

TIBBİ KAYITLARLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR



İÇİNDEKİLER

- Tıbbi Dokümantasyon
- Tıbbi Kayıt Sistemi
- Tıbbi Kayıt Çeşitleri
- Tıbbi Kayıtlarla İlgili Temel Kavramlar
- Dökümantasyon/Kayıt Süreci
- Kayıt Tutmanın Nedenleri
- Kayıt Tutmanın Amaçları
- Tıbbi Kayıtlarda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar
- Tıbbi Kayıt İlkeleri



HEDEFLER

- Bu üniteyi çalıştıktan sonra:
 - Tıbbi kayıt kavramını tanımlayıp, tıbbi kayıtlarla ilgili temel kavramları açıklayabilecek,
 - Doğru kayıt tutmak için dikkat edilmesi gereken kuralları bilecek,
 - Doğru ve eksiksiz bir tıbbi kayıt için gerekli verileri değerlendirebileceksiniz.



ATATÜRK
ÜNİVERSİTESİ

ATA-AÜT

TIBBİ DOKÜMANTASYON

Yrd. Doç. Dr.
**Hatice
DURMAZ**

ÜNİTE

1



Tıbbi dokümantasyon:
Tıbbi dokümanların
bilimsel standartlara
uygun olarak
toplanması,
düzenlemesi ve
saklanması işlemidir.

GİRİŞ

Sağlık kurumlarının temel amacı sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına güvenilir, kaliteli, ekonomik ve hızlı hizmet sunmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için iyi yetişmiş sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yanı sıra, iyi organize edilmiş dokümantasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu bölümün amacı tıbbi kayıtlar ile ilgili temel kavramları açıklamak, tıbbi kaydın önemini açıklamak ve doğru ve kaliteli bir tıbbi kayıt oluşturmak için yapılması gerekenleri belirtmektir.

TIBBİ DOKÜMANTASYON

Her sağlık kurumu tedavi ettiği tüm hastalara ait bilgileri saklamak zorundadır. Verileri saklamak hem akreditasyon açısından hem de herhangi bir sorun oluşması durumunda hukuksal ve yasal açıdan da gereklidir. İnsan sağlığını ilgilendiren konularda yapılan çalışmalardan elde edilen bu verileri bir düzen içinde gösteren belgelere *tıbbi doküman* denir. Tıbbi dokümanların bilimsel standartlara uygun olarak toplanması, düzenlemesi ve saklanması işlemine ise *tıbbi dokümantasyon* adı verilir.

Tıbbi doküman sistemi:

- Kuruma müracaat eden bireyin hastalığını ve tedavi sürecini belgeler.
- Hastanın tedavisine katılan tüm sağlık ekibi arasında iletişimi kolaylaştırır.
- Hastayı ilerleyen aşamalarda takip edecek diğer sağlık ekibi çalışanlarına bilgi sunar.
- Verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirler.
- Herhangi bir sorun oluşması durumunda sağlık çalışanlarının ve hastanın yasal haklarını korur.
- Tüm sağlık çalışanlarının ve öğrencilerinin eğitiminde kullanılır.
- Yapılacak tıbbi araştırmalar ve halk sağlığı çalışmaları için veri kaynağı sağlar.
- Maliyet ve finansal yönetim politikasını belirlemede kullanılır.

Tıbbi dokümanların oluşturulmasında önemli bir basamak olan kayıt tutma işlemi sağlık hizmetlerini sunmak için gerekli olan sorgulayıcı bir parçadır.

TIBBİ KAYIT SİSTEMİ

Herhangi bir işlem sonrası sonuçları gösteren veya gerçekleştirilen faaliyetlerin delillerini sağlayan dokümanlara *kayıt* denir. Hastaya hangi tanıyla, ne zaman ve nasıl bir bakım ve tedavi hizmeti verildiğini gösteren belgeye ise *tıbbi kayıt* denir.

Türk Standartlar Enstitüsü 1996’da yayınladığı “hastanelerde akreditasyon” tasarısında tıbbi kayıt: 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” diye tanımlanmaktadır.

