

## 7. BÖLÜM

### TIBBİ DOKÜMANTASYON

Öğr. Gör. T.Şahan SÖKMENSÜER  
Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu  
sahansokmensuer@yiu.edu.tr

#### GİRİŞ

Bu bölümde, tıbbi dokümantasyonun tarihçesi, bilgi yönetiminin önemi ve aralarındaki ilişki, özellikleri ve önemi, kullanıldığı alanlar ve doğru kullanıldığında sağladığı faydalara değinilmiştir. Tarih öncesi kanıtlara bakıldığında, tıbbi olguların aktarılması konusuna verilen kıymet, ilgili dokümanların hasta tedavisi üzerindeki olumlu getirilerin ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir. Günümüzdeki tedavi süreçlerinde en çok başvurulan ve fayda beklenen kaynaklar, hastanın genel durumu ile ilgili bilgileri onu karşılayan hekime açık ve net bir şekilde aktarması gereken tıbbi dokümanlardır. Gizlilik esaslarının doğru uygulandığı, detaylı, özenli ve eksiksiz bir biçimde oluşturulan tıbbi dokümanlar, tedavi seyrinde hasta ile ilgilenen hekim için adeta bir giriş cümlesi olacaktır.

#### 7.1. Tıbbi Dokümantasyon

Artukoğlu'na göre “İnsan sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere tıbbi doküman, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne de **tıbbi dokümantasyon** adı verilmektedir” (Artukoğlu; 2000:35).

Dokümantasyon, elde edinilen bilgilerden oluşturulan belgelerin bir standarta göre saklanması halini tariflediğinden dolayı, öncesinde Bilgi ve Belge yönetimi kavramlarına göz atmak gerekmektedir. Bilgi yönetiminin başlangıcı olan **veri**; amaçlara bağlı olarak işlemlerin işlenmemiş bir biçimde kaydedilmesidir. Veri, özümlememiş ve yorumlanmamış gözlemler, işlenmemiş gerçekler olarak tanımlanabilir. **Enformasyon** ise düzenlenmiş veri olarak tanımlanabilir. Düzenlenme başkaları tarafından yapılır ve yalnızca ilgili kişi için bir anlam taşımaktadır (Barutçugil, 2002:57; Aktaran: Güçlü, 2006:353). **Bilgi** ise, tabiatı gereği kişisel, subjektif, kişilerin tecrübeleri ve bakış açılarına göre şekillenebilen bir kavramdır. Tüm bunlardan yola çıkarak ortaya çıkan Bilgi Yönetiminde iki çeşit bilgidен söz edilebilir; Örtük ve Açık Bilgi (Hey, 2004:9-10). Örtük Bilgi kişisel, konuya özel ve biçimlendirilmesi zor olan bilgidir. Diğer taraftan açık bilgi ise, yönetilebilen, düzenlenebilen ve aktarılabilen bilgidir (Nonaka and Takeuchi,

1995; Aktaran: Hey, 2004:10). Tüm bu bilgi tiplerinin efektif bir biçimde kullanılabilmesini sağlamak içinse ortaya bilgi yönetimi kavramı çıkmıştır.

Bilgi yönetimi; Amerikan Üretim ve Kalite Merkezi tarafından, bilginin ortaya çıkması ve değer yaratması için doğru zamanda ve doğru insana yayılmasını sağlamak için sistematik yaklaşımlar olarak tanımlanmıştır (Buckman, 2004:17 Aktaran: Güçlü; 2006:355). Bir başka tanıma göre ise; Bilgi yönetiminin amacı; karar vermeyi, üretimi, kaynak aktarımını, rekabeti, sürekliliği, gelişimi isabetlendirmek ve hızlandırmak için kurum içindeki örtülü bilgiyi açığa çıkararak, açık bilginin ise dolaşımını sağlayarak kurumun verimine katkı yapacak doğru kişilere en uygun biçimde ulaştırmaktır (Çapar, 2003:422, Aktaran; Uzun ve Durna 2008:35).

Tüm bu tanımların ışığında, bilgi yönetiminin doğru efektif kullanımı sonrasında, doğru kişiler paylaşımı, tüm dünyada her yıl eklenen binlerce hastalık, bu hastalıkların tedavi biçimleri, gelişen tıp bilimini yakından takip etmeye olanak sağlamaktadır. Gelişen teknolojinin sağladığı bilgi ve belge yönetimindeki gelişmeler, ihtiyaç duyulan bilgiye, istenilen zamanda ulaşılabilmesine olanak sağlamış ve efektif bilgi paylaşımı sayesinde etkili tedavi yöntemleri uygulanabilir hale gelmiştir.

