



# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2 Hasta Dosyaları

3 Sağlık Kayıtları ve İçeriği

4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6 Sağlıkta E-Dönüşüm

7 Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Sağlık Kayıtlarının Numaralanması
  - Alfabetik Sistem
  - Nümerik Numaralama Sistemi
    - Seri Numaralama Sistemi
    - Ünite Numaralama Sistemi
    - Seri-Ünite Numaralama Sistemi
- Sağlık Kayıtlarının Dosyalanma Sistemleri
  - Alfabetik Dosyalama Sistemi
  - Kronolojik Dosyalama Sistemi
  - Coğrafi Esasa Göre Dosyalama Sistemi
  - Nümerik Dosyalama Sistemi
    - Serial Nümerik Dosyalama Sistemi
    - Desimal Dosyalama Sistemi
  - Konu Esasına Göre (Tek Konu-Tek Dosya) Dosyalama Sistemi
  - Karma Dosyalama Sistemi
  - Hasta Dosyalarının Arşivde Yerleştirilme Biçimleri
    - Renk Kodlama Sistemi
    - Açık Tasnif / Çekmece Sistemi
    - Kompakt Raf Sistemi
- Kişisel Sağlık Kayıtlarının Korunması
  - Hastanın Tıbbi Kayıtlara Ulaşma Durumu
  - Sağlık Kayıtlarının Güvenliği
- Tıbbi Görüntülerin Arşivlenmesi
- Sağlık Kayıtlarının Saklanması Süreleri
- Kurum Arşivinde Ayıklama ve İmha
  - Ayıklama
  - İmha
    - İmha şekilleri
    - İmha Edilecek Malzemenin Ayıklanması
    - İmha Tutanağı

- Sağlık Kayıtlarında Kodlama Ve Sınıflama
  - Kodlama ve Sınıflama Sistemlerinin Tarihçesi
  - Kodlama ve Sınıflandırılma Sistemleri
  - Türkiye’de Sağlık Kayıtlarının Kodlanma ve Sınıflanması
  - International Classification of Diseases (ICD 10)
  - Hastane Bilgi Sistemlerinde HL7 Mesaj Standardı Kullanım Zorunluluğu

## Ünite Hakkında

Bu ünite de hastanelerde sağlık kayıtlarının numaralanması sistemleri anlatılmış ve numaralandırılan bu kayıtların dosyalama sistemleri verilmiştir. Hasta dosyalarının arşivde yerleştirilme biçimleri dosyanın kolay ve hızlı bulunması açısından, ayrıca korunması açısından önemlidir, bu yerleştirilme biçimleri de ünite de anlatılmıştır. Sağlık kayıtlarının korunması, saklanma süreleri imha işlemleri verilerek sağlık kayıtlarının düzgün ve standart tutulmasında kullanılan sınıflama ve kodlama sistemlerini bu ünite de öğrenmiş olacaksınız.



## Öğrenme Hedefleri

Bu üniteyi tamamladığınızda:

- Sağlık Kayıtlarının alfabetik ve nümerik numaralama sistemi ile numaralandırılmasını bileceksiniz.
- Sağlık Kayıtlarının dosyalama sistemlerini bilecek ve sistemlere uygun dosyalama yapabileceksiniz.
- Sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlayabileceksiniz.
- Hasta dosyalarının arşive yerleştirebileceksiniz.
- Sağlık Kayıtlarının ne kadar saklanması gerektiğini bilecek, gerektiğinde aşivde ayıklama ve imha yapabileceksiniz.
- Sağlık Kayıtlarında kullanılan kodlama ve sınıflama sistemlerini bileceksiniz.
- Sağlık Kayıtlarında kodlama ve sınıflama yapabileceksiniz.



## Üniteyi Çalışırken

- Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın.
- Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.



## Sağlık Kayıtlarının Numaralanması

Hasta dosyalarının numaralandırılmasında iki farklı yöntem vardır.

### 1. Alfabetik Sistem

Dosyalar hastaların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Bu sistem çok fazla kullanılmamakla beraber, hasta sayısı az olan hastanelerde kullanılabilir.

Alfabetik sistemde genellikle soyadının ilk harfine bakılır. Benzerlik hallerinde ikinci, üçüncü ve diğer harfler veya bir hece ya da bütün bir kelime sıralama için kullanılır. Hastaların isim ve soyadlarını öğrenmek yoluyla dosyaların kolay bulunması için kullanılan en iyi yöntemdir (Balci, 2001: 144; Green ve Bowie, 2005: 198). Alfabetik sistemin fayda ve zararları aşağıda verilmiştir:

Faydaları:

- Dosyalar isimlere göre gruplandırılır.
- Herhangi bir indekse tabi olmadan doğrudan sıralama olanağı sağlar.
- Bu yöntem basit ve anlaması kolaydır.

Sakıncaları:

- Hastası çok fazla olan hastanelerde isim benzerlikleri fazla olduğundan dosyaları bulmak uzun zaman ister.
- Sık kullanılan isimler kısmı çabuk dolar, ara sıra kaydırma gerekir.
- Çeşitli başlıklar için kavalye etiketler kullanılmasına ihtiyaç duyulur.
- Harflere göre ayrılacak yerleri tahmin etmek zordur. Tahminde o yörenin telefon rehberleri kolaylık sağlar.



## 2.Nümerik Numaralama Sistemi

En çok kullanılan sıralama sistemlerinden biridir. Bunun için her dosya-ya numara verilir. Bunların sıralanışında çeşitli yöntemler kullanılır (Bal-cı, 2001: 146; Green ve Bowie, 2005: 198). Nümerik sistemin fayda ve za-rarları aşağıda verilmiştir:



### Faydaları:

- Sıralama için basit ve herkesin anlayacağı bir sistemdir.
- Ayrıca referansa veya indekslemeye gerek yoktur.
- İstendiği kadar genişletilebilir.

### Sakıncaları:

- Yanlış numaralandırma yüzünden dosyaların yanlış yere konması söz konusu olabilir.
- Personelin dosyaları yanlış yerlere koymaları mümkündür.

Nümerik numaralama sistemi kendi içerisinde de seri numaralama, ünite numaralama ve seri ünite numaralama olmak üzere üç farklı şekilde sı-nıflandırılmaktadır.

**Seri Numaralama Sistemi:** Hastanın hastaneye her gelişinde yeni bir dosya açılır. Bu nedenle hastanın hastanede birden fazla dosyası bu-lunur. Hastanın her bir dosyası arşivde sıralanırken, sahip olduğu dosya numarasına göre farklı bir rafta sıraya dizilir.

**Ünite Numaralama Sistemi:** Hasta hastaneye ilk gelişinde bir nu-mara verilerek dosya açılır. Hasta, hastaneye her gelişinde aynı dosya ile işlemleri yapılır. Dolayısıyla hastanın hastanede tek bir dosyası bulunur. Kullanım kolaylığı açısından bu sistem daha iyidir. Hekim hastayla ilgili tüm bilgileri tek bir dosyada görebilir. Bilgisayar tabanlı hasta kayıt sis-temine geçişte kolaylık sağlar.

**Seri-Ünite Numaralama Sistemi:** Bu sistem, seri ve ünite numara-lama sistemlerinin karışımıdır. Sistemde hasta hastaneye her geldiğinde seri numaralama sisteminde olduğu gibi farklı numaralarla dosyalar açılır, ancak açılan bu dosyalar en son numaralı dosyada birleştirilir.



Bunlar arasında en uygun olanı ünite numaralama sistemidir. Hasta sayısının azlığına veya çokluğuna bakılmaksızın, bu sistemin uygulanması ekonomik, işlevsel ve zaman kazandırması nedeniyle bütün sağlık kurumu ve kuruluşlarında tercih edilmelidir.

## Sağlık Kayıtlarının Dosyalanma Sistemleri

Sağlık kayıtlarının dosyalanması konusunda çeşitli alternatifler vardır. Bunlar aşağıda verilmiştir (Kuehn ve Stewart, 1996:181):

- Alfabetik Dosyalama Sistemi
- Kronolojik Dosyalama Sistemi
- Nümerik Dosyalama Sistemi
- Konu Esasına Göre (Tek Konu-Tek Dosya) Dosyalama Sistemi
- Karma Dosyalama Sistemi

### Alfabetik Dosyalama Sistemi

Alfabetik dosyalama sık kullanılan bir dosyalama sistemi olup, genelde soyadlarına göre sıralama yapılıdır. Alfabetik dosya tasnif sistemi:

- a) Basittir.
- b) Kolay uygulanır.
- c) Az hata yapılıdır
- d) Güvenilirlik derecesi yüksektir. Fakat aynı soyadında çok sayıda kayıt olması halinde problem olabileceğinden, bu uygulama daha çok küçük ofisler için tercih edilir.

Alfabetik sistemde, dosya isimleri esas alınarak, dosyalar alfabetik harf sırasına göre dizilmektedir. Sistemin uygulanabilmesi için mutlaka dosyaların isimlerle ilgili ve aramada isimlerin ön planda olması gerekmektedir (Balci, 2001: 147).

### Kronolojik Dosyalama Sistemi

Belgelerin üretildiği tarihi temel alan kronolojik sınıflama sistemi belgelerin konusuna bakılmaksızın kronolojik bir sıralama öngörür. Bu sistemde aynı tarihte üretilen belgelerin çok sayıda olduğu durumlarda karışıklığa neden olmaktadır. Aranılan belgenin kesin tarihi bilinmezse belgeye ulaşım imkansızdır.

Dosya tarihleri esas alınarak dosyaların tarihlere göre sıralanmasıdır. Bu sistem, dosyaların tarihle ilgili olması halinde kullanılır (Benli ve Özalp, 1996: 56). Kronolojik sistem hasta dosyalarının kolay bulunmasında bir indeksleme olarak kullanılır ve alfabetik sistemde isim benzerliklerinin çok olması dolayısıyla arama için zaman kaybını önlemek bakımından üstünlük sağlar. Merkezi arşivde kronolojik olarak doğum tarihleri ele alınır. Hastalar hastaneye başvurularında önce doğum yılı, sonra doğdu-

ğu ay ve daha sonra da doğduğu gün sorularak, tamamen tarihlerin aynı olduğu hallerde de isimden yararlanılarak dosya bulunur. Bazı ülkelerde bu sistem tercihen kullanılmaktadır (Balcı, 2001: 150).

### Coğrafi Esasa Göre Dosyalama Sistemi

Bu sistemde kurum ya da kuruluşun hizmet gördüğü ya da ilgi ve görev alanını kapsayan coğrafi alanlara esas alınarak sınıflama yapılmaktadır. Bu nedenle kuruma ait dosyalar mahalle, köy, belde, ilçe, il, ülke hatta bir kıtayı kapsamı içine alabilir. Bu sınıflama sistemi bölge hastanelerinde kullanılabilir (Uçmaz, 2002: 22)

### Nümerik Dosyalama Sistemi

Birinci basamak hekimleri için daha uygundur. Dosyaların karışma ihtimali azalır. Ancak hastaların dosya numaralarını bulmak için bir çapraz referans listesi gerekir. Bilgisayar kaydı tutulduğunda bu sorun ortadan kalkar.

Rakam esasına dayanan nümerik sistem, serial ve desimal olmak üzere iki ayrı sistem halinde uygulanır.

### Serial Nümerik Dosyalama Sistemi

Sistem 1'den başlayarak birbirini izleyen numaralar verilmesi esasına dayanır. Numaraların belli bir sınırı yoktur. Serial numaralı dosyalama sisteminde evrak bulmak, önce dosyanın numarasını hatırlamayı gerektirir. Numaraların neyi temsil ettiğini hatırlamak için indeks hazırlanır. Bir dosyayı bulmak gerektiğinde önce indeksten dosyanın numarası bulunur, sonra o numaralı dosya raftan aranır.

### Desimal Dosyalama Sistemi

Desimal dosyalama sisteminin amacı kurum ve kuruluşlara gelen yazıların konusu ön plana çıkarılarak, konu bazında ayrımın sağlanmasıdır. Bu tasnif sisteminin özelliği, kurumda görülen hizmetlerin on ana konu grubuna bölünmesi ve her ana konu grubunun kendi içerisinde onlu olarak alt konulara ayrılması şeklinde düzenlemeyi esas almasıdır. Bu sistemin uygulanabilmesi için kurum ya da kuruluşun tüm hizmet ve faaliyetlerini içine alacak şekilde bir araştırma yapılarak, bu hizmet ve faaliyetleri kapsayacak on ana faaliyet belirlenmelidir. Belirlenen ana faaliyetlerle ilgili alt faaliyetler ise, ait olduğu ana faaliyetin altında gruplandırılmalı ve alt gruplara bağlı tali konular içinde aynı yöntem uygulanmalıdır.

Bu yapının oluşturulmasının ardından numaralandırma işlemine geçilerek, ana konular onlu dilimler halinde; ana konulara bağlı alt konular ise, bulunduğu dilim içerisinde bir rakam eklemek suretiyle kodlanmalıdır. Alt konulara bağlı tali konular için de aynı usul uygulanarak, birer rakam eklemek suretiyle kodlanmalıdır.

- Numaralandırma da dikey bölünme “onlu” olarak sınırlı yatay bölünme ise sınırsızdır.
- Desimal dosya tasnif sisteminde “0” rakamı ile biten numaralar daima “Genel” i; “9” ile biten rakamlar ise, daima “Diğer İşler”i ifade etmektedir.
- **ANA KONULAR**
- 00 Mevzuat
- 10 Araştırma, Planlama, İstatistik
- **20 Personel, Eğitim**
- 30 Bütçe ve Tahakkuk İşlemleri
- 40 İdari, Mali, Yapı ve Onarım İşleri
- 50 Hukuk, Teftiş, Savunma, Enformasyon
- **1. ALT KONULAR**
- 20 Personel, Eğitim
- 21 Kadro İşlemleri,
- 22 İş Talepleri, Sınavlar ve Atamalar
- **23 Personel Özlük İşleri**
- 24 İzin İşleri
- 25 Emeklilik İşleri



Desimal dosya tasnif sisteminin uygulandığı kurum ve kuruluşlarda hazırlanan yazı, plana göre hangi konuyu ihtiva ediyorsa bu konu için belirlenmiş numara yazının sayı bölümüne yansıtılacaktır. Bu şekilde bir uygulama, yazının hangi konuyu ihtiva ettiğinin göstermesi yanında işlemi tamamlandıktan sonra hangi dosyaya kaldırılacağını da belirleme özelliğini taşımaktadır. Bu sisteme uygun olarak hazırlanan dosyalar, dosya planına göre almış olduğu numara dikkate alınarak, arşiv yerleştirilmesi yapılır.

### **Konu Esasına Göre (Tek Konu-Tek Dosya) Dosyalama Sistemi**

Bir kurumun yaptığı işler, konularına göre ana konu gruplarına ayrılır. Sonra bunlar alt konu gruplarına bölünür. Konuya göre dosyalama sisteminde, dosya planının hazırlanması gerekir. Dosya planının belirlenmesi, kolaylıkla ve doğru olarak yerine yerleştirilmesi, evrakın aranması ve kolaylıkla bulunması iyi bir dosya planını gerektirir.

Sistem, merkez ve taşra teşkilatı olan kuruluşlarda kullanılmaya elverişlidir. Her evraka dosyanın kodu ve numarası yazılır. “Sayı” bölümünü tamamlamak için, evrakın “giden evrak defterine” kaydedildiği sıra nu-

marası, koda eklenir. Bu dosyalama sisteminde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıdaki gibidir. Evrakın konusunun mutlaka not edilmesi, konu kodları yazılırken mutlaka dikkat edilmesi ve dosya içerik cetvelinin düzenli tutulması gerekir.



- ANA KONULAR
- ME Mevzuat
- AP Araştırma, Planlama, Koordinasyon, İstatistik
- PE Personel, Eğitim
- BT Bütçe ve Tahakkuk İşlemleri
- İM İdari, Mali, Yapı ve Onarım İşleri
- HT Hukuk, Teftiş, Savunma, Enformasyon
- KÜ Kültür Faaliyetleri
- ALT KONULAR
- PE Personel, Eğitim
- PE-1 Kadro İşlemleri,
- PE-2 İş Talepleri, Sınavlar ve Atamalar
- PE-3 Personel Özlük İşleri
- PE-4 İzin İşleri
- PE-5 Emeklilik İşleri
- 2. ALT KONULAR
- PE-3 Personel Özlük İşleri
- PE-3-1 Tezkiye İşlemleri
- PE-3-2 Terfi İşlemleri

Bu sisteme uygun olarak hazırlanan dosyalar, dosya planına göre almış olduğu numara dikkate alınarak, arşiv yerleştirilmesi yapılır.

Dosyalar konulara göre sıralanabilirler. Böyle bir uygulamada hastalıkları gruplandırmak ve bu gruplara göre zarfları sıralamak gerekir (Balci, 2001: 145). Sistemin fayda ve zararları aşağıda verilmiştir.

#### Faydaları:

- Yalnız konu ele alındığından çalışmalar için aynı konuları bir arada incelemek kolaydır.
- İstendiği kadar genişletilebilir.

**Sakıncaları:**

- Dosyaları yerlerine koymak ve bulmak zordur.
- Birden fazla hastalık tanısı bulunan dosyalar için uygun değildir.
- Yerleştirme ve arayıp bulma için her zaman eklemelere ihtiyaç gösteren bir indeksleme gerekir.

### Karma Dosyalama Sistemi

Bir kuruluş için çoğunlukla bir tek tasnif sistemi yeterli olmayabilir. Uygulama kolaylık sağlayabilmesi için iki ya da üç dosyalama sistemi birlikte kullanılabilir. Örneğin bir kuruluşta, dosya tasnifi için kronolojik sistem esas alınır ve dosyalar tarihsel dilemler içerisinde alfabetik ya da bölgesel esasa göre sıralanabilir.

### Hasta Dosyalarının Arşivde Yerleştirilme Biçimleri

Hasta dosyalarının arşivde arandığı anda rahatça bulunabilmesi için çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bu konuda dünyada ve Türkiye’de en fazla kullanılan yöntem hasta dosyalarının üzerlerinde renklendirmeye gidilmesidir.

#### Renk Kodlama Sistemi

Son numara gruplarının belirtilmesinde oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Her rakama karşılık bir renk verilir. Dosyaların kenarına renkli bantlar yapıştırılır. Böylece hasta dosyalarına uzaktan bakıldığında dosyanın hangi yıla ait olduğu anlaşılabilir. Böylece, dosyaların kaybolma riskleri ortadan kalkmakta, yerlerine yanlış yerleştirilen dosyalar kısa sürede bulunabilmekte ve dosyalara hızlı erişim sağlanabilmektedir.



Dosyalar daha kolay yerleştirilir ve yanlış yerleştirme yapıldığında renklerin uyumsuzluğu çalışanları uyarır. Çünkü her sayının kendi özel rengi vardır. Bu renkler ve sembolize ettikleri sayılara örnek olarak aşağıda bir renklendirme verilmiştir (Balci, 2001: 149; Green ve Bowie, 2005: 208).

Sayı	Renkler
0	Kırmızı
1	Gri
2	Mavi
3	Turuncu
4	Lacivert
5	Siyah
6	Sarı
7	Kahverengi
8	Pembe
9	Yeşil

### Açık Tasnif / Çekmece Sistemi

Kurumların arşivlerinde en çok tercih ettiği raf malzemesi açık raf olarak da adlandırılan çelik raflardır. Dosyaları saklamak için çekmeceli dolaplar kullanmak daha koruyucu ve estetik olsa da bu yöntem daha çok küçük ofisler için tavsiye edilmektedir. Maliyetinin diğer raf sistemlerine göre daha düşük olması ve istenildiğinde farklı mekânlara adapte edilebilme özelliği nedeniyle kurumlar açısından tercih unsurudur. Hasta yoğunluğu daha fazla olan yerler için raflarda açık tasnif



daha uygundur. Böylece daha az alanda çok sayıda dosya tasnif edilebilir ve dosyalara ulaşmak da daha kolay olur (Green ve Bowie, 2005: 206).

Açık raf sistemi, arşiv kutuları ile birlikte kullanılmalıdır. Klasör veya dosyaların raflara kutulama yapılarak yerleştirilmesiyle, dış etkenlerle doğal afetlerin dokümanlarınıza verebileceği zararlar minimuma indirgenecektir

### Kompakt Raf Sistemi

Yoğun raf olarak da adlandırılan kompakt raf sisteminde, çelik raflar raylar üzerinde hareket ederek birbiri üzerine kapanmakta ve belge depolama açısından her m<sup>2</sup>'de maksimum yoğunluk sağlamaktadır. Açık raf sistemine göre büyük



oranda yer tasarrufu sağlamakla birlikte yaklaşık 5 katı daha fazla maliyetlidir. Ancak, yangın, su baskını ve güvenlik konularında tam güvenli olmasının yanı sıra büyük alanlarda yer kayıplarını sıfıra indirmektedir.



Yapısal özelliği nedeniyle çok ağır olan kompakt raf sistemi kurulmadan önce binanın durumu statik olarak göz önünde bulundurulmalıdır (Green ve Bowie, 2005: 206).

## Kişisel Sağlık Kayıtlarının Korunması

### Hastanın Tıbbi Kayıtlara Ulaşma Durumu

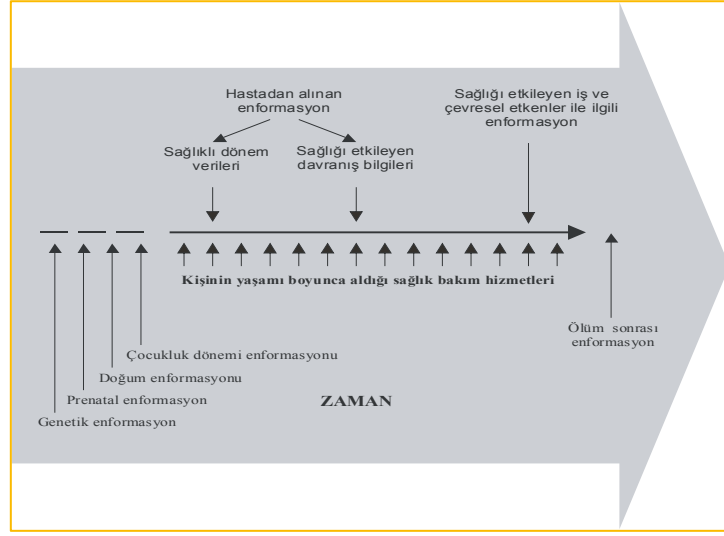
Hasta kayıtları sağlık kurumlarında tutulur. Ancak son yıllardaki gelişmelerin de kazanımları olarak artık hastaların da istediklerinde kendi kayıtlarına ulaşabilmeleri mümkün olabilmektedir. Gelişmeler Ünite 7’de de belirtildiği gibi sağlık kurumlarının konuya ilişkin sorumluluklarını ortadan kaldırmamaktadır.

Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte, genel kanaat hastanın da istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşabilmesi yönündedir. ABD’de 1974’te çıkarılan kişilik haklarıyla ilgili kanun hastalara böyle bir hak vermektedir. Hatta azınlıkta da olsa, dosyaları tamamen hastalara vermek ve ofiste sadece özet notlar bulundurmanın kayıt hatalarını azaltacağını düşünen hekimler de vardır. Ancak bu konuyu aydınlatacak bir çalışma henüz yapılmamıştır. Hekimlerin çoğunluğu ise “bilmediğin şey sana zarar vermez” mantığıyla bilgilerin hastalarda saklanamayacağını, hastanın gönlünün rahat olmaması ve şüphede kalmasının bir iç huzursuzluk kaynağı olacağını iddia etmektedirler.

06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge’ye göre kişisel sağlık kaydı kapsamına, hasta ile ilgili sözlü bilgi, yazılı bilgi, tıbbi müdahaleler, ön tanı, teşhisler, grafik imajları, fatura gibi konular girmektedir.

Hastalara ait tıbbi bilgilerin yaşamı boyunca sürekli olarak tutulabilmesi hasta ve tüm sağlık kurumları için büyük bir kazançtır. Bilgilerin bu şekilde tutulabilmesi elektronik ortama sahip olmayı gerektirir; çok uzun süre birbirine bağlantılı olarak kişisel sağlık kaydı tutmak zordur. Günümüzde elektronik yazılımlar bu konuda son derece faydalı olmuşlardır. Form ve raporlar üzerinde yer alan tıbbi kayıtlar, hastanın bakımından sorumlu sağlık çalışanları tarafından kaydedilir

## Yaşam Boyu Sağlık Bilgisi



Kaynak : <http://www.turkmia.org>



Kaliteli bir dokümantasyon veya kayıt sisteminde önemli kurallar söz konusudur. Bu kurallar aşağıda verilmiştir (Johns, 2002; 255):

1. Doğruluk,
2. Kısa ve öz olma,
3. Dikkatlilik ( Kusursuz olma ),
4. Güncellik,
5. Organizasyon,
6. Gizlilik ve güvenilirlik

Bu kurallara uygun olarak tutulması gereken sağlık kayıtları için günümüzde sağlık kurumlarının en büyük yardımcıları, hastane bilgi sistemleridir. Ancak bilgi sistemlerinin hastanelere uygun yazılmış olması gerekir.

Kişisel sağlık kayıtlarının sadece bilgisayar ortamında tutulup tutulamayacağı konusu ülkemizde ve dünyada sıklıkla tartışılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi'nde 2007 yılında bir değişiklik yapılmıştır. Yönergede değişiklik "kağıt üzerinde tutulan, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgeleri, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar, belirtilen standart ve kurallar çerçevesinde gerekli önlemler alınarak yapılandırılan kurumlar sadece elektronik ortamda tutabilir.. " şeklinde belirtilmiştir. Ancak

değişiklikten de anlaşılacağı gibi, belirtilen defterler ve takip kartları dışında kalan tıbbi belgeler için sağlık kurumlarında henüz sadece dijital ortamda kayıt tutulmasına ve elle dosyalamadan vazgeçilmesine izin verilmemiştir. Bu konuda ayrıntılı bilgi "kayıtların saklanma süreleri" bölümünde verilmiştir.

Bilgisayar otomasyon sistemine geçen hastanelerde her türlü kayıt işlemi bilgisayar ortamında yapılabilmektedir. Bu şekilde tutulacak kayıtların bilgisayar ortamında saklanması, değiştirilmesi veya silinmesinin önlenmesi amacıyla fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere karşı gerekli teknik ve idari önlemlerin alınması, bilgisayar çıktıları bir sistem dahilinde ilk numaradan başlayarak numaralandırılması ve hastane idaresince resmi mühürle tasdiklenmiş olması şartıyla ayrıca elle defter kaydı tutulmasına gerek görülmemektedir.

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergesine aşağıdaki ek madde ilave edilmiştir:

**Ek Madde 1-**Bilgisayar otomasyon sistemine geçen hastanelerde her türlü kayıt işlemi Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde belirlenmiş standartlara göre; poliklinik, acil, hasta kabul, hasta servisleri ve laboratuvarlarda tutulması gerekli protokol defteri ve Yönergenin 12 inci maddesinde sayılan hasta dosyalarına konulacak belgeler ihtiyaca göre ve altyapısı uygun olan kurumlarımıza bilgisayar ortamında düzenlenebilir. Bu sayılanlar haricinde tutulması gerekli resmi kayıtlar hem defter hem de bilgisayar ortamında tutulur.

Bu şekilde tutulacak kayıtların bilgisayar ortamında saklanması, değiştirilmesi, dışarıdan yapılacak müdahalelerin veya silinmesinin önlenmesi amacıyla;

a) Fiziki, manyetik veya elektronik müdahalelere karşı hastane idaresince gerekli teknik ve idari önlemler alınır, alınan önlemlerin periyodik olarak denetlenmesinden Baştabip sorumludur.

b) Hastane ve otomasyon sisteminin büyüklüğüne göre Baştabip, bu işlerin takip ve yürütülmesini temin amacıyla uygun gördüğü personeli özlük hakları saklı kalmak kaydıyla sadece bu işleri yürütmesi için görevlendirebilir.

c) Bu işler için görevlendirilen personel, mevcut yedekleme sisteminden (yok ise derhal kurulmalı) günlük, haftalık, aylık ve yıllık olmak üzere verilerin yedeklenmesi (back up) işini yürütür. Yedekler hem elektronik (veritabanının bulunduğu disk ünitesinden farklı bir disk ünitesine, örneğin veritabanı C:'de ise D:'ye) hem de fiziksel olarak düzenli bir şekilde (CD, DVD) farklı ortamlara alınır.

d) Bilgisayar çıktıları bir sistem dahilinde ilk numaradan başlayarak numaralandırılır ve hastane idaresince resmi mühürle tasdiklenir, korunaklı bir şekilde ve uygun bir mekanda saklanır.

e) Adli vakalara ve adli raporlara ait kayıtların gizliliği ve güvenliği açısından, vakayı takip eden hekim dışında vaka hakkında veri girişi yapılamaması ya da Adli Raporu tanzim eden hekimin onayından sonra kendisi dahil hiç kimsenin rapor ile ilgili değişiklik yapamaması için gerekli yazılım düzenlemeleri yapılmış olmalıdır. Adli vaka kayıtlarına ve adli raporlara sadece Başhekimlik tarafından yetkilendirilmiş kişiler erişebilir resmi olarak istenmesi halinde yeni çıktı alınarak suret olduğu belirtilmek kaydıyla tasdiklenebilir. Ancak bu yetkililerin, hiçbir şekilde rapor üzerinde değişiklik yapmasına izin verilmez.

f) Depo, ambar, stok kontrol, eczane çalışmalarında da Adli Vaka ve Adli Rapor prosedürleri aynen geçerlidir. Kullanıcı adı ve sahibi tarafından her istendiğinde değiştirilebilen bir şifreye bağlı olarak yetkilendirilmiş kişiler dışında veri kaydı, onay, sorgu yapılamaz, çıktı alınamaz. Eğer kullanılan yazılım bu düzenlemeleri desteklemiyor ise ilgili kayıtlar elle tutulur ve resmi olarak elle tutulan kayıtlar esas alınır.

g) Elektronik ortamda tutulan kayıtlar, denetim amacıyla veya herhangi bir resmi taleple istenildiğinde, bilgisayar çıktıları ile bilgisayar ekranında izlenen veri/bilgilerin daha önceki çıktılarının tutarlılık göstermesi gerekmektedir.”

h) Yasa ve diğer mevzuattan kaynaklanan otomasyon sistemindeki uygulama değişikliklerinin yasal süresi içinde yapılmasına/yaptırılmasına dair her türlü önlem alınır ve sözleşmelerde buna ilişkin gerekli hükümler yer alır.

### Sağlık Kayıtlarının Güvenliği

Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması amacıyla; Sağlık Bakanlığı'na bağlı bütün kurum ve kuruluşlarda (merkez ve taşra teşkilatları, hastaneler, sağlık ocakları, aile hekimleri vs.) hasta sağlık bilgisinin mahremiyeti hususunda uyulması gereken temel kurallar şunlardır:

- 1- Veri güvenliği konusunda üç temel prensibin göz önüne alınması gerekmektedir. Bunlar; gizlilik, bütünlük ve erişilebilirliktir.
- 2- Kurumda kimin hangi yetkilerle hangi verilere ulaşacağı çok iyi tanımlanmalıdır. Rol bazlı yetkilendirme yapılmalıdır ve yetkisiz kişilerin hastanın sağlık kayıtlarına erişmesi mümkün olmamalıdır.
- 3- Sağlık kayıt bilgileri hastaya aittir. Yetkilendirilmiş çalışanlar ancak kendisine kayıtlı olan hastaların sağlık kayıtlarına erişebilmelidirler. Ancak hastanın yazılı onayı ile diğer sağlık çalışanları bu veriye erişebilirler.
- 4- Hasta taburcu olmuş ise hiçbir kurum çalışanı hastanın sağlık kayıtlarına erişemez.
- 5- Hastanın rızası olmadan hiçbir çalışan sözlü de olsa hasta sağlık bilgilerini hastanın yakınları dışında üçüncü şahıslara ve kurumlara iletmez.
- 6- Hasta sağlık bilgileri ticari amaçlı olarak da üçüncü şahıslara iletilemez. Hastanın kullandığı ilaçlar, diyet programları vs. buna dahildir.
- 7- Hasta dosyasının bir kopyası hastaya teslim edilmelidir. İlgili mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla hiç bir hasta kaydı, elektronik veya kağıt ortamında üçüncü kişi ve kurumlara verilmemelidir.
- 8- Hastanın dosyasının izlenmemesi için gerekli tedbirler alınmalıdır [Hasta dosyalarının gelişigüzel ortada bırakılmaması, bilgisayar ekranının başkalarının okunabilecek şekilde bırakılmaması gibi].
- 9- Telefon ile konuşurken hasta ile ilgili mahrem bilgilerin üçüncü şahısların eline geçmemesine azami özen göstermelidir.
- 10- Bütün hasta sağlık kayıtları fiziksel olarak korunmuş mekanlarda saklanmalıdır.
- 11- Elektronik hasta kayıtlarına internet ortamından erişim mümkün olmamalıdır.



## Tıbbi Görüntülerin Arşivlenmesi

Hasta dosyalarının ve radyolojik tetkiklerin hasta dosyaları arşivlerinde uzun süre saklanması ile ilgili birtakım problemler yaşanmaktadır. Problemler, bu kayıtlara kurumlarda büyük mekânlar ayrılamaması, fazla sayıda kaydın gizliliği, temizliği ve korunmasının nasıl sağlanacağıdır. Bütün kayıtları saklamak kurumlara oldukça fazla mali külfet de getirmektedir.

Sağlık kurumları için bir diğer sorun röntgen filmlerinin saklanmasıdır. Filmlerin büyük oluşu, dosyalardan taşması ve arşivleme için fazla yer gerektirmesi kurumlarda güçlük çıkarmaktadır. Tıbbi Görüntü Arşivleme konusunda tıp alanında dünyanın kabul ettiği standart olan DICOM (Digital Image Communication In Medicine) formatında yazılımlar veya bilgisayar ortamında arşivlenebilen ve bilişim teknolojisinin ulaştığı en son aşamalardan biri olan Picture Archiving and Communication System (PACS) Telemedicine Sistemleri kullanılabilir. Artırılabilir kayıt kapasitesi sunan PACS sistemleri aynı zamanda iyi bir görüntü arşivi sistemi olmanın gerekliliklerini de yerine getirmektedir (Boyacı ve Ulaş, 2007).

Medikal görüntüler olması, çözülmesi gereken birçok problem ortaya çıkarmaktadır. Medikal görüntüler, ihtiyaçtan dolayı bilinen formatlarla kaydedilen resimlerin dosya boyutlarından çok yüksektir. Bir medikal görüntü doğru teşhise yardımcı olabilmesi için yüksek detay içermelidir. Bu da yüksek çözünürlük ve kayıpsız saklama yöntemlerini ortaya koymaktadır. Kayıpsız saklama yöntemleri özellikle üzerinde durulması gereken konulardır. Kayıplı yapılacak herhangi bir sıkıştırma tekniği, veri üzerinde önemli ölçüde bilgi değişikliğine yol açmaktadır. Kayıplı sıkıştırma teknikleri ile yakın, küçük değişiklikler göz ardı edilip bir sıkıştırma gerçekleştirilmeye çalışılır. Buradaki veri kaybı, belki yeni ortaya çıkmaya başlamış bir tümörün gözden kaçmasına sebep olabilir. Medikal Görüntüler saklanırken görüntülerin içeriklerinin değiştirilmemesi istenir (Alpkoçak, 2005)

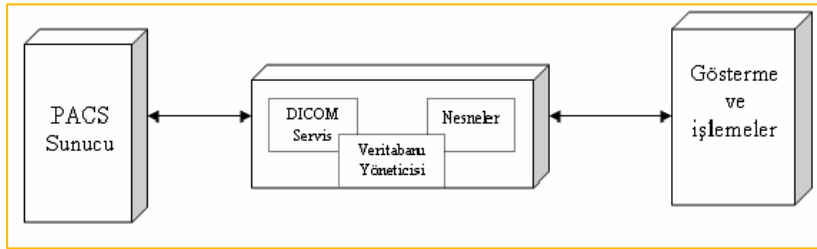
Medikal görüntüler, hastalıkların teşhisi açısından daima önemli bir yer teşkil eder. Doğru teşhis, daha ayrıntılı medikal görüntülerle olur. Bir medikal resim, örneğin bir röntgen filmi ne kadar detay içeriyorsa, doktor hastalıklı bölgeyi o kadar kolay teşhis edebilir.

Veri depolanırken tek dikkat edilmesi gereken husus veri kaybı değildir. Medikal Görüntü depolama sistemi olan PACS sistemlerinden beklenen başka özellikler de vardır. Bunlar aşağıda verildiği gibi sıralanabilir:

- PACS çok ayrıntılı medikal görüntüleri kaydedebilmelidir.
- Sistem disk kapasitesi istenildiği zaman istenildiği kadar artırılabilir olmalıdır.
- Medikal görüntüler üzerinde, sunucudan yer kazanmak için asla yüksek oranda kayıplı bir sıkıştırma yapılmamalıdır. Hayati bir konu olduğu için kayıpsız sıkıştırma teknikleri önerilmektedir.

Ancak kullanılacak kayıpsız sıkıştırma tekniğinin arzu edilen düzeyde bir sıkıştırma yapamayacağı da göz önünde bulundurulmalıdır.

- PACS sistemleri sayısal sonuç üreten medikal görüntüleme cihazları ile senkronize çalışabilmelidirler.
- Medikal görüntü saklanırken standart olarak kabul edilen DICOM formatında saklanmalıdır.
- Hizmet sınırsız ve kesintisiz olmalıdır.
- Gün içerisindeki yoğun çalışma temposuna ayak uydurabilecek performansa sahip olmalıdır.
- Sunucular ve istemciler arasındaki veri iletişimi yüksek mertebelerde olmalıdır.
- Yukarıdaki isteklerin tamamına ve daha fazlasına cevap veren sistemlerin ancak verimli bir sayısal arşivleme yapıldığında bahsedilebilir. Ayrıca böyle bir hizmet vermesi istenen bir sunucudan teknik bazı kriterleri sağlaması da beklenmektedir. Bunlar;
- Hizmet alıcıların sayısı fazla olduğundan yüksek bant genişliği,
- Yüksek işlem kapasitesi,
- Hızlı veri iletişimi,
- Güvenirlilik



Şekil 1. PACS Sunucu sistemi

PACS'nin yerel ağlarda iletişim sağlama tekniği blok şema olarak Şekil 1'de verilmiştir. Yerel ağ üzerinde dosyalar istemcilere aktarılmakta ve tüm görüntüleme işlemleri istemci üzerinden gerçekleştirilmektedir. PACS sistemlerine sahip olma maliyetleri günümüzden evvelki yıllarda daha yüksek iken günümüzde hızla azalmaktadır. Küçük ölçekli bir hastane de bile PACS sistemi beş yıl içerisinde kendisine ödenen parayı amorti etmektedir.

## Sağlık Kayıtlarının Saklanması Süreleri

Tıbbi kayıtların ve hasta dosyalarının hasta dosyaları arşivlerinde saklanması ile ilgili "sağlık kurumlarında saklanma süresinin yasal olarak ne kadar olduğuna ilişkin" problem yaşanmaktadır. Sağlık kurumlarında hasta dosyaları arşivlerine ayrılan alan sınırlıdır ve çoğu hastane yasal

sınırların daha üstünde hasta dosyası saklamak istememektedir. Bu yüzden yasal saklama sürelerinin açık olarak tüm sağlık kurumları tarafından bilinmesi son derece önemlidir. Saklanma süreleri ile ilgili Türkiye'deki ilgili mevzuat aşağıda verilmiştir.

Kurumlarda saklanan belgeler ile ilgili temel kanun olan "Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin Değiştirilerek Kabulü

Hakkında Kanun" 1988 yılında 3473 sayı ile yayınlanmıştır. Kanuna bağlı olarak 1988 yılında çıkarılan "Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmelik" ise 2001 ve 2005 yıllarında değişiklik görmüştür. Bu yönetmeliğe göre kurum ve kuruluşlar kendi yönergelerini hazırlamakla görevlendirilmişlerdir.

"Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmeliğe göre tıbbi kayıtlar ve hasta dosyaları arşivleri önce arşivlik malzeme, daha sonra da arşiv malzemesi sayılmaktadır. Arşivlerde saklama süreleri ile ilgili olarak da ilgili yönetmeliğin 5. ve 25.md sinde şöyle denmiştir.

**"Madde 5-25** Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için "Birim Arşivleri", daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için "Kurum Arşivleri"ni kurarlar. Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır."

Buna göre her şeyden önce hasta dosyalarının kurum arşivlerinde en az 14 yıl süre ile saklanması gereklidir. Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmeliğin 44.md sinde "mükelleflerin, gördükleri hizmetler, yaptıkları haberleşme ve işlemlere ait belgelerin bir arada bulunmasını sağlamak amacıyla dosya planları ile dosya yönergelerini hazırlamakla yükümlü " oldukları belirtilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı belirli aralıklar ile yenilediği (en son 2007 yılında hazırlanmıştır) standart bir dosya planı hazırlamış ve burada saklama sürelerini belirtmiştir. "Sağlık Bakanlığı Yataklı ve Yataksız Tedavi Kurumlarında Yapılan Tespit ve Değerlendirme Raporu" olarak belirtilen bu mevzuatta hasta dosyaları ve filmler için genel olarak bir süre belirtilmemiş "kurumlarda saklandığı" ifade edilmiştir. Buna göre md.25 ' göre "15 yıl" saklanma süresi olarak kabul edilmektedir. Yeni doğan bebek dosyaları ve adli dosyalar içinse süre 20 yıl olarak belirtilmiş, adli dosyalar için bu sürenin sonunda da "Devlet arşivlerine gönderilmesi gerektiği" belirtilmiştir.





Ancak genel uygulama olarak hastaneler adli dosyaları bu sürenin sonunda da kendi bünyelerinde saklamaktadır. Aynı dosya planında dijital görüntülerin içeriğine göre 10 veya 20 yıl arasında saklanması gerektiği belirtilmiştir. Dosya planında yine transplantasyon, böbrek taşı, ürojinekoloji ve pediatrik üroloji dosyaları için, fototerapi kayıtları dosyası için sadece kurumunda saklanacağını belirtmiş, süre vermemiştir (daha fazla bilgi için bkz. [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)).

Farklı kurumlarda ise standart dosya planlarındaki farklılıkları nedeni ile farklı uygulama ve mevzuat geçerli olabilmektedir. Örneğin sağlık kurumları dışındaki tüm kurumların sağlık işleri birimlerine ait tüm defterler için saklama süresi beş yıl olarak belirlenmiştir.

Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü tarafından kamu kurum ve kuruluşları için hazırlanmış “danışma-denetim-yardımcı hizmet birimleri saklama planı”nda, örneğin iş kazaları hakkındaki yazışmaların ( iş kazası raporları ) kurum arşivlerinde 45 yıl saklanması, adli dava dosyalarının da kurumlarda 35 yıl saklanması, bunlar içerisinden kamuoyuna mal olmuş olanların da, bu süre sonunda ek olarak saklanabilmesi için devlet arşivlerine gönderilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu ifade, bu kayıtları içeren hasta dosyalarının saklama sürelerini doğrudan uzatmaktadır.

Üniversite hastanelerinde ise tıbbi kayıtlar araştırma amacı ile de kullanıldığı için, zorunlu yasal sürenin daha üzerinde saklanmaktadır. İlgili yönetmeliğe göre “standart dosya planları ile dosya yönergelerini hazırlamakla yükümlü olan üniversite hastanelerinde de” tıbbi kayıtları için 2004 yılında yapılan bir çalışma ile YÖK düzenlemesi olarak “standart dosya planı” çerçevesinde standart kriter ve saklama süreleri oluşturulmuştur. Devlet arşivlerinde belirlenmiş olan süre dışında, halen var olan bir başka mevzuat olması durumunda kurumların saklama süresi olarak daha uzun olanı tercih etmeleri gerekmektedir. Örneğin adli vakalara ilişkin kayıtların saklanması ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Arşiv Hizmetleri Yönergesinde “adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, dokümanlar ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süre ile arşivde saklanması” zorunlu olduğu belirtilmektedir. Buna karşılık “ex bebek dosyasının 50 yıl kurumunda saklanması gerektiği “ yukarıda söz edilen YÖK düzenlemesinde verilmiştir. Bu durumda üniversite hastanelerde “adli vaka olan ex bebek dosyalarının” 50 yıl saklanması gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinde hasta dosyalarının, ameliyat defterinin, adli rapor dosyasının, film dosyalarının, tüp bebek dosyalarının, doğum defterinin, transplantasyon dosyalarının 100 yıl süre ile saklanması gerektiği üniversiteler için oluşturulan yukarıda sözü edilen mevzuatta belirtilmiştir. Patoloji raporları, bronkoskopi-torokoskopi-biopsi raporları, kroniofasial hasta grubunun slide, tomografi görüntüleri, uyku laboratuvarı kayıtları, EMG arşivi, EEG, EMG raporları, sintigrafi çekimleri, MR; BT, Anjiyografi, Ultrasonografi, Mamografi görüntüleri, radyoterapi dosyası, protez izlem dosyası ise 50 yıl süre ile saklanması gereken belgeler

arasında sayılmaktadır. Bunun dışında birim ve kurum arşivinde saklama süreleri 5, 8, 10, 15 ve 25 yıl arasında değişen çok çeşitli kayıt, dosya, film ve defter vb. bulunmaktadır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 48. maddesinde “.. ilgili diğer mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla, özel hastanede tutulan hasta dosyaları, en az yirmi yıl süre ile saklanır..” hükmü bulunmaktadır. Aynı şekilde 2000 yılında çıkarılan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 53.md.sinde de “...sağlık kuruluşuna başvuran hastaların dosya ve kartları arşivde beş yıl süre ile saklanır..” denilmektedir.

Borçlar Kanunu'nun 125.maddesine göre davalarda zaman aşımı 10 yıl olarak belirlenmiştir. Bu nedenle herhangi bir hasta dosyasının bir adli dosyaya dönüşme ihtimali nedeni ile yine en az 10 yıl saklanması gereklidir. Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinde tıbbi kayıtların 1-10 yıl arasında saklanması gerektiği belirtilmektedir.

Yurtdışında tıbbi kayıtların saklanması ile ilgili farklı uygulamalar vardır. Örneğin İngiltere'de 1987 yılında çıkarılan Müşteriyi Koruma Yasası'na göre kayıtların saklanma süreleri incelendiğinde, kadın doğum ve çocuk kayıtlarının zorunlu 25 yıl, hasta öldüğü takdirde ise ölümünden itibaren zorunlu 8 sene, zihinsel hastalara ait kayıtların zorunlu 20 yıl, hasta öldüğü takdirde ise ölümünden itibaren yine zorunlu 8 sene saklanması gereklidir. Amerika'da ise tüm hasta kayıtlarının seçilmiş hastanelerde (örneğin özel dal hastaneleri) veya tüm hasta kayıtlarının seçilmiş yıllarda (çift yıllar, her beş senede bir gibi) saklanması, kayıtların belirli kısımlarının saklanması, hasta kayıtlarının sayısına ve dosya kalınlığına (örneklem olarak bütünü temsil edebilecekleri düşünülerek) göre saklanması, sistematik örneklem yolu ile saklama gibi seçenekler göze çarpmaktadır.



#### Belgeleri Saklamada Seçenekler

- Tüm hasta belgelerinin seçilmiş hastanelerde sürekli saklanması (özel dal, eğitim )
- Tüm hasta belgelerinin seçilmiş yıllarda saklanması (çift yıl, iki senede bir )
- Hasta belgelerinin belirli kısımlarının saklanması
- Sistematik örneklem ile saklama

Tıbbi kayıtların yasal süreler dışında saklanma biçimleri çoğunlukla aktif ve pasif olma durumlarına bakılarak düzenlenmektedir. Aktif hasta dosyası, hastanın hastaneye en son gelişinden itibaren en fazla 3-5 sene geçmiş; yani en fazla 3-5 senede hastanın yeniden hastaneye başvurması ile aralıklarla ve sürekli kullanılan dosyadır. Pasif hasta dosyası ise aktif dosya kriterlerine uymayan, uzun süredir tekrar kullanılmamış dosyadır. Pasif dosyalar hasta dosyaları arşivinin asıl bölümünden çıkartılarak

daha az kullanılan bir bölüme taşınmaktadır. Tıbbi kayıtların saklanması sırasında en uygun yöntem standartlara uygun şekilde, en uzun süreli olacak şekilde saklamaktır.

## Kurum Arşivinde Ayıklama Ve İmha

Sağlık kurumlarında tıbbi kayıtlar saklama süreleri sonunda imha edilebilirler. Sağlık kurumları arşivinde yapılacak ayıklama ve imha işlemlerinin, 1988'de Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında çıkarılan Değişik 08/08/2001 Tarihli Yönetmeliğin dört ve beşinci kısmındaki hükümlere göre yapılması gereklidir. Yönetmeliğin anlaşılabilirliği için yönetmelikte kullanılan terimler aşağıda verilmiştir:

### Ayıklama

Arşiv malzemesi ile cari işlemleri devresinde bir değere sahip olduğu halde, hukuki kıymetini ve bir delil olma vasfını kaybetmiş, ileride kullanılmasına ve muhafazasına lüzum görülmeyen her türlü malzemenin birbirinden ayırımı ile ileride arşiv malzemesi vasfını kazanacak olan arşivlik malzemenin tespiti işlemini,

### İmha

İleride kullanılmasına ve muhafazasına lüzum görülmeyen, arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme dışında kalan, hukuki kıymetini ve delil olma vasfını kaybetmiş malzemenin ayrılarak, yönetmelikte belirtilecek usul ve esaslara göre imhası işlemini ifade eder.

Yönetmelikte "kurum arşivlerinde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri için arşiv hizmet ve faaliyetlerinin düzenlenmesi ve yürütülmesinden sorumlu birim amirinin veya Kurum Arşiv sorumlusunun başkanlığında,

- Kurum arşivinden görevlendirilecek iki memur ile

- Malzemeleri ayıklanacak ve imha edilecek ilgili daire ve ünitenin amiri tarafından görevlendirilecek, kamu idaresi, evrak yönetimi ve aynı zamanda bağlı olduğu daire ve ünitenin verdiği hizmetlerde bilgi sahibi iki temsilciden oluşan Kurum Arşivi Ayıklama ve İmha Komisyonu kurulur" denmektedir.



