TIBBİ KAYIT VE HASTANE OTOMASYONU

Atatürk Üniversitesi
Açıköğretim Fakültesi

İÇİNDEKİLER

- Tıbbi Kayıt ve Hastane Otomasyonu Nedir?
  - Tıbbi Kayıtların Niteliği
- Tıbbi Kayıtların Önemi, Standart ve Amaçları
- Tıbbi Kayıtlarda Gizlilik ve Mahremiyet
- Tıbbi Kayıtların Saklanması
- Hastanelerde Bilgi Yönetim Sistemleri

HEDEFLER

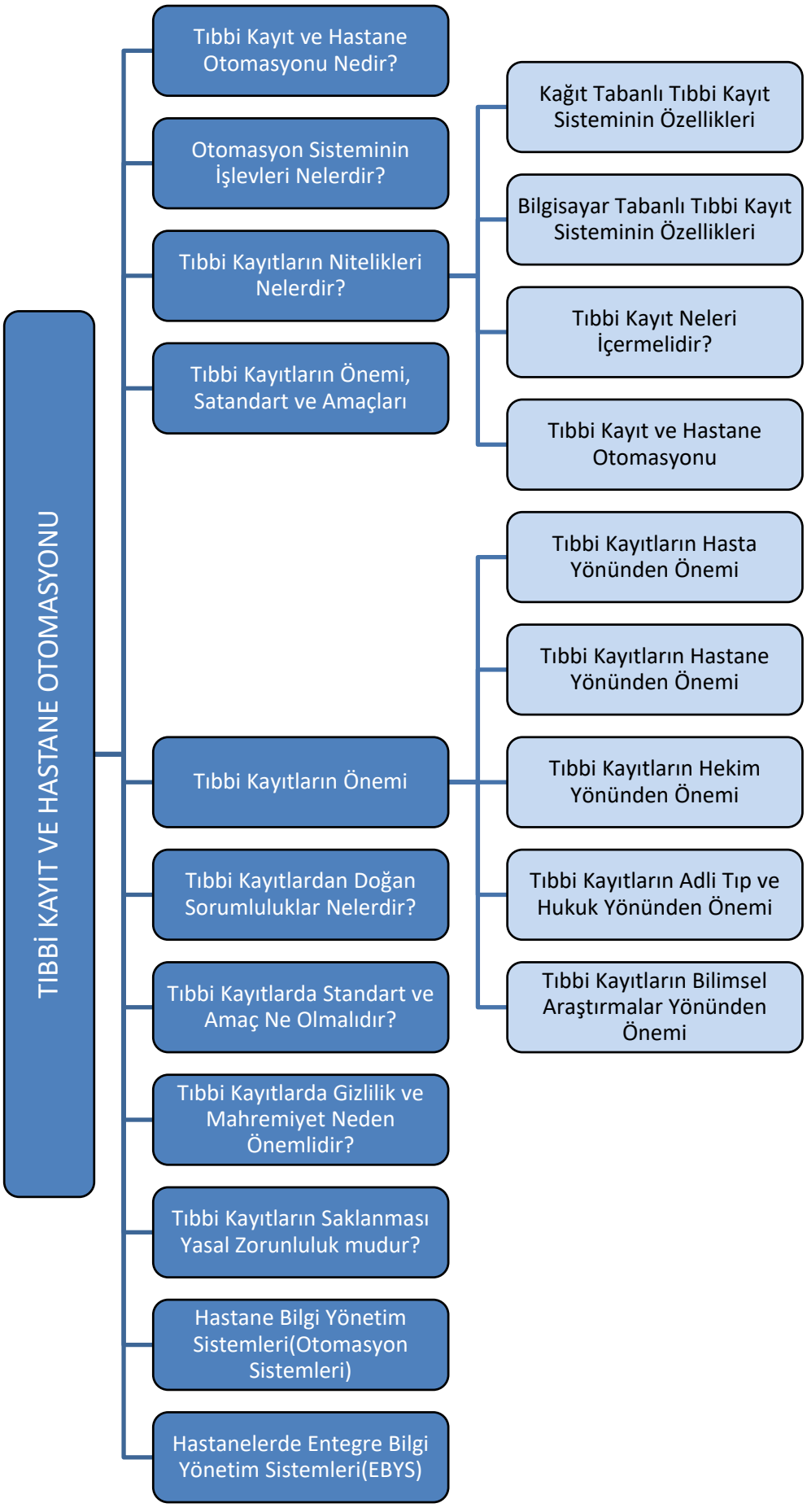
- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
  - Hastanelerde hastane bilgi yönetim sistemi ve entegre bilgi yönetim sistemi işleyiş ve fonksiyonlarını öğrenebilecek,
  - Tıbbi kayıt ve hastane otomasyonunun tanımını yapabilecek,
  - Tıbbi kayıtların türlerini ve özelliklerini anlayabilecek,
  - Tıbbi kayıt tutmanın hastanelerdeki önemini kavrayabilecek,
  - Tıbbi kayıtların hukuksal önemi ve gerekliliğini tartışabileceksiniz.

TIBBİ KAYIT VE HASTANE OTOMASYONU

Prof. Dr. Nuri BAKAN

ÜNİTE
4

© Bu ünitenin tüm yayın hakları Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi'ne aittir. Yazılı izin alınmadan ünitenin tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.


TIBBİ KAYIT VE HASTANE OTOMASYONU
Tıbbi Kayıt ve Hastane Otomasyonu Nedir?
Otomasyon Sisteminin İşlevleri Nelerdir?
Tıbbi Kayıtların Nitelikleri Nelerdir?
Kağıt Tabanlı Tıbbi Kayıt Sisteminin Özellikleri
Bilgisayar Tabanlı Tıbbi Kayıt Sisteminin Özellikleri
Tıbbi Kayıt Neleri İçermelidir?
Tıbbi Kayıt ve Hastane Otomasyonu
Tıbbi Kayıtların Önemi, Satandart ve Amaçları
Tıbbi Kayıtların Önemi
Tıbbi Kayıtların Hasta Yönünden Önemi
Tıbbi Kayıtların Hastane Yönünden Önemi
Tıbbi Kayıtların Hekim Yönünden Önemi
Tıbbi Kayıtların Adli Tıp ve Hukuk Yönünden Önemi
Tıbbi Kayıtların Bilimsel Araştırmalar Yönünden Önemi
Tıbbi Kayıtlardan Doğan Sorumluluklar Nelerdir?
Tıbbi Kayıtlarda Standart ve Amaç Ne Olmalıdır?
Tıbbi Kayıtlarda Gizlilik ve Mahremiyet Neden Önemlidir?
Tıbbi Kayıtların Saklanması Yasal Zorunluluk mudur?
Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri(Otomasyon Sistemleri)
Hastanelerde Entegre Bilgi Yönetim Sistemleri(EBYS)

GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz yüzyılda insanların refah düzeyinin değişimiyle birlikte sağlıkla ilgili beklenti ve taleplerinin de sürekli değiştiğini görmekteyiz. Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının değişen beklenti ve taleplerine cevap verecek olan sağlık sistemleri, sağlık kuruluşları ve yöneticilerin en önemli kaynağı ve gücü bilgiye sahip olmak, bilgiyi toplamak, kullanmak, değerlendirmek ve paylaşabilmektir. Sağlıklı yaşam, toplumda yaşayan tüm bireylerin vazgeçilmez hakkıdır. Bu hakkın yerine getirilmesinde ise hastanelere büyük görevler düşmektedir.

Tıbbi kayıtlar, bir hastanın sağlık durumuyla ilgili en önemli etkendir. Sağlık hizmetini sunan ve alan herkesi yakından ilgilendirir. Hastaya ait her türlü tıbbi ve idari veriler, hastanın yaşamı boyunca tutulmalı ve ihtiyaç duyulan her an ve ortamda erişilebilir olmalıdır.

Kaliteli bir tedavi hizmeti, her hastanın tıbbi geçmişinin, sunulan sağlık hizmetinin ve tedavi sürecinin dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır. *Hastaneler, insan kaynakları yönetimi, planlama, finansman ve muhasebe, malzeme yönetimi ve ofis otomasyonları gibi yönetsel işlevlerin yanı sıra; hastalara sunulan tanı ve tedavi hizmetleri, klinik karar desteği, hemşirelik bakımı, ilaç ve tıbbi malzeme takibi, radyoloji ve laboratuvar sistemleri gibi birbirinden çok farklı işlevleri yerine getirmek zorunda olan kompleks kuruluşlardır.*

Hastaneler, bu karmaşık yapıyı yönetmek, gün geçtikçe artan rekabet ortamı, bakanlıkların yeni uygulamaları, artan maliyetler ve yüksek kaliteli hizmet talebi ile karşı karşıya kalmıştır. Bu sebeple hastaneler yeni pazar şartlarına uyum sağlama, maliyetleri düzenli bir şekilde kayıt ve analiz etme, maliyetleri düşürücü tedbirler alma ve bütün bunların yanı sıra rakiplerinden daha kaliteli ve daha farklılaştırılmış hizmetler sunmaya odaklanmışlardır. Yöneticiler için artık hızlı ve isabetli kararlar alma zamanı gelmiştir. Hızlı ve isabetli kararlar alabilmek için ise doğru, ulaşılabilir ve kullanılabilir tıbbi kayıtlara ihtiyaç vardır. Tıbbi, idari ve finansal bilgiler, hasta bakım sürecinin etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için gerekli olan hususlardır. Hastanelerin belirtilen hususları yerine getirebilmeleri için, hastane bilgi yönetim sistemleri kullanım ihtiyacı zorunluluğu doğmuştur. Bu sayede hastalarla ilgili bilgiler kaybolmadan dijital ortamda daha hızlı ve daha güvenilir bir şekilde oluşturulabilmekte, değerlendirilebilmekte ve saklanabilmekte hem de hastalara sunulan tedavi hizmetinin etkinlik ve verimliliği ölçülebilmektedir.

