



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANA BİLİM DALI

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TIBBİ DOKÜMANTASYONUN SAĞLIK KURUMLARI
AÇISINDAN ÖNEMİ VE BİR UYGULAMA: KAMU VE ÖZEL
HASTANE ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE
YÖNELİK TUTUMLARI**

Hazırlayan

İsmet KARAKAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe Çiğdem MERCANLIOĞLU

İstanbul, 2018



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANA BİLİM DALI

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TIBBİ DOKÜMANTASYONUN SAĞLIK KURUMLARI
AÇISINDAN ÖNEMİ VE BİR UYGULAMA: KAMU VE ÖZEL
HASTANE ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE
YÖNELİK TUTUMLARI**

Tezi Hazırlayan

İsmet KARAKAYA

TEZ ONAYI

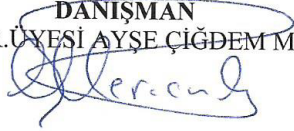
T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24/05/2018

Enstitümüz *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* yüksek lisans programı öğrencilerinden **165130103** numaralı **İsmet KARAKAYA** "*Istanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**TIBBİ DOKÜMANTASYONUN SAĞLIK KURUMLARI AÇISINDAN ÖNEMİ VE BİR UYGULAMA: KAMU VE ÖZEL HASTANE ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YÖNELİK TUTUMLARI**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun **07/05/2018** tarih ve **2018/14** sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 39. maddesi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red-veya-Düzeltilme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

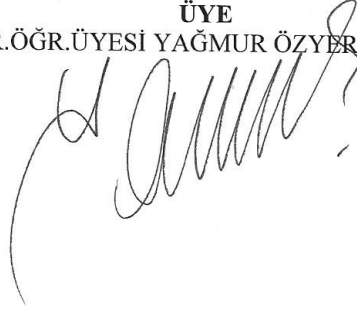
DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞE ÇİĞDEM MERCANLIOĞLU



ÜYE
PROF. DR. METİN ATEŞ



ÜYE
DR.ÖĞR.ÜYESİ YAĞMUR ÖZYER AKSOY



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “TIBBİ DOKÜMANTASYONUN SAĞLIK KURUMLARI AÇISINDAN ÖNEMİ VE BİR UYGULAMA: KAMU VE ÖZEL HASTANE ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YÖNELİK TUTUMLARI” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

24/05/2018

İsmet KARAKAYA

ÖZET

TIBBİ DOKÜMANTASYONUN SAĞLIK KURUMLARI AÇISINDAN ÖNEMİ VE BİR UYGULAMA: KAMU VE ÖZEL HASTANE ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YÖNELİK TUTUMLARI

İsmet KARAKAYA

Yüksek Lisans Tezi; İşletme Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe Çiğdem MERCANLIOĞLU

Mayıs 2018 – 127 Sayfa

Sağlık kuruluşlarında birbirlerinden farklı düzey ve alanlarda birçok tıbbi doküman kullanılmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin hayati bir değer taşıması beraberinde tıbbi dokümantasyon süreçlerinin de etkin ve düzenli yönetimini ve kullanımını gerektirmektedir.

Tıbbi dokümanların hastalar açısından bu derece öneminin yanı sıra sağlık çalışanları, sağlık kuruluşları, adli tıp, halk sağlığı ve eğitim çalışmaları yönünden de büyük bir öneme sahiptir.

Bu çalışmada; İstanbul ili Bakırköy bölgesinde bulunan kamu ve özel hastanelerde çalışan hekim ve diğer uygulayıcı personellerin tıbbi dokümantasyon süreçlerine ilişkin tutumlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla 450 kişiye 34 soruluk anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler "SPSS for Windows 22.00" programı ile analiz edilmiştir. Demografik değişkenlere ait analizlerde t-testi ve ANOVA testi uygulanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda araştırmamızdaki üç değişken olan "Form Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" , "Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" ve "Kalite ve Akreditasyon Açısında Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" Uygulayıcı sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre algılama düzeylerinde farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Özellikle meslek grubu tıbbi sekreter olanların, kurum açısından özel hastane çalışanlarının ve gelir düzeyleri açısından ise asgari ücret seviyesinde çalışanlarının tüm boyutlarda diğerlerine göre algılama düzeyleri açısından daha yüksek puan verdikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Tıbbi kayıt, Elektronik Tıbbi Kayıt, Kalite, Akreditasyon

ABSTRACT

IMPORTANCE OF MEDICAL DOCUMENTATION IN TERMS OF HEALTH INSTITUTIONS AND A CASE STUDY : THE ATTITUDE OF PUBLIC AND PRIVATE HOSPITAL EMPLOYEES TOWARD MEDICAL RECORDING

İsmet KARAKAYA

Master of Thesis; Bussiness Department

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Ayşe Çiğdem MERCANLIOĞLU

May 2018, 127 pages

Many different medical documents are being used at different levels and areas in health institutions. Of course, the vital value of the health services offered by institutions requires effective use and regular management of the medical documentation processes. In addition to the importance of medical documents in terms of patients, they also have a great precaution in terms of staffs, institutions, forensics, public health and education.

In this study; it is aimed to reveal the attitudes of physicians and other executive staffs toward the medical documentation processes, who are working in public and private hospitals in the Bakırköy region of Istanbul province. For this purpose, a questionnaire of consisting 34 questions was applied to 450 staffs. The obtained data is analyzed using the "SPSS for Windows 22.00" application. The t-test and ANOVA test were utilized for analyzes of demographic variables.

As a result of the analyzes; we found that the independent variables containing staffs demographich characteristics was having varied impact on their attitudes toward the three dependent variables; (i) "Attitude toward Form Medical Record System", (ii) "Attitudes towards Electronic Medical Record System" and (iii)"Attitude towards Medical Record System in Accuracy and Quality of Accreditation". In particular, it has been found that those who are employed as medical secretaries in the profession group of private hospital employees, and those staffs who work with minimum salary levels showed higher level of scores in terms of perception level than others in all dimensions.

Keywords : Medical Record, Electronic Medical Record, Quality, Accreditation

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanabilmesi, sunulacak hizmetin kalite ve etkinliğinin yanı sıra hasta bilgilerinin güvenilir bir şekilde kayıt altına alınması, saklanması ve lüzumu halinde tekrar kullanıma sunulmasında benimsenecek yöntemlerin standartlara uygun şekilde yapılandırılması ile mümkün olacaktır.

Tıbbi kayıt sistemindeki temel amaç hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin çerçevesini ve bunlara yönelik kanıtlamaları sağlamaktır. Sağlık kayıtlarının hastalar açısından öneminin yanı sıra ilgili çalışanlar, kuruluşlar, adli tıp ve halk sağlığı yönünden de büyük önemi bulunmaktadır.

Bu tez çalışmasında, tıbbi kayıtların form olarak, elektronik olarak ve kalite akreditasyonu açısından öneminin değerlendirilmesine ilişkin; tıbbi kayıtlarla ilgili hastane çalışanlarının görüşlerine anket uygulayarak başvurulmuştur. Anketler değerlendirilerek bağımsız değişkenlerin (form olarak tıbbi kayıt sistemi, elektronik tıbbi kayıt sistemi, kalite ve akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi), demografik değişkenler ile kamu-özel sağlık kuruluşları üzerindeki etkisinin açıklanması amaçlanmıştır.

Tez çalışmamın her aşamasında bana zaman ayırarak yol gösteren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi. Ayşe Çiğdem MERCANLIOĞLU'na ilgi ve anlayışından dolayı en içten şükranlarımı sunarım. Yine çalışmam sırasında desteklerinden dolayı ağabeyim Dr. Öğr. Üyesi Ziya KARAKAYA' YA ve ablam Öğr. Gör. Aynur KARAKAYA' ya teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul, 2018

İsmet KARAKAYA

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMOS	Analysis of Moment Structure
ATT	Ayakta Teşhis ve Tedavi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
EKG	Elektrokardiyografi
ETKS	Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi
FTKS	Form Tıbbi Kayıt Sistemi
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HTKS	Hastane Tıbbi Kayıt Sistemi
KASTKS	Kalite Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi
MÖ	Milattan Önce
MR	Manyetik Rezonans
MS	Milattan Sonra
ÖHY	Özel Hastaneler Yönetmeliği
PACS	Picture Archiving and Communication System
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHKS	Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TŞTDT	Tababet ve Şua bat Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTB	Türk Tabipler Birliği
US	Ultrasonografi
WHO	World Health Organization
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvi
GİRİŞ	1

1 BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1 Sağlık Kavramı	4
1.2 Sağlığı Etkileyen Unsurlar	5
1.2.1 Çevresel Unsurlar.....	6
1.2.2 Kalıtım	7
1.2.3 Yaşam Biçimleri (Davranış).....	7
1.2.4 Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyi.....	8
1.3 Sağlık Hizmetleri.....	9
1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	11
1.3.2.1 Günöbirlük Tedavi Kurumları	14

1.3.2.2	Yataklı Tedavi Hizmetleri.....	16
1.3.3	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	19
1.3.4	Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	20
1.4	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması.....	20
1.4.1	Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	22
1.4.2	Özel Sektör Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	23
1.4.3	Üniversiteler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	24

2 BÖLÜM

TIBBİ DOKÜMANTASYON VE TIBBİ KAYITLAR

2.1	Tıbbi Dokümantasyon Tanımı ve Tarihsel Süreç.....	27
2.2	Tıbbi Dokümantasyon’un Önemi.....	32
2.2.1	Tıbbi Dokümanların Hasta Açısından Önemi	33
2.2.2	Tıbbi Dokümanların Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi.....	33
2.2.3	Tıbbi Dokümanların Sağlık Çalışanları Açısından Önemi.....	34
2.2.4	Tıbbi Dokümanların Adli Tıp ve Hukuksal Yönünden Önemi	35
2.2.5	Tıbbi Dokümanların Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim Yönünden Önemi ...	37
2.2.6	Tıbbi Dokümanların Halk Sağlığı Yönünden Önemi	38
2.3	Tıbbi Kayıtlar ve Hasta Dosyaları.....	38
2.3.1	Hasta Kabul ve İlk Giriş formu	39
2.3.2	Aydınlatılmış Onam Formu.....	40
2.3.3	Anamnez Formu.....	41
2.3.4	Muayene ve Müşahede Formu	42

2.3.5	Derece Kâğıdı.....	42
2.3.6	Laboratuar ve Radyoloji İstem Formları.....	43
2.3.7	Hasta Yatış Formu	43
2.3.8	Doktor Gözlem Formu	43
2.3.9	Hemşire İzlem Formu	44
2.3.10	Hasta Tabelası	44
2.3.11	Konsültasyon İstem Formu	45
2.3.12	Ameliyathane Formu.....	45
2.3.13	Order Formu.....	46
2.3.14	Gebe İzlem Formu.....	47
2.3.15	Epikriz.....	47
2.4	Tıbbi Raporlar	48
2.4.1	Konsültasyon Raporları.....	49
2.4.2	Tıbbi Malzeme Kullanım Raporu	50
2.4.3	İlaç Kullanım Raporu	50
2.4.4	İstirahat Raporları.....	51
2.4.5	Sağlık Kurulu Raporları	52
2.4.6	Adli Rapor.....	54
2.4.7	Doğum Raporu.....	55
2.4.8	Ölüm Raporu.....	55
2.5	Elektronik Kayıt Sistemi	56
2.5.1	Elektronik Tıbbi Kayıt Sisteminin Önemi	57

2.5.2	Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)	58
2.5.2.1	Sağlık NET Sistemi	61
2.5.2.2	Genel Sağlık Sigortası Medula Sistemi.....	63
2.5.3	Elektronik Tıbbi Kayıt Sisteminin Avantajları ve Dezavantajları.....	64
2.5.4	Elektronik Ortamda Kayıtların Saklanması, Gizlilik ve Güvenlik	65
2.6	Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	69
2.6.1	Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS)	71
2.6.2	Sağlık Hizmetlerinde ve Tıbbi Kayıt Sistemlerinde Akreditasyon	72
2.6.3	Türkiye’de Toplam Kalite Sistemlerinin Uygulanmasına Genel Bakış ..	74
2.7	Arşiv Kullanım Sistemleri	76
2.7.1	Hasta Dosyaları Arşiv Kullanım Sistemleri ve Önemi	77
2.7.2	Elektronik Ortamda Arşivleme Sistemleri	79
2.7.3	Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri.....	80
2.7.4	Arşiv Ürünlerinin Saklanması, Ayıklanma ve İmha Kuralları.....	81

3 BÖLÜM

UYGULAMA

3.1	Araştırmanın Metodu	83
3.1.1	Amacı ve Önemi	83
3.1.2	Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Takvimi.....	83
3.1.3	Araştırma Evreni ve Örneklem	84
3.1.4	Veri Toplama Araçları	84
3.1.5	Verilerin Değerlendirilmesi.....	85

3.1.6	Araştırmanın Sınırlılıkları	85
3.1.7	Etik Kurul Onayı	85
3.1.8	Araştırmanın Hipotezleri.....	86
3.2	Bulgular ve Tartışma	88
3.2.1	Araştırmanın Bulguları.....	88
3.2.2	Tartışma.....	106
	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
	KAYNAKÇA	114
	EK-1 ETİK KURUL RAPORU	114
	EK-2 ANKET FORMU	123
	EK-3 ÖZGEÇMİŞ	127

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Yaşam Biçimi ve Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişki	08
Tablo 1.2. Türkiye’de dallara göre hastane ve yatak sayıları	18
Tablo 1.3. Yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayıları, tüm sektörelere, Türkiye	21
Tablo 1.4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Koruyucu Sağlık Hizmeti ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kuruluş Sayıları	22
Tablo 1.5. 2016 Yılı Sektörlere Göre Hastane ve Hasta Yatağı sayıları, Türkiye	25
Tablo 1.6. 2016 Yılı Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları	26
Tablo 2.1. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar	68
Tablo 2.2. Hasta dosyalarının arşiv sisteminde kullanılan renk karşılıkları	79
Tablo 3.1. Araştırma Çalışmalarına Ait Takvim	84
Tablo 3.2. Cronbach’s Alpha değerleri İçin Bir Sınıflama	88
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Değerleri.....	89
Tablo 3.4 Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	90
Tablo 3.5. Ölçek Alt Boyutları Arasında Uygulanan Korelasyon Analizi Tablosu.....	93
Tablo 3.6. Cinsiyete Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	94
Tablo 3.7. Medeni Duruma Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	94
Tablo 3.8. Çalışılan Kuruma Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	95

Tablo 3.9. Yaş gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	96
Tablo 3.10. Gelir gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	98
Tablo 3.11. Kıdem Yıllarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	100
Tablo 3.12. Eğitim Durumu Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	102
Tablo 3.13. Çalışma Durumu Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	104
Tablo 3.14 Meslek Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu.....	105

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1	Sağlığı Etkileyen Unsurlar	06
Şekil 1.2.	Bütüncül Sağlık Hizmetleri	10
Şekil 1.3.	Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması	13
Şekil 2.1.	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Diyagramı	61
Şekil 2.2.	Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri ve Araçları	71
Şekil 3.1.	Hastane Tıbbi Kayıt Sistemi Ölçeği (HTKS) Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu.....	92

GİRİŞ

Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesinin yanı sıra hasta bilgilerinin doğru, zamanında ve güvenli bir şekilde kayıt alınması sağlık hizmetlerinin niteliği açısından büyük öneme sahiptir.

Tüm dünyada küreselleşme ve teknolojik gelişmelerle birlikte tüm alanlarda olduğu gibi insan yaşamını etkileyen sağlık alanında da özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumundaki yöntemler ve sağlık ölçütlerindeki farklılaşma ile birlikte birey ve toplumun beklenti seviyelerinde nitelik açısından önemli gelişmeler olmuştur (Demir,2011:3)

Sağlık hizmetleri ve dolayısıyla sağlığın ayrılmaz bir parçası olan tıbbi dokümantasyon sisteminin insan yaşamının kaliteli olması ile doğrudan ilişkili bir sorumluluk alanına sahip olduğu açıkça bilinmektedir. Bu alanda yapılacak olan yanlış bir uygulama insan yaşamını derinden etkileyen ve geri dönüşü mümkün olmayan hasarlara neden olacaktır. Bunun önüne geçmek ve kaliteli bir sağlık hizmet çıktısını alabilmek için dokümantasyon sisteminin standartlaştırılması, yönetilmesi ve denetlenmesi gerekmektedir.

Tıbbi dokümantasyon'un hastalar açısından bu derece hayati öneminin yanında sağlık çalışanları, sağlık kuruluşlar, adli tıp, halk sağlığı ile tıbbi araştırmalar ve eğitim açısından son derece önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Tıbbi dokümantasyon sisteminin nitelikli kullanımı sağlık çalışanları arasında bilgi paylaşımı ile birlikte disiplinler arasındaki ekip çalışmasının ve yönetilmesinin temelini oluşturacaktır (Akbolat, Işık, 2001:80-82). Sağlık kuruluşları, nitelikli bir tıbbi dokümantasyon sistemi sayesinde kaynakları daha verimli kullanabileceği gibi geleceğe yönelik daha verimli stratejik ve finansal politikalar belirleyecektir. Hastalar sunulan sağlık hizmetlerinden memnun kalmadıkları veya istenmeyen komplikasyonların oluşması durumlarında sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarına yönelik hukuki süreçlere başvurabilmektedirler. Böyle zamanlarda gerçeğin ortaya çıkarılması adına tıbbi dokümanlar delil niteliğinde olup hasta ve çalışanları korumaktadır. Tıp bilimindeki eğitim ve araştırmalarda hiç kuşkusuz ki geçmiş vaka'ların ve olguların incelenmesini gerektirmektedir. Bu anlamda vaka ve olgulara ait

nitelikli kayıtlar tıp alanındaki gelişmeleri etkileyecektir. Hiç kuşkusuz ki sağlık hizmetlerinin temelini hastalıkları oluşmadan önlemeye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 36-37). Hastalara ve hastalıklara ait istatistikî veriler bu türden hizmetlerin planlanmasında ve uygulanmasında yol gösterici özelliği ile tıbbi dokümantasyon yönetiminde önemli bir yere sahiptir.

Tarihsel açıdan bakıldığında tıbbın gelişimine paralel olarak dokümantasyon yönetimi de benzer bir değişim göstermiştir. İlk çağlardan kalan mağara duvarlarındaki hastalıklara ait çizim ve şekiller ile yazının bulunmasından sonra Sümerliler, Mısır, Asur krallığı ve Babil krallığı dönemlerinden kalan birçok yazılı belge bu dönemlerdeki hastalıklara ait kayıtlara önem verildiğini göstermektedir. Özellikle medeniyetlerin gelişmesinde büyük bir yere sahip olan eski Yunanlıların tıp bilimine dolayısıyla tıbbi dokümantasyon sistemine önemli katkıları olmuştur. Tıbbın babası olarak bilinen Hipokrat'ın hastalara ait gözlemlerinin kayıt altına alınması ve bu konuda öğrencilerine ders vermiş olması bu alana ne derece önem verdiğini göstermektedir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000:23-24). Orta çağa gelindiğinde özellikle Londra'da St. Bartholomew's Hospital tarafından yapılan çalışmalar ile on sekizinci yüzyılda Pensilvanya hastanesinde sekreter olarak görev yapan Benjamin Franklin tarafından ilk defa hastalara ait kartların oluşturulması dikkati çekmektedir. 1900 lü yılların başlarında Amerikan Hastaneler Birliği'nde hasta kayıtlarına ilişkin bilimsel tartışmalar yapılmaya başlanmıştır (Söylemez, 2013:108).

1900'lü yılların sonlarına doğru bilgisayarların insan hayatındaki yaygın kullanımından sağlık sektörü de önemli oranda etkilenmiştir. Günümüze gelindiğinde Elektronik tıbbi kayıt sistemi hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının vazgeçilmez ana bileşenlerinden birisi haline gelmiştir. ETK sayesinde hastaların tedavi süreçlerine ait tıbbi bilgilerin kayıt altına alınmasından saklanmasına ve gereği halinde tekrar kullanıma sunulmasında büyük kolaylıklar getirmesinin yanı sıra sağlık kuruluşları açısından da önemli oranda maliyetlerde ekonomik ve zaman tasarrufu sağlamaktadır. ETK'nın böylesine önemli avantajlarının yanında özellikle bilgilerin gizlilik ve güvenliği yönünden soru işaretlerini barındırmaktadır (Sümbüloğlu ve Akdağ,2010:58-60).

Tez'in ilk bölümünde sağlık ve sağlık hizmetlerinin genel yapısı konularında bilgiler verilecek olup ikinci bölümde tıbbi dokümantasyon yönetiminin tarihsel gelişimi, önemi, form tıbbi kayıt sistemi ile elektronik tıbbi kayıt sisteminin özellikleri karşılaştırılarak kalite üzerine etkileri konuları üzerinde durulacaktır. Araştırmanın üçüncü bölümünde İstanbul ili Bakırköy bölgesindeki kamu ve özel hastanelerde çalışan ve araştırmamıza gönüllü olarak katılan uygulayıcı sağlık çalışanlarına yönelik üç değişken olan "Form Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" , "Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" ve "Kalite ve Akreditasyon Açısında Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum" boyutlarının demografik özelliklere göre anket çalışmasından elde edilen verilerin analiz sonuçları ile tartışma bölümü yer alacak olup son olarak sonuç ve öneriler bölümüne yer verilecektir.

1 BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, insanlığın tarihsel gelişim süreci ile birlikte kapsamı ve içeriği sürekli değiştirilen ve geliştirilen bir kavram olmuştur. Bu konudaki son tanım; 19 Haziran- 22 Temmuz 1946 tarihinde New York'ta gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Konferansı'na katılan 61 Devlet temsilcisi tarafından kabul edilip imzalanmış ve 7 Nisan 1948 yılında yürürlüğe girmiş olan Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü (World Health Organization-WHO) içeriğinde yer almış ve o günden sonra değiştirilmemiştir. Bu tanıma göre: “Sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil aynı zamanda tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur” şeklindedir (WHO Resmi Yayını, no. 2: 100).

Sağlıklı yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın tanımı bugünkü içeriğinden farklı olsa da insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi kanunları, bu anlamda en iyi bilinen örnektir. M.Ö 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi'nin kendi adıyla anılan kanunlarda hizmet veren hekimlerin sorumlulukları ve alacağı ödüller belirlemiştir (Kavuncubaşı, 2012: 17).

Türkiye Anayasası'nın 41. ve 56. Maddelerinde ise vatandaşların sağlık hakları şöyle tanımlanmıştır:

“Aile, Türk toplumunun temeli olmakla birlikte eşler arasında eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle annenin ve çocukların korunmasının yanında aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak ve uygulamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. Her çocuk, korunma ve bakımından yararlanma, yüksek faydasına açıkça aykırı olmadığı müddetçe, anne ve babası ile kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. Devlet, her türlü istismara ve çocuklara şiddete karşı gereken tüm tedbirleri alır” (T.C Anayasası,1982:8).

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevre içerisinde yaşama hakkına sahiptir. Çevresel şartları geliştirmek, korumak ve çevre kirlenmelerini önlemek Devletin ve

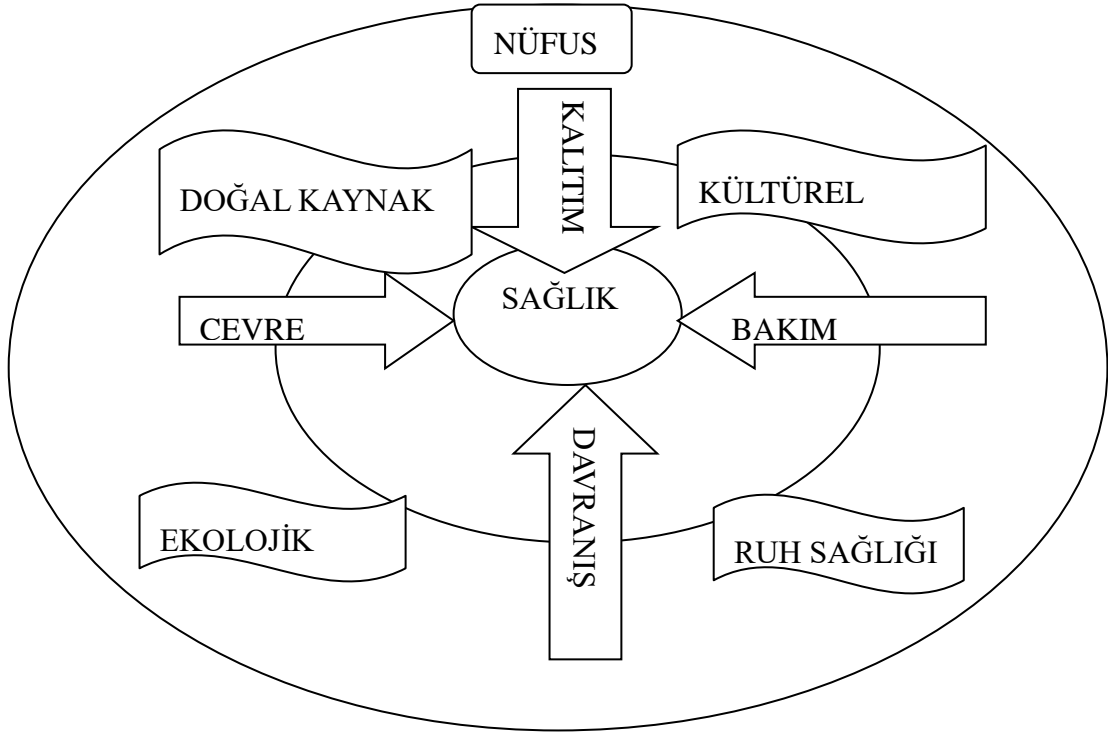
vatandaşların görevidir. Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruhsal yönden sağlıklı çevre içerisinde sürdürmesini sağlayarak bu yönde gereken iş birliklerini gerçekleştirmek maksadıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayarak hizmet sunumunu düzenler. Devlet, bu işlevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurum ve kuruluşlardan yararlanarak, gerektiğinde denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin herkese ulaşacak şekilde yaygın kullanımının sağlanması amacı ile çıkaracağı kanunlarla Genel Sağlık Sigorta Sistemini kurulabilir” (T.C Anayasası, 1982:11).

1.2 Sağlığı Etkileyen Unsurlar

İnsan sağlığının fiziksel ve ruhsal boyutu; bireyin yaşadığı çevre, kalıtım faktörleri, yaşam ile davranış biçimleri ve almış olduğu sağlık hizmetlerinden etkilenmektedir. Bu bileşenler, insan sağlığı üzerindeki etki seviyeleri açısından birbirlerinden farklı olmakla birlikte karşılıklı etkileşim düzeyine de sahiptirler.

"Blumm, bireysel ve toplumsal sağlık seviyelerinin yükseltilmesi noktasında yalnızca ülkedeki sağlık sisteminin iyileştirilmesinin yeterli olmayacağını, konunun makro boyutta ele alınarak çok yönlü düşünülmesi gerektiğini önemle vurgulamaktadır. Bunun sağlanması için de sağlık hizmetlerinin sunumu dışında kalan toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine top yekün katılımı ve işbirliği ile mümkün olacağını belirtmektedir" (Kavuncubaşı,2002:6)

Şekil.1.1.Sağlığı Etkileyen Unsurlar



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, 2012:19

1.2.1 Çevresel Unsurlar

Tüm canlıların yaradılışı gereği bir çevre içinde yaşamaktadır. Hayatın devamını ve gelişimini etkileyen dış unsurların tümü çevresel faktör olarak değerlendirilir (Kavuncubaşı, 2012:20).

Sağlığı etkileyen çevresel faktörlerin başında gelen biyolojik çevrede; mikroorganizmalar, vektörler, bitki ve hayvanlar ile birlikte besinler bulunur. Mikroorganizmalar, kolera verem gibi birçok hastalığın temel nedenini oluştururken, vektörler, hastalık yapabilen bazı mikroorganizmaların vücuda girerek yerleşimini olanaklı kılan eklem bacaklılardan oluşmaktadır.

Fiziksel çevrede ise; insanların yaşamlarını sürdürdüğü bölgenin toprak ve iklim yapısı, hava kirliliği, zararlı atıklar gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Hava

durumu değişiklikleri insan sağlığını önemli ölçüde etkiler. "Çevre kirliliğinin normal sınırların üzerinde olması insan sağlığını tehdit eden önemli unsurlardandır. Zehirli ve tehlikeli atıkların kontrolsüz bir şekilde doğaya terk edilmesi insan sağlığına yönelik ciddi sorunlar yaratmaktadır (Tengilimoğlu v.d., 2012:71).

İnsanların ve toplumun sağlık düzeyini etkileyen bir başka faktör ise sosyal çevredir. Sosyo-kültürel faktörler sağlığın önemli bileşenlerindedir. Sosyal çevre içerisinde ekonomik şartlar, toplum içerisindeki nüfus değişimleri, bireylerin eğitim ve kültür düzeyleri gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

1.2.2 Kalıtım

Kalıtım insanların yaradılışı itibarı ile sahip olunan biyolojik ve organik yapısını, hastalıklara karşı dirençlerini etkiler ve hastalıklar nesilden nesile kalımsal olarak aktarılabilir. Kalıtım bireyin yalnızca doğuştan getirdiği hastalık ya da bozukluklardan ibaret olmayıp aynı zamanda kişide ileri yaşlarında oluşabilecek birçok hastalığa sahip olma ihtimalini de beraberinde getirmektedir. (Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2012:71).

Kalıtımın birey üzerindeki etkisi yaşanan çevrenin ve yaşam biçimleri ile de etkileşim halindedir. Kültürel yaşam tarzları ve sahip olunan ırksal faktörler gelecek kuşakların genetik yapılarının belirlenmesini doğrudan etkiler.

1.2.3 Yaşam Biçimleri (Davranış)

Kişilerin yaşam boyu sahip oldukları değerleri, alışkanlıkları ile geliştirmiş oldukları tutum ve davranışları yaşam biçimlerini belirler. Bireylerin zararlı alışkanlıklara sahip olması, sigara, alkol ve uyuşturucu bağımlılıkları, kişisel ve çevresel hijyene gereken özeni göstermeme, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki bilinçsiz yaklaşımlar sağlığı olumsuz açıdan etkilemektedir.

"Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen yaşam tarzı ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, zararlı alışkanlıkların gelişmiş ülkelerde toplam ölümlerin % 70-80'nin, gelişmekte olan ülkelerde de % 40-50'sinin temel nedenidir" (Kavuncubaşı, 2012:23)

Tablo 1.1.Yaşam Biçimi ve Kronik Hastalıkları Arasındaki İlişki

	Diyet	Alkol	Sigara	Egzersiz	Stres
Kalp Hastalığı	2	2	2	1	1
Felç	2	2	2	1	1
Yüksek Tansiyon	2	2	2	2	2
Kolon Ca	2	1	1	1	1
Akciğer Ca	1	1	2	1	1
Boyun Ca	2	1	2	1	1
Mide Ca	2	2	1	1	2
Solunum Yolu Hastalıkları	1	1	2	2	1

1: Önemli, 2: Çok Önemli

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, 2012:29

1.2.4 Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Düzeyi

Sağlık hizmetlerinin boyutu genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik halk sağlığı hizmetlerinin sunumundan, hastalıkların tedavisine yönelik yapılan çalışmalara kadar tüm etkinlikleri kapsamaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin 4. maddesinde sağlık hizmetleri “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde tanımlanmıştır. Sunulan sağlık hizmetlerinde; sayılan bu bileşenlerden herhangi birisinin var olmaması, toplum sağlığı üzerinde istenilen sonuçlara ulaşılmasını önemli ölçüde engellemektedir. Bu nedendir ki; etkili bir sağlık hizmetinden söz edebilmek ancak ve ancak hizmette kalite ile birlikte bu hizmetlere kolay erişebilirlik ve süreklilik durumunda söz konusu olabilmektedir.

1.3 Sağlık Hizmetleri

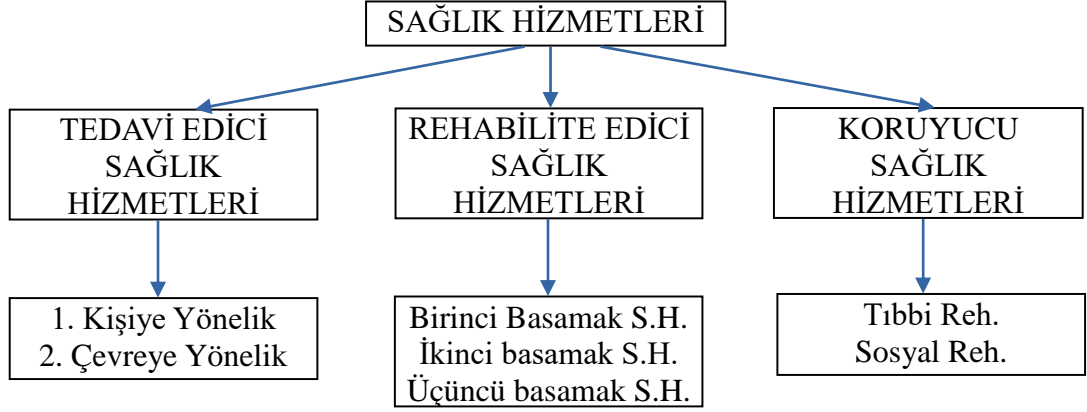
Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşmasını önlemek, hastalık hallerinde erken dönemde teşhis ve tedavi sũreçlerini yönetmek, bedensel ve ruhsal bakımdan yaşam standartlarının devamı yönũnde gereken sosyal ve fiziksel rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması olarak birey ve toplumun nitelikli, huzurlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. (Kavuncubaşı,2012:17.)

Sağlık hizmetleri, üretilen ve sunulan hizmetin özelliğine göre farklılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında farklı kriterler ele alınarak yapılmaktadır. Bu kriterler çeşitlilik arz etse de sağlık alanında kabul görmüş olan; amaçlarına göre yapılan sınıflandırmadır (Yalçın, 2014:11).

1.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin en önemli amacı hastalıkların oluşmadan önlenmesine yönelik tedbirleri almaktır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliği toplum temelli olmasıdır. Bu tip hizmetlerin amacı toplumda hastalıkların oluşma riskini en aza indirerek sağlık düzeyini optimal seviyelere getirerek sağlıklı bir toplum oluşturmasıdır.

Şekil 1.2. Bütüncül Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 5.Baskı, 2012:80)

Sosyal devlet olma özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. Bu türden hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin minimum düzeye indirilmesi hedeflendiğinden, vatandaşların ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişisel faydadan ziyade toplumun yararı söz konusudur (Erdem,2007:78).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin dördüncü maddesinin (d) bendinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri şöyle tanımlanmaktadır; “Bireyleri hastalıklardan, yaralanmalardan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak için verilen sağlık hizmetleridir. Kişiyeye yönelik olarak yapılan bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, aile planlaması, beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi işler ile fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki sağlığa zararlı olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını engellemek amacıyla çevreye yapılan müdahaleler koruyucu hizmetlerdir” (Sağlık Hiz. Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge, 2013:2).