Hastane gibi sağlık kuruluşlarında, hasta bireylere ne tür işlemler uygulandığına dair bilgilerin kaydının tutulması yasal bir zorunluluktur. Tüm sağlık kurumları kendilerine müracaat eden sağlıklı ya da hasta bireylere gereken işlemleri uyguladıktan sonra ortaya çıkan sonuçları saklamak zorundadır. Sağlık kurumuna başvuran hasta bireye nasıl bir hizmet sunulduğunun belgelendirilmesi için oluşturulan tıbbi kayıtların amacı hasta bakımı, tıbbi araştırmalar, bilimsel çalışmalar, sağlık kurumları yönetimi, adli tıp, finansal yönetim ve halk sağlığı açısından yararlı bilgilere erişilmesine olanak sağlamaktır. Tıbbi kayıtlar, hastaya verilen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliğindedir.

Genel olarak tıbbi kayıtlar: hastanın hastalığını ve tedavi seyrini belirler, tedaviye katılan tüm birimlerin iletişimini sağlar ve verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini gösterir. Ayrıca sağlık kurumlarının maliyet ve finansal yönetim politikasını belirlemede de kullanılır.

Tıbbi kayıtların önemi genel olarak aşağıda sıralanmıştır:

- Tıbbi kayıtlar yasal belgelerdir.
- Yalnızca istenen ve gerekli olan verileri saklar.
- Bilginin unutulmasını önler.
- Bilgilerin toplanmasını hızlandırır.
- Hasta ile ilgili bilgilere kısa zamanda ulaşılmasını sağlar.
- Hastanın değerlendirilmesini sağlar.
- Personelin niteliğinin değerlendirilmesini sağlar.
- Kurumlaşmayı sağlar.



Tıbbi kayıtların amacı hasta bakımı, tıbbi araştırmalar, bilimsel çalışmalar, sağlık kurumları yönetimi, adli tıp, finansal yönetim ve halk sağlığı açısından bilgi erişimini sağlamaktır.

- Hataları önler.
- Mesleğin profesyonelleşmesi için gereklidir.
- Tıbbi kayıtlar hastayı, sağlık çalışanını ve kurumu korur.

Tıbbi kayıtlar, yetkili kişiler tarafından tutulan, kanıt olarak güvenilen, yazılı veya basılı herhangi bir nottur. Kayıt sisteminde yer alan bilgiler, verilen bakımın kalitesini göstermede önemli bir araçtır. Etkin bir kayıt sistemi bakımın devamlılığını sağlar, zaman kaybını önler ve hata riskini en aza indirir. Belgeleme sürecinin kalitesi de sağlık ekibi üyeleri arasındaki sözlü ve sözlü olmayan etkin iletişim yeteneğine bağlıdır.



Tıbbi kayıtlar, etkin bakım sisteminin devamlılığını sağlar.

Kayıt sistemi aşağıda yer alan birim ve kişilere hizmet etmek için kullanılır:

- Sosyal Güvenlik Kurumu ve Bakanlığı'na,
- Hastanın tedavi gördüğü hastaneye,
- Sigorta şirketlerine,
- Halk sağlığı birimlerine,
- Hukuk sistemine,
- Kalite yönetim sistemlerine,
- Bilim dünyasına,
- Tüm sağlık çalışanlarına,
- Hasta ve hasta yakınlarına,
- Sağlık birimlerinde eğitim gören öğrencilere.

TIBBİ KAYIT ÇEŞİTLERİ

Tıbbi kayıtlar uygulanan metot ve kullanılan malzemeye göre gruplara ayrılmaktadır.

Tıbbi Kayıtlar

Metoda Göre

1. Kaynağa Dayalı
2. Probleme Dayalı

Kullanılan Malzemeye Göre

1. Kâğıda Yazılı Tıbbi Kayıt
2. Elektronik Tıbbi Kayıt



Her sağlık kurumunun kendine özel bir kayıt sistemi mevcuttur.

Metoda Göre Tıbbi Kayıtlar

Kaynağa dayalı olanlar: Hasta, hasta yakını gibi kaynaklardan alınan veriler olduğu gibi kaydedilir. Kolay ve çabuk kayıt alınır fakat gerekli kişilere ulaşmak zordur. Ayrıca eksik bilgi kaydetme ihtimali yüksektir.

Probleme dayalı tıbbi kayıtlar: Ön planda problemi olan hasta yer alır. Veriler sistematiktir, verilere ulaşım kolaydır. Fakat kayıt yapmak için zaman ve eğitim gerekir.

Kullanılan Malzemeye Göre Tıbbi Kayıtlar

Kağıda yazılı tıbbi kayıtlar: Hastaya ait dosyalar, bilgi kartları, tedavi süreci ile ilgili bilgi notları bu grupta yer alır. Alışılmış bir sistemdir. Kayıтта esneklik sağlar, taşınabilir ve elektrik kesintisinden etkilenmez. Fakat bilgi üretim süreci ve entegrasyonu zordur.