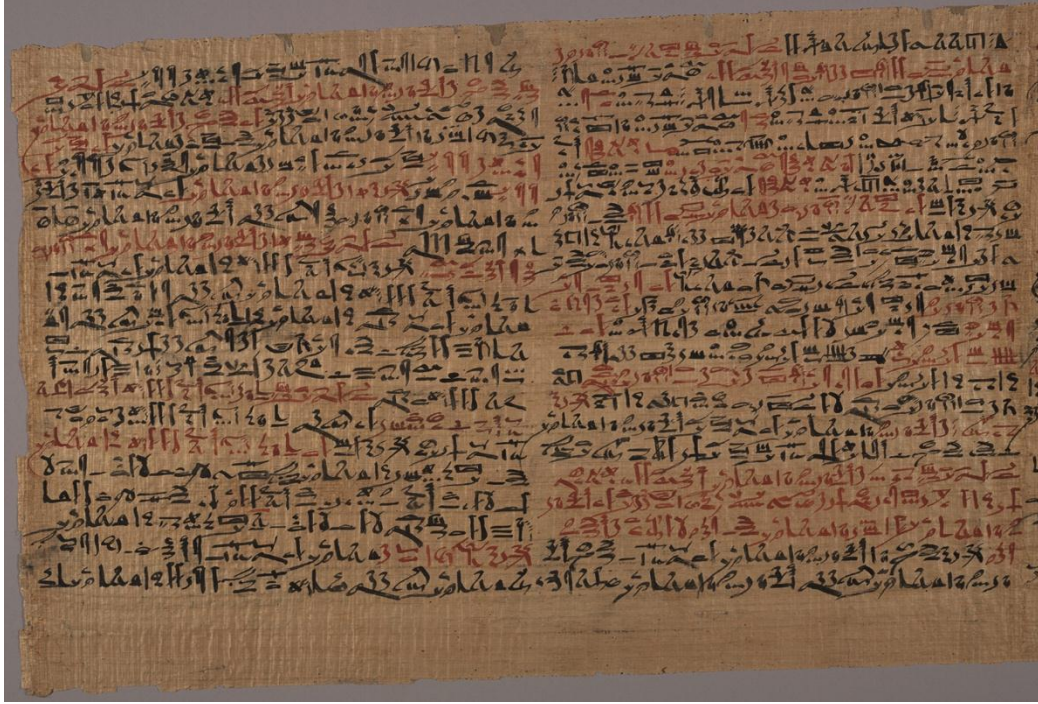
Sağlık kuruluşları içerisinde örtük ve açık bilgiye örnek vermek gerekirse, bir hastanın dokümanite edilmiş laboratuvar sonuçları yetkili kişiler tarafından ulaşılabilen açık bir bilgi iken, doktorların geçmiş tecrübelerinden edindikleri bilgileri tedavilerinde uygulamaları örtük bilgiyi kullanmalarına örnektir.

## **7.2. Tıbbi Dokümantasyonun Tarihçesi**

Artukoğlu'nun aktardığına göre, tıbbi dokümanların tarihi çok eskilere dayanmakta ve ilk çağlardan günümüze kadar gelmektedir. Bu bilgi ve belgeler, bugüne kadar kalabilen çizimlerden, inançlardan, hikayelerden, eski belgelerden öğrenilmiştir, antik çağlardan bu yana hasta bakımı ve tedavisiyle uğraşan kişiler çalışmalarını, hasta ve yaralılara uyguladıkları tedavi metodlarına ait belgeleri, çeşitli yazı biçimleriyle ifade etmişler; kendilerinden sonra gelenlerin biriken bilgiden faydalanmasını sağlamışlardır. (Abdelhak vd, 1996; Aktaran: Artukoğlu, 2000:13-14).