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiyeye yönelik ve çevreyeye yönelik olarak iki başlık altında ele alınmaktadır. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde temel hedef bireysel korumayı sağlamaktır. Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde

ise amaç; kişinin yaşadığı çevreden kaynaklanabilecek sağlık sorunlarının önlenmesidir.

Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Temel Amaçları

- Erken tanı ve etkili tedavi
- Aşılama çalışmaları
- İlaçla ve serumla koruma
- Belenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi
- Sağlıklı yaşam eğitimleri
- Ana çocuk sağlığı koruması ve aile planlaması
- Kişisel hijyen çalışmaları

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Temel Amaçları

- Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi
- Katı atıkların denetimi ve kontrolü
- Zararlı haşerelerle mücadele çalışmaları
- Besin sanitasyonu
- Hava kirliliğinin önlenmesi ve denetimi
- Gürültü kirliliğinin önlenmesi ve denetimi
- İş sağlığı ve güvenliğine yönelik tedbirlerin alınması
- Radyolojik atıkların denetimi
- Konut güvenliği
- Sanayi ve endüstri sağlığı çalışmaları

1.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, yaralanma veya hastalıklar sonucunda bireylerin önceki sağlıklarına kavuşmaları amacı ile sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sunulan sağlık hizmeti bireyler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

“Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst aşamasını oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla

bireysel fayda içeren sağlık hizmetidir. Hastalıkların tedavisi sonucunda bireysel verimlilik artışı sosyal fayda unsuru ile birlikte milli gelir artışına da fayda sağlamaktadır” (Yazgan, 2009:41). Tedavi edici sağlık hizmetleri, en alt düzeydeki tedavi biriminden en üst düzeydeki tedavi birimi veya hastanelere kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır. “Ülkemizde Kamu adına sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi 9 Haziran 1936 yılında 3017 sayılı Yasay’la kurulan Sağlık Bakanlığı’nın temel görevleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve ulaşılabilirliğini artırmak amacıyla diğer bakanlıklar, üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar tarafından da sunulmaktadır” (Erdem,2007:26).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sunulan hizmetlerin kapsam ve yoğunluğu gibi kriterler baz alınarak üç basamak olarak sınıflandırılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar halinde ele alınmasının temel nedeni, tanı ve tedavi için bir üst basamak sağlık kurumuna ihtiyaç duyulmayan hasta ve yaralıların kısa zamanda tedavilerinin yapılması ile birlikte üst basamaklarda tanı ve tedavi ihtiyacı olan hastalara daha etkili sağlık hizmetlerinin verilebilmesinin önünün açılmasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, tedaviden daha çok koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmakla birlikte sınırlı da olsa tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Hastaların ilk başvurdukları, evde ya da ayakta teşhis ve tedavilerinin düzenlendiği hizmetler bu grupta sayılmaktadır. Ülkemizde sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, dispanserler, poliklinikler ve sağlık merkezleri bu basamakta yer almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle uzmanlaşmamış sağlık personeli tarafından yürütülmektedir.

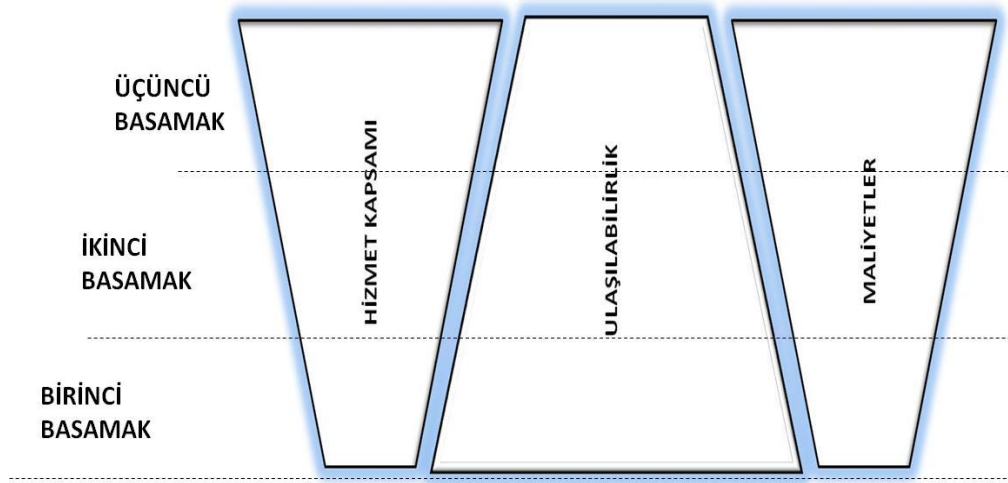
Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergenin 4. Maddesinin “L” bendinde “Acil haller dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki olanaklarla teşhis ve tedavi olamayanların bir üst basamağa yönlendirilmelerinin sağlanmasıdır. Buradaki amaç, hastaların zaman kaybına uğramadan buldukları yerlere yakın olan birinci basamak sağlık kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak, aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının gereksiz hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükselterek maliyetleri en aza indirmektir.” denilmektedir (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge, 2011:2).

İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman sağlık çalışanlarının bulunduğu, farklı büyüklüklerde hastaneler tarafından sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde temel hedef birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavisidir (Kavuncubaşı, 2012:41). İkinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavisi mümkün olmayan ya da daha ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren hasta ve yaralıları üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarına sevk edilirler.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin temel özelliği, uzmanlaşmanın ve yüksek seviyelerde tıp teknolojilerinin kullanıldığı özel tedavi gerektiren hastalıkların tedavilerinin yapılabildiği aynı zamanda tıp eğitiminin verildiği sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. Bu basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti diğer basamaklara göre çok daha yüksektir. Ülkemizde, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri bu basamakta yer alan sağlık kuruluşlarındandır.

Basamak türü sınıflandırma yeni bir olgu olmamakla beraber ülkemizde bu sağlık örgütlenmelerinin reform politikaları çerçevesinde daha etkin kullanımının sağlanması amacıyla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir sistem içerisinde sunulması sağlık hizmetlerinin kalitesi de artıracaktır (Büyükkaraman, 2014:14).

Şekil 1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Karşılaştırılması



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, 2012:41

Şekil.1.3’de görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve maliyetleri birinci basamaktan üçüncü basamağa doğru genişlemektedir. Buna karşın hizmetlere ulaşım düzeyi birinci basamaktan üçüncü basamağa doğru daralmaktadır. “Makro açıdan bakıldığında sağlık sistemlerinin performans seviyesinin yükseltilmesi için basamaklar arasında sağlık hizmetlerinin koordineli yürütülmesi gereklidir. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilmesi olanağı bulunan hastaların, üst basamaklara yönlendirilmesi sağlık harcamalarının artmasına yol açarak milli gelir kaybına neden olmaktadır” (Kavuncubaşı, 2013:42).

1.3.2.1 . Günübirlik Tedavi Kurumları

Günübirlik tedavi kurumları hastalıkların poliklinik hizmetleri ile birlikte 24 saati aşmayan yatış sürelerine bağlı kalınmak koşulu ile teşhis ve tedavi işlemlerinin yapıldığı merkezler ile birlikte tanı amacıyla kurulan laboratuvarlar bu kapsamda değerlendirilmektedir. Genel olarak bu merkezlerin özellik ve işlevlerini açıklayacak olursak;

1- Gün Hastaneleri

Birden çok branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve sağlık bakım hizmetleri sunulan, en az 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya ikinci basamak bir hastane ile işbirliği halinde hizmet sunan sağlık kuruluşlarıdır.

10.02.2006 tarihli İlçe/Belde Gün Hastanelerinin Açılması, Kapanması ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönergesinin 4.Maddesinde; “Gün Hastaneleri Bakanlıkça belirlenecek bölgelerde, bünyelerinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve yatarak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile birlikte çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin planlandığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı tedavilerinin sunulduğu, ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıkların stabilize edilerek uygun bir şekilde üst basamak sağlık kuruluşlarına transferlerinin yapılabildiği sağlık kuruluşlarıdır” denilmektedir (Gün Hastanelerinde Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge, 2006).

2- Tıp Merkezleri

Dahili ve Cerrahi uzmanlık branşlarının her birinden en az birer tam zamanlı ve birer kısmi zamanlı uzman hekim çalıştıran, bünyelerinde ağız dış sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi bulunduran, hizmet kapsamının zorunlu kıldığı tıbbi donanım ve personel desteği ile yirmi dört saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır.

Tıp merkezleri Sağlık Bakanlığının 2008 tarihli “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik” (ÖHY) hükümlerine göre kurulur ve işletilirler. İlgili yönetmeliğin 8. Maddesinde tıp merkezlerini açabilecek ve işletebilecek kişiler şöyle tanımlanmaktadır; “Tıp merkezi, mesleklerini serbest icra etmek hak ve yetkisine sahip hekim veya birden fazla hekim ve diş hekimi ortaklığında açılır” (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği, 2008).

3- Dal Merkezleri

Belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığı olanların veya bir organ grubu hastalıklara yönelik hizmet vermek amacıyla; ilgili alanda, birisi tam zamanlı olmak üzere en az iki uzman tabip çalıştıran, gerekli tıbbi donanım ve personel istihdamı ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıdır. Dal merkezleri Sağlık Bakanlığının 2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik (ATT) hükümlerine göre kurulur ve işletilirler.

4- Poliklinikler

Tıpta uzmanlık dalı veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verebildiği, istenildiği ve gerekli şartların yerine getirildiği takdirde ilave olarak diş hekimliği hizmetlerinin de sunulabildiği ve hizmetin gerekli kıldığı tıbbi donanım ve sağlık personelinin bünyesinde bulunduran sağlık kuruluşlarıdır.

Poliklinikler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin 7. Madde (1) bendinde şöyle tanımlanmaktadır; “Poliklinik, en az iki tabip tarafından birlikte açılabilen, hizmet birimleri doğrudan birbirleriyle bağlantılı olacak şekilde oluşturulan ve hizmetin gerekli kıldığı asgari şartları yerine getiren sağlık kuruluşlarıdır” (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği, 2008).

5-Tıbbi Laboratuvarlar

“Tıbbi laboratuvarlar, hastalıkların önlenmesine yönelik veya hastalık durumlarında nedenlerin araştırılması, tedavi süreçlerinin izlenmesi ve prognoz öngörüsü amacı ile hastalardan alınan numunelerin incelendiği, sonuçlarının raporlandığı, gerekli hallerde yorumlandığı ve ileri incelemeler için öngörülerde bulunulan sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşlardır” (Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği, 2013).

Tıbbi laboratuvarlar, ilgili alanda uzmanlık dalının gerekli kıldığı şartlarda olmak üzere, hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri bünyesinde açılabilceği gibi ilgili Kanun ve Yönetmeliklerce belirlenen tıbbi donanım ve personel standartlarına göre müstakil olarak açılabilir.

1.3.2.2 Yataklı Tedavi Hizmetleri

Yataklı tedavi kurumları, poliklinik ve klinik düzeyinde 24 saat aralıksız hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Genel olarak bu kapsamda hizmet sunan sağlık kuruluşları hizmet kapsamları ve özelliklerine göre aşağıda belirtilmiştir.

1- Genel Hastaneler

Her çeşit acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastalıkların kabul edildiği, ayakta ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır.

Genel hastaneler, 21.10.2006 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliğinde şöyle tanımlanmaktadır; “Madde 6. Genel hastaneler, bu yönetmelik ile asgari olarak öngörülen bina, tesis, hizmet ve personel standartlarına haiz olan, yoğun bakım ve

gözlem yatakları hariç en az on hasta yatağı bulunan ve en az dört uzmanlık dalında kadrolu uzman tabip çalıştıran, devamlı ve düzenli bir şekilde ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren, hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler ile acil ve yoğun bakım ünitelerinin bünyesinde bulunduran, radyoloji, biyokimya ve/veya mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran veya bu laboratuvar hizmetlerini satın alan ve tam gün faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarıdır” (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2006).

2- Dal Hastaneleri

“Belirli yaş, cinsiyet grubu hastalar ya da belirli hastalıklara yönelik, yahut belirli organ grubu hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarıdır.” (Akar, Özalp, 2015:39).

Dal hastaneleri, 21.10.2006 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliğinde şöyle tanımlanmaktadır; “Madde 7. Dal hastaneleri, belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya belirli organ grubu hastalarına yönelik hizmet vermek üzere hastanenin temel faaliyet alanlarındaki uzmanlık branşlarından her birinde kadrolu en az iki uzman hekim ile bu uzmanlık branşlarının zorunlu kıldığı diğer uzmanlık dalları için en az bir kadrolu uzman hekim bulunduran, devamlı ve düzenli olarak ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi hizmeti veren en az on hasta yatağı bulunan hastanelerdir” (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2006).

Yönetmelikteki tanımından da anlaşılacağı gibi dal hastaneleri bünyelerinde sadece belirli branşların yer aldığı özel bir tedavi ve bakım gerektiren cinsiyet, organ ve yaş gibi kriterlere ve belirli hastalık türüne göre hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Dal hastanelerinde poliklinik ve yatış hizmetlerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri de verilebilmektedir. Dal hastanelerine; Göz Hastaneleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri, Kadın Doğum ve Çocuk Hastaneleri, Diş Hastanesi, Onkoloji Hastanesi örnek verilebilir.

Tablo 1.2. Türkiye’de Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları

Dallar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Genel Hastane	1.385	196.951
Kadın Doğum ve Çocuk Hast.Hastanesi	31	5.549
Göz Hastalıkları Hastanesi	27	623
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hast.	20	2.943
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	14	3.668
Psikiyatri Hastanesi	12	4.352
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	5	632
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1.307
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Meslek Hastalıkları Hastanesi	3	298
Onkoloji Hastanesi	2	816
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33
Lepra Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75
Spastik Çocuklar Hastanesi	1	54

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016:102

3-Üniversite Hastaneleri

İleri seviyede tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların teşhis ve tedavilerinin yapıldığı aynı zamanda sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulamaların yapılabildiği sağlık kuruluşlarıdır. Üniversite hastaneleri YÖK Kanununa göre araştırma merkezi adıyla kurulurlar. “Üniversite hastaneleri hedef, amaç ve görevleri bakımından Kamu hastanelerinden daha karmaşık bir yapıdadır. Tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim, araştırma ve çok daha kompleks hastalıkların tedavisi gibi çok geniş bir yelpazede hizmetler sunmaktadırlar” (Erdem, 2007:31).

Üniversite hastaneleri temel olarak YÖK Kanunu hükümlerine tabii olmakla birlikte tek tip bir organizasyon yapısından bahsetmek mümkün değildir. Üniversiteler arasındaki bu organizasyon yapısındaki farklılıklar her birinin

belirlediği yönetmelikler ile yürütülmektedir. Üniversite hastaneleri Yüksek Öğretim Kanununun 3. Maddesinin (j) bendinde şöyle tanımlanmaktadır; “Yüksek Öğretim kurumlarında eğitim ve öğretimin desteklenmesi amacıyla ihtiyacı olan farklı alanlarda uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü yüksek öğretim kurumlarıdır” (Yüksek Öğretim Kanunu, 1981).

1.3.3 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık yada kaza sonucu kişilerin sağlık düzeylerinde bedensel ve ruhsal açıdan kalıcı hasarları yok etmek veya günlük hayatlarını devam ettirebilmek için yataklı ve yataksız tedavi kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetleridir. Hastaların sosyal ve fiziksel açıdan yeterli hale gelebilmeleri ve yaşamlarını sürdürebilmelerinde rehabilitasyon hizmetlerinin rolü büyüktür. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılır.

Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalarda çeşitli nedenlerle oluşan fiziksel kalıcı bozuklukların tedavisi ve yaşam standartlarının yükseltilmesi için sunulan sağlık hizmetleridir. Ekstremitte protezlerinin uygulaması, postür bozuklukların tedavisi, işitme, görme vb. kayıpların etki düzeylerinin en aza indirilmesi amacı ile yapılan tedavi yöntemleri bu grupta değerlendirilebilir.

Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalarda doğuştan veya hastalıklar sonucunda oluşan sosyal ve ruhsal hasarların günlük yaşam düzeyini optimal seviyede devam ettirerek başka kişilere bağımlı olmadan sürdürmelerine yönelik sunulan sağlık hizmetleridir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının (SB) Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin 194. maddesinin (c) bendinde; “Organ, sinir, adale ve kemik hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucunda oluşan fiziksel veya ruhsal hastalıkları kapsamaktadır” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 1993)

Rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkili sunumu için gereken alt yapının oluşturulması, asgari personel ile bütçe şartlarının tam ve eksiksiz olarak yerine getirilmesi çok önemlidir. Aksi durumda hastalar açısından geri dönüşü zor sonuçlar doğabilmektedir.

1.3.4 Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, kişilerin var olan sağlık seviyelerinin korunması ve yükseltilmesi amacıyla yapılan hizmetlerin tümünü kapsar. Bu anlamda sağlıklı toplum ve birey olma yolunda gereken davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelik verilen eğitimler ile birlikte çevresel ve ekonomik şartlarda uygulanan destekler bu alanda değerlendirilir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde en temel görev bireylere ait olsa da uluslararası boyutta sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefleyen faaliyetler dizisidir. Sorumluluğun kişilerde olmasının nedeni, sahip olunan zararlı alışkanlıklar ve olumsuz yaşam tarzları sebebiyle çeşitli hastalıklara zemin oluşturabilmesidir. Bu duruma en güzel örnek sigara ve kanser ilişkisi gösterilebilir. (Yenice, 2015:56).

1.4 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

“Türkiye’deki sağlık hizmetleri, bölgesel ve süreç yönetimleri açısından oldukça farklı bir yapıya sahiptir. Mevcut durum, rasyonel planlama süreçlerinin neticesi olmaktan ziyade, tarihsel gelişmelerin etkisinde oluşmuştur. Genel olarak sağlık hizmetleri, kamu, özerk kurumlar ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri değerlendirildiğinde ilk akla gelen sağlık çalışanlarının ürettiği hizmetler, bu hizmetlere ait bilgi, beceri ve yeteneklere bağlı olarak değişen hizmet kalitesi ile birlikte hizmet üretiminde kullanılan tıbbi cihazların teknolojik seviyeleridir” (Okuducu, 2014:42).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Türkiye’de basamak olarak adlandırılan aşamalı sağlık sistemi uygulanmaktadır. Sistemin kurucusu, planlayıcısı ve denetleyicisi olarak Sağlık Bakanlığı bulunur. Koruyucu sağlık hizmetlerini bünyesinde bulunduran birinci basamak sağlık hizmetleri, sosyal devlet olmanın gereği olarak neredeyse tamamı Sağlık Bakanlığı tarafından planlanmakta ve sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması, toplumun ve bireylerin hastalık düzeylerini en aza indirebileceği gibi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha etkin ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün, Alma-Ata (Almatı) kongresinde alınan karar gereği “Herkes için sağlık” temel felsefe olarak sayılmıştır. Bu hedefe yönelik “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, aile sağlığına yönelik temel sağlık hizmetlerinin gereken eğitim ve beceri ile donatılmış sağlık personelleri ile sunulması öngörülmektedir. Dünyanın pek çok farklı ülkesinde aile hekimliği bu anlamda başarıyla uygulanmış olup ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları da bu hedefler yönünde ilerlemektedir. (Türkiye’de Aile Hekimliği, 2013:213).

İkinci basamak sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından birlikte sunulmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2012 yılından 2017 yılı son çeyreğine kadar devam eden Kamu Hastaneleri Birliği, bütçe maliyetlerinde etkinlik, verimlilik ve hesap verilebilirliğin net biçimde uygulanması hedeflenmiştir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslara göre hizmet üretimi sağlayan kurumlarca sunulmaktadır. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek hizmetler bu basamakta yer almaktadır (Altay, 2103:46).

Tablo.1.3. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

Sağlık Merkezleri	2014	2015	2016
Aile Hekimliği	214.120.750	208.538.951	205.549.931
Verem savaş Dispanseri	1.643.937	1.495.558	1.374.153
Aile Planlaması Merkezleri	660.056	548.433	525.011
Toplum sağlığı Merkezleri	2.234.348	3.457.520	8.080.631
Özel Poliklinikler	546.514	523.694	461.013
Birinci Basamak Toplam	219.205.605	214.564.156	215.990.739
Özel Tıp Merkezleri	28.208.781	26.953.360	22.069.610
Hastaneler	396.577.644	418.581.931	447.648.830
2.ve 3.Basamak Toplam	424.786.425	445.535.291	469.718.440
Toplam	643.992.030	660.099.447	685.709.179

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016:145

1.4.1 Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin etkili, kolay ulaşılabilir bir yapıya kavuşturulması ve tüm yurt genelinde dengeli bir şekilde sunulması görevi 3 Mayıs 1920’de kurulan Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde politika belirleme, stratejiler geliştirme, uygulama ve geniş bir yelpazede sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumu Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundadır. Türkiye sağlık sistemi içerisinde koruyucu sağlık hizmetlerinde tek sunucu, birinci basamak ve hastane hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucusu durumundadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin ülke sınırları içerisinde yürütülmesinden ve denetiminden kendine bağlı hastane ve birimlerden doğrudan sorumlu, diğer özel sağlık kuruluşlarından ise dolaylı olarak sorumludur. (Ateş, 2016:102).

Tablo 1.4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Koruyucu Sağlık Hizmeti ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kuruluş Sayıları.

Sağlık Merkezleri	2014	2015	2016
Aile Hekimliği Birimi	21.38	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi	6.829	6.902	7.636
Toplum Sağlığı Merkezi	970	970	970
Sağlık Evi	5.572	5.544	5.544
AÇSAP Merkezi	182	182	181
Verem Savaş Dispanseri	179	181	180
KETEM	132	156	159
112 Acil Yardım İstasyonu	2.186	2.323	2.400
Halk Sağlığı Laboratuvarları	83	83	83

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2016:127

Koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sistemi içerisinde en geniş yelpazede sunulan alandır. “Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sunucular tarafından sağlanan hizmetlerin kapsamını belirleyen dört temel bileşen şunlardır:

1. Tüm akut hastalıkların ilk temas noktası olarak hizmet verebilmek

2. Küçük cerrahi müdahaleler veya tetkik amaçlı işlemleri nitelikli ve hızlı sunabilmek
3. Akut veya kronik hastalık yönetiminde etkili olmak
4. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimlerini sunmak gibi amaçlar güdülmelidir” (Akman, 2014:48).

Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin temelinde yer alan Aile hekimliği uygulaması; bu kriterlerin nitelikli düzeyde yerine getirebilmesinde ihtiyaç duyulan teknolojik yatırımlar ve insan kaynakları ile birlikte doğru strateji ve planlamaların yapılması ile mümkün olacaktır. Sağlık Bakanlığı, Koruyucu Sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra ülke genelinde tüm il ve ilçe merkezlerinde kamu hastaneleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan sunumunu da yapmaktadır.

1.4.2 Özel Sektör Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

“Ülke genelinde sağlık kuruluşlarının eşit, kaliteli ve nitelikli olarak dengeli şekilde dağılımını ve yaygınlaştırılmasını planlamak, koordine etmek, ekonomik açıdan desteklemek, geliştirmek, denetlemek, uygulanacak olan ücret politikalarını belirlemek, sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım, hizmet kalitesi ve personel standartlarını belirlemek Sağlık Bakanlığı’nın görevleri arasındadır” (Demir, 2011:21).

Sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinden dolayı özel kişiler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, ruhsatlandırılması ve denetimleri kamu tarafından yapılmaktadır. “Özel sektöre sağlık kuruluşlarının açılması, ruhsatlandırılması, fiziki yapılarının incelenmesi ile gerekli hallerde faaliyetlerinin durdurulması yetkisi Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir” (181 Sayılı KHK, m.10, bent ‘b’).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özel sağlık kuruluşlarının standartlarını ve denetim faaliyetlerini Ayakta Teşhis ve Tedavi Yönetmeliği (ATT) ile Özel Hastaneler Yönetmeliği (ÖHY) çerçevesinde yürütmektedir. 2008 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan özel sağlık hizmetlerinin uygulanmasına dair genelge ile ülke genelinde

yeni açılacak ayakta veya yatarak özel sağlık kuruluşu açılışlarını planlama kriterlerine bağlamıştır. Bunun için Sağlık Bakanlığı bünyesinde oluşturulan Planlama İstihdam Komisyonu görev yapmaktadır. Anılan komisyon her yıl ülke genelinde kişi başına düşen hekim sayısı, bölgedeki sağlık kuruluşu sayısı ve diğer kriterleri baz alarak her yılın son çeyreğinde boş olan bölgeleri ilan ederek yatırımları yönlendirmektedir.

“Sağlık alanındaki planlama hükümleri ile sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımı ve etkili sunumu için Sağlık Bakanlığı tarafından, özel sağlık kuruluşlarının faaliyet sunacakları alanlara ait sınırlandırma bulunmakla birlikte, yapılan planlamalar neticesinde uygun görülmeyen bölgelerde özel sağlık kuruluşlarının açılmasına kısıtlama getiriliyor olması Anayasa'nın 56. Maddesi'nin 3. Fıkrası'nda Devletin kamu ve özel sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleme hükmü kapsamında değerlendirilmesini ve kabulünü gerektirmektedir” (Demir,2011).

Türkiye’de özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

- Muayenehaneler
- Özel Poliklinikler
- Özel Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri
- Özel Dal Merkezleri
- Özel Tıp Merkezleri
- Özel Dal Merkezleri
- Özel Diyaliz Merkezleri
- Özel Teşhis Laboratuvarları
- Özel Hastaneler
- Özel Dal Hastaneleri

1.4.3 Üniversiteler Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Üniversite hastanelerinin temel amacı tıp eğitimi vermek ve ileri düzeyde tıp araştırmaları yapmaktır. “Hastane hizmeti olarak birinci ve ikinci basamakta tedavi

edilemeyen hastalara hizmet vermesi gerekmektedir. Ancak günümüzde Türkiye genelindeki Üniversite hastanelerinde sevk zincirine tam olarak uyulmaması nedeniyle bu hastaneler kompleks vakalar yerine diğer hastanelerde tedavi edilebilecek hastalıklar için poliklinik hizmeti vermektedirler” (Tengilimoğlu v.d, 2012:213).

Uluslararası uygulamalara bakıldığında özellikle kapsayıcı tip sağlık sistemi ve refah yönelimli sağlık sistemini uygulayan ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sağlık politikası olarak uygulandığı, dolayısıyla birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamağa sevk oranlarının çok düşük seviyelerde olması sağlanarak üniversite hastanelerinin yapılarına uygun kompleks vakaların tedavisinde etkin olmaları ve tıp eğitimine yoğunlaşmaları sağlamaktadır. Ülkeler, yapılarına uygun sağlık politikalarını oluşturamadıkları sürece bu tür sorunlarla karşılaşacaklardır.

Ülkemizde üniversite hastaneleri, kamu üniversiteleri ve vakıf üniversiteleri aracılığıyla yürütülmektedir. Üniversite hastanelerinin yönetim ve organizasyon yapıları farklılık göstermekle birlikte genellikle kamu üniversitelerinde rektöre bağlı Tıp Fakültesi Dekanlık’ları aracılığıyla yürütülmektedir. Vakıf üniversitelerinde ise rektöre ve dolayısıyla Mütevelli Heyeti’ne bağlı olarak organizasyon yapılanması mevcuttur.

Tablo 1.5. 2016 Yılı Sektörlere Göre Hastane ve Hasta Yatağı sayıları, Türkiye.

Sektör	Hastane Sayısı	Hasta Yatağı Sayısı	Nitelikli Hasta Yatağı	Yoğun Bakım
Sağlık Bakanlığı	876	132.921	62.237	13.625
Üniversite	69	37.707	19.899	5.420
Özel Sektör	565	47.143	31.030	14.028

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016:108,115

2016 yılı Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı’ndan alınan Tablo.5 ve Tablo.6 verileri göstermektedir ki; Türkiye’de özellikle teknoloji ve yatırım gerektiren ve dolayısıyla ekonomik getirisi daha yüksek olan nitelikli hasta yatağı, yoğun bakım hasta yatağı sayıları ile teknolojik tıbbi cihazlarda özel sektörün ağırlığı hissedilmektedir. Bu oranlar hayati öneme sahip olan Hemodiyaliz cihazı sayılarında

çok daha yüksek düzeyde özel sektör lehinedir. Yukarıda bahsedilen kapsayıcı ve refah yönelimli sağlık modellerini uygulayan ülkelerde bu türden hayati öneme sahip yatırım ve hizmetlerde özel sektör yok denecek düzeydedir. Kamu bu tip hizmetleri Sosyal Devlet olma ilkesi çerçevesinde bir zorunluluk olarak görmektedir.

Tablo 1.6. 2016 Yılı Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Cihaz Sayıları.

Cihazlar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel sektör
Hemodiyaliz	5.426	1.206	10.043
MR	299	109	428
BT	521	138	493
Ultrason	2.782	677	2.011
Doppler US	3.012	435	1.232
EKO	1.186	241	594
Mamografi	351	79	501

Kaynak: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016:117.

2 BÖLÜM

TIBBİ DOKÜMANTASYON VE TIBBİ KAYITLAR

2.1 Tıbbi Dokümantasyon Tanımı ve Tarihsel Süreç

Dokümantasyon bir süreç ismidir ve bu süreçte kullanılan materyallere *doküman* adı verilmektedir. Doküman genel anlamı ile herhangi bir bilgiyi uygun kayıt ortamında barındırabilen materyallerin tümüne verilen isimdir. Bu bir yazılı belge olabileceği gibi, elektronik ortamda barındırılan bir dosya dahi olabilmektedir. Bu tanıma uygun olarak : “Birey ve toplum sağlığı ile ilgili çalışmalar sonucunda elde edilmiş bilgilerin, uygun kayıt ortamlarına aktarılarak oluşturulan materyallere, *tıbbi doküman* denir”. Sağlık konusu ile ilgili yazılmış herhangi bir bilimsel makale, rapor, vb. materyaller tıbbi doküman olabildiği gibi, hasta kayıtlarının barındırıldığı dosyasının tamamı, ya da içerisindeki herhangi bir yazılı form bu tanıma uygundur ve tıbbi doküman olarak kabul edilir.

Uluslararası Dokümantasyon Federasyonu tarafından yapılan tanıma göre “Dokümantasyon; doküman ya da dokümanda kayıtlı bilgilerin toplanması, derlenmesi, analiz edilmesi, düzenlenmesi, işlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar kullanıma sunulması işlemlerinin tümüdür” denilmektedir. Bu tanıma uygun olarak Tıbbi Dokümantasyon kavramı; Milli Eğitim Bakanlığı tarafından Mesleki Eğitim ve Öğretim Sistemini Güçlendirme Projesi (MEGEP) çerçevesinde “Sağlık Hizmetleri Sekreterliği - Tıbbi Sekreterlik” meslek alanına yönelik hazırlanmış olan “Dosya Oluşturma” modülü dokümanında şöyle tanımlanmaktadır : “Tıbbi dokümanların; toplanması, saklanması, analiz edilmesi, düzenlenmesi, işlenmesi, değerlendirilmesi ve gereği halinde tekrar kullanıma sunulması işlemlerinin tümüne birden **tıbbi dokümantasyon** denir” (T.C Milli Eğitim Bakanlığı MEGEP, Dosya Oluşturma 2011:7).

Sağlık kurumlarına teşhis ve tedavi için müracaat eden yatarak yada ayakta hastaların, sağlık kurumlarında geçirdikleri zaman içerisinde ilgili branşlar tarafından oluşturulan, kağıda dayalı belgeler, film, bilgisayar dokümanı olarak bulunan veya elektronik olarak kayıt altına alınan ve saklanan her türlü bilgi ve belge tıbbi doküman olarak kabul edilmektedir. Tıbbi kayıtlarda, hastanın anamnezi, klinik ve muayene bulguları, tanısalla amaçla yapılan radyoloji ve laboratuvar sonuçları,

preoperatif bakımlara ait veriler, ameliyat öncesi ve sonrasını içeren görüş ve kayıtlar ile hastalıkların ilerleme süreçlerine ait veriler bulunmalıdır.

“Tıbbi dokümantasyon, hastaların tedavilerine yönelik alınacak kararlarda temel araç olarak kabul edilebilir” (Doğan 2015:44). Dokümantasyon süreç yönetiminde asıl amaç, önceden belirlenmiş olan standartlara uygunluğun denetlenmesi ve varsa aksayan yönlerin iyileştirilmesidir. Bu durum aynı zamanda iyi bir kalite yönetim sisteminin de gereğidir. Hasta kayıt sistemi olarak da nitelendirilen tıbbi kayıt sistemi, hasta kayıtlarının oluşturulması, kullanıma sunulması, arşivlenmesi ve istendiğinde geri getirilmesi işlemlerini yerine getiren bileşenlerin kümesidir.

Türk standartları Enstitüsü'nün 1996 da yayınladığı Hastane Akreditasyon Tasarısı'nda Tıbbi Kayıt sistemi şu şekilde tanımlamaktadır: “Hastalıkların seyrini tarif ederek periyodik gelişmeleri dahil etmek suretiyle hastanın tedavisine yönelik bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen tanı ve tedavi işlemlerinin organize edilmiş raporlarının tamamıdır” (TS EN ISO 9001: 2008/ Mart 2009).

Sağlık çalışanları, arşivlenmiş tıbbi dokümanlar sayesinde hastalıkların nedenleri ve uygulanacak en iyi tedavi yönteminin seçilmesinde, ortaya çıkan yeni vakalar veya hastalık grupları konusunda detaylı bilgi edinebilme ve bu bilgileri eğitim ve araştırmalarında kullanabilmektedirler. Aynı zamanda hastalara ait bilgilerin uzun süre saklanabiliyor olması, yeni elde edilecek verilerle birlikte analiz edilmesini, böylece gelecekte muhtemel risklere karşı gereken tedbirlerin alınması gibi birçok yönden önemli faydalar sağlamaktadır. “Çağımızda özellikle sağlık kuruluşlarının planlanması, eş güdüm halinde çalışmasının ve denetimlerinin yapılması, sağlık kuruluşlarının dış çevrelerinden ve alt sistemlerinden elde edecekleri bilgilerin özellik ve kalitesine göre değerlendirilmelerine bağlıdır” (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000:57). Sağlık kuruluşlarında yönetim kademelerindeki kişilerin stratejik planlamalarında, istihdam ve eğitimlerinde tıbbi dokümanların zamanında ve doğru olarak yönetilmesi büyük önem taşımaktadır.