Elektronik tıbbi kayıtlar: Tüm veriler kuruma ait özel bir kayıt programında yer alır.

Tıbbi Kayıtların İçeriği

Tıbbi kayıtların tutulması için standart bir kayıt sistemi kullanma zorunluluğu olmadığından her sağlık kurumunu kendi çalışma biçimi doğrultusunda kayıt sistemi oluşturmaktadır. Fakat genel olarak tüm kayıt formları aşağıdaki bilgileri içermektedir:

- Hastanın hastaneye kabul bilgileri,
- Hastaya ait tanımlayıcı ve demografik veriler,
- Risk faktörleri,
- Tıbbi öykü,
- Tıbbi tanılama bulguları,
- Tıbbi tanılar ve tedavi için yapılan tüm girişimler,
- Uygulanan ilaçlar,
- Cerrahi işlem uygulanmış ise girişimin özeti,
- Alerji ve ilaç reaksiyonları,
- Tedavi seyrine ait notlar,
- Taburculuk süreci.

TIBBİ KAYITLARLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR



Tıbbi kayıtlarda temel kavramlar:
dokümantasyon, belge, hasta kaydı, tıbbi belge, sağlık kaydı, tıbbi doküman ve tıbbi dokümantasyondur.

Tıbbi kayıtlar üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde tıbbi kayıt sistemi ile ilgili 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. Tıbbi kayıtlarla ilgili temel kavramlar farklı açılardan tanımlansalar da anlam açısından aynı çerçevede yer aldıkları görülmektedir.

Bu kavramlara tek tek bakılacak olursa:

Dokümantasyon: Kurum tarafından belirlenen standartlara uygun olarak belgelenen, denetlemeyi ve aksayan yönleri iyileştirmeyi amaçlayan, iyi bir kalite yönetim sisteminin gereği olarak tutulan tüm kayıtlardır.

Belge: Bir duruma tanıklık eden yazı, resim ve dokümanların tamamıdır.

Hasta kaydı: Hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan kayıtlardır. Bu kayıtlar hastanın kuruma ilk başvurduğu anda tutulmaya başlar. Hasta ile ilgili tüm hastalık ve tedavi süreci bilgileri kurum tarafından özel yöntemlerle depolanır. Geleneksel olarak kâğıt üzerine yazılır ve hastaya ait bakım verilerini içerir.

Sağlık kaydı: Bireylerin geçmişten günümüze kadar fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili verilerin kayıt altına alınmasıdır.

Tıbbi doküman: Sağlık üzerine yapılmış tüm çalışmalardan elde edilen verileri belli bir düzen içerisinde gösteren belgelerdir.

Tıbbi dokümantasyon: Çalışma sonuçlarından elde edilen tıbbi dokümanların uygun olarak toplanması, bir düzene koyulması ve saklanması işlemidir.

Tıbbi kayıt: Hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili kararların alınmasına yardımcı olan değerli bir araç olarak tanımlanabilir.

Tıbbi kayıt sistemi: Tanı ve tedavi hizmetlerini destekleyen, hekimlerin klinik kararları daha etkili biçimde almalarını kolaylaştıran bilgileri üreten bilgi sistemidir.

KAYIT TUTMANIN NEDENLERİ

Tıbbi kayıtlar hem sağlık çalışanlarının hem de hastanın tedavi sürecinin bütününe görebilmesi, tanının zaman kaybı olmadan konulabilmesi, etkili bir bakım ve tedavi uygulanabilmesi ve gereksiz zaman ve para kaybının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Tıbbi kayıtlar genel olarak aşağıdaki nedenlerden dolayı tutulmaktadır:

- Tıbbi kayıtlar sağlık çalışanlarına ve araştırmacılara epidemiyolojik veri sağlar.
- Hastalık ve tedaviler hakkında yapılacak istatistiklere veri kaynağı sağlar.
- Resmi kurumlar için veri paylaşımı sağlar.
- Tıbbi karar vermede yardımcı olur.
- Risk yönetimine yardımcı olur.
- Kurum için kalite iyileştirme aracı olarak kullanılır.
- Sağlık çalışanları arasında iletişimi kolaylaştırır.
- Tıbbi anlamda karar vermeye ve sağlık sorumluluğunu üstlenmeye yardımcı olur.
- Yasal sorunlarda sağlık çalışanlarının ve hastanın haklarını korumada yardımcı olur.
- Bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almalarına yardım eder.
- Zaman, işgücü ve maliyet kaybını önler.

