

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA
KALİTE VE AKREDİTASYON AÇISINDAN
TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YAKLAŞIMLAR**

NURCAN DOĞAN YALÇIN

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2014

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2009970138

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA
KALİTE VE AKREDİTASYON AÇISINDAN
TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YAKLAŞIMLAR**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE
AKREDİTASYON ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

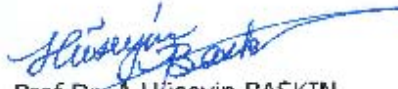
NURCAN DOĞAN YALÇIN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ
İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Özlem İPEKGİL DOĞAN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/2009970138

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans programı öğrencisi Nurcan DOĞAN YALÇIN'ın **Sağlık Kuruluşlarında, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar** konulu Yüksek Lisans tezini 12.05.2014 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof.Dr. Tonay İNCEBOZ
BAŞKAN


Prof.Dr. A.Hüseyin BASKIN
ÜYE


Yrd.Doç.Dr. Nevcivan GÜLDAŞ
ÜYE

Doç.Dr. Mustafa GÜVENÇER
YEDEK ÜYE

Yrd.Doç.Dr.Yavuz DOĞAN
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ	I
TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	V
KISALTMALAR	VI
ÖZET	1
ABSTRAC	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri	8
2.1.1. Sağlık Kavramı	8
2.1.1.1. Sağlığı Etkileyen Temel Faktörler	9
2.1.2. Sağlık Hizmetleri	10
2.1.2.1. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması	11
2.1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	12
2.1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	13
2.1.2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	14
2.1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	14
2.1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri	15
2.2. Kalite ve Akreditasyon	18
2.2.1. Kalite Kavramı ve Tanımı	18
2.2.1.1. Kalitenin Gelişimi	18
2.2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Uygulanması	20
2.2.1.2 Toplam Kalite Yönetimi	22
2.2.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	27
2.2.2. Akreditasyon ve Tanımı	29

2.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon.....	31
2.3. Tıbbi Kayıt Sistemi.....	32
2.3.1. Tıbbi Kayıt Tanımı.....	33
2.3.2. Tıbbi Kayıtların Tarihçesi.....	35
2.3.3. Tıbbi Kayıtların Temel Özellikleri.....	36
2.3.3.1. Tıbbi Kayıtların Hasta Açısından Önemi.....	37
2.3.3.2. Tıbbi Kayıtların Hastane Yönünden Önemi.....	38
2.3.3.3. Tıbbi Kayıtların Sağlık Personeli Yönünden Önemi.....	39
2.3.3.4. Tıbbi Kayıtların Bilimsel Araştırmalar Yönünden Önemi.....	40
2.3.3.5. Tıbbi Kayıtların Hukuksal Yönden Önemi.....	41
2.3.3.5.1. Tıbbi Kayıtların Tutulmasına Ait Esaslar.....	43
2.3.3.5.2. Tıbbi Kayıtların Saklanması Ait Esaslar.....	46
2.3.4. Tıbbi Kayıt Çeşitleri.....	54
2.3.4.1. Form Olarak Tıbbi Kayıtlar.....	56
2.3.4.1.1. Form Olarak Tıbbi Kayıtların Niteliği, Özellikleri.....	57
2.3.4.1.2. Form Olarak Tıbbi Kayıtlarda Dikkat Edilecek Hususlar.....	61
2.3.4.1.3 Form Olarak Tıbbi Kayıtların Avantajları ve Dezavantajları.....	62
2.3.4.2. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi.....	63
2.3.4.2.1 Elektronik Tıbbi Kayıt Tanımı ve Özellikleri.....	65
2.3.4.2.2 Elektronik Tıbbi Kayıtların Avantajları ve Dezavantajları.....	67
2.3.4.2.3. Elektronik Tıbbi Kayıtların Saklanması, Güvenlik ve Gizlilik....	69
2.3.5. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sisteminde Sorumlulukları.....	75
2.3.6. Hastane Yönetiminin Tıbbi Kayıt Sisteminde Sorumlulukları.....	77
2.4. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi.....	78
2.4.1. Ülkemizde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Uygulamalarında Mevcut Durum.....	79
2.4.1.1. Sağlık Hizmet Kalite Standartlarında (SHKS) Tıbbi Kayıt Sistemi.....	80
2.4.1.2. TS-EN- ISO 9001- 2008 Standartlarında Tıbbi Kayıt Sistemi.....	84
2.4.1.2.1. Sağlık Kuruluşları İçin ISO 27002	87
2.4.1.3. Joint Commission International (JCI) Akreditasyonunda Tıbbi Kayıt Sistemi.....	88

3. GEREÇ VE YÖNTEM	92
3.1. Araştırmanın tipi	92
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	92
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	92
3.4. Araştırma materyali.....	92
3.5. Araştırma değişkenleri.....	93
3.6. Veri toplama araçları.....	93
3.7. Araştırma planı ve takvimi.....	94
3.8. Verilerin değerlendirilmesi.....	94
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları.....	94
3.10. Etik Kurul Onayı.....	95
 4. BULGULAR.....	 96
4.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	96
4.2. Araştırmanın Bulguları.....	97
 5.TARTIŞMA.....	 126
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	133
7. KAYNAKLAR.....	136
8. EKLER.....	149

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kalitede Kimlik Değişimi.....	23
Tablo 2. Yataklı veya yataksız tedavi kurumlarındaki arşiv saklama süreleri	48
Tablo 3. Hasta dosyalarının kullanımı.....	60
Tablo 4. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar ICD -10 kodları ve adı.....	72
Tablo 5. Araştırma Planı.....	94
Tablo 6. Çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.....	98
Tablo 7. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar Ölçeği Faktör Yapısı.....	101
Tablo 8. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar.....	105
Tablo 9. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları.....	107
Tablo 10. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Hastaneye Göre Ortalamaları.....	109
Tablo 11. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Kıdeme Göre Ortalamaları.....	112
Tablo 12. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Mesleğe Göre Ortalamaları.....	114
Tablo 13. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Statüye Göre Ortalamaları.....	116
Tablo 14. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Yaşa Göre Ortalamaları.....	119
Tablo 15. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları....	121
Tablo 16. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	122
Tablo 17. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Medeni Duruma Göre Ortalamaları.....	124
Tablo 18. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Öneride Bulunma Durumu Göre Ortalamaları	125

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	9
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri.....	12
Şekil 3. Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	16
Şekil 4. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri.....	21
Şekil 5. Kurumsal Bilgi Sisteminin Yapısı.....	54
Şekil 6. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi.....	66
Şekil 7. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar.....	106

KISALTMALAR

TKY.....	Toplam Kalite Yönetimi
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
SHKS	Sağlık Hizmet Kalite Standartları
SGK.....	Sosyal Güvenlik Kurumu
KYS.....	Kalite Yönetim Sistemi
ISO.....	International Organization of Standardization
TS.....	Türk Standartları
EN	European Norm
JCAHO.....	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
MÖ.....	Milattan Önce
MS.....	Milattan Sonra
AHA.....	American Hospital Association
TŞTİDK.....	Tababet Ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun
PSOAP.....	Problem, Subjektif, Objektif, Değerlendirme ve Plan
ETK.....	Elektronik Tıbbi Kayıt
EKG.....	Elektrokardiyografi
HBYS.....	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
UTM.....	Unified Threat Management
WAN.....	Wide Area Network
EFQM.....	Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
HBTC.....	Hasta Başı Test Cihazları
IEC.....	The International Electrotechnical Organization

BGYS.....	Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi
JCI.....	Joint Commission International
S.B.....	Sağlık Bakanlığı
ODTÜ.....	Ortadoğu Teknik Üniversitesi
SPSS.....	Statistical Package for Social Sciences
TL.....	Türk Lirası
BUCH.....	Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A. Hastanesi
DEUH.....	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
ADH.....	Nevvar-Salih İşören Alsancak Devlet Hastanesi

TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışmalarım boyunca büyük bir sabır ve özveriyle bana yardımcı olan, verdiği önerilerle tezimin her aşamasında bana yol gösteren, kıymetli vaktini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili danışman hocam sayın Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ' a en içten şükranlarımı sunarım. Yine çalışmalarım esnasında bana sağladıkları imkânlar, sonsuz sabır ve destekleri için aileme ve eşime çok teşekkür ederim.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA KALİTE VE AKREDİTASYON AÇISINDAN TIBBİ KAYIT SİSTEMİNE YAKLAŞIMLAR

NURCAN DOĞAN YALÇIN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
dgn_nrcn@hotmail.com

ÖZET

Sağlık kuruluşlarında farklı düzeydeki sağlık çalışanları ilgili alanda birçok doküman kullanmaktadırlar. Kalite ve akreditasyon standartları çerçevesinde kurumlarda oluşturulan tıbbi kayıt sistemi değerlendirilerek, yaşanan güçlükler hizmet kalitesi, hasta ve çalışan güvenliği açısından sorunlar tespit edilmelidir.

Amaç: Çalışmanın temel amacı, ankete katılan hastanelerde çalışan sağlık personelinin tıbbi kayıt sistemine yönelik yaklaşımlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmanın evrenini, İzmir ilindeki üç kamu hastanesinde tıbbi kayıt sistemini kullanan sağlık çalışanlarından oluşan toplam 360 kişi oluşturmuştur. Araştırmada literatürden elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan yapılandırılmış, 34 soruyu kapsayan anket kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.00 programından faydalanılarak, öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, tanımlayıcı istatistikler, T testi ve ANOVA testi yapılmıştır.

Bulgular: Toplanan verilere yapılan Faktör Analizi sonucunda Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların üç boyut altında; “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” ve “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” şeklinde toplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımları algılarında farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmada hizmet kalitesinin en önemli boyutları sırasıyla “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” ve “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” olarak karşımıza çıkmıştır. “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” boyutu ise en az puanı alan Tıbbi Kayıt Sistemi boyutu olmuştur. Demografik özellikler incelendiğinde tıbbi kayıt sistemi yaklaşımlarına en yüksek puanı tıbbi sekreterlerin, kurumlarda bir - üç yıl arasında çalışmış olan kişilerin, gelir düzeyinde ise asgari ücret ve altı maaş alan katılımcıların, en düşük puanı ise statü olarak Kadrolu – İdari personelin, Hekim ve Hemşire meslek gruplarının verdiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kayıt, Tıbbi Kayıt, Elektronik Kayıt, Kalite, Akreditasyon.

HEALTH CARE QUALITY AND ACCREDITATION IN TERMS MEDICAL RECORD SYSTEM APPROACHES

NURCAN DOĞAN YALÇIN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

dgn_nrcn@hotmail.com

ABSTRACT

Many documents are used in the relevant area by the government health officials who are in the different levels at the health organizations. The quality and accreditation standards in institutions within the framework which is created by evaluating the medical records system, The difficulties which was experienced, service quality, the problems should be identified in terms of patient and employee.

Aim: The main purpose of the study, to evaluate the approaches of healthcare workers in the hospital who are participated in the survey about the medical record system.

Method: The population of the study, formed by a group of healthcare workers who has created 360 people that uses the medical record system at three public hospitals in the province of İzmir. In the research, a survey which is consisting of 35 questions that configured in the light of the information obtained in the research of the literature was used. In the analysis of data the program of SPSS 21.00 was used, primarily validity and reliability analysis, descriptive statistics, T test and ANOVA tests are performed.

Findings: At the result of the collected data on Factor Analysis, Approaches to Medical Records System under the three dimensions of; “Attitudes towards Electronic Medical Records System”, “Attitude in Terms of Quality and Accreditation” and “Form Registration System Dispositions” were collected in the form of. As a result of the analysis, according to demographic characteristics of health workers approaches to Medical Records System has been determined that there are differences in perception.

Result: In this study, the most important dimension of quality of service respectively has emerged as “Attitudes towards Electronic Medical Records System” and “Attitude in terms of Quality and Accreditation”. “Form Registration System Dispositions” as a size a minimum score of field size has been Medical Record System. When Analyzing demographic characteristics according to medical record system approaches the highest score was taken by medical secretaries, the people who worked one - three years at their institutions, at the level of income under the minimum wage and minimum wage salaries of participants, the lowest

score as the permanent status – administrative staff, It was determined that Doctors and Nurses occupational groups were given/paid to.

Keywords: Registration, Medical Records, Electronic Records, Quality, Accreditation.

1. BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAC

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması günümüzün gelişen sağlık sistemi içerisinde en önemli özelliklerden birisidir. Sürekliliğin sağlanabilmesi hasta bilgilerinin tüm kullanıcılara yönelik standart, öncelikli ve güvenilir bir şekilde listelenmesini ile gerçekleşebilir. Sağlık hizmetlerinde kayıt tutma, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için kaçınılmaz bir zorunluluk olup, gerek hasta gerekse sağlık çalışanını önemli boyutlarda ilgilendirmektedir.

Hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan kayıtlara tıbbi kayıt denilmektedir. (Kaplan, Yılmaz, Demir, 2006) Tanımdan da anlaşıldığı üzere tıbbi kayıtlar sağlık kurumlarına hastanın sağlık ve hastalık bilgilerinin elde edilmesi, saklanması ve arşivlenmesi süreçlerinde çeşitli sorumluluklar getirmektedir.

Tıbbi kayıt sisteminin amacı kime, niçin, nerede, ne zaman ve nasıl bir hasta bakımı verildiğinin kanıtlanmasını sağlamaktır. Günümüzde sağlık kurumlarındaki modern tıbbi ve cerrahi metotların oldukça karışık işlemler haline dönüşmesi, hastalara verilen hizmetlerin tüm ayrıntıları ile belgelenmesi zorunluluğunu ortaya koymuştur(Özbabalık, 2012).

Kabirzadeh ve Saravi' nin(2005) yapmış olduğu 'Tıp tarihi ve Tıbbi Kayıtlarla ilgisi' adlı derlemede; tıbbi kayıtların, hastalar için ilaçlar ve tedaviler kadar değerli olduğundan söz edilmektedir. Tıbbi kayıtların hastane, hasta için önemli olmasının yanı sıra, çalışan, adli tıp, halk sağlığı, tıbbi araştırmalar yönünden de önemi büyüktür. Tıbbi kayıtlarda kullanılan birçok tür doküman vardır. Hastane giriş, kabul ve yatırma kâğıdı, doktor ve hemşire izlem formu, hasta tabelası, doktor istem formu, laboratuvar istek kâğıdı, ameliyat kâğıdı, çıkış kâğıdı bunlardan bazılarını oluşturmaktadır.

'Kalite; tatmin edici bir üretimin en düşük maliyetle ve tüketicilerin gereksinimlerini hemen giderebilme yeteneği' olarak tanımlanmıştır (Efil, 1999). Sağlık hizmetlerinde kalite ise, sağlık hizmeti veren kurumlar tarafından verilen bakımın içeriği ile değil hizmetin sunumu ve yönetimi ile ilgilidir. Dünya ülkelerinde uzun zamandır sağlık alanında meydana gelen hızlı ilerlemeler ve değişim gelişmiş ülke hastanelerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişimlere de neden olmuştur. Kalite konusunda bilinçlenme giderek artmakta, hizmet satın alanlar daha iyi sağlık hizmetleri beklemektedir(Yıldırım, 2011).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü veya özel belgelendirme kuruluşlarına TS-EN ISO 9001 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9001 serisinde yer alan standartlar Türkiye'de sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS)' tüm devlet, üniversite ve özel hastaneler için uygulanan ve denetlenen bir standarttır.

Türkiye'de bazı sağlık kuruluşlarında uygulanan diğer bir standart; Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu JCAHO' nun bir alt bölümü olan, Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) akreditasyonu, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek amacı ile karşımıza çıkmaktadır.

Tüm bu kalite ve belgelendirme standartlarının amaçları ve maddeleri arasında tıbbi kayıt sistemini kapsayan birçok uygulama bulunmaktadır. Araştırmamızın ilerleyen bölümlerinde detaylı olarak bu alanlara yer verilmektedir.

Hastaneler arasında uygulanmış kalite sistemlerinin gerektirdiği standartları eksiksiz olarak yerine getirmek ve böylelikle hizmeti daha nitelikli seviyelere taşımak kurumlar açısından önemlidir.

Tıbbi kayıtların kalitesini etkileyen etmenler; doğruluk, kısa ve öz olma, dikkatlilik, güncellik, organizasyon, gizlilik ve güvenilirlik olarak sıralanabilir. Bu doğrultuda bilgiler eksiksiz ve zamanında doldurulursa, kullanılabilir şekilde olursa kayıtların kalitesi hastanelerde her zaman artacaktır.

Sağlık kuruluşlarında tıbbi kayıtların tutulması sürecinde birçok güçlükler yaşanmaktadır. Bu güçlükler farklı meslek ve eğitim düzeylerindeki sağlık çalışanlarının demografik durumları, bilgisayar ile ilgili bilgi donanımları örnek verilebilmektedir. Tıbbi kayıtların hasta hakları açısından bakıldığında, kişisel kayıtlarının saklanması güvencesi, tıbbi kayıtların yedeklenmesi gibi konuların önem arz etmesi nedeniyle bu konularda anket yapılarak değerlendirilmesinin bilime katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Sağlık Kuruluşlarında, farklı düzeyde tıbbi kayıtların tutulması sırasında birçok sorun yaşanmaktadır. Tıbbi kayıtlar hem hastaları hem de çalışanları ve kurumları yasal açıdan koruma içeriği taşımaktadır. Bu nedenle tıbbi kayıtlar teknoloji ile birleşiminden doğan bilgiler ışığında kaliteli bir hizmet vermede yardımcı en temel faktördür. Kayıt tutma sağlık

personeli arasında ortak bir dil olmalıdır. Sağlık personelleri için tıbbi kayıtların yükümlülüğü ile sağlanan bilgiler açık, kalite ve akreditasyon standartlarına uygun olarak bilinçli bir şekilde sunulmalıdır. Sağlık kuruluşları ve sağlık personelleri açısından büyük bir öneme sahip olan dokümantasyon sürecinin doğru, güvenilir, düzenli, anlaşılabilir olması ve özenle saklanması, gizlilik kurallarına uygun olarak arşivlenmesini sağlama amacı ile araştırma kapsamında çalışılması gerekli olduğu düşünülmektedir.

Tıbbi kayıt sisteminde kullanılan formların ve elektronik kayıt sisteminin anket yapılan kişilerce değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca sağlık kurumlarında yürütülen kalite ve akreditasyon çalışmaları kapsamında sağlık çalışanlarının tıbbi kayıt sistemine yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Farklı sağlık kuruluşları, farklı düzeydeki sağlık çalışanlarının yaklaşımları anket yapılarak problemlerin ortaya konması, bu konu hakkında çözüm önerileri araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

H₁: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₆: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₈: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Tıbbi Kayıt boyutlarından ‘Genel Tutum’ sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₉: Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

- H₁₀:** Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₁:** Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₂:** Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₃:** Anketi cevaplayanların mesleklerine göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₄:** Anketi cevaplayanların yaşlarına göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₅:** Anketi cevaplayanların öğrenim durumlarına göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₆:** Anketi cevaplayanların cinsiyetlerine göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₇:** Anketi cevaplayanların statülerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₈:** Anketi cevaplayanların statülerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁₉:** Anketi cevaplayanların statülerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₂₀:** Anketi cevaplayanların statülerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1.1. Sağlık Kavramı

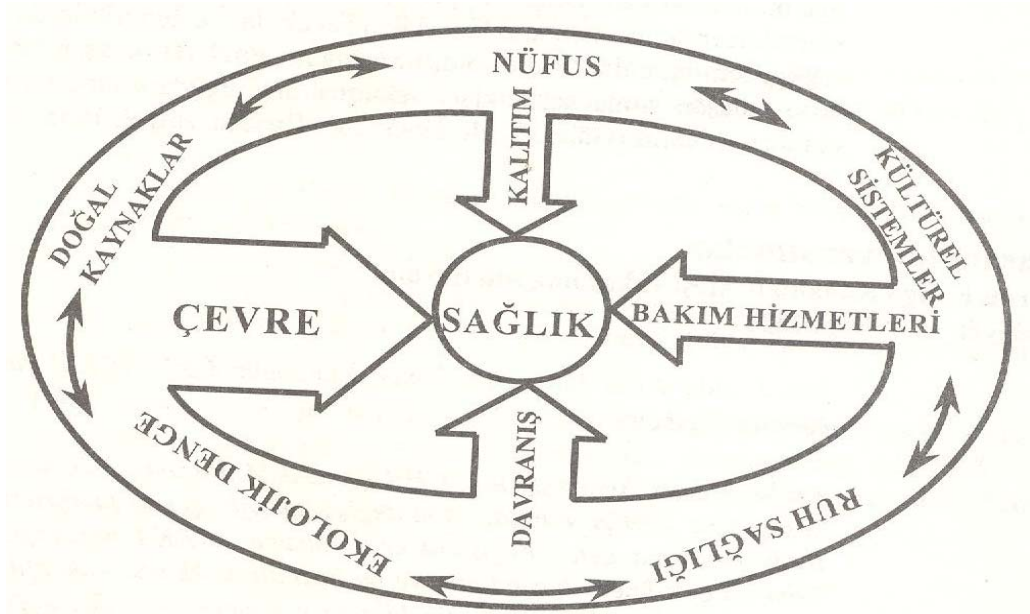
Sağlık kavramı insan hayatındaki en önemli kavramlardan biridir. Sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık bir kavramdır. Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve tanımlanmakta olduğu kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Sağlığın tanımlanmasına ilişkin ilk yaklaşımlar dikkate alındığında; Hygieia sağlığı sorumlu ve disiplinli bir yaşam sürme olarak açıklarken, Aesculap ise, hastalıkları yenme sanatı olarak ifade etmiştir. Bu dönemde sağlığın tanımlanması amacı ile yapılan açıklamalar; sağlığı hastalık kavramı ile birlikte ele aldığı için, sağlığın, hastalığın karşıtı olarak tanımlanması söz konusu olmuştur. Yine ilk çağlarda insanların büyük çoğunluğu, bireylerin sağlığında meydana gelen bozulmaların yani hastalıkların temel nedenini; kötü ruhlar ve cinler olduğuna inanmış ve tedavi seçeneği olarak da çoğunlukla büyü ve sihir gibi yöntemleri tercih etmiştir. Bilimsel bakış açısının gelişimi ve benimsenmesi, hekimlik mesleğinde ortaya çıkan yenilikler ve mikroorganizmaların varlığının anlaşılması, teknolojik ilerlemelere bağlı olarak geliştirilen yeni tedavi yöntemleri vb. birçok faktör konunun farklı açılardan ele alınması sonucunu doğurmuştur.(Somunoğlu, 2012)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “ yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık, çok boyutlu bir kavram özelliği taşımaktadır. Birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör, sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir.” DSÖ söz konusu sağlık tanımına sosyal ve psikolojik kavramlar da eklemiştir. Davranış, inanç, rol gibi konular sosyal içeriği bakımından sağlık kavramına dâhil olmuşlardır. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010)

2.1.1.1. Sağlığı Etkileyen Temel Faktörler

Sağlık durumu; nüfus, kültürel sistemler, doğa ve doğal kaynaklar, ekonomik ve politik sistemler gibi toplumsal sistemlerin etkisi altındadır. (Sağlık kurumları işletmeciliği, 2011) Sağlık kavramına çevresel yaklaşımı geliştiren Henrick L. Blum(1974), sağlık durumunu dört temel faktörün etkilediğini; bu dört temel faktörün de farklı toplumsal sistemlerin etkisi altında olduğunu ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir.



Şekil 1. Sağlığı Etkileyen Faktörler (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010)

Şekil 1' de görüldüğü gibi Blum'un sağlık modelinde sağlık düzeyini etkileyen dört temel faktör vardır: çevre, kalıtım, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010).

Çevre, yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir ve insanların sağlığını doğrudan veya dolaylı şekilde etkilemektedir. İklim koşulları, çevre ve hava kirliliği gibi olumsuz etmenlerin kişilerin sağlıkları üzerinde etkileri büyüktür.

Kişilerin içinde yaşadıkları ve doğum öncesinden başlayarak hayatı boyunca etkileşim halinde olduğu çevre sağlığın en belirgin etki eden faktörlerindendir. Çevre denince; fiziksel, doğal ortamdaki tüm nesneler akla gelir. İnsanoğlu anne karnında hayatına başladığı andan itibaren anne üzerinde etki eden çevresel faktörlerin fetüsü de etkilediği bilimsel gerçektir. (Kısa, 2002)

Kişilerin sağlığını etkileyen bir faktör de kalıttır. Kişilerin genetik yapıları, onların sağlık düzeylerinin belirleyicisi olabilmektedir. Genlere bağlı özellikler sadece normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir.

Bireyin sahip olduğu değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar kişinin yaşam tarzını oluşturmaktadır. Alkol ve sigara gibi olumsuz alışkanlıklar, kişilerin sağlık düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirdiği tutumları, davranışı yaşam tarzı olarak ta özetlenebilir. Sağlıklı yaşam biçimi için, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi gerekmektedir. (Aksungur, Göktaş, Önder, Cankul, 2011)

Sağlık durumunu etkileyen son faktör de o ülkede sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlık Hizmetleri insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve esenlendirilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür. Sağlık hizmetleri kavramını detaylı olarak ele almak gerekmektedir.

2.1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri; bireyin sağlığının korunmasına, hastalıkların tedavisine, azalan fiziksel ve ruhsal becerilerinin rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan çalışmaların tümünü ifade etmekte ve toplumun sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında sağlık vazgeçilmez bir hak olarak geçmektedir ve devletin güvencesi altında olduğu belirtilmiştir. 1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasanın 2. maddesinde ise sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, 17.02.2014)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlık hizmetlerini, "belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu

ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" şeklinde tanımlamaktadır. (Demirel, 2013)

Sağlık hizmetlerinin etkili sunulması için bir takım özellikler taşıması lazımdır. Tarihsel süreçte sunulan sağlık hizmetleri sunulması ile günümüzde uluslararası akreditasyon çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın geliştirdiği Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) ile ilgili yerel bir model oluşturmuştur. " Etkili bir Sağlık Hizmetinin temel özellikleri; kolay ulaşılabilir, kaliteli, verimli ve süreklilik arz eden bir yapı olmasıdır. " (Yılmaz, 2008)

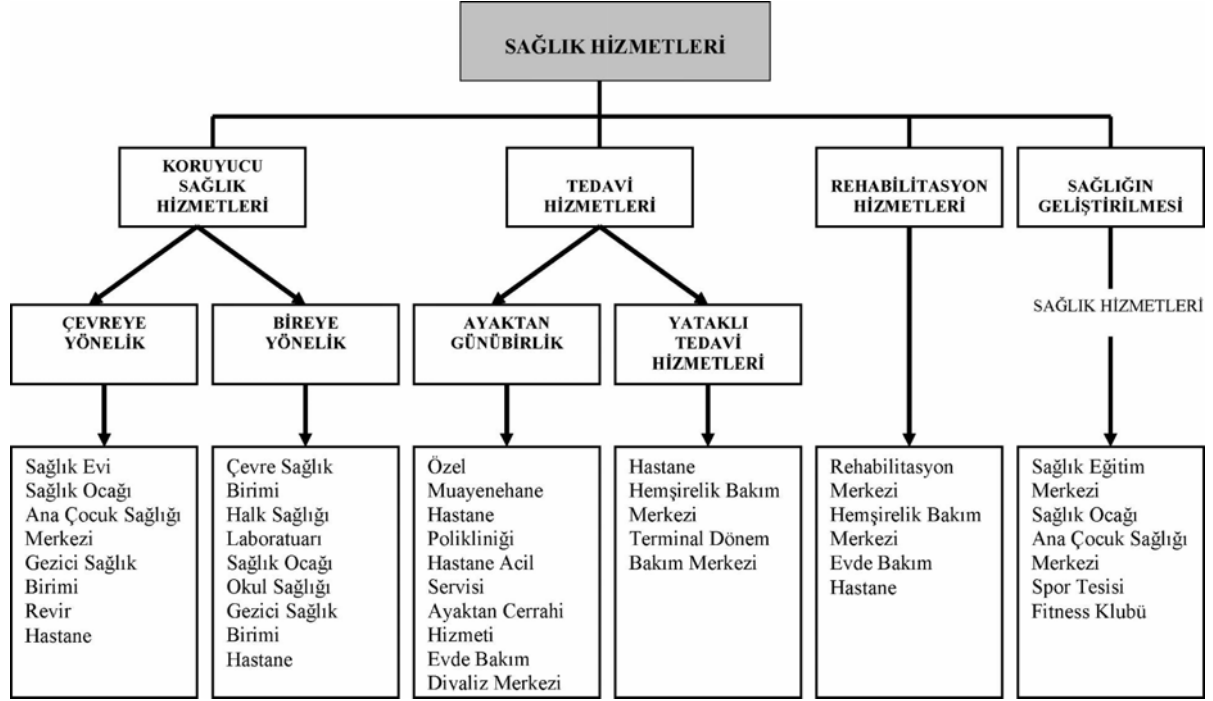
Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde sunulması sadece bunlarla sınırlı olmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. (Zerenler ve Ögüt, 2007)

Sargutan (2005) sağlık hizmetlerini, "sağlık çıktısını / ürününü / hizmetini / sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin önlem, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası gibi, ortak sağlık hizmeti sunumu" şeklinde tanımlamıştır.

Tanımlar incelendiğinde; sağlık hizmetlerinin çok boyutlu olduğu ve birbiri ile ilişkili birçok faaliyetten meydana geldiği görülmektedir. Bunun temelinde yatan neden, gerek bireyin gerekse toplumun sağlığının birçok faktörden etkilenmesidir. Ayrıca, toplumun sağlık hizmetlerine yönelik olarak farklı beklentilere sahip olması ve zaman içinde yeni beklentilerin ortaya çıkması da, sağlık hizmetlerinin kapsamını artırmaktadır.

2.1.2.1. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması

Sağlık kurumları, ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadır. Sağlık Hizmetlerinin sınıflandırılması çeşitli kriterler ele alınarak yapılmaktadır. Bu kriterler çeşitlilik arz etse de sağlık alanında kabul görmüş olan amaçlarına göre sınıflandırmadır. Sağlık hizmetleri amaçlarına, sağlık sorunlarına, sağlık hizmetlerini arz eden servislere ve benzeri çok değişik kriterlere göre sınıflandırılabilir.(Sağnak, 2010)



BÜTÜNCÜL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR

(Sağlık Yönetim Sistemi, Sağlığın Korunması Organizasyonları, Anlaşmalı Kurumlar, Hekim Hastane Organizasyonları)

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri (Kavuncubaşı, 2010)

Şekil 2’ de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır.

2.1.2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde ya da çevrede bir hastalık oluşmadan önce alınacak önlemler için sunulacak hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, 03.02.2014)

Koruyucu sağlık hizmetlerini kişilere y6nelik ve 6evreye y6nelik olarak ele almak m6mk6nd6r. Kişilere y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireysel korumayı sağlamaktadır. Bağışıklama, beslenmeyi d6zenleme, ila6la koruma veya kişisel hijyen gibi konular bu grupta ele alınabilmektedir. 6evreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri ise kişilerin i6inde bulundukları 6evreden etkilenererek oluşabilecek bir hastalığı 66nlemek i6in sunulmaktadır. Su kaynaklarının sağlanması, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla m6cadele gibi konular 6evreye y6nelik koruyucu hizmetlerine 6rnek olarak verilebilmektedir.

2.1.2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri ayaktan tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak 6zere iki grupta ele alınmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetleri poliklinik, acil servis, ayaktan cerrahi gibi hizmetleri kapsamaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri ise, kişilerin teşhis veya tedavi olmak i6in bir s6re boyunca sağlık kurumunda kalması anlamına gelmektedir.

Bununla birlikte hastalığın teşhisi ve tedavisi amacıyla d6zenlenen sağlık hizmetleri 66aşamada ele alınmaktadır:

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi i6in d6zenlenen hizmetlerdir. T6rkiye'deki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-6ocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı 6rnekleridir.
- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi i6in d6zenlenen hizmetlerdir. T6rkiye'deki tam teşekk6ll6 devlet hastaneleri, 6zel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu t6r hizmet veren kuruluşların bazı 6rnekleridir.
- 666nc6 Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve 6zel tedavi gerektiren hastalıklar i6in d6zenlenen sağlık hizmetleridir. T6rkiye'deki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, 6niversite hastaneleri bu t6r hizmet veren kuruluşların bazı 6rnekleridir. (Kavuncubaşı, 2010)

2.1.2.1.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri kişilerin herhangi bir hastalık sonrasında, eski faaliyetlerini yerine getirebilmek ve onları tekrardan hayata kazandırabilmek için oluşturulmuş tedavi hizmetleridir. Rehabilit edici sağlık hizmetlerinin amacı, tıbbi olarak giderilmiş sağlık sorunlarının ve hastalıkların kişi ve toplum üzerinde kalıcı olumsuz etkiler bırakmasını engellemek veya en aza indirmektir. Kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden eski sağlığına kavuşturulması temel amaçtır. Bu şekilde kişinin ailesinin, çevresinin ve toplumun sağlık kalitesi korunmaktadır.

(<http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, 10.09.13)

Yataklı ve yataksız hizmet veren rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulan rehabilit edici hizmetler, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrılmaktadır.

- Tıbbi Rehabilitasyon, bedensel açıdan var olan sakatlıkların giderilmesine yönelik hizmetleri kapsamakta, işitme cihazı, protez gibi uygulamalar bu çerçevede değerlendirilmektedir. Bu sayede bireyin eski fonksiyonlarını yeniden kazanmasına yardımcı olduğu gibi, ortopedik cihaz ve protezlere uyumu sağlanmaktadır.
- Sosyal Rehabilitasyon ise, bireyin yeniden topluma kazandırılması amacına yönelik olarak içinde bulunduğu duruma uyum sağlaması için verilen, öğretme, iş bulma, destek programları vb. uygulamaları içermektedir.

2.1.2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Toplumsal açıdan kişilerin daha bilinçli olarak sağlıklı yaşamalarını sağlayan sağlığın geliştirilmesi için oluşturulmuş bazı kurumlar da bulunmaktadır. Bu kurumlarda, toplumun daha sağlıklı yaşaması için bilinçlendirme hizmetleri sunulmaktadır. Aynı zamanda kişilerin var olan sağlıklarını korumaları için spor tesisleri gibi yapılar da bu grupta ele alınabilmektedir.

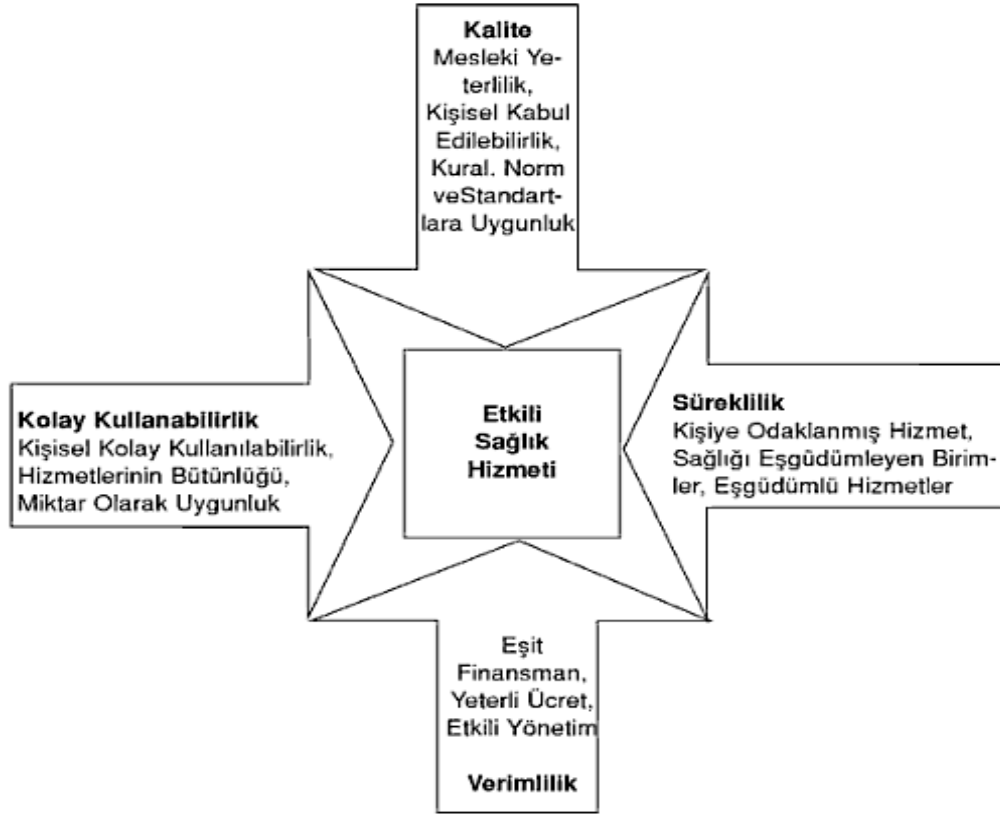
1986 yılında yayınlanan Ottawa Bildirgesi ile sağlığı geliştirme bir süreç olarak ifade edilmiş ve bireyi sorumlu olarak daha aktif hale getirmiştir. Ayrıca sağlıktan, sadece sağlık kuruluşlarının sorumlu olamayacağı tüm ulusal ve uluslararası kuruluşların işbirliği içinde hareket etmesi gerektiği sonucu çıkarılmıştır. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi

hakkındaki yönergede ise ‘Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili Toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir’ şeklinde geçmektedir. “Sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak verilen hizmetler ile bedensel ve zihinsel sağlık durumunun, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenmekte ve bu konudaki temel sorumluluk da bireye verilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi için yürütülen tüm bu faaliyetlerin sonucunda, doğru sağlık davranışlarının topluma benimsetilmesi amaçlanmaktadır.” (Somunoğlu, 2012)

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır; sağlık eğitim halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi tanımından da anlaşıldığı üzere sadece kurumların sorumluluğunda değil, ulusal ve uluslararası bağlamda özel-kamu tüm kuruluşlara sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesi konusunda görev düşmektedir. (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010).