Bugünkü modern hasta dosyaları sisteminin başlangıcı olan eski hasta kayıtları, amaç olarak şimdiki kayıtlarla aynı olsa da çoğunlukla hastalardan elde edilen bulguları, konulmaya çalışılan tanıları içermektedir. Tarihten günümüze gelen en önemli örnekler Mısır Tıbbı'ndan elde edilen papirüslerdir. Zamanımıza kadar gelen papirüslerden en bilinenler ise, Edwin Smith Papirüs'ü (M.Ö 1600), ve Ebers Papirüs'üdür (M.Ö 1550) (Sümbüloğlu, Akdağ – 2010:19,20). Edwin Smith Papirüs'ü, 27 tanesi kafa, 6 tanesi boyun ve boğaz, 2 tanesi köprücük kemiği, 3 tanesi kol, 8 tanesi göğüs, 1 omuz ve 1 omurilik yaralanması olan toplamda 48 tane cerrahi olay içermektedir (Feldmen ve

Goodrich, 1999:282). Ebers Papirüs'ü ise heykel tozu, böcek kabukları, fare kuyukları gibi malzemeleri içeren yüzlerce reçete içermektedir (Fleming.H Revel 1963,1984: 9).



Şekil 1: Edwin Smith Papirüs'ünden bir olay açıklaması

**Kaynak:** <http://www.akhepedia.com/forum/eski-misir/edwin-smith-papirusu> Alınan Tarih: 18.03.2018)

Yunan tıp tarihine bakıldığında ise karşımıza çıkan en önemli isim kuşkusuz Hipokratır. Hipokratın tuttuğu kayıtlarda görülen en önemli detaylardan birtanesi, o dönemde tedavi yöntemlerinin içerisinde bulunan batıl inanç ve dualardan farklı olarak bilimsel yöntemlere önem vermesidir. Bir diğeri ise, Hıpkokrat yemininde de karşımıza çıkan hasta mahremiyetine verdiği önemdir (Sümbüloğlu ve Akdağ; 2010).

Günümüzde hasta kayıtlarının, ihtiyaçları cevap vermesine ilişkin standardizasyonun belirlenmesinde ilk adım 1913 yılında kurulan Amerikan Cerrahlar Birliği tarafından atılmıştır. İlgili birliğin yaptığı incelemeler sonrasında aldığı karara göre “her hasta için tam, doğru ve ayrıntılı bir kayıt tutulması ve hastanede ulaşılabilir bir yerde saklanması asgari standardizasyon koşuludur” denilmektedir (Sümbüloğlu ve Akdağ; 2010:32).

Teknolojinin gelişmesi, kalite yönetim sistemlerinin sağlık sektöründe ki rollerinin artması, toplumun bilinç düzeyinde ki gelişmeler ve bilgiye ulaşmanın kolaylığını takiben, günümüzde sağlık kuruluşları beklentileri karşılayabilmek adına verdikleri tedaviyi iyileştirmenin yanında tıbbi kayıtlara da özen göstermektedir denilebilir.

### 7.3. Tıbbi Dokümantasyon'un Özellikleri

Tıbbi dokümantasyon kayıt gerekliliklerine bakılmadan önce, dokümantasyonun neden önemli olduğu, nasıl oluşturulması gerektiği hakkında bilgi edinmek gerekebilir. Giriş kısmında da belirtildiği gibi, “İnsan sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir şekilde kapsayan belgelere tıbbi doküman, bu belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, yeniden düzenlenmesi, saklanması ve gerektiğinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin tümüne de **tıbbi dokümantasyon** adı verilmektedir” (Artukoğlu; 2000:35). Bu tanıma göre hareket edildiğinde tıbbi dokümantasyonun en büyük önemi insan hastanın ölüm veya yaşamı ile birebir bağlantılı detaylar içermesi olarak düşünülebilir. Tüm detaylar göz önünde bulundurulduğunda, bir tıbbi doküman, hastayı tanımlayabilmek için (demografik bilgilerini, cinsiyeti vb.), sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerini ya da teşhisi destekleyecek nitelikte, tedaviyi ve tedavi sonrasındaki sonuçları doğrulayacak şekilde yeterli ve doğru bilgi içermelidir. (Huffman,1990, Aktaran; WHO, 2006:7)

Tıbbi Dokümanın asıl amacı, hastanın başvurusu esnasında sağlığını etkileyen durumların kayıt altına alınması ve ile ilgili kayıtların hastanın ilerleyen dönemlerde medikal müdahaleye ihtiyacı olması durumunda devamlılığının sağlanması olarak düşünülebilir.

Aynı zamanda tıbbi doküman aşağıdaki net bilgileri içermelidir:

- \* Hastanın kim olduğu ve sağlık hizmetini kimin verdiği,
- \* Ne tipte bir sağlık hizmeti sağlandı, (ameliyat, medikal takip v.b), ne zaman sağlandı, neden sağlık hizmetine ihtiyaç duyuldu, nasıl bir sağlık hizmeti verildi ve verilen sağlık hizmetinin sonuçları neler oldu (WHO,2006:7).