KAYIT TUTMANIN AMAÇLARI

Hasta kayıtlarının amacı iletişim, veri toplama, araştırma, eğitim, denetleme ve kontrol, mali faturalandırma, yasal belge sağlama süreçleri hakkında bilgi sağlamaktır.

İletişim

Tıbbi kayıtlar sağlık ekibinin hasta hakkında iletişim kurmalarına yarayan araçlardır. Bu özel iletişim sayesinde bakımın sürekliliği ve kalitesi sağlanmış olur.

Veri Toplama

Kayıtlar bireyin sağlık durumunu gösteren veriler içerdiği gibi gözlemleri doğrulamaya ya da yorumları çürütmeye yaramaktadır.



Hasta kayıtlarının amacı: Belge sağlama süreçleri hakkında bilgi sağlamaktır.

Araştırmak

Kayıtlar aracılığı ile herhangi bir sağlık kurumuna kayıtlı hasta popülasyonu hakkında bilgi alınabilir. Bir hastalığın yaygınlığı, kullanılan tedavi seçenekleri, hangi tedavinin başarılı/başarısız olduğu, komplikasyonların sıklığı gibi bilgilere erişilebilir. Ayrıca klinik bozuklukların sıklığı, ölüm ve iyileşme oranları hakkında istatistik yapmak içinde tıbbi kaynaklardan yararlanılır.

Eğitim

Tıbbi kayıtlar tüm sağlık disiplinleri ve öğrenciler tarafından eğitim kaynağı olarak da kullanılmaktadır. Hastalıkların ve bireyin yanıtlarının doğasını öğrenmenin en etkili yolu kayıtların incelenmesidir.

Denetleme ve Kontrol

Kurumda çalışan sağlık ekibinin başarısı hakkında bilgi sağlamak, bakımın kalitesini ve eksiklerinin değerlendirmek için belirli aralıklarla kayıtlar kontrol edilmektedir. Bu şekilde doğru politikalar yapılır ve sağlık kurumu kendisini güncel bir şekilde değerlendirmiş olur.

Maliyet Hesaplama

Hasta birey ile ilgili tüm kayıtlar bakım için harcanan giderleri göstermektedir. Kayıtların zaman zaman gözden geçirilmesi, kuruma ekonomik durum hakkında gerçek veri sağlamaktadır. Bu şekilde etkin ve ekonomik miktarda harcama yapılması kolaylaşır. Kurumun, sağlık hizmetleri kapsamında harcanan maddi giderler adına ödenek alması için de tıbbi kayıtların doğru ve tam tutulması gerekmektedir.

Yasal Belge

Doğru tutulan kayıtlar etik ve adli davalarda en önemli yasal belgelerdir. Kayıt edilmemiş her türlü bakım hizmeti uygulanmamış gibidir. Herhangi bir hukuksal sorun durumunda yasal dayanak sağlamak amacıyla tıbbi kayıtlar tutulmaktadır.



Tıbbi Kayıt ilkeleri:
Gizlilik, gerçeklik,
doğruluk, tamlik,
güncellik, mantıksallık,
kapsamlılık,
organizasyon, kısıklık ve
özlüktür.

TIBBİ KAYIT İLKELERİ

Kaliteli kayıt ve doğru raporlandırma için dikkat edilecek ilkeler aşağıda verilmiştir:

Gizlilik

Sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri yasal ve etik olarak hastaya ait bilgilerin gizliliğinin korunmasından sorumludur. Hastaya ait tıbbi kayıtlarla alakalı hiçbir bilgi diğer hasta bireylerle veya hastanın tedavisi ile alakası olmayan personellerle paylaşılmamalıdır. Hastanın tedavi ve bakımı ile ilgilenen sağlık ekibi çalışanlarının ise hastaya ait tıbbi kayıtlara ulaşabilme yetkisi bulunmaktadır. Ayrıca hastalar kendileri ile ilgili bu kayıtlara ulaşabilme ya da kopyalarını alma haklarına sahiptir.

Tüm bunlarla birlikte her sağlık bakım sisteminin tıbbi kayıtları yazma, belgeleme ve başkaları ile paylaşma hakkında belirli kuralları bulunmaktadır. Ayrıca hastadan kayıt öncesi bilgilerin gerekli yerler ile paylaşılması hakkında yazılı izin alınmaktadır.