2.1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin tanımı ve yapısı ele alındıktan sonra, bu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulabilmesi için sağlık hizmetlerinde bulunması gereken özellikleri vurgulamak gerekmektedir. Sağlık kurumları, sağlık hizmeti üreten bir kurum olmalarına rağmen, hizmet üreten kurumlara göre çoğu yönden farklılık göstermektedir. Diğer hizmetlerden farklı olarak, sağlık hizmetleri bütünlük, süreklilik ve eşgüdümün bir arada olarak sunulması gereken hizmetlerdir.



Şekil 3. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri (Uzkesici, 2002)

Şekil 3’ de gösterildiği gibi etkili sağlık hizmeti sunmak için gereken özellikler;

- Kolay kullanılabilirlik,
- Kalite,
- Süreklilik ve
- Verimlilik (Kavuncubaşı, 2010).

Sağlık hizmetlerinde kolay kullanılabilirlik, sağlık hizmeti kullanıcılarının, kolay bir şekilde hizmete ulaşabilmeleri ve ihtiyaç duyduğu hizmetin tümüne ulaşabilmeleri anlamına gelmektedir. Bir başka açıdan ele alırsak, sağlık hizmetini sunan kişiler açısından da ulaşılabilirlik büyük önem taşımaktadır. Teşhis ve tedavi için gerekli ilaç, ekipman ve diğer hizmetlere kolay ulaşabilmeleri gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmetin sunulması şarttır. Hasta beklentilerinin karşılanması ve bu beklentilerin üzerine çıkılması gerekmektedir. Bu da ancak sağlık hizmeti sunan kişilerin yeterliliklerinin olması, hizmeti sunum tarzının bireyin beklentilerine göre

olması ve sunulan sağlık hizmetinin genel belirlenmiş standartlara uygun olarak verilmesi gerekmektedir.

Etkili sağlık hizmeti sunumu için gerekli özelliklerden bir tanesi de sürekliliktir. Kişilerin koruyucu önlemlerle sağlık düzeylerinin korunması, hastalandıklarında tedavilerinin gerçekleştirilmesi ve sağlık düzeylerinin sürekli olarak geliştirilmeye çalışılması çabalarını ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin ölümü ile bile sonuçlanabilir. (Aktan, Işık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>)

Verimlilik özelliğinde ise, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların mantıklı bir şekilde kullanılması ön plana çıkmaktadır. Verimlilikte ön plana çıkan konular adil bir finansman sisteminin sağlanması, yeterli ücret politikası ile sağlık personelinin yaptığı işten maddi olarak da tatmin olması ve etkili yönetimle kaynakların en verimli ve en ekonomik yolla kullanımının sağlanması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır. Bunlar;

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir.
- Sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir.
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. İkamesi yoktur.

- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.
- Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür (Kavuncubaşı, 2010).

2.2. KALİTE VE AKREDİTASYON

2.2.1. Kalite Kavramı ve Tanımı

İçinde yaşadığımız yüzyılda sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel alanlarda yaşamamızı etkileyen en önemli kavram hiç kuşkusuz kalite olmuştur. Kalite birey-örgüt-toplum dinamizminin ve sürdürülebilir başarının anahtarı olarak karşımıza çıkmakta ve bir yaşam tarzı olarak önerilmektedir (Şahin, 2000).

Kalitenin günümüze kadar pek çok tanımı yapılmıştır. Bununla birlikte genel kabul görmüş kalite tanımları şu şekildedir:

- Juran'a göre kalite, kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır. Kalite kullanıma uygunluktur.
- Crosby' e göre kalite, şartlara uygunluktur.
- Deming'e göre kalite, değişmezliğin ve güvenilirliğin düşük maliyet ile pazarın ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tatmin edilmesidir (Efil, 1998).

Diğer bir tanımda, müşteri isteklerinin tatmini, operasyon performansının iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi amacı ile kullanılan stratejik bir araç olarak ele alınmaktadır. Tüm bu tanımların ortak noktası, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tatminidir (Tütüncü, 2009). ISO standartlarına göre de, kalite "bir mamul ya da hizmetin gerekli nitelikleri tam olarak karşılaması" dır.

2.2.1.1. Kalitenin Gelişimi

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılı Hammurabi kanunlarına dayanmaktadır. Hammurabi kanunlarının 215.-220. maddeleri arasında yer alan bir maddesinde, "eğer cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır, ya da apsesini açıp iyileştirirse bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse 10 gümüş şikel (16.37 gramlık gümüş para) verilecektir denilmekte, diğer bir maddesinde ise, "eğer

cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapıp ölümüne neden olursa, ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir" denilmektedir (Devebakan, 2001).

1900'lü yıllardan itibaren kurumların yönetimde bilimsel yöntemlerin uygulanması vurgulanmış, 1920'li yıllarda bitmiş ürün muayenesi anlayışı yerini kalite kontrol anlayışına bırakmıştır(Efil, 1999).

II. Dünya savaşı sonrasında Japonya'nın yeniden yapılanması için Amerikalı Deming ve Juran Japonya'ya davet edilerek görüşlerine başvurulmuştur. Onların önerileri doğrultusunda Japonlar, Amerikan orijinli bir yönetsel yaklaşımı ele alarak onu kendi ortamlarında değerlendirip geliştirmişler ve oldukça başarılı olmuşlardır. 1950 yılında Deming'le başlayan toplam kalite çalışmalarını, 1954 yılında Juran tarafından ortaya atılan "kalite yönetimin sorumluluğudur" anlayışı izlemiş; 1961 yılında ise Crosby "sıfır hata" yaklaşımını uygulamaya geçirmiş; ardından 1962 yılında Ishikawa "kalite herkesin işidir" diyerek kalite çemberi çalışmalarını başlatmış; daha sonra Imai sürekli gelişme kavramını toplam kalite yönetimine kazandırmıştır. 1970'li yıllarda Amerikalılar kendi ülkelerinde pazar paylarını kaybetmeye başladıklarında olayın geç de olsa farkına varmışlar ve 1980'lerin başında Toplam Kalite Yönetimi üzerinde çalışmaya başlamışlardır (Balcı, 2005).

Yapılan araştırmalar, 1990'lı yıllarda uluslararası pazarlarda her on müşteriden sekizinin herhangi bir mal ya da hizmeti satın alma kararında kalitenin fiyata eşit ya da ondan daha fazla ölçüde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bunun nedeni son derece açıktır. Günümüzde toplumların yaşam tarzı ve firmaların üretim süreçleri kalitesizliğe, zamana ve maliyete karşı daha az toleranslı olan hassas ve güvenilirliği yüksek mal ve hizmetlerin üretimine ve tüketimine bağımlı hale gelmiştir (Tezcan, 2000).

Özellikle 1990 sonrasında özel sektör işletmelerinin kalite sistemlerine ve sürekli iyileşme programlarına olan ilgisi gün geçtikçe artarak devam etmektedir. Küreselleşme olgusuyla birlikte kalite kavramı işletmelerde bir yaşam biçimi olmaya başlamıştır (Aydemir, 2006).

Bu değişimler ile kalite önce muayene teknikleri ile geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu döneme " kalite muayenesi" denmektedir. Daha sonra bunu "kalite kontrol" dönemi izlemiştir. Kalite kontrol döneminden sonra "kalite güvence" dönemi başlamıştır.(Tütüncü, 2009)

Bu gelişmelerin sonucunda "Toplam Kalite Yönetimi" anlayışı uygulamaya geçmiştir. Böylece kalite kontrolü aşamasıyla başlayan Toplam kalite yönetiminin gelişim süreci tasarım

aşamasından tüm süreçleri izlemek suretiyle her aşamada kalite yönetimine doğru gelişmiştir (Tekin, 2007).

İlk imalat sektöründe uygulanmaya başlayan TKY, daha sonra bankacılık, sigorta, süper market, ulaşım, güvenlik, eğitim, sağlık ve diğer sektörlerde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Ecer, Demirel ve Uslu, 2002).

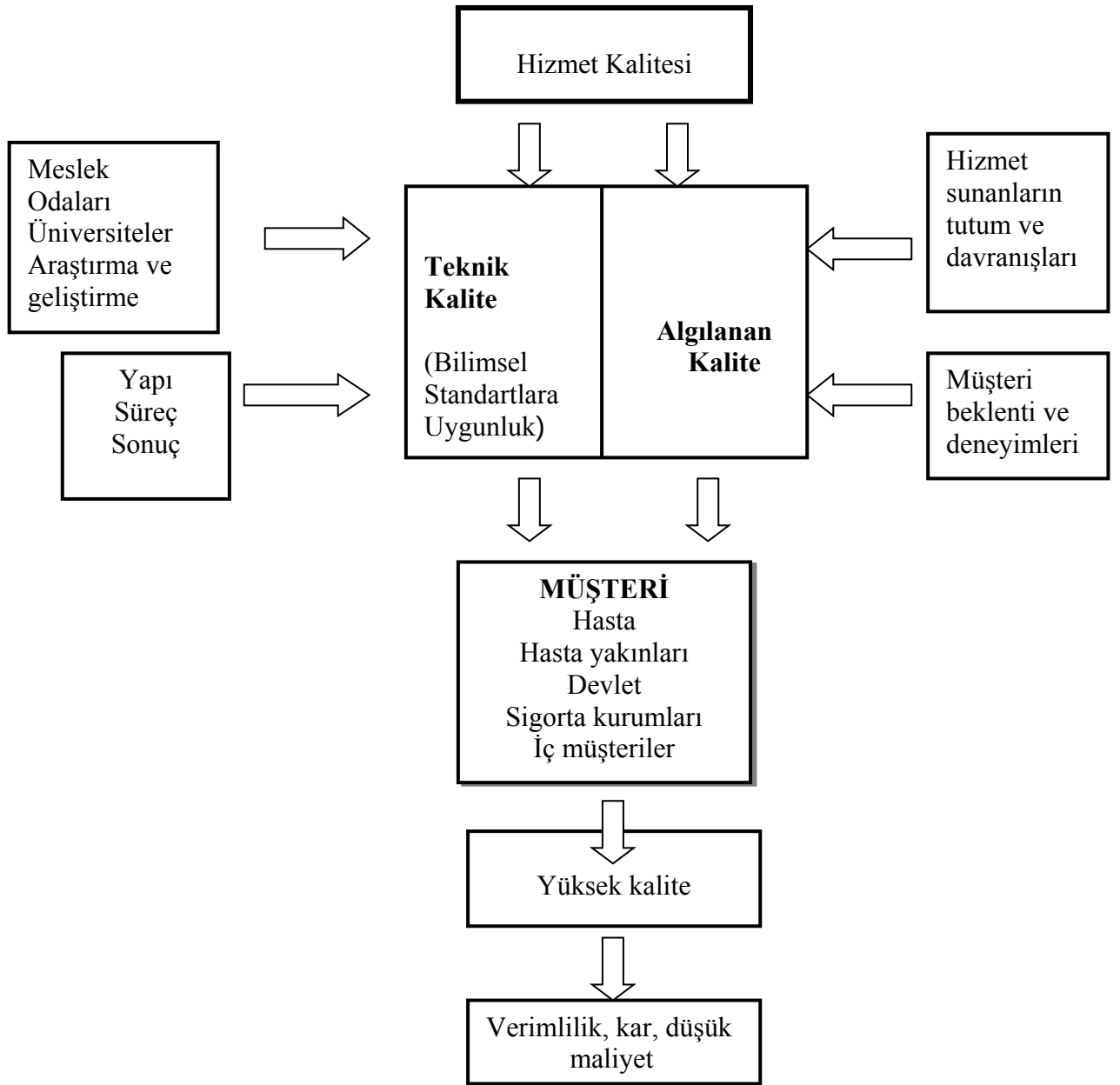
2.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Uygulanması

Kalitenin sağlık sektöründe uygulanması çok önemlidir. Bunun nedeni, sunulan hizmetler insan sağlığıyla doğrudan ilgili olması ve yapılacak bir hatanın geri dönüşü olmamasından dolayıdır (İnceboz, 2009) .

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince bugün en çok kabul gören tanım, Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. Enstitüye göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, eldeki en son bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulmasıdır.

Bir diğer tanımlamaya göre ise sağlık hizmetlerinde kalite, dış müşteri olarak adlandırabileceğimiz hastaların ihtiyaçlarının öneminin kavranarak, sürekli ve istikrarlı şekilde giderilmesidir. Bu bakımdan toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki karşılığı hasta mutluluğudur denilebilir. Doğru teşhis, tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz ve hijyenik ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin birer unsurudur (Morgil, Küçükçirkin, 1995)

Sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerden farklı olarak müşteri(hasta) beklentisinin ne olduğu daha fazla önem arz etmektedir. Hastaların, ne tür bir sağlık hizmeti alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca hizmeti sunanların tutumları hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir Öyle ki; hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmeyebilir (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010).



Şekil 4. Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri (Kavuncubaşı, 2010)

Vincent K. Omachonu(1990) tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik(bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı(uygulama sanatı) olarak ele alınmaktadır.

Kalitenin teknik yönü, “ teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını” sanatsal yönü de “ verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılmasını” içermektedir. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010)

Sağlık hizmetleri ileri derecede uzmanlık, bilgi ve yetenek gerektirdiğinden, hastalar kendilerine sağlanan sağlık hizmeti ile ilgili yeterli bilgi sahibi olamayabilir ve kendileri için uygun ve etkin olabilecek tedaviye teknik olarak karar veremeyebilirler. Diğer bir deyişle hastaların hem hizmet sunumu sırasında hem sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri çok güçtür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde teknik kalite, daha çok personelin bakış açısı içerisinde kalmaktadır (Yazgan, 2009). Tedavi sanatı kısmı ise tedavinin uygulanması sürecinde hasta tarafından algılanmasını ifade ettiği için algılanan kalite olarak da adlandırılmaktadır.

Sağlık kurumları karmaşık yapıları nedeniyle yönetilmesi en zor olan kuruluşlardandır. Günümüzde diğer hizmet sunan sektörler gibi sağlık sektörü de hızla değişen ve gün geçtikçe artan yeni müşteri istekleri ve sorunlarla yüz yüze kalmaktadır. Sağlık kuruluşları, sağlık hizmetinden yararlanan müşterilerin müşteri beklenti ve isteklerini karşılama, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, müşteriye kendine bağlama, bunların yaparken bir yandan da maliyetleri azaltma amaçlarına yönelik sürekli gelişmeye açık yeni ve çağdaş bir yönetim anlayışı arayışına girmiştir. Bu arayış sağlık kurumlarını toplam kalite yönetimi anlayışına ulaştırmış, birçok sağlık kurumu TKY uygulamasına geçmiş, hatta bu değişim ulusal sağlık politikalarının bir parçası haline gelmiştir. 1990’ların ilk yarısından başlayarak dünya genelinde sağlık sektöründe TKY ve kalite yönetim sistemlerine yaygın ilgi duyulmaya başlanmış ve bu eğilim hız kazanmıştır(Yıldız, 2011).

2.2.1.2 Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi, organizasyon içinde yer alan tüm çalışanların katılımlarının sağlandığı, sürekli geliştirme faaliyetleri ile müşterilerin gereksinimlerini en üst düzeyde karşılamayı hedefleyen yönetim şekli olarak tanımlanabilmektedir (Doğan ve Tütüncü, 2003).

Diğer bir tanımda TKY, ürün ve hizmetlerin kalitesini yükselten, müşteri tatminini arttıran, bu sayede de düşük maliyet ve az sermaye ile verimlilik artışı sağlayan bir yönetim sistemidir.(Yıldız, 2011)

Toplam kalite yönetiminin amaçları ise:

- Kuruluşların hedef kesimin ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,
- Ürün ve hizmet kalitesinin yanında bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişmek,
- Kaliteyi yakalamak için çeşitli yaklaşımlardan yararlanmak,
- Sürekli geliştirme stratejisini uygulayarak değişen şartlara uyum sağlamak,
- Sıfır hata, sıfır stok, en düşük maliyet, hedef müşteri tatmini (hasta) kriterlerini esas alarak ürün ve hizmet üretimini gerçekleştirmek,
- Problem çözümünde ekip yaklaşımını belirlemek,
- Örgüt içerisinde açık bir iletişim sistemini gerçekleştirerek herkesin katılımını sağlamaktır.(Ecer, Demirel, Uslu, 2002)

TKY de ulaşılmak istenen amaç ve misyonların belirlenmesinde, üst yönetimin katılım ve katkısının sağlanmasının, mevcut durum analizinin ve ileride gerçekleştirilecek fonksiyonların planlamasının, açık ve herkes tarafından anlaşılabilir uygun hedef ve amaçlarının belirlenmesinin sistem içinde büyük bir önemi vardır(Tengilimioğlu, 2012).

Günümüzde TKY biraz daha şekil değiştirerek ‘‘Sosyal Sorumluluk’’ ile entegre olmuş bir şekilde ‘‘Mükemmellik’’ yolunda ilerlemektedir(Tütüncü,2009). Kalitedeki kimlik değişim süreci, belirleyici temel özellikleri bakımından Tablo 1’ de sunulduğu gibi ele alınabilir.

Tablo 1. Kalitede Kimlik Değişimi (Toplam Kalite Yönetimi Araştırma Komitesi,1994)

Belirleyici Özellikler	Muayene	İstatistiksel Kalite Kontrol	Toplam Kalite Kontrol	Toplam Kalite Yönetimi
Temel İlke	Meydana çıkarma	Kontrol	Eşgüdüm, İşletme	Süreç ve insan odaklılık: sürekli gelişme

Kaliteye bakış açısı	Çözülmesi gereken bir problem	Çözülmesi ve izlenmesi gereken bir problem	Tasarım aşamasında yaratılan unsur, kalitesizlik ise ortaya çıkmadan önlenmesi gereken problem	Koşulsuz müşteri tatmini
Vurgu	Standart ürün	Muayenenin azaltıldığı standart ürün	Tüm üretim hattında, tasarımdan pazarlamaya tüm hatlarda ve fonksiyonel gruplarda kalitesizliğin önlenmesi	Başta yönetim süreçleri olmak üzere tüm süreçlerde “kalite”nin paylaşılan vizyon olması ve birey kalitesinin artırılması
Yöntem	Örnekleme ve ölçme	İstatistiksel araçlar ve teknikler	Programlar ve sistemler	Yönetim anlayışı ve sistemi
Kalite uzmanlarının rolü	Muayene	Sorunu saptama ve istatistiksel yöntemlerin uygulanması	Kalitenin ölçümü, planlanması ve programı	Kalitenin oluşturulmasında sinerjinin sağlanması
Kalite sorumlusu	Muayene bölümü	Üretim ve mühendislik bölümü	Üst yönetim, tüm bölümler	Üst yönetim, tüm bölümler ve işletmedeki tüm bireyler
Temel yaklaşım	Kalitede muayene	Kalitede kontrol	Kalitede yapılanma	Yaratılan kalite

Müşterinin memnuniyeti ve sürekli kalite artışı Toplam Kalite Yönetimi'nin temel ilkeleridir. Toplam Kalite Yönetimi kapsamında gösterilen bütün çabalar müşteri tatminine yöneltilmiştir. Bu kapsamda, yapılan işte kullanılan metotların sürekli olarak iyileştirilmesi hedeflenmiştir.

Yukarıdaki tanımlara göre Toplam Kalite Yönetiminin temel ilkelerini dört başlık altında gruplandırabiliriz. Buna göre; müşteri odaklılık, sürekli gelişme ve öğrenme, toplam katılım ve liderlik TKY' nin temelini oluşturmaktadır.

- Müşteri Odaklılık

Müşteri odaklılık ilkesi Toplam Kalite Yönetimi'nin en önemli unsurlarından birisi olup; müşteriye bütün işletme faaliyetlerinin ana hareket noktası olarak görür. Müşteriler, iç müşteri ve dış müşteri olmak üzere ikiye ayrılır. İç müşteriler, mal veya hizmet üreten kuruluşlarda süreçlerdeki çıktıları girdi olarak kullanan kişi ya da bölümlerdir. Dış müşteriler, kuruluşun sunduğu mal veya hizmeti satın alan kuruluşa ait olmayan kişiler ya da kuruluşlardır. Toplam Kalite Yönetimi'nde hedef hem iç müşterilerin hem dış müşterilerin memnuniyetidir. İç müşterilerin memnun olması onların motivasyonunu artırır. Kuruluştaki sürecin sağlıklı işlemesi sağlanır. İç müşteriler denilince akla kuruluş için çalışan herkes gelir. Bir iç müşteri olan çalışanların “ihtiyaçlarının” dikkate alınması gerekir. Aksi takdirde tatmin olmamış, beklentileri karşılanmamış çalışanlar dış müşterileri memnun etmez.

(Uryan, <http://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm>, 21.02.2014)

- Sürekli Gelişme ve Öğrenme

TKY modelini ayakta tutan, hep daha iyiyi hedefleyerek gelişimi sağlayan sürekli geliştirme felsefesi olmaktadır. Sürekli geliştirme, tüm süreçlerin kalitesini içeren, bir süreçteki çıktıların değişkenliğini azaltan, sıfır hatayı hedefleyen, hedefleri en kısa zamanda tamamlayan ve endüstriyel süreçler aşamasında süreçlerdeki değişkenliği sıfıra götüren bir anlayış olarak görülmektedir. Sürekli gelişme felsefesi toplam kalite yönetiminin uygulama aşamasında elde edilen bilgi ve tecrübelerin analizini esas alır.

Sürekli gelişme felsefesi toplam kalite yönetiminin uygulama aşamasında elde edilen bilgi ve tecrübelerin analizini esas alır. Böylece kalitenin sürekli iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Hatalardan ders almayan işletme hataları bitirmek yerine daha büyük hatalara zemin

hazırlayacaktır. Bu açıdan bakıldığında süreçlerin çok iyi analiz edilmesi ve sürekli geliştirme felsefesinin iyi anlaşılması ve yerine getirilmesi gerekmektedir (Yaman, 2013).

- Toplam Katılım

TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, çalışanların toplam kalite faaliyetlerine gönülden katılmaları ile gerçekleşebilmektedir. Katılım için, kalite bilincinin oluşturulması, motivasyonu artırıcı ortam ve tekniklerin sağlanması gerekmektedir. Motivasyon devamlı olarak eğitimle desteklendiği takdirde katılımdan en yüksek oranda başarı elde edilebilmektedir. Ulaşılan başarılı sonuçlar motivasyonu en üst seviyeye çıkaracağından katılımın güçlenmesini sağlayacaktır. Katılımın güçlenmesi kurum içinde iletişim, motivasyon ve eğitimin yükselmesine de zemin hazırlayacaktır. Bu çerçevede, TKY'de sürekli gelişim için motivasyon, eğitim, katılım ve başarı arasında sürekli ve yararlı bir döngü oluşacaktır.

Günümüzde çalışanlar kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek, bu konularda fikirlerinin alınmasını talep etmektedir. Yönetilenlerin bu tutum değişikliğini başlıca sebebi kültür düzeyi ve bilgi seviyesi yükselen fertlerin "başkaları tarafından yönetilen bir araç" durumunda olmak istememeleridir. Tam katılım, kurumun her çalışanın sorumluluk paylaşımını esas alır.

Özetle, Toplam Kalite Yönetimi'nde tam katılımın hedefi, üstün düşünüp astın bu düşüncelere katkıda bulunarak uygulaması değildir. Hedef, örgütteki her birey için hem "düşünmenin" hem de "uygulamanın" birleştirilmesidir(Kodaman, 2006).

- Yönetimin Sorumluluğu ve Liderlik

Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin bir işletmede yerleşebilmesi ve uygulanması için en büyük görev üst yönetime düşmektedir. Katılımcı yönetimin başarısı, büyük ölçüde yöneticilerin tutumuna bağlıdır. Üst yönetim, TKY felsefesini herkesten daha iyi öğrenmeli, araştırmalı, sorunları iyi anlamalıdır. Üst yönetim öncelikle kendini yenilemeli, sürekli geliştirmeli ve TKY anlayışının başlatılmasında ve yerleşmesinde aktif rol oynamalıdır.

TKY'de yöneticilerin aynı zamanda lider olması gerekliliği yönetici ile lider arasındaki farklılığın ortaya konulmasını gerektirmektedir. TKY'de liderlik görev ve sorumlulukları ise şu şekilde özetlenebilir. Lider, kurum içinde birlikteliği sağlamalı, takım halinde çalışmaya inanmalı ve bu yöndeki çalışmaları desteklemelidir. Lider, çalışanlar arasında saygı ve güven ortamı tesis edebilmelidir. Lider, mühim kararlar alırken çalışanlara da danışmalıdır(Çakır, 2007)

Toplam kalite yönetimi, endüstri ve hizmet sektörlerinde çalışanların ve mal veya hizmeti satın alanların beklentilerinin karşılanmasını hedefler. Bir hizmet sektörü olan sağlık kuruluşlarında da gündem oluşturmıştır. Sağlık hizmeti sunanların ve hastaların sürekli ve tam memnuniyetlerini sağlamayı hedefler.

2.2.1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

“Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklinde tanımlanabilir.

Sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin doğmasına rol oynayan başlıca sebepler şöyle sıralanmaktadır.

- 1- Bireylerin satın alma gücünün artması,
- 2- Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
- 3- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması,
- 4- Kalite- maliyet çelişkisine çözüm olarak gösterilmesidir (Erkan, 2011).

Ayrıca TKY yaklaşımı, sistem düşüncesine dayanmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi, belirlenen hedeflerine ulaşmak için “kullanılan felsefe, takım ve süreçlerin entegre bir setini” kapsayan bir sistemdir. Sistem yaklaşımı, sağlık kurumunu birbiriyle ilişkili ögeler (bölümler, faaliyetler) bütünü olarak görmektedir. Dolayısıyla herhangi bölümde gerçekleştirilen yanlış veya hatalı faaliyet, diğer bölümleri de olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2010).

Toplam Kalite Yönetimi(TKY) modelinin hastanelerde uygulanması ile hizmet sunumunda kalite, çalışanların ve hizmet alanların memnuniyetinin artması, yönetim ve personelin niteliği, karar mekanizmalarında akılcılık, bilgi sistemlerinin kayıta dayanması ve iletişim unsurlarının etkinliği sağlanması beklenmektedir. Ayrıca hasta memnuniyeti, ekip çalışması ile takım ruhunun gelişmesi ve en önemlisi kalite yoluyla “Kamu Yararı” çerçevesinde faydalar sağlanması hedeflenmektedir. Bu sayede insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmaları sağlanabileceği düşünülmektedir(İncesu, Yorulmaz 2011).

Toplam Kalite Yönetiminin Sağlık kurumları ve diğer kurumlar için faydaları şu şekilde sıralanabilir;

- Rekabet gücünü artırır.
- Müşteri memnuniyetini artırır, şikâyet ve memnuniyetsizliklerini azaltır.

- Üretilen ürünlerin pazarlama kabiliyetini artırır.
- Pazar payını artırır.
- Satış hâsılatını yükseltir.
- Kapasite kullanımını ve verimliliği artırır.
- Maliyetleri azaltır.

Sağlık kurumlarında TKY uygulamasında aşağıdaki unsurlar başarıya ulaşmada anahtar görevi görecektir.

1. İleri görüşlü liderlik anlayışı: Bu TKY uygulamasında üst düzey yöneticiler için vazgeçilmez bir unsurdur. Unutmamak gerekir ki sistemin başarısızlığında en önemli husus ileri görüşlü lider kadrosunun olmayışıdır. Bunun anlamı şudur:

- a) Lider veya liderler ileri görüşlü bir anlayışla kurum içinde TKY felsefesini yerleştirmeye çalışmaktadırlar.
- b) TKY uygulamasına geçilebilmesi için tüm kurum çalışanları yetkili ve sorumlu tutulmalıdır.
- c) Liderler, TKY uygulamasındaki ilerlemeleri görebilmeli ve belirleyebilmelidir.
- d) Liderler TKY felsefesine uygun davranarak çalışanlara örnek olmalıdır.

2. Müşteri odaklı kurumsal kültür: Çalışanların ödüllendirilmesi ve honore edilmesi müşteri memnuniyetiyle bağlantılı hale getirilmelidir.

3. Çalışanların tam katılımı: TKY' nin başarıya ulaşabilmesi için kurumda çalışanların tümünün katılımı şarttır. Bunun için iyi eğitilmiş ekiplerle kurum içinde TKY felsefesi yayılmalıdır. Başarıya ulaşmak için ekip çalışması ön plana çıkarılmalıdır. Bu ekipler içinde farklı fonksiyon gruplarında elemanlar ve üst düzey yöneticileri bulunmalıdır.

4. Doktorların kalite çalışmalarında aktif olarak görev almaları: TKY uygulamasının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için doktorların katılımının sağlanması mutlak gereklidir. Doktorların, kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaçlı kalite çemberlerinde yer almaları sağlanmalıdır.

5. Sürekli iyileştirme yaklaşımı: TKY sürecinde iyiye varma diye bir kavram olmamalıdır. Daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır.

6. Sistem ile bütünleşme: Bir yönetim stratejisi olarak TKY' nin başarıya ulaşabilmesi için, kurumun kültürüne şekil veren yönetim sisteminin TKY felsefesi ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır(Erkan, 2011).

Ancak, sağlık hizmetlerinde toplam kalitenin yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım, daha doğrusu tek bir yol yoktur. Her kurum kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine uygun olan bir yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip uygulamalıdır.

Türkiye'de özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden çok önce başlamıştır. Bu alışmalar özellikle yurtdışından hasta kabul eden hastanelerde; öncelikle geri ödeme kurumları ile anlaşma yapılabilmesi amacıyla ve kalite çalışmalarının kurumsal gelişim ile rekabete ilişkin faydaları sebebiyle başlatılmıştır. Sağlıkta kalitenin, aynı zamanda maliyet fayda ve etkinlik boyu tununda ön plana çıkması ile Türkiye'de 1995 yılından sonra özellikle Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bağlı hastanelerde kalite yönetim sistemi(KYS) ile ilgili ciddi ve yaygın çalışmalar başlatıldı. Bunu Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki çalışmalar izledi. Bu dönemde ve sonraki yıllarda hastaneler aynı zamanda KYS ile ilgili belge almaya teşvik edildi. En yaygın tercih edilen KYS ISO 9001:2000 standartları oldu(ıraklı, Sayım, 2009).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü veya özel belgelendirme kuruluşlarına TS-EN ISO 9001 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadırlar. ISO 9001 serisinde yer alan standartlar Türkiye'de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamalar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir.

ISO 9001 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır.

2.2.2. Akreditasyon ve Tanımı

Akreditasyon, toplam kalite anlayışının içinde yer alan olgulardan birisidir. Akreditasyon birçok ülkede ve birçok sektörde topluma sunulan program ve hizmetlerin niteliğinin sistematik bir yaklaşımla güvence altına alınması için geliştirilen bir yöntemdir(Gencel, 2001).

Diğer bir tanımda Akreditasyon bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir (Bohigas, 1996).

Aynı zamanda, Akreditasyon, “kamu veya özel bir kurumun gönüllü olarak sağlık kurumlarına verdiği yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşılayan tanınma, kabul özelliğini vermesinin gönüllü süreci” olarak da tanımlanmaktadır(Yıldırım, 2011).

Akreditasyon bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hastalara ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur(Joint Commission International, 2003).

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış bir takım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir değerlendirme sürecidir(Gökmen, 2005). Akreditasyon şemaları incelendiğinde standartların genel olarak: Politikalar, değerler, organizasyon, yönetim, servisin faaliyetleri, verilen hizmet ve servisler, çevre, iletişim, bilgi, operasyonel politikalar, çalışanların yetenekleri, eğitim, kalite yönetimi gibi belli başlıklar altında gruplandırılarak değerlendirildiği görülmektedir.

Akreditasyon ilk olarak sağlık hizmeti sunumundaki büyüyen standardizasyon ihtiyaçlarını karşılamak üzere 1913 yılında Amerika’da başlamıştır. Bu programa giderek katılımın artması sonucu, sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951 yılında ‘Joint Commission on Accreditation of Hospital’ olarak kurulmuştur. Hastaneler dışındaki sağlık kuruluşlarının da kapsama alınmasıyla 1987’ de ismi “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations”(JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Kuş, <http://www.merih.net/m1/whaskus02.htm> , 21.04.2014).

A.B.D.’de başlayan bu uygulama giderek yaygınlaşarak, önce Kanada, Avustralya, daha sonra İngiltere başta olmak üzere diğer Avrupa ülkelerine ulaşmıştır. Günümüzde Avrupa Birliği’ne üye ülkelerin çoğu ya akreditasyon programlarını uygulamakta ya da akreditasyon programı geliştirmeye ilgi duymaktadır. Günümüzde bir çok ülkede uygulanan akreditasyon, isteğe bağlı veya zorunlu olmasına; devlete bağlı kurumlarca verilip verilmediğine; optimal mı yoksa temel gereksinimlere mi odaklandığına; çıktılara mı yoksa sürece mi odaklandıklarına; cezalandırıcı mı yoksa geliştirici mi olduklarına; inceleme süreci sırasında

sunulan danışmanlık ve eğitim düzeyine; ve akreditasyon belgesinin süresine göre ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Çakır, 2007).

2.2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

Kaliteli sağlık hizmeti, sağlık işletmeleri ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde hizmet sunmasını gerektirir. Kalite standartları, kaliteli hizmet sunumu için, bir hastanenin sahip olması gereken malzeme, insan gücü ve organizasyonu, sahip olduklarıyla karşılaştırması olanağını sağlayan düzenlemelerdir. Akreditasyon adı verilen bu düzenlemeler, ISO sertifikalarına benzeyen dolaylı bir kalite kontrol yöntemidir.

Sağlık kuruluşunun akreditasyon için geçirdiği süreç, sağlık kuruluşu olarak kendini geliştirmede de önemli bir araç olmaktadır. Akreditasyon işlemi bir sağlık kuruluşunun standartlar veya ölçümleri ile uyumunun, akreditasyona yetkili bir kuruluş tarafından incelenmeye alınması ve onaylanmasını içeren resmi bir süreçtir. Akreditasyon işlemi profesyoneller tarafından dışarıdan yürütülen mesleki bir değerlendirme ve karne çalışması olarak da adlandırılmaktadır(Yıldırım, 2011).

Sağlık tesislerinin veya programların; prosedürler, fiziksel yapılar idari ve finansal süreçler ve bakım kalitesine ilişkin sonuçlarla ilgili bir takım standartlara göre “dış” değerlendirme sürecidir. Bu sürecin sağlık sektöründeki uygulanışı daha çok hastanelerde kendini göstermiştir(Etöz,2008).

Akreditasyonun amacı, tarafsız ve bağımsız bir dış kaynak tarafından hastanenin incelenmesi ve bu şekilde sağlık hizmetlerinde yüksek standartlara ulaşma ile birlikte organizasyonun ve bireylerin kalite iyileştirme konusu üzerine odaklanmalarını sağlamaktır. Sağlık kuruluşunun, yeterliliğinin ve güvenilirliğinin göstergesi ve hem ulusal hem de uluslararası düzeyde saygınlık elde etmesidir (İnceboz, 2009).

Sağlık hizmetlerinde ISO 9000 dışında kalite güvence sistemi olarak, ABD'de 1953'den beri sağlık kuruluşlarına yönelik standartlar belirleyen ve kökeni 1910'a kadar uzanan Sağlık Kuruluşlarının Birleşik Akreditasyon Komisyonu (JCAHO - Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations) bulunmaktadır. Komisyon, 1998'de "Joint Commission International" adı altında, uluslararası alanda da akreditasyon hizmeti vermeye başlamıştır (http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx).

Akreditasyon sistemlerinin temelinde üç ana unsur yer almaktadır. Bu unsurlar;

- Akreditasyon kurulu; devlet ve özel sektör sağlık yöneticilerinden oluşan temsilciler grubudur.
- Standartlar dizisi ve bunlara bağlı olan dokümanların oluşturulmasıdır.
- Yapılan çalışmaların standartlarla uygunluğunu belirlemek üzere seçilmiş ve eğitilmiş denetçi kurum ve kişilerdir.

Akreditasyon olgusunun temel aldığı bu üç ana unsur, çeşitli ülkeler ve bu ülkelerin tarihsel süreçleri içerisinde değişen yasa ve yönetmeliklere göre çok değişkenlik göstermektedir ( nceboz, 2009).