Hasta bilgilerini detaylı olarak doküman edilmelerini sağlamak, kayıtların kalitesindeki artışlar için başlangıç teşkil edebilir. Bu durum ise, hasta bakımındaki hataların önüne geçilmesini, zaman ve maddi kayıpların bertaraf edilmesini, optimal tıbbi bakımın sağlanması yolunda ilk adımları sağlayabilir. Burada bahsedilen ve tıbbi dokümanı oluşturan bölümlere bakıldığında, hemen hemen her ülkede benzer dokümanların kullanıldığından bahsedilebilir.

İlk bölüm hastanın adı-soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi ve sürekli kaldığı adresi, hastane tarafından verilen hasta numarası gibi demografik ve sosyo ekonomik bilgileri içerir. Diğer bir bölümü ise, hastanın randevu aldığı doktor tarafından imzalatılan, kendisine yapılacak işlemler ile ilgili detaylı bilgileri içeren bilgilendirilmiş olur formları ve bilgilerinin kullanılmasına müsaade ettiği hukuksal dokümanlar oluşturmaktadır. Üçüncü bölüm ise, hastanede aldığı hizmetlere ilişkin ödediği ücretleri içeren bilgilerden oluşmaktadır. Dördüncü bölümde hastanın klinik bilgileri, hastaneye yatırılıp

yatırılmadığı, taburcu edilip edilmediği, ayaktan hasta olarak mı tedavi gördüğüne ilişkin detayları barındırmaktadır (WHO, 2006:7).

Finansal detayları içeren dokümanlar (fatura, hizmet dökümü), ülkemizdeki uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda, genellikle hasta dosyaları içerisinde tutulmamakta, hastaya ya da sigorta şirketine gönderilmekte denilebilir.

**Şekil 2.** Hasta Dosyaları



**Kaynak:** <https://www.medikalakademi.com.tr/ozel-hastane-vefat-hasta-kaydi-dosyasi-erkin-gocmen/>- Alınan tarih: 18.03.2018.

#### **7.4. Tıbbi Dokümanların Önemi:**

Tıbbi dokümanların önemi genel olarak düşünüldüğünde, iyi tutulmuş bir hasta kaydından beklenti ,hastanın tedavisinin seyrini belgelemesi, yapılan ve yapılması planlanan işlemleri, tedaviye dahil olan birden fazla doktor var ise yapılan işlemler özelinde aralarındaki iletişimi sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmelerini ve ihtiyaç duyulan istatistiklerin elde edilmesini sağlayabilmelidir.

Tıbbi kayıtların önemini daha da detaylandırdığımızda, kullanım amaçlarına da daha detaylı bakmamız gerekir.

**7.4.1. Hastanın tedavisinde izlenecek yöntemlere karar verme:** Hastanın tanısı ve uygulanacak tedavisi ile ilgili adımları atmadan önce, sağlık kayıtları bu adımlar ile ilgili veri sağlamaktadır. Bu veriler hastanın öz ve soygeçmişi, hastaneye başvurduğundaki yaşamsal bulguları, kullandığı ilaçlar, alerjiler, yapılan görüntüleme ve kan testi

sonuçlarıdır. Tüm bu veriler ışığında hastaya konulan tanı ve tanıya göre uygulanması gereken tedavi biçimine karar verilebilmektedir.

**7.4.2. Sunulan Sağlık Hizmetinin Devamlılığını sağlamak:** Hastaların tedavilerinin birden fazla doktor ya da sağlık kuruluşu tarafından yürütülebileceği ihtimali göz önünde bulundurulduğunda, sağlık kayıtlarının düzgün ve zamanında tutuluyor olması, diğer sağlık çalışanlarının hasta ile ilgili verilere ulaşabilmesine olanak sağlayacağından dolayı tedavinin sürekliliğinde aksama olmayacaktır.

**7.4.3. Sağlık Hizmeti Sunucuları arasındaki iletişimi sağlamak:** Hastanın tedavisine dahil olan sağlık çalışanlarının daha önceden meslektaşları tarafından yapılan işlemleri görmeleri, tedavinin devamında yapılacaklara karar vermesinde kaynak sağlayacaktır.

**7.4.4. Geri Ödemelere Veri Sağlamak:** Çalışılan sigorta kuruluşlarındani sağlık kuruluşları geri ödeme alabilmek için, hasta ile ilgili kayıtların eksiksiz ve düzgün tutulması şarttır. Şirketler hasta dosyalarından edindikleri veriler sonucunda geri ödemeleri gerçekleştirmektedir.

