

Geliş Tarihi: 16/06/2022

Kabul Tarihi: 29/06/2022

## HASTANELERİN TIBBİ KAYITLARDAN DOĞAN SORUMLULUKLARI

Alper Abbas ETGÜ\*

Abdulkadir GÜÇLÜ\*\*

### ÖZET

*Sağlık kurumlarında birçok tıbbi belge farklı düzeylerde kullanılmaktadır. Sağlanan sağlık hizmetlerinin hayati değerinin yanında, etkin yönetim kullanım ve tıbbi dokümantasyon süreçlerini de gerektirmektedir. Onun için tıbbi belgelerin önemi yanında sağlık kuruluşları, çalışanları, adli tıp bile sağlık ve eğitim alanındaki çalışmalar açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu tıbbi kaydı tutma yükümlülüğünü ihmal etmenin sonuçları incelendiği zaman, eksik bir kaydı tutulmasının baştan sona tıbbi bir uygulama sorunu olarak kabul görmediği, fakat bunun ihmalinin hem hukukta hem de delil hukukunda mühim sonuçları vardır.*

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi kayıt, Sağlık kuruluşları, Sorumluluk

## RESPONSIBILITIES OF HOSPITALS ARISING FROM MEDICAL RECORDS

### ABSTRACT

*Many medical documents are used at different levels in health institutions. In addition to the vital value of the health services provided, it also requires effective management, use and medical documentation processes. For him, besides the importance of medical documents, it is also of great importance in terms of health institutions, their employees, forensic medicine and studies in the field of health and education. When examining the consequences of neglecting the obligation to keep a medical record, it is clear that the keeping of an incomplete record is not considered a matter of medical practice throughout, but violation of it has important consequences both in law and in evidential law.*

**Keywords:** Medical record, Healthcare organizations, Responsibility

## GİRİŞ

Tıbbi kayıtlar son derece önemli belgelerdir. Çünkü eğer bir mahkemede delil olarak sunulabilirse, bu onun son derece önemli bir doküman olduğunu gösterir. Bu sebeple detaylı ve düzenli olarak bulundurmakta fayda vardır. Özel ve kamu kuruluşlara hizmet sağlayan özel veya tüzel kişiler, iletişim kuran herhangi bir kişinin tıbbi dosyasını sağlamak zorundadır. Bu isteklerin teşhis veya tedavi amaçlı olması, talepte herhangi bir şeyi değiştirmez. Konsültasyon talepleri bile kayıt altına alınmalıdır. Sağlık hizmetini talep eden kişiye verilen hizmetin ücretli ya da ücretsiz olması sağlık dosyasını saklama yükümlülüğü açısından fark etmeyecektir.

\* Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, alperetgu@stu.aydin.edu.tr İstanbul/Türkiye, ORCID No:0000-0001-5567-7869

\*\* Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [aguclu@aydin.edu.tr](mailto:aguclu@aydin.edu.tr), İstanbul/Türkiye, ORCID No:0000-0001-8005-5367

## TIBBİ KAYIT

Sağlık kuruluşları kendileri ile temasa geçen sağlıklı veya hastalara gerekli işlemleri iletirler, bu işlemleri takip eden kişinin tüm verilerini saklamalıdır. İnsan sağlığı sorunlarına ilişkin çalışmalardan elde edilen bu verileri düzenli olarak gösteren belgeler yani kayıtlardır.

Tıbbi Kayıtlar;

- Hastanın hastalığının doğasını ve tedavi sırasında nasıl ilerlediğini belgeler.
- Katılan hekim ile tedaviye katılan birimler arasında iletişimi sağlar.
- Daha sonra hastayı takip edecek sağlık profesyonellerine hasta hakkında bilgi verir.
- Sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için kullanılır.
- Sağlık kurumlarının yasal haklarını korumak için kullanılır.
- Hemşirelerin eğitiminde kullanılır.
- Bu, tıbbi araştırmalar için bir veri kaynağıdır.
- Kamu araştırmaları için bir veri kaynağıdır.
- Yönetim politikası ile finansmanı belirlemek için kullanılır.

## TIBBİ KAYIT ÇEŞİTLERİ

Sağlık kuruluşlarında kullanılan kayıtlarda birçok farklı bilgi sistemi bulunmaktadır. Bu bilgi sistemlerinin ortak amacı, sağlık çalışanları ve diğer sağlıkçıların teşhis ve tedavi kararlarını vermelerine ve uygulamalarına yardımcı olmak; bu şekilde hizmet ve kalitenin sağlanmasını kolaylaştırmaktır.

Tıbbi kayıt türleri olarak literatürde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlardan biri tıbbi dosyaları kullanılan yöntem ve malzemeye göre sınıflandırır. Yönteme göre tutulan kayıtlar, kaynak odaklı ve problem odaklı olup olmadığına göre başlıklar altında değerlendirilir. Tıbbi kayıtlar, kullanılan materyale bağlı olarak kağıt veya elektronik kayıtlar olarak sınıflandırılır (Aktürk 2002).

Kaynak yönelimli tıbbi kayıt kavramının tanımında, kayıtların tıbbi bakım sağlayan hizmetlere göre düzenlendiği yönetime atıfta bulunulur. Probleme yönelik tıbbi kayıt yöntemi iste mantıksal düşüncüyü yansıtan, hastayı tedavi eden doktorun değerlendirilmesinin yapıldığı bir belgeleme yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemde doktor her birini ayrı ayrı tanımlar, izler ve çözümlerini düzenler. Sistem, tüm sağlık profesyonellerinin hastayla ilgili davranışlarında gerçeklere dayalı sağlam mantık, analiz ve stil kullanmasını gerektirir (Işık. 2003).

Hasta kayıtları da dahil olmak üzere tıbbi kayıtların kağıt veya elektronik biçimde olup olmadığına bakılmaksızın, gerekli kurallara uyulmalıdır. Bu sebeple her iki kayıt sisteminin de detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir.