2.3. Tıbbi Kayıt Sistemi

Bilim alanında birçok gelişme olmakla birlikte, bilgi, hala geçmişten geleceğe doğrulanarak aktarılmaktadır. Tıp bilimi bunun dışında tutulmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu yoğun bir enformasyon süreci içerisinde gerçekleşmektedir. Yüksek kaliteli hasta bakımı, her hastanın tıbbi geçmişinin, sunulan sağlık hizmetinin ve hastanın iyileşme durumunun dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır. (Işık, Akbolat,2010)

Tıbbi belgelerde tarihsel sırada o hastaya yapılan bakım bulunur ve bu kayıtlar yüksek kalitede hasta bakımına katkı sağlar. Tıp tarihi, tıbbi kayıtların tutulması ile aynı zamanda başlamıştır. Tıbbi kayıtların, hastalar için ilaçlar ve tedaviler kadar değerli olduğundan söz edilebilir. Tıbbi kayıt sistemi, hastalar için önemli olduğu kadar sağlık çalışanları içinde önemlidir. Hekim, incelemelerinin sonuçlarını kaydederek sadece bilimsel çabalarını göstermekle kalmaz, aynı zamanda tıp tarihini de geliştirebilir.(Kabirzadeh, 2005)

Tıbbi kayıt sistemi kaliteli sağlık hizmetleri sunumu için kaçınılmaz bir hukuki zorunluluktur ve gerek hasta gerekse sağlık hizmetini sunan personeli bir şekilde yakından ilgilendirmektedir.

Öncelikle tıbbi kayıt sisteminin daha iyi anlaşılması için tıbbi kayıt kavramının ele alınması gerekmektedir.

2.3.1. Tıbbi Kayıt Tanımı

Tıbbi kayıt sistemi ile ilgili yapılan araştırmalar ve edebiyat kaynakları incelendiğinde tıbbi kayıt sisteminde birçok terimin geçtiği görülmektedir. Bahsedilen terimlerden bazıları temel kavramları oluşturmaktadır. Bunlar; dokümantasyon, belge, hasta kaydı, tıbbi belge, sağlık kaydı, tıbbi doküman ve tıbbi dokümantasyon gibi kavramlardır. Kavramların farklı açılardan açıklandığı ama anlam açısından aynı boyutlarda incelendiği görülmektedir.

Bu kavramlardan biri olan dokümantasyon; belirlenen standartlara uygunluğu denetlemenin ve aksayan yönleri iyileştirmek için veri toplamanın, ayrıca iyi bir kalite yönetim sisteminin gereği olarak tutulan kayıtlardır. Her kuruluş kendi standartlarına göre dokümanlarını hazırlamakta ve dokümanın kapsamı ve yapısı kuruluşun tipi ve büyüklüğüne, proseslerin karmaşıklığı ve yapısına, personelin uzmanlığına göre belirlenmektedir. Dokümantasyon yöntemi ister görsel (video, kamera, kaset ile ses veya görüntü kaydı), ister hazırlanmış kayıt formları aracılığıyla yazılı belgelerden oluşsun, amaç kalite standartlarına ulaşmak için veri toplamaktır.

Tıbbi kayıt, hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili kararların alınmasına yardımcı olan değerli bir araç olarak tanımlanabilir (Kavuncubaşı, 2010). Klinik bilgi sistemi olarak da geçen tıbbi kayıt sistemi, tanı ve tedavi hizmetlerini destekleyen, hekimlerin klinik kararları daha etkili biçimde almalarını kolaylaştıran bilgileri üreten bilgi sistemi olarak tanımlanabilir.

Ayrıca hasta kayıt sistemi olarak da nitelendirilen tıbbi kayıt sistemi, hasta kayıtlarının yaratılması, kullanılması, depolanması ve istendiğinde geri getirilmesi işlemlerini yerine getiren bileşenler kümesidir. Bir hasta kayıt sisteminde genellikle sağlık hizmeti sunan birimin düzenlemeleri içerisinde yer alır ve insan, veri, kural ve yordam, veri işleme ve depolama ve iletişim gibi bileşenleri vardır (Alpkoçak, 2000)

Türk standartları Enstitüsü 1996 da yayınladığı ‘ Hastane Akreditasyon Tasarısı’nda Tıbbi Kayıt şu şekilde tanımlamaktadır:“ Hastanın hastalığının seyrini tarif eden periyodik gelişme notları dâhil olmak üzere hastanın bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen teşhis ve tedavi faaliyetlerinin organize edilmiş raporudur.” (TS EN ISO 9001: 2008/ Mart 2009)

Diğer bir tanıma göre ise, hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan kayıtlara tıbbi kayıt denilmektedir. Hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan kayıtlarına ise hasta kaydı denilmektedir. Hasta kaydı; bir

hastanın sağlığıyla ilgili yasamı boyunca elde edilen temel bilgilerin saklandığı bir depodur. Bu bilgi, sağlık personeli tarafından sağlık hizmeti sunumu sırasında ya doğrudan hasta ya da hasta yakınından elde edilir. Geleneksel olarak hasta kaydı, kâğıt üzerinde saklanır ve hasta bakım verilerini içerir.

Hasta kaydı kavramı çoğunlukla tıbbi kayıt kavramından daha geniş ve kapsamlı bir anlam taşımaktadır. Hasta kayıtları birincil hasta kaydı ve ikincil hasta kaydı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

- Birincil Hasta Kaydı: Hasta bakım hizmetleri verirken hasta verileri veya belgelerini kendi gözlemleri, eylemleri veya öğretimlerini incelemek üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından kullanılan kayıtlardır.
- İkincil Hasta Kaydı: Birincil kayıttan ortaya çıkarılır ve klinik dışı kullanıcılara hasta bakımının değerlendirilmesi, desteklenmesi veya iyileştirme çalışmalarında kullanılmak üzere seçilmiş veri öğelerini içermektedir. Örneğin; ödeme işlemleri, kalite güvenliği, kullanım incelemesi, tıbbi ve yasal denetimler için oluşturulan kayıtlar ikincil hasta kaydıdır. Bu kayıtlar genellikle ikincil veri tabanı olarak adlandırılan bir yapıda düzenlenir. Bu kayıtlar için bir ikincil hasta kayıt sistemine gereksinim vardır.

İkincil Hasta Kayıt Sistemi: Hasta kayıtlarının oluşturulduğu, kullanıldığı, saklandığı ve tekrar kullanım için elde edildiği bir mekanizmayı oluşturan bileşenler dizisidir. Bir hasta kayıt sistemi genellikle bir sağlık bakım ortamında oluşturulur. Bu sistem, insanları, verileri, kurallar ve prosedürleri, işlem ve saklama araçlarını (örneğin kâğıt, kalem, donanım ve yazılım) iletişim ve destek olanaklarını içerir.(Işık, 2013)

Klinik kayıtlarda hikâye, klinik bulgular, yapılan tüm işlemler ve hastanın tedaviye yanıtı yazılıdır ve klinik kayıtların içerikleri hekim değerlendirmesinin göstergeleridir. Eğer klinik kayıtlar tam, açık ve sistematize olursa, bu klinik düşüncayı gösterir ve hasta tanı sürecini kolaylaştırır. Bu kayıtlar, hasta bakımını paylaşan profesyonel personel arasındaki koordinasyonda önemli bir role sahiptirler(Sıaman, Ghafari, Aligolbandı, Vahedi, 2008).

Tıbbi kayıtların içeriği; kişisel sağlık hikâyeleri (şu anki ve geçmişteki), fizik muayene bulguları, yapılan testler, tedaviler ve bu tedavilerin sonuçlarını da içeren dökümlerden oluşan belgelerdir.

Tıbbi kayıt tanımlarından da anlaşıldığı üzere, sağlık hizmeti sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını

tutması gerekmektedir. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir farklılık oluşturmamaktadır(Somer, 2010). Kurumların veya kişilerin bu yükümlülükleri ilgili mevzuatlarda detaylı bir şekilde yer verilmiş, rehber özelliğinde anlatımlar içermektedir.

2.3.2. Tıbbi Kayıtların Tarihçesi

Tıbbi kayıtların tarihçesi, tıp tarihi ile ilgili bilgi ve belgelerin geldiği ilk çağlara kadar uzanmaktadır. Yazılı belgelere dayanmayan tıp olarak tanımlanan tarih öncesi dönem yazının bulunduğu (I.Ö. 4000) tarihe kadar olan yaklaşık otuz altı bin yılı kapsamaktadır. Bu dönemin tıbbi hakkında ki bilgiler, tek hücreli canlıların var olduğu dönemden, ilk insan olarak kabul edilen Homosapiens'e kadar uzanan dilimde var olan hastalıklardan edinilmektedir. Bu hastalıklarla ilgili bilgiler; hayvanların ve ilk insanların iskelet fosillerinden elde edilmektedir. Bunlar dışında efsaneler, hikâyeler çizimler ve inanışlar en fazla bilginin alındığı kaynaklardır. Örneğin bazı mağara çizimleri organ veya diğer vücut parçalarının yerlerinden çıkarılması (ampütasyon) hakkında bilgi vermektedir. Bu bilgiler zamanla ilk yazılı materyallere dönüşmüştür. (Özbabalık, 2012)

Sağlıkla ilgili ilk tarihi kayıtlar Sümer dönemindeki (MÖ. 2100) kil tabletlerden günümüze ulaşmıştır. Ünlü Babil kralı Hammurabi kanunları (MÖ. 2250) arasında tıp pratiği ile ilgili cezalara da rastlanmaktadır. Daha sonra, Asur Krallığı döneminde (MÖ. 7.yy) rastlanılan sağlıkla ilgili kil tabletlerdeki bilgilerin kendilerinden önceki dönemlere ait bilgilerin kopyası olduğu zannedilmektedir. Süryanice yazılmış olan Asur belgelerinde; Asurlu hekimlerin, Sümer formüllerinden ve reçetelerinden yararlandıkları görülmektedir(Esatoğlu, Artukoğlu, 2000).

Mısırlılar döneminin papirüslerinin günümüzde tıbbi kayıt tarihi için çok önemli belgeler olduğu kabul edilmektedir. (Shuttleworth, 2010)

Eski Yunan medeniyetinde hastaların tedavi edildikleri Aesculapia adı verilen mabetlerin sütunları, buralarda kalan hastalara uygulanan teşhis ve tedaviler hakkında bilgi alınan yerler olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde kullanılan birçok tıp terimi için modern tıbbın babası kabul edilen Hipokrat iyi bir gözlemci olup, tüm gözlemlerini yazılı metinlere çevirdiği bilinmektedir. Hasta ile ilgili gözlemlerin kaydedildiği notlar ilk ciddi tıbbi kayıt yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Doğu dünyasında, Razi (MS.864) teşhis sırasında özellikle nabız, idrar, yüz rengi ve terleme gibi göstergeleri göz önünde bulundurmuştur. İbn-i Sina (MS.980) hastalık ve sağlık düzeneklerinin nedenlerini sorgulamış “Kânun” isimli eseri ile hastalıkları sınıflamıştır. Hint Uygarlığında günümüze ulaşan ve birçok tıbbi bilgiler ve hastalıklarla ilgili koruyucu önlemler içeren belgeler mevcuttur.

Amerika kıtasına baktığımızda, hastane kayıtlarını tutan ilk hastane Pennsylvania hastanesidir. Bu hastanenin sekreteri olan Benjamin Franklin tarafından hastaneye başvuran hastalara birer numara verilmiş olup, adları, adresleri, hastalıkları ve hatta bazı önemli vakalarda resimli açıklamaları kaydedilmiştir(Işık, 2013).

Buna karşın 20.yy başında Amerika hastaneler birliği (American Hospital Association-AHA) ilk kez 1902 yılında hastane kayıtlarının düzeni ve standardı ile ilgili bir toplantı düzenlemiştir. Buradaki amacın hasta bakımının iyileştirilmesi ve kalitenin artırılmasıdır. Bunu takip eden dönemlerde tüm hastanelerde her hasta için bir dosya tutma dönemi başlamıştır. Geçen yüzyılın son çeyreğinde gelişen bilişim teknikleri ise günümüzün kayıtlama, arşivleme, bilgiye her yerden ulaşması için dönüm noktasını oluşturmuştur. (Esatoğlu, Artukoğlu, 2000)

2.3.3. Tıbbi Kayıtların Temel Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu yoğun bir enformasyon süreci içerisinde gerçekleşmektedir. Yüksek kaliteli hasta bakımı her hastanın tıbbi geçmişinin, sunulan sağlık hizmetinin ve hastanın iyileşme durumunun dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır (Ceylan,2012).

Tıbbi kayıtların tanımlarından da anlaşılacağı üzere ana amacı hasta bakımı, tıbbi araştırmalar, bilimsel çalışmalar sağlık kurumları yönetimi, adli tıp, finansal yönetim ve halk sağlığı açısından yararlı bilgilere ulaşmamızı sağlamaktır. Ayrıca, sağlık kayıtlarının çalışanlar arasında iletişimi sağlamak gibi çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Sağlık çalışanları tıbbi kayıtları kullanarak hasta hakkında kendisinden öncekilerin neler yaptığını, kendisine neler yapmasının önerildiğini ve kendisinden sonrakilerin neler yapmasını istediğini görebilmektedir. Sağlık kayıtlarının kullanım amaçları, kullanıldığı birimlere göre genişletilebilmektedir.

Sağlık kurumları için tıbbi kayıtlar ve özellikle hasta dosyaları hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır. Bu nedenle tıbbi kayıtların, hasta bakımı, tıbbi araştırmalar, bilimsel çalışmalar sağlık kurumları yönetimi, adli tıp, finansal yönetim ve halk sağlığı açısından önemi tartışılmaz bir gerçektir.

Tıbbi kayıtların temel özellikleri özetlenecek olursa;

- Tıbbi dokümanlar eskizsiz olarak hazırlanmalı,
- Doğru bilgiler içermeli,
- Zamanında düzenlenmiş olmalı,
- Kullanılabilir nitelikte olmalı,
- Araştırma ve bilimsel çalışmalara kaynak niteliğinde olmalı,
- Yasal zorunluluklara cevap verecek şekilde hazırlanmalı,
- Kişisel bilgiler içerdiğinden gizlilik ve güvenliği sağlanmalıdır.

2.3.3.1. Tıbbi Kayıtların Hasta Açısından Önemi

Hastanın tıbbi kayıtları hastaneye başvuru anından itibaren başlayan tüm bilgileri içerir. Tıbbi kayıtlar, bir sağlık merkezinde bulunan, hastayla ilgili bilgiler olup elektronik ortamda veya kâğıt üzerinde tutulabilir. Hastalar bilginin ilk kaynağıdır; ancak bazı özel durumlarda hasta yakınından bilgi alınması zorunlu olabilir.

Tıbbi kayıtlar hastanın durumunun tüm gerçekliği ile değerlendirilebilmesi, bazı durumlarda diğer sağlık hizmetlilerinin de yararlanabileceği belgeler olması yanında tıbbi ve yasal bir dokümanı da oluşturur. Ayrıca hasta hakları bakımından da önemlidir (Somer, 2010).

Tıbbi kayıtlar;

- Hastanın hastalığı ile ilgili tıbbi seyrini gösterir.
- Hastaya kendi sağlığı ile geçmiş işlemlerini hatırlatarak gelecekteki işleri için zaman kazandırır.
- Hastanın aynı işlemleri tekrarlaması sonucu doğacak gereksiz ve yeni harcamaları önler.
- Hastaya kısa zamanda doğru tanı konabilmesini sağlar.
- Hastaya etkili tedavi yapılabilmesini sağlar (Özbabalık, 2012).

2.3.3.2. Tıbbi Kayıtların Hastane Yönünden Önemi

Sağlık işletmelerinde değerlendirme süreçlerinin bilgi güvenliğinin sağlanması, en temel faktördür. Bu açıdan günümüzde sağlık yönetiminde yenilik, kalite ve standartların daha üst noktalara erişimi için strateji, akademik standart, akademik gözetim ve etkileşim; entegrasyon ve senkronizasyon odaklı anlayış daha da ön plana çıkmaktadır. Bu açıdan sağlık işletmelerinde bilgi güvenliği eğitim sistemleri ile gelişimi, sağlık mimarisinin güvenli bilgi yönetim sistemlerine dayalı çalışmalarında önem taşımaktadır. Sağlık yönetim ve organizasyonu, insan kaynakları, bilgi güvenliği eğitim ve danışmanlığı sonuçlarının değerlendirilmesini de içeren süreçleri kapsar. Yüksek kalite, katılım ve verimlilik, yeni sağlık modellerinin temelinde yer alır (Marşap, Akalp, Yeniman, 2010).

Sağlık işletmeleri, sağlık hizmetlerinin temel özelliği itibarıyla tanı, teşhis tedavi bosta olmak üzere işlevsel süreçlerin her evresinde yüksek bir güven faktörünün ön planda olduğu yapılardır.

Sağlık kurumlarında hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ve tedavi yöntemleri sonucu ortaya çıkan sonuçlar, hastalar için hazırlanan dosyalar içinde saklanmaktadır. Bir anlamda hasta dosyaları tedavinin başarısını değerlendirmeyi sağlayan kanıtlardır. Bu tür kayıtlar, hastanede sunulan hizmetlerin kalitesini inceleme bakımından da yararlı olmaktadır.

Belirlenen prosedür ve kurallara göre edinilmiş ve saklanmış tıbbi kayıtlar, hastanın sağlığı ile direkt ilişkili ve hasta hakları bakımından değerli bir kazanım, kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumunda yol gösterecek bir pusula, retrospektif bilimsel araştırmalar için değerli bir veri kaynağı oluşturmaktadırlar (Sunay, 2006).

Tıbbi kayıtların hastaneler için önemlerini şu şekilde özetleyebiliriz;

- Hasta için gereksiz tetkik ve tedaviler engellenerek hastaya zaman kazandırılır. Bu zaman sağlık kuruluşu için önemli olup bir başka hasta için gereken bir zamana dönüştürülebilir.
- Sağlık kurumları, ölen hastaların ölüm nedenlerini kayıtlarından inceleyebilirler.
- Tedavilerin ve tedavi kurumlarının çalışma başarısı hasta dosyalarındaki bilgilerden sağlanabilmektedir.
- Kaynakların verimli kullanılmasını sağlayarak ekonomik planlama ve sağlıklı finansal politikalar belirlenebilir.

Bu nedenlerle hastanelerde tıbbi kayıtların amacı etkili ve yüksek kalitede hasta bakımına katkıda bulunmaktır(Haux, 2006).

2.3.3.3. Tıbbi Kayıtların Sağlık Personeli Yönünden Önemi

Sağlık hizmetleri, hastalar, hekimler, diğer hizmet sağlayıcılar, hizmet satın alanlar, ilaç endüstrisi gibi birçok önemli meslek çalışanını kapsamaktadır. Bunlar arasındaki etkileşim hem bilginin nasıl üretileceğini ve kullanılacağını hem de ilişkili bilginin ne kadar dikkate alınacağını biçimlendirmektedir.(Altındış, 2011)

Etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu, ekip çalışmasını, etkili bilgi paylaşımını ve işbirliğini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin günümüzün gelişmişlik düzeyine uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak için standardizasyona ihtiyaç duyulmaktadır (Akbolat, Işık, 2010).

Tıbbi kayıt hukuki bir zorunluluktur. Gerek hekimlerin gerek diğer sağlık personelin kayıt tutma yükümlülüğü vardır. Dolayısıyla kayıtların düzenli tutulması, ayrıntılı olması ve arşivlenmesi basamaklarında tüm sağlık personelinin sorumlulukları mevcuttur. Sağlık personellerinin hasta hizmetlerinde farklı rollerde olduğundan meslek gruplarının ayrı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Doktorlar, tıbbi kayıt sistemlerine özel olarak katkıda bulunan kişilerdir. İyi tutulmuş hasta dosyaları aynı zamanda diğer hekimler için iyi birer eğitim materyalidir. Hasta olgularının hangi şikâyetle nasıl geldiği ve nasıl değerlendirildiği, sonuçta hangi ilaç verilerek nasıl sonuç verdiği iyi düzenlenmiş bir hasta dosyasından elde edilebilir. Bu anlamda içerdiği bilgiler hem yetişmekte olan hekim adaylarına ve uzmanlık öğrencilerine, hem de yetişmiş olan hekimlere birer eğitim aracıdır (Özbabalık, 2012).

Hemşireler, hastaya doğrudan bakım veren, ihtiyaçlarını belirleyen, nerede, ne zaman, hangi malzemenin kullanılacağına karar veren en büyük sağlık ekibi grubudur. Hem nicel, hem de nitel pek çok veri, hemşireler tarafından kayıt sistemi içine girilmekte, kayıt edilmektedir (Ay, 2009) .

Disiplinler arası veri girişindeki artış ile hasta bakım ve tedavisinin sürdürülmesi, bakım kalitesinin artırılması beklenmektedir. Bu veriler, hemşirelik uygulamalarını destekleyerek yalnızca hemşirelik bilgi sisteminin gelişmesi için değil, aynı zamanda diğer hastane bilgi sistemi için de temel oluşturur.

(Top, Gider, <http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/bildiri/omer.gider16.02.2011>, 18.08.2013).

Dünyada sağlıkla ilgili alanlarda bilginin kaydı ve saklanması işlemlerinin bazı basamakları, tıbbi dokümantasyon sekreterlik bölümlerinden mezun olanlar tarafından yapılmaktadır (Esatoğlu, Artukoğlu, 2000). Günümüzde tıbbi sekreterler gerek lise düzeyinde gerekse ön lisans düzeyinde eğitim seviyelerinden mezun olarak, hem özel kuruluşlarda hem de kamu kuruluşlarında görev almaktadırlar. Tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programları ile üniversite düzeylerinde eğitim Türkiye'de verilerek, eğitimi almış kişilere 27.07.1999 tarih ve 92.26.698 sayılı karar gereğince sağlık teknikeri (tıbbi sekreter) unvanı verilir. 2011 yılı itibarıyla 59 üniversitede, 62 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda eğitim süresi 2 yıl olan tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik programı yer almaktadır. Bu programlardan mezun olan kişiler tıbbi kayıt sistemi konu ağırlıklı ders içerikleri alarak donanımlı halde sağlık kurumlarında çalışmaya başlamaktadırlar.

Tıbbi sekreter meslek tanımında ise, sağlık kurum ve kuruluşlarında evrak, rapor, hasta işlemleri, istatistik ve kodlama, yazışma ve arşiv hizmetlerini yürüten, tıbbi bilgileri toplayıp, tıbbi dokümana dönüştürme bilgi ve becerisine sahip olan nitelikli sağlık personeli olarak geçmektedir (Yılmaz, Bektaş, İbran, 2013). Tanımda geçen süreçlerin tamamında hukuki sorumluluğu mevcuttur.

Sağlık kurumlarında çalışan personellerinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında tıbbi kayıt sistemine ekip anlayışı ile bütüncül olarak yaklaşması gerekmektedir. Bir hastanın hastaneye kabulünden taburcu olmasına kadar geçen sürede birçok personel ve malzeme ile çok değişik bilgiler toplanmakta ve bu bilgiler kayda geçirilerek üzerinde çeşitli işlemlerin yürütülmesi, gereken yerde ve zamanda kullanıma sunulması gerekmektedir. Ancak kayıtların yapılması, düzenlenmesi, gerektiğinde bulunarak birleştirilmesi profesyonel bir yaklaşımın benimsenmesini gerekli kılmaktadır. Bu sebeple kurumlar çalışanlarına bu bilinci aşılmalı ve tıbbi kayıt sistemi oluşumunda bu yönde düzenlemeler yapılmalıdır.

2.3.3.4. Tıbbi Kayıtların Bilimsel Araştırmalar Yönünden Önemi

Bilimsel araştırmalarda herhangi bir tıbbi bilginin kullanılmasında tıbbi kayıtlardan yararlanılmaktadır. Tıbbi kayıtlar sağlık personelinin araştırmalarında kullandığı önemli bir veri kaynağıdır. Sağlık kurumları yöneticileri hasta dosyalarındaki bilgilerin ihtiyaç duyulursa

eğitim ve araştırma için kullanılabilmesi adına, düzgün, sisteme uygun ve kaliteli olarak düzenlemek, sınıflandırmak ve hizmete sunmakla sorumludurlar.

Yapılan klinik araştırmalar, bazen çok faydalı olmakla beraber, araştırma sırasında ele alınan konuların eski dosyalarda bulunmaması durumunda, istenilen değerde olmaması sorunu yaşanmaktadır. Kayıtların doğru, etkin ve sistematik bir şekilde tutulmuş olması, araştırmaların geçerliliği ve güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Özellikle eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde diğer hastanelere göre araştırma alanında daha yoğun çalışmalar yapılmaktadır. Gerek hasta dosyaları gerek hasta görüşmeleri tüm kaynakların iyi kullanılması gerekmektedir. Özellikle hekimler hastalıkların teşhis ve tedavi yöntemlerini geliştirmek için geçmiş yıllardaki uygulamalar hakkında bilgilere ihtiyaç duymaktadır(Sunay, 2006).

2.3.3.5. Tıbbi Kayıtların Hukuksal Yönden Önemi

Sağlık kuruluşları ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Bu durum Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TŞTİDK) 72. maddesinde açıkça belirtilmiştir: "Hekimler, diş hekimleri ve ebeler Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen ve onaylanarak kendisine verilen protokol defterine hastanın kimliğini yazmada mecburdurlar." Kanunda yalnızca ebelerden söz edilmesi diğer yardımcı sağlık personelinin böyle bir yükümlülükleri olmadığı şeklinde anlaşılmamalıdır.

Tıbbi kayıt sistemi ile ilgili mevzuatlar aşağıda sıralanmıştır.

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya laboratuvarları Kanununa Müteferri Olarak Tanzim Olunan Yönetmelik

(http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/pdf/992_seriri_gidai_yon.pdf, 10.09.13)

- 3473 sayılı Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
- 16.05.1988 tarih ve 19816 sayılı Resmi 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 Resmi 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 Bakanlık olurları ile yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi
- 23.06.2001 tarih ve 24441 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özel 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 kurumuna müracaatından itibaren tıbbi müdahale ve işlemlerin her aşamasında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde de belirtilen kayıtların Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi hükümleri doğrultusunda eksiksiz tutularak arşivlenmesi ve kurumda muhafaza edilmesi hususu” önemle belirtilmektedir.

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde;

- “Madde 32- Her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur. Bütün servislerin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler, hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içerisinde muhafaza edilir.
- Dosyanın kolay ve çabuk bulunabilmesi için; isme, hastalığa ve protokol numarasına göre lüzumlu görülen çeşitli bulma kolaylıkları sağlayacak kartoteks sistemleri uygulanır. Düzenlenen fıkra: 5 Mayıs 2005-25806: Merkezi Tıbbi Arşivin çalışma

sekli ile hastanede tutulan tüm kayıtların bilgisayar ortamında tutulabilmesine ilişkin usul ve esaslar yönerge ile belirlenir.”

Maddeleri yer almaktadır. Ayrıca yönetmelikte tıbbi kayıtların tutulmasına, saklanması dair maddeler de yer almaktadır. Bu maddelere bir sonraki bölümde detaylı olarak yer verilmiştir.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli-son-degisi-.html> , 10.09.13)

2.3.3.5.1. Tıbbi Kayıtların Tutulmasına Ait Esaslar

Tıbbi kayıtların tutulmasında kurum protokol ve prosedürleri, ayrıca süreçlerle ilgili mevzuatlar dikkate alınarak kayıtlar yapılmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 10. maddesinde; “Sağlık ocakları ve evlerinin, her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri ile hastaların muayene ve tedavisinin yanı sıra, sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmakla mükellef oldukları” belirtilmiştir.

(http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/11042005_k_11.pdf, 18.08.2013)

Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’ in 29. maddesinde “acil odası ve ünitesinde, acil hizmetler için protokol kayıt defteri ile pansuman enjeksiyon kayıt defterinin bulundurulması ve düzenli olarak işlenmesi zorunluluğu” bildirilmiştir.

(<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11969&sourceXmlSearch=ayakta&MevzuatIliski=0>, 18.08.2013)

Tıbbi kayıtlar ile ilgili sağlık hizmeti verilme sürecinde güncel mevzuatlara dayanılarak bilgi sistemleri oluşturulmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri ile ilgili yürürlükteki diğer mevzuatlarda tıbbi kayıt kavramı farklı açılardan yer almaktadır. Bu mevzuatlar;

➤ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine Göre Kayıtlar:

- Madde 71 – Hasta dosyaları tıbbi müşahade muayene kâğıdı ile (Ek 11, Form 62) derece kâğıdı ve hasta tabelası (Ek 1, Form 51) (ilaç ve iyeşse tabelası) olmak üzere üç esas kısımdan ibarettir. Bunlardan başka kurumların ve kliniklerin özelliklerine göre

ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının izni ile uzmanlarca gerekli görülen ve baştabiplikçe kabul edilen formlar ve kâğıtlar eklenir. Müşahede-muayene ve derece kâğıdına hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır. Kesin teşhise varılmadan müşahede kâğıtlarına teşhis yazılmaz. Ancak hastanın girişinde hasta giriş kâğıdına muhtemel teşhis yazılır.

Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışardan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iâşe maddeleri yazılır. Tabelada yazılı ilaç, tedavi vesaire tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlerler. Hastalara uygulanacak tedavileri, teşhis, ameliyat ve müdahaleler için yapılacak hazırlıkları, laboratuvar tetkik isteklerini sağlıklı bir şekilde takip ve uygulanması, nöbet ve vardiya devirlerinde bir sonra görev alacakların zamanında bunları yerine getirmesini sağlayacak, kurumların hizmet ve personel durumlarına uygun sistem ve yöntemler geliştirilir ve bunları gerekli kıldığı kayıtlar ve fişler düzenlenir.

- Madde 72 – Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesini ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.
- Madde 82 – Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi tabibi ölüm sebebini ve zamanını tespitle tabelasına kayıt ve altına imza eder. Ölüm tespitinden sonra servis tabibi veya nöbetçi tabip ve kurumda görevli iki kişi huzurunda ölünün yanında bulunan kişisel eşyası ve parası tespit ve müfredatıyla tabelasına kayıt olunarak usulüne göre muhafaza edilir. Ölünün, tabelasındaki kimliği aynen delikli bir kartona yazılarak sağ ayağının başparmağına bağlanır ve cenaze gasılhaneye nakledilerek, özel defterine kaydı yapılır.
- Madde 83 – Ölenlere ait gömme izni, servis tabibinin veya nöbetçi tabibin raporuna dayanarak kurumun Baştabibi tarafından verilir ve usulü dairesinde resmi tabipler tarafından onaylanır. Ölenlerin; adı, soyadı, doğduğu yeri ve kuruma girerken tespit edilen adresi, ölüm nedeniyle birlikte on gün içinde hastanın bulunduğu yerin nüfus

dairesine yazılı olarak bildirilir. Kurumdaki ölü veya canlı doğumlar da bir ay içinde o yerin nüfus dairesine bildirilir.

- Madde 84 – Ölenin ailesi, yakınları cenazelerini almak isterlerse kendilerine imza karşılığı teslim edilir. Ancak cenazeyi gömecekleri yer ölümün vuku bulduğu belediye sınırları dışında ise, nakli için gerekli işlem yapılarak, alınan belgenin kurum idaresine ibrazı mecburidir. Medeni kanun hükümlerine göre kişilik kazanmamış ölü doğan çocuklar düşük mahsulleri ve ampute edilmiş organlar adli sakınca bulunmadığı ve aileleri tarafından, plasentalar ise tıbbi maksatlarla kullanılmak üzere ilgililerce alınmadıkları takdirde gömülür veya tesisatı olan kurumlarda fenni şekilde yok edilir. Bu takdirde olay bir tutanakla saptanır.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisi-.html> , 10.09.13)

- Yataklı tedavi kurumları tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri yönergesi;

Madde 1- Bakanlık Makamının 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurlarıyla yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinin Ek 1 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, birinci fıkradan sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

“Kurumlarda kağıt üzerinde tutulan, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgeleri, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar, Ek-5 de belirlenen standart ve kurallar çerçevesinde gerekli yedekleme ve güvenlik önlemleri alınarak yapılandırılan kurumlar sadece elektronik ortamda tutabilir, iş ve işlemler bu ortamda gerçekleştirilebilir.”

“Sağlık kurumlarımızda kullanılmakta olan tüm bilgi sistemlerinde gerek veritabanından gerekse kullanılan uygulama yazılımları ara yüzlerinden (Hastane Bilgi Sistemleri, Aile Hekimliği Bilgi sistemleri, Birinci Basamak Sağlık Kurumları Bilgi sistemleri vb.) geçmiş kayıtlardaki kapanmış, onaylanmış ve sonuçlandırılmış işlemlere ait verilerde değiştirme, silme ve ekleme yapılamaz. Son kullanıcılara sadece okuma ve raporlama yetkisi verilir.”

“Herhangi bir nedenden (teknik, programatik, mevzuat vb.) kaynaklanan zorunlu haller söz konusu olduğu takdirde bunun için gerekli değiştirme, silme ve ekleme yapma yetkisi, ilgili sağlık kurumunun en üst amirine aittir. Bu değişikliklere ait detaylı loglar mutlaka tutulmalıdır.”

Ayrıca yönerge içinde ‘Veri tabanı güvenliği, Kimlik Doğrulama ve Yetkilendirme, Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği ’ gibi maddeler de yer almaktadır.

(www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-339/yönergeler.html, 10.09.13)

2.3.3.5.2. Tıbbi Kayıtların Saklanması Ait Esaslar

Tıbbi kayıtların kurum ve çalışan açısından önemi ne kadar fazla ise bu önem, tıbbi kayıtların saklanması, arşivleme açısından da aynı şekildedir.

Arşivleme tanım olarak; “Gelecekte tekrar kullanılması düşünölen ya da yasal saklama süresi doluncaya kadar saklanması zorunlu olan belgelerin korunmasını sağlayan ve bu süre içinde kendilerinden yararlanma imkânı sunan çalışmalardır.” şeklinde belirtilmektedir. (Ceylan, 2007)

Tıbbi kayıtların düzenli bir şekilde saklanması, istenilen zamanda istenilen bilgiye ulaşılabilmesi sağlık kurumları için oldukça önemlidir. Bu açıdan hastane arşivlerinin düzenlemesi ve proseslerinde izlenilen bazı mevzuatlar mevcuttur. Mevzuatlarda geçen tıbbi kayıtların saklanmasına dair maddeler kapsamında çalışmalar yapılmalı ve takip edilmelidir.

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 53. maddesinde, sağlık kuruluşuna başvuran hastalara yapılan müdahale ve tedavilerin, hastalara ait dosya veya kartlarına işleneceği ve bu kayıtların, sağlık kuruluşunun arşivinde beş yıl süre ile saklanacağı bildirilmiştir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin 15. maddesinin f fıkrasında, “Başvurudan işlemlerin tamamlanmasına kadar, acil vaka ile ilgili bütün veri kayıt ve arşiv sisteminin kurularak ilgili mevzuatta öngörölen süre ve usulde saklanacağı; adli vakalara ilişkin işlem ve bildirimlerin mevzuata uygun olarak yapılacağı”, 34. maddesinde acil servislere yapılan ihbarlar ile ilgili olarak “sunulan hizmet ile ilgili kayıtlar, ilgili mevzuat hükümlerine göre muhafaza edileceği; varsa bütün ses kayıtlarının üç ay süre ile saklanacağı; bu süre sonunda herhangi bir başvuru olmaz ise kayıtların silineceği; merkezin, bu işlemi, kuruluşun teknik imkânları ve hizmet yoğunluğunun cevaz verdiği nispette gerçekleştireceği; seslerin

kaydedilemediği veya kayıtların muhafaza edilemediği durumlarda yazılı kayıtlardan yararlanılacağı” hususları yer almaktadır.

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> , 10.09.2013)

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 10. maddesinde, hasta ile ilgili tıbbi kayıtların ilgili sağlık personelinin sorumluluğu altında olduğu; sağlık personelinin, bu tıbbi hizmeti bir sağlık kurum ve kuruluşundan vermesi durumunda, bu kayıtları muhafaza sorumluluğunun, hizmeti verdiği sağlık kurum ve kuruluşuna ait olduğu; tanı, tetkik ve laboratuvar neticelerinin, yetkili personel tarafından imzalanarak hastaya bir suretinin verileceği ve ilgili kayıt defterine ve hasta dosyasına işleneceği; tanı, tetkik ve laboratuvar neticeleri üzerinde değişiklik yapılamayacağı; hastanın veya kanuni temsilcisinin, tıbbi kayıtların birer suretini veya sureti çıkarılması mümkün olmayan fotoğraflık belgelerin raporlarını alabileceği; kanuni zorunluluk olmadıkça, elektronik ortamdakiler dâhil tıbbi kayıt bilgilerinin başkasına verilemeyeceği; bu bilgilerin yetkisiz kişiler tarafından izlenmemesi, ulaşılmaması ve kullanılmaması için gerekli tedbirlerin alınmasının zorunlu olduğu; tıbbi kayıtlar, test sonuçları, mektuplar, filmler ve hastanın teşhis ve tedavisi ile ilgili diğer bütün bilgilerin, tedavinin sonlanmasından itibaren imkânlar ölçüsünde elektronik ortamda, mümkün olmaz ise asıllarının dosyalanmak suretiyle yirmi yıl süre ile muhafaza edileceği” belirtilmekte; hasta ile ilgili bilgi ve tıbbi kayıtları saklama yükümlülüğüne uymayanlar ile bu fiillerin vuku bulduğu kurum ve kuruluşların sorumlularına veya yöneticilerine; bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beş milyar liradan on milyar liraya kadar ağır para cezası önerilmiştir.

