**HASTA DOSYALARI**

**BİLİMSEL YAKLAŞIM**

**HASTA DOSYALARI**

**BİLİMSEL YAKLAŞIM**

**Prof. Dr. Kadir Sümbüloğlu**

Biyoistatistik Derneği Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyoistatistik Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

**Doç. Dr. Beyza Akdağ**

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyoistatistik Anabilim Dalı Başkanı

**İÇİNDEKİLER**

1. **HASTA DOSYALARIYLA İLGİLİ GERÇEK ÖYKÜLER 1**
2. **HASTA DOSYALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ 9**

Giriş 9

Mısırlılar Dönemi Hasta Kayıtları 10

Papirüsler 11

Yunanlılar Dönemi Hasta Kayıtları 13

Hipokrat 13

Yunan Roma Dönemi Hasta Kayıtları 15

Bizans Dönemi Hasta Kayıtları 16

Museviler Dönemi Hasta Kayıtları 16

İslamiyet Dönemi Hasta Kayıtları 16

Ortaçağ Dönemi Hasta Kayıtları 17

Rönesans Dönemi Hasta Kayıtları 17

Onyedinci Yüzyıl Dönemi Hasta Kayıtları 18

Onsekizinci Yüzyıl Dönemi Hasta Kayıtları 19

Ondokuzuncu Yüzyıl Dönemi Hasta Kayıtları 19

1900 Yılı Sonrası Hasta Kayıtları 20

Hasta Kayıtlarının Uluslararası Kullanımı 24

1. **HASTA DOSYALARI HAKKINDA GENEL BİLGİLER 27**

Giriş 27

Veri Güvenliğinin Önemi 30

1. **HASTAYA YAPILAN İŞLEMLER İÇİN TUTULAN**

**KAYITLAR 32**

Giriş 32

Yazım Kuralları 35

1. **HASTA DOSYALARINDAN BEKLENEN ÖZELLİKLER 36**

Giriş 36

**HASTA DOSYALARININ YARARLARI 39**

Giriş 39

1. **HASTA DOSYALARININ EĞİTİMDEKİ ROLÜ 44**

Giriş 44

1. **KLİNİK YETERLİK ve HASTA DOSYASI 47**

Giriş 47

Klinik Yeterlik Tanımı 47

Klinik Yeterlik Bileşenleri ve Gelişimi 51

1. **BİLGİSAYAR DESTEKLİ HASTA DOSYALARI SİSTEMİ ve KLASİK SİSTEMLE KARŞILAŞTIRILMASI 54**

Giriş 54

Bilgisayar Destekli Hasta Dosyası Standartları 56

Bilgisayar Destekli Hasta Dosyasının Yararları 58

Klasik Hasta Dosyalarının Avantajları 59

Klasik Hasta Dosyalarının Dezavantajları 60

1. **HASTA DOSYALARININ NİTEL ve NİCEL DENETİMİ 62**

Giriş 62

Nicel Denetim 62

Nitel Denetim 63

1. **HASTA DOSYALARINDA SORUMLULUK 66**

Giriş 66

Hasta Dosyalarında Hekimin Sorumluluğu 67

Hasta Dosyaları Komitesinin Sorumluluğu 69

Hasta Dosyaları Komitesinin Üyeleri 70

Hasta Dosyaları Komitesinin Görev ve Çalışmaları 70

Doku Komitesinin Sorumluluğu 71

Doku Komitesinin Üyeleri 71

Doku Komitesinin Görev ve Çalışmaları 71

Tıbbi Denetim Komitesinin Sorumluluğu 71

Tıbbi Denetimin Tarihçesi 72

Tıbbi Denetim Komitesinin Üyeleri 72

Tıbbi Denetim Komitesinin Görev ve Çalışmaları 73

Muhasebe 73

Enfeksiyon Komitesinin Sorumluluğu 73

Enfeksiyon Komitesinin Üyeleri 73

Enfeksiyon Komitesinin Görev ve Çalışmaları 73

İşletme Komitesinin Sorumluluğu 74

Yönetimin Sorumluluğu 74

Yönetim Kurulu ya da Bakanlığın Sorumluluğu 74

Hastane Yöneticisinin Sorumluluğu 75

Klinik/Poliklinik Tıbbi Sekreterinin Sorumluluğu 75

Poliklinikte Hasta Dosyaları İle İlgili İşlemler 75

Klinikte Hasta Dosyaları İle İlgili İşlemler 75

Veri Derleme ve Gönderme İşlemleri 76

Komitelerin Yasal Yönleri 77

1. **HASTADAN ÖYKÜ (ANAMNEZ) ALMA 78**

Giriş 78

Tıp Öğrencilerinin Öykü Alma İşlemi 79

Öğrencinin Hasta Öyküsünü Alma Becerisini Değerlendirme

Formu 87

1. **HASTA DOSYALARININ HUKUKSAL YÖNÜ 95**

Giriş 95

Kötüye Kullanım(İstismar) 95

Mülkiyet Hakkı 96

Hasta Kayıtlarına Ulaşabilirlik 97

Haberleşme Gizliliği 98

Hasta Dosyalarının Adli Olaylarda Delil Olarak Kullanımı 99

Hasta Dosyalarının Mahkemeye Gönderilmesi 100

Kayıtların Yok Edilmesi 100

1. **KLİNİK VERİLERİN DOĞASI 101**

Giriş 101

Klinik Verilerde Karmaşa 101

Belirsizlik, Kesinlik ve Doğruluk 102

Çeşitlilik 104

1. **HASTA DOSYALARININ NUMARALANMASI ve SAKLANMASI 106**

Giriş 106

Dosyaları Numaralama Sistemleri 106

Dosyaları Saklama Sistemi 107

Dosyalama Kontrolü 108

Hasta Dosyalarını Saklama Süresi 110

1. **HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜNDE KULLANILAN İNDEKSLER 112**

Giriş 112

Hasta İndeksi 112

Sıralama Araçları ve Kart Tipleri 115

Hastalık ve Ameliyat İndeksleri 116

Hekim İndeksi 117

1. **HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜ YÖNETİM ve ORGANİZASYONU 119**

Giriş 119

Organizasyon ve Fonksiyonlar 119

Yönetim 121

Organizasyon Şeması 121

Görev Analizi 122

Metot Geliştirme 123

İşlem El Kitabı 124

Bütçe 124

Planlama 124

Hasta Dosyaları Bölümünün Yeri 125

Dosya Saklama Bölümü 126

Formlar 127

1. **HASTALIKLARIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRMASI 129**

Giriş 129

Doğru Sınıflandırma Yapabilmek İçin Gerekli Koşullar 130

Uluslararası Sınıflandırmanın Tarihçesi 130

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması 131

1965 Yılı Sekizinci Düzenleme (ICD-8) 132

1975 Yılı Dokuzuncu Düzenleme (ICD-9) 133

1989 Yılı Onuncu Düzenleme (ICD-10) 134

1. **Hastalıkların ve Ameliyatların Standart Terminolojisi 136**

Giriş 136

Tarihçe 136

Hastalıkların ve Ameliyatların Standart Terminolojisi 139

İkili Tasnif Sistemi 139

Hastalıkların Terminolojisi 144

Ameliyatların Terminolojisi 145

Anestezi İndeksi 146

Hastalık ve Ameliyat Alfabetik İndeksi 146

Geçerli Tıbbi Terminoloji 147

1. **ÖLÜM NEDENİ YAZIM KURALLARI 148**

Giriş 148

Ölüm Raporu Nasıl Doldurulmalıdır? 151

1. **HASTANE HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 157**

Giriş 157

Hastane İle İlgili Terimlerin Tanımlanması 158

Gerekli Veriler 163

Veri Kaynakları 164

Hastane Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 165

Hasta Bakım Kalitesini Gösteren Ölçüler:

Ölüm Hızları 165

Enfeksiyon Hızları 168

Diğer Hızlar 169

Diğer Ölçüler: 171

Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı 171

Klinikte Yatan Günlük Ortalama Hasta Sayısı 171

Yatak İşgal (Yatak Doluluk) Yüzdesi 172

Devir Aralığı (Turnover Interval) 172

Poliklinik Çalışmalarını Gösteren Ölçüler 173

Hastanenin Diğer Hizmetlerinin Değerlendirilmesi 173

**KAYNAKLAR 176**

**ÖNSÖZ**

Günümüzde yasa haline gelmiş ve herkesçe kabul edilmiş bir deyim vardır: **“Kaliteli hasta dosyası kaliteli hasta bakımı demektir.”**Çünkü kaliteli hasta bakımı verilip verilmediğini denetlemek için başvurulacak tek kaynak bizzat hastanın dosyasıdır. Hastaneyi akredite etmek için gelen kişi önce hasta dosyalarını inceler. Dosyalar yetersizse başka hiçbir şeye bakmadan hastaneden ayrılır.

Bu nedenle, bir klinisyenden beklenen özelliklerden birisi, kaçınılmaz olarak, hasta dosyasını detaylı, kapsamlı ve zamanında yazmaya özen göstermesidir. Bunu sağlayabilmek için tıp fakülteleri ve diğer sağlık meslek okullarında “hasta dosyaları” ya da genel anlamda “sağlık kayıtları” dersinin okutulması önem kazanmaktadır. Çünkü daha öğrenci iken hasta dosyasının önemini kavrayan ve gerekli bilgiyi kazanan bir kişi kliniğe başladığında hocalarının da yardım ve denetimi ile en üst düzeyde kaliteli bir hasta dosyasını düzenleme potansiyeline sahip olacaktır.

Ülkemizde üzülerek belirtelim ki, hasta dosyaları istenilen düzeye bir türlü ulaşamamaktadır. Dosya yazma denince klinisyenin zamanının boşa harcandığı ya da angarya bir şey olarak kabul edildiğinin anlaşılması olağan bir durum haline gelmektedir. Oysa hasta dosyası, diğer önemli yararlarını bir tarafa bırakalım, hem klinisyenin hasta bakım kalitesinin göstergesi hem de onun suçlamalara karşı kendisini savunacağı en etkin savunma kanıtıdır.

Bu kitap, özellikle tıp fakültesi öğrencilerinin hasta dosyalarına adaptasyonunu sağlamak, onlara hasta dosyalarının önemini kavratmak ve onları kaliteli hasta dosyası konusunda bilgi ile donatmak ve beceri kazandırmak amacını taşımaktadır.

Kitabın yazımında emeği geçen ve özellikle “gerçek öyküler bölümünün” hazırlanmasına katkıda bulunan hekim arkadaşlarımıza teşekkürlerimizi ve saygılarımızı iletiyoruz.

Kadir Sümbüloğlu

Beyza Akdağ

2009

**1**

**HASTA DOSYALARIYLA**

**İLGİLİ**

**GERÇEK ÖYKÜLER**

**GİRİŞ**

Bu bölümde hasta dosyalarının; tam ve zamanında yazılmaması, dosyanın kaybolması, bulunamaması, ihmallik, dalgınlık gibi davranışlar sonucu dosyaya olguların yazılmasının ihmal edilmesi, yanlış yazılması ve diğer birçok nedenden ortaya çıkan gerçek olayları okuyacaksınız. Bu olayları hekimlerin bize ilettikleri öykülerden size aktarıyoruz.

Biz yazarlar anlatılan öyküleri sadece kaleme aldık.

Bu öyküleri, hekim arkadaşlarımızın mutlaka okumaları ve bazılarını tıp fakültesi öğrencilerine ve asistanlara ders materyali olarak kullanmaları, hasta dosyalarının ne kadar önemli olduğu konusunda onlara sadece teorik bilgi aktarılmasından daha yararlı olabileceği kanısındayız.

Öyküleri okurlara aktarmamıza katkı veren hekim arkadaşlarımıza teşekkür ediyoruz. Olayların gizli kalmasını sağlamak amacıyla isimlerini burada yazamadığımız için üzgün olduğumuzu belirtmek istiyoruz.

Bu tür gerçek öykülere tanık olan hekim arkadaşların ilerideki basımlarda kullanılmak üzere öyküleri biz yazarlara iletmelerini rica ediyoruz.

**ÖYKÜ 1**

Bir üniversite tıp fakültesi hastanesinin hasta dosyaları bölümü sorumlusu anlatıyor:

 *“Hocam, dün gece asistan lojmanlarında arama yaptık. Yatakların altından, gardroplardan, çalışma masalarının çekmecelerinden, asistanların el çantalarından 537 tane hasta dosyası topladık”.*

Aynı sorumlu başka bir zaman tekrar anlatıyor:

*“Hocam, hastane dışına çıkarılan hasta dosyalarını saptayabilmek amacıyla, her çıkış kapısına bir görevli bıraktım. O gün sabahtan akşama kadar hastaneden hasta ya da yakınları tarafından dışarı çıkarılmaya çalışılan 79 hasta dosyası yakaladık.*

*Yakalananlara hasta dosyalarını niçin dışarı çıkardıklarını sorduk. Alınan yanıt: Eve götürüyoruz. Tekrar geleceğimiz zaman geri getireceğiz. Çünkü geldiğimizde dosyamızın bulunup getirilmesi biraz zaman alıyor.”*

**ÖYKÜ 2**

Bir hekim kardiyoloji kliniğinde nöbet tutmaktadır. Gece saat 03.00 sularında yaptığı vizit sırasında bir hastanın “ventriküler taşikardiye” girdiğini görür. 3 saat boyunca müdahalesini yapar. Hastayı geri döndürmeyi başaramaz. Hastasını kaybetmiştir. Ölüm raporunu doldurur. Fakat gecenin yorgunluğuna dayanamaz, dosyayı sabahleyin yazarım diyerek oturduğu koltukta uyuya kalır. Sabah saat 07.00 sularında hasta yakınları gelirler. Doktoru uyur vaziyette görünce “uyudu da o nedenle hastamıza bakamadı” sanısı ile doktora saldırırlar ve kötü bir biçimde döverler. Bununla da yetinmeyip mahkemeye başvururlar. Yaptığı müdahaleleri yorgunluk ve moral bozukluğu nedeniyle yazamamış olan hekim hasta yakınlarının mahkemedeki suçlamalarına karşı kendisini savunamaz. Görevi ihmal nedeniyle yargılanır. Tümüyle suçsuz olmasına rağmen bir ihmallik yüzünden yaptığı işlemleri dosyaya yazamamış olması nedeniyle ortaya çıkan bu talihsiz durum hekimin hayatında daima ağır bir yara olarak kalacaktır.

**ÖYKÜ 3**

Bir hekim yıllık izinde ve şehir dışındadır. Cep telefonu çalar, arayan kişi hastanenin acil servis asistanıdır. Acil servis asistanı telefonla aradığı hekime: “ Hocam, acile bir hasta geldi. Kendisinin astım hastası olduğunu, daha önce birkaç kez size muayene olduğunu söylüyor. Sizin olmadığınız bir zamandaki başvurusunda bir asistan tarafından kendisine verilen antibiyotiğin allerji yaptığını, fakat antibiyotiğin ismini hatırlamadığını belirtiyor. Şimdi yeniden antibiyotik yazmam gerekiyor. Allerji yapan o antibiyotiği tekrar yazabilirim diye endişeleniyorum. Acaba siz hangi antibiyotiğin kendisine verildiğini hatırlıyor musunuz” diye sorar.

Doğal olarak hekim arkadaşın, binlerce hastası arasından hem bu hastayı, hem de bu hastaya hangi antibiyotiğin verildiğini hatırlaması olanaksızdır. Bu nedenle acildeki asistana “hatırlayamadığını, hastanın dosyasına bakmasını” önerir.

Ama ne yazık ki o zamanki görevli asistan verilen ilacın ismini dosyaya kaydetmemiş, sadece reçete verildi diye yazmıştır. Bu durum karşısında acil servis çalışanları çok zor durumda kalmıştır.

**ÖYKÜ 4**

60 yaşında bir erkek hasta evde baygın halde bulunur ve hastaneye getirilir. Eşi hekime verdiği öyküde; oral antidiyabetik kullandığını, kan şekerlerinin regüle olduğunu ancak son 3 gündür bulantı nedeniyle gıda alımının azaldığını ifade eder. Hastanın yapılan nörolojik değerlendirmesinde “serebrovasküler olay” ön tanısı konur ve servise yatırılır.

Acil servise başvurusu sırasında 40 mg/dl olan kan şekeri herkesin gözünden kaçar ve dosyaya işlenmez. Hastaya yapılan incelemelerde kreatinin düzeyi 2.6 mg/dl civarında bulunur. Metabolik tabloya bağlı nöbet üzerinde durulmaktadır. Hastanın bilinci sonrasında yerine gelir. Ancak yer ve zaman oriyantasyonu halen yerinde değildir. Nöroloji doktoru dekstrozlu mayi tedavisi verir. 24 saat sonra gelen biyokimyasal incelemede kan şekeri değerinin 60 mg/dl olduğu gözlenir. Geriye dönük değerlendirmede acildeki kan şekerinin gözden kaçtığı görülür. Hasta kayıp edilmemiştir ancak ekip bu açıdan savunulması zor bir durumla başbaşa kalmıştır.

**ÖYKÜ 5**

İki kadın hasta ameliyata alınmak üzere ameliyathanede sıra beklemektedir. Hastalar ameliyata indirilirken hasta dosyaları hastaların taşındığı arabalarda hastaların üzerine konmaktadır. Hastanın birine göz ameliyatı diğerine ise TAH+BSO yapılacaktır. Bir şekilde dosyalar karışır ve göz ameliyatı yapılacak hastanın üzerine TAH+BSO yapılacak hastanın dosyası konur. Bu hasta ameliyata alınarak hastaya TAH+BSO yapılır. Göz hekimleri göz ameliyatına başlayacakları sırada ameliyata getirilen hastanın kendi hastaları olmadığının farkına varır ve ameliyathanede kendi hastalarını aramaya başlarlar. Bir de bakarlar ki hastalarına TAH+BSO yapılmış.

Hastane yönetimi sonrasında bu karışıklıkların önüne geçmek için bileklik sistemi geliştirir. Sorumlu hekimler hakkında birtakım yasal işlemler yapılır. Olayın hukuksal boyutunun yanında tahmin edilebileceği gibi sosyal boyutu da ihmal edilemeyecek kadar önemlidir.

**ÖYKÜ 6**

Dr. X’in amcasına bir tıp fakültesi hastanesinde akciğer kanseri tanısı konur. Amcası çok genç olduğundan Dr X amcasının patoloji sonuçlarının bir başka hasta ile karışıp karışmadığı konusunda şüpheye düşer ve olayı incelemek ister.

Bu amaçla X Tıp Fakültesine gider. Amcasının dosyasını hasta dosyaları bölümünden ister. Ancak dosya günlerce, aylarca aranır bulunamaz. Amcasının kanserli olduğunu kendisine tanı koyan hekiminden başka kimse bilmemektedir. Bu durumdan tanıyı koyan hekim de çok rahatsız olmuştur. Dosyanın bulunamamasından dolayı amcasının tüm tetkikleri tekrar yapılır. Tanı doğrulanır. Ancak, harcanan gereksiz süre hastanın aleyhine işler, bu arada harcanan emek ve para da boşa gider.

**ÖYKÜ 7**

Hepatit C açısından bulaşıcılık taşıyan bir hastanın Hepatit C test sonuçları her nasılsa dosyasına işlenmez. Bu hasta başka bir nedenden operasyona alınır. Operasyon sırasında cerrahın eline iğne batar. Sonradan hastada Hepatit C olduğu anlaşılınca, bulaşma riski nedeniyle cerrah kendisine yapılan test sonuçları çıkana dek yaklaşık 90 gün ağır bir stres yaşar.

**ÖYKÜ 8**

Şehirlerarası karayolunda bir trafik kazası olur. Ambulans acil servise 20-25 yaşlarında 2 yaralı bayan getirir. Bayan hastalardan biri acil ameliyata alınır. Diğeri ise acile gelir gelmez ölür.

Ameliyata alınan hasta ile ölen hastanın soyadları kardeş oldukları için aynıdır. Fakat isimleri karışır. İlk etapta bu durum önemsenmez. Daha sonra ameliyattaki hastanın kan grubu tespitinde sorun çıkar. Sonuçta hasta kurtulur. Fakat kayıtların düzeltilmesi ihmal edilir. Ölen kardeş için düzenlenen otopsi raporu aslında yaşayan kardeşinin adı ile kayıtlara geçer. Mahkemede karışıklıklar daha da büyür. Olay içinden çıkılmaz bir hal alır.

**ÖYKÜ 9**

Bir anabilim dalında çalışan bir hekim ameliyat notlarındaki terminoloji yanlışlarını incelemek için bir araştırma planlar. Bunun için hasta dosyaları bölümüne başvurur. Fakat hasta dosyaları bölümünde aradığı hiçbir bilgiyi bulamaz. Çünkü, hangi dosyaya hangi ameliyat kaydedilmiş belirli değildir. Bilgi bulunan dosyalarda ise yazılan bilgiler içerik ve ayrıntı yönünden yetersizdir. Bu durumda hekim çalışma yapmaktan vazgeçer.

**ÖYKÜ 10.**

Doktor X vatani görevi için güneydoğuda sınır boyunda bir birliğe atanır. Birlik gezicidir ve çalışma şartları ağırdır. Doktor X’ e uzun bir süre önce glokom tanısı konulmuştur. Askeri birlikte bulunduğu süreç içerisinde Dr X gözlerinde rahatsızlık hisseder. Durumu tabur komutanına anlatır. Tabur komutanı onun askerlik görevinden kaçmak isteyebileceğini düşünerek bu duruma inanmaz. Hastalığını bir raporla belgelemesini ister. Dr. X şimdiye kadar hiç böyle bir belge almamıştır. Çünkü hep arkadaşlarına muayene olmuştur. Bu nedenle dosyasına hiçbir zaman böyle bir bilgi yazılmamış ve herhangi bir rapor da düzenlenmemiştir. Sadece sözel tavsiye ve birkaç ilaç önerisi almıştır. Bu nedenle belge gösteremez. Bu durumu gurur meselesi yapar ve bir daha tabur komutanı ile durumu konuşmaz.

Doktor X bir gözünü bu nedenle kaybeder.

**ÖYKÜ 11**

Hastanın sağ gözünde tümör vardır. Dosyaya dalgınlıkla sol gözünde tümör olduğu yazılır ve ameliyat olması önerilir. Operasyonda hastanın sağlam olan sol gözü alınır.

**ÖYKÜ 12**

Bir kadın hastalıkları kliniğinde nöbetçi asistan iki kadının dosyasını birbirine karıştırır. Total histerektomi yapılacak kadının gözlem kağıdı yerine “hiperemezis gravidarum” tanısıyla yatan kadının “gözlem kağıdı”na hastanın ameliyata hazırlanması emrini yazar. Tesadüfen bu kadının bir yakını aynı hastanede çalışmaktadır ve sabah erken hastayı ziyaret eder. Hasta sabaha kadar ameliyat için hazırlık yapıldığını anlatınca şaşırır ve hemen ilgili doktoru bularak durumu bildirir. Konu anlaşılır ve hasta ameliyata gitmekten kurtulur. Fakat bu kez asıl ameliyata gidecek olan kadın ameliyata hazır olmadığı için onun ameliyatı ertelenir.

**ÖYKÜ 13**

Bir hekimin hasta dosyaları bölümünde çalışan ve çoğunluğu tıp terimlerini bilmeyen personele yardımcı olması için hem tanı kısmını hem de diğer bölümleri okunaklı olarak yazması önemli bir özelliktir. Hasta dosyası hasta dosyaları bölümüne geldiğinde bu dosya üzerinde birçok işlem yapılır. Bu işlemlerden birisi de hastalığın kodlanarak “hastalık indeksine” yazılmasıdır. Bu işlemden sonra dosya rafa kaldırılır.

Bu kısa açıklamadan sonra uzmanlık aşamasına gelen bir asistanın başına gelen bir olayı inceleyelim:

Uzmanlık tez aşamasına gelen bu asistana hocası “bronşektazi” ile ilgili hasta dosyalarından bir çalışma yapmasını önerir. Asistan hasta dosyaları bölümüne gider ve bronşektazi tanısı bulunan dosyaların listesini ister. Görevli bronşektazi hastalığı için ayrılmış hastalık indeks kartını çıkarır, fakat bu kartta kayıtlı hiç hasta yoktur. Asistan şaşırır ve “nasıl olur en az benim tedavi ettiğim 50 hasta var. Onlara ne oldu diye sorar”. Konu hasta dosyaları bölüm sorumlusuna iletilir. Bölüm sorumlusu da bir çözüm getiremez. Çünkü bölümün bir hatasının olmadığı, hatanın tamamen asistanda olduğu sonraki incelemelerde ortaya çıkar.

Sorun şu nedenle ortaya çıkmıştır: Bu asistan dosyayı yazarken hem okunaksız, hem de kelimeleri yarım yamalak yazmak alışkanlığındadır Hiçbir kelimeyi, doğal olarak koyduğu tanıyı da tümüyle yazmamaktadır. Örneğin, sadece bronş.... gibi eksik biçimde yazmaktadır. Görevli de bunu nasıl okursa ve yorumlarsa öyle kodlamakta ve verdiği koda göre de bu tanıyı ilgili hastalık indeks kartına geçirmektedir. Görevli, yazılan bu kelimeyi “bronşit”, “bronşiolit” “bronkopnömoni”, “bronşektazi“ gibi okuyabilir.

Bu soruna çözüm şu şekilde bulundu: Bronş ile başlayan tüm hastalıkların indeks kartları çıkartıldı ve o dosyalar taranarak bronşektazi dosyaları ayrıldı. Ancak bu işlem asistanın 3 aylık uğraşısına neden oldu.

**ÖYKÜ 14**

Bu öykü sağlık ocağı kaydı için örnek olarak verilmiştir. Sonuçta içerikleri farklı olmasına rağmen, sağlık ocağı kaydı ve hastane dosyası aynı amacı taşımaktadır.

Doktor X mezuniyetinden sonra küçük bir ilçede sağlık ocağına atanır. Doktor X mesleğini seven bir doktordur. Hem 1. basamak sağlık hizmetlerini hem de poliklinik hizmetlerini başarı ile yürütmektedir.

Bir gün aslen bu ilçeden olup yurt dışında çalışan bir işçi izne gelir. Bu kişinin ilçeye ve insanlarına çok yardımı olmuştur. Doktor X öğretmenler kulübünde otururken, işçi doktoru bulur ve yanına oturur. Sohbet ederler. Daha sonra işçi Doktor X’ten Almanya’da çalıştığı firmaya götürmek üzere 10 günlük rapor ister. Doktor X işçiye sağlık ocağından rapor için bir matbu kağıt getirmesini söyler. İşçi zaten kağıdı getirmiştir. Bu işi her yıl yapmaktadır. Hemen doktora uzatır. Doktor X düşünmeden raporu yazar ve imzalar. Cebinde taşıdığı kaşesiyle kaşeler. Raporun mührü bile önceden vurulmuştur.

İşçi bu raporla Almanya’da haksız yere sosyal edinimler kazanmaktadır. Bir yıl sonra işçinin sigortasını yapan acenta, işçinin ilçesinde bulunan sağlık ocağından alınmış raporun gerçek olup olmadığı hakkında bilgi ister. Rapor sağlık ocağına kayıt edilmemiş olduğu için sahte sayılır. Sonrasında Doktor Sağlık Bakanlığı’na şikayet edilir ve hakkında sahte rapor düzenlemekten soruşturma başlatılır.

2

HASTA DOSYALARININ

TARİHSEL GELİŞİMİ

|  |
| --- |
| Tedavi ettikleri hastaların bilgilerini 27000 yıldan bu yanayazma bilincinde olan **ESKİ HEKİMLERE** minnet borçluyuz. **ONLAR YAZMASAYDI** Tıp Bilimi bugünkü **MODERN** konumunda **OLAMAZDI**. |

**GİRİŞ**

Bu bölümün amacı tıp tarihini yazmak değildir. Amaç, bugünkü modern hasta dosyalarının geçirdiği evrimleri incelemek, modern kayıtlara öncülük etmiş olan eski hekimlerin düzenlediği kayıtlar hakkında bilgi vermek, böylece hasta dosyalarının öneminin daha iyi anlaşılmasına ve kavranmasına yardımcı olmaktır.

Hasta kayıtlarının tarihi, tıp tarihi ile paralel bir biçimde yürümüştür. Taş devri mağaralarının duvarlarında tıpla ilgili resimler ve İspanya'da yontma taş devrine ait mağaraların duvarlarında ise, cerrahi testere ve parmak ampütasyonu silüetleri bulunmaktadır. Bu resimlerin milattan 25 bin yıl önceye ait olduğu sanılmaktadır.

Bugünkü modern hasta dosyaları sisteminin başlangıcı olan eski hasta kayıtları, amaç olarak şimdiki kayıtlarla aynıydı. Bugünkü hasta dosyalarının amacı bireylere yapılan **tıbbi işlemleri** (öykü, bulgular, laboratuvar tetkikleri, tanı, iyileştirme ve koruyucu etkinlikler) yazmaktır. Eski hasta kayıtlarında da hekimler hastalarında ne gibi yakınmal ar görmüşlerse, hangi bulguları elde etmişlerse, hangi tanıyı koymuşlarsa ve hangi tedaviyi uygulamışlarsa onu yazmışlardır.

Eski ve yeni kayıtlar içerik olarak farklıdır. Şimdiki kayıtlar daha kapsamlı ve daha modern tekniklerle yapılmaktadır. Doğal olarak eski hekimlik ve hasta bakım bilgi ve görüşleri de şimdiki modern görüşlerden farklıydı. Ancak, hasta kayıtları içerik olarak yetersiz ve o zamanlardaki hastalık ve hasta bakım anlayışı bugünkünden daha ilkel olsa da, eski hekimlerin gördükleri vakaları kayıt etmiş olmaları çok önemli bir olaydır. Onların gördükleri bu olayları kayıt etmeleri sayesinde sonraki kuşaklar, kendilerinden öncekilerin neleri yapıp neleri yapamadığını öğrenebilmişlerdir. Bu öğrenme süreci, hem tıbbi bilgilerin hem de hasta kayıtlarının gelişmesini sağlamıştır. Devirden devire geçildikçe hasta kayıtlarının daha kapsamlı ve daha ayrıntılı biçimde yazılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Eski kayıtları çeşitli ülke, medeniyet ve dönemlere göre özet olarak inceleyelim:

MISIRLILAR DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Tarihin çok erken dönemlerinde insanın her başarısı bir tanrıya atfedilmiştir. Bunun gibi, medeniyete dikkate değer katkılar yapan kişiler hem çağdaşları tarafından hem de sonraki kuşaklar tarafından ilahlaştırılmıştır. Bunun doğal sonucu olarak sonraki dönemlerde kişiler tarafından yapılan katkılar da ünlü atalarına atfedilmiştir. Bu durum “gerçek” ve “kurgu”nun birbirine girmesine neden olmuş ve birinin ne zaman sona erdiğinin ve diğerinin ne zaman başladığının bilinmesini imkansız kılmıştır.

Mısır tanrılarından Thoth bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Thoth tıp tanrısı değildir. Yazı, keşif ve akıl tanrısıdır (Yazıyı icat eden tanrıdır). Bu özellikleri nedeniyle iyileştirme sanatında önemli bir kişi olduğu görülmektedir.

Tanrı Thoth'un 36-42 kitap yazdığı ve bu kitaplardan altısının tıpla ilgili olduğu söylenmektedir. Bu kitaplarda; insan vücudu, hastalıkları, tıpla ilgili araç ve gereçler, ilaçlar, göz ve jinekolojik hastalıkların tartışıldığı bildirilmektedir. Buradan hareketle bireylerin yaptığı bu girişimlerin din adamlarınca tanrı Thoth’a atfedildiği yorumuna varılabilir. Sonuç olarak Thoth Mısır hekimlerinin ustası olmuş ve hekimler ona yol göstermesi için dua etmişlerdir.

Eski Mısır’da ilk gerçek hekim M.Ö. 3000-2500 yılları arasında (piramit devri) yaşayan Imhotep'tir. Imhotep baş vezirlik, baş mimarlık ve firavunun tıp danışmanlığı görevlerini yürütmüştür. Imhotep'in başarılı bir hekim olarak ünü Mısır dışına da yayılmış ve tıbbın baş tanrısı olarak kabul edilmiştir. Eski Mısır uygarlık bilimcisi James Henry Breasted, Imhotep’i Edwin Smith Papirüs’ün yazarı olarak kabul etmiştir.

Eski Mısır tıbbı hakkındaki bilgiler papirüslerden elde edilmektedir. Papirüs, Nil nehrindeki sazlardan yapılan ve o zamanlar kağıt görevini gören malzemedir. Papirüsler, bulan kişilerin isimleri ile belirtilmektedir. Zamanımıza kadar gelebilen papirüsler şunlardır:

Kahun Papirüsü (M.Ö. 2000)

En eski papirüstür. Jinekoloji ve veteriner hekimlik konusunda bilgi vermektedir.

Edwin Smith Papirüsü (M.Ö. 1600)

Edwin Smith Papirüsü 19. yüzyılda Edwin Smith isimli Mısır dil bilimcisi tarafından bulunduğu için bu adı almaktadır. Bu papirüs şu anda New York Tıp Akademisindedir. Bu papirüs cerrahi işlemlerle ilgilidir. Edwin Smith bu papirüsü bilimsel bir tıp eseri olarak kabul etmektedir. Papirüs yaklaşık olarak 5 metre uzunluğunda, 35 cm genişliğinde her iki tarafına 48 cerrahi vakanın yazılı olduğu bir rulo biçimindedir.

Her vakanın raporu standart bir formda yazılmıştır. Her raporda yazar, vakanın tedavi edilip edilemeyeceğini belirtmiştir. Raporlar-dan ikisinin içeriğini inceleyelim:

Boyun vertebrası çıkığı

Başlık : Boyun vertebrası çıkığı.

Muayene : Eğer boyun çıkığı olan bir hastayı muayene edersen, hastanın kollarında ve bacaklarında duyarsızlık vardır. Gözleri kanlıdır. Sperm damlatır.

Tedavi : Bu hastalık tedavi edilemez.

Kafada yara

Başlık : Kafada, kafatası kemiğine işlemiş yara.

Muayene : Eğer kafası yaralı ve yara kafatası kemiğine işlemiş, fakat kemiği delmemiş bir hasta muayene edersen yarasını palpe etmelisin. Eğer kafatası kemiği hasar görmemişse, üzerinde çatlak ya da ezik yoksa bu hastalığı tedavi edeceğini belirt.

Tedavi : Birinci gün yaranın üzerine et koy. Sonra her gün iyileşinceye kadar yağ, bal ve keten tiftiği ile pansuman yap.

Ebers Papirüsü (M.Ö. 1550)

Bu papirüs, 1872 yılında Thebes şehri yakınlarındaki bir mezarlıkta bir mumyanın ayakları arasında bulunmuştur. George Ebers isimli bir Alman arkeologa satılmıştır. Yaklaşık 22 metre uzunluğunda ve 30 cm genişliğindedir.

Bu metindeki yazılı bilgilerden hastalıkların çok dikkatli biçimde gözlemlendiğini ve ilaçların çok akıllı bir biçimde uygulandığını görmekteyiz. Bunlardan birisi «hint yağı ağacının meyvesi»nin kullanımı ile ilgilidir.

Metinde bu konuda şöyle denilmektedir: **«*Vücutta bulunanları temizlemek için hint yağı ağacının meyvesini çiğne ve bir sıvı ile yut*».** Anlaşıldığı üzere, burada bağırsakların temizlenmesinden söz edilmektedir. Bağırsak temizlenmesinde hint yağı günümüzde de kullanılmaktadır.

Ebers Papirüsü ders kitabı gibi yazılmıştır. Büyülü reçeteler, iç hastalıklar, göz, deri, ekstremite, jinekolojik hastalıklar ve diğer bazı hastalıklar, anatomi, fizyoloji ve Edwin Smith Papirüsü kadar olmasa da cerrahi vakalardan da söz etmektedir.

Diğer Papirüsler

Berlin Papirüsü (M.Ö.1300) ve Hearst Papirüsü (M.Ö.1500) genellikle ilaç ve sihir reçetelerini içerir. London Papirüsü sihirli formüllere ait, Büyük Berlin ve Küçük Berlin Papirüsleri ise obstetrik vakalara ait bilgiler vermektedir.

YUNANLILAR DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Eski Yunan tıbbı; Mısır, Babil ve Asur tıbbının etkilerini taşır. Eski Yunanlılar iyileştirme sanatına önemli katkılar yapmışlardır. Buna ek olarak, çeşitli enformasyon kaynaklarını kullanarak adı geçen bu medeniyetlerden tıp uygulamaları hakkında veri derlemeleri de hasta dosyalarının gelişimi üzerine yaptıkları önemli bir katkı olarak değerlendirilebilir. Bu devirdeki tıp uygulamalarının kayıtlara geçirilen vakalarından örnekler verilecek olursa:

«Aesculapius» Eski Yunan’ın en çok saygı duyulan hekimidir. Yaşaması umut edilmeyen çok ağır hastaları tedavi ettiği, hatta öldüğü zannedilen bireyleri bile yeniden yaşama döndürdüğü söylenmiştir. Aesculapius ve onun ekolüne bağlı hekimler tapınaklarda hastaları tedavi etmekte ve hastalara ait o zamanın anlayışı ile kayıtlar tutmaktalardı. Kayıtlarda hastaların ismi, hastalıklarının kısa özeti ve hastayı tedavi edip edememe konusundaki kararları yazılıdır. Bu kayıtlar bir şekilde bugünkü kayıt mantığına çok uymaktadır.

Eski Yunanistan’da diğer önemli bir hekim, **hekimliğin babası olarak anılan «Hipokrat»tır.** Hipokrat'ın doğrudan Aesculapius'un soyundan geldiği söylenmektedir. Hipokrat da, önceki ataları gibi, tıbbi bilgileri ve ilkelerini Aesculapius ve diğer hekimlerin tapınak-larda biriktirdikleri hasta kayıtlarından almıştır. Hipokrat’ın tuttuğu kayıtlardan kendisinin **batıl inançları temizleyerek tıp uygulama-larını bilimsel prensiplere göre yaptığını öğrenmekteyiz**. Hipokrat tıp alanında büyük yenilikler yapmış, hekimlerin mezun olurken ettiği meslek yemini olan «Hipokrat andını» yazmıştır. Bu andın bir bölümünde Hipokrat şöyle demektedir:

***«Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla ilişkide iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım.»***

Milattan önce 5. yüzyılda yaşamış olan Hipokrat’ın hasta bilgilerinin saklı kalması yönünde ortaya koyduğu bu görüşler çok ilginçtir. Çünkü, bugünkü hasta kayıtlarından beklenen en önemli özellik «gizliliğin sağlanması»dır.

Hipokrat, tıp ve hekimlikle ilgili çok sayıda yazı yazmış ve birçok teori ileri sürmüştür. Yazıları incelendiğinde, gözlemlerini bugün bile doğru kabul edilen bir biçimde yaptığı anlaşılmaktadır. Bir örnek verecek olursak:

***«su toplanması hastalığı olan bir kişide hıçkırık görülürse hasta ümitsizdir»*** *demektedir.*

Hipokrat hasta bilgilerini ayrıntılı olarak kayıt ettiği gibi oğullarına da tüm bulguları kayıt etme sanatını öğretmiştir.

Hipokrat’ın ne kadar detaylı ve dikkatli hasta dosyası yazdığına dair iki örnek verelim:

1.Hipokrat’ın puerperal enfeksiyona yakalanan bir hasta

 hakkında tuttuğu kayıt:

|  |
| --- |
| *«Tasos adasında Philinus'un karısı bir kız çocuk doğurdu. Loşi boşalımı normal ve genel durum iyiydi.* *Doğumdan sonra 14. gün titreme ile ateşe yakalandı. Öncelikle mide kardiyak bölgesinde ve sağ hipokondriumda, genital organlarda ağrı görüldü. Loşi durdu. Peser uygulamasını takiben bütün bu semptomlar hafifledi. Baş, boyun ve bel ağrısı devam etti. Uykusu yoktur. Ekstremiteler soğuk. Susuzluk çekiyor. Barsaklar sıcak durumda. Gaita çok az. İdrar parlak ve renksiz.**Hastalığın;**6. günü gecesi hislerde daha çok bozulma oldu, ancak*  *tekrar düzeldi.**7. gün susuzluk çekti, boşalma safralı ve bir hayli renkli.**8. gün titreme, akut ateş, ağrılı katılaşma, anlaşılmaz* *konuşmalar. Supozituvar uygulaması sonucu gül renkli ve bol miktarda safralı gaita çıkardı. Uykusu yok.**9. gün kasılmalar,**10. gün hafif bir düzelme,**11. gün uyudu, tamamen düzeldi, fakat aniden* *sayıklamaya başladı, spazmla çok miktarda idrar çıkardı. İdrar koyu, beyaz fakat çöküntü yoktu, renk ve yoğunluk yönünden gözlemleyebildiğim kadar sığır idrarına benziyordu.**14. gün tüm vücutta irkilme, çok konuşma, hafif bir düzel-**me görüldü fakat tekrar hezeyan görüldü.**17. gün hiç konuşmadı, 20. gün öldü.»* |

2.Hipokrat’ın kronik ateşe yakalanan bir hasta için yazdığı ilginç, detaylı ve dikkatli hasta dosyası yazma yaklaşımına başka bir örnek daha verelim:

|  |
| --- |
| *«* *Herkül Tapınağının üzerinde ikamet eden Cleonactides* *düzensiz devam eden bir ateşe yakalandı. Başlangıçta sol tarafta baş ağrısı,daha sonra bitkinliğin ortaya çıkardığı ağrılara benzer diğer ağrılar görüldü. Ağrı nöbetleri sabit değil ve düzensiz. Ara sıra terleme görülüyor. Nöbetler genelde kritik günlerde gelmektedir.**24’ncü gün el parmaklarında soğukluk, sık sık sarı safralı kusmalar, sonra bu kusmalar bakır yeşiline döndü. Genel rahatlama görüldü.**30’uncu gün her iki burun deliklerinden kanama başladı ve krize yakın bir zamana kadar düzensiz şekilde devam etti. Yemeklerden iğrenmedi ve hem susuzluk çekmedi hem de uykusuzluk çekmedi. İdrar açık ve renksiz.* *30’uncu günden sonra idrar kırmızımsı ve tortuluydu. Daha sonra idrar karakteri değişiklik gösterdi, bazen tortulu bazen tortusuz.**60’ncı gün idrarda tortu bol miktarda, beyaz ve düzgün. Bütün semptomlar düzeldi: Ateş aralıkları düzenli, idrar açık ve iyi renkli.* *70’nci gün ateş 10 gün süreyle düştü.**80’nci gün katılaştı, akut ateşe yakalandı, çok terledi.İdrarda kırmızı durgun tortu. Tam krize girdi».*  |

YUNAN-ROMA DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Hipokrat'tan 600 yıl sonra Roma'da imparatoru tedavi ederek ünlenen Galen isimli hekim Aesculapius'un yazıtlarını incelemiş, Mısır’da İskenderiye ve diğer şehirlerindeki kitaplıklarda tıpla ilgili yazıları okumuştur. Kendisinin çok sayıda öğrencisi olmuştur. Öğretimini gerçek vakalar üzerinde yapmıştır. Arterlerin fonksiyo-nunu ilk tanımlayan hekimdir. Daha önceleri arterlerin içinin hava dolu olduğu sanılırdı. Galen ölü kişilerde arterlerin içinin boş, fakat canlılarda kan ile dolu olduğunu göstermiştir.

Galen yazılarının birinde bugünkü anlamda safra kesesi taşının neden olduğu şiddetli bir ağrıyı tanımlamıştır. Bu tanıma göre «karnın üst bölgesinden omuzlara doğru yayılan şiddetli ağrının nedeni safra kesesi taşıdır». Bu tanım bugün de safra kesesi taşı sancısı için bilinen bir semptomdur.

Bu dönemlerde Romalılar «Romana Acta Diurna» isimli bir gazete çıkarmakta idiler. Bu gazetede günlük olaylar yanında gizli olmayan tıbbi haberler de yer almakta idi. Romalılar devrinde de hasta kayıtlarının sadece yetkili kişilerce kullanıldığı bilinmektedir.

Bazı yazarlar, «hastane» sözcüğünün ilk kez St. Jerome tarafından ortaya atıldığını ve bu kişinin M.S. 390 yılında Roma’da Fabiola tarafından kurulan bir hastane için yazdığı bir yazıda kullandığını belirtmektedir.