## Form Olarak Tıbbi Kayıtlar

Hastanın yaşamının, tıbbi geçmişinin, en son olan tedavi yönteminin eksiksiz tutulması sürecine tıbbi kayıt denir. Diğer bir deyişle, hastanın tüm idari tıbbi işlemlerinin kayıt altına alınması tıbbi dosya kavramını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kağıt tabanlı tıbbi kayıtlar, sağlık personeli tarafından yazılan hasta dosya klasörleri veya bilgi notları şeklindedir. Bir form biçiminde, tıbbi kayıtların adları veya standart biçimleri, kullanılan kuruluş, birim veya sağlık mevzuatına göre farklılık gösterir.

Kısaca hasta kaydını oluşturan formlar aşağıdaki belgelerdir;

- Hastayı kabul etme kağıdı,
- Hastayı yatırma kağıdı,
- Muayene ve tıbbi müşahede kağıdı,
- Doktor izlem formu,
- Hemşire izlem formu,
- Derece kağıdı,
- Hekim istem formu,
- Laboratuvardeki bulgulara ait form,
- Epikriz- Çıkış özeti,
- Hastanın eğitim formu,
- Rıza dokümanları,
- Diğer formlar.

Hastalara verimli ve etkili sağlık hizmetleri sağlamanın yanı sıra geçmiş hastane başvuru kayıtlarının mevcudiyeti, hasta bakımı ve tedavisinde önemli bir rol oynar. Bu şekilde hastalar zamanında bakım tedavisi alabilirler. Hastaların sağlık

kuruluşlarına karşı beklentileri yalnızca tedavi ve bakım değil, aynı zamanda doğru hasta kayıtları sağlama ve yöneticilerle çalışanlarla yüzleşme becerisidir. Bu sebeple, tüm çalışanları, kağıt tıbbi kayıt sistemlerinin sahip olması gereken işlevselliğe duyarlı olmalıdır.

## Elektronik Tıbbi Kayıtlar

Sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmelerle birlikte bilgiye olan ihtiyaç artmaktadır. Bilgi ihtiyacının karşılanması en çok yaygın olarak bilgisayar teknolojileriyle mümkün olmaktadır. Sağlık hizmetleri maliyetlerinde pahalı teknolojilerinin kullanılması ve artan maliyetler, sağlık yöneticilerinin verimli çalışmasını gerektirmektedir (Şenel, 2003).

Sağlık hizmetleri hizmetten başlayarak ödenmesine değin birçok aşamadan oluşmaktadır. Bu süreçlerin etkili yönetimi için, gerekli bilgilerin doğru zamanda, doğru yerde ve doğru kişi için hazır olması gerekir. Sağlık tesislerinin etkin şekilde çalışması için nitelikli tıbbi, mali, idari ve destek personelle birlikte tıbbi ekipman gereklidir. Planlamaları ve işleyişinin kontrolü ancak bilgi sistemleri yardımıyla mümkündür (Odacıoğlu, 2013).

Günümüzde bilgisayarlı sistemler sağlık sektörünün ayırt edici özelliklerinden biri haine gelmiştir. Özellikle klinik bilgi sistemlerinin, iletişimin ve internet bağlantılarının gelişmesi, bu teknolojilerin sağlık sektöründe yaygınlaşmasına olanak sağlamıştır. Hasta kayıtlardaki kalitenin oluşturulması ve iyileştirme çabaları, sağlık hizmetlerinin daha iyi olmasına katkı sağlamaktadır (Ömürbek, Altın, 2009).

Elektronik kayıtlar, hasta güvenliği ile memnuniyetinin kurumsal etkinliğini artırmak için önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde elektronik kayıtların kullanımı ciddi derecede artış göstermiştir. Son zamanlarda hasta sektöründe elektronik sistemler yaygın hale gelmiştir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmaya yönelik bir yönetim aracıdır.

Kuruluşlarda üretilen tüm bilgilerin entegre bir şekilde kullanıldığı, hizmet sağlayıcıların bilgisayar ile etkileşimli bir şekilde kuruluşun tüm sağlık personelinin etkileşimli bir şekilde kullanıldığı bir kayıt sistemi ile sonuçlanır. Kontrol ve erişimi yetkilendirme ile veri bütünlüğü mekanizmaları bu adıma dahildir (Işık, 2013).

Bu sistemin kabullenilmesi, kurumlar içerisinde tıbbi kayıt sisteminin işlerliğine ve iyi olmasına bağlıdır. Entegre olan bir kayıt sisteminin en mühim amacı, tekrardan kullanılacak verileri oluşturmak olmalıdır (Rosenbloom, Denny, Xu, Lorenzi ve ark, 2011).

İdeal bir elektronik bir kayıt sisteminde, hasta kabul işlemleri, hasta nakil taburculuğu ve hasta tedavisi sırasında ihtiyaç duyulan klinik bilgileri gibi idari uygulamalar bir ağ yapısı üzerinde beraber bulunabilir (Shortliffe ve Blois, 2001).

Hastaların elektronik kayıtları, tüm bilgilerin sanal ortamda hastadan toplanmasına ve gerektiğinde kullanılmasına izin veren bir bilgi havuzu olarak da tanımlanır. Bu sistemler, bir sistemin eksiksiz, faydalı, verimli, etik ve kolay aktarılabilir kurallar sağlayabildiği ve zaman içinde elde edilen tüm kayıtların bütünlüğü şeklinde gelir (Işık, 2013).

## TIBBİ KAYITLARDA YER ALMASI GEREKEN HUSUSLAR

Mevzuatta belirtildiği gibi, tıbbi kayıtlar ve özellikle hastaların kayıtları, hastaya sağlanan tıbbi bakım ve tedavinin değerlendirilmesi için önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Hasta kayıtlarındaki formlar hastanın yaşı ve kurum prosedürlerine bağlı olarak kurumdan kuruma değişiklik gösterebilir. Ancak hasta kayıtlarında mevzuat gereği sabit formlar bulunmaktadır. Bu formların doldurulma ve kullanım özellikleri aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

Hastanın Kimliği: Tıbbi dosya, tıbbi müdahalenin alıcısının kimliğinin belirlenmesine olanak sağlayan bilgileri içermelidir. Hastanın kimliği genellikle birimler tarafından arşivlenir. Burada, hastanın bütün kimlik bilgileri( anne- baba adı, doğum yeri, tarihi ile açık adresi) saklanmaktadır.