Hasta kayıtları, gizliliği ve tedavi ile ilgili bilgileri sağlayan kalıcı ve yasal belgelerdir. Hastaya yapılan her türlü uygulamalar, hastanın tıbbi durumunu gösteren her türlü verileri eksiksiz olarak kaydedilmelidir. Kayıt, hastanın tüm gereksinimlerini, sağlık durumunu, uygulanan tedavi ve tedavi çıktıları, hastanın tedaviye cevabını gösteren bir belge niteliği taşımaktadır.

Gerçeklik

Kayıt içeriği doğrudan gözlem ve ölçüm yapma sonucu ortaya çıkan nesnel bilgileri içermelidir. Kişisel fikre dayanan ibareler ya da yorumlar tıbbi kayıtlar içerisinde yer almamalıdır. Fakat hastaya ait subjektif açıklamalar tırnak içerisinde ya da hastaya atıf yapılarak aynen aktarılabilir.



Örnek

- Hasta “ kendimi çok moralsiz hissediyorum” dedi.

Doğruluk

Kayıt tutulurken verilerin doğruluğuna dikkat edilmesi çok önemlidir. Yanlış verilerin kaydedilmesi hem sağlık ekibini hem de hastayı yanıltır. Tıbbi kayıtlarda hastayla ilgili subjektif sonuçların verilmesi doğru değildir. Kayıt tutarken kesin ölçüm sonuçlarının verilmesi hastanın durumunu daha net bir şekilde yansıtacaktır.



Örnek

- "Hasta yeterli miktarda sıvı aldı" yerine;
- "Hasta 250 ml sıvı aldı" ifadesi daha doğrudur

Tamlık

Tutulan her kayıt gerekli ve zorunlu tüm bilgileri içermeli, eksiksiz olmalıdır. Bu kısımda yapılacak her türlü eksik kayıt işlemi, zaman ve işgücü kaybına yol açtığı gibi tedavi sürecini de olumsuz etkileyecektir.

Güncellik

Tıbbi tedavi sürecinde kayıtların zamanında tutulması çok önemlidir. Zamanında tutulmayan veriler güncelliğini kaybedebilir ve sağlık çalışanı ve hasta açısından ciddi sorunlara yol açabilir.

Tıbbi kayıtlarda hemen tutulması gereken bilgiler aşağıdaki gibidir:

- Yaşamsal bulgular,
- Hastaya uygulanan ilaçlar ve tedavi şekilleri,
- Hastanın tedavi sürecinde ortaya çıkan değişiklikler,
- Hastanın durumu ile ilgili bilgilerin kiminle paylaşıldığı (yönetici, hekim, vs.),
- Hastanın kabul, nakil, taburcu ya da ölüm işlemleri,
- Hastanın durumunda akut olarak ortaya çıkan değişiklikler ve yapılan müdahaleler.



Kayıt içeriği doğrudan gözlem ve ölçüm yapma sonucu ortaya çıkan nesnel bilgileri içermelidir.

Mantıksallık

Özellikle net olmayan karmaşık konularda kayıt tutulacağı zaman önce konu üzerine düşünülmeli ve zihinde netleştirilmelidir. Kayıt tutan sağlık elemanı bilgi aktarımını mantıksal bir sıra hâlinde gerçekleştirmelidir.

Kapsamlılık

Tıbbi kayıtlar hasta ile ilgili tüm bilgileri kapsamalıdır. İfadeler net ve açık olmalı, gerekli tüm bilgileri içermelidir. Kayıt tutulurken kısaltma yapılmamalıdır.

Organizasyon

Hasta ile ilgili verilerin belirli bir sıra ile verilmesi sağlık ekibi çalışanlarının durumu daha iyi kavramasına yardımcı olur. İyi organize edilmemiş bir kayıt sorunun çözülüp çözülmediği hakkında karışıklığa neden olur. Organize bir tıbbi kayıt, hastanın durumunu doğru, az ve öz olarak tarif eder.

Kısalık ve Özlük

Tıbbi kayıt kağıda tutulacaksa yazının okunabilir olması çok önemlidir. Basit heceleme hataları, ciddi tedavi hatalarına yol açabilir. Sağlık kurumunun kabul ettiği semboller kullanılmalıdır. Tıbbi kayıtlarda tüm personel için açıklayıcı bilgi notu yazılmalı, onaylı bir sembol ve kısaltma listesi bulunmalıdır.