Bilgi teknolojileri alanındaki hızlı değişime uyum sağlamanın ve mevcut teknolojilerden yararlanmanın zorunlu hâle geldiği günümüzde, daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için gerekli bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesi, bilgi üretiminin standart yöntemlerle gerçekleştirilmesi, üretilen bilgiden en üst düzeyde yararlanılması temel hedefler arasındaki yerini almış ve hastane hizmetlerinde bilgisayar destekli hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS) kurulmuştur.

Bilgisayarın alabildiği, işleyebildiği, sonuç üretebildiği ve saklayabildiği her şey veridir. Sağlık hizmetlerinde bilgi, kayıt; kayıt ise güç demektir: Bilgi=Kayıt=Güç

TIBBİ KAYIT VE HASTANE OTOMASYONU NEDİR?

Tıbbi kayıt: Sağlık kuruluşlarının acil servis, poliklinik, klinik, röntgen, laboratuvar ve ameliyathane gibi tıbbi hizmet ünitelerinde düzenlenen hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan, hastanın kimlik ve sağlık bilgilerini içeren, evrak ve bilgisayar kayıtlarıdır.

Tıbbi kayıtlar, sunulan tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynak niteliğindedir. Bu nedenle tıbbi kayıtların, hasta bakımı, tıbbi araştırmalar, bilimsel çalışmalar, hastane yönetimi, adli tıp, finansal yönetim ve halk sağlığı açısından önemi büyüktür.

Sağlık kurumundan yararlanan birey, hekim ve diğer sağlık personeli arasında bir iletişim ortamı yaratır. Bireysel tıbbi kayıtlar, aynı zamanda bireye sağlık kurumlarınca verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi, araştırmalar ve eğitim için de kullanılabilir. Kayıtlar, bir sağlık kuruluşunda bulunan hastayla ilgili bütün bilgilerdir. Bu bilgiler, elektronik veya kâğıt üzerinde olabilir.

Hastaya Ait Tıbbi Kayıtlar (Belgeler);

- Hastanın başvuru formu
- Hasta kabul kâğıdı
- Aydınlatılmış onam
- Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı
- Hasta tabelası
- Derece kâğıdı
- Röntgen istek kâğıdı, grafikler ve raporları
- Laboratuvar istek kâğıdı ve sonuç raporları
- Ameliyat kâğıdı
- Çıkış özeti (epikriz)
- Hasta dosyası muhteviyatı ve tüm tıbbi evraklar
- Bilgisayar kayıtları
- Ses kayıtları
- Kamera kayıtları

Tıbbi kayıtlar, tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir kaynaktır.

Hasta kaydı: Hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan hasta veya hasta hakkında kişisel bilgilere sahip olan hasta yakınlarından elde edilen, hastanın sağlığıyla ilgili bilgilerin saklandığı bir depodur. Bu bilgiler, geleneksel olarak hasta kayıtlarının tutulduğu hasta dosyalarıdır. *Hasta kayıtları birincil hasta kaydı ve ikincil hasta kaydı olarak ikiye ayrılmaktadır.*

Birincil Hasta Kaydı: Sağlık personelinin sağlık hizmetini sunarken hasta verisini incelemek, gözlemlerini, eylemlerini veya emirlerini belgelemek için kullanılır.

İkincil Hasta Kaydı: Birincil kayıtlardan türetilmiştir ve klinik olmayan kullanıcılara (hasta bakımına doğrudan katılmayan kişiler) destekleme, değerlendirme ve iyileştirme çalışmalarında yardımcı olmayı amaçlayan seçilmiş veri elemanlarını içerir. Günümüzde bilgisayar sistemleri, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Bir hastanede gerek duyulan tüm kayıtların el ile tutulması yerine, bilgisayar ortamına aktarılması, hem iş gücü açısından kazanç sağlamakta hem de hata yapma olasılığını en aza indirmektedir. Ayrıca bilgisayar ortamında tutulan her türlü bilgiye, çok daha kolay ve hızlı bir şekilde ulaşma imkânı vardır. Sağladığı bu avantajlar sebebiyle, hastaneler, bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri kullanmaya başlamıştır.

Hastanelerde, bilgisayar sistemleri ile entegre olarak kullanılan cihazların birbiriyle ilişkilendirilerek hızlı, güvenli ve doğru kullanılmasına ise "Hastane Otomasyonu" denir. Hastanelerde otomasyon sistemlerinin kurulması, gerek tıbbi bilgi sistemlerinin, gerekse yönetimsel bilgi sistemlerinin daha iyi organizasyonunu sağlamaktadır.

Hastanelerde kullanılan otomasyonlar, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) adı altında yürütülerek, hastanın tıbbi, kişisel ve finansal kayıtları bu sistem üzerinde gerçekleştirilmektedir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri(Otomasyon), güvenlik ve bilgi erişimi, hasta kaydı ve endeks sistemi, poliklinik, tıbbi kayıt, radyoloji, eczane, laboratuvar, ameliyathane, doğum odası, acil servis, döner sermaye ve fatura, bordro, personel, stok kontrol, ihale dosyaları, satın alma, diyet planlaması, demirbaşların takibi vb. alanlarda kullanılmaktadır. Bir hastane otomasyon sistemi, o hastanenin tüm ihtiyaçlarına cevap verebilecek esneklikte olmalıdır [1, 2, 3].

Otomasyon Sisteminin İşlevleri

Veri Toplama İşlevi: Verilerin derlenmesi ve bilgisayar sistemine girilmesini ifade eder.

Depolama İşlevi: Depolama, verinin fiziksel yerini ifade eder. Hasta kayıtları nerede saklanırsa saklansın öncelikle kalıcı ve korunmuş bir bölgede hastanın yaşamı boyunca saklanmalıdır. Yedekleme ve kurtarma işlemleri depolama işleminin tam olarak yapılabilmesi için zorunludur.

Erişim ve İletişim İşlevi: Bir hastane otomasyon sisteminin ilk ve en önemli işlevi, kullanıcıların gereksinim duydukları anda bilgiye kolaylıkla ulaşabilmelerinin sağlanmasıdır. Erişim özelliği, hazır bulundurma, uygunluk, güvenilirlik ve kullanım kolaylığı gibi genel özelliklerle tanımlanabilir. Aynı kayda, aynı anda birden fazla kişinin erişebilmesine olanak tanımalıdır.

İyi bir (HBYS) veri toplama, depolama, erişim ve iletişim, bilgi işleme, güvenlik, veri bütünlüğü ve bilgi sunumu işlevlerine sahip olmalıdır.

Bilgi İşleme İşlevi: Verilere ulaşılarak yeni bilgiler işlenmesi veya o verinin bilgi hâline dönüştürülmesini sağlar. Hastaya tedavi süresince ilaç-tıbbi malzeme işlenmesi, kimlik bilgilerinde değişiklik yapılabilmesi, sisteme uyarı konulabilmesi, randevu ve standart tedavi yönetimi gibi aktiviteleri de içerir.

Güvenlik İşlevi: Elektronik bilginin ve veri süreçlerinin yetkisiz kişilerce kullanımı müdahale edilmesi, zarar verilmesi veya yok edilmesinin önlenmesi için teknik ve organizasyonel önlemleri ifade eder. Güvenlik, doğru insanların doğru bilgiye erişebilmesini, bilginin doğru ve sistemin de ihtiyaç duyulduğu anda çalışır olmasını gerektirmektedir. Sadece yetkili insanların kayıtlara erişimini sağladığı için kâğıt tabanlı kayıt sistemine göre daha iyi bir koruma sağlamaktadır.

Güvenlik işlevi; erişim kontrolü, veri koruma ve bütünlük olarak üç temel özelliğe sahip olmalıdır.

Erişimin kontrolünde; kullanıcının kimliği ve yetki seviyesi, erişimin tarihi, saati ve yeri, erişimin türü (görüntüleme, ekleme, silme, kopyalama vb.) erişimin kapsamı mutlaka kayıt altında olmalıdır.

Veri koruma; HBYS'de birçok farklı kaynaktan toplanan verilerin kullanıcılara sunulması gerekir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için otomasyon sistemlerinin açık teknoloji ve uygun alt yapı(yazılım-donanım) kullanmaları, şifreleme veya kodlamalarla kayıtların korunması gerekir.

Veri bütünlüğü ise verinin doğruluğu ve tamlığı, programları, sistemi ve ağı ilgilendirir. Veri bütünlüğü, bir verinin orijinal içeriğinin değiştirilmemesini gerektirir. Verilerin orijinal içeriğinin umulmadık bir şekilde değiştirilmesine karşı koruyucu mekanizmalar olmalıdır. Düzeltmenin gerekli olduğu durumlarda, verinin orijinali ve düzeltmeyi yapan kişinin kimliği de mutlaka kaydedilmelidir.