Elektronik tıbbi kayıtlar ile birlikte oluşan hastalara kayıt numarası verilmesi uygulaması nedeniyle, numarasının hasta tanımlayıcı ile birlikte kaydedilmesi gerekir. Tıbbi kayıtlarda yer alan kimlik bilgileri ile hastanın yaşam hakkının ihlal edilmesinden kaçınılmalıdır.

Hastalığın Öyküsü (Anamnez): Hastalığın tedavisine başlamadan önce hastanın durumu sorulmalı ve bunun için öncelikle hastalık öyküsü alınmalıdır. Hastalığın öyküsü etkin tanı ve tedavi için önemli bir unsurdur. Hastalık öyküsü, hastanın mevcut veya geçmişteki hastalığı, bu hastalığın ailesinde olup olmadığı, hastanın daha önce veya daha önce kullandığı ilaçlar hakkındaki bilgilerin toplamıdır.. Tedavinin vazgeçilmez bir parçası olan hasta öyküsü, tedavi sırasındaki sonuçları hastayı etkileyebilecek ilaç ve tedavilere karşı korur. Hasta, daha önce geçirdiği tedaviler ve tıbbi müdahaleleri, varsa halen kullandığı ilaçlar ve durumu hakkında en eksiksiz şekilde ve mümkün olduğu kadar hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Üstelik tam bir hasta öyküsü elde etmek her zaman mümkün değildir. Sağlık kuruluşunda doktora getirilen hastanın unutkanlığı, doktorun deneyimsizliği ve bilincinin kapalı olması gibi nedenlerle hastalık öyküsü alınmayabilir. Bu gibi durumlarda hastanın önceden kayıt altına alınması çok önemlidir.

Rıza Formları: Hastaya yapılacak müdahaleler için hastanın rızasının alınması esastır. Bu onayın yalnızca, hastanın

mevcut durum ve olası öngörülen gelişmeler hakkında bilgilendirilmesi durumunda anlamı vardır. Bu sebeple bilgilendirme yapılan hastadan onay alınmalıdır. Bu rızanın alınması her zaman yazılı olmak zorunda değildir, ancak ispat sorunları oluşturmamak için almakta fayda vardır.

**İzlem Notları:** Bu doktorun, hastanın kurumdaki takip süresinin evrimini not ettiği formdur. Bazı hastanelere, hemşireler görevlerindeki gelişmeleri ilerleme ve izleme sayfalarına da kaydederler. Birçok yerde ayrı formlar vardır. Bu formlarda hemşireler hastanın fiziksel, zihinsel, duygusal durumunu tanımlar. Doktor acil bir durumda aradığında, aramanın sebebini, doktorun verdiği ilaçlar ve verilen dozları, uygulanma süreleri, doktorun istediği aralıklarla tansiyon, nabız, ateş, solunum gibi belirtileri, hastanın yeme içme durumunu ve ayrıca bağırsak ve mesane fonksiyonunu not ederler.

**Doktor İstemleri:** Hemşirelerin, doktorların ve diğer çalışanların yaptıkları işlemleri kaydettiği formdur. Burada hastanın izlemesi gereken diyet ve uygulanacak ilaçların dozu, vital bulguların neler olduğu ve sıklığı yazılmalıdır.

**Laboratuvar Raporları:** Hastanın takibinde tutulan raporlar veya radyografi, elektrokardiyogram, biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji gibi birimlerde hastadan alınan örneklerdir.

**Konsültasyon Raporları:** Hastanın doktoru bir doktordan bilgi istendiğinde doktorun hasta hakkında belirlediği durumlar ve önerilerine başvurduğu formlardır.

**Teşhis ve Tedaviye İlişkin Veriler:** Teşhis, hastanın öyküsü ve hastanın şikayetleri sonrasında doktor tarafından yapılan değerlendirme ve hastanın durumudur. Hekimin hastanın şikayetlerini değerlendirmesi, tedavinin başarısı veya başarısızlığı üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Doktor, tüm sonuçları değerlendirerek ve kişisel olarak değerlendirerek bir teşhis koymalıdır. Teşhis, içinde hangi hastalığın bulunduğunu belirler.

Doktor, tıbbi değerlendirmesini ve nihai teşhise göre nasıl yaptığını tıbbi dosyasına kaydetmelidir. Bu durum, hekimin sorumlu tutulduğu durumlarda mesleki suistimalin olup olmadığının tespiti açısından oldukça önemlidir. Ancak bu şekilde, teşhise varılırken sonuçların tıp biliminin genel olarak ilke ve kurallarına uygun olarak değerlendirilip değerlendirilmediğini anlayabilir.

Tedavi, doktorun vicdani ve profesyonel görüşüne göre, doktor tarafından yapılan teşhis sonrasında takdir ettiği bir iyileştirme yoludur. Tedavi ile tüm müdahaleleri ve hastalıkları, ağrıları, bedensel zararları, vücudun bedensel veya zihinsel bozukluklarını önlemeye, iyileştirmeye veya azaltmaya yönelik önlemlerdir.

**Çıkış Özeti (Epikriz):** Taburculuk özeti, Dil Kurumu tarafından hastanın yatış, tetkik sonuçları, yatış ve hastalık seyrini gösteren özet bilgi olarak tanımlanır. Ayrıca özetinin, hasta kontrolünün serbest bırakılması ve tedavi sonrası izlenmesi gereken ile ilgili bilgileri içeren ve bir özeti olduğu söylenebilir. Daha önce listelediğimiz öğeler tıbbi kayıtlarda olmalıdır.