Hasta kayıtları önemlilik açısından birincil hasta kaydı ve ikincil hasta kaydı olmak üzere iki bölümde değerlendirilebilir.

“Birincil Hasta Kaydı: Sağlık hizmeti sunulurken kayıt altına alınan hasta verileri veya belgelerini ilgili sağlık çalışanının bire-bir kendisine ait gözlemleri, yapılan müdahaleleri veya öğretimlerini incelemek üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından tutulan ve kullanılan dokümanlardır.

İkincil Hasta Kaydı: Sağlık kuruluşlarının tıbbi denetimlerinde kullanılmak üzere birincil hasta kayıtlarından oluşturularak ilgili klinik dışındaki kullanıcılara hasta bakımlarının değerlendirilmesi ve tedavi aşamalarında kullanılmak üzere üretilen dokümanlardır” (Öz, 2012:22).

Tıbbi kayıt tanımlarından da anlaşılacağı gibi, sağlık hizmeti sunan özel yada tüzel kuruluşlar kendilerine müracaat eden tüm hastaların kayıtlarını tutmak zorundadırlar. Sağlık hizmetini talep eden kişinin ödeme gücünün olup olmadığı, tıbbi kayıtların tutulması sorumluluğunu ortadan kaldırmaz (Doğan, 2014:14).

Tıbbi Dokümantasyonun tarihçesi, çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. Yazılı belgelere dayanmayan tarih öncesi dönemlerden yazının bulunduğu (M.Ö. 4000) tarihlere kadar süren dönemlere kadar gitmektedir. “Bu dönemlerin tıbbi hakkındaki bilgiler, tek hücreli canlıların olduğu ve ilk insan olan Homosapiens’e kadar uzanan dilimde oluşan bazı hastalıkların tarif edildiği ve günümüze kadar ulaşabilen mağara duvarlarındaki bazı çizimlerden, şekillerden, mitolojik hikayelerden ve bazı belgelerden öğrenilmektedir. İlk çağlardan bugüne kadar tıp ile uğraşan kişilerin yaptıkları çalışmaları, uygulamış oldukları metotlara ait bilgileri, farklı yazı biçimlerinde ifade ederek sonraki nesillerin bu bilgilerden faydalanmalarını sağlamışlardır” (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000:124).

İlk çağlardaki insanların her türlü başarısı bir tanrıya atfedilmiştir. Hastalıkların ve felaketlerin, insanların yaptıkları sonucu olarak tanrılar tarafında verilen cezalar olduğuna inanmışlardır. Bazı kişilerde bu çağlarda ilahlaştırılmıştır. Bu durum gerçekte kurgunun birbirine karışmasına neden olmuş ve olaylar dizininde son ile başlangıçların bilinmesini de imkânsız hale getirmiştir. “Eski Mısır’da ilk gerçek hekim olarak bilinen kişi M.Ö 3000-2500 yılları arasında yaşamış olan İmhotep’tir. Baş vezirlik, baş mimarlık ve firavunun tıp danışmanlığı görevlerini yapan İmhotep, ününü Mısır dışına kadar taşımıştır. Uygarlık tarihi bilimcisi James Henry Breasted, İmhotep’i Edwin Smit Papirüsleri’nin yazarı olduğunu belirtmiştir”

(Sümbüloğlu ve Akdağ 2010:11). “Sümerliler döneminde (MÖ. 2100) kil tabletler üzerine yazılmış olan hastalıklarla ilgili ilk kayıtlar da günümüze kadar ulaşmıştır. Ünlü Babil kralı Hammurabi kanunları (MÖ. 2250) arasında tıp pratiğine yönelik uygulamalar ve bunların kötüye kullanımına karşın cezalara rastlanmıştır. Daha sonra, Asur Krallığı döneminde (MÖ. 7.yy) rastlanan hastalıklarla ilgili kil tabletlerdeki bilgilerin kendilerinden önce gelen çağlardan kalma bilgilerin kopyası olduğu düşünülmektedir. Süryanice yazılmış olan Asur belgelerinde, Asurlu hekimlerin, Sümerlere ait bilgi ve formüllerinden yararlandıklarına ait bilgiler günümüze ulaşmıştır” (Doğan, 2014:23).

Eski Yunan tıbbı, Mısır, Babil ve Asur tıbbının etkilerini taşır. Yunanlılar tıba önemli katkılar yapmışlardır. Yunan hekimlerin hastaları tedavi ettikleri Aesculapia adı verilen mabetlerin sütunlarının hastaya uygulanan teşhis ve tedavi hakkında bilgi verildiği belirtilmektedir. Aesculap, eski Yunan'ın en fazla saygı duyulan hekimidir. Yaşamından umut kesilen hastaları tedavi ettiği, hatta öldüğü zannedilen kişileri dahi yeniden yaşama döndürdüğüne inanılmaktadır. Bu dönemde mabetlerin sütunlarında hasta isimleri ve hikâyelerinin kaydedildiği görülmektedir. İyileşen hastaların öykülerinin tunç levhalara yazılarak reklam için tapınağın duvarlarına asıldığı da bilinmektedir. Eski Yunan'da, diğer önemli bir isim; tıbbın babası olarak da anılan Hipokrat'tır. Hipokrat'ın, Aesculap soyundan geldiği söylenmektedir. Hipokrat mesleğinde pratik olarak gözlemlere önem verdiği için, kitaplarında kullanılmak üzere bu gözlemlerin kaydedilmesine de büyük önem vermiştir. “Hipokrat, tıp ve hekimlik ile ilgili çok sayıda yazı yazmış ve birçok teori ileri sürmüştür. Yazıları incelendiğinde, gözlemlerini bugün bile doğru kabul edilen bir biçimde uyguladığı anlaşılmaktadır” (Sümbüloğlu ve Akdağ 2010:17). “Hipokrat, mesleğinde pratik olarak gözlemlere önem verdiği için, kitaplarında kullanılmak üzere bu gözlemlerin kaydedilmesine de büyük önem vermiştir. Hipokrat'ın hastalara ait gözlemleri kaydetmesi ve rapor tutmasının yanında, oğullarına hasta gözlemlerinin kaydedilmesi konusunda ders vermiş olması da onun tıbbi dokümanların gelişimine yaptığı katkıda önemli bir göstergedir” (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000:24).

“Orta çağda, Londra'da kurulan ve halen çalışmalarını sürdüren St. Bartholomew's Hospital, hem hasta kayıtlarının tutulması ve saklanması, hem de bir tıp kütüphanesinin kuruluşuna öncülük etmesi bakımından önemli sağlık kuruluşlarındandır. St. Bartholomew's Hospital'da Kral 8. Henry döneminde

hastanenin daha iyi yönetilebilmesi amacıyla uygulanan ve kural haline dönüştürülen işlemler arasına, hastalarla alakalı tıbbi belgelerin standartlarının ve gizliliğine ait uygulamaların yapılmış olması dikkat çekicidir. 1609 yılında St. Bartholomew's Hastanesi'ne atanan Dr. William Harvey'e verilen bir bildiriye, kendisine 'hastalara ait gözlemlerini ve istem formlarını kayıt altına almak zorunda olduğunun bildirilmesi' de, bu hastanenin tıbbi dokümantasyona verdiği önemi göstermektedir" (Söylemez, 2013:5). On yedinci ve on sekizinci yüzyıla gelindiğinde yine tıbbi dokümantasyonla ilgili önemli gelişmeler olmuştur. Hasta kayıtlarını ilk kayıt altına alan ve dokümantasyon sistemini ilk kuran hastanelerden birisi de Philadelphia'da 1752 yılında kurulan Pennsylvania Hastanesi'dir. Pennsylvania Hastanesinde sekreter olarak görev yapan Benjamin Franklin tarafından 1752 yılından itibaren hastalara ait kartlar oluşturularak, isim, adres ve hastalıkların çeşitliliğine göre numaralandırılarak kayıt altına alınmıştır. 1771-1790 yılları arasında New York Hastanesi tarafından kayıt altına alınan hastalara ait tıbbi belgeler günümüze kadar ulaşmıştır. "Tıbbi kayıtların ilk defa büyük defterler üzerinde kayıt altına alınması New Orleans'da bulunan Charity Hastanesi'nde oluşturulmuştur. 1911 yılında kurulan bir Virginia Hastanesinde ise hastalara ait kayıtlar hastalık çeşitliliğine göre ciltler halinde saklanmıştır. 1902 yılında Amerikan Hastaneler Birliği Genel Kurulunda ilk defa hasta kayıtlarına yönelik bilimsel bir tartışma gerçekleşmiştir. Bu tartışmada, tıbbi kayıtlarda uygulanan metotlarda birlik bulunmadığı, kayıtların tutulması ve saklanmasından sorumlu kişilerin yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları ayrıca bu çalışanların genellikle yaşlı bireylerden oluştuğu sonucuna varılmıştır. 1905 yılında Amerikan Tıp Birliği'nin 56. toplantısında küçük hastanelerdeki hasta kayıtlarının düzenli uygulanmasına dair bir tebliğ yayınlanmıştır. İlgili tebliğde hastaların ve hastalıkların gelişim süreçlerinin nitelikli, doğru ve tam olarak kayıt altına alınması yönünde bilimsel çalışmalar yapılmasının önemi vurgulanmıştır" (Söylemez, 2013:109).

Bugünkü modern tıbbi dokümantasyon sisteminin başlangıcı olan eski hasta kayıtları, amaç ve içerik olarak bugünkü hasta kayıtlarına benzer özellikler taşımaktadır. Bugünkü modern tıbbi dokümantasyon süreçlerinin en önemli amacı, hastalara uygulanan tıbbi işlemleri, anamnez, laboratuvar tetkikleri, tanı, tedavi yöntemlerinin doğru ve zamanından kayıt altına alınmasıdır. Eski hasta kayıtlarında hekimler, hastalardan ne gibi şikâyetler almışlarsa muayeneleri sonucunda hangi

bulguları elde etmişlerse, uyguladıkları tedavi metotları ne ise onları kayıt altına almışlardır. “Eski kayıtlar içerik olarak yetersiz görülse de, hekimlerin tespit etmiş oldukları vakaları kayıt altına almış olmaları çok önemlidir. Bu sayede kendilerinden sonra gelen nesiller nelerin doğru nelerin yanlış yapıldığını öğrenme fırsatı bulmuşlardır. Bu türden öğrenmeler hem tıbbi yaklaşımların hem de tıbbi dokümantasyon sisteminin gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Böylece çağlar arasındaki geçişlerde, tıbbi dokümantasyon sisteminin daha kapsamlı ve daha ayrıntılı biçimde yazılmasının gerekliliği de ortaya çıkmıştır” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:10).

2.2 Tıbbi Dokümantasyon’un Önemi

Tıbbi dokümanlar, birey ve toplum sağlığı ile alakalı her tür tıbbi bilginin kaydedilip saklanması ve bu bilgilerin daha sonra yapılabilecek tıbbi araştırmalara kaynak niteliği taşıması açısından büyük bir öneme sahiptir (Millî Eğitim Bakanlığı MEGEP, Dosya Oluşturma, 2011:6). Tıbbi dokümantasyonun amacı; kime, niçin, nerede, ne zaman ve nasıl bir hasta bakımı verildiğinin ispatlanmasını sağlamaktır. Tıbbi kayıtlar ve özellikle hasta dosyaları hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliğindedir. “Tıbbi dokümanlar sayesinde tabipler ve sağlık personelleri aralarında bir iletişim sağlayarak, hasta ile ilgili bilgileri birbirlerine iletebilmektedirler. Bu kayıtlar aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin de değerlendirilmesinde kullanılır. Sağlık eğitimleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunması, tıbbi araştırmalar, epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından tıbbi kayıtlar büyük bir öneme sahiptir” (Sürer 2015:15).

Bu anlamda tıbbi kayıtların önemi şu şekilde sıralanabilir:

- Yasal belge niteliğindedir
- Tutulan tıbbi kayıtlar hastaları, sağlık çalışanlarını korur
- Yalnızca gerekli olan bilgilerin toplanmasını sağlar
- Bilginin unutulmasını engeller
- Aynı anda birden çok kişinin bilgiye ulaşmasını sağlar
- Bilginin toplanma süreçlerini hızlandırır

- Oluşabilecek yanlışlıkları en aza indirir
- Tıbbi bilgileri birleştirilerek veya ayrıştırarak daha sağlam sonuca ulaşılmasını sağlar
- Hastanın daha net değerlendirilmesini kolaylaştırır
- Personelin niteliğinin değerlendirilmesini kolaylaştırır
- Kurumsallaşmaya yön verir ve hızlandırır
- Dokümantasyon mesleğinin profesyonelleşmesini sağlar

2.2.1 Tıbbi Dokümanların Hasta Açısından Önemi

Sağlık çalışanlarının, hastalardan aldıkları anamnez bulgularını, uyguladıkları tanı ve tedavi yöntemlerini ve laboratuvar bulgularını ayrıntılı olarak akıllarında tutmaları mümkün değildir. Yine hasta ya da yakınlarının hastalıkları ile ilgili tüm bilgileri hatırlaması da imkânsızdır. Bu bağlamda hastalara ait tıbbi bilgilerin ayrıntılı bir şekilde öğrenilebileceği tek alan tıbbi dokümanlardır. “Tıbbi dokümanlar doğru, zamanında ve tam olarak kayıt altına alındığında, hasta kendisi ile ilgili hiçbir bilginin atlanmayacağını düşünerek sağlık çalışanlarına karşı güven düzeyi artacak ve bunun sonucunda da psikolojik olarak rahatlayacaktır. Tıbbi kayıtlar, hastaların hastalık süreçlerine ait tüm tıbbi bilgileri göstererek hastaya ileride oluşabilecek durumlarda önceden uygulanan işlemleri tekrar etmekten uzaklaştırarak hem zaman kazandıracak hem de yersiz harcamaların önüne geçecektir” (Sürer, 2015:17).

2.2.2 Tıbbi Dokümanların Sağlık Kuruluşları Açısından Önemi

Sağlık kuruluşlarında, sunulan hizmetin temel özelliği itibariyle tanı, teşhis ve tedavi basta olmak üzere tüm süreçlerde yüksek düzeyde bir güven unsurunun bulunması zorunludur. Tıbbi dokümantasyon sistemi sayesinde kaynakların daha verimli kullanılması ile stratejik ve ekonomik planlamaların daha sağlıklı yapılabilmesi mümkündür. “Sağlık yönetiminde inovasyon ve kalite standartlarının daha yüksek düzeylere ulaşması akademik bakış açısını ön plana almaktadır. Bu açıdan sağlık kuruluşlarındaki bilgi güvenliği eğitim süreçlerinin gelişimi, sağlık organizasyonlarının tüm kaynaklarını etkili, nitelikli, kaliteli, yüksek katılımlı yönetilmesinde büyük önem taşımaktadır” (Doğan, 2014:34).

Tıbbi kayıtların hastaneler için önemi genel olarak şu şekilde özetlenebilir:

- Hastalar için gereksiz yere tetkik ve tedaviler engellenerek hastaya ve sağlık personeline zaman kazandırılır.
- Sağlık kuruluşları, geçmişe yönelik ölen hastaları ve ölüm nedenlerini tutulan kayıtlardan inceleyebilirler.
- Uygulanan tedavilerin ve tedavi süreçlerinin başarısı hasta dosyalarındaki bilgilerden sağlanabilir.
- Kaynakların verimli kullanılmasını sağlayarak ekonomik planlama ve sağlıklı finansal politikalar belirlenmesini sağlayabilir.

2.2.3 Tıbbi Dokümanların Sağlık Çalışanları Açısından Önemi

Sağlık kuruluşlarına tedavi amacıyla müracaat eden hastaların tıbbi bilgileri, hasta ve yakınlarını ilgilendirdiği kadar teşhis ve tedavi işlemlerinden sorumlu olan sağlık çalışanları için de çok önemlidir. Aynı gün içerisinde birden fazla hastayla ilgilenmek zorunda kalan sağlık çalışanlarının her hastaya ait teşhis ve tedavilerine ilişkin bilgileri ayrıntılı olarak hatırlaması imkânsızdır. Sağlık çalışanlarının, hastalardan istenilen radyolojik ve laboratuvar sonuçlarını diğer sağlık personelleri ile doğrudan iletişim kurarak öğrenmesi zaman ve iş gücü kaybından başka bir şey değildir. “Nitelikli ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu, ekip çalışmasını, hastalara ait bilgilerin zamanında ve doğru bir şekilde paylaşılmasını zorunlu hale getirmektedir” (Akbolat, Işık, 2010:81). “Disiplinler arasındaki veri trafiğindeki artış ile hasta bakım ve tedavisinin devam ettirilmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması beklenmektedir. Elde edilen veriler, hekim ve hemşirelik uygulamalarını destekleyerek yalnızca bunlara ait enformasyon sisteminin gelişmesi için değil, aynı zamanda diğer hastane bilgi sistemleri için de bir temel oluşturur” (Top ve Gider, 2013).<http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/bildiri/omer.gider16.02.201118.08.2013>).

“Dünyada sağlıkla ilgili alanlarda bilginin kaydı ve saklanması işlemlerinin bazı basamakları, tıbbi dokümantasyon sekreterlik bölümlerinden mezun olanlar tarafından yapılmaktadır” (Esatoğlu, Artukoğlu, 2000:43).

“Günümüzde tıbbi sekreterlerin eğitim seviyeleri lise ve ön lisans düzeylerinde uygulanmakta olup özel ve kamu sağlık kuruluşlarında görev yapmaktadırlar” (Doğan, 2014:41). Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümlerinde lise ve üniversite düzeylerinde eğitim ve öğretim alan kişilere 27.07.1999 tarih ve 92.26.698 sayılı karar gereğince sağlık teknisyeni ve sağlık teknikeri (tıbbi sekreter) unvanı verilerek görev yaparlar. “Tıbbi sekreterlerin meslek tanımlarında, sağlık kuruluşlarında tıbbi evrakların düzenlenmesi, rapor işlemlerinin yapılması, hasta kayıt ve çıkış işlemleri, istatistiksel analizler, yazışma kuralları ve arşiv hizmetlerinin uygulanmasına yönelik bilgi ve becerilere sahip olarak nitelikli sağlık çalışanları olarak geçmektedir” (Yılmaz, vd., 2013:67). “Sağlık kuruluşlarında görev yapan tıbbi sekreterlerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında, tıbbi dokümantasyon sisteminin yönetimine ekip anlayışı ve bütüncül sistem bakış açısı ile yaklaşılması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında hasta kabulünden taburcu oluncaya kadar geçen zamanda birden fazla tıbbi bilgi toplanarak kayıt altına alınmaktadır. Böylesine çeşitli işlemlerin doğru bir şekilde yönetilmesi çeşitli işlemlerin yürütülmesi profesyonel bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşları tüm çalışanlara yönelik bu bilinci aşılmalıdır” (Doğan, 2014:48).

2.2.4 Tıbbi Dokümanların Adli Tıp ve Hukuksal Yönünden Önemi

Tıbbi dokümanlar, hastalar başta olmak üzere sağlık kuruluşu ve çalışanları açısından adli yönden birer savunma araçlarıdır. Hasta veya hasta yakınları sunulan sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları durumlarda ya da yanlış tedavi uygulandığını düşündükleri zamanlarda, mağdur oldukları gerekçesi ile sağlık kuruluşu veya çalışanlarına karşı hukuki işlem başlatabilmektedirler. Bu gibi durumlarda tıbbi dokümanlar, hasta açısından delil niteliği taşıyabileceği gibi sağlık kuruluşu ve çalışanlarının da kendilerini savunmaları amacıyla kullanılır. “Trafik kazası, ölüm, yaralanma, bireylerin akli dengesinin sorgulandığı vb. birçok hukuki konularda tıbbi dokümanlara başvurulmaktadır. Bu gibi nedenlerle tıbbi dokümanların itinalı bir şekilde kayıt altına alınması ve saklanması gerekir” (Milli

Eğitim Bakanlığı, MEGEP, Dosya Oluşturma, 2011:21). Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız sunulmasının tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi bulunmamakta olup kayıt altına almak bir zorunluluktur. Bu durum Tababet ve şua batı Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TşTİDK) 72. maddesinde açıkça belirtilmiştir: “Madde 72 – İcrayı sanat eden tabipler, diş tabipleri, dişçiler ve ebeler numunesi veçhile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından tertip ve mahalli sıhhiye memurlarınca musaddak, hastaların isim ve hüviyetlerini kayda mahsus bir protokol defteri tutmağa mecburdurlar. Bu defterlerin kayıtları ücretten mütevellit davalarda sahibi lehine delil ittihaz olur. şu kadar ki mstenidi iddia olan kaydın hilafı vesaik veya delaili muteberi saire ile ispat edilebilir” (Tababet ve şua batı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928:896).

Genel olarak Türkiye'de uygulanan tıbbi kayıt sistemi ile ilgili mevzuat aşağıdaki gibidir:

- 1219 Sayılı Tababet ve şua batı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 992 Sayılı Seriri Taharri yat ve Tahlilat Yapan ve Masli Teamller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya laboratuvarları Kanununa Müteferrik Olarak Tanzim Olunan Yönetmelik (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/pdf/992_seriri_gidai_yon.pdf, 10.09.13).
- 3473 sayılı Muhafazasına Lüzumu Olmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabul Hakkındaki Kanun
- 16.05.1988 tarih ve 19816 sayılı Resmî Gazete ‘de yayımlanarak yürürlüğe giren Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (http://mevzuat.meb.gov.tr/html/19816_0.html, 10.09.2013)
- 3153 sayılı Radyoloji, Radyon ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun
- 16.05.1988 tarih ve 19816 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve Bu Yönetmeliğe Dayanılarak Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesi
- 06.11.2001 tarih ve 10588 Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi
- 23.06.2001 tarih ve 24441 sayılı Resmî Gazete ‘de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan zel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- 27.03.2002 tarih ve 24708 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan zel Hastaneler Yönetmeliği

- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'ne 06.06.2007 tarihli ve 5228 makam onayı ile Ek-1 ve Ek-5 maddeleri ilave edilerek “Bilgisayar otomasyonuna geçen hastanelerde kayıtların bilgisayar ortamında tutulmasına ilişkin işlemlerin yürütülmesi hakkında” Yönerge Değişikliği (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-327/saglik-mevzuati.html>) 10.09.13

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.01.2005 tarih ve 2005/06 sayılı genelgesinde “Hastanın sağlık kuruluşlarına ilk müracaatlarından başlamak üzere yapılan tüm tıbbi muayene, müdahale ve değer işlemlerin her bir aşamasında yukarıda sayılan kanun, yönetmelik ve yönergeler doğrultusunda tam olarak kayıt altına alınmalıdır” (Doğan, 2014:42).

2.2.5 Tıbbi Dokümanların Tıbbi Araştırmalar ve Eğitim Yönünden Önemi

Tıp eğitiminde ve bilimsel araştırmalarda hastalara uygulanan teşhis, tedavi ve uygulama işlemlerine ait verilerin önemi çok büyüktür. Sağlık kuruluşları hastalara ait tıbbi bilgilerin ihtiyaç duyulması halinde eğitim ve araştırma için kullanılabilmesi adına, düzgün, sisteme uygun ve kaliteli olarak düzenlenmesi, sınıflandırılarak saklanmasından birinci derecede sorumludurlar.

“Tam ve eksiksiz kayıt altına alınan tıbbi dokümanlar tıbbi eğitimlerde güvenilir belge niteliğindedirler. Unutulmaması gereken en önemli hususların başında hastalara ait tıbbi dokümanların gizliliği esastır. Bilimsel araştırmalarda kullanılacak olan hasta bilgileri etik ilkelere bağlı kalmak koşulu ile muhataplarından ayrıca izin alınmasına gerek yoktur” (Millî Eğitim Bakanlığı, MGEP, Dosya Oluşturma, 2011:21). “Kayıtların doğru, etkin ve sistematik bir biçimde tutulmuş olması, bilimsel araştırmaların geçerlilik ve güvenilirlikleri açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde diğer hastanelere nazaran hasta bilgilerinin kullanılması daha yoğundur. Ayrıca hekimler mevcut tıbbi bilgilerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacı ile de tıbbi dokümanlara ihtiyaç duymaktadırlar” (Sunay, 2006;2(50):20).

2.2.6 Tıbbi Dokümanların Halk Sağlığı Yönünden Önemi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli unsur kuşkusuz ki koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde temel amaç toplumun ve bireylerin sağlığını etkilemesi muhtemel olumsuz unsurları ortadan kaldırmak veya bu olumsuz etkilerin düzeyini en aza indirmektir. Her bölgenin kendi yöresel sağlık problemleri bulunmaktadır. Bir bölgedeki bazı hastalıklar ve hastalık oluşum nedenleri başka bölgelerden daha yoğun olabilir ya da belirli mevsimlerde görülen hastalıkların etki düzeylerinde farklılıklar olabilmektedir. Örneğin bir yörede görülen suçiçeği hastalığının yılın hangi mevsiminde daha yoğun gözleendiği ve buna karşın alınacak tedbirlerin planlanması hayati önem taşımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu yürütenler açısından bu tür epidemiyolojik değişikliklerin takip edilmesi büyük bir öneme sahiptir” (Ceylan, 2011:6). Bunun için gerekli istatistiksel bilgiler tıbbi dokümanlardan ve arşivlerden sağlanabilir.

2.3 Tıbbi Kayıtlar ve Hasta Dosyaları

“Tıbbi kayıtlar, hastaların sosyo-kültürel bilgilerinin ve sağlık kuruluşlarında kaldıkları zaman içerisinde uygulanan teşhis ve tedavilerin neler olduğu, ne zaman ve nasıl yapıldığı ile kimler tarafından uygulandığının bulunduğu çeşitli belgelerden oluşan dokümanlar topluluğudur” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:27). Kabirzadeh ve Saravi'nin 2005 yılında yapmış olduğu ‘Tıp tarihi ve Tıbbi Kayıtlarla ilgisi’ adlı derlemede; tıbbi kayıtların, hastalar için ilaçlar ve tedaviler kadar kıymetli olduğu belirtilmektedir. Tıbbi kayıtların sağlık kuruluşları ve hasta açısından öneminin yanı sıra, çalışan, adli tıp, halk sağlığı, tıbbi araştırmalar yönünden de önemi büyüktür. Tıbbi kayıtlarda kullanılan birçok tıbbi doküman bulunmaktadır. Hastane giriş, kabul ve yatış belgesi, doktor ve hemşire izlem formu, hasta tabelası, doktor istem formu, laboratuvar istek formu, ameliyat formu, çıkış özeti bunlardan bazılarıdır.

“Hasta dosyalarının kalite açısından nitelikli olması ilgili dokümanların; doğruluk, net ve anlaşılır, güncellik, gizlilik ve güvenilirlik gibi ilkelere uyulmasına bağlıdır. Bu doğrultuda hastalara ait tıbbi bilgilerin eksiksiz, tam ve zamanında kayıt altına alınması ve gerektiğinde tekrar kullanıma sunulması sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesini doğrudan etkileyen unsurlardandır” (Doğan, 2014:5). “Tıbbi dokümanlar içerdikleri bilgiler yönünden sağlık kuruluşlarının en kıymetli evrakları

arasındadır. Sağlık hizmet kalite standartları çerçevesinde hasta dokümanlarının kayıt altına alınması, arşivlenmesi ve gizlilik prensiplerine uygun şekilde korunmasına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır” (T.C. Sağlık Bakanlığı, SHKS-Hastane Seti (Versiyon 4)).

Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nde hasta dosyaları şu şekilde tanımlanmaktadır: “Madde 71. Hasta dosyaları tıbbi müşahede muayene kâğıdı ile (Ek 11 Form 62) derece kâğıdı ve hasta tabelâsı (Ek 1 Form 51) (ilaç ve iaşe tabelâsı) olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır. Bunlardan başka kurumların ve kliniklerin özelliklerine göre ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının izni çerçevesinde uzmanlar tarafından gerekli görülen ve baş hekimlerce kabul edilen formlar ve diğer belgeler eklenebilir” (Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, 2007:24).

Hasta dosyasında şu belgeler bulunmalıdır:

1. Hasta kabul kâğıdı,
2. Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı,
3. Derece formu,
4. Hasta tabelası,
5. Röntgen istek formu ve raporları,
6. Laboratuvar istek formu ve tetkik sonuç raporları
7. Ameliyat formu,
8. Hastanın muayene istek formu,
9. Çıkış özeti,
10. (Değ./RG: 13.04.2003/25078) Uygulanacak tedavinin kabul edildiğine dair olan ve 1.8.1998 tarihli 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24.maddesi uyarınca alınmış muvafakat formu.

2.3.1 Hasta Kabul ve İlk Giriş formu

Tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastaların yatarak tedavi edilmelerine karar verilmesi halinde, ilgili hekimi tarafından kayıt altına alınan formdur. “Hasta kabul ve ilk giriş formunda, hastanın kimlik bilgileri, gereği halinde ulaşılabilecek hasta yakınının adresi ve telefon numarası, hastanın muayene klinik bilgileri, anamnezi, fizik muayene bulguları ve tanıları ile birlikte hastaya yatışı yapan doktorun adı, soyadı ve imza alanı bulunmalıdır. Ayrıca hastanın yattığı süre

boyunca hastane kurallarına uyacağını kabul ettiğine dair hasta veya yakınlarının imzaladığı bir alan bulunmalıdır. Formun arka yüzünde ise hastanın emanete bırakacağı kıymetli eşyaları ile ilgili bilgilerin kaydedildiği alan bulunmaktadır” (Milli Eğitim Bakanlığı, MGEP, Dosya Oluşturma, 2011:24).

2.3.2 Aydınlatılmış Onam Formu

Sağlık kuruluşlarında hastalara uygulanacak olan tüm tıbbi süreçlerde öncelikle hastanın onayının alınması şarttır. Bu onay hastanın mevcut durum ve olası komplikasyonlar hususunda bilgilendirilmediği sürece bir anlam ifade etmez. Bu nedenle hastanın tüm tedavi süreçleri konusunda bilgilendirilerek onayları alınmalıdır. “Aydınlatılmış onam, kaliteli hekimlik uygulamasının ön koşullarının başında gelmekte olup tıp etiğinin de en temel ilkelerindedir. Bireylerin ya da toplulukların oluşturdukları değerlere ve geleneklere bağlı kalarak yaşamlarını devam ettirme hakları vardır. Bu haklarının devamı niteliğine bireylerin sağlık verilerine ilişkin alınacak kararlara katılımı sağlanmalıdır. Aydınlatılmış onam süreci; hastanın uygulanacak tıbbi işlemlere ait onay verme ya da reddetme yönünde karar verebilmesi için yeterince bilgilendirilmiş olması, verilen bilgiler üzerine düşünmesi, özgürce karar verme sürecini kapsamaktadır. Uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, beklenen faydaları, olası yan etkileri, alternatif tedavi yöntemleri konusunda hasta yeterince aydınlatılmalıdır. Bilgilerin yalın ve anlaşılır bir şekilde açıklanması, bunların hasta tarafından yeterince anlaşılması, hastanın gönüllü olarak onay vermesi sürecin ön şartıdır. Anılan şartların yerine getirilmesinde tedaviyi yöneten hekimin doğrudan sorumluluğu bulunmaktadır” (Türk Tabipler Birliği (TTB) Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, 2013:2).

Aydınlatılmış onam süreçleri evrensel tıp etiği belgelerinde kurallar dahilinde tanımlanmış olup ülkemizde ise yasal düzenlemelerle uygulanmaktadır. Aydınlatılmış onam ile ilgili yasal süreç 1219 sayılı Tababet ve Şua batı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'un 70.Maddesinde şöyle tanımlanmaktadır: Madde 70 (Değişik: 23/1/2008-5728/38 md.) “Tabipler ve diş hekimleri yapacakları her türlü müdahaleler için hastanın, hasta reşit değil ise velisinin onayını alırlar. Velisinin olmaması durumunda ya da müdahale yapılacak kişinin onay verebilmeye muktedir olmadığı

hallerde muvafakat şartı aranmaz” (1219 sayılı Tababet ve Şua batı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, 1928:895).

Aydınlatılmış Onam belgesinde, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yöntemi, tedavi süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı olası riskler, uygulanacak olan ilaçların kullanım şekilleri ile olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde hastalığının yaratacağı olası sonuçlar ve riskleri konularında yeterince bilgilendirilir. “Hastanın hastalığı konusunda bilgilendirilecek hasta yakınlarını kişinin kendisinin belirleme hakkı vardır. Alınacak olan onam, baskı, tehdit, eksik bilgilendirilme ya da kandırma yoluyla alınmış ise hükmü bulunmamaktadır. Acil haller ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyecek şekilde bilincinin kapalı olması durumunda yasal temsilcisinin onayı alınır. Hekim, yasal temsilcisinin onay ya da ret kararının iyi niyetle alınmadığını düşünüyor ise durum adli mercilere bildirilerek onay alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması hallerinde tedaviyi yapan hekim bir meslektaşını bilgilendirerek hastaya gerekli müdahaleleri yapabilir. Acil hallerde müdahale etme takdiri hekime aittir. Hasta müdahale edilmemiş olması şartı ile vermiş olduğu onamı geri alma hakkına sahiptir” (TTB Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, 2013:3).

Aydınlatılmış Onam’ın Temel Bileşenleri şu şekilde sıralanabilir

- Bilginin hastaya tam olarak açıklanması
- Bilginin hasta tarafından tam anlaşılmış olması
- Onam’ın özgürce ve gönüllü olarak verilmiş olması
- Hastanın onam verme konusunda yeterliliğe sahip olması
- Hastanın anladığının, bilgilendirmeyi yapan tarafından onaylanması

2.3.3 Anamnez Formu

Sağlık kuruluşuna müracaat eden hastadan ya da yakınından sağlık durumlarıyla ilgili alınan bilgilerin tümünü içerir. Anamnezin en doğrusu hastanın bire bir kendisinden alınandır. Ancak demans, bilinç bozukluğu veya dil yetersizliği gibi hallerde hastanın yakınlarından alınmalıdır. “Anamnez formunda, hastanın yakınması, öyküsü, öz geçmiş ve soy geçmişine ait bilgileri ile muayene ve laboratuvar bulguları yer alır. Anamnezin alınması ve muayenenin yapılması

sonrasında hekimin olası ön teşhisi ve bunları doğrulamak için istediği tetkiklerin de anamnez formuna işlenmesi gereklidir” (Doğan, 2014:57). Anamnez alınırken hastanın kendisini rahat hissetmesi sağlanarak dikkatli bir şekilde verilen tüm bilgiler ayrıntıları ile değerlendirilmelidir. Hekim anamnez alırken mümkün olduğunca tıbbi terimlerden uzak durarak hastanın sosyo-kültürel seviyesine uygun anlatımlar seçmelidir. “Anamnez, hekimlikte en önemli beceri olarak kabul edilir. Doğru teşhis konulabilmesi için hekim ile hasta arasında kurulan iletişimin güçlü olması çok önemlidir” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010.78).