Yönetmeliğin 39, 40 ve 41. maddelerinde verilen imha şekilleri, imha edilecek malzemenin ayıklanması ve imha tutanağına ilişkin bilgiler de aşağıda verilmiştir.

### İmha Şekilleri



**Madde 39- (Değişik 08/08/2001 tarihli Yönetmeliğin 10 uncu maddesi ile)** İmha edilecek malzeme, başkaları tarafından görülüp okunması mümkün olmayacak şekilde özel makinelerle kıyılarak, kağıt hammaddesi olarak kullanılmak üzere değerlendirilir.

Özelliği gereği imha şekli kendi mevzuatında belirlenmiş malzemenin imhası hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

### İmha Edilecek Malzemenin Ayıklanması



**Madde 40- (Değişik 08/08/2001 tarihli Yönetmeliğin 11 inci maddesi ile)** İmha edilecek malzeme iğne, raptiye, tel gibi madeni kısımlarından ve karbon kağıtlarından ayıklanır. Kullanma imkanı bulunan klasör ve dosyalar ayrılır.

### İmha Tutanağı



**Madde 41-** İmha işlemi, düzenlenecek iki nüsha tutanakla tespit edilir. Bu tutanak, ayıklama ve imha komisyonlarının başkan ve üyeleri tarafından imzalanır. (Sağlık Bakanlığı Arşiv Mevzuatı 2007 )

Kurum, kuruluşlar arşiv malzemesinin devri konusunda ihtiyaç duyarlarsa Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü'nden rehberlik hizmeti talep edebilirler.

## Sağlık Kayıtlarında Kodlama Ve Sınıflama

### Kodlama ve Sınıflama Sistemlerinin Tarihçesi

Hastalıklarla ilgili istatistik çalışmalarının geçmişi 300 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. İlk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili London Bills of Mortality adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında, ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre oldukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar için de benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir (www.saglik.gov.tr).

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. yüzyılda başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere Genel Kayıt Bürosunda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Yüzyılın 2. yarısında çalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken üçüncü bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur.

Uluslararası İstatistik Enstitüsü, 1891 yılında Jacques Bertillon başkanlığında ölüm nedenleri ile ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuş, bu komitenin yapmış olduğu çalışmalar 1893 yılında bitirilmiş ve önerileri Enstitü tarafından kabul edilmiştir. Sınıflama, genel hastalıklar ile belli bir organ ya da anatomik bölgeye özgü hastalıkların birbirinden ayrılması ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma başlangıçta "Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması" olarak adlandırılmış ve birçok Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır.

1900 yılına Fransa hükümeti, Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflamasının (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmış ve bugün onuncu revizyon olan ICD-10'a kadar ulaşılmıştır. 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 6. konferanstan bu yana Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasından sorumlu olmuştur (Buck, 2006: 395).

Tarihsel gelişim süreci içinde, bazı dönemlerde ICD yapı ve içeriğinde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bunlardan birincisi, önceleri sadece ölüm nedenlerini kapsayan sınıflamaya hastalık nedenlerinin de dahil edilmesidir. 1938 yılında yapılan 5. konferansta morbidite istatistikleri için hastalık sınıflamasına olan gereksinim dile getirilmiş ve 1948 yılındaki 6. konferans "Ölüm Nedenleri ve Hastalıkların Uluslararası Listesi"nin revizyonu amacıyla toplanmıştır. Bu konferansta hem

mortalite hem de morbidite ile ilgili kapsamlı bir liste kabul edilmiştir. Bununla beraber ölümün temel nedenini seçmede uluslararası kurallar getirilmiş, hayatı istatistikler ve sağlık istatistikleri alanında uluslararası işbirliğinin sağlanması konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Önemli değişikliklerin bir ikincisi de 1975 yılında kabul edilen 9. revizyonda gerçekleşmiştir. Bu değişiklikler, daha spesifik kodlama için belli bazı kodlara isteğe bağlı 5. bir basamak dahil edilmesi, neoplazmların morfolojileri ile ilgili ayrı bir kod grubu (M kodları) oluşturulması, bazı tanısal durumlarda isteğe bağlı çift kodlama sisteminin getirilmesi ve akıl hastalıkları ile ilgili her bir kategorinin içeriğinin açıklanmasıdır. Bu sonuncusunun nedeni, akıl hastalıklarında uluslararası kabul görebilecek bir terminolojinin bulunmasındaki güçlülüktür. ICD-9 kitapçığı 1977/78 yıllarında basılmış ve pek çok ülkede kullanıma girmiştir.

Üçüncü önemli değişiklik de, 1989 yılında Cenevre'de toplanan 10. uluslararası konferansta kodlama sisteminde yapılan köklü değişikliktir. DSÖ 1991 yılında ICD-10'un yayınlanmasını kabul etmiş, 1994 yılında da uygulamaya geçirilmesini planlamıştır.

### Kodlama ve Sınıflandırılma Sistemleri

Tıbbi kavramların tutarlı gruplar oluşturacak şekilde sınıflandığı ve oluşturulan her sınıfa sayısal veya alfa-sayısal benzersiz bir kodun atandığı sistemlerdir.

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, uluslararası düzeyde İngilizce olarak International Classification of Diseases ya da kısaca ICD olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır. Aslında "Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması" tanımı da bir kısaltmadır. Tam şekli ise "Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması"dır (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).



Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik bir açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına göre (topografi), nedene (etiyooloji), dokudaki patolojik değişikliğin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflama yapmak mümkündür.

Sınıflandırmalar bu eksenlerden birine ya da diğerine dayanarak şekillendirilebilir. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma kurulabilir ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır.

Hastalıkların istatistiksel sınıflandırılması, hastalık verilerinin kullanıcı tarafından kolayca değerlendirilip incelenebileceği bir formda sunulmasına gereksinim duyar. O halde, kullanışlı ve anlaşılır bir enformasyon elde edebilmek için, hastalıkların sistemli ve anlamlı bir şekilde düzenlenmesi gereklidir. Bu amaçla, tamamen teorik bir yaklaşım yerine pratik bir yaklaşımda bulunmak en uygun yoldur ve ICD'nin geliştirilmesinde bu yaklaşım göz önüne alınmıştır. ICD, etioloji, topografi vb. kökenli sınıflandırma ile araştırmalar, hasta kayıtları ve yönetim için gereksinim duyulan uzlaşma noktalarının sağlandığı bir sınıflamadır.

ICD, istatistiksel bir sınıflamadır ve bu noktadan hareketle yola çıkmaktadır. Burada ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflama ile tıp kitaplarında bölüm başlarında bulunan hastalık sınıflandırmaları arasındaki ayrımı belirlemek gerekir. Burada, genellikle birbiri ile karıştırılabilecek durumlarla etkenlerinin farklılığına göre düzenlenmiş bir hastalık grubu değerlendirilir. İstatistiksel sınıflamada ise birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. Bu yapısı sayesinde ICD, gerek sağlık hizmetlerinin yönetimi, gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da vermektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır.

Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır.

**ICD10**, alfa-sayısal bir kod yapısına sahiptir. ICD-10 sınıflama yapısında beş düzey bulunmaktadır. 21 bölümden, 260 bloktan oluşmaktadır. 2.035 adet üç basamaklı hastalık kodu, 8.932 adet dört basamaklı hastalık kodu, 45.000 adet beş basamaklı hastalık kodu vardır. ICD -10 Uzmanlığa Dayanan Uyarlamaları, Onkoloji, Diş Hekimliği ve Stomatoloji, Dermatoloji, Psikiyatri, Nöroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Romatoloji, Ortopedi ve Genel Tıp Uygulamaları alanında yapılan ek sınıflamaları kapsamaktadır.

**ICPC-2 ( International Classification of Primary Care)** Wonca (Dünya aile Hekimleri örgütü) tarafından aile hekimliği için geliştirilmiştir. İki eksenli yapısı vardır. Karşılaşma nedeni, tanı ve tedaviyi kodlamayı sağlar. Yaklaşık 1400 kod içerir. İlk kez 1987 yılında yayınlanmıştır. Birinci basamakta başvuru nedenlerinin kodlanması amacıyla geliştirilmiştir. WONCA Uluslararası Sınıflandırma Komitesi WICC tarafından geliştirilmektedir. 1998 yılında ICPC-2 versiyonu yayınlanmıştır. Güncel-

lemeler tarih bilgisi ile birlikte ICPC-2'nin yeni sürümleri biçiminde yayınlanır. ICPC toplam 17 bölümden oluşur.



- A (General and unspecified) Genel ve Tanımlanmış
- B (Blood, blood forming organs, lymphatics, spleen) Kan, kan organları, lenfatik sistem ve dalak
- D (Digestive) Sindirim sistemi
- F (Eye) Göz
- H (Ear) Kulak
- K (Circulatory) Dolaşım Sistemi
- L (Musculoskeletal) Kas İskelet Sistemi
- N (Neurological) Nöroloji
- P (Psychological) Psikoloji
- R (Respiratory) Solunum
- S (Skin) Deri
- T (Endocrine, metabolic and nutritional) Endokrin, Metabolizma ve Beslenme
- U (Urology) Üroloji
- W (Pregnancy, childbirth, family planing) Hamilelik, Doğum, Aile Planlaması
- X (Female genital system and breast) Kadın Üreme Sistemi ve Meme
- Y (Male genital system) Erkek Üreme Sistemi
- Z (Social problems) Sosyal Problemler

Her bölümün 7 bileşeni bulunur. ICPC birinci basamak hekimlerine başvuru nedeni, tanı/sorun listesi ve tedavi sürecini bir arada kodlama ve sınıflama olanağı veren ve birinci basamağın gereksinimleri göz önünde bulundurularak hazırlanmış en kapsamlı ve yaygın kodlama/sınıflama sistemidir. ICPC 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası kodlama ve sınıflama sisteminin birinci basamak parçası olarak seçilmiştir.

**SNOMED** American College of Pathologists tarafından geliştirilmiştir. 1999'da İngiltere Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde SNOMED CT oluşturulmuştur. Kodlama sistemi olmayıp bir tıbbi terminolojidir. Yaklaşık 360 bin başlık içerir.

**ICD-O (Onkoloji):** DSÖ tarafından 1990'da yayınlanan Onkoloji İçin Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-O) hem topografi, hem de morfoloji için kodlama sistemlerine sahip çift eksenli bir sınıflandırmadır. Malign neoplazmlar için, ICD-10'daki gibi, 3 karakterli ve 4 karakterli kategorileri kullanır.[C00-C80] Kötü huylu tümörlerin yerlerinin kodlanmasında ICD-10'dakinden daha fazla detaya inme olanağı verir.



**ICD – DA (Diş Hekimliği ve Stomatoloji):** Oral kavite ve ilişkili dokular-da oluşan, belirtileri olan ya da ilgili hastalıklar veya koşullar için geliştirilmiştir. ICD 10’da sunulandan daha kapsamlı bir sınıflamaya (beşinci basamak) izin verir.

**ICD-NA (Nöroloji) :** ICD-NA tanıların beş, altı, yedi, kırılım seviyesinde kodlama, Alfabetik indeks, Kodlayıcılara kapsam ve kapsam dışı yönlendirmeleri ile doğru kodlama olanağı sağlar.

#### **Tıbbi İsimlendirme Sistemleri**

- **SNOMED RT/CT** (The Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine - Reference Terminology / Clinical Terminology): “Tıpta ve Veterinerlikte Hastalıkların Sistematik İsim Listesi”
- **LOINC** Laboratuvar Tanımlama ve Kodlama Sistemi (Laboratory Observation Identifier Names and Codes)
- **ECRI-UMDNS** Üniversal Tıbbi Nomenkulatur Sistemi (Universal Medical Device Nomenclature System)

#### **Tıbbi Sınıflandırma Sistemleri**

- **ICD-9-CM 9.** Revizyon Hastalıkların Sınıflandırılması Sistemi (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) Volume 1, 3
- **ICD-10** Hastalık ve Sağlıkla İlişkili Durumların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)
- **CPT4** Hekim İşlem Terminolojisi (Physicians’ Current Procedural Terminology, Fourth Edition)
- **ICIDH-2000** Engelli ve kısıtlar için Uluslararası Sınıflama (International Classification of Impairments, Disability and Handicaps)’ dir

#### **İlaç kodları:**

**ATC-** Anatomic Therapeutic Codes. WHO tarafından geliştirilen ilaç kodlama sistemi.

**NDC** Ulusal İlaç Kodları (The National Drug Code)

#### **Prosedür kodları:**

**CPT:** Geçerli Prosedürel Terminoloji (Current Procedural Terminology)

**DRG:** Tanı ile ilişkili gruplar (Diagnosis Related Groups)

**EN 13606** - CEN TC 251 (ISO TC 215)

**READ Kodları-** İngiltere’de geliştirilen ve temelde birinci basamak için tasarlanmış bir sistemdir. Güncel sürümü: READ 2

### Hemşirelik Faaliyetleri: NIC, NOC, NANDA

- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ayrıca NIC, NOC kodlama sistemleri bulunmaktadır.

Hastalıkların sınıflandırması, hastalıkların belirlenmiş ölçütlere göre ayrıldığı bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir (<http://www.spgk.saglik.gov.tr>). Sınıflandırma birçok şekilde yapılabilir. Hastalıkların istatistiksel sınıflandırılması belirli sayıdaki kategoriler içinde hastalık durumlarının tamamını kapsamalıdır. Teorik bir açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına göre (topografi), nedene (etyoloji), dokudaki patolojik değişikliklerin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflamak mümkündür. Sınıflandırmalar bu eksenlerden birine ya da diğerine dayanarak şekillendirilebilir. Fakat pratikte, hastalıkların vücudun birden fazla bölümünü etkileyebilmeleri, bazı hastalıkların nedeninin bilinmemesi ve bazı patolojik değişikliklerin özgün olmaması gibi nedenlerle hiçbir eksen tek başına yeterli değildir. Alternatif olarak, her bir hastalığın birkaç eksene göre sınıflandırıldığı, çok eksenli bir sınıflandırma sistemi kurulabilir, ancak bu durum hastalığın tüm kriterlere göre tanımlanmasını gerektireceğinden kullanımı zorlaştırır. Kodlama süreci, verilerin sınıflandırılması ve sınıflandırılan verilere nümerik veya alfanümerik bir simge atanması işlemidir. Tıbbi tanuların ve hastalara uygulanan girişimlerin kodlanması "klinik kodlama" olarak adlandırılır. Elektronik sağlık kayıtlarında aynı klinik durum veya girişim için farklı terimlerin veya kodlama sistemlerinin kullanılması; verilerin çeşitli amaçlar için çağrılması (data retrieval) gerektiği zaman sorunlara ve verilerin güvenilirlik ve tutarlılığının azalmasına yol açar.



**! Sınıflama Kalitesinin Temelleri** Geçerlilik, Güvenilirlik, Tamamlılık, Zamanlılık

Standart kodlama sistemleri geliştirilmesi için yapılan çalışmaların amacı, benzer durumlar için tüm sağlık personeli tarafından tutarlı tanımlamalar yapılması ve benzer bir terminolojinin kullanılmasının teşvik edilmesidir. Bununla birlikte, tıbbi terminolojinin karmaşıklığı ve halen farklı amaçlarla kullanılmakta olan pek çok kodlama sisteminin bulunması nedeniyle kodlama standartlarının geliştirilmesi zordur.. Klinik kodlama için bir "nomenclature" (isimlendirme) veya bir sınıflandırma sistemi kullanılır. "Nomenclature", bir alanda kullanılan tüm uygun isimler veya terimleri içeren bir liste olarak tanımlanabilir. Bir hastalık isimlendirme sistemi (nomenclature), her hastalık için uygun isimler ile her isme karşılık gelen kodların bir listesidir. Sınıflandırma, benzer maddelerin bir arada gruplandırılmasıdır. Hastalık ve girişim sınıflandırma sistemleri, benzer hastalık ve girişimlerin bir arada sınıflandırılarak tek bir kod atanmasıyla oluşur.

## Türkiye’de Sağlık Kayıtlarının Kodlanma ve Sınıflanması

- Ülkemizde 1965 yılındaki 8. Uluslararası ICD Konferansından sonra hazırlanmış olan 8.versiyon (ICD-8) 2005 yılına kadar kullanılmıştır.
- ICD-8 150 başlıklı liste, I. Basamak Sağlık Kurumlarında, 669 başlıklı liste ise II. ve III. Basamak Sağlık Kurumlarında kullanılmıştır.
- 1977-78 yıllarında çıkarılan 9. versiyon ülkemizde kullanıma geçmemiştir. Ülkemizde yalnızca 3 üniversite hastanesinde kullanılmıştır.
- ICD-10 Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1995 yılında DSÖ’den satın alınmış ve Türkçe’ye çevirisi yapılmıştır
- Türkçe çevirisi yapılan ICD-10’da eksikliklerin giderilmesi amacıyla 2003 yılında Sağlık Bakanlığı ve üniversite uzmanlarından oluşturulan bir heyet ile tekrar gözden geçirilerek eşleştirme işlemleri yapılmış ve terminoloji birlikteliği sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından ICD-10 ilk defa 01.01.2004 yılında Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca, Daire Tabipliğinde uygulaması gerçekleştirilen Hasta Takip Sisteminde kullanılmaya başlanmış ve 01/06/2005 tarihinden itibaren Bakanlığın web sitesinde ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)) anasayfada excel formatında yayımlanmıştır.

Dikkat: 1 Temmuz 2005 tarihi itibarıyla sağlık kuruluşlarında ICD-10’un kullanımı zorunlu hale getirilmiştir.



- Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı koordinasyonunda gerçekleştirilen bu çalışmalar sonucunda Dünya Sağlık Örgütü’nce 1996-2005 yılları arasında yapılan güncellemeler de ilave edilerek ICD-10 Türkçe Sürümü hazırlanmıştır.
- ICD-10’un Onuncu Revizyon Türkçe Sürümü,
- 3 cilt halinde 14-23 Mayıs 2007 tarihlerinde İsviçre, Cenevre’de düzenlenen Dünya Sağlık Örgütü 60. Assamble Toplantısında Dünya Sağlık Örgütüne teslim edilmiştir.
- ICD-10’un sağlık kurumlarında etkili ve verimli kullanımını sağlamak amacıyla Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca ICD-10 Gezgini (Browser) hazırlanmıştır.
- ICD-10 Gezgini Şubat 2006 tarihinde Bakanlığın web sitesinde yayımlanarak tüm sağlık kurumlarının kullanımına sunulmuştur.



Bknz: ICD-10' un 14 Mayıs 2007 tarihinden itibaren güncellenmiş dokümanlarına,

ICD-10 Gezgini (Browser) ve 1.Cilt ICD 10 (PDF Formatında), 2.Cilt ICD 10 (PDF Formatında), 3.Cilt ICD 10 (PDF Formatında) ICD-10 Genişletilmiş Sürüm Versiyon 2 (1.Cilt ICD 10,2.Cilt ICD 10,3.Cilt ICD 10 Excel Formatında) en son halleriyle Sağlık Bakanlığı <http://sbu.saglik.gov.tr/ICD10/> adresinden veya [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresinden ulaşılabilmektedir.

## International Classification of Diseases (ICD 10)

Alfanümerik kodlama yapısına sahiptir. İlk basamakta bir harf ve diğer iki basamakta 0-9 arasında yer alan rakamlardan oluşan bir yapıdır.

ICD-9      ICD 10

003            A03

008.1        A08.1

ICD - 10 üç ciltten oluşmaktadır.

### 1. Cilt

**Tanı listeleri:** Üç ve dört karakter düzeylerinde hastalık ve ölüm tanı listelerini, Neoplazilerin morfolojik sınıflamasını, Özel tabulasyon listelerini, tanımlamaları ve adlandırma düzenlemelerini içermektedir.

Kodlayıcının tek başına 1. Cildi kullanarak doğru kodlamayı yapabilmesi teorik olarak olanaklı olmasına karşın, bu zaman alır ve kodlamalarda hatalara neden olabilir.

### 2. Cilt

Kullanma kılavuzu: ICD'nin yapısını açıklayan genel bilgileri ve kullanımı hakkında bilgileri içermektedir.

### 3. Cilt

Alfabetik Dizin (indeks): ICD-10'da yer alan tüm hastalıkların ve hastalık etkenlerinin alfabetik indeksi bulunmaktadır.

ICD-10'un sınıflandırma yapısında 4 düzey bulunmaktadır.

**Birinci düzey,** hastalıkların genel olarak sınıflandırıldığı 21 bölümden oluşur:

Bölüm I	Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	A00-B99
Bölüm II	Neoplaziler	C00-D49
Bölüm III	Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları Ve İmmun Mekanizmayı İçeren Hastalıklar	D50-D89
Bölüm IV	Endokrin, Nutrisyonel Ve Metabolik Hastalıklar	E00-E99

Bölüm V	Akıl Ve Davranış Bozuklukları	F00-F99
Bölüm VI	Sinir Sistemi Hastalıkları	G00-G99
Bölüm VII	Göz Ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları	H00-H59
Bölüm VIII	Kulak Ve Mastoid Oluşum Hastalıkları	H60-H99
Bölüm IX	Dolaşım Sistemi Hastalıkları	I00-I99
Bölüm X	Solunum Sistemi Hastalıkları	J00-J99
Bölüm XI	Sindirim Sistemi Hastalıkları	K00-K99
Bölüm XII	Cilt Ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları	L00-L99
Bölüm XIII	Kas-İskelet Ve Bağ Dokusu Hastalıkları	M00-M99
Bölüm XIV	Ürojenital Sistem Hastalıkları	N00-N99
Bölüm XV	Gebelik, Doğum Ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları	O00-O99
Bölüm XVI	Perinatal Dönemden Kaynaklanan Hastalıklar	P00-P99
Bölüm XVII	Konjenital Malformasyon, Deformasyon Ve Kromozom Anomalileri	Q00-Q99
Bölüm XVIII	Semptomlar Ve Anormal Klinik Ve Laboratuvar Bulguları	R00-R99
Bölüm XIX	Yaralanma, Zehirlenme Ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar	S00-T99
	Boş Bırakılan Kodlar	U00-U99
Bölüm XX	Hastalık Ve Ölümün Dış Nedenleri	V00-Y99
Bölüm XXI	Sağlık Durumu Ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler	Z00-Z99

**İkinci düzey**, bölüm içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardır.

A00-A09	Barsak enfeksiyöz hastalıkları
A15-A19	Tüberküloz
B65-B83	Helmintiyazlar
B85-B89	Pediküloz, akariyaz ve diğer enfestasyonlar
B90-B94	Enfeksiyöz ve paraziter hastalıkların sekelleri
B95-B97	Bakteriyel, viral ve diğer enfeksiyöz ajanlar

B99 Enfeksiyöz diğer hastalıklar

**Üçüncü düzey**, blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı üç basamaklı hastalık kodlarıdır.

- ICD-10' un temel yapısını 3 basamaklı hastalık kodları oluşturmaktadır.
- Bu düzeyde her hastalığa bir hastalık kodu karşılık gelmektedir.

**Barsak enfeksiyöz hastalıkları (A00-A09)**

- A00 Kolera
- A01 Tifo ve paratifo
- A02 Salmonella enfeksiyonları, diğer
- A03 Şigelloz
- A04 Bakteriyel barsak enfeksiyonları, diğer
- A05 Bakteriyel gıda zehirlenmeleri, diğer
- A06 Amibiyaz
- A07 Protozoal diğer barsak hastalıkları
- A08 Viral ve diğer tanımlanmış barsak enfeksiyonları
- A09 Diyare ve gastroenterit, enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen

**Dördüncü düzey**, üç basamaklı hastalık koduna bir basamak ilave edilmesiyle oluşturulan hastalık kodlarıdır. Hastalıklar bu şekilde detaylı olarak tanımlanmaktadır.

**A00 Kolera**

**A00.0 Kolera, *Vibrio cholorea* 01, biovar kolera'ya bağlı Klasik kolera**

**A00.1 Kolera, *Vibrio cholerae* 01, biovar eltor'a bağlı Kolera eltor**

**A00.9 Kolera, tanımlanmamış**

**A01 Tifo ve paratifo**

**A01.0 Tifo**

*Salmonella typhi*'ye bağlı enfeksiyon

**A01.1 Paratifo A**

**A01.2 Paratifo B**

**A01.3 Paratifo C**

**A01.4 Paratifo, tanımlanmamış**

*Salmonella paratyphi*'ye bağlı enfeksiyon BŞT

**B15 Akut hepatit A**

B15.0 Hepatit A, hepatit komalı

B15.9 Hepatit A, hepatit komasız

### **B16 Akut hepatit B**

B16.0 Akut hepatit B, delta ajanı (ko-enfeksiyon) ile birlikte, hepatik komalı

B16.1 Akut hepatit B, delta ajanı (ko-enfeksiyon) ile birlikte, hepatik komasız

B16.2 Akut hepatit B, delta ajansız, hepatik komalı

B16.9 Akut hepatit B, delta ajansız, hepatik komasız

Hepatit B (akut) (viral) BŞT

**Beşinci Düzey**, dördüncü karakterden farklı bir eksen boyunca alt kırılım için kullanılmıştır. Aşağıdaki yerlerde bulunur:

- XIII. Bölüm – Anatomik bölgelere göre alt bölümler  
M05.01-Felty sendromu, omuz bölgesi
- XIX. Bölüm – Açık ve kapalı kırıklarla açık yara olan ve olmayan kafatası içi, göğüs içi ve karın içi yaralanmalarını belirten alt bölümler
- XX. Bölüm – Olay zamanında girişilen etkinliğin türünü belirten alt bölümler.

## **Hastane Bilgi Sistemlerinde HL7 Mesaj Standardı Kullanım Zorunluluğu**

HL7, 1987 yılında kurulmuş olan bir standart geliştirme organizasyonudur. HL7'nin temel amacı, "Klinik hasta bakım süreci ile sağlık bakımının yönetimi ve değerlendirmelerinin paylaşılmasını desteklemek amacıyla **verilerin değişim, yönetim ve entegrasyonunu sağlayan standartların** oluşturulması" olarak özetlenebilir. Diğer bir deyişle, sağlık bakımı bilişim sistemleri arasında bu sistemlerin birlikte çalışabilirliğini sağlamak için esnek ve maliyeti düşük yaklaşımlar, standartlar, rehberler ve metotlar ortaya çıkarmaktır.

Gelişmiş ülkelerde, sağlık kurum ve kuruluşlarının birbirleri ile veri alışverişinde bulunurken standart olarak kabul edip uygulaya geldikleri HL7 mesajlaşma standardı, her geçen gün daha da yaygın bir kullanım alanı bulmaktadır. Bu çerçevede, Türkiye'de Sağlık-NET ile Hastane Bilgi Sistemlerinin mesaj trafiklerinde HL7 V.3 standardının kullanılması hedeflenmiştir. HL7'nin, sadece sağlık verilerinin alış-verişinde değil, verinin (veri tabanının) modellenmesinde ve klinik doküman yönetiminde de geliştirdiği bazı standartları (RIM ve CDA gibi) vardır. Ancak, Sağlık-NET çerçevesinde aranan şart; **HBS geliştiren firmaların HL7'yi en azından Bakanlık merkezi ile veri alışverişinde kullanmalarıdır**. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu üzerinden standart kodları kullanan, veri

setleri için gerekli verileri (Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tanımlandığı içerik ve formatta) ara yüzünde ve veritabanında toparlayabilen Hastane Bilgi Sistemleri; bu verileri, HL7 mesaj standar dında Bakanlık merkezi ile paylaşamaz ise verilerin Bakanlık tarafından kullanılması mümkün olmayacaktır. Bu sebeple, **yazılım firmalarının HL7 standardı konusunda ciddi bir eğitim ve altyapı çalışmasından geçmeleri zorunlu görünmektedir.**



## Özet



Hasta dosyalarının numaralandırılmasında iki farklı yöntem vardır.

**Alfabetik Sistem:** Dosyalar hastaların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Bu sistem çok fazla kullanılmamakla beraber, hasta sayısı az olan hastanelerde kullanılabilir. **Faydaları:** dosyalar isimlere göre gruplandırılır, herhangi bir indekse tabi olmadan doğrudan sıralama olanağını sağlar, bu yöntem basit ve anlaması kolaydır. **Sakıncaları:** Hastası çok fazla olan hastanelerde isim benzerlikleri fazla olduğundan dosyaları bulmak uzun zaman ister, sık kullanılan isimler kısmı çabuk dolar, ara sıra kaydırma gerekir, çeşitli başlıklar için kavalye etiketler kullanılmasına ihtiyaç gösterir, harflere göre ayrılacak yerleri tahmin etmek zordur.

**Nümerik Numaralama Sistemi** En çok kullanılan sıralama sistemlerinden biridir. Bunun için her dosyaya numara verilir. Bunların sıralanışında çeşitli yöntemler kullanılır **Faydaları:** Sıralama için basit ve herkesin anlayacağı bir sistemdir, ayrıca referansa veya indekslemeye gerek yoktur, istendiği kadar genişletilebilir. **Sakıncaları:** Yanlış numaralandırma yüzünden dosyaların yanlış yere konması söz konusu olabilir, personelin dosyaları yanlış yerlere koymaları mümkündür.

Nümerik numaralama sistemi kendi içerisinde de seri numaralama, ünite numaralama ve seri ünite numaralama olmak üzere üç farklı şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar arasında en uygun olanı ünite numaralama sistemidir. Hasta sayısının azlığına veya çokluğuna bakılmaksızın, bu sistemin uygulanması ekonomik, işlevsel ve zaman kazandırması nedeniyle bütün sağlık kurumu ve kuruluşlarında tercih edilmelidir.

### Sağlık Kayıtlarının Dosyalanma Sistemleri

Sağlık kayıtlarının dosyalanması konusunda çeşitli alternatifler vardır. Bunlar aşağıda verilmiştir

- Alfabetik Dosyalama Sistemi
- Kronolojik Dosyalama Sistemi
- Nümerik Dosyalama Sistemi
- Konu Esasına Göre (Tek Konu-Tek Dosya) Dosyalama Sistemi
- Karma Dosyalama Sistemi

### Renk Kodlama Sistemi :

Son numara gruplarının belirtilmesinde oldukça kullanışlı bir yöntemdir. Her rakama karşılık bir renk verilir. Dosyaların kenarına renkli bantlar yapıştırılır. Böylece hasta dosyalarına uzaktan bakıldığında dosyanın hangi yıla ait olduğu anlaşılabilir. Böylece, dosyaların kaybolma riskleri ortadan kalkmakta, yerlerine yanlış yerleştirilen dosyalar kısa sürede bulunabilmekte ve dosyalara hızlı erişim sağlanabilmektedir.

**Açık Tasnif / Çekmece Sistemi :**

Kurumların arşivlerinde en çok tercih ettiği raf malzemesi açık raf olarak da adlandırılan çelik raflardır. Dosyaları saklamak için çekmeceli dolaplar kullanmak daha koruyucu ve estetik olsa da bu yöntem daha çok küçük ofisler için tavsiye edilmektedir. Açık raf sistemi, arşiv kutuları ile birlikte kullanılmalıdır.

**Kompakt Raf Sistemi**

Yoğun raf olarak da adlandırılan kompakt raf sisteminde, çelik raflar raylar üzerinde hareket ederek birbiri üzerine kapanmakta ve belge depolama açısından her m<sup>2</sup>'de maksimum yoğunluk sağlamaktadır. Yapısal özelliği nedeniyle çok ağır olan kompakt raf sistemi kurulmadan önce binanın durumu statik olarak göz önünde bulundurulmalıdır

**Kişisel Sağlık Kayıtlarının Korunması****Hastanın Tıbbi Kayıtlara Ulaşma Durumu**

Hasta kayıtları sağlık kurumlarında tutulur. Ancak son yıllardaki gelişmelerin de kazanımları olarak artık hastaların da istediklerinde kendi kayıtlarına ulaşabilmeleri mümkün olabilmektedir. Ancak bu gelişmeler Ünite 7'de de belirtildiği gibi sağlık kurumlarının konuya ilişkin sorumluluklarını ortadan kaldırmamaktadır.

Hasta dosyalarının hastalara verilmesi konusu tartışmalı olmakla birlikte, genel kanaat hastanın da istediğinde kendisiyle ilgili bilgilere ulaşabilmesi yönündedir. ABD'de 1974'te çıkarılan kişilik haklarıyla ilgili kanun hastalara böyle bir hak vermektedir. Hatta, azınlıkta da olsa, dosyaları tamamen hastalara vermek ve ofiste sadece özet notlar buldurmanın kayıt hatalarını azaltacağını düşünen hekimler de vardır. 06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge'ye göre kişisel sağlık kaydı kapsamına, hasta ile ilgili sözlü bilgi, yazılı bilgi, tıbbi müdahaleler, ön tanı, teşhisler, grafik imajları, fatura gibi konular girmektedir.

Kaliteli bir dökümantasyon veya kayıt sisteminde önemli kurallar söz konusudur. Bu kurallar aşağıda verilmiştir (Johns,2002;255).

- 1- Doğruluk,
- 2- Kısa ve öz olma,
- 3- Dikkatlilik ( Kusursuz olma ),
- 4-Güncellik,
- 5- Organizasyon,
- 6-Gizlilik ve güvenilirlik

Bu kurallara uygun olarak tutulması gereken sağlık kayıtları için günümüzde sağlık kurumlarının en büyük yardımcıları, hastane bilgi istemle-

ridir. Ancak bilgi sistemlerinin hastanelere uygun yazılmış olması gerekir.

### **Sağlık Kayıtlarının Güvenliği**

Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması amacıyla; Sağlık Bakanlığ'na bağlı bütün kurum ve kuruluşlarda (merkez ve taşra teşkilatları, hastaneler, sağlık ocakları, aile hekimleri vs.) hasta sağlık bilgisinin mahremiyeti hususunda uyulması gereken temel kurallar şunlardır

- 1- Veri güvenliği konusunda üç temel prensibin göz önüne alınması gerekmektedir. Bunlar; gizlilik, bütünlük ve erişilebilirliktir.
- 2- Kurumda kimin hangi yetkilerle hangi verilere ulaşacağı çok iyi tanımlanmalıdır. Rol bazlı yetkilendirme yapılmalıdır ve yetkisiz kişilerin hastanın sağlık kayıtlarına erişmesi mümkün olmamalıdır.
- 3- Sağlık kayıt bilgileri hastaya aittir. Yetkilendirilmiş çalışanlar ancak kendisine kayıtlı olan hastaların sağlık kayıtlarına erişebilmelidirler. Ancak hastanın yazılı onayı ile diğer sağlık çalışanları bu veriye erişebilirler.
- 4- Hasta taburcu olmuş ise hiçbir kurum çalışanı hastanın sağlık kayıtlarına erişemez.
- 5- Hastanın rızası olmadan hiçbir çalışan sözle de olsa hasta sağlık bilgilerini hastanın yakınları dışında üçüncü şahıslara ve kurumlara iletmez.
- 6- Hasta sağlık bilgileri ticari amaçlı olarak da üçüncü şahıslara iletilemez. Hastanın kullandığı ilaçlar, diyet programları vs. buna dahildir.
- 7- Hasta dosyasının bir kopyası hastaya teslim edilmelidir. İlgili mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla hiç bir hasta kaydı, elektronik veya kağıt ortamında üçüncü kişi ve kurumlara verilmemelidir.
- 8- Hastanın dosyasının izlenmemesi için gerekli tedbirler alınmalıdır. [Hasta dosyalarının gelişigüzel ortada bırakılmaması, bilgisayar ekranının başkalarının okunabilecek şekilde bırakılmaması gibi]
- 9- Telefon ile konuşurken hasta ile ilgili mahrem bilgilerin üçüncü şahısların eline geçmemesine azami özen göstermelidir.
- 10-Bütün hasta sağlık kayıtları fiziksel olarak korunmuş mekânlarda saklanmalıdır.
- 11- Elektronik hasta kayıtlarına internet ortamından erişim mümkün olmamalıdır.

### **Tıbbi Görüntülerin Arşivlenmesi**

Hasta dosyalarının ve radyolojik tetkiklerin hasta dosyaları arşivlerinde uzun süre saklanması ile ilgili birtakım problemler yaşanmaktadır. Problemler, bu kayıtlara kurumlarda büyük mekânlar ayrılamaması, fazla sayıda kaydın gizliliği, temizliği ve korunmasının nasıl sağlanacağıdır.

Bütün kayıtları saklamak kurumlara oldukça fazla mali külfet de getirmektedir.

Sağlık kurumları için bir diğer sorun röntgen filmlerinin saklanmasıdır. Filmlerin büyük oluşu, dosyalardan taşması ve arşivleme için fazla yer gerektirmesi kurumlarda güçlük çıkarmaktadır. Tıbbi Görüntü Arşivleme konusunda tıp alanında dünyanın kabul ettiği standart olan DICOM (Digital Image Communication In Medicine) formatında yazılımlar veya bilgisayar ortamında arşivlenebilen ve bilişim teknolojisinin ulaştığı en son aşamalardan biri olan Picture Archiving and Communication System (PACS) Telemedicine Sistemleri kullanılabilir. Artırılabilir kayıt kapasitesi sunan PACS sistemleri aynı zamanda iyi bir görüntü arşivi sistemi olmanın gerekliliklerini de yerine getirmektedir.

### **Sağlık Kayıtlarının Saklanması Süreleri**

Tıbbi kayıtların ve hasta dosyalarının hasta dosyaları arşivlerinde saklanması ile ilgili "sağlık kurumlarında saklanma süresinin yasal olarak ne kadar olduğuna ilişkin" problem yaşanmaktadır. Sağlık kurumlarında hasta dosyaları arşivlerine ayrılan alan sınırlıdır ve çoğu hastane yasal sınırların daha üstünde hasta dosyası saklamak istememektedir. Bu yüzden yasal saklama sürelerinin açık olarak tüm sağlık kurumları tarafından bilinmesi son derece önemlidir. Saklanma süreleri ile ilgili Türkiye'deki ilgili mevzuat aşağıda verilmiştir.

Kurumlarda saklanan belgeler ile ilgili temel kanun olan "Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun 1988 yılında 3473 sayı ile yayınlanmıştır. Kanuna bağlı olarak 1988 yılında çıkarılan "Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmelik" ise 2001 ve 2005 yıllarında değişiklik görmüştür. Bu yönetmeliğe göre kurum ve kuruluşlar kendi yönergelerini hazırlamakla görevlendirilmiştir.

"Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmeliğe göre tıbbi kayıtlar ve hasta dosyaları arşivleri önce arşivlik malzeme, daha sonra da arşiv malzemesi sayılmaktadır. Arşivlerde saklama süreleri ile ilgili olarak da ilgili yönetmeliğin 5. ve 25.md sinde şöyle denmiştir.

**"Madde 5-25** Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için "Birim Arşivleri", daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için "Kurum Arşivleri"ni kurarlar. Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır."

Buna göre her şeyden önce hasta dosyalarının kurum arşivlerinde en az 14 yıl süre ile saklanması gereklidir. Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmeliğin 44.md sinde "mükelleflerin, gördükleri hizmetler, yaptıkları haberleşme ve işlemlere ait belgelerin bir arada bulunmasını sağlamak amacıyla dosya planları ile dosya yönergelerini hazırlamakla yükümlü " oldukları belirtilmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı

belirli aralıklar ile yenilediği (en son 2007 yılında hazırlanmıştır) standart bir dosya planı hazırlamış ve burada saklama sürelerini belirtmiştir. "Sağlık Bakanlığı Yataklı ve Yataksız Tedavi Kurumlarında Yapılan Tespit ve Değerlendirme Raporu" olarak belirtilen bu mevzuatta hasta dosyaları ve filmler için genel olarak bir süre belirtilmemiş "kurumlarda saklandığı" ifade edilmiştir. Buna göre md.25 ' göre "15 yıl" saklanma süresi olarak kabul edilmektedir. Yeni doğan bebek dosyaları ve adli dosyalar içinse süre 20 yıl olarak belirtilmiş, adli dosyalar için bu sürenin sonunda da "Devlet arşivlerine gönderilmesi gerektiği" belirtilmiştir. Ancak genel uygulama olarak hastaneler adli dosyaları bu sürenin sonunda da kendi bünyelerinde saklamaktadır. Aynı dosya planında dijital görüntülerin içeriğine göre 10 veya 20 yıl arasında saklanması gerektiği belirtilmiştir. Dosya planında yine transplantasyon, böbrek taşı, ürojinekoloji ve pediatrik üroloji dosyaları için, fototerapi kayıtları dosyası için sadece kurumunda saklanacağını belirtmiş, süre vermemiştir

Üniversite hastanelerde "adli vaka olan ex bebek dosyalarının" 50 yıl saklanması gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinde hasta dosyalarının, ameliyat defterinin, adli rapor dosyasının, film dosyalarının, tüp bebek dosyalarının, doğum defterinin, transplantasyon dosyalarının 100 yıl süre ile saklanması gerektiği üniversiteler için oluşturulan yukarıda sözü edilen mevzuatta belirtilmiştir. Patoloji raporları, bronkoskopi-torokoskopi-biopsi raporları, kroniofasial hasta grubunun slide, tomografi görüntüleri, uyku laboratuvarı kayıtları, EMG arşivi, EEG, EMG raporları, sintigrafi çekimleri, MR; BT, Anjiyografi, Ultrasonografi, Mamografi görüntüleri, radyoterapi dosyası, protez izlem dosyası ise 50 yıl süre ile saklanması gereken belgeler arasında sayılmaktadır. Bunun dışında birim ve kurum arşivinde saklama süreleri 5, 8, 10, 15 ve 25 yıl arasında değişen çok çeşitli kayıt, dosya, film ve defter vb. bulunmaktadır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 48.md. sine ".. ilgili diğer mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla, özel hastanede tutulan hasta dosyaları, en az yirmi yıl süre ile saklanır.." hükmü bulunmaktadır. Aynı şekilde 2000 yılında çıkarılan "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 53.md.sinde de "...sağlık kuruluşuna başvuran hastaların dosya ve kartları arşivde beş yıl süre ile saklanır.." denilmektedir.

Borçlar Kanunu'nun 125.md.sine göre davalarda zaman aşımı 10 yıl olarak belirlemiştir. Bu nedenle herhangi bir hasta dosyasının bir adli dosyaya dönüşme ihtimali nedeni ile yine en az 10 saklanması gereklidir. Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerinde tıbbi kayıtların 1-10 yıl arasında saklanması gerektiği belirtilmektedir.

### **Belgeleri Saklamada Seçenekler**

Tüm hasta belgelerinin seçilmiş hastanelerde sürekli saklanması (özel dal, eğitim )

Tüm hasta belgelerinin seçilmiş yıllarda saklanması (çift yıl, iki senede bir )

Hasta belgelerinin belirli kısımlarının saklanması

Hasta belgelerinin sayısına ve dosyaların kalınlığına göre saklanması

Sistematiik örneklem ile saklama

Tıbbi kayıtların yasal süreler dışında saklanma biçimleri çoğunlukla aktif ve pasif olma durumlarına bakılarak düzenlenmektedir. Aktif hasta dosyası, hastanın hastaneye en son gelişinden itibaren en fazla 3-5 sene geçmiş; yani en fazla 3-5 senede hastanın yeniden hastaneye başvurusu ile aralıklarla ve sürekli kullanılan dosyadır. Pasif hasta dosyası ise aktif dosya kriterlerine uymayan, uzun süredir tekrar kullanılmamış dosyadır. Pasif dosyalar hasta dosyaları arşivinin asıl bölümünden çıkartılarak daha az kullanılan bir bölüme taşınmaktadırlar. Tıbbi kayıtların saklanması sırasında en uygun yöntem standartlara uygun şekilde, en uzun süreli olacak şekilde saklamaktır.

### **Kurum Arşivinde Ayıklama Ve İmha**

Sağlık kurumlarında tıbbi kayıtlar saklama süreleri sonunda imha edilebilirler. Sağlık kurumlarında arşivinde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri, 1988'de Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında çıkarılan **Değişik 08/08/2001 Tarihli Yönetmeliğin** dört ve beşinci kısmındaki hükümlere göre yapılması gereklidir.

Yönetmelikte "kurum arşivlerinde yapılacak ayıklama ve imha işlemleri için arşiv hizmet ve faaliyetlerinin düzenlenmesi ve yürütülmesinden sorumlu birim amirinin veya Kurum Arşiv sorumlusunun başkanlığında,

- Kurum Arşivinden görevlendirilecek iki memur ile,

- Malzemeleri ayıklanacak ve imha edilecek ilgili daire ve ünitenin amiri tarafından görevlendirilecek, kamu idaresi, evrak yönetimi ve aynı zamanda bağlı olduğu daire ve ünitenin verdiği hizmetlerde bilgi sahibi iki temsilciden oluşan **Kurum Arşivi Ayıklama ve İmha Komisyonu** kurulur" denmektedir.

Kurum, kuruluşlar arşiv malzemesinin devri konusunda ihtiyaç duyarlarsa Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü'nden rehberlik hizmeti talep edebilirler.

### **Sağlık Kayıtlarında Kodlama Ve Sınıflama**

#### **Kodlama ve Sınıflama Sistemlerinin Tarihçesi**

Hastalıklarla ilgili istatistik çalışmalarının geçmiş 300 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. İlk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili London Bills of Mortality adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında, ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre ol-

dukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar için de benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir. Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. yüzyılda başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere Genel Kayıt Bürosunda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Yüzyılın 2. yarısında çalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken üçüncü bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur. Uluslararası İstatistik Enstitüsü, 1891 yılında Jacques Bertillon başkanlığında ölüm nedenleri ile ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuş, bu komitenin yapmış olduğu çalışmalar 1893 yılında bitirilmiş ve önerileri Enstitü tarafından kabul edilmiştir. Sınıflama, genel hastalıklar ile belli bir organ ya da anatomik bölgeye özgü hastalıkların birbirinden ayrılması ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma başlangıçta "Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması" olarak adlandırılmış ve birçok Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır.

1900 yılına Fransa hükümeti, Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflamasının (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmış ve bugün onuncu revizyon olan ICD-10'a kadar ulaşmıştır. 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 6. konferanstan bu yana Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasından sorumlu olmuştur

### **Kodlama ve Sınıflandırılma Sistemleri**

Tıbbi kavramların tutarlı gruplar oluşturacak şekilde sınıflandığı ve oluşturulan her sınıfa sayısal veya alfa-sayısal benzersiz bir kodun atandığı sistemlerdir.

Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması, uluslararası düzeyde İngilizce olarak International Classification of Diseases ya da kısaca ICD olarak kullanılan tanımlamanın dilimizdeki karşılığıdır. Aslında "Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması" tanımı da bir kısaltmadır. Tam şekli ise "Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması"dır (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Bir hastalık sınıflandırması, hastalık isimlerinin kesin kriterlere göre bir araya getirilmesinden oluşan bir kategoriler sistemi olarak tanımlanabilir. Tamamen teorik bir açıdan bakılırsa, hastalıkları çeşitli eksenlerde, örneğin etkilenen vücut kısmına göre (topografi), nedene (etiyojoloji), dokudaki patolojik değişikliğin tipine (morfoloji) ya da sonuçta ortaya çıkan fonksiyonel anormalliğe göre sınıflama yapmak mümkündür. Sınıflandırmalar bu eksenlerden birine ya da diğerine dayanarak şekillendirilebilir.

ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktır.

Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır.

**ICD10**, alfa-sayısal bir kod yapısına sahiptir. ICD-10 sınıflama yapısında beş düzey bulunmaktadır. 21 bölümden, 260 bloktan oluşmaktadır 2.035 adet üç basamaklı hastalık kodu, 8.932 adet dört basamaklı hastalık kodu, 45.000 adet beş basamaklı hastalık kodu vardır. ICD -10 Uzmanlığa Dayanan Uyarlamaları, Onkoloji, Diş Hekimliği ve Stomatoloji, Dermatoloji, Psikiyatri, Nöroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Romatoloji, Ortopedi ve Genel Tıp Uygulamaları alanında yapılan ek sınıflamaları kapsamaktadır.

**ICPC-2 ( International Classification of Primary Care)** Wonca (Dünya aile Hekimleri örgütü) tarafından aile hekimliği için geliştirilmiştir. İki eksenli yapısı vardır. Karşılaşma nedeni, tanı ve tedaviyi kodlamayı sağlar. Yaklaşık 1400 kod içerir.

**SNOMED** American College of Pathologists tarafından geliştirilmiştir. 1999'da İngiltere Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde SNOMED CT oluşturulmuştur. Kodlama sistemi olmayıp bir tıbbi terminolojidir. Yaklaşık 360 bin başlık içerir.

**ICD-O (Onkoloji):** DSÖ tarafından 1990'da yayınlanan Onkoloji İçin Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-O) hem topografi, hem de morfoloji için kodlama sistemlerine sahip çift eksenli bir sınıflandırmadır. Malign neoplazmlar için, ICD-10'daki gibi, 3 karakterli ve 4 karakterli kategorileri kullanır.[C00-C80] Kötü huylu tümörlerin yerlerinin kodlanmasında ICD-10'dakinden daha fazla detaya inme olanağı verir.

**ICD – DA(Diş Hekimliği ve Stomatoloji):** Oral kavite ve ilişkili dokular da oluşan, belirtileri olan ya da ilgili hastalıklar veya koşullar için geliştirilmiştir. ICD 10'da sunulandan daha kapsamlı bir sınıflamaya (beşinci basamak) izin verir.

**ICD-NA (Nöroloji) :** ICD-NA tanılarının beş, altı, yedi, kırılım seviyesinde kodlama, Alfabetik indeks, Kodlayıcılara kapsam ve kapsam dışı yönlendirmeleri ile doğru kodlama olanağı sağlar.