## **TIBBİ KAYITLARDA DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR**

Hasta dosyasında bulunması gereken bilgiler, dolayısıyla tıbbi dosya ve muhafazası için dikkate alınması gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir (Somar, 2010):

- Tüm formlar ve diğer hastalar arasında herhangi bir karışıklığı önlemek için protokol numarası, doğum tarihi, adı ve soyadı, özellikleri gibi kişisel ve ayırt edici bilgiler ile birlikte belirlenene prosedürlerin kurulması, her hasta dosyası sayfasına girilmelidir.
- Hasta ile ilk karşılaşmadan itibaren, cerrahi tedavisinin tıbbi ve cerrahi aşamaları, muayeneler, konsültasyonlar ve cerrahi işlemler kayıt altına alınmalıdır. Gözlem kağıdı, röntgen, analiz belgeleri ve biyopsi sonuçları ile ilaç belirtileri hastanın dosyasında saklanır. Bu bilgilerin geç tamamlanması, kayıtlarında hatalara ve bu bilgilerin daha sonra akla gelmesini zorlaştıracaktır (Sunay,2006).
- Kayıtların geçici olmaması için kurşun kalem kullanımından kaçınılmalıdır.
- Kayıtlar okunaklı yazılmalı, anlaşılır olmalıdır. Anlamsız ifadelerden kaçınılmalıdır.
- Hastalığın gidişatı ile hemşirelerin hastaya bakımı ayrıntılı yazılmalıdır.
- Özellikle onam belgeleri tarihlendirilmeli ve gerekirse saat yazılmalıdır. Muvafakat belgesi dosyaya eklenmelidir.
- Tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak kullanılabilirdiğinden düzeltilmeden mümkün olduğunca ayrıntılı ve düzenli tutulmalıdır. Bir düzeltme varsa, düzeltmenin tarih ve saati ile düzeltmeyi yapan kişinin baş harfleri yer almalıdır. Düzeltme metnin okunabilmesi için üzeri çizilerek yapılmalıdır.

## TIBBİ KAYITLARDAN DOĞAN SORUMLULUKLAR

**Kayıtların Yanlışlığından Doğan Sorumluluk:** Kayıtların tutulmasından sorumlu olan her sağlık çalışanı, bunların doğruluğundan da sorumludur. Hastası bir nedenle zarar görürse kayıtlar, örneğin, uygulanan doz yanlışsa doktor sorumlu olacaktır.

- Yanlış dozda ilacın neden olduğu durumun tedavisi için yapılan masrafları doktordan isteyebilirler.
- Hasta kötü bir ilaç nedeniyle ölürse, ölen kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin özel mali desteğini doktordan tazminat isteyebilir.
- Hatanın kasıtlı olarak veya doğal olarak yapılmış olması hata oranını değiştirir.

**Kayıtların Eksikliğinden Doğan Sorumluluk:** Kayıtlardan sorumlu kişi veya kişiler gerekli özeni göstermediği takdirde yukarıdakine benzer bir durum oluşmaktadır.

**Sır Saklama Yükümlülüğü Açısından Sorumluluk:** Dosyalarda girilen bilgiler hasta bilgileridir. Bu bilgilerin gizliliğinden sağlık uzmanı da sorumludur. Bunun kasıtlı olarak veya ihmali durumuyla meydana gelmesi durumunda, ifşa nedeniyle zarar gören kişinin uğradığı zarar onarılmalıdır.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TIBBİ KAYIT SİSTEMİNDEKİ SORUMLULUKLARI

Sağlık tesisleri birçok meslek grubunun çalışma ve uygulamalarının her meslek grubuna göre farklı düzenlendiği bir alan olduğundan çok daha farklı sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Sağlık profesyonellerinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında farklılıklar olması, tıpta farklı sorumluluklara sahip kişilere de bağlıdır.

Sağlık kuruluşunda görev yapan tüm sağlık personeli, tıbbi kayıtların eksiklik ve yanlışlığından sorumlu olduğunu muhafaza eder. Tıbbi kayıtların tutulması, duruma bağlı olarak hastaları, tesisi ve tesis çalışanlarını ileride doğabilecek yasal sorunlardan korur (Somer, 2010).

Hekimler, hastaya karşı tedavi sorumluluğu açısından mümkün olduğu kadar çok kayıt tutmayı taahhüt eder. Hekimler ve hastaneler, sözleşmesinden ve mevzuatından kaynaklanan hastaya karşı bir yükümlülük olarak, tıbbi tedaviyi ayrıntılı, dikkatli ve eksiksiz biçimde kaydetmek zorundadır (Şenocak,2010).

Doktorların kayıt tutma zorunluluğu, doğal bir tedavi zorunluluğu gibidir. Bu nedenle, yükümlülüğün ilk amacı tedavidir ve ikinci amacı, hizmet sunucuların hizmetlerinde sorumluluklarını sağlamaktır (Işık, 2013).

Sağlık sektöründe sistemlerin yaygınlığının güçlendirilmesi ve artırılması tıbbi hataların azaltılmasında önemli bir yönetim aracıdır (Bates, 2000). Bilgisayar destekli tedavi reçeteleri ve bilgisayarlı doktor karar yardımcıları, başta doktorların el yazısını okuyamamak olmak üzere birçok tıbbi hata kaynağını ortadan kaldıracığından, tıbbi hata oranlarında önemli bir azalma oynar (Foster, 2000).

Sağlık kuruluşlarında çalışan kadınların en yüksek yüzdesini hemşireler oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşireler her şeyden önce tıbbi kaydı tutanlardır. Hemşireliğin kayıtları yalnızca bireyin bakım kayıtları değildir, aynı zamanda bakım ekibinin üyeleri arasında bir iletişim biçimidir. Hemşireliğin kayıtları, hasta bakımı sırasında değerlendirmeler ve diğer hemşirelerle iletişim yoluyla bakımın sürekliliğini sağlar. Elektronik hemşirelik kayıtları, hemşirelik tanıları aracılığıyla hemşirelik bakımı için gerekli planlama materyalini ve tarife kaynaklarını sağlamak için hastalardan elde edilen verileri coğrafyaya veya klinik alana göre karşılaştırma imkanı sunar (Ay, 2009).