BİZANS DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Bizans dönemi önemli tıp yazarları arasında Oribasius (M.S. 325-403), Aetius (6. yüzyıl), Alexander (525-605) ve Paul (615-690) görülmektedir. Bu dönemlerde Roma ve Yunan medeniyetlerindeki gerileme nedeniyle tıp biliminde, kayıt tutma ve saklama işlem-lerinde çok az ilerleme görülmüştür.

Kayıtlarla ilgili olarak yapılan tek çalışma; Hipokrat, Celsus, Galen ve diğer hekimlerin yazılarının bazı keşişler tarafından kopya edilerek çoğaltılmış olmasıdır.

MUSEVİLER DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Musevilerin tıpla ilgili temel kaynakları «İncil» ve «Talmud»dur. Talmud, İncil’den daha ayrıntılı tıbbi bilgiler içermektedir. Bu kutsal kitaplardaki bilgilerden musevilerin özellikle koruyucu hekimlikle ilgili tedbirlerin kurucuları olduklarını öğrenmekteyiz. Musevi tapı-nağı kahin yardımcılarının yazdıkları kitaplarda, temiz olmayan şeylere dokunulmaması, uygun yiyeceklerin yenmesi, doğumdan sonra kadınların temizlenmesi ve diğer hijyenik kurallar hakkında katı emirler bulunmaktadır.

İSLAMİYET DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Kuranı Kerim’deki sağlık konuları yanında, İslam tıbbı Eski Mezopotamya, Mısır, Çin, Hint, İran, Roma ve Yunan tıbbından bazı bilgiler almıştır. İslam bilginlerinin hasta kayıtları ile ilgili çalışmaları hakkında fazla bir bilgi bulunamamıştır. İslam bilginlerinin tıpla ilgili yazdıkları çok sayıda kitap bulunmaktadır. Bu bilginlerden bazıları şunlardır: Ali b. Rabban, Mecusi Ali b. Abbas, Razi, Farabi, İbni Sina, İbn el-Nefis vb. şeklindedir.

ORTA ÇAĞ DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Orta Çağ Dönemi'nin hasta kayıtları yönünden önemli gelişme-lerini kısaca özetleyelim:

Londra'da bulunan St. Bartholomew Hastanesi orta çağda kurulmuş ve halen mevcut olan bir hastanedir. Bu hastanenin en ilginç yönü ilk açıldığından bu yana yatan hastaların kayıtlarına sahip olmasıdır. Bu hastane, hastanede hasta dosyaları arşivi kurarak bu yönde tüm hastanelere önderlik etmiştir.

RÖNESANS DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Rönesans döneminde hasta kayıtları ile ilgili gelişmeler ve mevcut kayıtlardan elde edilen bilgiler özetle şöyledir:

Avrupa'da Rönesans ve Kral VIII. Henry döneminde St. Bartholomew Hastanesi gelişti ve yönetimle ilgili bazı kurallar getirildi. Bu kuralların ismi «Bartholomew Hastanesi’ni Daha İyi Yönetmek İçin Kural ve Düzenler» idi. Bu kitapta; hasta kayıtlarının önemi, gizliliği ve kayıtlarla ilgili kurallar ve saklanma biçimleri ile ilgili düzenlemeler belirtilmiştir.

Bu kuralların konulma tarihi 1667’dir. Oysa, bugün dahi Ülkemizdeki hastanelerin çok azında bu tür kurallar vardır ve var olanlarda da bu kuralların arzu edilen biçimde uygulandığını söylemek çok zordur. Bu yanlış tutum nedeniyle hemen hemen tüm hastanelerimizde hasta dosyalarından tam, doğru, ayrıntılı ve zamanında veri almak mümkün olmadığı gibi, hastanelerimizin çoğundaki hasta dosyaları arşivi de bir depodan öteye gidememektedir. Eski hastaların dosyasına ulaşmak ise çoğu kez mümkün değildir.

Belçikalı Andreas Vesalius (1514-1564) anatomiye yaptığı büyük katkılar yanında, hasta kayıtlarına da önemli katkılarda bulunmuştur. Anatomi ile ilgili yaptığı incelemeler ve elde ettiği bulgular hakkında çok dikkatli ve özenli kayıtlar tutmuştur. O devirlerde Katolik Kilisesi insan vücudunun kesilerek (diseksiyon) incelenmesini yasaklamış olmasına rağmen Vesalius gizli olarak bu işi yürütmüştür. Hayvan vücudunun incelenmesi yerine insan vücudunun incelenmeye başlaması anatomiye büyük katkılar yapmış ve hekimler vücudun yapısını ve fonksiyonlarını daha iyi öğrenmişlerdir.

Vesalius kayıt tutmanın önemini bilerek tüm incelemelerini yazmış ve bu bulgulardan 1543 yılında «Fabrica» isimli anatomi kitabını yayınlamıştır. Vesalius sonraları Padua Üniversitesi’nde anatomi profesörü olmuştur. Bu Üniversite Avrupa’da tıp alanında eğitim yapan ilk üniversitelerden birisidir.

1622 yılında Dr. Nicholas Tulp Amsterdam Cerrahlar Birliği Başkanlığı’na seçilmiştir. Bu görev kendisine yüzden fazla sayıda ilginç tıbbi gözlem yazma olanağı sağlamıştır. Cerrahlar Birliği, insan vücudunun kesilerek incelenmesi eğitimini veren bir yer haline gelmiş ve kaliteli kayıtlar tutulmuştur. «Anatomy Book» isimli kitap bu kayıtlardan yararlanılarak yazılmıştır. Bu devrin cerrahlarının ileride yapılacak çalışmalarda kaynak olarak kullanılmak üzere kendi yaptıkları incelemelerin kayıtlarını tutma bilincinde ve sorumluluğunda oldukları anlaşılmaktadır.

ONYEDİNCİ YÜZYIL DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

Onyedinci yüzyılda hasta kayıtları ile ilgili önemli gelişmeler ve mevcut kayıtlardan elde edilen bazı bilgiler şöyledir:

1. William Harvey (1578-1657) St. Bartholomew Hastanesi’ne 1609 yılında atanmıştır. Bu hastanenin hasta kayıtlarına gösterdiği ilgi ve titizlik nedeniyle, kayıtlarla ilgili yapılacak işlemleri içeren bir yönetmelik hastaneye atandığı gün (14 Ekim 1609) kendisine hastane yönetimince verilmiştir. Bu nedenle William Harvey kayıtların önemini çok iyi bilerek göreve başlamış, çok iyi ve ayrıntılı kayıt tutma alışkanlığını sürdürmüştür. Bu hastanenin hasta kayıtlarıyla ilgili diğer çalışmaları ileride 1900 yılı sonrası kısmında verilmiştir.
2. John Grant hayati istatistikler üzerinde ilk çalışma yapan kişidir. 1662 yılında yayınladığı «The Bills of Mortality» isimli kitabında ölümler, evlenmeler ve vaftizler hakkında gözlemlerini yazmış-tır. Daha sonraları Sir William Petty ve Edmund Halley de hayati istatistikler konusunda çalışmalar yapmışlardır.
3. Sydenham hastalıkların sınıflandırması konusu ile uğraşmıştır.

Onyedinci yüzyıl tıpla ilgili dergilerin yayınlanmaya başlandığı bir dönemdir.

ONSEKİZİNCİ YÜZYIL DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

On sekizinci yüzyılda hasta kayıtları ile ilgili önemli gelişmeler ve mevcut kayıtlardan elde edilen bazı bilgiler şöyledir:

1. Benjamin Franklin, şimdiki ismi Pennsylvania Hastanesi olan ve 1752 yılında Filadelfiya'da kurulan hastanenin kurucu liderlerin-den birisidir. Kendisi hastanenin sekreteri gibi çalışmış ve çok eski tarihlere dayanan hasta kayıtlarını kendi el yazısı ile yazmıştır. İlk 50 yıl boyunca bu hastanedeki hasta kayıtları; hastanın adı, adresi, şikayetleri, kabul tarihi, taburcu tarihi ve taburcu olduğunda akibeti hakkında bilgileri içermekteydi. Bu bilgiler hastane ilk açıldığı günden bu yana saklanmaktadır.
2. 1803 yılında ilginç vakalar için daha ayrıntılı kayıtların tutulması kararı alınmıştır. 1873 yılında hastanede hastaların öyküleri de tutulmaya başlanmış ve dosyalar bugüne kadar gelmiştir. Bu hastanede 1873 yılında ilk kez «hasta indeksi»ne başlanmış fakat kart kullanılmamıştır. Kartlı hasta indeksine 1906 yılında başlanmıştır.
3. New York Hastanesi 1771 yılında açılmış, hasta kayıtlarının tutulmasına 1793 yılında yani 22 yıl sonra başlanmıştır. Bu kayıtlar hastalar hakkında ilginç notlar içermektedir. 1808 yılından bu yana tutulan kayıtlar hemen hemen bugünkü kayıtlarla aynıdır. Bu hastanede hastalıkların indekslenmesine 1862 yılında başlanmış, 1914 yılında ise hastalık terminolojisi uyarlanmıştır.
4. Yukarıda 17. yüzyıl dönemi anlatılırken adı geçen ve hastalık-ların sınıflandırması fikrini ileri süren Sydenham'ın önerisi bu yüzyılda Carl Von Linne (1707-1778) tarafından ele alınmıştır.

ONDOKUZUNCU YÜZYIL DÖNEMİ HASTA KAYITLARI

On dokuzuncu yüzyılda hasta kayıtları ile ilgili önemli gelişmeler ve mevcut kayıtlardan elde edilen bazı bilgiler şöyledir:

1. 3 Eylül 1821 tarihinde Amerika Birleşik Devletleri Boston şehrinde Massachusetts Genel Hastanesi açıldı. Bu hastane açıldığı günden itibaren çok iyi hasta dosyaları ve kataloglama sistemine sahiptir.

Bu hastanede 1893 yılında kataloglamanın kartla yapılmasına gereksinim duyulmuş ve yatırılan tüm hastaların bu yeni sisteme göre kataloglanması kararlaştırılmıştır. Kataloglama işlemi Hasta Dosyaları Arşivince yapılmıştır. 1897 yılında bu hastaneye bir arşiv uzmanı atanmış, kayıtlar ve kataloglama işlemleri bu görevli tarafından yürütülmüştür. Bu hastane kayıt işlemlerini yürütmek üzere bir arşiv uzmanı atayan ilk hastanedir. Bu uzmanın ismi Grace Whiting Myers'dir. Bu bayan Kuzey Amerika Hasta Kayıtları Uzmanlar Birliği'nin ilk başkanlığını ve Amerika Hasta Kayıtları Uzmanlar Birliği’nin onursal başkanlığını yapmıştır.

**1900 YILI SONRASI HASTA KAYITLARI**

Eğitim hastaneleri yirminci yüzyıldan önce de hasta kayıtlarını tutarken, diğer tip hastanelerin ve özellikle tıp ve hastane birlik-lerinin hasta kayıtlarına gereken ilgiyi göstermeleri ancak yirminci yüzyılın başlarında gerçekleşebilmiştir.

1902 yılında Amerikan Hastaneler Birliği Genel Kurulu’nda ilk kez hasta kayıtları ile ilgili tartışma yapılmıştır. Bu tartışmalarda; metotlarda birlik olmadığı, kayıtlardan sorumlu kişilerin çeşitli düzeylerde değişik kişilerden oluştuğu ve özellikle yaşlı hekimlerin iyi kayıt tutulmamasında rol oynadıkları belirtilmiştir.

1905 yılında bizzat hekimler hasta kayıtlarının yeterli düzeyde olmasının önemi ve gereği üzerinde düşünce belirtmeye başlamışlardır. Aynı yıl Dr. George Wilson Amerikan Tıp Birliği'nin 56’ncı toplantısında «Küçük Hastanelerde Hasta Kayıtları İçin Klinik Plan» isimli bir tebliğ sunmuştur. Bu tebliğ uygun bulunarak Birliğin Dergisinde yayınlanmıştır (23 Eylül 1905). Bu yazıda Dr. Wilson şu noktalara değinmektedir:

* Hastalarla ve hastalığın gelişmesi ile ilgili nitelikli ve tam bir kayıt sisteminin gerekliliği,
* Bu kayıtların hem bilimsel çalışmalar için önemli kaynak olduğu, hem de tıbbi-hukuksal yönlerden önemli olduğu,
* Hekimlerin çeşitli nedenlerle (kayıt tutmayı sevmeme, katip-lik hizmeti olarak görme, angarya olarak görme, ayrıntıdan hoşlanmama gibi) kayıtları tutmamalarının ortaya koyduğu sorunların olduğu.

Aradan yaklaşık 100 yıl geçmesine rağmen hekimlerin büyük çoğunluğunun, doğru ve yeterli bir kayıt sisteminin günlük hasta bakım çalışmalarında önemli bir kaynak olduğunun bilincinde olmalarına rağmen, görevlerinin bir parçası olarak kayıt işlerini hala sevmedikleri bir gerçektir.

St. Bartholomew Hastanesi Hasta Kayıtları

Eski hasta kayıtlarından günümüze kadar yaşayan ve hastalar için bireysel olarak tutulan tek önemli kayıt İngiltere’de St Bartholomew hastanesinin kayıtlarıdır. Bu hastane 1123 yılında kurulmuştur ve o tarihten bu yana hastaların bireysel kayıtları tutulmaktadır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar bu hastanede hekimler hastalar hakkında kayıt tutmuşlar, fakat bu kayıtlar genellikle her bir hekime göre her yıl ayrı bir kitapta, hastaların alfabetik olarak sıralanması şeklindedir.

Kayıtların kronolojik olarak saklanması yönteminin anlamı hastalıkların epizotlar halinde düşünülmüş olmasındandır. Hastalıkların nedenleri daha fazla ilgi çekmeye başlayınca geçmişteki kayıtların incelenmesinin önemliliğinin farkına varılmıştır.

St. Mary Hastanesi Hasta Kayıtları

1907’de St Mary Hastanesi hastalık epizotlarının değil hastanın kayıtlarının bütün olarak derlenmesi için her hastaya bir dosya sistemini geliştirmiştir.

Presbyterian Hastanesi Hasta Kayıtları

1916’da New York’ta kurulan Presbyterian Hastanesinde kayıtlar geniş bir gelişme ve değerlendirme geçirmiştir. Fakat buna rağmen her hastaya bir dosya sistemi ideal olarak yapılandırılamamış ve her hasta her gittiği yerde ayrı bir kayıta sahip olmuştur.

Hastane Standardizasyonu Yoluyla Hasta Kayıtlarının Gelişmesi

Kurumlar derledikleri verileri etkinleştirmek için standartlaştırma girişimlerin de bulunmuşlardır. Ancak bireysel serbestliğinin korunması ileri sürülerek standartlaştırma dirençle karşılanmıştır.

Bilimsel kayıt tutma konusunda 1923 yılında yazılan bir kitapta “hekimlerin; hastanın öyküsünü alma ve kaydetme işlemlerinde yetersiz olduğu belirtilmiştir. Fakat derlenen verilerin miktarı ve niteliğinin artırılması için yapılan geliştirme girişimleri de geniş oranda reddedilmiştir. Son yıllarda genç kuşaklara, hocalarının deneyimlerinden yararlanmak ve özel durumlarda hangi verilerin daha çok yardımcı olacağı konusunda yol göstermek üzere “çekirdek veri” oluşturma fikri yeniden ilgi görmeye başlamıştır. Yapılan bir uluslararası araştırma programı akut abdominal ağrı tanısı koymada bilgisayar destekli bir sistemle yapılandırılmış bir veri derleme formunun, deneyimli olmayan hekimlerin doğru tanı koyma yeteneklerini geliştirdiği gösterilmiştir.

1913 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde «Amerikan Cerrahlar Birliği» kuruldu. Bu birliğin amacı Amerika Birleşik Devletleri'ndeki cerrahi servislerinin hasta bakım standartlarını yükseltmekti. Bu amaca ulaşmak için yeterli bir cerrahi eğitiminin verilmesi gerekliliği kabul edildi. Bunun için gerek hastanelerde gerekse tıp fakültelerinde yapılan cerrahi eğitim ile ilgili verilere gereksinim vardı. Birlik, ülke çapında tüm hastanelerde bir standartlaştırmaya gidilmesinin yararlı olacağını düşünmüştür. Birlik, standartlaştırma düşüncesinin ne anlama geldiğini ve beklentilerinin ne olduğunu 1919 yılının Mayıs ayında «Hospital Management» dergisinde yayınlamıştır. Dergideki yayının kısa özeti şöyledir:

*«Hastanelerin kendi ideal ve fikirleri aynen kalacaktır. Standartlaştırmanın temel amacı hastanelerin ne yaptığı-nın bilinmesi ve yaptıkları işlerin değerlendirilebilmesi için en önemli kaynak olan hasta kayıtlarının yeterli düzeyde tutulması ve saklanmasıdır. Kayıtlar bir hastanenin neleri yaptığını ve neleri başardığını gösteren en önemli göster-gedir. Bu nedenle hastane standardizasyonunda hasta kayıtları temel veri kaynağıdır. Hasta kayıtlarının yeterli bir biçimde düzenlenmemesi ve saklanmaması bir fabrikanın ne ürettiğinin kayıt edilmemesi ile eşanlamlıdır.»*

Birlik, kendisine üye olmak üzere başvuran hastane ve özel hekimleri gereği gibi değerlendirebilmek amacıyla büyük ameliyat yapılan 50 hasta için 50 tam rapor, 50 özet rapor istemiş ve bunları değerlendirmeye almıştır. Sonuçta hem hastanelerden hem de özel cerrahlardan gelen kayıtların bu değerlendirmeyi gereği gibi yapmaya elverişli olmadığı görülmüştür. Bunun üzerine «Birlik» üyelik için; bundan daha da önemlisi şimdi ve gelecekte etkili bir hasta bakımı, hukuksal işlemler ve tıp araştırmaları için standart ve çok etkin bir kayıt sisteminin her hastanede kurulmasının şart olduğu kararına varmıştır. Bu karara göre;

***«her hasta için tam, doğru ve ayrıntılı bir kayıt tutulması ve hastanede ulaşılabilir bir yerde saklanması asgari standardizasyon koşuludur.»***

Birlik, 1918 yılında üyeliğe başvuru yapan hastaneleri değer-lendirmiş ve sadece 89 hastanenin kayıtlarının bu standartlara uygun olduğunu saptamıştır. Bu sayı Amerikan Tıp Birliği’ne kayıtlı olan hastanelerin sadece % 1.6’ sıdır.

Birlik, her yıl hasta kayıtları ile ilgili toplantılar yaparak kayıtlarla ilgili konuları incelemiş ve standarda girmesi gereken yeni konu-ları eklemiştir. Toplantılarda kayıtların kalitesi, düzeni, kayıtlardan sorumlu arşiv görevlilerinin kalitesi ve eğitimi gibi her türlü sorun tartışılmıştır. Birliğin bu çalışmaları hasta kayıtlarında gerek kalite (nitelik) gerek kantite (nicelik) yönünden büyük ilerlemelere neden olmuştur. Buna delil olarak 1960’lı yıllarda genel hastanelerin %70'inden fazlasının kabul edilebilir bir kayıt sistemine sahip olma durumuna geldiği gösterilebilir.

Hastane Kayıtları Uzmanlarının Eğitimi Yoluyla Hasta Kayıtlarının Gelişimi

Amerikan Cerrahlar Birliği’nin hasta kayıtlarının kalite ve kantitesi-nin artırılması yolunda yaptıkları başarılı çalışmalar sonucu, birlik başkanı Dr. Malcolm T. MacEachern Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da görev yapan hasta kayıtları bürosunda çalışan elemanları Boston şehrinde yapacakları kongreye davet etmiştir. Kongrede tümüyle hasta kayıtları ve kayıt tutma işlemleri tartışıl-mıştır. Massachusetts Genel Hastanesi emekli hasta kayıtları uzmanı Bayan Grace Whiting Myers komiteleri organize etme, toplantıları ve programları düzenleme ile görevlendirilmiştir. Bu ilk toplantı bir gün sürmüştür. Toplantıda hep hasta kayıtları, kayıtlarla ilgili problemler, kayıtların tutulması, saklanması ile ilgili konular tartışılmıştır.

Bu kongrede ayrıca «Kuzey Amerika Hasta Kayıtları Uzmanlar Birliği» kurulmuştur. Birliğin amacı; hastanelerde, dispanserlerde ve diğer kurumlarda hasta kayıtlarının standartlarını yükseltmektir.

Birliğin üye sayısı süratle artmıştır. Bu birliğin diğer birliklerle birlikte yaptığı çalışmalar hasta kayıtlarında büyük gelişmeler sağlamıştır. Birlik ayrıca «The Journal of the American Association of Medical Record Librarian» isimli bir dergi çıkararak üyeleri arasındaki iletişimi de sağlamaya çalışmıştır.

Birlik, kurduğu eğitim komitelerince hasta kayıtları uzmanlığı için eğitim programları hazırlamış ve çeşitli düzeylerde okulların açılmasına öncülük etmiştir.

HASTA KAYITLARININ ULUSLARARASI KULLANIMI

1928 yılında kurulan «Amerikan Hasta Kayıtları Uzmanlar Birliği» Dünya'da ilk kurulan birliktir. Bu birlikten sonra gelişmeler şöyle olmuştur:

* 1942 yılında Kanada çalışanları daha önce üyesi oldukları “Amerikan Hasta Kayıtları Uzmanlar Birliği”nden ayrılarak kendi birliklerini kurmuşlardır.
* II. Dünya Savaşı’ndan önce İngiltere'de «İngiltere Hasta Kayıtları Çalışanlar Birliği» kurulmak üzereyken savaşın başlaması nedeniyle ertelenmiş ve savaş bittikten sonra 1948 yılında kurulabilmiştir.
* 1952 yılında Avustralya'da «Avustralya Hasta Kayıtları Uzmanlar Federasyonu» kurulmuştur.
* 1952 yılında «Uluslararası Birinci Hasta Kayıtları Kongresi» Londra'da toplanmış ve bu kongreye dokuz ülke katılmıştır. Sonraki kongrelerde katılımcı ülke sayısı artarak devam etmiştir.
* Beşinci kongrede çeşitli ülkelerdeki birliklerin katılımı ile «Hasta Kayıtları Organizasyonları Uluslararası Federasyonu» kurulmuştur. Bu federasyonun kurulma amaçları şunlardır:
* Çeşitli ülkelerdeki hasta kayıt işleri ile ilgilenen personeller arasında iletişim sağlamak,
* Hastaneler, dispanserler ve diğer kurumlardaki kayıtları geliştirmek,
* Kayıtların kalitesini yükseltmek ve etkin bir biçimde çalışmasını sağlamak için teknikler geliştirmek,
* Uluslararası düzeyde hasta kayıt işlemleri ve kayıtların saklanması konusunda enformasyon sağlayabilmek için programlar ve ortamlar hazırlamak.

Görüldüğü gibi zaman ilerledikçe uluslararası ilgi artmış ve hasta kayıtlarına verilen önemin bilincine daha fazla varılmıştır.

İngiltere’de 1948 yılında Ulusal Sağlık Sistemi kurulunca birinci ve ikinci basamak hasta bakımı yapılandırılmıştır. Birinci basamak hekimi (genel pratisyen) aynı ailenin üyelerine hizmet verdiğinden, aile bilgileri ve ilişkileri önem kazanmıştır.

Birinci ve ikinci basamakta mükemmel bir hizmet sağlayabilmek için kurumlar daha karmaşık duruma gelmiş ve hasta kayıtları hekimin hafızasına yardımdan daha çok hekimler arasında iletişim vasıtası olarak önem kazanmıştır. Hasta bakımının sürekliliğini sağlamak için değişik mesleklerin hasta bakımına katılımının sağlanması ve fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki ilişkilerin yapılandırılması, kayıtlardaki çok sayıda verinin havuzda toplanmasını ve işlenmesini sağlamıştır.

1969 yılında Weed “Hasta Kayıtları, Tıp Eğitimi ve Hasta Bakımı” isimli kitabı yayınlamıştır. Bu kitap hasta kayıtları için yapısal bir yöntem (problem odaklı hasta kayıtları) sunmaktadır. Bu yöntem klinik hasta kayıtlarının bir problem listesi şeklindeki veri tabanı (öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları) formatıdır. Bu formatta her problem için ayrı olarak; tanı, tedavi ve eğitim planı, günlük (subjektif, objektif, değerlendirme ve planı) gidişat notları yazılmaktadır. Problem listesi hasta dosyasının ön yüzünde bulunmaktadır ve okuyucu için her problemin çözülünceye kadar izlenmesini sağlayan bir indeks görevi yapmaktadır. Bu sistem kayıt tutmaya; klinik karar verme işleminin 4 farklı yüzüne (veri derleme, problem formülasyonu, yönetim planı tasarımı, durumun incelenmesi ve gerekli ise planın yeniden düzenlenmesi) büyük katkıda bulunmaktadır. Bununla beraber problem odaklı hasta kayıtları Weed’in önerdiği şekliyle fazla zaman kaybına neden olduğu gerekçesiyle ilgi bulmamıştır.

Zaman ilerledikçe eğitimin gelişmesi ve bireysel özgürlüğün bilincine varılması durumu tıp mensuplarının ve onların tuttuğu hasta kayıtlarının dikkatlice incelenmesi konusunu gündeme getirmiştir.

Hasta kayıtları şimdilerde ihmal ya da yanlış tedavi gibi suçlamalarda kullanılmakta ve bazı ülkelerde hastalar tarafından okunabilmektedir. Bu iki gelişmenin olması ve kayıtların tıbbi işlemlerin denetiminde kullanılması; kayıtların tıp mensubu olmayan herkes tarafından kolay anlaşılabilir olmasına yol açmıştır ve her uygulamanın arkasındaki mantığın açıkça belirtilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Hasta kayıtlarında daha sonra ortaya çıkan gelişme hastanın kendi dosyasına sahip olmasıdır. Bu sistem ilk kez obstetrik ve çocuk sağlığı alanında kullanılmış, fakat daha geniş biçimde kronik hastalıklar için kullanılmaktadır. Bu sistem hekimin hastanın dosyasına gerekli bilgileri yazıp hastaya geri vermesinden başka bir şey değildir. Bu durum hasta kaydının kurumdaki doktor sahipliğinden hasta sahipliğine geçişidir. Bu sistemle ilgili birçok araştırma yapılmış ve değerlendirilmiştir.

**3**

# HASTA DOSYALARI HAKKINDA

# GENEL BİLGİLER

**GİRİŞ**

Hasta dosyası; hastanın sosyal-kültürel bilgilerinin ve hastanede kaldığı sürece kendisine kimler tarafından ne yapıldığının, niçin yapıldığının, nerede yapıldığının, ne zaman ve nasıl yapıldığının yazıldığı çeşitli formlardan oluşan doküman topluluğudur.

Hasta dosyaları aynı zamanda;

* Hastane ve personeli tarafından hastaya verilen bakımın somut bir kanıtı,
* Hastaya verilen hasta bakım kalitesinin en önemli göstergesi,
* Hekim ve hasta bakımı veren diğer sağlık personeli arasında iletişim sağlayan bir araç,
* Tıp eğitimi için önemli bir eğitim materyali,
* Bilimsel araştırmalar ve hasta bakım kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için en önemli veri kaynağıdır.

|  |
| --- |
| İyi bir hasta bakımı iyi bir hasta dosyası,yetersiz bir hasta dosyası iseyetersiz bir hasta bakımı anlamına gelir. |

Hasta dosyaları içerdiği bilgi nedeniyle hastanenin en değerli kaynağıdır. Ancak bir hasta dosyası doğru bilgileri içerdiği, usulüne uygun biçimde tutulduğu, sürekli yenilendiği ve gereksinim duyulduğunda kolayca ulaşılabildiği sürece yararlıdır. Kayıtlarla temas halinde olan herkes etiksel ve yasal gereklilikleri yerine getirmelidir.

Hasta dosyası her ülkede hasta bakım kalitesini ölçmek için kullanılacak en önemli veri kaynağı olarak kabul edilir. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada “Hastane Akredite Birleşik Komisyonu” da hastanede hasta bakım kalitesini ölçmek için tek kaynak olan hasta dosyalarının en üst düzeyde kaliteye sahip olmasını “olmazsa olmaz kural” olarak kabul etmektedir. Bu nedenle hastaneyi akredite etmek için gelen ekip, hastanede ilk önce hasta dosyalarına bakar, yetersiz bulursa başka hiçbir özelliğe bakmadan o hastaneyi akredite etmez ve hemen oradan ayrılır.

Hasta dosyası, hastanın bireysel dokümanı olmasına rağmen, aynı zamanda etiksel ve yasal birçok işlemleri de içeren bir dokümandır. Bu nedenle üçüncü kişilerin dosyaya ulaşma derecesi, dosyayı uygun koşullarda saklama ve imha usulleri gibi işlemler önemli ve göz ardı edilemeyecek noktalardır.

Hasta dosyası, bakım veren sağlık personelince düzenlenmesine ve hastanede saklanmasına rağmen, **içindeki bilgilerin tamamı hastanın kendisine aittir**. Bu nedenle son yıllarda hastanın kendisinin “kişisel dosya” düzenleme ve saklama yaklaşımı popüler hale gelmiştir.

Hasta dosyası iki sistemle organize edilir: Birincisi geleneksel olarak hasta bilgilerinin kağıt üzerine kaydedilerek hasta dosyasında saklanması ki bu sisteme bu kitapta **“klasik hasta dosyası”,** ikincisi ise, hasta bilgilerinin bilgisayara yüklenerek orada saklanması ki, bu sisteme de bu kitapta **“bilgisayar destekli hasta dosyası”** diyeceğiz.

Bilgisayar destekli hasta kayıtlarının kullanıma girmesi ile dosyanın düzenlenmesi, dosyanın içeriği, dosyanın saklanması ve dosyalara daha çabuk ve kolay ulaşılması sağlanmış ve dosyaların çeşitli amaçlarla kullanılma etkinliği çok büyük oranda artmıştır. Bu konuda ileride ayrıntılı bilgi verilmiştir. Burada kısaca şu önemli noktayı hemen belirtmekte yarar vardır: Klasik ve bilgisayar destekli sistemlerde hasta dosyası düzenleme mantığı ve beklentiler aynıdır. Tek fark birisinde el ile diğerinde bilgisayarla işlem yapılmasıdır.

Hasta dosyaları her ülkede farklı olabildiği gibi, aynı ülkede değişik hastanelerde değişik sistemlerde, değişik biçimlerde ve içerikte olabilmektedir. Bazılarında klasik hasta dosyaları kullanılırken, bazılarında bilgisayar destekli hasta dosyaları kullanılmaktadır. Klasik hasta dosyasını kullanan hastanelerde de biçimler, formlar ve içerikler farklı olabilmektedir.

Dosyalar bazı hastanelerde kliniklerde bazılarında ise ortak bir “hasta dosyaları bölümünde” saklanmaktadır. Kimi hastanelerde aktif dosyalar başka bir yerde, ölenlerin dosyaları ise başka bir yerde saklanabilmektedir.

### Etiksel ve hukuksal düşünce ve yaklaşımlar hasta dosyaları üzerinde bazı kısıtlamaların konmasını zorunlu kılmaktadır. Klasik hasta dosyalarını çok uzun süre saklamak ideal bir durum değildir. Yine bu dosyalara güvenli ulaşımı sağlamak da kolay değildir fakat bilgisayar destekli hasta dosyalarına göre daha kolay sağlanabilir. Örneğin, saklama yerinde önlem alınarak ilgisiz kişinin dosyaya ulaşımı önlenebilir. Önlem alınamasa bile içinden bilgi bulmak ve almak kolay olmayabilir. Bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde ise her türlü kısıtlamayı sağlamak mümkün olmayabilir.

Diğer yandan hasta dosyası, eski tarihlerde bir hekimin hastasında saptadığı bulguları ve yaptığı tedavileri yazdığı ve başka kimse tarafından kullanılmayan kayıtlardı. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren gelişmeye başlayan hasta dosyaları yirminci yüzyılda büyük gelişme göstermiş ve tıp bilimine, tıp uygulamalarına ve tıp eğitimine büyük ve önemli katkılarda bulunmuştur.

Modern tıbbın gelişmesinde, “hasta dosyaları” ve “ekip çalışmasının” önemi yadsınamaz. Aslında bu ikisi arasında büyük etkileşim bulunmaktadır ve birbirinden ayırt etmek de mümkün değildir. Çünkü hasta bakım hizmetleri ekip çalışmasını gerektirmektedir. Ekibin her elemanı kendi bilgilerini, gözlemlerini, çalışmalarını ve deneyimlerini hasta dosyasına yazmış ve ekibin diğer elemanları bu dosyayı okuyarak diğerleri ile bilgi alış verişinde bulunmuştur. Bu da modern tıbbın gelişmesini hem çabuklaştırmış, hem de kolaylaştırmıştır. Bu nedenle hasta dosyaları modern tıbbın gelişmesine katkıda bulunmuş ve modern tıp da hasta dosyalarının gelişmesine katkıda bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, tıbbın gelişmesi hasta dosyalarının doğasını, yapısını ve kullanım biçimini önemli derecede değiştirmiştir.

Diğer taraftan hasta dosyasına yazılan her bilginin kimin tarafından yazıldığının belirtilmesi zorunludur. Bilgiyi yazan birey yazdığı bilgiden sorumludur. Yazılan bilgi yanlış bile olsa başka birisi bu bilgi üzerinde değişiklik yapma yetkisine sahip olmamalıdır.

**VERİ GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ**

Veri güvenliği, klasik ve bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemlerinin her ikisinde de önemle dikkate alınacak bir konudur. Özellikle bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde daha da önemlidir. Çünkü önlem alınmadığı sürece ilgisiz kişilerin ulaşmasını önlemek ve verilerin güvenliğini sağlamak mümkün olmayabilir.

Klasik hasta dosyaları sisteminde hasta dosyası saklanabilirse dosyadaki veriye ulaşmak mümkün olmayabilir.

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde ise özellikle bilgisayar kullanabilen ya da bilgisayar hakkında bilgili olan hastalar bu konuda daha duyarlı davranmaktadır.

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde olması istenilen iki önemli durum vardır: Birincisi hastanın ve bakım veren bireylerin mahremiyeti mutlaka sağlanmalıdır. İkincisi ise, veri ve yazılımlar tahrifat ve tahribatlara karşı korumalı olmalıdır. Kısaca bu iki duruma sistem güvenliği ve veri güvenliği adı verilmektedir. Sistem güvenliği ilgisiz kişilerin bilgisayardaki bilgi sistemlerine ulaşmasını önleyici tedbirler almak, veri güvenliği ise verinin ilgisiz kişilerin bilerek ya da bilmeyerek sebep olabilecekleri zararlardan korunması şeklinde tanımlanmaktadır.

Alınabilecek güvenlik tedbirlerinden bazıları şunlardır:

1. Kaydın yazarını tanımlamak için çok güvenilir bir yöntem kullanılmalıdır (elektronik imza gibi).
2. Kaydı yenilemek mümkün olmalı fakat eski bilgilerin silinmesi önlenmelidir.
3. Eğer kayıt çok sayıda meslek elemanlarınca değişik amaçlar için kullanılacaksa bazı bilgilerin bazı kullanıcılardan saklanması için önlem alınmalıdır. Hangi verilerin saklanacağı hasta ile birlikte kararlaştırılmalıdır. Örneğin, hasta çocukken tecavüze uğramışsa bu durum dosyada yazılmalı fakat sadece kendisi ile hekimi arasında kalmalı, başkaları hastanın izni olmadan bu bilgiye ulaşamamalıdır.
4. Elektronik sağlık kayıtları yasa/kural dışı kullanıma karşı güvence altına alınmalıdır.
5. Mümkün olabilecek oranda bilgisayara girilen veri seti ile ilgili uluslararası bir fikir birliği sağlanmış olmalıdır. Örneğin, tarih ve saat, zaman kuşağı, bakımı verenin kimliği (kişi numarası, adı, pozisyonu, yeterlik düzeyi, fiziksel yerleşim, telematik adres gibi), kullanılan kodlama sistemi, bilginin sahibinin tanımlanması, kimlerin bilgiye ulaşabileceği gibi.

###

### 4

### HASTAYA

### YAPILAN İŞLEMLER İÇİN

### TUTULAN KAYITLAR

### GİRİŞ

### Hasta dosyası hastanın ilk kez hastaneye başvurmasında hastaya verilen özel bir dosya numarası ile oluşturulur. Hastanın sonraki her başvurusunda bu dosya işleme girer.

### Hastanın her başvurusunda hastanın muayenesi için gerekli olan çeşitli formlar ilgili personelce doldurulur. Sonra bu formlardaki bilgiler analiz edilerek hastaya tanı konur. Tedavi işlemleri başlatılır, sonuçlandırılır ve dosya hasta dosyaları bölümüne gönderilir.

### Hastaya yapılan laboratuvar tetkikleri, konsültasyon, yatış işlemleri, günlük yapılan işlemler ve hemşire bakımı için farklı formlar kullanılır. En sonunda tüm bu formlar hastanın dosyasında birleştirilerek hastanın hastane ile ilişkisi bittiğinde hasta dosyaları bölümüne gönderilir. Bu bölümde gerekli işlemler yapıldıktan sonra, rafa kaldırılarak sonraki kullanımlar için hazır bekletilir.

### Hastanın hastaneye başvurusu ile başlayacak olan işlemler ve kullanılacak formlar aşağıda belirtilmiştir. Hasta dosyalarının içeriği ülkeden ülkeye, hastaneden hastaneye ve branştan branşa değişiklik göstermesine rağmen genellikle şu formlar ve bilgileri içerir:

1. **Tanıtıcı Bilgiler (Demografik Bilgiler)**

### Bu bilgiler; hastanın kimliği, oturduğu yer, adres, doğum tarihi (yaş), cinsiyet, eğitim, meslek, medeni durum, telefon numarası, sosyal güvencesi, dil, ırk, din, mezhep, acil durumlarda ilişki kurulacak bireylerin bilgilerini içerir.

### Bu bilgiler dosya ilk açıldığında alınır ve kişinin sonraki gelişlerinde değişiklik varsa düzeltilir.

1. **Öykü**

### Her başvuruda; bu başvuru ile ilgili yakınma, hastalığın başlaması ve seyri, görülen semptomlar vb. soruları içeren öykü alınır. Bu konuyla ilgili “Öykü Alma” Bölümünde ayrıntılı ve kapsamlı bilgi verilmiştir.

1. **Fizik Muayene ve Laboratuvar Testleri Bulguları**

Hekim tarafındanmuayeneedilen hastada saptanan fiziksel ve ruhsal bulgulardır. Gerek görürse hekim hastaya CBC, biyokimya, patoloji, mikrobiyoloji, EKG, EEG, röntgen ve gerekli diğer testleri yaptırır.

Fizik muayenede hekim iki değişik tipte bulgu elde eder. Birincisi sayısal tip bulgular kantitatif (nicel) örneğin, kolesterol düzeyi 220 mg/dl, kan basıncı 140/85 mmHg gibi. İkinci grup ise nitelik tipte bulgulardır kalitatif (nitel). Örneğin,“bilinci açık ya da kapalı gibi.

Hastaya yapılan tüm testlerin sonuçları dosyaya kaydedilir. Gerekli ise raporlar da dosyaya konur.

### Hastada saptanan risk faktörleri de dosyaya kaydedilir.

1. **Değerlendirme ve Tedavi Planı**

### Hekim; öykü, fizik muayene ve laboratuvar testlerinden elde edilen bilgi ve bulgularla bir değerlendirme yaparak hastaya tanı koymaya çalışır. Bu bulgularla bir kanıya varamazsa, ileri tetkikler yaptırır. Tanı koyduktan sonra tedavi işlemlerini planlar.

### Tedavi planında; ilaçlar: miktarı, sıklığı, dozu ve yedek ilaçlar belirtilir.

### Burada hekim hastanın hastaneye yatırılmasını istiyorsa hasta, hasta kabulden servise çıkarılır ve hemşireye teslim edilir.

1. **Hemşire Notları**

Hastayı teslim alan hemşire hasta dosyasına hemşire notlarını sonradan eklemek üzere hastanın yatağı başındaki dosyaya hemşire gözlem kağıdını, ateş nabız ve tansiyon ölçümü için grafik kağıdını ekler ve hasta taburcu edilinceye kadar bu formları doldurur.

Hemşire gözlem kağıdına hastanın nasıl kabul edildiğini de yazar.

1. **Hekim İstek (Order) Notları**

Hasta yattıktan sonra hekim ya da asistanları hastaya yapılmasını istedikleri hususları yazılı ve ayrıntılı olarak bu forma yazarak hemşireyi yapacağı işlemler hakkında yönlendirir. Bunun yanında kendileri de hastaya ilgili soruları sorarak bu forma notlarını yazarlar.

1. **Gelişme (Progress) ve Hemşire Notları**

Hastanın günlük gelişmesi ya da gidişatı ayrıntılı olarak bu forma kaydedilir. Bu notları hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, farmakolog ve diğerleri yazabilir. Hastanın tedaviye yanıt verme, tedaviye uyum durumu gibi notlar tarih sırasına ve olaylar sırasına göre kaydedilir ve dosyada saklanır.

1. **Laboratuvar Formları ve Sonuçları**

Hasta yatmadan önce poliklinikte yapılmış olan laboratuvar sonuçları ve yattıktan sonra istenen testlerin formları ya da sonuçları hasta dosyasına eklenir.

1. **Konsültasyon Notları**

Hastaya konsültasyon istenmişse, konsültasyona gelen hekimin gözlemleri, işlemleri ve önerileri tarih ve hekimin isim ve imzası ile dosyaya konur.

1. **Ameliyat, Yoğun Bakım ve Diğer Notlar**

### Tedavi/ameliyatlar için yazılı izinler, ameliyat ve yoğun bakım notları yazılır ve dosyaya eklenir.

1. **Çıkış Notu**

Hasta taburcu olurken hekim ya da asistan hastanın hastanedeki misafirliği süresince gözlenenler ve yapılanlar hakkında çıkış notu yazar.

**YAZIM KURALLARI**

### Hasta dosyalarına yazılan her not silinemez kalemle yazılmalı ve işaretlenmelidir. Yanlışlığın düzeltilmesi için yanlış yazılan kısmın üzeri tek çizgi ile işaretlenmeli, doğrusu yanına yazılmalı ve paraf edilmelidir. Tüm formlar imzalanmalıdır. Elektronik kayıtlar da elektronik imza kullanılmalıdır.

**5**

**HASTA DOSYALARINDAN**

 **BEKLENEN ÖZELLİKLER**

**GİRİŞ**

Hasta dosyaları çok sayıda özelliğe sahip olmalıdır. Bu özellikler aşağıda tanımlanmıştır. Bu özellikleri taşıyan hasta dosyaları **kaliteli** olarak nitelendirilir. Kaliteli hasta dosyasına sahip olan bir hastanede hasta bakım kalitesinin de yüksek olduğu kararına varılır.

Hasta dosyaları ister klasik ister bilgisayar destekli olsun, aşağıda belirtilen özellikleri taşımalıdır:

1. Hasta dosyası içindeki kayıtlarla tam ve yapısal bütünlüğe sahip olmalıdır:

Tam bir hasta dosyası en azından aşağıda belirtilenleri içermelidir:

1. Kapak sayfası
2. Çıkış özeti
3. Öykü
4. Fizik muayene bulguları
5. Laboratuvar, röntgen ve diğer tetkiklerin bulguları
6. Gelişme notları ve hekim istekleri (order)
7. Konsültasyon notları
8. Ameliyat notları, bilgilendirme ve izinler
9. Tedavi planı ve dokümanları
10. Hemşire notları: ilaç ve grafikler
11. Sosyal hizmet bölümü çıkış notları
12. Acil servis notları

Her hastanın her formuna ve dokümanına tarih yazılmalı ve dolduran kişiler tarafından imzalanmalıdır.

1. Forma yazılan her bulgu için biliniyorsa nedenleri yazılmalıdır.
2. Hastaya konulan tanı çok açık ve iyi tanımlı olmalıdır:

Örneğin, hastalığın akut mu, kronik mi olduğu, anatomik bölgesi, biliniyorsa etiyoloji, hastalığın birlikte bulunduğu durumlar (örneğin gebede sistit gibi) belirtilmeli, “malignancy, kitle, travma” gibi tanımsız ifadelerden kaçınılmalıdır. Bu konuda ileride “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” Bölümünde kapsamlı bilgi verilmiştir.