#### **Tıbbi İsimlendirme Sistemleri**

- SNOMED RT/CT (The Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine - Reference Terminology / Clinical Terminology): "Tıpta ve Veterinerlikte Hastalıkların Sistematik İsim Listesi"

LOINC (Laboratory Observation Identifier Names and Codes)

- ECRI-UMDNS (Universal Medical Device Nomenclature System)



**Tıbbi Sınıflandırma Sistemleri**

- **ICD-9-CM** (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) Volume 1, 3
- **ICD-10** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision)
- **CPT4** (Physicians' Current Procedural Terminology, Fourth Edition)
- **ICIDH-2000** (International Classification of Impairments, Disability and Handicaps)' dir

**İlaç kodları:**

**ATC-** Anatomic Therapeutic Codes. WHO tarafından geliştirilen ilaç kodlama sistemi.

**NDC** (The National Drug Code)

**Prosedür kodları:**

**CPT:**Current Procedural Terminology

**DRG:** Diagnosis Related Groups

**EN 13606** - CEN TC 251 (ISO TC 215)

**READ Kodları-** İngilterede geliştirilen ve temelde birinci basamak için tasarlanmış bir sistemdir. güncel sürümü: READ 2

**Hemşirelik Faaliyetleri:** NIC, NOC, NANDA

**NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) ayrıca NIC, NOC kodlama sistemleri bulunmaktadır.

**Türkiye'de Sağlık Kayıtlarının Kodlanma ve Sınıflanması**

1 Temmuz 2005 tarihi itibarıyla sağlık kuruluşlarında ICD-10'un kullanımını zorunlu hale getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı koordinasyonunda gerçekleştirilen bu çalışmalar sonucunda Dünya Sağlık Örgütü'nce 1996-2005 yılları arasında yapılan güncellemeler de ilave edilerek ICD-10 Türkçe Sürümü hazırlanmıştır.

ICD-10'un Onuncu Revizyon Türkçe Sürümü, 3 cilt halinde 14-23 Mayıs 2007 tarihlerinde İsviçre, Cenevre'de düzenlenen Dünya Sağlık Örgütü 60. Assamble Toplantısında Dünya Sağlık Örgütüne teslim edilmiştir. ICD-10'un sağlık kurumlarında etkili ve verimli kullanımını sağlamak amacıyla Bilgi İşlem Daire Başkanlığınca ICD-10 Gezgini (Browser) hazırlanmıştır. ICD-10 Gezgini Şubat 2006 tarihinde Bakanlığın web sitesinde yayımlanarak tüm sağlık kurumlarının kullanımına sunulmuştur.

**International Classification of Diseases (ICD 10)**

Alfanümerik kodlama yapısına sahiptir. İlk basamakta bir harf ve diğer iki basamakta 0-9 arasında yer alan rakamlardan oluşan bir yapıdır.

ICD-9	ICD 10
003	A03
008.1	A08.1

ICD - 10 üç ciltten oluşmaktadır.

**1. Cilt Tanı listeleri:** Üç ve dört karakter düzeylerinde hastalık ve ölüm tanı listelerini, Neoplazilerin morfolojik sınıflamasını, Özel tabulasyon listelerini, tanımlamaları ve adlandırma düzenlemelerini içermektedir.

Kodlayıcının tek başına 1. Cildi kullanarak doğru kodlamayı yapabilmesi teorik olarak olanaklı olmasına karşın, bu zaman alır ve kodlamalarda hatalara neden olabilir.

**2. Cilt Kullanma kılavuzu:** ICD'nin yapısını açıklayan genel bilgileri ve kullanımı hakkında bilgileri içermektedir.

**3. Cilt Alfabetik Dizin (indeks):** ICD-10'da yer alan tüm hastalıkların ve hastalık etkenlerinin alfabetik indeksi bulunmaktadır.

### Hastane Bilgi Sistemlerinde HL7 Mesaj Standardı Kullanım Zorunluluğu

HL7, 1987 yılında kurulmuş olan bir standart geliştirme organizasyonudur. HL7'nin temel amacı, "Klinik hasta bakım süreci ile sağlık bakımının yönetimi ve değerlendirmelerinin paylaşılmasını desteklemek amacıyla **verilerin değişim, yönetim ve entegrasyonunu sağlayan standartların oluşturulması**" olarak özetlenebilir. Diğer bir deyişle, sağlık bakımı bilişim sistemleri arasında bu sistemlerin birlikte çalışabilirliğini sağlamak için esnek ve maliyeti düşük yaklaşımlar, standartlar, rehberler ve metotlar ortaya çıkarmaktır.



### Gözden Geçir

Sağlık Kayıtlarının numaralama sistemleri ve dosyalama sistemlerinden en çok tercih edilenleri hangileridir? Neden?

Sağlık kayıtlarının güvenliği nasıl sağlanabilir?

Sağlık Kayıtları gerektiğinde nasıl ayıklanır ya da imha edilir?

Sağlık Kayıtlarında kullanılan kodlama ve sınıflama sistemleri nelerdir?

## Kaynaklar



Balcı, A.E. (2001). *Tıbbi Dökümantasyon ve Tıbbi Arşivler*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.

Benli, D. ve Özalp, H. (1996). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara: Somgür Yayıncılık.

Boyacı, O. ve Ulaş, M. (2007). PACS ve Medikal Görüntülerin Sayısal Olarak Arşivlenmesi. <http://www.ab.org.tr> adresinden 12.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

Buck, C. (2006). *Step By Step Medical Coding*, USA: Saunders Elsevier.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (1988). [www.devletarşivleri.gov.tr](http://www.devletarşivleri.gov.tr) adresinden 3.4.2009 tarihinde erişilmiştir.

Green, M.A. ve Bowie, M.J. (2005). *Essentials of Health Information Management*. USA: Thomson & Delmar Learning.

Kuehn, L. ve Stewart, M. (1996). Data Access and Retention. In: *Health Information Management A Strategic Resource*. Ed: Abdelhak, M.; Grostic, S. ve diğ. USA: WB Saunders Company. pp:178-213

Uçmaz, R. (2002). *Tıbbi Dökümantasyon (Tıbbi Arşivcilik)*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.

\* S.B. (2009). [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat) adresinden 2.4.2009 tarihinde erişilmiştir.



## Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi hasta sayısının azlığına veya çokluğuna bakılmaksızın, uygulanabilecek ekonomik, işlevsel ve zaman kazandırması nedeniyle bütün sağlık kurumu ve kuruluşlarında tercih edilen numaralama sistemidir?

- a) Alfabetik Sistem
- b) Seri Numaralama Sistemi
- c) Ünite Numaralama Sistemi
- d) Seri-Ünite Numaralama Sistemi

2. Aşağıdakilerden hangisi seri numaralama sistemini tanımlar?

- a) Hasta hastaneye ilk gelişinde bir numara verilerek dosya açılır. Hasta hastaneye her gelişinde aynı dosya ile işlem yapılır. Dolayısıyla hastanın hastanede tek bir dosyası bulunur.
- b) Hasta hastaneye her geldiğinde yeni bir dosya numarası verilir.
- c) Hastanın her gittiği bölümde bir dosya numarası verilir.
- d) Hastanın soyadına göre bir sıra numarası verilir.

3. ICD 10 aşağıdakilerden hangisi için kullanılır?

- a) Hastalıkların sınıflandırılması sistemidir.
- b) Hasta dosyalarının sınıflandırılması sistemidir.
- c) Hasta dosyalarının numaralandırılma sistemidir
- d) Hasta dosyalarının numataya göre arşivlenmesi sistemidir.
- e) Arşiv düzenleme sistemidir.

4. Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) HL7, 1987 yılında kurulmuş olan bir standart geliştirme organizasyonudur.
- b) International Classification of Diseases (ICD10) Alfanümerik kodlama yapısına sahiptir.
- c) NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik faaliyetleri kodlama sistemidir.
- d) ICD 10 arşiv hasta dosyalarının sınıflandırma sistemidir.

5. Sağlık Bakanlığının 2007 yılında yenileyerek hazırladığı standart dosya planına göre hasta dosyasını saklama süresi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 10 yıl
- b) 100 yıl
- c) 50 yıl
- d) 15 yıl



# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2 Hasta Dosyaları

3 Sağlık Kayıtları ve İçeriği

4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6 Sağlıkta E-Dönüşüm

7 Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Hasta Dosyaları Arşivlerinin Temel Öğeleri
  - İnsan gücü
    - Arşiv Memurunun Görevleri
    - Hasta Dosyaları Arşiv Yöneticisi İş Tanımı
    - Tıbbi Kodlamacı ve İstatistikçi İş Tanımı
    - Tıbbi Sekreter İş Tanımı
  - Merkezi Yerleşim Alanı
  - Bütçe
  - Arşiv Komitesi
    - Arşiv Komitesinin Sorumlulukları ve Faaliyetleri
    - Arşiv Komitesinin Üyeleri
- Hasta Dosyaları Arşivinin Yeri
- Arşivin Mimari Yapı Ve Özellikleri
  - Arşiv İçerisinde Dosyalar İçin Saklama Mekanı
  - Arşiv Personel Alanı İçin Çevresel Koşullar
- Hasta Dosyaları Arşivinin Görevleri
- Hasta Dosyaları Arşivinin Bölümleri
  - Eksik Dosyalar Bölümü
  - Tıbbi Sekreterlik Bölümü
  - Kodlama Bölümü
  - Hasta İndeksleri Bölümü
    - İndeks Kartları
      - Hastalık İndeksi
      - Ameliyat İndeksi
    - Bilgisayarla İndeksleme
    - Barkotları Kullanma
    - Yüz Tarama Yazılımları
    - Hasta Tanıtım Kartı



- Haberleşme Bölümü
- Dosyalama Bölümü
- Araştırma Bölümü
- Dosyalama Yöntemleri
  - Yatık Dosyalama
  - Dikine Dosyalama
- Hasta Dosyaları Arşivinin Yönetim Ve Organizasyonu
  - Merkezsel Örgütlenme Modeli
  - Dağınık Örgütlenme
  - Karma Örgütlenme
- Diğer Ünitelerle Fonksiyonel İlişkiler

## Ünite Hakkında

Bu ünite hastalar arşivinin temel öğeleri ve arşivde çalışan personelin iş tanımları yapılmıştır. Arşivin merkezi yerleşim alanı, bütçesi arşiv komitesi ve bu komitenin sorumlulukları ile üyelerinden bahsedilmiştir. Hasta dosyaları arşivinin yeri, arşivin mimari yapı ve özellikleri, arşiv içerisinde dosyalar için saklama mekanı ve çevresel koşullar anlatılmıştır. Ayrıca bu ünite hastalar arşivinin görevleri, bölümleri verilmiştir. Dosyalama yöntemleri, hasta dosyaları arşivinin yönetim ve organizasyonu diğer ünitelerle fonksiyonel ilişkiler bu ünite anlatılmıştır.



## Öğrenme Hedefleri

Bu üniteyi tamamladığınızda:

- Hasta dosyaları arşivinin temel öğelerini bilecek ve öğelerden memurlara düşen görevlerin farkına varacaksınız.
- Arşivlerin mimari yapısı ve özelliklerini bileceksiniz.
- Arşivlerin sahip oldukları bölümlerin beler olduğunu bilecek ve bu bölümleri planlayabileceksiniz.
- Arşivlerdeki dosyalama sistemlerini bileceksiniz.
- Hasta dosyaları arşivinin yönetim ve organizasyon yapısını planlayabileceksiniz.



## Üniteyi Çalışırken

- Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın
- Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.

Geçmiş ile bugün arasında bağlantı kurmak gibi hayati bir görev yüklenen ve bir milletin en kıymetli hazinesi olan arşivler; bütün ülkelerin büyük önem verdikleri bir konudur (Artukoğlu, 2002: 16). Kurumlarda arşiv yönetiminin başlıca görev ve fonksiyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- a) Arşiv malzemesini belirlemek ve ayırmak,
- b) Arşiv malzemesini kayba uğramadan korumak.
- c) Arşiv malzemesini gerekli şartlarda saklamak.
- d) Arşiv malzemesini faydalanmaya sunmak.



Arşiv malzemesi konuya ilişkin mevzuatta, "Türk devlet ve millet hayatını ilgilendiren, en son istem tarihi üzerinden otuz yıl geçmiş veya üzerinden on beş yıl geçtikten sonra kesin sonuca bağlanması, kurumların işlemleri sonucunda oluşmuş ve onlar tarafından muhafaza edilen Türk Milletinin geleceğine tarihi, siyasi, kültürel, sosyal, hukuki ve teknik değer olarak intikal etmesi gereken, tarihi, hukuki, idari, askeri, iktisadi, dini, ilmi, edebi, estetik, kültürel, biyografik, jeolojik ve teknik herhangi bir konuyu aydınlatmaya, düzenlemeye ve tespite yarayan, ayrıca ait olduğu devrin ahlak, örf ve adetlerini ve çeşitli özelliklerini belirten, her türlü yazılı evrak, defter, resim plan, harita, proje, mühür, damga, fotoğraf, film, ses ve görüntü bandı, baskı ve benzeri belgeler ve malzemeler ile son işlem tarihinden yüz bir yıl geçmemiş memuriyet sicil dosyaları, gerçek ve tüzel kişilerle veya yabancı devlet ve milletlerarası kuruluşlarla akdedilen ikili ve çok taraflı anlaşmalardır" şeklinde ifade edilir (www.devletarşivlerigov.tr).

**Dosya;** güncel kullanım veya arşivsel düzenleme sırasında bir araya getirilecek gruplanmış belge birimi, bir kuruluşun evraklarının tümü veya bir kısmı için kullanılan genel terimdir.

**Hasta dosyası;** hasta ve yaralıların tedavisi sürecinde oluşan belgelerden meydana gelen, o hasta ya da yaralıya ait belgeler topluluğudur.

**Dosyalama;** yapılan faaliyetler sırasında ortaya çıkan her türlü yazılı, basılı kayıtlar, banda veya filme alınmış belgelerin; çeşitli şekillerde (cilt, klasör, çekmece, v.b.) belli amaçlara uyularak saklanmasıdır.





Bir dosyalama sisteminin seçiminde dikkat edilecek unsurlar:

- Kurumun gördüğü işin özelliği,
- Kurumun yapısı ve büyüklüğü,
- İş yükü (Dosyalanacak belgenin niceliği),
- Arşiv personelinin sayısı ve niteliği,
- Sistemin ekonomikliği (Kuruluş ve işleyiş maliyeti),
- Sistemin hata yapabilirliği hesabının yapılması,
- Belge ortamı, boyutu ve şekli.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletmesi Yönetmeliğinin 32. maddesinde "her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur ve servislerin olanakları ölçüsünde işi biten dosyalar buraya kaldırılır" şeklinde belirtilmiştir.

## Hasta Dosyaları Arşivinin Temel Öğeleri

Hasta dosyaları arşivi gerek kurulmaları sırasında gerekse kurulduktan sonra sahip olmaları gereken temel öğeler insan gücü, merkezi yerleşim alanı, bütçe ve arşiv komitesidir. Bundan sonraki bölümde bu öğeler hakkında açıklamalara yer verilmiştir.

### İnsan gücü

Her hasta dosyaları arşivinde, konusunda eğitim yapmış en az bir arşiv yöneticisi bulunmalıdır. Ancak bu sayede hasta dosyaları arşivinde daha fonksiyonel bir çalışmaya yön verilebilir. Arşiv sorumlusu hasta dosyaları arşivinin insan gücü, yerleşim alanı, bütçe, yönetim ve denetim ile ilgili sorunları ana hatlarıyla tespit edilerek sağlık kurumu yöneticilerine iletilir (Scichilone ve Barr, 1996: 486; Johns, 2002: 17).

Hasta dosyaları arşivlerinde görev alacak gerek mesleki eğitim görmüş ve gerekse daha alt düzeyde eğitim yapmış yardımcı personelin sayısı, temin edilmesi, bilgi tazeleme kurslarıyla bilgilendirilmeleri, yapacakları işlerin tanımlanması, yapılan işlerin değerlendirilmesi, bağlı olacakları statü, alacakları ücret kuruluş yöneticilerinin çözümlemesi gereken sorunlardandır. Hiç şüphesiz ilgili bakanlıklar da konunun önemine uygun olarak yasal düzenlemelere gitmelidir. Ancak böylelikle meslek cazip hale gelecek ve daha fazla sayıda kişi bu mesleği seçebilecektir. Dolayısıyla bu meslekte çalışan elemanların daha bilgili ve becerili olmaları sağlanabilecektir.

### Arşiv Memurunun Görevleri

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 157. md.sinde arşiv memurunun görevleri tanımlanmıştır. Bu maddeye göre arşiv memuru sağlık istatistikçisine bağlı olarak, 66. maddeye göre arşivleme yapılan kurumlarda ilk müracaat eden hastaların arşiv defterine kaydını yaparak

polikliniğe gidecek muayene fiş veya dosyasını hazırlar ve her dosya üzerine arşiv defterindeki kayıt numarasını işler. İşi biten hasta dosyalarını, arşiv tekniği bakımından kontrol ile noksanlarını tamamlattırıp düzenli bir şekilde yerleştirir. Yardımcı kayıtları (çeşitli endeks tipleri) geliştirir ve istatistikle ilgili bir görevli yoksa istatistik yapar ve bunları uluslararası hastalıkları tasnifine göre hastalık ve ameliyat kod numaraları konulmuş dosyalara yerleştirir.

Arşiv memuru, hekimlerin inceleme, araştırma, makale, test, istatistik ve rapor hazırlamak gibi ilmi çalışmalarında ve günlük arşiv araştırmalarında kendilerine yardımcı olur. Arşivi devamlı olarak gözetimi altında bulundurur. İlgisi olmayanlara dosya vermez. Arşivin genel düzen ve temizliğini sağlar.

#### Arşiv Görevlilerinin Sorumlulukları

- Dosyalama işlemlerini, arşivleme teknik ve yöntemlerine uygun bir şekilde yürütmek.
- Tıbbi dokümantasyon merkeziyle iş birliği içinde çalışmak.
- İstatistiksel sonuç alma sistemlerini oluşturmak.
- İndekslerin oluşumunu sağlamak.
- Dosyaların emniyetle korunmasını ve saklanmasını sağlamak.
- Hasta bilgilerinin gizliliği ilkesine kesinlikle uymak.



Türkiye'deki mevzuata göre, sağlık kurumlarının hasta dosyaları arşiv birimlerinde yönetici olarak şef veya memur kadrosu ile personel çalıştırılmaktadır. Ancak yurt dışında özellikle de Amerika'da, Ünite 1'de de anlatıldığı gibi, hasta dosyaları arşiv yöneticilerinin sorumlulukları daha fazla ve mezuniyetleri de en az lisans düzeyinde olmak üzere standarttır (Scichilone ve Barr, 1996: 480; Edwards, 2000: 252; Johns, 2002: 17).

Aşağıda hasta dosyaları arşiv yöneticisi olarak çalışabilecek bir personele ait iş tanımı verilmiştir. Tüm sağlık kurumlarında hasta dosyaları arşiv yöneticisi olarak çalıştırılacak kişi için örnekteki gibi, sağlık kurumunun özellikleri, de dikkate alınarak bir iş tanımı hazırlanmalı ve kişiye de işe başladığında verilmelidir. Sağlık kurumlarında çalışan her personel için "iş tanımlarının hazırlanması" Türkiye'deki İş Kanunu'na göre özel hastaneler için de yasal bir zorunluluktur (<http://www.iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu/4857-sayili-is-kanunu-turkce>).

### Hasta Dosyaları Arşiv Yöneticisi İş Tanımı

<b>BÖLÜM</b>	Hasta Dosyaları Arşivi
<b>İŞİN ADI</b>	Hasta Dosyaları Arşivi Yöneticisi
<b>KODU</b>	(Kurum tarafından verilir)
<b>BAĞLI OLDUĞU BİRİM</b>	Hastane Müdürlüğü
<b>İŞİN ÖZETİ</b>	Hasta dosyaları arşivi biriminin faaliyetlerini planlamak, örgütlemek, yönlendirmek ve denetlemek
<b>GÖREVLER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastanenin tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşivi hizmetleri yönetmesine göre tüm birimin faaliyetlerini yönetme.</li> <li>2. Hasta dosyaları arşivi birimi ile ilgili araç, gereç ve malzemeleri seçme, temin etme ve denetleme.</li> <li>3. Hasta dosyaları arşivi biriminde çalışacak personeli seçme, eğitme ve denetlenmesi.</li> <li>4. Hasta dosyaları arşivi birimini güvenli, ekonomik ve düzenli çalıştırma.</li> <li>5. Hastanede hasta dosyaları arşivi birimi ile birebir çalışan birimlerde ilişki içinde olunan iş görenleri eğitme.</li> <li>6. Hasta dosyaları arşivi birimi ile birlikte çalışması gereken tüm komiteler ile koordineli olarak görev yapılmasını sağlama.</li> <li>7. Hasta dosyaları arşivinin tüm alt birimleri için (dosyalama, eksik dosya, kodlama, tıbbi istatistik, haberleşme (adli dosya), araştırma ve tıbbi sekreterlik) uygun çalışma ortamının oluşturulması.</li> <li>8. Hasta dosyaları arşivine gelen stajyer öğrencilerin eğitim faaliyetlerini düzenlemek.</li> <li>9. Hasta dosyaları arşivinin biriminin (özellikle de dosyalama biriminin) fiziksel ortamı ile ilgili gereken tamir ve onarım işlerini organize etmek.</li> <li>10. Tüm alt birimlerde çalışan iş görenlerin sürekli hizmet içi eğitimlerini organize etme, hizmet içi eğitimlerin iş görenlerce kullanılabilirliği, etkililiğini izleme ve değerlendirme.</li> <li>11. Hasta dosyaları arşivi biriminde oluşabilecek diğer görevleri yerine getirme.</li> <li>12. Her bir alt birim için iş akış şemalarının çıkartılarak kullanılması ve zaman içerisinde gerekli iyileştirmelerin yapılması.</li> <li>13. Kurum içi ve dışından gelenlerin araştırma alt biriminden faydalanmasının organizasyonun yapılması.</li> </ol>

	<p>14. Tüm alt birim iş görenlerinin (özellikle ve daha sıklıkla olmak üzere kodlama bölüm iş görenlerinin) yaptıkları işlerin düzenli ve randomize denetimi.</p> <p>15. Eksik tıbbi dosya ve tıbbi kayıtları düzenli ve randomize denetimi.</p> <p>16. Tıbbi dokümantasyon ve hasta dosyaları arşivinde kullanılacak genel sarf malzemelerinin temini ile ilgili yazışmaların yapılması ve malzeme temini işlemlerinin takibi.</p> <p>17. Hastanede kalite yönetimi ve kalite iyileştirme çalışmaları için ilgili birimlere veri ve bilgi sağlama.</p> <p>18. Hasta dosyaları ve tıbbi kayıtlar ile ilgili etik ve yasal ilkeleri uygulamak, denetleme.</p> <p>19. Hasta dosyaları arşivinin dosyalama biriminde bulunan aktif ve pasif dosyaları izlemek ve değerlendirme.</p> <p>20. Hasta dosyaları arşiv birimi ile hastane bilgi sistemi koordinasyonun sağlanması, değerlendirilmesi, denetimi.</p> <p>21. Tıbbi dokümantasyon ve hasta dosyaları arşivinde kullanılacak olan genel demirbaşların temini ve bakım onarımı ile ilgili yazışmaların yapılması ve işlemlerin takip edilmesi.</p> <p>22. İş görenlerin izin-mesai durumlarını düzenleme.</p>
<b>KULLANILAN ARAÇ GEREÇLER</b>	Büro araçları, bilgisayar.
<b>KULLANILAN MALZEMELER</b>	Kırtasiye malzemeleri, vb.
<b>GÖZETİM</b>	Toplam yedi bölümde çalışan iş gören
<b>MALİSORUMLULUK</b>	Harcama yetkisi .....milyar TL
<b>ÇALIŞMA KOŞULLARI</b>	Hastane içerisinde büro ortamı, tozlu ortam
<b>TEHLİKELER</b>	Hastanede çalışma riski, alerji
<b>KİŞİSEL NİTELİKLER</b>	Tıbbi kayıt yönetimi, sağlık enformasyon yönetimi veya sağlık kurumları işletmesi alanında en az lisans/ yüksek lisans mezunu olmak

**Kaynak:** Scichilone ve Barr, 1996: 486'dan alınmıştır.

Yurtdışında hasta dosyaları birimlerinden birisi olan tıbbi kodlama biriminde çalıştırılacak personel için de öğrenim yönünden yasal bir standardizasyona gidilmiştir. Amerika'da kodlama yapacak personel için öğrenim düzeyi en az ön lisans veya sertifika iken Avrupa'da genellikle

sertifika bazı ülkelerde de, yine ön lisans olarak belirlenmiştir (daha fazla bilgi için bkz. Ünite 1).

Aşağıda bir sağlık kurumunda tıbbi kodlamacı ve istatistikçi olarak çalışabilecek bir personelin ve tıbbi sekreterin iş tanım örneği, alınan kaynaktan Türkiye koşullarına uygun olarak düzenlenerek verilmiştir (Scichilone ve Barr, 1996: 500).

### Tıbbi Kodlamacı ve İstatistikçi İş Tanımı

<b>BÖLÜM</b>	Hasta Dosyaları Arşivi
<b>İŞİN ADI</b>	Tıbbi Kodlamacı ve İstatistikçi
<b>KODU</b>	(Kurum tarafından verilir)
<b>BAĞLI OLDUĞU BİRİM</b>	Hasta Dosyaları Arşivi Müdürlüğü
<b>İŞİN ÖZETİ</b>	Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların tıbbi teşhis ve tedavilerinin uluslararası hastalık kodlama sistemleri kullanarak kodlanması, hastalık istatistiklerinin hazırlanması ve değerlendirilmesi
<b>GÖREVLER</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hastanenin tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşivi hizmetleri yönergesi uyarınca tıbbi kodlama faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,</li> <li>2. Hastalıkları ve ameliyatları uluslararası kod sistemlerine göre tasnif edilmiş istatistik kartlarına veya bilgisayar dosyalarına aktarılması,</li> <li>3. Kodlama birimi ile ilgili araç, gereç ve malzemeleri seçme, temin etme,</li> <li>4. Kodlama biriminde güvenli, ekonomik ve düzenli çalışma,</li> <li>5. Hastanede belirlenmiş standart oranda kodlama hatası ile çalışmak bunun üzerine çıkmamak,</li> <li>6. En fazla iki senede bir tıbbi kodlama ile ilgili hizmet içi eğitim alma,</li> <li>7. Tıbbi kodlama ile ilgili etik kurallara ve gizlilik ilkelerine uyma,</li> <li>8. Kodlama biriminde oluşabilecek diğer görevleri yerine getirme,</li> <li>9. Kodlama birimine gelen stajyer öğrencilerin eğitim faaliyetlerine yardımcı olma,</li> <li>10. Örgütsel iş akışına bağlı olarak asistan doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri ile teşhis düzeylerinin detayları konusunda görüşmek, iletişimde bulunmak,</li> <li>11. Kodlama kartları ve bilgisayar dosyalarındaki bilgileri hastane yönetiminin izni ile isteyen kişi ve kuruluşlara verme,</li> </ol>



<p>12. Hastane yönetimi tarafından periyodik istatistikler dışında istenen istatistiksel verilerin hazırlanması, bu verilerin istatistiksel metotlarla değerlendirilerek hastane yönetimine bildirilmesi,</p> <p>13. Bildirimi zorunlu olan hastalıklarla ilgili gerekli yazışmaların yapılması,</p> <p>14. Her yılın başında geçmiş yıla ait tıbbi istatistik bülteninin hazırlanarak hastane yönetimine sunulması,</p> <p>Hastanede kalite yönetimi ve kalite iyileştirme çalışmaları için ilgili birimlere veri ve bilgi sağlama.</p>	
<b>KULLANILAN ARAÇ GEREÇLER</b>	Büro araçları, bilgisayar ofis programı içerisinde ICD programı
<b>KULLANILAN MALZEMELER</b>	Kırtasiye malzemeleri,
<b>GÖZETİM</b>	Yok
<b>MALİ SORUMLULUK</b>	Yok
<b>ÇALIŞMA KOŞULLARI</b>	Hastane içerisinde büro ortamı
<b>TEHLİKELER</b>	Hastanede çalışma riski
<b>KİŞİSEL NİTELİKLER</b>	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon Bölümü veya Sağlık Kurumları İşletmesi alanında en az lisans mezunu olmak

### Tıbbi Sekreter İş Tanımı

<b>BÖLÜM</b>	Hasta Dosyaları Arşivi
<b>İŞİN ADI</b>	Tıbbi Sekreter
<b>KODU</b>	(Kurum tarafından verilir )
<b>BAĞLI OLDUĞU BİRİM</b>	Hastane Müdürlüğü
<b>İŞİN ÖZETİ</b>	Hasta dosyaları arşivinin eksik dosyalar, araştırma, adli vaka ve dosyalama bölümlerinde hasta dosyaları ile ilgili işlemleri yerine getirme
<b>GÖREVLER</b>	

1. Poliklinik ve servislerde işlemleri biten hasta dosyalarının zimmetle teslim alınması,
2. Poliklinik ve servislerde işlemleri biten hasta dosyalarının kontrol edilerek eksiklerin belirlenmesi ve bu eksikliklerin tamamlanması,
3. Tamamlanmak için bekleyen dosyalar için eksik dosya fişi düzenlenerek vekil dosyalara yerleştirilmesi ve bu dosyaların dosyalama bölümü rafına kaldırılması,
4. Eksik dosyaların bölümlere veya doktorlara göre tasnif edilerek tamamlanması için doktorların uyarılması,
5. Eksiklikleri biten dosyaların kodlama ve istatistik birimine aktarılması,
6. Epikriz, ameliyat notu ve benzeri hasta çıkışı ile ilgili elle yazılmış veya banda okunmuş bilgileri deşifre ederek veya okuyarak bilgisayara okunması,
7. Yazılan çıkış özetleri ve formların ilgililere gönderilmesi, suretlerinin hasta dosyalarına girilmesinin sağlanması,
8. İş biten hasta dosyalarının dosyalama bölümüne aktarılması,
9. Poliklinik ve servislerde işlemleri biten hasta dosyalarının düzenlenmesi,
10. Adli vakalar için istenen dosyaların dosyalama ve eksik dosyalar bölümünden temin edilmesi,
11. Adli kuruluşlara gönderilmesi gereken dosya ve evrakların zimmet karşılığı ilgililere teslim edilmesi, gönderilmesinin temini,
12. Bu şekilde gönderilen dosyaların yerine gönderme bilgilerini kapsayan vekil dosyanın düzenlenerek dosyalama bölümündeki rafına kaldırılması,
13. Adli vakalar ile ilgili olarak yazılması gereken belge ve raporların yazılması ve ilgili birimlere gönderilmesi,
14. Hastalara ilişkin çift dosya bulunup bulunmadığının tasnif esnasında kontrol edilmesi, varsa çift dosyaların birleştirilmesi,
15. Hastalara ait bilinmeyen dosya numaralarının bulunarak isteyen birimi haberdar edilmesi,
16. İşlemleri tamamlanmış dosyaların raflarından bulunarak ilgililere zimmet karşılığında teslim edilmesi,
17. Raflardan alınan dosyalar için, dosyanın ne zaman alındığını ve kimde bulunduğunu gösterir bilgileri içeren vekil dosyaları tanzim edilerek raftaki yerlerine kaldırılması,
18. Yıpranmış dosyaların kontrol edilerek yenilenmesi,
19. Tıbbi dokümantasyon ve hasta dosyaları arşivindeki haberleşme ve yazışma hizmetlerin yürütülmesi,
20. Hastanede kalite yönetimi ve kalite iyileştirme çalışmalarını için ilgili birimlere veri ve bilgi sağlama,
21. Kurum içi ve dışından gelenlerin araştırma alt biriminden faydalanmasının sağlanması,
22. Hasta dosyaları arşivi biriminde oluşabilecek diğer görevleri yerine getirme.

<b>KULLANILAN ARAÇ GEREÇLER</b>	Büro araçları, bilgisayar,
<b>KULLANILAN</b>	Kırtasiye malzemeleri,

<b>MALZEMELER</b>	
<b>GÖZETİM</b>	Yok
<b>MALİ SORUMLULUK</b>	Yok
<b>ÇALIŞMA KOŞULLARI</b>	Hastane içerisinde büro ortamı, tozlu ortam
<b>TEHLİKELER</b>	Hastanede çalışma riski, alerji
<b>KİŞİSEL NİTELİKLER</b>	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon Bölümü veya Sağlık Kurumları İşletmesi alanında en az lisans mezunu olmak.

*Kaynak: Scichilone ve Barr, 1996: 500'den alınmıştır.*

### Merkezi Yerleşim Alanı

Hasta dosyaları arşivinin yeri, arşivin daha fonksiyonel olarak çalışması açısından önemlidir. Bu nedenle arşivin yeri hastane içinde ve merkezi bir konumda düzenlenmelidir. Gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak arşive mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletmesi Yönetmeliğinin 32. maddesinde "her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur ve servislerin olanakları ölçüsünde işi biten dosyalar buraya kaldırılır" şeklinde belirtilmiştir. Her şeyden önce arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır. Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü hasarın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır. Arşivlemede belgelerin, küften, nemden, aşırı kuru havadan, direkt güneş ışığından, hava kirliliğinden, yangın, sel ve kaybolma tehlikesinden korunması gerektiği unutulmamalıdır.

Tıbbi arşivin verimli ve kaliteli hizmet üretebilmesi için merkezi örgütlenme sistemi kullanılabilir. Bu sistem dosyaların tek bir yerde, tek bir düzen altında toplanması ilkesine dayanır ve hizmet hedefi kurumun tamamını kapsar. Bütün poliklinik, klinik, hasta kabul, istatistik, araştırma ve diğer arşiv kullanıcılarından gelen bilgi, belge ya da dosya istekleri tek bir merkezden karşılamak, bu bilgi, belge veya dosyaları belirli bir dosya sisteme göre düzenlemek, korumak ve sınıflandırmak merkezi tıbbi arşivin sorumluluğundadır.

Merkezi arşiv, hastaneye gelen hasta ve yaralıların dosyalarının kolayca alınabileceği hasta kabul yerine yakın olmalıdır. Doktorların normalde toplandıkları ya da sık sık uğradıkları kütüphane, yemekhane, dinlenme vb. yerlere yakın veya ana koridor üzerinde bulunmalıdır.

Merkezi arşive gelen belgelerde doktorların sorumluluğu mutlaka yönetmeliklerle belirlenmelidir. Hasta dosyalarında, doktorların kullanmış oldukları dil; açık, iyi tanımlanmış ve yanlış anlamalara neden olmaya-

cak şekilde olmalıdır. Hatta bazı standartlaştırılmış kısaltma ya da kodlar kullanılarak bu işlemler kolaylaştırılmalı ve hızlandırılmalıdır.

Merkezi arşivde işlerin düzenli olarak yürütülmesi, bazı yanlışlıkların saptanması ve gerektiğinde çeşitli önerilerde bulunmak üzere cerrahi, dâhili ve laboratuvar bölümlerinden birer temsilcinin bulunduğu arşiv komitesi, zaman zaman arşivde toplanarak arşivin daha düzenli çalışması konusunda kararlar alabilir. Özellikle tedaviler sırasındaki teşhislerdeki çelişmeleri de gerekli yerlere bildirerek düzeltilmesi konusunda önlemlerin alınmasına yardımcı olurlar (Edwards, 2000: 250).



#### Merkezi Tıbbi Arşivin Yararları

- Hizmet kalitesinin yükselmesini sağlar.
- Dosyalamada tek sistemin kullanılabilmesine olanak verir.
- Hasta dosyalarının daha iyi bir şekilde kontrolünün yapılmasına olanak sağlar.
- Verilen hizmette ve dosyalamada bir sorumluluk sağlar.
- Her türlü istatistikî ve bilimsel araştırmalara çok uygun bir ortam hazırlaması, merkezi arşivin yararlarından sayılabilir.
- Nitelikli personel istihdamını kolaylaştırır.
- Her hastanın tek dosyasının olması koşulunun denetimini yapma olanağı sağlar.
- Otomasyona daha kolay ve daha az maliyetle geçme olanağı sağlar.

## Bütçe

Bütün kurum ve kuruluşların çeşitli birimlerinde olduğu gibi hasta dosyaları arşivlerinde de fonksiyonel bir çalışma ancak yeterli bir bütçenin varlığı ile mümkün olabilir. Hasta dosyaları arşivinin yöneticisi, arşivin kuruluş sırasındaki ihtiyaçlarını ve ayrıca her mali yıl sonunda bir sonraki yıla ait istekleri tespit ederek bütçesini düzenlemelidir. Çünkü indeks kutuları, dosya, dolap, raf, çeşitli formlar, kısacası fotokopi ve ses alma cihazlarından bilgisayarlara kadar her türlü malzemenin zamanında temin edilememesi çözümlenmesi oldukça güç olan çeşitli problemlerin doğmasına yol açabilir (Balcı, 2001: 161).

## Arşiv Komitesi

Sağlık kurumlarında arşiv komiteleri sağlık kurumları arşivinin en önemli öğelerinden birisidir. Arşiv komiteleri bazen de biraz daha kapsamlı bir

isim ile “tıbbi kayıt komitesi” adı ile de kurulabilmektedir. Ancak bu yapılanma henüz Türkiye’deki sağlık kurumlarında bulunmamaktadır. Buna karşılık konuya ilişkin tüm alan yazınındaki kitaplarda arşivin unsurlarından birisi olarak anlatılmaktadır (Wilde, 1996: 161; Edwards, 2000:262; Green ve Bowie, 2005: 22).

Arşiv komitesi sağlık kurumundaki bölüm başkanlarının ve hasta dosyaları arşivi yöneticisinin katılmasıyla kurulur. Arşiv komitesi hasta dosyalarının istenilen standartlara uygun olarak tamamlanmasını temin etmek ve bu dosyaları inceleyerek hasta bakımını değerlendirmek ve hizmet kalitesini artırmakla yükümlüdür. Sağlık kurumunda kullanılacak formların tespit edilmeleri ve değiştirilmeleriyle ilgili çalışmaları da yürüten komite, belirli aralıklarla toplanarak hasta dosyaları arşivi ile ilgili çeşitli problemlerin çözümlenmesinde hasta dosyaları arşivi yöneticisine istek ve önerilerde bulunur. Komitedeki üye sayısı sağlık kurumunun büyüklüğüne göre değişir. Büyük sağlık kurumlarında gereği halinde her bölümün ayrıca küçük çapta birer arşiv komitesi bulunabilir (Wilde, 1996: 162).

#### Tıbbi Kayıt Komitelerinin Sorumlulukları

- Genel tıbbi kayıt organizasyonunu denetlemek.
- Sağlık personeli ile arşiv bölümü arasındaki ilişkiye destek sağlamak.
- Tıbbi kayıtları gözden geçirmek ve değerlendirmek.
- Tıbbi kayıtları yeniden tasarlamak.
- Eksik kayıtlar konusunda personeli uyarmak.
- Tıbbi kayıt politikasının uygulanabilirliğini denetlemek.
- Kayıt sistemine ve işleyiş şekline karar vermek ve denetlemek.
- Sistemde kullanılacak formların seçimi ve kullanılmaları için ilgililere önerilerde bulunmak.
- Arşiv yöneticisi tarafından getirilen problemlere çözüm aramak, özellikle sistemde kronik hale gelmiş sorunları çözmek.
- Kayıt gizliliğini geriye dönük olarak kontrol etmek.
- Aylık toplantılar sonucu denetleme raporu düzenleyerek tıbbi yürütme kuruluna sunmak.



### Arşiv Komitesinin Sorumlulukları ve Faaliyetleri

Tıbbi ve idari kademelerle hasta dosyaları arşivi arasındaki ilişkilerin daha olumlu sonuçlar vermesi ve hasta bakımının daha verimli bir biçimde kontrolünün sağlanması, sağlık kurumlarında kurulacak ve belirli yönergelerle çalışacak arşiv komiteleriyle mümkündür.

Arşiv komitesi hasta dosyalarının istenilen standartlara uygun olarak tamamlanmasını temin etmek ve bu dosyaları inceleyerek hasta bakımını değerlendirmek ve kalitesini artırmakla yükümlüdür. Komite, sağlık kurumunda kullanılacak formların tespit edilmeleri ve değiştirilmeleriyle ilgili çalışmaları da yürütmektedir.

Komite ayrıca, hasta bakımında yüksek kalite sağlama, uzmanlık eğitimi, bilimsel araştırma ve hastaların yasal olarak korunmalarını sağlama gibi faaliyetlerde önemli fonksiyonlara sahiptir.

Komite diğer yandan hastanedeki hasta kayıtlarını da kontrol etmektedir. Komite yapmış olduğu incelemeleri hasta kayıtlarına bakarak gerçekleştirmektedir. Bunun için, her kliniğe ait hasta kayıtlarını en az üç ayda bir gözden geçirmelidir. Bu kontrollerde tıbbi kayıtların tamamlanıp tamamlanmadığına bakılmakta ve hastanede kaldıkları sürece hastaların durumlarını ve gelişmelerini izleyen doktorların kayıtlarını incelemektedir. Ayrıca hastalardan başka, hekim ve hemşirelerle ilgili kayıtları da incelemektedir. Bunun için periyodik olarak hastane içindeki bütün programların tıbbi kayıtlarını toplamakta, topladığı kayıtları inceleyip değerlendirmekte ve yürütme komitesine tıbbi personel için eğitim önerilerinde bulunmaktadır.

Komitenin fonksiyonlarını iyi bir şekilde yerine getirebilmesi; kayıtların sağlıklı, düzenli ve doğru tutulmasına bağlıdır. Hastanedeki tıbbi bakıma ilişkin her problem, bu kayıtlar yardımı ile bulunmaktadır.

Tutulan kayıtların incelenmesi sonucunda, hastanenin ve personelin hangi alanlarda yetersiz olduğu ortaya çıkacaktır. Eğer yetersiz bulunan alanlarda iyileştirme çalışmalarına hız verilirse ve bunların yetersizliği kısa zamanda en aza indirilebilirse, genel olarak hastanenin verdiği bakımın kalitesi de yükselecektir.

### Arşiv Komitesinin Üyeleri

Arşiv komitesi, sağlık kurumundaki tıbbi birim başkanları veya temsilcileri ile, hasta dosyaları arşivi yöneticisinin katılımıyla kurulur. Kurum amiri veya görevlendirdiği kişinin başkanlığında çalışır.

Komitenin sekreterliğini hasta dosyaları arşiv sorumlusu yapmaktadır. Komite en az ayda bir defa toplanmalıdır. Komite hasta dosyaları arşivi ile ilgili çeşitli problemlerin çözümlenmesinde hasta dosyaları arşivi yöneticisine dilek ve tavsiyelerde bulunur.

Komitedeki üye sayısı sağlık kurumunun büyüklüğüne göre değişir. Toplantı süresince tutulan tutanaklar, önerilerle birlikte hastane yönetimine verilmektedir.

## Hasta Dosyaları Arşivinin Yeri

Tıbbi arşiv departmanı; hastaneye tedavi edilmek üzere gelen hasta ve yaralılar için titizlikle hazırlanan ve onların bir sonraki kabullerinde veya inceleme ve tetkik amaçları için hemen bulundurulması gereken bütün dokümanların, tarih sırasına ve uygulanmakta olan sisteme bağlı kalınarak saklandığı yerdir. Tıbbi arşivler, kendilerine has ilkelere sahip olmayan fakat hizmetinde buldukları kurumların ilkelerini gerçekleştirmeye çalışan kuruluşlardır (Artukoğlu, 1967: 26; Edwards, 2000: 250). Tıbbi arşivler hastanenin beyni, kalbi veya gözü kulağı olarak tanımlanabilir (Artukoğlu, 1968b: 45).

Hastane yönetimi hastanenin hasta dosyaları arşivinin yerini planlarken hastanenin kurumun veri akışının verimliliğinden, hasta dosyaları arşivinin donanımını sağlamaktan sorumludur.

Aşağıdaki kriterler hasta dosyaları arşivinin standartlarını karşılamak için gereklidir.

- Sağlık kayıtlarına hızlı erişim ve kolay dağıtım için hasta dosyaları arşivi ofis gibi bir yer olmalıdır.
- Ofis ve çalışma alanı, hasta dosyaları arşiv personeli, ve burada yapılacak çalışmaları gerçekleştirmek için yeterli alanın sahip olmalıdır.
- Sağlık kayıtları için yeterli depolama alanı, gelecekte depolama ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak seçilmelidir.

Bu seçim yapılırken;

- O ana kadarki sağlık kayıtları düşünülmeli yeterli ve etkin depolama alanının hastane personeli tarafından kolay ve rahat kullanılabilir olmasına dikkat etmelidir.
- Kullanılabilir alanın seçiminde aktif ve pasif dosya kullanımı kayıtların saklama sürelerini de dikkate almak gerekir.
- Hasta dosyaları arşivi yeri seçilirken hastanenin kayıtların zarar görmeyeceği bir alanı tercih edilmeli; bu alan yetkisiz kişiler tarafından kullanılmamalı ve sağlık kayıtlarını korumak için güvenli olmalıdır (ACHS, 1992).

Hastane içerisinde hasta dosyaları arşivinin planlanmasında hastane yönetimi (bunun içerisinde hasta dosyaları arşivinde çalışan arşiv görevlileri de olmalıdır), tesis planlama koordinatörü ve profesyonel mimarlar olmak üzere üç grubun işbirliği içerisinde çalışması gerekir.



Hasta dosyaları arşivinin yeri, sağlık kurumlarının kurulması ile ilgili çalışmalara başlanıldığı sırada tespit edilmeli ve gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu aşamada sağlık kurumu yöneticileri, arşiv komitesi üyeleri ve mimarlar, hasta dosyaları arşivinin yerini tespit etmeli ve fonksiyonlarını tartışmalıdır. İleride birçok problemin olmaması ve daha fonksiyonel bir çalışmaya yön vermek için bu türlü planlamaların sağladığı faydalar çoktur (<http://www.ifhro.org/>).



Hasta dosyaları arşivinin yeri seçilirken aşağıdaki dört kriter gözönünde bulundurulmalıdır:

- Hasta dosyaları arşivi hastanenin merkezi bir yerinde olmalıdır
- Tüm hastalara yatan, poliklinik ve acil hizmet verebilmelidir.
- Sağlık çalışanları ve diğer kullanıcıların erişebileceği bir yerde olmalıdır
- İdari açıdan kullanımı kolay bir yer tercih edilmelidir.

Hasta dosyaları arşivin bölümlenmesinde, ayrılacak yerlerin hesaplanmasında, kullanılacak malzeme ve aletlerin yerleştirilmesinde mimarlarla etkin bir iş birliği gerçekleştirilmelidir. Hasta dosyaları arşivinin yeri, buranın daha fonksiyonel olarak çalışması açısından önemlidir. Bu nedenle arşivin yeri hastane içinde ve merkezi bir konumda düzenlenmelidir. Gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak, mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Her şeyden önce arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır. Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü haşaratın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır. Hasta kabule, acil servise ve polikliniğe bitişik, yönetim ve iş ofislerine yakın, diğer servislere x-ray, patoloji gibi yakın olmalıdır.

## Hasta Dosyaları Arşivinin Mimari Yapı Ve Özellikleri

Hasta dosyaları arşivinin yeri, sağlık kurumlarının kurulması ile ilgili çalışmalara başlanıldığı sırada tespit edilmeli ve gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu aşamada sağlık kurumu yöneticileri, arşiv komitesi üyeleri ve mimarlar, hasta dosyaları arşivinin yerini tespit etmeli ve fonksiyonlarını tartışmalıdır. İleride birçok problemin olmaması ve daha fonksiyonel bir çalışmaya yön vermek için bu türlü planlamaların sağladığı faydalar çoktur.

Arşivin bölümlenmesinde, ayrılacak yerlerin hesaplanmasında, kullanılacak malzeme ve aletlerin yerleştirilmesinde mimarlarla etkin bir iş birliği gerçekleştirilmelidir. Hasta dosyaları arşivinin yeri, arşivin daha



fonksiyonel olarak çalışması açısından önemlidir. Bu nedenle arşivin yeri hastane içinde ve merkezi bir konumda düzenlenmelidir (<http://www.ifhro.org/>).

Gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak, mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Her şeyden önce arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır.

Arşiv olarak kullanılacak yerin, her türlü tehlikeden uzak bir şekilde ve çıkması muhtemel arızaları önleyici önlemlerin önceden alınması suretiyle tesisi, evrakın yangına karşı korunması amacıyla da, yangın söndürme araçlarıyla donması gerekir. Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü hasarın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır (MEB, 2008).

### Arşiv İçerisinde Dosyalar İçin Saklama Mekanı

Arşivlemenin bir sistem çerçevesinde yürütülmesi için, *öncelikle* arşivleme yeri tespit edilmelidir. Arşiv odalarının nemlilik ve havalandırma gibi atmosfer şartlarının, arşivdeki dokümanların korunmasına elverişli olması gerekir.

Arşiv yerinin belirlenmesinden sonra *ikinci* adım, arşiv malzemelerini temin etmektir.

Dosyalar, arşiv içerisinde daha önceki ünite de anlatıldığı gibi “*Transfer Kutuları*” denilen çelikten ya da tahtadan yapılmış üzerleri başlıklarıyla etiketlenmiş tek tek kutularda ya da çelik dosya dolaplarında saklanır. Hasta dosyaları için dosya dolapları tercih edilmektedir.

Arşivlerde genel olarak ısı 15-20 derece arasında tutulur. Fazla rutubet kağıtları hamurlaştırır. Fazla hava sıcaklığı da kağıtları kırılgan yapar, dayanıklılığını azaltır. Mürekkep izlerini zayıflatır. Arşivler zemine yakın yerlere konulur, bodrum ve tavan arasına konulmaz. Arşiv yeri sık sık açılmıyorsa zaman zaman havalandırılır. Arşivlemede kullanılan malzeme, raflar ve çeşitli dolaplar temin edilirken, arşiv dokümanlarını ve diğer tüm arşiv malzemelerini uzun süre bozulmadan koruyacak nitelikte olmasına dikkat edilmelidir (Altınöz, 2001)

Arşiv mekanları, tehlike arz eden yerlerden, fabrika, yangın ve patlama tehlikesi olabilecek gaz, petrol veya patlayıcı madde konan depolardan uzakta kurulacaktır.