**7.4.5. Sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve etkinliğini değerlendirmek için veri sağlamak:** Kalite yönetim sistemlerinin sağlık kuruluşlarında giderek önem kazandığı bu günlerde, tıbbi bakım kalitesinin ölçümlenmek için başvurulacak yegane dokümanlar hasta kayıtlarıdır. Aynı zamanda performans değerlendirmelerinde ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına veri sağlamaktadır.

**7.4.6. Tıbbi Araştırmalar ve Tıp Eğitimleri için Bilgi Sağlamak:** Tıp öğrencilerinin vakaları görmeleri açısından, yapılan bilimsel ve tıbbi araştırmalara kaynak olması açısından hasta kayıtları en önemli dokümanlardır. Eğitim açısından düşünüldüğünde, hastanın tıbbi durumuna ilişkin kayıtlar gözlemlenerek uygulanmakta olan tedavi eğitim materyali olarak kullanılabilir. Aynı zamanda tıbbi araştırmalara dahil olan hastaların, tedavi süreçleri ile ilgili bilgiler de aynı şekilde hasta dosyalarından edinilebilmektedir.

**7.4.7. Sağlık Kuruluşlarına operasyonel kararlar için destek sağlamak:** Sağlık kuruluşlarının yönetiminde, kuruluşa başvuran hastaların bilgilerini edinmek yönetsel karar vermek açısından oldukça önem arz etmektedir. Kuruluşlar hangi tür hastaları tedavi ettiklerini, bu hastalara ait maliyetlerin kuruluşa ne kadar olduğunu ve çıkan maliyetler sonrasında alınacak kararlar için hasta dosyalarına başvururlar. Bu istatistiki veriler ile kuruluşlar, kapasite arttırmak ya da düşürmek gibi, yeni yatırım yapmak, verimli olmayan birimler hakkında kararları verebilmek için bu dosyalardaki verilere ihtiyaç duyarlar. (Öz; 2015)

### 7.5. Hasta Kayıtlarının Hukuki Yönü

Arslandaş'ın aktardığına göre; “Tıbbi dökümanlar, belirlenen standartlara uygunluğu denetlemenin, aksayan yönleri iyileştirmek için veri toplamanın, ayrıca iyi bir kalite yönetim sisteminin gereği olarak tutulan kayıtlardır. Ayrıca tıbbi dökümanlar hekim hasta arasında hukuksal uyumsuzluk durumunda başvurulacak delil niteliğinde belgelerdir. Adli vakaların takibinde de önemli bilgi depolarıdır.” (Arlantaş, 2012: 39)

Tıbbi kayıtlar, hastanın tedavisi ile ilgili süreç açısından önem taşısa da bir diğer önemli özelliği ise hukuksal olarak gerektiğinde hem hastayı hemde hekimi koruyan dokümanlardır. Bu özelliğinden dolayı tıbbi kayıtlar doğru ve eksiksiz tutulmalıdır. (WHO, 2006:67)

Hastaneye başvuran ve yapılan tedavilerinden memnun olmayan hastaların haklı veya haksız şikayetlerinden ortaya çıkan durumlarda, hastayı ya da hekimi koruyan yegane doküman hasta kayıtları olacaktır. Aynı zamanda hastaneye gelen adli vakaların incelenmelerinde en önemli kanıtları hasta dokümanları içermektedir. Bu nedenle hasta dosyaların eksiksiz ve düzenli tutulması son derecede önem arz etmektedir. (Arlantaş, 2012)



Şekil 3: Adaletin Simgeleri

**Kaynak:** <http://worldarkeoloji.blogspot.com/2017/07/antik-cagda-hukuk-sistemi-ve-adalet.html>, Alındığı Tarih: 18.03.2018.



Hastanelerin hasta dosyalarını en uygun şekilde düzenli, eksiksiz ve ihtiyaç duyulduğunda kullanıma hazır halde tutma sorumlulukları bulunduğu düşünüldüğünde, hasta dosyalarının asıl mülkiyetinin de hastane olduğu söylenebilir. Bu durumda, hasta dosyalarının gizliliğinin sağlanması, içerisindeki verilerin paylaşımına ilişkin düzenlemelerin yapılması da sağlık kuruluşlarının sorumluluğundadır.