(<http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html>, 10.09.2013)

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi’nde; “Adli olguların muayenesi ve ilk tedavisi sonunda düzenlenen raporların birer örneğinin, düzenlenen kurumda saklanacağı”, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar ile ilgili yönergesinde de ise, sağlık kuruluşunda saklanması gereken rapor nüshalarının korunması için gerekli tedbirlerin alınmasının önemi belirtilmektedir.

(http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&itemid=34,<http://www.ankara2khhb.gov.tr/userfiles/files/Adli%20Tabiblik%20Hizmetlerinin%20Yurutulmesinde%20Uyulacak%20Esaslar.pdf>, 10.09.2013)

Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanunu ve Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğinde; kamu kurum ve kuruluşları ile şahıslar elinde bulunan arşiv malzemesi ve ileride arşiv malzemesi hâline gelecek arşivlik malzemenin tespit edilmesini, herhangi bir sebepten dolayı bunların kayba uğramamasını, gerekli şartlar altında korunmalarının temini ve millî menfaatlere uygun olarak Devletin, gerçek ve tüzel kişilerin ve ilmin hizmetinde değerlendirilmelerini, muhafazasına lüzum görülmeyen malzemenin ayıklama ve imhasına dair usul ve esasları içermektedir. Bu mevzuatlar ve Sağlık Bakanlığı Arşiv hizmetleri genel çalışması incelenmiş ve aşağıdaki tablo en çok kullanılan formlar çerçevesinde oluşturulmuştur. Arşiv saklama süreleri kurum türü ve form cinsiyeti, formun kullanıldığı birim olarak değişiklik göstermektedir. Kurumlar mevzuatlar çerçevesinde kurum prosedürlerine uygun olarak bu süreleri belirlemektedirler. Tablo 2’ de sağlık kurumlarında kullanılan formların saklanma sürelerine yer verilmiştir.

(Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46915/h/153724.pdf> ,Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,93/devlet-arsiv-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik.html> ,Arşiv Mevzuatı, http://www.bsm.gov.tr/docs/arsivmevzuati2007%20_yeni_.pdf ,21.04.2014)

Tablo 2. Yataklı veya yataksız tedavi kurumlarındaki arşiv saklama süreleri

Form Adı	Süre
-Hasta Dosyaları	-Kurumunda saklanır.
-Fototerapi Kayıtları Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Otopsi Raporları	-Kurumunda saklanır. (20 yıl sonra farklı ve önemli konulardaki otopsi raporları Devlet Arşivleri’ne gönderilir.)
-Anestezi Form Dosyası	-10 yıl (Devlet Arşivleri’ne gönderilmez.)
-Radyoterapi Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Göz Klinikleri Hasta Tanıtım Kartları (Kartoteks)	-Kurumunda saklanır.
-Ameliyat Video Kayıtları	-Kurumunda saklanır.

-Şaşıklık Fotoğraf Arşivi	-Kurumunda saklanır.
-Okoloplastik Tümör Fotoğraf Arşivi	-Kurumunda saklanır.
-Asistan Karnesi	-Kurumunda saklanır.
-Özel Yoğun Bakım Takip Çizelgeleri	-Kurumunda saklanır.
-Sintigrafi Çekim Arşivi	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ağrı Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Postaparatif Ağrı Kontrolü Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Seminer, Tez, Bildiriler	-Kurumunda saklanır. (Bir nüsha Devlet Arşivleri'ne gönderilir.)
-Film Dosyaları	-Kurumunda saklanır.
-Tıbbi bilgi, görüntü ve hasta görüntülerine ait	-20 yıl (Devlet Arşivlerine gönderilmez.)
-Bireysel görüntü CD'leri ve Fotoğraflar (Plastik cerrahiye ait)	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Epikriz Dosyaları (Bilgisayar kayıtları)	-Kurumunda saklanır.
-Doku Tipleri Laboratuvar Kayıt Defteri	Kurumunda saklanır.(20 yıl sonunda Devlet Arşivleri'ne gönderilir.)
-Ameliyat Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Hasta Yatış Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Hasta Kayıt Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Poliklinik Kayıt Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Taburcu Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Acil Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Biyokimya Tetkik Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Laboratuvar Kayıt Defteri (Cross Match)	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Turbidimetrik Testler	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)

-İlaç Düzeyi	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-PRA	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Akım Sitometri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-EEG, EMG, Kayıt Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Eczane Uyuşturucu Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Endoskopi Laboratuvar Kayıt Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Endoskopi Kayıt Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ürodinami Kayıt Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Kolonoskopi, Rektoskopi Defterleri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Bebek Tedavi Defterleri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ex Bebek Teslim Defteri	-30 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Doğum Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Sağlık Kurulu Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Adli Rapor Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Ayaktan izleme Poliklinik Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Heyet Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ameliyat Patoloji Raporu Defteri	-30 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Frengi Kayıt ve Takip Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Talasemi Takip Formu	-Kurumunda saklanır.

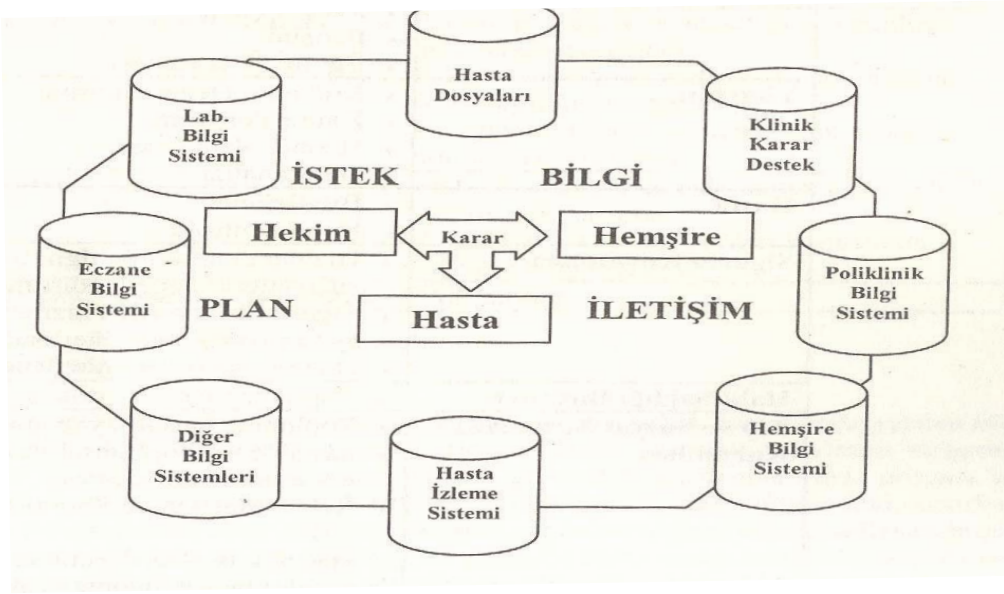
-Kemik İliği Preparatları	-Kurumunda saklanır.
-Önemli ve Özellikli Hastalıklara ait	-Kurumunda saklanır.
-Filmler, Tomografiler, EMR, Ultra	-Kurumunda saklanır.
-Hasta Takip Kartları (Önemli ve özellikli hastalıklara ait takip kartları kurumunda saklanacaktır. Örn: Alerji hastalıkları, Onkoloji hastaları, Nefrolojik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, romatoloji, osteoporoz, tüberküloz, taş kırma ünitesi vb.)	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Protez model ve fotoğraflar	-Kurumunda saklanır.
-Ortodonti başlangıç bitim resimleri,	-Kurumunda saklanır.
-Diş başlangıç modelleri, bitim modelleri	-Örnek seçilen modeller kurumunda saklanır.
-Çocuk Kayıt Kartı	-15 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Enjeksiyon Defteri	-2 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Psikolojik Görüşme Kartı	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Sağlık Ocakları'nda tutulan formlar	1. -Formlardaki bilgiler Sağlık Grup Başkanlıkları'na ve Sağlık Müdürlüklerine gönderildikten sonra, takip edilen hastalık ve hususlarla ilgili formlar işlemi bittikten sonra 5 yıl.
-Doğrulama Testleri Dosyası	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez)
-Genel Kadınlar için tutulan defterler	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-HIV HCV pozitif çıkan hastalarla ilgili yazışmalar dosyası	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Yabancı uyrukluların sınırdaşı edilmesi ile ilgili talep yazışmaları dosyası	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Transplantasyon Dosyaları	-Kurumunda saklanır.

-Böbrek Taşı Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Ürojenekoloji Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Pediatrik Üroloji Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Bildirimi zorunlu hastalıklara ait bildirim fişleri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Gebe İzlenim kartları	-15 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-15-49 yaş izlem kartları	-Hastanın 49 yaşı dolana kadar
-Enjektabl Kontrasektif Yöntem Kullananları İzlem	-30 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-B.Bilier Darlık Dosyası	-Kurumunda saklanır.
-Parafin bloklar, lamalar (Uygun)	-Kurumunda saklanır.
-Patoloji Raporları Dosyaları	-Kurumunda saklanır.
-Genetik Merkezi Dosyası	-Kurumunda saklanır. (20 yıl sonunda Devlet Arşivleri'ne gönderilir.)
-Yeni Doğan Bebek Dosyası	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Konsey Dosyaları	-Kurumunda saklanır.
-Enfeksiyon Komitesi Raporları	-Kurumunda saklanır.
-Taburcu Dosyası	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Tetkik Raporları Dosyası	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Adli Kati Rapor Dosyası	-30 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ameliyat Notları	-Kurumunda saklanır.
-Özellikli Hastalıklar Dosyaları (Lösemi,	-Kurumunda saklanır.
-Tedavi Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Konsey Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Biyopsi Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Morg Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)

-Donör Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Kan İmha Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Doz Kayıt Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Günlük Kalibrasyon Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Kaza ve Kontaminasyon Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Cihaz devir-teslim Kayıt Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Bakım Onarım Kayıt Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Ağrı Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Reçete Defteri	-5 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Yoğun Bakım Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Anestezi Defteri	-Kurumunda saklanır.
-Kırmızı-Yeşil Reçete İlaç Defteri	-20 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Bronkoscopi Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Küçük Müdahale Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
-Rijit Bronkoscopi Defteri	-10 yıl (Devlet Arşivleri'ne gönderilmez.)
- Yönetim Kurulu Kararları	- Devlet Arşivleri'ne gönderilir.
- Öğretim Kurulu Kararları	-Kurumunda saklanır. (20 yıl sonunda Devlet Arşivleri'ne gönderilir.)
- Tezler	-Kurumunda saklanır. (Bir nüsha Devlet Arşivleri'ne gönderilir.)

2.3.4. Tıbbi Kayıt Çeşitleri

Sağlık kurumlarında kullanılan kayıt sistemleri içinde çok sayıda farklı bilgi sistemleri yer almaktadır. Bu bilgi sistemlerinin ortak amacı, tanı ve tedavi kararlarının alınması ve uygulanması faaliyetlerinde hekim ve diğer sağlık personelinin desteklemek; bu yolla etkili ve kaliteli hizmet sunumunu kolaylaştırmaktır.



Şekil 5. Kurumsal Bilgi Sisteminin Yapısı (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010)

Şekil 5’ de yer alan tıbbi kayıtların her biri bağımsız çalıştığı gibi, birbirleriyle arayüzler aracılığıyla ilişkilendirilerek bütün biçimde de çalışılabilmektedir. Eskiden tıbbi kayıt sistemi, yalnızca hasta dosyalarını içerirken, günümüzde, bilgisayar, tıp ve iletişim teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak ‘yapay zekâ’, ‘ bilgisayar destekli tanı’, ‘telemedicine’ olarak bilinen çağdaş uygulamaları da kapsamaya başlamıştır. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010)

Tıbbi kayıt çeşitleri olarak literatürde geçen farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bunlardan biri tıbbi kayıtları metoda ve kullanılan malzemeye göre türlere ayırmaktadır. Metoda göre tutulan kayıtlar ‘ kaynağa dayalı’ ve ‘ probleme dayalı’ olmak üzere iki başlık olarak değerlendirilmektedir. Kullanılan malzemeye göre tıbbi kayıtlar ‘kâğıda dayalı’ veya ‘ elektronik ortam kayıtları’ olarak tasnif edilmektedir. (Aktürk,2002)

Kaynağa yönelik tıbbi kayıt kavramının tanımında, kayıtların tıbbi bakımı veren bölümlere göre düzenlendiği yöntem olarak geçmektedir. Probleme yönelik tıbbi kayıt yöntemi ise, hastanın tedavisini yürüten hekim hakkında değerlendirme yapılabilecek, mantıki düşünmeyi yansıtan sistematik bir dokümantasyon yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemde hekim her problemi ayrı ayrı tanımlayıp, takip ederek ve çözümlerini düzenlemektedir. Sistem tüm sağlık çalışanlarının (hekim, asistan, tıp öğrencisi, hemşire, teknisyen vb.) hasta ile ilgili davranışlarında gerçeklere dayanan sağlam bir mantık, analiz ve düşünme tarzı kullanmalarını öngörmektedir. (Işık,2003)

Sağlık kayıtlarının içeriğinde yer alan veriler incelendiğinde, idari/demografik veriler ve klinik veriler olarak iki bölümde kayıtların olduğu görülmektedir. Sağlık kayıtları denilince ilk akla gelen hasta dosyalarıdır. Hasta bilgilerinin tamamının bulunduğu hasta dosyalarının düzgün ve eksiksiz olması, kurum ve çalışanın sorumluluğundadır. Hasta dosyalarındaki bahsedilen demografik veriler; hastanın adı, adresi, telefon numarası, doğum tarihi, hasta yakının bilgileri, hastayı tanımlayıcı tekil numaradan oluşmaktadır. İdari veriler; tedaviye izin verme, özel izinler, hastaya ait verilerin açıklanması, hastaya haklarının açıklanması, hastanın hastaneye yatışı sırasında özel eşyalarının ya da özellikli cihazları teslim alındığına dair belgelerden oluşmaktadır. Klinik veriler ise; hasta kabul kayıtları, tıbbi öykü ve sistematik inceleme, hekim istemleri ve ilaç kayıtları, gözlem notları (progres notu), konsültasyon raporları, çıkış özeti (epikriz), anestezi kayıtları, yoğun bakım kayıtları, ameliyat raporu, patoloji raporu doğum kayıtları, bebeğe ait verilerden oluşmaktadır. Klinik laboratuvar kayıtları ise; elektrokardiyografik raporlar, laboratuvar raporları, radyoloji ve görüntüleme raporları, radyasyon terapisi, terapötik hizmetlerden oluşmaktadır. Ayrıca hemşirelik kayıtları; hemşire gözlem notları, özel bakım ünitelerinde tutulan kayıtlar, hemşire değerlendirmeleri, hemşirelik bakım planları, hemşire notları, birimler arası transfer kayıtlarından oluşmaktadır(Işık, 2013).

Hasta dosyalarını da kapsamak üzere tutulan tıbbi kayıtlar ister kâğıt üzerinde isterse elektronik ortamda olsun, gerekli kurallara uyulması gerekmektedir. Bu nedenle iki kayıt sisteminin de detaylı ele alınması ve incelenmesi gerekmektedir.

2.3.4.1. Form Olarak Tıbbi Kayıtlar

Hastanın yaşamı, tıbbi geçmişi ile ilgili olan bilgiler, en son hastalığı ve tedavi şekli ile ilgili verilerin tam ve eksiksiz olarak tutulması işlemine tıbbi kayıt adı verilmektedir. Bir başka deyişle de hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerinin kayıt altına alınması tıbbi kayıt kavramını oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında kullanılan kâğıda dayalı tıbbi kayıtlar hasta dosyaları, hasta kartları veya sağlık personelin yazdığı bilgi notları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Form olarak tıbbi kayıt çeşitlerinin isimleri veya formatları kullanılan kurum, birim, hasta veya sağlık mevzuatlarına göre farklılık göstermektedir.

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbî Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi'nin 12. Maddesinde hasta dosyasına konulacak belgeler tanımlanmış olup bunlar: Hasta Kabul Kâğıdı (Form 60), Tıbbi Müşahede ve Muayene Kâğıdı (Form 62), Derece Kâğıdı (Form 61), Hasta Tabelası (Form 51), Röntgen İstek Kâğıdı ve Raporları (Form 64)' Laboratuvar İstek Kâğıdı ve Tetkik Raporları (Form 65), Ameliyat Kâğıdı (Form 63), Hastanın Muayene İstek Formu (Form 67), Çıkış Özeti (Form 67) dir.

Kısaca hasta dosyasını oluşturan formlar şu belgelerden oluşur;

- Hasta Kabul kâğıdı
- Hasta yatırma kâğıdı
- Tıbbi Müşahede ve Muayene Kâğıdı
- Doktor gözlem formu
- Hemşire izlem formu
- Derece Kâğıdı
- Doktor istem formu
- Laboratuvar bulguları formu
- Çıkış özeti-Epikriz
- Hasta Eğitim Formları
- Rıza belgeleri
- Diğer formlar

(http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30102001.pdf, 12.09.13)

Sağlık kayıt bilgileri hastaya ait olup yasal belge niteliği taşımaktadır. Bu nedenle erişilebilirlik, bütünlük ve gizlilik önemlidir. Hastanın rızası olmadan ilgili sağlık çalışanları dışında kimse bu bilgilere ulaşmamalıdır. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16. maddesi'nde; “hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir” şeklinde belirtilmiştir. Yine aynı yönetmeliğin 17. Maddesi'nde “hasta, sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir” denmektedir.

(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeliği.html> , 10.09.13)

Hastalara kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra hastaneye başvuruları sırasında daha önceki kayıtlarının ulaşılabilir olması hastanın bakım ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu sayede hastalar tedavi ve bakıma zamanında ulaşabilmektedir. Sağlık kurumlarından hastaların beklentileri sadece tedavi ve bakım olmamakla birlikte doğru ve güvenilir hasta kayıtlarının sağlanabilmesi olarak yöneticilerin ve çalışanların karşısına çıkmaktadır. Bu nedenle kâğıda dayalı tıbbi kayıt sistemlerinin taşınması gereken özellikler konusunda tüm çalışanların sorumlu ve duyarlı olması gerekmektedir.

2.3.4.1.1. Form Olarak Tıbbi Kayıtların Niteliği, Özellikleri

Mevzuatlarda belirtildiği gibi tıbbi kayıtlar ve özellikle hasta dosyaları hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır. Hasta dosyalarında bulunan formlar hastanın yaşı, hastalığı ve kurum prosedürleri kapsamında kurumdan kuruma değişebilmektedir. Fakat hasta dosyalarında mevzuat gereği sabit bazı formlar bulunmaktadır. Bu formların doldurulması ve kullanılması ile ilgili özellikler detaylı olarak aşağıda açıklanmıştır.

Hastanın Kimliği: Hasta kabul birimleri tarafından tutulurlar. Burada hastanın adı, soyadı, baba adı, doğum tarihi, açık adresi ve varsa sosyal güvenlik durumu not edilmelidir.

Anamnez Kayıtları: Hastanın tedavisi ile ilgilenen hekim tarafından, tıbbi ilkelere bağlı kalarak doldurulmalıdır. Bunlar; hastanın mevcut yakınması, öyküsü, özgeçmişi, soy geçmişi, sistemlerin tek tek muayene bulgularıdır.

Rıza/Onam Formları: Hastaya yapılacak girişimlerde hastanın onayının alınması şarttır. Bu onay hasta mevcut durum ve olası prognostik gelişmeler konusunda bilgilendirilmedikçe anlam ifade etmez. Bu nedenle hasta bilgilendirilerek rızası alınmalıdır. Bu rızanın alınması her zaman yazılı olmak zorunda değildir ama ispat sorunlarına yol açmamak için yazılı alınmasında yarar vardır.

İzlem Notları: Hasta kuruluşta izlendiği süre içinde hekimin gelişmeleri not ettiği formdur. Bazı hastanelerde hemşireler de görevleriyle ilgili gelişmeleri hekimlerin izlem kâğıtlarına yazmaktadırlar. Birçok yerde ise ayrı izlem formları bulunmaktadır. Bu formlarda hemşireler, hastanın fiziksel, mental ve emosyonel durumunu; acil durumlarda hekim çağırdığında çağrının nedenini, saatini; hekim tarafından önerilen ve kendisi tarafından verilen ilaçları, dozlarını, bunların uygulanma saatlerini, hekimin istediği aralıklarla kan basıncı, nabız, ateş, solunum sayısı gibi vital bulguları; hastanın yeme içme durumunu, barsak ve mesane fonksiyonlarını yazmaktadırlar.

Hekim İstemleri: Hekimler, hemşireler ve diğer personelden yapılmasını istedikleri işlemleri not ettiği formdur. Burada hastanın alması gereken diyet, verilecek ilaçların zamanı ve dozu, vital bulgular izlenecekse bunların sıklığı ve neler olduğu yazılmalıdır.

Laboratuvar Raporları: Röntgen, EKG, biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji gibi birimlerde hastanın veya hastadan alınan numunelerin incelenmesi sonucunda tutulan raporlardır.

Konsültasyon Raporları: Hastanın hekimi diğer bir hekimin bilgisine başvurduğunda konsültan hekimin hastayla ilgili olarak tespit ettiği durumları ve önerilerini yazdığı formlardır.

Epikriz: Hastaya taburcu olduğunda verilen ve hastalığın tanısının, tedavisinin, yapılan işlemlerin, izlenmesi gerekiyorsa bu izlemlerin sıklığının, hastanın yapması gereken işlemlerin yer aldığı belgedir.

(Göçmen, <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=92>, 10.09.13)

Tanımlanan tüm bu formlar hasta dosyaları içinde yer almaktadır. Günümüzde tıbbi kayıtlar hastaneler, tedarikçiler, eğitimciler, araştırmacılar, sosyal güvenlik kuruluşları, özel sigorta şirketleri, yöneticiler, akreditasyon kuruluşları, vb. pek çok profesyonel kişi, kurum ve devlet tarafından kullanılmaktadır. Hasta dosyalarının kullanıcıları ve kullanım alanları özetle Tablo 3' de açıklanmaktadır.

KULLANICI	KULANIM ALANI
Hekim	Klinik karar verme Tedavi planı Eğitim ve araştırma İletişim
Hemşire ve diğer sağlık personelleri (Tıbbi sekreter, teknisyen, laborant vb.)	Hemşirelik bakım planları Gözlem notları Hasta yatış ve taburculuk bilgi paylaşımı Eğitim İletişim
Yönetim	Kullanım değerlendirme Kalite yönetimi Hizmet planlaması Gelir analizi
Hasta	Bilgilenme Ücret kontrolü
Sigorta kurumları	Hizmet ücretleri ile ilgili hastalardan gelen şikâyetlerin değerlendirilmesi Sigortalılara verilen hizmetlerin kalite ve eşitlik yönünden değerlendirilmesi Hizmet maliyetlerinin denetlenmesi
Halk sağlığı birimleri	Toplumsal hastalık dokusunun belirlenmesi
Tıp ve sosyal araştırma kurumları	Toplumsal hastalık yapısının incelenmesi ve hastalıkların toplumsal ve ekonomik hayata etkilerinin belirlenmesi Rehabilitasyon ve sosyal yardım programları Hastalık insidanslarının analiz edilerek, rehabilitasyon hizmetlerine duyulacak gereksinimin belirlenmesi, Özürlü, madde bağımlısı olan bireylere yönelik bireysel rehabilitasyon ve eğitim programlarının

	geliştirilmesi
Devlet	Hasta dosyalarından elde edilen verilere göre sağlık ve eğitim kurumlarına tahsis edilecek kaynak miktarının belirlenmesi
İşverenler	İşveren tarafından sağlanan sağlık sigorta planının yönetilmesi Personelin uygun işte çalıştırılmasını sağlama İşle ilgili sağlık risklerinin belirlenmesi ve düzeltici önlemlerin alınması Personelin iş görmezlik (maluliyet) durumunun belirlenmesi
Eğitim kurumları	Eğitim programının gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi Öğrenci ve personele yönelik sağlık programının geliştirilmesi
Mahkemeler	Hasta dosyalarındaki bilgilerin incelenerek, adli vakalarla ilgili karar verilmesi
Emniyet soruşturması	Hasta dosyasındaki bilgileri(kanıtlar), kullanarak adli olayların aydınlatılması
Kredi kurumları	Kurumun kredi talebinin değerlendirilmesi
Akreditasyon kurumları	Kurumun mesleki standartlara uygunluğunun değerlendirilmesi Hizmet veren personelin bilimsel(mesleki) yeterliliğinin belirlenmesi
Medya	Tıbbi araştırmalarla elde edilen gelişmelerin topluma duyurulması Hastalıklar ve sağlık riskleri konusunda toplumu bilgilendirme

Tablo 3. Hasta dosyalarının kullanımı (‘Rowland, 1984’ Kavuncubaşı Yıldırım, 2010)

2.3.4.1.2. Form Olarak Tıbbi Kayıtlarda Dikkat Edilecek Hususlar

Hasta dosyasında, dolayısıyla tıbbi kayıtların içinde yer alması gereken bilgiler ve bunların tutulmasında dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir: (Somer, 2010)

- Tüm formların diğer hastalarla karışmasını önlemek amacıyla, hasta kaydının her sayfasına başta isim - soy isim olmak üzere, kurumun özelliği ve belirlediği prosedürlere uyularak protokol no, doğum tarihi gibi kişisel, ayırıcı bilgiler yazılması gerekmektedir.
- Kayıtlar, hasta ile ilk karşılaşma anından başlayarak hemen tutulmalı, tedavi ve ameliyatın tıbbi ve cerrahi safhaları, yapılan tetkikler, konsültasyonlar ve cerrahi müdahaleler kaydedilmeli; müşahede kâğıdı, grafler, tahlil ve incelemelere ait belgeler, biyopsi sonuçları ve ilaç tabelaları hasta dosyası içinde saklanmalıdır. Bu bilgilerin geç yazılması, olguya ait bu bilgilerin daha sonra hatırlanmasında yaşanacak zorlukların yanı sıra kayıtlarda yanlışlıklara ve hatalara neden olabilmektedir. (Sunay,2006)
- Kayıtların kalıcı olması amacıyla, kurşun kalem kullanılmamalıdır.
- Tıbbi kayıtlar okunaklı bir şekilde yazılmalı, anlaşılır ifadeler kullanılmalıdır. Bilinmeyen ve anlamsız ifadelerden kaçınılmalıdır.
- Hastalığın seyri ve hemşirelik bakımı detaylı olarak yazılmalıdır.
- Özellikle rıza belgeleri başta olmak üzere diğer formlara da tarih atılmalı, gerekli ise saat yazılmalıdır. Rıza belgesi mutlaka dosya içinde yer almalıdır.
- Tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak kullanılabileceğinden olabildiğince düzeltmeyi gerektirmeyecek şekilde, ayrıntılı ve düzenli tutulması gerekmektedir. Eğer düzeltme varsa düzelmenin yapıldığı tarih, saat ve düzeltmeyi yapan kişinin parafı olmalıdır. Düzeltme yazı okunacak şekilde üstü çizilerek yapılmalıdır.

Tıbbi kayıtlar PSOAP düzenine uygun şekilde tutulmalıdır. (Aktürk, 2002) Bu düzen ‘Problem, Subjektif, Objektif, Değerlendirme ve Plan’ sistemini ifade etmektedir. PSOAP aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır.

Problem: Hastanın belirttiği veya hekimin saptadığı şey,

Subjektif: Hastanın hissettikleri veya hekime anlattıkları,

Objektif: Hekimin akademik bilgileri ve mesleki tecrübesi dâhilinde ortaya koyduğu bulgular,

Değerlendirme: Hekimin değerlendirmesi,

Planlama: İzleme ve klinik notlar süreçlerini ifade etmektedirler.

Formların oluşturulması, tutulması ve saklanması dâhil olmak üzere tüm süreçlerde uyulması gereken kurallar şu şekilde özetlenebilir:

- Doğruluk: Tıbbi kayıtlar doğru bilgileri yansıtmalıdır.
- Kısa ve öz olma
- Dikkatlilik
- Güncellik
- Organizasyon: hastaların tek bir hekimle iletişim halinde olmaması, günümüz sağlık sistemlerinin gelişiminin hızlı olması ve birçok uzmanlık dalı içermesi, tıbbi kayıtların iyi bir organizasyonunu gerektirmektedir.
- Gizlilik ve güvenilirlik: Hasta güven ilişkisi içerisinde en özel bilgilerini başta hekim olmak üzere diğer sağlık personelleri ile paylaşmaktadır. Bu bilgilerin başkasının eline geçmesi veya paylaşılması hastayı doğru bilgi verme konusunda tereddüde bırakabilecektir. Bu nedenle gizlilik için gerekli önlemler kurum yöneticileri tarafından belirlenerek, sağlık personellerine benimsetilmesi gerekmektedir. Kurumda kimin hangi bilgi açısından yetkili olduğu belirlenerek, yetkilendirme yapılmalı ve diğer kişilerin bilgilere ulaşması engellenebilmektedir.

(<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/makaleler.asp?makaleid=15> , 10.09.2013.)

2.3.4.1.3 Form Olarak Tıbbi Kayıtların Avantajları ve Dezavantajları

Tıbbi kayıt sistemleri içinde yer alan kâğıda dayalı kayıt sistemini kullanıcıların tercih etmelerinin nedeni incelendiğinde; en az beş güçlü yön ortaya çıkmaktadır. Bunlar;

- Yeni beceriler veya davranışlar kazanmaya ihtiyaç duymayan kullanıcılar için kâğıt kayıtların alışıldık olması,
- Kâğıt kayıtların taşınabilir özellikte olması ve her an her noktaya kolaylıkla götürülebilmesi,
- Kâğıt kayıtların bir bilgisayar sisteminde olduğu gibi indirme/yükleme zamanı gerektirmemesi,
- Kâğıt kayıtların veri kaydederken esneklik sağlaması,
- Kâğıt kayıtların karıştırılabilir ve taranabilir olması ile kullanıcılara verileri çeşitli şekillerde düzenleyebilme olanağı sağlamaktadır. (Işık, 2013)

Form olarak tıbbi kayıtların avantajlı yönlerinin olması yanı sıra zayıf olduğu yönleri de mevcuttur. Bunlar; içerik, format, erişim, bütünlük olmak üzere dört ana başlıkta özetlenecek olursa;

- Hasta Kayıt İçeriği ile İlgili Problemler: Kâğıda dayalı kayıtlarda içerik yetersiz olabilmektedir. Hastaya ait veriler eksik, okunaksız ya da yanlış kaydedilebilmektedir. Hastanın muayenesi sırasında gerekli sorular sorulmamakta, testler istenmemekte ya da test sonuçları kaydedilmemektedir. Bu nedenle içerikte önemli eksiklikler ortaya çıkmaktadır. Bazı kayıtlarda ise, gereğinden fazla kayıt tutulmaktadır.
- Format ile İlgili Problemler: Kâğıda dayalı kayıtların fiziksel yapıları kullanışsız olabilmektedir. Kayıtlar bölünebilmekte, düzensiz olabilmekte ya da uygun sıralanmamaktadır. Özellikle bu konuda eğitim almamış kişiler tarafından tutulan kayıtların kullanımı sırasında sorunlar olabilmektedir.
- Erişim, Elde Edilebilirlik ile İlgili Problemler: Kâğıda dayalı kayıtlarda en önemli problemlerden birisi de ihtiyaç duyulduğu anda erişebilmektir. Hekimler dosyaları odalarında tutmakta, hastalar aynı günde iki yere muayene olmakta ya da sağlık kuruluşu dışına götürmektedirler. Bu durum kayıtlara ihtiyaç duyulduğunda erişimi engellemektedir. Kayıtlara ulaşıldığında ise istenen veriye ulaşmakta zorluklar da olabilmektedir.
- Bağlantı ve Bütünlüğün Sağlanması ile İlgili Problemler: Kâğıda dayalı sistemlerde kayıtlar üretildiği sağlık kuruluşunda kalmaktadır. Hastanın farklı anda farklı yerlerde sağlık hizmeti gereksinimi olması durumunda bu durum önemli bir sorun olmaktadır. Hasta bir sağlık kuruluşunda olan kayıtlarını bir başka sağlık kuruluşuna taşıyamamaktadır. Kurumlar arasında geliştirilen birçok uygulama bile yetersiz kalabilmektedir. (Işık, 2013)

2.3.4.2. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi

Sağlık hizmetlerinde, teknolojik gelişmelere paralel olarak bilgi ihtiyacı giderek artmaktadır. Bilgi ihtiyacının karşılanması, en kolay ve yaygın biçimde bilgisayar teknolojileri ile sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde pahalı teknolojilerin kullanılması ise maliyetleri artırmakta, artan maliyetler sağlık hizmetleri yöneticilerini verimli çalışmaya zorlamaktadır(Şenel, 2003).

Sağlık hizmetleri hizmetin verilmesi ve ödenmesine kadar birçok süreçten oluşmaktadır. Bu süreçlerin etkin yönetilebilmesi için ihtiyaç duyulan bilginin, doğru zamanda, doğru yerde ve doğru kişinin kullanımı için kolaylıkla ulaşılabilir olması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarının verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için, nitelikli tıbbi, mali, idari ve destek personel kadrosuna yeterli gereç ve tıbbi cihazlar ile diğer fiziksel ve insan gücü kaynaklarına ihtiyaç vardır. Bunların planlanması ve işleyişlerinin kontrolü ancak bilgi sistemlerinin yardımıyla mümkün olmaktadır (Odacıoğlu, 2013)

Günümüzde bilgisayar temelli sistemler sağlık sektöründe bulunması gerekli özelliklerden biri haline gelmiştir. Özellikle, klinik bilgi sistemlerinin, iletişim ve internet bağlantılarının geliştirilmesi sağlık sektöründe bu teknolojilerin yaygın bir şekilde kullanılmasını sağlamıştır. Hasta kayıtlarının oluşturulması, geliştirilmesi ve/veya kalitesinin artırılması sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarına katkıda bulunabilecek başlıca konulardan biridir.(Ömürbek, Altın, 2009).

Elektronik tıbbi kayıtlar hasta güvenliği, hasta tatmini ve kurumsal etkililiği geliştirmek için önemli bir potansiyel uygulamadır. Hastanelerde elektronik hasta ve tıbbi kayıtları kullanımı önemli ölçüde artmıştır. Son yıllarda Türkiye hasta sektöründe elektronik bilgi sistemleri ve elektronik tıbbi kayıtlar yoğun bir şekilde kullanılmaya başlamıştır. Elektronik tıbbi kayıtlar sağlık bakımında kalite ve etkililiği geliştirmek için önemli bir yönetsel araçtır. (Top, Gider, <http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/bildiri/omer.gider16.02.2011>, 18.08.2013)

Elektronik Tıbbi Kayıt sistemi: kurum içerisinde üretilen bütün bilginin bütünleşik olarak kullanıldığı, hizmeti verenlerin bilgisayarla interaktif olarak etkileşimde bulunduğu ve kurum içindeki tüm sağlık personelinin veri girişine olanak sağlayan bir kayıt sistemi olarak ifade edilmektedir. Erişim kontrolü ve yetkilendirme mekanizmaları ve veri bütünlüğü bu aşamada yer almaktadır(Işık, 2013).

Elektronik kayıt sisteminin benimsenmesi, tıbbi kayıt sisteminin kurum içinde ne kadar iyi olduğuna bağlıdır. Entegre bir tıbbi kayıt sisteminin en önemli hedefi yeniden kullanılabilir veri üretmek olmalıdır. (Rosenbloom, Denny, Xu, Lorenzi ve ark, 2011)

2.3.4.2.1 Elektronik Tıbbi Kayıt Tanımı ve Özellikleri

“Elektronik sağlık kayıt sistemi”, sağlık alanında bilgi 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 kullanılması “Elektronik sağlık sistemleri” ile ilgili çalışmalarda karşılaşılan en önemli sorunlardan biri olmaktadır (Küyük, Kaplan, Yılmaz, 2005).

Elektronik sağlık kaydı; kullanıcılarına zamanında ve doğru verilere ulaşmasını sağlamak, uyarılar, hatırlatmalar ve klinik karar desteği vermek üzere tasarlanan bir sistemde yer alan bilgiler olarak tanımlanmaktadır (Alpkoçak, 2000).