Hastane otomasyon sistemlerinde kişilerin hangi yetki ve amaçla bu verilere ulaştığının kesinlikle kontrol altında tutulması gerekir.

Bilgi Sunumu İşlevi: Bilgileri kullanıcıların tercih ettikleri şekilde sunabilme yeteneğine sahip olmalıdır. Kullanıcılar, verileri kaynağına, tarihine veya diğer bir değişkene göre görmek isteyebilirler. Bilgi, detay veya özet şeklinde, grafik, tablo, resim veya farklı şekillerde istenilebilir. HBYS, aynı veri tabanından farklı isteklere göre bilgi sunumları üretebilmelidir [4, 5, 6].

TIBBİ KAYITLARIN NİTELİĞİ

Tıbbi kayıtlar niteliklerine göre kâğıt tabanlı ve bilgisayar tabanlı tıbbi kayıtlar olmak üzere iki gruba ayrılır.

Kâğıt Tabanlı Tıbbi Kayıt Sisteminin Özellikleri

Tedavi sürecinin önemli bir kısmı ile hastaya ait bilgilerin elde edilmesi, bu bilgiler doğrultusunda karar verme işlemi ve bu bilgilerin daha sonra kullanılmak üzere kâğıt üzerine kaydedilmesi işlemlerini kapsar.

Bilgiyi kâğıt üzerine kaydetmenin avantajları:

- Hasta bakımını düzenler.
- Klinik araştırmalar için kaynak bilgi oluşturur.
- Yasal problemlere karşı bu belgeler kanıt oluşturur.
- Hastane ve klinik güvenilirliğinin belirlenebilmesine yardımcı olur.
- Sağlık hizmetinin kalitesinin saptanabilmesinde rol oynar.
- Ödemelerin düzenlenmesinde kullanılır.

Bilgiyi kâğıt üzerine kaydetmenin dezavantajları:

- Kâğıt üzerindeki yazıların okunamaması
- Eksik bilgi içermeleri
- Yetersiz bilgi
- Düzensizlik
- Yetersiz ve uygunsuz kodlama
- Gecikmeler

Tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak mahkemelere sunulabileceğinden son derece önemli belgelerdir.

- Hasta dosyaların taşınma sırasında tamamının veya bir bölümünün kaybolması
- Ülkemizde 10 yılda bir resmî belgelerin imha edilebilmesi
- Hekim, hemşire, sağlık çalışanı ve hasta açısından zaman ve iş gücü kaybı, psikolojik olarak etkilenme
- Hasta tedavi hizmetlerinde aksama Tanı ve tedavi hataları
- Sağlık personeli arasında iletişim zorluğu ve bozukluğu
- Hasta ve çalışan memnuniyetsizliği
- Ücretlendirme zorluğu vb.

Bilgisayar Tabanlı Tıbbi Kayıt Sisteminin Özellikleri

Kullanıcıların, zamanında ve doğru verilere ulaşmasını sağlamak; uyarılar, hatırlatmalar ve klinik karar desteği vermek üzere tasarlanmış bir sistemde yer alan, elektronik bir hasta kayıt sistemidir.

Bilgisayar tabanlı tıbbi kayıt sisteminin temel işlevi, hastaya sağlığı ile ilgili ve daha sonradan gereksinim duyulacak olan bilgilerin depolanmasını sağlamalı, klinik problem çözme sürecine kılavuzluk edebilmeli ve karar analizi, hatırlatma, risk yönetimi gibi kâğıda dayalı geleneksel (kâğıt tabanlı) tıbbi kayıt sistemlerinde bulunmayan diğer akıllı özellikleri klinisyene sunabilmelidir.

Bilgisayar tabanlı tıbbi kayıtların sağladığı avantajlar:

- Arşiv olarak kullanılacak fiziksel alandan kazanç sağlar.
- Hasta kayıtlarına çok daha hızlı bir şekilde ulaşılabilir.
- Aynı dokümana birden fazla kullanıcı aynı anda ulaşabilir.
- Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlar.
- Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.

Bilgisayar tabanlı tıbbi kayıtların dezavantajları:

- Kullanıcı alışkanlıkları değiştirilememekte, veriler genellikle kâğıt üzerine aktarılarak kâğıt üzerinden işlemler yapılmaktadır.
- Elektronik ortamda gerekli güvenlik önlemleri alınmış olmalı, yetkisiz kişilerin hasta kayıtlarına ulaşması önlenmelidir.
- Bilgisayar alt yapısı yazılım ve donanım bakımından sorun çıkarmayacak ve her an kullanılmaya hazır olacak şekilde yapılandırılmalıdır.

Sağlık çalışanları kayıt tutarken okunaklı bir yazı ve anlaşılır dil kullanmalı, ayrıntılı ve düzenli kayıt tutmalıdır. Kayıt tutulurken hiçbir alan boş bırakılmamalıdır. Kayıtlarda tahrifat yapılması ve gerçeğe aykırı kayıt yapmak ceza kanunu kapsamında suçtur [7, 8, 9].

Tıbbi kayıtlar, kağıt tabanlı ya da bilgisayar tabanlı olarak tutulur.

Tıbbi kayıt neleri içermelidir?

Hastanın kabul edildiği tarih ve saatini, hastanın açık kimliğini, özgeçmişini, olayın kısa hikayesini, tarih ve saatini, hastanın kabul edildiği andaki yaşamsal bulgularını (tansiyon, nabız, ateş, bilinç durumu vs.), muayene bulgularını, laboratuvar, röntgen ve konsültasyon sonuçlarını, ön tanı veya ana tanıyı, riskli tıbbi ve cerrahi girişimler için yazılı onam kâğıdını, uygulanan ve önerilen tedaviye ilişkin bilgileri, tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının tedaviyi aksatma veya

önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını kayıt altına almayı, hastayla ilgilenen hekimlerin isim ve imzalarını kapsamalıdır.

Sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşlar, bazı bilgileri tutmakla yükümlüdürler. Tutması gereken tıbbi kayıtlardan bazıları şunlardır:

Hastanın Kimliği: Hasta kabul birimleri veya poliklinik sekreterleri tarafından tutulurlar. Burada, hastanın adı, soyadı, baba adı, doğum tarihi, açık adresi ve varsa sosyal güvenlik durumu not edilmeli ya da T.C. Kimlik Numarası ile web üzerinden Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (MERNİS) sayfasından bilgiler otomatik olarak getirtilip otomasyon sistemine kayıt edilmelidir.

Anamnez Kayıtları: Hastanın tedavisi ile ilgilenen hekim tarafından, tıbbi ilkelere bağlı kalarak doldurulmalıdır. Hastanın mevcut yakınması, öyküsü, özgeçmişi, soy geçmişi ile elde edilen muayene bulgularının kayıt altına alınmasıdır.

Rıza Formları: Hastaya yapılacak girişimlerde hastanın onayının alınması şarttır. Bu onay, hasta mevcut durumu hakkında bilgilendirildikten sonra alınmalıdır. Onay, yazılı ve acil hâllerde de sözlü olarak alınabilir. Ancak ispat sorunlarına yol açmamak için yazılı alınmasında yarar vardır.

İzlem Notları: Hastanın hastanedeki takip ve tedavisinin devam ettiği süre içerisinde, hekimin gelişmeleri not ettiği formdur. Bazı hastanelerde, hemşireler de görevleriyle ilgili gelişmeleri hekimlerin izlem kâğıtlarına yazmaktadırlar. Bazı hastanelerde ise hemşirelerin ayrı izlem formları bulunmaktadır.

Hekim Orderları: Hekimlerin hemşireler ve diğer sağlık personelinden yapılmasını istedikleri işlemleri not ettikleri formdur. Burada hastanın alması gereken diyet, verilecek ilaçların zamanı, miktarı ve dozu, vital bulgular izlenecekse bunların sıklığı ve neler olduğu yazılmalıdır.

Laboratuvar-Radyolojik Raporlar: Tüm laboratuvarlar ve görüntüleme işlemlerinde hastanın veya hastadan alınan numunelerin incelenmesi sonucunda kaydı tutulan raporlardır.

Konsültasyon Raporları: Hekimin hastalığının seyrine göre hastayı, diğer bir hekimin bilgisine başvurduğunda konsültan hekimin hastayla ilgili olarak tespit ettiği durumları ve önerilerini yazdığı formlardır.

Epikriz (Çıkış özeti): Hastaya taburcu olduğunda verilen ve hastalığın tanısının, tedavisinin, yapılan işlemlerin, tavsiyelerin ve hastanın yapması gereken işlemlerin hekimin isim ve imzasının bulunduğu belgedir.

Ameliyat Notları: Ameliyat edilmiş hastalar için hekim tarafından doldurulan bir formdur. Hastanın adı soyadı, yaşı, ameliyat öncesi konulan teşhis, yapılacak ameliyat, ameliyatı yapacak olan hekim ve hemşire isimleri ile ameliyatın başlangıç - bitiş saati ve ameliyatın seyri yazılmalıdır.

Tıbbi kayıtların hasta, hastane, hekim, adli tıp ve hukuk, halk sağlığı ve bilimsel araştırmalar yönünden önemi büyüktür.

Derece Kâğıdı: Yatarak tedavi gören hastanın solunum, ateş, nabız, kan basıncı, kusma, dışkı ve idrar çıkarma, ağırlık ve aldığı sıvı miktarlarının takibinin yapıldığı hemşire tarafından doldurulan formlardır. Yine bu formda, hastanın kimlik bilgileri, yattığı bölüm, oda ve yatak numarası ile hastayı takip eden hekimin ismi de belirtilmelidir.