Arşiv depoları oluşturulurken de aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi gerekir:

**İzolasyon:** Yangına karşı dayanıklı duvar, döşeme ve kapılar olacaktır.

**Klimatizasyon:** Isı 12-18 derece nem ise % 50-60 arasında tutulacaktır.

**Işık durumu:** Depoya giren ışık miktarı az olacak, yazın daha da düşürülecektir.

**Depo Yüksekliği:** 2.10 - 2.20, raflar metal olup, deponun alanı 150-200 m<sup>2</sup> olacaktır.

Standart tek bir raf (1m uzunluğunda ve 26 cm derinliğinde, 100 kg yük taşıyabilmelidir.)

Tabanda ahşap döşemeler bulunmayacaktır. Arşivde korunacak malzemenin tozdan korunmasına da özel bir önem verilmelidir.

Arşiv malzemelerinin nerede ve hangi şartlarda korunacağı, arşiv ortamının nem ve sıcaklığının yanında, yangın ve sel gibi tabii felaketlere karşı korunmasına dikkat edilmelidir.

Yukarıda belirtilen özellikler nedeni ile arşiv ortamının, genelde işe yaramayan bodrum ve tavan araları gibi yerlerden seçilmesi kesinlikle doğru bir yaklaşım değildir. Arşivlerin yerlerinin sağlık kurumunun yapımı planlanırken belirlenmesi gerekir (<http://www.ifhro.org/>).

### Arşiv Personel Alanı İçin Çevresel Koşullar

Arşiv alanı planlanırken çalışan personel sayısı da dikkate alınmalıdır. Personel masaları, dosya ve donanımlar için geniş bir oda sağlanmalıdır.

Huffman (1994), personel için minimum alan olarak, her bir personel için 5.57m<sup>2</sup> (16 SQ m olmalıdır) önerilmiştir. Personel çalışma masaları arasında 1 ila 1 ½ m. ara olmalıdır. Çalışma alanları ana girişe yakın olmalıdır (LaTour ve Eichenwald, 2002; Huffman, 1994).

Amerika'da yapılan Steelcase isimli bir çalışmada çalışanların, çalışma süreleri içerisinde içinde yaşadıkları odanın ısısını çok önemsedikleri ortaya çıkarılmıştır. Çalışanlar için doğru ve uygun bir ısının onlar için önemli bir motivasyon aracı olduğu belirtilmiştir. Buna göre orta yaşlı çalışanlar için uygun ısının 70 Fahrenheit (yaklaşık 21 derece) ve altı olduğu söylenebilir. Daha yaşlı çalışanlar olması durumunda ise ısı 65 Fahrenheit (yaklaşık 16 derece) olarak belirlenebilir (Scichilone ve Barr, 1996: 509).

Hasta dosyaları biriminde dikkat edilmesi gereken bir diğer konu da nemdir. Uygun yerlerde higrometre bulundurulmak şartı ile havanın nemi ölçümlenmelidir. Uygun nem koşulu oluşması için, nem 65-70 Fahrenheit arası ısı için % 30-50 arasında olmalıdır. Çok fazla nem kısa devreye neden olabilir, ortamda az nem olması da statik elektrik oluşturmaktadır. Ayrıca rutubet emici cihaz veya kimyevi madde kullanılmaktadır (Scichilone ve Barr, 1996: 509).

### Hasta Dosyaları Arşivlerinde Uygun Çevresel Koşullar Yaratılması İçin:

- Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmalıdır.
- Yangına karşı yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daima çalışır durumda bulundurulmalıdır.
- Uygun aydınlatma ve havalandırma sistemi kullanılmalıdır.
- Mikroorganizmalar için aralıklı dezenfeksiyon yapılmalıdır.
- Rutubet emici cihaz veya kimyevi madde kullanılmalıdır.



Hem çalışanlar hem de hasta dosyaları için bir diğer önemli konu, teneffüs edilen havanın kalitesidir. Isınma, havalandırma ve havalandırma sistemi ilişkisinin doğru kurgulanmış olması gerekir. Isınma ve havalandırma için eski kapalı ofis sistemleri yerine açık ofis sistemlerinin tercih edilmesi daha uygun bir çevresel koşul oluşturmaktadır. İyi hava kalitesi çalışanların verimliliğini artırır; tam tersi ise baş ağrısı ve bitkinliğe neden olabilir. Ortamda uygun bir havalandırma sisteminin kullanılması sadece hava kalitesini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda toz, asbest, kimyasallar ve is gibi başka istenmeyen maddelerden de korunulmasını sağlar (Scichilone ve Barr, 1996: 509).

Birimde gürültü kontrolü de sağlanmalıdır. Genel ofisler için 60 desibel, özel ofisler için 40 desibel, veri girişinin yapıldığı alanlar için ise 70 desibel kabul edilen gürültü oranıdır. Bu oranların ölçümü yapılarak standartlara uyulması sağlanmalıdır.

Bir başka dikkat edilmesi gereken konu aydınlatmadır. İyi planlanmış bir aydınlatma sistemi için aşağıdakilere dikkat edilmesi sağlanmalıdır.

- Esnek ve uyarlanabilir bir sistem kurulmalı,
- Kolay donanıma sahip olmalı,
- Düşük enerji kullanımı sağlanmalı,
- Düşük maliyetli olmalı,
- Verimli bir sistem olmalı,
- Güvenli olmalı,
- Çalışanlara etkisi ve arattığı konfor düzeyi memnuniyet yaratmalı,

- Güneş ışığından aydınlatma olarak yararlanabilinmelidir.

Çalışanların yaşı durumları da göz önünde bulundurulmalıdır. 50 yaşından sonra aydınlatma ihtiyacı % 50 artarken, bu oran 60 yaşından sonra % 100 olmaktadır.

Çalışma ortamı çalışanlar için tehlikesiz hale getirilmelidir. Ortada takılabilecek eşya, kutu, masa gibi engeller olmamalı, iş yeri tasarımı, normal ve engelli çalışanlarının her ikisini de içerecek şekilde yapılmalıdır.

Hasta dosyaları arşivleri için bir diğer önemli konu da, afet durumlarına hazırlık yapılmasıdır. Hastane afet planı içerisinde arşivlere mutlaka yer verilmelidir. Afet planı içeriğinde yangından korunma, afet sonrası iletişim, hastaların, hizmet sunanların listeleri, öncelikle kurtarılacak belgeler mutlaka belirlenmelidir. Kurtarılacak belgelerin önceden sınıflandırılması (hayati ve önemli şeklinde olabilir) yapılmalıdır. Hasta dosyaları arşivinin genel kapısı, yangın geçirmez, hava almaz şekilde düşünülmelidir.



#### Dikkat !

Hasta dosyaları arşivleri için afet planı (Yangın, su basması, deprem..) yapılmalıdır.

Afet planı içeriği (Yangından korunma, afet sonrası iletişim, hastaların, hizmet sunanların listeleri ) oluşturulmalıdır.

Öncelikle kurtarılacak belgeler belirlenmelidir.

Tüm belgelerin afet öncesinde önceden sınıflandırılması (hayati, önemli ve kullanma dahil ) yapılmalıdır.

## Hasta Dosyaları Arşivinin Görevleri

Sağlık Bakanlığı kurumları için hasta dosyaları arşivinin görevleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 32, 34, 66, 115, 141, 149, 157, 162 maddelerinde ve Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi içerisinde belirtilmiştir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 66 ncı maddesine göre bütün servislere yatırılan hastalara ait ve polikliniklerde işi biten dosyalar sistemli bir şekilde muhafaza edilmesi gerekmektedir.

Hasta dosyaları içerisinde yapılması gereken görevler bir sonraki bölüm olan "hasta dosyaları arşivlerinin bölümleri" nde ayrıntılı olarak anlatılmıştır.



### Merkezi Hasta Dosyaları Arşivinde Uyulması Gereken Temel İlkeler

- Arşiv merkezi dağınık olmamalı, derli toplu olmalıdır.
- Dosyalara ulaşım ve dosyaların tekrar yerlerine kaldırılabilmesi kolay olmalıdır.
- Arşiv merkezindeki sınıflandırma sistemi kullanım bakımından basit olmalıdır.
- Hasta dosyaları çabuk ve kolay bulunabilmelidir.
- Hasta dosyaları arşive geldikçe, her gün yerleştirilmelidir.
- Hasta dosyalarının nereye ve kimler tarafından alındığı kolayca anlaşılmalı ve takip edilmelidir.
- Hasta dosyalarının güvenliği sağlanmış olmalıdır.
- Arşiv merkezinin çalışma sistemi, iş ve maliyet bakımından ekonomik olmalıdır.
- Arşiv merkezi saklanacak dosyalar, içinde bulunacak malzeme ve çalışacak personele yetecek büyüklükte olmalıdır. Çalışma alanının iş akımı bakımından iyi planlanmış olması gerekir.
- Arşiv merkezinde kullanılan sistemler gerektiğinde genişleme gösterecek şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
- Arşiv merkezi diğer servisler ile kolay ve çabuk bağlantı yapabilmelidir.
- Tıbbi kayıtların ve raporların tutulması ve değerlendirilmesinde geçirdiği aşamalar şu şekilde özetlenebilir:
- Bütün hastalar için tam ve doğru olarak hastalığın teşhisini ispatlayan ve hangi tedavinin gerekli olduğunu gösteren kayıtlara yazılmalıdır.
- Kayıtların tamamlanması için gerekli kurallar, işlemler ve takip edilecek yollar yazılmalıdır.
- Tıbbi yöneticiler tarafından görevlendirilen bir üye veya komite üyeleri, tıbbi kayıtların belirli bir güne kadar tamamlanmasından sorumludurlar.
- Tıbbi kayıtlar, hastanede kolaylıkla bulunabilecek ve yararlanılabilecek şekilde bulunmalı, dosyalanmalı veya diğer işlemlerden geçirilmelidir.

- Tıbbi kayıtların tüm amaçlar için yararlanılabilir olması amacıyla uygun indeksler oluşturulmalıdır.
- Ameliyat kayıtları, kliniksel ve patoloji laboratuvar bulguları hazır referanslar halinde sınıflandırılmalıdır.
- Hastanede yatan ve hastaneye muayene için gelen hastaların kayıtları birbirleri ile karşılıklı olarak değerlendirilmelidir.
- Her durumda bulaşıcı hastalık, zehirlenme veya hastanın sağlığını ve korunmasını tehdit eden durumlar ulusal ve yerel sağlık kuruluşlarına raporlanmalıdır.
- Hastane kayıtları uygun istatistik bilgileri içerecek şekilde olmalı, bu bilgiler yöneticilerin işlerini kolaylaştırmalıdır.
- Tıbbi kayıtların özetleri, istatistikleri periyodik olarak tıbbi yöneticilerin çalışmalarını kolaylaştıracak şekilde kullanılmalıdır.
- Gerekli kayıtlar kanun, tüzük ve yönetmeliklere göre korunmalı, istatistikler ise toplanarak cetvel ve raporlar halinde tartışılmalıdır.

## Hasta Dosyaları Arşivinin Bölümleri

Hasta dosyaları arşivi hem poliklinik ve hem de klinik hastalarının dosyalarıyla ilgilenir. Bir hastanın çok yönlü incelenebilmesi için tüm tıbbi öz geçmişinin belirlenmesi ve saklanması gerekmektedir (Artukoğlu ve diğ., 2002: 67). Dolayısı ile hasta dosyaları arşivlerinin oldukça çok sayıda dosyanın en uygun şekilde yerleştirilmesi ve yönetilebilmesini sağlaması gerekir.

Gerçek anlamda hasta bakımından söz edebilmek için sağlık kurumlarında hastayla ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bütün bilgilerin hasta dosyasında saklanması ve bu dosyaların arşivde bilimsel kurallara uygun bir biçimde sistemli olarak kullanıma sunulması gerekir. Sağlık kurumlarının kurulması ile ilgili çalışmalara başlanıldığı sırada hasta dosyaları arşivinin yerinin tespit edilmesi ve ilgili planlamaların yapılması gerekir. Sağlık kurumu yöneticileri, arşiv komitesi üyeleri ve mimarlar hasta dosyaları arşivinin yerini hastanenin projesinin çizilmesi aşamasında tespit etmeli ve fonksiyonlarını tartışmalıdırlar. İleride birçok problemin doğmasını önlemek ve fonksiyonel bir çalışma imkânı yaratmak için planlama yapmak gereklidir.

Sağlık Bakanlığı sağlık kurumları içerisinde organize edilmesini istediği hasta dosyaları arşivi birimi için alt bölümlendirmenin nasıl yapılması

gerektiğini Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi ([www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)) içerisinde belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, merkezi arşivin çalışma şeklini bir iç yönerge ile düzenleyen Yataklı

Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesinin 4–8. maddesinde yatak sayıları fazla olan, çok sayıda poliklinik hastası kabul eden yataklı tedavi kurumları ile araştırmaya büyük ölçüde yer veren eğitim hastanelerinde arşivlerin daha fonksiyonel bir hizmet verebilmeleri için bünyelerinde yer vermeleri gereken bölümler aşağıdaki şekilde belirtilmektedir:

- Eksik dosyalar bölümü
- Tıbbi sekreterlik bölümü
- Hasta indeksi bölümü
- Haberleşme bölümü
- Dosyalama bölümü
- Kodlama bölümü

50–200 yataklı küçük sağlık kurumlarının hasta dosyaları arşivlerinde çok defa bölünmeye ihtiyaç olmayabilir. Ancak 200'den fazla yataklı hastanelerde arşivin bölünmesinde, ayrılacak yerlerin hesaplanmasında ve kullanılacak malzeme ve aletlerin yerleştirilmesinde mimarlarla etkin bir işbirliği gerçekleştirilmelidir (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)).

Yurt dışındaki bir hastanede ise hasta dosyaları arşivinin bölümleri genellikle yönetim birimi, sekreterlik birimi, klinik kodlama birimi ve araştırma birimi olarak düzenlenmektedir (Scichilone ve Barr, 1996: 506). Bu nedenle aşağıda Tıbbi Arşiv Yönergesindeki bölümlere ek olarak "araştırma bölümü" de anlatılmıştır

Hasta dosyaları arşivleri, sağlık kurumlarının belleğidir.

### Eksik Dosyalar Bölümü

Eksik dosyalar bölümü, hastane içerisindeki birimlerle ve hatta bütün hekimlerle, ayrı ayrı yakın bir iş birliği kurmak durumunda olan bölümlerden birisidir. Eksik dosyalar bölümü, hasta kabul merkezi ile devamlı olarak ilişki halindedir. Hasta kabul merkezlerinden sağlanan liste ve hasta dosyalarının kontrolü ve bu arada her dosyanın ayrı ayrı incelenerek, sayısal analizlerinin yapılması önde gelen görevleri arasındadır. Hastanede kaldıkları süre içerisinde hastalar için yapılan bütün işlemlere ait kayıtların tespitine, sağlanmasına ve çıkış özetinin hazırlanmasına

kadar söz konusu hastalara ait dosyalar eksik dosya adı altında eksik dosyalar bölümünde yer alırlar (Artukoğlu, 1968: 46).

Epikrizlerin düzgün yazılıp yazılmadığı, doktorların sicili ve imzasının olup olmadığı, tanıların Uluslararası Hastalık Sınıflamasına (International Classification of Diseases) uygun olarak konulup konulmadığı ve kodlanıp kodlanmadığı gibi konular bu bölümde kontrol edilir.

Eksik dosyaların istenilen en kısa zamanda tamamlanması, tıbbi arşivin olduğu kadar ilgili bölüm başkanlarının veya klinik şeflerinin, arşiv komitesinin ve hastane yönetiminin sorumlulukları arasındadır. Eksiklikleri olan dosyalardaki eksiklikleri tamamlamak üzere ilgili personele (hekim, hemşire) haber verilir. Gerekli olduğu durumlarda bu haberleşme resmi yazışma ile yapılır. Eksiklikleri tamamlanmayan hasta dosyası hiçbir şekilde, arşiv deposuna konmaz (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat))

### Tıbbi Sekreterlik Bölümü

Elle yazılmış veya kaydedici cihazlara dikte edilmiş hasta çıkış özeti, ameliyat notu, radyopiemi, beyin tomografisi, manyetik rezistans ve sağlık raporu gibi hasta ile ilgili çeşitli bilgilerin özel formlar üzerinde yazılması, tıbbi sekreterlik bölümünün başlıca görevidir. Tıbbi sekreterler belirtilen görevlerle birlikte hekim ve hemşirelerin yazışmalara ayırdıkları zamanlarını hasta bakımı ve tedavisinde kullanmalarına fırsat vermekte, çok önemli olan sağlık hizmetlerini değerlendirmektedirler (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat))

### Kodlama Bölümü

Hastalık ve ameliyatlara ait tanı ve tedavi yöntemi ve tekniklerinin belirli sistemlere göre sınıflandırılması tıbbi araştırmalar yapılmasına olanak veren çalışmalardır. Bu çalışmalar arşivdeki kodlama bölümü tarafından yürütülmektedir. Kullanılacak sistemin belirlenmesi ve tespiti ile bu bölümde istihdam edilecek personelin yetiştirilmesi yapılacak tıbbi araştırmalar bakımından önemlidir.

Hastalık ve ameliyatların sınıflandırılması ve bunlara ait indekslerin hazırlanması için hastanenin ihtiyaçlarına göre arşiv yöneticisi ve arşiv komitesi üyeleri sistemlerden birini kodlama sistemi olarak kabul edebilirler.



Sıklıkla kullanılan ve ülkemizde benimsenen Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırma Sistemleri aşağıda verilmiştir

Standart Nomenclature of Diseases and Operations,  
International Classification of Diseases,  
International Classification of Diseases, Adepted.



Uluslar arası kodlama sistemleri hakkında Ünite 6'da daha ayrıntılı bilgi verilmiştir.

## Hasta İndeksleri Bölümü

Hasta indeksleri bölümü; kuruluşundan itibaren hastaneye kabul edilen bütün hastalara ve yaralılara ait indekslerin, fonetik veya alfabetik kural- lar içerisinde düzenlenmiş olması, otomasyona geçemeyen kurumlardaki hasta dosyalarının istenildiği anda hizmete sunulmasını sağlar. Hasta indeksleri bölümü: indeksleri hazırlamak, çeşitli bölümlere ve özellikle hasta kabul merkezlerine gerektiğinde daha önceden açılmış hasta dosya- larına ait numaraları bildirmekle yükümlüdür (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, www.saglik.gov.tr/mevzuat).

Halen çoğu hastanede kullanılan hastane bilgi sistemi yazılımları nedeni ile artık indeks kartları kullanılmamaktadır. Bazı hastaneler ise eski dosyalarına ulaşmak için indeks kartlarını saklamaktadır. Ancak arşiv yö- nergesi içerisinde halen "hasta indeksleri bölümünden" söz edildiği için, yine de indeks kartları aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

### İndeks Kartları

İndeks kartları oldukça sağlam, dikey olarak sıralanabilecek şekilde sert olmalıdır. Ayrıca ad ve soyad benzerliklerinin çok olması nedeniyle, ana, baba adı, doğum yeri ve tarihinin yanı sıra tanı, ameliyat türü ve hekimin adı da yazılabilir olmalıdır. Bunun için kartlarda gerekli boşluklar bu- lundurulmalıdır. Kartlar alfabetik olarak dikine sıralanmalıdır. Kolay yerleştirme ve çıkarılma için gözlerin üstüne ilk heceler veya adlar yazı- labilmeli ve kartlara da hece veya isim etiketli kaval-yeleri konmalıdır. Ancak bu kaval-yeler arkasına 40-50 karttan fazla kart konulduğunda, isimlerin aranıp bulunması zorlaşır (Artukoğlu, 1968: 46).

Çekmecelere konulan kartlar başlangıçta az olduğundan arkalarına çeşitli destekleme yapılmalıdır. Delikli kart sisteminde bu destekleme yapılmaktadır. Bu sistem aynı zamanda kütüphanelerdeki indeks kartı dolap- larında da kullanılmaktadır. Büyük ve hareketli hastanelerde bir günde çıkan hastaların sayısının çok fazla olması nedeniyle isim indeksleri kart- ları tamamen doldurulduktan sonra, alfabetik olarak sıralama için, üye- rinde bütün alfabe harflerini içeren ve kartların genişliğinde, daha fazla olarak bölümlere ayrılmış bir kutu yaptırılır (Artukoğlu, 1968: 46).

Kartlar önce ilk harf sırasına göre bu kutudaki bölümlere konulur. Daha sonra aynı harfteki kartlar ikinci veya daha fazla harflere göre kutudaki bölmelerine yerleştirilir. Böylece kartlar harflere, heceler veya kelimelere göre ayrılmış olacağından, mesai bitiminde çekmecelere de kolayca yerleştirilebilirler ki, ertesi gün, kolaylıkla kullanabilsin.

### Hastalık İndeksi

Hastane arşivinde her hastalık için ayrı bir kart bulunur. Hastane kliniklerinde yatan hastalara konulan tanılar uluslar arası sınıflandırmaya göre kodlanır ve bu indeks kartına işaretlenir. Her hastalık için ayrı bir indeks kartı olduğundan, her hastalığa yakalananların yaş, cins, klinik ve sonuçlarına göre dağılımlarını yapmayı kolaylaştırır.

### Ameliyat İndeksi

Her hastalık için özel bir kart tutulduğu gibi her ameliyat için de bir kart tutulur. Bu indekste hastanede yapılan ameliyat sayılarını yaş, cinsiyet, kliniklere ve sonuçlara göre dağılımlarını sağlamaya yarar (Kıral, 1976: 120).

## Bilgisayarla İndeksleme

Merkezi bilgisayar sistemi ile çalışan hastanelerde dosyanın ilk defa açılmasından sonra kendiliğinden indekslemeyi yapacak programlar geliştirilmek yoluyla yapılabilir.

Merkezi bilgisayar sistemi olmayan veya indeksleme programı eklenemeyen sistemlere sahip hastanelerde ise bilgisayarlarda hasta indeksleri işlenerek aynı sonuç alınabilir.

## Barkotları Kullanma

İrili ufaklı pek çok ticari kuruluşta yaygın olarak kullanılan bir sistemdir. Kısaca; genelde dikdörtgen biçiminde olan, birbirine paralel çizilmiş inceli kalınlı çizgilerden ve bu çizgilerin arasındaki boşluklardan meydana gelen, siyah çubukların oluşturduğu bir sembole barkod diyoruz. Barkod'lar sayesinde bilgisayara otomatik veri girişi hızlı bir şekilde sağlanmaktadır. Günümüzde pek çok alanda kullanılmaya başlanmıştır. Barkodlar bilgisayar yardımıyla özel okuyucularla tanımlanarak bilgi ortamına aktarılır.



Hasta dosyalarının her birisine verilen dosya numaraları barkot uygulaması ile kodlanır. Hastaya ait her dokümana barkot etiketi yapıştırılır. Tüm işlemler barkota göre yürütülür. Hasta dosyalarının barkodlanması, dosyaların giriş çıkış işlemlerini hızlandıracaktır. İmha işlemi, dosya-barkod bazında gerçekleşeceği için daha güvenilir olacaktır. Hangi dosyanın nerede olduğu net olacaktır.

### Yüz Tarama Yazılımları

Kişilerin yüz hatlarını dijital bir kamera ile belleğe alan bir program ile çalışan bu sistemde, görüntüye yansıyan yüzler ile karşılaştırma yapılmakta ve sistem karşılaştırma yapılan kişiyi hemen ve hatasız olarak tanımaktadır. O kişiye ait bilgiler kullanıma hazır bir konuma gelmektedir.

### Hasta Tanıtım Kartı

Hasta hastaneye ilk geldiğinde yeni dosya açılınca hastaya verilen tanıtım kartıdır. Bu kartta hastanın adı soyadı, dosya numarası, baba adı, doğum yeri ve yılı bulunur. Hastanın hastaneye her başvurmasında bu kartla birlikte gelmesi istenir.

### Haberleşme Bölümü

Hastanede tedavi gören hastalara ait kayıtlar diğer hastaneler, aile doktorları, sigorta şirketleri, mahkeme ve cumhuriyet savcılıkları tarafından istenen kaynaklardır. Cumhuriyet savcılıklarının mahkeme kararına dayalı nedenleri dışında, tıbbi dokümanların hastane dışına çıkartılmama kuralı bütün hastanelerin yönetimince kabul edilmiştir (Artukoğlu ve diğ., 2002: 76; Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)).

### Dosyalama Bölümü

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin; 32.maddesinde "Her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur. Bütün servislerin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir (Form 72)" denmektedir. Aşağıda örneği verilen büyük zarf dosya halen çoğu Sağlık Bakanlığı Hastanesinde kullanılmaktadır. Ünite 2'de anlatılan küçük ve normal dosyalar ile filmler bu büyük zarf dosyaların içerisinde muhafaza edilmektedir.

Halen yürürlükteki bu uygulama bazı güçlükler neden olmaktadır. Zarf dosyaların saklanması, numaralarının yeniden bulunması, yerleştirilmesi son derece güç olmaktadır. Bu nedenle Tıbbi Arşiv Yönergesinde zarf dosyalardan hiç bahsedilmekte ve yeni açılan hastaneler doğrudan küçük dosyaları kullanarak arşivlerini oluşturmaktadır. Ancak bu durum da hastalara ait filmlerin saklanamamasına neden olmaktadır. Halbuki halen yürürlükte olan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 115'de filmlerin saklanması gerektiğinden söz edilmektedir. Bir geçiş dönemi içerisindeki ülkemizde hasta dosyalarının biçimleri ve saklanması ile ilgili halen bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Yakın bir gelecekte PACS sistemlerinin hastanelerde kullanılması ile filmlerin saklanması ile ilgili belirsizliğin de aşılabacağı ve zarf dosyaların terk edilerek doğrudan küçük dosyalar ile devam edileceği öngörülebilir.



Form No : 72	HASTANIN		T.C.		Ek No : 21
SOYADI VE ADI			SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI		ARŞİV DOSYA NO : .....
BABA ADI			..... HASTANESİ		
Doğum Yeri ve Tarihi			<b>ARŞİV DOSYA ZARFI</b>		
	1. GİRİŞ	2. GİRİŞ	3. GİRİŞ	4. GİRİŞ	5. GİRİŞ
Genel Protokol No.					
Yatışı Servis					
Servis Şefinin Adı					
Servis Protokol No.					
Yatışı Tarihi					
Çıkışı Tarihi					
TEŞHİS ve Kod No.					
Yapılan Tedavi					
YAPILAN AMELİYAT ve Kod No.					
HAST. ÇIKIŞ DURUMU (Şifa-salah-haliyle ölüm)					
DÜŞÜNCELER					
ARŞİVE GELİŞ TARİHİ					
TESLİM ALAN ARŞİV GÖREVLİSİ					
<b>DİKKAT : BU ZARF GİZLİDİR. İLGİLİ HASTANE GÖREVLİSİNDEN BAŞKASINA VERİLMEZ.</b>					

Dosyanın çabuk ve kolay bulunması için; isme, hastalığa ve protokol numarasına göre lüzumlu görülen çeşitli bulma kolaylıkları sağlayacak kartoteks sistemleri uygulanır.

Dosyalama bölümünde çalışanlar, dokümanların departman içerisinde belirli bir kurala göre sıralanmasını, ödünç alınan dosyaların takibini ve dosyaların kliniklere götürülüp geri getirilmesini sağlarlar (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1983: 7. Madde). Dosyaların en kısa zamanda bulunmasını ve yanlış yerlere kaldırılmamasını sağlamak bakımından renkli dosyalama sistemini uygulamak tercih konusudur.

Dosyalama bölümü ve birimin görevleri Ünite 2 de ayrıntılı olarak verilmiştir.

## Araştırma Bölümü

Halen Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi içerisinde olmayan bu bölüm ülkemizde bazı üniversite hastanelerinde bulunmaktadır. Yurt dışındaki araştırma hastanelerinde de yer alır.

Araştırma bölümü, sağlık kurumu hasta dosyaları üzerinde araştırma yapmak üzere başvuran araştırmacılara hizmet veren bir bölümdür. Hastaneler araştırma için hasta dosyaları arşivlerine başvuran araştırmacılara istenen dosyaları vermek için iki ayrı yol izlerler. Bunlardan birisi istenen hasta dosyalarını bir yere kaydetmek ve istenen dosyaları araştırmacılara daha sonra getirmeleri için arşiv dışında çalışabilmeleri için vermektir.

Bir diğer yöntem ise istenen dosyaları arşivde bulmak ancak bunların arşiv dışarısına çıkışına izin vermeksizin, araştırmacıya arşiv içerisinde çalışabileceği uygun bir mekan da göstererek dosyalar üzerinde arşiv içerisinde çalışmasını sağlamaktır. Bu yüzden araştırma bölümü herşeyden önce araştırmacıların rahatça çalışabilecekleri bir mekanı içermelidir.

Araştırma bölümünde ödünç alınıp verilen dosyalar için bir alındı verildi, dosyası veya defteri tutulur. Bu defter bilgisayar üzerinde de olabilir. Bir seferde bir araştırmacıya kaç dosyanın çalışması için verilebileceği de hastenin tıbbi kayıt politikası olarak belirlenmelidir. Dışarıya dosya veren hastaneler için ödünç dosya sayısı daha az, bir seferde 10 ile 20 arasında bir sayı olarak bellirlerir. Ancak dosyaların bölüm içerisinde kalmaları durumunda ise 30 ile 40 arasında bir sayı ile araştırmacılara dosya temin edilebilir.

Araştırmacılardan araştırma konuları hakkında da bilgi alınması, hasta dosyaları üzerinden üretilen araştırmaların bilinmesi bakımından da son derece faydalı olabilmektedir. Bu yüzden gelen araştırmacıların araştırma konuları da bir deftere (veya bilgisayara ) kaydedilmelidir.

## Dosyalama Yöntemleri

Dosyalama yöntemleri; yatık dosyalama ve dikine dosyalama olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Green ve Bowie, 2005: 206)

### Yatık Dosyalama

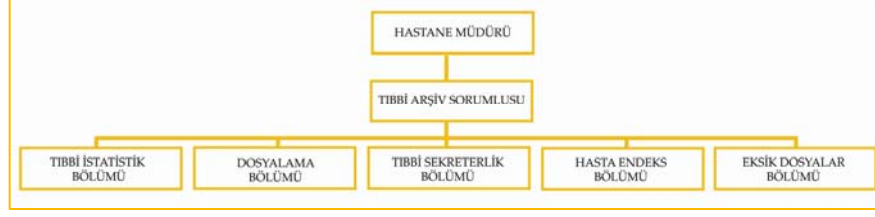
Zarflar veya dosyalar birbirlerinin üstüne konurlar. Bu yöntem dosyayı çıkarma ve yerleştirme bakımından kullanışlı değildir. Altta kalan dosyaların kolayca zedelenip yırtılmasına neden olmaktadır (Balci, 2001: 139; Green ve Bowie, 2005: 206).

### Dikine Dosyalama

Dosyalar kenarları veya sırtları üzerine dikine, yan yana konurlar. Bu tipte çıkarma ve yerleştirme çok kolay olduğu için, yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Kenarları üzerine konulduğunda zamanla kenarlarda oluşabilecek bozulmalar sık sık tamir edilmelidir. En iyi yöntem sırtların kenarları çeşitli yöntemlerle desteklenmiş dosya kullanmaktır (Balci, 2001: 139; Kuehn and Stewart, 1996: 182-184).

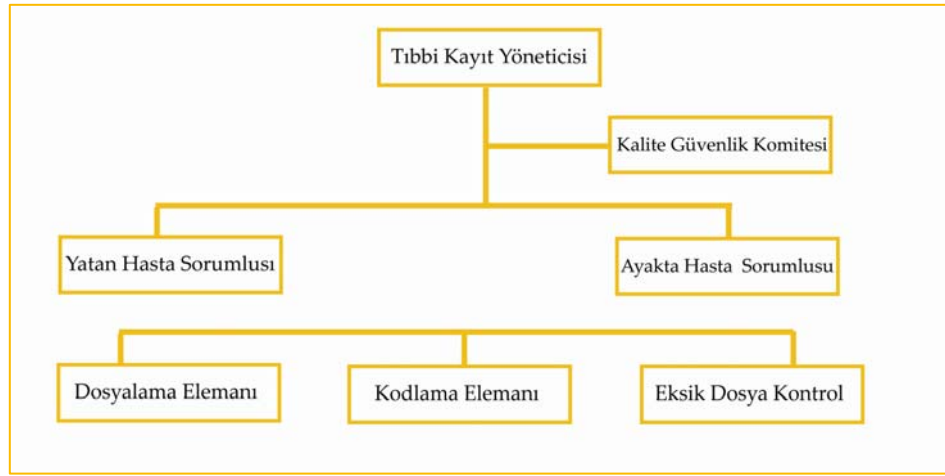
## Hasta Dosyaları Arşivinin Yönetim Ve Organizasyonu

Hasta dosyaları arşivinin sağlık kurumundaki yeri, "Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesi"nde aşağı verilen şemadaki gibi tanımlanmıştır. Burada yöneticinin niteliği "tıbbi arşiv sorumlusu" olarak tanımlanmakta ve doğrudan hastane müdürüne bağlı olarak çalıştırılması gerektiği anlaşılmaktadır.



Şekil: Hasta Dosyaları Arşiv Hizmetleri Yönetim ve Organizasyon Şeması

Bir alttaki şekilde de yurt dışındaki bir arşiv modeli verilmiştir. Burada tıbbi kayıt yöneticinin kime bağlı olduğu belirtilmemekle birlikte, genel model doğrudan hastane genel yöneticisine bağlı olmak biçiminde kurgulanmıştır. Yine şekilde kalite güvence komitesi koordinatörünün de tıbbi kayıt yöneticine bağlı olarak görev yaptığı izlenmektedir (Edwards, 2000: 251).



Şekil. Tıbbi Kayıt Bölümü Organizasyonu

Hasta dosyaları arşivleri genel olarak merkezi, dağınık ve karma metod ile örgütlenmektedir. Aşağıda örgütlenme modelleri anlatılmıştır.

### Merkezsiz Örgütlenme Modeli

Hasta dosyaları arşivinin en verimli ve kalite hizmet üretmeye yatkın örgütlenme şekli merkezsiz örgütlenme modelidir. Bu sistem; dosyalarının tek bir yerde, tek bir düzen altında toplanması esasına dayanmaktadır.

Böyle bir sistemde hizmet hedefi kurumun tamamını kapsayacaktır. Bütün poliklinik, klinik, hasta kabul, istatistik, araştırma, ve diğerleri arşiv kullanıcılarından gelen bilgi, belge ya da dosya isteklerinin tek bir merkezden karşılanması ve bu bilgi, belge veya dosyaların belirli bir dosya sistemine göre düzenlenmesini, korunmasını ve sınıflandırılmasını merkezi tıbbi arşiv yapmakla yükümlüdür.



Merkezi arşiv örgütlenme şekli, temel olarak hizmet kalitesinin yükselmesini sağlar. Merkezi arşiv sisteminin yararları hakkında aşağıdakiler verilebilir :

- Dosyalamada tek sistemin kullanılabilmesine olanak verir.
- Hasta dosyalarının daha iyi bir şekilde kontrolünün yapılmasına olanak sağlar.
- Verilen hizmette ve dosyalamada bir sorumluluk sağlar.
- Her türlü istatistiki ve bilimsel araştırmalara çok uygun bir ortam hazırlaması,
- merkezi arşivin yararlarından sayılabilir.
- Nitelikli personel istihdamını sağlar.
- Her hastanın tek dosyasının olması koşulunun denetimini yapma olanağını sağlar.
- Otomasyona daha kolay ve daha az maliyetle geçirilme olanağını sağlar.

Belge yönetiminin tek yerden organize edilmesinin faydaları yanında sakıncaları oldukça azdır denilebilir. Belki de en önemli sakınca ya da zorluk olarak karşımıza çıkan şey, burada çalışacak nitelikli personele gereksinim olmasıdır. Merkezi arşivde çalışacak personelin özel olarak yetiştirilmesinin gerekliliği bir sakınca olarak görülse de günümüzde bu konuda eğitim-öğretim veren bölümlerden mezun kişilerin istihdamının sağlanması sonucunda bu sorunun da ortadan kaldırılması olanaklıdır.

Merkezi arşiv, hastaneye gelen hasta ve yaralıların dosyalarının kolayca alınabileceği hasta kabul yerine yakın olmalıdır. Doktorların normalde toplandıkları ya da sık sık uğradıkları kütüphane, yemekhane, dinlenme vb. yerlere yakın veya ana koridor üzerinde bulunmalıdır. Belge, bilgi ve dosya iletiminin hızlı olabilmesi açısından bu durumun göz önünde bulundurulmasında yarar vardır. Merkezi arşivin yeri seçilirken, belgelerin bozulmadan saklanabileceği, korunabileceği yerler tercih edilmelidir. Arşivlemede belgelerin, küften, nemden, aşırı kuru havadan, direkt güneş ışığından, hava kirliliğinden, yangın, sel ve kaybolma tehlikesinden korunması gerektiği unutulmamalıdır.



Merkezi arşivin kaliteli hizmet üretebilmesi için belirli kademelerin belirli sorumlulukları üstlenmesi gerekmektedir. Şüphesiz en büyük sorumluluk arşiv görevlilerindedir. Bu sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Dosyalama işlemlerini, arşivleme teknik ve yöntemlerine uygun bir şekilde yürütmek.
- Tıbbi dokümantasyon merkeziyle iş birliği içinde çalışmak.
- İstatistiksel sonuç alma sistemlerini oluşturmak.
- İndekslerin oluşumunu sağlamak.
- Dosyaların emniyetle korunmasını ve saklanmasını sağlamak.
- Hasta bilgilerinin gizliliği ilkesine kesinlikle uymak.
- Arşiv içerisinde düzenliliği sağlamak.

Bu sorumluluklara, arşivlerin yapısı ve büyüklüğü durumuna göre başkalarını da eklemek olanaklıdır.

Merkezi arşive gelen belgelerde mutlaka bir doktor sorumluluğu vardır. Doktorların bu belgelerdeki sorumluluğu mutlaka yönetmeliklerle belirlenmelidir. Hasta dosyalarında, doktorların kullanmış oldukları dil; açık, iyi tanımlanmış ve yanlış anlamalara neden olmayacak şekilde olmalıdır. Hatta bazı standartlaştırılmış kısaltma ya da kodlar kullanılarak bu işlemler kolaylaştırılmış ve hızlandırılmış olması söz konusu olabilir.

Merkezi arşivin yerinin saptanması ve arşivin iş kapasitesine göre personel sayısını belirlemek hastane idaresinin sorumluluğundadır. Hastane idaresi arşivin çeşitli tüketim, makine, donanım vb. ihtiyaçlarını karşılamakta sorumluluğunu da üstlenmiştir. Merkezi arşivde işlerin düzenli olarak yürütülmesi ve bazı yanlışlıkların saptanması, gerekli yerlere çeşitli önerilerde bulunmak üzere cerrahi, dahili ve laboratuvar gruplarından birer temsilcinin bulunduğu arşiv komitesi, zaman zaman arşivde toplanarak arşivin daha düzenli çalışması konusunda kararlar alır. Özellikle tedaviler sırasındaki teşhislerdeki çelişmeleri de gerekli yerlere bildirerek düzeltilmesi konusunda önlemlerin alınmasına yardımcı olurlar.

Hasta dosyalarının, hasta, doktor ve hastane idaresine en yüksek kalitede hizmet üretmeye uygun bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Bir arşivin modern anlamda gelişmesi gerekmektedir.



Bir arşivin modern anlamda gelişmesinde ve hizmet kalitesinin yükseltilmesinde iki temel konu çok önemlidir:

- Arşivin bir şekilde sorumluluğunu taşıyan kademeler (arşiv görevlileri, doktorlar, hastane idaresi) tarafından arşivin önemi anlaşılmış ve bir tıbbi arşiv politikasının kafalarda olgunlaştırılmış olması gerekmektedir.
- Hasta ve yaralıların tedavisinde sorumluluk alan tüm personelin, en iyi tıbbi bakımı yapma isteğine sahip olması gerekir.



## Dağınık Örgütlenme

Her poliklinik ve klinikler, kendi kayıtlarını kendi bünyesi içerisinde toplar ve kendi sistemiyle hizmetlerini yürütmeye çalışır. Birimlerde oluşan küçük çaplı arşivler arasında çoğu zaman bir bağ yoktur. Hasta hangi serviste tedavi olmuş ya da yatmış ise kayıtları da o servistedir. Hastaneye tekrar gelişinde eğer önceki geldiği servise yatarsa, servisteki kayıtları işleme girer. Başka klinik ya da poliklinikte oluşmuş kayıtlar yeni birimde oluşan kayıtlarla birleşmediğinden hasta bilgilerini topluca bir arada görme olanağını ortadan kaldıran bir sistemdir. Yani bu yöntem bir hastanın, bir hastane içinde görmüş olduğu bütün işlemlerin sonucunda oluşan belgelerin aynı yerde ve aynı zamanda bir yerde bulunmaması nedeniyle dinamik yapıya bürünemez.

Bir hastanenin fiziksel koşulları, merkezi arşivin kurulmasına olanak vermediği durumda bu sistem zorunlu olarak kullanılır. Günümüzde bilgisayar ve ağ teknolojisinin hızlı gelişimi sayesinde, dağınık örgütlenme yapısında olan arşivlerde kendi içinde haberleşme olanakları bulunmaktadır.

## Karma Örgütlenme

İki ana yöntemden birisi tercih edilmek suretiyle örgütlenmenin yapısı oluşturulur. Genellikle merkezsel örgütlenme asıl olarak kullanılmaktadır. Bazı bölümler, hizmetlerinin niteliği gereği hasta dosyalarını kendi bünyesinde toplamak zorunda kalırlar. Fakat hastane arşiv örgütlenme sistemi merkezselemdir. Merkezi arşivden ayrı olarak örgütlenmesine rağmen tamamen bağımsız olarak çalışmamaktadır. Her ayrı birim, bölümünde oluşan hasta dosyalarının birer özetini merkezi arşive göndererek hem hasta bilgilerinin gizliliğine uymuş olur, hem de genel bilgi verme işlevini de yerine getirmiş olur.



### Sağlık Kurumlarında Hasta Dosyaları Arşivinin Gelişmesi Ve Büyümesi Koşulları

- Hastane yönetimi, doktorlar ve arşiv görevlileri tarafından arşivin önemi anlaşılmış olmalıdır.
- Hasta tedavisinde sorumluluk alan personel, en iyi tıbbi bakım yapma isteğine sahip olmalıdır.
- Yönetim, sağlık personeli ve arşiv görevlileri gerek kayıtların tutulmasında, saklanması ve yeniden kullanılmasında gerekli özeni göstermeli ve yeni gelişmeleri takip edebilmelidir.
- Hastane içerisinde arşivin çalışması ile ilgili bazı standart kurallar geliştirilmeli ve bunlara tüm personelin uyması sağlanmalıdır.
- Arşivin çalışması ile ilgili tespit edilen aksaklıkları çözüme ulaştıracak önlemler alınmalı ve bu önlemler tüm personelin katılımı ile uygulamaya konulmalıdır.
- Arşiv komitesinin aldığı kararlar, arşivin gelişmesinde en büyük dayanaştır. Bu kararların, gelişim için hastanenin tüm birimlerine benimsetilmesi ve uygulanması gerekmektedir.

## Diğer Ünitelerle Fonksiyonel İlişkiler

Hasta dosyaları arşivinin, hastanenin tüm birimleri ile yoğun bir ilişkisi vardır. Bu fonksiyonel ilişkilerin yoğunluğu hastanenin hasta yükü ve yatak sayısının büyüklüğüne göre daha da artmaktadır.

Fonksiyonel ilişkilerin gereksiz yoğunluğu, iş akış şemalarının düzensizliğinden ve arşivin hastane içindeki uygun olmayan konumundan ileri gelebilir. Bu nedenle arşivin hastane içindeki konumu, hastanenin ilk kuruluşunda, tüm bölümlerle çok rahatlıkla iletişimi sağlayabilecek şekilde planlanmalıdır. Arşivin hastane içindeki yerinin iyi tespit edilmesi hem arşivin hem de diğer ünitelerin verimli çalışmalarında etkili olacaktır (Edwards, 2000: 250).

Hastanın hastaneye gelişinden taburcu olmasına kadar geçen sürede, kendisini ilgilendiren her türlü teşhis ve tedavi ünitesiyle ve idari ünitelerle yoğun bir ilişkisi bulunmaktadır. Taburcu olan hasta mümkün olan en kısa sürede çıkış özetinin yazılıp hastane ile ilgili işlemlerin bitmesini ister. Hasta dosyaları, hasta bakımı için olabildiğince çabuk bir şekilde hasta bakımından sorumlu olanlara iletilebilmelidir (<http://www.ifhro.org/>).

Arşivin fonksiyonel ilişkisi sadece hastane içindeki ünitelerle sınırlı değildir. Diğer hastane, kurum ve adli makamlarla yoğun bir iş ilişkisi vardır. Bu nedenle merkezi bir arşiv sisteminin kurulması, hastanenin gereksiz yazışma yapmasını en aza indirecektir.

Hastane otomasyon sistemine geçen hastaneler, iş akışına göre hasta dosyaları ile ilgili fonksiyonel ilişkilerini bilgisayar ortamından sürdürmektedir. Bu durumda da sistemin güvenliğine, yedeklenmesine dikkat etmek gerekir. Kayıtların bilgisayar ortamına alınabilmesi için ilgili mevzuat yol göstericidir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazetede Yayınlanan Yönetmelik de "Merkezî tıbbî arşivin çalışma şekli ile hastanede tutulan tüm kayıtların bilgisayar ortamında tutulabilmesine ilişkin usul ve esaslar Yönerge ile belirlenir" denmektedir.

Sağlık kurumlarında tıbbi kayıtların ve bunların tıbbi kayıt sisteminin kuruma yararlı olabilmesi için taşınması gereken bazı temel özellikler vardır. Bu özelliklere dikkat edilmesi dokümantasyon işleminden azami ölçüde faydalanılmasını sağlamaktadır.

Kayıtların eksiksiz ve doğru olarak işlenmesi için sağlık personeli önce eğitilmeli, sonra da belirli aralıklarla denetlenmelidir. Tıbbi kayıtların sorumluluğu kurumda çalışan her bireyindir.

#### **Tıbbi Kayıtların Ve Tıbbi Kayıt Sisteminin Taşınmaları Gereken Özellikler;**

- Tıbbi kayıtları içeren formlar tüm ülkede standart, tüm bilgileri içerecek şekilde ve olabildiğince az sayıda olmalıdır.
- Bilimsel ve idari yönden gerekli tüm bilgileri içeren ve bu bilgilerin zamanında işlenebileceği bir tıbbi kayıt sistemi olmalıdır.
- Tüm bilgiler formlar üzerinde istatistiksel analize elverişli olarak düzenlenmelidir. Bilgi formdan kolayca alınabilmelidir.
- Sistem, gerekli tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru olarak kaydedilmesini sağlayacak önlemleri içermelidir.
- Formlar ve sistem basit ve anlaşılır olmalıdır. Kurulacak sistem, eldeki personelin kolayca yürütebileceği bir düzeyde olmalıdır.
- Sistem merkezi olmalıdır. Sağlık kurumunda formların tek bir merkezde toplanması sağlanmalı, kayıtlar kurum arşivince tek merkezden yönetilmelidir. Bölümler kayıtlarını bağımsız saklamamalıdır.
- Kayıtların güvenilir bir biçimde saklanması sağlanmalıdır. Tıbbi kayıtların kaybolmaması ve görevli personel dışındaki kişiler tarafından kullanılmaması için gereken önlemler alınmalıdır.
- Formlara erişim kolay olmalı, aranan bilginin hemen bulunabileceği bir sistem var olmalıdır. İşlemi biten ve depolanan kayıtlar her arandığında bulunabilecek ve her bilgiyi kolayca verecek biçimde düzenlenmelidir.



## Özet

Geçmiş ile bugün arasında bağlantı kurmak gibi hayati bir görev yüklenen ve bir milletin en kıymetli hazinesi olan arşivler; bütün ülkelerin büyük önem verdikleri bir konudur. Kurumlarda arşiv yönetiminin başlıca görev ve fonksiyonları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Arşiv malzemesini belirlemek ve ayırmak,
- Arşiv malzemesini kayba uğramadan korumak,
- Arşiv malzemesini gerekli şartlarda saklamak,
- Arşiv malzemesini faydalanmaya sunmak

**Dosya;** güncel kullanım veya arşivsel düzenleme sırasında bir araya getirilecek gruplanmış belge birimi, bir kuruluşun evraklarının tümü veya bir kısmı için kullanılan genel terimdir.

**Hasta dosyası;** hasta ve yaralıların tedavisi sürecinde oluşan belgelerden meydana gelen, o hasta ya da yaralıya ait belgeler topluluğudur.

**Dosyalama;** yapılan faaliyetler sırasında ortaya çıkan her türlü yazılı, basılı, kayıtlar, banda veya filme alınmış belgelerin; çeşitli şekillerde (cilt, klasör, çekmece, v.b.) belli amaçlara uyularak saklanmasıdır.

### Bir dosyalama sisteminin seçiminde dikkat edilecek unsurlar:

- Kurumun gördüğü işin özelliği
- Kurumun yapısı ve büyüklüğü
- İş yükü (Dosyalanacak belgenin niceliği)
- Arşiv personelinin sayısı ve niteliği
- Sistemin ekonomikliği (Kuruluş ve işleyiş maliyeti)
- Sistemin hata yapabilirliği hesabının yapılması
- Belge ortamı, boyutu ve şekli

Yataklı Tedavi Kurumları İşletmesi Yönetmeliğinin 32.MD.'inde "her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur ve servislerin olanakları ölçüsünde işi biten dosyalar buraya kaldırılır" şeklinde belirtilmiştir.

### Hasta Dosyaları Arşivinin Temel Öğeleri

Hasta dosyaları arşivi gerek kurulmaları sırasında ve gerekse kurulduktan sonra sahip olmaları gereken temel öğeler insangücü, merkezi yerleşim alanı, bütçe ve arşiv komitesidir.