Elektronik Tıbbi Kayıt (ETK) diğer bir tanımda, hastane ve sağlık sektöründe demografik, kliniksel, yönetim ve tıbbi / sağlık bilgi sistemlerinin bilgisayar ortamlarında kayıt altına alınması, işlenmesi ve değerlendirilmesine imkân veren bir yapılanma olarak geçmektedir. ETK sistemleri hekimler ve hemşireler başta olmak üzere sağlık personelinin kalite ve hasta güvenliğini geliştirme noktasında tıp sahasında yoğun olarak kullanılmaktadır. (<http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/bildiri/omer.gider> , 16.02.2012)

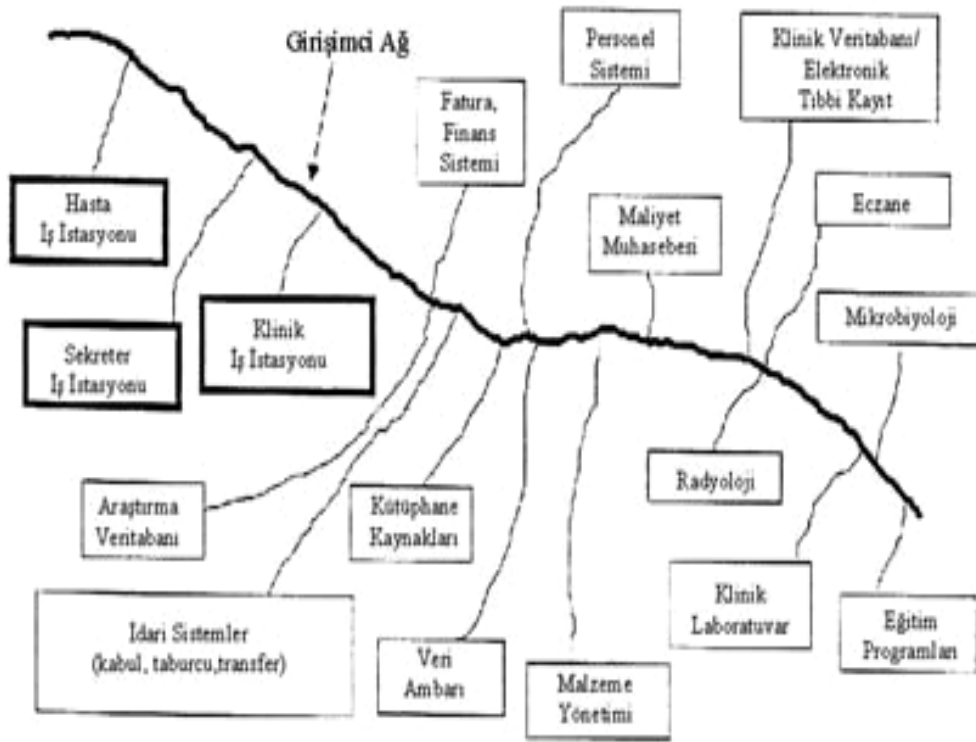
Elektronik tıbbi kayıt (ETK) birey olarak hastalar ya da toplum hakkındaki elektronik sağlık bilgisinin sistematik bir koleksiyonu olarak da tanımlanmaktadır. Sayısal formattaki bir kayıt olan ETK farklı sağlık kuruluşları tarafından ağ bağlantılı bilgi sistemleri aracılığıyla paylaşılabilmektedir. Bu kayıtlar kapsamlı ya da özet formunda veriler içermektedir (Demirhan, Güler, 2011).

Elektronik belgeler, web sitelerinden masaüstü uygulamalara, e-postadan ortak veri tabanlarına kadar çok geniş bir alanda ve farklı türler altında kullanılabilir.

ETK bir hastaya ait tam bir kayıt üreterek hastanın bakımıyla ilgili destek sağlayan doğrudan ya da dolaylı aktiviteleri içerir ve kanıta dayalı karar destek sistemleri, kalite yönetimi ve çıktıların raporlanmasını sağlar.

Elektronik hasta kayıt süreci genel olarak dört aşamada değerlendirilmektedir. Bu aşamalar;

- Elektronik hasta kayıt sisteminin kurulması: Ağ altyapısının kurulduğu, veri girişinin yapıldığı ve hizmet sunanların bilgileri görüntüleyebildiği aşamadır.
- Elektronik hasta kayıtlarının kuruma tanıtılması: İş akış yapıları, örgütsel değişimler ve bilgi yönetimi ile ilgili aşamaları içermektedir.
- Elektronik hasta kaydı ve aktif klinik sistemleri: Klinik destek sistemlerinin entegrasyonunun sağlandığı aşamadır.
- Elektronik hasta kaydının olgunlaşması: Klinik ve yönetsel amaçların entegre edildiği aşamalar bütünüdür.(Işık, 2013)



Şekil 6. Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi (Shortliffe ve Blois, 2001)

Şekil 6’ da görüldüğü gibi ideal bir elektronik sağlık kayıt sisteminde, hastanın tedavisi/bakımı sırasında gereksinim duyulan hasta kabul, taburcu ve transfer işlemleri gibi idari uygulamalar ve klinik uygulamalara ilişkin bilgiler bir ağ yapısı üzerinde bir arada tutulabilmektedir. (Shortliffe ve Blois, 2001)

Elektronik hasta kayıtları, hasta hakkında tüm bilgilerin bilgisayar ortamında toplanmasını ve gerektiğinde kullanılmasını sağlayan bir bilgi deposu olarak da tanımlanmaktadır. Bu sistemler hastalara ait elektronik sağlık kayıtlarının tam, faydalı, etkili,

etik ve yasal kurallara uygun, kolayca iletilebilen, zaman içerisinde elde edilen tüm kayıtların bütünlüğünü sağlayabilen bir sistem şeklindedir(Işık, 2013).

ETK kayıtlarındaki bilgilere demografik veriler, tıbbi geçmiş, problemler ve ilerleme notları, ilaçlar ve alerjiler, bağışıklık durumu, laboratuvar test sonuçları, radyoloji görüntüleri, hayati belirtiler, yaş ya da kilo gibi kişisel istatistikler ve faturalandırma bilgisi örnek verilebilir.

2.3.4.2.2 Elektronik Tıbbi Kayıtların Avantajları ve Dezavantajları

Sağlık kuruluşlarında bir ETK sistemini kullanmanın hem sağlık personeline hem de kuruma sağladığı pek çok yarar bulunmaktadır. Bunlar;

- Maliyetlerde azalma,
- Hastaya ayrılan zamanın ve hasta bakım kalitesinin artması,
- Kanıta dayalı tıbbın teşvik edilmesi,
- Hizmet üretiminin artması,
- Kayıtların saklanması ve taşınması,
- Bilgiye daha kolay erişim,
- Tıbbi hata riskinin azalması,
- Laboratuvar istekleri, sevkler, reçeteler, EKG vb. için kullanılan kâğıt tüketiminin azalması,
- Hasta memnuniyetinin artması, hasta eğitimi ve tedavi uyumunun artması
- Elektronik faturalama ile daha hızlı, daha az reddedilen fatura kalemi, daha yüksek gelir, daha hızlı geri ödeme,
- Hasta-doktor arası güvenli, gizli e-mail iletişimi ile ufak problemlerin uzaktan halledilmesi,
- Doktorların iş akışını otomatikleştirir ve düzene koyar.
- Doktor performans ölçümü ve hasta bakım sonuçlarının araştırılması şeklinde sıralanmaktadır(Demirhan, Güler, 2011; Şenel, 2003).

Elektronik tıbbi kayıtları sağlık bakımının kalitesinin geliştirilmesine üç yolla katkıda bulunur:

- Sağlık hizmeti veren personelin, sağlık bakımı için ihtiyaç duyacağı verilere daha iyi ve daha hızlı bir şekilde ulaşım, daha iyi kalitede veriler, verileri çok yönlü olarak sunma olanakları sağlayarak, verilen sağlık bakımının kalitesini arttırmaktadır.
- Sağlık bakımının sonuçlarının ölçülebilmesi için gerekli klinik verilere elektronik olarak ulaşılmasını sağlayarak, performans dayalı bakım kalitesi değerlendirilme çalışmalarının daha kolay yapılabilmesini sağlamakta ve sürekli kalite iyileştirme çalışmalarına önemli katkılarda bulunmaktadır.
- Maliyetleri düşürerek ve personelin verimliliğini arttırarak sağlık bakım kuruluşlarının etkililiğini arttırmaktadırlar.(Işık, 2013)

Kapsamlı bir ETK sisteminin en büyük faydası, sağlık çalışanlarının en iyi tedavi sunumunda, tıbbi hataları azaltarak, sağlık davalarının azalmasına yardımcı olmasıdır. (Bach, Singer, Bach, 2010)

ETK' nin avantajları yanı sıra kurum ve çalışanlar için dezavantajları da mevcuttur. Bunlar;

- Kullanıcı alışkanlıkları çoğunlukla verileri kâğıt üzerine aktarmak gerektiğinde yine kâğıt üzerinde görmek yönündedir. Bu nedenle bilgisayar ortamı kullanıcılar tarafından hemen kabul görmemektedir.
- ETK donanım, yazılım, eğitim giderleri vb. nedenlerden dolayı büyük bir başlangıç yatırımı, işletim ve bakım masrafları gerektirmektedir. Personelin sistemi öğrenmesi için belli bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Yazılım, istenilen ihtiyaçları karşılamadığında, işi daha da zorlaştırabilmektedir. Bu şekliyle kullanıcılara eksik getirerek, onların sistemden soğumalarına neden olabilmektedir.
- Elektronik ortamda gerekli güvenlik önlemleri alınmış olmalı, yetkisiz kişilerin hasta kayıtlarına ulaşması önlenmelidir.
- Bilgisayar sistemleri donanım ve yazılım hataları yüzünden, uzun süre kullanım dışı kalabilmektedir. Sabit disk hataları nedeniyle, kayıtlı bilgilerin çoğu silinebilir, kullanılamaz hale gelebilmektedir.
- Bilgisayar alt yapısı sorun çıkarmayacak ve her an kullanılmaya hazır olacak şekilde yapılandırılmalıdır.
- Otomasyon sistemi kurumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek esneklikte olmalıdır.
- Kanuni zorunluluklar nedeniyle bazı doküman türlerinin fiziksel olarak saklanması gerekmektedir.

(Ceylan, 2007; Şenel 2003)

Yukarıda bahsedilen dezavantajları haricinde kurumların dikkat etmesi gereken bir diğer nokta, hastane bilgi yönetim sistemlerinin(HBYS) kurulumu öncesinde oluşturulan teknik şartnamenin içeriğidir. Teknik şartname HBYS firmalarından beklentileri, mevzuat ve kalite standartları çerçevesinde kurumların koruması gereken bilgilerin detaylarını içermelidir. Kamu hastaneleri için yapılan teknik şartnameler incelendiğinde uygulama yazılımları, veri tabanı yönetimi, kontrol ve muayene metotları, bakım onarım teknik destek hizmetleri, olağanüstü durumlar, yazılım lisans ve kullanım hakları, HBYS uygulama yazılım gerekleri, gizlilik sözleşmesi, veri aktarım kılavuzu gibi başlıkların olduğu görülmektedir.

(<http://skhb.gov.tr/icerikler/ihale/HBYS.pdf>, 04.02.2014)

Teknik şartnamelerin kurum yararına değiştirilebilir ve esnek maddeler içermesi dönem içinde karşılaşılabilecek olumsuz durumların giderilmesi için kuruma kayıp olmadan yardımcı olabilmektedir. Bu sebeple teknik şartname içerikleri oluşturulurken gelecek ve geçmiş dönem tecrübeleri, öngörüler değerlendirilerek yazılmalıdır.

2.3.4.2.3. Elektronik Tıbbi Kayıtların Saklanması, Güvenlik ve Gizlilik

Elektronik tıbbi kayıt sisteminde en çok tartışılan konu başlığında kayıtların saklanması gelmektedir. Hasta mahremiyeti ve bilgilerin gizliliği kapsamında önceki bölümlerde bahsedildiği gibi tıbbi kayıtların en zayıf yönünü oluşturmaktadır.

Elektronik tıbbi kayıt sistemi fonksiyonel ve güvenilirdir. ETK’ da en önemli nokta kayıtların güvenliği, gizliliği ve mahremiyeti prensibine uyulmasıdır. Bu amaçla kâğıda dayalı dosya sistemlerinden farklı olarak, şifrelemeler ve erişim kontrol mekanizmaları kullanılarak, yetkisiz kişilerin bilgilere ulaşması önlenmektedir(Şenel, 2003).

Hasta bilgilerinde güvenliği sağlamanın bir yolu da hasta kayıtlarına kimin ulaşabileceğinin ve kimin hasta kayıtlarına giriş yapabileceğinin belirlenmesidir. Kurum bu bireyleri yetkili kılmak için bir politika geliştirmeli ve hasta kayıtlarına yapılan girişlerin içeriği ve formatını belirlemelidir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığının Bilgi İşlem Daire Başkanlığının 2004 yılında ‘Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı’ hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur. Eylem Planının amaçlarından bir tanesi ise ‘ Elektronik tıbbi kayıtların gizliliği ve güvenliğini sağlamak’ olarak geçmektedir.

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

Ayrıca sağlık mevzuatlarına bakılacak olursa, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergede “Kâğıt üzerinde tutulan, kurum dışına çıkmayan ve hukuken ıslak imza gerektirmeyen poliklinik defterleri, laboratuvar defterleri, yatan hasta takip kartları, anamnez formları, tedavi takip kartları gibi sağlık kayıtları ve belgeleri, lüzumu halinde istenilen içerik ve formatta çıktıları alınacak şekilde olmak şartıyla, elektronik imza uygulamaları yaygınlaşana kadar, belirtilen standart ve kurallar çerçevesinde gerekli önlemler alınarak yapılandırılan kurumlar sadece elektronik ortamda tutabilir.” şeklinde belirtilmektedir.

Yukarıda geçen madde dışında Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergesine ilave edilen maddede bilgisayar ortamında düzenlenen tıbbi kayıtlara ilişkin bilgi yer almaktadır. Ek maddeye göre; bilgisayar otomasyon sistemine geçen hastanelerde her türlü kayıt işlemi ‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ nde belirlenmiş standartlara göre; poliklinik, acil, hasta kabul, hasta servisleri ve laboratuvarlarda tutulması gerekli protokol defteri ve Yönergenin 12 inci maddesinde sayılan hasta dosyalarına konulacak belgeler ihtiyaca göre ve altyapısı uygun olan kurumlarda bilgisayar ortamında düzenlenebilir. Bu sayılanlar haricinde tutulması gerekli resmi kayıtlar hem defter hem de bilgisayar ortamında tutulması gerekmektedir.

(http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30102001.pdf, 12.09.13)

Elektronik hasta kayıtlarında bilgi mahremiyeti açısından kurumlar HBYS teknik şartname ve gizlilik sözleşmelerinde detaylı bir şekilde olması gerekenlere yer vermektedirler. Örneğin bir kamu hastanesi teknik şartnamesinde; Kişisel Sağlık Verilerinin Gizlilik, Güvenlik, Bütünlük, Erişilebilirlik ve Mahremiyetinin Sağlanmasına Dair Genel Şartlar ve Hasta tıbbi bilgi görüntüleme başlıkları altında birçok bölüme yer verilmektedir. İlgili maddelerden birine örnek verilecek olursa “Gizlilik ve Mahremiyet İlkeleri çerçevesinde sadece hastaya tetkik, tedavi ve bakım hizmeti sunan ve sır saklama yükümlülüğü bulunan yetkili personelin tıbbi bilgi görüntülenmesinde ve/veya raporlanmasında anamnez ve tetkik sonuçlarının gerekli ekrana/kâğıda yazdırılmasına imkân verilmeli, diğer personel bu verilere ulaşamamalıdır.” şeklinde geçmektedir.

(<http://skhb.gov.tr/icerikler/ihale/HBYS.pdf>, 04.02.2014)

Ayrıca hasta bilgilerinde bulaşıcı hastalıklar gibi resmi kurumlara gönderilmesi gereken istatistikî bilgiler farklı kodlamalarla kayıt altına alınmaktadır. Hasta bilgilerinin mahremiyeti

açısından bulaşıcı hastalıklarda HBYS modüllerinde kuruma özgü farklılıklar ile genel olarak renkli uyarıcı işaret ve farklı belirteçler kullanıldığı gözlemlenmektedir.

Elektronik hasta kayıt sistemleri ve istatistik uygulamalarında, hastalıklar standart terimlerle tanımlanıp ve sınıflandırılmaktadır. Bunun için Sağlık Bakanlığı web sitesinde yayınlanan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) sistemi kullanılmaktadır. İlgili HBYS firmaları bu sistemi kurarak kurum içinde ve diğer kurumlar arasında tanıların standardizasyonunu sağlamaktadır. Bu açıdan teknik şartnamelere tanı kodlaması yapılmamış olan hastalar ile ilgili işlem yapılmaması yazılabilmektedir.

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu ICD-10 kodları yaklaşık olarak 11335 tane olmakla beraber, bildirim zorunlu hastalıklar bazında bunu listeleyip(Tablo 4), kurumun ilgili birimlerinde kullanıcılar tarafından bilinmesi ve sisteme girişlerinin yapılması gerekmektedir.

FORM 017/A HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017A	Akut Kanlı İshal	A09	Diyare ve gastroenterit, enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen
017A	Boğmaca	A37	Boğmaca
017A	Bruselloz	A23	Bruselloz
017A	Difteri	A36	Difteri
017A	Gonore	A54	A54 Gonokok enfeksiyonu
017A	Hepatit A	B15	Akut hepatit A
017A	Hepatit B	B16	Akut hepatit B
017A	Hepatit C	B17.1	Akut hepatit C
017A	Hepatit E	B17.2	Akut hepatit E
017A	Kabakulak	B26	Kabakulak
017A	Kızamık	B05	Kızamık
017A	Kızamıkçık	B06	B06 Kızamıkçık [Rubella]
017A	Kolera	A00	Kolera
017A	Kuduz	A82	Kuduz
017A	Kuduz Riskli Temas	Z20.3	Kuduza temas ve maruz kalma
017A	Meningokokkal Hastalık	A39	Meningokok enfeksiyonu
017A	Neonatal Tetanoz	A33	Yenidoğan tetanozu
017A	Poliomyelit	A80	Akut poliomyelit
017A	Sıtma	B53	Sıtma
017A	Sifiliz	A53	A53 Sifiliz, diğer ve tanımlanmamış
017A	Şarbon	A22	Şarbon

017A	Şark Çıbanı	B55	Deri leishmaniasisi.
017A	Tetanoz	A35	A35 Tetanoz, diğer
017A	Tifo	A01.0	Tifo
017A	Tüberküloz	A15-A19	Tüberküloz

FORM 017/B HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017B	Çiçek	B03	Çiçek
017B	Epidemik Tifüs	A75.0	Tifüs, Rickettsia prowazekii'ye bağlı epidemik bitle taşınan
017B	Veba	A20	Veba
017B	Sarı Humma	A95	Sarı humma

FORM 017/C HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017C	Akut Hemorajik Ateş Sendromu	A98	A98.0 Kırım Kongo
017C	Ekinokokkoz (Kist Hidatik)	B67	Ekinokokkoz
017C	Haemophilus. İnfluenza Tip B (Hib) Menenjit	G00.0	Haemophilus influenza [H. İnfluenza], diğer bölümlerde sınıflanan hastalıkların etkeni
017C	İnfluenza	J10	J10 İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı
017C	Kalaazar (Visseral Leishmaniasis)	B55.0	Viseral leishmaniasis
017C	Konjenital Rubella	P35.0	Konjenital kızamıkçık sendromu
017C	Lejyoner Hastalığı	A48.1	Lejyoner hastalığı
017C	Lepra	A30	Lepra
017C	Leptospiroz	A27	Leptospiroz
017C	Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE)	A81.1	Subakut sklerozan panensefalit
017C	Şistozomiyaz	B65	Şistozomiyaz [bilharziyaz]
017C	Toksoplazmoz	B58	Toksoplazmoz
017C	Trahom	A71	Trahom
017C	Tularemi	A21	Tularemi
017C	Yeni Varyant Creutzfeldt-Jacob Hastalığı	A81.0	Creutzfeldt-Jakob hastalığı

Tablo 4. Bildirimi Zorunlu Hastalıklar ICD -10 kodları ve adı

(<http://shsm.gov.tr/public/documents/legislation/bhkp/bh/bhibs/BildirimiZorunluHastaliklarICDKodlari.doc> ,21.04.2014.)

Klinik kodlamadan elde edilen verilerin kaliteli olması kullanılabilirliği açısından son derece önemlidir. Kodlama kalitesi sağlamak için en önemli kural, kodlama yapılan tıbbi kayıtların kaliteli olmasıdır. Tıbbi kayıtlar yeterli detayda, doğru, açık ve eksiksiz olarak tutuluyorsa doğru kodlama yapılabilir. Kodlama kalitesini sağlamada bir diğer koşul, kodlayıcının yeterli eğitimi almış olmasıdır. Kodlama materyalinin yeterliliği, kodlama sisteminin yapısı ve özellikleri, sağlık çalışanlarının bu konudaki hassasiyeti ve çalışma koşulları da diğer unsurları oluşturmaktadır. (Işık, 2013)

HBYS kullanımında; düzensiz yetkilendirme, güvenli olmayan Net ve WAN bağlantıları, doğru belirlenmemiş yetki şemaları, Bilgi Güvenliği politikaları Hastane Bilgi Sistemleri altyapılarına önemli zararlar verebilir. HBYS sistemlerinin günümüz en büyük tehditlerinden biri olan Hacker saldırılarına karşı, sadece anti- virüs veya sadece Firewall gibi tek nokta çözümleri ile cevap vermek mümkün olmamaktadır. Çünkü tehditler; gateway, server ve terminal (client) olmak üzere tüm katmanlara aynı anda ve geleneksel virüs saldırı yöntemlerinin yanı sıra hacker yöntemlerini de birleştirerek birden fazla saldırı gerçekleştirebilmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastanelerin birden fazla çözümü ortaya koyan Entegre Güvenlik Çözümlerini (UTM: Unified Threat Management) kullanması gerekebilmektedir. (Melek, 2009)

Bilgi güvenliği (veri) ve Yedekleme örneklerinden bazıları;

- Anti-virüs Çözümleri,
- Arşivleme / Yedekleme Çözümleri,
- VPN (Sanal Alan Ağları) Çözümleri,
- UTM / *Firewall* (Bütünleşik Tehdit Yönetim Sistemi) Çözümleridir.

Elektronik hasta kayıtlarının saklanması ile ilgili özellikleri özetlenecek olursa;

- Süreklilik; Sağlık kayıtları her nerede olursa olsun kalıcı ve korunmalı bir biçimde gebelikten doğuma, doğumdan ölüme kadar saklanmalıdır. Kayıtların kişinin ölümünden sonra saklanması, saklanan bilginin aktif ya da pasif olarak tutulması kurumsal politikalara bağlıdır.

- Devamlı bakım; Sürekliliğin sağlanması için devamlı bakım gereklidir. Donanımın uygun bakımı ve onarımı, sistem yazılımının korunması önemlidir. Sistemin alımında yapılan anlaşmalarda güvenilirlik ve onarım garantisi ve performans standartları da yer almalıdır. Hasta kayıt uygulama yazılımını koruma, destekleme ve yazılım için kaynak koduna erişim şarttır.
- Yedekleme ve güncelleştirme/kurtarma; Felaket önleme, dosyaların yedeklenmesini ve veri arşivlemeyi gerektirir. Güncelleme, sistemdeki verilerin zarar görmesi veya sistem yetmezliği durumunda kaybolan verilerin yeniden kurtarılmasını içeren bir süreçtir. Yedekleme sistemleri, alternatif güç desteği ve verilerin yedeklerinin periyodik olarak alınması, zamanında ve düzenli güncelleştirmeye katkıda bulunur. Sürekli bir bilgisayara dayalı hasta kaydının sağlanması için yedekleme ve güncelleme sistemleri son derece önemlidir.
- Dayanıklılık; Hastanın gelecekteki bakımı, kendileri ve yakınları için sağlık riskleri oluşturabilecek tedaviler alan hastaların uyarılması, düzenleme ve yetkilendirme gerekliliklerini karşılamak için, davalarda kanıt olarak kullanılmak üzere ve araştırmaları desteklemek gibi nedenlerle korunmalı ve dayanıklı olmalıdır.
- Sabotaj tedbirleri; Sabotajın kontrol edilmesi sürekliliğe katkıda bulunur. Bu uyanık olmak, devamlı bakımı sağlamak, güvenlik önlemleri almak ve herhangi bir saldırı durumunda hızlı ve kararlı eylemde bulunma işlevidir.
- Eskimiş sistemleri güncelleştirmek; ETK, hasta bakımı ile ilgili bilgilerin ilk girildiği, saklandığı ve tekrar ulaşılabilirdi elektronik temelli, klinik araçlardır. Bu sistemlerde yer alan bilgiler elektronik ortamda saklandığından sürekli olarak güncellenebilir. Bu nedenle ETK, yeni bilgi tipleri, yeni özellikler, yetenekler ve yeni işlemler kolayca eklenebilecek şekilde tasarlanmalıdır. (Işık, 2013; Şenel,2003)

Hem sağlık kurumunun bilgi güvenliği açısından hem de hasta memnuniyeti açısından elektronik tıbbi kayıtların saklanması, güvenlik ve gizlilik önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında tıbbi kayıt sistemi güvenliği kültürü oluşturulması, yaşanabilecek sorunların en aza indirgenmesinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu süreçte sağlık kurumu çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir.

2.3.5. Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sisteminde Sorumlulukları

Sağlık kurumları kendi içinde birçok meslek grubunu barındıran bir alan olduğundan, çalışmalar ve uygulamalar her meslek grubuna göre farklı olarak düzenlenebilmektedir. Sağlık çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluk alanları arasında farklılık olması da tıbbi kayıtlarda farklı sorumluluklar ile kişinin karşısına çıkmaktadır.

Sağlık kurumunda çalışan tüm sağlık personeli tuttukları tıbbi kayıtların eksikliğinden ve yanlışlığından sorumludur. Tıbbi kayıtların tutulması ileride çıkabilecek hukuki problemlerin ispatında duruma göre hastaları, kurumu ve kurum çalışanlarını korur(Somer, 2010).

Tıbbi kayıt sistemi kullanımında en etkin meslek gruplarında hekim, hemşire, sağlık memuru, teknisyen, tekniker ve tıbbi sekreterlerin olduğu bilinmektedir.

Hekimler hastaya karşı tedavi sorumluluğu açısından en fazla kayıt tutma sorumluluğunu üstlenmektedirler. Hekim ve hastaneler hastaya karşı sözleşmeden ve mevzuattan doğan bir yükümlülük olarak tıbbi tedavi sürecini ayrıntılı, özenli ve eksiksiz bir şekilde kayıt altına alma yükümlülüğü altındadırlar.(Şenocak, 2010)

Hekimler için “kayıt tutma yükümlülüğü” doğal bir tedavi yükümlülüğü” olarak belirtilmektedir. Dolayısı ile kayıt tutmanın birinci amacı tedavi, ikinci amacı ise hizmet sunanların sundukları hizmetlerdeki sorumluluklarının sağlanmasıdır. (Işık, 2013)

Hekimlerin tuttuğu tıbbi kayıtlar, hastalığın sürecini ve hastalığın tedavisi için yapılan tıbbi müdahaleleri göstermesi gerektiğinden, tanı ve tedaviye ilişkin tüm hususları eksiksiz olarak içermelidir. Sağlık çalışanı tüm bu gerekliliklerin farkında ve kurum tarafından belirlenen sistemde çalışmalarını sürdürmelidir.

Tıbbi kayıtlar hekimin hukuki ve cezai sorumluluğuna ilişkin davalarda, en önemli ispat aracı olmaktadır. Tıbbi kayıtlar hekim aleyhine açılacak davalarda delil niteliğini haizdirler ve bu nedenle tıbbi kayıtların ayrıntılı ve düzenli tutulmaları, saklanması ve mahkemeye süresinde ve eksiksiz sunulmaları, yargılamanın süratle sonuçlandırılması, dava konusu olayın aydınlatılması ve suçun ispatı açısından büyük önem taşımaktadır. (Somer, 2010)

Bu nedenle Hekim, tıbbi tedaviyle ilgili bilgileri kayda geçirmek, belgeleri dosyalamakla ve bunları saklamakla yükümlüdür. Sır saklama yükümlülüğü nedeniyle, bu kayıtlar hastanın onayı alınmadıkça veya yasal zorunluluk bulunmadıkça kimseye açıklanmayarak, gizli

tutulmaktadır. İlgili mevzuatlarda ‘Hekimin hastanın kayıtlarını tutmaması ve dosyalamaması yüzünden bir zarar doğarsa bu da dava konusu olabilir.’ şeklinde belirtilmektedir. (Hasta Hakları Yönetmeliği m.16–17; Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m.72; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği m.32)

(<http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu.htm> , 12.09.13)

Tıbbi hataları azaltmada sağlık sektöründe bilgi sistemlerini güçlendirmek ve yaygınlığını artırmak önemli bir yönetsel araçtır (Bates, 2000). Bilgisayar destekli hekim tedavi emirleri ve bilgisayarlı hekim karar destek sistemleri, hekimlerin el yazısını okuyamama başta olmak üzere birçok tıbbi hata kaynağını ortadan kaldıracığından tıbbi hata oranlarının azaltılmasında önemli yer tutmaktadır (Foster, 2000). Ayrıca bilgi sistemleri ilaçlar, ilaçların etkileşimi, alerjik durumlar hakkında da önemli veri sağlayarak tedavilerin güvenirliliğinin ve dolayısı ile hasta güvenliğinin artmasına neden olmaktadır (Bates, 2000).

Sağlık kurumlarında tıbbi hataları azaltmak için kullanılan birçok sistem bulunmaktadır. Bu sistemler hasta ve çalışan güvenliği ve tesis güvenliği gibi konuların çerçevesinde oluşturularak, kurum çalışanlarına aktarılmaktadır. Sistemlerin etkin kullanılması kuruma diğer kurumlar arasında üstünlük sağlayabilmektedir.

Tedaviyi yürüten hekimle birlikte, bilgisine müracaat edilen diğer hekim veya ebe, hemşire, hasta bakıcı veya asistan gibi yardımcı şahıslar, laboratuvar elemanları, sosyal hizmet görevlileri, tıbbi sekreterler, idarede görev yapan personel ile sağlık hizmetinde görev yapan diğer tüm kişiler de aynı sorumluluğu taşımaktadırlar. Sağlık kurumlarında çalışan bu meslek grupları görev ve yetkileri çerçevesinde tıbbi kayıt sisteminde sorumlulukları değişebilmektedir.

Hemşireler sağlık kurumlarında meslek dağılımlarının en büyük yüzdesini oluşturmaktadır. Bu sebeple hemşireler de tıbbi kayıt kullanıcısı olarak ilk sırada yer almaktadırlar. Hemşirelik kayıtları, sadece bireyin bakım kayıtları değil, aynı zamanda bakım ekibi üyeleri arasında bir iletişim biçimi olmaktadır. Hemşirelik kayıtları hastanın bakımı süresince değerlendirmeleri, diğer hemşireler ile iletişimi sağlayarak bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Elektronik hemşirelik kayıtları, coğrafi bölgeye ya da klinik alana göre, hastalardan elde edilen verileri karşılaştırma fırsatı verir, hemşirelik tanıları aracılığı ile hemşirelik bakımı için gerekli malzeme ve ücret kaynağını planlamayı sağlar, hemşirelik araştırmalarını destekler. (Ay, 2009)

Tıbbi sekreterlerin tutmakla yükümlü oldukları idari ve demografik veriler kâğıda dayalı sistemlerde genellikle en ön sayfada yer alırken, elektronik sağlık kayıtlarında giriş ekranlarında yer almaktadır. Bu veriler, hastayı ve hastanın sosyal güvenlik bilgilerini, ödemeye esas bilgilerini ve diğer yönetsel bilgilerini kapsamaktadır. Bu bilgilerin tam, doğru ve güvenilir şekilde girilmesi ve ilgili birim, kişilere aktarılması gerekmektedir.

Görüldüğü gibi tıbbi kayıtlarda her meslek grubu görev almaktadır. Teknisyen ilgili birimde test veya görüntüleme sonuçlarını, memur kurumun ilgili ofis kayıtlarını tutmakla sorumludur.

Tıbbi kayıtlarda sağlık çalışanlarının üstlerine düşen sorumluluğu yerine getirmemeleri durumunda meslek kusurları ve adli süreçlerde olumsuz sonuçlar yaşanabilmektedir.

Kayıtların eksik tutulması ya da tutulmamış olması maddi hukuk açısından tek başına hekim ve hastane aleyhine tazminat sonucunu doğurmamaktadır. Bununla birlikte bu yükümlülüğün ihlali, açılan bir davada tıbbi standartlara aykırılık konusundaki ispatsızlığın riskini hekimin veya hastanenin taşıması ve hastaya bu hususlarda ispat kolaylıkları tanınması sonucuna yol açabilmektedir.

Sağlık çalışanları tıbbi kayıt tutma ve muhafazasına kadar tüm süreçlerde sorumludurlar. Sağlık kurumlarının belirlemiş olduğu kayıt politikaları çerçevesinde çalışmaktadırlar. Uygun bir tıbbi kayıt sistemi için sağlık çalışanları ve birimler arasında iletişim, işbirliği içinde çalışmalar yürütülmelidir. Sağlık çalışanları kaydı tutarken okunaklı ve anlaşılabilir olmasına özen göstermelidirler. Hastalara kullanılan formlardaki tüm alanlar doldurulmalı, boş geçilmesi gereken alanlara açıklaması mutlaka yapılmalıdır. Tüm kayıtlarda tarih belirtilmeli, kayıtlar işlem anında ya da hemen sonra tutulmalı asla geriye dönük yapılmamalıdır.

2.3.6. Hastane Yönetiminin Tıbbi Kayıt Sisteminde Sorumlulukları

Tıbbi kayıtların düzenlenmesi, saklanması ve yeniden istendiğinde kullanıma hazır hale getirilmesine kadar olan tüm süreçlerde hastane yönetiminin sorumlulukları mevcuttur. Hastane yönetimi ekibinde Hastane yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Müdür Yardımcıları, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Müdür Yardımcıları bulunmaktadır.

Hastane yönetiminin tıbbi kayıt sistemine ilişkin sorumlulukları; personelin sağlanması ve eğitimiyle ilgili sorumluluk, belgelerin oluşturulması, düzenlenmesi ve saklanması ile ilgili sorumluluk, hasta dosyaları arşivinin oluşturulmasıyla ilgili sorumluluk, tıbbi kayıt hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanılmasıyla ilgili sorumluluk, komiteler kurularak verilen bu hizmetin denetimiyle ilgili sorumluluk ve son olarak e-dosya, e-sağlık hizmetleriyle ilgili bir sorumluluk olarak sınıflanmaktadır(Esatoğlu, 2010).

Kamu kurumlarında hukuki açıdan hastane yönetiminin sorumluluğu idare hukuku yönünden kusurlar; hizmet kusuru ve görev-kişisel kusur olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hizmet süreci esnasında tıbbi kayıt sistemini ilgilendiren olumsuz bir durum hukuki açıdan bu şekilde değerlendirilmektedir.

Hizmet Kusuru: Yönetimin, kamu hizmetinin uygun ve düzenli biçimde sunulması görevi bulunmaktadır. Buradaki aksama hizmet kusuru olarak karşımıza çıkmaktadır. İctihatlarla geliştirilmiş olan hizmet kusuru, idarenin yürüttüğü bir hizmetin kurulmasında, düzenlenmesinde ya da işleyişindeki bozukluk ya da aksaklığı ifade etmektedir.

Görev-kişisel kusur: Kamu personelinin yerine getirmekle yükümlü olduğu görevleri gereği gibi yapmaması, uyulması zorunlu kuralları çiğnemesi ve bu yüzden bir zarara yol açmasıdır(Esatoğlu, 2013).

Kurumların tıbbi kayıtların tutulması ve saklanması ile ilgili yükümlülükleri sağlık mevzuatlarında farklı kanun, yönetmelik ve yönergelerle dağınık şekilde düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu mevzuatlar ‘Tıbbi Kayıtların hukuksal yönden önemi’ başlığı altında açıklanmıştır. Hasta dosyalarını da kapsamak üzere tutulacak tıbbi kayıtlar ister kâğıt üzerinde ister elektronik ortamda olsun mevzuatlarda belirtilen standartlarda ve kuruluşun belirlediği standartlarda özenli ve eksiksiz tutularak arşivlenmek zorundadır. Hastane yönetimleri tüm bu süreçlerin etkin çalışması ve sürekliliğinin sağlanması konusunda sorumluluk taşımaktadır.

2.4. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi

Tıbbi kayıt sistemi, hastanın hastalık seyri ve şeklinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Sağlık eğitimleri, hasta, hekim ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunması, tıbbi araştırmalar, epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından tıbbi kayıtların önemi gün geçtikçe artmaktadır. Tıbbi kayıt sistemi üst başlıklarda

özellikleri ve temel kuralları açısından anlatılmış, kayıtların kalitesinin her süreçte aynı derecede önemli olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarında belirlenen Tıbbi Kayıt standartlarına uygunluğu sağlamak kurumların ana hedefi olmakla birlikte, izledikleri yol haritası olarak karşımıza çıkmaktadır. Kullanılan kalite standartlarında amaç kayıtların veri kalitesini düşürmemektir.

2.4.1. Türkiye'de Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Uygulamalarında Mevcut Durum

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan gittikçe daha kaliteli ve daha ucuz hizmet sunmaları talep edilmektedir. Sağlık bakım endüstrisindeki değişiklikler, yeni düzenlemeler, artan rekabet ve tüketicilerin baskısı karşısında sağlık kuruluşları daha maliyet-etkili, daha yüksek kaliteli hizmet sunmanın yollarını aramaktadır. Kalitenin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hastaneler açısından önemli bir görev haline gelmiştir.(Kaya, 2013)

Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hasta memnuniyetine dönük faaliyetlerin bütünü, sağlıkta kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir.(Morgil, Küçükçirkin, 1995)

2001 yılında, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, TKY anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” yürürlüğe girmiştir. Böylece, Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına aktif olarak geçilmiştir.

(http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30102001.pdf, 12.09.13)

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayımlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sekiz bileşeninden biri “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon”dur. 2005 yılında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu süreçte yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ve 06.08.2013 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 “Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS)” adını almıştır.