Hasta verilerinin paylaşılması ile ilgili bazı farklı durumlar söz konusu olabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili kararlarında karar verme durumu mevcut değilse, (bilinç kaybı, cezai ehliyetinin olmaması) tayin edilecek bir vekil tarafından ilgili kararlar verilebilir. İlk olarak akrabaların vekil olması sıklıkla karşılaşılsa da akrabasının olmaması durumunda mahkeme farklı bir vekil tayin edebilir. Vekil, hastanın dosyasındaki kayıtların kullanımına ilişkin karar verebilir. Ayrıca, hastanın tıbbi durumu aciliyet içeriyorsa ve aksi bir talimat yoksa, sorumlu sağlık personeli hastanın tıbbi kayıtlarına ulaşma sorumluluğunu üstlenebilmektedir (Sümbüloğlu ve Akdağ; 2010). Hasta dosyaları aynı zamanda adli makamlardan talep geldiğinde kanıt olarak kullanılabilir. Mahkemelerin hasta dosyası talepleri genellikle sigorta davaları, vekil davaları, tazminat davaları, tıbbi hata davaları ve adli vakalar özelinde olmaktadır. (Sümbüloğlu ve Akdağ; 2010)

#### **7.5.1 Sigorta Davaları:**

Sağlık sigortası yaptıran hastalar, aldıkları tıbbi bakımı farklı göstererek sigortalardan farklı ücretler talep edebilirler. Bu durumun şirket tarafından fark edilmesi durumunda sigortalıya kontrat feshi davası açabilir. Bu durumda mahkeme hastalığın süresini ve özelliklerini tespit açısından ilk olarak hasta dosyasına başvuracaktır. Aynı zamanda kişiler, mahkemeye başvurarak, karşılaştıkları hastalık ya da yaralanmalar ile ilişkili olarak, sigorta şirketlerinin ödeme yapmaması durumunda, tazminat talep edebilirler. Yine bu durumda da mahkeme hasta dosyalarına başvuracaktır.

#### **7.5.2. İşçilerin Tazminat Davaları:**

Görev başındaki işçi herhangi bir sebepten yaralanma ya da sağlığında bozulma durumu ile karşı karşıya kalırsa, işvereninden tazminat talep edebilir. Bu tazminatın ne kadar olacağı ile ilgili detaylarda mahkeme tarafından hasta dosyasına bakara karar verilebilir.

#### **7.5.3. Kişisel Zarar ve Tazminat Davaları:**

Bu tip davalarda kişi, uğradığı zararın bir başkasının hatası sebebiyle olduğunu öne sürerek ilgili kişiye dava açabilir. Hasta dosyası bu durumda, kişinin aldığı zararın derecesini, yapılan tedavi biçimlerini ve süresini tespit etmekte kullanılır.

#### **7.5.4 Yanlış Tedavi Davaları:**

Bu tür davalarda kişi, hekimden, sağlık çalışanından yada doğrudan sağlık kuruluşundan, ihmal veya tedavide yanlışlık sebebiyle davacı olabilir. Hasta dosyaları bu



durumlarda mahkemenin tayin edeceği bilir kişi tarafından incelenerek herhangi bir ihmal ya da yanlış olup olmadığına karar vermekte kullanılır.

#### **7.5.5. Vasiyetname ve Vekalet Davaları:**

Herhangi bir kişinin sağlık kurumunda tedavi edildiği esnada vasiyet veya vekalet vermesi durumunda, hukuken geçerli sayılabilmesi için, ilgili kişinin akli dengesinin yerinde olması gerekir. Taraflar kişinin akli dengesini gerekçe göstererek yapılan işlemin iptali için dava açtığına mahkeme hasta dosyalarına dönerek kişinin sağlık durumunu araştırmayı talep edebilir. Bu tür durumlarda da tek kanıt hasta dosyaları olmaktadır (Çelik, 2001; Aktaran: Sürer, 2015).

#### **7.6. Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv**

**(Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (Makamın 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları))**

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (Makamın 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları) "*Yataklı tedavi kurumlarına muayene, teşhis ve tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adli vak'alara ait kayıtların, düzenlenen ve kullanılan dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında veya araştırmacılar veyahut adli makamlarca her istenildiğinde derhal hazır bulundurulması için merkezi tıbbî kayıt ve arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza edilmesine ilişkin usul ve esaslar*" belirlenmiştir. Bu yönergeye göre, yatak sayısı 100'ün üstünde bulunan hastanelerde aşağıdaki bölümlerden oluşan bir "Merkezi Tıbbi Arşiv" kurulur. Merkezi Tıbbi Arşiv'de bütün servislere yatırılan ya da polikliniklerde işi biten hastaların dosyaları bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.