2.3.4 Muayene ve Müşahede Formu

Sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastaların kimlik bilgileri, giriş çıkış tarihleri öz ve soy geçmişlerine ait bilgiler, ateş, nabız, kan basıncı gibi fiziki muayene bulguları, hastada muayene sırasında izlenen değişimler, varsa daha önceden yapılmış olan laboratuvar ve radyoloji tetkik sonuçları ile hekimin ön teşhisi yada teşhisi, hastanın tedavi edileceği yada müşahede altına alınacağı servisinin doktoru tarafından kayıt altına alınan belgedir.

2.3.5 Derece Kâğıdı

Tedavi amacıyla servise yatan hastaların her gün sabah akşam veya hekimin belirttiği zaman dilimlerinde sağlık personelleri tarafından ölçülen derece, nabız, solunum gibi hayati değerlerin kayıt altına alındığı ve grafik halinde bulunan formdur. Derece kâğıdının üst kısmında hasta kimlik bilgileri ile tedavi gördüğü branş, bölüm kayıt numarası, tedavi eden doktorun ismi ve hastanın hastanede yattığı günlerin tarih ve sayısını gösteren bölümler yer alır. Formun alt bölümünde ise kan basıncı, dışkı, idrar, kusma, ağırlık, aldığı ve çıkardığı sıvının yer aldığı alanlar bulunur. Derece kâğıtları genellikle hayati bulguları 25 günü kapsayacak biçimde düzenlenir.

“Derece formları ilgili sağlık personeli tarafından aşağıda belirtilen kurala göre doldurulur:

1. Derece formları doldurulurken vücut ısısı, tarihin altındaki kutucuğun üzerine mavi kalemle nokta şeklinde gösterilir ve her bir yeni nokta, bir önceki nokta ile düz çizgi halinde birleştirilir.
2. Nabız sayısı, tarihinin altındaki kutucuğun üzerinde kırmızı kalemle nokta şeklinde gösterilerek her nokta bir önceki nokta ile düz çizgi halinde birleştirilir.
3. Solunum sayısı, tarihinin altındaki kutucuğun üzerinde siyah kalemle nokta şeklinde gösterilerek noktalar bir önceki çizgi ile birleştirilir” (MEB Yayınları, Anestezi ve Reanimasyon Formlar, 2011:17).

2.3.6 Laboratuvar ve Radyoloji İstem Formları

Sağlık kuruluşlarında ayakta ya da yatarak tedavi gören hastalara doktorları tarafından teşhis veya tedavi süreci kontrolü amacıyla hastalardan radyolojik tetkikler, biyokimya, mikrobiyoloji hematoloji ve patolojik tetkikler yapılmasına dönük düzenlenen formlardır. Bu formlarda, hastanın kimlik bilgileri, tanı, istenilen tetkikler ve istekte bulunan hekimin adı soyadı ve imzasının bulunduğu istek formları doldurulur. Formun altında veya arkasında inceleme sonuçlarının yazılacağı ve incelemeleri yapan ilgili uzmanın isim kaşe ve imzası yer alır.

2.3.7 Hasta Yatış Formu

“Sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastalardan, hekim kararı ile ameliyat ya da tedavi amacıyla yatışına karar verilen hastaların tedavi görecekları servislerin planlanması, kimlik bilgileri, sağlık kuruluşunun protokol numarası hastaya konulan teşhis, varsa acil tedavi komplikasyonları, ameliyat yapılacak ise zamanı ve planlaması, serviste yatacağı tahmini süre ve yapılacak olan tedavi süreçlerinin planlaması ile hekimin isim kaşe ve imzası yer almalıdır” (T.C. Sağlık Bakanlığı Arşiv Mevzuatı, 1988:21).

2.3.8 Doktor Gözlem Formu

“Sağlık kuruluşlarına tedavi amacıyla yatan hastanın, tedaviyi yapan hekim tarafından servise yatışının yapıldığı andan taburcu oluncaya kadar geçen sürede

hekimin hastaya yaptığı tüm gözlemlerin, uygulanan tedavi işlemlerinin ve gelişim aşamalarının kaydedildiği dokümandır. Bu formda hastanın kimlik bilgileri, vücut ağırlığı, vücut ısısı ile birlikte yatış protokol numarası, servisin adı, tanı, tedavi süreci planlaması, günlük muayene bulguları yer almaktadır” (MEB, MEGEP, Dosya Oluşturma, 2011:41).

2.3.9 Hemşire İzlem Formu

“Hastanın servise yattığı zamandan başlayarak taburcu oluncaya kadar geçen sürede hemşire tarafından hastaya yapılan işlemlerin ve hemşire gözlemlerinin kaydedildiği dokümandır” (Millî Eğitim Bakanlığı, MGEP, Dosya Oluşturma, 2011:46). Hemşire gözlem formunda, hastanın kimlik bilgilerinin yanı sıra, hekim tarafından düzenlenen tedavi doğrultusunda günlük olarak hastanın tansiyon, nabız, ateş, solunum gibi vital bulguları ile hastanın boy, ağırlık, kusma, dışkı, idrar, diyet, verilen ilaçlar gibi tedaviye yönelik tüm bilgiler hemşireler tarafından bu dokümana kaydedilir. Hemşire gözlem kâğıtlarının hasta dosyalarında saklanma zorunluluğu olmamakla birlikte, otoriteler saklanması gerektiğini savunmaktadırlar.

2.3.10 Hasta Tabelası

“Hastanede yatarak tedavi olan hastaların hastane eczanesinden veya hastane eczanesinde bulunmadığı durumlarda dışarıdan alınarak uygulanan tüm ilaçlar ve tedavilerle, günlük ilaç ürünlerinin kayıt altına alındığı formdur. Bu formda hastanın kimlik bilgileri, tedaviye ilişkin bilgiler, hastaya verilen ilaç, tedaviye yönelik öneriler, müdahaleler ile yiyeceklerin kayıtlarının bulunduğu alanlar mevcuttur. Hasta tabelasında yazılı olan ilaçları uygulayan hemşireler, sonuçları zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine de kaydederler” (Millî Eğitim Bakanlığı, Dosya Oluşturma, 2011:30).

Forma, en son konulan teşhisi, hastalığa ait kodu, varsa yapılmış olan ameliyatın ismi, hastalığın son hali ve hastanın ücretli veya ücretsiz yattığı ile ilgili bilgiler de kayıt altına alınır. Sağlık kuruluşuna yatan her hasta için düzenlenen hastalık Kodu'na göre ilgili hastalık istatistik fişi doldurularak, hasta tabelasından gerekli bilgileri bu fişe aktarılır. “Şifa ile taburcu olan veya hastanede yatmasında

fayda görülmeyen hastaların dosyaları ilgili servis şefi veya uzmanı tarafından hasta tabelasına teşhisi, tarihi, hastalığın uluslararası istatistik kodu ve taburcu edilmesine ilişkin gerekli açıklamalar yazılıp imzalandıktan sonra çıkış işlemleri yapılır. Hasta tabelası aynı zamanda istatistiksel işlemlere temel olan tıbbi dokümanlar arasındadır” (Millî Eğitim Bakanlığı, MEGEP, Hasta Hizmetleri, 2013:22).

2.3.11 Konsültasyon İstem Formu

“Hastanın genel durumu, hastalığın teşhisi ve tedavisi için gerek görüldüğünde iki veya daha fazla hekimin karşılıklı görüşerek bir sonuca varmasına konsültasyon denir. Görüşü alınmak üzere çağrılan uzman hekime de konsültan hekim denir. Bu işlem için konsültasyon formu, hastayı takip eden doktor tarafından doldurulur. Konsültan hekim hastayı muayene ettikten sonra kendi görüş ve önerilerini bu formun ilgili bölümüne kaydeder” (Millî Eğitim Bakanlığı, Formlar, 2011:9). Sistem hastalığı veya olası alerjik reaksiyonların olması halinde, ameliyat öncesi durumunun tespitinde, anestezi süresince komplikasyon yaratabilecek sorunun tedavi edilmesinde, hastanın genel durumunun daha iyi bir duruma gelmesi ve polikliniklere müracaat eden hastaların farklı branşlardan görüşlerine ihtiyaç olduğu durumlarda konsültasyon istenebilir.

2.3.12 Ameliyathane Formu

Doktor tarafından ameliyat olmasına karar verilen hastalar için doldurulan ve hastanın adı, soyadı, yaşı, ameliyat öncesi tanı, protokol numarası, yapılan ameliyat, ameliyat ekibinin adı - soyadı, ameliyat ile ilgili tıbbi bilgiler, ameliyat sonrası tanı ve ameliyatın seyri, ameliyatı yapan doktor ve anestezi ile ilgili bilgilerin yazıldığı bölümlerden oluşur. “Anestezi uygulamasında hastaya uygulanan işlemler tıbbi malzeme ve ilaçların, hastaya ait vital bulguların rapor halinde gözlemlenmesi, hastanın durumunun değerlendirilmesini sağlayarak sonraki uygulamalara da rehberlik oluşturur. Doğru ve düzenli tutulan tıbbi kayıtlar sayesinde hasta gereksiz ilaç kullanımı ve işlem tekrarlarından korunmuş olur. Fazladan yapılan her uygulama hastanın uyanmasını geciktirir, hatta ölümüne sebep olabilir. Özellikle eksik, fazla ya da yanlış anestezi uygulanmasına bağlı komplikasyonları önlemenin en önemli yolu

ilgili formların doğru, eksiksiz ve zamanında doldurmasına bağlıdır” (T.C Milli Eğitim Bakanlığı, Formlar, 2011:37).

Sağlık kuruluşlarında ameliyat formu hakkında Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'nin 13. Maddesi'nde şöyle açıklanmaktadır: “Madde 13. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 150 Başlıklı Liste'deki tanılara göre 999, ameliyatlara göre 99 tür başlığa göre sınıflandırılıp kodlaması yapılmaktadır. Kodlaması yapılmış olan dosyalar teşhis ve ameliyatlara göre ayrı ayrı indekslere kaydedilerek kendi aralarında sınıflandırılır” (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, 2001:14)

2.3.13 Order Formu

Hastalara uygulanacak ilacı ve tedavi şeklini belirlemek doktorun sorumluluğundadır. Doktor, hastaya yapılması gereken özel bakım, diyet, tedavi ve ilaçların doz, süre, uygulanma şekillerini ya da istemi order formlarına kaydeder. Hekimler tarafından hastaya uygulanması planlanan ilaçlar hemşire veya diğer sağlık personellerinin sorumluluğunda olup order çerçevesinde planlama ve uygulamalar yapılır. Bu formlar yasal açıdan kanıt niteliği taşımaktadır. Hekimin yazılı istemi olmadıkça hastalara sağlık çalışanları tarafından ilaç veya diğer girişimleri uygulanması yasaktır. Ancak acil durum hallerinde belirlenmiş acil durum politikaları uygulanır. “Doktor, tedaviye yönelik order planını yazarak ilgili servis hemşiresine uygulanmak üzere iletir. Hemşirenin güvenli bir uygulama yapabilmesi için yazılı istem önemlidir. Yazılı istem sayesinde yanlış anlama ve hata olasılığı azalır. Hastanın acil durumlarında sözel order alınabilir. Ancak, hasta stabil hale geldiğinde doktorun bu istemi kayda geçirerek yazılı hale getirmesi gerekir. Hemşire, doktor tarafından verilen istemi her sabah yada istem değiştiğinde tedavi defterine ve ilaç kartlarına kaydeder” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:34).

Hasta order'larında şu bölümler bulunur:

- Hastanın adı soyadı
- İstem talep edildiği tarih
- Uygulanacak olan ilacın veya tıbbi malzemenin ismi
- Uygulanacak doz

- Uygulama şekli
- Uygulamanın süresi ve zaman dilim aralıkları
- İstemi yapan doktorun imza ve kaşesi

2.3.14 Gebe İzlem Formu

“Aile hekimleri ve ebeler tarafından sorumluluk alanlarında saptanan her gebe için bir izleme formu düzenlenir. Lohusalık süresinin bitimine kadar kullanılan form üzerinde kimlik bilgileri, açık adres, telefon, gebeliğin ilk saptandığı tarih, kan grubu, Rh faktörü hekim tarafından ya da bu işi yapmakla görevli ebe tarafından saptanarak kaydedilir. Gebelik muayenesi ve uygulanan tedaviler periyodik olarak bir gebelik süresince en az 3 kez aile hekim tarafından yapılarak forma işlenir ve imzalanır. Diğer izlemeler ise hekimin öneri ve bulgularına göre sorumlu ebe tarafından yapılarak sonuçlar işlenir. İzlemeler sırasında bulunan her bulgu açık ve okunaklı bir şekilde yazılmalıdır. Gebelik sonlandığında gebelik sonucu belirtilerek tarihi gün, ay ve yıl olacak şekilde yazılır. Gebelik doğumla sonlanmışsa doğan bebekle ilgili bilgiler ve açıklamalar anlaşılır şekilde sade bir dille yazılır” (SB, Sağlık Kayıtları ve Veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu, 1996:20).

2.3.15 Epikriz

“Epikriz, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların poliklinik tedavisinden başlayarak klinik tedavisinin bitimine kadar yapılan her türlü tıbbi işlem ve uygulama süreçlerini belirleyen, hastaya konulan teşhisin, uygulanan tedavi yöntemlerinin ve diğer gerekli olan bilgilerin kaydedildiği bir dokümandır” (Anadolu Üniversitesi Yayınları, Tıbbi Dokümantasyon, 2012:112).

“Çıkış özetlerinde standart bir terminoloji kullanılarak, farklı anlama gelebilecek sözcüklerin kullanımından kaçınmak gereklidir. Hastanın taburculuk süreci ile birlikte tüm teşhis ve tedaviye yönelik yapılan uygulamalar zaman geçirmeden ilgili forma kaydedilerek düzenlenmelidir. Hastanın bir başka sağlık kuruluşuna sevki halinde uygulanan tedavilere yönelik hazırlanan çıkış özetleri hayati öneme sahiptir” (Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Finansman

Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi, 2008:12).

Epikriz ile hekim aynı zamanda yaptığı bütün tıbbi uygulamalarda kendisini denetime açmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu fatura incelemelerini yaparken daha çok epikriz üzerinde yer alan verilere göre değerlendirme yapmaktadır. Bu nedenle yazılacak epikriz ve içeriği çok önemlidir. Epikriz, faturayı inceleyecek kişi ve kuruluşlara yapılan işlemlerin gerekliliği hakkında yol gösterici özellikte olmalıdır. “Epikrizlerde, teşhis ve tedavi sürecinin tüm aşamaları belirtilmeli, teşhise yönelik netür laboratuvar tetkiklerini yapıldığı ve sonuçları, uygulanan ilaç ve tıbbi malzemelerin süresi ve uygulanış şekilleri, tedavi sonucunda hastada oluşan tepkiler detaylı bir şekilde yer almalıdır” (Anadolu Üniversitesi Yayınları, Tıbbi Dokümantasyon, 2012:112).

Epikriz Raporunda Bulunması Gerekenler:

- Hastanın kimlik bilgileri
- Yatış anında ve çıkış sonucundaki teşhisi (ICD-10 kodu)
- Yatış ve çıkış tarihleri
- Hastaya ait anamnez
- Hastaya yapılan ve daha önceden yapılmış olan tetkik sonuçları
- Konsültasyon istenen branşlar ve sonuçları
- Ameliyat yapılmışsa yapılış tarihi ve çeşidi
- Hastanın yattığı süre içindeki günlük takip sonuçları
- Kullanılan sarf malzemelerinin türü ve kullanma gerekçeleri
- Kullanılan ilaçlar ve uygulanan doz miktarları
- Kullanılan kan ve kan bileşenleri
- Tedaviye yönelik yapılan işlemler ile öneriler

2.4 Tıbbi Raporlar

“Tıbbi raporların kapsamı ve kullanım alanları oldukça geniş bir yelpazededir. Genel olarak tıbbi raporlar kullanılacağı yere ve veriliş amacına göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Tıbbi raporlar tek hekim tarafından verilmiş olabileceği gibi, birden fazla hekim tarafından ortak olarak verilen sağlık kurulu raporlar şeklinde de düzenlenebilir” (Anadolu Üniversitesi Yayınları, Tıbbi Dokümantasyon, 2012:97).

“Tıbbi raporlar lokal bir konuda yapılan inceleme yada soruşturmaya ait yazılı belge olabileceği gibi tıbbi konularda bir hekim yada hekimlerin oluşturduğu bir kurul tarafından düzenlenen raporlar da olabilir. Bir başka tanımda, hekimin hastanın sağlığı, bedeni veya mental durumu hakkında düzenleyeceği yazılı belgedir. Hekim tarafından muayene edilen yada incelenen kişi veya materyal hakkında elde edilen bulguların ilgili kişilere veya yetkili kuruluşlara bildirilmesi amacıyla hazırlanan resmi nitelikteki evraklardır” (Ceylan, 2011:18). Farklı amaçlarla düzenlenen sağlık raporlarının olması hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının bu raporların düzenlenmesine yönelik mevzuatları ve değişiklikleri takip etme gerekliliğini zorunlu kılmaktadır. Uygulamalarda birliğin sağlanabilmesi için tıbbi raporların düzenlenmesine yönelik T.C. Sağlık Bakanlığının 2017 yılında yayınladığı Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar başlıklı genelgede ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir.

Tıbbi raporlar düzenlenirken dikkat edilmesi gereken noktalar:

1. Raporlar eksiksiz ve tam olarak hazırlanmalıdır
2. Hastanın kimlik bilgileri yer almalıdır
3. Bilgilerin gerekçeleri ayrıntılı ve gerekçeli olmalıdır
4. Zamanında düzenlenmiş olmalıdır
5. Kullanılabilir vasıfta olmalıdır
6. Araştırma ve bilimsel çalışmalara kaynak niteliği taşınmalıdır
7. Yasal zorunluluklara cevap verecek nitelikte hazırlanmalıdır
8. Kişisel bilgiler içerdiğinden gizliliği ve güvenliği sağlanmalıdır

2.4.1 Konsültasyon Raporları

Hekim tarafından hastaya yapılan muayene ve diğer tıbbi işlemler sonucunda, tanı sürecine ve tedaviye yardımcı olmak için farklı branş hekimlerinden konsültasyon istenebilir. Hastaya konsültasyon uygulandığında mutlaka hangi bölüme ve hangi hekim tarafından konsültasyon yapıldığı dokümanter edilmelidir. Konsültasyon raporunda, hastaya ait demografik bilgiler, hasta şikayet ve anamnez bilgileri, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları, tanı ve öneriler yer almalıdır. Sağlık kuruluşlarında konsültasyon süreç ve raporlandırılması hususu Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde şöyle açıklanmaktadır:

“Madde 65 - Yataklı tedavi kurumunda yatan ve tedavi gören hasta farklı birden fazla uzman tarafından konsültasyon yapılması istendiği hallerde, müdavi tabibin onayı, başhekimin müsaadesiyle konsültasyon istenilen branş hekiminin muayene yapmasına onay verilir. Müdavi tabibin konsültasyon karşı gelmesi halinde, sonuca başhekim karar verir. Yapılan konsültasyonun neticesi rapor halinde detaylı şekilde kayıt altına alınır. Konsültasyon yapan görevli hekimin kararına ve tedavi yöntemine müdahale yapılamaz” (Yataklı Tedavi Kurumları ve İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2005:13).

2.4.2 Tıbbi Malzeme Kullanım Raporu

“Tıbbi malzeme, hastaların beden fonksiyonlarının tedavisinin farmakolojik veya metabolik uygulamalar ile sağlanamayan hastalıkların teşhisi ve tedavi süreçlerine yönelik uygulamaların yapılması ya da yaralanma veya sakatlanma sonucunda sürecin izlenebilmesi, önlenmesi, hafifletilmesi ve mağduriyetlerin giderilmesi amacı ile yine anatomik veya fizyolojik bedensel işlevin araştırılması, tedavisi amaçları ile kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin işlevini yerine getirebilmesi amacıyla gereken yazılımlar da dahil, her türlü vücut içi veya vücut dışı malzemenin tamamını kapsamaktadır” (Sağlık Bakanlığı, Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği, 2011). Tıbbi malzeme kullanım raporları, ilgili hekim tarafından raporda aksi belirtilmediği müddetçe SUT’ta yer alan en uzun süre olan iki yıl boyunca geçerliliğini korur. Ancak, hekimin ilgili tıbbi malzemeyi daha kısa süreli kullanımını gerekli görmesi halinde durum raporda süre belirtilerek kayıt altına alınır.

2.4.3 İlaç Kullanım Raporu

“Kullanım koşulları sağlık raporlarına bağlı olan ve hasta katılım payından muaf ilaçlara yönelik düzenlenen raporlardır. Kullanılacak olan ilacın içeriğine bağlı olarak ilgili branştan tek uzman hekim tarafından veya sağlık kurulu tarafından düzenlenebilir. İlaç kullanım raporları Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve ilgili yasalara bağlı olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal

merkezleri tarafından düzenlenebilmektedir” (Anadolu Üniversitesi Yayınları, Tıbbi Dokümantasyon, 2012:102).

İlaç kullanım raporları, yukarıda belirtilen sağlık kuruluşları tarafından ilgili uzman hekim tarafından yapılacak olan muayene ve destekleyici tetkik ve tahlillerin sonuçlarına göre lüzumu halinde düzenlenir. İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesine ait usul ve esaslar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2014 tarihli Sağlık Raporlarının düzenlenmesi Hakkındaki Genelgesinde şöyle açıklanmaktadır: “Madde.14: İlaç kullanım raporlarında, SUT ve ekli listelerinde özel düzenlemeye tabii ilaçlar hariç olmak üzere, rapor üzerinde ilaç dozlarının belirtilmesi zorunlu olmayıp, ilaca ait etken madde isminin yazılması yeterlidir. Sağlık raporuna etken madde isminin belirtilmesi ile birlikte günlük doz miktarları ayrıca reçete ile düzenlenir” (Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Raporlarının düzenlenmesi Hakkındaki Genelge, 2014:14).

İlaç kullanım raporlarının düzenlenmesinde dikkat edilecek noktalar:

- Rapor üzerindeki hasta bilgileri eksiksiz olmalıdır
- İlaç raporlarında konulan teşhis ve ICD–10 kodu bulunmalıdır
- Raporlarda ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken maddenin belirtilmesi yeterlidir
- Rapor üzerinde etken madde isminde kısaltma yapılmamalıdır
- Diyabet hastaları için düzenlenecek raporlarda MEDULA sistemi üzerinden diyabet takip formu doldurulmalıdır
- Şeker ölçüm çubukları için ayrıca rapor düzenlenmelidir
- Raporu tanzim eden hekim veya hekimlerin isim, kaşe ve imzası bulunmalıdır.

2.4.4 İstirahat Raporları

“Tıbbi şikâyeti olan kişilerin hastalık durumunu ve istirahat gerektirip gerektirmediğini belirten raporlardır. İstirahat raporları hastanın tıbbi olarak iyileşmesi için gereken süreyi ifade eder. Belirtilen süre boyunca kişi çalışmayarak istirahat etmelidir” (Ceylan, 2011:24).

25.5.2007 tarih ve 26532 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan 3.3. maddesindeki istirahat Raporları başlığı şu şekilde

açıklanmıştır: “506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa tabi çalışanlar için, kurumla sözleşmeli sağlık kuruluşunda kayıtlı hekimler tarafından, hastanın muayenesi neticesinde gerekli görülüyorsa ilgili mevzuatlara göre istirahat raporu düzenlenebilir. Ayakta müracaat eden hastalara istirahat raporu verilmesi gereken durumlarda, tek hekim onayı ile bir defada en fazla 10 gün süre ile istirahat verilebilir ve bu durum bir defa tekrar edilebilir. 20 günden daha fazla süreli istirahat verilmesi gerekli ise sağlık kurulu tarafından rapor düzenlenebilir. Sağlık kurulu tarafında ilk verilecek olan raporda istirahat süresi, hastanın tedaviye başladığı tarihten itibaren altı ayı geçemez. Ancak tedaviye devam edilmesi durumunda malullük halinin önlenebilme ya da önemli oranda azalma ihtimali bulunması halinde süre sağlık kurulunun onayı ile uzatılabilir” (Sağlık Uygulama Tebliği, 2007:3).

Kurumla sözleşmeli olan sağlık kuruluşu hekimleri tarafından yapılan muayeneler sonucunda istirahatine gerek duyulmayan ya da ayakta tedavide yirmi günü geçmeyen sürede tedavileri yapıp iş görebilecek hale gelen hastalar için ilgili hekimler tarafından çalıştıkları iş yerlerine sunulmak üzere ve iş göremezlik ödeneğinin alınabilmesi için çalışabilir kâğıdı düzenlenir. 20.02.2008 tarihinde yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) sigortalıları ve hak sahiplerine yönelik sağlık hizmeti ile ilgili yeni düzenlemelere göre hazırlanan Sağlık Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetleri Protokolü'nün 6.maddesinde istirahat raporları ve iş göremezlik belgeleri ile ilgili genelgede şöyle açıklanmaktadır: “Madde 6.1. Sigortalı hastaların tedavilerinin gerektireceği istirahat sürelerine ait rapor düzenlenirken ilgili hekim, bir kerede en fazla on gün süreli istirahat raporu verebilir ve bunu yalnızca bir defa tekrarlayabilir. Tek hekimden iki defa istirahat almış olan sigortalının tedavisine devam edilmesi durumunda, sigortalı hasta sağlık kuruluna sevk edilir. Sağlık kurulu' tarafından verilmesi uygun görülen istirahat raporunun süresi tedaviye başlanan tarihten itibaren altı ayı geçemez” şeklindedir. (SUT, 2007:6).

2.4.5 Sağlık Kurulu Raporları

“Tek hekimin onayını yeterli olmadığı hallerde veya ilgili mevzuatlarda sağlık kurulu raporu ön şart olarak gerekli olan durumlarda karar vermeye yetkili uzmanlar tarafından düzenlenen raporlardır. Sağlık kurulu raporları Sağlık Bakanlığı tarafından

kriterleri belirlenen tam teşekküllü sağlık kuruluşları tarafından düzenlenmektedir”
(Çalışkan, 2016:7)

Sağlık Kurulu Raporlarının verildiği durumlar:

- Engellilik Durumu Bildirir Raporlar
- Genel Durum Bildirir Raporlar
- SGK Malullük ve Emeklilik Raporları
- Transplantasyon operasyonlarından önce düzenlenen raporlar
- Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen özellikli operasyonlardan önce düzenlenen raporlar
- Sürücü Belgesi Raporları
- Vasi Tayin Raporları
- Askere Elverişlilik Raporları
- Huzur Evleri veya Bakım Evleri Giriş Raporları
- Gemi Adamı Olur Raporları
- Yurt dışına çıkış raporları
- Resmi kurumlardan gelen (Mahkeme, Savcılık, SGK, Vergi Daireleri) istek raporları
- Evlat Edinebilme Raporları
- Silahlı ve Silahsız Özel Güvenlik Raporları
- Polislerin Aktif Silahlı Görev Yapmalarına Dair Raporlar
- Yaş Tespiti ve Cinsiyet Tespiti Raporları

Sağlık Bakanlığı tarafından 01.05.2013 tarihinde yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde sağlık kurulu raporlarının düzenlenme usul ve esasları şöyle belirtilmektedir: “Madde.1.10.2. İlgili uzmanlık branşından üç uzman hekimin katılımıyla, üç uzman hekim bulunmaması durumunda ise ilgili branş uzmanı ile birlikte öncelikle bu uzmanlık branşına en yakın uzmanlık alanından olmak üzere başhekimin atayacağı farklı uzmanlık branşlarından hekimlerin katılımı ile oluşturulan sağlık kurullarınca düzenlenir. Sağlık kurulu raporlarında başhekimlik onayı, özel sağlık kuruluşlarında mesul müdür onayının ve ıslak imzasının bulunması zorunludur. Medula hastane sistemini kullanan sağlık hizmeti sunucuları sağlık kurulu raporlarını elektronik ortamda düzenlemekle yükümlüdürler” (SUT,2013:15).

2.4.6 Adli Rapor

“Adli ve idari görevliler tarafından sağlık kuruluşlarına gönderilen hasta, yaralı veya alkollü şahısların muayene ve tedavilerinin yapılması, istendiği takdirde durumlarının raporla bildirilmesi zorunludur. Adli görevlilerin istemi doğrultusunda, hastanın tıbbi durumunu belirleyen veya hastada saptanan travmaların düzeylerini belirten raporlardır. Kanunlar nezdinde suç unsuru niteliği taşıyan eylemlerin işlenmesi halinde verilecek olan ceza yasalarda belirtilmektedir. Hekimler tarafından düzenlenecek olan bu raporlar sanığın hangi yasa maddesinden yargılanacağına da ışık tutmaktadır” (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2013:58).

Bir kişinin sağlıklı olarak kabul edilecek sınırlar dahilinden uzaklaşıp fizik veya mental olarak hasta olarak kabul edilebilecek bir duruma gelmesinde başka kişi veya kişilerin kasıtlı olarak yaptıkları davranışlar yasalar dahilinde adli yön içermektedir. Ne tür vakaların adli yönünün bulunduğunu tüm hekimler mutlaka detayları ile birlikte bilmek sorundadırlar. Hekimler veya sağlık kuruluşları kendilerine intikal eden adli olguları derhal ilgili mercilere bildirmekle yükümlüdürler, bildirilmediği takdirde ilgili sağlık kuruluşu ve hekime karşı yasal müeyyideler uygulanmaktadır. “Adli muayene ve adli rapor düzenlenmesinde aşağıdaki hususlara titizlikle uyulmalıdır” (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 2013:60):

1. Muayene ve tetkikler sırasında temel insan haklarına ve mahremiyet ilkelerine sadık kalınmalıdır.
2. Hekim hastayı bizzat muayene etmelidir. Başkalarının ifadeleri doğrultusunda rapor düzenlenmemelidir.
3. Muayene, uygun koşullar altında ve başkalarının görmeyecekleri bir alanda yapılmalıdır.
4. Ateşli silah ve kesici alet yaralanmalarında, olay anında giyilen giysilerin saklanması için gerekli tedbirler alınmalıdır
5. Raporlar okunaklı bir şekilde el yazısı ile yazılmalıdır.
6. Adli protokol kaydı mutlaka yapılmalıdır
7. Düzenlenecek olan rapor, mutlaka muayene sonucunda saptanan lezyonlara ve tetkiklere göre düzenlenmelidir.
8. Mevcut muayene ve laboratuvar bulguları kesin rapor düzenlemek için yeterli değilse hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna sevkı yapılmalıdır.
9. Kişide travma sonrası saptanan ve lezyonun ağırlık derecesini belirten hayati tehlike, iş ve gücüne engel olma, çehrede sabit eser, vb. gibi kavramları

kullanırken dikkatli olunmalıdır. Bu hususta, Adli Tıp Kurumu standartlarına göre hareket edilmelidir.

10. Rapor sonunda raporu düzenleyen hekimin ismi ve ıslak imzası mutlaka bulunmalıdır.

2.4.7 Doğum Raporu

Sağlık kuruluşlarında doğum yapan kişilere verilen rapordur. Doğum raporu nüfus kayıt işlemlerinde kullanılabileceği gibi lohusalık döneminde çalışan annelerin doğum öncesi ve sonrasında izin kullanabilmeleri amacıyla çalıştıkları iş yerlerine sunulmak üzere de verilebilmektedir. 2006 tarihli Nüfus Hizmetleri Kanunu'nda doğum yapanların bildirim hususunda şöyle denilmektedir: "Madde.56.Sağlık kuruluşları veya hekimler, kontrolleri altındaki doğum ve ölümlere ilişkin olayın mahiyeti ve ilgilinin kimlik bilgilerini gösteren bir rapor düzenleyerek sahiplerine vermekle yükümlüdürler" (Nüfus Hizmetleri Kanunu, 2006:12).

Analık ve babalık izinleri Devlet Memurları Kanun'da düzenlenmiş olup tüm çalışanları kapsamakta ve şu şekilde açıklanmıştır: "Madde 104(Değişik: 13.2.2011-6111/106 Md.) Kadın çalışana; doğumdan önceki sekiz, doğumdan sonraki sekiz hafta olmak üzere toplamda on altı hafta süreyle annelik izni verilir. Çoğul gebelik hallerinde, doğum öncesi sekiz haftalık analık izni süresine ayrıca iki hafta daha eklenir. Ancak sekiz haftadan öncesinde kişinin sağlık durumu çalışmaya uygun ise, hekim raporlarında belirtilmek suretiyle ve çalışanın isteği durumunda doğumdan önceki üç haftaya kadar çalışabilir. Bu durumda, doğum öncesinde kullanılmayan süreler doğum sonrası süresine eklenerek kullanılır. Doğumun erken gerçekleşmesi halinde, doğum öncesi kullanılmayan süre de doğum sonrasına eklenir. Doğum sırasında veya doğumdan sonra annenin ölümü halinde, hak edilen süreler kadar çalışan babaya izin verilir. Erkek çalışanlara, eşinin doğum yapması durumunda on gün süre ile izin verilir" (Devlet Memurları Kanunu, 1965:4213).

2.4.8 Ölüm Raporu

Ölüm raporları, sağlık kuruluşlarında vefat edenlere ait düzenlenen ve bağlı olunan nüfus müdürlüklerine gönderilerek, aile kütüklerine işlenmektedir. Vefat eden kişiler sağlık kuruluşlarında değil de evde vefat etmiş ise, bu kişilere düzenlenecek

ölüm raporlarını bağlı bulunulan aile hekimi, sağlık ocakları hekimleri tanzim ederler. Cenaze ve defin işlemlerinin yapılabilmesi için ilgili sağlık kuruluşlarından veya hekimlerden alınmış olan ölüm belgesi mutlaka bulunmalıdır.

“Bir bölgenin ya da ülkenin sağlık düzeyini değerlendirebilmek için geliştirilmiş bazı ölçütler bulunmaktadır. Sağlık düzeyi göstergeleri de denilen bu ölçütler sayesinde bölgeler ya da ülkeler arası karşılaştırmalar yapılabileceği gibi, bir bölgenin ya da ülkenin değişik zaman dilimlerindeki durumları da değerlendirilebilir. Bu ölçütlerin en önemlilerinden birisi kuşkusuz ki ölümlere at olanlardır” (Sümbül oğlu ve Akdağ, 2010:153).