**1. İnsan gücü** Her hasta dosyaları arşivinde konusunda eğitim yapmış en az bir arşiv yöneticisi bulunmalıdır. Ancak bu sayede hasta dosyaları arşivinde daha fonksiyonel bir çalışmaya yön verilebilir. Arşiv sorumlusu hasta dosyaları arşivinin insan gücü, yerleşim alanı, bütçe, yönetim ve

denetim ile ilgili sorunları ana hatlarıyla tespit edilerek sağlık kurumu yöneticilerine iletilebilir

Arşiv Memurunun Görevleri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 157.md' sinde arşiv memurunun görevleri tanımlanmıştır. Bu maddeye göre arşiv memuru sağlık istatistikçisine bağlı olarak, 66. maddeye göre arşivleme yapılan kurumlarda ilk müracaat eden hastaların arşiv defterine kaydını yaparak polikliniğe gidecek muayene fiş veya dosyasını hazırlar ve her dosya üzerine arşiv defterindeki kayıt numarasını işler. Arşiv memuru, hekimlerin inceleme, araştırma, makale, test, istatistik ve rapor hazırlamak gibi ilmi çalışmalarında ve günlük arşiv araştırmalarında kendilerine yardımcı olur. Arşivi devamlı olarak gözetimi altında bulundurur. İlgisi olmayanlara dosya vermez. Arşivin genel düzen ve temizliğini sağlar.

Yurtdışında hasta dosyaları birimlerinden birisi olan tıbbi kodlama biriminde çalıştırılacak personel için de öğrenim yönünden yasal bir standartizasyona gidilmiştir. Amerika'da kodlama yapacak personel için öğrenim düzeyi en az ön lisans veya sertifika iken Avrupa 'da genellikle sertifika bazı ülkelerde de, yine ön lisans olarak belirlenmiştir

**Tıbbi Kodlamacı ve İstatistikçi İş Tanımı** Ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların tıbbi teşhis ve tedavilerinin uluslararası hastalık kodlama sistemleri kullanarak kodlanması, hastalık istatistiklerinin hazırlanması ve değerlendirilmesi

**Tıbbi Sekreter İş Tanımı** Hasta dosyaları arşivinin eksik dosyalar, araştırma, adli vaka ve dosyalama bölümlerinde hasta dosyaları ile ilgili işlemleri yerine getirme

**Merkezi Yerleşim Alanı:** Hasta dosyaları arşivinin yeri, arşivin daha fonksiyonel olarak çalışması açısından önemlidir. Bu nedenle arşivin yeri hastane içinde ve merkezi bir konumda düzenlenmelidir. Gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak arşive mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletmesi Yönetmeliğinin 32.md.'inde "her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur ve servislerin olanakları ölçüsünde işi biten dosyalar buraya kaldırılır" şeklinde belirtilmiştir. Her şeyden önce arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır. Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü haşaratın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır. Arşivlemede belgelerin, küften, nemden, aşırı kuru havadan, direkt güneş ışığından, hava kirliliğinden, yangın, sel ve kaybolma tehlikesinden korunması gerektiği unutulmamalıdır.

Merkezi arşiv, hastaneye gelen hasta ve yaralıların dosyalarının kolayca alınabileceği hasta kabul yerine yakın olmalıdır.

**3. Bütçe:** Bütün kurum ve kuruluşların çeşitli birimlerinde olduğu gibi hasta dosyaları arşivlerinde de fonksiyonel bir çalışma ancak yeterli bir

bütçenin varlığı ile mümkün olabilir. Hasta dosyaları arşivinin yöneticisi, arşivin kuruluş sırasındaki ihtiyaçlarını ve ayrıca her mali yıl sonunda bir sonraki yıla ait istekleri tespit ederek bütçesini düzenlemelidir.

**Arşiv Komitesi:** Sağlık kurumlarında arşiv komiteleri sağlık kurumları arşivinin en önemli öğelerinden birisidir. Arşiv komiteleri bazen de biraz daha kapsamlı bir isim ile “tıbbi kayıt komitesi” adı ile de kurulabilmektedir. Ancak bu yapılanma henüz Türkiye’deki sağlık kurumlarında bulunmamaktadır. Arşiv komitesi sağlık kurumundaki bölüm başkanlarının ve hasta dosyaları arşivi yöneticisinin katılımıyla kurulur. Arşiv komitesi hasta dosyalarının istenilen standartlara uygun olarak tamamlanmasını temin etmek ve bu dosyaları inceleyerek hasta bakımını değerlendirmek ve hizmet kalitesini artırmakla yükümlüdür. Sağlık kurumunda kullanılacak formların tespit edilmeleri ve değiştirilmeleriyle ilgili çalışmaları da yürüten komite, belirli aralıklarla toplanarak hasta dosyaları arşivi ile ilgili çeşitli problemlerin çözümlenmesinde hasta dosyaları arşivi yöneticisine istek ve önerilerde bulunur. Komitedeki üye sayısı sağlık kurumunun büyüklüğüne göre değişir. Büyük sağlık kurumlarında gereği halinde her bölümün ayrıca küçük çapta birer arşiv komitesi bulunabilir

#### **Arşiv Komitesinin Sorumlulukları ve Faaliyetleri**

Tıbbi ve idari kademelerle hasta dosyaları arşivi arasındaki ilişkilerin daha olumlu sonuçlar vermesi ve hasta bakımının daha verimli bir biçimde kontrolünün sağlanması, sağlık kurumlarında kurulacak ve belirli yönergelerle çalışacak arşiv komiteleriyle mümkündür.

Arşiv komitesi hasta dosyalarının istenilen standartlara uygun olarak tamamlanmasını temin etmek ve bu dosyaları inceleyerek hasta bakımını değerlendirmek ve kalitesini artırmakla yükümlüdür. Komite, sağlık kurumunda kullanılacak formların tespit edilmeleri ve değiştirilmeleriyle ilgili çalışmaları da yürütmektedir.

Komite ayrıca, hasta bakımında yüksek kalite sağlama, uzmanlık eğitim, bilimsel araştırma ve hastaların yasal olarak korunmalarını sağlama gibi faaliyetlerde önemli fonksiyonları vardır. Komite diğer yandan hastane-deki hasta kayıtlarını da kontrol etmektedir

**Arşiv Komitesinin Üyeleri** Arşiv komitesi, sağlık kurumundaki tıbbi birim başkanları veya temsilcileri ile, hasta dosyaları arşivi yöneticisinin katılımıyla kurulur. Kurum amiri veya görevlendirdiği kişinin başkanlığında çalışır. Komitenin sekreterliğini hasta dosyaları arşiv sorumlusu yapmaktadır. Komite en az ayda bir defa toplanmalıdır. Komite hasta dosyaları arşivi ile ilgili çeşitli problemlerin çözümlenmesinde hasta dosyaları arşivi yöneticisine dilek ve tavsiyelerde bulunur.

#### **Hasta Dosyaları Arşivinin Yeri**

Tıbbi arşiv departmanı; hastaneye tedavi edilmek üzere gelen hasta ve yaralılar için titizlikle hazırlanan ve onların bir sonraki kabullerinde veya

inceleme ve tetkik amaçları için hemen bulundurulması gereken bütün dokümanların, tarih sırasına ve uygulanmakta olan sisteme bağlı kalınarak saklandığı yerdir. Tıbbi arşivler, kendilerine has ilkelere sahip olmayan fakat hizmetinde buldukları kurumların ilkelerini gerçekleştirmeye çalışan kuruluşlardır.

Aşağıdaki kriterler hasta dosyaları arşivinin standartlarını karşılamak için gereklidir.

- Sağlık kayıtlarına hızlı erişim ve kolay dağıtım için hasta dosyaları arşivi ofis gibi bir yer olmalıdır.
- Office ve çalışma alanı hasta dosyaları arşiv personeli, ve burada yapılacak çalışmaları gerçekleştirmek için yeterli alanın sahip olmalıdır.
- Sağlık kayıtları için yeterli depolama alanı, gelecekte depolama ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak seçilmelidir. Bu seçim yapılırken
- ana kadarki sağlık kayıtları düşünülmeli yeterli ve etkin depolama alanının hastane personeli tarafından kolay ve rahat kullanılabilir olmasına dikkat etmelidir.
- Kullanılabilir alanın seçiminde aktif ve pasif dosya kullanımı kayıtların saklama sürelerini de dikkate almak gerekir.
- Hasta dosyaları arşivi yeri seçilirken hastanenin kayıtların zarar görmeyeceği bir alanı tercih edilmeli; bu alan yetkisiz kişiler tarafından kullanılmamalı ve sağlık kayıtlarını korumak için güvenli olmalıdır (ACHS, 1992).

Hastane içerisinde hasta dosyaları arşivinin planlanmasında hastane yönetimi (bunun içerisinde hasta dosyaları arşivinde çalışan arşiv görevlileri de olmalıdır.), tesis planlama koordinatörü ve profesyonel mimarlar olmak üzere üç grubun işbirliği içerisinde çalışması gerekir.

Hasta dosyaları arşivinin yeri seçilirken aşağıdaki dört kriter gözönünde bulundurulmalıdır.

- Hasta dosyaları arşivi hastanenin merkezi bir yerinde olmalıdır
- Tüm hastalara yatan, poliklinik ve acil hizmet verebilmelidir.
- Sağlık çalışanları ve diğer kullanıcıların erişebileceği bir yerde olmalıdır
- İdari açıdan kullanımı kolay bir yer tercih edilmelidir.

### **Arşivin Mimari Yapı Ve Özellikleri**

Hasta dosyaları arşivinin yeri, sağlık kurumlarının kurulması ile ilgili çalışmalara başlanıldığı sırada tespit edilmeli ve gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu aşamada sağlık kurumu yöneticileri, arşiv komitesi üyeleri ve mimarlar, hasta dosyaları arşivinin yerini tespit etmeli ve fonksiyonla-

rını tartışmalıdır. Arşivin yeri hastane içinde ve merkezi bir konumda düzenlenmelidir

Gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak, mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Her şeyden önce arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır.

Arşiv olarak kullanılacak yerin, her türlü tehlikeden uzak bir şekilde ve çıkması muhtemel arızaları önleyici önlemlerin önceden alınması suretiyle tesisi, evrakın yangına karşı korunması amacıyla da, yangın söndürme araçlarıyla donması gerekir. Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü haşaratın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır

### **Arşiv İçerisinde Dosyalar İçin Saklama Mekanı**

Arşivlemenin bir sistem çerçevesinde yürütülmesi için, *öncelikle* arşivleme yeri tespit edilmelidir. Arşiv odalarının nemlilik ve havalandırma gibi atmosfer şartlarının, arşivdeki dokümanların korunmasına elverişli olması gerekir.

Arşiv yerinin belirlenmesinden sonra *ikinci* adım, arşiv malzemelerini temin etmektir.

Arşiv mekanları, tehlike arz eden yerlerden, fabrika yangın ve patlama tehlikesi olabilecek gaz, petrol veya patlayıcı madde konan depolardan uzakta kurulacaktır.

Arşiv depoları oluşturulurken de aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi gerekir.

**İzolasyon:** Yangına karşı dayanıklı duvar, döşeme ve kapılar olacaktır.

**Klimatizasyon:** Isı 12-18 derece nem ise % 50-60 arasında tutulacaktır.

**Işık durumu:** Depoya giren ışık miktarı az olacak, yazın daha da düşürülecektir.

**Depo Yüksekliği:** 2.10 - 2.20, raflar metal olup, deponun alanı 150-200 m<sup>2</sup> olacaktır.

Standart tek bir raf (1m uzunluğunda ve 26 cm derinliğinde, 100 kg yük taşıyabilmelidir.)

Tabanda ahşap döşemeler bulunmayacaktır. Arşivde korunacak malzemenin tozdan korunmasına da özel bir önem verilmelidir.

### **Arşiv Personel Alanı İçin Çevresel Koşullar:**

Arşiv alanı planlanırken çalışan personel sayısı da dikkate alınmalıdır. Personel masaları, dosya ve donanımlar için geniş bir oda, sağlanmalıdır.



Personel için minimum alan olarak, her bir personel için 5.57m<sup>2</sup> (16 SQ m olmalıdır) önermiştir. Personel çalışma masaları arasında 1 ila 1 ½ m. ara olmalıdır. Çalışma alanları ana girişe yakın olmalıdır

Hasta dosyaları biriminde dikkat edilmesi gereken bir diğer konu da nemdir. Uygun yerlerde **higrometre** bulundurulmak şartı ile havanın nemi ölçümlenmelidir. Uygun nem koşulu oluşması için, nem 65 70 Fahrenheit arası ısı için % 30-50 arasında olmalıdır. Çok fazla nem kısa devreye neden olabilir, ortamda az nem olması da statik elektrik oluşturmaktadır. Ayrıca rutubet emici cihaz veya kimyevi madde kullanılmamalıdır.

Birimde gürültü kontrolü de sağlanmalıdır. Genel ofisler için 60 desibel, özel ofisler için 40 desibel, veri girişinin yapıldığı alanlar için ise 70 desibel kabul edilen gürültü oranıdır. Bu oranların ölçümü yapılarak standartlara uyulması sağlanmalıdır. Bir başka dikkat edilmesi gereken konu aydınlatmadır. Çalışanların yaşı durumları da göz önünde bulundurulmalıdır. 50 yaşından sonra aydınlatma ihtiyacı % 50 artarken, bu oran 60 yaşından sonra % 100 olmaktadır. Çalışma ortamı çalışanlar için tehlikesiz hale getirilmelidir. Ortada takılabilecek eşya, kutu, masa gibi engeller olmamalı, iş yeri tasarımı, normal ve engelli çalışanlarının her ikisini de içerecek şekilde yapılmalıdır.

Hasta dosyaları arşivleri için bir diğer önemli konu da, afet durumlarına hazırlık yapılmasıdır. Hastane afet planı içerisinde arşivlere mutlaka yer verilmelidir. Afet planı içeriğinde yangından korunma, afet sonrası iletişim, hastaların, hizmet sunanların listeleri, öncelikle kurtarılacak belgeler mutlaka belirlenmelidir. Kurtarılacak belgelerin önceden sınıflandırılması (hayati ve önemli şeklinde olabilir) yapılmalıdır. Hasta dosyaları arşivinin genel kapısı, yangın geçirmez, hava almaz şekilde düşünülmelidir.

### **Hasta Dosyaları Arşivinin Görevleri**

#### **Merkezi Hasta Dosyaları Arşivinde Uyulması Gereken Temel İlkeler**

- Arşiv merkezi dağınık olmamalı, derli toplu olmalıdır.
- Dosyalara ulaşım ve dosyaların tekrar yerlerine kaldırılabilmesi kolay olmalıdır.
- Arşiv merkezindeki sınıflandırma sistemi kullanım bakımından basit olmalıdır.
- Hasta dosyaları çabuk ve kolay bulunabilmelidir.
- Hasta dosyaları arşive geldikçe, her gün yerleştirilmelidir.
- Hasta dosyalarının nereye ve kimler tarafından alındığı kolayca anlaşılmalı ve takip edilmelidir.
- Hasta dosyalarının güvenliği sağlanmış olmalıdır.

- Arşiv merkezinin çalışma sistemi, iş ve maliyet bakımından ekonomik olmalıdır.
- Arşiv merkezi saklanacak dosyalar, içinde bulunacak malzeme ve çalışacak personele yetecek büyüklükte olmalıdır. Çalışma alanı iş akımı bakımından iyi planlanmış olması gerekir.
- Arşiv merkezinde kullanılan sistemler gerektiğinde genişleme gösterecek şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
- Arşiv merkezi diğer servisler ile kolay ve çabuk bağlantı yapabilmelidir.
- Tıbbi kayıtların ve raporların tutulması ve değerlendirilmesinde geçirdiği aşamalar şu şekilde özetlenebilir:
- Bütün hastalar için tam ve doğru olarak hastalığın teşhisini ispatlayan ve hangi tedavinin gerekli olduğunu gösteren kayıtlara yazılmalıdır.
- Kayıtların tamamlanması için gerekli kurallar, işlemler ve takip edilecek yollar yazılmalıdır.
- Tıbbi yöneticiler tarafından görevlendirilen bir üye veya komite üyeleri, tıbbi kayıtların belirli bir güne kadar tamamlanmasından sorumludurlar.
- Tıbbi kayıtlar, hastanede kolaylıkla bulunabilecek ve yararlanılabilecek şekilde bulunmalı, dosyalanmalı veya diğer işlemlerden geçirilmelidir.
- Tıbbi kayıtların tüm amaçlar için yararlanılabilir olması amacıyla uygun indeksler oluşturulmalıdır.
- Ameliyat kayıtları, kliniksel ve patoloji laboratuvar bulguları hazır referanslar halinde sınıflandırılmalıdır.
- Hastanede yatan ve hastaneye muayene için gelen hastaların kayıtları birbirleri ile karşılıklı olarak değerlendirilmelidir.
- Her durumda bulaşıcı hastalık, zehirlenme veya hastanın sağlığını ve korunmasını tehdit eden durumlar ulusal ve yerel sağlık kuruluşlarına raporlanmalıdır.
- Hastane kayıtları uygun istatistik bilgileri içerecek şekilde olmalı, bu bilgiler yöneticilerin işlerini kolaylaştırmalıdır.
- Tıbbi kayıtların özetleri, istatistikleri periyodik olarak tıbbi yöneticilerin çalışmalarını kolaylaştıracak şekilde kullanılmalıdır.
- Gerekli kayıtlar kanun, tüzük ve yönetmeliklere göre korunmalı, istatistikler ise toplanarak cetvel ve raporlar halinde tartışılmalıdır.

### Hasta Dosyaları Arşivinin Bölümleri

Hasta dosyaları arşivi hem poliklinik ve hem de klinik hastalarının dosyalarıyla ilgilenir. Bir hastanın çok yönlü incelenmesi için tüm tıbbi öz geçmişinin belirlenmesi ve saklanması gerekmektedir. Dolayısı ile hasta dosyaları arşivlerinin oldukça çok sayıda dosyanın en uygun şekilde yerleştirilmesi ve yönetilebilmesini sağlaması gerekir.

Sağlık Bakanlığı sağlık kurumları içerisinde organize edilmesini istediği hasta dosyaları arşivi birimi için alt bölümlendirmenin nasıl yapılması gerektiğini Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi içerisinde belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, merkezi arşivin çalışma şeklini bir iç yönerge ile düzenleyen Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesinin 4-8 MD.'inde yatak sayıları fazla olan, çok sayıda poliklinik hastası kabul eden yataklı tedavi kurumları ile araştırmaya büyük ölçüde yer veren eğitim hastanelerinde arşivlerin daha fonksiyonel bir hizmet verebilmeleri için bünyelerinde yer vermeleri gereken bölümler aşağıdaki şekilde belirtilmektedir.

- Eksik dosyalar bölümü
- Tıbbi sekreterlik bölümü
- Hasta indeksi bölümü
- Haberleşme bölümü
- Dosyalama bölümü
- Kodlama bölümü

#### Eksik Dosyalar Bölümü

Eksik dosyalar bölümü, hastane içerisindeki birimlerle ve hatta bütün hekimlerle, ayrı ayrı yakın bir iş birliği kurmak durumunda olan bölümlerden birisidir. Eksik dosyalar bölümü, hasta kabul merkezi ile devamlı olarak ilişki halindedir. Hasta kabul merkezlerinden sağlanan liste ve hasta dosyalarının kontrolü ve bu arada her dosyanın ayrı ayrı incelenerek, sayısal analizlerinin yapılması önde gelen görevleri arasındadır. Hastanede kaldıkları süre içerisinde hastalar için yapılan bütün işlemlere ait kayıtların tespitine, sağlanmasına ve çıkış özetinin hazırlanmasına kadar söz konusu hastalara ait dosyalar eksik dosya adı altında eksik dosyalar bölümünde yer alırlar

Epikrizlerin düzgün yazılıp yazılmadığı, doktorların sicili ve imzasının olup olmadığı, tanuların Uluslararası Hastalık Sınıflamasına (International Classification of Diseases) uygun olarak konulup konulmadığı ve kodlanıp kodlanmadığı gibi konular bu bölümde kontrol edilirler.

**Tıbbi Sekreterlik Bölümü:** Elle yazılmış veya kaydedici cihazlara dikte edilmiş hasta çıkış özeti, ameliyat notu, radyopi, beyin tomografisi,

manyetik rezistans ve sağlık raporu gibi hasta ile ilgili çeşitli bilgilerin özel formlar üzerinde yazılması, tıbbi sekreterlik bölümünün başlıca görevidir.

**Kodlama Bölümü:** Hastalık ve ameliyatlara ait tanı ve tedavi yöntemi ve tekniklerinin belirli sistemlere göre sınıflandırılması tıbbi araştırmalar yapılmasına olanak veren çalışmalardır. Bu çalışmalar arşivdeki kodlama bölümü tarafından yürütülmektedir. Kullanılacak sistemin belirlenmesi ve tespiti ile bu bölümde istihdam edilecek personelin yetiştirilmesi yapılacak tıbbi araştırmalar bakımından önemlidir.

**Hasta İndeksleri Bölümü:** Hasta indeksleri bölümü: indeksleri hazırlamak, çeşitli bölümlere ve özellikle hasta kabul merkezlerine gerektiğinde daha önceden açılmış hasta dosyalarına ait numaraları bildirmekle yükümlüdür

**İndeks Kartları:** İndeks kartları oldukça sağlam, dikey olarak sıralanabilecek şekilde sert olmalıdır. Ayrıca ad ve soyad benzerliklerinin çok olması nedeniyle, ana, baba adı, doğum yeri ve tarihinin yanı sıra tanı, ameliyat türü ve hekimin adı da yazılabilir olmalıdır. Bunun için kartlarda gerekli boşluklar bulundurulmalıdır. Kartlar alfabetik olarak dikine sıralanmalıdır. Kolay yerleştirme ve çıkarılma için gözlerin ü

**Hastalık İndeksi:** Hastane arşivinde her hastalık için ayrı bir kart bulunur. Hastane kliniklerinde yatan hastalara konulan tanılar uluslar arası sınıflandırmaya göre kodlanır ve bu indeks kartına işaretlenir. Her hastalık için ayrı bir indeks kartı olduğundan, her hastalığa yakalananların yaş, cins, klinik ve sonuçlarına göre dağılımlarını yapmayı kolaylaştırır.

**Ameliyat İndeksi:** Her hastalık için özel bir kart tutulduğu gibi her ameliyat için de bir kart tutulur. Bu indekste hastanede yapılan ameliyat sayılarını yaş, cinsiyet, kliniklere ve sonuçlara göre dağılımlarını sağlamaya yarar

**Bilgisayarla İndeksleme:** Merkezi bilgisayar sistemi ile çalışan hastanelerde dosyanın ilk defa açılmasından sonra kendiliğinden indekslemeyi yapacak programlar geliştirilmek yoluyla yapılabilir.

**Barkotları Kullanma:** Hasta dosyalarının her birisine verilen dosya numaraları barkot uygulaması ile kodlanır. Hastaya ait her dokümana barkot etiketi yapıştırılır. Tüm işlemler barkota göre yürütülür. Hasta dosyalarının barkodlanması, dosyaların giriş çıkış işlemlerini hızlandıracaktır. İmha işlemi, dosya-barkod bazında gerçekleşeceği için daha güvenilir olacaktır. Hangi dosyanın nerede olduğu net olacaktır.

**Yüz Tarama Yazılımları:** Kişilerin yüz hatlarını dijital bir kamera ile belleğe alan bir program ile çalışan bu sistemde, görüntüye yansıyan yüzler ile karşılaştırma yapılmakta ve sistem karşılaştırma yapılan kişiyi hemen ve hatasız olarak tanımaktadır. O kişiye ait bilgiler kullanıma hazır bir konuma gelmektedir.

**Hasta Tanıtım Kartı:** Hasta hastaneye ilk geldiğinde yeni dosya açılınca hastaya verilen tanıtım kartıdır. Bu kartta hastanın adı soyadı, dosya numarası, baba adı, doğum yeri ve yılı bulunur. Hastanın hastaneye her başvurmasında bu kartla birlikte gelmesi istenir.

**Haberleşme Bölümü:** Hastanede tedavi gören hastalara ait kayıtlar diğer hastaneler, aile doktorları, sigorta şirketleri, mahkeme ve cumhuriyet savcılıkları tarafından istenen kaynaklardır. Cumhuriyet savcılıklarının mahkeme kararına dayalı nedenleri dışında, tıbbi dokümanların hastane dışına çıkartılmaması kuralı bütün hastanelerin yönetimlerinde kabul edilmiştir.

**Dosyalama Bölümü:** Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin; 32.md.sinde "Her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur. Bütün servislerin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içersinde muhafaza edilir" denmektedir. Dosyanın çabuk ve kolay bulunması için; isme, hastalığa ve protokol numarasına göre lüzumlu görülen çeşitli bulma kolaylıkları sağlayacak kartoteks sistemleri uygulanır. Dosyalama bölümünde çalışanlar, dokümanların departman içerisinde belirli bir kurala göre sıralanmasını, ödünç alınan dosyaların takibini ve dosyaların kliniklere götürülüp geri getirilmesini sağlarlar. Dosyaların en kısa zamanda bulunmasını ve yanlış yerlere kaldırılmamasını sağlamak bakımından renkli dosyalama sistemini uygulamak tercih konusudur.

**Araştırma Bölümü:** Halen Tıbbi kayıt ve Arşiv Yönergesi içerisinde olmayan bu bölüm ülkemizde bazı üniversite hastanelerinde bulunmaktadır. Yurt dışındaki araştırma hastanelerinde de yer alır. Araştırma bölümü, sağlık kurumu hasta dosyaları üzerinde araştırma yapmak üzere başvuran araştırmacılara hizmet veren bir bölümdür. Hastaneler araştırma için hasta dosyaları arşivlerine başvuran araştırmacılara istenen dosyaları vermek için iki ayrı yol izlerler. Bunlardan birisi istenen hasta dosyalarını biryere kaydetmek ve istenen dosyaları araştırmacılara daha sonra getirmeleri için arşiv dışında çalışabilmeleri için vermektir. Dışarıya dosya veren hastaneler için ödünç dosya sayısı daha az, bir seferde 10 ile 20 arasında bir sayı olarak bellirlenir. Ancak dosyaların bölüm içerisinde kalmaları durumunda ise 30 ile 40 arasında bir sayı ile araştırmacılara dosya temin edilebilir.

### Dosyalama Yöntemleri

Dosyalama yöntemleri; yatık dosyalama ve dikine dosyalama olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

**1. Yatık Dosyalama:** Zarflar veya dosyalar birbirlerinin üstüne konurlar. Bu yöntem dosyayı çıkarma ve yerleştirme bakımından kullanışlı değildir. Altta kalan dosyaların kolayca zedelenip yırtılmasına neden olmaktadır

**2. Dikine Dosyalama:** Dosyalar kenarları veya sırtları üzerine dikine, yan yana konurlar. Bu tipte çıkarma ve yerleştirme çok kolay olduğu için, yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Kenarları üzerine konulduğunda zamanla kenarlarda oluşabilecek bozulmalar sık sık tamir edilmelidir. En iyi yöntem sırtların kenarları çeşitli yöntemlerle desteklenmiş dosya kullanmaktır.

### **Hasta Dosyaları Arşivinin Yönetim Ve Organizasyonu**

Hasta dosyaları arşivinin sağlık kurumundaki yeri, “Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesi”nde tanımlanmıştır. Yönetici “tıbbi arşiv sorumlusu olarak tanımlanmakta ve doğrudan hastane müdürüne bağlı olarak çalışmaktadır.

Hasta dosyaları arşivleri genel olarak merkezi, dağınık ve karma metod ile örgütlenmektedir. Aşağıda örgütlenme modelleri anlatılmıştır.

### **Merkezsiz Örgütlenme Modeli**

Hasta dosyaları arşivinin en verimli ve kalite hizmet üretmeye yatkın örgütlenme şekli merkezsiz örgütlenme modelidir. Bu sistem; dosyalarının tek bir yerde, tek bir düzen altında toplanması esasına dayanmaktadır.

Merkezi arşiv örgütlenme şekli, temel olarak hizmet kalitesinin yükselmesini sağlar. Merkezi arşiv sisteminin yararları hakkında aşağıdakiler verilebilir.

- Dosyalamada tek sistemin kullanılabilmesine olanak verir.
- Hasta dosyalarının daha iyi bir şekilde kontrolünün yapılmasına olanak sağlar.
- Verilen hizmette ve dosyalamada bir sorumluluk sağlar.
- Her türlü istatistiki ve bilimsel araştırmalara çok uygun bir ortam hazırlaması,
- merkezi arşivin yararlarından sayılabilir.
- Nitelikli personel istihdamını sağlar.
- Her hastanın tek dosyasının olması koşulunun denetimini yapma olanağını sağlar.
- Otomasyona daha kolay ve daha az maliyetle geçirilme olanağını sağlar.

Belge yönetiminin tek yerden organize edilmesinin faydaları yanında sakıncaları oldukça azdır denilebilir.

Merkezi arşivin kaliteli hizmet üretebilmesi için belirli kademelerin belirli sorumlulukları üstlenmesi gerekmektedir. Arşiv görevlilerinin sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Dosyalama işlemlerini, arşivleme teknik ve yöntemlerine uygun bir şekilde yürütmek.
- Tıbbi dokümantasyon merkeziyle iş birliği içinde çalışmak.
- İstatistiksel sonuç alma sistemlerini oluşturmak.
- İndekslerin oluşumunu sağlamak.
- Dosyaların emniyetle korunmasını ve saklanmasını sağlamak.
- Hasta bilgilerinin gizliliği ilkesine kesinlikle uymak.
- Arşiv içerisinde düzenliliği sağlamak.

Merkezi arşive gelen belgelerde mutlaka bir doktor sorumluluğu vardır. Doktorların bu belgelerdeki sorumluluğu mutlaka yönetmeliklerle belirlenmelidir. Hasta dosyalarında, doktorların kullanmış oldukları dil; açık, iyi tanımlanmış ve yanlış anlamalara neden olmayacak şekilde olmalıdır. Hatta bazı standartlaştırılmış kısaltma ya da kodlar kullanılarak bu işlemler kolaylaştırılmış ve hızlandırılmış olması söz konusu olabilir.

**Dağınık Örgütlenme** Her poliklinik ve klinikler, kendi kayıtlarını kendi bünyesi içerisinde toplar ve kendi sistemiyle hizmetlerini yürütmeye çalışır. Birimlerde oluşan küçük çaplı arşivler arasında çoğu zaman bir bağ yoktur. Hasta hangi serviste tedavi olmuş ya da yatmış ise kayıtları da o servistedir. Hastaneye tekrar gelişinde eğer önceki geldiği servise yatarsa, servisteki kayıtları işleme girer. Başka klinik ya da poliklinikte oluşmuş kayıtlar yeni birimde oluşan kayıtlarla birleşmediğinden hasta bilgilerini topluca bir arada görme olanağını ortadan kaldıran bir sistemdir. Yani bu yöntem bir hastanın, bir hastane içinde görmüş olduğu bütün işlemlerin sonucunda oluşan belgelerin aynı yerde ve aynı zamanda bir yerde bulunmaması nedeniyle dinamik yapıya bürünemez.

**Karma Örgütlenme** İki ana yöntemden birisi tercih edilmek suretiyle örgütlenmenin yapısı oluşturulur. Genellikle merkezsel örgütlenme asıl olarak kullanılmaktadır. Bazı bölümler, hizmetlerinin niteliği gereği hasta dosyalarını kendi bünyesinde toplamak zorunda kalırlar. Fakat hastane arşiv örgütlenme sistemi merkezseldir. Merkezi arşivden ayrı olarak örgütlenmesine rağmen tamamen bağımsız olarak çalışmamaktadır. Her ayrı birim, bölümünde oluşan hasta dosyalarının birer özetini merkezi arşive göndererek hem hasta bilgilerinin gizliliğine uymuş olur, hem de genel bilgi verme işlevini de yerine getirmiş olur.

### **Diğer Ünitelerle Fonksiyonel İlişkiler**

Hasta dosyaları arşivinin, hastanenin tüm birimleri ile yoğun bir ilişkisi vardır. Bu fonksiyonel ilişkilerin yoğunluğu hastanenin hasta yükü ve yatak sayısının büyüklüğüne göre daha da artmaktadır. Fonksiyonel ilişkilerin gereksiz yoğunluğu, iş akış şemalarının düzensizliğinden ve arşivin hastane içindeki uygun olmayan konumundan ileri gelebilir. Bu nedenle arşivin hastane içindeki konumu, hastanenin ilk kuruluşunda, tüm bölümlerle çok rahatlıkla iletişimi sağlayabilecek şekilde planlanma-

lıdır. Arşivin hastane içindeki yerinin iyi tespit edilmesi hem arşivin hem de diğer ünitelerin verimli çalışmalarında etkili olacaktır

Hastanın hastaneye gelişinden taburcu olmasına kadar geçen sürede, kendisini ilgilendiren her türlü teşhis ve tedavi ünitesiyle ve idari ünitelerle yoğun bir ilişkisi bulunmaktadır. Taburcu olan hasta mümkün olan en kısa sürede çıkış özetinin yazılıp hastane ile ilgili işlemlerin bitmesini ister. Hasta dosyaları, hasta bakımı için olabildiğince çabuk bir şekilde hasta bakımından sorumlu olanlara iletilebilmelidir

Arşivin fonksiyonel ilişkisi sadece hastane içindeki ünitelerle sınırlı değildir. Diğer hastane, kurum ve adli makamlarla yoğun bir iş ilişkisi vardır. Bu nedenle merkezi bir arşiv sisteminin kurulması, hastanenin gereksiz yazışma yapmasını en aza indirecektir.

### Gözden geçir



- Hasta dosyaları arşivin temel öğeleri nelerdir?
- İş tanımları (Arşiv Yöneticisi, Tıbbi Kodlamacı, Tıbbi Sekreter) nelerdir?
- Hasta dosyaları arşivin yeri neresidir?
- Hasta dosyaları arşivin mimari yapı ve özellikleri nelerdir?
- Hasta dosyaları arşivin görevleri nelerdir?
- Hasta dosyaları arşivin bölümleri nelerdir?
- Hasta dosyaları arşivin yönetim ve organizasyonu nasıldır?
- Tıbbi kayıt ve tıbbi kayıt sisteminin taşınması gereken özellikleri nelerdir?



## Kaynaklar



- Altınöz, M. (2001). Dosyalama ve Arşivleme Teknikleri. Ankara.
- Artukoğlu, A. (1967). Tıbbi Dokümanların Önemi. Hastane İdareciliği Dergisi. 1. ss:25-28
- Artukoğlu, A. (1968a). Hasta Dosyalarının Kapsamı. Hastane İdareciliği Dergisi. 5 (Mayıs). ss:20- 29.
- Artukoğlu, A. (1968b). Hastane Arşivlerinin Teşkilat ve Fonksiyonları. Hastane İdareciliği Dergisi. 2-3. ss: 12-19.
- Balcı, A.E. (2001). Tıbbi Dökümantasyon ve Tıbbi Arşivler. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.
- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (1988). [www.devletarşivleri.gov.tr](http://www.devletarşivleri.gov.tr) adresinden 3.4.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Edwards, M. (2000). Medical Records. In: Managing Modern Hospital. Ed: Srinivasan, A.V. London: Sage Publication.
- Huffman, E.K. (1994). Health Information Management: 10th ed. Berwyn, IL: Physicians Record Company.
- IFHRO (The International Federation of Health Records). <http://www.ifhro.org/> adresinden 8.5.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Johns, M.L. (2002). Information Management for Health Professions. ABD: Delmar & Thomson.
- Kıral, H. (1976). Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Mesleki Öğretim Genel Müdürlüğü Yayın No: 445, Başbakanlık Basımevi.
- Kuehn, L. ve Stewart, M. (1996). Data Access and Retention. In: Health Information Management A Strategic Resource. Ed: Abdelhak, M.; Grostic, S. ve diğ. USA: WB Saunders Company. pp: 178-213
- LaTour, K.M. ve Eichenwald, S. (2002). Health Information Management: Concepts, Principles and Practice. Chicago: AHIMA.
- MEB. (2008). Megep (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi), Ankara: Tıbbi Arşivleme.
- S.B. yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Yönergesi, [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat), adresinden 1.3. 2009 tarihinde erişilmiştir.
- S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresinden 15.5.2009 tarihinde erişilmiştir.
- S.B. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu. <http://sbu.saglik.gov.tr> adresinden 2.5.2009 tarihinde erişilmiştir.
- Scichilone, R.A. ve Barr, C.J. (1996). Human Resource Mangement. In: *Health Information Management A Strategic Resource*. Ed: Abdelhak, M.; Grostic, S. ve diğ. USA: WB Saunders Company. pp: 468-513.

<http://www.iskanunu.com/4857-sayili-is-kanunu/4857-sayili-is-kanunu-turkce/> adresinden 2.5.2009 tarihinde erişilmiştir.



## Değerlendirme Soruları

1.Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği Hasta Dosyaları Arşiv Yönergesine göre hastanelerde olması gereken hasta dosyaları arşivlerinin bölümleri aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kodlama, istatistik, dosyalama, veri girişi
- b) Dosyalama, adli büro, haberleşme, istatistik
- c) Dosyalama, kodlama, eksik dosya, hasta indeksi
- d) Dosyalama, hasta indeksi, eksik dosyalar, tıbbi sekreterlik
- e) Kodlama, adli büro, eksik dosya, veri girişi

2. 50–200 yataklı sağlık kurumlarının hasta dosyaları arşivlerinde bölünmeye ihtiyaç duyulmasına neden olan hastane eşik yatak sayısı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 200
- b) 250
- c) 300
- d) 400
- e) 1000

3. Aşağıdakilerden hangisi hasta dosyaları arşivlerinin temel öğelerini kapsamaktadır?

- a) Tıbbi sekreterlik bölümü, kodlama bölümü, hasta indeksleri bölümü
- b) Merkezi yerleşim alanı, kodlama birimi, istatistik birimi,
- c) Tıbbi kayıt komitesi, insan gücü, hasta dosyaları arşivi birimleri
- d) Hasta dosyaları arşivi birimleri, merkezi yerleşim alanı, tıbbi kayıt komitesi
- e) İnsan gücü, merkezi yerleşim alanı, tıbbi kayıt komitesi

4. Hem tıbbi ve hem de hukuki yönleri bulunan vakalara ait hasta dosyaları, hangi bilim dalı tarafından incelenir?

- a) Ceza hukuku
- b) Tıp bilimi
- c) Hukuk
- d) Adli tıp
- e) Tıp

5. Aşağıda yer alan bilgilerden hangisinde yanlış bir ifade yer almaktadır?

- a) YTKİY göre arşivin bölümlenmesine gerek yoktur.
- b) Arşivin çalışma usul ve esaslarını belirleyen yönetmelik bulunmamaktadır.
- c) Klimatizasyon: Isı 12-18 derece nem ise % 50-60 arasında tutulacaktır.
- d) Arşiv Depo Yüksekliği: 2.10 - 2.20, raflar metal olup, deponun alanı 150-200 m<sup>2</sup> olacaktır.
- e) Arşivler geçmiş ile bugün arasında bağlantı kurar.



# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

- 1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli
- 2 Hasta Dosyaları
- 3 Sağlık Kayıtları ve İçeriği
- 4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri, Sağlık Kayıtlarının Korunması ve Saklanması
- 5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi
- 6 Sağlıkta E-Dönüşüm
- 7 Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Kalite İyileştirme Süreci
  - Sağlık Sektörü İçerisinde Hastane Hizmetlerinin İyileştirilmesinde, Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi Ve Akreditasyon Güvencesi
  - Akreditasyon Güvencesi İçerisinde Kalite ve Hasta Güvenliği
  - İşgörenler ve Akreditasyon
  - Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi
- Hastaneler Ve Hastane Bilgi Sistemleri (Hbs)
- Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi; Sağlık-Net
  - Sağlık-NET'in Yapısı
    - Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün Amacı
    - Sağlık Kodlama Referans Sunucusu
- Diğer E-Sağlık Projeleri
  - Tele-Tıp
  - Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)
  - Elektronik Sevk Sistemi
  - e-Reçete
  - Elektronik Kimlik Kartı
- Sağlıkta E-Dönüşüm
  - e-Sağlık
  - MEDULA
    - MEDULA İle Karşılanacak İhtiyaçlar
    - MEDULA Sistemine Genel Bir Bakış
    - Sistem Entegrasyonu
    - Sistemin Devreye Alınışı

## Ünite Hakkında

Bu ünite de sağlık bilgi sisteminde kalite iyileştirme ve akreditasyon kavramları, hastane bilgi sistemleri ve sağlıkta dönüşüm programından bahsedilmiştir.

## Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda

- Sağlık sektöründeki akreditasyon kalite geliştirme ve kalite geliştirme çalışmalarını bileceksiniz.
- Hastane ve hastane bilgi sistemleri hakkında bilgi edineceksiniz.
- Ulusal bilgi sistemi olan SAĞLIK-NET'in yapısını bilecek ve gerekli hallerde kullanabileceksiniz.
- E-sağlık prohelere hakkında bilgi edineceksiniz.
- Trükiye'deki sağlıkta dönüşüm programının nasıl geliştiğini işlediğini öğrenecek ve uygulamalarına dahil olabileceksiniz.

## Üniteyi Çalışırken



Bu üniteyi çalışırken

Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın.

Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.

Tüm dünyada ve Türkiye’de son derece hızlı bir e-dönüşüm yaşanmaktadır. Bu bölümde özellikle Türkiye’de yaşanan e-dönüşüm gelişmeleri anlatılmıştır.

## Kalite İyileştirme Süreci

### Sağlık Sektörü İçerisinde Hastane Hizmetlerinin İyileştirilmesinde, Kalite, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi, İşgören Eğitimi ve Akreditasyon Güvencesi

Sağlık, deneyimli ve alanında uzman olarak eğitim almış işgören gerektirmesi, hızlı değişen özel bir teknoloji gerektirmesi, hizmetin yüksek ücretlere mal edilebilmesi gibi bazı özellikleri nedeni ile oldukça kendine özgü ve zor bir sektördür. Sağlık hizmetleri yöneticilerini yoran, hizmetin ve sektörün kendine özgü pek çok sorun vardır. Sağlık hizmeti sunulan kurumlarda, dış müşterileri olduğu kadar, iç müşterileri de memnun etmek güçtür. Kurum yöneticileri daima kıt para ile en kaliteli hizmeti sunma paradoksu ile karşı karşıyadır. Ayrıca sektördeki rekabet şartları, değişim ihtiyacı ve sağlık sektörünün kendine has özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle, daha kaliteli hizmete ulaşma ve sunma çabası sektörde kendini her geçen gün bir parça daha hissettirmektedir (Alaszewski, 2005).

Gereksinimi olanlara tedavi hizmetlerinin sunulduğu örgütler olarak hastaneler, sektörün karmaşasının daima en yoğun olarak hissedildiği ortamlardır. Hastane hizmeti her zaman çabuk ama buna karşılık mutlaka hatasız, etkili ama buna karşılık ucuza mal edilerek, alanında en üst düzey eğitim almış işgörenler ile endişeli, kaygılı, sabırsız, çoğunlukla kendini güvende hissetmeyen ve yeterli sağlık bilgisi olmayan hastalara verilmek zorundadır. Hastane, gecikme, hata, erteleme gibi negatif kavramlara yer verilmeyen gün her saati kesintisiz ve yüksek tempolu çalışma gerektiren bir örgüttür. Hastanede çalışan tüm işgörenler bu koşulları bilir; işe yeni başlayanlar da kısa sürede uyum sağlar. Ancak hastanelerde hizmetin mükemmel şekilde sağlanması çabalarına karşılık sıklıkla ciddi hatalar, memnuniyetsizlikler, verimsizlikler ve israflar gerçekleşmektedir. (Kavuncubaşı, 2000).

Sağlık işgörenlerinin tüm iyi niyet ve nitelikli çalışma kaygılarına karşılık yaşanan olumsuzluklar, onların motivasyonlarını bozmaktadır. İşinde özveriyle çalıştığı halde işlerin yolunda girmediklerini, ortaya çıkan üründe hatalar olduğunu gören işgören genellikle bir suçlu arama çabasına girmektedir.



Gerçekten hata sadece bir işgörene mi aittir? Sistemin bu süreç içerisindeki payı ne orandadır?



Bu çalışmada hastanelerdeki bu sorulara tartışma alanı olarak hizmet sunumunun akreditasyon güvencesi altında verilmesi konusu içerisinde kalite, hasta güvenliği, işgören ve standardizasyon kavramları tartışılacak, aralarındaki ilişkiler üzerinde durulacaktır.

## Akreditasyon Güvencesi İçerisinde Kalite ve Hasta Güvenliği

Bugün hastanelerde sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi gerekliliği sadece gelişmemiş değil gelişmiş ülkelerin de sorunudur. Hizmetlerin iyileştirilmesinde akreditasyon güvencesinden yararlanma, tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir uygulamadır.

Akreditasyon, bir kurum veya kuruluşun ürün/hizmet kalitesinin kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip bir dış kuruluş tarafından kontrol edilerek uygunluk belgesi verilmesi olgusudur. Bir başka deyişle akreditasyon, belge verme yetkisi olan bir dış örgütün belirlenmiş şartlar doğrultusunda başvuruda bulunan kuruluşun hizmet kalitesini onaylama belgesidir.



Amacı, sunulan ürün/hizmet hakkında kullanıcıya güvence vermek, kalite standartlarının gelişmesine yardımcı olmak, kuruluş birimleri arasında entegrasyonu sağlamak ve iletişimi geliştirmektir (Abdelhak, Grostic ve diğ. 2000).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sistemi hem hasta bakımını ve hem de kurum yönetimini biçimleyen standartları kapsayan bir metodoloji ve değerlendirme modelidir. Akreditasyon güvencesi kavramının temeli olan standartlar, hizmetin yapısı, süreci ve çıktıları içerir. Akreditasyon standartları içerisinde bakıma kabul ve bakımın sürekliliği, hastaların değerlendirilmesi ve bakımı, hasta ve hasta yakınlarının hakları, hasta ve ailesinin eğitimi, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, enfeksiyon kontrolü ve korunma, bilgi yönetimi, işgörenlerin eğitimi ve yönetimi, kalite yönetimi ve iyileştirme konuları bulunmaktadır (Austin ve Boxerman, 2003).



Sağlık sektöründeki gelişmeler ile son yıllarda en çok önem verilen iki temel konu haline gelen “kalite ve hasta güvenliğinin sağlanabilmesi” için, akreditasyon sistemi önemli bir alt yapı sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı; uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanısıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak tanımlanır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin

kişilere vereceği zararı önlemek amacı ile sağlık örgütleri tarafından önlem alınmasıdır. Kalite ve hasta güvenliği kavramları birbirleri ile son derece ilişkilidir; bir sağlık örgütünün akreditasyon belgesi almasındaki en temel amaç, kaliteli hizmet sunumu ile birlikte hasta güvenliğinin sağlanmış olmasıdır. Hasta güvenliğinin amacı, hatalarla karşılaşmadan önce hataya yol açabilecek risklerin belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayacak önlemler almak, hataların ortaya çıkmasını engelleyecek tasarımlar yapmaktır. Akreditasyon standartlarının yarısına yakını direk olarak, hatta bir başka bakışla belki de hepsi hasta güvenliği ile ilgilidir (Cozens-Firth, 2004; Kaya, 2005).

Hastanelerde sıklıkla karşılaşılan hataların nedenleri: işgörenlerin kendilerine aşırı güvenleri ve dolayısıyla yapılan işlemlerin kontrol edilmemesi, standart tıbbi belge kullanılmasında eksiklikler, taburculuk ile ilgili eksik bilgilendirme ve destek eksikliği, hasta bakımında hasta ve ailesi ile oluşan koordinasyon eksikliği gibi hasta güvenliğini de yakından ilgilendiren faktörlerdir. Akreditasyon belgesi alma çabası sırasında geliştirilmeye çalışılan ve yürürlüğe konulan sistem, hata kaynaklarını azaltmaya ve ortadan kaldırmaya yönelik standart uygulamaları içerir. Hasta güvenliğine yönelik standartların varlığı, tıbbi hataları tamamen ortadan kaldırmaya da, sistemin iyileşmesine yönelik önemli çözümlerin üretilmesine olanak sağlamaktadır.

Akreditasyon standartlarının getirdiği yaklaşımlar ile sağlık işgörenleri ile hastalar ve yakınları arasında daha doğru iletişim kurulmaktadır; böylece hastalar ve yakınlarının tüm süreçlere katılımları artmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarına yapılacak işlemler hakkında daha çok bilgi verilmekte ve uygulanacak tedaviyle ilgili onay alınarak, hastanın tedaviye uyumu yükseltilmekte, tedavinin başarısı artmaktadır. Sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının eğitim gereksinimleri belirlenmekte ve karşılanmaktadır. Hasta mahremiyetinin en üst düzeyde korunması ve hasta ve yakınlarının hakları doğrultusunda sağlık hizmeti sunumu için olanak sağlanmaktadır. Hasta ve yakınlarının tatmin düzeyleri izlenerek, artırılmaya çalışılmaktadır. Hizmet sunumunda multidisipliner bir anlayışla, her gerektiğinde, hastalıkla ilgili tüm branşlardan görüşler alınarak varılan ortak kararlarla tedaviye yön verilmekte, ekip çalışması güçlendirilmektedir (Kelly, 2003).

## İşgörenler ve Akreditasyon

Sağlık hizmetlerinde çalışan işgörenler içerisinde sağlık sınıfı içerisinde tanımlananlar öğrenim ve nitelikleri itibarı ile standart olduğu düşünülerek işe yerleştirilen bireylerdir. Hekim, hemşire, eczacı, laboratuvar uzmanı gibi... Buna karşılık tıbbi hataların sayıca sadece çok küçük bir bölümünün işinde uzman olmayan işgörenler tarafından gerçekleştirilmesi, diğer tıbbi hataların uzman işgörenler elinde gerçekleşmiş olması hayli düşündürücüdür. Sağlık örgütlerinde işgören ve/ya sistem ile ilgili çözümlenmeyi bekleyen sorunlar vardır (Kavalier ve Spiegel, 2003).