Hasta Tabelası: Yatarak tedavi gören hastanın hastane eczanesinden ya da karşılanamayan durumlarda hastane dışından temin edilen eczanelerden getirtilerek kullanılan ilaçların yer aldığı, hasta tanısının, hekim isminin belirtildiği

formlardır [10, 11, 12].

TIBBİ KAYITLARIN ÖNEMİ, STANDART VE AMAÇLARI

Tıbbi Kayıtların Önemi

Tıbbi kayıtların önemi, birkaç başlık altında ele alınarak incelenecektir:

Tıbbi kayıtların hasta yönünden önemi

Sağlık çalışanı tarafından hasta ile ilgili tıbbi kayıtların dikkatli ve özenli bir şekilde tutulması gerekir. Tıbbi kayıtlar, hastanın hastaneye başvuru anından itibaren başlayan her türlü bilgileri içerir.

Tıbbi kayıtlar:

- Hastayı hastalığı ile ilgili tedavi süreci hakkında bilgilendirir.
- Hastanın hastaneye bir sonraki başvurusunda, tedavisi açısından zaman ve hız kazandırır.
- Hastaya aynı işlemlerin tekrarlaması sonucunu ortadan kaldırarak, gereksiz ve yeni harcamaları önler.
- Hastaya kısa zamanda doğru tanı konulabilmesini sağlar.
- Hastaya etkili tedavi yapılabilmesini sağlar.
- Her bireyin, kendi sağlığı ile ilgili kendisine yapılan tüm tıbbi ve cerrahi müdahaleleri bilme hakkı vardır. Sağlık Bakanlığı; 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16.maddesinde "Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir" denilmektedir. Bu kayıtlar," sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir." denilerek hastaya kayıtları inceleme hakkını vermiştir.

Hastanede tıbbi kaydı tutan sağlık çalışanı, tıbbi kayıtların eksikliğinden ve yanlışlığından bizzat sorumludur.

Yine bu yönetmeliğin 17. maddesinde de "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 hâle getirilmesini isteyebilir" ifadesi yer almaktadır. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar." Denilerek hastaya kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme hakkını da vermiştir [13, 14, 15, 16].

Tıbbi kayıtların hastane yönünden önemi

Tıbbi kayıtlar, hastanelerin tedavi hizmeti sunmadaki başarısını ve sunulan tedavi hizmetinin kalitesini değerlendirmeyi sağlayan belgelerdir.

Hasta için gereksiz tetkik ve tedaviler engellenerek hastaya zaman kazandırılır. Bu zaman, hastaneler için önemli olup, bir başka hasta tedavisi için gereken bir zamana dönüştürülebilir.

Hastaneler, ölen hastaların ölüm nedenlerini kayıtlardan inceleyebilirler.

Kaynakların verimli kullanılması sağlanarak ekonomik planlama ve finansal politikalar belirleyebilirler.

Tıbbi kayıtların hekim yönünden önemi

Hekimler, tıbbi kayıt sistemlerine özel olarak katkıda bulunan kişilerdir. İyi tutulmuş tıbbi kayıtlar; eğitim, araştırma ve hasta takibi ile kişisel kariyer gelişimi sağlaması bakımından hekimi motive ederek, kolaylıklar sağlamaktadır.

Tıbbi kayıtların adli tıp ve hukuk yönünden önemi

Adli tıp için en önemli kayıtlar, hasta dosyalarıdır. Bu dosyalar, adli tıp vakalarında, hem hastane hem de hekimler ve diğer sağlık çalışanları için büyük önem arz etmektedir. Adli tıp için iyi ve düzgün tutulmuş kayıtlar, birer kanıt ve savunma aracıdır.

Sağlık hizmeti sunan herkes (özel ya da tüzel kişiler), ister kamu hastanesi ister özel hastane olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Konuyla ilgili olarak 06.11.2001 tarih ve 10588 Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi"ni yayımlamıştır. Bu yönergenin amacı;"Yataklı tedavi kurumlarına muayene, teşhis ve tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adli vakalara ait kayıtların, düzenlenen ve kullanılan dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında veya araştırmacılar yahut adli makamlarca her istenildiğinde derhal hazır bulundurulması için merkezi tıbbî kayıt ve arşiv sistemi içinde tasnif ve muhafaza edilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir."

Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur.

Tıbbi kayıtların halk sağlığı yönünden önemi

Sağlık hizmetlerinin en önemli kısmını koruyucu sağlık hizmetleri oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, halk sağlığını etkileyen her türlü unsuru ve bunların yaygınlığını saptamak ve toplumu bunlardan korumaktır. Bunlar için gerekli olan araştırmalar ve istatiksel veriler, yine tıbbi kayıtlardan elde edilmektedir.

Tıbbi kayıtların bilimsel araştırmalar yönünden önemi

Bilimsel araştırmalar için sağlıklı verilerin elde edilmesi ve bu verilerin uygun ortamlarda saklanması gerekmektedir. Tıbbi kayıtlarda eksiklik olması durumunda, tıbbi araştırmalar, kaliteli ve istenilen değerde olmaz. Hastane otomasyon sistemleri, bilimsel çalışmaların hız ve kalitesini gün geçtikçe yükseltmektedir.

Tıbbi kayıtlardan doğan sorumluluklar

Kayıtların yanlış ve eksik tutulması ile gizliliğin ihlali durumlarında, "zarar" maddi-manevi tazmin edilebilir.

- *Kayıtların yanlışlığından doğan sorumluluk:* Kayıtları tutmakla yükümlü her sağlık çalışanı bunların doğruluğundan da sorumludur. Bu kayıtlarda yapılan yanlışlıkta, kusurun derecesi önemlidir. Kasıtlı olarak ya da sehven yapılmış bir hatanın kusur derecesi farklı olduğundan farklı tazminat miktarı ödenecektir.

- *Kayıtların eksikliğinden doğan sorumluluk:* Kayıtları tutmakla yükümlü her sağlık çalışanı, tıbbi kayıt yaparken gerekli özeni göstermelidir. Aksi hâlde yukarıdakine benzer şekilde bir sorumluluk ortaya çıkacaktır.

- *Sır saklama yükümlülüğü açısından sorumluluk:* Kayıtlarda yazılan bilgiler, hastanın kişisel bilgileridir. Sağlık çalışanı bu bilgilerin gizliliğinden de sorumludur. İster kasten ister sehven ya da ihmal olsun, bu bilgilerin açıklanmasından sonra hasta, sosyal yaşantısında zarar görebilir. Hastalar, uğradıkları zararı, ilgili kişi ya da

hastaneye sigorta, tazminat, kişisel zarar ve tazminat, yanlış tedavi, vasiyetname ve vekâlet davaları açarak tazmin yoluna gidebilirler.

- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 18.01.2005/1128 sayılı Genelgesi'nde hizmet kusuru nedeniyle açılan dava kayıtlarının tetkikinden özellikle aşağıdaki iş ve işlemlere istinaden açılan davaların yoğunlaştığı tespit edilmiş ve tüm sağlık kurumları gerekli önlemleri alması konusunda bilgilendirilmiştir. Hastane otomasyon sistemlerinde, kişilerin hangi yetki ve amaçla bu verilere ulaştığının kesinlikle kontrol altında tutulması gerekir. Bunlar:

- Yanlış teşhis ve tedavi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar,
- Doğum esnasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar,
- Hastane idaresinden kaynaklanan problemler,
- Hatalı enjeksiyon,
- Hatalı laboratuvar tetkikleri,
- Poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler,
- Acil servis hizmetlerinin yetersizliğidir.

Bazı durumlarda, kişisel bilgilerin açıklanması, sır saklama yükümlüğünü yerine getirmeme olarak anlaşılmaz. Bunlar:

Sosyal güvenlik kurumları: Sosyal güvenlik kurumları(SGK), tedavi hizmeti alan hastaların kendilerini ilgilendiren kısımlarına ilişkin tıbbi kayıtlarını, ilgili kişi veya hastaneden isteyebilirler. Manuel fatura istenilmesi, epikriz, ameliyat notu vs.

Özel sigortalar: Özel sigortalar, bazı durumlarda sigortalılarının kayıtlarını alma hakkına sahiptirler, kanunlar buna izin vermektedir. Hastane başhekimliğine yazılacak özel bir yazılı izin veya dilekçe şeklindeki başvurularla istenilen kayıtlar elde edilebilir.

İşveren: Özel hizmet sözleşmesine ya da başka türlü bir statüye dayanarak çalışanların işverenleri, çalıştırdıkları kişinin tıbbi kayıtlarından kendisini ilgilendiren kısmını isteyebilir. Sağlık raporları, işin niteliğine göre 3-6 aylık dönemlerde rutin yapılması gerekli tahlil-tetkikler gibi.

Sağlık Bakanlığı: Bütün özel ve kamuya ait sağlık kurumlarını denetleme yetkisi bulunan Sağlık Bakanlığının istatistiksel verileri elde etmek ya da toplum sağlığı açısından önemli araştırmalarda kullanılmak üzere tıbbi kayıtları öğrenme hakkı vardır.

SGK, Özel Sigortalar, İşverenler ve Sağlık Bakanlığı, gerektiğinde sağlık kurumundan tıbbi kayıt isteyebilir.