2.5 Elektronik Kayıt Sistemi

“Tıp biliminin temel hedefi insanın yaşamı süresince beden ve mental açıdan sağlıklı bir hayat sürdürebilmesini sağlamaktır. Sağlık kuruluşlarının en önemli amacı ise kendilerine müracaat eden hastalara kaliteli, etkin ve ekonomik bir hizmet sunmaktır. Bu açıdan bakıldığında etkin bir sağlık hizmetinin ekonomik olarak sunulması kayıtların güvenilir bir ortamda tutulması ve arşivlenmesi ile sağlanabilir” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:54).

“Sağlık hizmetlerinde, teknolojik gelişmelere paralel olarak bilgi ihtiyacı giderek artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde pahalı teknolojilerin kullanılıyor olması, maliyetleri yükselterek yöneticileri daha da verimli çalışmaya zorlamaktadır” (Şenel, 2003:13). Sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan bilginin miktarındaki ve çeşitliliğindeki artış karşısında değişen kullanıcı gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla elektronik kayıt sistemleri geliştirilmesi ve kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Elektronik sağlık kayıt sistemleri hasta bilgilerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarının tanı ve tedavi için gerek duyacakları eğitim amaçlı tıbbi bilgilere kolayca ulaşabilmelerine olanak sağlamaktadır. Hasta bilgilerini, aynı sistem üzerinden kısa zamanda erişilebiliyor olması tedavi süreçlerine önemli oranda katkı sağlamaktadır. “Etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmak ancak ki birimler arasındaki işbirliği ve bilgi paylaşımı ile sağlanabilir. Bilgi paylaşımında enformasyon sistemlerinin önemi yadsınamayacak düzeyde olup bilgi sistemleri

sağlık kuruluşlarında nitelikli sağlık hizmetinin ve hastaların tedavi süreçlerinin vazgeçilmez kaynağıdır” (Işık, Akbolat, 2010:365).

2.5.1 Elektronik Tıbbi Kayıt Sisteminin Önemi

“Elektronik Tıbbi Kayıt (ETK) sistemi, hastane ve sağlık sektöründe demografik, kliniksel yönetim ve sağlık bilgi sistemlerinin bilgisayar ortamlarında kayıt altına alınması, işlenmesi ve değerlendirilmesini sağlayan bir yapılanma olarak tanımlanabilir. Elektronik tıbbi kayıt sistemleri hekimler ve hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının nitelikli ve hasta güvenliğini geliştirme noktasında yoğun bir şekilde kullanılmaktadır” (Top ve Gider, 2002).

“Elektronik sağlık kayıt sistemi, sağlık alanında dokümantasyon yönetimi söz konusu olduğunda, sık karşılaşılan kavramlardan biridir. Farklı kaynaklarda değişik şekilde tanımlanan ve bazı durumlarda birbirlerinin yerine kullanılan ‘elektronik hasta kaydı’ (electronic patient record), ‘elektronik tıbbi kayıt’ (electronic medical record), ‘bilgisayara dayalı hasta kaydı’ (computer based patient record) ‘bilgisayara dayalı sağlık kaydı’ (computer based health record), ‘elektronik sağlık kaydı’ (electronic health record) gibi terimler, bu alanda kavram kargaşasına neden olmaktadır. Söz konusu terimlerin farklı biçimlerde kullanılıyor olması elektronik tıbbi kayıt sistemlerinin tanımlanmasında ve uygulama alanlarında karşılaşılan en önemli problemlerdendir” (Küyük, Kaplan, Yılmaz, 2005:14).

Elektronik tıbbi kayıt sisteminin en önemli amaçlarından birisi hasta hakkındaki tıbbi bilgilere doğru ve zamanında ulaşabilmektir. Otomasyon sistemlerinde var olan yönlendirme ve uyarılar kullanıcıların doğru, yerinde karar vermelerine yardımcı olmaktadır. Örneğin teşhis ve tedavi sürecinde olan bir hastanın daha önceden bilinen bir ilaca karşı alerjisi var ise, sistem tarafından hekim uyarılır. Bunun yanında elektronik tıbbi kayıt sistemi sayesinde hastalara yapılmış olan tetkikler, tanı ve tedavileri içeren bilgilere erişme olanağı bulunur. “Artukoğlu ve arkadaşları, Dick'den aktardıklarına göre elektronik tıbbi kayıt kavramı, hastaların yaşamları boyunca sağlıklarına ait bilgilerin saklandığı bir yapıyı hedeflemektedir” (Şenel, 2003:12).

“Elektronik tıbbi kayıtlar hasta güvenliği, hasta tatmini ve kurumsal etkililiği geliştirmek için önemli bir uygulamadır. Sağlık kuruluşlarında elektronik hasta ve tıbbi kayıtları kullanımı ve önemi gün geçtikçe daha ‘da anlam kazanmaktadır. Son yıllarda Türkiye sağlık sektöründe elektronik bilgi sistemleri ve elektronik tıbbi kayıtlar yoğun bir şekilde kullanılmaya başlamıştır. Elektronik tıbbi kayıt sistemleri sağlık bakımında nitelik ve etkililiği geliştirmek yolunda çok önemli yönetsel araçlardır” (Top ve Gider, 2013:7). “Elektronik tıbbi kayıt (ETK) birey ya da toplum hakkındaki sağlık verilerinin sistematik bir düzenlemesi olarak da tanımlanmaktadır” (Demirhan, Güler, 2011:13).

“Elektronik tıbbi kayıt sistemi genel olarak dört aşamalı bir süreç olarak değerlendirilebilir. Bu aşamalar:

- Elektronik tıbbi kayıt sisteminin kuruluş aşaması: Sistem altyapısının hazırlandığı, veri girişinin yapıldığı ve hizmeti sunanların kayıt altına alınan sağlık verilerini görüntüleyebildiği aşamadır.
- Elektronik tıbbi kayıtlarının kuruma tanıtılması: İş akış şemaları, örgütsel değişimler ve bilgi yönetimi ile ilgili aşamaları kapsamaktadır.
- Elektronik tıbbi kayıt sisteminde kullanıcı klinik sistemleri: Klinik destek sistemleri ile entegrasyonun oluşturulduğu aşamadır.
- Elektronik tıbbi kayıt sisteminin olgunlaşması: Klinik ve yönetsel düzeylerdeki amaçların entegre edildiği aşamadır.” (Doğan, 2014:66)

2.5.2 Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Hastanelerdeki tüm tıbbi ve yönetsel işlemlerin bilgisayar ortamında yapılması, bütün verilerin birbirine entegre halde çalışmasını sağlayan modüller vasıtasıyla, farklı kullanıcılar tarafından merkezi veri tabanına işlenmesi ve gerekli olan zamanlarda tekrar anlamlı bir biçimde geri çağrılmasını sağlayan sistemler olup aynı zamanda hastanelere zaman, iş gücü tasarrufu, ekonomik fayda ve en önemlisi doğru ve güvenilir bilgi sağlayan sistemler bütünü olarak açıklanabilir. “Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, Bilişim dilinde tıbbi süreçler sonucunda ortaya çıkan verilerin oluşturulması, işlenmesi ve depolanmasını sağlayan yazılım ve donanımlar bütünüdür. Hastane boyutunda hastanın girişinden çıkışına kadar olan tüm süreçler sistem sayesinde yönetilebilmektedir. Hastanelerde kaynakların optimal düzeyde kullanılması ve israfın önlenmesi, hizmet kalite ve standartlarının tesis edilmesi, işletmeye ait gelir ve giderlerin takip edilmesi, hastane

yönetimine sağlayacağı bilgi desteğiyle ileriye yönelik stratejik planların yönetilmesi, eksiksiz tıbbi kayıt, muhasebe, depo, arşiv, demirbaş kayıtları tutabilmesi amacıyla kullanılan bilgi sistemleridir” (Ceylan, 2015:10).

Hastane bilgi yönetim sistemini kullanan hekim ve diğer sağlık çalışanları hastaların tanı ve tedavi süreçleri, uygulanan girişimler, taburcu durumları, yatış süreleri, kullanılan ilaçlar, sarf malzemeleri, kan ve kan ürün bileşenleri, laboratuvar tetkik ve inceleme sonuçları, her türlü radyolojik incelemeler kâğıt veya film ortamına basılmadan ve hastaya teslim edilmeden direkt olarak hastanın elektronik dosyasından ulaşılabilir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi kullanılarak MEDULA sistemi ile entegre olarak Sosyal Güvenlik Kurumu hastalarının hak ediş ve fatura bildirimleri ve onay işlemleri kullanıcı müdahalesi olmadan otomatik olarak yapılabilir.

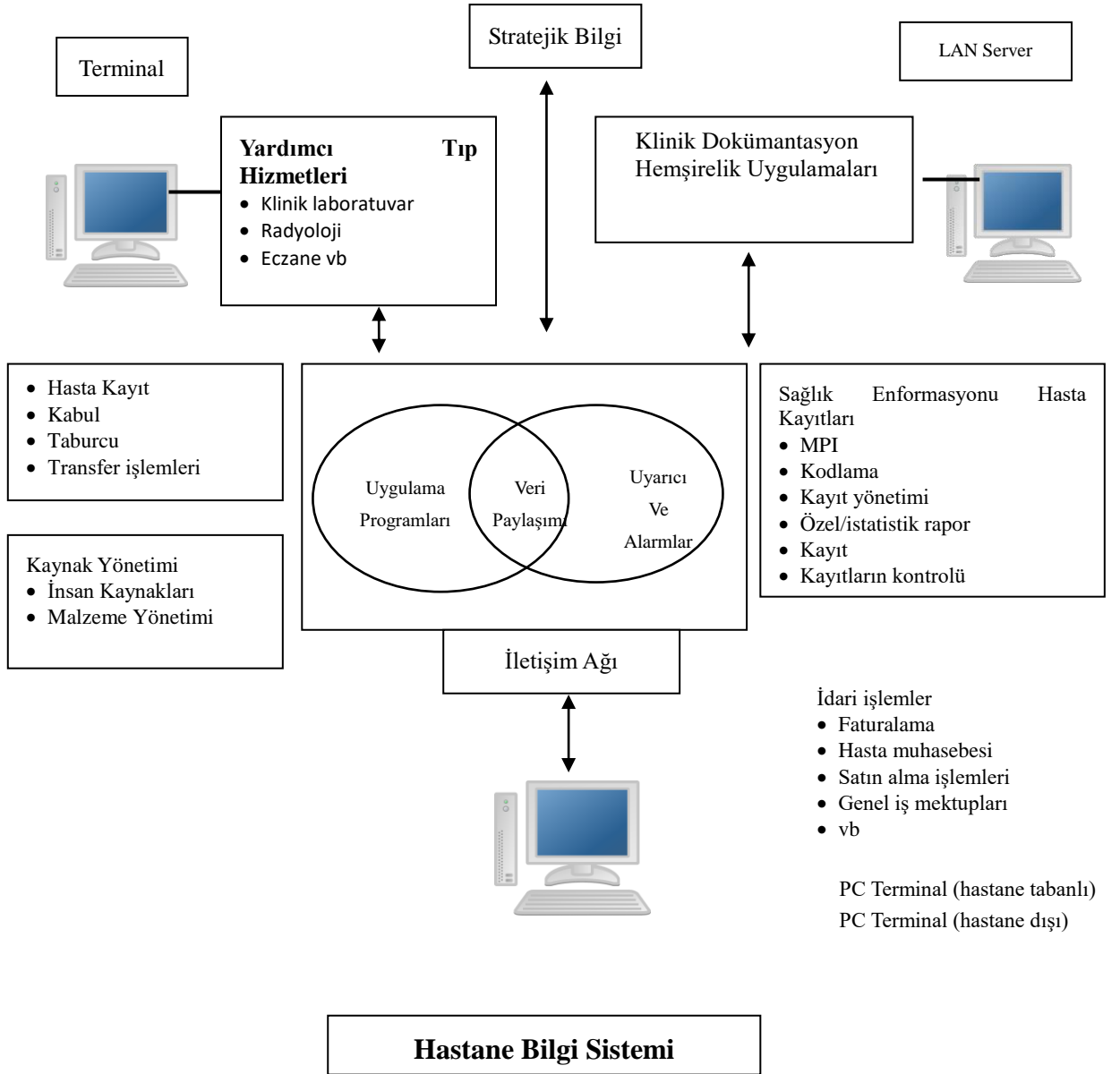
“Hastane bilgi sistemi, bilgisayarlarla birlikte asıl unsurun insan faktörü olmasından dolayı aynı zamanda hastanenin teknik alt sistemini oluşturmaktadır. Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinden elde edilen verileri doğru bakış açısıyla değerlendirebilen ve sonuçları uygulayabilen yöneticilerin başarıyı yakalaması çok daha kolaydır” (Köksal, Esatoğlu, 2005:54).

“Hastane bilgi yönetim sistemlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün halinde yönetimi
- Hasta kimlik bilgileri ve tedavi sürecinde gerçekleştirilen işlemlerin kayıt altına alınması sonucunda ileride oluşacak muhtemel tedavilerde ön görüş sağlanması
- Tedavi sürelerinin azaltılması
- Hastalara sunulan hizmet kalitesine katkısı
- Stratejik planlamalarda yön gösterici rolünün olması
- Etkili ve nitelikli mali işlemler alt bilgi sistemi oluşturması
- Hastane çalışanlarının özlük dosyalarının standartlara uygun şekilde tutulması ve saklanması
- Performans ölçümü ve verimliliği konusunda bilgi sağlanması
- Kırtasiye giderlerinin en aza indirilmesi
- Zaman, is gücü ve tıbbi cihazların verimini en üst düzeye çıkarması

- İnsan yaşamının konu olduğu bu kurumlarda hata ve risk oranını
- Minimize etmesi olarak sıralanabilir” (Suntay, 2010:44).

Şekil.2.1. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Diyagramı



Kaynak: Ceylan F, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, 2015:8

2.5.2.1 Sağlık NET Sistemi

Sağlık NET, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenlerinden biri olan, Sağlık Bakanlığı'nın karar sürecinde etkili bilgiye erişimi sağlamak amacıyla kurulan ulusal sağlık verilerinin toplanma, değerlendirilme ve analiz edilme sistemi olarak tanımlanabilir. Sağlık Bakanlığı Sağlık-NET Projesi ile ülke genelinde tüm hastanelerde oluşturulan hasta bilgilerinin merkez sunucu üzerinden kayıt altına

alınması ve uzun vadede gerektiği hallerde bu bilgileri ilgili sağlık kuruluşlarıyla paylaşmayı amaçlamaktadır.

“Sağlık kuruluşlarında elektronik ortamda kayıt altına alınan hastalara ait her türlü tıbbi bilginin, mevzuatlar çerçevesinde belirlenen standartlara uygun biçimde toplanması, elde edilen verilerin sağlık hizmetlerinin sunumunda nitelik ve kaliteyi yükseltmeyi hedefleyen, güvenli bir iletişim sistemidir. Sağlık sektöründeki sorunların tespiti ve bu sorunlara yönelik önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının optimum düzeyde kullanılmasında, stratejik yatırım planlamasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde ve bilimsel araştırmalarda kullanılmak üzere ileri düzeyde veri sağlamak gibi birçok işlevi bulunmaktadır. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından elde edilen sağlık verilerinin tek merkezde toplanması, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri dahilinde lüzumu halinde yalnızca yetkili kullanıcılar tarafından izlenebilmesi sistemin temel bileşenidir” (Ceylan, 2015:14).

Sağlık NET programı çerçevesinde ilgili mevzuatlara göre belirlenen standartlara bağlı kalarak karar süreçlerinde etkili olacak şekilde bir yapılanma hedeflenmiştir. Program dahilinde tüm hastaları kapsayan, herkesin sadece kendilerine ait sağlık verilerine ulaşabildiği, kişinin doğumundan başlayarak tüm yaşam süresince uygulanan tıbbi verilerinden oluşan sistemin yüksek düzeyde bant genişliği tüm ülkeyi kapsayan bir iletişim teknolojisinin kullanılması en önemli hedefidir. Ayrıca bu sistem sayesinde sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların insan kaynakları, tıbbi cihaz donanımları ile ekonomik verileri de izlenebilmektedir. “Sistem sayesinde hastalıklara ait verilerin yönetilmesi, kişiye göre tıbbi malzeme ve ilaçların temin edilmesi, hastanın daha önceden geçirmiş olduğu hastalıklar, ameliyatlar ve bunlara yönelik alınacak tedbirlerin yönetilmesi hedeflenmektedir. Sistem hasta, sağlık kuruluşu, hekim ve yönetici girişleri için katmanlı bir yapıda olup, elde edilen veriler daha sonra veri madenciliği ile sınıflandırılarak tekrar kullanılması sağlanmaktadır” (Dandıl ve Şener, 2013:663).

“Sağlık NET sisteminin temel amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Sağlık kuruluşları arasındaki veri standardizasyonunu sağlaması
- Elde edilen verilerin analizlerinin yapılabilmesi
- Sağlık kuruluşları arasında veri akışının sağlanması
- Elektronik kişisel sağlık kayıt sistem ile koordinasyonu sağlaması

- Kaynak tasarrufunun sağlayarak verimliliği artırması
- Bilimsel araştırmalara kaynak oluşturması
- E-sağlık kavramının benimsenmesinin sağlanması” (<http://www.e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html>).

2.5.2.2 Genel Sağlık Sigortası Medula Sistemi

“Medula, Genel Sağlık Sigortası ile sağlık kuruluşları arasında, iç işleyiş süreçlerine müdahale etmeden hastalara sunulan hizmetlerin karşılığında oluşan fatura bilgilerinin elektronik ortamda toplanması, ilgili ödeme kurumlarına sunulmak üzere oluşturulan bütünlük bir sistemdir” (<http://e.sgk.gov.tr/wps/portal/saglik/Hastane/esgkMedulaHastane>). “Medikal Ulak yani sağlık ağı anlamına gelen MEDULA, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yürüttüğü en önemli bilişim projelerinden birisidir. Genel Sağlık Sigortası ile sağlık kuruluşları arasında hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kullanım düzeylerini anlık takip etmek mümkündür” (Ceylan, 2007:8).

“Medula sistemi, sağlık kuruluşları tarafından sigortalı ve hak sahiplerine sunulan sağlık hizmetlerine ait tıbbi detayları ve fatura bilgilerinin Genel sağlık sigorta sistemine aktarılmasını ve ödeme işlemlerinin yapılabilmesini sağlayan bir otomasyon sistemidir. Eczaneler, Optik merkezleri, sağlık merkezleri, teşhis ve tedavi merkezleri ile özel ve kamuya ait hastanelerin İnternet sağlayıcıları aracılığı ile ülke genelinde geniş bir entegrasyona sahiptir. Sağlık hizmeti sunucuları ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında doğru ve pratik iletişimi sağlaması planlanan medula sistemi ile sağlık kullanımına ilişkin bilgiler elektronik ortama aktarılarak kişilerin sağlık hizmetlerinden kaliteli ve nitelikli biçimde faydalanmaları hedeflenmektedir. Medula sisteminin bir diğer amacı ise sağlık kuruluşlarına yapılacak ödeme işlemlerine hız ve doğruluk kazandırarak, geleceğe yönelik sağlık harcaması tahminleri ve risk analizlerini yapabilmelerine, gider kalemlerindeki değişiklikleri takip edebilmelerine ve geniş yelpazede istatistiksel bilgilerin temin edilmesini sağlamaktadır” (Sur ve Palteki, 2013:290) .

Medula sisteminin dört temel alt modülü bulunmaktadır:

- Medula Eczane Sistemi
- Medula Optik Sistemi

- Medula Doktor Sistemi
- Medula Hastane Sistemi

2.5.3 Elektronik Tıbbi Kayıt Sisteminin Avantajları ve Dezavantajları

Sağlık kuruluşlarında kullanılan elektronik tıbbi kayıt sistemleri, sağlık ve yönetsel bilgilerin koordinasyonunu kolaylaştırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek amacıyla oluşturulan bütünleşik bilgi sistemleri, hastanın tedavi süreçlerine ait tıbbi ve yönetsel fonksiyonları güçlendirmek için hasta hakkında doğru, kalıcı ve güncel bilgilerin toplanması, saklanması, işlenmesi ve elde edilen sağlık verilerinin doğru yerde ve zamanda kullanılabilmesini sağlamaktır.

Sağlık kuruluşlarında kullanılan Elektronik tıbbi kayıt sisteminin genel olarak avantajlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- “Sağlık harcamalarındaki oluşan maliyetlerde tasarruf sağlaması
- Zaman tasarrufu sağlayarak sağlık hizmet kalitesini artırması
- Tıbbi kayıtların saklanması ve taşınmasında kolaylık sağlaması,
- Tıbbi bilgilere farklı kullanıcılar tarafından aynı anda ve kısa zamanda erişimlerini sağlaması
- Oluşabilecek tıbbi hata risklerini en aza indirmesi
- Laboratuvar ve radyoloji istemleri, sevkleri, reçete yazımları gibi durumlarda kullanılan kâğıt tüketimi oranlarının düşürülmesi
- Hasta memnuniyetini artırarak, hasta ile olan iletişime pozitif katkı sağlaması
- Elektronik faturalama sistemi ile daha hızlı ve daha doğru bilgilerle kesinti oranlarını düşürmesi
- Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının çalışma sistemlerinin düzenli halde sürdürülebilmesini sağlaması
- Hekim ve sağlık çalışanlarının performans değerlendirilmelerini sağlaması” (Doğan,2014:67).
- “Kanıt dayalı tıp için gereken verileri daha net olarak sağlaması
- Okunaklı olmayan el yazıları problemlerini ortadan kaldırması” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:60).
- “Fiziksel depolamadaki güvenlik risklerini önemli oranda ortadan kaldırarak arşivleme hizmetlerine nitelik kazandırması” (<http://eimza.saglik.gov.tr/TR,2006/elektronik-belge-yonetim-sistemi-nedir.html>).

Elektronik tıbbi kayıt sisteminin avantajlarının yanında sağlık kuruluşları ve çalışanlar açısından bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Bu dezavantajları şu şekilde sıralayabiliriz:

- “Kâğıt üzerinde elde edilen sağlık verilerinin, yine kâğıt üzerinde görmek ve değerlendirmek gibi var olan kullanıcılar alışkanlıkları elektronik sistemleri kabul ve uygulamada zorlanmaktadır.
- Elektronik tıbbi kayıt sistemlerindeki, sistem yazılım, eğitim ve bakım giderlerinden dolayı kuruluş maliyetlerinin yüksek olması” (Ceylan, 2007; Şenel 2003:20).
- “Sistemin çalışmaya başlamasından sonra çalışanların eğitimi ile sisteme entegrasyonunun sağlanması bazı durumlarda önemli oranda zaman kaybı yaratmaktadır.
- Yazılım, arzu edilen ihtiyaçları karşılayamadığı durumlarda sorun daha da büyüyerek kullanıcıların sistemden giderek soğumalarını sağlamaktadır” (Doğan,2014:68).
- “Bilgisayar destekli hasta kayıtları genelde genellikle özet bilgiler içeriyor olmasından dolayı bazı durumlarda önemli olabilecek sağlık verilerinin kaybına neden olmaktadır” (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2010:60).
- “Elektronik sistemler, zaman zaman donanım, yazılım ve sabit disk hatalarından dolayı kullanım dışı kalabilir, bu durumlarda verilerde kayıplar oluşabilir” (Söylemez, 2013:5).
- Elektronik kayıt sistemlerinde, sağlık verilerinin kolayca kopyalanması ciddi güvenlik sorunlarına neden olabilmektedir.
- Elektronik sistemlerde oluşturulan verilerin kolayca değiştirilebiliyor olması, orijinal ve güncellik sorunlarına neden olabilmektedir.

2.5.4 Elektronik Ortamda Kayıtların Saklanması, Gizlilik ve Güvenlik

Elektronik tıbbi kayıt sisteminin en önemli sorunlarının başında hasta mahremiyeti yönünden sağlık verilerinin gizlilik ve saklanması gelmektedir. Sağlık verilerinin hasta mahremiyeti açısından kişiye özel olması itibarıyla elde edilen verilerin korunması en üst düzeyde sağlanmalıdır. Güvenlik ve gizlilik ile ilgili mekanizmalarda oluşabilecek eksiklik ya da hatalar hasta mahremiyetinin ihlal edilmesine neden olabilir.

Uluslararası hukukta, 10 Aralık 1948 tarihli Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 12. Maddesi'nde bu durum şöyle açıklanmaktadır: “Kimsenin özel hayatına, ailesine, yaşam alanına veya haberleşme hürriyetlerine

keyfi nitelikte karışılmaz ve saldırıda bulunulamaz. Tüm insanlar bu ve benzeri saldırılar karşısında yasalar tarafından korunur”. Bu düzenleme kişisel verilerin korunması hakkında ilk düzenleme olarak kabul edilebilir.

“4 Kasım 1950’de imzalanan İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerinin Korunmasına İlişkin Sözleşme’nin özel hayatın ve aile hayatının korunması başlıklı 8. maddesinde de yine kişisel verilerin korunması, özel yaşamın korunması hakkının önemli olduğu, kişiler hakkındaki verilerin toplanması ve depolanmasının insan haklarına müdahale oluşturacağını bu sebeple yasal korumanın mutlaka gerekli olduğu vurgulanmaktadır” (Erdem ve Sancaklı, 2004:225).

Türk Hukukunda kişisel bilgilerin gizliliği prensibi 1982 Anayasası’nın özel hayatın gizliliği ilkesine yönelik 20. Maddesi’nde şöyle açıklanmaktadır: “Herkes, kendisiyle alakalı kişisel verilerin korunmasını isteyebilir. Kişisel verilerine erişme, kullanabilme ya da silinmesini talep edebilir. Bu amaçla kişisel verilerinin başka kişiler ya da kurumlar tarafından kullanıp kullanılmadığını talep edebilme hakkına sahiptir. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen durumlarda ya da kişinin açık onayı ile kullanılabilir” (https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf).

“Mahremiyet kavramı Tıp alanında ilk olarak Hipokrat Yemini’yle başlamıştır. Hipokrat yemininde, gerek sanatın icra edilmesi anında gerekse diğer kişilerle münasebet halinde elde edilen bilgilerin korunacağı ve sır olarak saklanacağı beyanı şeklindedir. Hastalara ait tıbbi bilgilerin mahremiyetinin sağlanması çok önemli bir husus olmakla beraber, aksi hallerde sağlık kayıtları iyi niyetli olmayan kişiler tarafından kötü amaçlar için kullanılabilir. Bu durumda hasta kişisel sağlık verilerinin güvenli bir biçimde tutulduğundan emin olmak ister. Bazı hastalar sağlık bilgilerinin birinci derece akrabalarıyla dahi paylaşmak istemeyebilir. ETK sistemlerinde yaşanabilecek teknik ve güvenlik açıkları nedeniyle sağlık verilerinin farklı amaçlar için kullanılabilecek kişilerin eline geçmesine neden olabilmektedir.” (Turgut v.d,2013:2).

“Elektronik tıbbi kayıt sisteminin en önemli fonksiyonu kayıtların güvenliği, gizliliği ve mahremiyeti kurallarına göre çalışmasıdır. Bu amaçla kâğıda dayalı dosyalama sistemlerinden farklı olarak, şifreleme yöntemlerinin kullanılması hasta bilgilerine yetkisi olmayan kişilerin erişimi engellenmelidir” (Şenel, 2003:12). Bu

hususla ÷lkemizde Sağlık Bakanlı tarafından 2004 yılında Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı hazırlanarak t÷m paydaşlar tarafından kullanılmaya başlanmıştır ([http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf) 11.09.2013).

Elektronik tıbbi kayıt sistemleri son derece kompleks sistemlerdir. Tıbbi kayıtlarda gizlilik ve mahremiyetin sağlanması kabul edilebilir bir düzeyde teknik olarak mümkündür. “Bu açıdan bakıldığında teknik olarak yazılımlar oluşturulurken gelişmiş düzeyde algoritmaların kullanılması siber saldırılara karşı önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık verilerinin eğitim veya bilimsel çalışmalarda kullanılması durumunda gerekli tedbirlerin alınması aksi hallerde yasal mevzuatlar çerçevesinde yaptırımların uygulanması önemli oranda caydırıcılık sağlayacaktır” (Turgut vd., 2013:7).

Türkiye’de özellikle bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması, politikaların belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının geliştirilmesi, izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemelerin yapılabilmesi amacı ile sağlık kuruluşları tarafından bildirim zorunlu hastalıkların kapsam ve tanımları 2007 tarihli Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyansı ve Kontrol Yönetmeliği’nde özetle şöyle açıklanmaktadır: “Bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma risklerinin bulunması ve bu risklerin erken aşamalarda tespit edilerek koruma önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan t÷m hekimler tarafından yapılması gerekmekte olup bu bildirimlerden hekim ile birlikte t÷m sağlık kurum ve kuruluşları sorumlu tutulmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan elektronik bilgi yönetim sistemlerinde hastanın kimlik bilgileri, kayıtlı olduğu ikamet adresi, hastalığa ait bilgilerden hastalık adı ve hastalık kodu ile bildirim yapan kuruluş ve kişi bilgilerinin tam olarak girilmesi zorunludur” denilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim sistemi Yönergesi, 2014:4).

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve etkenler derecelerine göre dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

- 1- A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar: Ülke genelinde hizmet veren t÷m sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar.
- 2- B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar: Uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları kapsar. Bu grupta yer alan hastalıklar tespit edildiği

anda, tek vaka görülmesi halinde dahi, acil şekilde tüm iletişim kanalları araçları kullanılarak, direkt olarak müdürlüğe ihbar edilme zorunluluğu bulunmaktadır.

- 3- C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar: Yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılması gereken hastalıkları kapsar.
- 4- D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar: Tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen hastalıkları ve sonuçları kapsar.

Tablo2.1. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

A- GRUBU HASTALIKLAR	B- GRUBU HASTALIKLAR	C- GRUBU HASTALIKLAR	D- GRUBU HASTALIKLAR
Aids	Çiçek Hastalığı	Avian Influenza	Campylobacter Jejuni
Akut Gastroenteritis Enfeksiyonu	Sars Virus	Batı Nil Virus	Chlamydia Trachomatis
Boğmaca	Poliomyelitis	Ekinokokkoz	Cryptosporidium SP
Botulismus	Human Influenza	Epidemics Tiffüs	Entamoeba Histolytica
Bruselloz		Hanta Virus Enfeksiyonu	Enterohemerojik E.Coli
Chikungunya Ateşi		H.İnfluenza Enfeksiyonu	Giardia İntestinalis
Difteri		Kala-Azar	Salmonella SP
Genore		Kene Kaynaklı Ensefalit	Shigella SP
HİV Enfeksiyonu		Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	Trisinoz
Kabakulak		Konjenital Rubella	Listeria Monocytogenes
Kızamık		Lyme Hastalığı	Yersinia SP
Kızamıkçık		Lejyoner Hastalığı	Norovirüs
Kolera		Lepra	Rotavirüs
Kuduz		Leptospiroz	
Kuduz riskli Temas		İnvazivPnömonokokkal Hastalık	
Meningokoksik		SSPE	
Neonatal Tetanoz		Sistozomiyaz	
Sarı Humma		Toksoplazmoz	
Sifiliz		Trahom	
Sıtma		Tularemi	
Suçiçeği		Jakop Hastalığı	
Şarbon		Veba	
Şark Çıbanı		Viral Hemarajik Ateşi	
Tetanoz		Q Ateşi	
Tifo			
Tüberküloz			
Akut Viral Hepatitler			

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Bildirimi Zorunlu Hastalıklara Genel Bakış ve Sürveyans Sistemleri, 2013:2

2.6 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Kalite kavramı insanların ve sistemlerin hata olasılıklarının en aza indirilmesi ve mükemmelere ulaşma isteğinden ortaya çıkmıştır. Kalite Latince “Qualitas” demektir ve “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “Qualis” kelimesinden türemiştir (Karakaya, 2017:14; Gümüšoğlu, 2007:11).

Kalite, “Ürün veya hizmet kullanımının, amaçlara ve şartlara uygunluğu ile birlikte mükemmeli arayışının sistematik bir yaklaşımı ve yapılan tüm faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. Türk Standartları Enstitüsü ISO 9000 serisinde kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya oluşabilecek tüm ihtiyaçları karşılayabilme yeteneğine sahip olunan özellikler” olarak ifade edilmektedir (Kayhan, 2015:18).

Hizmet kalitesinin belirlenmesinde, genellikle hizmet kalitesini oluşturan tüm bileşenler tespit edilerek ölçülmesi gereklidir. Hizmetlerin tespiti ve ölçülmesinde en temel etken kuşkusuz ki insan faktörü ve davranışlarıdır. “Bir hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunma düzey ve kalitesinde farklılıklar bulunabilir. Önemli olan hizmeti ya da ürünü kullanan kişilerin, beklenti düzeyleri, sosyo-ekonomik seviyeleri, kültürel ve toplumsal alışkanlıkları kalitesinin değerlendirilmesini belirler” (Zincirkıran, 2016:9).

“Kalite açısından yapılan tüm tanımlamalar ve açıklamalarda en başta insan faktörünün değerlendirmesinin yanında, ürüne veya hizmete yönelik doğru iletişim kanallarının kullanılması, sistemlerin optimal düzeyde birbirlerine entegre olması, hedeflenen stratejilerin gerçekleşmesi, girdi ve çıktıların ölçülmesi gibi hizmet veya ürünün kalitesinin değerlendirilmesi kendi içinde oluşan süreçlere göre yorumlanabilir” (Taş, 2009:26).