Hastanelerde sağlık işgörenleri arasındaki iş süreçlerinin koordinasyonu, kabiliyetlerin standardizasyonu üzerine kurulmuştur. Yani sağlık örgütlerindeki belirli görevler için eğitim ve öğrenim yolu ile çeşitli uzmanlıklara sahip olarak yetiştirilen işgörenlerle, iş akışındaki (örneğin bir ameliyattaki) koordinasyon baştan sağlanmış olur. Bu durum, sağlık örgütü için sağlam bir alt yapı oluşturur. Ancak karmaşık iş süreçleri, fazla sayıda bileşen ve girdi-çıkış ilişkisi için, bu alt yapının üzerine kurulması gereken bir insan kaynakları yönetim sistemi şarttır. İnsan kaynakları yönetimi içerisinde yer alan iş analizleri, işgören planlanması ve temini, kariyer gelişimi, performans değerlemesi, iş değerlendirme ve ücret yönetimi gibi temel konular sağlık kurumlarında özellikle de sayıca fazla işgörenin çalıştırıldığı hastanelerde üzerinde çalışılması, sistematik hale getirilmesi gereken temel çalışma alanlarıdır.

Sağlık örgütlerinde uzman işgörenler dışında da, belirli görevler için işgören alımına gidilmekte ve bunların oryantasyon ve hizmet içi eğitim yolu ile örgüte uyumlaştırılması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım konusunda hiç eğitim almamış işgörenleri hastanelerde çalıştırmak ciddi riskler içerir. Ancak sağlık hizmeti bir bütündür, bu işgörenler de hizmet sürecinin önemli noktalarında katkı yapmaktadır. Sağlık alanında uzmanlık sahibi olmayan işgörenlerin çalıştırılması için de, örgütün belirli standartlara sahip olması gerekir (Longest, Rakich ve Darr, 2000).

İşgörenlerin niteliği ve eğitimi, sağlık hizmetlerindeki akreditasyon çalışmalarında içerisinde bir alt grup olarak ele alınmıştır.

Akreditasyon standartları içerisinde iş gerekliliklerine uygun işgören temini, iş tanımlarının gözden geçirilmesi, işgören planlanması ve performans değerlendirilmesi, hizmet içi eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması gibi insan kaynakları yönetiminin temel disiplinleri yer almaktadır.



Akreditasyon uygulamasına başlayan örgütlerde, işgören performansının daha nesnel olarak değerlendirilebilmesi olanağına sahip olma, işgörenlerin mesleki ve kalite konularında, yönetici konumundaki işgörenlerin de hastane yönetimi konusunda eğitim alma durumlarında artış gibi insan kaynakları yönetimi uygulamalarındaki iyileşmeler dikkat çekmektedir.

İşgörenlerin özellikle de hekimlerin örgüte karşı olan tutumlarında olumlu yönde değişiklik içerisine girmeleri, önceden hastaneyi bir araç olarak gören işgörenlerde örgüte bir sorumluluk duygusu oluşması da diğer olumlu sonuçlardan bazılarıdır.

## Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi

Sağlık hizmetlerinde bilgi, tıbbi belgelerin karar alma sürecine katkı sağlaması amacı ile işlenmiş ve anlamlandırılmış halidir. Tıbbi belgeler, örgütün belleğini oluşturur. Bilginin yönetimi bir süreçtir; belirli amaçlar için bilginin üretim ve kullanımını içerir. Bilgi yönetiminin odak noktası, bilginin kullanıcılara sürekli aktarılmasıdır. Yönetilmesi istenen bilginin son derece karmaşık yapıya sahip olan hastanelerde, sistematik olarak organizasyonu gerekmektedir. Örgütlerin bilgi yönetimi sürecine neden ihtiyaçları olduğu sorusunun cevapları içerisinde önceliği, örgütlerin belirsizlik düzeylerini asgari düzeye indirme çabası almaktadır. Günümüzde bilişim sistemindeki gelişmeler, bilgi yönetimini eskiye göre çok daha kolay, hızlı ve sürekli hale getirmiştir. Kurumsal olarak bilgiyi üretemeyen, kullanamayan veya paylaşamayan dolayısıyla da yönetemeyen sağlık kurumları, rakiplerinin gerisinde kalmaktadır. Sürekli bir bilgi akış sistemine sahip olma, kurumsal bilginin denetlenmesine, gelişmesine ve yenilenmesine neden olmaktadır. Kullanılan bilgi, kendini beslemekte ve sürdürmektedir (Morris, Savelyich ve diğ., 2005).

Bir sağlık kurumunda akreditasyon sistemine sahip olma veya akreditasyona adaylık için hazırlık süreci içerisinde olma durumu, kurumda bilgi yönetimi sürecini başlatan, hızlandıran, motive eden ve zorunlu kılan bir eylemdir. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization'ın sağlık örgütlerinden birçoğunu akredite etmeme veya edememesinin en önemli nedenlerinden biri, bu kurumlardaki tıbbi belgelerin standartlara uygun hazırlanmamış oluşu, dolayısı ile bilgi yönetimindeki zayıflıklarıdır. Sağlık örgütlerinde akreditasyon sistemi yolu ile denetim sürecine dahil olma durumu, kurumda üretilen, paylaşılan, kullanılan, kültürel olarak da sahip çıkılan veri-bilgi sistemini oluşturmaktadır.

Sağlık kurumlarında akreditasyon süreci ve bilginin yönetimi birbirini olumlu anlamda etkileyen bir ilişki içerisinde. Ülkemizde çok uzun zamandır var olan sağlık hizmetlerinde ve hastanelerdeki bilgi yönetimi ile ilgili bütünsel zayıflık, bu birliktelikten önemli ölçüde faydalanabilir. Verinin kullanıldıkça sağlamlaştığı, sağlamlaştıkça güvenildiği, güvenildikçe de kullanıldığı bir gerçektir. Akreditasyon sistemi bilgi yönetim sistemini sistematik hale getirmek için bir anlamlı bir araçtır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli yönetilebilmesi, uygun, doğru ve etkili karar verilebilmesine, çeşitli örgütsel faaliyetlere ilişkin çok sayıda ve değişik bilgiler alınabilmesine ve bu bilgilerin en etkin şekilde değerlendirilmesine bağlıdır (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu, 2003).

Akreditasyon uygulaması ile tıbbi belgelerin kalitesinin artması sağlık hizmetlerinde önemli bir iyileşme sağlamaktadır. Hastanelerde sıklıkla karşılaşılan yanlış ilaç vermeler ve yanlış taraf ameliyatları tıbbi belgelerle ilgili, belgelerin yanlış tutulmasından, hiç tutulmamasından ya da

onlardan yararlanmamakla ilgili tıbbi hatalardır. Önceden kullanılmadan atılan tıbbi belgelerin artık hizmetin ve işgörenlerin değerlendirmelerde kullanılacağı bilindiği için, işgörenler hem standart belgelendirmeye hem de belgelerin eskisinden daha düzgün tutulmasına önem vermişlerdir. Standartlar aracılığı ile tüm tıbbi belgelere önem verilerek hastanın tedavisinin sürekliliği ve doğruluğu sağlanması temel koşuldur.

Sonuç olarak; Bugün daha az gelişmiş ülkelerin de içerisinde olduğu toplam 38 ülkede akreditasyon uygulaması vardır; sisteme başvuru giderek yaygınlaşmaktadır. Akreditasyona başvuru ve hazırlık sürecinin önemli eğitici etkileri sonucu, bu ülkelerdeki hastaneler kendi kendilerini denetlemeler başlamıştır; tüm hastane ve polikliniklerde ortak kavramlarla ve aynı düzeyde yaklaşımlar sergilendiği izlenmiştir. Türkiye’de de, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık reformları kapsamında, hastanelerde akreditasyon sistemi kurmak için çalışmalar yürütüldüğü belirtilmektedir. Akreditasyon sistemine temel oluşturacak olan hizmet sunumu, fiziki altyapı, tıbbi donanım konularında standartların belirlenmesi için teknik çalışmalar başlatıldığı ifade edilmektedir. Bu çalışmaların çıktılarının ilgili kurum ve kuruluşlarla paylaşılarak değerlendirileceği ve hazırlanacak olan Ulusal Akreditasyon Raporu doğrultusunda öncelikle hastanelerde, daha sonra ise birinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer sağlık kuruluşlarında olmak üzere uygulamaya geçileceği belirtilmektedir.

Ülkemizde planlanan akreditasyon sistemi, özellikle hastanelerde sağlık hizmetinin kalitesinin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için uygun bir fırsat olabilir. Standartlara başvurma, örgütün kendi kendini değerlendirme süreci içerisinde girmesi, hizmetin ve işgörenlerin gerçek anlamda performanslarının belirlenebilmesi için belgelendirme süreci içerisinde girme çalışmaları gibi uzun soluklu çabaların, bu yazının giriş kısmında yöneltilen bazı soruların aydınlatılması için aracı olabileceği söylenebilir. Ancak akreditasyon belgesine sahip olabilme ve bu belgelemenin ülke düzeyinde yapılması oldukça sancılı ve zahmetli olacak, uzun bir süre gerektirecektir.



Sağlık hizmetlerinde akreditasyon güvencesine sahip olmaksızın da, hizmet ve yönetim sürecinde çeşitli iyileştirmeler yapılamaz mı? Örneğin hasta güvenliği için gerekli olan tıbbi belgeleme sistemi (tıbbi belgeleme konusunda öğrenim görmüş uzmanlar aracılığı ile gerçek anlamda bir tıbbi belgeleme sistemi) oluşturularak tıbbi bilgi sistemine inanç sağlanabilir mi? Hataların azaltılması ve mümkünse tamamen ortadan kalkmasını sağlayacak bir güvenlik programının başlatılması ve ona sadık kalınması sağlanabilir mi? Acele ile hazırlanmış malpraktis yasasından vazgeçilerek onun yerine tıbbi hataların zamanında ve dürüstçe bildirimini sağlanabilmesi ve öncelikli olarak düşünülen cezalandırma sistemine yer verilmemesi sağlanabilir mi? “Performans değerlendirme” diye ifade edilen işgörenler arasında huzursuzluk yaratan yürürlükteki ödüllendirme sisteminden vazgeçilerek, kullanılacak gerçek performans kriterleri saptanabilir mi?

Bunlar sağlık hizmetleri ile ilgili tüm paydaşların ve hükümetin hem güncel hem de stratejik düzeyde üzerinde sürekli çalışmaları gereken konulardır. Bugün sağlık sisteminin üzerinde oluşan baskılar, yönetimi rutin bürokratik görevlerini bir yana bırakarak stratejik öneme sahip yeni roller üstlenmeye zorlamaktadır.

Her geçen gün daha karmaşıklaşan hastane sisteminde, tüm paydaşlara karşı hastane sisteminden sorumlu olan kurum hastane yönetimidir. Yöneticiler sağlık sisteminin hedeflerini belirlemek ve bu hedefleri gerçekleştirmek için plan ve programlar oluşturmak, insan ve maddi kaynakları örgütlemek, elde edilen sonuçları denetlemek ve değerlendirmek zorundadır. Hastanelerin belirledikleri amaçlar ile yaptıkları faaliyetler arasındaki uyumun sürekliliğini kontrol etmek zorunda olan yöneticiler için üretimin ve hizmetin sunumunda verimlilik ve kalite sorunu her zaman öne çıkmaktadır. Çeşitli düzeylerde yöneticilik yapan işgörenler için sağlık yönetim eğitimine sahip olma durumu kaçınılmazdır. Çünkü, hastane yöneticileri, bu sorumlulukları nedeni ile akreditasyon çalışmalarını beklemeksizin sağlık sisteminin amaçlarına yönelik olarak yönetim fonksiyonlarına ilişkin kavram, ilke, kuram, model ve teknikleri sistematik ve bilinçli şekilde uygulamakla yükümlüdürler. Sağlık hizmetlerinin kalitesinde bütüncül bir iyileşme, doğru yöneticilerin gerçek çözüm önerileri ile zorlama olmaksızın işgörenlerin gönül birliği içerisinde inanarak katkı verdikleri bir sistem ile gerçekleşebilir.

## Hastaneler Ve Hastane Bilgi Sistemleri (Hbs)

Hastaneler, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta ve yatarak, müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan, gerekli sağlık ve fiziksel koşulları taşıyan kurumlardır.



Hastaneler, fonksiyonları gereği teknolojiden önemli ölçüde yararlanan hizmet birimleridir. Bilgi teknolojilerinin hızlı gelişimi tüm sektörlerde olduğu gibi hastanelerde de bilgi sistemlerinin kullanımını zorunlu hale getirmiş ve bu alanda talebi hızlandırmıştır.

Devlet hastaneleri özellikle son 10 yıl içerisinde “hastane bilgi sistemleri” kullanımına büyük önem vermiş, gerek hastaya daha iyi hizmet verilmesi, gerekse hastanenin daha iyi yönetilebilmesinin ancak HBS (Hastane Bilgi Sistemi) kullanımı ile mümkün olduğu anlaşılmıştır.

Hastanelerdeki bilgisayar sistemleri, tıbbi ve finansal hizmetlerle ilgili verilerin bilgisayara dayalı bir enformasyon sistemiyle kayıt altına alındığı ve işlenmiş bilgiye dönüştürüldüğü; bu bilginin yönetim karar desteği ile tıbbi hizmetler için kullanıldığı bir bilgi sistemini kapsamaktadır.



Hastanelerin sağlık sistemi içindeki vazgeçilmez yeri ve önemi, ileri teknoloji gereksinimi, yüksek maliyet, uzman personel istihdamı gibi gerekler bu kurumların modern işletmecilik anlayışı ile yönetilmesini gündeme getirmektedir. Her hastane için etkinlik, verimlilik, kalite ve varlığını devam ettirme birer amaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu amaçlara ulaşmada takip edilecek yol, bilgi birikiminin sağlanması, elde edilecek bilgilerin değerlendirilerek karar organlarına sunulması olmalıdır.

Bilişim teknolojilerindeki gelişmeye paralel seyreden ve medikal alanda bu denli yoğun kullanım alanı bulan bilgisayarlar, hizmet çeşitliği ve matris yapısı nedeniyle yönetimi son derece zor ve karmaşık olan yataklı tedavi kurumlarının yönetsel ve finansal yapılarının da içine girmekte gecikmemiştir. 1990'lı yıllarda birçok kamu hastane yöneticisi bu açıdan

bilişim teknolojilerine pek de sıcak bakmazken, 2000'li yıllarda önemli bir bölümünün bakış açısı değişmiş ve bilgisayar destekli yönetimi arzular olmuşlardır (Austin ve Boxerman, 2003: 4-5).

Hastane bilgi sistemlerine tıbbi kalite güvencesi ve çıktıların değerlendirilmesi, maliyet kontrolü ve verimlilik artışı, hizmet analizi ve talep tahmini, program planlaması ve değerlendirilmesi, dış raporlamanın basitleştirilmesi, klinik araştırma ve eğitim alanlarında ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastanelerde bilgi sistemi denince akla ilk olarak 'kaçakların önlenmesi, gelirlerin artırılması' gibi mali konular gelmektedir. Hastanelerde bilgi sistemi, hastanenin işletim kuralları içinde yönetilmesi sürecinde; hastanenin tıbbi ve finansal takibi ile kurumla ilgili günlük ve uzun vadeli kararların alınmasında fayda sağlayacak bir yapının, en az hata ile optimum zamanda gerçekleştirilmesini sağlayacak bir elektronik entegrasyon kurulması işlemidir. Hastaneleri verimli ve etkin yönetmek için hastaya en iyi ve doğru hizmeti verebilmek kısaca idari ve tıbbi kaliteyi yakalayabilmek için bilgi toplamaya ve onu değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Bunu da bilgi teknolojilerinden yararlanarak karşılamak mümkündür (Johns, 2002: 86-87).

## Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi; Sağlık-Net

Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerekmektedir. Doğru bilgiye dayanmayan kararlar istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için bütünleşik bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu gözlemlenmiştir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı bir e-sağlık projesi olan Sağlık-NET'i devreye almıştır ([www.sagliknet.gov.tr](http://www.sagliknet.gov.tr)).

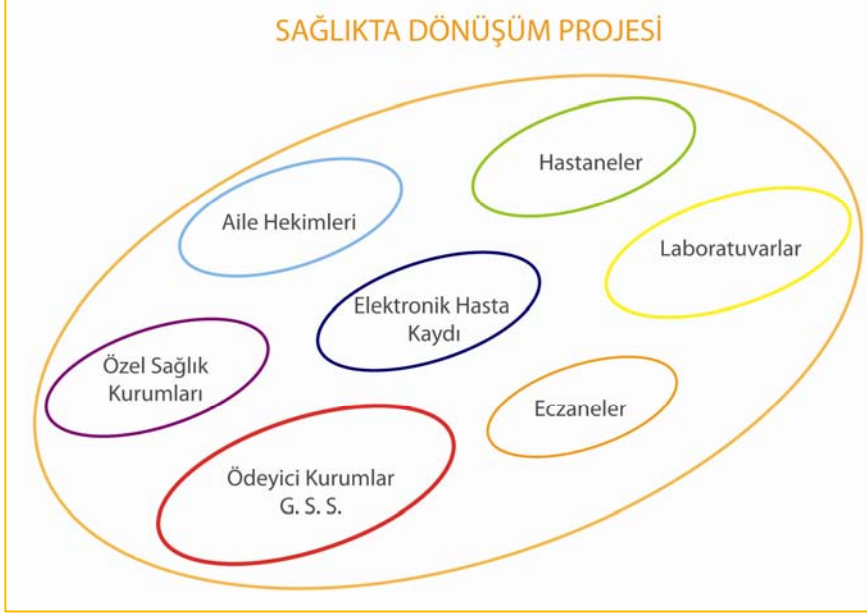
Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir.



Sağlık-NET bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla ortaya çıkmıştır.

Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi sistemidir. Sağlık-NET'in yapısı aşağıdaki şekilde verilmiştir.





Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Sağlık-NET, gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüyeabilen, kullanıcı-hizmet sunucu ilişkisine en az ihtiyaç gösteren bir yapı olarak tasarlanmıştır.

Sağlık-NET, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.

Sağlık-Net sistemi, günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. Vatandaşlık numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veritabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi farklı veri tabanlarında tutulan verilerin karşılıklı eşleştirilmesine fırsat verecektir. Bahsedilen unsurları içeren Sağlık-NET'in ana hatları şöyledir:

- Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapabilen altyapı,
- Karar mekanizmasında rol alacak, hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına, epidemiyolojik ve demografik analizlere yönelik yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilme olanağı sağlayan Karar Destek Sistemi,

- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen verilerin doğrultusunda hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dâhilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizması,
- Uluslararası kurumlar (WHO, EUROSTAT, OECD) tarafından istenen göstergelerin takip edilmesini sağlayacak raporlama sistemi,
- Ulusal sörveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleriyle entegrasyon ,
- Elektronik kimlik kartının kullanıma başlamasıyla birlikte internet üzerinden vatandaşın kendi sağlık kayıtlarına erişim imkanı sunar.

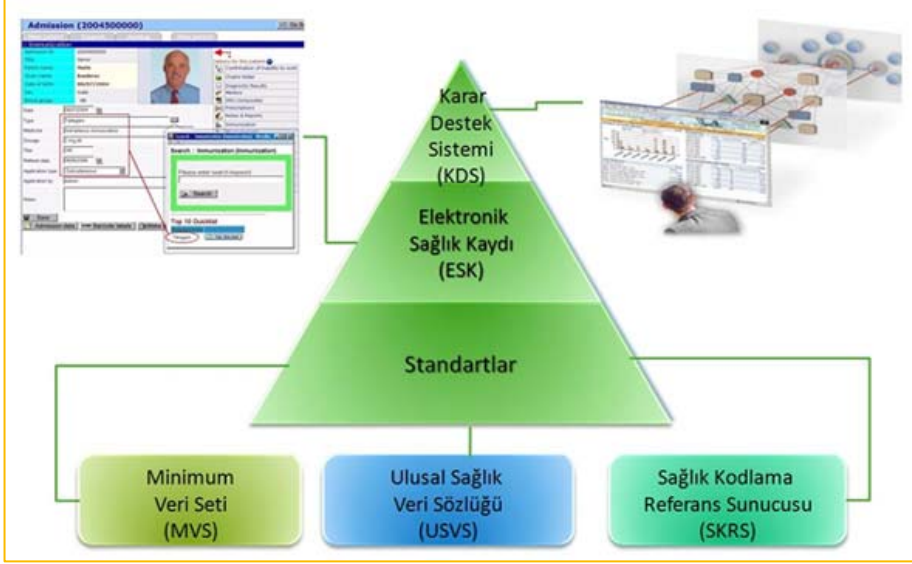
### Sağlık-NET'in Yapısı

Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformudur.

Sağlık-Net bileşenleri itibariyle büyük oranda altyapı çalışmalarını içeren bir projedir. Veriyi üretildikleri yerden doğrudan toplamayı hedefleyen projede verilerin depolanması, değiştirilmesi, güvenlik ve bilginin kurum içerisinde ve kurumlar arasında paylaşılması ve farklı sistemlerin birlikte çalışmasını sağlayabilmek için verilerin belirlenmiş standartlar doğrultusunda toplanması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu yapıyı kurabilmek için yapılması gereken ilk çalışma ise bir standartlar altyapısının oluşturulmasıdır. Standardize edilmiş bir yapı veri toplama konusunda verimi artıracak, tekrarlı ve hatalı verileri azaltacak ve toplanan verinin amacına uygun kullanılması sağlanacak, sağlık hizmetlerine ilişkin veri, enformasyon ve bilgilerde tanımlama ve kavram birliğini sağlanacak ve verilerde, tek düzeliği, bütünlüğü, doğruluğu, güvenilirliği ve tutarlılığı daha üst seviyelere çıkarmamızı sağlayacaktır.

Standardizasyon konusunda Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Veri Setleri ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu adı altında üç bileşen oluşturulmasına karar verilmiştir. Ayrıca sağlık verilerinin toplandığı Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanı ve toplanan verilerin analiz amaçlı göstergelere dönüştürüldüğü Karar Destek Sistemi de Sağlık-NET'in bileşenleri arasındadır. Sağlık-NET projesinin görünen yüzü ise Sağlık-NET portalıdır. Portalda giren kişinin ilgi alanına göre genel bilgi ekranları, hastaneler ve aile hekimleri için veri bildirim arayüzleri, yöneticilere yol gösterme amaçlı Karar Destek Sistemi raporları ve tartışma forumları bulunmaktadır. Minimum Veri Setleri (MVS), Sağlık Bakanlığı'nın sahadan toplayacağı minimum içeriğe sahip veri gruplarını ifade etmektedir.

MVS ile; şimdiye kadar kâğıt ortamda toplanan veriler, gelişen haberleşme ve bilişim teknolojisi altyapısını kullanarak daha hızlı ve doğru bir şekilde doğrudan verinin üretildiği bilgi sisteminden elektronik ortamda Sağlık Bakanlığı'na iletilebilecektir. Hastane Bilgi Sistemleri, veri setleri içerisinde yer alan veri elemanlarına göre veri tabanlarını güncelleyecek ve Sağlık Bakanlığı veri tabanı ile haberleşebilecek bir yapıya ulaşılacaktır (S.B. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, 2008).



Minimum Veri Setleri (MVS) güncellenebilen modüler bir yapıdır. Sahadan yeni bir verinin toplanması gerektiğinde, yıllık periyotlarla MVS içerikleri ihtiyacı karşılayacak şekilde güncellenecektir. Bu yönü itibariyle dinamik bir şekilde veri setleri tanımlanabilecektir. Başlangıçta büyük ölçüde sağlık verisi toplama amacıyla geliştirilen veri setlerine, idari ve mali veri setlerinin de eklenmesiyle daha kapsamlı bir yapı ortaya çıkacaktır. (S. B. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2007). Tasarlanmış olan yapı aşağıda verilmiştir.

- Sağlık bakanlığı kurum ve kuruluşları(1.basamak,2.basamak ve 3.basamak)
- Özel sağlık kurumları
- Üniversite Hastanelerini kapsamaktadır.

**1.BASAMAK VERİ SETLERİ**

VERİ SETİ GRUBU	VERİ SETİ ADI
1. Basamak veri setleri	Genel Muayene İşlemleri
	Muayene Planlama İşlemleri
	15-49 Yaş Kadın İzlem
	Gebelik Bilgileri / Gebelik Bildirimi
	Gebe Takip
	Gebelik Sonlandırma
	Lohusa Takip
	Bebek Bilgileri
	Bebek Takip
	İzlem Muayenesi Planlaması
<i>Ruh Sağlığı veri setleri</i>	Suicide Girişimi-Kriz (X 60-84) Tespit Veri Seti
	Suicide Girişimi-Kriz Yaşamış Hasta İzlem Veri Seti
<i>Poliklinik veri setleri</i>	Genel Muayene MVS
	Sigara Bağımlılığı Tespit Veri Seti

**2.BASAMAK VERİ SETLERİ**

VERİ SETİ GRUBU	VERİ SETİ ADI
<i>Hasta kayıt ve ilişik kesme veri setleri</i>	Hasta Kayıt Minimum Sağlık Veri Seti
	Hastanın özlük ve sağlık bilgilerinin Veri Seti
	Hasta kayıt düzeltme (kesin kayıtlı)

	Hasta ilişik kesme (kesin kayıtlı)
<i>Tetkik veri setleri</i>	Laboratuar Tetkik MVS
<i>2. Basamak veri setleri</i>	Yatan Hasta MVS
<i>Diyabet sağlık veri setleri</i>	Diyabet Hastası Bildirim MVS
	Diyabet İzlem MVS
	Laboratuar Tetkik MVS
<i>Organ nakli veri setleri</i>	Organ Nakli Bekleyen Hasta Veri Seti
	Organ Nakli Olan Hasta Veri Seti
<i>Doku nakli veri setleri</i>	Doku Nakli Veri Seti
	Doku Nakli İzlem Veri Seti
<i>Özürlüler sağlık veri setleri</i>	Özürlü Hasta Bildirim MVS

#### KRONİK HASTALIKLAR VERİ SETLERİ

VERİ SETİ GRUBU	VERİ SETİ ADI
<i>Hıfzıssıhha sağlık veri setleri</i>	Hastane Enfeksiyonları MVS
<i>Kanser sağlık veri setleri</i>	Kanser MVS
<i>Sıtma sağlık veri setleri</i>	Sıtma MVS
<i>Verem sağlık veri setleri</i>	Verem Bildirim MVS
	Verem Sonuçlandırma MVS
<i>Madde bağımlılığı veri setleri</i>	Madde Bağımlılığı Sağlık Veri Seti
<i>HIV veri setleri</i>	HIV Vaka Tespit Veri Seti
	HIV Taşıyıcı Tespit Veri Seti
<i>Diyaliz veri setleri</i>	Diyaliz MVS
<i>Ağız-diş veri setleri</i>	Dis Minimum Veri Seti

Burada toplam 37 adet Minimum Veri Seti bulunmaktadır.

### Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün Amacı

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün (USVS) birincil amacı, sağlık alanındaki bütün aktörlerin aynı kavramdan aynı içeriği anlamalarını sağlayacak bir terminoloji birliği oluşturmaktır. Veri sözlüğü, sağlık kurumlarından verilerin belirlenmiş standartlar doğrultusunda toplanmasını, analizini ve değerlendirilmesini sağlayacaktır. Aynı zamanda, sahadan sağlık verisi toplama konusunda verimi artıracak, tekrarlanan ve hatalı verileri azaltacak ve toplanan verinin amacına daha uygun bir şekilde kullanılmasına imkân tanıyacaktır.

USVS, Türkiye'deki sağlık kurumlarında kullanılmakta olan bilgi sistemlerinin referans olarak kullanacağı bir sözlük çalışmasıdır. Sözlük, farklı kategorilerde veri kümelerinin olduğu hiyerarşik terim ve nesnelere toplulukları ve bu terimler arası ilişkilerden oluşmaktadır. Bununla birlikte USVS, bir veri sözlüğü niteliği taşımayan; ancak Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) bünyesinde yer alacak ve yine ülke çapında referans olarak kullanılacak olan kodlama ve sınıflandırma sistemlerinin temel tanımlarını da barındırmakta ve bu kodların kullanıldığı veri alanlarını adreslendirmektedir (S.B. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, 2008).

### Sağlık Kodlama Referans Sunucusu

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) ile sağlık sisteminin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulması için ihtiyaç duyulan, kodlama ve sınıflama sistemleri bir araya getirilmektedir. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu geliştirilecek olan standartları da bünyesine dâhil edecek ve bu standartları ilgili tüm kullanıcıların kolay erişebilmesi için açık teknoloji standartları ile paylaşan bir referans sunucu olacaktır.

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, Sağlık Bakanlığı bünyesinde tutulan kodlama ve sınıflama sistemlerini barındırmayı ve paylaşımına açmayı amaçlamaktadır.



SKRS aşağıda belirtilen sistemleri kapsamaktadır:

- Tanı Sınıflama Sistemi (ICD-10)
- İlaç Kodları
- İlaç Sınıfları Kodlama Sistemi (ATC)
- Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Kodları
- Klinik Kodları
- Branş Kodları
- Sağlık Kurumu Kodları
- Meslek Grupları Listesi
- Bebek İzlem Takvimi
- Gebe İzlem Takvimi
- Çocuk İzlem Takvimi
- Persentil Değerleri Listesi
- Aşı Listesi
- Aşı Takvimi
- Olası Tanı Kriterleri
- Enfeksiyon Etkenleri Tanı Kriterleri
- Tümör Yerleri
- Kesin Tanı Kriterleri
- Histoloji Kodları
- Adres Kodları
- Parametreler

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının sektörel olarak kullandıkları temel veri ve değerler, standardize edilmiş değildir. Bu sebeple, sözkonusu verilerin standardize edilip yayınlanması ihtiyacı duyulmuştur. Mevcut yapı içerisinde böyle bir referans çalışmasını organize edip işletebilecek kurum, Sağlık Bakanlığı'dır. Tüm sağlık kurumlarının az veya çok ihtiyaç duyduğu tüm temel sağlık verilerinin, doğru ve standart bir şekilde listelenerek ilgili tarafların kullanımına açılması gerekmektedir.

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu üzerinde yer alan her bir verinin doğruluğu ve güncelliği, Sağlık Bakanlığı'ndaki ilgili yetkili birim tarafından sağlanacaktır. Herhangi bir kod değişikliği durumunda Sağlık Kodlama Referans Sunucusunda yer alan kod listesi, yetkili kurum tarafından güncellenecektir. Referans sunucusu üzerinde yer alan kodlardaki değişiklikler, aynı anda tüm kullanıcıların kullanımına açılarak, standardizasyon problemi çözülecektir.

Bu uygulama sayesinde, örneğin; Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı aşı programına göre aşı listesinde veya aşı takviminde olacak değişiklikler, referans sunucusu üzerinden XML kodları ile tüm Sağlık Kurumlarının kullanımına açılacaktır.

## Diğer E-Sağlık Projeleri

### Tele-Tıp

Acil Eylem Planı çerçevesinde Devlet Planlama Teşkilatı koordinasyonunda başlatılan e- Dönüşüm Türkiye Projesi" kapsamında e-Sağlık Çalışma Grubu'nun koordinasyonunu Sağlık Bakanlığı üstlenmiştir. 11/07/2006 tarihli ve 2006/38 sayılı Yüksek Planlama Kurulu Kararıyla onaylanan Bilgi Toplumu Stratejisi ve ek'i Eylem Planı 28/07/2006 tarihli ve 26242 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Eylem Planında e-Sağlıkla ilgili 4 eylem yer almıştır. Bu eylemlerden birisi de teletıp sistemlerinin hayata geçirilmesidir.

Teletıp Projesi, tıbbi görüntüler alanında yeterli uzmanının olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir. Projenin 18 hastaneyi kapsayan pilot uygulaması Aralık 2007 tarihinde tamamlanmıştır. Ağustos 2009 tarihinde pilot uygulama gözden geçirilecek ve yaygınlaştırma faaliyetlerine başlanacaktır ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)).

### Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile "Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti" sunmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı, 2009 yılı içerisinde yeni ve zor bir uygulamayı başlatmaya hazırlanmaktadır. Adından da anlaşılacağı gibi "Merkezi Hastane Randevu Sistemi" temelde, vatandaşların merkezi bir sistemden randevu alarak istedikleri herhangi bir hastaneye gitmelerini sağlamayı hedefleyen bu proje, eğer başarıyla hayata geçirilebilirse, kendi sınıfında dünyada ilk örneği olma özelliği taşıyacaktır. Sistemin 2008 yılı içerisinde Ankara, İzmir, Kocaeli ve Erzurum illerinde pilot uygulama olarak başlatılması ve 2009 yılında Türkiye'de devam ettirilmesi planlanmıştır.

### Elektronik Sevk Sistemi

Elektronik Sevk Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sisteminin tam olarak devreye alınmasıyla birlikte devreye alınacaktır. Sistemin büyük oranda MHRS ve Sağlık-NET altyapısını kullanması planlanmıştır.

Bir hastane hastasını başka bir sağlık kurumuna sevk edeceği zaman, hastanın da bilgisi dahilinde Merkezi Hastane Randevu Sistemi üzerinden ilgili sağlık kurumundan hastası için randevu alacak ve hastanın sağlık kayıtlarını Sağlık-NET vasıtasıyla ilgili hastaneye gönderecektir.



## e-Reçete

E-reçete, kağıt ortamına aktarılması zorunlu olmadan elektronik ortamda saklanabilen ve yine elektronik ortamda bir yerden bir yere aktarılabilen bir çeşit reçetedir. Halen kullanılmakta olan kağıt reçeteye göre;

- İnsan kaynaklı hataların minimuma indirilmesi;
- Zamandan tasarruf;
- Sürekli güncellenebilme ve geliştirilebilme imkânı;
- Hızlı ve yinelenebilir hizmet,
- Hasta takibi ve gereksiz ilaç kullanımının kontrol altına alınarak sağlık giderlerinin azaltılması vb. gibi bir çok avantajı vardır.

Mevcut uygulamada bir hastanın bilgilerini öğrenen bir sağlık kuruluşu veya doktor o kişiye, kişinin haberi olmadan bir reçete yazabilmektedir. E-reçete'nin elektronik kimlik kartı ile beraber kullanılmasının sağlayacağı ek bir avantaj da bu durumun ortadan kaldırılmasıdır. Elektronik kimlik kartı ile birlikte e-Reçetenin kullanılması bu usulsüzlüğü ortadan kalkacaktır.

## Elektronik Kimlik Kartı

Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının kullandıkları nüfus cüzdanlarının birkaç yıl içinde elektronik kimlik kartları ile değiştirilmesi planlanmaktadır. Bu kartlarda parmak izi tanıma özelliği olacaktır. 70 Milyon kimlik kartının elektronik kimlik kartları ile değiştirilmesinin bir anda gerçekleştirilmesi durumunda, önceden görülemeyen sorunlar ortaya çıkabileceğinden, bu işlem için önce pilot uygulamalar yapılması öngörülmüştür.

İlk olarak Bolu ilinde bir pilot uygulama yapılacaktır. Bu pilot uygulama sırasında çok sınırlı bir sayıda vatandaşın kimlik kartları Elektronik Kimlik Kartı ile değiştirilecektir. Projenin ilerleyen aşamalarında, her vatandaş, elektronik kimlik kartını kullanarak sağlık-net portaline giriş yapabilecek ve kendisiyle ilgili uygulamalar kullanabilecektir.

Gelecekte elektronik kimlik kartının birçok e-devlet uygulamasında kullanılması planlanmaktadır. E-devlet uygulamaları açısından bu kartı ilk olarak Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumunun kullanması öngörülmüştür.

Elektronik Kimlik kartı, kamu hizmetlerinin elektronik ortamda güvenli ve güvenilir altyapılar üzerinde vatandaş odaklı ve kaliteli olarak sunulmasını sağlayacak, vatandaşın günlük yaşamdaki iş ve işlemlerini kolaylaştıracak ve hızlandıracaktır. Aynı zamanda, hizmet sunumunda vatandaşların kimliğinin geleneksel yöntemler ile doğru olarak saptanamamasının getirdiği usulsüzlükler de önlenecektir.

Yeni kimlik kart sahibi vatandaşlar sağlık hizmeti verilen tüm kurum ve kuruluşlarda kimliklerini doğrulattıktan sonra sağlık hizmetlerini alabileceklerdir. Aynı şekilde elektronik ortamda yazılan ve sağlık personeli

tarafından elektronik imzalanmış olan e-reçete ve e-raporlarını yazdırıp ilaçlarını eczanelerden herhangi bir belge taşımaya gerek kalmadan alabilecektir.

Elektronik kimlik kartlarındaki parmak izi okuyucusuyla entegre çalışma özelliği birçok usulsüzlüğü ortadan kaldıracaktır. Bu kimlik kartının yaygınlaşması ile birlikte, her Türk vatandaşının sağlık-net portaline giriş yapıp kendisi ile ilgili mahrem bilgileri de içeren uygulamalar çalıştırabilmesi mümkün hale gelecektir.



Elektronik kimlik kartı yaygın olarak kullanılmaya başlandığında, herhangi bir vatandaşın aşağıdaki işlemleri yapabilmesi planlanmıştır:

- Kendisi ile ilgili elektronik sağlık kayıtlarına bakabileceği uygulama,
- Muayene randevusu almasını sağlayan uygulama
- Tele Konsültasyon (Aile Hekimliği)
- Aile hekimini değiştirme işlemi

## Sağlıkta E-Dönüşüm

Sağlıkta Dönüşüm Programı için gerekli çalışmaların başlatıldığı sıralarda, programa destek olması amacıyla, Dünya Bankası ile 2004 Haziran ayında “Sağlıkta Dönüşüme Destek Programı” adı altında imzalanan projeler bütünü hayata geçirilmiştir. Bu programın, mali ve idari çerçevelerinin belirlendiği ve Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı adına ilgili iki Bakan tarafından imzalanan Niyet Mektubunda da, bir e-sağlık projesi olarak Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi’nden (Sağlık-NET) bahsedilmiş, önemi ve hedefleri tekrar vurgulanmıştır.

Gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda gerekse Sağlıkta Dönüşüme Destek Programı’nda genel anlamda, ulusal çapta uygulama sahası bulacak, standardizasyona önem veren ve karar sürecinde etkili bir yapıdan bahsedilmektedir. Bu itibarla, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) Projesi her iki dokümanda bahsedilen hedeflere ulaşmak için tasarlanmıştır.

## e-Sağlık

Bir e-sağlık araştırmacısı olan **Gunter Eysenbach’a** göre e-sağlık, “İnternet ve benzer teknolojilerin, hizmete ait verilerin elde edilmesi, aktarılması ve geliştirilmesi suretiyle sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesini sağlayan ve medikal informatik, sağlık hizmetleri ve süreçlerinin keşif kümesini oluşturan önemli bir alandır. Daha geniş anlamıyla ele alırsak, sadece teknik gelişmeyi adresleyen değil, yerel ve genel sağlık hizmetlerinin gelişmesi için bilgi ve haberleşme teknolojilerinin kullanıl-

masını gerekli gören bir düşünce tarzı, anlayış ve kavrayıştır (Austin ve Boxerman, 2003: 212).

Yukarıda tanımı verilen E-Sağlık çalışmaları ile ilgili Sağlık Bakanlığının vizyonu, ülke genelinde sağlık sektöründe görev alan tüm aktörlerin katkısıyla oluşturulacak ulusal sağlık bilgi sistemi, erişim hakları tanımlanmış yetkili kişi ve kuruluşlarca ulaşılabilir, tüm vatandaşları kapsayan, her bireyin kendi bilgilerine erişebildiği, doğum ile başlayıp tüm yaşam süresince sağlıkla ilgili verilerinden oluşan işlevsel bir veritabanının; yüksek bant genişlikli ve tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim omurgasında paylaşılması ve tele tıp uygulamalarına varan teknolojilerin mesleki pratikte kullanılmasını temel almasıdır.

Bu çerçevede hayata geçirilen e-sağlık projeleri ile kurumlarımızda sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Operasyonel veriye daha kolay erişimin sağlanması, vatandaşlarımızı ilgilendiren hastane iş süreçlerinin verimliliği artacaktır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılarak sağlık bakım hizmetlerinin maliyetleri düşürülecektir. Kişileri, sağlıkları hakkında bilinçli karar almalarını ve özen göstermelerini destekleyerek, sağlıklarını daha iyi kontrol edebilmeleri sağlanacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan e-sağlık projeleri aşağıdaki şekilde verilmiştir.



## MEDULA

MEDULA, GSS ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,
- hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünlük bir sistemdir.

Genel Sağlık Sigortası bilişim altyapısını çok uzun yıllar taşıyabilecek bir yaklaşımı benimsemistir. Sistem, sağlıkla ilgili hizmet üreten her türlü kurumu sağlık hizmet sunucusu olarak tanımlamaktadır. Sistem,

- Kamu hastaneleri

- Üniversite hastaneleri
- Özel hastaneler
- Özel tanı merkezleri
- Özel tedavi merkezleri tarafından kullanılacak şekilde geliştirilmiştir.

Proje ile sağlık hizmetinin alındığı kuruluşlardan gelen ve yapılan hizmetlere ait bilgi ile faturaların elektronik ortamda kaydı, bu kayıtlar üzerinden gerekli inceleme ve kontrollerin yapılabileceği, bu elektronik bilgiye dayalı ödemeyi gerçekleştiren bir sistem kurulmaktadır. MED(ikal) ULA(k) sözcüklerinden oluşmaktadır. Medikal haberci anlamına gelmekte olup web servisleri aracılığı ile genel, basit iletişim protokolünü desteklemektedir. Medula, geçilmesi planlanan elektronik reçete ve elektronik faturanın da alt yapısını oluşturmaktadır.

### MEDULA İle Karşılanacak İhtiyaçlar

Sosyal Güvenlik Kurumunun oluşumuyla, sağlık hizmetleri satın alınmasının tüm sigortalı ve hak sahiplerini kapsayacak şekilde düzenlenmesi, bu kesime yapılacak işlemlerin de elektronik olarak yürütüleceği yeni bir ortamın kurulmasını gerektirmiştir. Özellikle yapılan muayene, tetkik ve tedavilerin, Sağlık Uygulama Talimatı esaslarında ve tüm yapı için standart şekilde düzenlenmesi elektronik işleme gereksinim göstermektedir.

Bu uygulama ile sağlık hizmeti alımında elektronik tanımlama yapılmasıyla, verilen hizmete uygun ödeme sistemi standardizasyonu da sağlanmış olacaktır. Yine kurulması gereken elektronik yapıyla maliyetlerin kontrolü ve planlama yapılabilmesi imkanı da elde edilmiş olacaktır. Bu durum ise sağlık hizmeti sunumu ile finansmanını sağlayan kurumlar için önemli ölçüde kaynak tasarrufu getirecektir.

MEDULA yardımıyla sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilginin elektronik ortama alınmasıyla, kişilerin sağlık hizmetinden en iyi şekilde yararlanması ve sağlık hizmet sunucularının bütün süreçlerde kaliteli veri üretebilmesi sağlanmış olacak, sağlık kuruluşlarına yapılacak ödeme işlemlerine de hız ve doğruluk gelecektir. Bunun yanı sıra,

- geleceğe yönelik sağlık harcaması tahminleri yapılabilmesi,
- risk analizlerinin yapılabilmesi,
- harcama kalemlerinde değişikliklerin takip edilebilmesi,
- kapsamlı istatistiki bilginin alınabilmesi,
- ödemelerin hızlı ve doğru olarak yapılabilmesi mümkündür.

Medula tüm sağlık hizmet sunucularını kapsamaktadır. Bu anlamda sağlık hizmeti kullanım verisi üreten tüm kuruluşlar, devlet, üniversite ve özel hastaneler, tıp merkezleri gibi tesisler elektronik ortama alınmaktadır.

## MEDULA Sistemine Genel Bir Bakış

### GSS Sağlık Sistemi

#### Web Servisleri

- Hak Sahipliği ve Sözleşme Doğrulama
- Reçete, Tetkik ve Sevk Bildirimi
- Ödeme Sorgusu
- Ödeme Durum Kontrol
- Fatura Bilgisi Kayıt
- Rapor Bilgisi Kayıt

#### Web Uygulaması

- Dönem Sonlandırma
- Dönem Örnekleme
- Hizmet detay belgesi oluşturma
- Üst yazı oluşturma

### HYBS

#### Başhekim / Hastane Yöneticisi

#### Hastane Şifresi Başhekim Şifresi

Sistem, 4 ana 2 yan sürecin işletildiği web servisleri ile, dönem sonlandırma, dönem örnekleme ve evrak üst yazısının alındığı web uygulamasından oluşmaktadır.

## Sistem Entegrasyonu

Hastane Otomasyon Sistemi (HBYS) olan sağlık tesisleri web servisleri aracılığı ile MEDULA sistemi ile sistemler arası entegrasyonu yapmaktadır. Her sağlık tesisinin MEDULA sistemini kullanması için iki şifresi vardır. Bunlar aşağıda verilmiştir.

*Tesis şifresi:* 4 ana 2 yan süreci gerçekleştirmek için

*Yönetici şifresi:* Başhekim veya yönetici tarafından, dönem sonlandırma, dönem örnekleme, hizmet detay dökümü ve evrak üst yazısı oluşturma modülü için

Sağlık kurumları kendi otomasyonları ile MEDULA 'ya entegrasyon için gerekli dokümanlara ve sıkça sorulan sorulara [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr) ana sayfasındaki MEDULA bölümünü tuşlayarak ulaşabilmektedirler. Sağlık kurumları, MEDULA' ya gönderilen tüm kayıtların kendi otomasyon sistemlerinde de kaydediliyor olmasına dikkat etmelidir.

### Sistemin Devreye Alınışı

25.05.2007 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliğinde yer aldığı gibi, MEDULA Sisteminin kullanımı, özel sağlık tesisleri için 15.06.2007 tarihi itibari ile devlet ve üniversite hastaneleri için 01.09.2007 tarihi itibari ile zorunlu hale gelmiştir.

Tüm tesisler için tesis ve yönetici şifresi ilgili bilgi, SGK Sağlık Tesisleri Müdürlüklerinden verilmektedir.



### Özet

Sağlık, deneyimli ve alanında uzman olarak eğitim almış işgören gerektirmesi, hızlı değişen özel bir teknoloji gerektirmesi, hizmetin yüksek ücretlere mal edilebilmesi gibi bazı özellikleri nedeni ile oldukça kendine özgü ve zor bir sektördür. Sağlık işgörenlerinin tüm iyi niyet ve nitelikli çalışma kaygılarına karşılık yaşanan olumsuzluklar, onların motivasyonlarını bozmaktadır. İşinde özveriyle çalıştığı halde işlerin yolunda girmediğini, ortaya çıkan üründe hatalar olduğunu gören işgören genellikle bir suçlu arama çabasına girmektedir. Gerçekten hata sadece bir işgörene mi aittir? Sistemin bu süreç içerisindeki payı ne orandadır? Bu çalışmada hastanelerdeki bu sorulara tartışma alanı olarak hizmet sunumunun akreditasyon güvencesi altında verilmesi konusu içerisinde kalite, hasta güvenliği, işgören ve standardizasyon kavramları tartışılacak, aralarındaki ilişkiler üzerinde durulacaktır.

### Akreditasyon Güvencesi İçerisinde Kalite ve Hasta Güvenliği

Bugün hastanelerde sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi gerekliliği sadece gelişmemiş değil gelişmiş ülkelerin de sorunudur. Hizmetlerin iyileştirilmesinde akreditasyon güvencesinden yararlanma, tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir uygulamadır. Akreditasyon, bir kurum veya kuruluşun ürün/hizmet kalitesinin kalite standartlarını ölçme ve değerlendirme yetkisine sahip bir dış kuruluş tarafından kontrol edilerek uygunluk belgesi verilmesi olgusudur.

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sistemi hem hasta bakımını ve hem de kurum yönetimini biçimleyen standartları kapsayan bir metodoloji ve değerlendirme modelidir. Akreditasyon güvencesi kavramının temeli olan standartlar, hizmetin yapısı, süreci ve çıktılarını içermektedir.

Hastanelerde sıklıkla karşılaşılan hataların nedenleri: işgörenlerin kendilerine aşırı güvenleri ve dolayısıyla yapılan işlemlerin kontrol edilmemesi, standart tıbbi belge kullanılmasında eksiklikler, taburculuk ile ilgili eksik bilgilendirme ve destek eksikliği, hasta bakımında hasta ve ailesi ile oluşan koordinasyon eksikliği gibi hasta güvenliğini de yakından ilgilendiren faktörlerdir. Akreditasyon belgesi alma çabası sırasında geliştirilmeye çalışılan ve yürürlüğe konulan sistem, hata kaynaklarını azaltmaya ve ortadan kaldırmaya yönelik standart uygulamaları içerir.

## İşgörenler ve Akreditasyon

Sağlık hizmetlerinde çalışan işgörenler içerisinde sağlık sınıfı içerisinde tanımlananlar öğrenim ve nitelikleri itibarı ile standart olduğu düşünülerek işe yerleştirilen bireylerdir. Hekim, hemşire, eczacı, laboratuvar uzmanı gibi... Buna karşılık tıbbi hataların sayıca sadece çok küçük bir bölümünün içinde uzman olmayan işgörenler tarafından gerçekleştirilmesi, diğer tıbbi hataların uzman işgörenler elinde gerçekleşmiş olması hayli düşündürücüdür. Sağlık örgütlerinde işgören ve/ya sistem ile ilgili çözümlenmeyi bekleyen sorunlar vardır.

### Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi ve Akreditasyon Sistemi

Sağlık hizmetlerinde bilgi, tıbbi belgelerin karar alma sürecine katkı sağlaması amacı ile işlenmiş ve anlamlandırılmış halidir. Tıbbi belgeler, örgütün belleğini oluşturur. Bilginin yönetimi bir süreçtir; belirli amaçlar için bilginin üretim ve kullanımını içerir. Bilgi yönetiminin odak noktası, bilginin kullanıcılara sürekli aktarılmasıdır.