1. Ölüm nedeni olarak mutlaka ölüme neden olan temel hastalık/durum belirtilmelidir:

Kardiyak arrest, solunum yetmezliği, kalp yetmezliği, beyin kanaması gibi hastanın öldüğü son durum tek başına yazılmamalıdır. Bu konu ile ilgili ileride “Ölüm Nedeni Yazım Kuralları” Bölümünde kapsamlı bilgi verilmiştir.

1. Hastaya olabilecek olası risk faktörleri varsa belirtilmelidir.
2. Tanı ve tedavi işlemlerinde değişiklikler yapılmışsa nedenleri ile birlikte belirtilmelidir.
3. Hastanın istenenlere uyum göstermesi çok önemli bir konudur. Eğer hasta uyumsuzluk gösteriyorsa nedenleri ve ne gibi önerilerde bulunulduğu belirtilmelidir.
4. Hasta dosyaları zamanında düzenlenmeli ve her yapılan işlem, elde edilen sonuç vakit kaybetmeden ilgili forma işlenmelidir.
5. Hasta dosyaları doğru olmalıdır:

Hasta ile ilgili tüm bilgilerin tamamen objektif olarak kayıtlara işlenmesi anlamına gelir. Dosya her istenileni kanıtlayabilmelidir.

1. Hasta kayıtları güvenilir olmalıdır:

Kayıtlara işlenen bilgilerin birbirleriyle tutarlı olması ve yapılan değişikliklerin gerekçeleri ile ilgili formlara işlenmesi gerekir. Düzeltme yapılırken eski yazılan kısım silinmez, karalanmaz sadece üzerine tek bir çizgi çizilir.

1. Hasta dosyalarının gizliliği sağlanmalıdır:

İlgisiz kişilere, ilgisiz kişilerin ulaşmasına ve yapılacak değişikliklere karşı korumalı olmalıdır. Koruma için önlem yöntemleri örneğin; giriş denetimi, kullanıcı kontrolü ve diğer önlemler belirlenmelidir.

1. Hasta dosyaları kullanılabilir olmalıdır:

Dosyaların yeri belirli olmalı, her arandığında bulunabilmeli ve hiçbir şekilde hastane dışına çıkarılmamalıdır.

1. Hasta dosyaları aktarılabilir (transfer) olmalıdır:

Kayıtlar bir sistemden diğerine, bir teknolojiden diğer bir teknolojiye hiçbir özelliğinde değişiklik olmadan aktarılabilmelidir.

1. Hasta dosyaları çok okunaklı yazılmalıdır:

Hasta dosyası tek bir kişinin denetimi altında olmadığı ve her personel tarafından kullanılabilir olduğu için her forma el yazısı ile yazılan her notun çok okunaklı olması önemlidir. Okunamayan not kimseye bir mesaj veremeyeceği için yararsız olduğu gibi hastaya zarar da verebilir.

1. Hasta dosyalarının işi bitince hemen hasta dosyaları bölümüne gönderilmeli, kilitli çekmecede, kilitli odada veya bulunamayacak başka bir yerde saklanmamalıdır.

# 6

# HASTA DOSYALARININ

# YARARLARI

## GİRİŞ

Hasta dosyası klinik hasta bakım kalitesini destekleyen önemli bir araçtır. Hasta dosyaları bireye ve topluma sağlanan hizmetlerde çok önemli rol oynamaktadır.

Hasta dosyalarının birincil amacı, bireysel hasta bakımını desteklemektir. Klasik hasta dosyaları bu görevi bilgisayar destekli hasta dosyalarına göre daha iyi yerine getirmektedir. Çünkü bilgisayar destekli hasta dosyaları genellikle; fatura düzenlemek, araştırma yapmak, denetim yapmak ya da yönetim planlama işlemlerini desteklemek için düzenlenmektedir. Bu tür düzenleme klinik kullanım için hem uygun değildir hem de yetersizdir.

Hasta dosyalarının rolü ile ilgili en kapsamlı görüş Shortliffe EH et al.28 aittir. Bu görüşler aşağıda verilmiştir:

1. Klinik Bilimsel Araştırmaların En Büyük Destekçisi ve Veri Kaynağıdır:

 Hasta dosyaları bilimsel araştırmaların veri kaynağıdır. Örneğin, geriye dönük bir çalışma yardımıyla herhangi bir hastalık ile risk faktörleri arasında ilişki aranabilir. Yine, herhangi bir hastalığın epidemiyolojik faktörlere göre de (yer, zaman ve kişi karakterleri) dağılımları yapılabilir.

1. Tıp Eğitimini Destekler:

Hasta dosyaları tıp ve ilgili diğer meslek öğrencilerinin eğitiminde kullanılan en canlı eğitim materyalidir. En değerli kitaptan ve literatürdeki mevcut makalelerden daha etkin ve daha yararlıdır.

1. Karar Destek Sistemini Destekler:

Karar destek sisteminde hasta dosyaları veriyi sağlayan kaynak olarak yaşamsal öneme sahiptir. Bu konuda geliştirilmiş bilgisayar programları mevcuttur.

1. Yasal İşlemlere Yardımcı Olur:

Hasta dosyaları yasal sorumluluk ve iyi klinik uygulamalar etiğinin temelidir. Hastaların, bakım hizmeti konusundaki herhangi bir suçlaması nedeniyle hasta bakım hizmeti veren personel ile ilgili olarak yapacağı şikayet için en önemli ve tek kanıttır. Mahkeme hasta dosyasını inceleyerek hastanın suçlamasının doğru olup olmadığına bu sayede karar verir.

1. İletişimi Destekler:

Klinik hasta bakımı değişik branşlardan bireylerin paylaşımı ile gerçekleştirilen bir işlemdir. Bu nedenle bu değişik branşlardan bireyler hasta dosyasının kendileriyle ilgili kısmını yazarak diğerleriyle bilgi paylaşımında bulunmaktadırlar.

Bilgi paylaşımı, bilgisayar destekli hasta dosyaları kullanıldığında sadece o hastane ile sınırlı kalmaz, diğer hastanelerle hatta ülke çapında iletişimi kolaylıkla sağlayabilir. Klasik hasta dosyaları sisteminde ise sadece o hastanedeki dosyalara başvurularak bilgi alınabilir.

Hasta dosyaları aynı zamanda çok önemli hatırlatıcı ya da bilgi tazeleyici rol oynar. Hastaya bakım yapan bireyler hastada hangi bulguların saptandığını, hastaya ne zaman nelerin yapıldığını, nelerin yapılmadığını akıllarında sürekli tutamazlar. Aynı biçimde hasta da kendisinde hangi bulguların saptandığını ve kendisine nelerin yapıldığını hem aklında tutamaz hem de çoğu kez bilemez. Hasta dosyaları bu konuda çok önemli hizmet verir.

Hasta dosyalarının temeli hastalara bakım veren personelle iletişimdeki rolüdür. Rector AL et al.29 bilgi paylaşımından beklenen temel istemleri şöyle özetlemektedir:

* 1. Olaylar, nedenler, etkiler arasındaki ve kanıtlar ve karşı kanıtlar arasındaki ilişkileri göstermek.
	2. Klinik bakım için gerek duyulan bilgiyi ve bilgiye dayalı karar sistemini desteklemek.
	3. Kullanıcı tanımlı uzantıları sistematik olarak kabul

etmek.

* 1. Heterojen bilgi sistemleri arasındaki bilgi değişimini

gerçekleştirmek.

Son zamanlarda hastanın kendisinin özel bir dosyaya sahip olması görüşü ağırlık kazanmaktadır. Böyle olmasa bile hasta dosyasını okumak hakkına her zaman sahip olmalıdır. Bu duruma yönelik olarak hasta bakım hizmeti verenler hastanın yazılanları kolayca okuması ve anlaması için yardımcı olmalıdırlar. Bu özellik de iletişim için ayrı bir olanaktır.

1. Tıbbi Denetime Yardımcı Olur:

Tıbbi denetim tıp biliminin gelişmesinde önemli bir işlemdir. Klinisyenler yönetim kararı, tıbbi karar verme ve tedavi sonuçlarında etkili olabilecek faktörler üzerinde çalışmak durumundadır. Bu işlemde de bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi çok yararlı olabilecektir.

1. Yönetim İşlemlerini Kolaylaştırır:

Bir kuruluş belirlenen amaçlara göre bir kısım fonksiyonların bir araya getirilmesinden oluşan bir işletmedir. Bu işletmenin kendisinden beklenen fonksiyonları, amaç ve hedefleri yerine getirip getirmediğini anlamak için önce veri derlenir, sonra sorunlar saptanır ve sonra da düzeltme işlemlerine girişilir. Hasta dosyaları önemli bir veri kaynağı olarak yöneticinin her zaman yanında yer alır.

1. Gelecekteki Sağlık Problemleri ve Faaliyetleri Hakkında

Önceden Bilgi Sahibi Olmamızı Sağlar:

Bu konuda bilgisayar destekli hasta dosyaları, klasik dosyalara göre; standart bilgi taşıması, veriye daha çabuk ulaşması ve daha çok sayıda veri ile çalışma olanağı sağlaması bakımından avantajlıdır. Ancak klasik dosyalardan da bu tür veriler güç olsa da alınabilir.

1. Koruyucu Önlemlerin Tanımlanmasına Yardımcı Olur:

Hasta dosyalarındaki yazılı bilgiler koruyucu önlemlerin saptanmasında önemli bir veri kaynağıdır. Hastalarda görülen semptomlar ve belirtiler taranarak elde edilen bilgilerle diğer bireylerin bu hastalıktan korunma yollarının aranması sağlık alanında önemli bir gelişmedir. Örneğin, elde edilen bilgilerden hareketle hastalığın en fazla görüldüğü zaman dilimi, yer, bireysel karakteristikler ve özellikler öğrenilebilir.

1. Beklenen Trendden Olan Sapmaları Tanımlar:

Tıp alanında çok sayıda seriler halinde ölçümler yapılarak hastalığın belirli bir zaman diliminde nasıl bir trend sergilediği öğrenilebilir. Veriler uygun bir şekilde bir grafikte gösterilirse herkes olayın belirli bir zaman diliminde nasıl bir trend gösterdiğini de kolaylıkla anlayabilir. Örneğin, kan basıncı değişimi, çocuk gelişim süreci gibi.

1. Sağlık Personelinin Etkinliğinin Artırılmasına Yardımcı Olur:

Hasta dosyalarındaki bilgilerin sürekli incelenmesi hasta bakımı veren personelin bilgi düzeyini artırır ve önceki bilgi ve düşüncelerin değiştirilmesine neden olabilir. Örneğin, önceleri normal değer olarak kabul edilen bir testin, derinlemesine incelenmesi sonucu normal olarak kabul edilen sınırları değişebilir. Örneğin, herhangi bir hastalığa özel olarak bilinen semptomların sadece bu hastalığa özel olmadığı dosyaların incelenmesiyle ortaya konulabilir.

1. Mesleksel ve Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesini Sağlar:

Hasta bakım kalitesini ya da klinik yeterliği sürekli değerlendirmek için gerekli olan veri hasta dosyalarından elde edilir. Hasta dosyası hekimin aynasıdır.

1. Tıbbi Bilgi Temeline Erişim Sağlar:

Bu özellik genelde bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde daha çok önem kazanmaktadır. Binlerce, milyonlarca dosyaya kısa zamanda erişme olanağı vardır. Klasik hasta dosyaları sisteminde ise çok sayıda dosyaya erişim hem çok zaman alıcı hem de pahalı bir işlem olabilir.

1. Gelecekteki Dosyalama Sisteminin Geliştirilmesine Yardımcı Olur:

Gelecekteki dosyalama sistemi, gelişen teknoloji ve bugünkü dosyalama sisteminin eksiklik, fazlalık, iyi çalışan ve çalışmayan özellikleri üzerinden elde edilen bilgi ve deneyimler üzerine yapılandırılacaktır.

1. Hastanın Kendisi ve Ailesi İle İlgili Her Türlü Bilgiler Bu Dosyadan Elde Edilebilir:

Hasta dosyaları her zaman klinik uygulamanın temelini oluşturur. Öykü dahil hasta bakımı ile ilgili bulguların ve yapılan işlemlerin dökümünü verir. Buna ek olarak hasta/hekim ilişkilerinin öğrenilmesine yardımcı olur.

**7**

**HASTA DOSYALARININ**

**EĞİTİMDEKİ ROLÜ**

**GİRİŞ**

Hasta dosyaları sisteminden beklenen en önemli özelliklerden birisi tıp eğitimi için kullanılabilecek en canlı eğitim materyali olmasıdır. Klinik bilgilere hasta dosyaları yardımıyla ulaşımın kolaylaşması, günümüzde “kendi kendine öğrenme” ve “probleme dayalı öğrenme” yöntemlerini, klasik öğrenme yönteminin yerine geçirmiştir. Öğrencinin “temel bilimler” ve “klinik bilimler” entegrasyonunu sağlayabilmesi için kolay ve çabuk ulaşılabilir ve yeterli bilgi içeren hasta dosyalarına gereksinimi vardır. Böylece öğrenci temel bilimlerden aldığı genel bilgi ile klinikte karşısına çıkan gerçek sorunları birleştirerek bir sentez yapma olanağına kavuşur.

Tıp eğitiminde ideal yaklaşım, hekimlerin ve öğrencilerin bilgilerini sürekli yenileyebilecek olanağa kavuşturmak olmalıdır. Bu nedenle bilgiye çabuk ulaşım büyük öncelik almaktadır. İleri düzey bilgiye gerek literatürden gerek hasta dosyalarından kavuşma becerisi de temel ve öncelikli özelliklerden birisi olmalıdır. İyi kaliteli hasta dosyaları bu yönde hem ders kitaplarından hem de makalelerdeki yazılı bilgilerden daha canlı, daha taze ve daha yararlı olabilir.

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi, tıp eğitiminde öğretim üyelerine ve öğrencilere yeni olanaklar sağlamıştır ve sağlamaktadır. Bu gerçek yadsınamaz. Ancak şu gerçekte hiçbir zaman akıldan çıkarılmamalıdır: **“Kaliteli hasta dosyası tutmak ve onu ulaşılır biçimde saklamak bir hastanenin en önemli görevidir.”** Bilgisayar, bu dosyalardaki bilgiye daha kolay ulaşılmasını sağlarken, **hiçbir zaman kalitesiz bir dosyayı kaliteli hale getiremez.**

Bu nedenle klinisyenler, öğrenci ve asistan eğitimlerinde hasta dosyasının ne şekilde kaliteli olacağını ve bu yönde kendilerine ne gibi görevler düşeceğini açık, örnekleriyle ve uygulamalı olarak göstermelidir. Dahası, tıp öğrencileri hasta dosyaları ve sistemleri konusunda daha temel bilimlerde iken teorik ve uygulamalı olarak eğitilmelidir. Hekim ne kadar bu konuya yakın ve bu konuda bilgili olursa ve sistem ne kadar uygun düzenlenirse, hasta dosyalarının kalitesi ve uygun kullanımı da o oranda artar.

Burada önemli bir noktayı daha vurgulamakta yarar vardır: Kimi hekimlerin günlük yoğun işleri arasında, hasta dosyasına çok sayıda bilgiyi yazması; usandırıcı, can sıkıcı hatta angarya bir iş olarak kabul ettiği herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Hekimin, yüksek düzeyde kaliteli bir hasta dosyasının yüksek kaliteli hasta bakımı vermek için ne kadar önemli olduğuna inandırılması ve bu konuda kendisine düşen önemli görevlerin anlatılması durumunda hasta dosyalarının kalitesinin yükseleceği bir gerçektir. **Bu eğitimin birinci sınıftan başlaması, her sınıfta tekrarlanması ve klinik stajlarda denetlenmesi uygun bir yaklaşım olabilir.**

Klasik hasta dosyası tutma sisteminin öğrenci eğitiminde çok zengin içeriği nedeniyle yararlı olduğu fakat bilgiye ulaşmanın zor olduğu herkes tarafından kabul edilmektedir. Bilgisayar destekli hasta dosyası bu amaç için daha uygundur. Ancak sistemin bilgi almayı kolaylaştıracak düzende olması yaşamsal önem taşır. Başka bir anlatımla, sistem sadece fatura düzenleme için olmamalı, gereksinim duyulan her türlü bilgiye kolay ulaşımı sağlayabilmelidir.

Buna ek olarak, her iki dosya sisteminde de düşük kaliteli bilgi; klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, klinik denetim ve ekip paylaşımı olanağını da sağlayamamaktadır.

Eğer aşağıda sayılan özellikler yerine getirilebilirse, basit bir bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi öğrencilerin hasta dosyalarının potansiyel yararlarını anlamalarına yardımcı olabilir. Bu sistem rutin yönetimsel işleri ve klinik karar verme işlemlerini de (uygun literatür, grafik, resim ve film arşivi, standart veri seti ve önerilen yazılımlar) yerine getirebilir. Ayrıca klinik araştırmalar ve veri analizine de yardımcı olabilir.

**İstenen Özellikler:**

1. Bilgisayar destekli hasta dosyaları tıp eğitiminin gelişimine des-

tek olmalı, özellikle kendi kendine öğrenme ve probleme dayalı öğrenmeyi sağlamalıdır.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyaları ilk yıllardan itibaren öğrenci-

lerin ulaşabileceği ve kolay kullanabileceği biçimde düzenlenmelidir.

1. Gizliliği sağlamak ve veriyi korumak için gerekli önlemler alınmalıdır. Örneğin, kayıtlarda bireyin kişiliği saklanabilir.
2. Bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi öğrencilere zengin

bir kaynak sunabilmelidir. Klinisyenler, araştırıcılar ve eğitimciler öğrencileri bu kaynağı kullanmak için yüreklendirmelidir. İstatistiksel analize uygun olmalıdır.

1. Veri kalitesi ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişki öğrencilere

gösterilmeli ve öğrenciler hastaya ilişkin verinin sorumluluğu hakkında uyarılmalıdır.

1. Bibliyografik veri tabanı ve karar destek araçlarına doğrudan

 (direkt) ulaşım sağlanmalıdır.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyaları eğitim yazılımları ile

etkileşim içinde olmalı ve iyi klinik bakım için uygunluk ve destek verebilmelidir.

Bu bölümün yazılmasında 17 nolu kaynaktan yararlanılmıştır

**8**

**KLİNİK YETERLİK**

**ve**

**HASTA DOSYASI**

# GİRİŞ

Bu bölümün amacı klinik yeterlik hakkında okuyucuya geniş ve kapsamlı biçimde bilgi vermek değildir. Amaç; diğer konularda olduğu gibi, klinik yeterlik değerlendirmelerinde de **“hasta dosyaları”nın önemini vurgulamak ve klinik yeterlik ile hasta dosyalarının ilişkisini göstermeye çalışmaktır.**

**KLİNİK YETERLİK TANIMI**

Klinik yeterliğin herkes tarafından kabul edilecek bir tanımı bulunmamaktadır.

Klinik yeterlik ve bileşenlerinin uygun biçimde tanımlanması; tıp eğitimi programının yeterliğinin ölçülmesinde, tıp eğitimi sonunda ve uzmanlık eğitiminde asgari yeterlik düzeyinin saptanmasında ve hekimin verdiği hasta bakım kalitesinin ölçümünde çok önem taşıyan bir husustur.

Uzun yıllardan bu yana; tıp eğitimcileri, eğitimle ilgili komisyonlar, uzmanlık dernekleri ve kuruluşları, tıp mesleğinin içinden ve dışından olan herkes hasta bakımı ile ilgili olarak sağlık personelinden neler beklendiğinin belirlenmesinin önemini vurgulamışlar ve klinik yeterliği tanımlamak için çaba göstermişlerdir. Klinik yeterliği tanımlama girişiminde bulunan çok sayıda bilim adamı vardır. Bunlardan birkaçının tanımlarını inceleyelim:

McCormick10: “Bir doktorun çok sayıda kaliteli özelliğe sahip olması beklenir. Bunlar arasında “klinik yeterlik” ten daha önemlisi olamaz. Klinik yeterlik, doktorun hastasında ne sorun olduğunu bulma ve uygun girişimde bulunma yeteneğidir”.

Barrows et al.11: “Tedaviye başlamadan önce doğru bir tanı koyup hastanın neyi olduğunu öğrenmeden hastayı tedavi etmek mümkün değildir”.

Burg et al.12: “Bir doktor hastalığa isabetli tanı koyuyor ve hastaya iyileştirici/geliştirici girişimlerde bulunuyorsa bu doktorun bilgili, doğru düşünüp karar veren, becerikli ya da deneyimli olduğu ve bu nedenle klinik yeterliğe de sahip olduğu kabul edilir”.

Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimini Akredite Komisyonu (Accreditation Council for Graduate Medical Education)15 : “İletişim, bilgi, teknik beceri, klinik kanıt, duygu, değerler ve düşünme kavramlarını, hizmet edilen birey ve toplum yararına akla uygun ve sürekli olarak kullanmadır.”

Yeterlik; temel klinik beceriler, bilimsel bilgi ve moral gelişim üzerine kuruludur. Aşağıdaki fonksiyonlardan oluşur:

1. Kavrama fonksiyonu:

Gerçek yaşam problemlerini çözmek için bilgi kazanımı ve kullanımı,

1. Bütünleştirici fonksiyon:

Klinik kanıtta biyomedikal ve psikososyal verinin

kullanımı,

1. İlişkisel fonksiyon:

 Mesai arkadaşları ve hastalarla etkin iletişim,

1. Etkileyici moral fonksiyon:

Becerileri akla uygun ve insancıl biçimde kullanma için istek, sabır ve duygu bilinci.

## Avrupa İyi Sağlık Kayıtları (Good European Health Records) dokümanı17 yeterliğin bileşenlerini şöyle tanımlamaktadır:

1. Entellektüel, psikomotor ve bireyler arası becerileri kullanarak

istikrarlı biçimde görev seçimi ve uygulama yeteneğine sahip olmak

Yeterli bir hekimin seçeceği görevler bir liste halinde aşağıda verilmiştir. Her görevin önemi, şartlara ve içeriğe göre değişebilir. Fakat burada sıralanan her görev **yapılandırılmış, geniş kapsamlı bir hasta dosyası ile doğrudan ilişkilidir.**

* + Tedavi ve rehabilite edici bakım vermek
	+ Sağlığı geliştirmek
	+ Koruyucu hizmetleri organize etmek
	+ Sağlık eğitimi aktivitelerini planlamak, organize etmek ve

değerlendirmek

* + Toplum kuruluşları ile işbirliği yapmak
	+ Araştırmalara katılmak
	+ Hizmetlerini ve kaynaklarını yönetmek
	+ Sağlık ekibinin diğer üyelerini eğitmek
	+ Sağlık bakımı veren ekiplere katılmak ve yönetmek
	+ Kendi kendine eğitim işlemlerini organize etmek
	+ Kalite güvence ve bireysel değerlendirme işlemleriyle

 uğraşmak

1. İstikrarlı biçimde moral ve kişilik tutum/davranışı sergilemek

Hekimin her türlü tutum/davranışı yerel örf ve adetlere uygun olmalıdır. Hekimden beklenen bu tutum/davranışlar yeterliğin temel unsurlarıdır. Bu tutumlardan herhangi birisinin eksikliği klinisyeni yeterlikten uzaklaştırabilir:

* + - * Kişi olarak hekim şunları sergilemelidir:

Dürüst ve mert olmalı

Kendi karakterinin, duygularının, düşüncelerinin ve diğer

 özelliklerinin farkında olduğunu sergilemeli

* + - * Hasta hekim ilişkilerinde şunları sergilemelidir:
			* Empati (Duygu sezgisi) kurmalı
			* Hastanın kişiliğine, fikirlerine ve kendisini yönetmesine saygı duymalı
			* Gizlilik kuralına sadakatle uymalı ve güven vermeli

Bunlara ek olarak klinisyen aşağıda verilen özellikleri de taşımalıdır:

* + - * Geri bildirimi olgunlukla karşılamalı
			* Her göreve hazır olmalı
			* Esnek olmalı
			* Azimli ve gayretli olmalı
			* Sorumlu olmalı
			* Dayanma gücüne sahip olmalı
			* Doğru, gerçekçi, sağ duyulu, namuslu, güvenilir, duyarlı ve toleranslı olmalı.
1. Bilgi, tutum/davranış ve beceri

Bu özellikleri hem klinik hekimleri, hem de sahada çalışan pratisyen hekimler sergilemelidir. Bu özellikler için aşağıda verilen Miller’in şekline (Şekil 1) bakılmalıdır.

Yukarıdaki özellikler klinik yeterliğin tamamı değil fakat bir kısım parçalarıdır:

**Bu özelliklere sahip olan klinisyen doğal olarak bu özellikleri hasta dosyalarına da yansıtacaktır.** Bu özelliklerle yazılmış bir dosya klinisyenin klinik yeterliğini ve diğer tüm hizmetleri ölçmek için yeterlidir.

Bir klinisyen, hasta dosyasına önceden yazılmış olanları kesinlikle ortadan kaldırmamalıdır. Önceki yazılanlara açıklama getirmek, yeniden yorumlamak, eleştirmek ve değiştirmek istiyorsa bunları usulüne göre yapmak bilgi ve becerisine sahip olmalıdır. Klinisyen hastayı mümkün olan oranda bilgilendirilmeli ve hastanın belirli oranda kendi dosyasına ulaşabilmesini sağlamalıdır. Dosyayı okunaklı yazmalı ve anlaşılmaz dil kullanmamalı, gizlilik/güven ve dosyaya kimin ulaşabileceğini tanımlamalıdır.

Klinik yeterlik tüm tıp uygulamalarının temelidir. **Klinik yeterliğin değerlendirilmesinde kullanılacak tek kaynak ise hasta dosyasıdır.** Bu nedenle **klinik yeterlik için belirlenecek prensipler ve standartlar ile hasta dosyalarından beklenen özellikler ve standartların aynı paralelde olması yaşamsal önem taşır.** Başka bir ifadeyle, **klinisyen tarafından düzenlenen hasta dosyalarından beklenen en önemli özellik, kendisinin yeterliğini yansıtabilecek (ölçebilecek, değerlendirebilecek) kapasiteye sahip olabilmesidir.** Eğer hasta dosyaları bu özelliği ölçebilecek kapasiteye sahip değilse o hastanenin ya da hekimin vereceği hizmeti değerlendirmek olası değildir.

**KLİNİK YETERLİK BİLEŞENLERİ ve GELİŞİMİ**

Miller16 yeterlik için çeşitli hiyerarşik tabakalar tanımlamaktadır. Şekil 1’e bakınız.

**Şekil 1. Miller’in Hiyerarşik Tabakaları**

**Bilgi**

**Yeterlik**

**Performans**

**Aksiyon**

Yapar

Nasıl Yapılacağını Gösterir

Nasıl Yapılacağını Bilir

Bilir

Her farklı tabaka klinik yeterlik yönünden kendisinden sonraki gelişmenin temelidir. Bütün tabakalar gereklidir ve her tabaka klinik yeterlik üzerinde kendine özel önem ve etkiye sahiptir. Klinik yeterlikle ilgili bu yapıda dört tabaka arasındaki ayırıma dikkat edilmelidir:

Bilir (bilgi), nasıl yapılacağını bilir (yeterlik), nasıl yapılacağını gösterir (performans) ve yapar (aksiyon).

Bilgi bu üçgen yapının alt tabanını oluşturur. Bilgi klinik yeterlik için ön koşuldur. Öğrenci, asistan ve uzman hekimin profesyonel görevlerini etkin biçimde yapabilmesi için öncelikle bilgiye gereksinimi vardır.

Tabakalar öğrencilerin klinik öncesi yıllarda bilgilerini nasıl inşa edeceklerini ve ileriki yıllarda yeterlik ve performansın nasıl şekilleneceğini göstermektedir.

Günümüzde tıpla ilgili bilgiler geometrik biçimde artmakta ve artmaya da devam edecektir. Eğitim süresince kazanılan bilgi ile ilgili temel problem, ömrünün kısa süreli olmasıdır. 12 ayı nadiren aşabilir. Sadece pekiştirilmiş ya da kullanılmış bilgi akılda kalır.

“Bir hekimin tıp fakültesinde öğrendiklerinin yarısı yanlışa dönüşür” sözü bu nedenle halk tarafından söylenmektedir. Fakat hangi yarısının yanlışa dönüştüğü bilinemez. Gerçekte iki şey ortaya çıkar: Eski bilgi tazelenme durumuna gelir, daha çok ve daha karmaşık olan yeni bilgi kazanılır.

Kişisel bilgiler deneyimle kazanılmış ve kullanılabilir olan bilgilerdir. Klinisyenler örneğin bu bilgiyi bir hastanın yüz ifadesini gözlemleyerek kullanabilir ve bunu kanıtlamak için daha özel bilgiler derlemeden geçici bir tanıya varabilir, örneğin Parkinson hastalığı gibi. Çünkü deneyim öğrenmeye ve yeterliğe yol gösterici değildir. Bunun için kavramsal ve duygusal bilinçlilik hekimin sorgulaması için daha önemli durumlardır.

Bilgiyi izleyen diğer iki tabaka “yeterlik” ve “performans”tır. Kimi zaman bunlar birbiri yerine kullanılabilmektedir. Ancak, yeterlik hekimin neyi yapmaya muktedir olduğunu gösterirken, performans hekimin nasıl yapacağını gösterir. Son tabaka ise günlük çalışmalarında ve uygulamalarında gerçekte ne yaptığını ortaya koyar.

Tıp öğrencilerinin değerlendirilmesi genelde “bilgi” (bilir) ve “yeterlik” (nasıl yapılacağını bilir) üzerine oturmaktadır (Üçgendeki alttan iki tabaka). Ancak, öğrenci gerçek bir hasta ile karşılaştığında bu tür bir sınavın ne kadar yararlı olabileceği tartışılabilir. Bir kişinin klinik yeterliğini belirlemek için görev yaparken ki davranışını gözlemlemeye gereksinim vardır. Bu davranış gözlemleme, şeklin en üst tabakasında temsil edilmektedir.

Bu model klinik yeterliğin geliştirilmesini hangi karakteristiklerin etkilediği konusunda iyi bir fikir vermektedir.

Elstein et al.13,14 tarafından yapılan çalışmalar, bir hastaya uygun tanı koyan bir hekimin başka bir hastaya da uygun tanı koyabilmesinin garantisi olamayacağını göstermiştir. Bu bulgulardan sonra, klinik yeterliğin yüksek oranda duruma ve içeriğe bağlı olduğu kararına ulaşılmıştır.

Klinik problemlerin çözüm becerisinin, klinik yeterlik için yeterli olmadığı, çünkü klinik yeterliğin klinik problemlerin çözümünden daha ötede bir şey olduğu ve yeterlikte bilginin temel unsur olduğu görüşü son dönemlerde yerleşmeye başlamıştır

**9**

**BİLGİSAYAR DESTEKLİ**

**HASTA DOSYALARI SİSTEMİ**

**ve**

**KLASİK SİSTEMLE**

**KARŞILAŞTIRILMASI**

**GİRİŞ**

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi, etkin bir hasta bakımı sağlayabilmek için hasta dosyasına çabuk ulaşılması, dosyadaki bilgilerin her türlü incelemeye hazır bulunması ve bilgi dağıtımında bilgisayar kullanılması anlamına gelir.

İnsan yaşamından daha değerli hiçbir unsur olamaz. Tıp biliminin amacı insanın yaşamını ruhsal ve bedenen sağlıklı biçimde sürdürmesine yardımcı olmaktır. Hastanenin en önemli amacı ise hastasına “kaliteli” “etkin” ve “ekonomik” bir hizmet sunmaktır. Çünkü hastanede hasta bakım hizmetleri çok pahalıdır. Bu nedenle belirli bazı testlerin gereksiz yere tekrarlanmaması, hem hastaya vereceği riskin ortadan kaldırılmasını hem de kaynakların ekonomik olarak kullanılmasını sağlar. Bunu kısa bir örnekle açıklayalım:

Bir hasta sabahleyin A hastanesine başvurmuş, bu hastanede hekim gerekli gördüğü testleri yaptırmış, tanısını koymuş ve gerekli reçete ve önerilerle kendisini evine göndermiş olsun.

Bu hasta gece tekrar rahatsızlandığı için acil olarak bu kez evine yakın olan B hastanesine götürülmüş olsun. Her iki hastanede de klasik hasta dosyası sistemi kullanılmakta olsun (bilgisayar destekli değil). B hastanesi hastaya hangi testlerin yapıldığını ve sonuçlarını, yapılan işlemleri, verilen ilaçları ve diğer gerekli bilgileri bilemeyeceği için A hastanesinde yapılan tetkikleri zorunlu olarak yeniden yaptırmak durumunda kalacaktır.

Bu durum hem ekonomik değildir, hem de gereksiz yere zaman harcanmasıdır. Fakat daha da önemlisi gereksiz zaman kaybı belki de hastanın yitirilmesine bile neden olabilir.

Bu hastaneler bilgisayar destekli sistemle çalışmış olsalardı, B hastanesi bu hastanın dosyasına hemen ulaşıp gerekli bilgileri alabilecek ve hastanın tedavisine hemen başlanabilecekti. Bilgisayar destekli sistemin, hasta ile ilgili bilgilerin bir havuzda birikmesini ve buradan kullanıcılara belirli koşullar ve kısıtlamalar ile dağıtılmasını sağlaması çok önemli bir gelişmedir.

Bu gelişme, belki ilerde ülke çapında iletişim ağının kurulmasına ve hastaların daha uygun ortamlarda bakımının yapılmasına yol açacaktır. **Ancak, böyle bir organizasyon devlet politikası olmalı ve her türlü yapılanma ve güvenlik devlet denetimi altında olmalıdır.**

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sistemi modern tıbbın gelişmesine katkıda bulunmuş ve tıp eğitiminde öğretim üyelerine ve öğrencilere büyük olanaklar sağlamış ve sağlamaktadır. Bu gerçek kesinlikle yadsınamaz. Ancak, şu gerçekte hiçbir zaman akıldan çıkarılmamalıdır: “Kaliteli hasta dosyası tutmak ve ulaşılır biçimde saklamak bir hastanenin en önemli görevidir.” **Bilgisayar bu dosyalardaki bilgiye daha kolay ulaşılmasını ve bilgilerin kolay biçimde değerlendirilmesini sağlar, fakat hiçbir zaman yetersiz yazılmış bir dosyayı yeterli ya da kaliteli hale getiremez.**

Hekimlerin çoğunluğu bilgisayar destekli sistemde kendilerini iyi ifade edemeyecekleri kuşkusu içerisindedir. Bazı sistemler için bu kuşku doğru olabilir. Bu nedenle hekimler özet bilgilerin nasıl yükleneceği ve ifade edileceği konusunda eğitilmelidir.

Bilgisayarların tıpta ve hasta dosyası alanında kullanımına ait milyonlarca literatür bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi **“ABD, Tıp Kurumu Hasta Kayıtlarını Geliştirme Komisyonu”** dokümanıdır. Bu komisyonun önerileri özet olarak aşağıda verilmiştir:30,31

**BİLGİSAYAR DESTEKLİ HASTA DOSYASI STANDARTLARI**

1. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, hastanın klinik

problemlerini ve her problemin açık bir şekilde betimlenecek bir problem listesini içermelidir.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, hastanın sağlık durumunu ve fonksiyonel düzeyini kesin olarak saptamak ve iyileştirmek için, hasta ile ilgili bilgilerin sistematik biçimde kaydedilmesini ve değerlendirilmesini hem desteklemeli hem de sağlık personelini yüreklendirmelidir.
2. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, konulan tanı ve

planlanan hasta bakımının klinik temelini açıklayabilmelidir.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, hasta ile ilgili olayları doğumundan ölümüne kadar kaydedebilmelidir.
2. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, diğer kurumlarda ve farklı zamanlarda hastaya yapılan tüm işlemlerle bağlantılı olmalıdır.
3. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi hastanın verilerini

güvence altına almalıdır:

Bilgisayar destekli sistemden iki önemli beklenti vardır: Birincisi hastanın ve bakım veren personelin mahremiyeti mutlaka sağlanmalıdır. İkincisi, veri ve yazılımlar kasıtlı olarak tahrifata ve bilmeden (kazaen) oluşabilecek tahribatlara karşı korunmalıdır. Kısaca bu iki isteme “sistem güvenliği” ve “veri güvenliği” denilebilir. Sistem güvenliği, ilgisiz kişilerin bilgisayardaki bilgi sistemlerine ulaşmasını önleyici tedbirler alınması, veri güvenliği ise, verinin ilgisiz kişilerin bilerek ya da bilmeyerek sebep olabilecekleri zararlardan korunmasıdır.113

Doğal olarak, % 100 güvenlik sağlayacak, ister bilgisayar destekli hasta dosyaları ister klasik hasta dosyaları olsun, hiçbir sistem yoktur. Ancak bilgisayar virüsüne, bilgisayar korsanlarına ve sistem çökmelerine karşı en güçlü güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Bu güvenlik tedbirleri uluslararası standartlarla uyum sağlamalıdır. Diğer sistemlerdeki bilgilerle bağlantı kurabilmek için kişiye özel tek bir kod kullanılmalıdır.

Tartışılacak diğer bir konu ise hasta dosyasının içeriğidir. Belirli bir süre için her hastane sadece kendi verisinin sahibidir. Fakat daha sonra değişik kaynaklardaki bireyin bilgileri birleştirilerek o bireyin yaşam boyu verilerini içerecek büyük bir dosyaya sahip olabilmesine olanak sağlanmalıdır.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemine yetkili hekimler ve

diğer personel ihtiyaç halinde her saat ve her zaman ulaşabilmelidir.

1. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, gereksinim oldukça yeniden düzeltilebilmeli ve yeniden formatlanabilmelidir. Aynı bilgi değişik biçimlerde incelenebilmelidir.
2. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi yerel ve uzak bilgilere, literatüre, bibliyografya ya da yönetimsel veri tabanlarına bağlanabilmelidir.
3. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi klinik problem çözüm işlemlerine yardımcı olabilmelidir.
4. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi yapılandırılmış veri derleme işlemini desteklemelidir. Hekimlerin ve diğer personelin doğrudan veri girmesine izin vermelidir.
5. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi, hasta bakımı veren personele maliyet ve hasta bakım kalitesini değerlendirme olanağı vermelidir.
6. Bilgisayar destekli hasta dosyası sistemi sadece bugünü değil, ileriye yönelik olarak da her uzmanlık ve alt uzmanlık alanlarının gelişen ve genişleyen gereksinimlerini de karşılayabilecek esnekliğe sahip olmalıdır.

**BİLGİSAYAR DESTEKLİ HASTA DOSYASININ YARARLARI**

1. Uygun tanı koyabilmek ve yeterli hasta bakımı verebilmek için gerekli tüm verilere hızla ve kolaylıkla ulaşılabilir.
2. Klasik hasta dosyalarına göre daha güvenilir ve etkin veri saklama mümkün olabilir.
3. Hastaya yapılabilecek, tehlikeli ve/veya yüksek maliyetli tıbbi hataları azaltmak için karar destek hizmeti verebilir
4. Biyomedikal araştırmalar, sonuç araştırmaları (bir entervasyonun sonucunu öğrenmek için yapılan araştırma) ve hasta bakım yönetimi için gerekli olacak büyük yapısal bir klinik bilgi veri tabanı geliştirilebilir.
5. Kanıta dayalı tıp için gerekli veri tabanı geliştirilebilir.
6. Klinik yeterlik ve hasta bakım kalitesini değerlendirmek için en önemli kaynak olabilir.
7. Hasta bakım maliyetini denetlemek için yararlı bir araç olabilir.
8. Hasta faturalarının süratle hazırlanması mümkün olur.
9. Dosyanın tamamen ya da içindeki bazı formların kaybolması sorununu ortadan kaldırır.
10. Klasik hasta dosyaları için gerekli mekanlara bu sistemde gerek kalmaz.
11. Dosya yönetimi, trafiği ve işlemleri için gerekli personel sayısı minimum düzeye indirilebilir.
12. Okunaklı olmayan el yazısı sorununu tümüyle ortadan kaldırır.
13. Hasta dosyalarındaki formların birbirlerine karışması bu sistemle söz konusu değildir.
14. Hastanın diğer yerlerdeki bilgilerini bir araya toplayabilir. Bilgisayar destekli hasta dosyalarının avantajları herkesçe bilinmektedir. Bilgiler kolay yüklenir, bilgilere kolay ulaşılır, bilgiler kolay incelenir ve kolay değerlendirilir. Ancak bununla birlikte klasik dosyalardan elektronik kayıtlara geçerken ki potansiyel dezavantajlar, sınırlılıklar ve başarısızlıklar da gözden uzak tutulmamalıdır.

**KLASİK HASTA DOSYALARININ AVANTAJLARI**

1. Klasik hasta dosyasında çok ayrıntılı bilgiler bulunabilir. Bilgisayar destekli sistemde ise genellikle bilgisayara özet bilgiler girilebilir. Bu önemli miktarda veri kaybına neden olabilir.
2. Klasik hasta dosyası çok uzun zamandan bu yana kullanılmaktadır ve günlük klinik uygulamaların doğal bir parçası haline gelmiştir.
3. Klasik hasta dosyası sisteminde hasta dosyaları ilgisiz kişilerden saklanabilirse, dosyadaki veriye ulaşmak mümkün olamaz.
4. Bir klinik hekimi hastanın dosyasına bakarak belirli izlenimler alabilir. Örneğin; dosyanın kalınlığı, sayfa sayısı, sonuç sayısı, dosya kapağının eskiliği ve yırtılması gibi durumlar geçmişte hastaya neler olduğu konusunda izlenim verebilir.
5. Genellikle klasik dosyanın sadece arkasına ya da ön sayfada bulunan kapak formuna bakılarak özet bilgiler incelenebilir, fakat gerekirse diğer sayfalardan da inceleme yapılabilir. Bilgisayar destekli sistemde ise ilgilenilen bilgiye ulaşmak için tarama yapılması gereklidir.
6. Bazı hastanelerde her işlem için ayrı renkte bir kağıt kullanılmaktadır. Örneğin; hemşire gözlem kağıdı, hekim gözlem kağıdı, öykü alma formu farklı renkte olabilir. Bunlar bilgisayar destekli sistemde mümkün değildir.
7. Klasik hasta dosyaları tüm sağlık personelinin aşina olduğu ve onunla çalışmaya alışık olduğu bir sistemdir. Bilgisayar destekli sistem ise klinisyenler tarafından hassasiyetle karşılanmaktadır.
8. Klasik hasta dosyaları taşınabilirdir. Gerekirse, dosya başka bir hastaneye ya da mahkemeye geçici olarak gönderilebilir.
9. Klasik hasta dosyalarının teknik sorunları yoktur (güç kaybı, elektrik kesintisi vb.).
10. Klasik hasta dosyaları esnektir. Her türlü veri eklemeye açıktır.
11. Klasik hasta dosyaları sevilen-sevilmeyen, kötü-iyi yönleri ile kanıtlanmış bir sistemdir.