Tıbbi Kayıtlarda Standart ve Amaçlar

Sağlık sektörü, günümüzde büyük değişim içerisindedir. Hastane yönetimlerinin söz konusu değişiklikleri algılamaları ve hastanelerini bu doğrultuda yönlendirmeleri, her geçen gün daha karmaşık bir hâl almaktadır. Bilgi teknolojileri alanındaki hızlı değişime uyum sağlamanın ve mevcut teknolojilerden yararlanmanın zorunlu hâle geldiği günümüzde daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için gerekli bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesi ve bilgi üretiminin standart yöntemlerle gerçekleştirilmesi, üretilen bilgiden en üst düzeyde yararlanmayı sağlamak temel hedefler olmalıdır [17] .

Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı, 2010 Yılı Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Alım Kılavuzu'na göre;

Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) sadece hastane içi süreçleri etkileyen ve bu süreçlerden etkilenen bir yapı olmayıp diğer sistemlerle de veri alış verişi yapabilen sistemlere dönüşmüştür. Bu nedenle veri tabanında yer alan tüm verilerin gerektiğinde kullanılmak üzere başka bir veri tabanına idarece öngörülen içerik ve kapsamda aktarılması, ihtiyaç duyulacak başka verilerin Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS), Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), elektronik faturalama süreçleri (MEDULA), vb.) diğer sistemlerden hastane sistemine elektronik olarak aktarılması, sisteme veri aktarabilecek kurumda aktif çalışan cihazların sistemle entegrasyonu, üretilen sağlık verilerinin Sağlık-Net projesi kapsamında Bakanlık Veri Merkezine gönderilmesi, hastanelerde çalışmakta olan Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Görüntü Arşiv ve İletişim Sistemleri (PACS) gibi sistemlerle entegrasyonu, hastane içi yönetim, karar destek ve iş akış süreçlerinin iyileştirilmesi, kaynak yönetimi ve tasarrufu sağlanması gibi beklentilere de cevap vermelidir.

Genel amaç, standardizasyonun başlangıcını oluşturan Sağlık-NET omurgası üzerinden, ulusal çapta, tüm vatandaşların sağlık verilerinin, belirlenmiş olan Minimum Sağlık Veri Setlerine (MSVS) göre gizli, güvenli ve mahremiyet ilkelerine uygun bir şekilde toplanmasını sağlayacak Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veri tabanının oluşturulması, ESK verileri üzerinden gelişmiş analizler yapma imkânı sağlayacak bir Veri Madenciliği ve Karar Destek Sistemi'nin (KDS) oluşturulmasıdır.

Sağlık–NET, Sağlık Bakanlığının "Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim" hedeflerini yerine getirmeyi amaçlayan ve bu çerçevede, tüm sağlık kurumlarından toplanmak üzere, vatandaşlarımızın elektronik sağlık kayıtlarının, Ulusal ve Uluslararası standartlar kullanılarak, güvenli bir şekilde tek bir merkezde toplanmasını, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri çerçevesinde, gerektiğinde mevzuat ve yetkiler dâhilinde paylaşımını ve karar-destek sistemlerinde analiz edilerek yönetimsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılmalarını içermektedir.

Sağlık bilişim sektöründe yer alan ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) yazılımı ve diğer sağlık bilgi sistemi yazılımı üreten gerçek ya da tüzel kişilerin kendilerine ait yazılımlarının; sağlık bakanlığının web sitesinde yayımlanan Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) ve Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde (USVS) tanımlanan veri standartlarını karşılayıp karşılamadığını titizlikle gözden geçirmeleri ve kullandıkları kodlama ve sınıflama sistemlerinde Sağlık Kodlama Referans Sunucusu'nda (SKRS) yayımlanan kodları referans almaları, yazılımların mesajlaşma sürecinde Sağlık Bakanlığınca kabul edilen HL-7 (V.3.0) standardını, Tıbbi Görüntü Arşiv ve iletimi bakımından DICOM 3.0 standardını desteklenmelidir. Yazılım üreticilerinin yapacakları tasarım çalışmalarında güncel Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS), Sağlık-NET ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusunu (SKRS) dikkate alması Sağlık-NET sisteminin işletilmesi bakımından son derece önemli bir hususdur.

Sağlık verilerinin açıklanması; bireyin iş, eğitim ya da özel hayatında bazı sıkıntılar oluşturabilir.

Hastane bilgi yönetim sistemleri;

- Hastanın tüm kayıtlarının bir dosya numarası (kayıt numarası) altında açılmasının, karışıklığı önlemesi,
- Hasta bilgilerine direkt, güvenli ve hızlı olarak erişimin sağlanması,
- Kullanıcı bazında yetki modülü verilerek, yetki bazında sorumluluğu sağlaması,
- Aynı bilgiye birden fazla kullanıcının aynı anda ulaşabilmesi,
- Bilgi üretimi ve karar verme hızını, kalitesini artırması,
- Eksik veya hatalı işlemler ile kaçakların tespiti ve engellenmesi,
- İstatiksel bilgilerin güvenilirliği, bilgilere hızlı ve kolay ulaşım,
- Verilerin kolaylıkla birleştirilmesi,
- Sağlıkta dönüşüm sistemlerini (Medula, Sağlık NET, Doktor Bilgi Bankası, e-eczane vb.) desteklemesi,
- Uluslararası tanı sınıflandırma ve hastalık kodlama sistemine (ICD 10- AM) uygun olması,
- Hastanede laboratuvar, radyoloji, kan bankası, eczane, arşiv, faturalama ve diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlaması,
- Değişik kriterlerde sorgulama, analiz ve raporlama işlemlerinin sistem üzerinden gerçekleştirilebilmesi,
- Tüm işlemlerin evraksız gerçekleştirilmesinin, hastane maliyetlerini azaltması,
- Personel verimliliği ve hasta ve çalışan memnuniyetini artırması,
- Hastanenin bütün kaynaklarının (zaman, iş gücü, finansman) etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasına olanak vermektedir [18, 19, 20].

TIBBİ KAYITLARDA GİZLİLİK VE MAHREMİYET

Hasta gizlilik ve mahremiyet konusu, özellikle elektronik sağlık kayıtlarının kullanımının artmasıyla çok daha fazla önem taşımaktadır.

Mahremiyet (Confidentiality), kişinin kendine has bilginin kişiler arasında özel ilişkilerle belirlenen biçimidir;

Gizlilik; kişinin kendine ait olan ve erişimi kişinin kendisi tarafından sınırlandırılan bilgilerdir.

Sağlık bilgi yönetiminde önemli sorumluluklardan biri, bilgi gizliliğinin korunmasıdır. Burada dikkat edilmesi gereken husus; sağlık hizmeti sunan kişiye, kişisel sağlık bilgisinin kontrollü bir biçimde verilmesi ya da bilginin kullanılabileceği durumları belirten bir kullanıcıya yetki verilmesi esasına dayanır.

Hasta mahremiyeti ise, kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu, ancak, toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanına denir. Bu mahremiyet, hastanın hastalığı ile ilgili bütün bilgilerin gizli olmasını içerdiği gibi hastanın bedensel ve zihinsel mahremiyetini de içerir.

Sağlık kayıtlarının gizliliği, kişisel sağlık bilgisinin kontrolü açısından herhangi bir kişinin sahip olduğu hak ve istekleri ifade eder.

Hasta bilgilerinde gizlilik ve mahremiyet, temel bir hak ve özgürlüktür. Bu hak, T.C. Anayasası, Hasta Hakları Yönetmeliği, diğer bazı yönetmelikler ve bazı evrensel hukuk ilkeleri ile güvence altına alınmıştır. T.C. Anayasası'nda Kişisel Bilgilerin Korunması amacıyla 20. Maddeye göre:

"Herkes kendisiyle ilgili kişisel bilgi ve verilerin korunması hakkına sahiptir". "Bu bilgiler, ancak kişinin açık rızasına veya kanunla öngörülen meşru bir sebebe dayalı olarak kullanılabilir". "Herkes, kendisi hakkında toplanmış olan veya kayıtlarda yer alan bilgilere erişme, bunlarda düzeltme yaptırma ve bu bilgilerin amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenme hakkına sahiptir." denilmektedir.

Bireylere ait bilgilerin gizliliğini korumak amacıyla 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 23. maddesine göre "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen hâller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hâllerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz."denilmiştir.

Hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi amacıyla yine Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. maddesine göre: "Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir".

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- Hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- Tıbben sakınca olmayan hâllerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.
- Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır. Yine aynı yönetmeliğin 23.maddesine göre "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen hâller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz." denilmektedir.

Hasta bilgilerinde gizlilik ve mahremiyet, temel bir hak ve özgürlüktür.

Tıbbi kayıtlarda gizlilik ve mahremiyet, toplumsal yaşamı derinden ve yakından ilgilendiren sosyolojik bir olgudur. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı

şekilde sınırlanması neticesini doğuran hâllerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu ortadan kaldırmaz [21, 22].

TIBBİ KAYITLARIN SAKLANMASI

Tıbbi kayıtların saklanması yasal zorunluluktur, yasal çatışmalarda hastayı ve sağlık çalışanını korur. Hastanın bütün tedavi işlemlerini kapsayan evraklar, hasta dosyasında muhafaza edilir.