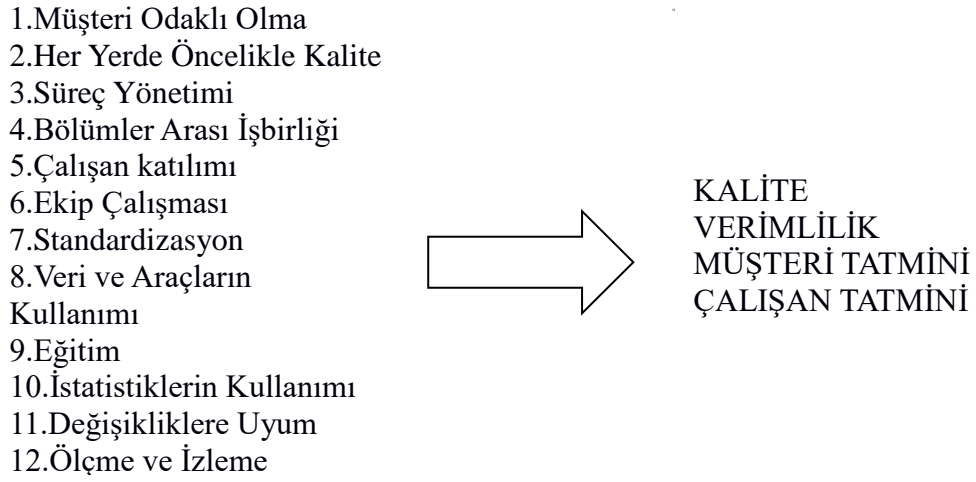
Toplam kalite yönetimi hizmeti alan müşterilerin üründen hedeflenen beklentilerinin aşılmasını hedefleyen, ekip çalışması ile birlikte tüm süreçlerin optimal düzeyde kullanılmasını ve iyileştirilmesini sağlamaya yönelik yönetim anlayışıdır. Bu anlayış çerçevesinde hizmeti ya da ürünü alanların ihtiyaçlarını, beklentilerini karşılamak üzere sonuçta maksimum performans elde etmektir (Karakaya, 2017:38). “TKY temel amaç stratejik planlamalarda devamlı yenilikçi olma, teknoloji, insan kaynakları ve yardımcı diğer tüm kaynakları bu hedefler doğrultusunda kullanarak yönetsel fonksiyonları etkin ve verimli kullanabilmeyi

öğrenmektir” (Çavuş ve Gemici, 2013:246). Sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasındaki artış TKY yönetiminin önemini gündeme getirmiştir. “Sağlık hizmetlerinde kalitenin bu derecede önem kazanmasının birkaç nedeni bulunmaktadır. Bunlar:

- Sağlıkta toplam kalite konusunda hizmet alanların ve diğer paydaşların taleplerinin hızla artış göstermesi
- Kalite kavramının sağlık yönetiminde vazgeçilme kavramlar arasında yer alması
- Sağlık hizmetlerinin yapısı gereği önemli oranda kamu tarafından sunulması sebebiyle devletin bu konuda etkili bir rol alması
- Sağlık teknolojilerinde yaşanan hızlı gelişmeler
- Toplumun sağlık düzeylerindeki pozitif gelişmeler ile birlikte sağlık hizmetlerinin kullanımının yaygınlaşması
- Kitle iletişim araçlarının gelişmesi
- Hasta hakları konusundaki yaklaşımlara yönelik hassasiyetin artması ve buna bağlı olarak doktor hatalarının tartışmaya açılarak yasal cezaların uygulanması
- Toplumun sosyo-kültürel seviyesinin artarak bireylerin sağlıklı olma hallerine verdikleri değerin gittikçe artması” olarak sıralanabilir. (Bekçi ve Toraman, 2011: 41; Öznalbant, 2010: 45).

“Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamaları sayesinde, hizmeti sunan sağlık kuruluşlarını, kendi eksikliklerini anlama ve bu eksiklikleri dikkate alarak hizmet kalite standartlarını müşteri beklentilerine cevap verebilecek şekilde politikalar belirleyerek yönetsel sistemler oluşturmalıdırlar. Sağlık kuruluşları günümüzde tam dolulukla hizmet vermek yerine sunulan hizmetin kalitesini yükseltmeyi öncelikli amaçları arasına koymaktadır. Verimliliğin artışına paralel olarak gelirler artacak böylece varlıklarını devam ettirebilmek mümkün olacaktır. Sağlık hizmetlerinin geleceğini artık kalite oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde temel belirleyici rolün hizmeti talep edenler tarafından belirleniyor olması, sektördeki kalite anlayışının yerleşmesini ve gelişimini sağlayacaktır” (Kaya vd., 2013:34).

Şekil.2.2.Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri ve Araçları



Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, 2012:482

2.6.1 Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS)

Hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetlerinin maksimum düzeylerde sağlanmasını temel esas olarak kabul eden Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları ve bu standartların uygulanmasına ilişkin kuralları düzenleyen Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. “Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin, toplam kalite yönetimi anlayışı çerçevesinde, kalite, güven, gizlilik, maksimum performans, çalışan motivasyonun sürekli hale getirilmesi, rekabet edebilme gücünün olması, ekip halinde çalışma kültürünün aşılmasına dair esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi, Toplam Kalite Yönetimi anlayışının kurum bünyelerinde oluşturulması ve kurum kalite kültürünün yerleştirilmesi yönünde atılmış hayati önemde bir yapılanmadır” (Çavuş ve Gemici, 2013:243). “İlgili Yönergeye göre, yataklı tedavi kurumlarında toplam kalite yönetimi anlayışının uygulanmasına yönelik faaliyetler, aşağıda belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülmektedir:

- Her kurum bünyesinde oluşturulacak kalite konseyi tarafından, uygulamalar konusunda planların oluşturulması ve geliştirilmesi

- Sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeylerini yükseltmeye yönelik tedbirlerin alınması
- Süreçlere tüm çalışanların katılımını sağlayarak, ekip ruhunun geliştirilmesi
- Kalite yönetimi uygulamaları çerçevesinde kaynakların etkili ve verimli kullanılmasının sağlanması
- Belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla sunulan hizmetlerin devamlı ölçümlerinin ve denetimlerinin yapılması
- Süreçlerde uygulanan bütün faaliyetlerin kayıt altına alınarak, çalışanların bu konularda devamlı bilgilendirilmesi
- Sistemin devamlı gözden geçirilerek, yeniliklerin uygulanması yönünde adımların atılması
- Tüm çalışanların bilgi ve becerilerinin geliştirebileceklerini sağlayacak ortamların sağlanması
- Hizmet kalitesinde sürekliliğinin sağlanması için, çalışanların sürekli eğitimlerine yönelik çalışmalar yapılması
- Çalışanlara sistemin vaz geçilmez paydaşlarından oldukları anlayışının yerleştirilmesi konusunda çalışmalar yapılması
- Hizmet sunumunda işveren ve çalışanlar arasındaki uyumun geliştirilmesinin sağlanması
- Kurumsal ve bireysel amaçların örtüştüğü anlayışının benimsetilmesi
- Kurumsal kalite kültürünün oluşturulması” şeklinde sıralanmaktadır. (Kaya vd., 2003: 95).

2.6.2 Sağlık Hizmetlerinde ve Tıbbi Kayıt Sistemlerinde Akreditasyon

Sağlık kuruluşlarında akreditasyon, kamu veya özel sağlık kuruluşlarının gönüllü olarak yaptıkları süreçlerdeki girdi ve çıktılarda devamlı olarak gelişimi gerektiren standartlara göre faaliyet göstereceklerinin taahhüt edilmesi olarak nitelendirilebilir. Roa ve Rooney'e göre ise akreditasyon, sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarının hizmet kalite standartlarını geliştirmek yönünde tasarladıkları şartları sağlayıp sağlamadıklarını belirlemek amacıyla oluşturdukları süreçlerin toplamıdır (Sur ve Palteki, 2013:454).

“Akreditasyon, sağlık kurum ve kuruluşundan bağımsız genelde kamu dışı bir oluşumun, sağlık kuruluşunun, hasta bakım güvenliğini ve hizmet kalitesini yükseltmek için tasarlanmış bir dizi standardı karşılayıp karşılamadığının değerlendirdiği süreç olmakla birlikte akreditasyon standartları genelde optimal

seviyede ve ulaşılabilir kabul edilmektedir. Akreditasyon süreci aynı zamanda sağlık kuruluşlarında hastaların ve çalışanların maruz kaldığı riskleri azaltmak için sürekli iyileşme yönünde atılması gereken adımların verileceğinin taahhüdünü sağlamaktadır. Akreditasyon, nitelikli bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak bütün dünyada büyük ilgi görmektedir. Akreditasyonun, sağlık sektöründeki uygulamalarına bakıldığında kalite yönetimini desteklediği için akreditasyonu belgelenmiş kurumların kazanımları da paralelinde artmaktadır” (Kaya v.d, 2013:184).

“Sağlık kuruluşları, akredite olma özelliklerini profesyonel başarı ve sunmuş oldukları hizmet kalitesinin bir ölçütü olarak kabul etmektedirler. Dünyada akreditasyon uygulamaları değerlendirildiğinde ve süreç içerisindeki kalite göstergeleri incelendiğinde, akreditasyon standartlarının uygulama amaçları arasında, hasta beklentilerini karşılamak, kuruluşun performansını yükseltmek, hizmet kalitesini artırmak gibi hedefleri olduğu görülmektedir” (Sur ve Paltek, 2013:457). “2012 yılında SB Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kurulmuştur. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı temel olarak aşağıda belirtilen amaçlar çerçevesinde görev yapmaktadır:

- İnsan sağlığını merkezi odak noktası haline getirmek
- Sağlıkta beklenen ve algılanan hizmet kalitesi düzeylerini en üst seviyelere getirmek
- Faaliyetleri sırasında hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak
- Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte ortak hareket etmek
- Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük ederek belirlenen ilkleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır” (Büyükkaraman, 2014:31).

Sağlık kuruluşlarında akreditasyon sisteminin uygulanmasının hasta ve kurum açısından yukarıda belirtilen amaçlara yönelik birçok faydası bulunmaktadır. Genel hatları ile bu faydaları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. “Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısının gelişmesini sağlar
2. Sağlık hizmetlerinde artan verimlilik konusuna odaklanarak maliyetlerin düşürülmesini sağlar
3. Sağlık kuruluşlarında karşılaştırmalı analizlerin yapılacağı veri tabanı oluşturulmasını sağlar

4. Hastalar ve çalışanlara yönelik kaza, yaralanma ve enfeksiyonlara karşı risklerin en aza indirilmesini sağlar
5. Doğru ve güvenilir dokümantasyon sisteminin oluşturulmasını sağlar” (Coşkun ve Akın, 2009:84)
6. “Sağlık politikalarının devamlı revizyonuna olanak sağlar
7. Sürekli kalite gündeminin kurum kültürüne entegrasyonunu sağlar
8. Ulusal ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri geliştirir
9. Hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en ileri uygulamaları içermesini sağlar
10. Hastaya bilgi edinme hakkı, mahremiyet hakkı ve onay alınması gibi hasta haklarının verilmesini olanaklı kılar” (Sur ve Paltek, 2013:457).

“Sağlık hizmetlerinde akreditasyona yönelik iyileştirme sürecinde tıbbi kayıt sistemlerinin standartlara uygun olarak iyileştirilmesi, hasta bakım kalitesine dolaylı yoldan katkı sağlar. Ancak bu katkının hasta memnuniyetini sağlamadaki rolü ve önemi henüz yeterince anlaşılamamıştır. Akreditasyon çalışmaları bu konunun daha iyi anlaşılabilmesine de olanak sağlar. Tıbbi kayıt hizmetlerinin akreditasyonu bu anlamda iyileşme sağlayacağı gibi genel sağlık hizmetlerinin sunumuna olumlu katkı sağlar” (Sur ve Palteki, 2013:840).

2.6.3 Türkiye’de Toplam Kalite Sistemlerinin Uygulanmasına Genel Bakış

“TKY’nin ilk olarak 1950’lerde Deming tarafından geliştirildiği kabul edilir. İlk TKY uygulamaları Japonya’da başlayarak, istatistiksel yöntemlerin uygulanması, çalışanların eğitimi ve müşterilerin hizmet ve üretim hattında önemli bir paydaş olarak kabul edilmesi ile birlikte yönetim ve tüm çalışanların ortak konusu haline gelmiştir. TKY, en üst düzeyde performansı ve tüketici memnuniyetini başarmak amacıyla tüm işletmenin çalışanlar ve yöneticilerin birlikte kalite kavramını stratejik amaç olarak taahhüt etmesidir. Buna göre TKY, ürünlerin ve hizmetlerin yüksek kalitede olması hususunda kesin bir taahhüdü ve sürekli iyileştirme anlayışını benimseyen bir yaklaşımdır. Tam ve zamanında hizmet, sıfır hata, optimal kalite çemberleri gibi kavramlar ve uygulamalar TKY ile bütünleşmiştir.” (Mucuk, 2013:175; Karakaya, 2017:26-30).

“Türkiye’de 2001 yılında, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerinin, TKY anlayışı ile kalite, güven,

gizlilik, optimal verim, çalışan motivasyonu, hizmette süreklilik, rekabet edebilme gücü, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yönetilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi yürürlüğe girmiştir. Böylece, Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına ülke genelinde aktif olarak başlanmıştır” (Kaya vd., 2013:22). Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeninden biri Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon sisteminin uygulanmasıdır. 2005 yılında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi, verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması ve Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları noktasında ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum koşullarının belirlenmesi ve hastaların görüş ve önerilerinin değerlendirilerek katkılarının alınması, yine çalışanların da tüm süreçlerde aktif rol alması amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ve yine 2013 tarihinde Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayınlanmıştır. Yönerge kapsamında hazırlanan ve kalite geliştirme ve değerlendirme kriterleri zaman içinde yönetmelik ile birlikte revize edilerek bugünde halen kullanılan Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) adını almıştır” (Doğan, 2014:79).

“Türkiye’de sağlık hizmetlerinde toplam kalite konularında özellikle kamudaki yeniden yapılanmalar çerçevesinde yapılan çalışmalara son dönemlerde önem ve hız kazanmıştır. Başbakanlık yönetiminde akademik çevreler ile sivil toplum kuruluşlarının da katkılarıyla toplam kalite yönetimine yaklaşımlarda olumlu dönüşümler gerçekleşmektedir” (Zincirkıran, 2016:55).

“Sağlık Bakanlığı tarafından 2010-2014 dönemini kapsayan stratejik planda sağlık hizmetlerinin kaliteli ve güvenli sunulması ilk üç amaç arasında yerini bulmuştur. Bu amaç doğrultusunda kalite ve akreditasyon yönetiminin sağlık kuruluşlarının performanslarının değerlendirilmesinde ve geliştirilmesinde etkili olacağı belirtilmektedir” (Doğan, 2014:80). “TKY felsefesinin tam olarak anlaşılmanan uygulanmaya çalışılması ve yalnızca belgeye sahip olma isteği sağlık işletmelerinin geleneksel yönetim yaklaşımlarının etkisi altında kalmaya ve sonuçta başarısızlıkların temel kaynağını oluşturmaktadır” (Erdemir, 2015:47).

2.7 Arşiv Kullanım Sistemleri

Sağlık kuruluşlarına tedavi amacıyla müracaat eden hastaların görmüş oldukları teşhis ve tedavileri sonucunda oluşan ve hastaların daha sonraki olası başvurularında, bilimsel araştırmalarda, istatistiki değerlendirmelerde, adli davalarda, vb. konularda kullanılmak gibi amaçlarla belirli sınıflama sistemlerine bağlı kalınarak bir sıra ve düzen içerisinde saklanan dokümantasyon arşiv olarak adlandırılır. “Arşivciliğin gelişmiş olduğu bütün ülkelerde, üretilen her yeni belgenin belirli süreler sonunda arşiv malzemesi haline gelme ihtimali göz önünde bulundurularak, belge ve dosyalama işlemlerine büyük önem verildiği görülmektedir. Sağlık kuruluşlarında arşiv alanlarının belirlenmesine proje sürecinde başlanmalı ve gerekli planlamalar bu yönde yapılmalıdır. Bu aşamada sağlık kurumu yöneticileri, arşiv komitesi üyeleri ve mimarlar, arşiv alanlarının tespitinde ortaklaşa hareket etmelidirler. Yine arşiv alanlarına ayrılacak kısımların alan hesaplamalarında, kullanılacak yapısal malzemelerin tespitinde ve yerleştirilmesinde alanlarında uzman mühendis ve mimarlarla eş güdüm halinde çalışma gerçekleştirilmelidir. Arşiv yeri mümkün olduğunca sağlık kuruluşu içerisinde merkezi bir konumda düzenlenerek gelecekteki gelişmeler dikkate alınarak, mümkün olduğu kadar büyük bir alan ayrılmalıdır. Bunların yanı sıra arşivin havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmelidir. Çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanarak, yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet v.b. risklere karşı gerekli tedbirler alınmalıdır” (MEGEP, 2008:11).

“Yoğun rekabet ortamında sağlık kuruluşlarının varlıklarını devam ettirebilmeleri, ulusal ve uluslararası piyasalarda rekabet üstünlüğü elde edebilmeleri hizmet sunumundaki kalitenin yanında bilgilerin toplanması, tasnif edilmesi, saklanması ve tekrar hizmete sunumundaki etkili yaklaşım ve yeteneklerine bağlıdır. Özellikle sağlık hizmetlerinde elde edilen bilgiler, en az üretime yönelik ham madde, sermaye ve insan gücü kadar stratejik planlamalarda önemli kaynak olarak kabul edilmektedir” (Dikmetaş, 2015:20).

Sağlık kuruluşlarında merkezi arşiv kuruluş ve işleyişi hususunda 2005 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde şu şekilde belirtilmektedir: “Madde 32. Her yataklı tedavi kurumu bir merkezi tıbbi arşiv kurmak ve bulundurmaya zorundadır. Bütün servislerin ve imkânları çerçevesinde polikliniklerin

işlemleri tamamlanan hasta dosyaları, bilimsel araştırmalar ve istatistik raporları hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içerisinde saklanır. Dosyanın kolay ve hızlı bulunması amacıyla, alfabetik olarak, hastalık ve protokol numaralarına bağlı kalarak gereği halinde ulaşılabilir imkânı sağlayacak şekilde uygulamalar yapılır. Merkezi konumdaki tıbbi arşiv biriminin çalışma usulleri ile sağlık kuruluşlarında tıbbi bilgilerin elektronik ortamda tutulmasına dair usul ve esaslar Yönerge ile belirlenir” denilmektedir. (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2005:7).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu ve özel sağlık kuruluşlarında bürokratik işlemlerin azaltılmasıyla, zaman, yer, iş gücü ve kırtasiye giderlerinin azaltılması, bütün işlemlerde kâğıt giderlerinin azaltılarak tıbbi bilgilerin elektronik ortamda kayıt altına alınması ve arşivlenmesinin usul ve esaslarını belirlemek amacıyla 2013 tarihli Sağlık Bakanlığı Elektronik Belge Yönetim Sistem Yönergesi yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

2.7.1 Hasta Dosyaları Arşiv Kullanım Sistemleri ve Önemi

“Hasta dosyaları, yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden hastalara yapılan, teşhis ve tedavi süreçlerinin tamamının yer aldığı belgelerin saklandığı A-4 kâğıdı boyutlarında düzenlenerek standartlara göre belirlene renkli kartonlardan hazırlanan dosyalardır. Hasta dosyaları hastanın sağlık kuruluşuna başvurduğu andan başlayarak taburculuk işlemlerinin tamamlanmasına kadar geçen sürede uygulanan tedavi ve tüm işlemlerin yer aldığı çeşitli tıbbi dokümanlardan oluşmaktadır” (Özbabalık vd., 2012:59).

“Hasta dosyaları içerisinde aşağıdaki form ve belgeler bulunur:

1. Hasta kabul kâğıdı (Form 60)
2. Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı (Form 62)
3. Derece kâğıdı (Form 61)
4. Hasta tabelası (Form 51)
5. Röntgen istek kâğıdı ve raporları (Form 64)
6. Laboratuvar istek kâğıdı ve tetkik raporları (Form 65)
7. Ameliyat kâğıdı (Form 63)
8. Hastanın muayene istek formu (Form 67)
9. Çıkış özeti (Form 67)” (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve arşiv

Hizmetleri Yönetmeliği, 2001:14).

“Hasta dosyaları içeriğinin doğru ve güvenilir olması, uygulanan yazım kuralları ve dil açısından anlaşılır olması, istenildiği zamanda ulaşılabilir olması ancak ki standartlara göre arşivlenmesine bağlıdır. Hasta dosyalarının belirlenen kalite ve niteliğe sahip olmasındaki temel ve birincil sorumluluk hekimlere ait olup dosyaların şekil yönünden düzenlenmesi ve saklanması ise tıbbi sekreterlerin sorumluluğundadır” (Sur ve Palteki, 2013:840).

Kaliteli bir dosyalama ve arşivleme sistemi en yalın anlatımla, ekonomik, bilgilerdeki tutarlılık, kullanışlı ve esnek olması, transfer kolaylığı sağlayacak şekilde olmalıdır. “Hasta dosyalarının saklanma süresi en az yirmi yıldır. Arşiv alanının büyüklüğü hasta dosyalarındaki artış oranları göze alınarak yapılmalıdır. Bu amaçla sağlık kuruluşlarında planlamalar yapılırken uzun vadeli hedefler göz önüne alınarak gereken tedbirler alınmalıdır” (<http://tibblekreterhastakabul.blogspot.com.tr/2012/11/dosyalamasistemleri.html>).

Hasta dosyası olarak kullanılacak arşiv ürünleri belirlenirken mutlaka, yönetmelikler, kurumun çalışma prensipleri, rafların yapısal özellikleri, dosya içerisinde kullanılacak formların boyutları gibi faktörler dikkate alınmalıdır. Hasta bilgilerinin dosyanın kapak sayfalarında bulunması hasta mahremiyeti ve gizlilik yönünden sorun olabilir. Bu durumda hasta bilgilerin dosyaların iç kapağında bulunması yerinde olacaktır.

“Standart bir hasta dosyası iç kapağında yer alması gereken bilgiler şunlardır:

- Hastanın isim ve soy isim ile protokol numarası
- Başvuru sırasına giriş ve çıkış tarihleri
- Teşhis ICD kodu
- Tedavi görülen klinik ve oda numarası
- Hastanın allerjisi varsa bunun kaydı
- Hastanın kan grubu
- İlave notlar bölümü” (Ceylan,2007:9).

“Hasta dosyalarının zaman tasarrufu sağlayacak biçimde ihtiyaç halinde ulaşılmasını kolaylaştıracak şekilde arşivlenerek saklanması gerekir. Bu amaçla hasta dosyaları arşivlemesinde yoğunluklu olarak çok renkli dosyalama yöntemi tercih edilmektedir.

“Bu sistemin faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- Dosyaların olması gereken bölümden farklı bir alanda bulunmasını engeller
- Yanlış bölümlere konulan hasta dosyalarının fark edilmesini kolaylaştırır
- Karışık yerleştirilen bir dosya bölümünün içinde aranılan dosyanın, kolaylıkla tek hamlede bulunmasını sağlar.
- Dosyalama sisteminin estetik bir görünüm kazanmasını sağlar” (Sürer, 2015:13).

Hasta dosyaları arşivlemede kullanılan renkler aşağıda Tablo.8’de gösterilmiştir.

Tablo.2.2. Hasta Dosyalarının Arşiv Sisteminde Kullanılan Renk Karşılıkları

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

Kaynak: MEGEP, Tıbbi Arşivleme, 2008:6

2.7.2 Elektronik Ortamda Arşivleme Sistemleri

“Tıp teknolojisinin her geçen gün ilerlemesi ile bilgisayarlar hayatımızın önemli bir parçası haline gelmektedir. Elektronik sistemlerden önce arşiv güvenliği sadece belgelerin bulunduğu ortamın fiziki koşullarının uygunluğuna bağlı olarak bilgilere ulaşılmasını zorlaştırmaktaydı. Günümüzde gelişen teknoloji ve bilgisayar sistemleri ile tüm tıbbi belgeler elektronik ortamda kayıt altına alınarak tekrar kullanıma sunulması ve yedeklenme imkânı sunmaktadır” (Blobele, 2003:124).

Elektronik ortamda arşivleme sistemlerinin kullanımı ile birlikte sağlık kuruluşlarında işleyiş hız kazanmakta, hasta bilgilerinin kaybolma riski de buna paralel olarak azalmaktadır. Elektronik arşivleme sayesinde sağlık kuruluşu

yöneticileri için istatistikî raporların çok kısa zamanda hazırlanması ve kullanılmasını olanaklı hale getirmektedir. Hastane bilgi yönetim sistemleri sayesinde hastalara geçmişte uygulanmış olan tüm tıbbi rapor sonuçları, ilgili kliniklerin gelir ve giderleri ile belirlenen dönemlerdeki hasta sayıları ve bunlara ait oransal istatistikî bilgileri de yöneticiler ihtiyaç duydukları anlarda kolaylıkla ulaşabilmektedirler.

“Sağlık Bakanlığı’nın Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesine 2004 tarihinde ek bir madde eklenerek hasta tıbbi kayıtları ile stok kontrol süreçlerinin bilgisayar ortamında tutulması ve saklanması zorunluluğu getirilmiştir” (Çimen, 2014:94,104).

Elektronik ortamda arşivleme sisteminin faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz:

- “Elektronik ortamda arşivleme sayesinde fiziksel mekânlardan önemli oranda tasarruf sağlanır
- Hasta bilgilerine çok daha hızlı ulaşılabilir.
- Hastalara ait tıbbi bilgilere aynı anda birden çok kullanıcı ulaşabilir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegre halde çalışılabilme imkânı sağlar.
- Hasta verilerinin kolaylıkla birleştirilmesini sağlar.
- Hasta kayıtlarının sağlık kuruluşu içerisinde fiziksel olarak yer değiştirmesi sırasında kaybolma riskini minimum düzeye indirir” (Ceylan, 2007:14).

2.7.3 Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri

“Sağlık kuruluşlarındaki bilgi üretim merkezlerinin basında radyoloji ve nükleer tıp merkezleri gelmekte olup bu bölümlerdeki işlemlerin yürütülmesinde bilişim Sistemleri’nden yüksek oranda yararlanılmaktadır” (Saka,2009:56).

“Günümüzde radyoloji bölümlerinde kullanılan Bilişim Sistemleri’nin basında Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (Picture Archiving and Communication System -PACS) gelmektedir. PACS farklı şekillerde bulunan görüntüleme sistemlerinin elde ettiği verilerin arşivlenmesine ve gereği halinde farklı bölümlerdeki kullanıcılar tarafından kullanılmasına imkân sağlayan elektronik kayıt sistemidir” (Suntay, 2010:60). “Hastane bilgi sistemi ile PACS arasında kurulan bağlantılar sayesinde radyolojik görüntüleme ile birlikte, raporlar ve hastaya ait diğer tıbbi bilgiler de İntranet sistemler aracılığıyla farklı kullanıcılar tarafından

gözlemlenebilir. Böylelikle hekim basılı materyale ihtiyaç duymadan hastasına ait bilgilere ulaşabilmekte ve karşılaştırmalı değerlendirmeler ile teşhis ve tedavi süreçlerine yön verebilmektedir” (Sur ve Palteki, 2013:777).

Görüntü arşivleme ve iletişim sistemlerinin sağlık kuruluşlarına sağladığı faydaları şu şekilde sıralayabiliriz:

- “Muayene teşhis ve tedavi sürecini zaman açısından yöneterek ihtiyaç duyulan anlık ve kritik bilgiye hızlı erişimi sağlar
- Film işleme ve depolama maliyetlerini ortadan kaldırır
- Elde edilen radyolojik görüntülerin elektronik ortamda paylaşılmasını sağlar
- Radyoloji görüntülerin güvenli sunucular aracılığı ile ilgili bilginin paylaşılmasını, geri çağrılmasını ve depolanmasını sağlar
- Web sunucuları sayesinde elde edilen görüntülerin farklı sağlık kuruluşları tarafından görüntülenmesini olanaklı kılar” (Çimen, 2014:45).

2.7.4 Arşiv Ürünlerinin Saklanma, Ayıklanma ve İmha Kuralları

Sağlığın tanımı gereği tıbbi kayıtlar hayati öneme sahiptir. Tıbbi kayıtlar tam ve doğru tutularak saklandığı müddetçe geçerlidir. Ayrıca tıbbi dokümanlar yasal belge niteliği olmakla birlikte gerekli hallerde hastayı ve sağlık çalışanlarını korumaktadır. “Arşivlerde saklanan belgelerle birlikte belirli dönemlerdeki epidemiyolojik değişiklikler, yaşam biçimi ve çeşitli ilişkiler açıklığa kavuşturularak bilimsel araştırmalara da yardımcı olur. Arşivleme, sağlık kuruluşlarının geleceğine yön vermede çok önemlidir, basılı materyal ile arşiv sistemleri oluşturulabileceği gibi optik, disk ve CD gibi yedekleme imkânı sunan ve kayıtların kaybolmasını en az seviyeye indiren elektronik sistem üzerinden arşiv sistemleri kurulur” (Özkanan, 2009:66).

2005 tarihli Devlet Arşivleri Yönetmeliği’nde kuruluşların bünyelerinde oluşturacakları arşiv birimlerinin fiziki standartları ile saklanmasına yönelik tedbirler şöyle sıralanmaktadır: “Madde 4. Kuruluşlar, arşiv malzemelerinin saklanması ile ilgili olarak;

1. Deprem, hırsızlık, rutubet, su baskını vb. felakete yönelik tedbirlerin alınmasından
2. Yangına karşı, söndürme malzemelerinin bulundurulması ile bunların talimatlar çerçevesinde devamlı çalışır halde bulundurulmasından

3. Arşiv ünitelerinde standartlara uygun olarak rutubet düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yeterli sayıda higrometre bulundurulmasından ve normal seviyelerin üzerindeki rutubet seviyelerini engellemek amacıyla gerekli cihazların yerleştirilmesinden
4. Yılda en az bir defa olmak üzere gerekli olan zamanlarda mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbirlerin alınmasından
5. Arşiv bölümlerindeki havalandırma ve aydınlatmaların uygun şekilde düzenlenmesinden
6. Arşiv bölümlerindeki ısı seviyelerinin uygun seviyelerde tutulmasından sorumludurlar” (Devlet Arşivleri Yönetmeliği, 2005).

“Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 10. maddesinde, hasta ile ilgili tıbbi kayıtların ilgili sağlık kuruluşlarında hizmeti sunan sağlık çalışanlarının birincil düzeyde sorumluluğunda olduğu; sağlık çalışanlarının, bu tıbbi hizmetleri bir sağlık kuruluşu bünyesinde sunmaları halinde ilgili tıbbi kayıtların saklanmasına ait asıl sorumluluğun kuruluş yönetiminde olduğu, tetkik ve laboratuvar sonuçlarının görevli sağlık çalışanları tarafından hiçbir suretle üzerinde değişiklik yapılmayacağı, hastanın veya kanuni varisinin kendilerine ait tıbbi kayıtların birer nüshasını alabileceği ile hiçbir suretle yetkisiz kişilere verilmeyeceği ve asıl belgelerin en az yirmi süre ile muhafaza edileceği” belirtilmekte olup belirlenen bu kurallara uymayan sağlık kuruluşu yöneticileri ile çalışanlara yönelik yasalarda belirtilen yaptırımlar uygulanır” (<http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html>, 10.09.2013).

“Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi’nde; Adli vakalarda ilk müracaat sonucunda düzenlenecek tıbbi raporların bir suretinin sağlık kuruluşunda saklanacağı diğer suretlerinin ise ilgili adli mercilere iletilmesi hususu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar yönergesinde belirtilmiştir. Saklanmasına Gerek Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanunu ve Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğinde; Kamu kurum ve kuruluşları mevcut bulunan arşiv ürünlerinin belirlenmesini ve ileri zamanlara arşiv ürünü haline gelebilecek evrakların belirlenmesini, farklı nedenlerden dolayı kaybolma riskinin ortadan kaldırılmasını ve uygun şartlarda saklanmasının teminine ilişkin usul ve esaslara göre uygulanmalıdır” (Doğan, 2014:47).

3 BÖLÜM

UYGULAMA

3.1 Araştırmanın Metodu

Bu araştırma, Kamu ve Özel Hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının tıbbi dokümantasyon yönetimi ve tıbbi kayıt süreçlerine yaklaşımlarını belirleyebilmek amacı ile tanımlayıcı araştırma metoduna uygun olarak planlanmıştır. Yapılan literatür araştırması sonucunda elde edilen bilgiler yardımıyla anket formları hazırlanarak uygulanmıştır.

3.1.1 Amacı ve Önemi

Sağlık kuruluşlarında kullanılan tıbbi dokümanların kullanım düzeyleri kuşkusuz ki hasta ve sağlık çalışanları açısından büyük öneme sahiptir. Teknolojik gelişmeler paralelinde kullanımı gün geçtikçe daha da artan elektronik kayıt sistemlerine karşı hasta ve çalışan tutumlarının geliştirilmesi, form kayıt sistemleri ile uyumunun sağlanması sağlık hizmeti sunumunda kalitenin yükseltilmesini, dolayısıyla hastalara yönelik tedavi süreçlerine olumlu katkısının yanında sağlık çalışanlarının performans ve motivasyon algı düzeylerini de önemli oranda etkileyecektir.

Bu çalışmada; Bakırköy bölgesi Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastaneler ile yine aynı bölgede hizmet veren özel hastanelerde çalışan hekim ve diğer uygulayıcı personellerin tıbbi dokümantasyon süreçlerine ilişkin hasta ve çalışan açısından algılanan fayda ve etki düzeylerinin karşılaştırılması yapılarak sonuçların ortaya konulması amaçlanmıştır.

3.1.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Takvimi

Araştırma, İstanbul ili Bakırköy bölgesi Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı üç kamu hastanesi ile yine aynı bölgede hizmet veren üç özel hastanede çalışan doktor, hemşire, tıbbi sekreter ve diğer sağlık personellerine uygulanmıştır. Araştırma 20 Ekim 2017- 15 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma sürecinde uygulanan çalışmaların plan ve takvimi aşağıda Tablo 9'daki halinde belirtilmiştir

Tablo 3.1. Araştırma Çalışmalarına Ait Takvim

Zaman	Yapılanlar
Ocak-Nisan 2017	Literatür Taraması, Tez Önerisi Hazırlama
Nisan-Ekim 2017	Etik Kurul İzninin Alınması
Ekim 2017-Aralık 2017	Anketlerin Uygulanması
Aralık 2017 – Mart 2018	Verilerin Analizi ve Tezin Tamamlanması

3.1.3 Araştırma Evreni ve Örneklem

İstanbul, Bakırköy bölgesinde bulunan beş kamu hastanesi ve dokuz özel hastanede çalışan doktor, hemşire, tıbbi sekreter ve tıbbi dokümantasyon süreçlerinde çalışan toplamda 6683 kişi araştırma evrenini oluşturmaktadır. 20 Ekim 2017-15 Aralık 2017 tarihleri arasında belirlenen evren içerisinde üç kamu hastanesi ile üç özel hastanedeki doktor, hemşire, tıbbi sekreter ve tıbbi dokümantasyon süreçlerinde çalışan toplam 450 kişiye kolayda yargısal örneklem metodu ile ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilme koşulları: yetişkin (18 yaş ve üzeri) olmak, Doktor, Hemşire, Tıbbi Sekreter ve Tıbbi Dokümantasyon süreçlerinde çalışan diğer sağlık personeli mensuplarından birisi olmak ve araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmaktır. Kamu hastanelerinden 211 sağlık çalışanına, özel hastanelerden ise 222 sağlık çalışanına anket çalışması uygulanmıştır.