**KLASİK HASTA DOSYALARININ DEZAVANTAJLARI**

* 1. Klasik hasta dosyaları yer kaplayıcı bir sistemdir. Hastane içinde dosyalara yer bulmak sorun olabilir. Bunun yanında dağıtım, geri toplama ve dosyalar üzerinde yapılacak işlemleri yerine getirmek için çok sayıda personele gereksinim vardır. Buna ek olarak, yönetim işlemleri büyük organizasyonları ve masrafları gerektirir.
	2. Özellikle büyük hastanelerdeki en büyük sorun kayıp dosyalardır. Kayıp dosyanın çok sayıda nedeni vardır. Ancak neden ne olursa olsun hastanın kaybolan dosyasını içindeki bilgilerle tekrar oluşturmak imkansızdır. Bilgisayar destekli sistemde ise bu bir sorun değildir.
	3. Diğer önemli bir sorun, hastanın dosyasının hasta dosyaları bölümünden getirtilmesinin bazen çok zaman alıcı olması ve hastanın boşuna beklemek durumunda kalmasıdır. Yavaş çalışan bir sistemdir. Özellikle geceleyin dosya bölümü kapalı ise dosyaya ulaşamama ayrı bir sorun olabilmektedir.
	4. Bazı bölümler kendi hastalarının dosyalarını kendi bölümlerinde saklamaktadırlar. Bu da bir hastaya birden çok sayıda dosya atanmasına ve bölümlerin hastalara konulan tanı ve tedavi işlemlerinden haberdar olmamalarına neden olmaktadır.
	5. Klinisyenler genellikle zamanla yarışmaktadır. Bu nedenle kayıt tutma ve yenileme işlemleri için çok az zamanları olmaktadır. Sıralı olmayan ve karışık vaziyette dosyaya konmuş olan formlar klinisyene sorun çıkarabilmektedir.
	6. Küçük hastanelerde el yazısına bakılarak dosyadaki yazılanları kimin yazdığı anlaşılabilir. Büyük hastanelerde ise anlaşılamayabilir. Klasik dosyalarda ilginç olan bir durum dosyaya yazı yazan bazı hekimlerin el yazısının okunaklı bazılarının okunaksız ve bazılarının ise çok okunaksız olduğu gerçeğidir. Okunaksız dosya yazmak çok sakıncalı bir yaklaşımdır.
	7. Klasik hasta dosyalarında yazılanların silinmesi ya da formların dosyadan alınması ya da düşerek kaybolması sık rastlanan bir durumdur.
	8. Çok kalın klasik dosyalarda bilgiye ulaşmak ya da bilgiyi bulmak çok zor olabilir. Klasik hasta dosyalarından araştırma verilerine ulaşmakta oldukça zor olabilir.
	9. Klasik dosyadaki bilgileri bir araya toplayıp bir veri havuzu oluşturmak mümkün değildir.
	10. Klasik dosya içindeki bilgilerle, klinik karar destek sistemine herhangi bir destek verme şansı yoktur.
	11. Klasik dosya içindeki veriyi yapılandırmak mümkün değildir.
	12. Klasik dosya içindeki veriyi bilgisayar ortamına aktarmak çok zor bir işlemdir.
	13. Klasik hasta dosyası sisteminde, bir hastanın dosyasındaki formlarla başka bir hastanın formları karıştırılabilir. Örneğin, bir hekim bir hasta için hemşireden isteyeceği istemleri yanlışlıkla başka bir hastanın formuna yazabilir. Bu durum sık yaşanmasa bile bazı zamanlar ortaya çıkabilmekte ve hastanın gereksiz yere ameliyata gönderilmesine ya da yanlış tedavi edilmesine neden olabilmektedir.

14.Klasik hasta dosyalarının yapısı/içeriği hastaneden hastaneye

 çok fazla çeşitlilik gösterebilir. Bu durum belirsizlikler ve sıkıntılar yaratabilir.

1. Hastanın başka hastanelerdeki bilgileriyle entegrasyonu mümkün değildir.

**10**

**HASTA DOSYALARININ**

**NİTEL ve NİCEL DENETİMİ**

**GİRİŞ**

Hasta dosyalarını hastanenin en değerli varlığı olarak tanımlayabiliriz. Bu değerli varlığı korumak, doğruluk ve yararlılığını sağlamak hastanenin sorumluluğundadır.

|  |
| --- |
| Kaybolan bir hasta dosyasını aynı bilgilerle tekrar oluşturmak mümkün değildir. Oysa hastanenin en pahalı cihazı bile kaybolsa yerine daha iyisi konabilir.  |

Hasta dosyalarından beklenen özelliklerin yerine getirilip getirilmediğini hastane sürekli denetlemek zorundadır. Hastane bu denetimi iki yolla yapar. Birincisi hasta dosyasının **“nicel denetimi”** ki bunu hasta dosyaları bölümü gerçekleştirir. İkincisi ise hasta dosyasının nitel (kalite) denetimi ki bunu **hastayı tedavi eden hekim gerçekleştirir**. Nitel (kalite) denetim daha sonra hasta dosyaları komitesince yeniden denetlenir.

Şimdi bu denetimlerin nasıl yapılacağını tartışalım:

**NİCEL DENETİM**

Bir hasta hastaneden taburcu edildikten sonra dosyası hemen hasta dosyaları bölümüne gönderilir. Burada dosya içindeki formlar bir arada toplanır ve nicel denetime hazır hale getirilir. Nicel denetimden hasta dosyaları bölüm müdürü sorumludur. Müdür bu görevi sorumluluk kendisinde olmak üzere elemanlarına da yaptırabilir. Bu denetimde hasta dosyasının içeriği; tamlık, doğruluk ve yeterlik yönünden analiz edilir ve değerlendirilir.

Nicel denetimin hastanın taburcu olduğu gün ya da en geç bir gün sonra yapılması en uygun zamandır. Çünkü dosyada saptanacak eksiklik, tutarsızlık ya da çelişkiyi düzeltecek olan hasta bakım personelinin kafasında hasta ile ilgili bilgiler taze olacaktır. Dosyada saptanan eksiklikler ve diğer hatalar mutlaka belirli bir süre içinde düzelttirilmeli ve sonra hasta dosyaları saklama bölümüne gönderilmelidir.

Eksik dosyanın tamamlanmadan sürekli olarak rafa kaldırılması çok hatalı bir tutum olacaktır. Çünkü ileride hastanın tekrar baş- vurusunda, bu dosya üzerinde yapılacak herhangi bir incelemede ya da dosyanın eğitim malzemesi olarak kullanılması durumunda bazı belirsizlikler ortaya çıkacaktır. Bunun yanında dosyanın mahkemece istenmesi durumunda yetersiz dosya üzerinden mahkemenin karar vermesi de imkansız olacaktır. Ayrıca bu eksikliklerin sonradan düzeltilmesi de mümkün olamayabilecektir.

Ülkemizdeki hizmet veren hastanelerde çok çeşitli sayıda ve değişik biçimde hasta kayıt formları olabilir. Fakat her hastanede temel formlar mutlaka olmalıdır.

**NİTEL (KALİTE) DENETİM**

Bir hastanede her türlü hasta kayıt formlarının bulunması, hiçbir zaman formların doğru ve yeterli biçimde doldurulduğunu garanti edemez. Fakat bu formların istenen bilgileri içerecek biçimde olması, dosyada bulunması, hekim ve diğer bakım veren personel tarafından doğru ve dikkatli olarak doldurulması yeterli ve doğru hasta dosyasını sağlayacak olan unsurlardır.

Nitel denetimden hastayı tedavi eden hekim sorumludur. Hasta taburcu olmadan önce hastayı tedavi eden hekim hastanın dosyasını bütün formlarıyla birlikte gözden geçirmeli ve saptadığı eksiklik ya da uygun olmayan durumları hemen düzeltmelidir.

Hekim nitel denetimde aşağıda belirtilenleri denetler:

* Hastanın özgeçmişi ile ilgili öyküsü, yakınmaları ve fizik muayene bulguları tamam mı?
* Laboratuvar ve röntgen raporları tamam mı?
* Tanı doğru olarak konmuş ve ayrıntılı olarak belirtilmiş mi?
* Tanı, uygulanan tedavi ve hastanın akibeti (sonucu) arasında uyuşmazlıklar var mı?
* Yapılan ameliyat/ameliyatların raporları tamam mı ve gerekli bilgiler yazılmış mı?
* Obstetrik vakalarda, prenatal ve eylem raporları tamam mı, izleme ile ilgili tüm bilgiler işlenmiş mi?
* Yaptırılan konsültasyon muayeneleri ile ilgili tüm bilgiler yazılmış mı?
* Hastanın günlük gelişimi ile ilgili bilgiler düzenli yazılmış mı ve yazılanlar hastanın gelişimi ve sonucu ile uygunluk gösteriyor mu?
* Yatışta ve çıkışta hemşire gözlem raporları ve grafik düzenli işlenmiş mi?
* Hastalıklar uluslararası kodlama sistemine göre doğru olarak kodlanmış mı?
* Hasta ölmüşse, temel ölüm nedeni olaylar zinciri de dikkate alınarak doğru biçimde yazılmış mı?
* Hastaya otopsi yapılmış mı, otopside konulan tanı ile hastaya tedaviden önce konulan tanı uyum gösteriyor mu?
* Formlar yazan kişi tarafından tarih, saat belirtilerek imzalanmış mı?

Hastayı tedavi eden hekim denetimi tamamladıktan sonra hastanın dosyası, hastanenin kurallarına göre servis şefi, hasta dosyaları komitesi ya da denetim komitesinin denetimine sunulur. Hekimin denetimi bu bireyler ve komiteler tarafından da denetlenir. Denetim yeterli bulunmazsa tedavi eden hekime düzeltmesi için tekrar geri gönderilir. Yeterli bulunursa dosya hasta dosyaları bölümünde indekslenir ve diğer işlemler bitirildikten sonra rafa kaldırılır.

Hasta dosyasının, hasta dosyaları bölümüne gönderilmeden önce hastayı tedavi eden hekim tarafından yukarıda belirtilen noktalar dikkate alınarak denetlenmesini sağlamak yönetimin görevidir. Eğer hekim bu sorumluluğu almazsa ya da gereği gibi denetim yapmazsa hasta kayıtlarının istenilen niteliğe ulaşması hiçbir zaman sağlanamaz. Böyle bir durumda, hasta dosyaları komitesinin teklifi ile yönetim ilgili hekim hakkında gereken yaptırımı uygulamalıdır.

**11**

**HASTA DOSYALARINDA**

**SORUMLULUK**

|  |
| --- |
| **Hasta dosyalarının öngörülen tüm bilgileri kapsar biçimde,** **doğru ve zamanında düzenlenmesi, saklanması ve kullanıcıların hizmetine sunulmasından** **bir hastanede çalışan tüm personel sorumludur.** |

**GİRİŞ**

Hasta dosyaları bir hastanenin en önemli hazinesidir. Bu hazinenin düzenlenmesi, yürütümü ve saklanmasında sadece hasta dosyaları bölümü görevlilerinin değil, başta hastayı tedavi eden hekim olmak üzere, hizmetlisinden en üst düzey yöneticisine kadar herkesin görev ve sorumluluk alması yaşamsal önem taşır.

Ülkemizdeki hastanelerde hasta bakım kalitesini gerek ülke çapında, gerekse hastane çapında denetleyecek kuruluş ve komisyonlar henüz oluşturulmamıştır. Yurt dışında ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde bu görevi yapan komisyonlar vardır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki durumu kısaca özetleyelim:

Amerika Birleşik Devletleri'nde hasta bakım kalitesini ülke çapında ve hastane çapında denetleyen çeşitli kuruluşlar vardır. Bunlardan ülke çapında denetleme yapan ve hastanelere hasta bakım kalitesi ile ilgili standartlar koyan kuruluş «Hastaneler Birleşik Komisyonu»dur. Hastane çapında denetim yapan kuruluşlar ise hastaneden hastaneye farklılık göstermekle birlikte genellikle «Hasta Dosyaları Komitesi», «Doku Komitesi», «Tıbbi Denetim Komitesi», «Enfeksiyon Komitesi», «İşletme Komitesi» dir.

Hastaneler Birleşik Komisyonu 1952'de kurulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm hastaneler için geçerli olmak üzere, bu komisyon hastanelerde kurulması gerekli komitelere karar vermekte, hasta bakım kalitesi yönünden birtakım istemler ve standartlar geliştirmekte ve tüm hastaneleri bu konuda denetlemektedir. Denetlenen hastanelere hasta bakım kalitesine göre «saygınlık puanı» verilmektedir.

Gönüllü bir kuruluş olan bu komitenin hastanelerin hiçbirisine herhangi bir yaptırım gücü bulunmamaktadır. Ancak, bu komisyonun bir hastanede hasta bakım kalitesinin iyi olmadığını beyan etmesi, bu hastanenin halk tarafından kullanılmasını önemli derecede etkilemektedir. Buna karşın bu komisyondan iyi puan alan bir hastane yüksek standartlarda hasta bakımı veren bir hastane olarak halk nezdinde saygın bir hastane konumuna gelmektedir.

Komisyonun üyeleri dört önemli kuruluştan: “Amerikan Tıp Birliği”, “Amerika Hastaneler Birliği”, “Amerika Cerrahlar Birliği” ve “Amerika Hekimler Birliği”nden seçilmektedir. Komisyonun hekim üyeleri hastaneleri denetleyerek her hastane hakkında rapor düzenlemekte ve bu raporları genel kurula sunmaktadırlar. Denetlenen hastane ile ilgili karar genel kurulda verilmektedir.

**HASTA DOSYALARINDA HEKİMİN SORUMLULUĞU**

Hasta dosyalarının yeterli düzeyde olmasında en büyük sorumluluk hastayı tedavi eden hekime aittir. Hastayı tedavi eden hekim dışında hasta ve hastanın dosyasından sorumlu birçok sağlık personeli (hemşire, röntgen uzmanları, laboratuvar görevlileri gibi) bulunmaktadır. Ayrıca asistanlar da 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.

Hekimin, hasta dosyaları ile ilgili sorumluluğunu yürütürken, hasta dosyaları hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olması önemlidir. Çünkü hasta dosyası sadece hasta bakımı ile ilgili bilgilerin yazıldığı bir doküman değil, aynı zamanda; bilimsel çalışmalarda, eğitimde, hukuksal sorunlarda, üretilecek istatistiklerde ve diğer tüm işlemlerde de kullanılan çok önemli bir dokümandır. Dosya içindeki bilgiler ne kadar doğru ise yapılacak çalışmaların da o derece doğru ve başarılı olacağı tartışılmazdır.

Bir hasta dosyasının bilimsel değeri hastaya verilen bakımın kalitesi ile doğrudan orantılıdır. Hasta dosyası öncelikle hastanın bugünkü ve gelecekteki yararı için tutulur ve saklanır. Eğer bu dosyadaki bilgiler içerik ve kalite olarak yetersizse hasta zarar görecektir. İkinci olarak hasta dosyası hastanenin kendisini ve personelini savunması için gereklidir. Eğer dosya içeriği eksik ve yetersizse hastane ve personel zarar görecektir. Üçüncü olarak bilimsel ve yönetimsel amaçlarla yapılacak araştırmalarda hasta dosyası kullanılır. Eksik ve yetersiz dosya içeriği ile yapılacak araştırmaların da hiçbir amaca hizmet etmeyeceği açıktır.

Hasta dosyaları bölümü, her şeyi dosyanın içindeki yazılı bilgilere göre yapacak ve değerlendirecektir. Dosyalardaki bilgi ne kadar tam ve doğru ise bu dosyalardan üretilecek ürün de o kadar tam ve doğru olacaktır. Örneğin, hastaya konulan tanı hastalık indeksine aynen yazılır. Bu tanı doğru değilse indekse yazılan da doğru olmayacak ve yapılan araştırma sorunlu olacaktır. Buna ek olarak bu bilgilere dayanılarak üretilecek istatistikler ve düzenlenecek raporlar da ancak dosyadaki bilgi kadar doğru olacaktır.

Hasta dosyasının tamamlanması için hastayı tedavi eden hekim aşağıda belirtilen noktalara dikkat etmelidir:

* Hastanın özgeçmişi ile ilgili öyküsü, yakınmaları ve fizik muayene bulguları tamam mı?
* Laboratuvar ve röntgen raporları tamam mı?
* Tanı doğru olarak konmuş ve ayrıntılı olarak belirtilmiş mi?
* Tanı, uygulanan tedavi ve hastanın akıbeti (sonucu) arasında uyuşmazlıklar var mı?
* Yapılan ameliyat/ameliyatların raporları tamam mı ve gerekli bilgiler yazılmış mı?
* Obstetrik vakalarda, prenatal ve eylem raporları tamam mı? izleme ile ilgili tüm bilgiler işlenmiş mi?
* Yaptırılan konsültasyon muayeneleri ile ilgili tüm bilgiler yazılmış mı?
* Hastanın günlük gelişimi ile ilgili bilgiler düzenli olarak yazılmış mı? Yazılanlar hastanın gelişimi ve sonucu ile uygunluk gösteriyor mu?
* Yatışta ve çıkışta hemşire gözlem raporları ve grafik düzenli işlenmiş mi?
* Ölüm olayı ortaya çıkmışsa, ölüm neden(leri) gereği gibi yazılmış mı?
* Formları dolduran bireylerin imzaları tamam mı?

Hastanın dosyasının, hasta dosyaları bölümüne gönderilmeden önce hastayı tedavi eden hekim tarafından yukarıda belirtilen noktalar dikkate alınarak denetlenmesini sağlamak üst yönetimin görevidir. Üst yönetim bu görevi hasta dosyaları bölüm sorumlusu ve hasta dosyaları komitesinin denetiminde yaptırır. Eğer hekim bu sorumluluğu almazsa ya da gereği gibi denetim yapmazsa hasta kayıtlarının istenen niteliğe ulaşması hiçbir zaman sağlanamaz. Böyle bir durumda, hasta dosyaları komitesinin teklifi ile yönetim bu hekim hakkında gereken yaptırımı uygulamalıdır.

**HASTA DOSYALARI KOMİTESİNİN SORUMLULUĞU**

Ülkemiz hastanelerinde hasta dosyaları komitesi genellikle bulunmamakta, bulunanlarda da beklenen fonksiyonları yerine getirememektedir. Yurt dışındaki hastanelerde ise, bu komisyon çok önemli görevler yapmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastaneler Birleşik Komisyonu; her hastanede mutlaka bir hasta dosyaları komitesinin kurulmasını ve bu komitenin hasta dosyalarının en üst seviyede düzenli, güvenilir ve tam olmasını sağlamak üzere görevlendirilmesini istemektedir.

Hastaneler Birleşik Komisyonu hasta dosyalarını, hasta bakım kalitesini denetlemede en önemli kaynak olarak kabul etmekte ve birinci koşul olarak her hastanenin en üst düzeyde hasta dosyalarına sahip olmasını istemektedir.

Komisyonun bu görüşü şu cümlelerle özetlenebilir:

«***Bir hastanedeki hasta dosyaları hastaya verilen tıbbi bakımın aynasıdır. Başka bir ifadeyle, hasta dosyalarının kalitesi hasta bakım ve tedavisinin kalitesini gösteren ölçülerin başında gelir*.**

***Eğer hasta dosyaları yetersizse, verilen tıbbi bakımın yetersiz olduğunu söylemek abartı değildir.»***

HASTA DOSYALARI KOMİTESİNİN ÜYELERİ

Hasta dosyaları komitesi; hastane üst yöneticisi/temsilcisi başkanlığında hasta dosyaları sorumlusu ve her bölümden katılan bir ya da iki üyeden oluşur.

Komite üyelerinin hasta dosyaları bölümünü ve sorunlarını yeterli biçimde tanıyabilmesi için en az bir yıl, diğer bireylere de üyelik şansının tanınabilmesi için ise en çok iki yıl görev verilmesi yerinde bir davranış olur. Hasta dosyaları bölümüne ilgi duymayan ve dosyalarını gereği gibi doldurmayan hekimlerin bu komitede görevlendirilmesi, onları bu konuda ilgili ve bilgili kılabilir ve bu ilgiyi sürekli göstermelerini sağlayabilir.

HASTA DOSYALARI KOMİTESİNİN GÖREV ve ÇALIŞMALARI

Hasta dosyaları komitesinin görevleri şunlardır:

* Hastanedeki hasta dosyaları politikalarını saptamak,
* Dosya içindeki kayıtların saptanan politikalara göre tutulup tutulmadığını denetlemek,
* Hasta dosyaları sistemine ve işleyiş biçimine karar vermek,
* Kullanılacak ve değiştirilecek formlara karar vermek ve hastane görevlilerinin eğitimini sağlamak,
* Hasta dosyaları bölüm sorumlusunca getirilen problemlere çözüm aramak.

Hasta dosyaları bölümü taburcu olan hastaların dosyalarını ilk bir ay içinde incelemeli, dosyada eksik form, eksik bilgi, eksik detay olup olmadığını ve yapılan işlemlerle ilgili formların dosyaya konulup konulmadığını ve düzenli doldurulup doldurulmadığını denetlemeli ve komiteye aylık rapor sunmalıdır.

Eğer hastanede «Tıbbi Denetim Komitesi» kurulmamışsa, hasta dosyaları komitesine bu komitenin yapacağı görevler de verilebilir. Bu görevler ilgili komite bölümünde söz edilmiştir.

**DOKU KOMİTESİNİN SORUMLULUĞU**

Doku komitesi de Ülkemiz hastanelerinde genellikle bulunmamaktadır. Oysa, çok önemli bir komitedir ve özellikle hasta dosyalarının iyileştirilmesinde önemli bir fonksiyonu vardır.

DOKU KOMİTESİNİN ÜYELERİ

Bir patoloji uzmanı başkanlığında cerrahi bölüm başkanları ve diğer branşlardan alınan iki üyeden oluşur.

DOKU KOMİTESİNİN GÖREV ve ÇALIŞMALARI

Doku komitesi en az ayda bir kez toplanır. Ameliyat ve patoloji kayıtlarını inceleyerek hem yapılan cerrahi işlemin uygunluğunu (ameliyatın doğru endikasyonla ve gereği gibi yapılıp yapılmadığı) araştırır, hem de ameliyat edilen kişiden alınan dokuların patoloji raporlarını inceleyerek ameliyat öncesi ve sonrası tanıları arasında karşılaştırma yapar.

Komite kararlarını, hasta dosyalarını inceleyerek verir ve yazılı bir rapor ile yönetime bildirir. Komite denetimlerini de, hasta dosyalarını inceleyerek yaptığı için incelenen hastanede hasta dosyaları yeterli ise komite görevini gereği gibi yerine getirebilir. Bu nedenle bu komite aynı zamanda hasta dosyalarının kalitesinin iyileştirilmesine de önemli katkılarda bulunur. Komitenin çalışmaları ve hazırladığı raporlar «Hastaneler Birleşik Komisyonu» için de önemli bir dokümandır.

Komitenin görevi sadece hekimleri denetlemek değil, aynı zamanda mevcut yöntemlerin gelişmesini sağlayacak yolları da aramaktır.

**TIBBİ DENETİM KOMİTESİNİN SORUMLULUĞU**

Hasta dosyalarının kalitesi üzerinde çok önemli görevleri olan bu komite de Ülkemiz hastanelerinde bulunmamaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde bazı hastanelerde doku ve hasta dosyaları komitesi yanında tıbbi denetim komitesi de kurulmaktadır. Bazılarında ise gerek görülmemekte, bu komitenin yapacağı görevleri diğer komiteler üstlenmektedir. Bazı hastaneler ise dışarıdan bireylerin oluşturdukları kurullara bu denetimi yaptırmaktadır.

TIBBİ DENETİMİN TARİHÇESİ

Hastaya verilen bakımın iyileştirilmesi fikri çok eski tarihlere kadar uzanır. 1913 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Cerrahlar Birliği kurulurken birliğe üye olacak cerrahlarda, standart bir eğitimin gerekliliği düşünülmüştür. Birlik iyi bir bakım vermek için ülke çapında hastanelerin standartlaştırılmasına karar vermiştir. 1918 yılında bu amaçla bir eğitim programı başlatılmıştır. Standartlaştırmadaki istekler içinde hastanelerdeki her hastaya yeterli düzeyde bir hasta dosyası tutulması da bulunmaktadır. Eğitimden kısa bir süre sonra eğitim veren tıp fakülteleri denetlenmiş ve sadece ticari amaçlı olanlar haricindeki tıp fakültelerinin standardının yükseldiği görülmüştür.

Diğer taraftan, Dr. Ernest Codman hastanelerde yatan hastaların sonuçlarının bildirilmesinin önemini savunmaya başlamıştır. Dr. Codman, “hekimlerin tedavi ettikleri hastaların bilgilerinin ve elde ettikleri başarıların bilinmesi ve bunlar üzerinde çalışılması hasta bakımının etkinliğini geliştirecektir” yönünde bir tez ileri sürmüştür. Bu tez ilgi görerek, taburcu edilen vakaların sonuçlarının aylık olarak bildirilmesi sağlanmıştır.

George Gray Ward muhtemelen 1918 yılında ilk gerçek anlamdaki denetimi kadın hastanesi'nde başlatmıştır. 1929 yılında Thomas R. Ponton ise hastanelerde tıbbi denetim ve muhasebe denetimi için bir plan hazırlamıştır. Bu plan bazı değişiklikler yapılmış olarak halen kullanılmaktadır.

TIBBİ DENETİM KOMİTESİNİN ÜYELERİ

Tıbbi denetim komitesi bir başkan ve hastanenin çeşitli bölümlerinden seçilmiş beş hekimden oluşur. Her bölüme komitede olma şansı verebilmek için 1-2 yılda bir üyeler rotasyonla değiştirilmelidir.

TIBBİ DENETİM KOMİTESİNİN GÖREV ve ÇALIŞMALARI

Komite ayda en az bir kez toplanır. İncelemelerini hasta dosyalarını kullanarak yapar. Komitenin görevini gereği gibi yapabilmesi için incelenen hastanenin dosyalarının üst düzeyde kaliteye sahip olması gerekir. Bu nedenden dolayı komite, hasta dosyalarının kalitesinin iyileştirilmesine önemli katkılarda bulunur. Komite gerekirse dosyasını incelediği hekimleri de dinleyebilir. Bu komitenin de baş görevi yaptırım değil, eğitimdir. Komite üyeleri yeni yöntemleri ve gelişmeleri izleyerek hastane hekimlerine aktarabilmelidir.

MUHASEBE

Tıbbi denetim muhasebe kayıtlarını da kullanır. Bu nedenle hasta dosyası tamamlanınca dosya, muhasebe hesapları için işleme tekrar girer.

**ENFEKSİYON KOMİTESİNİN SORUMLULUĞU**

Hastanede görülen enfeksiyonları inceleyerek enfeksiyonun hastane tarafından verilip verilmediğini inceleyen bu komite de genelde Ülkemiz hastanelerinde bulunmamaktadır.

ENFEKSİYON KOMİTESİNİN ÜYELERİ

Genellikle bir mikrobiyoloji uzmanının başkanlığında, bir yönetici, bir hekim ve bir hemşireden oluşur. Gerek görüldüğü takdirde başka uzmanlık alanlarından kişiler de komiteye alınabilir.

ENFEKSİYON KOMİTESİNİN GÖREV ve ÇALIŞMALARI

Komite haftada bir kez toplanır. Bir haftalık süre içinde hastanede görülen tüm enfeksiyonları incelemeye alır ve hangilerinin hastaneden alındığını, hangilerinin hastane dışından olduğunu saptamaya çalışır. Durumu bir raporla yönetime bildirir.

Komitenin böyle bir görevi yerine getirebilmesi için hastanede uygun ve düzenli çalışan bir enfeksiyon bildirim sisteminin olması gerekir. Bu sistem, bir bölümde görülen bir enfeksiyonun diğerlerine yayılmasını önlemek ve gerekli önlemleri alabilmek için anında diğer bölümlere bildirimi sağlayabilmelidir.

Enfeksiyon bildirimini sağlık personeli gizlememeli ya da onur sorunu haline getirmemeli, görülen enfeksiyonu anında ilgililere bildirmelidir.

Hasta dosyalarının en üst seviyede kaliteli olması bir hastanenin ve çalışan tüm personelin en önemli görevleri arasındadır. Hasta dosyaları yeterli olmayan bir hastanede hasta bakım kalitesini gösteren ölçülerin elde edilmesi olanak dışıdır.

**İŞLETME KOMİTESİNİN SORUMLULUĞU**

Yukarıda belirtilen komiteler gibi bu komite de Ülkemiz hastanelerinde genellikle bulunmamaktadır. Bu komite; hastanelerde maliyeti düşürme, hasta yataklarındaki sıkışıklıkları önleme ve yatakların gerçek ve acil gereksinimi olanlara verilmesi gibi durumları aydınlatmak için kurulmaktadır.

Komite, taburcu olan ya da hastanede yatan tüm hastaların dosyasını inceleyerek hastanın hastalığı nedeniyle hastanede yatış süresinin daha kısa tutulmasının mümkün olup olmadığını, hastaya maliyetini ya da hastanın hastanede kalma süresini artıracak gereksiz tetkiklerin yapılıp yapılmadığını, hastanın yatırılarak tedavi yerine ayaktan tedavi edilip edilemeyeceği gibi işletim sorunlarını denetler. Gerekli gördüğünde hastayı tedavi eden hekimle de konuyu tartışır ve hekimin açıklamalarını yeterli bulmazsa konuyu yönetime götürür.

Komitenin hasta dosyaları üzerinden çalışma yapma zorunluluğu kayıtların belirli kalitede olmasını sağlayıcı diğer bir faktördür.

**YÖNETİMİN SORUMLULUĞU**

YÖNETIM KURULU YA DA BAKANLIĞIN SORUMLULUĞU

En üst düzeydeki bu yönetim kademesi, hastanenin her türlü politikasına karar veren ve hastanenin en iyi biçimde işletilmesi, başka bir ifadeyle en iyi hasta bakımını verebilmesi ve en üst düzeyde kaliteli hasta dosyalarına sahip olabilmesi için gerekli tüm olanakları sağlayan kuruldur.

HASTANE YÖNETİCİSİNİN SORUMLULUĞU

Hastanedeki hasta dosyaları bölümüne kaliteli donanım malzemesi alınması ve kaliteli personel atanması yöneticinin sorumluluğundadır. Hastane yöneticisi, hasta dosyalarının arzu edilen düzeyde olması ve bu dosyalardan üretilecek bilgiler için hasta dosyaları bölüm başkanına yetki ve sorumluluk vermelidir. Buna ek olarak, yönetici sağlık personelinin hasta dosyalarını ekonomik ve kolay bir biçimde tamamlayabilmesi için gerekli tüm teknik araçları sağlamalı ve bölümde uygun bir çalışma ortamı yaratmalıdır.

KLİNİK/POLİKLİNİK TIBBİ SEKRETERİNİN SORUMLULUĞU

Tıbbi sekreter, hasta ve hasta dosyası ile ilgili tüm işlemlerden sorumludur. Bu nedenle tıbbi sekreter çalıştığı bölümde/klinikte hasta dosyası ile ilgili işlemlerin beynidir. Bunun yanında tıbbi sekreter, kurumun yazışmaları, veri derleme ve gönderme işlemlerinden de ayrıca sorumludur. Tıbbi sekreterin görevleri dört ana başlık altında toplanabilir:

**Poliklinikte Hasta Dosyaları İle İlgili İşlemler**

Bu aşamada tıbbi sekreter, başvuran kişinin hastanede dosyasının olup olmadığını araştırır. Dosyası varsa o dosyayı hasta dosyaları bölümünden ister. Kişinin dosyası yoksa yeni bir dosya açar. Bu dosyaya hastanın kimlik bilgilerini (adı-soyadı, ana-baba adı, doğum yeri-tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, adresi, telefon numarası gibi) **doğru** ve **tam** olarak kaydeder. Hastaya **«hasta indeks kartı»** düzenler ve bu kartı hasta dosyaları bölümüne gönderir. Ayrıca hastaya da kendi dosya numarasını içeren **«hasta tanıtma kartı»**nı düzenler ve verir.

Tıbbi sekreter poliklinikte muayenesi biten hastalara ait dosyaları inceleyerek eksik kalan bilgi, form ve belgeler varsa ilgili hekime ve diğer görevlilere tamamlattırarak, hasta yatacaksa dosyayı hasta kabul bölümüne, yatmayacaksa dosyayı hasta dosyaları bölümüne gönderir.

**Klinikte Hasta Dosyaları İle İlgili İşlemler**

Klinikte/serviste çalışan tıbbi sekreter yatan hastaların dosyasını yatış anında teslim alır ve klinikte bu hastaya yapılan günlük tüm işlemlerin kayıtlara tam, doğru ve zamanında işlenmesini sağlar. Eksik ya da hatalı işlem varsa düzelttirir. Hekim ve hemşire tarafından doldurulan formları cinslerine göre ayırır, aynı cinsleri tarih sırasına göre dizer. Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerini laboratuvardan izleyerek, sonuçlar geldiğinde ilgililere iletir ve dosyada saklanmalarını sağlar. Hasta servisten çıkacağı zaman hasta dosyasını tekrar inceleyerek tüm belge ve formların tamam olup olmadığını ve ilgili yerlerin hekim ve diğer personel tarafından düzenli bir şekilde doldurulup doldurulmadığını denetler, eksiklikleri tamamlattırır. Yazılacak ameliyat raporu, ölüm raporu, çıkış özeti ya da tetkikleri bilgisayar ile yazarak ilgili personele imzalattırır ve dosyaya ekler. Tüm işlemler tamamlanınca dosyayı **«hasta çıkarma bölümü»**ne gönderir.

Tıbbi sekreter, klinikte tutulması gereken başka defter ya da dokümanlar varsa bunları da doldurur. 24 saat içerisinde kliniğe yatan, ölen, taburcu olan ve servisler arası transfer olan hastalarla ilgili verileri düzenleyerek ilgili yerlere gönderir.

Yukarıda sayılan işlemlerde tıbbi sekreterin yapacağı bir hata, dalgınlık ya da eksik kaydetme ileride bu dosya üzerinden yapılacak çalışmaların hatalı olmasına ya da eksik kalmasına neden olur.

**Veri Derleme ve Gönderme İşlemleri**

Her sağlık personelinin olduğu gibi, tıbbi sekreterin de en önemli görevlerinden birisi kendisinden istenen verileri derlemek ve ilgili yerlere göndermektir. Bu nedenle her tıbbi sekreter veri derlemede kendisine düşen görev ve sorumluluğun bilincinde olmalı ve derlediği verilerin doğru, tam, güvenilir ve zamanında ilgili makamlara ulaştırılmasını sağlamalıdır. Bu amaca ulaşmak için tıbbi sekreter veri derlemenin genel ilkelerini, verinin özelliklerini, verinin özelliklerini etkileyecek etmenleri, derlediği her verinin özelliklerini, niçin ve nasıl derlendiğini, nasıl denetleneceğini çok iyi bilmelidir. Buna ek olarak tıbbi sekreter, derlediği verilerin ne işte kullanılacağını, verinin yanlış, hatalı ve eksik olması durumunda ortaya çıkacak sorunları ve zararları çok iyi kavramalıdır.

**KOMİTELERİN YASAL YÖNLERİ**

Yukarıda adı geçen ve hasta bakımının iyileştirilmesi için görev ve sorumluluk alan komitelerin hazırladığı raporların yasal bir dayanağı olup olmayacağı ya da bazı yerlerde delil olarak kullanılıp kullanılamayacağı ülkelere göre farklılık gösterebilir. Ancak burada önemli olan yasal konumdan daha çok bu komitelerin, hasta bakımını ve dolayısıyla hasta dosyalarını iyileştirme yönünde, yaptırımsız bile olsa, çok değerli görev üstlendikleridir.

**12**

# HASTADAN ÖYKÜ (ANAMNEZ) ALMA

### GİRİŞ

Bir hastanın tıbbi öyküsü; hekim ya da diğer hasta bakımı veren personel tarafından hastadan ya da hastayı tanıyan kişilerden hasta, ailesi ve hastalıkları ile ilgili sorgulama yoluyla derlenen veriler olarak tanımlanabilir.

Hastanın öyküsünün alınması hekimlikte en önemli beceri olarak kabul edilir. İyi bir öykü alma, hekim ile hasta arasında iyi bir ilişkinin kurulması ve uygun bir tanı konabilmesi açısından çok önemlidir.

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları; öyküden alınan bilgilere göre düşünülen tanının çürütülmesi ya da desteklenmesini sağlar. Kesin bir tanı konulamazsa, geçici bir tanı konur ve inceleme devam eder.

Öykü alma, öykünün derinliği ve odaklanma amacına göre değişiklik gösterebilir. Örneğin, bir ambulansta görevli bir paramedik birey öyküyü sadece önemli bazı bilgiler için çok sınırlı tutabilir (isim, şimdiki yakınması, herhangi bir ilaca ya da başka şeylere allerjisi olup olmadığı gibi). Buna karşılık psikiyatrik öykü, hastaya uygun bir plan yapabilmek amacıyla mümkün olduğu kadar uzun, derinlemesine ve ayrıntılı alınabilir.

Hastanın başvurusunda izlenilecek en iyi yol, aşağıdaki şemada verildiği gibi; öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sırasına özen göstermektir.

Hastanın öyküsünü almadan ve muayene etmeden laboratuvar incelemelerine başlamak yanlış bir yaklaşım olabilir.

Öykü

Fizik Muayene

Laboratuvar İncelemeleri

Tanı

 Tedavi

Öykü çeşitli biçimlerde alınabilir:

* Hekim serbest iradesi ile istediği soruları sorar ve duruma göre daha fazla bilgi almak için birbiri ile ilişkili yeni sorular yöneltir.
* Öykü standart bir form kullanılarak standart biçimde alınabilir. Böyle yapılırsa bilgisayara giriş kolaylaşır. Bu standart form, hemşire ya da diğer personel tarafından doldurularak hekimin zamanından tasarruf sağlanabilir.
* Tıp fakültesi öğrencileri için standart bir öykü formu kullanarak öykü almak daha yararlıdır.
* Bilgisayarlı öykü alınıyorsa ve hastanede bilgisayar destekli karar destek sistemi varsa, öykü alma destek sistemiyle uygun bir formatta olmalıdır.

**TIP ÖĞRENCILERININ ÖYKÜ ALMA İŞLEMI**

Öykü, kişinin doğumundan bu yana sağlığı ya da hastalıkları ile ilgili bilgilerin kendisinden sorularak alınması işlemidir. Öykü yoluyla alınan bilgiler; hekimin hastaya daha önce nelerin olduğu, hastanın başından nelerin geçtiği konusunda görüşe sahip olmasını sağlar. Öykü, var olan hastalıkla ilgili ipuçları verebilir.

Alınan öykünün değeri doğal olarak öğrencinin hastadan uygun bilgiyi alma becerisine bağlıdır. Bu beceri yıllar ilerledikçe daha çok gelişecektir. İlk zamanlarda öğrencinin elinde; birincisi “hastayı dinleme” ve ikincisi “soru sorma becerisi” olmak üzere iki önemli araç vardır: Bu iki araç her şeyi çözemese de hastanın belirli problemlerini ortaya çıkarmada öğrenciye yardımcı olacaktır. Başarılı öykü alma öğrencinin yeterli düzeyde iletişim becerisine sahip olmasına bağlıdır

Deneyimli hekimler genellikle yapılacak testlere ağırlık vererek hastayı dinlemeye çok daha az zaman ayırmaktadır.

Tıp öğrencileri öykü alma işlemini öğrenirken “yapılandırılmış bir öykü alma” kılavuzunu izlemelidir. Bu kılavuz ülkeden ülkeye ve fakülteden fakülteye değişiklik göstermektedir. Fakat genel olarak aşağıda belirtilen dört aşamada öykü tamamlanır.

AŞAMA 1.

Öncelikle öğrenci kendisini tanıtır. Hastaya hastalığı ile ilgili bilgiler soracağını bildirir. Hastaya saygı ve ilgi göstermek, arkadaşça yaklaşmak ve samimi bir ortam yaratmaya çalışmak çok önemlidir. Öğrenci mümkün olabilecek oranda hasta ile yalnız görüşme olanağını sağlamaya çalışmalıdır. Bu, hastanın öğrenciye güvenmesini ve vereceği bilgilerin gizli kalacağını hissetmesine yardımcı olur. Hastanın yakınına oturma olanağı varsa öğrenci hastanın yakınına oturmalıdır. Hasta ile öğrenci arasında bariyerler varsa kaldırması yararlı olur. Poliklinikte görüşme yapılıyorsa, görüşme bitince hasta fizik muayene için soyunmaya başlamadan önce öğrenci oradan ayrılmalıdır. Öykü alma, iletişim becerisini ve bu becerinin kullanılmasını gerektirir.

**Mevcut Yakınma ile İlgili Sorular:**

Öğrencinin mevcut yakınma ile ilgili hastaya yönelteceği ilk soru **“bugün hastanemize niçin başvurdunuz?”** olmalıdır. Hastadan aldığı yanıtı hastanın söylediği kelimelerle aynen yazmalıdır. Örneğin “dispne” yazmamalı, “zor nefes alıyorum” ya da “nefes almakta güçlük çekiyorum” gibi aynen yazmalıdır. Hastaya hiçbir zaman tıbbi terimlerle soru yöneltmemeli, anlayacağı şekilde hitap etmelidir.

***Mevcut Yakınmanın Öyküsü:***

Bu yakınma ile ilgili olarak herşeyin nasıl başladığı ve geliştiği ile ilgili daha ayrıntılı bilgi almak için öğrenci soru sormaya devam eder. Aşağıda önerdiğimiz ya da fakülte ilgililerince düzenlenecek başka bir listeyi izleyerek öğrenci şu soruları hastaya yöneltir:

1. **Süre:**

 Bu durum ne zaman başladı? Daha öncede böyle bir şikayetiniz oldu mu? Yanıt evet ise, neler yapıldı?

1. **Ciddiyet/Karakter:**

Bu hastalığınız sizi ne kadar rahatsız ediyor? Günlük yaşam aktivitelerinizi nasıl etkiliyor? Geceleri de sürüyor mu?

Öğrenci, hastayı hastalığın etkileme derecesini objektif olarak derecelendirmesi için yönlendirmelidir. Eğer ağrıdan yakınması varsa 1-10 arasında (10 en kötü olmak üzere) derecelendirmesini istemelidir.

Buna ek olarak,öğrencihastanınbelirttiği semptomları bildiği kelimelerle anlatmasını ister ve derecelerini sorar. Örneğin,

Ağrı ise, aşağıda ayrıntılı olarak verilen soruları yöneltir.

Günlük yaşamı etkiliyorsa ne boyutta etkilediğini araştırır. Eğer yürüyüşte nefes darlığı çekiyorsa, kaç blok yürüyebiliyorsunuz şeklinde soru sorar ve öncekine göre durumun nasıl olduğunu karşılaştırmasını ister.

1. **Yeri:**

Semptom, örneğin ağrı ise, özel bir yerde lokalize olup olmadığını ve zaman içerisinde lokalizasyonda değişiklik olup olmadığını sorar. Eğer semptom bir yerde odaklanmıyorsa vücudun belirli bir bölgesinde yayılma olup olmadığını sorar.

1. **İyileştirici bir etkinlikte bulunup bulunulmadığı:**

Bulunulmuşsa; ne yapıldı? durum nasıl oldu?(iyi/kötü) sorularını sorar.

1. **Hastalığın gidişi:**

Hastalık nasıl seyrediyor? İyileşiyor mu, kötüleşiyor mu yoksa değişiklik yok mu? Değişiklik varsa ne oranda değişiklik oldu?

1. **Başka iştirak eden semptomlar var mı?**

Çoğu kez hasta, hastalığın yanında başka şeylerinde hastalığı tetiklediğini fark edebilir.

1. **Hastaya göre hastalığı nedir, ya da hastalığının ne olacağından korkmaktadır?**
2. **Neden bugün?**

Hastanın uzun süredir varlığından söz ettiği semptom-lar varsa, bugün başvurmasının nedeni nedir? yeni bir gelişme mi oldu da bugün geldiniz? diye sorar.

Bazı hastalar ağrı şikayetinde bulunabilir. Bu durumda ağrı ile ilgili ayrıntılı sorgulama yapılmalıdır:

* Ağrının yeri
* Ağrının doğası (monoton, keskin vb.)
* Ağrının nasıl ortaya çıktığı (ani, derece derece vb.)
* Ağrının şiddeti (1-10 arasında derecelendirme)
* Ağrının süresi (saniye, dakika, saat ya da gün vb.)
* Ağrının gidişatı: sürekli/değişmez, ara sıra artan/azalan
* Ağrının yayılma durumu
* Ağrıyı şiddetlendiren ya da azaltan faktörler
* Ağrının daha önceki görülme durumu
* Ağrı ile birlikte diğer semptomlar (bulantı, kusma vb.)
* Hastaya göre ağrının nedeni

kardiyovasküler ve solunum sistemi ile ilgili (öksürük, nefes darlığı, palpitasyon, Öğrenci öykü alırken, bir sistemle ilgili yakınmayı diğer ilgili sistemlerle ilişkilendirmelidir. Örneğin, göğüs ağrısı olan bir hastaya bilek şişmesi vb.) sorular sormalıdır.

***Doğrudan (Direkt) Sorgulama:***

Doğrudan sorgulama, öğrencinin kafasında düşündüğü tanı için ya da listedeki farklı tanıyı dışarıda bırakmak için özel sorular sormak istediğinde kullanılır. Düşünülen sistem gözden geçirilir ve ilgili risk faktörleri dikkate alınır.