Tıbbi kayıtların saklanması konusunda çeşitli genelge ve yönetmelikler mevcuttur. Hasta dosyalarının saklanması için; 27.3.2002 tarih ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği 49.maddeye göre "İlgili diğer mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla, özel hastanede tutulan hasta dosyaları, en az yirmi yıl süre ile saklanır." hükmü, arşivlik tıbbi belgelerin saklanması için; 17.02.1989 tarih ve APK.İH.9300-371 sayılı Sağlık Bakanlığı Arşiv Yönetmeliği 5.maddesine göre "Sağlık Bakanlığı, belirli bir süre saklayacağı arşivlik malzeme için 'Birim Arşivleri', daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için 'Kurum Arşivleri' kurar. Ayrıca arşivlik malzeme, birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır." hükmü ve yine adli vakalara ait tıbbi kayıtların saklanması için ise; 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi 15. maddesine göre adli vakalarda ise "Adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, dokümanlar ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süreyle yataklı tedavi kurumunun arşivinde muhafazası zorunludur." hükmü bulunmaktadır.

Tıbbi kayıtların saklanarak muhafaza edilmesi ve ihtiyaç duyulduğunda kayıtlara erişilebilmesi, hasta, hekim ve sağlık çalışanı ile ilgili hastane açısından hayati önem arz etmektedir.

Tutulan tıbbi kayıtları saklamanın faydaları ise aşağıda belirtilmiştir:

- Hastalar hakkında güncel ve doğru bilginin eksiksiz bir şekilde toplanması ve saklanması bu bilgilerin ihtiyaç duyan kullanıcılara, uygun bir formatta, uygun zamanda ve istediği yerde sunma kolaylığı sağlar.
- Bireylerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu paylaşmaya yardım eder.
- Klinik karar destek sistemleri sayesinde hekimlere tanı koyma ve tedavi sürecinde yardımcı olur.
- Hasta bakımının kalitesi, hastane performansı ve maliyetler hakkında bilgiler sunar.
- Yasal çatışmalarda hastayı ve hekimi korur.
- Değişik hastaneler arasında bilgi alışverişi ile yüksek kalitede iletişim sağlamaya yardımcı olur.
- Sağlık alanında yapılan araştırmalara destek sağlar.
- Sağlıklı istatistikler elde etmemizi sağlar.
- Risk yönetimi sağlar.
- Kalite iyileştirme aracıdır.
- Hasta ve çalışan memnuniyetini artırır.
- Stok kontrollerini sağlar vb.

En detaylı tıbbi kayıtlar, hasta dosyalarıdır.

HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ (OTOMASYON SİSTEMLERİ)

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS); bir hastanedeki tüm tıbbi ve idari işlemlerin bilgisayar ortamında yapılması, her türlü verinin birbirine entegre olarak çalışan çeşitli modüller yardımıyla, farklı kullanıcılar vasıtasıyla ana bir veri tabanına girilmesi ve gerekli olan tüm çıktıların/verilerin bu veri tabanından tekrar anlamlı bir şekilde geri alınmasını sağlayan, hastanelere zaman, iş gücü kazancı, maddi kazanç ve en önemlisi düzgün ve güvenilir istatistiki veri/bilgi sağlayan bir yazılımlar bütünü olarak tanımlanabilir.

Hastane bilgi sistemleri (HBS), hastane hizmetlerinin bilgisayar aracılığı ile gerçekleştirilmesi, elektronik ortamda bilgi alışverişinin otomatik olarak yapılması tıbbi, yönetsel ve finansal hizmetler açısından ortaya çıkan detaylı bilgilerin bilgisayara dayalı bir bilgi sistemi ile kayıt altına alınıp bilgiye dönüştürülmesidir. *Hastane Bilgi Sistemi; güvenlik ve bilgi erişim hasta kaydı ve endeks sistemi, poliklinik, tıbbi kayıt, radyoloji, eczane, laboratuvar, ameliyathane, doğum, diyaliz, yoğun bakım, acil servis, döner sermaye ve muhasebe, bordro, personel, stok kontrol, ihale dosyaları, satın alma, diyet planlaması, demirbaşların takibi vb. alanlarda kullanılmaktadır.*

Verilerin kaydı, kontrolü, arşivlenmesi, güvenliğinin sağlanması ve yeniden kullanılması otomasyonun temelini teşkil eder.

Hastane bilgi sistemleri; klinik bilgi sistemleri, yönetsel ve finansal bilgi sistemleri ve stratejik karar destek bilgi sistemleri olarak üç grupta toplanmaktadır.

Klinik bilgi sistemleri, hasta bakımı ve tedavi süreci ile ilgili olan sistemlerdir. Hasta bakımını desteklemek için organize edilmiş bilgilerin oluşturulması, depolanması ve yeniden kullanılmasını sağlayarak, tanı ve tedavi hizmetlerini destekleyen, hekimlerin klinik kararları daha etkili ve hızlı bir biçimde almalarını sağlayan bilgileri üreten bilgi sistemidir. Temel hedefi, hasta bakım hizmeti ve klinik uygulamalardır. Klinik bilgi sistemini başlıcaları; Bilgisayar destekli tanı ve tedavi, bilgisayar destekli hasta takip, bilgisayar destekli hastalık kayıtlarının tutulması, bilgisayar destekli laboratuvar, bilgisayar destekli eczane ve bilgisayar destekli radyoloji bilgi sistemleri şeklinde gruplandırabilir.

Yönetsel ve finansal bilgi sistemleri, yönetim bilgi sistemleri, yöneticilerin günden güne değişen çeşitli kararlarını almaları için gerekli özel bilgileri sağlamaktadır. Kurumlarda bilgi üretimi ve bilgi akışını düzenleyen bilgisayar tabanlı sistemlerdir. Yöneticilere bilgi sağlamak ve genellikle yönetsel denetim amacıyla kullanılmaktadır. Hastane yönetim bilgi sistemleri genellikle; kaynak kullanımı ve programlama sistemlerinden, mali yönetim sistemlerinden malzeme ve tesis yönetim sistemlerinden, personel yönetim sistemlerinden oluşmuş bir bütünleşik sistemdir. Kurumun değişik alanlarında uygulanan faaliyet işleme sistemi verilerini ve bilgilerini kullanmakta, bunlardan yöneticinin ihtiyaç duyduğu özetler, raporlar, tahmin, analiz sonuçları vb. bilgileri üretmektir.

HBYS'lerde en öncelikli adım, iyi bir bilgi işlem departmanına sahip olmaktır.

Finansal bilgi sistemleri, kaynakların daha verimli ve etkin kullanılması, sağlık kurumlarında yaşanan sorunları en aza indirmesi, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alması, bilgi paylaşımında bulunması ve hizmet kayıplarını önlemesi sebepleriyle kârlılığın artırılmasını sağlar ve hastaneyi finansal açıdan da güçlü kılar. Muhasebe ve finansal yönetim, programlama, insan kaynakları

yönetimi, malzeme yönetimi ve ofis otomasyonu gibi yönetimsel operasyonları da desteklemektedir. Mali bilgi sistemi, hastanelerde verimlilik performansını değerlendirmede yöneticilerin vazgeçemeyecekleri bir bilgi kaynağıdır. Bir hastanede, muhasebe ve finansal yönetim sisteminin geliştirilmesi için önce iyi bir muhasebe sisteminin kurulması gerekmektedir.

Muhasebe; parasal yönden bilgi sağlamak üzere veri toplama, birleştirme, özetleme, analiz etme ve elde edilen sonuçları rakamsal olarak ifade etme biçiminde tanımlanmaktadır. Hastane muhasebe sistemi ise; hastane işletmesi hakkında parasal yönden bilgi sağlamak üzere bilgi toplar; bunları birleştirir, analiz eder ve raporlar hazırlayarak yöneticilerin bu konularda bilgilendirilmesini sağlar.

Stratejik karar destek bilgi sistemleri, planlama ve pazarlama, finansal öngörü, kaynak tahsisi, performans yönetimi ve çıktı değerlendirilmesine olanak sağlayan otomasyon sistemleridir. [23]

HASTANELERDE ENTEGRE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ (EBYS)

Hastane faaliyetlerine yönelik geliştirilen entegre bilgi yönetim sistemi (EBYS), bir hastanenin uygulamalarına cevap verecek özellikte hazırlanmış tıbbi, idari ve mali bilgi bütünlüğünü entegre bir ortamda sağlayan organizasyon etkinliğini sağlayan bir uygulama yazılımıdır. Entegre bilgi yönetim sistemleri, hastanedeki tüm ana bilgi sistemi fonksiyonlarının bir arada bağlantılı olarak yürütülmesidir.

EBYS'ler, evraksız bilgi sistemi ile bilgilere daha hızlı ve daha güvenli bir erişim imkânı sağlar.

Sistem, hasta - doktor - personel koordinasyonu ile tıbbi ve finansal bilgileri online, entegre bir yapıda sunarak kurumların verimliliğini artırır. Hastanelerin mali, tıbbi ve yasal değişikliklerinin hızlı bir şekilde uygulanmasını sağlar.

Hastanelere zaman, iş gücü kazancı, maddi kazanç ve en önemlisi düzgün ve güvenilir istatistiksel veri/bilgi sağlar.

EBYS'nin temelini oluşturmak üzere iyi bir planlama yapılması gereklidir.

Bunlar:

- Hizmet tanımları
- İş akışı tanımları
- Rol tanımları (yetki ve sorumluluk)
- Organizasyon tanımlamaları
- İş akışı kural tanımlamaları
- Kaynak tanımlamaları
- Kapsam tanımlamaları
- Birim ve kullanıcı bazında ihtiyaçların belirlenmesi
- Birimler arası ortak stratejilerin belirlenmesi.