TIBBİ KAYITLARDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- Kayıtlar doğru, tanımlayıcı, objektif ve tam olmalıdır. Kayıt içeriğinde yorumlar ve kişisel fikirler yer almamalıdır.
- Tüm kayıtlar okunaklı bir şekilde ve mürekkepli kalemle yazılmalıdır. Asla kurşun kalem kullanılmamalı, hatalı yazılan ifadeler silinmeye çalışılmamalı, bu ifadelerin üstü çizilmelidir. Kalem tercihinde siyah renk kullanımı kaydın silinmesini zorlaştırdığı gibi mikrofilm kayıtlarında daha kaliteli kopya sağlamaktadır.



Aktarılmak istenen cümleler “alıntı” ibaresi ile; yanlış yazılan cümleler “hata” ibaresi ile belirtilmelidir.

- Bir hastaya ait kayıtların diğer şahıslarla karışmasını önlemek için hasta kaydının her sayfasına başta isim - soy isim olmak üzere, kurumun özelliği ve kurumun belirlediği prosedürlere uygun bir şekilde protokol numarası, doğum tarihi gibi kişisel bilgilerin yazılması gerekmektedir.
- Kayıt esnasında göze çarpan hatalı tutumlar ya da hasta ve sağlık personeli tarafından ortaya konulan davranışlar hakkında eleştirel yorum yazılmamalıdır. Bu durum sağlık hizmet kalitesini düşürdüğü gibi profesyonelliğe de aykırıdır.
- Kayıt tutarken yalnızca hastanın davranışları ile ilgili nesnel açıklamalar yapılmalı, aktarılmak istenen herhangi bir cümle varsa “*alıntı*” olarak belirtilmelidir.
- Daha önceden girilen kayıt işlemi üzerine yeni bilgiler eklenecekse bu bölümde yeni tarih ve saat ibaresi de yer almalıdır.
- Kayıta yapılan hatalı veriler hastanın tanısını ve tedavisini yanlış yönlendireceğinden kayıt tutmak için acele edilmemeli ve hatalar hemen düzeltilmelidir.
- Kayıt tutma işlemi esnasında yapılan hatalar silgi ile silinmemeli ya da kâğıttan kazınmamalıdır. Bu durum kayıt tutan kişinin bilgiyi saklamaya ya da tahrif etmeye çalıştığını düşündürebilir. Bunun yerine kayıt işleminde yapılan hata üzerine bir çizgi çekilmeli ve “*hata*” ibaresi yazılıp paraflanmalıdır. Ardından kayıt doğru şekliyle yeniden tutulmalıdır.
- Kayıt sayfasında boş alan ya da boş satır bırakılmamalıdır. Yazı satır ortasında bittiyse geri kalan kısma çizgi çizilmeli, isim ve imza bırakılmalıdır.
- Tüm kayıt sayfasında hata varsa tüm sayfayı kapsayacak şekilde *X* işareti çizilmeli ve isim ve imza atılarak “*tekrar yazıldı*” ibaresi bırakılmalıdır.
- Kayıt sayfalarından boşluk bırakılmamalı, diğer sayfadan devam edilmek istendiğinde boş kısımlara çizgi çekilmelidir.
- Kayıt tutan görevli yalnızca kendi yaptıkları için kayıt tutmalıdır. Tutulan kayıtların sorumluluğu kaydı tutan kişiye aittir. Bu nedenle kesinlikle başkası adına kayıt girilmemelidir.
- Kayıt tutarken hasta hakkında “kendini daha iyi hissediyor” gibi belirsiz ifadeler kullanılmamalıdır.

- Yapılan herhangi bir tedavi ya da ilaç için hastanın reddi bulunuyorsa bu durum mutlaka nedeni ile belirtilmeli, hastaya ait ifadeler alıntı olarak gösterilmelidir.
- Yazılan her kayıt bilgisi için zaman, tarih ve kaydı tutan kişinin kim olduğuna dair ifadeler yer almalıdır. Kayıt tutmak için acele edilmemeli, herhangi bir kayıt işlem tamamlanmadan yazılmamalıdır.
- Telefonla verilen bilgi ve danışmanlıklar dâhil yapılan her işlem kayıt edilmelidir.
- Uluslararası veya kurum içi belirlenen standart kısaltmalar kullanılmalıdır.
- Kayıt tutulurken kurum politikası ve kayıt sistemi göz önünde tutulmalıdır.