Sağlık çalışanları, tıbbi bakımın tüm süreçlerinden sorumludur. Sağlık kuruluşlarının belirlediği kayıt politikaları çerçevesinde çalışırlar. Uygun bir tıbbi kayıt sistemi için sağlık çalışanları ve hastalar arasında iletişim iş birliği sağlanmalıdır. Sağlık profesyonelleri dosyanın okunaklı ve anlaşılır olmasını sağlamalıdır. Hastalar için kullanılan formlarının tüm alanları doldurulmalı ve bırakılması gereken alanlar açıklanmalıdır. Tüm kayıtlar tarihli olmalı, kayıtlar işlem sırasında veya işleme hemen sonra tutulmalı ve asla geriye dönük yapılmamalıdır.

## HASTANE YÖNETİMİNİN TIBBİ KAYIT SİSTEMİNDEKİ SORUMLULUKLARI

Hastane yönetiminin tıbbi kayıt sistemi ile ilgili sorumlulukları; personelin sağlanması sorumluluğu, belgelerin oluşturulması, düzenlenmesi ve saklanması sorumluluğu, hasta dosyalarının oluşturulması sorumluluğu, tıbbi kayıtların en iyi şekilde kullanılması sorumluluğu, bunun denetlenmesinin sorumluluğundan kaynaklanan komiteler olarak sınıflandırılır.

Kamu kuruluşlarında yönetimin sorumluluğu hukuk meselelerinde yargısal suiistimaller, hizmet hatası ve kişisel hizmet hatası olarak ikiye ayrılır. Böylece hizmet sürecinde tıbbi sicile ilişkin olumsuz bir durum hukuki açıdan değerlendirilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği 16. maddesinde belirtildiği gibi “Hasta dosyasına ve sağlık durumuna ilişkin dosyalara doğrudan veya temsilcisi veya kanuni temsilcisi aracılığıyla başvurulabilir. Bu kayıtlara sadece hastasının tedavisine direkt etki edecek olanlar erişilebilir.”

Aynı yönetmeliğin 17. maddesinde yer alan “Hasta, sağlık durumuna uygun hale getirmek amacıyla eksik, belirsiz, hatalı tıbbi ve kişisel bilgilerinin kurum ve sağlık kuruluşlarından doldurulmasını talep edebilir.”

## HASTA DOSYALARININ ÖNEMİ

**Hasta Yönünden Önemi:** Hasta bilgilerinin ve sonuçlarının detaylı olarak öğrenilebileceği tek yer hasta kayıtlarının doğru ve eksiksiz doldurulduğu yerdir, Hasta hastanede kendini psikolojik olarak rahatlamış ve kendinden emin hisseder ve düşünür. Daha önceki klinik tanımlar ve hastalıkların tedavisi kullanılmayacağından hem hasta hem de doktor zamandan tasarruf sağlayacaktır. Doktor, etkili bir tedavi uyguladıktan kısa bir süre sonra kesin tanı koyacaktır ve gereksiz masraflar yapılmayacaktır.

**Kurum Yönünden Önemi:** Doktorların hastalara zamanında teşhis koyması ve tedaviye başlaması hem hastayı hem de sağlık kuruluşunu kurtaracağından, kısa sürede daha fazla sayıda hasta etkin hizmetten faydalanacaktır. Hastanede olamayan veya tedavileri sırasında ölen hastaların çizelgeleri incelenir ve hastane yöneticileri sorunun kaynağını belirleyerek gerekli önlemleri alır. Hastane bakımının kalitesini değerlendiren akreditasyon kuruluşları ayrıca hastalara ilişkin bilgileri inceler, hastaneleri denetler ve izler.

**Doktor Yönünden Önemi:** Tüm tıp profesyonelleri tarafından yapılan hasta kayıtlarının, her tedavi için hasta bilgilerinin ve prosedürlerin tamamlanması, doktorunun kısa sürede kesin teşhis koymasına ve etkin tedaviye başlamasına yardımcı olur.

**Adli Tıp Yönünden Önemi:** Hasta veya yakınlarına sağlık hizmeti sunulmaması veya yetersiz tedavi olması durumunda hastaneye sağlık hizmeti verildiği gerekçesiyle dava açabilir. Bu tür durumlarda hasta kayıtları hem hastaneyi korumak hem de şikayetçilerin haklarını korumak için bir savunma aracı olarak kullanılabilir.

## KAYITLARIN GİZLİLİĞİ, GÜVENLİĞİ VE MAHREMİYETİ

Temel amaç, sağlık sistemlerinin ve sistemlerde saklanan ve işlenen verilerin gizliliğini bütünlüğünü ve varlığını sağlamak için kayıtların güvenliğini sağlamaktır. Bu üç temel işlevi yerine getirmek için yeterli olmalıdır, yani sistemlerini oluşturan tüm türleri ve donanımları çok yönlü olmalıdır. Güvenlik, doğru kişilerin doğru bilgilere erişmesini, bilgilerin doğru olmasını ve sistemin gerektiğinde çalışır durumda olmasını gerektirir. Güvenlik girişimlerinin en önemli hedefleri; gizliliği sağlamak, sistemin işlerliğini sağlamak ve sistemin çalışmasını sağlamaktır.

Gizliliğe güven olmadığında hastaların sağlık hizmetini bırakmaları, hekimlerin hasta kayıtlarına bilgi girememesi gibi sonuçlara denk gelmektedir. Hastaların sağlık bilgilerinin korunması ile ilgili olarak, aşağıdaki 3 önemli kavramın birbirinden kesinlikle ayrılması gerekir. Bu 3 husus gizlilik, güvenilirlik ve güvenlidir.