İhtiyaçların, hizmetlerin, rollerin, kaynakların belirlenmesi ve iyi bir planlama yapılması EBYS'nin en önemli özelliğidir.

Entegre bilgi yönetim sistemi kavramı kapsamında yer alan konuları ifade edecek olursak;

- *Hastane Genel Bilgi Sistemi*

Hastanede yapılan günlük işlemleri kolaylaştırmak amacı ile tüm hastane için dizayn edilmiş bir bağlı (on-line) sistemin kurulmasıdır.

Tanımlayıcı raporlar hastane grubu veya bölge düzeyinde hastaların karma

olay istatistiklerini vermektedir. Karşılaştırmalı raporlar, çok sayıda hastane, doktor ya da değişik ölçütlere göre hazırlanmış hastalara ait istatistiklerin birbiri ile karşılaştırılmasını içerir. Özet raporlar ise elde edilen bilgilerin, ortalama oran, yüzde gibi değerlerle özetlenmesini ifade eder.

- *Tıbbi Bilgi Sistemi*

Tanı ve tedavi gibi konularda, tıbbi yorumlarda bulunmaya yardımcı olan, veri toplayan ve işleyen bir sistemdir.

- *Yönetim Bilgi Sistemi*

Hastane yönetiminde düşünce yürütme ve karar verme, planlama ve denetim faaliyetlerinde yararlanmak amacı ile verileri toplayan ve işleyen bir sistemdir.

- *Veri Tabanı Yönetim Sistemi*

Kullanılacağı programlardan bağımsız olarak, birbiri ile ilişkili görülen olabildiğince çok veriyi toplamak, bu verileri gerektiğinde geri çağrılacak ve özel raporlar hâline getirilebilecek nitelikteki genel bir format içerisinde saklama işlemlerini gerçekleştirir.

Kullanıcı işlevselliği bakımından EBYS, modüler olan bir yapının tüm sistem boyunca entegre bir veri tabanı içerisinde tüm modüler işlevleri birleştiren özelliğe sahip olması gerekmektedir [24].

Örnek

- Hastanelerde entegre bilgi yönetim sistemleri (EBYS), hastaneler, tıbbi, yönetimsel ve veri tabanıyla ilgili konular hakkında bilgi sağlamaktadır.

Bireysel Etkinlik

- Bulunduğunuz ildeki üniversite ve devlet hastanelerinde tıbbi kayıt ve otomasyon sistemlerinin olup olmadığını, şayet varsa, karşılaştırmalı olarak inceleyiniz.

Özet

- Tıbbi kayıt: Sağlık kuruluşlarının acil servis, poliklinik, klinik, röntgen, laboratuvar ve ameliyathane gibi tıbbi hizmet ünitelerinde düzenlenen hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan, hastanın kimlik ve sağlık bilgilerini içeren, evrak ve bilgisayar kayıtlarıdır.
- Hastaya Ait Tıbbi Kayıtlar (Belgeler); Hastanın başvuru formu, Hasta kabul kâğıdı, Aydınlatılmış onam, Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı, Hasta tabelası, Derece kâğıdı, Röntgen istek kâğıdı, grafikler ve raporları, Laboratuvar istek kâğıdı ve sonuç raporları, Ameliyat kâğıdı, Çıkış özeti (epikriz), Hasta dosyası muhteviyatı ve tüm tıbbi evraklar, Bilgisayar kayıtları, Ses kayıtları, Kamera kayıtlarıdır.
- Hasta kaydı: hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan hasta veya hasta hakkında kişisel bilgilere sahip olan hasta yakınlarından elde edilen, hastanın sağlığıyla ilgili bilgilerin saklandığı bir depodur.
- Hastanelerde, bilgisayar sistemleri ile entegre olarak kullanılan cihazların birbiriyle ilişkilendirilerek hızlı, güvenli ve doğru kullanılmasına ise "Hastane Otomasyonu" denir. Hastanelerde kullanılan otomasyonlar, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) adı altında yürütülür.
- Otomasyon sisteminin işlevleri; Veri Toplama İşlevi, Depolama İşlevi, Erişim ve İletişim İşlevi, Bilgi İşleme İşlevi, Güvenlik İşlevi, Erişimin, Veri koruma, Bilgi Sunumu İşlevinden ibarettir.
- Tıbbi kayıtlar niteliklerine göre kâğıt tabanlı ve bilgisayar tabanlı tıbbi kayıtlar olmak üzere iki gruba ayrılır. Tıbbi kayıt, Hastanın kabul edildiği tarih ve saati, hastanın açık kimliğini, özgeçmişini, olayın kısa hikayesini, tarih ve saatini, hastanın kabul edildiği andaki yaşamsal bulgularını (tansiyon, nabız, ateş, bilinç durumu vs.), muayene bulgularını, laboratuvar, röntgen ve konsültasyon sonuçlarını, ön tanı veya ana tanıyı, riskli tıbbi ve cerrahi girişimler için yazılı onam kâğıdını, uygulanan ve önerilen tedaviye ilişkin bilgileri, tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının tedaviyi aksatma veya önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını kayıt altına almayı, hastayla ilgilenen hekimlerin isim ve imzalarını kapsamalıdır.
- Sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşların tutması gereken tıbbi kayıtlardan bazıları Hastanın Kimliği, Anamnez Kayıtları, Rıza Formları, İzlem Notları, Hekim Orderları, Laboratuvar-Radyolojik Raporlar, Konsültasyon Raporları, Epikriz(Çıkış özeti), Ameliyat Notları, Derece Kâğıdı ve Hasta Tabelasıdır.
- Her bireyin kendi sağlığı ile ilgili kendisine yapılan tüm tıbbi ve cerrahi müdahaleleri bilme hakkı vardır. Sağlık Bakanlığı; 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16.maddesinde "Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir.
- Tıbbi kayıtlar ayrıca, hastanelerin tedavi hizmeti sunmadaki başarısını ve sunulan tedavi hizmetinin kalitesini değerlendirmeyi sağlayan belgelerdir. Hekimler, tıbbi kayıt sistemlerine özel olarak katkıda bulunan kişilerdir. İyi tutulmuş tıbbi kayıtlar; eğitim, araştırma ve hasta takibi ile kişisel kariyer gelişimi sağlaması bakımından hekimi motive ederek, kolaylıklar sağlamaktadır. Adli tıp için en önemli kayıtlar, hasta dosyalarıdır.
- Sağlık – NET, Bakanlığımızın "Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim" hedeflerini yerine getirmeyi amaçlayan ve bu çerçevede, tüm sağlık kurumlarından toplanmak üzere, vatandaşlarımızın elektronik sağlık kayıtlarının, Ulusal ve Uluslararası standartlar kullanılarak, güvenli bir şekilde tek bir merkezde toplanmasını, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri çerçevesinde, gerektiğinde mevzuat ve yetkiler dâhilinde paylaşımını ve karar-destek sistemlerinde analiz edilerek yönetimsel ve bilimsel çalışmalarda kullanılmalarını içermektedir.

Özet (devamı)

- Hastane bilgi yönetim sistemleri; Hastanın tüm kayıtlarının bir dosya numarası(kayıt numarası) altında açılmasının, karışıklığı önlemesi, Hasta bilgilerine direkt, güvenli ve hızlı olarak erişimin sağlanması, Kullanıcı bazında yetki modülü verilerek, yetki bazında sorumluluğu sağlaması, Aynı bilgiye birden fazla kullanıcının aynı anda ulaşabilmesi, Bilgi üretimi ve karar verme hızını, kalitesini artırması, Eksik veya hatalı işlemler ile kaçakların tespiti ve engellenmesi, İstatistiksel bilgilerin güvenilirliği, bilgilere hızlı ve kolay ulaşım, Verilerin kolaylıkla birleştirilmesi, Sağlıkta dönüşüm sistemlerini (Medula, Sağlık NET, Doktor Bilgi Bankası, e-eczane vb.) desteklemesi, Uluslararası tanı sınıflandırma ve hastalık kodlama sistemine (ICD 10-AM) uygun olması, Hastanede laboratuvar, radyoloji, kan bankası, eczane, arşiv, faturalama ve diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlaması, Değişik kriterlerde sorgulama, analiz ve raporlama işlemlerinin sistem üzerinden gerçekleştirilebilmesi,Tüm işlemlerin evraksız gerçekleştirilmesinin, hastane maliyetlerini azaltması, Personel verimliliği ve hasta ve çalışan memnuniyetini artırması, Hastanenin bütün kaynaklarının (zaman, iş gücü, finansman) etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasına olanak vermektedir.
- Mahremiyet (Confidentiality), kişinin kendine has bilginin kişiler arasında özel ilişkilerle belirlenen biçimidir; Gizlilik; kişinin kendine ait olan ve erişimi kişinin kendisi tarafından sınırlandırılan bilgilerdir. Hasta bilgilerinde gizlilik ve mahremiyet, temel bir hak ve özgürlüktür ve bu hak T.C. Anayasası, Hasta Hakları Yönetmeliği, diğer bazı yönetmelikler ve bazı evrensel hukuk ilkeleri ile güvence altına alınmıştır.
- Tıbbi kayıtların saklanması yasal zorunluluktur, yasal çatışmalarda hastayı ve sağlık çalışanını korur. Hastanın bütün tedavi işlemlerini kapsayan evraklar, hasta dosyasında muhafaza edilir.
- Hastane bilgi sistemleri; klinik bilgi sistemleri, yönetsel ve finansal bilgi sistemleri ve stratejik karar destek bilgi sistemleri olarak üç grupta toplanmaktadır.
- Hastane faaliyetlerine yönelik geliştirilen entegre bilgi yönetim sistemi (EBYS), bir hastanenin uygulamalarına cevap verecek özellikte hazırlanmış tıbbi, idari ve mali bilgi bütünlüğünü entegre bir ortamda sağlayan organizasyon etkinliğini sağlayan bir uygulama yazılımıdır.