AŞAMA 2.

* **Önceki hastalık ve ameliyat öyküsü:**

Daha önce hastaneye gittiniz mi? Ne zaman, nereye, niçin?

Herhangi bir hastalık ya da durumdan şikayetiniz var mı?

Hiç ameliyat oldunuz mu?

Beyan edilen hastalıklar ve ameliyatlar için öğrenci özel sorular sorarak daha ayrıntılı bilgi almaya çalışır.

* **İlaç öyküsü ve ilaç allerjileri:**

Kullandığınız ilaç var mı? (hap, enjeksiyon, kullandığınız reçeteli, reçetesiz bitkisel ilaçlar, doğum kontrol hapı vb.) Kullanıyorsa hangisi/hangileri? Herhangi bir ilaca karşı allerjiniz var mı? Yoksa, bilinen ilaç allerjisi yoktur şeklinde belirtir.

* **Bağışıklık öyküsü:**

Aşı öyküsü ve bağışıklığı ispatlayan kan testleri sorgulanmalıdır.

* **Büyüme çizelgesi ve gelişim öyküsü:**

Çocuklar ve 13-19 yaş grubu (adolesan) gençler için büyüme çizelgesinin öyküye eklenmesi, çocuğun gelişiminin izlenmesi ve aynı yaştaki diğer çocuklarla karşılaştırma yapılabilmesi yönünden yararlıdır. Büyüme ve gelişmeyi etkileyebilecek birçok hastalık vardır. Bunun yanında, çocuğun konuşma, yürümeye başlama gibi davranışlarının bilinmesi de önemli olabilir.

AŞAMA 3.

* **Aile öyküsü:**

Öğrenci ailede yaşayan her birey için şu soruları sorar: Hastalığı var mı? varsa, hangi hastalık(lar)? ailede ölen(ler) var mı? varsa ölüm nedenleri. Bazı aile üyeleri için ayrıntılı öykü gerekebilir. Örneğin, kalp hastalığı ya da kanser öyküsü olanlar var mı? ve ayrıntıları. Ailede en çok görülen hastalıklar ve kimlerde görüldükleri?. Aile ağacı yapmak yararlı olabilir.

* **Sosyal yaşam öyküsü:**

Aile bireylerinin yaş, eğitim, meslek, medeni durumları, alkol, sigara ve diğer kötü alışkanlıkları, evin koşulları, evde fiziksel özürlü olup olmadığı sorulur.

Bu bilgilerden hastanın ne tür bir toplumun üyesi olduğu öğrenilir ve hastalığı ile ilişki aranabilir. Örneğin, meslek hastalıkları gibi.

* **Alışkanlıklar:**

Bireyin çeşitli alışkanlıkları sağlığını etkileyebilir. Örneğin, sigara ve alkol kullanımı, diyet ve egzersiz alışkanlıkları ayrıntılı olarak sorulmalıdır. Sigara günlük içilen sigara sayısı, alkol ise duble sayısı olarak belirtilmelidir.

* **Seks alışkanlıkları ve tercihleri:**

Bu tür sorular hassasiyetle karşılanabilecek sorulardır. Buna karşın önemli ipuçları verecek sorulardır. Hastaya verilecek güven ve sır saklama güvencesi bir oranda hastayı rahatlatabilir ve soruları açık yüreklilikle yanıtlaması sağlanabilir.

Burada sorulacak sorular şunlar olabilir: Seks sıklığı, seksi aynı bireyle mi değişik bireylerle mi, karşı cinsle mi aynı cinsle mi gerçekleştirdiği, kondom ve diğer yöntemleri kullanıp kullanmadığı, veneral hastalıkları.

AŞAMA 4.

* Öykü alma işlemi, tüm sistemler ve fonksiyonları soruşturularak sonlandırılır. Bu şekilde yapılarak, belirtilmesi unutulan semptomlar da öğrenilebilir. Bu sistemler 14 alt başlık altında toplanabilir.

Sistemler:

* Gözler
* Kulak, burun, ağız ve boğaz
* Kardiyovasküler
* Solunum
* Gastrointestinal
* Genitoüriner
* Kas-iskelet
* Deri
* Nörolojik
* Psikiyatrik
* Endokrin
* Hematolojik/lempatik
* Allerjik/immünolojik

Sistemlerin fonksiyonel soruşturması ile ilgili ayrıntılar:

* Genel sorular:

Önemli olabilir. Örneğin, tanımlanamayan kilo kaybı, gece terlemesi, bitkinlik/kırıklık/letarji, uyku durumu, iştah, ateş, kaşıntı/döküntü, yakın zamanda travma, şişkinlik, yumru, kitle, tanımlanamayan düşmeler.

* Kardiyorespiratuvar semptomlar:

Göğüs ağrısı, solunum yetersizliği, egzersiz toleransı, PND, ortopne, ödem, palpitasyon, zayıflık, bilinç kaybı, balgam, öksürük, hırıltı, hemoptizi.

* Gastrointestinal semptomlar:

Karın ağrısı, kilo kaybı var mı? şeklinde sorulup yemek yeme ile ilişkilendirilir. Örneğin, kilo kaybı yetersiz beslenme ile mi ilişkilidir? yoksa, tanımlanamayan bir durum mu vardır? Eğer yetersiz beslenme ise, nedeni sorulur. Yemek istemiyor mu? yoksa fiziksel olarak mı yiyemiyor? (örneğin ağrı, yutma güçlüğü gibi). Daha sonra gastrointestinal sistemle ilgili ağızdan anüse kadar sorulur: Yutma güçlüğü, hazımsızlık, bulantı, kusma, hematemez, dışkılama alışkanlığı, dışkı ile ilgili şunlar sorulmalıdır: renk, düzen, kan, koku, boşalma güçlüğü gibi sorular yöneltilmelidir.

* Genitoüriner sistem semptomları:

Mikturasyon-inkontinans (stres ya da dürtü), disüri hematüri, noktüri, sıklık, poliüri, duraksama, terminal damlama (akıntı kesildikten sonra damlama), vajinal akıntı, ağrı, adet sıklığı, düzeni, yoğun-hafif (fazladan pet kullanıp kullanmadığı), süresi, ağrı, bir önceki adetin ilk günü, gebelik sayısı (kendiliğinden ve isteyerek düşükleri de kapsar), adet başlangıcı, menopoz, fertil kadınlar için gebeliği önleyici yöntem kullanma, son smear testinin tarihi ve sonucu gibi sorular yöneltilmelidir.

* Nörolojik semptomlar:

Duyma, koku alma, işitme, tat ve görüşte herhangi bir değişiklik var mı? Nöbet, bayılma, kriz, baş ağrısı var mı? Bacaklarda paraestezi ya da hissizlik var mı? Kol ve bacaklarda güç kaybı, denge bozukluğu var mı? Konuşma güçlüğü ya da problemleri var mı? Sfinkter bozuklukları? Mental fonksiyon bozuklukları ve psikiyatrik semptomlar gibi sorular yöneltilmelidir.

* Kas-iskelet sistemi:

Ağrı, katılık, eklemlerde şişlik, günün farklı saatlerinde değişim, fonksiyonel eksiklik gibi sorular yöneltilmelidir.

* Tiroid semptomları:

Hipertiroid:Soğuk havayı tercih, hızlı ruhsal değişiklikler, terlilik, ishal, oligomenore, kilo kaybına rağmen iştah artışı, çarpıntı, palpitasyon, görünüm rahatsızlıkları, Hipotiroid: Sıcak havayı tercih, yavaşlık, yorgunluk, bunalımlı olma , saç dökülmesi, boğuk ses, ağır dönem, kabızlık, deri kuruluğu.gibi sorular yöneltilmelidir.

**ÖĞRENCİNİN**

**HASTA ÖYKÜSÜ ALMA BECERİSİNİ**

**DEĞERLENDİRME FORMU**

**ÖĞRENCİNİN ADI:............................................................**

**ÖĞRETİM ÜYESİNİN ADI: .................................................**

**TARİH:.......................................**

**SAAT :.......................................**

Bu formun geliştirilmesinde 27 nolu kaynaktan yararlanılmıştır.

Öğretim üyesi her maddeyi aşağıdaki puanlarla değerlendirir:

2: İyi sordu,

1: Yetersiz sordu,

0: Sormadı.

**GÖRÜŞME ÖNCESİ HAZIRLIK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.Tanıtım* Kendisini tanıttı
* Hastanın ismini tam söyledi
* Hastanın ismini doğru

söylediğini hastaya doğrulattı | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| 2.Öğrenci hastaya görüşme ile ilgili bilgi verdi ve hastayı hazırladı, Gizlilik sağladı ve iletişimi etkileyebilecek engelleri kaldırdı  |  |  |  |  |
| 3.Öğrenci hastaya rahat ve huzurlu bir ortam sağladı  |  |  |  |  |
| 4.Öğrenci hastanın dostluğunu kazanacak biçimde kişiliğinin kalitesini ortaya koydu  |  |  |  |  |
| 5.Öğrenci görüşme için uygun zamanı belirledi  |  |  |  |  |
| 6.Öğrenci bu görüşme için kendi gereksinimlerini belirledi |  |  |  |  |
| 7.Öğrenci önce açık uçlu sorularla hastanın şimdiki şikayetini ve diğer ilgili tüm hususları belirledi,Hastanın verdiği ipuçlarını izledi ve gerekli özel soruları belirledi |  |  |  |  |
| 8.Soracak çok sayıda soru varsa tartışarak spesifik olanlarını seçti |  |  |  |  |

**BİLGİ DERLEME: İŞLEM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9.Az ve öz, kolay anlaşılır kelimelerkullandı, tıp terimlerinden sakındı, uygun olmayan bölgesel terimler kullanmadı  | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| 110.Açık ve kapalı uçlu soruları uygun şekilde kullandı |  |  |  |  |
| 111.Yönlendirici sorular kullanmadı (Örneğin, göğüs ağrın yok, değil mi gibi)  |  |  |  |  |
| 112.Hastaya organize şekilde yaklaşımda bulundu  |  |  |  |  |
| 13.Öykünün bölümlerindeki ve görüşmedeki geçişleri uygun biçimde yaptı ve açıkladı  |  |  |  |  |
| 14.Hastadan aldığı yanıtları doğrulatmak için soruları tekrar sordu ve kaydetti  |  |  |  |  |
| 15.Hastadan bilgiyi aldıktan sonra hastayla yumuşak ve eleştirisiz bir biçimde, birbirini izleyen uygun sorular yönelterek iletişim kurdu |  |  |  |  |

**BİLGİ DERLEME: İÇERİK (aşağıdaki maddeleri sordu mu?)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 16. TANITIM BİLGİLERİ | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a.Hastanın ismi |  |  |  |  |
| b**.**Yaşı |  |  |  |
| c.Medeni durumu |  |  |  |
| d**.**Eğitimi |  |  |  |
| e.Cinsiyeti |  |  |  |
| f.Mesleği |  |  |  |
| g.Öykünün kaynağı ve güvenilirliği (yazınız) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 17.ŞİMDİKİ ŞİKAYETİN ÖYKÜSÜ (Aşağıdakile-rin hepsini sordu mu?) | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a. Yeri |  |  |  |  |
| b. İlk görülme tarihi  |  |  |  |
| c. Şiddeti |  |  |  |
| d. İçeriği |  |  |  |
| 1. e. Neye göre değişim

gösterdiği (faktörler) |  |  |  |
| f. Birlikteki semptomlar |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 18.HASTANIN TIBBİ ÖYKÜSÜ | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a. Allerjiler/ilaç reaksiyonları |  |  |  |  |
| b. Kullandığı ilaçlar1) Şimdi/yakın zamandaki reçete edilen ilaçlar2) Şimdi/yakın zamandaki bitkisel ilaçlar3) Şimdi/yakın zamandakireçetesiz ilaçlar |  |  |  |
| c.Önceki tıbbi problemler: -hastaneye yatma-ameliyatlar-önceki sakatlıklar-travmalar-önceki hastalıklar |  |  |  |  |
| d. Büyüme ve gelişme-diyet-çocuklukhastalıkları-bağışıklıklar |  |  |  |  |
| e.Toksin ve/veya endüstriyel maruziyet/mesleksel öykü |  |  |  |  |
| f.Obstetrik Öykü1) Adet2) Menopoz3) Doğumlar4) Mamogram5) Pap smear |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19. HASTANIN AİLE ÖYKÜSÜ | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a.Yakın aile üyelerinin yaşları, sağlık durumları, ölüm nedenleri  |  |  |  |  |
| b.Benzer semptomlara sahip aile üyeleri  |  |  |  |
| c.Aile üyelerinin mevcut bulaşıcı hastalıklar ve kronik hastalıklar ile ilgili durumu  |  |  |  |
| d.Aile üyelerinin psikiyatrik öyküsü (depresyon, anksiyete gibi)  |  |  |  |
| e. Ailesel ilişkiler  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 20. HASTANIN SOSYAL YAŞAM ÖYKÜSÜ | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a.Hanede kimlerin yaşadığı |  |  |  |  |
| b.Sosyal destek kaynakları Destek yok |  |  |  |
| c.Boş zaman uygulamaları |  |  |  |
| d.Yaşam memnuniyeti |  |  |  |
| e. Mevcut stres kaynakları  |  |  |  |
| f. Tecavüz/şiddete maruz kalma öyküsü 1)Güvende hissediyor mu?2)Yaşam boyunca inciten ya da tehdit eden birisi oldu mu?3)Evinizde herhangi birisi incindi ya da tehdit edildi mi? 4)Herhangi bir kimseden  korku durumu var mı? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21.YAŞAM BİÇİMİ ÖYKÜSÜ (risk faktörleri, alışkanlıklar) | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a. Tütün1)Halen kullanım2)Geçmişte kullanım |  |  |  |  |
| b. Alkol1)Halen kullanım2)Geçmişte kullanım |  |  |  |
| c. Yasa dışı ilaçlar1)Şimdiki kullanım2)Geçmişte kullanım |  |  |  |
| d. Seks öyküsü1)Halen aktif seks yaşamı2)Seks arkadaşı: E/K3)Güvenli seks uygulaması 4)Önceki seks uygulaması |  |  |  |
| e. İş tehlikeleri/riskler, çevresel maruziyet  |  |  |  |
| f. Tecavüz riski 1)İstemediği halde hiç seks yapmaya zorlandı mı? 2)Seks arkadaşından hiç korktuğu oldu mu?  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 22. KORUYUCU ÖYKÜ | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a. Egzersiz |  |  |  |
| b. Yeme alışkanlıkları |  |  |  |
| c. Ateşli silahlar |  |  |  |
| d. Emniyet kemeri |  |  |  |
| e. Duman dedektörü |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 23.SİSTEMLERİN SORGULANMASI | (2) | (1) | (0) | Görüşler |
| a.Genel1)Uyku2)Kilo kaybı3)Diyet değişikliği4)Enerji düzeyi |  |  |  |  |
| b.Gözler |  |  |  |
| c.Kulaklar |  |  |  |
| d.Burun |  |  |  |
| e.Ağız |  |  |  |
| f. Boğaz |  |  |  |
| g.Kardiyovasküler |  |  |  |
| h.Solunum |  |  |  |
| i Gastrointestinal |  |  |  |
| j. Kas-iskelet |  |  |  |
| k.Genitoüriner |  |  |  |
| l. Pelvik ağrısı, ağrılı koitus |  |  |  |
| m.Sakarlık sonucu yara ya da düşme sorunu  |  |  |  |
| n.Deri |  |  |  |
| o.Nörolojik |  |  |  |
| p Psikiyatrik |  |  |  |
| q.Endokrin |  |  |  |
| r.Hematoloji |  |  |  |
| s.İmmünoloji |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 24. Şimdiki yakınması ile doğrudan ilişkili sistemler için ek odak sorular sordu mu? |  |  |  |  |

13

HASTA DOSYALARININ

HUKUKSAL YÖNÜ

GİRİŞ

Hasta dosyaları; hastane ve sağlık personelince hastalara yapılan işlemleri gösteren canlı ve gerçek belgelerdir.

Hasta dosyalarının doğal olarak bir de hukuksal yönü vardır. Bazı ülkelerde sağlık kayıtlarının kullanımı ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde ise bu tür yasal düzenlemelere ilişkin kaynak bulunamamıştır. Bunun yanında Ülkemizde hasta dosyaları mahkemelerde delil olarak kullanılmaktadır.

Her sağlık kurumunun ilk ve temel görevi hasta dosyalarının; yeterli derecede bilgi içeren, yüksek düzeyde bilimsel, doğru ve yasal olmasını sağlamaktır. Hasta dosyalarının bu özellikleri taşıması hastanenin kendisini haksız suçlamalardan koruyabilmesi için de önemlidir. Çünkü hastanenin kendisini savunacağı ve yargıcın karar vermek üzere temel alacağı tek belge hastanın sağlık kayıtlarıdır.

**KÖTÜYE KULLANIM (İSTİSMAR)**

Hasta bakımı veren personelin hasta kaydını gerçek olmayan biçimde düzenlemesi hem meslek ahlakına aykırı bir durumdur hem de kimi ülkelerde yasal olarak ağır suç kabul edilmektedir.

Hastadan izin almadan, hasta kayıtlarının hekim tarafından dış kullanımına izin verilmesi ya da saklanması hasta-hekim ilişkilerinde güven bunalımına neden olabilir.

MÜLKİYET HAKKI

Hasta dosyasında hasta ile ilgili yazılı bilgilerin sahibinin kim olduğu her zaman tartışma konusu olmaktadır. Bu konu çeşitli ülkelerde farklı uygulamalara, yasalara ve yönetmeliklere sahipken kimi ülkelerde herhangi bir yasal dayanak bulunmamaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletlerinde hasta dosyasındaki bilgilerin sahibi bizzat hastanın kendisi iken, dosyanın kendisi kurumundur (hastanenin, kliniğin, sağlık ocağının vb.). Bu nedenle hastalar kurumdan dosyalarındaki bilgilerin doğru olduğuna dair onayı ve gizliliğinin sağlanmasını istemek hakkına sahiptir.

İngiltere’de “Ulusal Sağlık Servislerinin” kayıtlarının sahibi Sağlık Kurumu olarak kabul edilmektedir.

İngiltere’de “Veri Koruma Yasası” ve “[Freedom of Information Act 2000](http://en.wikipedia.org/wiki/Freedom_of_Information_Act_2000)” hasta ya da temsilcisine, gizliliğe sahip bilgi ya da hastaya zarar verecek bilgi dışında, hastanın tüm kaydının bir kopyasını isteme hakkını tanımaktadır. Ayrıca, yasa hastaya kayıtlarının doğruluğunu inceleme ve kayıtlarını düzelttirme hakkını vermektedir.

Yukarıda verilen örneklerden hareketle denebilir ki, hasta dosyalarının sahibi hastanedir. Hastane hasta dosyalarının öncelikle hasta yararına olmak üzere, en üst düzeyde yeterli biçimde düzenlenmesinden, istendiğinde verilmesinden, saklanmasından ve çeşitli etkinliklerde kullanılmasından sorumludur.

Dosya içindeki bilgilerin sahibi hastadır ve bu bilgiler gizli tutulmalıdır. Hastane bu gizli bilgilere ilgisiz kişilerin ulaşmasını engelleyici her türlü önlemi almalıdır. Hastanın kendi dosyası içindeki bilgilere ulaşma ya da onları inceleme hakkı için ise kesin bir şey söylenemez. Hasta tarafından böyle bir talep geldiğinde, hasta dosyaları bölümü hastaya hekimi ile görüşmesini ve hekimden yazılı belge gelmeden dosyanın kendisine verilemeyeceğini belirtmelidir. Hekimin de hastaya zararlı olmayacak bilgilerin verilmesine izin vermesi en doğru yoldur.

**HASTA KAYITLARINA ULAŞILABİLİRLİK**

Hasta kayıtları ile ilgili en önemli konulardan birisi hastanın kayıtlarına kimin ya da kimlerin ulaşabileceğidir. Kimi ülkelerde bu konu çok ciddi kurallara bağlanmıştır. Örneğin, ABD’de sadece hasta ve hasta bakımı ile doğrudan ilgili olan sağlık personeli dışında kimse hasta kaydına ulaşamaz ve inceleyemez. Bununla birlikte, hasta istediği kişiye ya da kuruma kaydının değerlendirilmesi için izin verebilir. Hasta kayıtlarına ulaşım ve güvenlik ile ilgili kurallar “[Health Insurance Portability and Accountability Act](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_Insurance_Portability_and_Accountability_Act) (HIPAA)” kılavuzu tarafından belirlenmektedir. Bazı özel durumlarda kurallar daha karmaşık olabilmektedir. Bu durumları inceleyelim:

**Karar verme ehliyeti:**

Bir hasta kendisinin hasta bakımı ile ilgili işlemlerine karar vermek için yasal olarak ehil değilse (komada olması, bilinç kaybı bulunması, psikiyatrik bir hastalığa sahip olması ya da zehirlenmiş olması gibi durumlar) kendisine bir yasal vekil tayin edilmelidir. Bu vekil bir akraba olabilir. Akraba yoksa mahkeme başka birisini atayabilir. Bu vekil hastanın kayıtlarına ulaşma ve onun adına karar verme yetkisine sahip olur.

**Acil olgu:**

İletişim kurulamayan hastanın acil bir olguya sahip olması durumunda eğer yazılı bir talimat yoksa hastanın dosyasına ulaşmak sorumluluğunu sağlık personeli üstlenebilir.

**Araştırma, Denetim ve Değerlendirme:**

Tıbbi araştırma, mali denetim, yönetimsel inceleme ya da program değerlendirmesi yapan bireyler hastanın kaydına ulaşabilir. Fakat bu bireylere hastanın tanıtıcı bilgilerine ulaşma izni verilemez.

**Ölüm ya da Zarar Riski:**

Hastanın ölümüne sebep olabilecek ya da ona zarar verebilecek herhangi bir durum söz konusu ise ve hastadan izin alma olanağı yoksa yetkili kişiler izinsiz olarak hastanın kaydına ulaşabilir.

HABERLEŞME GİZLİLİĞİ

Milattan önce 5. yüzyılda yaşamış olan büyük hekim Hipokrat gizlilik konusunda Hipokrat Andında şöyle demektedir:

***“Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla ilişkide iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım.”***

Yedi bin yıl önce söylenen bu sözlere günümüzde ne derece uyulduğunu okurların görüşüne bırakmayı uygun görüyoruz.

|  |
| --- |
| **HASTA DOSYALARI İÇİNDEKİ BİLGİLER GİZLİDİR.**Bir hasta en yakınına bile söyleyemeyeceği sırlarınısağlık personeline söyler.Sağlık personeli bu sırlarıbaşka bir kişiye söyleme yetkisine sahip değildir.Hasta dosyaları bölümü ve tüm sağlık personelhasta dosyalarına ilgisiz kişilerin ulaşmasını ve incelemesini engelleyici önlemleri almakla yükümlüdür. |

Hasta dosyasında yazılı olan bilgiler gizlidir. Gizlilik yönünden hekim, diğer sağlık personeli ve hasta dosyaları bölümü görevlileri en üst düzeyde titizliği göstermelidir. Hasta dosyası gizlilik nedeniyle hastanın en yakınına (eşine, annesine, babasına, çocuğuna, kardeşine vb.) bile gösterilemez.

Dosyadaki bilgiler sözlü olarak dahi bildirilemez. Hasta dosyası hastanın ya da yakınlarının eline verilip herhangi bir yere (başka bir hekime, laboratuvara, sekretere) gönderilemez. Üzülerek belirtmek gerekir ki, Ülkemizin çoğu hastanelerinde hasta dosyalarının hasta ve yakınlarının elinde oradan oraya taşındığını, hatta, hasta ya da yakını tarafından dosyanın eve bile götürüldüğünü görmek mümkündür.

Hasta dosyaları bölümü dosyanın mahkemelere gönderilmesinde de gizlilik ilkelerine ciddiyetle uymalı ve dosyayı gönderdiği makamlara da gizliliğe uyulması için uyarıda bulunmalıdır.

HASTA DOSYALARININ ADLİ OLAYLARDA DELİL OLARAK KULLANIMI

Mahkemeden yazılı istek geldiğinde hastanın dosyası hasta dosyaları bölümü tarafından mahkemeye gönderilir ve dosyanın mahkemede olduğunu belirtmek üzere rafa kılavuz kart konur.

Hasta dosyaları mahkeme tarafından genellikle aşağıda belirtilen nedenler için istenir:

SİGORTA VAKALARI

Bireyin sigortalı olması, sigortasının devam etmesi ya da ortadan kaldırılması, geçici ve sürekli sakatlıklar için sigorta primi almaları gibi işlemlerde hasta dosyaları önemli bir delildir.

İŞÇİLERİN TAZMİNAT VAKALARI

İş kazaları ya da meslek hastalıklarına bağlı sürekli ya da geçici iş göremezlik hallerinde ilgili yasanın gereği yerine getirilirken, kişinin tazminatına esas olarak hasta dosyasında yazılı olan bilgiler kullanılır.

KİŞİSEL TAZMİNAT VAKALARI

Bir kişinin başkası tarafından hata ya da ihmal nedeniyle fiziksel olarak zarara uğratılması durumunda açılacak tazminat davasında hasta dosyasında yazılı olan bilgiler kullanılır.

TIBBİ HATA DAVALARI

Bir hastanın tedavi gördüğü hastane, hekim ya da diğer sağlık personelinin hasta bakımı ile ilgili uygulamaları sonucu tedaviden zarar gördüğü iddiası ile mahkemeye başvurması en sık görülen olaylar arasındadır. Böyle bir başvuru olduğunda mahkeme olayı açıklığa kavuşturmak için hasta dosyalarını kullanır.

VASİYET VAKALARI

Bir hasta hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde vasiyet etmiş olabilir. Bu vasiyete bazı akrabalar bireyin akli dengesi yerinde olmadığı gerekçesiyle itiraz edebilirler. Bireyin dosyası bu gibi durumlarda da mahkeme tarafından kullanılır.

ADLİ VAKALAR

Çeşitli adli vakalarda hasta dosyaları kullanılır. Örnek durumlar aşağıda verilmiştir:

* Cinayet olaylarında,
* Irza tecavüz olaylarında,
* Suikast olaylarında,
* Sakat bırakma ve savunmasız bırakılma durumlarında,
* Akıl hastalığı vakalarında,
* Saldırı, ya da dövülme olaylarında.

HASTA DOSYALARININ MAHKEMEYE GÖNDERİLMESİ

Mahkemenin hasta dosyasını istemesi durumunda hasta dosyaları bölümü istenilen tarihte dosyayı mahkemede bulundurmak üzere hazırlık yapmaya başlar. İlk yapılacak işlem dosyanın incelenerek varsa eksikliklerinin saptanması ve tamamlanmasıdır. İkinci işlem, dosyanın her sayfasının numaralanması ve raftaki yerine dosyanın gönderildiği mahkemenin ve tarihi yazıldığı kılavuz kartın konmasıdır. Son aşamada, dosyanın üstündeki karton kapağın alınması, üzerinde GİZLİ yazılı bir zarf içerisine konulması ve mahkemeye alındı karşılığı teslim edilmesidir.

Dosyanın mahkemedeki işi uzun sürebilir. Böyle bir durumda hastanın hastaneye başvurusunda dosya hastanede olmayacağı için hasta yönünden sakıncalı bir durum ortaya çıkabilir. Bunun için önerilecek çözüm yolu, dosyanın fotokopisinin çekilerek aslının mahkemeye, fotokopisinin ise dosyaya konularak rafa kaldırılması olabilir.

**KAYITLARIN YOK EDILMESI**

Hasta kaydının belirli bir süre saklanması ve süre bitiminde yok edilmesi genel bir uygulamadır. Bu durum çeşitli ülkelerde ve kurumlarda farklı uygulamalara sahiptir. Örneğin, İngiltere’de yasal olarak herhangi kaydedilmiş bir bilginin saklanma süresi 7 yıldır, fakat hasta kayıtlarının mümkün olduğu kadar uzun süre saklanması hatta hasta öldükten sonra bile bilimsel araştırmalar için saklanması önerilmektedir.

**14**

**KLİNİK VERİLERİN DOĞASI**

**GİRİŞ**

Klinik veriler diğer bilimlerdeki verilere pek benzemez. Kendine özel karakteristiklere sahiptir. Bu nedenle tüm klinisyenler klinik verilerin özelliklerini iyi kavramalıdır. Bu özellikler aşağıda tartışılmıştır.

**KLİNİK VERİLERDE KARMAŞA**

Klinik verilerin ölçümü, kaydedilmesi ve değerlendirilmesinde standart bir işlem yoktur. Çok sayıda değişkenlik söz konusudur. Bu nedenle klinik verilerin doğasında karmaşa bulunduğu söylenir. Bu karmaşaya bir örnek verelim. Kan basıncı ölçümünü ele alalım: Genellikle sistolik ve diastolik kan basıncının birlikte ölçülmesi ve değerlendirilmesi yeterli olur. Bu tür bir ölçümün kaydedilmesi ve değerlendirilmesi sorun çıkarmaz. Ancak, tekrarlı kan basıncı ölçümleri yapılması gerekirse, bu ölçümleri dosyaya yazmak sorun değildir. Fakat yazılan rakamlara bakarak hemen bir anlam çıkarmak ve yoruma gitmek kolay değildir. Her ölçümü bir grafik üzerinde işaretlemek, takip etmek ve yaptığı trendi izlemek daha anlamlı bir yaklaşım olabilir. Bu grafikte birisi sistolik, diğeri diastolik ölçüm için olmak üzere iki ayrı çizgi kullanılması daha uygun olur. Kan basıncı ile ilgili diğer bir sorun ölçümlerden birisinin alınamamasıdır. Örneğin “sistolik=:60”, “diastolik alınamadı” gibi bir ibare konması gerekecektir. Bu durum klasik hasta dosyalarında fazla bir sorun çıkarmasa da bilgisayar destekli dosyalarda sorun çıkarabilir.

Bunun yanında, kan basıncı çeşitli zaman aralıklarında ölçülebilir. Örneğin; birkaç senede bir gibi çok seyrek, her ay, günde bir kez, günde birçok kez ve sürekli gibi çok sık ölçülebilir. Ayrıca, kan basıncı değişik pozisyonlarda (yatarak, oturarak ve ayakta gibi).ölçülebilir. Örneğin; Buna ek olarak ölçüm değişik yerlerden yapılabilir örneğin; koldan (sağ, sol), ayaktan gibi. Yine kan basıncı değişik ölçüm araçlarıyla da ölçülebilir, örneğin, mekanik, dijital gibi. Bunların her birisinin nasıl tanımlanacağı, nasıl kaydedileceği ve değerlendirileceği klinisyen tarafından kararlaştırılacak ve çözüm bulunacak sorunlardır.

Diğer yandan, klinik veriler değişik biçimlerde ölçülebilir. Örneğin biyokimyasal ve fiziksel değerler ölçümle belirtilen sürekli sayısal verilerdir. Bunlar kesin ve açık ölçümlerdir. Ölçülen değer aynen kaydedilebilir. Bir de sayısal olarak belirtilen fakat kesikli olan veriler vardır, nabız sayısı, ölen çocuk sayısı gibi. Bunlar da aynen kaydedilebilir. Bunlara ek olarak bir de açık olmayan nitelik veriler vardır. Örneğin, kavrama, algılama, anlama, davranış gibi. Bunların nasıl kaydedileceği ve nasıl değerlendirileceği ise çözülmesi gereken diğer bir sorundur.

**BELİRSİZLİK, KESİNLİK ve DOĞRULUK**

Hasta dosyasına kaydedilen her türlü veri belirli bir düzeyde belirsizlik (muğlaklık, kesin olmayış, kuşku) içerir. Belirsizlik her türlü veri için geçerlidir, fakat klinik bulgular ve yorumlarda daha fazla görülebilir. Bu belirsizlikler, uzmanlık alanlarına özel ileri düzeyde bilgi derleme, daha ileri düzeyde teknolojinin kullanımı ve zaman süresi içerisinde elde edilen deneyimlerle kısmen ya da tamamen giderilebilir.

Belirsizliği tanımlamak için kullanılan kimi terimler ya da ölçümler de sıklıkla belirsizlik yaratmaktadır. Olguların mutlak sayı ile ifade edilmesi hatalı ya da anlam vermeyen bir durum ortaya çıkarabilir.Bu durumda sayı yerine “yüzde”, “olasılık” ya da ”odds ratio” gibi kesin anlam ifade eden değerler kullanılmalıdır. Örneğin, bir hastalıktan 10 kişinin öldüğünü ifade etmek yerine, o hastalıktan ölüm oranının % 1 olduğunu ifade etmek daha anlamlıdır. Çünkü 10 ölümün çok mu az mı olduğu hastalığa kaç kişinin yakalandığı bilinmediğinden bilgi veremez. Eğer 10 kişi yakalanmış ve hepsi ölmüşse çok öldürücü bir hastalık iken, 10 000 kişide 10 kişi ölmüşse ölüm yüzdesi binde bir olacaktır. Bu durumda bin kişiden sadece bir kişinin öldüğü kolayca anlaşılacaktır.

Hastaya konulan tanı “kesin” ya da “geçici” olabilir. Genellikle yapılan uygulama önce “geçici” bir tanı koyup (örneğin, “kuru öksürük” gibi), sonra “trakeit”, sonra “hemolitik enflammatuar trakeit” gibi kesinleşmeye doğru götürmektir. Genel kanı olarak pratisyen hekimlerin koyduğu tanılar daha ileri incelemelerin yapılamaması nedeniyle “geçici”, hastanede çalışan uzman hekimlerin ki ise, tanı koyma olanaklarının daha fazla olması nedeniyle “kesin” tanı olarak sınıflandırılır.

Bunun gibi, konulan tanıların kesinlik derecesi zannediyorum bu tansiyona bağlı bir baş ağrısı gibi “ tahmini” tanıdan, “otopsi sonrası akciğer kanseri” gibi kesin tanıya doğru aşama aşama derecelendirilebilir.

Hastalığın kayıtlara işlenmesi kadar önemli olan diğer bir husus hastalığın ciddiyetini ya da riskini değerlendirmektir. Özellikle bilgisayar destekli sistemde değerlerin bilgisayara yüklenmesi için kodlanıp sayıya dönüştürülmesi gerekir. Her klinik bunu kendisi de yapabilir.

Aşağıda Bolens et al.32 pediatrik risk değerlendirmesi örnek olarak verilmiştir. Yazarlar “Bir semptomun varlığı, yoğunluğuna bakılmaksızın bir anormalliğin olduğunu gösterir. Bu nedenle semptomun varlığı ya da yokluğu kayıt edilir, fakat yoğunluğu belirtilmez. Klinik olgunun ciddiyeti hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesini gerektirir.

Bir semptomu değerlendirmek için önüne “hafif”, “orta” ve “ağır” gibi nitelik koyma yerine hastayı tüm olarak ciddiyet puanı ile değerlendirmek gerekir,”demektedirler.

Yapılan puanlamanın güvenilirliğini ölçmek için yöntemler geliştirilmiş ve geçerliliği hesaplanmıştır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Risk/ciddiyet** | **Skor** |
|  Yaşam riski  | 0: Hastalık yok1:Yaşamı 24 saat içinde tehdit eden ya da kötüleştiren semptomlar2: Yaşamı 24 saatten az sürede kötüleştiren semptomlar3: Yaşamı 12 saatten az sürede kötüleştiren semptomlar4: Yaşamı 2 saatten az sürede kötüleştiren semptomlar |
| Fonksiyonel risk | 0: Hastalık yok1: Bir organın geçici kısmi fizyolojik fonksiyon kaybı 2: Sürekli kısmi fonksiyon kaybı3: Geçici total fonksiyon kaybı4: Sürekli total fonksiyon kaybı |
| Ciddiyet | 0: Hastalık yok1: Bir organın normal aktivitesini etkilemeyen fonksiyon bozukluğu2: Bir organın başka bir organın aktivitesini  orta derecede etkileyen fonksiyon bozukluğu3: Bir organın başka organların ikincil fonksiyon bozukluğuna neden olan fonksiyon bozukluğu4: Terapötik yeteneklerin üstünde sakatlığa neden olan bir ya da daha fazla organ sakatlığı |

**ÇEŞİTLİLİK**

Hasta dosyası çok sayıda değişik bilgilerden oluşur. Her kaydedilen bilgi genellikle ilgili olgunun yazımı şeklinde bazen de kısaltılmış sembolü şeklinde olur. Örneğin, Ca, EKG, EEG, MI gibi. Bu tür kısaltmalar herkes tarafından aynı biçimde anlaşılıyorsa kullanılmalıdır. Bilgisayar destekli hasta dosyalarında ise yapılan düzenlemeye göre, genellikle bilgiler kodlanarak sayıya çevrilmiş biçimde girilir. Bazı veriler ise sayısal (sürekli ya da kesikli sayısal) biçimdedir ve aynen kaydedilir.

Kimi zaman klinisyen anormalliği tanımlamak için şekiller de çizebilir. EKG ve EEG bulguları ya da röntgen bulguları grafikler halinde ve laboratuvar bulguları ise özel formları ile dosyaya eklenebilir.

Bazı dallarda, örneğin oftalmoloji gibi, özel formlar geliştirilerek bulgu ve işlemler bu formlara yazılır.

Bu çok sayıdaki çeşitliliklerin kaydedilmesi klasik hasta dosyalarında daha kolay, bilgisayar destekli hasta dosyalarında ise biraz sıkıntılı olabilir.

Bu nedenle, bilgisayar destekli hasta dosyalarında karmaşa, belirsizlik ve çeşitlilik dikkate alınmalıdır.

**15**

HASTA DOSYALARININ

NUMARALANMASI ve SAKLANMASI

**GİRİŞ**

Hastaya yapılan işlemleri yazmak için her hastaya hastanenin politikasına göre bir kayıt açılır. Bu kayıt bir dosya olabilir ya da kart, zarf gibi başka bir sistem de olabilir.

Bu bölümde hastaya açılan dosya sisteminin numaralanması ve kayıtların saklanması işlemleri ve yöntemleri tartışılacaktır.

DOSYALARI NUMARALAMA SİSTEMLERİ

Hastaneye başvuran her hastaya bir dosya açılır. Bu dosyanın numaralama işlemleri üç şekilde yapılabilir:

SERİ NUMARALAMA SİSTEMİ

Hastaya, hastaneye her gelişinde üzerinde ayrı bir numara olan bir dosya verilir. Bu işleme «**seri numaralama**» sistemi denir. Bu sistemde hastanın hastanede birden çok sayıda dosyası olur. Her biri ayrı bir yerde (rafta) sıraya girer. Hasta hastaneye geldiğinde hekim bu hastanın dosyalarını görmek isterse hastaya ait tüm dosyalar bulunarak verilir. Bu sistem arşivin işlerini ve hekimin dosyaları incelemesini zorlaştırır. Ekonomik değildir. Raf ve saklama sorunları ortaya çıkabilir.

ÜNİTE NUMARALAMA SİSTEMİ

Hastaya, hastaneye ilk gelişinde üzerinde numara olan bir dosya verilir. Sonra hasta her gelişinde aynı dosya ile işlem görür. Bu sisteme «**ünite numaralama**» sistemi denir. Pratiklik yönünden bu sistem seri numaralama sisteminden daha iyidir. Hekim tek dosya inceleyerek hasta hakkında gerekli bilgiye sahip olabilir. Bu sistem kullanıldığında ileride dosyaların kalınlaşabilir olması nedeniyle, her rafta azami dosya sayısının % 25’i boş bırakılmalıdır. Örneğin, eğer raf en fazla 100 dosya alabiliyorsa, bu rafa 75 dosya konulması uygun olur.

SERİ-ÜNİTE NUMARALAMA SİSTEMİ

Bu ikisinin karışımı olan ve «**seri-ünite numaralama**» sistemi adı verilen bu üçüncü sistemde ise, seri numaralama sisteminde olduğu gibi hastaya hastaneye her gelişinde farklı numaralı bir dosya verilir fakat bunlar en son numarada birleştirilir.

DOSYALARI SAKLAMA SİSTEMİ

Dosyaları saklama sistemi iki değişik biçimde yapılabilir: “Merkezsel sistem” ve “merkezsel olmayan sistem”. Bu iki sistemi özet olarak inceleyelim:

MERKEZSEL SİSTEM

Bu sistemde poliklinik ve klinik kayıtları tek elden yürütülür. Bireye atanan dosya hem poliklinik hem de klinikte yapılan tüm işlemler için kullanılır. Polikliniklerde ve kliniklerde ayrı hasta dosyaları bölümü yoktur. Bütün dosyalar hastanenin hasta dosyaları bölümünde saklanır. Bu yöntem için ünite numaralama sistemi en uygun olanıdır. Pratik ve ekonomik bir sistem olduğu gibi, ilgili sağlık personelinin bireye yapılan tüm işlemleri bir arada görmesi bakımından da yararlı bir sistemdir.

MERKEZSEL OLMAYAN SİSTEM

Bu sistemde poliklinik ve klinikler kendi hasta dosyalarını birbirin-den bağımsız olarak ayrı yerlerde tutmakta ve saklamaktadır. Dosyalar arasında bir bağlantı yoktur. Örneğin, bir kişi poliklinikte muayene olursa bilgileri poliklinikte saklanır. Bu kişi kliniğe yatarsa, poliklinik bilgileri klinik bilgileri ile birleşmez, klinik bilgileri klinikte saklanır. Bu kişi tekrar polikliniğe başvurursa daha önceki poliklinik bilgileri işleme girer, ancak klinik bilgileriyle birleşmez.

Bu sistem bir kişinin kayıtlarının aynı yerde kalmaması nedeniyle iyi bir sistem değildir. Bir kişiye birden çok sayıda dosya açılması, işin çoğalmasına ve işletme maliyetinin artmasına neden olduğu gibi, bireye yapılan işlemlerin ilgili sağlık personelince görülememesine ve bilgi kaybına da neden olabilir.

Bu yönteme bir kurumda merkezsel sistem kurulmasına olanak yok ise ya da poliklinik ve kliniklerin birbirinden çok uzakta olması yüzünden haberleşme sağlanması çok güç ise başvurulmalıdır.

|  |
| --- |
| **Hasta dosyaları bölümünün değerlendirilmesinde****ilk ve en önemli ölçü istenen bir hasta dosyasının****anında bulunup verilebilmesidir.** |

DOSYALAMA KONTROLÜ

HASTA DOSYALARININ İSTENMESİ, ÇIKIŞI ve İZLENMESİ

Yukarıda çerçeve içine alınmış önemli sözün arzu edilen biçimde yerine getirilebilmesi için hasta dosyaları bölümü, hasta dosyalarının bölümden çıkması ve izlenmesi konusunda çok katı ve ciddi kurallar getirmelidir.

DOSYA İSTEK FORMU

Hasta dosyası herhangi bir nedenle hasta dosyaları bölümünden istendiğinde aşağıda örneği verilen forma benzer bir form mutlaka hasta dosyaları bölümüne gönderilmelidir. Hasta dosyaları arşivi bu formu almadan hasta dosyasını hiç kimseye vermemelidir.

|  |
| --- |
| **Dosya İstek Formu’nun Ön Yüzü** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **DOSYA İSTEK FİŞİ** |  | Dosya No. | : |  |
|  |  |  | Soyadı | : |  |
|  | Tarih : / /2009 |  | Adı | : |  |
|  |  |  | Baba Adı | : |  |
|  | Hastanemizde |  | Ana Adı | : |  |
|  | Yatmış |  | Doğum Yeri | : |  |
|  | Yatmamış |  | Doğum Tarihi | : |  |
|  | İstenildiği yer : |  |
|  | İsteyenin Soyadı, Adı, İmzası : |  |
|  | **EK BİLGİ VERİNİZ** (Ek bilgi için arka sayfaya bakınız) |
|  | Dosyanın bulunduğu yer : |
|  |  |
| **Dosya İstek Formu’nun Arka Yüzü** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Ek Bilgi İsteniyorsa :** |  |
|  |  |  |
|  | Hastaneye en son müracaat ettiği bölüm : |
|  |  |
|  | Son taburcu olma veya muayene tarihi : |
|  |  |
|  | Son taburcu eden veya muayene eden Dr. : |
|  |  |
|  |  |

KILAVUZ KART

Dosya istek formu ile hasta dosyaları bölümünden verilen hasta dosyasının bölüm dışında olduğunu ve verildiği servisi gösteren bir kılavuz kart hasta dosyasının yerine konur. Bu kartın üzerinde dosya istek formunun yerleştirilmesi için küçük şeffaf bir plastik cep vardır. Dosyanın nerede olduğunu, bu dosya istek formu gösterir. Dosya hasta dosyaları bölümüne döndüğünde kılavuz kart raftan alınarak cepteki dosya isteme formu çıkarılır ve atılır.