Bir sağlık kurumunda akreditasyon sistemine sahip olma veya akreditasyona adaylık için hazırlık süreci içerisinde olma durumu, kurumda bilgi yönetimi sürecini başlatan, hızlandıran, motive eden ve zorunlu kılan bir eylemdir. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization'ın sağlık örgütlerinden bir çoğunu akredite etmeme veya edememesinin en önemli nedenlerinden biri, bu kurumlardaki tıbbi belgelerin standartlara uygun hazırlanmamış oluşu, dolayısı ile bilgi yönetimindeki zayıflıklardır. Sağlık örgütlerinde akreditasyon sistemi yolu ile denetim sürecine dahil olma durumu, kurumda üretilen, paylaşılan, kullanılan, kültürel olarak da sahip çıkılan veri-bilgi sistemini oluşturmaktadır.

Akreditasyon uygulaması ile tıbbi belgelerin kalitesinin artması sağlık hizmetlerinde önemli bir iyileşme sağlamaktadır. Hastanelerde sıklıkla karşılaşılan yanlış ilaç vermeler ve yanlış taraf ameliyatları tıbbi belgelerle ilgili, belgelerin yanlış tutulmasından, hiç tutulmamasından ya da onlardan yararlanmamakla ilgili tıbbi hatalardır. Önceden kullanılmadan atılan tıbbi belgelerin artık hizmetin ve işgörenlerin değerlendirmelerde kullanılacağı bilindiği için, işgörenler hem standart belgelendirmeye hem de belgelerin eskisinden daha düzgün tutulmasına önem vermişlerdir. Standartlar aracılığı ile tüm tıbbi belgelere önem verilerek hastanın tedavisinin sürekliliği ve doğruluğu sağlanması temel koşuldur.

### Hastaneler Ve Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)

Hastaneler, fonksiyonları gereği teknolojiden önemli ölçüde yararlanan hizmet birimleridir. Bilgi teknolojilerinin hızlı gelişimi tüm sektörlerde olduğu gibi hastanelerde de bilgi sistemlerinin kullanımını zorunlu hale getirmiş ve bu alanda talebi hızlandırmıştır. Devlet hastaneleri özellikle son 10 yıl içerisinde "hastane bilgi sistemleri" kullanımına büyük önem vermiş, gerek hastaya daha iyi hizmet verilmesi, gerekse hastanenin daha iyi yönetilebilmesinin ancak HBS (Hastane Bilgi Sistemi) kulla-

nımı ile mümkün olduğu anlaşılmıştır. Hastanelerdeki bilgisayar sistemleri, tıbbi ve finansal hizmetlerle ilgili verilerin bilgisayara dayalı bir enformasyon sistemiyle kayıt altına alındığı ve işlenmiş bilgiye dönüştürüldüğü; bu bilginin yönetim karar desteği ile tıbbi hizmetler için kullanıldığı bir bilgi sistemini kapsamaktadır.

### **Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi; Sağlık-Net**

Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerekmektedir. Doğru bilgiye dayanmayan kararlar istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için bütünleşik bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu gözlemlenmiştir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı bir e-sağlık projesi olan Sağlık-NET'i devreye almıştır

Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, **standartlara** uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi sistemidir.

Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Sağlık-NET, gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüyen, kullanıcı-hizmet sunucu ilişkisine en az ihtiyaç gösteren bir yapı olarak tasarlanmıştır.

### **Sağlık-NET'in Yapısı**

Sağlık-NET, sağlık kurumlarında üretilen her türlü veriyi, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformudur.

Standardizasyon konusunda Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Veri Setleri ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu adı altında üç bileşen oluşturulmasına karar verilmiştir. Ayrıca sağlık verilerinin toplandığı Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanı ve toplanan verilerin analiz amaçlı göstergelere dönüştürüldüğü Karar Destek Sistemi de Sağlık-NET'in bileşenleri arasındadır. Sağlık-NET projesinin görünen yüzü ise Sağlık-NET portalıdır. Portalda giren kişinin ilgi alanına göre genel bilgi ekranları, hastaneler ve aile hekimleri için veri bildirim arayüzleri, yöneticilere yol gösterme amaçlı Karar Destek Sistemi raporları ve tartışma forumları bulunmaktadır.

**Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün Amacı** Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünün (USVS) birincil amacı, sağlık alanındaki bütün aktörlerin aynı kavramdan aynı içeriği anlamalarını sağlayacak bir terminoloji birliği oluşturmaktır.



Veri sözlüğü, sağlık kurumlarından verilerin belirlenmiş standartlar doğrultusunda toplanmasını, analizini ve değerlendirilmesini sağlayacaktır. Aynı zamanda, sahadan sağlık verisi toplama konusunda verimi artıracak, tekrarlanan ve hatalı verileri azaltacak ve toplanan verinin amacına daha uygun bir şekilde kullanılmasına imkân tanıyacaktır. USVS, Türkiye'deki sağlık kurumlarında kullanılmakta olan bilgi sistemlerinin referans olarak kullanacağı bir sözlük çalışmasıdır.

**Sağlık Kodlama Referans Sunucusu** Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) ile; sağlık sisteminin izlenebilir, ölçülebilir ve daha kolay yönetilebilir bir yapıya kavuşturulması için ihtiyaç duyulan, kodlama ve sınıflama sistemleri bir araya getirilmektedir. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu geliştirilecek olan standartları da bünyesine dâhil edecek ve bu standartları ilgili tüm kullanıcıların kolay erişebilmesi için açık teknoloji standartları ile paylaşan bir referans sunucu olacaktır. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, Sağlık Bakanlığı bünyesinde tutulan kodlama ve sınıflama sistemlerini barındırmayı ve paylaşımına açmayı amaçlamaktadır.

### Diğer E-Sağlık Projeleri

**Tele-Tıp**, Teletıp Projesi, tıbbi görüntüle alanında yeterli uzmanının olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir.

**Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS)** Merkezi bir sistemden randevu alarak istedikleri herhangi bir hastaneye gitmelerini sağlamayı hedeflemektedir

**Elektronik Sevk Sistemi** Bir hastane hastasını başka bir sağlık kurumuna sevk edeceği zaman, hastanın da bilgisi dahilinde Merkezi Hastane Randevu Sistemi üzerinden ilgili sağlık kurumundan hastası için randevu alacak ve hastanın sağlık kayıtlarını Sağlık-NET vasıtasıyla ilgili hastaneye gönderecektir.

**e-Reçete** E-reçete, kağıt ortamına aktarılması zorunlu olmadan elektronik ortamda bir saklanabilen ve yine elektronik ortamda bir yerden bir yere aktarılabilen bir çeşit reçetedir.

**Elektronik Kimlik Kartı** İlk olarak Bolu ilinde bir pilot uygulama yapılacaktır. Bu pilot uygulama sırasında çok sınırlı bir sayıda vatandaşın kimlik kartları Elektronik Kimlik Kartı ile değiştirilecektir. Projenin ilerleyen aşamalarında, her vatandaş, Elektronik kimlik kartını kullanarak sağlık-net portaline giriş yapabilecek ve kendisiyle ilgili uygulamalar kullanabilecektir.

### Sağlıkta E-Dönüşüm

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda gerekse Sağlıkta Dönüşüme Destek Programı'nda genel anlamda, ulusal çapta uygulama sahası bulacak, standardizasyona önem veren ve karar sürecinde etkili bir yapıdan bah-

sedilmektedir. Bu itibarla, Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) Projesi her iki dokümanda bahsedilen hedeflere ulaşmak için tasarlanmıştır.

**e-Sağlık** "Internet ve benzer teknolojilerin, hizmete ait verilerin elde edilmesi, aktarılması ve geliştirilmesi suretiyle sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesini sağlayan ve medikal informatik, sağlık hizmetleri ve süreçlerinin kesişim kümesini oluşturan önemli bir alandır. Daha geniş anlamıyla ele alırsak, sadece teknik gelişmeyi adresleyen değil, yerel ve genel sağlık hizmetlerinin gelişmesi için bilgi ve haberleşme teknolojilerinin kullanılmasını gerekli gören bir düşünce tarzı, anlayış ve kavrayıştır.

### **MEDULA**

MEDULA, GSS ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,
- hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünlük bir sistemdir.

Genel Sağlık Sigortasının bilişim altyapısını çok uzun yıllar taşıyabilecek bir yaklaşımı benimsemistir. Sistem, sağlıkla ilgili hizmet üreten her türlü kurumu sağlık hizmet sunucusu olarak tanımlamaktadır. Sistem,\* Kamu hastaneleri,\* Üniversite hastaneleri, \* Özel hastaneler, \* Özel tanı merkezleri, \* Özel tedavi merkezleri tarafından kullanılacak şekilde geliştirilmiştir. Proje ile sağlık hizmetinin alındığı kuruluslardan gelen ve yapılan hizmetlere ait bilgi ile faturaların elektronik ortamda kaydı, bu kayıtlar üzerinden gerekli inceleme ve kontrollerin yapılabilmesi, bu elektronik bilgiye dayalı odemeyi gerçeklestiren bir sistem kurulmaktadır.

Bu uygulama ile sağlık hizmeti alımında elektronik tanımlama yapılmayla, verilen hizmete uygun ödeme sistemi standardizasyonu da sağlanmış olacaktır. Yine kurulması gereken elektronik yapıyla maliyetlerin kontrolü ve planlama yapılabilmesi imkanı da elde edilmiş olacaktır. Bu durum ise sağlık hizmeti sunumu ile finansmanını sağlayan kurumlar için önemli olcude kaynak tasarrufu getirecektir.

## Gözden Geçir



Akreditasyon, kalite, hasta güvenliği nedir?  
Hasta bilgi sistemi nedir?  
Sağlık-net'in yapısı nedir?  
Diğer E-Sağlık projeleri nelerdir?  
Sağlıkta E-dönüşüm nedir?  
Medula sistemi nedir?

## Kaynaklar



Austin, C.J. ve Boxerman, S.B. (2003). *Information Systems for Health Care Management*. Michigan: AUPHA, Health Administration Press.

Johns, M.L. (2002). *Information Management for Health Professions*. ABD: Delmar & Thomson.

Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (2009). [www.sagliknet.gov.tr](http://www.sagliknet.gov.tr) adresinden 3.5.2009 tarihinde erişilmiştir.

S. B. Bilgi İşlem Daire Başkanlığı (2007). Sağlık-Net Entegrasyonu İçin Hastane Bilgi Sistemlerinin Temel Gereksinimleri, Sağlık-Net Entegrasyonu İçin Hastane Bilgi Sistemlerinin Uyması Gereken Temel İlkeler.

S. B. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (2008). Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Sürüm 1.1, Ankara.

Alaszewski, A. (2005). Risk, safety and organizational change in health care. *Health, Risk & Society*. 7(4). pp:315-318.

Abdelhak, M.; Grostic, S. ve diğ. (2000). *Health Information: Management of a Strategic Resource*. Philadelphia: WB Saunders Company.

Austin, C.J. ve Boxerman, S.B. (2003). *Information Systems for Health Care*. Washington D.C.: AUPHA.

Cozens-Firth, J. (2004). Organizational trust: the keystone to patient safety. *Quality & Safety in Health Care*.13(1). pp: 56-61.

Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.

Kavaler, F. ve Spiegel, A.D. (2003). *Risk Management in Health Care Institutions*. London: Jones and Bartlett Publishers.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kelly, D.L. (2003). *Applying Quality Management in Health Care*. Washington DC.: AUPHA Press.

Longest, B.B.; Rakich, J.S. ve Darr, K. (2000). Health Professions Press, Inc., Baltimore, Maryland.

Morris, C.J.; Savelyich, B.S.P. ve diğ. (2005). Patient safety features of clinical computer systems: a questionnaire survey of GP views. *Quality & Safety in Health Care*. 14(3) June. pp: 164-168

Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (2003). Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları. Ocak.

Tamuz, M.; Thomas, E.J. ve Franchois, K.E. (2004). Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Quality & Safety in Health Care*. 13(1). pp:13-20.



## Değerlendirme Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi Sağlık NET'i tanımlar?
  - a) Hastane bilgi sistemidir
  - b) Klinik bilgi sistemidir.
  - c) Sağlık-NET, ulusal bilgi sistemidir
  - d) Birinci basamakta kullanılan bilgi sistemidir.
2. Aşağıdakilerden hangisi E-Sağlık projesi değildir?
  - a) Tele-tıp
  - b) E-reçete
  - c) Merkezi Hastane Randevu Sistemi
  - d) Klinik Bilgi Sistemi
3. Aşağıdakilerden hangisi MEDULA'yı tanımlar?
  - a) Fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,
  - b) Hastanenin stok kontrolünü yapar
  - c) Sağlık kurumlarına gelen hastaların sayısını belirler
  - d) Hastalıkların uluslar arası sınıflandırılmasında kullanılır.

# SAGLIK HIZMETLERINDE BILGI YONETIMI

1 Sağlıkta Bilgi Yönetiminin Temeli

2 Hasta Dosyaları

3 Sağlık Kayıtları ve İeriği

4 Numaralama, Dosyalama Sistemleri,  
Sağlık Kayıtlarının  
Korunması ve Saklanması

5 Hasta Dosyaları Arşivi Yönetimi

6 Sağlıkta E-Dönüşüm

7

Sağlık Bilgi Sistemlerinin Hukuki Yönleri

## Ünitede Ele Alınan Konular

- Tıbbi Dokümanlarda Sorumluluk
- Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Ölçüm Ve İzlenebilmesi İçin Kurulan Komiteler Ve Komitelerde Yönetim
  - Tıp Hizmetleri Organizasyon Yapısı Ve Komiteler
    - Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi (Executive Committee)
    - Kullanım İnceleme Komitesi (Utilization Review Committee):
    - Tıbbi Kayıt Komitesi (Medical Records Committee)
    - Enfeksiyon Kontrol Komitesi (Infection Control Committee)
    - Doku ve Ameliyat Komitesi (Tissue and Surgical Review Committee)
      - Ameliyat İnceleme Komitesi (Surgical Review Committee)
      - Doku Komitesi (Tissue Committee)
  - Eczane ve İlaç Kullanım Komitesi (Pharmacy and Therapeutics Committee)
  - Kan ve Kan Ürünleri Kullanım Komitesi (Blood and Blood Utilization Committee)
  - İnsan Kaynakları İle İlgili Komiteler
    - Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi :
    - Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi:
    - Tıbbi Eğitim Komitesi (Medical Education Committee)
  - Hizmet Verilmesi İle İlgili Komiteler
    - Hizmet Standartları Gözden Geçirme Komitesi (Medical Audit Committee)
    - Sistemler Komitesi (System Committee)
    - Tıp Araştırmaları Komitesi (Investigational Review Board)
  - Etik Komitesi (Ethics Committee)
  - Güvenlik ve Afet Komitesi (Security and Disaster Committee)
  - Tıbbi Denetim Komitesi (Medical Control Committee)
  - Yönetim Kurulu (Management Committee)
  - 8 Diğer Oluşturabilecek Komiteler

- Sağlık Kayıtlarına İlişkin Mevzuat
- Sağlık Kurumlarında Kayıtlara İlişkin İdari Sorumluluklar
- Sağlık Kayıtlarının Gizliliği
- Sağlık Kayıtlarını Tutma Yükümlülüğü
- Tıbbi Dokümanlarla İlgili Yasal Kavramlar Ve Sorumluluklar
- Hasta Dosyalarının Mahkemelerde Belge Olarak Kullanıldığı Durumlar
  - Adli Raporlar

## Ünite Hakkında

Bu ünite sağlık sisteminde kalitenin ölçüm ve izlenebilmesi için kurulan komiteler ve sağlık kayıtlarına ilişkin mevzuat verilerek sağlık kayıtları ile ilgili yasal durumdan bahsedilmiş, sağlık kayıtlarının gizliliği kayıt tutma yükümlülüğü anlatılmıştır.

## Öğrenme Hedefleri



Bu üniteyi tamamladığınızda

- Tıp hizmetleri organizasyonu içerisindeki komisyonları ve görevlerini bileceksiniz.
- Sağlık kayıtları ile ilgili mevzuatları öğrenecek ve takip edebileceksiniz.
- Sağlık kayıtlarını tutma yükümlülüğünün farkına varacaksınız.
- Sağlık kurumlarına ilişkin mevzuat idari sorumluluklar tıbbi dokümanlarla ilgili yasal kavramları ve sorumlulukları kavrayabileceksiniz.
- Adli raporlarla ilgili bilgi sahibi olacaksınız.



## Üniteyi Çalışırken

Bu üniteyi çalışırken

Konuları dikkatle okuduktan sonra, konu başlıklarını gözden geçirerek öğrendiklerinizi tekrarlayın.

Ünite sonundaki soruları yanıtlamaya çalışın. Yanıtından emin olmadığınız sorularla ilgili konuyu yeniden okuyun.



Sağlık bilgi sisteminin içerdiği tıbbi kayıtlar, hekimler ve diğer sağlık personeli ile hukuk ve mevzuat ile yakından ilgilidir. Hukuk, “insanların birlikte yaşamını düzenleyen normatif olarak bağlayıcı düzen veya toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü” olarak tanımlanmaktadır.

Tıp hukuku ise “sağlık hukukunun bir alt dalı olarak, tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Bu hukuk dalının temel özelliği, disiplinlerarası bir hukuk dalı olması olup, anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku ve medeni hukuku ilgilendiren yönleri bulunmasıdır” (Hakeri, 2007: 31).

Bu ünite, sağlık bilgi sisteminin hukuki yönleri anlatılmıştır.

## Tıbbi Dokümanlarda Sorumluluk

Sağlık kayıtları bir sağlık kurumunun en önemli hazinesi olduğuna göre bu hazinenin düzenlenmesi yürütümü ve saklanması sadece arşiv görevlilerinin değil, özellikle ülkemizde hizmetlisinden en üst düzey yöneticisine kadar herkesin görev ve sorumlulukları vardır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1999: 7).

Sağlık İşletmelerinde Kalitenin Ölçüm ve İzlenebilmesi İçin Kurulan Komiteler ve Komitelerde Yönetim anlatılacaktır.

### Tıp Hizmetleri Organizasyon Yapısı Ve Komiteler

Tıp hizmetleri organizasyonu, daha önce değinildiği gibi hekimlik faaliyetlerinin düzenlenmesini içermektedir. Tıp hizmetleri organizasyonunda yer alacak organlar, görevleri, bu organlara atanacak görevlilerde aranacak nitelikler, görev süreleri, hekimlerin hastane içindeki ayrıcalıkları, hakları ve sorumlulukları, tıbbi komitelerin türleri, kimlerden oluşturulacağı ve toplantı zamanları gibi hususlar hastane iç tüzüğünde ayrıntıları ile belirlenmektedir. Bu iç tüzük, hastane müdürü, başhekim ve hekimlerden oluşan bir komisyon tarafından hazırlanmaktadır (Seçim, 1991: 49).

Tıp organizasyonu içinde yer alan en önemli birim başhekimliktir. Hastanenin özelliğine göre değişmekle birlikte, çok çeşitli komiteler de tıp hizmetleri organizasyonu içinde yer almaktadır.

### Komiteler

Komite, belirli bir yönetsel faaliyeti gerçekleştirmek için organize biçimde ortaklaşa çalışan personel grubu olarak tanımlanabilir.



Komiteler, hastanelerde temel olan birtakım hizmetler, bu hizmetleri kaliteli olarak yerine getirmek ve kalitenin devamını sağlamak için ku-

bulmuşlardır. Komite, belirli sorunu tartışan veya fikir paylaşımında bulunan ve hatta düzenli biçimde toplanan bir informal gruptan çok farklıdır. Yöneticinin bir sorun veya düşünce üzerinde tartışma yapmak üzere astlarını veya diğer yöneticileri informal olarak biraraya getirmesi, komite çalışması yapıldığı anlamına gelmez (Kavuncubaşı, 2000: 112; Liebner, Levine ve Rothman, 1992: 199). Komitenin biçimsel bir yapısı ve çalışma kuralları bulunmaktadır.

Hastane ve diğer sağlık kurumlarında, ikili otorite hattı bulunmaktadır. Tıbbi otorite (mesleki otorite) yapısı ve yönetsel otorite yapısının birarada bulunmasının yarattığı sorunları gidermek için hastane ve diğer sağlık kurumlarında komitelere gereksinime duyulur. Her hizmet için bir komite kurulması hastanenin hizmetlerinin kapasitesini, dolayısıyla hastanenin kalitesini yükseltecektir.



Örneğin, tıp personeli, yönetim kurulu ve hastane yönetimi temsilcilerinden oluşan ortak toplantı komitesi, bu ikili otorite hattının yarattığı sorunları gidermek için kurulmaktadır.

Hastane ve diğer sağlık kurumlarının faaliyetleri genel olarak belirli komiteler tarafından kontrol edilmekte ve değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 112; Liebner, Levine ve Rothman, 1992: 198). Hastane küçük çapta ise komitelerin görevlerini bir kalite sağlama uzmanı da yürütebilir.

Ele alınacak komitelerin hepsi bir hastanede bulunmayabilir. Hastanenin büyüklüğü komitelerin sayısında önemli bir etkidir. Ele alınan komitelerde kimlerin görev aldığı, komitelerin görevlerinin neler olduğu, hangi sürelerle toplandıkları vb.. gibi genel konular üzerinde durulacaktır.

Hastanelerde ve bazı sağlık kurumlarında bulunan başlıca komiteler;

### Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesi (Executive Committee)

JCAHO standartlarına göre hastanede bulunması zorunlu komitelerden olan tıp hizmetleri yürütme komitesi, tıp hizmetleri ve tıp personeli üzerinde en fazla yetki ve güce sahip olan komitedir (Kavuncubaşı, 2000: 113; White, 1997: 79). Çünkü bütün komiteler raporlarını bu komiteye göndermekte ve bu komiteye karşı sorumlu olmaktadır. Bu komite ise hastane müdürüne ve yönetim kuruluna karşı sorumluluk taşımaktadır.

Komite topladığı raporlar doğrultusunda hastanenin yönetim kuruluna öneriler getirmektedir. Bu önerilerden bazıları şunlardır (Çatalca, 2000):

- Tıbbi kadronun yapısı,
- Her bir kliniğe ait hakları tanımlama ve liyakatları inceleme için bir gözlem mekanizması kurma, yani, kadroya atanan her bir yeni üye tarafından yapılan tıbbi uygulamanın kapsamını ve türünü belirleme,

- Tıbbi personelin kalite sağlama faaliyetlerinin organizasyonunu kurma,
- Tıbbi kadro için yeni kişileri önerme (atama için yönetim kurulunun yeni adayı onaylaması gereklidir),
- Bir kadroya yeniden atama olduğundan kliniğe ait belirlenmiş hakları açıklama,
- Tıbbi kadroyu sınırlayabilmek için bir mekanizma önerme

Komite üyeleri tıbbi personelden seçilmekte, başkanlığını ise başhekim yapmaktadır. Komitede en az beş, en fazla yirmi üye bulunmaktadır. Üye sayısı hastane büyüklüğüne göre değişmektedir. Komitede başhekim, tıbbi personel, hastane müdürü, servis şefleri bulunmaktadır. Başkan aynı zamanda yönetim kurulunun da bir üyesidir. Komite üyeleri bazı hastanelerde üç yılda bir, bazı hastanelerde ise her yıl değişmektedir. Komite ayda bir defa toplanmakta, rapor ve önerileri yönetim kuruluna sunmaktadır.

Komite, aynı zamanda kliniklerin yönetsel faaliyetlerinin ortak odağını oluşturmaktadır. Yönetim kuruluna olduğu kadar tıbbi personele karşı da sorumluluk taşımaktadır.

**Tıp Hizmetleri Yürütme Komitesinin görev ve sorumlulukları arasında:**

- Tıbbi personelin ve kliniklerin faaliyetlerini ve genel politikalarını formüle etme ve uygulama,
- Klinikler arası koordinasyonu sağlama,
- Diğer komitelerden gelen raporları alma, inceleme ve değerlendirme ve bu raporlar sonucunda yöneticiye öneriler getirme,
- Yönetim kuruluna veya tıbbi personele önerilerde bulunma ve fikir belirtme,
- Hastane müdürüne görüş bildirme,
- Hastanenin tıbbi konularla ilgili tüm toplantılarını düzenleme ve ilgili personele duyurma,
- Tıbbi teçhizat ve personele ihtiyaç olduğunda bunları hastane müdürüne ve yönetime bildirme,
- Komite faaliyetlerini ve tartışmalarını sürekli kaydetme ve saklama,
- Diğer komite üyelerini seçme ve yönetime önerilerde bulunma yer almaktadır.

Görüldüğü gibi yürütme komitesi yönetim ile tıbbi personel arasında köprü vazifesi görmektedir. Komitenin yönetsel faaliyetlerde hastane yönetimine büyük faydası dokunmaktadır. Ayrıca, hastane hizmetlerinde kalite sağlamayı yürüten komitelerin ilk değerlendirildiği yer de yü-

rütme komitesidir, daha sonraki değerlendirme ise yönetim kurulunda yapılmaktadır (Çatalca, 2000).

### Kullanım İnceleme Komitesi (Utilization Review Committee)



Kullanım inceleme, hastalara sunulan hizmetlerin kalite ve maliyetlerini düşürmeyi amaçlayan yönetsel faaliyetlerden birisidir. Hizmet üretim için tahsis edilen kaynakların hasta gereksinimlerine uygun biçimde kullanılıp kullanılmadığını belirlemeye yönelik olan kullanım incelemesi üç şekilde yapılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 114; Terkelson ve diğ., 1994):

1. Hizmet verilmeden önce
2. Hizmet sunumu süresince
3. Hizmet verildikten sonra

Hizmet verilmeden önce yapılan kullanım incelemesinin amacı, hastaya verilecek hizmetin, hastanın durumuyla ilişkili olup olmadığının, başka bir anlatımla, verilecek hizmetlerin tıbbi bir gerekliliğinin bulunup bulunmadığının belirlenmesidir. Hekim bir hastası için hastaneye yatış veya ameliyat kararı verebilir. Hastanın hastaneye gerçekten yatmasının veya ameliyat edilmesinin gerekli olup olmadığını belirlemeye yönelik çalışmalar, hizmet verilmeden önce yapılan kullanım incelemesi olarak görülebilir.

Hizmet sunumu süresince yapılan kullanım incelemesi, hastalara verilen hizmetlerin doğru ve uygun biçimde verilmesini sağlamaya yöneliktir.

Hizmet sonrasında yapılan kullanım incelemesi ise, verilen hizmetlerin arzulan sonuçları sağlayıp sağlamadığının belirlenmesidir.

Kullanım incelenmesinin en önemli amacı, tıbben gereksiz görülen hizmetlerin sunumunun önlenmesi ve bu yolla kaynakların daha verimli kullanılmasının sağlamaktır (Kavuncubaşı, 2000: 114).

Bu komitenin önemli görevlerinden olan ve hastane kaynaklarını en fazla kullanıldığı yatan hastalarla ilgilenmek ve bu hastaların yatış nedenlerini araştırmaktır. Komite yaptığı toplantılarında hastane kullanımının etkinliğini değerlendirme amacıyla çeşitli kayıtları ve verileri gözden geçirmektedir. Hastanenin kullanımının etkinliğini değerlendirme ve tıbbi personele rehberlik edecek kriterleri oluşturmada komitenin amaçları arasında sayılabilir.

Komite boş yere yatak işgalini önlemek amacıyla denetimlerde bulunmaktadır. Hastanelerde gereksiz yere yapılan ameliyatlara kalite açısından ne kadar önemliyse yatakların gereksiz yere işgal edilmesi de o derece önemlidir. Gereksiz yatak işgali hastaneye ek bir maliyet yüklemektedir.

Bu da hastanenin verimliliğini ve karlılığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Kullanım komitesi gereksiz yatak işgalini önlemek için hastanenin her kliniğinden hangi türden vakaların hastaneye kabul edileceğine ilişkin raporlar istemektedir. Bu raporlara göre hastaneye yatırılması gereken vakaları belirlemektedir. Her hekim yatıracağı hasta için "Hasta Yatırma Belgesi" adı verilen belgeyi doldurmak zorundadır. Bu belgede hastanın hastaneye niçin ve hangi sebepten dolayı yatırılmak istendiği belirtilmektedir. Bu belge kullanım komitesinin hekim olmayan bir üyesi tarafından incelenmektedir. Eğer hastanın yatış nedeni önceden belirlenmiş vakalara benzemiyorsa belgeyi komitenin hekim üyelerinden birine havale etmektedir. Belge hekim üye tarafından incelendikten sonra hasta hakkında yatırılıp yatırılmama kararı verilmektedir.

Kullanım komitesi hastanenin yatak kullanımını etkinleştirmek için aşağıda belirtilen faaliyetleri yapmak zorundadır :

- Hastaların hastanede gereğinden fazla kalmasını azaltmak,
- Yardımcı hizmetlerin aşırı kullanımını önlemek ve gereksiz hasta yatırımlarını azaltmak,
- Tıbbi personel, yönetim ve sosyal hizmetler arasındaki haberleşmeyi sağlamak ve koordine etmek,
- Hastaların hastaneye yatırılması ve taburcu edilmesi prosedürlerini yeniden gözden getirmek ve gerekli düzeltmeleri yapmak,
- Acil yatacak olan hastalar için prosedürleri hazırlamak,
- Hastaların bir servisten diğerine transfer ihtiyacı doğduğunda bu transferi hızlandırmak.

Komiteyi amaçlarına ulaştıracak bu faaliyetleri yerine getirebilmek için hastanede teşhisle ilgili bir liste oluşturulmalıdır. Bu listede bulunması gereken konular aşağıda verilmiştir:

- **Yatış kriterleri:** Bunlar hastaları yatırmak için gerekli olan kriterlerdir. Daha sonra bu kriterlerle hasta yatırma belgesindeki nedenler karşılaştırılmakta ve hastanın gerçekten yatması gerekip gerekmediği belirlenmektedir.
- **Teşhis için uygun ve gerekli olan prosedürleri belirlemek:**
- **Hastaların taburcu edilmeleri ile ilgili göstergeler:** Bu göstergeler vasıtasıyla hastaların taburcu edilmesi için ne gibi işlemlerin olması gerektiği saptanmaktadır.
- **Hastaların hastanede kalış süresini etkileyen komplikasyonlar:** Bu komplikasyonları belirleyen hastane daha sonraki benzer vakalarda aynı hataları tekrarlama olasılığını azaltıcı önlemler almaktadır.

- **Hastanede kalış için öngörülen süre:** Bakım sırasında meydana gelebilecek komplikasyonlar hariç hastanede yatmayı gerektiren hastalıklar için, belirlenen süreye uymakla boş yere yatak işgali önlenmiş olacaktır.

Komitenin başkanı başhekimdir. Diğer üyeler yürütme komitesi tarafından personel arasından seçilmektedir. Komitenin sekreterliğini tıbbi kayıt memuru yapmaktadır. Ayda en az bir kere toplanan komite yaptığı faaliyetlerini rapor halinde yürütme komitesine vermektedir. Raporun bir sureti de hastane müdürüne yollanmaktadır.

Komite başkanı hastanede yatan hastalar hakkında günlük rapor yazmakta, bu raporlar doktorun adını, teşhisini, hastanın hastaneye yatış ve taburcu edilme tarihini içermektedir. Seyrek de olsa hasta gerekenden uzun bir süre hastanede kaldıysa bu hastanın niçin olağan dışı kaldığını sormak amacıyla hastaya bakan hekime bir form yollanmaktadır. Hekim ve forma hastanın hastanede olağandışı kalış nedenlerini yazmakta ve komiteye geri vermektedir. Komite toplantılarında hasta faturaları ile olağandışı hastanede kalan hastaların durumlarını tartışmaktadır. (Çatalca, 2000)

### Tıbbi Kayıt Komitesi (Medical Records Committee)

Tıbbi kayıtlar, sağlık kurumlarının en önemli bilgi kaynaklarından birisidir. Tıbbi kayıt komitesinin en önemli görevi; tıbbi kayıtların düzenli, doğru ve eksiksiz doldurulup doldurulmadığını incelemektir (Kavuncubaşı, 2000: 115; Rowland ve Rowland, 1984: 16).

Hastanede verilen bakım hizmetlerinin kalitesini değerlemede kullanılan önemli belgelerden biri de hasta dosyalarıdır. Bu dosyaların önemli olması tutumlarında birtakım standartlar getirmiştir. Bu standartlara uyulup uyulmadığını denetleyen komiteler oluşturulmuştur. Tıbbi kayıtları inceleme komitesi bu tür komitelere dendir. Yani, hastane için geliştirilen standartlara çalışanların ve kliniklerin uyup uymadığını denetlemekle görevlidir. Bunun için komite üyeleri yasal ve hastanenin kendi koymuş olduğu standartlara uygun tıbbi kayıt tutulmasından ve denetlenmesinden, ayrıca hasta dosyalarının saklanması ve gizliliğinin sağlanmasında da sorumludur. Komite ayrıca, hasta bakımında yüksek kalite sağlama, uzmanlık eğitimi, bilimsel araştırma ve hastaların yasal olarak korunmalarını sağlama gibi faaliyetlerde önemli fonksiyonlara sahiptir. Bu fonksiyonların yanında, hastanedeki hasta kayıtlarını da kontrol etmektedir.

Kayıtların tutulmasında getirdiği standartların kullanılmasını şemalar yardımı ile sağlamaktadır. Bu şemalarda; tıbbi personelin hangi hastalıklar için hangi belirtileri net etmesi gerektiği, hangi klinik gözlemlerin kaydedilmesi gerektiği, laboratuvar hizmetlerinin hangi sıraya göre yapılması gerektiği gibi hususlar yer almaktadır. Bütün bunlardan başka, her teşhis için tercih edilen tedavi metodu ve izlenen bakımın özeti de bu şemalarda yer almaktadır. Dolayısıyla, kayıtlar gözden geçirildiği zaman hekim tarafından bulunan çözüm objektif kriterler ile karşılaştırılabilir.

Komite üyeleri bir yıl için tıbbi personel içinden, yürütme komitesi tarafından seçilmektedir. Komitede en az dört üye olmalıdır. Fakat üye sayısının daha fazla olması hastanenin büyüklüğüne bağlıdır. Komite sekreterliğini tıbbi kayıt memuru yapmaktadır. Komite en az ayda bir defa toplanmaktadır. Toplantılarında bütün hastaların kayıtlarına bakmakta ve verileri kayıt etmektedir. Verilerde hastalığın tarihsel gelişimi, laboratuvar raporları, hemşirelik bölümünün notları, doktorların istekleri, fiziksel inceleme ve gelişme notları yer almaktadır. Toplantı süresince tuttuğu tutanaklarını önerileriyle birlikte yürütme komitesine vermektedir.

Yukarıda bahsedilen faaliyetler dışında tıbbi kayıtları inceleme komitesinin görevleri arasında:

- Konsültasyonları
- Anestezi kayıtlarını,
- Ölüm nedenlerini,
- Otopsi raporlarını,
- Röntgen raporlarını,
- Üroloji raporlarını vb.

gibi inceleme de yer almaktadır.



Komite yapmış olduğu incelemelerini hasta kayıtlarına bakarak gerçekleştirmektedir. Bunun için her bir kliniğe ait hasta kayıtlarını en az üç ayda bir gözden geçirmektedir. Bu gözden geçirmelerde tıbbi kayıtların tamamlanıp tamamlanmadığına bakmakta ve hastanede kaldıkları süre boyunca hastaların durumlarını ve gelişmelerini izleyen doktorların kayıtlarını incelemektedir. Ayrıca hastalardan başka, hekim ve hemşirelerle ilgili kayıtları da incelemektedir. Bunun için periyodik olarak hastane içindeki bütün programların tıbbi kayıtlarını toplamakta, topladığı kayıtları inceleyip değerlendirmekte ve yürütme komitesine tıbbi personel için eğitim önerilerinde bulunmaktadır (Çatalca, 2000).

Komitenin bir diğer önemli görev, tıbbi kayıtların formatının (biçiminin) sürekli gözden geçirilerek, değişen koşullara uygun hale getirilmesidir. Ayrıca komite, tıbbi kayıtların hazırlanması, saklanması ve kullanılmasına yönelik politikaları belirlemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 115).

Komitenin fonksiyonunu iyi bir şekilde yerine getirebilmesi için kayıtların sağlıklı ve düzenli olarak tutulması gerekmektedir. Çünkü hastanede bakımına ilişkin her problem bu kayıtlar yardımı ile bulunmaktadır. Ayrıca kayıtların iyi tutulması kadar önemli alan diğer bir konu da istatistiklerdir. Burada tıbbi kayıtlar departmanına önemli görevler düşmektedir (Çatalca, 2000).

### Tıbbi Kayıtlar Departmanının iki temel görevi bulunmaktadır.

1. Hastane akreditasyon standartlarına uygun olarak ayakta tedavi gören ve yatan hasta kayıtlarını hazırlamak, saklamaktır.
2. Tıbbi personel ve tıbbi kayıtları inceleme komisyonu tarafından kullanılacak istatistik veriler için bir sistem kurmak ve çalıştırmaktır.

Kayıtların düzenli olması komitenin işini kolaylaştırır ve daha sağlıklı kararlar almasını sağlar. Hastane yönetimi ve uzmanlar tıbbi kayıt departmanını kliniklere ait bilgi merkezi olarak kabul etmektedirler. Kayıtların düzenli tutulması tıbbi kayıt departmanı ve tıbbi kayıtları inceleme komitesinin işlerini de kolaylaştırır.

Tutulan kayıtların incelenmesi ile hastanenin ve personelin hangi alanlarda yetersiz olduğu ortaya çıkacaktır. Eğer yetersiz bulunan alanlarda iyileştirme çalışmalarına hız verilirse ve bunların yetersizliği kısa zamanda en aza indirilebilirse genel olarak hastanenin verdiği bakımın kalitesi de yükselecektir.

### Enfeksiyon Kontrol Komitesi (Infection Control Committee)

Bir hastanede Enfeksiyon kontrolü elbette yalnızca Enfeksiyon kontrol komitesi (İKK)'nin işi değildir. Tersine idarenin en başında bulunan kişiden en uça çalışan kişiye kadar herkes tarafından yürütülmesi gereken bir görevdir. Enfeksiyon kontrolü ile ilgili uyulacak protokolleri belirleyen komite olmakla birlikte, bunları hayata geçirecek olanlar bizzat uygulamayı yapan kişilerdir. Bu yüzden tüm hastane çalışanlarının konunun içine çekilmeleri çok önemlidir.

#### Enfeksiyon Kontrol Komitesinin Oluşumu

Enfeksiyon kontrolü multidisipliner bir alan olup, komite yapılanmasının da buna uygunluk göstermesi gerekir.

Komite üyeleri için gerekli bulunan özellikler önem sırasına göre aşağıda verilmiştir.

1. Komiteyle ve onun görevleriyle ilgili olmak,
2. Hastane içinde geniş bir grubun temsilcisi olmak,
3. Kendi alanında uzman olmak,
4. Güçlü sezgilere ve iletişim yeteneğine sahip olmak,
5. Karizmatik olmak.

Elbette bu özelliklerin hepsini bir arada bulmak kolay değildir. Ancak komite çalışmalarına ilgili olmak, vazgeçilmez tek özelliktir.





Komite üyelerinin kimlerden oluşacağı konusunda standart bir reçete yoktur. Bunun her hastanenin kendi yapısına ve sahip olduğu insan gücüne göre şekillendirilmesi en doğrusudur.

Komitede yer almasında yarar bulunan temel üyeler şunlardır.

- Enfeksiyon kontrol doktoru ( hastane epidemiyoloğu),
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi / hemşireleri,
- Klinik mikrobiyolog,
- Personel sağlık merkezinin sorumlusu,
- Hastane idarecisi,
- Hekim grubunun temsilcisi (Özellikle cerrahi ve iç hastalıkları gibi büyük bölümlerin temsilcileri),
- Hemşirelik grubunun temsilcisi,
- Eczacı,
- Teknik işler sorumlusu,
- Merkezi sterilizasyon ünitesinin sorumlusu.

Bu üyelerin dışında hastanenin özgün durumuna göre gerekli görülürse temizlik işleri, satın alma, mutfak, ameliyathane gibi bölümlerin temsilcileri de komite çalışmalarında yer alabilirler. Yeter ki aktif ve komite çalışmalarına ilgili olsunlar.

#### **Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin Görevleri**

- Hasta bakımı ile ilgili politikaları oluşturmak ve bunları uygulama içinde izlemek,
- Hastane enfeksiyonu ile dolaylı/dolaysız ilgisi bulunan klinik ve klinik dışı gereçlerin alımında danışmanlık yapmak,
- Yeni politika ve prosedürler konusunda hemşire ve hekim grubu ile ilişkiyi sağlamak,
- Enfeksiyon kontrol programı çerçevesinde tüm hastane çalışanlarını eğitmek,
- Tıbbi denetim süreçlerinde yer almak,

#### **Enfeksiyon kontrol ekibinin görevleri şunlardır :**

- Enfeksiyon kontrolünün bütün alanlarında personeli eğitmek ve tavsiyelerde bulunmak,
- Hasta bakımında güvenli uygulamaları iyileştirmek ve bunların takibini yapmak,
- Aşağıdaki konularda tavsiyelerde bulunmak:
- Yeni klinik gereçlerin sterilizasyonu

- Hastaların ve çalışanların korunması
- Klinik atıkların güvenli biçimde toplanması
- Planlama ve yeni bölümlerin inşası

Enfeksiyon kontrol ekibi politikalar üretir. Bu politikalar görüşülmek üzere enfeksiyon kontrol komitesine iletilir. Bir politika oluştururken enfeksiyon kontrol ekibi şu noktalara dikkat etmelidir:

- Halen yürürlükte olan sistemin yeterli olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Eğer yeterli ise enfeksiyon kontrolü ile ilgili potansiyel sorunlara dikkat çekilmeli, yetersiz ise personelin farklı bir politikayı destekleyip desteklemeyeceği değerlendirilmelidir.
- Yeni politikanın var olan uygulamayı nasıl etkileyeceği iyice düşünülmelidir.
- İlgili bütün birimlerle biraraya gelinmeli ve politika tartışılmalıdır.
- Oluşturulan yeni politika onaylamak ve hastane idaresi tarafından resmileştirilmek için komiteye iletilmelidir.
- Politika tüm hastaneye duyurulmalıdır.
- Enfeksiyon kontrol rehberine eklenmelidir.

Komite Toplantıları, Politik ve idari olarak ayın en önemli saati enfeksiyon kontrol komitesinin toplantısıdır. Buna karşın bu toplantılar için çok az hazırlık yapılmaktadır. Aylarca aynı konu tartışılmakta ve sonunda anlamlı kararlar verilemediği için çok az değişiklik yapılabilmektedir. Bu yüzden komite toplantıları için daha çok çaba göstermek gerekir.

Enfeksiyon kontrol ekibi seçilen bir konuyu komiteye sunmaya hazır olduğu zaman, bunları bir-iki sayfalık bir metin haline getirmek yararlı olur. Mümkünse önemli bilgiler grafik veya basit tablolarla sunulmalıdır.

Karar verme sürecine komite üyeleri aktif olarak katıldıkları takdirde yalnızca bunları desteklemekle kalmaz, alınan kararları çevrelerindeki meslektaşlarına da iletirler. Daha önce alınan kararların sonuçları hakkında komite üyelerine bilgi vermek, onları güdüleyecek ve gelecekteki projelerde aktif olarak yer almaları için uyacaktır.

Her yılın bitiminde o yıla ait tutanakların gözden geçirilmesi, yapılmış olan şeylerin belirlenmesi bir sonraki yılın temposunu ve hedeflerini belirlemek açısından önemlidir (Erbaydar, 1997: 13).

## Doku ve Ameliyat Komitesi (Tissue and Surgical Review Committee)

### Ameliyat İnceleme Komitesi (Surgical Review Committee)

Cerrahi vakaları inceleyen ve nedenini araştıran bir komitedir. Komite üyeleri cerrah, patolojist ve jinekologlar arasından seçilmektedir (Çatalca, 2000).

Bu komite, hastanede yapılan tüm ameliyatların gerekli olup olmadığını incelemektedir. Genel olarak bu komite üç soruya yanıt aramaktadır (Paris, 1995: 35):

- Ameliyat gerekli miydi?
- Ameliyat doğru ve uygun biçimde gerçekleştirildi mi?
- Ameliyat sonucu tatmin edici midir?



Bu komite kendi alanındaki standartların korunmasında temel bir sorumluluğa sahiptir. Komite ayda bir toplanmakta, alınan kararlar ve öneriler raporlanmakta ve bu raporlarını yürütme komitesine sunmaktadır. Komite, ayrıca yürütme komitesine karşı sorumluluk taşımaktadır (Çatalca, 2000).

### Doku Komitesi (Tissue Committee)

Hastanenin cerrahi faaliyetlerini ve politikalarını periyodik olarak gözden geçiren ve değerlendiren bir komitedir. Komitenin amacı, cerrahi faaliyetlerde kalite standartlarının korunması ve gereksiz cerrahi müdahalelerin önlenmesidir. Gereksiz ameliyatların önlenmesi hastane masraflarını da azaltmaktadır. Ayrıca, yapılan her ameliyat maliyeti nedeniyle hastane karlılığını da azaltmaktadır.

Bu komite, ilgili servislerde hangi vakalara cerrahi müdahale yapılacağını ve ne tür yöntemler kullanılacağını bildiren raporlar istemekte ve bu konuda hastane için standartlar oluşturmaktadır. Standartlar oluşturulduktan sonra komite ameliyatlardan alınan doku parçalarını inceleyerek hastalığın klinik tanısı ile yapılan müdahale arasında uygunluk olup olmadığını araştırmaktadır. Böylece, belirlenen standartlara uyulup uyulmadığı izlenmektedir. Standartlara uymayan hekimler veya klinikler ikaz edilmektedir. Burada amaç ameliyatların hastanede, belirlenen standartlara uygun olarak yapılmasını sağlamaktır.

Komite üyeleri opertörler, pediatristler, jinekologlar ve patolojiler arasından seçilmektedir. Başhekimin de bulunduğu komitede üyeler genellikle yürütme komitesi veya personel şefi tarafından atanmaktadır. Komitenin sekreterliğini tıbbi sekreter veya tıbbi kayıtlar sorumlusu yürütmektedir.

Komite en az ayda bir kere toplanmakta ve raporunu yürütme komitesine göndermektedir (Çatalca, 2000).

### **Eczane ve İlaç Kullanım Komitesi (Pharmacy and Therapeutics Committee)**

Komite gereksiz ilaç kullanımını önlemek ve hastanede kullanılacak ilaçların seçimine, sağlanmasına, dağıtımına ve kullanımına ilişkin politikaların belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla kurulmuştur (Çatalca, 2000).

#### **Eczane ve İlaç Kullanımını Komitesinin görevleri:**

- İlaçların emniyetli kullanımını sağlamak,
- Reçete yazımlarını incelemek,
- Uygun ilaç kullanımı konusunda politikalar önermek,
- Hastanede kullanılması kabul edilen ilaçları listelemek,
- Hastanenin depolarında bulundurulması gereken ilaçlar hakkında görüş bildirmek,
- Aynı fonksiyonu gören ilaçların satın alınmasını önlemek,
- Personeli ilaç konusunda eğitmek,
- Kliniklere ilaç dağıtımı konusunda çıkan sorunları incelemek ve çözüm önerileri getirmek,
- Hastaların ilaca olan reaksiyonları konusunda hazırlanan raporları incelemek gibi konular bulunmaktadır.

Bu komitenin son zamanlarda önem kazanan bir diğer işlevi de antibiyotik kullanımını gözden geçirmektir. Antibiyotik kullanımının değerlendirilmesi için genellikle ayrı bir komite veya eczane ve ilaç komitesine bağlı bir alt komite kurulmaktadır (Paris, 1995: 35).

Komite üyeleri hekimlerden ve eczacılardan oluşmakta, komite başkanlığını hekimlerden biri yapmakta ve komite sekreterliğini ise eczacılık müdürü veya baş eczacı üstlenmektedir. Komitede beş üyenin bulunması yeterli olmaktadır. Komite toplantılarını yılda iki kere yapmaktadır (Çatalca, 2000).

### **Kan ve Kan Ürünleri Kullanım Komitesi (Blood and Blood Utilization Committee)**

Bu komite kan nakillerinin uygunluğunu ve nakil yapılan hastanın durumunu değerlendirme ve kan kullanımı, depolanması, yönetimi, dağıtımı ile ilgili prosedür ve politikaları geliştirme amacıyla kurulmuştur.

#### **Kan kullanımını değerlendirme komitesinin görevleri:**

- Kan nakillerinden doğan reaksiyonları incelemek,

- Biten kanların yerine konan kanların standartlara uygunluğunu araştırmak,
- Kan nakillerinde görülen reaksiyonların kayıtlarını gözden geçirmek,
- Kan nakilleri konusunda personeli eğitmek,
- Genel kabul görmüş laboratuvar prosedürlerini tetkik etmektir.

Komite üç ayda bir toplantı yapmakta ve önerilerini patolojistlere, jinokologlara, cerrahlara ve anesteziistlere sunmaktadır. Ayrıca komite tıbbi denetim komitesinin altında çalışmakta olduğundan dolayı bu komiteye karşı da sorumluluk taşımakta ve raporlarını bu komiteye vermektedir.

Komite kana ihtiyaç duyan her klinik ile devamlı haberleşmekte ve gerektiğinde bu kliniklere öneriler vermektedir. Kan Bankası da bu komiteye bağlı olarak çalışmaktadır.

## İnsan Kaynakları İle İlgili Komiteler

### Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi

Bu komite tıbbi personelin faaliyetlerini izlemekte ve faaliyetlerin etkinleştirilmesini sağlayacak bir kalite sağlama planı kurmaktadır. Komitenin başkanı başhekim tarafından atanmakta ve komitede en az dokuz üyenin bulunması gerekmektedir.

#### Komitenin görevleri arasında:

- Her ay bütün kalite sağlama verilerini inceleme,
- Faaliyetler hakkında doktorların şikayetlerini dinleme,
- Denetim kriterlerini geliştirme,
- Tıbbi kayıtları saklama,
- Denetim faaliyetlerinin sonuçlarını raporlama işleri yer almaktadır.

Komite bu faaliyetlerini yürütebilmek için gerekli gözetim mekanizmasını kurmak zorundadır.

Komite ayrıca, hastanede olan faaliyetler hakkında doktorların şikayetlerini dinlemek, kişisel vakalarda şeflerin veya komitelerin kararlarına başvurmak, hekimler arasında uyumu sağlamak gibi fonksiyonları da yerine getirmektedir. Komitenin derlediği bilgiler ve komitenin önerileri komite başkanı veya başkanın atadığı bir kişi tarafından tıbbi personel bölümüne veya hastane müdürüne iletilmektedir. Ayrıca, bu bilgiler tıbbi personel bürosundaki dosyada saklanmakta ve gerektiğinde başvuru kaynağı olmaktadır. Çünkü bu faaliyet sonuçları tıbbi personelin yeniden atanmaları veya bir üst dereceye yükseltilmeleri dönemlerinde göz önünde tutulmaktadır.

Komite toplantıları ayda bir kere veya yönetim kurulu başkanı toplantıya çağırıldıkça olmaktadır. Bu toplantılarda tutulan tutanaklar komitenin faaliyetlerini ve önerilerini yansıtmaktadır. Tutanaklar tıbbi personel bürosundaki dosyada saklanmakta ve gerektiğinde başvuru kaynağı olmaktadır. Tıbbi personelin yeniden atanması veya bir üst dereceye yükseltilmesi sırasında bu tutanaklara başvurulmaktadır. Raporlarını en az üç ayda bir yönetime ve yürütme komitesine vermektedir. Bu komitede çözümlenememiş olan konular yeniden incelenmek üzere yürütme komitesine havale edilmektedir (Çatalca, 2000).

### Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi

Hemşirelerden oluşan ve başkanını hemşirelik müdürünün yaptığı bir komitedir. Bu komite hasta bakımındaki problemleri tanımlama, izleme ve çözüme programlarını yürütmektedir. Bu programlar komitenin başkanı olan başhemşire tarafından koordine edilmektedir. Komite aynı zamanda hasta bakımının kalitesini izlemekle de sorumludur. Komite, ayrıca hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama ile ilgili bulguları ilgili kliniklere ve hemşirelik bölümüne iletecek bir mekanizmayı kurmakta ve yürütmektedir. Komite faaliyetlerini bu faaliyetlerle ilgili başkan yardımcısına raporlamaktadır.



Hemşirelik hizmetlerinde kalite sağlama iki temel parçadan oluşmaktadır. Bunlardan birincisi, hemşirelik hizmetlerini geliştirme standartlarının koordinasyonu, ikincisi ise verilen hemşirelik hizmetlerinin klinik fonksiyonlara: uygunluğunun değerlendirilmesidir. Bunun için "**Hemşirelik Bilgi Sistemi**" kurulmakta ve hemşirelik hizmeti verilen bütün alanlar üç ayda bir, bir ay süreyle gözden geçirilmektedir. Bu izlemeler sonucunda üniteler için kalite puanları verilmektedir.

Bu puanlar hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısına ve başhemşireye iletilmektedir. Bu kişiler kendilerine ulaştırılan bakım puanlarına göre ünitelerin nasıl çalıştığını öğrenmekte, bakımda aksayan yönleri belirlemekte ve düzeltilmesine çalışmaktadır. Bu sistemin yönetilmesi hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama komitesi tarafından yapılmaktadır. Böylece hemşirelik performansının gözden geçirilmesi ve hemşireliğe dayalı destek servislerin incelenmesi kolaylaşacaktır. Bu komite hemşirelik hizmetleri ile ilgili standartları da geliştirmek zorundadır. Bu standartları geliştirmek için uzmanlar ve hemşirelerden gerekli olan verileri sağlamaktadır. Bu standartlar hasta hizmetleri ile ilgili başkan yardımcısı ve başhemşire tarafından onaylanmaktadır. Onaylanmış bütün standartlar her yıl yeniden gözden geçirilmekte, geliştirilmekte ve gerekli düzeltmeleri yapılarak günün şartlarına ve yeni gelişmelere uygun hale getirilmektedir.

Komite içinde kalite sağlama planının yürütülmesinden sorumlu olan esas kişi başhemşiredir. Kalite sağlama planları her üç ayda bir başhemşire tarafından değerlendirilmekte, bu değerlendirme sonucunda "Hemşi-

relik Bakım İndeksi" hazırlanmaktadır. Hazırlanan bu indeks başhekime, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısına sunulmaktadır. Ayrıca komite üç ayda bir rapor hazırlamakta ve bu raporu yönetime vermektedir (Çatalca, 2000).

### **Tıbbi Eğitim Komitesi (Medical Education Committee)**

Bu komite hekimlerin sürekli eğitimine yönelik faaliyetleri üstlenmiştir. Komite, diğer komitelerin raporlardan ve kalite güvencesi çalışmaları sonuçlarından yararlanarak hekimlerin eğitim gereksinimlerini belirlemekte, bu gereksinimleri karşılamaya yönelik eğitim programları tasarlamaktadır. Tıp Eğitim Komitesi, tıpta uzmanlık eğitimi veren hastanelerde uzmanlık eğitim programının hazırlanması ve uygulanmasını sağlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 119).

### **Hizmet Verilmesi İle İlgili Komiteler**

#### **Hizmet Standartları Gözden Geçirme Komitesi (Medical Audit Committee)**

Bu komitenin temel işlevi, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından hastalara verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesidir. Komite hekim ve diğer sağlık personeli tarafından hastalara verilen hizmetlerin kalitesinin ölçümünü ve standartlara uygunluğunu incelemektedir. Komite, hekim, hemşire ve tıbbi kayıt personelinden oluşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 119; Rowland, Rowland, 1984: 16-17).

#### **Sistemler Komitesi (System Committee)**

Komitenin görevi, sürekli olarak bakımın dağıtımında kullanılan pratik sistemleri araştırmaktır. Bunun amacı ise, hasta bakımlarında daha yüksek kaliteyi sağlayacak sistemin hangisi olduğunu belirlemektir. Bunun için hangi görevlerin yapıldığı, hangi çizelgelerin dosyalandığı, hangi akut hastalıkların ele alındığı, ne tür kayıtlara ve haberleşmeye ihtiyaç duyulduğunu incelemektedir. Ortaya çıkan yenilikleri ve ilerlemeleri hastaneye uygulamada bu komitenin görevleri arasındadır.

Komite üyeleri tıbbi müdür, personel şefi, yöneticiler ve hekimler arasından seçilen temsilcilerden oluşmaktadır (Çatalca, 2000).

#### **Tıp Araştırmaları Komitesi (Investigational Review Board)**

Tıp araştırmaları komitesi hastanede yatan hastalar üzerinde yapılacak tüm tedavi, deneylerini incelemekte ve onaylamaktadır. Komite ayrıca deneysel tedavinin yürütülmesinde, araştırmaların, etik, moral ve hukuksal kurallara uymalarını sağlamakta, deney sonuçları ile ilgili bilgi ve belgeleri toplamakta ve değerlendirmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 119).

### Etik Komitesi (Ethics Committee)

Etik komite hizmet sunumunda dikkat edilecek etik ilkeleri (rehberler) ve standartları geliştirmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 119; Paris, 1995: 37).

### Güvenlik ve Afet Komitesi (Security and Disaster Committee)

Hastaneler tehlikeli çevrelerdir, bundan dolayı bütün kliniklere etkili güvenlik politikalarına ve prosedürlerine sahip olması gerekmektedir. Komite hasta ziyaretçileri, hastalar ve personelle ilgili bütün tehlikeleri ortaya çıkarabilmesi ve raporlayabilmesi için denetleme programlarının geliştirilmesinde ve korunmasında yönetime yardımcı olması amacı ile kurulmuştur. Bütün kazalar, zararlar, afetler, sabotajlar, hırsızlık, yangınları, adli vakaları vb.. hizmetleri komite tarafından incelenmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır .

### Tıbbi Denetim Komitesi (Medical Control Committee)

Bu komite hasta bakımının kalitesini değerlemek için kurulmuştur. Bunun için hastanede verilen bakımın standartlara uygun olup olmadığını denetlemekte, mesleki kuruluşlar ve hastanenin kendisi tarafından belirlenen standartlarla hastanede elde edilen sonuçları karşılaştırmakta ve yönetim kuruluna elde ettiği bilgileri sunmaktır. Komite üyeleri arasında cerrahlar, kadındağumcular vb.. gibi uzmanlık dallarından üyeler seçilmektedir. Hastane büyüdükçe her uzmanlık dalından bir üye komiteye seçilmektedir. Komite üyeliği bir yıl için olmakta ve üyeler rotasyon yoluyla hizmet etmektedir. Tıbbi denetim komitesine hekimlerin seçilmesinin nedeni, tıbbi denetimleri en iyi tıbbi personel içinden seçilmiş kişilerin yapabilmesidir. Çünkü, bu kişiler verilen bakımda ortaya çıkan problemlere en yakın olan kişilerdir. Tıbbi denetim komitesi ayda bir defa veya gerektiğinde toplanmaktadır. Tıbbi denetim komitesinin en büyük yardımcısı tıbbi kayıtlardır. Bundan dolayı, tıbbi denetim komitesi ile tıbbi kayıt komitesi sıkı bir işbirliği içinde olmak zorundadır.

Tıbbi denetim komitesinin başlıca görevleri şunlardır:

- Hastanenin bütün kliniklerindeki tıbbi personelin klinik uygulamalarını gözden geçirme, inceleme ve değerlendirme,
- Hastanedeki tıbbi bakım ile ilgili değerlendirme ve denetleme prosedürlerini oluşturma,
- Kliniklere ait denetim alt komitelerinin çalışmalarını izleme, yönetme ve koordine etme,
- Çalışma raporlarını her ay yönetime sunma,
- Bütün uzmanlık faaliyetlerini denetleme,
- Hastane içindeki uzmanlık standartlarının kurulması, bakımı ve geliştirilmesi hakkında yürütme komitesine önerilerde bulunma,



- Klinik uygulamaların her birine ait tıbbi denetim programı hakkındaki özetleri ve bütün kayıtları alma.

Tıbbi denetim komitesi personelle ilgili standartları hazırlarken bunların hastane içinde genel kabul görmüş olmasına dikkat etmelidir. Ayrıca, **hastane içi denetimde başarılı olabilmesi için** şu faktörlere de ihtiyaç duymaktadır:

- Hastanenin modern bilgi merkezi içinde tıbbi kayıt departmanına sahip olması,
- Doktorların tıbbi denetim ve kullanımı yeniden gözden geçirme tekniklerini öğrenmiş olmaları,
- Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlenmiş olması.

Hastanenin modern tıbbi kayıt sistemine sahip olması kayıtların güvenilir olmasını sağlamakta ve tıbbi kadro ile yönetimin karşılaştığı problemleri çözmeleri için bilgi vermeye yardımcı olmaktadır. Hekimlerin tıbbi denetim ve kullanım tekniklerini bilmeleri teknik bilgi ve becerilerini artırmakta, istatistik bilgilerden yararlanmalarını kolaylaştırmakta, kriterler veya standartların geliştirilmesinde yardımcı olmalarını sağlamaktadır. Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlenmesi ise hastanelere yeterlilik belgesi veren kuruluşların da üzerinde durdukları bir konudur. Örgütlenme sonucunda yönetsel fonksiyonların yerine getirilebilmesi daha etkili hale gelmektedir.

Tıbbi denetim komitesinin görevlerini yerine getirebilmesi için aylık istatistik raporlara ihtiyacı vardır. Bu raporlar her ay tıbbi kayıt departmanı tarafından hazırlanıp tıbbi denetim komitesine verilmektedir. Ayrıca diğer komitelerden de düzenli raporlar almakta ve bu raporları değerlendirerek sonucu yönetime iletmektedir.

### Yönetim Kurulu (Management Committee)

Bu kurul bakımın kalitesini sağlama faaliyetlerini denetleyen hastane içi organların en önemlisidir. Çünkü hastanenin tümü ile ilgili en son değerlendirme bu kurul tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, bu organ, hastanenin kusursuz bir işletme olmasını sağlamadan da sorumludur. Yönetim kurulu üyeleri hekimlerden ve çeşitli meslek gruplarındaki kişilerden seçilmektedir. Yönetim kurulunda en az sekiz, en çok on beş üye bulunmaktadır. Kurulun başkanı faaliyetleri koordine etmekle sorumludur. Üyeler yönetim kuruluna genellikle üç yıl için seçilmektedirler, fakat süresi biten üye tekrar görevlendirilebilmektedir. Kurul ayda bir toplanmaktadır.

Yönetim kurulunun görevlerini şöyle sıralamak mümkündür

- Hastanenin amaçlarını toplumun ihtiyaçları doğrultusunda belirlemek,
- Hastane ile ilgili plan ve program yapmak,

- Yeni işe alınacak personeli seçmek,
- Bakım için gerekli olan teçhizat ve ekipmanı sağlamak,
- Hasta bakımı ile ilgili uygun uzmanlık standartlarını korumak,
- Yönetmelik, finansal ve toplumsal ihtiyaçlarla uzmanlık çıkarları arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Faaliyet kayıtlarını saklamak,
- Hasta bakımı kalitesi ile yönetimin faaliyetlerini değerlendirmek.

Yönetim kurulu eskiden sadece yönetsel faaliyetlerle ilgilenmekteydi; halbu ki bugün hasta bakımının kalitesini sağlamaya da ilgilenmektedir. Yönetim kurulu faaliyetlerini değerlendirirken etkili olma, verimli olma ve kaynak kullanımında ekonomik olma gibi faktörler baktmaktadır.

Yönetim kurulu toplantıları üç gruba ayrılabilir: Düzenli toplantılar, özel toplantılar ve yıllık toplantılar. Düzenli toplantılar her ay belirli bir tarihte yapılan toplantılardır. Bu toplantılarda kurula gelen raporlar ele alınmaktadır. Özel toplantılar özel kararlardan dolayı yapılan toplantılardır. Örneğin, hastanede bir sorun ortaya çıktığında bu tür toplantılar yapılmaktadır. Yıllık toplantılar finansal yılın sona ermesinden sonraki dört veya altı hafta sonra yapılan toplantılardır.

### Diğer Oluşturabilecek Komiteler

Her hastane, kendisine göre komiteler kurabilir. Bu komiteler idari ve tıbbi yönde değişebilir. Önemli olan sorunlara çözümleyebilecek yapıyı taşımasıdır.

- Acil Servis Komitesi,
- Bölüm Komiteleri (Dahiliye, K.B.B., K.D.C, FTR, Nöroloji)
- Beslenme ve Diyet Komitesi,
- Kütüphane Komitesi,
- Kurum Ev İdaresi Hizmetleri Komitesi,

### Sağlık Kayıtlarına İlişkin Mevzuat

Sağlık kayıtları ile ilişkili mevzuat oldukça geniştir. Sağlık alanındaki tüm mevzuatın bir şekilde sağlık kayıtları ile ilgili maddeleri vardır. Tıbbi kayıtlar ile yakından ilgili olduğu düşünülen kanun, tüzük, yönetmelik ve yönergelerden bir kısmı aşağıda isim olarak verilmiştir. Bu konuda bilgi Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinden alınabilir ([www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)).

#### 1. Kanun :

- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz ve İcrasına Dair Kanun
- Hususi Hastaneler Kanunu
- Umumi Hastaneler Kanunu

- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun
- Organ Ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun
- Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak Ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
- Türk Tabipleri Birliği Kanunu

## 2.Tüzükler :

- Özel Hastaneler Tüzüğü
- Tababet Uzmanlık Tüzüğü
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük

## 3.Yönetmelikler:

- Ayakta Teşhis Ve Tedavi Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Özel Hastaneler Yönetmeliği
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
- Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliğinde
- Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik
- Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans Ve Kontrol Esasları Yönetmeliği
- Radyoloji, Radyom Ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname
- Kanser Erken Teşhis Ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği
- Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik
- Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Merkezleri Yönetmeliği 2005
- Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik
- Madde Bağımlılığı Ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
- Organ Ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği
- Tanı Ve Tedavi Protokolleri Etik Kurulu Hakkında Yönetmelik
- Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Hasta Hakları Yönetmeliği
- Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği

- Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği
- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmelik
- Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı Ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik
- Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezi İle İlgili Mevzuat
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Fizyoterapi Ve Bunlara Benzer Müesseseler Hakkında Nizamname

#### 4. Yönergeler

- Hasta Hakları Uygulama Yönergesi
- İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi
- Hastane Kayıtlarının Bilgisayar Ortamında Tutulması Hakkında Yönerge
- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbî Kayıt Ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi
- Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi
- Kuduz Korunma Ve Kontrol Yönergesi
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi
- Göz Bankası Ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi
- Kemik İliği Nakli Merkezleri Ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Ve Diyaliz Merkezlerinin Ruh-satlandırılmasına Ait Yönerge
- Güvenlik Soruşturması ve Arşiv Araştırması Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad Verilmesi Hakkında Yönerge
- Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge
- Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge

- Organ Nakli Merkezleri Yönergesi
- Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında Yapılamayan Kron-Köprü Ve İskelet Protez Döküm İş Ve İşlemlerinin Özel Diş Protez Laboratuvarlarında Yapılmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge
- Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine Ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge
- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt Ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi
- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi
- Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Danışma Kurulu Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Ayniyat İşlemleri Uygulama Yönergesi
- Kanser Olguları Hakkında Bilgi Toplama Formu Yönergesi
- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme Ve Performans Değerlendirme Yönergesi
- Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Avrupa Birliği Araştırma Ve Dokümantasyon Merkezi Yönergesi
- Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi
- İl Kanser Kontrol Koordinatörlüğü Yönergesi

## Sağlık Kurumlarında Kayıtlara İlişkin İdari Sorumluluklar

Sağlık kurumları, kurumlarında tutulan tıbbi kayıtlar ile ilgili idari yönden sorumludur. İdare hukuku yönünde kusurlar hizmet kusuru ve kişisel kusur olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

### Hizmet Kusuru:

Yönetimin, kamu hizmetinin uygun ve düzenli biçimde sunulması görevi bulunmaktadır. Bundaki aksama hizmet kusuru olarak karşımıza çıkar. Bu durum da üç şekilde görülür. Birincisi kamu hizmetlerinin kötü teşkilatlanması ve işleyişinden meydana gelen zararlar. Örneğin, acil bir hastanın uzun süre bakımsız kalması gibi. İkincisi hastaya zarar veren tıbbi bakım kusurlarıdır. Örneğin, hastanede bulunması gereken tıbbi aletlerin noksan olması

**Kişisel kusur:**

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında hekimin işlediği şahsi suçlardır. Örneğin, uyarılara rağmen acil bir vakaya zamanında müdahale etmemesi, tıbbi müdahale için onayını alması gerekirken hastadan onay almamış olması ya da herhangi bir tehlike nedeniyle hastayı, örneğin ameliyathanede, bırakıp gitmesi kişisel kusur sayılır.

**Sağlık Kayıtlarının Gizliliği**

Sır saklamak Hipokrat'tan beri hekimliğin genel kurallarından biridir. Böyle bir yükümlülük etik yönünden gerekli hekim davranışlarından biri olduğu gibi yasalar tarafından da zorunlu bir eylemdir. Türk Ceza Kanunu'nda hastaya ait sırrın saklanmaması cezai yaptırım getirir. İlgili yasa maddesi (Madde 198- "Bir kimse resmi mevkii veya meslek san'atı icabı olarak ifşasında zarar verme olasılığı olan bir sırda sahip olup da meşru bir sebebe dayanmaksızın o sırrı açıklarsa üç aya kadar hapis ve ağır para cezasına mahkum olur" demektedir.

Hasta sırlarının korunması, insan onurunun esası olarak genel kişilik haklarına dahil olmaktadır. Bu neden ile hasta sırrının korunması, kişisel verilerin başkasına verilmesinin yasaklanmasının arkasında yatan neden anayasal bir hak olan kişilik hakkının korunmasıdır (Hakeri, 2007: 256).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 4. maddesinde "tabip ve dış hekiminin sır saklama yükümlülüğünden bahsedilir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21.md.si de mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgilidir ([www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat)).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 31.md sinde "hekim hastasının kimlik bilgilerini saklı tutmak koşulu ile, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir" denmektedir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın 8. maddesine göre de "herkes kendisini ilgilendiren kişisel verilerin korunması hakkına sahiptir" (Hakeri, 2007: 257).

Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ile özellikle e- sağlık uygulamalarından dolayı oluşabilecek hasta mahremiyetini bozacak uygulamalar konusunda yapılması gerekenleri sağlık kurumlarına duyurmuştur.

**Sağlık Kayıtlarını Tutma Yükümlülüğü**

Sağlık kayıtlarının tutulmasının amacı, tedavinin emniyet ile yapıldığının belgesi olan kayıtların yani delillerin güvence altına alınabilmesidir. Hekimler için "kayıt tutma yükümlülüğü" doğal bir tedavi yükümlülüğü" olarak belirtilmektedir. Dolayısı ile kayıt tutmanın birinci amacı tedavi, ikinci amacı ise hizmet sunanların sundukları hizmetlerdeki sorumluluklarının sağlanmasıdır. Kayıt altına alınması istenen konular, tıbbi standartlara göre de gerekli olan uygulama durumlarıdır.

Sağlık Bakanlığı, 18.1.2005 yılında yayınladığı "Hizmet Kusuru Genelgesinde" son zamanlarda hastalar tarafından açılan davalarda yüksek oranlarda tazminatlar ödendiğini, bu konunun nedenlerinden birisinin de eksik tutulan kayıtlar olduğunu ifade ederek, eksiksiz kayıt tutulması konusunda kurumları uyarmıştır (www.saglik.gov.tr/mevzuat).

Kayıt tutma, hastanın bir başka hekime başvurusu sırasında, daha önce yapılan işlemlerin yeniden gözden geçirilmesi olanağını da yaratmaktadır. Sağlık personeli tıbben teşhis ve tedavide gerekli olan hususları kayıt altına alma ile sorumludur. İşte bu noktada asıl olarak hastane tıbbi kayıt dokümantasyon sistemi için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ihlali durumunda yukarıda belirtilen genelgede denildiği gibi, hastaya ispat kolaylığı sağlanmış olabilmektedir. Burada kitabın başından beri anlatılan hastane yönetiminin tıbbi bilgi sistemi oluşturma sorumluluğu son derece önemli hale gelmektedir.

Sağlık kayıtlarının zamanında, okunaklı ve doğru tutulmasının sağlanması gereklidir (Roach, 1998: 44). Bazen hizmetin şeklinden ötürü kayıtlar verilen hizmetin sonrasında tutulabilmektedir. Örneğin ameliyat raporları, ameliyat bitiminden sonra tutulmaktadır. Ancak son yıllarda yeni uygulamalar ile bu şekildeki durumlarda dahi, kayıtlar zamanında tutulabilmektedir. Ameliyat sırasında hekimin bir teybe okuduğu işlemler, daha sonra bir tıbbi sekreter tarafından deşifre edilerek kayıt altına alınmakta, son olarak da hekim tarafından imzalanmaktadır. Bu şekildeki uygulamalarda teyp kayıtları saklanmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16,17 ve 18 maddeleri de kayıt tutulması ve saklanması ile ilgilidir. Bu yönetmelik gereğince de kayıtlar hastalar tarafından her istendiğinde verilebilmesi için titizlik ile tutulmalı ve saklanmalıdır.

### ! Dikkat Hasta Hakları Yönetmeliği

#### Kayıtları İnceleme Hakkı

**Madde 16-** Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

#### Kayıtların Düzeltmesini İsteme Hakkı

**Madde 17-** Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.



## Tıbbi Dokümanlarla İlgili Yasal Kavramlar Ve Sorumluluklar

Sağlık kurumlarındaki modern tıbbi ve cerrahi metotların basit bir işlem olmaktan çıkarak oldukça karmaşık duruma gelmesi, hasta ve yaralılara verilen hizmetin tam ve verimli bir şekilde bütün ayrıntılarıyla belgelenmesi zorunluluğunu ortaya koymuştur. Son yıllarda insanların hekim ve sağlık kurumu hakkındaki görüş ve davranışları da oldukça değişmiş ve gereği halinde onları bir dava konusu yapma eğilimleri artmıştır. Bu nedenle hasta dosyalarının bakım ve saklanmasından sorumlu olan bütün görevliler gibi arşiv komitesi üyeleriyle hasta dosyaları arşivi yöneticisinin de söz konusu dosyalarla ilgili yasal hüküm ve prensipleri bilmeleri gereklidir.



! Hasta dosyaları kime, niçin, nerede, ne zaman ve nasıl bir hasta bakımı verildiğini içeren belgelerdir.

Tıp ve biyoloji bilimlerinden ceza kanunu, medeni kanun ve sosyal kanunların uygulanmasından yararlanarak sonuca ulaşan özel bilim dalına adli tıp denilmektedir. Tıbbi yönü olan bütün hukuki konular ve hukuki yönü olan bütün tıbbi konular adli tıbbın kapsamı içerisinde girmektedir. Adli soruşturma ve yargı sürecinde bir olayın aydınlatılması, mahkemelerin teknik konularda bilgi edinerek olayı çözebilmesi için bilirkişilik hizmetine gereksinim olabilmektedir. Hem tıbbi ve hem de hukuki yönleri bulunan vakalara ait hasta dosyaları, yalnız hasta bakımı ve araştırmalar için değil, aynı zamanda adli tıp yönünden de önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında dokümantasyon hizmetleri, tıp hukukunun üzerinde durduğu önemli konulardan birisidir.

Sağlık kurumu bir hastayı kabul ederken o hastanın bakım ve tedavisi için gerekli hizmetleri yapmak üzere bir yükümlülük altına girmiş olduğunu kabul etmiş sayılır. Böyle bir yükümlülüğün yerine getirilmesi ise sağlık kurum personeli tarafından gerçekleştirilen bakım ve tedavinin kronolojik bir kaydının tutulmasını zorunlu kılar. Sağlık kurumunun dokümanlarla ilgili yükümlülüğü hasta başka bir hekim veya sağlık kurumunda tedavisini sürdürmesi durumunda bile devam eder. Hastanın kendi dosyasını incelemeye hakkı olup olmadığı sağlık kurumu tarafından hazırlanacak bir yönetmelikte tespit edilmesi gereken bir konudur. Hastanın kendi dosyasını görmesi çoğu zaman faydalı olmayabilir. Genellikle dosyasını görmek isteyen bir hasta için hekimin yazılı bir belge vermesi istenir. Gereği halinde hekim hastaya ait gerekli bilgileri özet halinde kapsamına alan bir belgeyi muayene veya tedavi edileceği bir başka hekim veya sağlık kurumuna göndermelidir.

Hasta dosyalarının savcılık isteği dışında hiç bir suretle sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaması esası özellikle izlenen ve uygulanan bir ilke halini almıştır. Hasta dosyasında yer alan hastaya ait bilgiler, hastayı tedavi eden veya edecek olan hekimlerden başka hiç bir kimseye verile-



mez ve gösterilemez. Bazı durumlarda hastanın vereceği yazılı bir izin belgesine dayanarak belirli bilgiler, hastanın göstereceği belirli kişilere sözgeleşi hastanın avukatına veya belirli bir sigorta şirketi görevlisine verilebilir. Bunların dışında hasta dosyalarının gizliliği ve kişiye özel karakteri hiç bir şekilde ihlal edilmemelidir. Hekimlerin hasta dosyalarını tamamlamak veya bu dosyalarla bilimsel araştırmalar yapmak amacıyla evlerine veya ofislerine götürmeleri de söz konusu gizliliğin bozulmasına sebep olabilir. Ne araştırma yapmak ve ne de dosyayı tamamlamak, bu gizliliğin bozulması ve hasta bakımının aksaması için haklı ve yeterli bir sebep değildir. Savcılık isteği dışında hasta dosyalarının tamamının veya belirli kısmının sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaması ilkesi sağlık kurumu yönetimi tarafından gerçekleştirilecek yaptırımlarla sürekli olarak korunmalıdır (Artukoğlu ve diğ., 2002: 85; Demircan, 1996: 275).

! Hasta dosyaları hastanın değil doğrudan doğruya sağlık kurumlarının malıdır. Hasta dosyaları savcılık isteği dışında hiç bir suretle sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaz.

## Hasta Dosyalarının Mahkemelerde Belge Olarak Kullanıldığı Durumlar

Hasta dosyalarının gerçekten önemli birer belge olarak kullanılabilmele-ri, dosyalara konulacak olan bilgilerin doğru, dikkatli ve yalın bir dille ifade edilmiş olmasına bağlıdır. Dosya içerisinde yer alan her form üzerinde hastanın ve dosyada notu olan bütün görevlilerin kimliklerinin açık ve belirgin olarak yazılması gerekir. Hasta dosyaları sigorta davalarında, işçilerin tazminat davalarında, kişisel zarar davalarında, yanlış tedavi davalarında, vasiyetname davalarında ve ceza davalarında, mahkemeler tarafından belge olarak kullanılırlar (Artukoğlu ve diğ., 2002: 87; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 1999: 99).

**1. Sigorta Davaları:** Mahkemeler bazen hasta dosyalarını incelemek isterler. Örneğin bir hasta bilerek ve hileye başvurarak hastalığının süresini veya tedavi ücretini fazla göstermeyi başarırsa bu durumu öğrenen sigorta şirketi hasta aleyhine kontratı fesih davası açabilir. O zaman mahkeme hastalığın süresini ve özelliklerini tespit üzere hasta dosyasını hastaneden ister. Ayrıca şahıslar tek tek mahkemeye başvurarak kaza hastalık ve yaralanmalar sonucu almak durumunda olacakları sakatlık tazminatın veya tedavi ile ilgili masrafları vermek istemeyen kendi sigorta şirketleri aleyhine dava açabilir.

**2. İşçilerin Tazminat Davaları:** Bir işçi görevi başında ve görevini yerine getirmesi sırasında bir zarar görmüşse, gördüğü bedeni zarar ve sakatlık için bir tazminat almaya hak kazanır. Tazminatın ölçüsü karşılaşılan zarara ve işçinin iş ve gücünden kalma süresinin uzunluğuna bağlıdır.

**3. Kişisel Zarar Davaları:** Kişisel zarar davalarında davacı karşılaştığı zararın bir başkasının kabahat ve ihmalden doğduğunu iddia eder ve

meydana gelen zararın ödenmesini ister. Hasta dosyası davacının zararını, aldığı yaraların derecesini, yapılan tedaviyi ve tedavinin süresini tespit etmekte kullanılır.

**4. Yanlış Tedavi Davaları:** Yanlış tedavi davalarında davacı hekimden, hemşireden veya doğrudan doğruya sağlık kurumundan tedavide ihmal ve yanlış gerekçesi ile davacı olmaktadır. Hasta dosyaları, herhangi bir ihmal olup olmadığı ve yapılan tedavinin doğruluk ve yeterliliği konusunda karar vermekte kullanılır.

**5. Vasiyetname Davaları:** Herhangi bir şahıs belirli bir sağlık kurumunda tedavi edilmesi sırasında bir vasiyet yapmış ve yine aynı süre içerisinde vefat etmiş olabilir. Hastanın ölümünden sonra bu vasiyetnameyi kabul etmeyerek hastanın akli dengesizliği ispat edilmek istenebilir. Hasta dosyaları, hastanın vasiyetnameyi yaptığı sırada akli dengesinin bulunup bulunmadığı hususunda ilgili mahkemelere yardımcı olabilir.

**6. Ceza Davaları:** Hasta dosyaları herhangi bir olayda meydana gelen ölümün, işlenmiş bir suçtan değil de doğal nedenlerden ileri geldiğini tespit etmek için gösterilen ceza davalarında da birer belge olarak kullanılırlar. Bunun yanı sıra tecavüz vakalarında tecavüzün ve zararın derecesini tespit etmek için, ırza tecavüz davalarında davacının sağlık kurumuna gelişindeki durumunu ve verdiği bilgileri tespit etmek için ve çeşitli ceza davalarında, davalıların akli durumlarının tespit edilmesi sırasında eğer suçlunun akli durumu yetersiz ise bu yetersizliğin ispatlanmasında ve suçlunun bir ceza evinden çok akıl hastanesine veya zekâ özürülülerin kliniğine konmasının gerektiğini göstermek için kullanılır.



! Hasta dosyaları sigorta davalarında, işçilerin tazminat davalarında, kişisel zarar davalarında, yanlış tedavi davalarında, vasiyetname davalarında ve ceza davalarında, mahkemeler tarafından belge olarak kullanılırlar.



#### Adli Tıpta Önemli Kavramlar

Adli tıpta özellikle adli rapor düzenlenirken bilinmesi gereken bazı temel kavramlar hayati tehlike, mutad iştilgal, farik ve mümayiz, fiili mukavemete muktedirlik, uzuv zaafı ve uzuv tatili, çehrede sabit eserdir.

**Hayati tehlike:** Zarar görmüş olanın vücudundaki asıl organlardan birine herhangi bir şekilde derhal veya sonra fakat sürekli doğrudan doğruya verilecek zarar ile bu asıl organı görev yapamaz hale getirmesi veya görevinde düzensizliğe sebep vermesidir. Hayati tehlikeyi oluşturan nedenler ve gerçekler raporda belirtilir.

**Mutad iştigal:** Mutad iştigalden kalma süresi adli şifa bulma süresidir. İnsanların meslek, cinsiyet ve yaş gözetilmeksizin günlük (mutad) yaşantıları aynı ölçüler içerisinde değerlendirilmekte ve buna göre ceza tayin edilmektedir.

**Farik ve mümayiz:** Çocukların farik ve mümayizliği (anlama ve ayırma) biyolojik, psikolojik akli melekelerindeki gelişme ile gelenek görenek ve bilgi gibi çevresel faktörlere bağlıdır. Farik ve mümayiz olmak suç işleme iradesine sahip bulunmak ve işlenen fiilin suç olduğunu bilmek demektir.

**Fiili mukavemete muktedirlik:** Herhangi bir suç işlenmesi sırasında mağdur olan kişinin saldırgana mukavemet etmeye (karşı koyma) gücü olup olmadığı mağdurun bedensel ve ruhsal yapısı, sağlığı, yaşı, cinsiyeti yetiştiği çevre gibi unsurlara göre belirlenmektedir. 15 yaşından küçüklerde fiili mukavemete muktedir olamamak fiilin ahlak dışı olduğuna ya da sonuçlarını idrak edemediği anlamına gelmektedir.

**Uzuv zaafı-uzuv tatili:** Genel olarak fonksiyonlarında en az %10 oranında kısıtlama oluşmasına sebep olan organ zedelenmeleri ve fonksiyonlarını kaybetmeleri uzuv zaafı olarak kabul edilmektedir. Kısıtlama %30 veya daha yukarı ise uzuv tatilinden söz edilir.

**Çehrede sabit eser:** Müessir bir fiil sonucu (etkili bir eylem sonucu) çehrede meydana gelen arazların iyileşmesinden sonra kalıcı bir izin oluşmasıdır.

## 7. Adli Raporlar

Adli tıp hizmetlerinin yürütülmesinde temel konu muayene sonucunun bir rapor ile gösterilmesidir. Adli tıp raporu adli bir kanıt olabilecek en önemli belgedir. Raporla adli otoritelerce muayenesi istenmiş bulunan olayların oluş nedenleri, şartları, sonuçları, açık ve yoruma meydan vermeyecek bir biçimde belirtilir. Raporlarda yaralının kimliği, yaralanmanın nasıl ve ne zaman oluştuğu, muayene tarih ve saati, yaralının genel durumu, yaralarının travma izlerinin vücutta bulunduğu yer ve organlara göre belirtilerek tarifi, mutad iştigaline engel süre (diğer bir anlatımla adli şifa süresi), tıbbi tedavi ile iyi olacağı süre, görünüşteki sabit izler belirtilir. Rapor istek yazılarındaki soruların cevaplarının açıkça belirtilmesi ve gerekçeli olarak açıklanması gereklidir.

Adli raporlar ancak cumhuriyet savcılıklarının resmi yazı ile istedikleri konu ve kişiler hakkında yazılır. Sağlık kuruluşlarına başvurarak muayene olmak isteyen kişilerde adli şifalarına 10 günden fazla engel olabilecek bir darp veya yaralanma, ateşli silah, delici veya kesici bir aletle yapılan yaralanma, düşük, zehirlenme veya hayati tehlike tespit edilirse, adli makamları en çabuk yolla haberdar ve ihbar etmek zorundadır. Bildi-

rimde bulunmayanlar hakkında ceza kanunu gereğince yasal işleme gidilir (Demircan, 1996: 279).



## Özet

**Tıp hukuku** “sağlık hukukunun bir alt dalı olarak, tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Yönetimin, kamu hizmetinin uygun ve düzenli biçimde sunulması görevindeki aksama **hizmet kusurudur**. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında hekimin işlediği şahsi suçlar **kişisel kusurdur**.

Türk Ceza Kanunu’nda hastaya ait sırrın saklanmaması cezai yaptırım getirir. İlgili yasa maddesi (Madde 198- “Bir kimse resmi mevkii veya meslek san’atı icabı olarak ifşasında zarar verme olasılığı olan bir sırda sahip olup da meşru bir sebebe dayanmaksızın o sırrı açıklarsa üç aya kadar hapis ve ağır para cezasına mahkum olur” demektir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 4. maddesinde “tabip ve dış hekiminin sır saklama yükümlülüğünden bahsedilir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 21. maddesi de mahremiyete saygı gösterilmesi ile ilgilidir

Hekimler için “kayıt tutma yükümlülüğü” doğal bir tedavi yükümlülüğü” olarak belirtilmektedir. Dolayısı ile kayıt tutmanın birinci amacı tedavi, ikinci amacı ise hizmet sunanların sundukları hizmetlerdeki sorumluluklarının sağlanmasıdır. Sağlık personeli tıbben teşhis ve tedavide gerekli olan hususları kayıt altına alma ile sorumludur. İşte bu noktada asıl olarak hastane tıbbi kayıt dokümantasyon sistemi için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür.

Sağlık kayıtlarının zamanında, okunaklı ve doğru tutulmasının sağlanması gereklidir. Bazen hizmetin şeklinden ötürü kayıtlar verilen hizmetin sonrasında tutulabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 16,17 ve 18 maddeleri de kayıt tutulması ve saklanması ile ilgilidir. Bu yönetmelik gereğince de kayıtlar hastalar tarafından her istendiğinde verilebilmesi için titizlik ile tutulmalı ve saklanmalıdır.

### Tıbbi Dokümanlarla İlgili Yasal Kavramlar ve Sorumluluklar

Sağlık kurumlarındaki modern tıbbi ve cerrahi metotların basit bir işlem olmaktan çıkarak oldukça karmaşık duruma gelmesi, hasta ve yaralılara verilen hizmetin tam ve verimli bir şekilde bütün ayrıntılarıyla belgelenmesi zorunluluğu ortaya koymuştur. Hasta dosyalarının bakım ve saklanmasından sorumlu olan bütün görevliler gibi arşiv komitesi üyeleriyle hasta dosyaları arşivi yöneticisinin de söz konusu dosyalarla ilgili yasal hüküm ve prensipleri bilmeleri gereklidir.

Tıp ve biyoloji bilimlerinden ceza kanunu, medeni kanun ve sosyal kanunların uygulanmasından yararlanarak sonuca ulaşan özel bilim dalına adli tıp denilmektedir. Tıbbi yönü olan bütün hukuki konular ve hukuki yönü olan bütün tıbbi konular adli tıbbın kapsamı içerisinde girmektedir.

Bu nedenle sağlık kurumlarında dokümantasyon hizmetleri, tıp hukukunun üzerinde durduğu önemli konulardan birisidir.

Sağlık kurumu bir hastayı kabul ederken o hastanın bakım ve tedavisi için gerekli hizmetleri yapmak üzere bir yükümlülük altına girmiş olduğunu kabul etmiş sayılır. Böyle bir yükümlülüğün yerine getirilmesi ise sağlık kurum personeli tarafından gerçekleştirilen bakım ve tedavinin kronolojik bir kaydının tutulmasını zorunlu kılar. Gereği halinde hekim hastaya ait gerekli bilgileri özet halinde kapsamına alan bir belgeyi muayene veya tedavi edileceği bir başka hekim veya sağlık kurumuna göndermelidir. Hasta dosyalarının savcılık isteği dışında hiç bir suretle sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaması esası özellikle izlenen ve uygulanan bir ilke halini almıştır. Hasta dosyasında yer alan hastaya ait bilgiler, hastayı tedavi eden veya edecek olan hekimlerden başka hiç bir kimseye verilemez ve gösterilemez.

Bazı durumlarda hastanın vereceği yazılı bir izin belgesine dayanarak belirli bilgiler, hastanın göstereceği belirli kişilere sözgelisi hastanın avukatına veya belirli bir sigorta şirketi görevlisine verilebilir. Bunların dışında hasta dosyalarının gizliliği ve kişiye özel karakteri hiç bir şekilde ihlal edilmemelidir. Savcılık isteği dışında hasta dosyalarının tamamının veya belirli kısmının sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaması ilkesi sağlık kurumu yönetimi tarafından gerçekleştirilecek yaptırımlarla sürekli olarak korunmalıdır

#### **Hasta Dosyalarının Mahkemelerde Belge Olarak Kullanıldığı Durumlar**

**Sigorta Davaları:** Mahkemeler bazen hastalığın süresini ve özelliklerini tespit etmek üzere hasta dosyasını hastaneden isteyebilir. Ayrıca şahıslar tek tek mahkemeye başvurarak kaza hastalık ve yaralanmalar sonucu almak durumunda olacakları sakatlık tazminatın veya tedavi ile ilgili masrafları vermek istemeyen kendi sigorta şirketleri aleyhine dava açabilir.

**İşçilerin Tazminat Davaları:** İşçi görevi başında ve görevini yerine getirmesi sırasında bir zarar görmüşse, gördüğü bedeni zarar ve sakatlık için bir tazminat almaya hak kazanır.

**Kişisel Zarar Davaları:** Kişisel zarar davalarında davacı karşılaştığı zararın bir başkasının kabahat ve ihtimalinden doğduğunu iddia eder ve meydana gelen zararın ödenmesini ister.

**Yanlış Tedavi Davaları:** Hasta dosyaları, herhangi bir ihmal olup olmadığı ve yapılan tedavinin doğruluk ve yeterliliği konusunda karar vermekte kullanılır.

**Vasiyetname Davaları** Hasta dosyaları, hastanın vasiyetnameyi yaptığı sırada akli dengesinin bulunup bulunmadığı hususunda ilgili mahkemelere yardımcı olabilir.

**Ceza Davaları:** Hasta dosyaları herhangi bir olayda meydana gelen ölümün, işlenmiş bir suçtan değil de doğal nedenlerden ileri geldiğini tespit etmek için gösterilen ceza davalarında da birer belge olarak kullanılırlar.

**Hayati tehlike:** zarar görmüş olanın vücudundaki asıl organlardan birine herhangi bir şekilde derhal veya sonra fakat sürekli doğrudan doğruya verilecek zarar ile bu asıl organı görev yapamaz hale getirmesi veya görevinde düzensizliğe sebep vermesidir.

**Mutad iştigal:** mutad iştigalden kalma süresi adli şifa bulma süresidir. insanların meslek, cinsiyet ve yaş gözetilmeksizin günlük (mutad) yaşantıları aynı ölçüler içerisinde değerlendirilmekte ve buna göre ceza tayin edilmektedir.

**Farik ve mümayiz:** çocukların farik ve mümayizliği biyolojik, psikolojik akli melekelerindeki gelişme ile gelenek görenek ve bilgi gibi çevresel faktörlere bağlıdır.

**Fiili mukavemete muktedirlik:** herhangi bir suç işlenmesi sırasında mağdur olan kişinin saldırgana mukavemet etmeye (karşı koyma) gücü olup olmadığı mağdurun bedensel ve ruhsal yapısı, sağlığı, yaşı, cinsiyeti yetiştirdiği çevre gibi unsurlara göre belirlenmektedir.

**Uzuv zaafı:** genel olarak fonksiyonlarında en az %10 oranında kısıtlama oluşmasına sebep olan organ zedelenmeleri ve fonksiyonlarını kaybetmelerini kabul etmektedir.

**Çehrede sabit eser:** Müessir bir fiil sonucu (etkili bir eylem sonucu) çehrede meydana gelen arazların iyileşmesinden sonra kalıcı bir iz oluşmasıdır.

Adli raporlar ancak cumhuriyet savcılıklarının resmi yazı ile istedikleri konu ve kişiler hakkında yazılır. Sağlık kuruluşlarına başvurarak muayene olmak isteyen kişilerde adli şifalarına 10 günden fazla engel olabilecek bir darp veya yaralanma, ateşli silah, delici veya kesici bir aletle yapılan yaralanma, düşük, zehirlenme veya hayati tehlike tespit edilirse, adli makamları en çabuk yolla haberdar ve ihbar etmek zorundadır. Bildirimde bulunmayanlar hakkında ceza kanunu gereğince yasal işleme gidilir.

## Gözden geçir



## Adli Tıpta Önemli Kavramlar

Adli tıpta özellikle adli rapor düzenlenirken bilinmesi gereken bazı temel kavramlar hayati tehlike, mutad iştilal, farik ve mümayiz, fiili mukavemete muktedirlik, uzuv zaafi ve uzuv tatili, çehrede sabit eserdir.

**Hayati tehlike:** Zarar görmüş olanın vücudundaki asıl organlardan birine herhangi bir şekilde derhal veya sonra fakat sürekli doğrudan doğruya verilecek zarar ile bu asıl organı görev yapamaz hale getirmesi veya görevinde düzensizliğe sebep vermesidir. Hayati tehlikeyi oluşturan nedenler ve gerçekler raporda belirtilir.

## Kaynaklar



Artukoğlu, A.; Kaplan, A. ve Yılmaz, A. (2002). *Tıbbi Dökümantasyon*. Ankara: Türksev Yayıncılık.

Çatalça, H. (2000). <http://www.merih.com> adresinden XXX tarihinde erişilmiştir.

Demircan, A. (1996). *Tıbbi Dokümantasyon*. Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Yayını.

Erbaydar, S. (1997). Hastanelerde Enfeksiyon Kontrol Komitesinin Örgütlenme ve İşleyişi. *Modern Hastane Yönetim Dergisi*, 1(1) Haziran 1997. Ss:13.

Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayınevi.

Liebner, J.G.; Levine, R.E. ve Rothman, J. (1992). *Management Principles for Health Professionals*. Maryland: Aspen Publication.

Paris, M. (1995). The Medical Staff. In: *Health Care Administration: Principles, Practices, Structures and Delivery*. Ed.: Wolper, L.F. Maryland: Aspen Publication.

Roach, H.W. (1998). *Medical Records And The Law*. Chicago: An Aspen Publication.

Rowland, H.S. ve Rowland, B.L. (1984). *Hospital Management: A Guide to Departments*. Maryland: Aspen Publication.

Seçim, H. (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*. İstanbul: İ.Ü. İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları.

Snook, D.I. (1995). *Hospitals: What They Are and How They Work*. Maryland: Aspen Publication.

Sağlık Mevzuatı (2009). [www.saglik.gov.tr/mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/mevzuat) adresinden 10.4.2009 tarihinde erişilmiştir.

S.B. 06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergesi.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). *Tıbbi Sekreterlik Eğitimi için Tıbbi Dokümantasyon*. Ankara: Songür Yayınları,

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (1999). *Hastanelerde Hasta Bakımı Kalitesinin Denetlenmesi*. Ersoy K, Kavuncubaşı Ş., 2. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitapçığı, Başkent Üniversitesi Haberal Eğitim Vakfı.

Terkelse, K.G.; Mc Carthy, R.H.; Munich, R.L. ve Huriey, B.E. (1994). Development of Clinical Methods for Utilization Review in Psychiatric Day Treatment. *Journal of Mental Health Administration*. 21(3). pp: 298-313.

White, H.C. (1997). *The Hospital Medical Staff*. Albany: Delmar Publishers.



## Değerlendirme Soruları



1. Hem tıbbi ve hem de hukuki yönleri bulunan vakalara ait hasta dosyaları, hangi bilim dalı tarafından incelenir?

- a) Adli tıp
- b) Tıp bilişimi
- c) Hukuk
- d) Tıp

2. Aşağıdakilerden hangisinde hasta dosyaları mahkemelerde belge olarak kullanılmaz?

- a) Sigorta Davaları
- b) İşçilerin Tazminat Davaları
- c) Kişisel Zarar Davaları
- d) Boşanma Davaları

3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?

- a) Hasta dosyaları hastanın değil doğrudan doğruya sağlık kurumlarının malıdır.
- b) Hasta dosyaları savcılık isteği dışında hiç bir suretle sağlık kurumundan dışarı çıkarılmaz.
- c) Hasta dosyaları doğrudan doğruya hastanın malıdır.
- d) Hasta dosyalarının gizliliği esastır.

4. Kayıtları İnceleme Hakkı, Kayıtların Düzeltilmesini İsteme Hakkı, aşağıdaki hangi yönetmelik kapsamındadır?

- a) Hasta Hakları Yönetmeliği
- b) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- c) Hastane Yönetmeliği
- d) İşletme yönetmeliği

5. ...."sağlık hukukunun bir alt dalı olarak, tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır.

Yukarıdaki boşluğa aşağıdakilerden hangisi gelmelidir.

- a) Tıp hukuku
- b) Adli hukuk
- c) Ceza hukuku
- d) Tıp Bilişimi

## Değerlendirme Sorularının Doğru Yanıtları

### 1. ÜNİTE

1.C 2. A 3.E 4.D 5.A

### 2. ÜNİTE

1. A 2. D 3. C 4. A 5. C

### 3. ÜNİTE

1. E 2. D 3. C 4. B 5. A

### 4. ÜNİTE

1. D 2.A 3. A 4. D 5. B

### 5. ÜNİTE

1. C 2.A 3.E 4.D 5.B

### 6. ÜNİTE

1.C 2.D 3.A

### 7. ÜNİTE

1. A 2.D 3.C 4.A 5.A