**Gizlilik;** kişiye özel sağlık bilgilerini kontrol etmek her insanın hakkı ve arzusu kavramından oluşmaktadır. Güvenilirlik; kişisel sağlık bilgilerinin sağlık kuruluşuna, bilgi saklayıcısının yetkilendirdiği şekilde veya sınırlayıcı koşullarla ve bilgilerin kullanılabilmesi kapsamında sunulmasıdır.

**Güvenlik;** politikaların, prosedürlerin ve güvenliğin toplamıdır. Sistemlerin varlığının ve doğruluğunun sağlanmasına ve bilgi sistemleri içeriğine ve ayrıntılarına erişimin kontrol edilmesine yardımcı olurlar.

Sağlık bilgilerinin yönetiminde önemli sorumluluklardan biri de bilgilerin gizliliğini korumaktır. Hastaların ve çalışanların tıbbi kayıtlarının gizliliği korunmalıdır. Çeşitli kurumlardan hasta sağlığı bilgileri taleplerinde sürekli bir artış söz konusudur. Sistemin geliştirilmesinde hasta bilgilerinin gizliliği sürecinde hastanenin sorumluluğu çok önemlidir. Sistem gizliliği, iyi tanımlanmış suçlar prosedürleri için cezalar ile bilgisayar verilerinin fiziksel gizliliğini, yönetim kontrolünü ve sisteme erişimi sınırlayan bir tür içermektedir.

İyi bir bilgi güvenliği programının birkaç anahtarı vardır. Her şeyden önce; sistem özellikleri, hassas bilgisayar kayıtlarının fiziksel güvenliği için bilgileri içermelidir. İkincisi; hastane bilgi dosyalarına erişmek için çevrimiçi terminallerini kullandığında dikkatle planlanmış bilgi erişim kuralları gereklidir. Projenin sisteminin analiz aşamasında, hastane personeli arasında kimlerin hangi bilgi dosyasına erişebileceğinin belirlenmesi için dikkatli olunmalıdır. Kişisel bilgilerin korunmasına ilişkin kurallar aşağıdaki gibidir:

- Özenle tasarlanmış kimlik kartlarının kullanımı, belirli hassas bilgi dosyalarına erişim yetkisi olan insanları tanımlar.
- Bilgisayarlardaki terminaline kilit vurma sistemi, hastanelerdeki belirli bölümlerin terminallerinin belirli bilgilere erişmesini engellemelidir. Örneğin, hastane işleri ofis terminali normalde sağlık durumlarını gösteren hasta bilgilerine erişime izin vermez. Aksine birimindeki terminali ile işletim bilgi dosyalarına erişmek mümkün olmamalıdır. Dosya kilitleme sistemleri, onları tutan kişinin hassas bilgilerinin tanımlanmasına saygı göstermeli ve yetkisiz kişileri reddetmelidir.
- Hastanenin en üst yönetimi, özel bilgilerin gizliliğine ilişkin kuralların sıkı bir şekilde uygulanmasını sağlamak için olumlu önlemler almaya önem vermeli ve bunlara uymayanları cezalandırmalıdır.
- Kurumda kimin hangi verilere ve hangi yetkiyle erişebileceği profesyonelce tanımlanmalıdır. Rol tabanlı bir yetkilendirme yapılmalı ardından bu kişilerin hastaların her türlü kayıtlarına erişimi engellenmelidir.
- Yetkili çalışanlar yalnızca kendilerine kayıtlı hastaların her türlü kayıtlarına ulaşabilmelidir. Sadece hastanın yazılı onayı ile diğer sağlık çalışanları bu verilere erişebilir.
- Hastanın onayı olmadan hiçbir çalışan hastanın sağlık bilgilerini hasta yakınları dışında herhangi bir kuruma sözlü olarak aktaramaz.
- Hastaların sağlık bilgileri hiçbir amaç gütmeyen dahi üçüncü şahıslara aktarılamaz. Buna hasta tarafından kullanılan ilaçlar, diyetetik dahildir.
- Hastaya ait dosyanın bir nüshası hastaya verilmelidir. Yürürlükte yer alan mevzuata ait hükümler saklı kalmak şartıyla, hiçbir hasta üçüncü şahıslara ya da kurumlara elektronik veya çıktı olarak iletilmemelidir.
- Bir telefon görüşmesi sırasında, gizli hasta bilgilerini üçüncü şahıslara iletmek için en mutlak özen verilmesi gerekmektedir.
- Tüm hastalara ait tıbbi kayıtlar fiziki olarak korunan yerlerde tutulmalıdır.
- Hastaya ait kayıtlara internette erişmek mümkün olmamalıdır.

## TIBBİ KAYITLARDA DÜZELTMELER VE DEĞİŞİKLİKLER

Tıbbi kaydı sırasında bir hatası yapılmışsa, orijinal girişi olmamalıdır ve yanlış bilgilere hala erişilebilir olmalıdır. Düzeltme raporlarında sebep olmalı ve revizyon raporu revizyonist tarafından imzalanmalıdır. Hastalar, dosyasında değişiklik talep edebilir. Tıbbi kayıtları kağıt üzerinde tutuluyorsa hatalı kayıt ile kağıt kayıttaki bilgilerinin revize edilmesi gerekiyorsa not edilmelidir. Revizyonu yaptıran kişi ve revizyonun nedeni açıklanır ve imzalanır.

Kayıt olurken, mümkün olduğunca çabuk ve zamanında girmelidir. Giriş için bir zaman sınırlaması yoktur. Ancak, zamanında bir giriş yoksa ve yoksayılsa, bilgi girişleri eksi girişi olur. Kayıtlar adli vakalarda kanıt teşkil ettiği için, zamanında girilmesi ve belirleyici olması gerekmektedir. Bilginin güvenliğinden dolayı bilgilerin sahiplik, bütünlük ve gizliliği belirleyen bir şekilde saklanması gerekir.

### Hastaların Kendi Kayıtlarına Ulaşma Hakkı

Hastanın dosyasına erişim hakkı hastanın özel hayatının gizliliğine bağlıysa, diğer taraftan hastanın bilgilendirilme hakkı ile bağlantılıdır. Hastanın kendisiyle ilgili kayıtlara erişimi de özel hayatıyla ilgili bilgilere erişim hakkının bir parçasıdır. Aslında bu hak Amsterdam Deklarasyonu'nda mahremiyet başlığında ele alınmaktadır.