Hafta Sonları ve Tatil Günleri Dosya Verme İşlemleri

Hasta dosyaları bölüm personelinin hastanede bulunmadığı zamanlar hasta dosyasının bölümden verilmesi ya da alınması için de hastane kesin kurallar koymalı ve bu iş için bir kişiyi sorumlu kişi olarak görevlendirmelidir. Dosya verme işlemleri normal zamanlardaki gibi aynı şekilde bu kişi tarafından yürütülmelidir.

DOSYALARI RAFA YERLEŞTİRME ve HATALI YERLEŞTİRME SORUNU

Hasta dosyaları bölümünün en önemli sorunlarından birisi ve belki de en önemlisi rafa yanlış yerleştirme yüzünden hasta dosyasının bulunamamasıdır. Bu sorunun üstesinden gelebilmek için hasta dosyaları bölümü çok ciddi önlemler almalıdır. Aşağıda bölümün alabileceği bir kısım önlemler sıralanmıştır:

* Dosyalar renkli olarak numaralandırılabilir. Renk, dosyanın aynı raf içinde yanlış yere konmasını önleyemese bile en azından başka bir rafa girmesini önler.
* Sadece bir kişinin dosya yerleştirme işlerine bakması bu kişinin uzmanlaşmasını ve böylece yanlış yerleştirme riskinin azalmasını sağlayabilir.
* Dosya gelir gelmez rafa yerleştirilmeli ya da günde bir kez yerleştirme yapılmalıdır.
* Sorumlu kişi dosyayı yerleştirmeden önce, bir alt ve bir üst numara ile yerleştireceği numarayı her zaman denetlemeli ve bunu alışkanlık haline getirmelidir.
* Hafta sonları ve tatil günleri bölüm personeli olmadığı zamanlar dosya yerleştirme işlemi yasaklanmalıdır.
* Rafın gözüne yerleştirilecek dosya sayısı makul olmalı, aşırı sayıda dosya olmamalıdır.
* Yerleştirirken dosyanın başka bir dosya içine konulmaması için önlem alınmalıdır.
* Sık sık raflar denetlenerek yanlış yerleştirmelerin olup olmadığı araştırılmalıdır.

HASTA DOSYALARINI SAKLAMA SÜRESİ

Bir hasta taburcu olduktan sonra dosyasının ne kadar süre hasta dosyaları bölümünde saklanacağı tartışmaları çok eski tarihlerden bu yana devam etmektedir. Hasta dosyalarının saklanmasının başlıca nedenleri şunlardır:

* Hasta tekrar hastaneye başvurursa daha önce kendisine yapılan işlemlerin bilinmesi için,
* Bilimsel araştırma ve çalışmalar için,
* Hukuksal sorunların çözümü için,
* Öğrenci ve asistan eğitimi için,

İdeal olanı tüm hasta dosyalarının süresiz olarak hastanede saklanmasıdır. Ancak, hastanede yıllar ilerledikçe çeşitli nedenlere bağlı olarak hasta dosyası sayısı ve kalınlığı artmaktadır. Tüm dosyaların sürekli saklanması hastanede önemli derecede yer sıkıntısı doğurmaktadır. Buna bir takım çözümler bulunması zorunluluğu vardır. Doğal olarak her hastane eğer ülke çapında bir yasal kısıtlılık ya da yasal zorunluluk yoksa, kendi politikasına göre bu soruna bir çözüm getirmelidir. Bu çözümler için hazır bir reçete vermek zordur. Birkaç öneri aşağıda verilmiştir:

* Hasta taburcu olduktan sonra 10 yıl işlem görmeyen dosyaların iptal edilmesi,
* Pahalı değilse dosyaların mikrofilme alınması, pahalı ise araştırma, eğitim gibi hizmetler yönünden çok önemli dosyaların mikrofilme alınması diğerlerinin iptal edilmesi,
* Hastanede olanaklar elverişli ise hastanın tüm kayıtlarının ya da özet bilgilerinin doğrudan bilgisayar ortamına aktarılması ki bu durumda hastaya dosya açmaya ve dosyayı arşivde saklamaya gerek yoktur ya da dosyadaki özet bilgilerin sonradan bilgisayar ortamına aktarılıp dosyanın iptal edilmesi,

16

HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜNDE

KULLANILAN İNDEKSLER

**GİRİŞ**

Hasta dosyaları bölümünde değişik amaçlar için kullanılan değişik indeksler bulunmaktadır. Bunlar “hasta indeksi”, “dosya indeksi”, “hastalık indeksi”, “ameliyat indeksi” ve “hekim indeksi”dir. Bu indeksleri inceleyelim:

HASTA İNDEKSİ

Hastaneye başvuran hastaya «**dosya açma**» işlemi sırasında bir de «**hasta indeks kartı**» çıkarılır. Hasta indeksi, hasta dosyaları bölümünde soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilir. Hasta dosya numarasını bilemediğinde soyadı, adı, baba adı, ana adı, doğum tarihi gibi bilgiler verilerek arşivden bu kart yardımıyla hastanın dosya numarası bulunur.

Hasta indeksi hastanede hasta dosyaları bölümünün en önemli araçlarından birisidir. Bu indeks sayesinde hastanın dosyası bulunabilir. Hastaya bu indeks çıkarılmamışsa ve hasta da dosya numarasını unutmuşsa hastanın dosyası kayıp olmuş demektir. Bu dosyaya tekrar ulaşabilmek sadece rastlantıya bağlı olabilir.

Hasta indeksi hastanın soyadı sırasına göre alfabetik olarak hasta dosyaları bölümünde sıralanır. Hasta indeksi hastanede sürekli olarak saklanır. Ancak bazı büyük hastanelerde yer darlığı nedeniyle uzun süre (10 yıl) tekrar aynı hastaneye başvurmayan hastaların indeksleri dosyaları ile birlikte mikrofilme alınarak ya da alınmadan imha edilmektedir.

Bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde bu indeks bilgisayar yardımıyla yapılır.

HASTA İNDEKSLERİNİN ALFABETİK SIRALAMASI

Alfabetik sıralamada; önce hastanın soyadına, sonra adına daha sonra baba adına ve diğer bilgilerine göre hasta indeksleri aynen sözlükte kelimelerin sıralanışı gibi sıraya dizilir. Örneğin, «Ali Abalı» isimli bir hastanın indeksi «Abalı, Ali» olarak A başlangıç harfine göre, «Ali Köseoğlu» isimli hastanın indeksi ise «Köseoğlu, Ali» olarak K başlangıç harfine göre sıralanır.

Aynı soyadını taşıyan bireyler önce soyad sonra ad sırasına göre dizilir. Aynı ad ve soyadını taşıyan bireyleri sıralamak için önce baba adı kullanılır. Baba adı da benzer ise bu kez ana adı, ana adı da benzer ise doğum yeri, doğum tarihi, adres gibi diğer bilgiler kullanılarak sıralama yapılır. Aynı ad ve soyadını taşıyan bireylerin birbirinden ayırımı da aynı sırada yapılmalıdır. Birkaç örnek verelim:

**Örnek 1.** Aşağıda 5 hastanın kimlik bilgileri verilmiştir:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soyadı Adı |  | Baba Adı |  | Ana Adı |  | Doğum Yeri |
| Kayalı Ahmet |  | Mustafa |  | Cennet |  | Kastamonu |
| Arıkan Özcan |  | Kemal |  | Zeynep |  | Ağrı |
| Bölükçü Mustafa |  | Abdullah |  | Kezban |  | Malatya |
| Zerdali Nermin |  | Kudret |  | Nilgün |  | Elazığ |
| Mordoğan Remzi |  | Kazım |  | Leman |  | İzmir |

Bu örnekte aynı soyadını taşıyan bireyler olmadığı için sıralama doğrudan soyadı sırasına göre yapılır. Bu duruma göre Arıkan soyadı birinci, Bölükçü ikinci, Kayalı üçüncü, Mordoğan dördüncü ve Zerdali beşinci sırada dizilir.

**Örnek 2.** Aşağıda 5 hastanın kimlik bilgileri verilmiştir:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soyadı Adı |  | Baba Adı |  | Ana Adı |  | Doğum Yeri |
| Küpelioğlu Ali |  | Kürşat |  | Adalet |  | Yozgat |
| Karslı Ahmet |  | Kamil |  | Zübeyde |  | Ankara |
| Kepekçi Naciye |  | Hüseyin |  | Zehra |  | İstanbul |
| Köse Muzaffer |  | Hacı |  | Vicdan |  | Balıkesir |
| Karslı Bekir |  | Mustafa |  | Pembe |  | Çankırı |

Bu örnekte tüm bireylerin soyadları K harfi ile başlamaktadır. Ayrıca soyadı aynı olan iki birey bulunmaktadır. Aynı harfle başlayan sıralamalarda önce ikinci harf sırası dikkate alınır. Aynı soyadı taşıyan iki kişi için ise sıralamada önce adları dikkate alınacaktır. Buna göre sıralama şu şekilde yapılmalıdır:

1. Karslı Ahmet
2. Karslı Bekir
3. Kepekçi Naciye
4. Köse Muzaffer
5. Küpelioğlu Ali

**Örnek 3.** Aşağıda aynı soyadı, adı ve baba adını taşıyan üç

hastanın kimlik bilgileri verilmiştir:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Soyadı Adı |  | Baba Adı |  | Ana Adı |  | Doğum Yeri |
| 1. Kaplan Kemal |  | Ahmet |  | Zekiye |  | Kars |
| 2. Kaplan Kemal |  | Ahmet |  | Ayşe |  | Sivas |
| 3. Kaplan Kemal |  | Ahmet |  | Fatma |  | Ankara |

Bu örnekte soyad, ad, baba adı aynı olduğu için anne adına göre sıralama yapılır. Buna göre anne adı Ayşe olan hasta birinci sıraya, Fatma olan ikinci sıraya ve Zekiye olan üçüncü sıraya dizilmelidir. Anne adları da aynı olsaydı, bu kez doğum yeri dikkate alınarak sıralama yapılacaktı.

Alfabetik sıralama kullanıldığında çekmelerde hecelerin arasına belirleyici kartlar konularak indeks kartının daha kolay bulunması sağlanabilir. Örneğin; ab, ac, aç, ad, af, ..., az gibi. Buna ek olarak her hece de kendi içinde yeniden detaylandırılabilir. Örneğin; ab yeniden detaylandırılırsa aba, abe, abi, abo, abu gibi bölümler arasına kartlar yerleştirilebilir.

Alfabetik sıralamada kolaylık sağlaması ve aranan dosyanın çabuk bulunabilmesi için soyadın ve adın doğru hecelenmesi ya da bireylerin söyleme farklılıklarının ilk dosya çıkarılırken dikkate alınması gerekir. Örneğin «aslan» ve «arslan» soyadları farklı yerlerde sıraya girer. Bireyler soyadını beyan ederken bazen aslan bazen arslan biçiminde telaffuz edebilir ya da memur o şekilde algılayabilir. Bu durumlarda dosyanın bulunamama sorunu ortaya çıkabilir, ya da memur tedbir olarak her iki soyadını birden tararsa dosya bulunabilir.

Hasta indekslerinin, hasta dosyaları bölümünün çok önemli bir aracı olması nedeniyle sık sık denetlenerek hatalı dizilmeler varsa bunlar düzeltilmelidir.

SIRALAMA ARAÇLARI ve KART TİPLERİ

Genellikle hasta indeksleri için gerekli malzeme; indeks kartları ve bu kartların saklanacağı dolaplardır. Dolapların şekli indeks kartlarının şekil ve boyutuna bağlıdır.

DOSYA İNDEKS KARTI

Bir üniversitesi hastanesinde kullanılan dosya indeks kartı örneği aşağıda verilmiştir. Bu hastane ünite numaralama sistemini kullanmaktadır ve her hastanın hastanede yalnız bir dosyası vardır.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Soyadı |  | Adı |  | Baba Adı |  | Ana Adı |  | Dosya No |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Doğum Tarihi : |  |  |  | Bölüm : |  |
|  | Doğum Yeri : |  |  |  | Rumuz ve Tarih : |  |
|  | Adres : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | NOT: | 1. Her hastanın bir tane dosyası olmalıdır. |  |
|  |  | 2. Kimlik bilgilerini yazarken bölgesel şivelere dikkat ediniz. |  |
|  |  | 3. Tüm bilgiler eksiksiz, hatasız büyük harflerle yazılmalıdır. |  |
|  |  | 4. Çift isimleri parantez içine alınız. |  |
|  |  | 5. Bu kartı en kısa zamanda hasta indeksine gönderiniz. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **DOSYA İNDEKS KARTI** |  |

Seri numaralama sistemi, başka bir ifadeyle, bir hastaya her başvurusunda ayrı bir dosyanın açıldığı sistemde dosya indeks kartı aşağıda örneği verilen biçimde olabilir.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Soyadı |  | Adı |  | Baba Adı |  | Ana Adı |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Doğum Tarihi : |  |  |  | Doğum Yeri : |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tarih : |  | Servis : |  | Dosya No : |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DOSYA İNDEKS KARTI** |  |

HASTA TANITMA KARTI

Hastaya hangi dosya numarası verildiğini gösteren bu kart dosya açma sırasında hastaya verilir. Hastanın hastaneye her başvurusunda bu kartı birlikte getirmesi dosya isteme işlemlerini kolaylaştırır. Hasta bu kartı getirmezse ve numarayı da ezberden bilmezse bu kez hasta indeks kartından dosya numarasının bulunması için hasta dosyaları bölümüne özel istek yapılması gerekecektir. Hasta tanıtma kartı örneği aşağıda verilmiştir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **HASTA TANITMA KARTI** |  |
|  |  |  | Adı Soyadı |  |  |  |
|  |  |  | Dosya No |  |  |  |
|  |  |  | Baba Adı |  |  |  |
|  |  |  | Doğum yeri-yılı |  |  |  |
|  |  |  | **Bu kartı hastaneye gelirken getiriniz.** |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | 1. | Bu kart dosyanızın bulunmasında size yardımcı olacaktır. KAYBETMEYİNİZ. |  |
|  | 2. | Her muayeneye geldiğinizde ayrı dosya açtır-mayıp, aynı dosyayı kullanmanız tedaviniz açısından önemlidir. |  |
|  | 3. | Dosyanızı açtırırken kesinlikle Nüfus Kayıtları-nızdaki bilgileri yazdırınız. |  |
|  |  | Lüzumlu Telefonlar | : |  |  |
|  |  | Hastane Santralı | : |  |  |
|  |  | Acil Servis | : |  |  |
|  |  |  |

**HASTALIK ve AMELİYAT İNDEKSLERİ**

Hasta dosyaları arşivinde her hastalık ve her ameliyat için ayrı bir indeks kullanılır. Bu kartlara **“hastalık indeksi”** ve **“ameliyat indeksi**” denir. Bu indekslere o hastalığı taşıyan ya da o ameliyatı geçiren hastaların adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı ve dosya numarası yazılır. Bilgisayar destekli hasta dosyaları sisteminde bu işlem aynı biçimde bilgisayar yardımıyla yapılır. Bu indeksler sadece yatan hastalar için kullanılır. Poliklinik hastaları için kullanılmaz.

Bu indeksler sayesinde incelenmek istenen herhangi bir hastalığı, örneğin akciğer kanseri, taşıyan hastaların kimlik bilgileri ve dosya numarası verilerek dosyaya ulaşılması sağlanır. Bir hastaya taburcu olduğunda birden çok sayıda hastalık tanısı konulmuşsa her tanı ayrı bir indekse işlenir.

**HASTALIK İNDEKSİ**

|  |
| --- |
| HASTALIK ADI:.....................................ICD Kod No:........... |
| Hastanın |
| Adı, Soyadı | Cinsiyeti | Yaşı | Dosya No |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **AMELİYAT İNDEKSİ**

|  |
| --- |
| AMELİYAT ADI:..................................... .Kod No:........... |
| Hastanın |
| Adı, Soyadı | Cinsiyeti | Yaşı | Dosya No |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**HEKİM İNDEKSİ**

Bu indeks hangi hekimin hangi hastaları tedavi ettiğini bilebilmek için düzenlenir. Genellikle birçok hastane, bu indeksi kullanmamaktadır. Hekimleri değerlendirmek için kullanılan bir indekstir. Her hekim tarafından tedavi edilen hastaları ve hastaların dosya numaralarını içeren bir indekstir. Her hekim için bir kart düzenlenir ve tedavi ettiği hasta taburcu olduğunda o hekimin kartına işlenir.

**HEKİM İNDEKSİ**

|  |
| --- |
| HEKİM Adı, Soyadı:................................................Bölümü:..................................................... |
| Hastanın |
| Adı, soyadı | Dosya No |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**17**

**HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜ**

**YÖNETİM ve ORGANİZASYONU**

**GİRİŞ**

Bir hasta dosyası sistemi basit, fonksiyonel, çabuk öğrenilebilir, çabuk ulaşılabilir ve sık kullanılan fonksiyonlara en kısa sürede erişilebilir yapıda olmalıdır.

Sistem her türlü veri derlemeye de elverişli olmalıdır.

|  |
| --- |
| **İster klasik, ister bilgisayar destekli olsun hasta dosyalarının doğru bilgilerle, doğru zamanda ve doğru yerde hizmete sokulabilmesi için etkili ve verimli bir hasta dosyaları bölümünün kurulması yaşamsal önem taşır.**  |

Hasta dosyalarının istenilen özelliklere sahip olabilmesi, hasta dosyaları bölümünün etkin ve yeterli düzeyde çalıştığının en önemli göstergesidir.

Hasta dosyaları ile ilgili her türlü soru ve sorunlar hasta dosyaları bölüm sorumlusuna iletilmelidir.

ORGANİZASYON ve FONKSİYONLARI

Organizasyon; bir kurumun amaç ve hedefleri doğrultusunda nasıl yapılandırılacağını ve örgütleneceğini ortaya koyan işlemler bütünüdür. Yönetim ise bu yapıya ve örgütlenmeye uygun olarak kurumun yönetilmesidir.

Bir hastanenin organizasyonunda temel amaç ve sorumluluk hastaya en uygun bakımı vermektir. Bu nedenle hastanenin her bölümü ve ünitesi «hastane hasta için vardır» ilkesine uygun olarak organize edilmeli ve yönetilmelidir. Bu ilke hasta dosyaları bölümü için de geçerlidir. Hasta dosyaları bölümünün de temel amacı hasta dosyalarının her zaman tam, doğru, üstün nitelikli olmasını ve her arandığında bulunmasını sağlamak ve bu yolla hastaya yararlı hizmet sunmaktır.

Bir bölümün uygun biçimde yönetilebilmesi için ön koşul uygun biçimde yapılacak organizasyondur. Hasta dosyaları bölüm sorumlusu da doğal olarak yöneticilik ve organizasyon konularında temel bilgilere sahip olmalıdır.

Hasta dosyaları bölümünde yer alan temel fonksiyonlar; dokümanların analiz edilmesi, hastalık, ameliyat ve hekim indekslerinin düzenlenmesi, istatistiklerin üretimi, dosyalama işlemleri ve diğer işlemlerdir.

Yukarıda verilen fonksiyonlar arasındaki ilişkiler hasta dosyaları bölümünün yönetiminde hayati önem taşır. Bu nedenle bölüm başkanı önce bölümün fonksiyonlarını belirler. Sonra bu fonksiyonların birbirleri ile olan ilişkilerini ve bu fonksiyonları yürütecek elemanların sayı ve niteliklerine karar verir ve düzenler.

Küçük hastanelerde bir eleman birkaç işi birden yapabilirken büyük hastanelerde bir işi birkaç elemanın yapması gerekebilir.

Hasta dosyaları bölümü özel bir uzmanlık alanıdır. Bu nedenle hasta dosyaları bölümünde «fonksiyonel organizasyon» en uygun olanıdır. Fonksiyonel organizasyon, her özel uzmanlık alan yöneticisinin kendi personeli üzerinde doğrudan denetim sağladığı sistemdir. Hasta dosyaları bölüm sorumlusu kendi konusunda uzman kişidir. Kendi bölümünü kontrol eder. Doğal olarak üst kademedeki otoriteler de bu bölüm üzerinde denetim hakkına sahiptir.

Hasta dosyaları bölümünün temel fonksiyonu hastanede tedavi gören her hastanın dosyasını tarih sırasına göre dizmek, tanının tedavi işlemelerinin ve sonucun yeterli ve ayrıntılı biçimde yazılmasını sağlamak, dosyayı saklamak ve isteyenlere tekrar sunabilmektir.

Dosyanın tekrar istenmesi genellikle şu amaçlar için olmaktadır:

* Hastanın gelecekte tekrar hastaneye başvurması,
* İstatistiklerin üretilmesi,
* Hasta bakım kalitesinin denetlenmesi,
* Hukuksal sorunlar,
* Araştırmalar,
* Hemşire, intern, asistan ve diğer personelin eğitimi.

YÖNETİM

Yönetim, kurulan organizasyonun amaçları ve hedefleri doğrultusunda kurumun ya da bölümün yönetilmesi olarak tanımlanabilir.

Hasta dosyaları bölüm yöneticisi, kurumun genel amaçları doğrultusunda hasta dosyaları bölümünde organizasyon geliştiren ve bu organizasyonu başarılı bir biçimde yöneten kişidir.

Yönetici her personelin görev ve sorumluluğunu açık biçimde belirtir, personelin birbiri ile olan ilişkilerini tanımlar, hastanenin iş hacmini dikkate alarak bölümde var olan işlere atayacağı görevli sayısını saptar, sürekli denetim yaparak bölümün işlerinin etkin biçimde yürütülmesini sağlamaya çalışır.

Hasta dosyaları bölüm yöneticisi doğrudan başhekime bağlı olması nedeniyle hastanede ikinci kişidir.

ORGANİZASYON ŞEMASI

Organizasyon şeması, bir kurumdaki yapılanmanın en üst otoriteden en alta kadar fonksiyonel bir biçimde şema halinde gösterilmesidir. Şemaya bakıldığında kimin kime bağlı olduğu hemen görülür. Şema hiçbir zaman iyi bir organizasyonu ya da iyi bir yönetimi garanti edemez. Sadece organizasyonun nasıl olduğunun gözle görülmesine yardımcı olur. Bu da kişilere kurumun mantıksal olarak iyi bir biçimde organize edilip edilmediği, organizasyonun yeterli olup olmadığı, iyi ve zayıf yönlerinin ne olduğu hakkında bilgi verebilir.

Organizasyon şemasının geliştirilmesi için bölümün temel fonksiyonlarının ve bunların alt fonksiyonlarının bilinmesi yeterlidir. Aşağıdaki gibi bir organizasyon şeması hemen her hastane için önerilebilir.

HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜ

ORGANİZASYON ŞEMASI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Başhekim |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Başmüdür |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hasta |  |  |
|  |  | Dosyaları |  | Sekreter |
|  |  | Müdürü |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | MüdürYardımcısı |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hasta indeksi |  |  |  |  | Dosya Saklama |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Eksik dosya |  |  |  |  | Kodlama-İstatistik |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Araştırma |  | Haberleşme |  | Sekreterya |

GÖREV ANALİZİ

İyi bir yönetici, bölümündeki tüm görevleri iyi bilmeli ve bunları iyi bir biçimde tanımlayabilmelidir. Görev analizi yönetimin etkin bir aracıdır. Bölümün görev analizini yaparken bölüm sorumlusu şu sorulara yanıt arar: «Ne yapılacak?», «Kim yapacak?», «Niçin yapılacak?», «Nasıl yapılacak?», «Ne zaman yapılacak?».

Belirtilen bu soruların her birisi kendi içinde en ince ayrıntısına kadar analiz edilir. Örneğin «Kim yapacak?» sorusu analiz edilirken, işe alınacak personelin niteliklerinden alacağı ücrete, görev içi eğitime, terfi ve izin işlemlerine kadar her özellik en ince ayrıntısına kadar incelenir.

METOT GELİŞTİRME

Metot geliştirme, bir işin daha iyi nasıl yapılabileceğinin yollarını bulmak anlamına gelir. Metot geliştirme programının çeşitli aşamaları vardır: Bunlar iş akışının incelenmesi, iş analizinin yapılması ve mümkünse basitleştirilmesi ve yeni metodun işleme konulmasıdır. Bu aşamaları özet olarak inceleyelim:

İŞ AKIŞI

Hasta dosyaları bölümünde bazı işler hemen yapılıp bitirilirken, örneğin doğum belgesinin verilmesi gibi, bazı işler ise bölümden bölüme, doktordan doktora giderek uzun bir sürede tamamlanabilmektedir, örneğin hasta dosyasının tümüyle tamamlanması gibi. Bu nedenle hasta dosyaları bölümünde oluşturulacak yeni bir iş akışı, getireceği kolaylıklar ya da yenilikler çalışanlarla birlikte tartışılmalıdır. Eğer yeni metot hasta dosyası ile ilgili işlemlerin akışında önemli kolaylıklar sağlıyorsa personelin bunu kabul etmesi daha kolay olacaktır.

İŞ ANALİZİ ve İŞ BASİTLEŞTİRME

İş basitleştirme çok az ile çok fazla arasında bir nokta olarak tanımlanır. İş basitleştirmede tıbbi dokümantasyon bölümünün fonksiyonları gözden geçirilerek fazla zaman, fazla karmaşıklık, fazla maliyet, gereksiz ayrıntılar olup olmadığı ve bazı fonksiyon-ların daha basit bir biçimde yapılıp yapılamayacağı incelenir. İş basitleştirmede beş aşama vardır:

1. Geliştirilmesi gerekli olan işin seçimi

2. Bu iş ile ilgili tüm verilerin elde edilmesi

3. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi

* Tüm işlemler gerekli mi?
* İş nerede yapılmalı?
* İş ne zaman yapılmalı?
* İşi kim yapmalı?
* İş nasıl yapılmalı?

4. En kolay yöntemin geliştirilmesi

5. Geliştirilmiş bu yöntemin uygulanması

**İŞLEM EL KİTABI**

İşlem el kitabı, memurlar için hazırlanan ve bölümde yapılan işlerle ilgili açıklamalarda bulunan bir kılavuzdur. İş akış şeması düzenlendikten, iş basitleştirme analizi yapılıp mümkün olduğu kadar işler basitleştirildikten ve standartlar belirlendikten sonra yapılacak iş personele yol göstermesi için bir el kitabı hazırlamaktır. Bu kitaba, hastanenin genel politikasından kendi işiyle ilgili tüm bilgilere kadar personele yardımcı olabilecek her tür bilgi ve işlem ayrıntılı olarak konulmalıdır.

**BÜTÇE**

Bir kurumun kendisinden beklenen fonksiyonları gereği gibi yerine getirmesinde kendisine ayrılan bütçe önemli faktörler arasındadır. Hasta dosyaları bölüm sorumlusu bütçe hazırlama bilgi ve becerisine sahip olmalı ve bölümünün bütçesini hazırlayarak bütçe öneri raporunu ilgili makama iletmelidir.

**PLANLAMA**

Bir hastanenin en önemli bölümlerinden birisi hasta dosyaları bölümüdür. Bu bölümün önemi, diğer tüm bölümlerle ve her türlü sağlık personeli ile çok yakın ilişkiler içerisinde olmasındandır. Bu nedenle, gerek hastane yöneticileri ve gerekse hastane mimarları bu bölümün önemini çok yakından bilmeli ve hasta dosyaları bölümünün yeri ve iç organizasyonu; bölüm sorumlusu, üst düzey yönetici ve mimar üçlüsü tarafından birlikte planlanmalıdır. Bu kural bölümün yeniden düzenlenmesi için de geçerlidir.

Bir hastanenin planlaması yapılırken dikkate alınacak önemli faktörlerden birisi planlamanın en az 10 yıllık bir süre için yapılmasıdır.

Planlamada kullanılacak kriterlerden en önemlisi «yıllık taburcu edilen hasta sayısı»dır. Yatak kapasitesi kriter olarak kullanılmamalıdır. Yatak kapasiteleri aynı olduğu halde bir hastane diğerinden iki kat daha fazla sayıda hasta taburcu edebilir. Taburcu edilen sayısına «yeni doğan» bebeklerin de eklenmesi gerekir. Çünkü onlara da dosya açıldığı için bir erişkin hastaya yapılan tüm işlemler onlara da yapılmakta ve onların dosyaları da raflarda yer kaplamaktadır.

HASTA DOSYALARI BÖLÜMÜNÜN YERİ

Hastane mimarisi içinde hasta dosyaları bölümünün yeri özenle saptanmalıdır. Genel olarak bu bölüm hekimlere çok yakın ve merkezi bir yerde olmalıdır. Çünkü bu bölümün etkin olabilmesi hekimlerle kurabileceği yakın ilişkiye bağlıdır. Bu yakınlık, hasta dosyaları üzerinden hekimlerin yapacakları işlemleri kolaylaştırmak ve özellikle eksik dosyaları tamamlatmak yönünden büyük önem taşımaktadır. Buna ek olarak hastanenin diğer birimleri ile kolay bir ulaşım bağlantısına sahip olacak yer en fazla tercih edilme sebebi olacaktır.

Bölüme ayrılacak yerin büyüklüğü; bölümün iş yükü hacmi, fonksiyonları, sistemin merkezsel olup olmaması ve çalışacak memur sayısına bağlı olarak değişecektir. Diğer yandan hastane aynı zamanda poliklinik hizmeti de veriyorsa merkezsel sistem daha elverişli olacaktır. Bölümde hasta dosyalarından araştırma yapacak kişiler için özel bir oda ve yine dosyaları tamamlamak için de hekimlere ayrılacak özel bir oda bulunmalıdır. Bu odaların gürültüsüz ve rahat çalışılacak bir şekilde olması önemlidir.

Hasta Dosyaları Bölümünün Rengi

Personelin hoşuna gidecek ve onları olumlu yönde etkileyebilecek renk ya da renklerin kullanılması genel personel politikaları içeri-sinde yer almaktadır. Hasta dosyaları bölümünün renklerinin de personelin arzusuna göre düzenlenmesi daha uygun olacaktır.

Bölümün iyi bir biçimde havalandırılması ve dosya saklama odalarının tozsuz ortamda bulunması diğer dikkate alınacak önemli noktalardandır.

Hasta Dosyaları Bölümünün Işıklandırması

Işıklandırma tüm personelin görevlerini rahat bir ortamda yapa-bilecekleri biçimde düzenlenmelidir. Dosya depolama odalarının ışıklandırması ise daha da önemli olan bir noktadır.

Hasta Dosyaları Bölümünün İç Düzenlemesi

Bölümdeki bürolar iş akışı dikkate alınarak düzenlenmelidir. Buna ek olarak her büronun kendi içerisindeki düzenlenmesi, masa, araç ve gereçlerin büroda yerleştirilmesi memurun işini kolaylıkla görebileceği biçimde olmalıdır. Araştırma için ve hekimlerin dosyaları tamamlaması için ayrılan odalarda masa ve ilgili diğer tüm eşyalar bulunmalıdır.

Personel ve Araçlar

Çalıştırılacak personel sayısı ve çeşidi hastanenin ve hasta dosyaları bölümünün iş hacmi, bütçesi, teknolojisi ve diğer olanakları dikkate alınarak planlanır.

Kullanılacak araçlar genel büro malzemeleri yanında işin çeşidine uygun teknolojik araçlar, dosya dolapları, gerekli kitaplar, dokümanlar, kırtasiye ve diğer malzemelerdir.

DOSYA SAKLAMA BÖLÜMÜ

Hastaneye başvuran tüm hastaların dosyalarını saklayacak kadar büyük bir yer bulmak mümkün değildir. Bu nedenle hastanenin politikasına göre aşağıda belirtilen önlemlerden birisi çözüm yolu olarak üretilebilir:

* Belirli bir süre içerisinde (3-5 yıl gibi) hiç işlenmeyen dosyaların iptal edilmesi,
* 10 yılı dolduran dosyaların tamamının iptal edilmesi,
* Eski dosyaların mikrofilme alınarak iptal edilmesi,
* Dosyaların ya özet bilgiler halinde ya da aynen bilgisayara aktarılarak iptal edilmesi,
* Tamamen bilgisayarla çalışılarak dosyaların tümden kaldırılması.

Dosya Saklama Bölümünün Yeri

Dosya saklama bölümü işe yaramaz dosyaların saklandığı bir depo değildir. Aksine daima işlem gören her zaman canlı bir kitaplık gibi düşünülmelidir. Bu bakımdan kolay ulaşılır bir yerde, tercihen bölümünün içinde ya da alt katında bir yerde olması en uygun olanıdır. Zaten bölümün, diğer bölümlerle en kolay şekilde iletişimi sağlayabilecek ve hekimlerin en kolay biçimde ulaşabilecekleri bir yerde olması zorunluluğu nedeniyle, dosyaların saklandığı bölümün de hasta dosyaları bölümü içinde olması istenir.

Dosya saklama yeri kuru, havadar, tozsuz, orta derecede sıcaklığa sahip olmalıdır. Dosya saklama yeri dosyaları nemlendirecek her türlü durumdan arındırılmalı, çok iyi aydınlatılmalı ve gerekli araç-gereçleri içinde barındırmalıdır. Raflardaki dosyaların en geç haftada bir kez elektrik süpürgesi ile tozları alınmalı ve yangına karşı her türlü önlem alınmalıdır.

Dosya Saklama Yöntemleri

Dosya saklama odaları için en uygun olan raf sistemi açık raflardır. Açık raflar hem dosyanın kolay ve çabuk yerleşmesi, hem de çabuk alınması için en uygun ortama sahiptir. Rafların metal olması yangın yönünden daha uygun olduğu gibi kolay sökülüp monte edilmesi yönünden de elverişlidir. Rafın her bölmesine yaklaşık 100 dosya konabilir. Her rafa konulacak dosya sayısı saptanırken dosyaların zamanla kalınlaşacağı düşünülmeli ve rafın kapasitesinin hiç olmazsa % 25’i boş bırakılmalıdır.

**FORMLAR**

Hasta dosyaları bölüm yöneticisi; kullanılacak formların kendi hastanesine uygun ve kaliteli bir biçimde düzenlenmesi ve sağlanmasından birinci derecede sorumlu olan kişidir.

Formların Kalitesi ve Düzenlenmesi

Kartlar ve sürekli kullanılan formlar çok kaliteli kağıda basılmalı, fazla kullanımdan dolayı yıpranmayan, silinebilen, mürekkep kalemle yazmaya elverişli cinsten olmalıdır. Formlar ve kartlar önce geliştirilmeli, bir müddet denenmeli ve kesinleşince standart hale getirilip bastırılarak sürekli kullanıma sunulmalıdır.

Hasta kayıtları karton dosyalar içinde saklanıyorsa kartonların da uzun süre kullanılabilecek, raflara yerleştirirken ve raftan alırken yırtılmayacak kalitede olmasına özen gösterilmelidir.

Hasta dosyaları bölüm yöneticisi, kullanılacak formları önce hekim ve diğer personelin görüşlerini alarak, sonra hasta dosyaları komitesinin görüşünü alarak kesinleştirmeli ve bastırmalıdır. Kullanımdaki formlar sürekli denetlenmeli ve yapılacak değişikliklere personelle birlikte karar verilmelidir.

18

HASTALIKLARIN

ULUSLARARASI

SINIFLANDIRMASI

GİRİŞ

Herhangi bir olayın sayısal olarak incelenmesini kolaylaştırmak için sınıflama işlemine sıklıkla başvurulur. Örneğin, bireylerin bazı özelliklerini (yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı vb.) kolay inceleye-bilmek ve anlamlı bir sonuç çıkarabilmek için belirli kurallara göre belirli biçimlerde sınıflandırırız.

Sayıları binleri aşan hastalıkların da teker teker incelenmesi hem çok güç olacaktır, hem de istatistiksel açıdan hiçbir yarar sağlamayacaktır. Bu nedenle hastalıkların da belirli biçimlerde sınıflandırılarak incelenmesi zorunludur.

Hastalıkların sınıflandırması bölge ya da ülke düzeyinde yapılabilir. Bölge düzeyinde yalnız o bölgeye özel, ülke düzeyinde yalnız o ülkeye özel inceleme ve karşılaştırma yapılabilir. Bölgeler arası ya da ülkeler arası karşılaştırma yapmak olanaksızdır. Hastalıkların sınıflandırmasında asıl amaç uluslararası karşılaştırma olanağı sağlayacak ve her ülkede aynı biçimde (standart) uygulanacak bir sınıflama yapabilmektir.

Bu noktadan hareket eden Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılından bu yana hastalık, travma ve ölüm nedenlerinin bütün uluslarca aynı biçimde yapılmasını sağlamak amacıyla değişik başlıklar altında sınıflandırmalar yapmış ve ülkelere bu sınıflandırmaları kullanmalarını önermiştir.

DOĞRU SINIFLANDIRMA YAPABİLMEK İÇİN GEREKLİ KOŞULLAR

Hastalık, travma ve ölüm nedenleri hakkında doğru ve güvenilir verilere sahip olabilmek için doğru bir sınıflandırma, doğru sınıflama için doğru kodlama, doğru kodlama için açık ve kapsamlı bir tanı gerekir. Bu nedenle bir hekim hastasına tanı koyarken aşağıda sıralanan noktaları göz önünde bulundurmalıdır:

* Hastalığın akut /kronik olduğu belirtilmelidir.
* Hastalığın etiyolojisi belirtilmelidir.
* Hastalığın birlikte bulunduğu durum ya da hasta bireyin bazı özellikleri belirtilmelidir. Örneğin, bir hastalık normal bir kişide ve gebe kadında farklı yerlerde kodlanabilir.
* Tanının kesin mi yoksa ihtimali mi olduğu belirtilmelidir.
* Tanı okunaklı ve uluslararası sınıflandırmada kullanılan terminoloji ile yazılmalıdır. Herkes tarafından aynı anlama gelmeyen sözcükler kullanılmamalı ve özel kısaltmalar yapılmamalıdır.
* Tanı açık, kapsamlı ve çok iyi tanımlanmalıdır. «malignansi», «tüberküloz», «kitle», «travma» gibi anlam vermeyen tanı-lardan sakınılmalıdır. Anatomik yer, organ, organın etkilenen kısmı, özellikle travmalarda travmanın oluş şekli, niteliği, yer ve saati mutlaka belirtilmelidir.

ULUSLARARASI SINIFLANDIRMANIN TARİHÇESİ

On yedinci yüzyılda John Graunt dünyanın dikkatini ölüm ve hastalık istatistiklerine çevirmeye çalışmıştır. 1837 yılında İngiltere ve Galler Nüfus İdaresi Genel Müdürü William Farr ölüm ve hastalık istatistiklerinin uluslararası platformda aynı biçimde yapıla-bilmesi için daha iyi bir sınıflandırma üzerinde çalışmalar yapmıştır.

Ölüm ve hastalık istatistiklerinin doğruluğu açısından iyi bir sınıflandırmanın gerekli olduğuna inanan Dr. Jacques Bertillon 1893 yılında Uluslararası İstatistik Enstitüsü’ne kendi geliştirdiği sınıflandırmayı sunmuştur. Birçok ülke bu sınıflandırmayı kabul ederek kullanmaya başlamıştır. Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Birliği bu sınıflandırmanın Amerika'da kullanılmasını önermiştir. Ayrıca uluslararası bir komisyon kurularak komisyona bu sınıflandırmanın bilimsel olarak iyileştirilmesi görevi de verilmiştir.

1900 yılında Birinci Uluslararası Konferans Bertillon'un geliştirdiği ölüm nedenleri sınıflandırmasını uyarlayarak 1902 yılında yayınla-mıştır. Komisyon her on yılda bir olmak üzere, beş kez, bu sınıflandırmayı yeniden gözden geçirerek ve gerekli değişiklikleri yaparak 1946 yılına kadar gelmiştir. Bu tarih ve sonrasında sınıflandırma işlemi Dünya Sağlık Örgütü'nün sorumluluğuna geçmiştir.

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü 6. düzenlemeyi yapmış ve sınıflandırmanın ismini «Hastalıkların, Travmaların ve Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflandırması» olarak değiştirmiş ve iki ciltlik el kitabı yayınlamıştır. Birinci cilt her gruba girecek hastalıkların listesini, ikinci cilt alfabetik indeksi içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün daha sonra yaptığı düzenlemeler şöyledir:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Yıl |  | Düzenleme |  | El Kitabı |
| 1955 |  | Yedinci |  | 2 cilt |
| 1965 |  | Sekizinci |  | 2 cilt |
| 1975 |  | Dokuzuncu |  | 2 cilt |
| 1989 |  | Onuncu |  | 3 cilt |

HASTALIKLARIN ULUSLARARASI SINIFLANDIRMASI[[1]](#footnote-1)\*

Dünya Sağlık Örgütü'nce yapılan sekizinci (ICD-8), dokuzuncu (ICD‑9) ve onuncu (ICD-10) düzenlemeler özet olarak aşağıda verilmiştir.

Ülkemizde 1997 yılına kadar, 1965 yılında yapılmış olan sekizinci düzenleme kullanılmıştır. Ülkemizde dokuzuncu düzenleme hiç kullanılmamıştır. 1997 yılında Sağlık Bakanlığınca onuncu düzen-lemenin kullanılmaya başlanacağı belirtilmiştir ve halen de kullanılmaya devam edilmektedir.

Çeşitli yıllarda yapılan düzenlemeler ve bu düzenlemelerle ilgili olarak geliştirilen sınıflandırma listeleri hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek isteyen okurlar Kaynaklar Listesindeki 33-36 nolu yapıtlara başvurabilirler.

1965 YILI SEKİZİNCİ DÜZENLEME (ICD-8)

Bu düzenlemede hastalık, travma ve ölüm nedenleri 7 değişik liste halinde sınıflandırılmıştır. Bu listelerin kısa özetleri aşağıda verilmiştir.

* 999 Başlıklı Liste

Bu listede bütün hastalıklar 999 sınıfta toplanmıştır. Hastalık ve ölüm nedenleri için hazırlanan bu sınıflandırma daha çok büyük hastaneler ile eğitim ve araştırma yapan hastanelerde kullanıl-mak üzere geliştirilmiştir. Kodlama sistemi şöyledir:

|  |  |
| --- | --- |
| 000-796 | Hastalıkların kod numaraları |
| E800-E999 | Travmanın dış nedenleri için kod numaraları |
| N800-N999 | Travmadan oluşan hastalık ve durumlar için kod numaraları |
| Y00-Y89 | Ek sınıflandırma: Hastalık ve travma dışında yapılan bazı hizmetler için kod numaraları |

Bu sınıflamada bazen tek başına bir hastalığa, bazen bir grup hastalığa 3 basamaklı bir kod verilmiştir. Her sınıf daha ayrıntılı olarak incelenmek istenirse, 3 basamağa ek olarak 4' üncü basamak da kullanılabilmektedir.

Örnek:

|  |  |
| --- | --- |
| 004 | Basilli dizanteri |
| 004.0 | Şigella tipi basilli dizanteri |
| 004.1 | Flexner tipi basilli dizanteri |
| 004.2 | Boyd tipi basilli dizanteri |
| 004.3 | Sonne tipi basilli dizanteri |
| 004.8 | Diğer tip basilli dizanteriler |
| 004.9 | Tipi belirtilmeyen basilli dizanteri |

* 150 Başlıklı A Listesi

Bu listede bütün hastalıklar 150 sınıfta toplanmıştır. Hastalık ve ölüm nedenleri için hazırlanmıştır. Bu liste Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yaklaşık 25 yıl kullanılmıştır. 1989 yılı düzenlemesi yürürlüğe girince bu liste yürürlükten kalkmıştır. Kodlama sistemi şöyledir:

|  |  |
| --- | --- |
| A1-A137 | Hastalıklar için kod numaraları |
| AE 137-AE 150 | Travmanın dış nedenleri için kod numaraları |
| AN 137-AN 150 | Travmadan oluşan hastalık ve durumlar için kod numaraları |

Kodlamanın bu listeye göre yapıldığını göstermek için kodun önüne A, AE, AN harflerinin konulması gereklidir.

* Diğer listeler ve amaçları şöyledir:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 50 Başlıklı B Listesi | : | Ölüm nedenleri için |
| 70 Başlıklı C Listesi | : | Yalnız hastalıklar için |
| 300 Başlıklı D Listesi | : | Hastanelerde hastalıklar için |
| 100 Başlıklı P Listesi | : | Perinatal hastalıklar için |
| 17 Başlıklı Liste | : | Hastalıkların sistemik olarak 17 başlık altında sınıflandırılması |

1975 YILI DOKUZUNCU DÜZENLEME (ICD-9)

Bu sınıflandırma Ülkemizde hiç kullanılmamıştır. Ancak, dış ülkelerdeki yayınları izleyen okuyucuları bu sınıflandırma hakkında bilgilendirmek üzere bu düzenleme bu kitabın kapsamına alınmıştır. Bu düzenlemede 1965 yılı düzenlemesi bir takım değişikliklere uğramıştır. Listeler şöyledir:

* 999 Başlıklı Liste

Bu listede bütün hastalıklar 999 sınıfta toplanmıştır. Hastalık ve ölüm nedenleri için hazırlanan bu sınıflandırma daha çok büyük hastaneler ile eğitim ve araştırma yapan hastanelerde kullanıl-mak üzere geliştirilmiştir. Kodlama sistemi şöyledir:

|  |  |
| --- | --- |
| 000-799 | Hastalıkların kod numaraları |
| 800-999 | Travmadan oluşan hastalık ve durumlar için kod numaraları |
| E800-E999 | Travmanın dış nedenleri için kod numaraları |
| Y00-Y89 | Ek sınıflandırma: hastalık ve travma dışında yapılan bazı hizmetler için kod numaraları |

* Temel Liste

1965 düzenlemesinde bulunan tüm listeler kaldırılarak yerine bu temel liste geliştirilmiştir.

|  |  |
| --- | --- |
| 01-46 | Hastalıklar için kod numaraları |
| 47-56 | Travmadan oluşan hastalık ve durumlar için kod numaraları |
| E47-E56 | Travmanın dış nedenleri için kod numaraları |

* Ölüm Listeleri

Temel Liste’ye ek olarak bu listeden üretilen Ölüm Listesi (Adapted Mortality List) bulunmaktadır.

1989 YILI ONUNCU DÜZENLEME (ICD-10)

Onuncu düzenlemenin sekizinci ve dokuzuncu düzenlemelerden temel farklılığı hem sayısal hem de alfabetik kod sisteminin sınıflandırmada getirilmiş olmasıdır (alfa-sayısal kodlama). Bu düzenlemede, birisi uzun liste diğeri 298 başlıklı kısa liste olmak üzere iki liste hazırlanmıştır:

* Uzun Liste

21 bölümden oluşan bu listedeki bölümler ve alfa sayısal kod sistemi izleyen sayfada verilmiştir. Listeden görüleceği gibi U harfi kullanılmamış, yedek bırakılmıştır. U00-U49 ileride olabile-cek ilaveler ya da revizyonlar sırasında çıkabilecek zorluklarda geçici kodlama için, U50-U99 ise yerel araştırmalarda kullanıl-mak üzere boş bırakılmıştır.

* 298 Başlıklı Kısa Liste

Tüm hastalıklar, travma ve travmanın dış nedenleri 298 başlık altında toplanmıştır.

|  |
| --- |
| **1989 Düzenlemesine Göre (ICD-10)****Hastalıkların Uluslararası Kodlaması (Uzun Liste)** |
| **Bölümler** | **Kod****Aralığı** |
| I. | Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar | A00-B99 |
| II. | Neoplazmlar | C00-D48 |
| III. | Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve İmmün Mekanizmayı İçeren Hastalıklar | D50-D89 |
| IV. | Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar | E00-E90 |
| V. | Akıl ve Davranış Bozuklukları | F00-F99 |
| VI. | Sinir Sistemi Hastalıkları | G00-G99 |
| VII. | Göz ve Adneks Doku Hastalıkları | H00-H59 |
| VIII. | Kulak ve Mastoid Proçes Hastalıkları | H60-H95 |
| IX. | Dolaşım Sistemi Hastalıkları | I00-I99 |
| X. | Solunum Sistemi Hastalıkları | J00-J99 |
| XI. | Sindirim Sistemi Hastalıkları | K00-K93 |
| XII. | Cilt ve Cilt Altı Dokusu Hastalıkları | L00-L99 |
| XIII. | Kas-İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları | M00-M99 |
| XIV. | Genitoüriner Sistem Hastalıkları | N00-N99 |
| XV. | Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları | O00-O99 |
| XVI. | Perinatal Dönemden Kaynaklanan Hastalıklar | P00-P96 |
| XVII. | Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri | Q00-Q99 |
| XVIII. | Semptomlar ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları | R00-R99 |
| XIX. | Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer Durumlar | S00-T98 |
| XX. | Hastalık ve Ölümün Dış Nedenleri | V01-Y98 |
| XXI. | Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler | Z00-Z99 |

19

HASTALIKLARIN ve AMELİYATLARIN

STANDART TERMİNOLOJİSİ

GİRİŞ

Bir hastanede görülen hastalıkların istatistiksel olarak incelenebil-mesi için hastalıkların standart terminolojisine gereksinim vardır. Bu gereksinim hastanelerde birliği sağlamak ve hastaneler arası karşılaştırmalar yapabilmek için önemlidir.

Terminoloji hasta dosyaları bölümü çalışanlarının da önemli bir kılavuzudur.

Terminoloji, bir bilim ya da sanatta kullanılan isimlendirme (sınıflandırma) sistemi olarak tanımlanabilir. Tıp bilimlerinde terminoloji hastalık, durum ve ameliyat terimlerinin sistematik olarak sınıflandırılması biçiminde tanımlanır.

Bir ülkede standart terminoloji olmadığında her hastane kendi terminolojisini düzenler. Bu düzenleme zamanla değişebilir. Bu nedenle aynı hastanede bile değişik zamanlardaki durumu karşılaştırma olanağı olmaz. Eğer ülkede standart bir terminoloji kullanılmıyorsa, hasta dosyaları bölümü personeli hem kendi hastanesindeki hem de ülkedeki diğer hastanelerdeki kullanılan terminolojiyi iyi bilmelidir.

TARİHÇE

Değişik sınıflandırmaların bulunduğu bir yerde hasta dosyaları bölümünde çalışanların ne gibi sıkıntılar çekeceğini tahmin etmek zor değildir. Standart terminoloji kullanmak büyük rahatlıktır. Bu nedenle önce standart terminolojiye geçiş tarihçesinin bilinmesi okurların konuyu daha kolay kavramalarına yardımcı olacaktır.

Hipokrat ekolünü izleyen Eski Yunanistan'da hastalıklar nedenlerine göre dört sınıfta toplanmıştır: Kan, balgam, sarı safra ve kara safra. Ayrıca bu çeşitli hastalıklar vücudun sistemlerine göre de sınıflandırılmıştır.

18. yüzyılda deSauvages hastalık terimlerini sınıflandırmaya çalışmıştır. Bu çalışma «Nosologia Methodica» olarak isimlen-dirilmiş ve hastalıklar 10 grup ve 2400 parçadan oluşan bir sınıflandırmaya tabi tutulmuştur.

William Cullen’in geliştirdiği ve «Synopsis Nosologiae Methodicae» isimli terminoloji sınıflandırması genelde en fazla kullanılan sınıflandırmadır.

1857 yılında «The Royal College of Physicians of London» bir terminoloji hazırlamak üzere bir komite oluşturmuştur. Bu komite 1869 yılında «The Nomenclature of Diseases» isimli sınıflandırma sistemini hazırlamıştır. Bu sistemde hastalıklar anatomik yere göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada ayrıca sağ sayfada İngilizce terimler ve sol sayfada bu terimlere karşı gelen Latince, Almanca ve Fransızca terimler verilmiştir. Bu sınıflandırma, 1053 hastalık terimini ve ameliyat terimleri için bir ek listeyi içermektedir. Bu sınıflandırma günümüzdeki sınıflandırmaya çok benzemektedir.

1889 yılında Anatomi Birliği tarafından bir terminoloji komisyonu kurulmuş ve bu komisyon 1895 yılında İsviçre’nin Basel şehrinde bir rapor hazırlamıştır. Bu rapor «Basel Nomina Anatomica» ismini taşımaktadır, 4500 yapı ve 50000 terim içermektedir.

1942 yılında İngiltere Sağlık Bakanlığı, «Tıbbi Araştırmalar Komitesi»nden hastanede yatan hastaların hastalık ve travmaları hakkında veri derlemek için standart bir sınıflandırma sistemi geliştirmesini istemiştir. Bu komite 1944 yılında «Morbidite İstatistiklerinin Hesaplanması İçin Hastalıkların ve Travmaların Geçici Sınıflandırması» isimli bir çalışma yapmıştır. Bu sınıflandırma «Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Listesi El Kitabı»nın çerçevesini oluşturmuştur.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ’NDE TARİHÇE

Amerika Birleşik Devletleri’nde «hastalıklar ve ameliyatların standart terminolojisi» kullanılmadan önce her hastanede farklı bir sınıflandırma sistemi uygulanmaktaydı. Standart terminolojinin Amerika Birleşik Devletleri’ndeki gelişmesi özetle şöyle olmuştur:

1869 yılında «Amerikan Tıp Birliği», Amerika Birleşik Devletleri için hastalıklar terminolojisi geliştirmek üzere bir komite oluşturmuştur. Bu komitece hazırlanan standart terminoloji genelde İngiltere’de «The Royal College of Physicians of London»ın hazırladığı ve yukarıda özetlenen sistemi temel almıştır ve sınıflandırma 1282 hastalık terimi ve ekte verilen ameliyatlar listesinden oluşmuştur. Bu liste genel olarak kabul görmediği için çalışma ilerleyememiştir.

1874 yılında Genel Cerrahların denetimi altında «Hastalıkların Terminolojisi» hazırlanmıştır. Bu sınıflandırma da İngiltere’deki «The Royal College of Physicians of London»ın hazırladığı yukarıda özetlenen sistemi temel almıştır. Bu liste anatomik yerlerin İngilizce ve Latince eşanlamlı karşılıkları ile 1147 hastalık ve ameliyat terimleri sınıflandırmasını içermektedir.

1903 yılında «Bellevue Hastanesi Hastalıklar Terminolojisi» yayınlanmıştır. Bu terminoloji «Standart Terminoloji» kullanılmaya başlayana kadar en yaygın kullanılan sınıflandırma olmuştur.

1914 yılında yayınlanan ve Massachusetts Genel Hastanesi ve Boston’daki diğer hastanelerce kullanılan «Hastalıkların Sınıflan-dırması» Standart Terminoloji Komitesi’nin yoğun çalışmaları sonucu ortaya çıkmıştır. 1931 yılında sekizinci ve son düzenlen-mesi yapılmıştır.

1916 yılında Kaliforniya Üniversitesi Hastanesi «Hastalıkların ve Ameliyat İşlemlerinin Sınıflandırması ve Listesi»ni yayınlamıştır. Bu düzenleme hastalıkların etiyolojisine, sistemlere ve anatomik yapıya göre yapılmıştır. Bu sınıflandırmanın da son düzenlemesi 1928 yılında yapılmıştır.

1916 yılında Birleşik Devletler Halk Sağlığı Hizmetleri «Hastalıklar ve Durumlar Terminolojisi» isimli bir sınıflandırma hazırlamıştır.

1919 yılında Nüfus Bürosu «Amerika Birleşik Devletleri İçin Hastalıkların, Patolojik Durumların, Travmaların ve Zehirlenmelerin Standart Terminolojisi»ni yayınlamıştır. Bu düzenleme şimdiye kadar geliştirilenlerin birleşimi biçiminde ortaya çıkmıştır.

1919 yılında Adrian Lambert isimli bir hekim «Hastalıkların Terminolojisi» isimli sınıflandırmayı yayınlamıştır.

1920 yılında William H. Mercur isimli bir hekim «Hastalıkların ve Ameliyatların Pratik Kayıt Sistemi» isimli bir düzenleme geliştirmiştir. 1927 yılında son revizyonu yapılmıştır.

1927 yılında Thomas R. Ponton isimli hekim «Hastalıkların ve Ameliyatların Alfabetik Terminolojisi» isimli bir sınıflandırma yapmış ve yayınlamıştır. 1934 yılında son revizyonu yapılmıştır. Bu liste teşhis ve ameliyatları alfabetik sıraya göre dizmektedir.

1935 yılında «Şikago Üniversitesi Klinikleri Ameliyatlar Termi-nolojisi» Hilger Perry Jenkins tarafından geliştirilmiştir. Bu liste anatomik olarak ve tüm eşanlamlı terimleri vererek sıralama yapmaktadır.

1938 yılında ise «New York Hastanesi Ameliyatlar Terminolojisi» yayınlanmıştır.

HASTALIKLARIN ve AMELİYATLARIN STANDART TERMİNOLOJİSİ

1928 yılında «Hastalıkların Standart Sınıflandırılmış Terminolojisi» yayınlanmıştır. Bu sınıflandırma halen kullanılan «Hastalıkların Standart Terminolojisi» için ön çalışma olmuştur. Sonraları Amerika'da bulunan tüm birlikler tarafından düzenlenen çeşitli toplantılarla herkes tarafından kabul edilebilir bir düzenleme üzerinde çalışmalar başlamış ve 1933 yılında ilk, 1935 yılında ikinci revizyonu yapılan ve halen kullanılan «Hastalıkların Standart Terminolojisi» geliştirilmiştir. 1942 yılında üçüncü revizyonu ile «Ameliyatların Standart Terminolojisi»nin ilk baskısı yapılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde standart uygulamayı sağlamak üzere Amerikan Tıp Birliği önderliğinde daha önce kullanılan tüm sistemler bırakılarak “standart terminoloji” kullanımına geçilmiştir. Böylece hastaneler arası karşılaştırma olanağı sağlanabilmiştir. Standart Terminoloji'nin geliştirilmesi sorumluluğunu da Amerikan Tıp Birliği üstlenmiştir. 1961 yılında «Hastalıkların ve Ameliyatların Standart Terminolojisi»nin beşinci baskısı yapılmıştır.

İKİLİ TASNİF SİSTEMİ

Hastalık ya da ameliyat kodu ortadan bir «tire» işareti ile ayrılan iki parçadan oluşur. Bu nedenle ikili tasnif sistemi olarak adlandırılır.

Hastalıklarda tire işaretinin solu en az üç basamaklı olup hastalığın etkilediği yeri (organ, doku) gösterir. Bu topografya olarak tanımlanır. Tire işaretinin sağı ise yine en az üç basamaklı olup hastalığın nedenini (etiyoloji) belirtir.

Ameliyatlarda ise, tire işaretinin solu en az üç basamaklı olup ameliyat edilen yeri gösterir. Tire işaretinin sağı ise yine en az iki basamaklı olup yapılan ameliyat işlemini belirtir.

Bir hastalık kodu en fazla 13 basamak ve davranış kodu harfinden oluşur. Bir ameliyat kodu ise en fazla 10 basamaktan oluşur.

Yer ve neden sınıflandırmaları özet olarak aşağıda verilmiştir:

Yer Sınıflandırması (Topografya)

Hastalık ve Ameliyatların Standart Terminolojisi’nin 2-52 numaralı sayfaları yer sınıflandırmasına ayrılmıştır. Yer sınıflandırması hem hastalıklar hem de ameliyatlar için aynıdır. Her basamak ayrı bir anlama gelir. İlk basamak sistemi, ikinci basamak bu sistemdeki organ ya da kısmını, üçüncü basamak ise organın etkilenen özel alt parçasını (kısmını) gösterir. Örnek verelim:

Yukarıda belirtildiği gibi kodlama sisteminin ilk basamağı anatomik sistemdir. Anatomik sistemler 11 başlık altında toplanmıştır. Kod numaraları şöyledir:

|  |  |
| --- | --- |
| 0- | Tüm vücut |
| 1- | Deri, deri altı areolar doku ve boşlukların mukoz membranları ve meme dahil |
| 2- | Kas iskelet sistemi |
| 3- | Solunum sistemi |
| 4- | Kardiyovasküler sistem |
| 5- | Kan ve lenfatik sistem |
| 6- | Sindirim sistemi |
| 7- | Ürogenital sistem |
| 8- | Endokrin sistem |
| 9- | Sinir sistemi |
| x- | Duyu organları |

Kodlama sisteminin ikinci basamağı bu sistemdeki organı göstermektedir.

Örneğin, ürogenital sistemin organlara göre alt ayırımı şöyledir:

Yukarıdaki kodlamada ürogenital sistemin 7 kodunu aldığını belirtmiştik. Şimdi bu sistemdeki organların kodlarını belirtelim:

|  |  |
| --- | --- |
| 70- | Ürogenital sistem, genel |
| 71- | Böbrek |
| 72- | Böbrek pelvisi ve üreter |
| 73- | Mesane |
| 74- | Üretra |
| 75- | Dış erkeklik organları |
| 76- | İç erkeklik organları |
| 77- | Dış kadınlık organları |
| 78- | İç kadınlık organları |
| 79- | Fetal yapılanma |
| 7x- | Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde kadın genital organları |

Kodlama sisteminin üçüncü basamağı ise etkilenen organın alt parçalarını göstermektedir. Örneğin, yukarıda 78 kodu ile belirtilen kadın iç organlarının alt parçalarının kodları şöyledir:

|  |  |
| --- | --- |
| 780- | Kadın iç organları, genel |
| 7801- | Rahim ve tüpler birlikte |
| 7802- | Vestigial remnant mesonefritik duct |
| 7803- | Overler ve tüpler |
| 7804- | Tüpler ve karın duvarı |
| 781- | Vajen |
| 7811- | Vajen ve perine |
| 7812- | Vajen ön duvarı |
| 7813- | Vajen arka duvarı |
| 782- | Rahim, genel |
| 7820- | Fundus uteri |
| 783- | Rahim boynu |
| 7831- | Rahim boynu bezleri |
| 784- | Parametriyum |
| 785- | Endometriyum |
| 786- | Miyometriyum |
| 787- | Yumurtalık tüpü (oviduct) |
| 7871- | Yumurtalık tüpünün seröz tabakası |
| 788- | Yumurtalıklar |
| 7881- | Grafian folikül |
| 7882- | Korpus luteum |
| 7883- | Epoforon |
| 7884- | Paraoforon |
| 7885- | Interstisyel doku |
| 7886- | Seröz tabaka |
| 7887- | Testiküler doku (hermafroditik) |
| 7888- | Korpus albikans |
| 789- | Destekleyici ve ilgili yapılar |
| 7891- | Yuvarlak bağ |
| 7892- | Geniş bağ |
| 7893- | Sakrum ve uterus bağı |
| 78x- | Entrensek damarlar |

Etiyolojik Sınıflandırma

Etiyolojik sınıflandırma Hastalıkların ve Ameliyatların Standart Terminolojisi Kitabının 54-101. sayfalarında yer almaktadır. Yer sınıflandırmasında olduğu gibi her basamak özel bir anlam taşımaktadır. Birinci basamak hastalık nedenleri genel kategorisi, ikinci basamak bulguların daha kapsamlı açıklaması, üçüncü basamak ise bulguların detayını açıklamak için konulmuştur.

Tire işaretinin sağında yer alan etiyolojik sınıflandırmanın ilk basamağı 13 genel etiyolojik kategoriye ayrılmıştır:

|  |  |
| --- | --- |
| -0 | Genetik ve prenatal etkilere bağlı hastalıklar |
| -1 | Lower plant ya da hayvansal parazitlere bağlı hastalık ya da enfeksiyonlar |
| -2 | Higher plant ya da hayvansal parazitlere bağlı hastalık ya da enfeksiyonlar |
| -3 | Zehirlenmelere bağlı hastalıklar |
| -4 | Travma ya da fiziksel maddelere bağlı hastalıklar |
| -50 | Dolaşım rahatsızlıklarına bağlı ikincil hastalıklar |
| -55 | Psikiyatrik rahatsızlıklara bağlı ikincil hastalıklar |
| -6 | Bilinmeyen nedenlere bağlı statik mekaniksel anormal-likler (darlık, taş, çıkık, şekil bozuklukları) |
| -7 | Metabolizma, gelişme ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıklar |
| -8 | Yeni gelişmeler |
| -9 | Bilinmeyen ya da kesin olmayan nedenlere bağlı yapısal değişiklik reaksiyonları (dejeneratif, infiltratif, enflama-tuvar, poliferatif, sklerotik ya da onarım) |
| -x | Bilinmeyen ya da kesin olmayan nedenlere bağlı fonksi-yonel reaksiyonlar: |
|  | Kalıtsal ya da ailesel hastalıklar |
| -y | Tanımlanamayan nedenlere bağlı hastalıklar |

İkinci basamak etiyolojiyi daha iyi tanımlamak için kullanılır. Örneğin, yukarıda 4 numaralı kategorideki «travma ya da fiziksel maddelere bağlı hastalıklar»ı daha ayrıntılı inceleyelim:

-4 Travma ya da fiziksel maddelere bağlı hastalıklar

-40 ve -41 Ani travmaya bağlı

-42 Travmanın sonraki etkileri

-43 Değişmez ya da ara sıra görülen travmalara bağlı hastalıklar

-44 Sıcağa bağlı hastalıklar, sürtünme ve soğuk dahil

-45 Işığa bağlı hastalıklar

-46 Elektriğe bağlı hastalıklar

-47 X-ray, radyum ve diğer radyoaktif maddelere bağlı hastalıklar

-48 Anormal basınca bağlı hastalıklar

-49 Diğer fiziksel maddelere bağlı hastalıklar

-4x Travmaya bağlı yapısal ve fonksiyonel değişimler

Üçüncü basamak etiyolojinin daha ayrıntılı olarak tanımlanması için kullanılır. Gerekirse dördüncü basamakta eklenebilir. Ayrıca bazen desimal ayrım da kullanılabilir. Buna örnek olarak yukarıda ‑4x kodu ile verdiğimiz «travmaya bağlı yapısal ve fonksiyonel değişimler» kategorisini daha ayrıntılı olarak belirtelim:

|  |  |
| --- | --- |
| -4x0 (400.0) | Genel, belirtilmeyen, iltihaplanma |
| -4x1 (400.1) | Madde kaybı, gangren, nekroz |
| -4x2 (400.2) | Apse, enfeksiyon |
| -4x3 (400.3) | Fistül, sinüs, perforasyon |
| -4x4 (400.4) | Yapışma, kontraktür, distorsiyon, konstrüksiyon, kompresyon, obstrüksiyon, ankiloz, embolizm |
| -4x5 (400.5) | Yırtık, parçalanma |
| -4x6 (400.6) | Proliferasyon, eksostozis, akümülasyon, hiper-trofi, dilatasyon, fibrozis |
| -4x7 (400.7) | Dolaşım rahatsızlıkları, kanama, hematom, iyile-şememe |
| -4x8 (400.8) | Effüzyon, sekresyon birikimi, kist geliştirme |
| -4x9 (400.9) | Fıtık, dejenerasyon, atrofi, ülserasyon |
| -4xx (400.x) | Fonksiyon kaybı |

Parantez içinde verilen kodlar sol yandaki kodların eşdeğeridir. Her iki kod sisteminden birisi kullanılabilir.

Şimdiye kadar açıklamaya çalıştığımız kodlama sistemini bir örnek vererek yeniden özetleyelim. Bu amaç için «kronik kolesistit» hastalığının kodu olan 687-100.0'ı inceleyelim ve basamaklara göre anlamlarını açıklayalım:

* Tire işaretinden önceki 3 basamak (687) yer sınıflandırmasıdır:

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Sindirim sistemi |
| 68 | Karaciğer ve safra kanalı |
| 687 | Safra kesesi |

* Tire işaretinin sağındaki desimal 3 basamaklı kod (100.0) etiyoloji (neden) sınıflandırmasıdır:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Lower plant ya da hayvansal parazitlere bağlı hastalıklar |
| 100.0 | Kronik enflamasyon (iltihaplanma) |

HASTALIKLARIN TERMİNOLOJİSİ

Hastalıkların Terminolojisi Kitabında 103-480 nolu sayfalar yer sınıflandırmasına göre kabul edilebilir terimlerin listesini vermektedir. Liste önce anatomik sistem, sonra organ ve üçüncü olarak organın etkilenen kısmı olmak üzere sıralanmaktadır. Örneğin, solunum sistemi yer sınıflandırmasına göre şu sıra ile dizilir: Burun, sinüsler, larenks, trakea, bronşlar, akciğer ve plevra. Sonra her organ veya parçası (kısmı) etiyolojik gruplara göre alt kısımlara ayrılır. Bu alt kısımlar ise alfabetik sıra ile dizilir.

Hastalık ve ameliyatların standart terminolojisinde hastalık terimlerinin sağındaki italik sayılar özet istatistiksel sınıflandırma için kod numaralarıdır. Bunlar kitabın ekler bölümünde 851-964 nolu sayfalarda verilmiştir.

TAMAMLAYICI TERİMLER

Hekim son tanıyı yazarken, çoğu kez, hastanın hastalığını tümüyle tanımlama olanağı bulamayabilir ve bazı semptomları ya da ilgili bazı terimleri belirtmek zorunda kalabilir. Bu terimlere tamamlayıcı terimler denir. Bunlar tanının konmasına yardımcı olabilir, fakat hiçbir zaman tanı yerine geçemez. Bu terimler Hastalık ve Ameli-yatların Standart Terminolojisi Kitabının 483-510 numaralı sayfalarında sınıflandırılmıştır ve üç basamaklı (bazıları dört basamaklı) olarak kodlanmıştır. Tamamlayıcı terimlerin kod numaraları «yer» ve «etiyolojik» kod numaraları ile ilişkilendirilmemelidir.

**AMELİYATLARIN TERMİNOLOJİSİ**

Hastalıkların ve Ameliyatların Standart Terminolojisi’nin 513-606 numaralı sayfaları ameliyatlar bölümünü kapsamaktadır. İki faktöre dayalıdır: Vücudun etkilenen kısmı ve uygulanan ameliyatın şekli.

Yer (topografik) sınıflandırma ameliyat terminolojisi ve hastalıklar terminolojisi ile aynıdır. Tire işaretinin sağındaki ameliyat işlemi kodu sadece 2-4 basamak olabilir.

İşlem Sınıflandırması

Ameliyat işlemleri sınıflandırması 9 temel bölüme ayrılır:

|  |  |
| --- | --- |
| -0 | İnsizyon |
| -1 | Eksizyon |
| -2 | Ampütasyon |
| -3 | Giriş (Introduction) |
| -4 | Endoskopi |
| -5 | Onarım |
| -6 | Yok etme (Destruction) |
| -7 | Sütür |
| -8 | Manipülasyon |

Bu işlemler de aşağıda belirtilen biçimde alt işlemlere ayrılır. -1 kodlu eksizyonu örnek olarak alt gruplara ayıralım:

|  |  |
| --- | --- |
| -10 | Eksizyon, genel ya da belirtilmeyen |
| -101 | Wedge eksizyonu |
| -11 | Lokal eksizyon, organ lezyonu |
| -111 | Lezyonun kısmi eksizyonu |
| -12 | Total eksizyon, organ |
| -121 | Fistülektomi |
| -13 | Kısmi eksizyon |
| -14 | Radikal eksizyon |
| -15 | Dışa açılmış organın eksizyonu ya da rezeksiyonu |
| -16 | Biyopsi |
| -163 | İğne ile biyopsi |
| -168 | Delme (panç) biyopsi |
| -17 | Doku ya da graft eksizyonu |

Appendektomi işlemini kodlayalım:

1. Yer sınıflandırması:

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | Sindirim sistemi |
| 66 | Kalın barsak |
| 661 | Appendiks |

2. İşlem sınıflandırması:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Eksizyon |
| 12 | Total eksizyon |

İkisini birleştirirsek 661-12 appendektomi kodu olur. Gerektiğinde üçüncü basamak eklenebilir.

ANESTEZİ İNDEKSİ

Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi Kitabının son kısmı 607-610. sayfalar anestezi konusunda araştırma yapan hastaneler için anestezi indeksini içermektedir. Eğer anestezi araştırmaları yapılmıyorsa böyle bir indekse gerek yoktur. Anestezi indeksi gerekli ise bundan anestezi bölümü sorumlu olmalıdır.

HASTALIK ve AMELİYAT ALFABETİK İNDEKSİ

Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi Kitabının 611-848 numaralı sayfalarında hastalıklar ve ameliyatlar için alfabetik indeks bulunmaktadır. Alfabetik indeks kullanılarak hastalık ve ameliyatların kodu bulunur.

EKLER

Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi Kitabının 849-964 numaralı sayfaları özet istatistiksel sınıflandırmayı içerir.

GEÇERLİ TIBBİ TERMİNOLOJİ

Geçerli tıbbi terminoloji ilk kez 1962 yılında Amerikan Tıp Derneği tarafından yayınlanmıştır. Bu kitap «Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi» Kitabına ek olması için hazırlanmıştır. Alfabetik sırada yaklaşık 4000 geçerli hastalık terimini içermektedir. «Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi» Kitabında ise yaklaşık 17000 terim vardır.

Bu kitabın amacı hekimlerin uygun tanı terimlerini bulmasına yardımcı olmaktır. Bu kitapta ameliyatlarla ilgili terimler bulunmamaktadır. Hasta dosyaları bölümü yönünden önemi ise «Hastalıklar ve Ameliyatlar Standart Terminolojisi» Kitabında bulunmayan bir terimin hekim tarafından yazılması durumunda bu terimin kodlanmasına yardımcı olmaktır.

## 20

**ÖLÜM NEDENİ**

**YAZIM KURALLARI**

(ÖLÜM RAPORUNA ÖLÜM NEDENLERİNİN

YAZIMKURALLARI)

GİRİŞ

Genel sağlık hizmetlerinin planlanmasında, klinikte bireysel tanı ve tedavi etkinliklerinin iyileştirilmesinde ve ülke, bölge ya da hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde en çok yararlanılması gereken istatistiklerden birisi, belki de en önemlisi «ÖLÜM İSTATİSTİKLERİ»dir.

Bu önemli özellikleri nedeniyle vazgeçilemez bir bilgi olan ölüm istatistiklerinden beklenen yararın sağlanabilmesi için ölümlerle ilgili verilerin sayısal ve nitelik yönünden yeterli olması gerekir.

Ölen her kişinin saptanması ölüm verilerinin sayısal yönden yeterli olmasını sağlayıcı unsurdur. Ölüm verilerinin niteliksel olarak yeterli olmasında ise iki temel unsur vardır:

1. Ölen kişinin sosyal-kültürel özelliklerinin detaylı, tam ve doğru olarak saptanması,
2. Ölen kişinin ölüm nedeninin doğru ve iyi tanımlanmış olarak saptanması.

Ülkemizde ölüm verileri sayısal olarak yetersizdir. Hastanelerde olagelen ölümlerin yaklaşık olarak tamamı Türkiye İstatistik Kurumu’na (TÜİK) gönderilmiş olduğundan dolayı bu konuda hastaneler görevini yerine getirmektedir. Sayısal eksiklik hastane dışında olan ölümlerin bildirilmemesinden kaynaklanmaktadır. Nitelik açısından bakıldığında, şimdiye kadar hem hastanelerden hem de sahadan TÜİK’e gönderilen ölüm raporlarının çoğunda ölüm nedenleri de gereği gibi yazılmamaktadır. Bu nedenle yapılan araştırmalarda hasta dosyasındaki yazılı ölüm nedenleri ile TÜİK’e gönderilen ölüm raporundaki ölümlerin çok farklı olduğu görülmektedir.

Ölüm raporuna çeşitli nedenlerle (bilgisizlik, deneyimsizlik, umursamazlık vb.) ölüm nedeni olarak kişinin öldüğü son durum/hastalık ya da semptomlar yazılmakta, dolayısıyla ölüme asıl neden olan ya da ölüm olayını başlatan temel neden tümüyle ihmal edilmektedir. Bu durum yöneticiyi ölümlerle savaşta asıl hedef yerine yanlış hedeflere yöneltebilmekte ve başarısızlığa götürebilmektedir.

Bunu bir örnekle açıklayalım. Bir hekim arteriyoskleroza bağlı hipertansiyon sonucu **“beyin kanamasından”** ölen bir kişinin ölüm raporuna ölüm nedeni olarak sadece «beyin kanaması» yazmış olsun. Başka bir hekim de trafik kazası sonucu kafatası kırığı nedeniyle beyin kanamasından ölen bir kişinin ölüm raporuna ölüm nedeni olarak sadece **“beyin kanaması”** yazmış olsun (Burada hemen belirtelim ki, bu varsayımlar hayal değildir, ölüm raporuna çoğunlukla böyle yazılmaktadır).

Doğal olarak bu iki olay ölüm istatistiklerinde «beyin kanaması» olarak gözükecek, asıl ölüm nedenleri olan «arteriyoskleroz» ve «trafik kazası» ise ölüm nedeni olarak görünmeyecektir. Bu durumda yönetici hangi hastalıkla savaşacaktır? Beyin kanaması ile savaşmak mümkün müdür? HAYIR. Çünkü beyin kanaması kendiliğinden oluşan bir hastalık değil, başka bir nedenin ortaya çıkardığı bir durumdur. Bu nedenle beyin kanaması temel ölüm nedeni olamayacağı gibi, ölüm nedenleriyle savaşta asıl hedef de olamaz.

Oysa, birinci örnekte gerçek ölüm nedeni olan «arteriyoskleroz» ölüm nedeni olarak yazılsaydı yönetici hedefi doğru saptayabilecek ve kişilerin arteriyoskleroza yakalanmaması için gerekli koruyucu önlemleri alabilecek, bunda başarısız olursa kişinin hipertansiyona yakalanmaması için gerekli önlemleri alabilecek, bunda da başarısız olursa hipertansiyonu kontrol altına alarak beyin kanamasına neden olmasını önleyebilecek tedbirleri alabilecekti.

İkinci örnekte ise trafik kazalarını önleyecek tedbirleri alabilmek için bir takım girişimlerde bulunabilecekti.

Bir eğitim hastanesinde yapılan bir çalışmada, ölen 600 erişkin kişinin hasta dosyasında yazılı ölüm nedeni ile bu kişiler için TÜİK’e gönderilen ölüm raporuna yazılan ölüm nedeni karşılaştırılmıştır. Bulgulardan bir kısmını özetleyelim:

1. Hasta dosyasında ölüm nedeni «kanser» yazılı 86 kişiden sadece 43’ünün ölüm nedeni TÜİK’e gönderilen rapora «kanser» olarak yazılmıştır. 27 kişinin raporuna kalp yetmezliği-kardiyak arrest, 6 kişinin raporuna solunum arrest, 10 kişinin raporuna ise diğer nedenler yazılmıştır.
2. Hasta dosyasında ölüm nedeni «koroner arter hastalığı» yazılı 48 kişiden sadece 4’ünün ölüm nedeni TÜİK’e gönderilen rapora koroner arter hastalığı olarak yazılmıştır. 41 kişinin raporuna kalp yetmezliği-kardiyak arrest, diğer 3 kişininkine ise diğer nedenler yazılmıştır.
3. Hasta dosyasında ölüm nedeni «pnömoni» yazan 5 kişiden sadece 1 kişinin ölüm nedeni TÜİK’e gönderilen rapora «pnömoni» olarak yazılmıştır.
4. Hasta dosyasında ölüm nedeni «romatizmal kalp hastalığı» yazılı 25 kişiden hiçbirinin ölüm nedeni TÜİK’e gönderilen rapora «romatizmal kalp hastalığı» olarak yazılmamıştır. 19’unun raporuna kalp yetmezliği-kardiyak arrest, 6 kişinin raporuna diğer nedenler yazılmıştır.
5. Hasta dosyasında ölüm nedeni «serebrovasküler olay» yazılı 70 kişiden sadece 28 kişinin ölüm nedeni TÜİK’e «serebrovasküler olay» olarak yazılmıştır. 29 kişinin raporuna kalp yetmezliği-kardiyak arrest, 5 kişinin raporuna solunum arrest, 8 kişinin raporuna ise diğer nedenler yazılmıştır. Aslında serebrovasküler olayın ölüm nedeni olarak yazılmaması gerekir. Burada TÜİK’e gönderilen raporların ne denli umursamazlıkla yazıldığını vurgulamak için bu örnek gösterilmiştir.
6. Hasta dosyasında ölüm nedeni «böbrek yetmezliği» yazılı 56 kişiden sadece 28 kişinin ölüm nedeni TÜİK’e «böbrek yetmezliği» olarak bildirilmiştir. 22 kişinin raporuna kalp yetmezliği-kardiyak arrest, 6 kişinin raporuna ise diğer nedenler yazılmıştır. Aslında böbrek yetmezliğinin ölüm nedeni olarak yazılmaması gerekir. Burada TÜİK’e gönderilen raporların ne denli umursamazlıkla yazıldığını vurgulamak için bu örnek gösterilmiştir.
7. Hasta dosyasına yazılan fakat aslında ölüm nedeni olarak yazılmaması gereken tanılar ve ölen kişi sayıları şöyledir:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Serebrovasküler olay | 70 |  | Kardiyak arrest | 16 |
| Böbrek yetmezliği | 56 |  | Sepsis | 15 |
| Yaralanma (travmatik) | 34 |  | Koma | 9 |
| Kanama | 22 |  | Şok | 4 |
| Kalp yetmezliği | 17 |  | Solunum arrest | 3 |

1. Hastaneden TÜİK’e gönderilen 600 ölüm raporunda ölüm nedeni olarak yazılmaması gereken durumlar ve bu durumlardan ölen kişi sayıları şöyledir:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kardiyak arrest | 152 |  | Sepsis | 28 |
| Kalp yetmezliği | 122 |  | Yaralanma | 17 |
| Serebrovasküler olay | 39 |  | Kanama | 9 |
| Böbrek yetmezliği | 38 |  | Koma | 7 |
| Solunum arrest | 32 |  | Toplam | 444 |

Madde 8’den görüldüğü gibi bir eğitim hastanesinden bile TÜİK’e gönderilen 600 ölüm raporundan sadece 156 tanesinin ölüm nedeni gerçeği yansıtmaktadır.

Diğer hastanelerde yapılacak araştırmalarda da bundan farklı bir sonuçbulunacağını söylemek zordur.

Yukarıda verdiğimiz örnekler Ülkemizdeölüm verilerinin ne denli yetersiz olduğunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

ÖLÜM RAPORU NASIL DOLDURULMALIDIR?

TÜİK ve Sağlık Bakanlığının bu önemli soruna çözüm bulmak için birlikte çalışma yapması ve bu yönde eğitim programlarını düzenleyip dokümanlar hazırlaması iyi bir başlangıç olarak nitelendirilebilir. Adı geçen kuruluşlar bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütünce 40 yıl önce hazırlanan ve Ülkemizde bir türlü yürürlüğe sokulamayan «Uluslararası Ölüm Raporu» nu kullanmayı kararlaştırmışlardır.

Bu rapora ölüm nedenlerinin nasıl yazılacağı hakkında özet bilgiler verelim. Bu konuda kapsamlı bilgi almak isteyen okurlar Kaynak Listesindeki 33, 34, 37 ve 38 nolu yapıtlara başvurabilirler.

Yirminci Dünya Sağlık Asamblesi ölüm raporunda gösterilecek ölüm nedenlerini şöyle tanımlamıştır (33, 34 ):

**«Ölüme doğruca ya da yardımcı olarak neden olan bütün hastalıklar, travmalar ya da travmaları oluşturan kaza-şiddet durumları»**

Bu tanımın semptomlar, kalp yetmezliği, kardiyak arrest, solunum yetmezliği, solunum arrest gibi ölüm şekillerini kapsamadığına dikkat edilmelidir.

Bu tanımın iki ana amacı vardır:

1. Ölüm raporuna kişinin ölümüyle ilgili bütün hastalık/ durumların yazılmasını sağlamak, raporu dolduran kişinin bazı hastalıkları yazarak bazılarını ihmal etmesini önlemeye çalışmak, böylece ölümler hakkında detaylı veri toplamak.
2. Ölüm nedeni olarak «TEMEL ÖLÜM NEDENİ»ni ön plana çıkarmak, buna ek olarak ölüme yardım eden diğer hastalıkları/durumları ve bunlar arasındaki ilişkileri ortaya koyabilmek ve ölüm nedeni olarak tek başına kişinin öldüğü son ölüm şeklinin yazılmasını önlemek.

Bu amaca ulaşabilmek için Dünya Sağlık Örgütü, örneği aşağıda verilmiş olan özel ölüm raporu formunu hazırlamıştır. Bu formun büyütülmüş şekli Ek 1’de verilmiştir.



Raporun ölüm nedenleri ile ilgili bölümü iki kısımdan oluşmaktadır:

**Bölüm I** kişiyi ölüme götüren hastalık ya da durumları,

**Bölüm II** ise kişinin ölümüne neden olmayan fakat kişide mevcut olup ileride onun ölümüne sebep olabilecek önemli hastalıkları yazmak içindir (Örneğin, kişi trafik kazasından ölmüş olsun. kendisinde akciğer kanseri de bulunsun. Eğer kişi trafik kazasından ölmeseydi akciğer kanserinden belirli bir süre sonra ölecekti).

Bu tür verinin yararı sonuçta kişiyi ölüme götürebilecek fakat o anda ölümüne neden olmayan hastalıklar hakkında da bazı istatistiklerin yapılabilmesini sağlayabilmektir.

Yukarıdaki ölüm raporu kişiyi ölüme götüren olayları ve bunlar arasındaki neden-sonuç ilişkilerini ortaya çıkarmak için düzenlenmiştir. Rapor, hem ölüm olayını ilk başlatan ve temel neden olarak adlandırılan hastalığı, hem de bu hastalıktan oluşan diğer hastalıkları bir olaylar zinciri içinde belirttiği için ölümlerle ilgili detaylı bilgi almamızı sağlamaktadır.

Tüm ülkeler bu formu kullanırsa, ölümlerle ilgili ülkeler arası karşılaştırmalar yapabilme olanağı da sağlanacaktır. Bu raporun doldurulmasına yönelik kurallar için aşağıda belirtilen internet sitesine başvurulabilir.

<http://www.tuik.gov.tr/indir/sid/olum_nedeni.zip>.

Daha fazla bilgi almak isteyen okurlar Kaynaklardaki 36 nolu esere başvurabilir.

Burada birkaç örnekle yetinilecektir:

1. Ölümü tek hastalık/durum ortaya çıkarmış ise, örneğin elektrik çarpması, tifo hastalığı, trafik kazası gibi. Bu tek hastalık/durum doğruca a maddesi satırına yazılır ve **«temel ölüm nedeni»** olarak değerlendirilir. Bu gibi durumlarda ara neden ve son neden yoktur. Başka bir ifadeyle, ölümü ortaya çıkaran bir olaylar zinciri yoktur.

**Örnek 1.**

 **I** a satırı :Elektrik çarpması(temel neden)

 b satırı :.................................................

 c satırı :.................................................

 d satırı :.................................................

--------------------------------------------------------------------

**II** Kronik Bronşit

**Örnek 2.**

**I** a satırı :Difteri temel neden)

b satırı :.................................................

c satırı :.................................................

d satırı :...................................................

---------------------------------------------------------

**II** ...............................................................

2.Kişiyi ölüme götüren bir olaylar zinciri varsa, başka bir ifadey-

le ölüme birden çok sayıda hastalık/durum neden olmuş ise **bu hastalıklar arasındaki neden-sonuç ilişkilerini** inceleyerek ölüm olayını ilk başlatan (temel neden), varsa araya giren (ara neden) ve kişiyi en son öldüren (son neden) hastalıkları ilgili satırlara yazmak gerekir. Birkaç örnek verelim:

a. Ölüm olayını iki hastalık/durum ortaya çıkarmışsa, olayı ilk başlatan hastalık b satırına yazılır bu «temel neden» olarak değerlendirilir. Diğeri a satırına yazılır.

**Örnek 3.**

**I** a satırı : Akciğer apsesi (son neden)

b satırı : Lober pnömoni (temel neden)

c satırı :................................................

d satırı :......... ......................................

------------------------------------------------------------------

**II** .........................................................................

b. Ölüm olayını üç hastalık/durum ortaya çıkarmışsa, hastanın öldüğü en son hastalık a satırına, son nedeni ortaya çıkaran hastalık b satırına ara nedeni ortaya çıkaran hastalık ise c satırına yazılır ve «temel neden» olarak değerlendirilir.