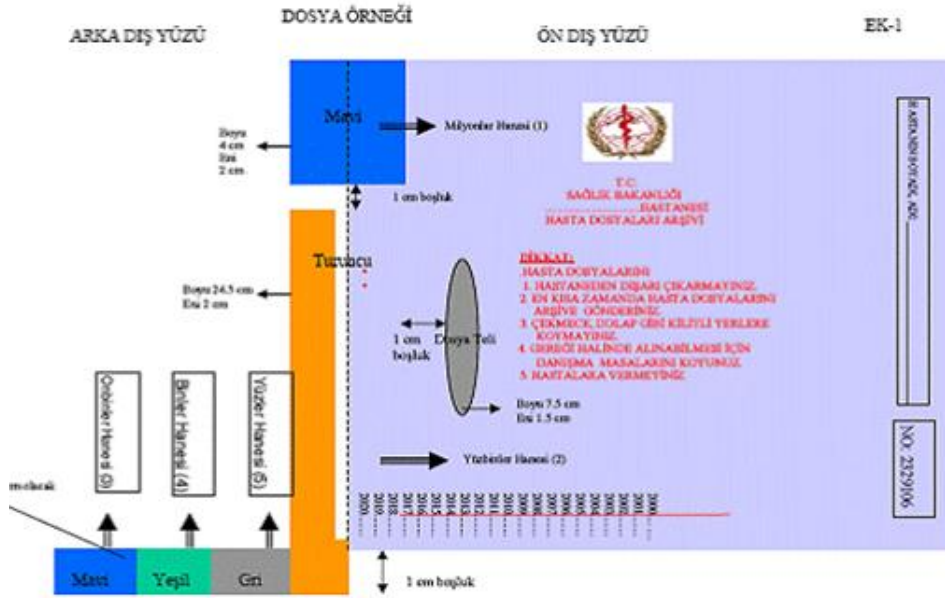
Merkezi Tıbbi arşiv, şu bölümlerden oluşur:

- \* **Hasta endeksi bölümü:** Sağlık kuruluşuna müracaat eden, bütün hastaların dosyalarının alfabetik bir sıra içerisinde düzenlenmesi ve bilinmeyen hasta numaralarını temin etmekle yükümlü bölümdür.
- \* **Eksik Dosyalar Bölümü:** Eksik dosyalar bölümü, işleri biten dosyaların günlük olarak ilgili bölümlerden alınıp, dosya içeriği listesine göre eksiklerin tamamlanmasından, epikrizlerin sorumlu hekime yazdırılıp imzalatılmasından sorumludur.
- \* **Dosyalama bölümü:** Bu bölüm kendisine gelen hasta dosyalarının, "renkli kod sistemine" göre sıralanmasından, talep edilen dosyaların verilmesini ve yerine vekil dosya konulmasından, yıpranan dosyaların yenisini düzenlemekten sorumludur. Dosya yoğunluğunun yüksek olduğu sağlık kuruluşlarında, dosyanın bulunmasındaki zamanı azaltmak, yanlış yere yerleştirilmesini engellemek amacıyla her harfe bir renk

gelecek şekilde yüzük bölümler halinde son iki rakama renk vermeden dosyalama sistemi oluşturulur.

Örnek olarak rakamları renklerle şu şekilde kodlandırmak mümkündür:

Kırmızı 1- Gri 2- Mavi 3- Turuncu 4- Mor 5- Siyah 6- Sarı 7- Kahverengi 8- Pembe 9- Yeşil



Şekil 4: Dosya Örneği

**Kaynak:** [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com\\_content&view=article&id=228:yatak](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/?option=com_content&view=article&id=228:yatak) Alındığı tarih: 18.03.2018.

Dosyanın sol kenarında dikey ve uzun olarak bulunan renkli kısım yüz binleri, alt kısımda bulunan üç renk ise sağdan sola doğru on binleri, binleri ve yüzleri ifade etmektedir (Megep, 2008:6).

**Tıbbi sekreterlik bölümü:** Doktorların el yazısı ile ya da diktafonlara dikte etmiş olduğu, ameliyat notu, çıkış özeti gibi bilgileri kayıt altına alan bölümdür. Adli makamlardan gelen taleplerin yanıtlanmasından da bu bölüm sorumludur.