(<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=141> , 12.09.13)

Bazı sağlık kurumları kendi içlerinde yürüttükleri kalite çalışmaları ile yetinmeyip dış kuruluşlardan kalite onayı veya belgesi almak da istemektedir. Türkiye’de sağlık kurumları olarak Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International) tarafından akredite edilerek uluslararası akreditasyon belgesi alan, ISO 9001-2008 Kalite Güvence Sistemi belgesi alan ve/veya EFQM Mükemmellik Modeli uygulayarak ödül alan hastaneler bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2010–2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik planda yer alan üç stratejik amaçtan ikincisi “ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak ”tır. Hedefe yönelik stratejiler arasında, sağlıkta performans yönetimi, kalite ve akreditasyon sisteminin altyapısının tamamlanacağı, kurum ve kuruluşlarda sunulan hizmetin performansını ölçmek ve kalitesini değerlendirmek için değerlendirme sistemi geliştirilmesine devam edileceği belirtilmektedir.

(<http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrostur/files/stratejikplan.pdf>, 12.09.13)

Araştırmamıza katılan hastaneler ‘ Sağlık Hizmet Kalite Standartları ve TS-EN-ISO 9001-2008 Kalite Yönetim Sistemi’ standart belgelerine sahip ve çalışmalarını bu standartlar çerçevesinde yürütmektedirler.

Kalite sistemi içerisinde kurumsal iş ve işlemlerin tanımlanması, geliştirilen teknikler ve standartlar çerçevesinde analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve yeniden yorumlanarak ilgili alanlarda programların geliştirilmesi öngörülmektedir. Sağlıkta uygulamaları yönlendiren bu standartların hepsi tıbbi kayıt sistemi açısından kendine has özellikler taşımaktadır. Bu sebeple standartları tek tek incelenmesi gerekmektedir.

2.4.1.1. Sağlık Hizmet Kalite Standartlarında (SHKS) Tıbbi Kayıt Sistemi

Türkiye’de sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmektedir. Her zaman daha iyisini gerçekleştirme adına, Sağlık Bakanlığı çalışmaları sürekli değişim ve yenilenme sürecinden

geçmektedir. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) 'dır.

Sağlık Hizmet Kalite Standartları dikey ve yatay olmak üzere beş boyuttan oluşan bir model olup, kurumun tüm bölümlerini kapsamaktadır. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken, yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır.

Tüm bu boyutlarda tıbbi kayıt sistemi ile ilgili standartlar ‘ yazılı düzenleme’, ‘doküman’ terimleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Birinci bölüm olan Kurumsal Hizmet Yönetiminde ‘Yönetim Hizmetleri’ bölümündeki tıbbi kayıtlarla ilgili standartlar şunlardır.

- Dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- Dokümanların formatı belirlenmeli,
- Dokümanlar belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı,
- Dokümanın adı,
- Yürürlük tarihi,
- Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır.
- Dokümanlar, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır.
- Dokümanlar güncel olmalı,
- Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.
- Dokümanlar kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir.
- Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.
- Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı,
- Dokümanlara ilgili bölüm tarafından ulaşılabilmesi,
- Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.
- Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.
- Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı,
- Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.
- Hasta Başı Test Cihazları (HBTC) için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı.
- HBTC' de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.
- Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.

- Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.
- Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı.
- Mavi Kod Ekibinde yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı.
- Hemşirelik bakımında; Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilmelidir.

SHKS’ de toplam 621 standart madde bulunmaktadır. Bu maddelerin yaklaşık 200 tanesi kayıt sistemi ile ilgili olduğu görülmüştür. Standart maddeler ayrıca ‘Poliklinik Hizmetleri, Klinik Hizmetleri, Yoğun Bakım Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Ameliyathane Hizmetleri, Hasta Dosyası ve Arşiv Hizmetleri ’ başlıklarında da yer almaktadır.

Ayrıca SHKS’ de Kurumsal Hizmet Yönetimi bölümünde ‘Bilgi Yönetimi’ standart maddeleri yer almaktadır. Bunlar özetlenecek olursa; Sunucuların güvenliği, Yedekleme, Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliği, İnternet erişim ve kullanımı, e-posta kullanımı, Şifre kullanımı, Uzaktan erişim, Kablosuz erişim konularını içermektedir.

(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_mart_2011/ek122082013.pdf , 12.09.13)

SHKS içerisinde yer alan ‘Bilgi Yönetimi’ başlığı altında standart maddeler yer almaktadır. Bu standartlar Hastane Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarını kapsamaktadır. Bu maddeler şunlardır;

- Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)'nde yer alan modüller tek bir veri tabanı üzerinden yönetilmelidir.
- Hastaneye destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda erişim yapacağı hakkında hastane tarafından onaylanmış gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.
- Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı,
- Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.
- Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- Hastane bilgi sisteminde yetkilendirme yapılmalıdır.
- HBYS’ de oluşan sorunların çözümüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kısacası SHKS de yer alan tıbbi kayıt sistemini ilgilendiren maddeler sağlık hizmetinin tüm birimlerinde ve basamaklarında kurumun karşısına çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında standartlar ışığında belirlenmiş ve tanımlanmış bir tıbbi kayıt sistemi olmasını, bu sistemin tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi ve uygulanmasını beklemektedir.

Sağlık Bakanlığı 2012 yılında sağlık kurumlarına yol göstermesi amaçlı ‘ Doküman Yönetim Sistemi’ rehberini yayınlamıştır. Rehber içerisinde aşağıdaki başlıklar anlatılmaktadır.

- Dokümantasyonun Önemi ve SHKS’ de Dokümantasyonun Temel Amaçları
- Temel Kavramlar ve Tanımlar
- SHKS Doğrultusunda Hazırlanabilecek Doküman Türleri
- Hazırlanacak Dokümana Nasıl Karar Verilmelidir?
- Hazırlanacak Dokümanın Miktar ve İçeriğini Ne Etkiler?
- Dokümanın Formatı Nasıl Olmalıdır?
- Tüm Doküman Türleri için Aynı Format Şartları Geçerli mi?
- Dokümanlar Nasıl Hazırlanmalıdır?
- Dokümanlar Nasıl Kodlanmalıdır?
- Dokümanlar Nasıl Duyurulmalı?
- Dokümanlar Nasıl Muhafaza Edilmeli?
- Dokümanların Revizyonunda Nelere Dikkat Edilmelidir?
- Dokümanların Asılmasında Nelere Dikkat Edilmelidir?

(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_mart_2011/dys_icsayfalar.pdf , 12.09.13)

SHKS’ nin üç hedefinden biri olan “Hasta ve Çalışan Güvenliği” nin sağlanması kapsamında standartlar bazında uygulamaları mevcuttur. SHKS’ de yer alan standart maddeler ışığında hastanelerdeki uygulamalara örnek verecek olursak eğer;

- Renkli Kodlar: Beyaz Kod, Mavi Kod, Pembe Kod
- Güvenlik Raporlama Sistemi
- İndikatörler
- Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Anketleri
- İzolasyon figürleri şeklinde sistemler bulunmaktadır.

Bu sistemlerde belirlenen kurallar çerçevesinde düzenlemeler gerçekleştirilip, kayıtları ister form üzerinde, ister elektronik ortamda tutulmaktadır. Bunun gibi diğer birçok sistemde de tutulan kayıtlar, etkin, doğru ve güvenilir bir kayıt sistemi olarak düzenlenmesi hedeflenmektedir.

2.4.1.2. TS-EN- ISO 9001- 2008 Standardı ve Tıbbi Kayıt Sistemi

Kurumlarda “kalite sistem dokümantasyonu” oluşturulurken, öncelikle kalite sisteminin gerektirdiği düzenlemeler ve destek belgelerinin, sonra ise, kalite el kitabının hazırlanması öngörülmektedir. Yönetmelik düzeyinde işleyişin tanımlandığı düzenlemelerin ve uygulama düzeyindeki işlerin tanımlandığı belgelerin, kurumsal yönetimin en üst noktasından en alt kademesine kadar uyulması gereken kuralları ve standartları oluşturduğu bir gerçektir. Bu belgelerin kurumsal amaçlar doğrultusunda açık ve anlaşılır biçimde tanımlanması gerekmektedir. (TS EN ISO 9001/2009)

ISO’ nun, kalite sistemlerinin gerekliliklerine göre yapılandırılmış doküman ve belgelere dayanan, yoğun ve karmaşık bir sistem oluşturmayı hedeflediğinden söz edilmektedir. Belgeleme kısmı, dokümanite edilmiş faaliyetlerin standartlara ya da kalite sistemlerine uygunluğunu ortaya koymak ve denetlemek için gerekli görülmektedir.(Külcü, 2012)

TS EN ISO 9001: 2008 standardı şu bölümlerden oluşmaktadır:

1. Kapsam
2. Atıf Yapılan Standartlar
3. Terimler ve Tarifler
4. Kalite Yönetim Sistemi (Genel Şartlar, Dokümantasyon Şartları; genel, kalite el kitabı, dokümanların kontrolü, kayıtların kontrolü)
5. Yönetimin Sorumluluğu (Yönetimin Taahhüdü, Müşteri Odaklılık, Kalite Politikası, Planlama, Sorumluluk, Yetki ve İletişim, Yönetimin Gözden Geçirmesi)
6. Kaynak Yönetimi (Kaynakların Sağlanması, İnsan Kaynakları, Altyapı, Çalışma Ortamı)
7. Ürün Gerçekleştirme (Ürün Gerçekleştirmenin Planlanması, Müşteri ile İlişkili Süreçler, Tasarım ve Geliştirme, Satın alma, Üretim ve Hizmetin Sağlanması, İzleme ve Ölçme Cihazlarının Kontrolü)
8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme (Genel, İzleme ve Ölçme, Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü, Veri Analizi, İyileştirme) (TS-EN ISO 9001/ Mart 2009)

Kalite standartlarına göre, kurumsal kalite sistemi içerisinde aşağıdaki doküman ve belgelerin hazırlanması gerekmektedir.

- Kalite el kitabı,
- Kurumsal düzenlemeler (institutional procedures),
- Talimatlar, formlar ve diğer gerekli belgelerden oluşan kalite belgeleri.

Bu çerçevede kurumlarda oluşturulan başlıca kalite belgeleri şunlardır:

- Standartlara göre uygulamaların gözden geçirmesini içeren belgeler,
- Yönetimin gözden geçirmesi ve tetkiki için gerekli belgeler,
- Ölçme ve kontrol araçları ve sonuçlarına yönelik belgeler,
- Kalite işleyişinin onaylanmasına ilişkin belgeler,
- İşleyiş, ürün, hizmet, sistem vb. konularda durumu ve eğilimi gösteren veriler içeren belgeler,
- Düzeltici faaliyet durum belgeleri,
- Uygunluk ve denetim belgeleri. (TS EN ISO 9001, 2009)

Dokümanların yönetimine ilişkin aşağıdaki kontrolleri tanımlamak için doküman haline getirilmiş bir prosedürün oluşturulması gerektiği üzerinde durulmaktadır.

- Dokümanların yayımlanmadan önce yeterlik açısından onaylanması,
- Dokümanların gerekli oldukça gözden geçirilmesi ve güncelleştirmesi ve yeniden onaylanması,
- Dokümanlarda, değişikliklerin ve revizyon durumlarının takip edilebilirliğinin sağlanması,
- Gerektiğinde dokümanların uygun baskılarının kullanım noktalarında mevcudiyetinin güvence altına alınması,
- Dokümanların okunabilir kalmasının ve kolaylıkla ayırt edilebilmesinin güvence altına alınması,
- Kuruluş tarafından, kalite yönetim sisteminin planlanması ve uygulanması için gerekli olduğu belirlenen dış kaynaklı dokümanların tanımlanması ve dağıtımlarının kontrol altında bulundurulmasının güvence altına alınması,
- Güncelliğini yitirmiş dokümanların istenmeyen kullanımının önlenmesi ve herhangi bir amaçla elde tutulmaları durumunda bunların, uygun bir şekilde ayırt edilebilmesinin güvence altına alınması.

(TS EN ISO 9001/2009)

ISO 9001 içerisinde belge yönetimi, kayıt kontrolü adlı bölüm altında 4.2.4. maddede tanımlanmaktadır. Maddede, belge yönetimine ilişkin temel unsurlar açıklanmaktadır. Bu çerçevede “şartlara uygunluğun ve kalite yönetim sisteminin etkin olarak uygulandığının kanıtlanması için oluşturulan kayıtlar, kontrol altında bulundurulmalıdır” ifadesine yer verilmektedir. Devam eden hükümlerde “kuruluş; kayıtların belirlenmesi, depolanması, korunması, ulaşılabilmesi, elde tutulması ve elden çıkarılması için gereken kontrollerin tanımlanması amacıyla doküman haline getirilmiş bir prosedür oluşturmalıdır” ifadesi yer almaktadır. ISO 9001’de “kayıt yönetimi” başlığı altında son vurgu kayıtların istenildiği içerikte ve kapsamda erişilebilirliğine dönüktür. Genel olarak değerlendirildiğinde ISO 9001’in 4.2.4. maddesi, kurumlarda belge yönetimi uygulamalarını kalite yönetiminin zorunlu hükümleri arasında göstermektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi, özel dokümanlar, kayıtlar olarak adlandırılan belgelerin yönetimi 4.2.4. maddede yer almaktadır. Ancak Standart içerisinde farklı bölümlerde bilgi ve veri yönetimi konusunda açıklamalar ve gereklilikler yer almaktadır.

Örneğin standardın 5.5.3. maddesi, “iç iletişim” başlığını taşımaktadır. Madde içerisinde “üst yönetim, kuruluş içerisinde uygun iletişim süreçlerinin oluşturulmasını ve kalite yönetim sisteminin etkinliği ile ilgili iletişimin sağlanmasını güvence altına almalıdır” bilgilerine yer verilmektedir. Bu açıklama, kalite belgesi almaya yönelik kurumlarda işleyişi önceden tanımlanmış etkin bir iletişim ve yazışma sisteminin oluşturulmasının da beklentiler arasında olduğunu göstermektedir (TS EN ISO 9001, 2009).

Kaynak yönetimi başlığını taşıyan 6. bölümde özetle kurumsal işleyişi ve bu çerçevede yapılandırılmış bilgi ve iletişim faaliyetlerini etkinleştirecek kaynakların sağlanması, sistemlerin geliştirilmesi ve gerekli insan gücünün planlanması tanımlanmaktadır. ISO 9001 kurumsal bilgi ve belge yönetim sistemlerini de içeren kaynak yönetimi kapsamında uygulamaların geliştirilmesini beklentiler arasında sıralamaktadır (TS EN ISO 9001, 2009).

ISO 9001 içerisinde 8.4. madde veri analizi başlığını taşımaktadır. Bu maddede, “kuruluş, kalite yönetim sisteminin uygunluk ve etkinliğini göstermek ve kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesinin yapılabileceği yerleri değerlendirmek için uygun verileri belirlemeli, toplamalı ve analiz etmelidir” denilmektedir. Bu analiz, izleme ve ölçme sonuçlarından elde edilen ve ilgili diğer kaynaklardan gelen verileri kapsamı gerektiği ifade etmektedir. Veri analizi için aşağıdakilerle bilgilerin sağlanması beklenmektedir:

- Müşteri memnuniyeti,

- Ürün şartlarına uygunluk,
- Önleyici faaliyet için fırsatlar dâhil süreçlerin ve ürünlerin karakteristikleri ve gidişatı,
- Tedarikçiler.

Kalite yönetim sisteminin etkinliği ve uygunluğunu göstermek, değerlendirmek ve kalite yönetim sisteminin etkinliğini sürekli kılmak için uygun veriler belirlenmesi, toplaması ve analizi, ilgili verilerin arşivlenmesi ve tekrar erişimi kurumsal bilgi yönetimi kapsamında değerlendirilmesi gereken konular arasındadır (TS EN ISO 9001, 2009).

2.4.1.2.1. Sağlık Kuruluşları İçin ISO 27002 Bilgi Teknolojisi-Güvenlik Teknikleri-Bilgi Güvenliği İçin Uygulama Kodu - TS ISO/IEC 27799 Sağlık Bilişimi - ISO/IEC 27002 Standardını Kullanarak Sağlıkta Bilgi Güvenliği Yönetimi

ISO 27002 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi için Uygulama Kodları Standardı ISO 27000 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi standartlar ailesinin ikinci standardı olup ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi ne göre istem kurmuş firmaların performanslarını arttırmak için uyguladıkları bir standarttır. ISO 27002 standardı genel olarak aşağıdaki amaçları gerçekleştirmektedir.

- Risklerin değerlendirilmesi
- Güvenlik politikalarının hazırlanması
- Kurumların güvenlik yönetimi organizasyonlarının kurulması
- Varlık yönetiminin kurulması
- Kurum insan kaynaklarının, alt yüklenici veya dış kaynak çalışanlarının yönetimi
- Fiziksel ve çevresel güvenliklerin sağlanması
- Erişim kontrollerinin denetlenmesi
- Güvenlik uygulamaları için kurumsal gelişim, edinme ve gereksinimlerin karşılanması
- Olay ihlal yönetiminin kurulması
- İş sürekliliği prosedür veya planlarının hazırlanması
- Teknik ve yasal mevzuata uyumluluk

http://www.isokalitebelgesi.com/iso_belgeleri_egitim_danismanlik/TS_ISO_IEC_27000_27001_27002_27003_27004_27005_22096/Bilgi_g%C3%BCvenligi_yonetim_sistemi_standart_standardi_standartlari_1.php, 03.02.2014)

Bu standart son derece hassas olan kişisel sağlık bilgileri konusu ve bu bilgilere hem sağlık hizmetleri çalışanlarının erişiminin garanti edilmesi hem de gizliliğinin ve bütünlüğünün en iyi şekilde korunması konusunu mümkün kılan bir hareket planı sağlar. Sağlık bilgilerine her açıdan uygulanması öngörülen ISO 27799:2008, bilgilerin şekillendirilmesi, saklanması ve paylaşılması aşamasında gerekli olan tüm tedbirlerin alınarak güvenlik altında tutulması için detaylı standartlar da içerir. Aynı zamanda, ilgili Uluslararası Standartları uygulayarak, sağlık hizmetleri organizasyonları ve sağlık bilgileri koruyucularına boyutlarına ve durumuna göre gerekli görülen güvenlik şartlarını da sağlayabilmektedir. (Marşap, Akalp, Yeniman, 2010)

Bilgi Güvenliği standardında üç terim öne çıkmaktadır. Bunlar;

1. Gizlilik (confidentiality): Önemli, hassas bilgilerin istenmeyen biçimde yetkisiz kişilerin eline geçmemesini.
2. Bütünlük(integrity): Bilginin bozuk, çarpık ve eksik olmamasını
3. Erişilebilirlik (availability): (kullanılabilirlik) ise bilgi veya bilgi sistemlerinin kesintisiz şekilde kullanıma hazır veya çalışır durumda kalmasını hedeflemektir. (Aydınlı, 2009)

Bilgi Güvenliği bilgiye sürekli olarak erişilebilirliğin sağlandığı bir ortamda, bilginin göndericisinden alıcısına kadar gizlilik içerisinde, bozulmadan, değişikliğe uğramadan ve başkaları tarafından ele geçirilmeden bütünlüğünün sağlanması ve güvenli bir şekilde iletilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. ISO 27799 dünya üzerinde geçerliliği olan ve gitgide birçok alanda zorunlu hale getirilmeye çalışılan bir Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemleri (BGYS) standardıdır. Bu standart, sağlık kurumlarına genel anlamda bilgi güvenliğini nasıl yapabileceklerini anlatmaktadır. Kurumların, bilgi sistemleri süreçlerini inceleyerek tehditleri ve riskleri belirlemesi ve bu riskleri kabul edilebilir bir seviyeye indirebilmesi için alınacak önlemleri tespit etmesi gerekmektedir.

2.4.1.3. Joint Commission International (JCI) Akreditasyonunda Tıbbi Kayıt Sistemi

Bilgisayarlar ne kadar gelişmiş ve kullanımı yaygınlaşmış olsa da, iyi bir bilgi yönetiminin temel prensibi; ister kâğıt, ister elektronik ortamda olsun her türlü yöntemle uyarlanabilir yapılar oluşturmaktır. Bu standartlar oluşturulurken bu kural temel alınmıştır. Veri kalitesini sağlamada JCI tarafından belirlenen standartlar, sağlık kuruluşlarına referans oluşturmaktadır.

JCI' ın sağlık kuruluşlarını akredite etmede oluşturduğu standartlar genel olarak şoyledir:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri,
- Ayaktan hasta tedavi hizmetleri,
- Yalnız yaşayan hastaların bakımı,
- Evde sürekli olarak bakıma muhtaç hastalara verilen bakım hizmeti,
- “Yönlendirilmiş davranışsal sağlık hizmetleri”,
- Klinik laboratuvarlar ve klinik bakım standartları,
- Hastaneler,
- Evde bakım,
- Poliklinikler ve cerrahi uygulamaları kapsayan standartlar,
- “Sağlık hizmet ağları”,
- “Tercihli hizmet kuruluşları”dır.

JCI'ın hasta bakımına odaklı hasta merkezli standartları ise şunlardır;

- Hasta güvenliği, sağlık kuruluşunun güvenliği,
- Hastaların sağlık hizmetlerine erişimi ve sürekliliği,
- Hastaların sağlık bakımına erişimi ve sürekliliği,
- Hasta ve hasta yakınlarının her türlü korunması,
- Hasta ve hasta yakınlarının genel olarak (tanı, tedavi, bakım vs.) bilgilendirilmesi,
- Hasta ve hasta yakınlarının eğitimi,
- Hasta ve hasta yakınlarının hakları,
- Hastaların sağlık durumunun değerlendirilmesi,
- Hastaların haklarının gözetilmesi ve her türlü mahremine saygı duyulması,
- Olumsuz olayların kayıt edilmesi ve takip edilerek düzeltilmesi,
- Süreçlerin güvenilirliğinin analiz edilmesi,
- Enfeksiyonların önlenmesi,
- Hatalı uygulamalar için önlem alınması gibi konulardır.

JCI'ın yönetime ait geliştirdiği standartlar;

- Sunulan sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirme, geliştirme ve hasta güvenliği,
- Sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin, yönetim, liderlik, yönlendirme konularında eğitilmeleri,

- Sağlık kuruluşlarının etkili yönetilmesi,
- Sağlık kuruluşunun güvenliği,
- Sağlık kuruluşlarında çalışanların eğitimi ve çalışanların niteliklerinin artırılması,
- Enfeksiyonların önlenmesi ve hastane enfeksiyonlarından korunma,
- Bilginin yönetilmesidir.

JCI tarafından belirlenen standartlar “Bilgi Yönetimi” başlığı altında sıralanmıştır. Bu standartlar genel hatlarıyla aşağıda verilmiştir:

- Bilginin gizliliği ve mahremiyeti sağlanmalıdır. Bu amaçla, özellikle hassas veri ve bilgilerde dikkatli olmak üzere, veri paylaşımıyla ilgili kurumsal politikalar belirlenmelidir. Kim, hangi veriye ne kadar erişebilecektir? Örneğin, hasta kayıtlarına ve araştırma verilerine kim ne kadar erişebilecektir? Belirlenmesi gerekir.

Hasta bilgilerinde güvenliği sağlamanın bir yolu da hasta kayıtlarına kimin ulaşabileceğinin ve kimin hasta kayıtlarına giriş yapabileceğinin belirlenmesidir. Kurum bu bireyleri yetkili kılmak için bir politika geliştirmeli ve hasta kayıtlarına yapılan girişlerin içeriği ve formatını belirlemelidir. Eğer kurum gerekli görür ise, giriş zamanı da kaydedilmelidir. (Yıldırım Zeybek, 2011)

Kurumla HBYS firması arasında ‘Gizlilik Sözleşmesi’ imzalanarak, kayıtların güvenliği ve gizliliği kapsamında kurallar ve prosedürler belirlenir.

- Sağlık kuruluşunun kayıtların, verilerin ve bilgilerin saklanma sürelerine dair politikaları olmalıdır. Hasta kayıtları, diğer veri ve bilgiler, yasal mevzuata uygunluk, hastaların ihtiyaçları, yönetimin istekleri, araştırma ve eğitim gereksinimleri de düşünülerek ne kadar süre saklanacak belirlenmelidir.
- Sağlık kuruluşunda standart tanı kodları, prosedür kodları, kısaltmalar, semboller ve tanımlamalar kullanılmalıdır. Standart bir terminoloji geliştirmek kurum içinde ve diğer kurumlarla karşılaştırmaları kolaylaştırır. Veri bütünlüğünü sağlar ve analizi destekler.
- Sağlık kayıtlar ve bilgiler; kayıp, hasar görme, çalınma ve yetkisiz kişilerce kullanmaya karşı koruma altına alınmalıdır. Örneğin, aktif hasta kayıtları sadece yetkili personelin girebildiği yerlerde tutulmalı ve kayıtlar sıcaklık, su, yangın ve diğer zararların oluşamayacağı yerlerde saklanmalıdır. Kurum, aynı zamanda elektronik olarak saklanan bilginin yetkisiz biçimde erişilebilme riskini dikkate almalı ve bunu engellemek için önlemler almalıdır.

- Sağlık kuruluğu, tedavi ettiği her hasta için klinik kayıtların tutulmasını sağlamalıdır. Her kayıtta, hastaya ait özel bir kayıt numarası veya tanımlayıcı bir numara olmalıdır. Tek tanımlayıcı numara, kurumun hasta kayıtlarına kolaylıkla ulaşılmmasını ve hastanın daha önceki tanı ve tedavilerinin bir bütün olarak görülmesini sağlar.
- Klinik kayıtlar, hastayı tanımlamak, tanıyı desteklemek, tedaviyi doğrulamak, tedavinin gidişatını ve sonuçlarını belgelemek, diğer bakım verenlerle ilişkili olarak bakımın devamlılığını desteklemek için gerekli ve yeterli bilgileri kapsamalıdır.
- Acil servise başvuran her hastanın kayıtlarında, geliş zamanı, tedavi bittiğindeki sonuçlar, hastanın taburculuk anındaki durumu ve bakımın takibiyle ilgili talimatlar olmalıdır.
- Sağlık kuruluğu, hasta girişi yapmaya yetkili kişileri tanımlamalı ve kayıt kapsamı ile formatını belirlemelidir. Her hasta için tutulan klinik kaydı, kimin giriş yaptığı ve ne zaman giriş yapıldığı tanımlanmalıdır. Bilgiye kimin erişim yetkisinin olduğu, kullanıcının bilgiyi gizli tutma yükümlülüğü ve gizlilik ve güvenlik ihlal edildiği zaman uygulanacak prosedürler belirlenmelidir.
- Performans iyileştirme çalışmalarının bir parçası olarak, kurum, düzenli bir şekilde hasta kayıtlarının içeriğini ve niceliksel analizlerini değerlendirmelidir.
- Veri ve bilgi toplama süreçleri, hasta bakımını, kurumun yönetimini ve kalite yönetim programını desteklemelidir.
- Sağlık kuruluğu, klinisyenlerin ve yöneticilerin ve kurum dışından veri talep eden kuruluşların ihtiyaçlarını karşılamak için, hangi verilerin ve bilgilerin düzenli olarak kaydedileceğini ve nasıl saklanacağını belirlemelidir.
- Sağlık Kuruluğu, güncel kaynaklarından aldığı bilgilerle hasta bakımına, araştırmalara, eğitilere ve yönetime destek sağlamalıdır.
- Sağlık kuruluğu, kurumda, dış veri tabanı kullanan veya ona katkıda bulunan bir sürece sahip olmalıdır. Kurum dışı veri tabanlarını kullanmak suretiyle kendi performansını bölgesel, ulusal ve uluslararası olarak benzer kurumlarla kıyaslama yapma şansına sahip olmalıdır. Kurum dışı veri paylaşımı durumunda, veri ve bilginin güvenliği ile mahremiyeti sağlanmalıdır. (JCI, 2008)

3. BÖLÜM

Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar

GEREC VE YÖNTEMLER

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ve araştırmanın bulguları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın önemi, kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, sağlık kuruluşlarında tıbbi kayıt sistemine sağlık çalışanlarının yaklaşımını belirlemek amacı ile tanımlayıcı araştırma türüne uygun olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir ilinde bulunan S.B. Nevvar-Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi, S. B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A. Hastanesi, S. B. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi olmak üzere üç hastanede sağlık çalışanlarına (Hekim, Hemşire, Tıbbi Sekreter ve diğer sağlık çalışanları) yapılmıştır. Araştırma 1 Haziran - 1 Eylül 2011 tarihlerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 1 Mayıs – 1 Eylül tarihlerinde üç hastanede çalışan sağlık personellerinden 360 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri: yetişkin (18 yas ve üzeri) olmak, Hekim, Hemşire, Tıbbi Sekreter ve diğer sağlık çalışanları meslek gruplarından olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. S.B. Nevvar - Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesinden 116 kişi, S. B. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A. Hastanesi'nden 120 kişi, S. B. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden 124 kişiye uygulanmıştır.

3.4. Araştırma Materyali

Araştırmada kullanılan materyal yoktur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni “Tıbbi Kayıt Sistemi” (Elektronik Kayıt, Form Tıbbi Kayıt), bağımlı değişken ise “Kalite ve Akreditasyon” dur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Sağlık kuruluşlarında çalışan personellerin tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlarını ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirilmiştir. Anket sorularını belirleme sürecinde, 2006 yılında Suat Hayri Uğurbaş tarafından hazırlanan ve ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü’nce Kabul Edilen “Evaluation of An Electronic Medical Record System: Zonguldak Karaelmas University Hospital Survey, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Hastanesindeki Elektronik Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tez anketinden ve 2003 yılında Perihan Tekin Şenel tarafından hazırlanan, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nce kabul edilen ‘Zonguldak İlindeki Bazı Hastanelerde Çalışan Doktorların Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazırlık Durumunun Değerlendirilmesi’ adlı yüksek lisans tez anketinden yararlanılmıştır.

Ölçme aracı olarak tıbbi kayıt sistemi, diğer sekiz soru elektronik tıbbi kayıt sistemi, dokuz soru ise kalite ve akreditasyon sürecinde tıbbi kayıt sistemi değerlendirmelerini içermektedir. 34 soruyu kapsayan ve iki bölümden oluşan anket düzenlenmiştir. Bu ankette sekiz tane soru demografik değişken (kişilerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu ve eğitimi gibi), değerlendirmeleri istenilen diğer sorular ve bir adet açık uçlu olarak öneri sorusu mevcuttur. Bu değişkenler ile araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkisi test edilmek istenmektedir. Böylece tıbbi kayıt sisteminin çok yönlü olarak değerlendirilmesi planlanmıştır. Ankette 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, (4) Katılıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde derecelendirilmiştir.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırma için yapılan çalışmaların zamanı ve süreci Tablo 5’ te detaylı anlatılmıştır.

Zaman	Yapılanlar
Mart – Nisan 2011	Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama
Mart – Nisan 2011	Veri Toplanacak Kurumlardan İzin Alınması
Mart - Mayıs 2011	Etik Kurul İzni
Haziran 2011 – Mart 2012	Verilerin Toplanması
Mart 2012 – Mart 2014	Verilerin Analizi ve Tartışmanın Yazılması

Tablo 5. Araştırma Planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 lisanslı yazılım kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma evreni İzmir ilinde bulunan Nevvar-Salih İşgören Alsancak Devlet Hastanesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi E.A. Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi olmak üzere üç hastanede sağlık çalışanlarına (Hekim, Hemşire, Tıbbi Sekreter ve diğer sağlık çalışanları) yapılmıştır.

Çalışma 300 – 600 kişi olarak planlanmış, ancak sağlık personeline ulaşmada ve anket uygulamada hastane çalışanlarının gönüllü olmamaları ile karşılaşmıştır. Anket 360 kişiye uygulanarak sınırlılık yaşanmıştır. Bu şekilde örneklem grubu oluşturulmuştur.

3.10. Etik Kurul Onayı

05.05.2011 tarihli ve 145-GOA protokol numaralı 2011/15-21 karar numaralı etik kurulu kararı Ek-1’de yer almaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄: Anketi cevaplayanların gelirlerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₆: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₈: Anketi cevaplayanların hastanelere göre Tıbbi Kayıt boyutlarından ‘Genel Tutum’ sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₉: Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₀: Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₁: Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₂: Anketi cevaplayanların kıdemlerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₃: Anketi cevaplayanların mesleklerine göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₄: Anketi cevaplayanların yaşlarına göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₅: Anketi cevaplayanların öğrenim durumlarına göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₆: Anketi cevaplayanların cinsiyetlerine göre Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₇: Anketi cevaplayanların statülerine göre Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₈: Anketi cevaplayanların statülerine göre Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₉: Anketi cevaplayanların statülerine göre Form Tıbbi Kayıt Sistemi değişkenine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₀: Anketi cevaplayanların statülerine göre Tıbbi Kayıt boyutlarından Genel Tutum sorularına verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark vardır.

4.2. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan çalışanların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

- Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında katılımcılara cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, gelir düzeyi, öğrenim durumları, çalışma statüsü ve işyerindeki çalışma sürelerine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik sayısal ve yüzdesel dağılımları Tablo 6’de ele alınmaktadır.

Katılımcılar cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde 261’i (%72,5) bayan, 99’u (%27,5) bay olarak dağılmaktadır. Katılımcılar yaş değişkenine göre incelendiğinde 22’si (%6,1) 18–24 yaş aralığında, 144’ü (%40,0) 25–34 yaş aralığında, 132’si (%36,7) 35–44 yaş aralığında, 44’ü (%12,2) 45–54 yaş aralığında, 18’i (%5,0) 55 ve üzeri yaş aralığında oldukları görülmektedir. Katılımcıların medeni durum değişkenine göre 251’i (%69,7) evli, 109’u (%30,3) bekârdır. Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre 36’sı (%10,0) 849 TL ve altı (asgari ücret), 50’si (%13,9) 850 TL –1050 TL arası, 274’ü (%76,1) 1050 TL üzeri olarak

dağılmaktadır. Katılımcılar kıdem değişkenine göre 23'ü (%6,4) 1 yıl altı, 23'ü (%6,4) 1–3 yıl, 69'u (%19,2) 4–6 yıl, 75'i (%20,8) 7–9 yıl, 69'u (%19,2) 10–14 yıl, 66'sı (%18,3) 15–19 yıl, 35'i (%9,7) 20 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Çalışanlar öğrenim durumu değişkenine göre 106'sı (%29,4) lise ve altı okul mezunu, 165'i (%45,8) üniversite mezunu, 89'u (%24,7) lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Katılımcılar statü değişkenine göre 276'sı (%76,7) kadrolu-idari personel, 26'sı (%7,2) 4-B' li - İdari personel, 58'i (%16,1) üniversiteye bağlı-firma olarak dağılmaktadır. Çalışanlar meslek değişkenine göre 105'i (%29,2) hekim, 142'si (%39,4) hemşire, 79'u (%21,9) tıbbi sekreter, 34'ü (%9,4) diğer (Teknisyen, Radyolog, Sağlık Memuru vb.) olarak dağılmaktadır.

Katılımcıların öneride bulunma durumu değişkenine göre 338'i (%93,9) hayır, 22'si (%6,1) evet olarak yanıtladıkları görülmektedir. Katılımcıların hastane değişkenine göre 120'si (%33,3) BUCH, 124'ü (%34,4) DEUH, 116'sı (%32,2) ADH olarak dağılmaktadır.

Tablo 6. Çalışanların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Bayan	261	72,5
	Bay	99	27,5
	Toplam	360	100,0
Yaş	18-24 yaş	22	6,1
	25-34 yaş	144	40,0
	35-44 yaş	132	36,7
	45-54 yaş	44	12,2
	55 yaş ve üzeri	18	5,0
	Toplam	360	100,0
Medeni Durum	Evli	251	69,7
	Bekâr	109	30,3

	Toplam	360	100,0
Gelir Düzeyi	849 TL ve Altı	36	10,0
	850 TL – 1050 TL	50	13,9
	1050 TL üzeri	274	76,1
	Toplam	360	100,0
Kıdem	1 Yıl Altı	23	6,4
	1–3 Yıl	23	6,4
	4–6 Yıl	69	19,2
	7–9 Yıl	75	20,8
	10–14 Yıl	69	19,2
	15–19 Yıl	66	18,3
	20 yıl ve üzeri	35	9,7
	Toplam	360	100,0
Öğrenim Durumu	Lise Ve Altı	106	29,4
	Üniversite	165	45,8
	Lisansüstü	89	24,7
	Toplam	360	100,0
Statü	Kadrolu-idari Personel	276	76,7
	4-b li-idari Personel	26	7,2
	Üniversiteye Bağlı - Firma personeli	58	16,1
	Toplam	360	100,0
Meslek	Hekim	105	29,2
	Hemşire	142	39,4
	Tıbbi Sekreter	79	21,9
	Diğer	34	9,4
	Toplam	360	100,0
Öneride Bulunma Durumu	Hayır	338	93,9
	Evet	22	6,1
	Toplam	360	100,0
Hastane	BUCH	120	33,3

	DEUH	124	34,4
	ADH	116	32,2
	Toplam	360	100,0

- Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizi

Soru formunda yer alan 24 ifadenin faktör güvenirliği incelenmiştir. Yapılan değerlendirmede bir ifadenin (Hasta bilgi kayıtlarının eksikliği durumunda ilgili yetkili kişiye rahatlıkla ulaşabiliyorum.) ölçek dışında bırakılması durumunda güvenirliğin artığı tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak soru formunda kalan 23 ifadeye güvenirlik testi uygulanmıştır.

Tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar ölçeğindeki 23 maddenin güvenirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenirliği $\alpha=0.922$ olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı(açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Faktör analizi, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait temel faktörlerin (ilişkinin yapısının) ortaya çıkarılarak araştırmacı tarafından veri setinde yer alan kavramlar arasındaki ilişkilerin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olur.

(http://www.istatistikanaliz.com/faktor_analizi.asp, E.T. 18.01.2013)

Faktör analizinin test edilebilmesi için ön varsayımlardan biri olan Barlett testi sonucunda faktör analizine dâhil olan değişkenler arasında bir ilişki olması beklenir. Barlett değerinin $p<0.05$ durumunda değişkenler arasında bir ilişkinin olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, Şener, (2009). Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizinin test edilebilmesi için diğer bir varsayım ise KMO testidir. KMO değeri ölçülen değişkenler için örnek(gözlem) büyüklüğünün yeterli olduğunu gösteren değerdir. KMO değerinin 0,60’dan büyük olması durumunda örnek sayısının yeterli olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, Şener, (2009). Yapılan test sonucunda ($KMO=0.913>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %56,7 olan 3 faktör altında toplanmıştır. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar

ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı Tablo 7’te görülmektedir.

Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar ölçeğinin faktör analizi değerlendirilmesinde özdeğeri birden büyük faktörlerin ele alınmasına, değişkenlerin faktör içerisindeki ağırlığını gösteren faktör yüklerinin yüksek olmasına, aynı değişken için faktör yüklerinin birbirine yakın olmamasına dikkat edilmiştir. Ölçeği oluşturan faktörlerin güvenirlik katsayıları ve açıklanan varyans oranlarının yüksek olması ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermiştir. Birinci faktörde yer alan maddeler elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum olarak ele alınmıştır. Elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum faktörünü oluşturan 9 maddenin güvenirliği Alpha= 0.906 olarak, açıklanan varyans değeri %22.743 olarak saptanmıştır. İkinci faktörde yer alan maddeler kalite ve akreditasyon açısından tutum olarak ele alınmıştır. Kalite ve akreditasyon açısından tutum faktörünü oluşturan 8 maddenin güvenirliği Alpha= 0.898 olarak, açıklanan varyans değeri %20.827 olarak saptanmıştır. Üçüncü faktörde yer alan maddeler form kayıt sistemine yönelik tutum olarak ele alınmıştır. Form kayıt sistemine yönelik tutum faktörünü oluşturan 6 maddenin güvenirliği Alpha= 0.767 olarak, açıklanan varyans değeri %13.130 olarak saptanmıştır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilmiştir.

Tablo 7. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Elektronik kayıt sisteminde hasta bilgisi ararken nereden ulaşabileceğimi biliyorum.	0,837	22,743	0,906

(Özdeğer=8.751)	Elektronik kayıt sistemi ile ilgili kurumumdan eğitim aldım.	0,805		
	Bilgisayarda veri girişlerinde bir hata olduğunda bunu kısa sürede veri kaybetmeden düzeltebiliyorum.	0,774		
	Acil duyulan bir bilgiye, hastane içinde herhangi bir servisten, bölümden kolaylıkla ulaşabiliyorum.	0,719		
	Elektronik tıbbi kayıt sistemi ile hasta bakımı ve klinik performansımı olumlu etkilediğini düşünüyorum.	0,717		
	Elektronik kayıt sisteminin form doldurmaktan daha kolay ve kısa sürede işimin bitmesini sağladığını düşünüyorum.	0,705		
	Tıbbi kayıt sisteminde bilgisayarda bilmediğim bir şey olduğunda danışacağım kişileri biliyorum.	0,662		
	Elektronik ortamda tıbbi kayıtların saklanması daha güvenilir olduğunu düşünüyorum.	0,585		
	Hasta formlarına yazmam gerekenlerin eğitimini aldım.	0,517		
Kalite ve Akreditasyon	Tıbbi kayıt sistemi kalite yönetim sistemine göre	0,790	20,827	0,898

Açısından Tutum (Özdeğer=2.371)	kurumumda kontrol altında tutulmaktadır.			
	Kalite yönetim sisteminde dokümantasyon kontrolünü önemlidir.	0,731		
	Çalıştığım kurumda hasta kayıtları ve diğer bilgilerin saklanmasına rehber olacak bir politika olduğunu biliyorum.	0,717		
	Kurumun performans iyileştirme aktivitelerinin bir parçası olan tıbbi kayıt sistemi denetlenme ve kontrol edilerek takibi sağlanmaktadır.	0,717		
	Hasta, çalışan güvenliği ve hasta mahremiyeti konusunda kayıtlarda korunma mevcuttur.	0,712		
	Çalıştığım kurumda ihtiyaç ve görev nedeni ile her bir veri ve bilgiye erişmesi için izin verilmiş kişiler belirlenmiştir.	0,700		
	Tıbbi kayıt sistemi ile ilgili prosedürlere rahatlıkla ulaşabiliyorum.	0,664		
	Hasta bakımının koordinasyonu ve bütünleştirilmesi için tıbbi kayıt kültürü çok önemlidir.	0,613		
Form Kayıt Sistemine	İstediğim zaman hasta bilgilerine formlardan rahatlıkla ulaşabiliyorum.	0,800		

Yönelik Tutum (Özdeğer=1.920)	Hasta kayıtlarını doldururken form bilgileri açık ve anlaşılırdır.	0,758	13,130	0,767
	Hasta formlarının işimi kolaylaştırdığını düşünüyorum.	0,721		
	Hastaya uygulama yaparken önceliğim tedavi ve hasta, sonrasında kayıt tutmaktır.	0,552		
	Hasta transferleri veya taburcu durumlarında dosyalama sürecinde zorluk yaşamıyorum.	0,544		
	Tıbbi kayıt formlarında yazılması gereken alanlardan gereksiz gördüklerimi doldurmamayı tercih ediyorum.	0,518		
	Toplam Varyans % 56.7			

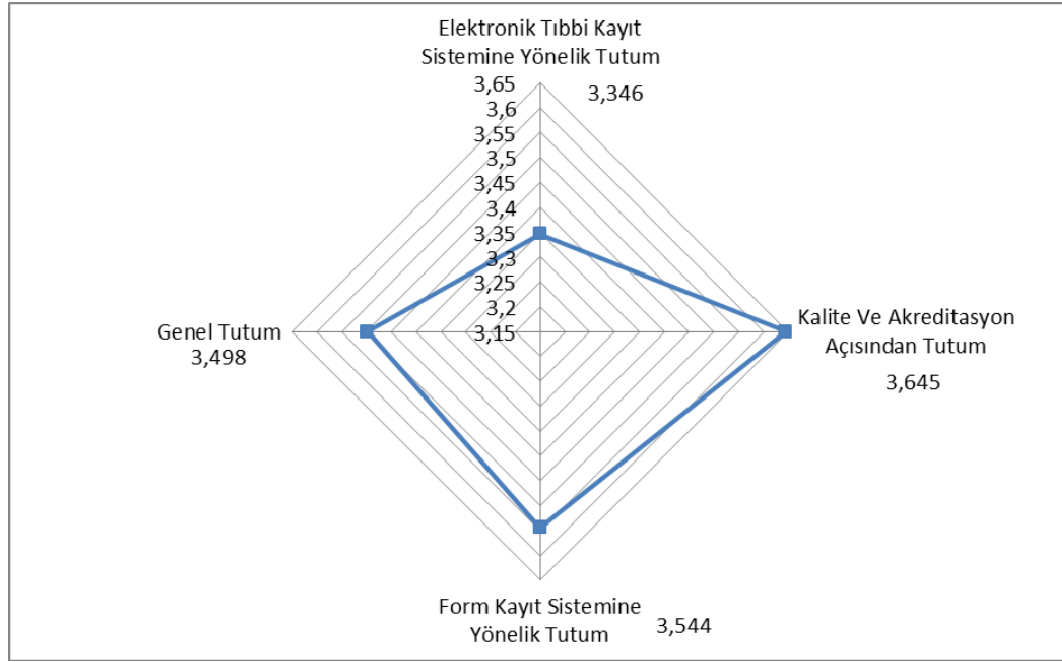
- **Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlara İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılan çalışanların “elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum” düzeyi orta ($3,346 \pm 0,853$); “kalite ve akreditasyon açısından tutum” düzeyi yüksek ($3,645 \pm 0,763$); “form kayıt sistemine yönelik tutum” düzeyi yüksek ($3,544 \pm 0,641$); “genel tutum(Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)” düzeyi yüksek ($3,498 \pm 0,628$) olarak saptanmıştır.(Tablo 8 ve Şekil 7)

Tablo 8. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar

	N	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	360	3,346	0,853	1,110	5,000
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	360	3,645	0,763	1,250	5,000
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	360	3,544	0,641	1,830	5,000
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	360	3,498	0,628	1,620	4,920

Şekil 7. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar



Araştırmaya katılan çalışanların Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlarının, katılımcıların gelir düzeyleri ile arasında fark olup olmadığının analizi için ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 9’de detaylı olarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=19,948$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Gelir düzeyi 849 TL ve altı olanların (asgari ücret) elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,963 \pm 0,636$), gelir düzeyi 1050 TL üzeri olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,199 \pm 0,855$) yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi 850 TL –1050 TL olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,709 \pm 0,657$), gelir düzeyi 1050 TL üzeri olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,199 \pm 0,855$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_1 kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,984$; $p=0<0.05$). Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Gelir düzeyi 849 TL ve altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,069 \pm 0,621$), gelir düzeyi 1050 TL üzeri olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,567 \pm 0,760$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H₂ kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,897$; $p=0,057>0,05$). Bu doğrultuda H₃ reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=16,444$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. gelir düzeyi 849 TL ve altı olanların genel tutum puanları ($3,949 \pm 0,469$), gelir düzeyi 1050 TL üzeri olanların genel tutum puanlarından ($3,402 \pm 0,624$) yüksek bulunmuştur. gelir düzeyi 850 TL – 1050 TL olanların genel tutum puanları ($3,701 \pm 0,563$), gelir düzeyi 1050 TL üzeri olanların genel tutum puanlarından ($3,402 \pm 0,624$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H₄ kabul edilmiştir.

Tablo 9. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	849 TL Ve Altı	36	3,963	0,636	19,948	0,000	1 > 3 2 > 3
	850 TL –1050 TL	50	3,709	0,657			
	1050 TL üzeri	274	3,199	0,855			
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	849 TL Ve Altı	36	4,069	0,621	7,984	0,000	1 > 3
	850 TL –1050 TL	50	3,770	0,767			
	1050 TL üzeri	274	3,567	0,760			

Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	849 TL Ve Altı	36	3,769	0,579	2,897	0,057	
	850 TL –1050 TL	50	3,593	0,611			
	1050 TL üzeri	274	3,505	0,649			
Genel Tutum(Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	849 TL Ve Altı	36	3,949	0,469	16,444	0,000	1 > 3 2 > 3
	850 TL –1050 TL	50	3,701	0,563			
	1050 TL üzeri	274	3,402	0,624			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenlerinin, hastane değişkeni arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 10’de belirtilmiştir.

Katılımcıların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının hastane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=6,031$; $p=0.003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hastane DEUH olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,542 \pm 0,724$), hastane BUCH olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,171 \pm 0,963$) yüksek bulunmuştur. Hastane DEUH olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,542 \pm 0,724$), hastane ADH olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,317 \pm 0,821$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_5 kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının hastane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=5,468$; $p=0.005<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hastane BUCH olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,765 \pm 0,741$), hastane ADH olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,458 \pm 0,826$) yüksek bulunmuştur. Hastane DEUH olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,705 \pm 0,692$), hastane ADH olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,458 \pm 0,826$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_6 kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının hastane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=3,187$; $p=0.042<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Hastane BUCH olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,654 \pm 0,630$), hastane ADH olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,447 \pm 0,677$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_7 kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının hastane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,735$; $p=0,066>0.05$). Bu doğrultuda H_8 reddedilmiştir.

Tablo 10. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Hastaneye Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	BUCH	120	3,171	0,963	6,031	0,003	2 > 1 2 > 3
	DEUH	124	3,542	0,724			
	ADH	116	3,317	0,821			
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	BUCH	120	3,765	0,741	5,468	0,005	1 > 3 2 > 3
	DEUH	124	3,705	0,692			
	ADH	116	3,458	0,826			
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	BUCH	120	3,654	0,630	3,187	0,042	1 > 3
	DEUH	124	3,527	0,605			
	ADH	116	3,447	0,677			
Genel Tutum(Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	BUCH	120	3,507	0,653	2,735	0,066	
	DEUH	124	3,584	0,557			
	ADH	116	3,396	0,662			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenlerinin, kıdem değişkeni ile arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 11’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,626$; $p=0.017<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kıdem 1-3 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,821 \pm 0,779$), kıdem 4-6 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,395 \pm 0,785$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,821 \pm 0,779$), kıdem 7-9 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,387 \pm 0,848$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,821 \pm 0,779$), kıdem 10-14 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,185 \pm 0,870$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1 yıl altı olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,546 \pm 0,934$), kıdem 15-19 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,141 \pm 0,852$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,821 \pm 0,779$), kıdem 15-19 yıl olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,141 \pm 0,852$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_0 kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,391$; $p=0.028<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kıdem 1 yıl altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,935 \pm 0,624$), kıdem 7-9 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,582 \pm 0,751$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,038 \pm 0,682$), kıdem 7-9 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,582 \pm 0,751$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1 yıl altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,935 \pm 0,624$), kıdem 10-14 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,498 \pm 0,829$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,038 \pm 0,682$), kıdem 10-14 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,498 \pm 0,829$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1 yıl altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,935 \pm 0,624$), kıdem 15-19 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,553 \pm 0,748$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1-3 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından

tutum puanları ($4,038 \pm 0,682$), kıdem 15–19 yıl olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,553 \pm 0,748$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{10} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,453$; $p=0,193>0.05$). Bu doğrultuda H_{11} reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,161$; $p=0.005<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kıdem 1-3 yıl olanların genel tutum puanları ($3,880 \pm 0,687$), kıdem 4-6 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,541 \pm 0,577$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1–3 yıl olanların genel tutum puanları ($3,880 \pm 0,687$), kıdem 7–9 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,492 \pm 0,633$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1 yıl altı olanların genel tutum puanları ($3,746 \pm 0,617$), kıdem 10–14 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,368 \pm 0,637$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1–3 yıl olanların genel tutum puanları ($3,880 \pm 0,687$), kıdem 10–14 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,368 \pm 0,637$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1 yıl altı olanların genel tutum puanları ($3,746 \pm 0,617$), kıdem 15–19 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,367 \pm 0,597$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1–3 yıl olanların genel tutum puanları ($3,880 \pm 0,687$), kıdem 15–19 yıl olanların genel tutum puanlarından ($3,367 \pm 0,597$) yüksek bulunmuştur. Kıdem 1–3 yıl olanların genel tutum puanları ($3,880 \pm 0,687$), kıdem 20 ve üzeri olanların genel tutum puanlarından ($3,514 \pm 0,607$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{12} kabul edilmiştir.

Tablo 11. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Kıdeme Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	1 Yıl Altı	23	3,546	0,934	2,626	0,017	2 > 3 2 > 4 2 > 5 1 > 6 2 > 6
	1-3 Yıl	23	3,821	0,779			
	4-6 Yıl	69	3,395	0,785			
	7-9 Yıl	75	3,387	0,848			
	10-14 Yıl	69	3,185	0,870			
	15-19 Yıl	66	3,141	0,852			
	20 Ve üzeri	35	3,422	0,831			
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	1 Yıl Altı	23	3,935	0,624	2,391	0,028	1 > 4 2 > 4 1 > 5 2 > 5 1 > 6 2 > 6
	1-3 Yıl	23	4,038	0,682			
	4-6 Yıl	69	3,714	0,690			
	7-9 Yıl	75	3,582	0,751			
	10-14 Yıl	69	3,498	0,829			
	15-19 Yıl	66	3,553	0,748			
	20 Ve üzeri	35	3,661	0,856			
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	1 Yıl Altı	23	3,775	0,587	1,453	0,193	
	1-3 Yıl	23	3,797	0,742			
	4-6 Yıl	69	3,553	0,681			
	7-9 Yıl	75	3,540	0,663			
	10-14 Yıl	69	3,490	0,565			
	15-19 Yıl	66	3,455	0,607			
	20 Ve üzeri	35	3,486	0,654			
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	1 Yıl Altı	23	3,746	0,617	3,161	0,005	2 > 3 2 > 4 1 > 5 2 > 5 1 > 6 2 > 6 2 > 7
	1-3 Yıl	23	3,880	0,687			
	4-6 Yıl	69	3,541	0,577			
	7-9 Yıl	75	3,492	0,633			
	10-14 Yıl	69	3,368	0,637			
	15-19 Yıl	66	3,367	0,597			
	20 Ve üzeri	35	3,514	0,607			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların meslekleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 12’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=22,499$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek tıbbi

sekreter olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,928 \pm 0,632$), meslek hekim olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,056 \pm 0,808$) yüksek bulunmuştur. Meslek diğer olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,588 \pm 0,813$), meslek hekim olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,056 \pm 0,808$) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,928 \pm 0,632$), meslek hemşire olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,178 \pm 0,836$) yüksek bulunmuştur. Meslek diğer olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,588 \pm 0,813$), meslek hemşire olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,178 \pm 0,836$) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,928 \pm 0,632$), meslek diğer olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,588 \pm 0,813$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{13} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,398$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,605 \pm 0,702$), meslek hekim olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,411 \pm 0,798$) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,981 \pm 0,647$), meslek hekim olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,411 \pm 0,798$) yüksek bulunmuştur. Meslek diğer olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,757 \pm 0,879$), meslek hekim olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,411 \pm 0,798$) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,981 \pm 0,647$), meslek hemşire olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,605 \pm 0,702$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{13} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,638$; $p=0.049<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek tıbbi sekreter olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,688 \pm 0,624$), meslek hekim olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,484 \pm$

0,635) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,688 \pm 0,624$), meslek hemşire olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,477 \pm 0,651$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{13} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=17,980$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek tıbbi sekreter olanların genel tutum puanları ($3,882 \pm 0,517$), meslek hekim olanların genel tutum puanlarından ($3,284 \pm 0,647$) yüksek bulunmuştur. Meslek diğer olanların genel tutum puanları ($3,661 \pm 0,648$), meslek hekim olanların genel tutum puanlarından ($3,284 \pm 0,647$) yüksek bulunmuştur. Meslek tıbbi sekreter olanların genel tutum puanları ($3,882 \pm 0,517$), meslek hemşire olanların genel tutum puanlarından ($3,403 \pm 0,563$) yüksek bulunmuştur. Meslek diğer olanların genel tutum puanları ($3,661 \pm 0,648$), meslek hemşire olanların genel tutum puanlarından ($3,403 \pm 0,563$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{13} kabul edilmiştir.

Tablo 12. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Mesleğe Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Hekim	105	3,056	0,808	22,499	0,000	3 > 1
	Hemşire	142	3,178	0,836			4 > 1
	Tıbbi Sekreter	79	3,928	0,632			3 > 2
	Diğer	34	3,588	0,813			4 > 2 3 > 4
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	Hekim	105	3,411	0,798	9,398	0,000	2 > 1
	Hemşire	142	3,605	0,702			3 > 1

	Tıbbi Sekreter	79	3,981	0,647			4 > 1
	Diğer	34	3,757	0,879			3 > 2
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Hekim	105	3,484	0,635	2,638	0,049	3 > 1 3 > 2
	Hemşire	142	3,477	0,651			
	Tıbbi Sekreter	79	3,688	0,624			
	Diğer	34	3,672	0,611			
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Hekim	105	3,284	0,647	17,980	0,000	3 > 1 4 > 1 3 > 2 4 > 2
	Hemşire	142	3,403	0,563			
	Tıbbi Sekreter	79	3,882	0,517			
	Diğer	34	3,661	0,648			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların statüleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 13’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=13,769$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Statü üniversiteye bağlı-firma olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,853 \pm 0,671$), statü kadrolu-idari personel olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,232 \pm 0,840$) yüksek bulunmuştur. Statü üniversiteye bağlı-firma olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,853 \pm 0,671$), statü 4-b li-idari personel olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,432 \pm 0,951$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{17} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,959$; $p=0.008<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Statü 4-b li-idari personel olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,889 \pm 0,838$), statü kadrolu-idari personel olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,576 \pm 0,763$) yüksek bulunmuştur. Statü üniversiteye bağlı-firma olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,864 \pm 0,671$), statü kadrolu-idari personel olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,576 \pm 0,763$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{18} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,594$; $p=0,076>0.05$). Bu doğrultuda H_{19} reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9,750$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Statü 4-b li-idari personel olanların genel tutum puanları ($3,681 \pm 0,732$), statü kadrolu-idari personel olanların genel tutum puanlarından ($3,420 \pm 0,612$) yüksek bulunmuştur. Statü üniversiteye bağlı-firma olanların genel tutum puanları ($3,785 \pm 0,557$), statü kadrolu-idari personel olanların genel tutum puanlarından ($3,420 \pm 0,612$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{20} kabul edilmiştir.

Tablo 13. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Statüye Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Kadrolu-idari personel	276	3,232	0,840	13,769	0,000	3 > 1 3 > 2
	4-b li-idari personel	26	3,432	0,951			
	Üniversiteye bağlı-firma	58	3,853	0,671			
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	Kadrolu-idari personel	276	3,576	0,763	4,959	0,008	2 > 1 3 > 1
	4-b li-idari personel	26	3,889	0,838			
	Üniversiteye bağlı-firma	58	3,864	0,671			
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Kadrolu-idari personel	276	3,511	0,638	2,594	0,076	

	4-b li-idari personel	26	3,801	0,627			
	Üniversiteye bağlı-firma	58	3,583	0,642			
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Kadrolu-idari personel	276	3,420	0,612	9,750	0,000	2 > 1 3 > 1
	4-b li-idari personel	26	3,681	0,732			
	Üniversiteye bağlı-firma	58	3,785	0,557			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 14’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,676$; $p=0.032<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaş 18–24 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,581 \pm 0,860$), yaş 45–54 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,000 \pm 0,748$) yüksek bulunmuştur. Yaş 25–34 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,434 \pm 0,873$), yaş 45–54 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,000 \pm 0,748$) yüksek bulunmuştur. Yaş 35–44 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,332 \pm 0,869$), yaş 45–54 olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,000 \pm 0,748$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{14} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,924$; $p=0.001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaş 18–24 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,046 \pm 0,597$), yaş 25–34 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,679 \pm 0,715$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,046 \pm 0,597$), yaş 35–44 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,695 \pm 0,828$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,046 \pm 0,597$), yaş 45–54 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,270 \pm 0,730$) yüksek bulunmuştur. Yaş 25–34 olanların kalite ve akreditasyon

açısından tutum puanları ($3,679 \pm 0,715$), yaş 45–54 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,270 \pm 0,730$) yüksek bulunmuştur. Yaş 35–44 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,695 \pm 0,828$), yaş 45–54 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,270 \pm 0,730$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($4,046 \pm 0,597$), yaş 55 ve üzeri olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,438 \pm 0,532$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{14} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,460$; $p=0.045<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaş 18–24 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,811 \pm 0,540$), yaş 35–44 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,519 \pm 0,670$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,811 \pm 0,540$), yaş 45–54 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,436 \pm 0,621$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,811 \pm 0,540$), yaş 55 ve üzeri olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,259 \pm 0,298$) yüksek bulunmuştur. Yaş 25–34 olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,594 \pm 0,650$), yaş 55 ve üzeri olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,259 \pm 0,298$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{14} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,433$; $p=0.002<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaş 18–24 olanların genel tutum puanları ($3,796 \pm 0,592$), yaş 35–44 olanların genel tutum puanlarından ($3,508 \pm 0,649$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların genel tutum puanları ($3,796 \pm 0,592$), yaş 45–54 olanların genel tutum puanlarından ($3,202 \pm 0,552$) yüksek bulunmuştur. Yaş 25–34 olanların genel tutum puanları ($3,554 \pm 0,631$), yaş 45–54 olanların genel tutum puanlarından ($3,202 \pm 0,552$) yüksek bulunmuştur. Yaş 35–44 olanların genel tutum puanları ($3,508 \pm 0,649$), yaş 45–54 olanların genel tutum puanlarından ($3,202 \pm 0,552$) yüksek bulunmuştur. Yaş 18–24 olanların genel tutum puanları ($3,796 \pm 0,592$), yaş 55 ve üzeri olanların genel tutum puanlarından ($3,338 \pm 0,371$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{14} kabul edilmiştir.

Tablo 14. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	18-24	22	3,581	0,860	2,676	0,032	1 > 4 2 > 4 3 > 4
	25-34	144	3,434	0,873			
	35-44	132	3,332	0,869			
	45-54	44	3,000	0,748			
	55 ve üzeri	18	3,309	0,581			
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	18-24	22	4,046	0,597	4,924	0,001	1 > 2 1 > 3 1 > 4 2 > 4 3 > 4 1 > 5
	25-34	144	3,679	0,715			
	35-44	132	3,695	0,828			
	45-54	44	3,270	0,730			
	55 ve üzeri	18	3,438	0,532			
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	18-24	22	3,811	0,540	2,460	0,045	1 > 3 1 > 4 1 > 5 2 > 5
	25-34	144	3,594	0,650			
	35-44	132	3,519	0,670			
	45-54	44	3,436	0,621			
	55 ve üzeri	18	3,259	0,298			
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	18-24	22	3,796	0,592	4,433	0,002	1 > 3 1 > 4 2 > 4 3 > 4 1 > 5
	25-34	144	3,554	0,631			
	35-44	132	3,508	0,649			
	45-54	44	3,202	0,552			
	55 ve üzeri	18	3,338	0,371			

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların öğrenim durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 15’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=14,295$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Öğrenim durumu lise ve altı olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,675 \pm 0,707$), öğrenim durumu üniversite olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,290 \pm 0,897$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu lise ve altı olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,675 \pm$

0,707), öğrenim durumu lisansüstü olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,059 \pm 0,807$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu üniversite olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,290 \pm 0,897$), öğrenim durumu lisansüstü olanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,059 \pm 0,807$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{15} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=10,785$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Öğrenim durumu lise ve altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,862 \pm 0,720$), öğrenim durumu üniversite olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,656 \pm 0,716$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu lise ve altı olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,862 \pm 0,720$), öğrenim durumu lisansüstü olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,367 \pm 0,816$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu üniversite olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($3,656 \pm 0,716$), öğrenim durumu lisansüstü olanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($3,367 \pm 0,816$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{15} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,355$; $p=0.005<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Öğrenim durumu lise ve altı olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,703 \pm 0,625$), öğrenim durumu üniversite olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,509 \pm 0,659$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu lise ve altı olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ($3,703 \pm 0,625$), öğrenim durumu lisansüstü olanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanlarından ($3,418 \pm 0,593$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{15} kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=16,543$; $p=0<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Öğrenim durumu lise ve altı olanların genel tutum

puanları ($3,748 \pm 0,555$), öğrenim durumu üniversite olanların genel tutum puanlarından ($3,468 \pm 0,620$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu lise ve altı olanların genel tutum puanları ($3,748 \pm 0,555$), öğrenim durumu lisansüstü olanların genel tutum puanlarından ($3,255 \pm 0,623$) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu üniversite olanların genel tutum puanları ($3,468 \pm 0,620$), öğrenim durumu lisansüstü olanların genel tutum puanlarından ($3,255 \pm 0,623$) yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda H_{15} kabul edilmiştir.

Tablo 15. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Öğrenim Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p	Fark
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Lise ve altı	106	3,675	0,707	14,295	0,000	1 > 2
	Üniversite	165	3,290	0,897			1 > 3
	Lisansüstü	89	3,059	0,807			2 > 3
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	Lise ve altı	106	3,862	0,720	10,785	0,000	1 > 2
	Üniversite	165	3,656	0,716			1 > 3
	Lisansüstü	89	3,367	0,816			2 > 3
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Lise ve altı	106	3,703	0,625	5,355	0,005	1 > 2
	Üniversite	165	3,509	0,659			1 > 3
	Lisansüstü	89	3,418	0,593			
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Lise ve altı	106	3,748	0,555	16,543	0,000	1 > 2
	Üniversite	165	3,468	0,620			1 > 3
	Lisansüstü	89	3,255	0,623			2 > 3

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 16’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-0,272$; $p=0,786>0,05$). Bu doğrultuda H_{16} reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,927$; $p=0,355>0,05$). Bu doğrultuda H_{16} reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,179$; $p=0,868>0,05$). Bu doğrultuda H_{16} reddedilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,374$; $p=0,709>0,05$). Bu doğrultuda H_{16} reddedilmiştir.

Tablo 16. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Bayan	261	3,338	0,862	-0,272	0,786
	Bay	99	3,366	0,831		
Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum	Bayan	261	3,668	0,728	0,927	0,355
	Bay	99	3,585	0,851		

Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Bayan	261	3,547	0,609	0,179	0,868
	Bay	99	3,534	0,723		
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Bayan	261	3,505	0,601	0,374	0,709
	Bay	99	3,478	0,696		

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların medeni durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 17’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-1,702$; $p=0,090>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-2,487$; $p=0,013<0,05$). Bekârların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ($x=3,796$), evlilerin kalite ve akreditasyon açısından tutum puanlarından ($x=3,580$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-0,344$; $p=0,731>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=-1,993$; $p=0,047<0,05$). Bekârların genel tutum puanları ($x=3,598$), evlilerin genel tutum puanlarından ($x=3,455$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Evli	251	3,296	0,849	-1,702	0,090
	Bekar	109	3,462	0,853		
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	Evli	251	3,580	0,755	-2,487	0,013
	Bekar	109	3,796	0,764		
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Evli	251	3,536	0,631	-0,344	0,731
	Bekâr	109	3,561	0,666		
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Evli	251	3,455	0,618	-1,993	0,047
	Bekar	109	3,598	0,641		

Araştırmaya katılan çalışanların tıbbi kayıt sistemi değişkenleri ile katılımcıların öneride bulunma durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi için ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 18’de belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların elektronik tıbbi kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının öneride bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,014$; $p=0,988>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların kalite ve akreditasyon açısından tutum puanları ortalamalarının öneride bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,344$; $p=0,731>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların form kayıt sistemine yönelik tutum puanları ortalamalarının öneride bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=1,938$; $p=0,053>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tutum puanları ortalamalarının öneride bulunma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,683$; $p=0,495>0,05$).

Katılımcıların önerileri incelenmiş ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

- Tüm sistem elektronik kayıt şeklinde olmalı (2 adet),

- Kayıtlara ayrılan zaman hastalara ayrılamıyor,
- Bilgi işlem firması ile iletişim sıkıntısı yaşanması (2 adet),
- Tıbbi kayıt sistemleri ile ilgili çalışanların görüşleri alınması (2 adet),
- Bilgisayar sayısı artırılması (3 adet),
- Hasta sayısının çok olması, form sayısının çok olması (3 adet),
- E- order sistemine geçilmesi (3 adet),
- Zaman kaybı oluşturan formların kaldırılması,
- HBYS programının geliştirilmesi (4 adet),
- Bilgisayar başında çok zaman harcanması hastalara ayrılan zamanın azalmasına sebep olması, şeklinde öneri ve görüşler yazıldığı görülmüştür.

Tablo 18. Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların Öneride Bulunma Durumu Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Hayır	338	3,346	0,855	0,014	0,988
	Evet	22	3,343	0,840		
Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tutum	Hayır	338	3,649	0,759	0,344	0,731
	Evet	22	3,591	0,835		
Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum	Hayır	338	3,560	0,637	1,938	0,053
	Evet	22	3,288	0,657		
Genel Tutum (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?)	Hayır	338	3,504	0,628	0,683	0,495
	Evet	22	3,409	0,634		

5. TARTIŞMA

İzmir ilinde üç hastanede sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin tıbbi kayıt sistemine, çalışanların yaklaşımlarını ölçmek amacıyla sağlık hizmeti sunanlara yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Analizler sonucu katılımcıların tıbbi kayıt sistemine yaklaşımları (Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum, Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Genel Tutum) bazında hem de genel olarak belirlenmiş ve kurulan hipotezler çevresinde bu değerlerin demografik özelliklerle ilişkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmada, Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımların ölçümü “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum, Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Genel Tutum” ifade eden 24 soru ile uygulanmıştır. Bu sayede, hastanelerde mevcut olan Tıbbi Kayıt Sisteminin değerlendirmeleri istenmiştir.

Faktör analizi tablosu incelendiğinde, veri setinin üç boyut altında olduğu görülmektedir. Faktör analizi sonucu oluşan ilk faktörün 3,34 ortalama ile “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” olarak adlandırılmıştır. Faktör analizi sonucu oluşan ikinci faktör 3,64 ortalama ile “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” olarak adlandırılmıştır. Faktör analizi sonucu oluşan üçüncü faktör 3,54 ortalama ile “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” dur. “Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?” Sorusu 3,49 ortalama ile “Genel Tutum” dur. Bu sonuçlara göre genel bir değerlendirme yapıldığında araştırmaya katılanların “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” ile ilgili düşünceleri “Kararsızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasındadır. Aynı şekilde anketi cevaplayanların “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” ile ilgili düşünceleri orta noktanın üzerinde olarak “Katılıyorum” düzeyindedir. Diğer bir değişken olan “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” için ise verilen cevaplar “Katılıyorum” düzeyindedir. “Genel Tutum” (Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?) değişkeni ise “Kararsızım” ile “Katılıyorum” düzeyleri arasındadır.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına, cinsiyetlerine ve öneride bulunma durumları ile “Tıbbi Kayıt Sistemi” bağımsız değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ile sınanmıştır.

Yapılan T- testine göre anketi cevaplayanların medeni durumlarına göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” bağımsız değişkenlerinden olan “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” ile “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olmadığı, “Kalite ve

Akreditasyon Açısından Tutum” ile “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Diğer T - testinde anketi cevaplayanların cinsiyetleri ile “Tıbbi Kayıt Sistemi” bağımsız değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda H_{16} reddedilmiştir.

Yapılan son T- testinde anketi cevaplayanların öneride bulunma durumları ile “Tıbbi Kayıt Sistemi” bağımsız değişkenlerini algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe testi kullanılmıştır. Bunlar; gelir durumu, hastaneler, kıdem yılları, meslek, statü, yaş, öğrenim durumlarıdır.

İlk olarak, gelir grupları değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve gelir gruplarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde Tıbbi Kayıt Sistemi boyutlarına en yüksek puanı 849 TL ve altı (Asgari Ücret) gelir düzeyine sahip katılımcıların verdiği, en düşük puanı ise 1050 TL ve üstü gelir düzeyine sahip katılımcıların verdiği görülmüştür. Bu puanlama da bize gelir düzeyi düştükçe Tıbbi Kayıt Sistemi boyutlarına verilen puanında arttığını göstermektedir. Bu doğrultuda H_1 , H_2 , H_4 kabul edilmiş, H_3 reddedilmiştir.

İkinci olarak, hastane grupları değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve hastane gruplarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde en yüksek puanı “Elektronik Tıbbi Kayıt

Sistemine Yönelik Tutum” boyutunda DEUH, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” boyutlarında ise BUCH katılımcılarının verdiği görülmüştür. Bu doğrultuda H₅, H₆, H₇ kabul edilmiş, H₈ reddedilmiştir.

Diğer ANOVA testinde kıdem yılları değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve kıdem yıllarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların verdiği puanlar incelendiğinde 1 – 3 yıl arası çalışan katılımcıların tıbbi kayıt sisteminde en yüksek puanı verdikleri, en düşük puanı ise “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” , “Genel Tutum” boyutlarında 15 – 19 yıl arasında çalışan katılımcıların, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” boyutunda ise en düşük puanı 10 – 14 yıl arası çalışan katılımcıların verdiği görülmüştür. Bu durum da bize çalışanların kurumda çalışma yılları azaldıkça Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik puanlarının arttığını göstermektedir. Bu doğrultuda H₉, H₁₀, H₁₂ kabul edilmiş, H₁₁ reddedilmiştir.

Araştırmaya katılanların meslek grupları değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve meslek gruplarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum”, “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde en yüksek puanı “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Genel Tutum” boyutlarında Tıbbi Sekreter meslek gruplarının verdiği görülmüştür. Bu doğrultuda H₁₃ kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılanların statü değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve statülerine göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından

Tutum” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” ve “Genel Tutum” boyutlarında en yüksek puanı Üniversiteye bağlı- firma personelinin verdiği, en düşük puanı Kadrolu- İdari personel statüsüne sahip çalışanların verdiği görülmüştür. “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” ve “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” boyutlarında ise en yüksek puanı 4- b’li – İdari personel statüsündeki personelin, en düşük puanı Kadrolu- İdari personel statüsüne sahip personelin verdiği görülmüştür. H₁₇, H₁₈, H₂₀ kabul edilmiş, H₁₉ reddedilmiştir.

Diğer ANOVA testinde yaş grup değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve yaş gruplarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde en yüksek puanı “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” , “Genel Tutum” boyutlarında 18 – 24 yaş arası çalışan personel grubunun verdiği görülmüştür. Bu da gösteriyor ki katılımcıların yaşı küçüldükçe Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik algıları artmaktadır. Bu doğrultuda H₁₄ kabul edilmiştir.