3.1.4 Veri Toplama Araçları

Hastanelerde çalışan sağlık personellerin tıbbi kayıt sistemine yaklaşım düzeylerini ölçmek amacıyla 2014 yılında Nurcan Doğan Yalçın tarafından hazırlanmış olan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından kabul edilen “Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar” başlıklı yüksek lisans tezi anketi ve Center for Health Policy Research The Pennsylvania State University tarafından kullanılan “Survey For Medical Computerization Evaluation” ölçeğinden yararlanılmıştır.

Ölçme aracı olarak, sekiz soru form olarak tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum, sekiz soru elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum ve dokuz soru ise kalite ve akreditasyon süreci açısından tıbbi kayıt sistemine yönelik değerlendirmeleri kapsamaktadır. Toplamda 34 sorunun sekiz tanesi demografik değişkenlere ait olan ve iki bölümden oluşan anket düzenlenmiştir. Ayrıca anket sonunda önerilerin belirtileceği bir adet açık uçlu soru bulunmaktadır. Anket çalışmasının çok yönlü olarak değerlendirilebilmesi amacıyla beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Bunlar; (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde derecelendirilerek uygulanmıştır.

3.1.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada uygulanan anketlerden toplanan veriler “SPSS for Windows 22.00” programı yardımıyla analiz edilerek yorumlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin cronbach’s Alpha değerleri hesaplanarak, ölçeklerden elde edilen ortalama değerler arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Demografik değişkenlere ait analizlerde t-testi (bağımsız örneklem t-testi) ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey testi ile Bonferroni testleri uygulanarak yapılmıştır.

3.1.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreni İstanbul ili Bakırköy bölgesindeki Kamu ve Özel Hastanelerde görev yapan doktor, hemşire, tıbbi sekreter ve diğer sağlık çalışanları dahil edilerek 450 kişiye anket çalışması uygulanmıştır. Çalışmanın kapsamlı bir konuyu içermesi ve sektörün büyüklüğünden dolayı ayrıca araştırmacının herhangi bir kuruluştan yardım almadan uygulaması çok uzun zaman ve finans desteği gerektireceğinden araştırma alanı Bakırköy bölgesindeki hastanelerdeki sağlık çalışanları ile sınırlı tutulmuştur.

3.1.7 Etik Kurul Onayı

17/10/2017 tarihli 69396709-300.00.00-2471 sayılı İstanbul Arel Üniversitesi Rektörlüğü tarafından onaylanan etik kurulu kararı Ek-1’de sunulmuştur.

3.1.8 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.

- H.1a: Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutum ile Elektronik Tıbbi Kayıt sistemine yönelik tutum arasında anlamlı ilişki vardır.
- H.1b: Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutum ile Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum arasında anlamlı ilişki vardır.
- H.1c: Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum ile Form Tıbbi Kayıt sistemine göre tutum arasında anlamlı ilişki vardır.

H2: Cinsiyetlerine göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.2a: Cinsiyet durumlarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.2b: Cinsiyet durumlarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.2c: Cinsiyet durumlarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H3: Medeni durumlarına göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.3a: Medeni durumlarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.3b: Medeni durumlarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.3c: Medeni durumlarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H4: Çalışılan kuruma göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.4a: Çalışılan kuruma göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.4b: Çalışılan kuruma göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.4c: Çalışılan kuruma göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H5: Yaş gruplarına göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.5a: Yaş gruplarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.5b: Yaş gruplarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

- H.5c: Yaş gruplarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H6: Gelir gruplarına göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.6a: Gelir gruplarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.6b: Gelir gruplarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.6c: Gelir gruplarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H7: Kıdem gruplarına göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.7a: Kıdem gruplarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.7b: Kıdem gruplarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.7c: Kıdem gruplarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H8: Eğitim durumuna göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.8a: Eğitim durumuna göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.8b: Eğitim durumuna göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.8c: Eğitim durumuna göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H9: Çalışma durumuna göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.9a: Çalışma durumuna göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.9b: Çalışma durumuna göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.9c: Çalışma durumuna göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

H10: Meslek gruplarına göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeği alt boyutları arasında farklılık vardır.

- H.10a: Meslek gruplarına göre Form Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

- H.10b: Meslek gruplarına göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.
- H.10c: Meslek gruplarına göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik tutumları farklılık gösterir.

3.2 Bulgular ve Tartışma

3.2.1 Araştırmanın Bulguları

Araştırma sonuçları açısından kullanılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları önemlidir. Bu anlamda ölçek kullanılmadan önce güvenilirlik ve geçerlilik yönünden sınanmalıdır. Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyi, ölçeğin farklı zamanlarda aynı örneklem üzerinde uygulanması sonucunda aynı sonuçları verme düzeyinin göstergesidir. Bu doğrultuda güvenilirlik, bir değişkeni ölçmek için yöneltilen soruların ne ölçüde bilinçli olarak yanıtladığının göstergesidir (Özdoğan ve Tüzün, 2007:644). Bu çalışmada, güvenilirlik analizi yapılırken Cronbach's Alpha modeli kullanılmıştır. Cronbach's Alpha, yöneltilen sorular arasındaki korelasyona bağlı uyum değerini belirtir. Cronbach's Alpha değeri faktör altındaki soruların toplamdaki güvenilirlik düzeyini göstermektedir. Cronbach's Alpha değerinin 0,70 ve üstü olduğunda uygulanan ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilir. Ancak, soru sayısı az olduğu durumlarda bu sınırın 0,60 değeri ve üstü kabul edilebilir.

Tablo 3.2.Cronbach's Alpha Değerleri İçin Bir Sınıflama

Cronbach's Alpha	Yorumu
0,80-1.00 Arası	Yükse Güvenilirlik
0,60-0,80 Arası	Oldukça güvenilir
0,40-0,60 Arası	Güvenilirlik düşük
0,40 dan aşağısı	Güvenilir değil

Kaynak: Kalaycı, 2006:405

Bir ölçeğin geçerliliği ise ilgili ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ne oranda ölçebildiğine yöneliktir. Geçerlilik testinin yapılmasında güvenilirlik testinde uygulanan katsayı bulunmamaktadır. Bu nedenle geçerlilik testi kuramsal analiz ile yapılmaktadır.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Değerleri

Ölçek	Madde adedi	Cronbach's Alpha
FTKS (Form Tıbbi Kayıt Sistemi)	6	.813
ETKS (Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi)	6	.823
KASTKS (Kalite Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi)	7	.875
Hastane Tıbbi Kayıt Sistemi Toplam	19	.921

Araştırmada kullanılan Hastane Tıbbi kayıt sistemi ölçeğinde cronbach's Alpha değerleri (>.80) bulunduğundan tüm boyutlarda “yüksek güvenilirlik” seviyesinde olduğu anlaşılmıştır. 6 maddeli Form Tıbbi Kayıt Sistemi boyutunda (.813) güvenilirlik değeri, 6 maddeli Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi boyutunda (.823) güvenilirlik değeri ve Kalite Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi boyutunda (.875) güvenilirlik değerinde olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğin tamamında ise 19 maddeden güvenilirlik katsayısı (.921) değeri elde edilmiştir.

Araştırmada Kullanılan Örneklemin Demografik Özellikler Dağılımı

20 Ekim 2017- 15 Aralık 2017 tarihleri arasında İstanbul ili Bakırköy bölgesindeki 3 Kamu Hastanesi ve 3 Özel Hastanede uygulanan anket çalışması için 450 çalışana anket formu dağıtılmıştır. Toplanan anketlerden 17 adedinin yarıdan fazlasının boş olması nedeniyle analize dahil edilmemiştir. Böylelikle katılımcı sayısı 433 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada katılımcılara cinsiyetleri, yaş grupları, medeni durumu, çalıştığı kurum, aylık net geliri, kıdem yılı, öğrenim durumu, çalışma statüsü ve meslek özelliklerine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine ait veriler Tablo.3.4 de gösterilmiştir.

Tablo 3.4 Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N (433)	%
Cinsiyet	Bayan	235	54,3%
	Erkek	198	45,7%
Yaş Grupları	18-25	83	19,2%
	26-35	151	34,9%
	36-45	128	29,6%
	46-55	53	12,2%
	56 ve üzeri	18	4,2%
Medeni durum	Evli	260	60,0%
	Bekar	173	40,0%
Çalıştığı kurum	Kamu	211	48,7%
	Özel	222	51,3%
Aylık net geliri	1300-2000 TL	72	16,6%
	2001-4000 TL	215	49,7%
	4001 -6000 TL	50	11,5%
	60001 TL ve üzeri	96	22,2%
Kıdem yılı	1 yıldan az	54	12,5%
	1-5	109	25,2%
	5-10	117	27,1%
	10 yıldan fazla	152	35,2%
Öğrenim durumu	Lise ve dengi	114	26,3%
	Ön lisans	104	24,0%
	Lisans	90	20,8%
	Lisansüstü ve üzeri	125	28,9%
Çalışma statüsü	Kadrolu	384	88,7%
	İdari personel	43	9,9%
	Üniversiteye bağlı	2	0,5%
	Stajyer	4	0,9%
Meslek	Hekim	115	26,6%
	Tıbbi sekreter	115	26,6%
	Hemşire	139	32,1%
	Diğer	64	14,8%

Modelde Kullanılan Ölçeğin doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları

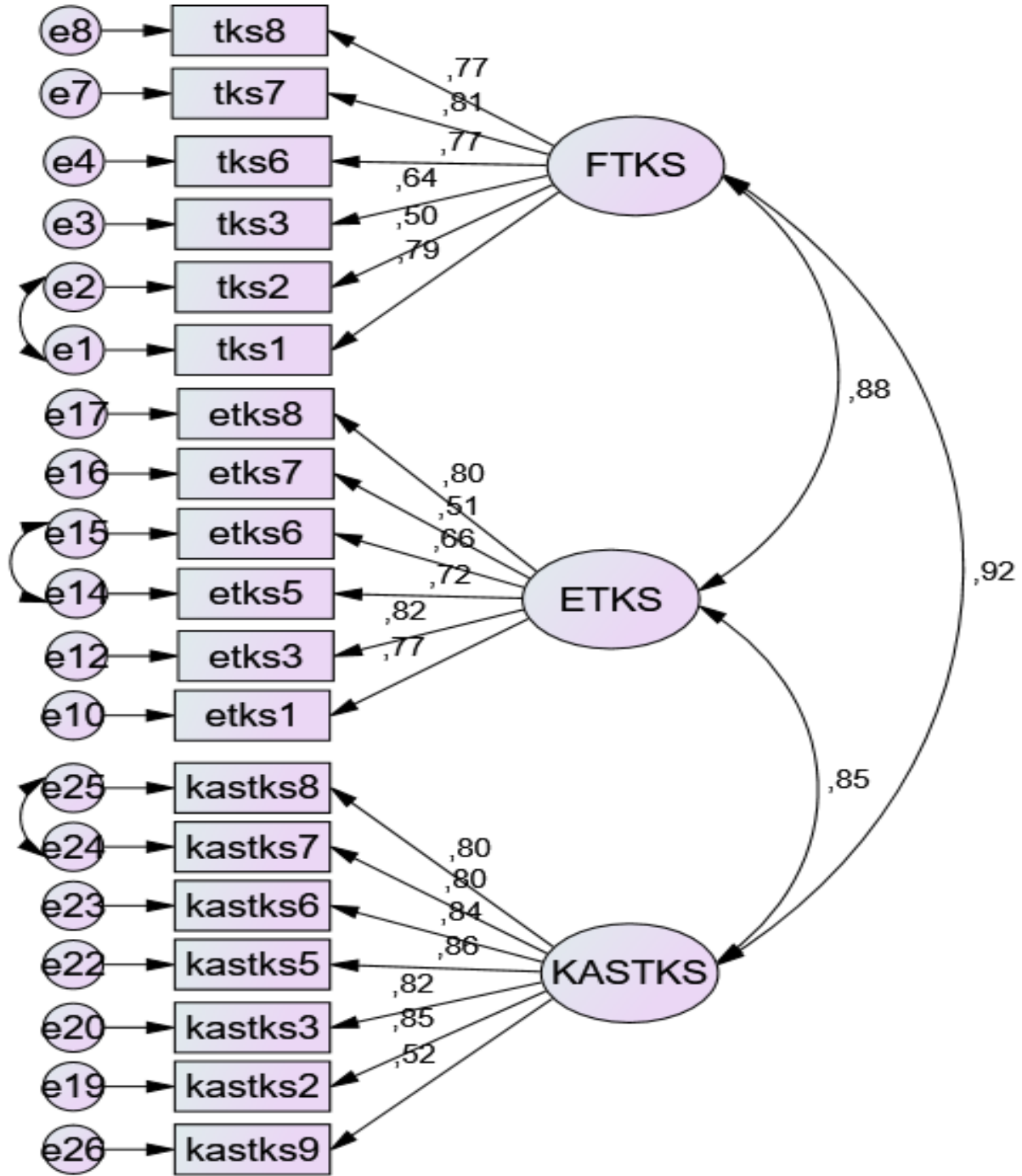
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile her ölçek için ayrı ayrı olmak üzere ve ölçüm modellerinin anlamlı olup olmadığına göre AMOS 22.0 paket programı yardımı ile araştırma yapılmıştır. Sonuçlar ayrıntılı olarak incelendiğinde ölçüm modellerinin kabul edilebilir seviyede olduğu görülmüştür. Devamında tam modelin uygunluğu iyi uyum ölçütleri vasıtasıyla değerlendirilmiştir. "Örnek büyüklüğü çoğaldıkça, genel olarak 200'den fazla örneklerde Ki-Karenin değeri de

paralelinde yüksek çıkmakta ve Ki-Kare (χ^2) testinin istatistiksel anlamlılık düzeyi bundan dolayı düşük çıkmaktadır" (Bollen, 1989:256; Fornell ve Larcker, 1981:40; Bagozzi vd, 1999:396). "Araştırmada kullanılmış olan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizleri ile genel test edilen modelin uygunluğu, serbestlik derecesi ile düzeltilmiş Ki- Kare (χ^2) değeri ve diğer uyum iyiliği indeksleri ile standartlaştırılmış artık (residual) kovaryans matrisinde yer alan değerlerin incelenmesi neticesinde karar verilmiştir" (Bayram, 2013:71).

Hastane Tıbbi Kayıt Sistemi (HTKS) Ölçeğinden Doğrulayıcı Faktör Analizi

25 maddeli Hastane Tıbbi Kayıt Sistemi Ölçeğinden 6 madde faktör yüklerinin düşük olması nedeniyle ($FY < 0.50$) doğrulayıcı faktör analizinde elenmiştir. Kalan 19 maddenin tamamında yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda madde faktör ağırlık değerleri FTKS boyutunda (0.50; 0.81), ETKS boyutunda (0.51; 0.82) aralığında, KASTKS boyutunda (0.52; 0.86) aralıklarında yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda faktör yükü düşüklüğünden dolayı analizden çıkarılan maddeler içinden iki madde form tıbbi kayıt sistemi boyutu maddeleridir. Bu maddeler; "Tıbbi kayıt formlarında yazılması gereken alanlardan gereksiz gördüklerimi doldurmamayı tercih ediyorum" ve "Hastaya uygulama yaparken önceliğim tedavi ve hasta, sonrasında kayıt tutmaktır" maddeleridir. Analizden çıkarılan diğer iki madde elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutu ile ilgili maddelerdir. Bu maddeler; "Elektronik kayıt sisteminin form doldurmaktan daha kolay ve kısa sürede işimin bitmesini sağladığımı düşünüyorum" ve "Elektronik ortamda tıbbi kayıtların saklanması daha güvenilir olduğunu düşünüyorum" maddeleridir. Analizden çıkarılan son iki madde ise kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutu ile ilgilidir. Bu maddeler; "Hasta bakımının koordinasyonu ve bütünleştirilmesi için tıbbi kayıt kültürü çok önemlidir" ve "Kalite yönetim sisteminde dokümantasyon kontrolünü önemlidir" maddeleridir.

Şekil 3.1. Hastane Tıbbı Kayıt Sistemi Ölçeği (HTKS) Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu



Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda model test değerleri ($p < 0.05$) olmak üzere; χ^2 (423,654), χ^2/df (2.963) arasında saptandığından “Doğrulayıcı Faktör” analizinin anlamlı olduğu görülmektedir. Ayrıca uyum indeks değerleri ise GFI (0,905), CFI (0,951), SRMR (0,0414), RMSEA (0,067) “kabul edilebilir uyum”

sınırlarında bulunduğundan dolayı DFA sonucunun da kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırmada Kullanılan Değişkenler Arasında Uygulanan Regresyon ve Korelasyon Analizleri

Tablo 3.5. Ölçek Alt Boyutları Arasında Uygulanan Korelasyon Analizi Tablosu

No		1	2	3
1	FTKS (Form Tıbbi Kayıt Sistemi)	1		
2	ETKS (Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi)	,709**	1	
3	KASTKS (Kalite akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi)	,821**	,724**	1

*1: Pearson korelasyon *p<0,05 **p<0,01*

Araştırmada kullanılan ölçek alt boyutları arasında uygulanan korelasyon analizi sonucunda;

- Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkeni ile Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi arasında pozitif (.709**), istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi boyutuna katılım ortalaması yükselirse Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi boyutuna katılım derecesi de yükselir.
- Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkeni ile Kalite akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi arasında pozitif (.821**), istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Buna göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi boyutuna katılım ortalaması yükselirse Kalite akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi boyutuna katılım derecesi de artış gösterir.
- Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkeni ile Kalite akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi arasında pozitif (.724**), istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Buna göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi boyutuna katılım ortalaması yükselirse Kalite akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt sistemi boyutuna katılım derecesi de artış gösterir.

Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Demografik Özelliklerine Göre Uygulanan Fark Testleri

Tablo 3.6. Cinsiyete Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

Boyutlar	Cinsiyet	N	AO	SS	t	p
Form tıbbi kayıt sistemi	Bayan	235	3,6596	,89273		
	Erkek	198	3,6734	,95009	-,156	,876
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Bayan	235	3,5709	,96971		
	Erkek	198	3,5059	1,03593	,674	,503
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Bayan	235	3,4967	1,05031		
	Erkek	198	3,5115	1,05471	-,147	,884
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Bayan	235	3,5757	,87843		
	Erkek	198	3,5636	,93585	,139	,890

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet açısından bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Form tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi, Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p > 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu sonuca göre erkek ve kadın katılımcıların ortalamalarının istatistiksel açıdan farklılık oluşturmadığı anlaşılmıştır.

Tablo 3.7. Medeni Duruma Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

Boyutlar	Medeni durum	N	AO	SS	t	P
Form tıbbi kayıt sistemi	Evli	260	3,6385	,96053		
	Bekar	173	3,7071	,85210	-,762	,447
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Evli	260	3,4622	1,03508		
	Bekar	173	3,6599	,93496	-2,023	,040*
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Evli	260	3,4478	1,06173		
	Bekar	173	3,5871	1,03240	-1,352	,177
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Evli	260	3,5161	,94063		
	Bekar	173	3,6514	,84239	-1,527	,128

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının medeni durum açısından bağımsız örneklem t-testi ile analizi yapılmıştır. Form tıbbi kayıt sistemi, Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p > 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır. Elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda ise olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur. Bu sonuca göre ortalamalara bakıldığında evli katılımcıların katılım ortalaması (3.46) bekar katılımcıların ortalamasından (3.65) düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.8. Çalışılan Kuruma Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

Boyutlar	Kurum	N	AO	SS	t	P
Form tıbbi kayıt sistemi	Kamu	211	3,3894	,92347		
	Özel	222	3,9287	,83419	-6,382	,000**
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Kamu	211	3,2464	,99845		
	Özel	222	3,8213	,91938	-6,224	,000**
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Kamu	211	3,2891	1,04954		
	Özel	222	3,7072	1,01364	-4,217	,000**
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Kamu	211	3,3083	,93108		
	Özel	222	3,8191	,80395	-6,119	,000**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının çalışılan kurum açısından bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. FTKS, ETKS, KASTKS ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre; Form tıbbi kayıt sistemi boyutunda kamu çalışanı katılımcıların ortalaması (3.38), özel kurum çalışanlarının ortalamasından (3.92) düşük olduğu anlaşılmıştır. Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda kamu çalışanı katılımcıların ortalaması (3.28), özel kurum çalışanlarının ortalamasından (3.70) düşük olduğu anlaşılmıştır. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda kamu çalışanı katılımcıların ortalaması (3.30), özel kurum çalışanlarının ortalamasından (3.81) düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3.9. Yaş gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	P
Form tıbbi kayıt sistemi	18-25	83	3,8153	,79293		
	26-35	151	3,6887	,89291		
	36-45	128	3,6458	,89960		
	46-55	53	3,5094	1,09311		
	56 ve üzeri	18	3,3889	1,17851	1,387	,238
	Total	433	3,6659	,91835		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	18-25	83	3,7691	,81933		
	26-35	151	3,6347	1,00291		
	36-45	128	3,4766	1,00409		
	46-55	53	3,1887	1,12234		
	56 ve üzeri	18	3,2037	1,01871	3,797	,005**
	Total	433	3,5412	,99989		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	18-25	83	3,7108	,89798		
	26-35	151	3,5298	1,06988		
	36-45	128	3,4944	1,05724		
	46-55	53	3,2183	1,14066		
	56 ve üzeri	18	3,2302	1,09910	2,135	,076
	Total	433	3,5035	1,05113		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	18-25	83	3,7651	,71849		
	26-35	151	3,6177	,90158		
	36-45	128	3,5389	,90868		
	46-55	53	3,3055	1,05546		
	56 ve üzeri	18	3,2743	1,00457	2,769	,027*
	Total	433	3,5702	,90410		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans analizi testi ile analiz edilmiştir. Form tıbbi kayıt sistemi ve Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutları için olasılık değeri ($p>0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutlarında ise test olasılık değeri ($p<0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur. Bu farklılığın kaynağının tespit edilebilmesi için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre; Elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda 18-25 yaş grubu ortalaması (3.76) ve 26-35 yaş grubu ortalaması (3.63) değeri 46-55 yaş grubu ortalamasından (3.18) ve 56 yaş ve üzeri ortalamasından (3.20) yüksek olduğu anlaşılmıştır. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda ise 18-25 yaş grubu ortalaması (3.76) ve 26-35 yaş grubu ortalaması (3.61) değeri 46-55 yaş grubu ortalamasından (3.30) ve 56 yaş ve üzeri ortalamasından (3.27) yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 3.10. Gelir gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	P
Form tıbbi kayıt sistemi	1300-2000 TL	72	3,9398	,77888		
	2001-4000 TL	215	3,7333	,83330		
	4001 -6000 TL	50	3,2800	,95739		
	60001 TL ve üzeri	96	3,5104	1,08386	6,631	,000**
	Total	433	3,6659	,91835		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	1300-2000 TL	72	3,8912	,71106		
	2001-4000 TL	215	3,6496	,95170		
	4001 -6000 TL	50	2,9867	1,07108		
	60001 TL ve üzeri	96	3,3247	1,09901	11,144	,000**
	Total	433	3,5412	,99989		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	1300-2000 TL	72	3,7698	,96431		
	2001-4000 TL	215	3,6339	,99756		
	4001 -6000 TL	50	2,9486	1,04651		
	60001 TL ve üzeri	96	3,3006	1,10763	8,950	,000**
	Total	433	3,5035	1,05113		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	1300-2000 TL	72	3,8670	,72810		
	2001-4000 TL	215	3,6723	,83642		
	4001 -6000 TL	50	3,0717	,95649		
	60001 TL ve üzeri	96	3,3786	1,00735	10,675	,000**
	Total	433	3,5702	,90410		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının gelir gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans testi ile analiz edilmiştir. Form tıbbi kayıt sistemi, Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu farklılığın kaynağının tespit edilebilmesi için çoklu

karşılaştırma testlerinden Tukey ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre; Form tıbbi kayıt sistemi boyutunda 1300-2000 TL gelir ortalaması (3.93) ve 2001-4000TL gelir grubu ortalaması (3.73) değeri 4000-6000 TL gelir grubu ortalamasından (3.28) yüksek olduğu anlaşılmıştır. Elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda 1300-2000 TL gelir ortalaması (3.89) ve 2001-4000TL gelir grubu ortalaması (3.64) değeri 4000-6000 TL gelir grubu ortalamasından (2.98) yüksek olduğu görülmektedir. Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda 1300-2000 TL gelir ortalaması (3.76) ve 2001-4000TL gelir grubu ortalaması (3.63) değeri 4000-6000 TL gelir grubu ortalamasından (2.94) yüksek olduğu görülmektedir. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda ise 1300-2000 TL gelir ortalaması (3.86) ve 2001-4000TL gelir grubu ortalaması (3.67) değeri 4000-6000 TL gelir grubu ortalamasından (3.07) ve 60001 TL ve üzeri gelir grubu katılım düzeyi ortalamasından (3.37) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.11. Kıdem Yıllarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	P
Form tıbbi kayıt sistemi	1 yıldan az	54	3,8611	,78491		
	1-5	109	3,6223	,95491		
	5-10	117	3,7806	,77145		
	10 yıldan fazla	152	3,5395	1,02269	2,484	,060
	Total	432	3,6659	,91941		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	1 yıldan az	54	3,8951	,79720		
	1-5	109	3,5948	,98480		
	5-10	117	3,6353	,93001		
	10 yıldan fazla	152	3,3125	1,07847	5,529	,001**
	Total	432	3,5440	,99935		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	1 yıldan az	54	3,9312	,88357		
	1-5	109	3,4535	1,04993		
	5-10	117	3,5861	,95194		
	10 yıldan fazla	152	3,3355	1,13148	4,735	,003**
	Total	432	3,5076	1,04881		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	1 yıldan az	54	3,8958	,66292		
	1-5	109	3,5569	,90437		
	5-10	117	3,6673	,80115		
	10 yıldan fazla	152	3,3958	1,01175	4,803	,003**
	Total	432	3,5725	,90386		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının kıdem yılı gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans analizi test edilmiştir. Buna göre; Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt

sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sadece Form tıbbi kayıt sisteminde test olasılık değeri ($p > 0.05$) bulunduğundan kıdem gruplarına göre, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Farklılığın bulunduğu değişkenlerdeki farklılığın kaynağının tespit edilebilmesi amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre; Elektronik tıbbi kayıt sistemi alt boyutunda 1 yıldan az kıdem grubunun ortalaması (3.89) değeri ile 10 yıldan fazla kıdem grubu ortalamasından (3.31) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda 1 yıldan az kıdem grubunun ortalaması (3.93) değeri ile 10 yıldan fazla kıdem grubu ortalamasından (3.33) yüksek olduğu görülmektedir. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda yine 1 yıldan az kıdem grubunun ortalaması (3.89) değeri 10 yıldan fazla kıdem grubu ortalamasından (3.33) yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12. Eğitim Durumu Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	P
Form tıbbi kayıt sistemi	Lise ve dengi	114	3,7690	,86318		
	ön lisans	104	3,7340	,78912		
	Lisans	90	3,7130	,87446		
	Lisansüstü ve üzeri	125	3,4813	1,06933	2,456	,063
	Total	433	3,6659	,91835		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Lise ve dengi	114	3,7091	,95468		
	ön lisans	104	3,6667	,85395		
	Lisans	90	3,5241	1,02544		
	Lisansüstü ve üzeri	125	3,2960	1,09185	4,224	,006**
	Total	433	3,5412	,99989		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Lise ve dengi	114	3,5890	1,03700		
	Ön lisans	104	3,6525	1,02934		
	Lisans	90	3,5952	,97745		
	Lisans üstü ve üzeri	125	3,2354	1,09524	3,966	,008**
	Total	433	3,5035	1,05113		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Lise ve dengi	114	3,6890	,87754		
	ön lisans	104	3,6844	,79033		
	Lisans	90	3,6108	,87519		
	Lisans üstü ve üzeri	125	3,3376	,99883	4,115	,007**
	Total	433	3,5702	,90410		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının eğitim gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Buna göre; Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane

tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur. Sadece Form tıbbi kayıt sisteminde test olasılık değeri ($p > 0.05$) bulunduğundan mezuniyet gruplarına göre, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Farklılığın bulunduğu değişkenlerde farklılığın kaynağının tespit edilebilmesi için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre, elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda lise mezunu grubunun ortalaması (3.70) değeri lisansüstü ve üzeri eğitim grubu ortalamasından (3.29) yüksek olduğu görülmektedir. Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda ön lisans mezunu grubunun ortalaması (3.65) değeri lisansüstü ve üzeri eğitim grubu ortalamasından (3.23) yüksek olduğu görülmektedir. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda ön lisans mezunu grubunun ortalaması (3.68) değeri ve lise mezunu grubunun ortalama değeri (3.68) lisansüstü ve üzeri eğitim grubu ortalamasından (3.23) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.13. Çalışma Durumu Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	p
Form tıbbi kayıt sistemi	Kadrolu	38 4	3,6632	,92408		
	İdari personel	43	3,7287	,88791		
	Üniversiteye bağlı	2	3,3333	,23570		
	Stajyer	4	3,4167	1,07583	,252	,860
	Total	43 3	3,6659	,91835		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Kadrolu	38 4	3,5451	,99490		
	İdari personel	43	3,5698	1,06236		
	Üniversiteye bağlı	2	2,8333	,70711		
	Stajyer	4	3,2083	1,06610	,494	,687
	Total	43 3	3,5412	,99989		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Kadrolu	38 4	3,4866	1,05920		
	İdari personel	43	3,6445	1,03457		
	Üniversiteye bağlı	2	3,4286	,60609		
	Stajyer	4	3,6429	,64418	,316	,814
	Total	43 3	3,5035	1,05113		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Kadrolu	38 4	3,5650	,90323		
	İdari personel	43	3,6477	,94244		
	Üniversiteye bağlı	2	3,1984	,51630		
	Stajyer	4	3,4226	,90324	,256	,857
	Total	43 3	3,5702	,90410		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane tıbbi kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının çalışma durumu gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans analizi ile test edilmiştir. Form tıbbi kayıt sistemi, kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p > 0.05$) bulunduğundan çalışma durumu gruplarına göre, anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.14 Meslek Gruplarına Göre Hastane Kayıt Sistemi Ölçeği Alt Boyutlarında Fark Testi Tablosu

		N	AO	SS	F	p
Form tıbbi kayıt sistemi	Hekim	115	3,4594	1,07958		
	Tıbbi sekreter	115	3,9841	,69633		
	Hemşire	139	3,6019	,87654		
	Diğer	64	3,6042	,91552	7,153	,000**
	Total	433	3,6659	,91835		
Elektronik tıbbi kayıt sistemi	Hekim	115	3,2754	1,11913		
	Tıbbi sekreter	115	3,9029	,76024		
	Hemşire	139	3,5000	,98049		
	Diğer	64	3,4583	1,02912	8,357	,000**
	Total	433	3,5412	,99989		
Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi	Hekim	115	3,2224	1,09881		
	Tıbbi sekreter	115	3,9155	,86956		
	Hemşire	139	3,3875	1,06603		
	Diğer	64	3,5201	1,02460	9,762	,000**
	Total	433	3,5035	1,05113		
Hastane tıbbi kayıt sistemi total	Hekim	115	3,3190	1,01302		
	Tıbbi sekreter	115	3,9342	,67909		
	Hemşire	139	3,4965	,87005		
	Diğer	64	3,5275	,94050	10,130	,000**
	Total	433	3,5702	,90410		

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hastane kayıt sistemi ölçeği ve alt boyutlarının meslek gruplarına göre farklılık testi tek yönlü varyans analizi testi ile analiz edilmiştir. Form tıbbi kayıt sistemi, Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi, Elektronik tıbbi kayıt sistemi ve Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutları için olasılık değeri ($p < 0.05$) bulunduğundan anlamlı farklılık söz konusudur.

Farklılığın bulunduğu değişkenlerde farklılığın kaynağının tespit edilebilmesi için çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey ve Bonferroni testi uygulanmıştır. Buna göre, form tıbbi kayıt sistemi boyutunda tıbbi sekreter grubunun ortalaması (3.98) değeri hekim grubu ortalamasından (3.45) yüksek olduğu görülmektedir. Elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda tıbbi sekreter grubunun ortalaması (3.90) değeri hekim grubu ortalamasından (3.27) yüksek olduğu görülmektedir. Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda tıbbi sekreter grubunun ortalaması (3.91) değeri hekim grubu ortalamasından (3.22) yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastane tıbbi kayıt sistemi total boyutunda tıbbi sekreter grubunun ortalaması (3.93) değeri hekim grubu ortalamasından (3.31) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.2.2 Tartışma

İstanbul ili Bakırköy bölgesinde üç kamu hastanesi ve üç özel hastane olmak üzere toplam altı hastanedeki sağlık hizmetlerinde tıbbi kayıt sistemine yönelik, sağlık çalışanlarının yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğum bu çalışma neticesinde elde edilen veriler analiz edilmiştir. Analizler sonucunda katılımcıların tıbbi kayıt sistemine yaklaşımları (Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum, Form Olarak Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Total Boyutta Hastane Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Genel Tutum) yönünde hem de genel olarak belirlenen ve kurulan hipotezler çevresinde elde edilen verilerin demografik özellikler arasındaki ilişkileri değerlendirilmiştir. Bu amaçla araştırmaya gönüllü olan katılımcılara sekiz tanesi demografik özelliklere ait olmak üzere toplamda 34 adet soru yöneltilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçek alt boyutlarındaki korelasyon analiz sonuçlarına göre veri seti üç boyutta oluşmakta olup Form Olarak Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum (FTKS) ile Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum (ETKS) arasında pozitif (.790) anlamlı bir ilişki olduğu, bu durumda bize her iki değişken arasındaki algılama düzeylerinin paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum (ETKS) ile Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum (KASTKS) arasında pozitif (.724) anlamlı bir ilişki olduğu bu durumda bize her iki değişken arasındaki algılama düzeylerinin paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum (KASTKS) ile Form

Olarak Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum (FTKS) arasında pozitif (.821) anlamlı bir ilişki olduğu, bu durumda bize her iki değişken arasındaki algılama düzeylerinin paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde en yüksek ilişkinin KASTKS ile FTKS arasında olduğu görülmektedir. Yani form olarak tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlardaki algı düzeylerinin artışı kalite ve akreditasyon açısından algı yaklaşımlarını da yüksek oranda artırmaktadır. Bu doğrultuda **H_{1a}, H_{1b} ve H_{1c}** kabul edilmiş olup genel olarak **H₁** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre yapılan bağımsız t-testi sonuçlarına göre her üç değişken arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna göre katılımcıların erkek yada kadın olmaları algılama düzeylerini etkilememektedir. Bu doğrultuda **H_{2a}, H_{2b} ve H_{2c}** reddedilmiş olup genel olarak **H₂** reddedilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre bağımsız t-testi sonuçlarına göre form tıbbi kayıt sistemi ve kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuca göre katılımcıların bekar veya evli olmaları açısından bir farklılık oluşturmamaktadır. Ancak elektronik tıbbi kayıt sistemine yaklaşım düzeyi medeni durum açısından anlamlı bir farka (.040) sahiptir. Ortalamalar incelendiğinde bekar katılımcıların ETKS algılama düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda **H_{3a} ve H_{3b}** reddedilmiş, **H_{3c}** kabul edilmiştir. Bu durumda H₃ kısmen kabul edilmiştir.