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. "…… sağlık kuruluşlarının tıbbi hizmet ünitelerinde düzenlenen hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan, hastanın kimlik ve sağlık bilgilerini içeren, evrak ve bilgisayar kayıtlarıdır".

   Cümlede boş bırakılan yere aşağıdakilerden hangisi getirilmelidir?
   a) Tıbbi kayıt
   b) Kayıt
   c) Belge
   d) Doküman
   e) Dosya

2. Aşağıdakilerden hangisi hastaya ait tıbbi kayıtlardan biri değildir?
   a) Aydınlatılmış onam
   b) Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı
   c) Hasta tabelası
   d) Derece kâğıdı
   e) Bilgisayar

3. Aşağıdakilerden hangisi iyi Bir Otomasyon Sistemi(HBYS)nin işlevlerinden biri değildir?
   a) Veri Toplama
   b) Erişim ve İletişim
   c) Kamera kaydı
   d) Bilgi İşleme
   e) Güvenlik ve Bilgi Sunumu

4. Elektronik bilginin ve veri süreçlerinin yetkisiz kişilerce kullanımına müdahale edilmesi, zarar verilmesi veya yok edilmesinin önlenmesi için teknik ve organizasyonel önlemler, otomasyonun …….. işlevidir".
   Cümlede boş bırakılan yere aşağıdakilerden hangisi getirilmelidir?
   a) Etkinlik
   b) Erişebilirlik
   c) Güvenlik
   d) Bütünlük
   e) Veri kaydı

5. Aşağıdakilerden hangisi bilgiyi kâğıt üzerine kaydetmenin avantajlarından biri değildir?
   a) Hastane ve klinik güvenilirliğin belirlenebilmesi.
   b) Sağlık hizmetinin kalitesinin saptanabilmesi.
   c) Ödemelerin düzenlenmesi.
   d) Kâğıt üzerindeki yazıların okunamaması.
   e) Hasta bakımının düzenlenmesi.

6. Aşağıdakilerden hangisi bilgisayar tabanlı tıbbi kaydın dezavantajlarından biridir?
   a) Güvenlik tedbirleri alınmazsa yetkisiz kişiler hasta kayıtlarına ulaşabilir.
   b) Hasta kayıtlarına çok daha hızlı bir şekilde ulaşılabilir.
   c) Aynı dokümana birden fazla kullanıcı aynı anda erişebilir.
   d) Diğer bilgi sistemleri ile entegrasyonu sağlar.
   e) Verilerin birleştirilmesini kolaylaştırır.

7. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi kayıtların hekim yönünden önemini kapsar?
   a) Eğitim
   b) Araştırma
   c) Hasta takibi
   d) Kişisel kariyer gelişimi
   e) Hepsi

8. Yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden hastalara düzenlenen kayıtların ve kullanılan dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların hastaların daha sonraki başvurularında derhâl hazır bulundurulması içinde tasnif ve muhafaza edilmesine ilişkin usul ve esasları belirlemek amacıyla yayınlanmış yönerge aşağıdakilerden hangisidir?
   a) Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Alım Kılavuzu
   b) Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi
   c) Hasta Hakları Yönetmeliği
   d) Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
   e) Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

9. Hasta bakımı ve tedavi sürecini kapsayan sistem aşağıdakilerden hangisidir?
   a) Yönetsel Bilgi Sistemi
   b) Klinik Bilgi Sistemi
   c) Finansal Bilgi Sistemi
   d) Stratejik Karar Destek Bilgi Sistemi
   e) Planlama Bilgi Sistemi

10. Entegre Bilgi Yönetimi Sistemleri(EBYS)'nin temelinde iyi bir planlama yapılması gerekir.
    Aşağıdakilerden hangisi planlama kapsamında değildir?
    a) Hizmet tanımı
    b) İş akışı tanımı
    c) Organizasyon tanımlamaları
    d) Kâr marjı tanımlamaları
    e) Birim ve kullanıcı bazında ihtiyaç belirlenmesi

Cevap Anahtarı

1. a, 2.e, 3.c, 4.c, 5.d, 6.a, 7.e, 8.b, 9.b, 10.d

YARARLANILAN KAYNAKLAR

[1] Ak, B. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (Hastane Otomasyonu) Ders Notu Ankara, 2010 (Erişim:akocyigit.files.wordpress.com/2012/09/hbys- giriş 59f / 03.07.2013).

[2] www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-68227/h/hbsak2010.doc(Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Alım Kılavuzu/erişim tarihi:03.07.2013).

[3] http://www.hastahaklari.net/Bilinmeyen-Hak--mahremiyet--18-yazisi.aspx/ (erişim tarihi:03.07.2013).

[4] www.aile.net/sunum/sunum/kayitzekeriya.ppt (erişim tarihi:03.07.2013).

[5] www.saglik.gov.tr/.../tibbikayitvearsivhizmetleriyonergesindedegisikliky... (erişim tarihi:03.07.2013).

[6] http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8160/ozel-hastaneler-yonetmeligi.html(erişim tarihi:03.07.2013).

[7] http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=92(erişim tarihi:03.07.2013).

[8] www.tsn.org.tr/pdf/kongre2012/Salon2/ibrahim%20uzun.pdf(erişim tarihi:03.07.2013).

[9] www.bsm.gov.tr/sunu/docs/tıbbikayitsakla. (erişim tarihi:03.07.2013).

[10] http://www.medihaber.net/2013/04/26/tibbi-kayitlarin-tutulmasinda-tibbi-sekreterlerin-hukuksal-sorumlulugu/(erişim tarihi:03.07.2013).

[11]http://www.hakkinda-bilgi-nedir.com/hastanelerde-bilgisayar-kullanimi-nedir+hastanelerde-bilgisayar-kullanimi-hakkinda-bilgi (erişim tarihi : 03.07.2013).

[12]Ceylan, F. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Ders Notları,Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Bursa 2012((Erişim: http://shmyo.uludag.edu.tr/ders_notlari.html/ 03.07.2013).

[13]Işık,O., Yılmaz,A., Barışcı,N., Akbolat M., Odacıoğlu,Y., Akca,N., Esatoğlu,A.E., Editör Yılmaz,A., Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri Kitabı, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2862 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1819 Eskişehir, Ocak 2013 (Erişim: eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/sak204u/04.07.2013).

[14]Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C Sağlık Bakanlığı Tarih: 11 Mart 2009 Sayı:27166 (Erişim: www.resmigazete.gov.tr/04.07.2013).

[15]T.C Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Bakanlar Kurulu Karar Tarihi - No: 10/09/1982 - 8/5319 Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi -No: 13/01/1983 - No:17927 Mükerrer Yayımlandığı Düsturun Tertibi: 5, Cilt: 22, S. 2889 (Erişim:www.saglik.gov.tr/03.07.2013).

[16]Özbabalık, D., Arslantaş,D., Arslantaş,A., Adapınar,B., Dündar,E., Çetinkaya,F., Editör Özbabalık,D., Tıbbi Dökümantasyon Kitabı T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2495 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1466 Eskişehir, Mayıs 2012 (Erişim:eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/SAK101U/04.07.2013).

[17] https://uludag.edu.tr › HBYS › hbys_giris_01_2021. (Erişim: 12.07.2021).

[18]Alpkoçak,A., Bilgisayar Tabanlı Hasta Kayıt Sistemleri ve İnternet Adil Alpkoçak Dokuz Eylül Üniversitesi Bilgisayar Mühendisliği Bölümü Bornova 35100 İZMİR

(Erişim:people.cs.deu.edu.tr/alpkocak/Papers/BHKS/03.07.2013).

[19]T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420(Erişim:sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yönetmelik/04.07.2013).

[20]Ceylan F. Sağlık Hizmetlerinde Arşivleme, Eğitim Semineri Çalışması, Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Bursa 13.12.2007 (Erişim:www. shmyo.uludag.edu.tr/Ders.../ 04.07.2013).

[21]http://egitim.enlildestek.com/eroglu_egitim_kilavuzlar/kilavuz_index.html (Erişim tarihi:03.07.2013).

[22]Işık O.,Akbolat M. Bilgi Dünyası, Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma The Use of Information Technology and Hospital Information Systems: A Study on Health Employees (2010,11(2)365-389) (erişim : www. unak. org.tr / Bilgi Dunyasi / gorusler /2010 /cilt11/sayi2/365- 389.pdf/03.07.2013).

[2 3] Güneş T. Entegre Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Tokat,10.06.2013 (Erişim:okuladocs.com/docs/29/index-62312.html/03.07.2013).

[2 4] Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki Tıbbi Kayıt Ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin Icd 10 Am Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu Ankara-2006 (Erişim: www. tig. saglik. gov. Tr / content / files / ... / E433 _ costing _ processes_son./04.07. 2013).