Son yapılan ANOVA testinde öğrenim durumu grup değişkenine göre “Tıbbi Kayıt Sistemi” değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi uygulanmış ve öğrenim durumu gruplarına göre anketi cevaplayanların Tıbbi Kayıt Sistemi bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmıştır. ANOVA testi incelendiğinde, “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” , “Genel Tutum” boyutlarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılık incelendiğinde en yüksek puanı “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” , “ Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum ” , “Genel Tutum” boyutlarında Lise ve altı okullardan mezun olan kişilerin, en düşük puanı ise Lisansüstü dengi okullardan mezun olan kişiler grubunun verdiği görülmüştür. Bu da gösteriyor ki katılımcıların öğrenim durumu

yükseldikçe Tıbbi Kayıt Sistemine yönelik algıları düşmektedir. Bu doğrultuda H₁₅ kabul edilmiştir.

Genel olarak tıbbi kayıt sistemleri ile ilgili literatürde yapılan araştırmalarda daha çok Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemi üzerine yapılan çalışmalar olduğu görülmektedir. Örneğin, Top ve Gider'in (2012) "Hemşirelerin Elektronik Tıbbi Kayıtlara İlişkin Görüşleri: Kullanım, Kalite ve Kullanıcı Tatmini" adlı araştırmasında, hemşirelerin elektronik tıbbi kayıtlardan tatmin, elektronik tıbbi kayıtların kalitesi ve kullanıcı tatmini boyutlarının eğitim durumuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Ayrıca araştırmada kullanım, tatmin ve kalite boyutları arasında güçlü ve pozitif ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.

Bir diğer araştırma; Sunay'ın (2006) yapmış olduğu "Tıbbi kayıtların düzenlenmesi ve saklanması" isimli çalışmada, hastaya ait tüm verilerin yazılı olarak tespit edilmesi ve kayıt altına alınması, belli bir ölçüde iş yükü ve zaman kaybı olarak değerlendirilse bile; meslek hayatına yeni atılan hekimlerin, tanı ve tedavide gösterdikleri özen ve dikkati tıbbi belgelerin düzenlenmesi aşamasında da göstermeleri, ileride ortaya çıkabilecek ciddi hukuki sorunların önüne geçilmesini sağlayacağını ifade etmiştir.

Araştırmamızda meslek grupları değişkeninin Tıbbi kayıt sistemi boyutları arasında Tıbbi Sekreterlerin en olumlu yanıtları verdikleri görülmüştür. Hastalara, hasta yakınlarına ve hizmet talep eden diğer kişilere güvenli, kaliteli, hızlı ve ekonomik hizmet sunmak sağlık işletmelerinin temel amaçlarından biridir. Bu amacı gerçekleştirmek için iyi yetişmiş sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yanında, eğitilmiş tıbbi sekreterlere ve iyi organize edilmiş sekreterlik hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kuruluşlarında özellikle de yataklı tedavi kurumlarında üretilen hizmetler sonucunda çok fazla belge, rapor veya doküman üretilmektedir. Sağlık kuruluşlarında görev yapan sekreterler her türlü yazışmalar ve rapor hazırlamayı içeren yazılı iletişimi sağlamaktan sorumludurlar. Hekimlerin ETK Sistemine yönelik, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum ve Genel Tutum boyut algılarında ise en düşük puanı verdikleri görülmüştür. Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum boyutunda ise en düşük puanı hemşirelerin verdiği görülmüştür.

Bir kamu hastanesi "Cerrahi Kliniğinde Sağlık Personelinin Bilgisayar Kullanım Durumlarının Belirlenmesi" ile ilgili 17 sağlık personeline yapılan bir araştırmada elde edilen

sonuç ise şu şekildedir. Cerrahi kliniklerinde hasta verilerinin toplanması, dokümantasyonu ve saklanması hem hukuksal hem de hastaya bütüncül yaklaşımdan oldukça önemlidir. Kâğıda dayalı veri kaydı cerrahi klinikleri için önemli iş gücü kaybı ve veri kaybını beraberinde getirdiği ve bilgisayar kullanımı kâğıt orijinli veri dokümantasyonuna oranla tercih edilen bir durum olduğu ifade edilmiştir (Değirmen N. Kevser Y. Çalık E. 2006).

Mazandaran Üniversitesinde okuyan 207 tıp öğrencisine yapılan bir araştırma sonucunda; hastanelerde tıbbi kayıtlardaki yetersizliğin, tıbbi kayıt yöntemine karşı öğrencilerin farkındalıklarının da ki eksikliğe bağlı olduğunu gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, öğrencilerin değerlendirilmesinde kayıtların tamamlanmasındaki dikkatsizlik öğrencilerin uygulamalarını etkileyebileceği vurgulanmıştır (Siamian, Ghafari, Aligolbandi, Vahedi, 2008).

İran’ da bir üniversitede yapılan araştırmada ise tıbbi kayıtların formunda doğrulamanın ne kadar önemli olduğunu ve tıbbi kayıtların tıp tarihinin devamlılığını nasıl açıkladığı ortaya çıkarmaya çalışmışlardır (Kabirzadeh A. Saravi B, 2005). Yine İran’ da yapılan diğer bir araştırmada tıbbi kayıtlarla ilgili düzeltme, kayıt tutma, imha ve prosedürler konularında eksiklik olmasının hastaneler için büyük bir karışıklığa sebep olacağını belirtmektedirler (Tavakoli N. Saghaiannejad S. Habibi M. 2012).

Şenel’in (2003) “Zonguldak İlindeki Bazı Hastanelerde Çalışan Doktorların Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazırlık Durumunun Değerlendirilmesi” çalışması üç hastanede görev yapan doktorlara uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; araştırmaya katılan doktorların elektronik kayıt sistemlerini olumlu algıladıkları ve bilgisayar korku düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tıbbi kayıt sistemi ile ilgili yapılan araştırmalardan da anlaşıldığı üzere, konu ve meslek ayrımı yapılarak çalışılmıştır. Bu nedenle sisteme bütünsel bir yaklaşım olamamakla birlikte, araştırmamızı diğer araştırmalarla kıyaslayamamaya sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetleri diğer alanlardan daha fazla bilgiye duyarlı bir alandır ve etkin bir yönetim için sistematik olarak bilginin elde edilmesini gerektirir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu, geniş kapsamlı ve iyi planlanmış bir bilgi sürecine bağlıdır. Bu bilgilerin doğru

şekilde ve doğru kişilerce kayıt altına alınması gerekmektedir. Tüm sağlık çalışanların kayıt sistemi kültürü ve bilinci ile çalışması kuruma büyük fayda sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farklı sağlık kuruluşlarında yapılan bu araştırmada sağlık personelleri ve kurumlar için büyük öneme sahip olan Tıbbi Kayıt sisteminin süreçleri ile ilgili çalışanların yaklaşımları ortaya konulmak istenilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket formu üç boyut (Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum, Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum) esas alınarak hazırlanmıştır. Bu boyutlar; “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum”, “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” olarak belirlenmiştir. Ayrıca soru olarak sorulan “Genel olarak Tıbbi Kayıt Sistemi Kullanış Seviyenizi Nasıl değerlendiriyorsunuz?” değişkeni ‘Genel Tutum’ olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada da hizmet kalitesinin en önemli boyutları “Elektronik Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutum”, ve “Kalite ve Akreditasyon Açısından Tutum” olarak karşımıza çıkmıştır. , “Form Kayıt Sistemine Yönelik Tutum” boyuta ise en az puanı alan Tıbbi Kayıt Sistemi boyutu olmuştur.

Hastaneler kaliteli sağlık hizmeti sunma amacına ulaşabilmek için birtakım faaliyetlerde bulunmaktadır. Sağlık kurumunda gerçekleşen tüm faaliyetler hakkında verilerin toplanması, bu verilerden bilgilerin üretilmesi ve üretilen bilginin ilgili bilgi kullanıcılarına ulaştırılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında kurulacak olan bilgi sistemlerinin hem tıbbi faaliyetlere hem de idari faaliyetlere ilişkin verileri toplayacak ve bu verileri işleyecek niteliğe sahip olması gerekmektedir.

Hastanelerde bulunan hastane otomasyon sistemleri içerisinde hastaya ait her türlü idari ve tıbbi veriler hastanın yaşamı boyunca tutulmalı ve ihtiyaç duyulan her an ve her yerden standartlaşmış belirli güvenlik sınırlamaları kullanılarak erişilebilmelidir. Hastanelerde çalışan başta doktorlar ve tabip dışı personel olmak üzere, statüsüne bakılmadan tüm personelin hastane otomasyon sistemine ait bilinç düzeyi arttırılmalıdır. Böylelikle sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliğinin artmasına katkıda bulunulabilir.

Hastanede görev alan ve değer yaratan tüm çalışanlara gerekli eğitimin verilmesi ve kendinden beklenen sorumluluklarını yerine getirmesi, hastanenin genel Tıbbi Kayıt Sistemi kalitesinin iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışanlara özellikle, Tıbbi Kayıt Sistemi ile ilgili temel konular dikkate alınarak eğitimler verilmelidir.

Ayrıca bilgisayar ve tıbbi bilişim eğitiminin içeriğinin düzenlenmesi, hizmet içi eğitimlerin artırılması ve bilgisayar kullanımının iş yoğunluğunu azaltacağı, yararları ve gerekliliği konularında personelin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık personelinde farkındalık geliştirmek ve bilgilendirmek için hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir. Bunun yanı sıra standardize edilmiş bir terminoloji ile veri girişlerinin sağlanması önerilmektedir.

Türkiye'de Tıbbi Dokümantasyon eğitimlerinin ön lisans ve lisans düzeyinde olması ve bu okullardan mezun kişilerin kamuda çalışması için işe giriş prosedürlerinin kolaylaştırılması, eğitilmiş ve uzman kişilerin hastane kayıtlarında görev almasını sağlayacaktır. Bu şekilde tıbbi kayıt sistemlerinde en çok rol alan tıbbi sekreterlerin bilinçli ve konuya hâkim olarak çalışmalarda etkin bir yere sahip olmalarını sağlayacaktır. Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin diğer meslekler arasında Tıbbi Kayıt sistemi boyutlarına en olumlu algıyı yansıttıkları görülmüştür. Bu algının daha güçlenmesi için eğitim seviyesinin yükseltilmesi göz önüne alınmalıdır.

Tıbbi kayıtların istenilen standartlara göre tutulması için verinin doğru, zamanında ve eksiksiz olarak girilmesinin tüm çalışanların görevi olduğu konusunda sorumluluk bilinci verilmeli ve bu konu üzerinde hassasiyetle durulmalıdır.

Mevzuatlar gereği eksiksiz doldurulması gereken formlar(muayene formu, ameliyat raporu, çıkış özeti vb.) konusunda çalışanlara bilgi verilerek, tıbbi kayıtlarda içerik, yeterli veri kaydetme gibi önemli basamaklarda sorunların yaşanmasını önleyecektir.

Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, tıbbi ve idari birimler ile hasta dosyaları arşivi arasındaki ilişkilerin daha olumlu sonuçlar vermesi ve hasta bakımının daha verimli bir biçimde kontrolünün sağlanması, hastanelerde kurulacak ve belirli yönergelerle çalışacak tıbbi kayıt inceleme komite veya ekipleriyle mümkün olabilecektir. Komitenin temel görevi; 'Tıbbi kayıtların düzenli, doğru, eksiksiz ve zamanında doldurulup doldurulmadığını incelemek, hasta bakımını değerlendirmek ve kalitesini artırmak için faaliyetlerde bulunmak.' olarak tanımlanmalıdır. Komitenin bir diğer önemli görevi ise tıbbi kayıtlarda kullanılan formlarda standardizasyonu sağlamak, kayıtları sürekli gözden geçirerek kullanıcıların beklentilerine, ihtiyaçlarına ve değişen koşullara uygun hale getirmektir. Bu komite tıbbi kayıtların hazırlanması, saklanması ve kullanılmasına yönelik politikaları da belirlemelidir. Komite incelemelerini hasta dosyalarını kullanarak gerçekleştirecektir. Bu ekipte

tıbbi, idari ve klinik temsilcileri üye olarak katılması multidisipliner bir yapının olması gerekmektedir.

Söz konusu yasal düzenlemeler incelendiğinde; hastanelerde amaca uygun bir tıbbi kayıt ve arşiv sisteminin kurulmasını ve düzenlenmesini sağlaması açısından eksik ve yetersiz olduğu söylenebilir. Bu nedenle elektronik kayıt sistemini de düzenleyen tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşiv sistemiyle ilgili bir yönetmeliğin çıkarılması gerekmektedir. Çıkarılan yeni ve amaca uygun bir yönetmelik yukarıda belirtilen problemlerin tüm hastaneler açısından giderilmesinde etkili olacaktır.

Bu çalışma hastanelerin en önemli çıktılarından biri olan kayıtların güvenliği ve geçerliliğini etkileyen unsurların tespitinde ve hastane yöneticileri için daha iyi bir tıbbi kayıt sistemi oluşturulması çalışmalarında yol göstericidir.

7. KAYNAKLAR

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği,

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=> , 10.09.2013.

Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esaslar,

<http://www.ankara2khb.gov.tr/userfiles/files/Adli%20Tabiblik%20Hizmetlerinin%20Yurutulmesinde%20Uyulacak%20Esaslar.pdf> , 10.09.13.

Alpkoçak A. Bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri ve internet, 2000,

<http://people.cs.deu.edu.tr/alpkocak/Papers/BHKS.pdf> , 11.08.2013.

Altındış S. Sağlık hizmetlerinde bilgi yönetimi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2011–2012 tarihli Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 23. sayı, s: 90–91.

Aktan C. C. , Işık A. K. , Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler, 03.02.2014. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> .

Aktürk Z. ‘ Aile Hekimliğinde kayıtlar’, V. Ulusal Aile Hekimliği Kongre Kitapçığı,2002, Adana.

Aksungur A, Göktaş B. Önder Ö. R. Cankul İ. H. “Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi”, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.10,S.1,Ankara,2011.

Ay F. Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi, Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 131–136.

Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında yönetmelik,

<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11969&sourceXmlSearch=ayakta&MevzuatIliski=0>, 18.08.2013.

Aydemir F.A. , Toplam Kalite Yönetiminin İş Yaşamına Etkisi ve Sağlık Sektöründe Uygulanması, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sanayi ve Teknoloji Yönetimi Ana Bilim Dalı, 2007, Konya.

Aydınlı C. ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Standardı, 2009.

Bach A. Singer M. B. Bach M. The Perfect Electronic Medical Record System, JAOA, vol 110, 10, 2010; 615.

Balcı, A. Kamu örgütlerinde toplam kalite yönetimi uygulanması: olumlu perspektifler ve olası zorluklar, Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2005, 2(5), 196–201.

Bates, D. “Using Information Technology to Reduce Rates of Medical Errors in Hospitals”, British Medical Journal, 2000, 320: 788-791.

Bohigas L, Brooks T, Donahue T, Donaldson B, Heidemann E, Shaw C, Smith D
A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes
and a consideration of the related management issues. International Journal for Quality
in Health Care 10(1), 1998; 7–13.

Ceylan F. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, Uludağ Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Ders Notları, Bursa, 2012,s:4.

Ceylan F. Sağlık Hizmetlerinde Arşivleme, Uludağ Üniversitesi Sağlık Meslek yüksekokulu, Eğitim Seminer Çalışması, 2007, Bursa.

Çelik A. Hekimlerin ve Hastanelerin Sorumluluğu,
<http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu.htm> , 12.09.13

Çıraklı Z. Sayım F. “ Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi” , 2000, İstanbul.

Demirel A. Sağlık hizmetleri yönetiminde sağlık bilgi sistemleri ve kullanım modülleri, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

Demirhan A, Güler İ, Bilişim ve sağlık. Bilişim teknolojileri dergisi, 2011, 4(3):13–20.

Devebakan N. "Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik,
http://mevzuat.meb.gov.tr/html/19816_0.html, 10.09.2013

Doğan O. İ. ve Tütüncü Ö. Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama, DEU Rektörlük Matbaası, İzmir, 2003.

Dokümantasyon, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, I. baskı,2012,s; 7–12.

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Hizmet Alımı, Teknik Bakım, Onarım Ve Destek Teknik Şartnamesi, 2014.

Ecer H.F., Demirel Y., Uslu S. Sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin uygulanabilirliği üzerine bir araştırma. Standard Dergisi, 2002; 41(490), 66–74.

Efil İ. Toplam Kalite Yönetimi ve Iso 9000 Kalite Güvence sistemi, Alfa yayınları, 4. Baskı, İstanbul, 1999; 16–28.

Erem N. Toplam kalite yönetiminin hizmet işletmelerinde uygulanması ve Süleyman Demirel üniversitesi tıp fakültesi araştırma ve uygulama hastanesinde bir örnek uygulama,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, 2009.

Erkan, G. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi ve müşteri (hasta ve hasta yakını) memnuniyetine etkisi üzerine teorik ve uygulamalı bir çalışma (Akdeniz üniversite hastanesi örneği, yayınlanmış yüksek lisans tezi, Konya,2011.

Esatoğlu A. E. Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Sağlık Kayıtlarında Etik, Anadolu Üniversitesi Yayını, 1.baskı, Eskişehir, 2013, s:208.

Esatoğlu A. E. III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Özel Sağlık Kurumları Yönetiminin Tıbbi Kayıtlardan Sorumluluğu, Koza Matbaacılık, s:635, 2010, Ankara.

Esatoğlu A. E. ,Artukoğlu A. Tıbbi Dokümantasyon tarihi ve tıbbi dokümantasyon ile ilgili meslektaşının gelişimi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, Cilt 1, 2000, Sayı 1, 13–19.

Etöz S. Sağlık hizmetlerinde kalite Belgelendirme sistemleri ve akreditasyon, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü, Kamu yönetimi anabilim dalı, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Isparta, 2008.

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).

Gencel U. Yükseköğretim hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve akreditasyon, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 3:sayı 3, 2001.

Göçmen E. Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuksal Sorumluluk, <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=92> , 10.09.13.

Güleş H. K, Özata M, Sağlık Bilişim Sistemleri, 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, Eylül 2005, s. 4.

Hasta hakları yönetmeliği, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html> , 10.09.13.

Hasta ve Çalışan Güvenliği Açısından Kayıtların Önemi, <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/makaleler.asp?makaleid=15> , 10.09.2013.

Haux, R. (2006). Health information systems; past, present, future. International Journal of Medical Informatics, s; 75, 270.

Hayran O. “ Sağlık Hizmetleri”, <http://www.merih.net/m1/wosmhay12.htm>, 10.09.13.

HBYS Sivas Kamu Hastaneler Birliği Hbys Teknik Şartnamesi, <http://skhb.gov.tr/icerikler/ihale/HBYS.pdf> , 02.04.2014.

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=26> ,Sağlıkta performans ve kalite yönergesi, 22.03.2013.

http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx ,History of The Joint Commission, 22.03.2013.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-327/saglik-mevzuati.html>, 10.09.13

ISO 27000 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Standartları Nelerdir? 03.02.2014. http://www.isokalitebelgesi.com/iso_belgeleri_egitim_danismanlik/TS_ISO_IEC_27000_27001_27002_27003_27004_27005_22096/Bilgi_g%C3%BCvenligi_yonetim_sistemi_standart_standardi_standartlari_1.php .

Işık O. Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Anadolu Üniversitesi yayını, 1.baskı, Eskişehir, 2013, s:16.- 20.

Işık O. ve Akbolat M.2010, Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Bilgi Dünyası Dergisi, 2010, 11 (2) 365–389.

İnceboz T. Sağlıkta kalite uygulamaları ve Iso 15189:2007 (tıbbi laboratuvarların akreditasyonu) akreditasyon uygulamalarını öncesi ve sonrası karşılaştırılması, Dokuz eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek lisans tezi, 2009; 6.

İncesu E. Yorulmaz M. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve toplam kalite yönetimi, Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Araştırması, 2011, III. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi.

Kabirzadeh A. Saravi B. The history of medicine and Its Relationship with medical records, Türkiye Klinikler J Med Ethics 2005, 13: 199–202.

Kavuncubaşı, Ş. Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010; 29–34–39–453–466- 467- 434–436–437.

Kaplan A. Yılmaz A. Demir Ö. Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki Tıbbi Kayıt ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin ICD 10 AM Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu, Ankara, Hacettepe Üniversitesi,2006,s:3.

Kaya S. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, In: TENGİLİMOĞLU D.İŞİK O. AKBOLAT M.YILMAZ A. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, 1. Baskı, Eskişehir, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, 2013, s:65.

Kısa A. Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir,2002, s. 3.

Kiremitçi İ. İzmir ilinde bulunan II. basamak devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin özdeğerlendirme modelini algılama düzeyleri, Dokuz eylül Ün. Sağlık bilimleri enstitüsü, yayınlanmış yüksek lisans tezi, 2009.

Kurtulmuş Sevgi, “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Dinamikleri Yay. İstanbul, 1998, s.85–91–246–248.

Külcü Ö. Çakmak T. Özel N. , Kalite Yönetimi, Kalite Sistem Dokümantasyonu ve ISO Standartlarında Belge Yönetimi, 1. baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2012, s: 65.

Küyük A., Kaplan A, Yılmaz A, Elektronik sağlık kayıt sistemlerinin kütüphanelerle birleştirilmesi. Bilgi dünyası dergisi, 2005, 6(1): 3–14.

Marsap A, Akalp G, Yeniman E, Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi, Bilişim teknolojileri dergisi, cilt: 3, 2010, sayı: 1.

Melek S. Bilgi güvenliği ve yedekleme çözümleri, SABİYAP Sağlık Bilişimi ve Teknolojisi Dergisi, S 3, 2009, s.10.

Mercan M. Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Bakanlığı ders Notları, Hastane Yönetimi, Ankara, s. 31,
http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/hastane_yonetimi_egitimi_referans_notlari.pdf,
16.12.2012.

Morgil O, Küçükçirkin M. TOBB'in Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı:1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1995.

Joint Commission International, Hastaneler için Akreditasyon standartları, 3. baskı, 2008.

Odacıoğlu Y. Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Hastane Bilgi Sistemleri Kurulum Süreci, Anadolu Üniversitesi Yayını, 1.baskı, Eskişehir, 2013, s:140.

Omachonu V.K. Quality of care: new criteria for evaluation, nursing management, an apses publication, Florida. 1990, 2–11.

Ömürbek N. Altın F. Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği, SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Mayıs 2009, Sayı:19, s.211–232.

Rosenbloom T. S. Denny J.C. Xu H. Lorenzi N. ve ark. Data from clinical notes: a perspective on the tension between structure and flexible documentation, J Am Med Inform Assoc, 2011;18:181–186.

<http://jamia.bmj.com/content/18/2/181.full.pdf+html?sid=7243c278-c6ce-4541-b456-d63655f251fc> , 12.09.2013.

Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS),

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_mart_2011/ek122082013.pdf , 12.09.13

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> , E.T. 17.02.2014.

Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik,

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=141> , 12.09.13.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,

http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/11042005_k_11.pdf , 18.08.2013.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=240&item_id=34 , 10.09.2013

Sağlık ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Sağlık kurumları işletmeciliği 2. Sınıf, Şafak baskı evi, Murat yayınları, Ankara, 2011.

Sağlık Tesisi Kalite Katsayısı Belirlenmesine İlişkin Yönergesi,

<http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1303,saglik-tesisi-kalite-yonergesi---14022013.pdf?0> ,

12.09.13

Sağnak P. Hastane İşletmelerinde Doğru Kaynak Kullanımının Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmini Yaratılmasındaki Rolü ve Bir Pazarlama Aracı Olarak Kullanılması; GATA Hastanesi'nde Bir Araştırma, Atılım Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, 2010, s.49.

Sargutan A.E. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005;8(3).

Shortliffe E. Blois M, The computer meets medicine and biology: Emergence of a discipline. Medical Informatics Computer: Computer Applications in Health Care and Biomedicine, 2011, s: 11.

Shuttleworth M. The History of Medicine and Ancient Egyptian Medicine, 2010, <http://explorable.com/ancient-medicine> ,15.08.2013.

Sıamian H, Ghafarı A.B, Alıgolbandı K, Vahedi M, Mazandaran Üniversitesi Tıbbi Bilimlerine Bağlı Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde Tıp Öğrencilerinin Tıbbi Kayıtların Dokümantasyonu ile İlgili Bilgi, Tutum ve Uygulama Oranları Üzerine Bir Çalışma, 2008, 16(1):8-12.

<http://tipdizini.turkiyeklinikleri.com/tr/50464/mazandaran-%C3%BCniversitesi-tibbi-bilimlerine-ba%C4%9Fl%C4%B1-tedavi-ve-e%C4%9Fitim-merkezi%26%238217%3Bnde-t%C4%B1p-%C3%B6%C4%9Frenc/> , 22.03.2013

Somer P. III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Tıbbi Kayıtlar, Koza Matbaacılık, 2010: 527, 539,540, Ankara.

Somunoğlu S. Sağlık Kurumları yönetimi, 1. Baskı, Eskişehir, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, 2012, s: 3- 13.

Sunay Y. M. Tıbbi kayıtların düzenlenmesi ve saklanmasıda görülen eksiklikler ve hukuki sonuçları, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006; 2(50): 20–7.

Şahin Ü. Sarıkaya M. Barut A. Tekin İ. Ö. ve ark. Hastanelerde Bilgi Sistemlerinin Kalite ve Verimlilik Üzerine Etkisi; ZKÜ Hastanesi Tam Entegre Bilgi Yönetim Sistemi Örneği, 2. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 2005, Zonguldak.

Şenel P.T. Zonguldak İlindeki Bazı Hastanelerde Çalışan Doktorların Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazırlık Durumunun Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2003.

Şenocak Z. III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Özel Hukukta Tıbbi Kayıtların Tutulmasında Sorumluluk, Koza Matbaacılık, s:622, 2010, Ankara.

Tavakoli N. Saghaiannejad S. Habibi M. A Comparative Study of Laws and Procedures Pertaining To the Medical Records Retention in Selected Countries, Acta Inform Med. Sep 2012; 20(3): 174–179,
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508852/>, 17.03.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Mevzuatlar, www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-339/yönergeler.html , 22.03.13.

T.C.Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004, [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf), 11.09.2013

T.C. Sağlık Bakanlığı, Doküman yönetim sistemi rehberi. http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/09_mart_2011/dys_ics_ayfalar.pdf , 12.09.13 .

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010–2014,
<http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrostur/files/stratejikplan.pdf> , 12.09.13.

Tekin M. Toplam Kalite Yönetimi, 2007, (3.baskı), Günay Matbaa, Konya.

Tengilimoğlu D. Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Siyasal Kitabevi, ikinci baskı, 2012, s. 324.

Tezcan, Nermin (2000). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Etimesgut Hava Hastanesinde Personel Motivasyonunun Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu tasarısı, <http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html> , 10.09.2013.

Tütüncü Ö. Ağırlama hizmetlerinde Kalite Sistemleri, Detay yayıncılık,1. Baskı, Ankara 2009, s. 63- 66.

Top M, Gider Ö. Hemşirelerin elektronik tıbbi kayıtlara ilişkin görüşleri: kullanım, kalite ve kullanıcı tatmini, Uluslar arası 8. Bilgi, Ekonomi ve yönetim kongresi, bildiriler kitabı, s;1036–1048. <http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/omer.gider/bildiri/omer.gider> , 16.02.2012.

Toplam Kalite Yönetimi araştırma komitesi,(1994) Toplam kalite Yönetiminde Türkiye perspektifi. İstanbul, Üniform.

TS EN ISO 9001: 2008/ Mart 2009, Türk Standardı.(ICS 03.120.10)

Uğurbaş S.H. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Hastanesindeki Elektronik Kayıt Sisteminin Değerlendirilmesi, ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, yayınlanmış yüksek lisans tezi, 2006.

Ural A. ve Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Detay Yayıncılık, Ankara:2006, s:281–286.

Uryan B. Toplam kalite yönetimi, Mevzuat dergisi, Yıl 5, 2002, sayı 55, <http://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm>.

Uzkesici N. Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları,2002, <http://books.google.com/books>

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (Son Değişiklerle Beraber),
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli-son-degisi-.html> , 10.09.13.

Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi,
http://www.ihsm.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30102001.pdf , 12.09.13.

Yazgan M. Sağlık işletmelerinde, hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Ün. Sağlık Bilimleri Ens. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, 2009.

Yıldız H. Toplam kalite yönetimi algısının kurum kültürü üzerine etkileri: Sağlık sektöründe bir araştırma, Beykent üniversitesi Sosyal bilimler enstitüsü işletme yönetimi anabilim dalı Hastane ve sağlık kurumları yönetimi bilim dalı, yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul. 2011.

Yıldırım Zeybek B. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü, İşletme anabilim dalı, Tezsiz yüksek lisans projesi, Isparta, 2011.

Yılmaz A.N. Bektaş G. İbran A. Tıbbi dokümantasyon ve tıbbi sekreterlik mesleğinin gelişimi ve eğitimi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2013 tarihli 27. sayı, s: 34–37.

Yılmaz E, Sağlık Hizmetlerinde Lojistik Yönetimi ve Bir Uygulama, Marmara Üniversitesi (MÜ), SBE, YYLT, İstanbul, 2008, s.52.

Zerenler, M., Ögüt, A. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18, 2007; 501–502.

992 sayılı Şeriri Taharriyat ve Tahlilat Yapan ve Masli Teamüller 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.

Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun
Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46915/h/153724.pdf> , 21.04.2014.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, <http://www.tkhk.gov.tr/TR,93/devlet-arsiv-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik.html> , 21.04.2014.

Arşiv Mevzuatı, Sağlık Bakanlığı,

http://www.bsm.gov.tr/docs/arsivmevzuati2007%20_yeni_.pdf , 21.04.2014.

Bildirimi zorunlu hastalıklar,

http://shsm.gov.tr/public/documents/legislation/bhkp/bh/bhibs/BildirimiZorunluHastalikla_rICDKodlari.doc ,21.04.2014.

EK -1: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

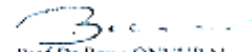
Konu: Karar hk.- 293

16.05.2011

Doç.Dr.Tonay INCEBOZ
Öğr.Nurcan Doğan YALÇIN

Kurulumuz tarafından 05.05.2011 tarih ve 145-GOA protokol numaralı 2011/15-21 karar numarası ile görüşülen "Sağlık Kuruluşlarında, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ONVURAL
Başkan

Ek: Etik Kurul Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçeritalı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU ADI	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	145-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Kuruluşlarında, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç Dr. Tonay İNCİBOZ Öğr. Nurgün Doğan YALÇIN Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe	☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe	☐	İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe	☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe	☒	İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/15-21	Tarih:05.05.2011
	Doç.Dr.Tonay INCEBOZ'un sorumlusu Öğr.Nurcan Doğan YALÇIN'ın yürütücüsü olduğu "Sağlık Kuruluşlarında, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amacı, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ONVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGOZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zühal BAĞCIAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.U Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK – 2: Özgeçmiş**ÖZGEÇMİŞ**

TC Kimlik No / Pasaport No:	47068399646
Doğum Yılı:	1985
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnciraltı /İZMİR.
Telefon:	0555 494 95 23
Faks:	-
e-posta:	dgn_nrcn@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Marmara Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2006

AKADEMİK / MES LEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
-	-	-	-	-	-

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanları
-

ÖDÜLLER

Ödüller
-

EK – 3: Anket

*SAĞLIK KURULUŞLARINDA KALİTE VE AKREDİTASYON AÇISINDAN TIBBİ KAYIT
SİSTEMİNE YAKLAŞIMLAR
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, saygılarımızı sunarım.

Nurcan DOĞAN YALÇIN

Anketi Yanıtlayanın;

Demografik Bilgiler;

1.Cinsiyeti :

a) Bayan b) Bay

2.Yaşınız :

a) 18-24 b) 25-34 c) 35-44 d) 45-54 e) 55 ve üzeri

3.Medeni Durumunuz:

Evli ()

Bekar ()

4.Aylık net geliriniz aşağıdakilerden hangisidir (TL) ?

a) 700'den az b) 700-849 c) 850-949 d) 950-1050 e) 1050 ve yukarı

5.Kıdem Yılıınız :

- a) 1 yıldan az ()
b) 1-3 ()
c) 4-6 ()
d) 7-9 ()
e) 10-14 ()
f) 15-19 ()
g) 20 ve daha fazla

6. Öğrenim Durumunuz :

- a)İlkokul-Ortaokul ()
b)Lise ve dengi ()
c)Üniversite ()
d)Lisansüstü ()
e) Öğretim Üyesi ()

7.Çalışma Statünüz :

- a) Kadrolu / idari personel ()
b) 4/b'li / idari personel ()
c) Üniversiteye bağlı firma personeli ()
d) Stajyer ()

8.Mesleğiniz :

- a) Hekim ()
b) Hemşire ()
c) Tıbbi sekreter ()
d) Diğer (teknisyen, laborant vb. ..) ()

TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE UĞRAŞAN SAĞLIK ÇALIŞANININ YAKLAŞIMINI ÖLÇME ANKETİ

Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili **Tıbbi Kayıt Sistemi ile ilgili olarak**, aşağıda belirtilen seçeneklerden birisi ile (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum) belirtiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
KURUMUNUZDAKİ TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE İLGİLİ OLARAK					
1. Hasta kayıtlarını doldururken form bilgileri açık ve anlaşılırdır.	①	②	③	④	⑤
2. Hasta formlarının işimi kolaylaştırdığını düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
3. İstedğim zaman hasta bilgilerine formlardan rahatlıkla ulaşabiliyorum.	①	②	③	④	⑤
4. Tıbbi kayıt formlarında yazılması gereken alanlardan gereksiz gördüklerimi doldurmamayı tercih ediyorum.	①	②	③	④	⑤
5. Hastaya uygulama yaparken önceliğim tedavi ve hasta, sonrasında kayıt tutmaktır.	①	②	③	④	⑤
6. Hasta transferleri veya taburcu durumlarında dosyalama sürecinde zorluk yaşamıyorum.	①	②	③	④	⑤
7. Hasta formlarına yazmam gerekenlerin eğitimini aldım.	①	②	③	④	⑤
8.Hasta bilgi kayıtlarının eksikliği durumunda ilgili yetkili (dr-hemşire vb.) kişiye rahatlıkla ulaşabiliyorum.	①	②	③	④	⑤
ELEKTRONİK TIBBİ KAYIT SİSTEMİ İLE İLGİLİ OLARAK					
1.Elektronik kayıt sistemi ile ilgili kurumumdan eğitim aldım.	①	②	③	④	⑤
2. Elektronik kayıt sisteminin form doldurmaktan daha kolay ve kısa sürede işimin bitmesini sağladığını düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
3.Elektronik kayıt sisteminde hasta bilgisi ararken nereden ulaşabileceğimi biliyorum.	①	②	③	④	⑤
4.Elektronik ortamda tıbbi kayıtların saklanması daha güvenilir olduğunu düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
5. Acil duyulan bir bilgiye, hastane içinde herhangi bir servisten, bölümden kolaylıkla ulaşabiliyorum.	①	②	③	④	⑤
6. Bilgisayarda veri girişlerinde bir hata olduğunda bunu kısa sürede veri kaybetmeden düzeltebiliyorum.	①	②	③	④	⑤
7. Elektronik tıbbi kayıt sistemi ile hasta bakımı ve klinik performansımı olumlu etkilediğini düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
8.Tıbbi kayıt sisteminde bilgisayarda bilmediğim bir şey olduğunda danışacağım kişileri biliyorum.	①	②	③	④	⑤

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

Kurumunuzda Kalite Akreditasyon açısından Elektronik ve/veya Tıbbi Kayıt sistemine ait önerileriniz var mı?

☐ Hayır

☐ Evet, ise lütfen belirtiniz.....

.....

.....



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları
Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

ŞUBESİ : B-10-4-ISM-4-35-65-72/ Personel
SAYI : 6313
KONU : Dilekçeniz

28 Nisan 2011

Nurcan DOĞAN YALÇIN

İlgi:26/04/2011 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz incelenmiş olup, hastanemizde anket yapma isteğiniz uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Nurettin ÜNAL
BAŞHEKİM

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Newvar-Salih İŞGÖREN Alsancak Devlet Hastanesi Baştabipliği
İZMİR

29./04/2011

Şubesi : Personel
Sayı : 3398
Konu : Dilekçeniz.

Nurcan Doğan Yalçın
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon
Öğrenci

İlgi: 26.04.2011 tarihli dilekçeniz.

Hastanemizde "Sağlık Kuruluşlarında, Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar" adlı araştırmanız için kurumumuzda çalışan veri giriş elemanları, genel idare hizmetler sınıfı çalışanları ve tüm sağlık personeli ile anket yapmanız uygun görülmüş olup, bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr. Aslan SAVAŞAN
Baştabip





**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ**

**SAYI : B.30.2.DEÜ.0.H1.70.00/
KONU :**

BALÇOVA / İZMİR

07.03.2011-001597

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İlgi:01.03.2011 tarih ve 589 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsettiğiniz Yüksek Lisans programı öğrencisi Nurcan DOĞAN YALÇIN'ın "Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar" isimli tezini 20Mart 2011-20Ağustos 2011 tarihleri arasında hastanemizde uygulama yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İzmir
Tel:+90(232) 412 23 14 Fax: +90(232) 412 21 98 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gülay ÖRCÜN
e-post: gulay.orcun@deu.edu.tr Elektronik ağ: www.deu.edu.tr

07.03.11
07.03
07

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**
Kayıt Tarihi: 07-03-2011
Kayıt No : 0893
Görsel No :