**Örnek 4.**

**I** a satırı :Peritonit (son neden)

b satırı :Barsak gangreni (ara neden)

c satırı :Çekum volvulusu (temel neden)

d satırı :……………………………………..

----------------------------------------------------------------------

**II** ...........................................................................

**Örnek 5.**

**I** a satırı :Hipostatik pnömoni (son neden)

b satırı :Femur boynu kırığı (ara neden)

c satırı :Kaza sonucu düşme(temel neden)

d satırı :....................................................

**II** Hipertansiyon

**Örnek 6.**

**I** a satırı :Beyin kanaması (son neden)

b satırı :Hipertansiyon (ara neden)

c satırı :Kronik pyelonefrit (temel neden)

d satırı :................................................

 **II** .............................................................................

c. Ölüm olayını dört hastalık/durum ortaya çıkarmışsa, hastanın öldüğü en son hastalık a satırına, onu ortaya çıkaran hastalık b satırına, onu ortaya çıkaran hastalık c satırına ve onu ortaya çıkaran hastalık d satırına yazılır ve «temel neden» olarak değerlendirilir.

**Örnek 7.**

 **I** a satırı :Koma (son neden)

b satırı :Akut böbrek yetmezliği (ara neden)

c satırı :Diyabetik glomeruloskleroz (ara

 neden)

d satırı :Diyabet, insülin bağımlısı olmayan

 temel neden)

**-----------------------------------------------------------------------**

**II** Mide ülseri

**Uyarı: Raporun bu şekilde doldurulabilmesi için hastalıklar arasında gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olmalı ve ilişki sırası da doğru olmalıdır.**

Yukarıda verilen tüm örneklerde hem neden-sonuç ilişkisi vardır hem de neden-sonuç sırası doğrudur. Her satıra sadece bir hastalık yazılmıştır. Doğru düzenlenmiş bu tür raporlarda ölüm istatistiklerinde gösterilecek ölüm nedenleri **«temel ölüm nedeni»** her zaman en alttaki satıra yazılan hastalık/durumdur. Üste yazılan(lar) ise bu temel nedenden oluşan hastalık/durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü’nce hazırlanan bu ölüm raporu Ülkemizde yeni uygulanmaya başlamıştır ve umut ediyoruz ki ölüm nedenlerinin doğru yazılmasına yardımcı olacaktır. Çünkü TÜİK tarafından kullanılan eski rapordaki «ı»maddesinde ölümün esas sebebi «ölümü meydana getiren hal ya da hastalığı yazınız» ibaresinin ne anlama geldiği raporu dolduran hekimlerce anlaşılamadığı için, TÜİK’e gönderilen ölüm nedenleri gerçeği yansıtmamaktaydı.

21

HASTANE HİZMETLERİNİN

DEĞERLENDİRİLMESİ

**GİRİŞ**

Bir hastanenin verdiği hizmeti iki yönden değerlendirebiliriz: **“hasta bakım hizmetleri**.**”** ve **“Yönetim hizmetleri”**. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için hastanenin yönetsel kayıtları ve hasta dosyaları veri kaynağı olarak kullanılır.

Hasta bakım kalitesinin değerlendirilmesi ise hastanenin hastalarına ne düzeyde hasta bakımı verdiğini ortaya koyar. Bu değerlendirmeyi ise, hasta dosyaları bölümü gerçekleştirir. Hasta bakımı kalitesi ile ilgili değerlendirmede bir biyoistatistik uzmanının danışman olarak kullanılması yararlı bir yaklaşım olur.

Yönetsel hizmet değerlendirmesinden elde edilecek sonuçlar hastanenin yataklarını uygun kullanma ve yapılan masrafların karşılığında nelerin elde edildiğini gösterir. Bu değerlendirmeyi genelde muhasebe bölümü yapar.

Her iki tip değerlendirme; bugün hastanenin hedeflerine ne düzeyde yaklaştığını, hizmetlerde iyi ve aksayan yönlerin neler olduğunu ve gelecek için ne gibi planların yapılmasına gerektiği konusunda hem yöneticilere hem de hasta bakımı veren personele yol gösterir. Bu yol gösterme hastanenin etkin yönetimi için ve hasta bakımı kalitesinin yükseltilmesi için yaşamsal önem taşır.

Hizmet değerlendirmesini hastane her yıl mutlaka yapmalıdır. Bu değerlendirme dışında hasta dosyaları bölümü; doğum, ölüm ve bazı bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkları ve bazı kronik hastalıkları ilgili makamlara bildirilmesi görevini de üstlenmelidir.

Hasta bakımı kalitesinin değerlendirmesi önce hastane genelinde, sonra her servis için ayrı ve her hekim için ayrı olarak yapılmalıdır. Bu çok önemli bir yaklaşımdır ve elde edilecek sonuç gerek öğrenci eğitiminde, gerekse personel bilimsel toplantılarında kullanılacak önemli bir tartışma materyalidir.

Hasta bakımı kalitesi değerlendirmesinde hastane varsa ulusal standartları, yoksa kendi ürettiği standartları kullanmalıdır. Standartlar belirlenmeden yapılacak değerlendirme fazla bir anlam taşımaz ve hizmetin iyi mi yoksa yetersiz mi olduğunu anlamak ve daha önceki yıllarla karşılaştırma yapmak mümkün olamaz.

Kullanılan standartlar da yeniden gözden geçirilerek düzeltmeler ve ayarlamalar yapılabilir. Ancak, bu yapılırken yıllar arası karşılaştırma olanağını yitirmemeye dikkat edilmelidir.

Hasta bakımı düzeyinin ve yönetsel sorunların doğru biçimde saptanmasında ve ileriye yönelik uygun planların yapılmasında derlenen verilerin doğruluğu, güvenirliği ve tamlığı çok önemli unsurdur. Çünkü yapılacak değerlendirmenin kalitesi doğrudan derlenen verilerin kalitesi ile ilgilidir.

HASTANE İLE İLGİLİ TERİMLERİN TANIMLANMASI

Hastane verilerinden elde edilen istatistiklerin hastane içi ve hastaneler arası karşılaştırmasının yapılabilmesi için bazı terimlerin tanımında ve kapsamında birlik sağlanması şarttır. Bu terimleri ve kapsamlarını açıklayalım:

HASTANE HASTASI

Hastanede hekim, diş hekimi ya da benzeri diğer görevlilerden yararlanan kişidir.

Hastane KlinikHastası

Hastanede yatarak hekim, diş hekimi ya da benzeri diğer görevlilerden yararlanan kişidir.

Hastane Poliklinik Hastası

Hastanede yatmadan hekim, diş hekimi ya da benzeri diğer görevlilerden yararlanan kişidir.

HASTANE YATAĞI

Hastanede hastanın hizmetine ayrılan yataktır.

Poliklinik Yatağı

Poliklinik hastalarının hizmetine ayrılan yataktır. Acil poliklinik veya servisteki yataklar da poliklinik yatağıdır.

Klinik Yatağı

Klinik hastalarının hizmetine ayrılmış ve sürekli hemşirelik bakımı verilen servislere yerleştirilmiş yataktır. Klinik yatakları hastanede hastalara tüm gün bakım vermek amacıyla ayrılmış oda veya bölümlerde bulunur. Ayırma bölümleri, dinlenme odaları, gözlembölümleri ve hastaların diğer herhangi bir bakımı için ayrılmış yerlerdeki yataklar da klinik yatağıdırlar. Ancak bu hastalara herhangi bir nedenle başka bir serviste yatak ayrılmamış olması gerekir.

Doğum eylemi odaları, anestezi sonrası ayılma odaları ya da hastaların kısa bir süre kaldıkları başka bölümlerde bulunan yataklar klinik yatağı sayılamazlar.

Nekahat dönemindeki hastalar ve kronik bir hastalığı bulunan hastalar için ayrılan yataklar klinik yatağı olmakla birlikte bunların diğer klinik yataklarından ayrı değerlendirilmeleri daha uygun olur.

Klinik yatakları üç grupta incelenir.

1. Yetişkin Hasta Yatağı

14 ve daha yukarı yaşlardaki hastaların hizmetine ayrılmış ve yetişkinler bölümüne yerleştirilmiş yataklardır. Bu yatak-lar bazı durumlarda çocuk hastalar tarafından kullanılsa bile yine yetişkin yatağı olarak göz önüne alınır.

1. Çocuk Hasta Yatağı

15 yaşına gelmemiş hastaların hizmetine ayrılmış ve çocuk hastalar bölümüne yerleştirilmiş yataklardır. Yeni doğan bebeklere ayrılan yataklar dışında, küçük kafesli karyolalar ve beşikler de çocuk hasta yatağı olarak kabul edilir.

Çocuk hasta yatağı, çocuk hastalar için ayrı bir bölümün, servisin, hastanenin bulunduğu kurumlarda söz konusudur. Böyle bir bölümün bulunmadığı ve bütün yatakların genel olarak kullanıldığı kurumlarda çocuk hasta yatağı ayrımı yapılmaz.

1. Yeni Doğan Bebek Yatağı

Hastanede doğan bebekler için ayrılmış ve yeni doğan bebekler bölümüne veya doğum yapan annenin odasına yerleştirilmiş yataklardır.

Küvezler (inkübatörler) sürekli olarak yeni doğan bebekler için ayrılmamış ise yeni doğan bebek yatağı olarak kabul edilemezler.

YATAK KAPASİTESİ

Bir hastanede klinik hastalarının (çocuk ve yetişkin) hizmetine ayrılan toplam yatak sayısıdır. Poliklinik yatakları ve yeni doğan bebek yatakları hastane yatak kapasitesine dahil edilemez.

Çocuk hastalar için ayrı bir bölümün, servisin, hastanenin bulunduğu kurumlarda çocuk yatak kapasitesi ayrı olarak gösterilir.

HASTANIN KLİNİĞE YATIRILMASI (HASTA KABULÜ)

Bir hastanın hekim, diş hekimi ya da benzeri diğer görevlilerden yararlandırılması amacıyla kliniğe yatırılma (hasta kabul) işlemidir.

1. Bir hastanın hastaneye her yatırılışı yeni yatış olarak kaydedilir. Hastaneye yattıktan sonra servisler arası yer değiştirmeleri yeni yatış olarak değil «nakil» olarak gösterilir. Örneğin; dahiliye servisine yatırılan bir hasta cerrahi servisine gönderilirse; dahiliye servisi taburcu olarak değil “nakil çıkan”, cerrahi servisi de yeni yatış olarak değil “nakil giren” olarak kaydeder.
2. Hastanede doğan bebekler yeni doğan olarak kaydedilir. Hastaneye yatmış bir hasta gibi kaydedilemez. Annesi taburcu olduğu halde yeni doğan kısmında yatmakta olan bebeklerin kaydı yeni doğan olarak devam eder.
3. Yeni doğan bebek hastalığı nedeniyle çocuk servisine gönderilirse yeni yatış olarak kaydedilir.
4. Dışarda doğup hastaneye getirilen bebekler yeni doğan olarak değil, diğer hastalar gibi yeni yatış olarak kaydedilir.

HASTANIN KLİNİKTEN TABURCU EDİLMESİ

Hastanın hastanede kalışının sona erdirilerek çıkarılmasıdır. Ölümler de hastanın hastanede kalışını sona erdirdiğinden taburcu terimine dahildir.

HASTANE ÖLÜMLERİ

Kliniğe yatırıldıktan sonra bir kişinin ölümü hastane ölümü olarak tanımlanır. Tanımdan anlaşılacağı gibi poliklinikte, acil servis ya da poliklinikte, hastaneye getirilirken ölenler hastane ölümü değildir. Hastane ölümlerinin kaydedilmesinde dikkat edilecek noktalar şunlardır:

1. Hastane ölümleri hastane hizmetlerinin değerlendirilme-sinde kullanılan önemli verilerden birisidir. Bu bakımdan hastanede olan ölümler hakkında kapsamlı bilgi toplanma-lıdır.
2. Hastane ölümleri yetişkin hastalar, çocuk hastalar ve yeni doğan bebekler için ayrı ayrı incelenmelidir.
3. Hastanede ölü doğan bebekler, hastanede canlı doğup hastanede ölen bebeklerle karıştırılmamalıdır. Çünkü ölü doğum ve ölüm ayrı olaylardır. Ölü doğum kesinlikle ölüm olarak gösterilemez.
4. Hastaların kliniğe yatırıldıktan sonra 48 saat içinde ve 48 saatten sonra ölmeleri hastane hizmetlerinin değerlendiril-mesi yönünden önem taşımaktadır. Bu nedenle hastanede olan her ölümün oluş saati kaydedilmelidir.

KLİNİKTE YATAN HASTALARIN GÜNLÜK SAYIMI

Günlük sayım, belirli bir saatte klinikte yatan hasta sayısını saptamak için yapılan bir işlemdir. Günlük hasta sayımı genellikle giriş ve çıkışların en az olduğu gece yarısı (saat 24’te) yapılır. Bu saat uygun olmazsa her gün aynı saatte olmak koşulu ile başka bir saatte da yapılabilir. Günlük hasta sayımı hastane istatistiklerinin çoğunun veri kaynağıdır. Bu bakımdan günlük sayım özenle yapılmalıdır.

Günlük sayım aşağıda açıklanan şekilde yapılır:

Bir önceki gün sayım saatinde mevcut hasta sayısı ile yeni sayım saatine kadar kabul edilen hasta sayısı toplanır ve bu süre içinde taburcu edilen hasta sayısı (ölenler dahil) çıkarılır.

Örneğin;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 Mayıs günü saat 24’te yatmakta olan hasta sayısı |  | 100 |
| Bu saatten 2 Mayıs saat 24’e kadar kabul edilen hasta sayısı | + | 20 |
| Toplam |  | 120 |
| 1 Mayıs günü saat 24’ten 2 Mayıs saat 24’e kadar taburcu edilen hasta sayısı (ölenler dahil) | - | 6 |
|  |  | 114 |

2 Mayıs günü saat 24’te hastanede 114 hasta bulunmaktadır.

Günlük sayım her servis ya da bölüm için mutlaka yapılmalıdır.

HASTA BAKIM GÜNÜ

Birbirini izleyen iki sayım arasındaki süredir. Klinikte yatan bir hastaya verilen hizmetin ölçü birimi olarak kullanılır.

Bir önceki kısımda verilen örnekte 2 Mayıs günü saat 24’te yapılan sayımda hastanede 114 hasta olduğu saptanmıştı. Eğer iki sayım arasında yatıp-çıkan hasta yoksa (2 Mayıs’ta yatıp 2 Mayıs’ta çıkan hasta) bu sayı o gün hastanece hastalara verilen hasta bakım gün sayısını da (114 bakım günü) göstermektedir. İki sayım arasında yatıp çıkan hasta varsa her hasta için bir hasta bakım günü bu sayıya eklenmektedir.

HASTANIN HASTANEDE KALIŞ GÜN SAYISI

Bir hastanın klinikte kaldığı hasta bakım günü sayısıdır. Hastanın hastanede kalış gün sayısı hesaplanırken yattığı gün sayılır, taburcu edildiği veya öldüğü gün sayılmaz. Örneğin, bir hasta 1 Haziran’da hastaneye yatmış ve 8 Haziran’da taburcu edilmişse (ya da ölmüşse) klinikte kalış gün sayısı 7’dir. Aynı gün yatıp çıkan hastaların kalış gün sayısı 1 gün olarak sayılır.

GEREKLİ VERİLER

Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesi için ne tür verilerin toplanacağı ve kapsamlarının ne olacağı, hastane hizmetlerinin nasıl değerlendirileceğine bağlıdır. Aşağıda örnek olarak sıralananların tümü/bir kısmı veri olarak toplanabileceği gibi gereksinim duyulan başka veriler de toplanabilir.

Hasta ile ilgili veriler

Yaşı, Cinsiyeti, Mesleği, Eğitimi

Diğer sosyal-ekonomik-kültürel özellikler

Oturduğu yer, telefon ve adres

Hastalığı ile ilgili veriler

Kişisel öykü

Aile öyküsü

Yakınmaları

Hastalığın başlangıç tarihi

Daha önceden başvurduğu sağlık kurumları ve yapılan tedaviler

Hastaneye geliş şekli

Hastaneye yatış - çıkıştarihi

Hastanede kalış gün sayısı

Yattığıveya muayene olduğu servis

Yapılan laboratuvar tetkikleri ve sonuçları

Fizik muayene bulguları

Konulan tanı

Yapılan tedavi ve ameliyatlar

Hastane enfeksiyonu görülüp görülmediği

Görüldü ise: Hastaneye ait

Hastane dışı

Ameliyat sonrası

Doğum sonrası

Hastaneden çıkış şekli (şifa, haliyle, salah, ölüm)

Ölüm ise: Nedeni

Kliniğe yattıktan sonra kaç saat içinde öldüğü

Tahakkuk eden ve ödenen ücret

Hastane ile ilgili veriler

Yatak kapasitesi

Yetişkin

Çocuk

Yeni doğan

Servislere göre (Dahiliye, cerrahi vb.)

Doktor sayısı (Toplam ve servislere göre)

Hemşire sayısı (Toplam ve servislere göre)

Diğer personel sayısı ve çeşitleri

Hastanede bulunan idari ve teknik bölümlerin çalışmaları (Ev İdaresi, Diyet. Eczane, Terzihane, Çamaşırhane, Mali ve Muhasebe vb.)

VERİ KAYNAKLARI

HASTA DOSYALARI

Hasta ve hastalığı ile ilgili verilerin tümü hasta dosyalarından elde edilebilir.

HASTALIK İNDEKSİ

Bazı hastanelerde hastalara konulan her tanı özel bir kayıt formuna işlenir. Bu forma hastalık indeksi denir. Forma hastanın bazı sosyal bilgileri de yazılır ve dosyaya başvurmadan bir kısım değerlendirmeler yapılabilir.

AMELİYAT İNDEKSİ

Yukarıda bahsedilen hastalık indeksi gibidir. Burada yapılan her ameliyat için özel bir form kullanılır. Hastalık indeksinde her tanı için özel kayıt tutulurken forma hastanın bazı sosyal bilgileri de yazılır ve dosyaya başvurmadan ameliyatlar hakkında bir kısım değerlendirmeler yapılabilir.

GÜNLÜK SAYIM RAPORU

İki sayım saati arasında hastanede bulunanların, giren ve çıkanların işlendiği bu formdan servislere göre yatan ve çıkanlar, yattıkları gün sayıları ve çıkış şekilleri hakkında veriler alınabilir. Bu formdan elde edilen verilerle ortalama kalış gün sayısı, yatak işgal yüzdesi, yatan, ölen ve çıkan hasta sayısı vs. hesaplanabilir.

YÖNETİM KAYITLARI

Hastanenin toplam ve servislere göre yatak kapasiteleri, çalışan doktor, hemşire ve diğer personel sayı ve çeşitleri, malzeme araç- gereç sayı ve çeşitleri, çamaşırhane, ambulans servisi vb. bölümlerin çalışmaları hakkındaki veriler hastanece tutulan özel kayıtlardan elde edilebilir.

HASTANE HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastane hizmetleri çeşitli biçimlerde değerlendirilir. Hastanede her değerlendirme yetişkin, çocuk ve yeni doğanlar için ayrı olarak yapılmalıdır.

**Aşağıda verilen ölçüler için Ülkemizde belirlenmiş standartlar olmadığından okuyucuya fikir vermek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri standartları gösterilmiştir.**

HASTA BAKIM KALİTESİNİ GÖSTEREN ÖLÇÜLER: ÖLÜM HIZLARI

Kaba Ölüm Hızı

Belirli bir süre içinde klinikte ölen toplam hasta sayısının aynı süre içinde taburcu edilen (ölenler dahil) hasta sayısına bölünmesiyle bulunur. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre kaba ölüm hızının % 3-4 olması beklenir.

Örnek:

***Bir hastanede bir yılda ölen yetişkin ve çocuk hasta sayısı 40, taburcu edilen (ölenler dahil) toplam hasta sayısı ise 2000 olsun;***

 ***Kaba ölüm hızı= (40/2000)100= % 2.0***

Kaba ölüm hızı istendiğinde yetişkin hastalara, çocuk hastalara ve servislere göre ayrı ayrı hesaplanabilir. Hastanede doğup ölen bebekler kaba ölüm hızına dahil edilmez Bunlar için hastanede bebek ölüm hızı hesaplanır.

Kaba ölüm hızı; klinikte ölen tüm hastaları içerdiğinden, bir hastanenin hasta bakım kalitesini göstermek için kullanılabilecek iyi bir ölçü değildir. Net ölüm hızı daha iyi bir ölçüdür.

Net Ölüm Hızı

Net ölüm hızında hastaneye yattıktan sonra 48 saat içinde ölenler dikkate alınmaz. 48 saatten sonra ölenler hesaba katılır. Çünkü hastaneye yatan bir hastanın hastalığının tanınması (laboratuvar tetkikleri ve tanı konması ve gerekli tedavinin etkinliğini gösterebilmesi için belirli bir süreye gereksinim vardır. Bu süre için 48 saatin yeterli olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle 48 saat içinde olan ölümlerde hastanenin kusurlu olamayacağı açıktır. Gerçek hasta bakım kalitesini 48 saatten sonra olan ölümler gösterebilir. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre net ölüm hızının % 2.5-3 olması beklenir.

Örnek:

***Kaba ölüm hızında verdiğimiz örnekte 2000 hastanın taburcu olduğunu (ölenler dahil) ve 40 hastanın öldüğünü biliyoruz. Bu 40 hastanın 5’i 48 saatten önce, 35’i 48 saatten sonra ölmüş olsun. (48 saatten önce ölenler toplam taburcu sayısından da çıkarılır 2000 hastadan çıkarılır.)***

***Net ölüm hızı: (35/1995)100= % 1.75***

Anestezi Ölüm Hızı

Bir hastanede belirli bir süre içinde, ameliyat masasında genel anesteziye bağlı (anestezik maddelerden olan) ölüm sayısının toplam ameliyat sayısına bölünmesiyle bulunur. Hastanede hasta bakım kalitesini gösteren önemli ölçülerden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre 5000 ameliyata karşı 1 anestezik ölüm olayı normal kabul edilmektedir.

Örnek:

***Bir hastanede 1 yıl içinde 7000 ameliyat yapılmış ve 1 hastanın kullanılan anestezik maddeden öldüğü saptanmış olsun:***

 ***Anestezi ölüm hızı: (1/7000)10000= Onbinde 1.4***

**Ameliyat Sonrası Ölüm Hızı**

Bir hastanede belirli bir süre içinde ameliyat edildikten sonra ilk 10 gün içinde ölen hasta sayısının toplam ameliyat sayısına bölünmesiyle bulunur. Hastanede hasta bakım kalitesini gösteren önemli ölçülerden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri standart-larına göre % 1'den az olması beklenir.

Örnek:

***Bir hastanede bir yılda 7600 hasta ameliyat edilmiş ve bunlardan 10'u ameliyattan sonra 10 gün içinde ölmüş olsun:***

 ***Ameliyat sonrası ölüm hızı: (10/7600)100=%0 1.3***

AnaÖlüm Hızı (Hastane İçin)

Bir hastanede belirli bir sürede görülen ana ölüm sayısının aynı sürede taburcu edilen toplam obstetrik vaka sayısına (ölenler dahil) bölünmesiyle bulunur. Anne ölümü sadece doğum yapan bir kadının ölümü değildir. Gebeliğe bağlı olarak ölümüdür. Bu nedenle düşük sonucu olan ölümler de ana ölümüdür. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre bir hastanede ana ölüm hızının ‰ 2.5 civarında olması beklenir.

Örnek:

***Bir hastanede bir yıl içerisinde 1 ana ölümü görülmüş ve aynı sürede 1720 obstetrik hasta taburcu (ölenler dahil) edilmiş olsun:***

 ***Ana ölüm hızı: (1/1720)100= %0 2***

Bebek Ölüm Hızı (Hastane için)

Belirli bir sürede bir hastanede doğan ve orada ölen bebek sayısı-nın aynı süre içinde taburcu edilen (ölenler dahil) bebek sayısına bölünmesiyle bulunur. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre bir hastanede bebek ölüm hızı % 2’den fazla olmamalıdır.

Örnek:

***Bir hastanede bir yıl içinde ölen bebek sayısı 4, tabur-cu edilen bebek sayısı (ölenler dahil) 2000 olsun.***

 ***Bebek ölüm hızı: (4/2000)100= %0 2***

HASTA BAKIM KALİTESİNİ GÖSTEREN ÖLÇÜLER: ENFEKSİYON HIZLARI

Hastaneye kabul edildiğinde bulaşıcı bir hastalık ya da apse, süpüre yara, açık yara ve nedeni bilinmeyen ateş gibi durumu olmayan hastalarda hastaneye yattıktan sonra enfeksiyon görülebilir. Görülen bu enfeksiyon özenle incelenmeli hastaneden alınıp alınmadığı hekim tarafından saptanmalıdır.

Hastane enfeksiyonları en çok cerrahi, doğum ve çocuk servislerinde görülür. Her serviste görülen enfeksiyonların gerekli bütün bilgilerle birlikte hekim ya da hekim sorumluluğu altında hemşire tarafından hastane yönetimine bildirilmesi gerekir.

Kaba Enfeksiyon Hızı

Belirli bir sürede hastanede görülen toplam enfeksiyon sayısının (hastaneye ait ve hastaneye ait olmayanlar) aynı sürede taburcu edilen hasta sayısına (ölenler dahil) bölünmesiyle bulunur. Kaba enfeksiyon hızı hesaplanırken doğumdan sonra ilk 24 saatte görülen 38 civarındaki ateş yükselmesi hesaba katılmaz. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre kaba enfeksiyon hızının cerrahi ve doğum vakalarında % 1 olması beklenir.

Örnek:

***Bir hastanede Nisan ayında 412 hastanın taburcu edildiğini (ölenler dahil) ve 3 enfeksiyon vakası görüldüğünü varsayalım. İlk vaka doğum yapan bir kadında görülmüş ve üçüncü gün ateşi 38 dereceye yükselmiştir. İkinci vaka ameliyat olmuş bir hastada görülmüş ve ameliyat yarasından seröz akıntı gelmiştir. Üçüncü vaka ise hastaneye polio sekeli ile gelen ve fizik tedavi için yatırılan bir çocukta görülmüş ve bu çocuk 15 gün sonra kızamık çıkarmıştır.***

 ***Kaba Enfeksiyon. Hızı: (3/412)100= %0 7***

Kaba enfeksiyon hızı bir hastanede hasta bakım kalitesini göstermek için kullanılabilecek iyi bir ölçü değildir. Net enfeksiyon hızı daha iyi bir ölçüdür.

Net Enfeksiyon Hızı

Net enfeksiyon hızı sadece hastaneden alındığı ispatlanan enfeksiyonlar için hesaplanır Bir hastanın tedavi olmak için yattığı bir klinikte kendisinde bulunmayan bir enfeksiyonu geliştirmesi hem hastanede kalış süresinin uzamasına hem de hastane için gereksiz masraflara neden olur. Bu bakımdan net enfeksiyon hızı bir hastanede hasta bakım kalitesini gösteren önemli bir ölçüdür. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre net enfeksiyon hızının % 1 olması beklenir.

Örnek:

***Kaba enfeksiyon hızında sözü edilen 3 enfeksiyon vakası üzerinde hastanece inceleme yapıldığı ve inceleme sonucu sadece ikinci vakanın hastaneden alınan bir enfeksiyon olduğunun ispatlandığını varsayalım.***

***Net Enfeksiyon Hızı: (1/412)100= %0 2***

Ameliyat Sonrası Enfeksiyon Hızı

Temiz cerrahi vakalarda görülen enfeksiyon sayısının toplam ameliyat sayısına bölünmesiyle bulunur. Steril koşullar altında yapılan bir cerrahi işlemden sonra hastaya klinikte de steril koşullar altında bakım yapıldığı takdirde ameliyat sonrası enfeksiyon görülmesi olanaksızdır. Bu bakımdan ameliyat sonrası enfeksiyon hızı bir hastanenin hasta bakım kalitesini gösteren önemli ölçülerden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre bu hızın %1-2 olması beklenir.

Örnek:

***Bir hastanede bir yıl içinde 2 000 ameliyat yapılmış ve 10 hastada ameliyat sonrası enfeksiyon görülmüş olsun.***

 ***Ameliyat sonrası enfeksiyon hızı: (10/2000)100= %0 5***

HASTA BAKIM KALİTESİNİ GÖSTEREN ÖLÇÜLER: DİĞER HIZLAR

Otopsi Hızı

Kliniğe yattıktan sonra ölen hastaların kaçına otopsi yapıldığını gösteren bu hız, yapılan otopsi sayısının klinikte ölen tüm hasta sayısına bölünmesiyle bulunur. Otopsi hızı da bir hastanenin hasta bakım kalitesini gösteren ölçülerden birisidir.

Hastaneye getirilirken yolda ölenler, acil servis ya da poliklinikte ölenler, ölü doğumlar ve adli olaylar için yapılan otopsileri kapsamaz. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre otopsi hızının % 25’ten az olmaması beklenir.

Örnek:

***Bir yıl içinde bir hastanede kliniğe yattıktan sonra ölen hasta sayısı 40, bu ölümler için yapılan otopsi sayısı ise 8 olsun:***

 ***Otopsi hızı: (8/40)100= % 20***

Sezariyan Hızı

Yapılan sezariyan sayısının doğum yapan toplam kadın sayısına bölünmesiyle bulunur. Bir hastanenin hasta bakım kalitesini gösteren önemli ölçülerden birisidir. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre özel durumlar dışında sezariyan hızının % 3-4 olması beklenir..

Örnek:

***Bir hastanede bir yıl içinde 2 400 kadın doğum yapmış, bunlardan 60'ının doğumu sezariyan ile yaptırılmış olsun:***

 ***Sezariyan hızı: (60/2400)= % 2.5***

Gereksiz Ameliyat Hızı

Gereksiz ameliyat hızı patolojik muayene sonucu normal bulunan preparat (doku) sayısının toplam ameliyat sayısına bölünmesiyle bulunur. Gereksiz ameliyat hızı bir hastanenin hasta bakım kalite-sini gösteren önemli ölçülerden birisidir. Çünkü gereksiz ameliyat-ların fazlalığı hastalara konulan tanıların bilimsel bir temele dayanmadığını gösterir. Amerika Birleşik Devletleri standartlarına göre gereksiz ameliyat hızının en fazla % 4 olması beklenir.

DİĞER ÖLÇÜLER:

Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı

Taburcu edilen (ölenler dahil) hastaların hastanede kalış gün sayılarının toplamının taburcu edilen (ölen dahil) hasta sayısına bölünmesiyle bulunur. Hastaneden çıkan bir hastanın hastanede ortalama kaç gün kaldığını gösteren bir ölçüdür.

Örnek:

***Bir hastaneden bir yıl içinde 2 500 hasta taburcu edilmiş (ölenler dahil) ve bu hastalar toplam olarak 17500 gün hastanede kalmış olsun;***

 ***Ortalama kalış günü: 17500/2500 = 7 gün***

Ortalama hasta kalış gün sayısı, genellikle tüm hastane için hesaplanır ve elde edilen bu değerlere göre hastane hizmetleri değerlendirilmeye çalışılır. Bu değerlendirmeyalnız özeldalhastaneleri için yeterli olabilir. Genel amaçlı hastanelerde ortalama hasta kalış gün sayısı herservis ve herhastalık için ayrı olarak hesaplanmalıdır.

Servislere ve hastalıklara göre ortalama hasta kalış gün sayıları hesaplanırken o servisten/hastalıktan taburcu edilen hastaların gün sayıları o servisten/hastalıktan taburcu edilen hasta sayısına bölünerek bulunur. Aşağıda gösterilmiştir.

Klinikte Yatan Günlük Ortalama Hasta Sayısı

Belirli bir sürede klinikte her gün ortalama kaç hasta bulunduğunu gösteren bir ölçüdür. Yeni doğan bebeklerdikkate alınmaz.

Klinikte yatan günlük ortalama hasta sayısı: Belirli bir sürede

klinikte yatan hastalara verilen toplam hasta bakım günsayısının aynı süredeki toplam gün sayısına bölünmesi ile elde edilir.

Örnek :

***Nisan ayında bir klinikte yatan hastalara verilen toplam bakım gün sayısı 2 430 olsun. Nisan ayı 30 gündür.***

***2430/30=81***

Nisan ayında bu klinikteher gün ortalama 81hasta bulunmaktadır.

Yatak İşgal (Yatak Doluluk) Yüzdesi

Yatak işgal yüzdesi hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösterir. Yatak kapasitesinin çok altında ya da çok üstünde çalışılan bir hastanede yatak sayısının azaltılmasına ya da çoğaltılmasına karar vermek için kullanılacak önemli bir ölçüdür. Bir hastanede yatak işgalyüzdesinin % 80 dolayındaolması normal karşılanır.

Yatak İşgal Yüzdesi: Yatan hastalara verilen toplam hasta bakım günsayısının(Yeni doğanhariç) maksimum hasta bakım gün sayısına bölünmesi ve yüzde olarak ifade edilmesi ile hesaplanır.

Formülün paydasındaki maksimum hasta bakım gün sayısı, hastanede mevcut yatak sayısıyla incelenen süredeki gün sayısı çarpılarak bulunur. Örneğin 100 yataklı bir hastanenin yıllık maksimum hasta bakım gün sayısı (365 x 100 =36 500), 30 gün olan aylar için (30x100=3000), 31 gün olanlar için (31x100= 3100)’dür.

Bir hastanenin yatak kapasitesinde birdeğişiklik olduğunda maksimumhasta bakım gün sayısının nasıl hesaplanacağınıbir örnekle açıklayalım:

Birhastane:

1Ocak - 30 Haziranarası 100 yatakla, 1 Temmuz - 31 Aralık arası 150yatakla çalışmış ise;

|  |
| --- |
| 1 Ocak-30Haziran için : 100 yatak x 181 gün = 18 1001 Temmuz-31 Aralık için : 150 yatak x 184 gün = 27 600 |
| Toplam = 45 700 |

Bu hastanenin yıllık maksimum hasta bakım gün sayısı 45 700’dür.

Devir Aralığı (Turnover Interval)

İki işgal arasında bir yatağınortalama kaç gün boşkaldığını gösteren bir ölçüdür.

DevirAralığı: Kullanılmayan toplamhasta bakım gün sayısının toplam taburcu edilen (ölenler dahil)hasta sayısına bölünmesi ile hesaplanır.

Kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısı, maksimum hasta bakım gün sayısından yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısı çıkarılarak bulunur.

Örnek:

***Bir hastanede Nisan ayında kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısı 570, taburcu edilen (ölenler dahil) hasta sayısı 320 olsun;***

 ***Devir aralığı:570/320 = 1.8 gün***

POLİKLİNİK ÇALIŞMALARINI GÖSTEREN İSTATİSTİKLER

Poliklinik çalışmaları genellikle muayene edilen hasta sayısı ile gösterilir. Muayene edilen hasta sayısı hastanın çeşitli özelliklerine göre ayrıca incelenebilir.

Örneğin;

1. Servislere göre muayene edilen hasta sayısı,
2. Yaşa göre muayene edilen hasta sayısı (yetişkin - çocuk olarak incelenebileceği gibi, değişik yaş gruplarına göre de incelenebilir),
3. Cinsiyete göre muayene edilen hasta sayısı,
4. Diğer sosyo-ekonomik-kültürel özelliklere göre muayene edilen hasta sayısı,
5. Hastaneye geliş biçimlerine göre muayene edilen hasta sayısı,
6. Ücret ödeme biçimlerine göre muayene edilen hasta sayısı.

HASTANENİN DİĞER HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bir hastanede idari ve teknik çok sayıda bölüm bulunmaktadır. Bu bölümlerin çalışmalarını nasıl gösterecekleri hakkında görüş birliği ulunmamaktadır. Aslında bu hizmetler için uygun ölçü de bulmak kolay değildir.

Bu hizmetler hasta bakımı ile ilgili olmadığından hastane yönetimi kendine özel değerlendirme ölçüleri geliştirebilir. Bu hizmetlerle ilgili bazı ölçüler örnek olarak izleyen sayfada listelenmiştir.

Bu bölümlerin çalışmalarını klinik ve poliklinik olarak ayrı ayrı göstermeleri daha ayrıntılı analiz yapmada ve gerekli düzenlemelerde yararlı olabilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bölüm** |  | **Ölçü Birimi** |
| Ambulans Servisi | : | Hasta taşıma sayısı, yapılan km. |
| Anesteziyoloji | : | Hizmet edilen hasta sayısı veya toplam hizmet saati |
| Bazal Metabolizma | : | Test sayısı |
| Kan Bankası | : | Nakil için hazırlanan 500 cc’lik ünite sayısı |
| Levazım | : | Karşılanan istekler ve para olarak değeri |
| Diyet | : | Hizmet edilen öğün sayısı |
| Elektrokardiyoloji | : | Muayene sayısı |
| Doğum Odası | : | Doğum sayısı |
| Ev İdaresi | : | Yapılan hizmet türleri, toplam hizmet saati, m2 olarak temizlenen saha |
| İnhalasyon Tedavisi | : | Oksijen verilen saat tutarı |
| Laboratuvar | : | Laboratuvara göre yapılan test çeşitleri ve sayıları |
| Taşıt | : | Yapılan km. |
| Hemşirelik Servisi | : | Verilen hizmet gün veya saat sayısı |
| İşletme | : | Maliyet ve harcama |
| Eczane | : | Alınan ve verilen ilaç çeşit ve sayıları, verilen ilaçların lira olarak tutarı |
| Fizik Tedavi | : | Tedavi çeşitleri ve sayıları, tedavi edilen hasta sayısı |
| Ameliyat Sonu Ayılma Odaları | : | Hizmet edilen hasta sayısı veya toplam hizmet saati |
| Radyoloji | : | Çekilen film sayısı ve çeşitleri, fluoroskopik muayene sayısı |
| a. Teşhis | : | Tedavi edilen kişi sayısı, X-ray tedavi sayısı |
| b. Tedavi | : | Radium implantasyonu sayısı, radyo-aktif maddelerle tedavi sayısı |
| Diş Servisi | : | Her servise göre muayene ve tedavi edilen hasta sayısı |
| Sosyal Servis | : | Hizmet saati sayısı, hizmet edilen kişi sayısı |
| Terzihane | : | Dikilen eşyanın cinsi ve parça sayısı, tamir edilen parça sayısı |
| Çamaşırhane | : | Yıkanan çamaşır sayısı veya kilosu |

**KAYNAKLAR**

1. Black, Nick. **Walking London’s Medical History.** Royal Society of Medicine Press Ltd, 2006.
2. Burnham, J.C. **What is Medical History?** Polity Press, 2005.
3. Clendening, Logan. (editor). **Source Book of Medical History.** Courier Dover Publications, 1960.
4. Adams, Francis. **The Genuine Works of Hippocrates**. Translated from the Greek. London: Sydenham Society, 1849.
5. Huffman, Edna K. **Manual for Medical Record Librarians**. Illinois, Physicians' Record Company, 5. ed., 1963.
6. Demirhan, Ayşegül. **Kısa Tıp Tarihi**. Bursa, Bursa Üniversitesi Yayın No:2-018-0060, 1982.
7. Eren, Nevzat ve Uyer, Gülten. **Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı.** Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 3. bası, 1989.
8. Gay, Lorraine G. «The Role of The International Federation of Medical Records Organizations,» WHO/HS/NAT.COM./75.340, 1975.
9. Sigerist, Henry E. **History of Medicine**. New York, Oxford University Press, 1951.
10. McCormic, James. Nature of Clinical Competence.

[www.gpcurriculum.co.uk/theory/**clinical**\_**competence**.htm](http://www.gpcurriculum.co.uk/theory/clinical_competence.html)

11 Barrows, H. S., & Pickell, G. C.. *Developing clinical*

*problem-solving skills: a guide to more effective diagnosis and treatment* (First ed.). New York, London: Norton Medical Books: W. W. Norton & Company, Inc. 1991.

12.Burg, F.D., Lloyd, J. S.,& Templeton, B.

Competence in Medicine. *Medical Teacher, 4*(2), 60-64. 1982.

13 Elstein, A. S. *Methods and theory in the study of*

*medical inquiry.* Cambridge, MA: Harvard University Press.1972.

14 Elstein, A. S., Shulman, L. S., & Sprafka, S. A.

*Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning.* London, Cambridge, Mass: Harvard University Press.1978.

15.Epstein, R. M., & Hundert, E. M.Defining and

assessing professional competence. *JAMA, 287*(2), 226-235. 2002.

16. Miller, G. E. The assessment of clinical skills

/competence/performance. *Academic Medicine, 65*(9 Suppl), S63-S67.1990.

17.The Good European Health Record Requirements for

Clinical Comprehensiveness.

[http://www.chime.ucl.ac.uk/HealthΙ/GEHR/deliverables.htm](http://www.chime.ucl.ac.uk/HealthI/GEHR/deliverables.htm)

18. ABIM. American Board of Internal Medicine: clinical

competence in internal medicine. *Annals of Internal Medicine, 90*, 402-411.1979.

19. ABIM. *Residents: Evaluating your clinical*

*competence.New competencies for internal medicine*. Philadelphia, Pennsylvania: American Board of Internal Medicine Clinical Competence Program. 2002.

20.Oxford Handbook of Clinical Medicine, 7th Ed., Longmore

M, Wilkinson I. B., Oxford University Press 2007.

21.Nayankumar,Shah.Taking a History:Introduction and The

Presenting Complaints.

archieve.student.bmj.com/issues/05/09/education/314.php

22.Nayankumar, Shah. Taking a History:Conclusion and

Closure.

archieve.student.bmj.com/issues/05/10/education/358.php

23.Taking a patient history.

medicine.ucsd.edu/clinicalmed/history.htm

24.Obtaining a Patient History.

[www.templejc.edu/dept/ems/documents/Presentations/1st](http://www.templejc.edu/dept/ems/documents/Presentations/1st) SemesterParamedic/PtAssessment/HistoryTaking.ppt

25.Medical History Taking Study Guide.

medinfo.ufl.edu/year1/epc97/handouts/history.html

26.Patient Assessment: 3, History Taking.

[www.health](http://www.health).state.ny.us/nysdoh/ems/original/ptassess/3-1.pdf

27.History Taking Checklist.

meded.iusm.iu.edu/Resources/HistoryTaking/OSTE%20chec klist102108.pdf

28.Shortliffe EH, Barnett GO "Medical Informatics: Computer

Applications in Health Care" Addison-Wesley Publishing. Reading, Massachusetts, 1990

29.Rector AL, Kay S. "Descriptive Models for Medical Records

and Data Interchange" Barber B et al Eds.,Medinfo 89. North-Holland p230-4. 1989.

30.Dick R, Steen E Eds. "The Computer Based Medical

 Record" National Academy Press, Washington. 1991.

31.Institute of Medicine, Committee on Improving the Patient

Record (Dick R, Steen E Eds.) "The Computer Based Medical Record" National Academy Press, Washington. 1991.

32.Bolens M, Borst F, Scherrer J. MD Computing 9(3);p

149-155. 1992.

33.Sümbüloğlu, K ve Öztek Z. Hastalıkların Uluslararası

Sınıflandırılması: Alfabetik Dizin. Ankara, Sağlık Bakanlığı yayın no:450, 1976.

34.WHO. International Classification of Diseases. 1965 Revision

vol I ve II.

35.WHO. International Classification of Diseases. 1975 Revision

vol I ve II.

36.WHO. International Classification of Diseases. 1989 Revision

vol I ve II.ve III.

37.Sümbüloğlu K. Uluslararası Ölüm Raporu ve Ölüm

Nedenlerini Sınıflandırma Kuralları.(Mimograf, Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Bölümü, 1970).

38.Sümbüloğlu V, Gören A, Sümbüloğlu K. Ölüm Raporu Yazım

Kılavuzu. Hekimler Birliği Vakfı, Türkiye Klinikleri Yayın Serisi No:29.1992.

39.TÜIK. **Ölüm Nedenleri Eğitim Dokümanı.**

<http://www.tuik.gov.tr/indir/sid/olum_nedeni.zip>.

40.Sümbüloğlu K. Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler.

Ankara, Songür Yayıncılık, 2006.

EK 1. ULUSLARARASI ÖLÜM RAPOR FORMU

1. \* ICD: International Classification of Diseases. [↑](#footnote-ref-1)