Yetersiz Kayıt Özellikleri

Yetersiz belgeleme ile ilgili yapılan en yaygın hatalar aşağıda verilmiştir:

- Olayların meydana geldiği saatin doğru kaydedilmemesi
- Sözlü olarak iletilen verilerin kaydedilmemesi ya da ileten kişiden imzanın alınmaması
- Zaman kazanmak amacı ile kaydın olaydan önce başlatılması
- Doğru olmayan bilgilerin kaydedilmesi
- Görevi devir alacak diğer sağlık personeline eksik rapor verilmesi ya da rapor verilmemesi



Tıbbi kayıtların eksik, hatalı girilmesi ya da kaybedilmesi hukuki açıdan sorun oluşturur.



Özet

- Sağlık kurumlarının temel amacı sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına güvenilir, kaliteli, ekonomik ve hızlı hizmet sunmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için iyi yetişmiş sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yanı sıra, iyi organize edilmiş dokümantasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Herhangi bir işlem sonrası sonuçları gösteren veya gerçekleştirilen faaliyetlerin delillerini sağlayan dokümanlara kayıt denir. Hastaya hangi tanıyla, ne zaman ve nasıl bir bakım ve tedavi hizmeti verildiğini gösteren belgeye ise tıbbi kayıt denir.
- Tıbbi kayıtlar sağlık çalışanlarına ve araştırmacılara epidemiyolojik veri sağlar. Hastalık ve tedaviler hakkında yapılacak istatistiklere veri kaynağı ve resmî kurumlar için veri paylaşımı sağlar. Tıbbi karar vermede yardımcı olur. Risk yönetimine yardımcı olur. Kurum için kalite iyileştirme aracı olarak kullanılır. Sağlık çalışanları arasında iletişimi kolaylaştırır. Tıbbi anlamda karar vermeye ve sağlık sorumluluğunu üstlenmeye yardımcı olur. Yasal sorunlarda sağlık çalışanlarının ve hastanın haklarını korumada yardımcı olur. Bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almalarına yardım eder. Muayenehane yönetimine destek olur. Zaman, işgücü ve maliyet kaybını önler.
- Tıbbi kayıtlarda herhangi bir hukuki sorun yaşamamak için: Hastaya herhangi bir girişimsel müdahale yapılacaksa hasta bilgilendirilmeli ve yazılı onam alınmalıdır. Bilgiler hasta ile ilk karşılaşma anından başlayarak hemen alınmalı, geciktirilmemeli ya da işlem öncesinden yazılmaya başlanılmamalıdır. Tıbbi kayıтта, isim, tarih ve saat bilgisi mutlaka yer almalıdır. Tıbbi kayıtlarda yapılan hata durumlarında kağıt tahrif edilmemeli ve silinmeye çalışılmamalıdır. Bu durum hukuki açıdan belgenin saklanmak istendiğine ya da kayıтта tahrif yapılmak istendiğine yol açabilmektedir. Tıbbi kayıtlar bilgilerin silinmesinin önüne geçmek amacıyla tükenmez kalemle yazılmalıdır. Tıbbi kayıtlar sağlık kurumunda belirli bir yerde saklanmalı, yalnızca hastanın ve sağlık çalışanının ihtiyacı olduğunda ya da hukuki ve mesleki bir ihtiyaç nedeni ile çıkarılmalıdır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden kavramlardan hangisi “ hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili kararların alınmasına yardımcı olan değerli bir araç” anlamına gelmektedir?
 - a) Belge
 - b) Doküman
 - c) Tıbbi Kayıt
 - d) Hasta Kaydı
 - e) Sağlık Kaydı
2. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi dokümantasyonun işlevlerinden biri değildir?
 - a) Kuruma müracaat eden bireyin tedavi sürecini belgeler.
 - b) Tüm sağlık ekibi arasında iletişimi kolaylaştırır.
 - c) Verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirler.
 - d) Tüm sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin eğitiminde kullanılır.
 - e) Sendikalara belge sağlamak için kullanılır.
3. Aşağıdakilerden hangisi kayıt tutma nedenlerinden biri değildir?
 - a) Tıbbi karar vermede yardım almak
 - b) Sağlık çalışanları arasında iletişimi kolaylaştırmak
 - c) Yasal sorunlarda delil sağlamak
 - d) Zaman, işgücü ve maliyet kaybını önlemek
 - e) Risk yönetimini engellemek
4. Aşağıdakilerden hangisi kayıt tutmanın amaçlarından biri değildir?
 - a) Bireyin sağlık durumuna ait verileri doğrulamak
 - b) İyileşme ve ölüm oranları hakkında istatistik yapmak
 - c) Hastanın bilgilerini paylaşımına açmak
 - d) Eğitim kaynağı olarak kullanmak
 - e) Yasal dayanak sağlamak

5. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi kayıt ilkelerinden biri değildir?
- a) Doğruluk
 - b) Gizlilik
 - c) Kapsamlılık
 - d) Denetleme ve kontrol
 - e) Güncellik
6. Tıbbi kayıt tutma ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğru değildir?
- a) Kayıtlar; doğru, tanımlayıcı ve objektif olmalıdır.
 - b) Hastaya ait ifadeler *alıntı* olarak belirtilmelidir.
 - c) Kayıt sayfasında boş alan bırakılmamalıdır.
 - d) Zaman kaybını önlemek için işlem öncesinde kayda başlanmalıdır.
 - e) Kayıt tutan görevli yalnızca kendi yaptıklarını kaydetmelidir.
7. Kayıt tutarken hukuki bir sorunla karşılaşılması için aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?
- a) Kayıta hata yapıldığı zaman daksille temizlenmelidir.
 - b) Kayıt sayfasına tarih ve saat bilgisi eklenmelidir.
 - c) Kayıtlar tükenmez kalemle tutulmalıdır.
 - d) Kayıt sayfası tahrip edilmemelidir.
 - e) Başkasının yerine kayıt tutulmamalıdır.
8. Aşağıdakilerden hangisi yetersiz belgeleme ile ilgili yapılan hatalardan biri değildir?
- a) Zaman kazanmak için kaydın olaydan önce başlatılması
 - b) Olayların meydana geldiği saatin doğru kaydedilmemesi
 - c) Sözlü olarak iletilen veriler için kişiden imza alınması
 - d) Görevi devir alacak personele eksik rapor verilmesi
 - e) Doğru olmayan bilgilerin kaydedilmesi

9. Aşağıda verilen tıbbi kayıt örneklerinden hangisi hastayla ilgili en doğru bilgiyi içermektedir?
- a) Hasta ameliyat sonrası iyi görünüyor.
 - b) Hasta geceleri rahat uyuyamıyor.
 - c) Hasta yemeklerini iştahsız yiyor.
 - d) Hastada gergin bir görüntü mevcut.
 - e) Hasta ameliyat sonrası 400 ml sıvı aldı.
10. Hastaya ait tıbbi kayıtların “belirli bir sıra ve düzen hâlinde verilmesi” kuralı aşağıdaki ilkelerden hangisinin tanımlamaktadır?
- a) Kısalık ve özlük
 - b) Kapsamlılık
 - c) Organizasyon
 - d) Mantıksallık
 - e) Doğruluk

Cevap Anahtarı

1.C, 2.E, 3.E, 4.C, 5.D, 6.D, 7.A, 8.C, 9.E, 10.C

YARARLANILAN VE BAŞVURULABİLECEK DİĞER KAYNAKLAR

- Atabek, Aştı T. & Karadağ A. (2011) Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, 1.Baskı, Adana: Nobel Kitabevi
- Atabek, Aştı T. & Karadağ A. (2012). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı 1. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık
- Özbabalık, D., Arslantaş, D., Arslantaş, A., Adapınar, B., Dünder, E. & Çetinkaya F. (2012). Anadolu Üniversitesi Tıbbi Dokümantasyon Açıköğretim Kitabı, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları
- Esatoğlu, A.E. & Artukoğlu A. (2000). Tıbbi Dokümantasyon Tarihi ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslektaşların Gelişimi, Ankara Üniversitesi, Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, 1(1): 13-19
- Daştan, S. (2015). “Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Sertifika Programı, Ders Notları”. 1.Baskı, Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sürekli Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi
- Ataklı, A. & Kaplan, A. (2015). Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik 1.Baskı, İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Ay, F. (2009). Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 51(2): 131.
- Siamian, H., Ghafari, A. B., Aligolbandi, K., & Vahedi, M. (2008). 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. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 16(1): 8-12.
- TCK 5237 Sayılı Kanun, Madde 204
- TCK 5237 Sayılı Kanun, Madde 205