### Hastanın Aydınlatılması

Hastasına mümkün olduğu ölçüde tıbbi terimler kullanılmadan, tereddüt etmeden veya şüphe duymadan anlayacağı şekilde bilgi verilmelidir. Amsterdam Deklarasyonunda da yer almaktadır. Yönetmeliklerde yer alan bilgilendirme prosedürüne ilişkin yaklaşım, Amsterdam Deklarasyon yaklaşımı ile uyumludur.

### Hastadan Başkasının Bilgilendirildiği Haller

Hastayı bilgilendirmenin müsait olmadığı durumlar hastaların bilgilendirme haklarının konuları arasındadır. Hastanın psikolojisini ve dolayısıyla klinik tabloyu kötüleştirme olasılığının olduğu durumlarda, hasta teşhisini söylemek değil, teşhis hakkında daha fazla şey söylemek ön plana çıkar. Bu yaklaşımın doğru pozitif sonuçlar vereceği söylenemez. Örneğin hastalığın başkalarına bulaşma riski olduğundan, tanı hastaya konulmamalıdır. Hastaların dosyaları sağlık kuruluşlarının arşivlerinde tutulduğu için kanun maddeleri uyarınca kendilerine bilgi iletilebilir.

### Sağlık Kayıtlarını Tutma Yükümlülüğü

Sağlık kayıtlarının alınmasının gayesi, işlemin içinde yapıldığı belgeler olan kayıtların güvenli bir şekilde güvence altına

alınmasını sağlamaktır. Doktorlar için “kayıt tutma zorunluluğu” tedavi etmenin doğal bir zorunluluğu olarak belirtilmektedir. Bu nedenle, kayıtların birinci amacı tedavi ve ikinci amaç, hizmet sağlayıcılarının verdikleri hizmetlerde sorumluluklarını sağlamaktır. Kaydedilmesi gereken konular tıbbi standartların da gerektirdiği durumlardır.

Sağlık kuruluşlarında çağdaş cerrahi ve tıbbi yöntemlerin kolay bir prosedürden olabildiğince karışık hale gelmesi yaralı ve hastalara uygulanan hizmetin eksiksiz olarak belgelenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Geçtiğimiz yıllarda insanların doktorlara ve sağlık kurumlarına yönelik görüş ve tutumları da önemli ölçüde değişmiş ve dava edilme eğilimleri artmıştır. Bu nedenle arşiv komisyonu üyelerinin ve hasta arşivinden sorumlu kişinin söz konusu dosyalara ilişkin yasal hükümleri ve esasları bilmesi gerekmektedir. Hasta kayıtlarının tutulmasından ve saklanmasından sorumludur. Adli tıp, ceza hukuku, medeni hukuk, sosyal tıp ve biyolojik yasaları kullanarak sonuçlara ulaşan özel bir tıp dalıdır. Tıbbi yönlü bütün hukuki sorular adli tıp kapsamına girmektedir. Adli soruşturma ve mahkeme sürecinde olayın aydınlatılması için bir bilirkişiye ve mahkemelerin teknik konulardan bilgi almasına ve davayı çözmeye ihtiyaç duyulabilir. Hem tıbbi hem de yasal dosyaları olan hasta kayıtları sadece hasta ve araştırma için değil, aynı zamanda yasallık için de önemlidir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde dokümantasyon sunumları tıp hukukunun üzerinde bahsettiği mühim konulardan biridir.

Sağlık kuruluşlarında bir hasta kabul edildiği zaman, o hastanın bakımları ve tedavileri için gerekli olan yardımları sağlama yükümlülüğünü kabul etmiş olur. Böyle bir yükümlülüğe uyum, sağlık personelinin muhafazasını ve tedavilerini zorunlu kılmaktadır. Hasta, tedavisine başka bir doktor veya sağlık kuruluşunda devam etse dahi sağlık kuruluşunun sorumluluğu devam eder. Hastanın kendi dosyasını inceleme hakkının olup olmadığına bilgisinin sağlık kuruluşunun hazırlayacağı bir yönetmelikle belirlenmesi gerekir. Hastaların kendi dosyalarını görmeleri hasta için kötü olabilir. Çoğunlukla doktordan dosyalarını görmeyi arzulayan bir hasta için bir belge sunması istenir. Gerekirse doktor, hasta hakkında gerekli bilgileri içeren bir belgeyi özet olarak başka bir doktora veya bir sağlık kuruluşuna göndermelidir.

Hastalara ait dosyaların hiçbir koşulda sağlık kuruluşundan çıkarılmayacağı ilkesi Cumhuriyet Başsavcılığının talebi üzerine, takip edilen ve uygulanan bir ilke haline gelmiştir. Hasta kaydında yer alan hasta bilgileri, hastayı muayene eden ya da tedavi yapacak hekimler dışında bir kimseye gösterilemez veya verilemez. Bazı hallerde hastanın yazılı onayı temelinde, hastanın avukatı veya bir sağlık şirketinin belirli bir yöneticisi gibi hasta tarafından belirli kişilere belirli bilgiler iletebilir. Bunun haricinde hasta kayıtlarının karakteri ve mahremiyeti her zaman korunmalıdır.

Hastaların kayıtlarını desteklemek ya da bu kayıtlarla bilimsel araştırma yapmak amacıyla hasta kayıtlarını muayenehanelerine alan hekimlerde söz konusu gizliliğin ihlali ile sonuçlanmaktadır. Araştırma yapmaması veya dosyayı tamamlamaması bu gizlilik ihlaliyle hasta bakımlarının sektöre uğraması için geçerli ve iyi bir nedendir. Hasta dosyalarının tamamının veya bir kısmının savcılıktan talep olmaksızın sağlık kuruluşundan kaldırılmaması ilkesi, sağlık kuruluşu yönetimitarafından yaptırımlarla sürekli korunmalıdır.

## **TIBBİ KAYITLARDA HUKUKİ YÖNDEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN DURUMLAR**

Hastaya bir tıbbi müdahale uygulanacaksa, hasta bilgilendirmeli ve onam alınmalıdır. Bu bilgilerin geç yazılması, kayıtlarında yanlışlıklara, hatalara ve ayrıca vakayla ilgili bu bilgilerin daha sonra hatırlanmasında güçlükler neden olacaktır. Bilgiler, hastanın psiko-sosyal ve kültürel durumu göz önünde bulundurularak yakınları tarafından da verilebilir. Gereksiz tıbbi bilgiler girilmemelidir.

Kayıtlar önce hastadan başlayarak hemen tutulmalıdır. Bunların geç yazılması, karışıklığı önlemenin yanı sıra kayıtların okunaklı bir şekilde yazılması ve kayıtları yanlış tutan kişinin kayıtlardan kaynaklanabilecek yanlış anlaşılmalardan ve zararlarından sorumlu olması önemlidir. Özellikle hukuki davalarda kayıt tutarken zamanın takibi çok önemlidir. Kişinin belirli bir zamanda nerede olduğunu kanıtlamanın yanı sıra, kişinin işlemlerinin başladığı saat de önemlidir. Kayıtları yazarken hata yapılırsa kötü yazılmış bölümü aşağıdaki metnin okunabilmesi için çizilmeli, yanına yeni bölüm yazılmalıdır. Yapılan değişikliğin açıklaması ve düzeltmenin tarih ve saati yanına yazılmalı ve imzalanmalıdır. Kayıtların kalıcı olması için kurşun kalem kullanılmamalıdır.

## **SONUÇ**

Bu yıllarda sağlıkta dönüşüm programları ile sağlık kurumlarında etkin hale gelen Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin kullanımı henüz istenilen düzeye ulaşmamıştır.

Sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği, hastaların teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili tüm süreçlerin doğru olarak kaydedilmesi, işlenmesi, arşivlenmesi ve yeniden kullanılması ile geçerli olacaktır. Bu, tıbbi dokümantasyonun her yönetiminde çalışan personelin iş odaklı olması durumunda mümkün olacaktır. Bu aşamada pozisyonun gerekliliklerine uygun personel seçimi büyük önem taşımaktadır.



Bu sistemlerin bir diğer önemli avantajı istatistiksel veri kaynağı olmalarıdır. Bütün sağlık departmanları tarafından onaylanan Ulusal Sağlık Sistemi de ülkelerin gelişmişlik düzeylerinden biridir. Bu maksatla bütün sağlık kurumlarının ayak uyduracağı sistemlerin uygulanması sağlığın gelişiminde büyük rol oynayacaklardır.

## KAYNAKÇA

- Aktürk, Z. (2002). “Aile Hekimliğinde kayıtlar”, V. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı, Adana.
- Ay, F. (2009). “Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi”, *Gülhane Tıp Dergisi*; 51: 131–136.
- Bates, D. (2000). “Using Information Technology to Reduce Rates of Medical Errors in Hospitals”, *British Medical Journal*, 320: 788-791.
- Demirhan Erdemir, A., Öncel, Ö., Namal, A., Ünver, Y., Doğan, H. (2005). “Uluslararası Katılımlı Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyum Kitabı”, İstanbul, s.130-134.
- Foster, N. (2000). “Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impacts”. Washington, DC: Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC).
- Göçmen, E. (2003). “Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuksal Sorumluluk”, *Trabzon Barosu Dergisi*, S.7, s.55.
- Hakeri, H. (2007). “Hastanın Hekimlik Sözleşmesinden Kaynaklanan Yükümlülükleri”, (Hastanın Yükümlülükleri). Hatipoğlu, M.G., Hatipoğlu, H., Pekkan, G. (2012). “Bir Üniversite Hastanesi Dış Hekimliği Birimine Başvuran Hastaların Anamnez Formlarının Değerlendirilmesi”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, C.1, S.2, s.54-58.
- Işık, O. (2013). “Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri”, Anadolu Üniversitesi yayını, 1.baskı, Eskişehir, s:16.- 20.
- Odacıoğlu, Y. (2013). “Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Hastane Bilgi Sistemleri Kurulum Süreci”, Anadolu Üniversitesi Yayını, 1.baskı, Eskişehir, s:140.
- Ömürbek, N., Altın, F. (2009). “Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği”, *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:19, s.211–232.
- Özay, M. (2006). “Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, Ankara
- Rosenbloom, T. S., Denny, J.C., Xu, H., Lorenzi, N. (2011). “Data from clinical notes: a perspective on the tension between structure and flexible documentation”, *J Am Med Inform Assoc.*, 18.181–186.
- Shortliffe, E., Blois, M. (2011). The computer meets medicine and biology: Emergence of a discipline. *Medical Informatics Computer: Computer Applications in Health Care and Biomedicine*, s: 11.
- Somer, P. (2010). “III. Sağlık Hukuku Kurultayı”, *Tıbbi Kayıtlar, Koza Matbaacılık*, 527, 539,540, Ankara.
- Sunay, Y. M. (2006). “Tıbbi kayıtların düzenlenmesi ve saklanması görülen eksiklikler ve hukuki sonuçları”, *Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2 (50): 20–7.
- Şenel, P.T. (2003). “Zonguldak İlindeki Bazı Hastanelerde Çalışan Doktorların Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazırlık Durumunun Değerlendirilmesi”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi*.
- Şenocak, Z. (2010). III. “Sağlık Hukuku Kurultayı, Özel Hukukta Tıbbi Kayıtların Tutulmasında Sorumluluk”, *Koza Matbaacılık*, s:622, Ankara.
- Yokuş Sevük, H. (2008). “Tıp Ceza Hukukunda Kişisel Verilerin Açıklanması”, V. Türk Alman Tıp Hukuku Ceza Sempozyumu Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, Ankara, s.782-811.