Çalışılan kurum yönünden yapılan analiz sonuçlarına göre her üç değişken (FTKS, ETKS, KASTKS) arasında da anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yani her üç değişken açısından katılımcıların özel sağlık kuruluşunda ve kamu sağlık kuruluşunda çalışmalarını algılama düzeylerini önemli oranda etkilemektedir. Ayrıntılı olarak ortalamalar incelendiğinde özel sektör ile kamu sektöründe çalışanların algılama düzeyleri arasındaki en yüksek farkın özel sağlık kuruluşları lehine elektronik tıbbi kayıt sisteminde olduğu bunu sırasıyla form tıbbi kayıt sistemi ve kalite açısından tıbbi kayıt sisteminin izlediği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda **H_{4a}, H_{4b}, ve H_{4c}** kabul edilmiş olup genel olarak **H₄** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların yaş grupları değişkenine göre yapılan varyans analizi sonucunda Form tıbbi kayıt sistemi ve Kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt

sistemi boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamakta olup bu durum kişilerin yaşlarının bu iki değişken açısından algılama seviyelerini etkilemediğini göstermektedir. Ancak elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda katılımcıların yaşları açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Farklar incelendiğinde görülmektedir ki katılımcıların yaş ortalamaları küçüldükçe elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik algılama düzeyleri artmakta yaş büyüdükçe azalmaktadır. Bu durumda H_{5a} ve H_{5b} reddedilerek, H_{5c} kabul edilmiş olup genel olarak H_5 kısmen kabul edilmiştir.

Bir diğer değişken olan katılımcıların gelir gruplarına göre yapılan analiz sonucunda her üç değişken açısından da anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sonuçlar incelendiğinde en yüksek farkın kalite ve akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutunda olduğu bununda özellikle 1300-2000 TL gelir grubundaki çalışanların algılama düzeylerinin 4001-6000 gelir grubu arasındaki çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Yine form tıbbi kayıt sistemi ve elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutlarında da gelir grupları arasında farkın gelir düzeyleri düşük olanların lehine daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bu durum bize her üç değişkende de katılımcıların gelirleri arttıkça algılama düzeylerinin düştüğünü, gelirleri azaldığında ise algı düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bu doğrultuda H_{6a} , H_{6b} ve H_{6c} kabul edilmiş olup genel olarak H_6 kabul edilmiştir.

Çalışanların kıdem sürelerine göre yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda form tıbbi kayıt sistemi boyutunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yani katılımcıların FTK boyutundaki algı düzeyleri çalışma sürelerinin artmasından veya azalmasından etkilenmemektedir. Ancak katılımcıların elektronik tıbbi kayıt sistemi ile kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemine yönelik algı düzeylerinin çalıştıkları süreler arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmektedir. ETKS ve KASTKS boyutları çalışma süreleri açısından ayrıntılı incelendiğinde her iki boyutta da kıdem süresi bir yıldan az olanların yüksek puan verdikleri, on yıldan fazla olanların daha düşük puan verdikleri görülmektedir. Bu durum katılımcıların kurumlarındaki çalışma sürelerinin artması ile ETKS ve KASTKS algı düzeylerinin düştüğünü buna karşın çalışma sürelerinin azalması ile algı düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir. Bu doğrultuda H_{7a} reddedilmiş, H_{7b} ve H_{7c} kabul edilmiş olup genel olarak H_7 kısmen kabul edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre yapılan tek yönlü varyans analizi neticesinde form tıbbi kayıt sistemi boyutunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yani katılımcıların FTK boyutundaki algı düzeyleri eğitim seviyelerinden etkilenmemektedir. Buna karşın elektronik tıbbi kayıt sistemi ile kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar yönünden anlamlı fark bulunmaktadır. Her iki değişkendeki farklılıklar ayrıntılı olarak incelendiğinde ETK boyutunda verilen puanların yüksekte düşüğe doğru lise, ön lisans, lisans ve lisans üstü olduğu, KASTKS boyutunda ise sırasıyla ön lisans, lisans, lise ve lisans üstü olduğu görülmektedir. Bu durumun her iki boyutta da özellikle tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik mesleğine sahip olan çalışanların lise ve ön lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olduklarını bu mesleğe sahip olanların yaptıkları işin eğitim düzeyleri ve meslekleri ile ilişkisi olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda H_{8a} reddedilmiş, H_{8b} ve H_{8c} kabul edilmiş olup genel olarak H_8 kısmen kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların kurumlarındaki çalışma durumlarına yani kadrolu, idari çalışan, üniversiteye bağlı ya da stajyer olmaları yönünden yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu durum her üç boyutta da çalışanların algı düzeylerinin çalışma durumlarından etkilenmediğini göstermektedir. Bu doğrultuda H_{9a} , H_{9b} ve H_{9c} reddedilmiş olup genel olarak H_9 reddedilmiştir.

Son olarak katılımcıların meslek gruplarına göre yapılan tek yönlü varyans analizi neticesinde çalışanların her üç boyutta da mesleklerine göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Sonuçlar ayrıntılı olarak incelendiğinde form tıbbi kayıt sistemi, elektronik tıbbi kayıt sistemi ve kalite akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemi boyutlarında mesleği tıbbi sekreter olanların en yüksek puanları verdikleri hekimlerin ise en düşük puanları verdiği anlaşılmaktadır. FTK ile KASTKS boyutlarında diğer meslek grubu çalışanların algı düzeylerinin mesleği tıbbi sekreter olanlardan sonra ikinci sırada yüksek puan vermelerine karşın ETKS boyutunda hemşire meslek grubu çalışanların ikinci sırada yer aldıkları görülmektedir. Bu durum özellikle mesleği tıbbi sekreter olanların işlerindeki algı düzeylerinin diğer tüm meslek gruplarından yüksek olması meslekleri ile yapılan iş arasında üst seviyede paralellik taşıdığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre H_{10a} , H_{10b} ve H_{10c} kabul edilmiş olup genel olarak H_{10} kabul edilmiştir.

Sağlık kuruluşlarındaki tıbbi dokümantasyon sistemleri ile ilgili literatürde yapılan araştırmalarda genel olarak tıbbi kayıt sistemlerinin kalite yönünden değerlendirilmesi ve elektronik tıbbi kayıt sistemleri üzerine yapıldığı görülmektedir. Örneğin Nurcan Doğan Yalçın'ın (2014) “Sağlık Kuruluşlarında kalite ve akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar” isimli araştırmasında tıbbi kayıtların istenilen standartlara göre tutulması için verinin doğru, zamanında ve eksiksiz olarak girilmesinin tüm çalışanların görevi olduğunu, hastane otomasyon sistemleri içerisinde hastalara ait her türlü bilginin sağlıklı bir şekilde kayıt altına alınarak gereği halinde standartlaşmış bir şekilde ulaşılabilir olması amacıyla tüm sağlık çalışanların bu bilince sahip olması hastanelerin toplam kalitesini önemli oranda etkilediği sonucuna ulaşmıştır (Doğan, 2014).

Bir diğer araştırma; Dikmetaş'ın (2000) yaptığı “Hacettepe Üniversitesi hastanelerinde mevcut bilgi sisteminin değerlendirilmesi, geçilmesi düşünülen elektronik hastane bilgi sisteminde mevcut ve oluşabilecek sorunların tespiti ve çözüm önerileri” isimli bilim uzmanlığı çalışmasında hasta dosyalarında kullanılan tıbbi formların tam ve net olarak işlenmesinin çalışanlara göre farklılık gösterdiği, benzer amaçlarla kullanılan formların aynı renk ve ebatlarda olması gerektiği, formları kullanım amaçlarının dışına çıkmadan açık ve anlaşılır bir şekilde doldurulması gerekliliği sonucuna ulaşmıştır (Dikmetaş, 2000).

Elektronik kayıt sistemi ile alakalı Tekin'in (2003), yapmış olduğu “Zonguldak ilindeki bazı hastanelerde çalışan doktorların elektronik tıbbi kayıtlara hazırlık durumlarının değerlendirilmesi” isimli araştırmasında; Hastanelerde çalışan doktorların bilgisayar sistemine karşı korku seviyeleri yüksek olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlarının da olumsuz etkilendiği, sağlık hizmeti üreten kurumlar tarafından kullanılacak sistemlerin ilgili kullanıcılar tarafından kabul edilebilir ve kullanılabilir düzeyde olması gerektiği sonucuna ulaşmıştır (Tekin, 2003).

Araştırma sonuçlarımızda meslek grubu değişkeninin tüm boyutlarda tıbbi sekreter mesleğine sahip olanların olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti tıbbi kayıtların doğru ve zamanında tutulması ile mümkün olacaktır. Bu amacı gerçekleştirebilmek için alanında eğitim görmüş tıbbi sekreterlere ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Aynı şekilde çalışılan kurum

değişkeninin tüm boyutlarında özel hastanelerde çalışanların kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha olumlu yanıtlar verdikleri görülmektedir.

Cihan'ın (2013), “Hekimlerce kullanılan elektronik kayıt sisteminin değerlendirilmesi: Bir vakıf üniversitesi hastanesi örneği” isimli 30 hekimle yaptığı araştırmada; Tıbbi laboratuvar ve radyoloji görüntüleme istemlerinin elektronik ortamda yapılmasının hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından kolaylık sağladığını, iş verimliliğini artırdığını, hasta kayıtlarına ulaşmada büyük bir kolaylık sağladığını ancak bilgisayar sisteminde oluşabilecek arızaların kayıtlara ulaşmada sorunlara neden olduğu, hasta kayıtlarının gizliliğinin korunması yönünde tedbirler alınması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

Bir diğer araştırmada Süzme'nin (2013) “Tıbbi kayıtların sayısal ortamda saklanması ve raporlanması” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasında; Tıbbi kayıtlardaki görüntülerin kayıpsız bir şekilde saklanması önemli olmakla birlikte az yer kaplaması kullanılacak iletişim ve donanım altyapısını rahatlatacağı, güvenlik açısından veritabanındaki hasta kayıtlarının ve görüntülerin şifreleme yöntemleri ile korunmasının çok önemli olduğu bu nedenle tıbbi kayıtlara ulaşım konusunda yetkisi dışındaki kişilerin ulaşımının engellenmesi hususundaki çalışmaların daha yoğun bir şekilde yapılması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

“Birinci basamak sağlık hizmetlerinde elektronik hasta kayıtlarının kullanılması” isimli Kaymakoğlu ve Ersoy'un yaptıkları araştırmada elektronik hasta kayıt sistemleri kullanım düzeylerinin bilgi yönetim sistemlerinin etkin kullanımı ile sağlandığı, ayrıca bilgi sistemlerinin kurulması için temel donanım standartlarının belirlenmesi gerektiği, yine kullanılacak hasta bilgilerine ait sınıflandırmalara yönelik kriterlerin belirlenmesi hususunda ortak bir karara varılmasının gerekliliği, bu anlamda sağlık kuruluşlarının ortak kullanacakları sağlık Veritabanı'nın oluşturulması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır (Kaymakoğlu ve Ersoy, 2010).

Yapılan araştırmalar genel olarak meslek gruplarına yönelik olmakla birlikte elektronik kayıt sistemi üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu tıbbi dokümantasyon süreçlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi ve tüm sağlık çalışanlarına bu bilincin aşılması; sağlık kuruluşları, çalışanlar ve hastalar açısından büyük yararlar sağlayacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kuruluşları açısından büyük bir öneme sahip olan Tıbbi Dokümantasyon süreç yönetimine hastanelerde çalışan sağlık personellerinin yaklaşımlarını belirlemek hedeflenmiştir.

Araştırmada kullanılan anket üç boyutta ele alınmıştır. Bunlar; “Form Olarak Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” ve “Kalite Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” olarak belirlenmiştir. Çalışmada her üç boyuttaki değişkenlerin birbirlerini etkiledikleri, form olarak tıbbi kayıt sistemi ve elektronik olarak tıbbi kayıt sisteminin sunulan sağlık hizmetleri kalitesinde önemli oranda belirleyici olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki etkinlik ve verimlilik hastalara sunulan tanı ve tedavi süreçlerine ait tüm işlemlerin doğru bir şekilde kayıt altına alınması, işlenmesi, arşivlenmesi ve lüzumu halinde tekrar kullanıma sunulması ile mümkün olacaktır. Bu da tıbbi dokümantasyon yönetiminin her aşamasında çalışan personelin kurum kültürü ve bilincine sahip olması ile mümkün olacaktır. Bu noktada yapılan işin gerektirdiği niteliklere sahip personelin seçimi büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitimleri lise ve ön lisans düzeyinde verilmekte olup, ön lisans seviyesinde eğitim veren üniversitelerin sayısında son yıllarda büyük artışlar görülmektedir. Bu bölümlerden mezun olan kişilerin istihdamları ağırlıklı olarak özel sağlık kuruluşları bünyesinde yapılmakta olup kamu sağlık kuruluşlarında görev almaları yönünde çalışmaların yapılmasında büyük yararlar bulunmaktadır. Araştırmamızda göstermektedir ki; tıbbi sekreterlik mesleğine sahip olanların diğer mesleklere göre tıbbi dokümantasyon boyutlarının tümünde daha olumlu algıyı yansıttıkları görülmektedir.

Tıbbi dokümantasyon süreçlerinde görev yapan tüm personelin kurum kültürü ve bilincine sahip olması amacıyla hizmet içi eğitimlerin ilgili alanların profesyonelleri tarafından verilmesi, bu eğitimler çerçevesinde özellikle yasalar ve mevzuatlarda öngörülen doldurulması ve bildiri zorunlu form ve bilgilerin eksiksiz işlenmesi konularına ağırlık verilmelidir. Tıbbi dokümanların istenilen kalitede tutulması ve arşivlenmesi belirli yönergeler çerçevesinde kurulacak olan “Tıbbi

Kayıt Komitesi” ve “Arşiv Komitesi”nin görevleridir. Özel ve Kamu sağlık kuruluşu ayrımı yapılmadan tüm sağlık kuruluşlarında bu komiteler hastalara ait bilgilerin doğru, zamanında ve tam olarak kayıt altına alınıp alınmamasına, arşivleme süreçlerinin standartlara göre uygulanmasında yönelik politikaları oluşturmalı ve denetimleri yapmalıdır.

Hastalara ait tıbbi bilgilerin gizlilik ve güvenliği temel insan hakları kapsamında değerlendirilmektedir. Bu amaçla elde edilen verilerin saklanması iyi niyetli olmayan kişilerin ellerine geçme ihtimaline karşı özellikle elektronik tıbbi kayıt sistemlerinde gerekli yazılım, şifreleme ve koruma tedbirleri alınmalıdır.

Elektronik tıbbi kayıt sisteminin tüm sağlık kuruluşları tarafından etkin bir şekilde kullanılması için özellikle form tıbbi kayıt sisteminden elektronik tıbbi kayıt sistemine geçiş süreçlerinde kullanıcı alışkanlıklarının değiştirilmesine yönelik kolaylaştırıcı destek çalışmalarına ağırlık verilmelidir. Araştırmada elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutunda yaş büyüdükçe algı düzeylerinin düşmesi, aynı şekilde kıdem süresi düşük olanların elektronik tıbbi kayıt sistemi boyutundaki algı seviyelerinin daha olumlu olması bu durumun önemini ortaya koymaktadır. Teknoloji ve bilgisayar sistemlerindeki hızlı gelişmeye paralel bir uyumun sağlanabilmesi amacıyla çalışanların motive edilmesi, kurumların değişen rekabet koşullarında varlıklarını devam ettirmeleri yönünde büyük avantajlar sağlayacaktır.

Salık'ta dönüşüm programları ile birlikte son yıllarda sağlık kuruluşları tarafından kullanımı hızla yaygınlaşan Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) ve Sağlık-Net sistemlerinin tüm sağlık kuruluşları tarafından etkin bir şekilde kullanımının henüz arzu edilen seviyelerde olduğu söylenemez. Bu sistemlerin bir diğer önemli faydası da istatistikî verilere kaynak oluşturmasıdır. Tüm sağlık kuruluşları tarafından benimsenen ve kullanılan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi aynı zamanda ülkenin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesidir. Bu amaçla tüm sağlık kuruluşlarının uyum sağlayabileceği yasal düzenlemelerin yapılması sağlığın geliştirilmesine önemli oranda katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma, sağlık kuruluşlarının en önemli çıktılarından olan tıbbi dokümantasyon süreçlerindeki sorunların tespiti ve daha etkili yönetimi için çalışanlar ve yöneticilere yol göstericidir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Akar, Ç. Özalp,H. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, 1.Baskı Ankara:Songür Yayıncılık.
- Ateş, M. (2016). Sağlık Sistemleri, 3.Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.
- Alpgiray Söylemez, M. (2013). Hasta Kayıtlarının Deontoloji Disiplini Yaklaşımına Göre Değerlendirilmesi, Sinop Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, 1. Baskı, Sinop: Sinop Üniversitesi Yayınları.
- Bayram, N. (2013). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları, 1. Baskı, Bursa: Ezgi Yayınevi.
- Ceylan, F. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Arşivleme, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 1.Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Ceylan, F. (2015). Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 1.Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Ceylan, F. (2011). Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Ders Notları, 1.Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Esatoğlu, A.E.(2010). III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Özel Sağlık Kurumları Yönetiminin Tıbbi Kayıtlardan Sorumluluğu, 1.Baskı, Ankara: Koza Yayıncılık.
- Esatoğlu, A.E, Artukoğlu, A.(2000). Tıbbi Dokümantasyon Tarihi Ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslektaşın Gelişimi: Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, Cilt 1, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.
- Ferguson, G. A. (1981). Statistical Analysis İn Psychology and Education. New York: McGrawHill Book Company.

- Gamgam, H. (1989). Parametrik Olmayan İstatistiksel Teknikler, Ankara: Gazi Ün. Fen-Ed Fak. Yay. No:21.
- Kavuncubaşı, Ş. Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S v.d.(2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, 1. Baskı, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Köklü, N. Büyüköztürk Ş. & Bökeoğlu, Ç.Ö. (2006). Sosyal Bilimler İçin İstatistik. 1. Baskı, Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Mucuk İ (2013), Modern İşletmecilik,1.Baskı, İstanbul: Türkmen Yayınları.
- Özbabalık, D. v.d (2012). Tıbbi Dokümantasyon, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özkanan, A. (2014). Dosyalama ve Arşivleme Teknikleri, 1.Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Özalbant, Z. (2010). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Sayı:77.
- Sur, H. ve Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi, 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sümbüloğlu, K. Akdağ, B. (2010). Hasta Dosyalarına Bilimsel Yaklaşım, 1. Baskı, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Yayınları.
- Şevkinaz Gümüšoğlu, v. d (2007). Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar, 1.Baskı ,Ankara: Detay Yayınları.
- T.C Millî Eğitim Bakanlığı MGEP (2011), Arşiv Hizmetleri, 1. Baskı, Ankara: MEB Yayınları.
- T.C Millî Eğitim Bakanlığı MGEP (2013), Hasta Hizmetleri, 1.Baskı, Ankara: MEB Yayınları.

T.C Millî Eğitim Bakanlığı MGEP, (2011) Anestezi ve Reanimasyon Formlar, 1. Baskı, Ankara: MEB Yayınları.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı MGEP,(2011) Dosya Oluşturma, 1. Baskı, Ankara : MEB Yayınları.

Tengilimoğlu, D, Işık O, Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 5.Baskı, İstanbul: Nobel Akademi Yayınları.

BİLDİRİ VE MAKALELER

Akman, M (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü, Türk Aile Hekimliği Dergisi,İstanbul 2014; 18 (2): 70-78.

Bekçi,İ. Toraman, A. (2011). Kalite Maliyetleri ve Bir Hastanede Hesaplaması, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.

Blobel, B. (2003). Hospital Information Systems İn Todays Healthcare.

Çalışkan, M. (2016). Sağlık Kurulu Raporları İncelikleri, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 9.Ulusal Anksiyete Kongresi, İstanbul.

Çavuş, M. F, Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Sayı: 1.

Dandil, E. Şener, Ü. (2013). Web Tabanlı Sağlık Yönetimi Sistemi: E-Sağlık, Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri: Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Demirhan, A. Güler, İ. (2011). Bilişim Ve Sağlık, Bilişim Teknolojileri Dergisi: Sayı 4(3).

Erdem, M. Sancaklı, O ve Tezcan, D. (2004). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Uygulaması, Ankara: T.C. Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı.

Işık, O. Akbolat, M. (2010). Bilgi Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma: Bilgi Dünyası Sayı:11(2).

- Kaya, Sıdıka. (2003). Çeşitli Ülkelerdeki Hastanelerde Uygulanan Toplam Kalite Yönetimi/Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmalarından Örnekler. *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt: 36, Sayı: 4, s.83-101.
- Kaymakoglu, B. Korkut E, Bildiri, İkinci Tıp Bilişim Kongresinde Yaptıkları Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Elektronik Hasta Kayıtlarının Kullanılması, Antalya
- Kayri, M. (2009). E-Araştırmalarda Gruplar Arası Farkın Belirlenmesine Yönelik Çoklu Karşılaştırma (Post-Hoc) teknikleri): Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi.
- Köksal, A. Ezel Esatoğlu, A. (2005). Ankara İlindeki Üniversite ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sistemlerinin Analizi, Ankara Üniversitesi, Dikimevi SHMYO Dergisi, Cilt 7,Sayı: 1.
- Küyük, A. Kaplan, A. Yılmaz, A. (2005). Elektronik Sağlık Kayıt Sistemlerinin Kütüphanelerle Birleştirilmesi. *Bilgi Dünyası Dergisi*.
- Miller, R. G. (1969). *Simultaneous Statistical Inference*. New York: McGraw-Hill.
- Sunay, Y. M. (2006). Tıbbi Kayıtların Düzenlenmesi Ve Saklanması Görülen Eksiklikler Ve Hukuki Sonuçları, *Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, Sayı:2(50): 20–7.
- Top, M. Gider, Ö, Ünal, D. (2010). Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin İncelenmesi, *Dergi Park Akademik*, cilt 21, Sayı: 66.
- Turgut, N. Karaarslan, E. Ergin Ali, M, Kılıç, Ö. (2013). Elektronik Sağlık Kayıtlarının Gizlilik Ve Mahremiyeti, *Academia Dergi*.
- Winer, B. J. (1971). *Statistical Principles In Experimental Design*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Yılmaz, A.N. Bektaş, G. İbran, A. (2013). Tıbbi Dokümantasyon Ve Tıbbi Sekreterlik Mesleğinin Gelişimi Ve Eğitimi, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Haziran-Temmuz-Ağustos 2013, Sayı: 27.

TEZLER

- Büyükkaraman, E.(2014). Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Değerlendirilmesi Ve Hasta Memnuniyeti, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Cihan S.(2013). Hekimlerce Kullanılan Elektronik Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Örneği, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çimen, M. (2014). Hastane Bilgi Sistemleri ve Sektörel GZFT Analizi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Demir, B. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Yürütülmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi , Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Dikmetaş, E. (2000). Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Mevcut Bilgi Sisteminin Değerlendirilmesi, Geçilmesi Düşünülen Elektronik Hastane Bilgi Sisteminde Mevcut Ve Oluşabilecek Sorunların Tespiti Ve Çözüm Önerileri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Doğan, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erdem, Ş. (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastalara Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erdemir, A. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Kayhan, C. (2015). Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Hizmet Sunanlar Ve Hizmet Alanlar, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Okuducu, F. (2014). Türkiyede Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Çalışanlarının Motivasyonu, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Suntay, Y. (2010). Hastane Bilgi Sistemlerin 'de Entegrasyon Sorunları Ve Çözüm Önerileri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sürer, E. (2015). Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanması, Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir : Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Süzme, K. (2013). Tıbbi Kayıtların Sayısal Ortamda Saklanması Ve Raporlanması, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Fen Bilimler Enstitüsü.
- Şenel Tekin, P. (2003). Zonguldak İlindeki Bazı Hastanelerde Çalışan Doktorların Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazırlık Durumlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Taş, D. (2009). Sağlık Hizmet Kalitesi Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yalçın Çelebi, M. (2014). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Kullanılan Sistemler Ve Modüller, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yenice, Ö. (2015). Türkiye de Sağlık Hizmetleri Ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960 sonrası), Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Zincirkıran, M. (2016). Örgütsel Sağlık Hizmet Kalitesi Ve Sağlıkta Hizmet Kalitesi Üzerine Etkileri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İNTERNET KAYNAKLARI

Biyoistatistik.(2013).[http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf)
f 11.09.2013.

Devlet Memurları Kanunu. (1965).

Hacettepe Üniversitesi. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi.

Nüfus Hizmetleri Kanunu. (2006).

Otrar M, Bağımsız Gruplar t Testi, (2017). <http://mustafaotrar.net/istatistik/bagimsiz-iliskisiz-gruplar-t-testi/>, erişim tarihi; 17.12.2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (1988). Arşiv Mevzuatı.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları ve İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (2007). Sağlık Uygulama Tebliği.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (2014)ş. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Raporlarının Düzenlenmesi Hakkındaki Genelge.

T.C.Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Sistemi Yönergesi.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (1996). Sağlık Kayıtları Veri Toplama Formları Doldurma Ve Denetleme Kılavuzu.

T.C.Sağlık Bakanlığı. (1998). 23420 Sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği.

Türk Tabipler Birliği. (2013). Türk Tabipler Birliği, Aydınlatılmış Onam Kılavuzu.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). Bildirimi Zorunlu Hastalıklara Genel Bakış Ve Sürveyans Sistemleri.

Yataklı Tedavi Kurumları. (2001). Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği.

EK-1 ETİK KURUL RAPORU



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜK

Sayı : 69396709-300.00.00- 2471

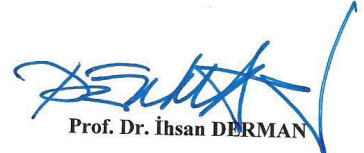
17/10/2017

Konu: Etik Kurulu Kararları

Sayın İsmet KARAKAYA

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 16/10/2017 tarih ve 2017/10 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. İhsan DERMAN
Rektör

16/10/2017 tarih ve 2017/10 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-2: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi **İsmet KARAKAYA**'nın "Tıbbi Dokümantasyonun Sağlık Kurumları Açısından Önemi ve Kamu-Özel Hastanelerin Karşılaştırılması İncelenmesi" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci **İsmet KARAKAYA**'nın çalışmasıyla ilgili Fen-edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Duran ÇAKMAK'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

DAĞITIM

Gereği İçin

- İsmet KARAKAYA

Bilgi İçin

-Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne

www.arel.edu.tr

TEPEKENT YERLEŞKESİ (MERKEZ YERLEŞKE) Türkoba Mahallesi Erguvan Sokak No:26/K Tepekent-Büyükçekmece/İstanbul
Tel: (0212) 867 25 00 Faks: (0212) 860 04 81 E-Posta: arel@arel.edu.tr

EK-2 ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu ankete vereceğiniz yanıtlar, yazmakta olduğum yüksek lisans tezi için bilgi toplamak amaçlıdır. Bu nedenle, yanıtlarınızı benden başka kimsenin görmeyeceğinden ve başka bir amaçla kullanılmayacağından emin olabilirsiniz. Anketin doldurulması tamamen gönüllü olup, isteğiniz dâhilinde soruları cevaplamaya başlayabilirsiniz. Anketin doldurulması en fazla on dakikanızı alacaktır. Yardımlarınız ve güveniniz için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İsmet KARAKAYA
ismetkarakaya @yahoo.com

İstanbulArel Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anketi Yanıtlayanın;

1.Cinsiyeti :

a) Bayan b) Bay

2.Yasınız :

a) 18-25 b) 26-35 c) 36-45 d) 46-55 e) 56 ve üzeri

3.Medeni Durumunuz:

Evli ()

Bekar ()

4.Çalıştığınız Kurum

Kamu ()

Özel ()

5.Aylık net geliriniz aşağıdakilerden hangisidir (TL) ?

a) 1300-2000 b) 2001-4000 c) 4001 -6000 d) 6001 ve yukarı

6.Kıdem Yılıınız :

- a) 1 yıldan az ()
b) 1-5 ()
c) 5-10 ()
d) 10 yıldan fazla

7. Öğrenim Durumunuz :

- a)Lise ve dengi () b) Önlisans ()
c)Lisans () d) Lisans üstü ve üzeri ()

8.Calışma Statünüz :

- a) Kadrolu ()
b) İdari personel ()
c) Üniversiteye bağlı ()
d) Stajyer ()

9.Mesleğiniz :

- a) Hekim ()
b) Tıbbi Sekreter ()
c) Hemşire ()
d) Diğer ()

TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE UĞRAŞAN SAĞLIK ÇALIŞANININ TUTUM BELİRLEME ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadelerde **Tıbbi Kayıt Sistemi ile ilgili olarak**, görüşlerinizi seçeneklerden birisi ile (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum) belirtiniz.

KURUMUNUZDAKİ TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE İLGİLİ OLARAK	Kesinlikle				Kesinlikle
	1. Hasta kayıtlarını doldururken form bilgileri açık ve anlaşılırdır.	5	4	3	2
2. Hasta formlarının işimi kolaylaştırdığını düşünüyorum.	5	4	3	2	1
3. İstediğim zaman hasta bilgilerine formlardan rahatlıkla ulaşabiliyorum.	5	4	3	2	1
4. Tıbbi kayıt formlarında yazılması gereken alanlardan gereksiz gördüklerimi doldurmamayı tercih ediyorum.	5	4	3	2	1
5. Hastaya uygulama yaparken önceliğim tedavi ve hasta, sonrasında kayıt tutmaktır.	5	4	3	2	1
6. Hasta transferleri veya taburcu durumlarında dosyalama sürecinde zorluk yaşamıyorum.	5	4	3	2	1
7. Hasta formlarına yazmam gerekenlerin eğitimini aldım.	5	4	3	2	1
8. Hasta bilgi kayıtlarının eksikliği durumunda ilgili yetkili (dr- hemşire vb.) kişiye rahatlıkla ulaşabiliyorum.	5	4	3	2	1

ELEKTRONİK TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE İLGİLİ OLARAK					
1. Elektronik kayıt sistemi ile ilgili kurumumdan eğitim aldım.	5	4	3	2	1
2. Elektronik kayıt sisteminin form doldurmaktan daha kolay ve kısa sürede işimin bitmesini sağladığını düşünüyorum.	5	4	3	2	1
3. Elektronik kayıt sisteminde hasta bilgisi ararken nereden ulaşabileceğimi biliyorum.	5	4	3	2	1
4. Elektronik ortamda tıbbi kayıtların saklanması daha güvenilir olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
5. Acil duyulan bir bilgiye, hastane içinde herhangi bir servisten, bölümden kolaylıkla ulaşabiliyorum.	5	4	3	2	1
6. Bilgisayarda veri girişlerinde bir hata olduğunda bunu	5	4	3	2	1

kısa sürede veri kaybetmeden düzeltebiliyorum.					
7. Elektronik tıbbi kayıt sistemi ile hasta bakımı ve klinik performansımı olumlu etkilediğini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
8. Tıbbi kayıt sisteminde bilgisayarda bilmediğim bir şey olduğunda danışacağım kişileri biliyorum.	5	4	3	2	1

KALİTE VE AKREDİTASYON SÜRECİ AÇISINDAN TIBBİ KAYIT SİSTEMİ					
1. Hasta bakımının koordinasyonu ve bütünleştirilmesi için tıbbi kayıt kültürü çok önemlidir.	5	4	3	2	1
2. Kurumun performans iyileştirme aktivitelerinin bir parçası olan tıbbi kayıt sistemi denetlenme ve kontrol edilerek takibi sağlanmaktadır.	5	4	3	2	1
3. Hasta, çalışan güvenliği ve hasta mahremiyeti konusunda kayıtlarda korunma mevcuttur.	5	4	3	2	1
4. Kalite yönetim sisteminde dokümantasyon kontrolünü önemlidir.	5	4	3	2	1
5. Tıbbi kayıt sistemi kalite yönetim sistemine göre kurumumda kontrol altında tutulmaktadır.	5	4	3	2	1
6. Çalıştığım kurumda hasta kayıtları ve diğer bilgilerin saklanması rehber olacak bir politika olduğunu biliyorum.	5	4	3	2	1
7. Çalıştığım kurumda ihtiyaç ve görev nedeni ile her bir veri ve bilgiye erişmesi için izin verilmiş kişiler belirlenmiştir.	5	4	3	2	1
8. Tıbbi kayıt sistemi ile ilgili prosedürlere rahatlıkla ulaşabiliyorum.	5	4	3	2	1
9. Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?	5	4	3	2	1

EK-3 ÖZGEÇMİŞ

ADI VE SOYADI :İSMET KARAKAYA

DOĞUM YERİ VE TARİHİ :SİVAS/1972

MEDENİ HALİ :BEKAR

E-MAIL :ismetkarakaya@yahoo.com

ADRES :Ağaoğlu My Town Ispartakule sitesi A-2
Blok D:15 Avcılar/İstanbul

TELEFON :0532 3022816

EĞİTİM DURUMU

2016 – :Arel Üniversitesi- Sosyal Bilimler
Enstitüsü/Hastane ve Sağlık Kurumları
Yönetimi (Yüksek Lisans)

2011 – 2015 :İstanbul Üniversitesi- Felsefe

1993– 1995 :Fırat Üniversitesi- Sağlık Hizmetleri
Yüksekokulu

YABANCI DİL : İngilizce

İŞ TECRÜBESİ

2016- :Kadıköy Diyabet Hastanesi/Ynt. Kur. Üyesi

2017- :Nişantaşı Üniversitesi/ Öğr.Gör.

2017- :Rumeli Üniversitesi/ Öğr.Gör.

2007-2015 :Hospitalist Bağcılar/ Genel Müdür

2003-2007 :Sağlık-İş/Teşkilatlanma Uzmanı

1996-2003 :İstanbul Esnaf Hastanesi/Radyoteknolog