Hastane bilgi yönetim sistemlerinin bulunmadığı Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ki fiziki dosyalarda şu belgeler bulunmalıdır;

- \* Hasta kabul kağıdı (Form 60),
- \* Tıbbi müşahade ve muayene kağıdı (Form 62),

- \* Derece kağıdı (Form 61),
- \* Hasta tabelası (Form 51),
- \* Röntgen istek kağıdı ve raporları (Form 64),
- \* Laboratuvar istek kağıdı ve tetkik raporları (Form 65),
- \* Ameliyat kağıdı (Form 63),
- \* Hastanın muayene istek formu (Form 67),
- \* Çıkış özeti (Form 67).

**Tıbbî istatistik ve kodlama bölümü:** Tıbbî istatistik ve kodlama bölümünün görevleri şunlardır;

\* Dünya Sağlık Teşkilatınca yayınlanan “150 Başlıklı Liste” deki tanılara göre 999, ameliyatlara göre 99 başlığa göre sınıflandırılıp kodlaması yapılır. Kodlaması yapılan dosyalar teşhis ve ameliyatlara göre ayrı ayrı karta geçirilerek kendi arasında sınıflanıp endeks kutularına kaldırılır.

\* Tıbbî araştırmalarda dosyalar, vekil dosya ve zimmet karşılığı araştırmacıya verilir. Araştırma ve haberleşme bölümü kurulan hastanelerde araştırma ve inceleme dosyaları bu bölüm tarafından çıkartılır.

\* Hasta ve yaralılara uygulanan tedavi usûlleri ve bu konudaki çalışmaların verimini tespit etmek ve ileriye dönük planlama yapabilmek için yatan ve ameliyat olan hastalara ait bilgiler bu bölüm tarafından uluslararası esaslara göre tasnif edilir ve kodlaması yapılır.

\* Form-56) ile bildirim zorunlu hastalıklar, verem (tüberküloz), zehirlenme, AIDS, kadın ve ana ölümleri, kanser vakalarına ilişkin bilgileri sağlık müdürlüklerine bildirir. (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi - Makamın 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları)

Yukarıda bahsedilen, arşiv yönetmeliğine göz atıldığında, ilgili yönetmeliğin yayınlandığı 2001 yılı düşünülürse, kayıtların elle tutulması durumuna ilişkin kuralların oluşturulduğu söylenebilir.

Günümüz tıbbi dokümantasyon aşamalarında, hastane bilgi yönetim sistemlerinin rol aldığı düşünülürse, kullanılan çoğu formlar artık bilgi sistemleri içerisinde saklanmaktadır. Bu durum belgelere ulaşmada yetkilerin, bilgi işlem yöneticileri tarafından daha rahat ve kesin belirlenmesine dolayısıyla hasta mahremiyetinin daha ciddi korunmasını sağlamıştır diyebiliriz. Aynı zamanda, istenilen dosyaya ulaşma zamanı kısalmış, bilgileri bir bütün olarak görme şansı elde edilmiş olarak düşünülebilir.

### **Kaynaklar**

Esatoğlu A.E., ve Artukoğlu A. (2000). Tıbbi Dökümantasyon tarihi ve tıbbi dökümantasyon ile ilgili meslektaşının gelişimi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı.

- Güçlü N, Sotirofski K, (2006). Bilgi Yönetimi Türk Eğitim Bilimleri Dergisi.
- Hey J, (2004). The Data, Information, Knowledge, Wisdom Chain: The Metaphorical link.
- Uzun H., ve Durna U., İŞLETMELERDE REKABET UNSURU OLARAK BİLGİ YÖNETİMİ, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 2008
- Sümbüloğlu K. (2010). Akdağ B, HASTA DOSYALARI BİLİMSEL YAKLAŞIM.
- Feldman R, ve Goodrich J, (1999). The Edwin Smith Surgical Papyrus.
- Fleming H.ve Revell, (1984). None of These Diseases 1963.
- WHO, (2006). Medical Records Manual: A Guide for Developing Countries.
- Öz H.H. (2015). SAĞLIK KURUMLARINDA BİLGİ SİSTEMLERİ.
- Özbabalık D, Arslantaş D, Arslantaş A, Adapınar B, Dündar E, Çetinkaya F, (2012). Tıbbi Dokümantasyon.
- Sürer E. (2015). TIBBİ KAYITLAR, KAYITLARIN TUTULMASI VE SAKLANMASI.
- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi (Makamın 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları).