



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YAPISININ
GÜÇLENDİRİLMESİ VE YENİDEN YAPILANDIRILMASI
İÇİN ALTYAPI GELİŞTİRİLMESİ PROJESİ**

**Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki
Tıbbi Kayıt ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin
ICD 10 AM Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu**

Ankara-2006

TCHEALTH BİLGİ TEKNOLOJİLERİ LTD. ŞTİ.



Bu rehber yalnızca; **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi** kapsamında hizmete özel olarak kullanılmak amacıyla düzenlenmiştir

Rehberin tüm yayın hakları Hacettepe Üniversitesi tarafından korunmuştur.

Bu rehberin tümü, herhangi bir bölümü ya da bir kısmı, Hacettepe Üniversitesi'nin yazılı izni alınmadan mekanik, elektronik, manyetik (bilgisayar, CD, disket, Web vb.) ortama aktarılamaz, çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz.

Hazırlayanlar

Yard. Doç. Dr. Aslan KAPLAN

Öğr. Gör. Ali YILMAZ

Özlem DEMİR

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ	2
2. TEMEL KAVRAMLAR.....	3
3. HASTANELERE AİT DEĞERLENDİRME SONUÇLARI ve ÖNERİLER.....	4
3.1. GAZİANTEP AV. CENGİZ GÖKÇEK DEVLET HASTANESİ ...	4
<u>3.1.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler</u>	<u>4</u>
<u>3.1.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı</u>	<u>4</u>
<u>3.1.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi</u>	<u>4</u>
<u>3.1.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri</u>	<u>5</u>
<u>3.1.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Öneriler.....</u>	<u>7</u>
<u>3.1.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler</u>	<u>7</u>
<u>3.1.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri</u>	<u>8</u>
3.2. DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ	11
<u>3.2.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler</u>	<u>11</u>
<u>3.2.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı</u>	<u>11</u>
<u>3.2.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi</u>	<u>11</u>
<u>3.2.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri</u>	<u>12</u>
<u>3.2.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri.....</u>	<u>14</u>
<u>3.2.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler</u>	<u>15</u>
<u>3.2.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri</u>	<u>15</u>
3.3. ANTALYA DEVLET HASTANESİ	18
<u>3.3.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler</u>	<u>18</u>
<u>3.3.2. Hastane Yönetiminin Yaklaşımı</u>	<u>18</u>
<u>3.3.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi</u>	<u>19</u>
<u>3.3.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri</u>	<u>19</u>

3.3.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri.....	20
3.3.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler	22
3.3.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri	23
3.4. ANKARA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ	26
3.4.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler	26
3.4.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı	26
3.4.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi	27
3.4.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri	27
3.4.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri.....	29
3.4.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler	31
3.4.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri	31
4. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	34
4.1. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Öneriler	34
4.2. Hasta Dosyaları Arşivine İlişkin Sorunlar ve Öneriler	38
4.3. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Sorunlar ve Öneriler	40
4.4. Tıbbi Kayıtlarla İlgili Genel Sorunlar ve Öneriler.....	40
4.5. Kayıt Kalitesinin İyileştirilmesine Yönelik Öneriler.....	41
4.5.1. Tek Tanımlayıcı ve Demografik Bilgilere Yönelik Öneriler.....	41
4.5.2. Klinik Kayıtlara Yönelik Öneriler	41

1.GİRİŞ

‘Sağlık hizmetleri finansman yönetiminin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması için altyapı geliştirilmesi projesi’ kapsamında Tepe Teknolojik Servisler A.Ş.’den ICD-10-AM eğitim ekibiyle birlikte 11.04.2006 - 25.04.2006 tarihleri arasında Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Devlet Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ziyaretlerinde öncelikle başhekim ve başhekim yardımcıları olmak üzere klinik şefleri, şef yardımcıları, hekimler, hastane müdürleri, müdür yardımcıları, arşiv sorumluları, bilgi işlem sorumluları, hemşireler, tıbbi sekreterler ve kodlayıcılarla görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde, hastanelerde kullanılan bilgi sistemlerinin kodlamada kullanılabilirliği, hasta dosyalarının yapısı, arşivin yapı ve özellikleri, kodlama kalitesinin yükseltilmesi için dokümantasyon altyapısıyla ilgili yaşanan sorunlar tartışılmış ve bunlara yönelik çözüm önerileri sunulmuştur.

Değişik kliniklere ait basit rasgele örneklem yöntemi ile seçilen dosyalar incelenmiş, gözlem ve çalışanlarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Bu rapor hastane yetkilileri ve diğer çalışanlarla yapılan görüşmeler ve incelenen kayıt sistemleri ile hasta dosyalarından elde edilen bilgiler ve edinilen izlenimlere göre hazırlanmıştır.

Raporda hastaneler hakkında genel bilgiler, hastane yönetiminin kodlama konusuna yaklaşımı, hastanede kullanılan bilgi sistemi, hasta dosyaları ve hasta dosyaları arşivinin yapısına ait sorunlar ve çözümleri, kodlama, kodlama kalitesi ve kodlayıcıya ait özellikler, tıbbi kayıt kalitesine ait sorunlar, çözüm önerileri ile genel sonuçlar ve öneriler verilmiştir.

2. TEMEL KAVRAMLAR

Doküman: İnsanların çeşitli alanlarda yapmış oldukları çalışmalardan elde ettikleri bilgileri kapsamına alan kalıcı bilgi kaynaklarına belge veya doküman adı verilir.

Dokümantasyon: Dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden dokümantasyon adı verilir. Doküman kalıcı hale gelmiş bilgi veya belgelenmiş bilginin adıdır. Dokümantasyon ise belgelerin elde edilmesi, düzenlenmesi, saklanması ve yararlanılmasına yönelik eylem ve işlemlerdir.

Tıbbi Doküman: İnsan ve toplum sağlığı ile ilgili konulardaki bilgileri düzenli bir biçimde kapsamına alan belgelere tıbbi doküman denir.

Tıbbi Dokümantasyon: Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden tıbbi dokümantasyon denir.

Hasta Dosyası: Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin sağlık kurumlarında kaldıkları süre içerisinde teşhis ve tedavileriyle ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğuna hasta dosyası denir.

Hasta Dosyaları Arşivi: Hasta dosyalarının bilimsel kural ve standartlara uygun olarak toplandığı, düzenlendiği ve hizmete sunulduğu birimlere hasta dosyaları arşivi denir.

Tıbbi kayıt: Hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan kayıtlara tıbbi kayıt denilmektedir.

Hasta kaydı: Institute of Medicine (IOM) 1991 yılında yaptığı bir toplantıda tıbbi kayıt kavramı yerine hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan hasta kaydı kavramını benimsemiştir. Bir hasta hakkında hasta veya hasta hakkında kişisel bilgilere sahip olan 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.

3. HASTANELERE AİT DEĞERLENDİRME SONUÇLARI ve ÖNERİLER

3.1. GAZİANTEP AV. CENGİZ GÖKÇEK DEVLET HASTANESİ

3.1.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler

Yatak Sayısı	: 616
Günlük Poliklinik Sayısı	: 7.000 (ortalama)
Yıllık Poliklinik Sayısı	: 1.500.225
Yıllık Yatış Sayısı	: 35.309
Günlük Taburcu Sayısı	: 120 (ortalama)
Kapasite Kullanım Oranı	: % 75,8

3.1.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı

Hastane başhekimini, başhekim yardımcısı ve hastane müdür yardımcısı ile yapılan toplantıda değişime ve yeniliğe açık oldukları, projeyi destekledikleri, kodlama sisteminin gerekliliğine inancın tam olduğu gözlemlenmiştir. Hastane yönetimi tarafından kayıt sisteminin sorunları hakkında bir çalışma yapıldığı ve hazırlanan bu rapor doğrultusunda hastane içerisinde yeni bir arşiv binasının düzenlenmesine karar verildiği, bu amaçla oluşturulan komisyonun çalışmalara devam ettiği ifade edilmiştir. Hastane yönetiminin kodlama ekibine personel desteği sağlayamadığı ve çalışan personelin yetersiz olduğunu ifade etmeleri üzerine Gaziantep Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcısı ve Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı Başkanı ile görüşülmüş ve hastane yönetimi ile üniversitenin işbirliği sağlanmıştır. Bu doğrultuda üniversitenin hastaneye stajyer öğrenci göndermesi konusunda mutabakata varılmış; ileriye dönük olarak bu konuda eğitim almış kişilerin istihdam edilebilmesi için altyapı oluşturulmuştur.

3.1.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi

Hastanede özel bir firma tarafından geliştirilen yazılım bulunmaktadır. Yazılımda laboratuvar modülü aktif olarak kullanılmakta ve demografik veriler kapsamlı olarak yer almaktadır. Ancak kullanıcıların bu ekranları kullanmadıkları, yeterli bilginin kaydedilmediği görülmektedir. Yazılım, hastanın tüm verilerini tek bir kayıt altında toplamaya bir başka deyişle elektronik olarak tek dosya oluşturmaya uygun bir yapıda değildir. Kullanıcıların program hakkındaki bilgileri sınırlıdır. Hizmet içi eğitim

programlarıyla bu eksiklik giderilmelidir. Sistemden formların önemli bir kısmı alınabilmekte fakat kullanıcıların verileri girmemeleri nedeniyle yeteri kadar kullanılamamaktadır.

3.1.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastanede kullanılan dosyalar zarf yapıdadır. Radyolojik inceleme bulguları diğer kayıtlarla birlikte bu dosyada saklanmaktadır. Bu sistem dosyaların sıralanması ve saklanmasında, belgelerin sistematik olarak düzenlenmesinde önemli sorunlar oluşturmaktadır.

Çözüm Önerisi: Zarf dosya yerine renkli dosyalama sistemine göre tasarlanmış kapaklı dosyalar tercih edilmelidir. Radyolojik inceleme bulguları raporlanmalı veya hekimin bulguları kayıtlarda ilgili yerlere kaydedilmelidir. Örneğin radyolojik inceleme bulguları tıbbi muayene ve müşahade kağıdında radyodiagnostik bulgular kısmına kaydedilerek dosyalardan çıkarılmalıdır. Hastane, film arşivi oluşturma politikası benimserse ayrı bir film arşivi kurulmalıdır.

Hastanede yalnızca yatan hastalara dosya çıkarılmaktadır. Dosyaların numaralanmasında ve sıralanmasında seri-ünite numaralama sistemi kullanılmaktadır. Hastaya daha önce açılan dosyaların en son açılan dosyada birleştirilmesi yöntemine dayanan bu sistem sayı olarak yetersiz ve bu konuda eğitim almamış arşiv çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastanede seri-ünite numaralama sistemi terk edilerek ünite numaralama sistemine geçilmelidir. Bu şekilde açılan dosya sayısı azalacak, yer sıkıntısı yaşayan arşivin daha optimal kullanımına olanak sağlanacaktır. Hastanın kayıtları tek bir dosyada tutulacağından bakımın devamlılığı ve kayıtların bütünlüğü sağlanmış olacaktır.

Hastanede renkli dosyalama sistemi kullanılmaktadır. Fakat kullanılan renkler ile renklerin ifade ettiği numaralar arasında hiç bir anlamsal bağ bulunmamaktadır. Dosyaların önemli bir bölümünde ise tek bir renk kullanılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları renkli dosyalama sistemine uygun olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Ayrıca çalışanların da bu sistemin kullanımı konusunda eğitimi gereklidir.

Dosyalar çelik raflarda ve yirmi beşlik balyalar halinde saklanmaktadır. Hiçbir işlevsel özelliği bulunmayan ve arşivleme mantığından çok depolama mantığına dayanan bu sistem terk edilmelidir.

Çözüm Önerisi: Raflar kapaklı dosyaların sıralanabileceği standart büyüklükte olmalıdır. Rafların genişliği ve yüksekliğinin standart hale getirilmesi daha fazla dosyanın işlevsel olarak saklanmasına olanak sağlayacaktır. Böylece yer sorununun sıklıkla ifade edildiği hastanede önemli ölçüde bir alan açılmış olacaktır.

Hasta dosyaları arşivinde 2000 yılından önceki dosyalar su baskını nedeniyle tamamen imha edilmiştir.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları arşivinde dosyaların fiziksel güvenliği sağlanmalıdır. Bu da ancak hastane yönetiminin konuya yaklaşımının değişmesiyle mümkündür.

Servislerde işi biten hasta dosyaları düzensiz aralıklarla arşive gönderilmektedir. Bu durum dosyaların servislerde birikmesine, kaybolmasına ya da gecikmeli olarak arşive gelmesine neden olmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta kabul birimi kurularak tüm yatış ve taburcu işlemlerinin bu birimden yapılması sağlanmalıdır. Bu birimde yatış sırasında dosyalar açılarak hasta, dosyasıyla birlikte servise gönderilmelidir. Serviste kullanılan formlar burada ilave edilmelidir. Taburcu işlemleri sırasında dosya klinikte düzenlenerek hasta kabul birimine gönderilmelidir. İşlemi yapılan dosya burada alıkonulmalıdır. Arşiv, yazılımın ilgili modülünden taburcu listelerini alarak bu listeye göre hasta kabul biriminden dosyaları devralmalıdır. Bu şekilde dosyaların günlük olarak servislerden inmesi, zamanında arşive gelmesi, takibinin kolaylaştırılarak kaybolmasının önlenmesi sağlanmış olacaktır.

Hasta dosyalarında tahakkuk cetveli, nüfus cüzdanı fotokopisi gibi idari belgeler tıbbi belgelerle birlikte bulunmaktadır. Tasnifi yapılmadan dosyalara yerleştirilen bu belgeler dosyanın hacmini gereksiz olarak artırmakta ve dosyaların kullanımında problemler oluşturmaktadır.

Çözüm Önerisi: Taburcu olan hastalara ait hasta dosyalarının düzenlenmesi ilk olarak klinik sekreterliklerinde yapılmalı ve hasta kabul birimine gönderilmelidir. Hasta kabul biriminden devralınan dosyalar arşive geldiğinde eksik dosyalar bölümünde niceliksel analizinin yapılması sağlanmalıdır. İlgili personel, dosyada bulunmaması gereken belgeleri ayıklamalı; gereken bütün formların ve raporların bulunup

bulunmadığını, olması gereken sırada olup olmadığını, doğru ve standartlara uygun olarak kaydedilip kaydedilmediğini kontrol etmeli; varsa eksikliklerin giderilmesini sağlamalıdır. Eksiklikleri giderilen belgeler her bir yatış için kronolojik olarak düzenlenmelidir.

3.1.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri

Gaziantep Devlet Hastanesi'nde hasta dosyaları arşivi olarak kullanılan alan merkezi binanın dışındadır. Depo görünümünde olan arşivin havalandırması ve ışıklandırması yeterli değildir, çok fazla nem vardır. Binanın zemin katın altında olması nedeniyle sık sık su baskını yaşandığı söylenmektedir.

Çözüm Önerisi: Hastane yönetimi yeni bir arşivin kurulması yönünde karar aldığını ve çalışmaların devam ettiğini bildirmiştir. Kampusun içerisinde, merkezi binanın hemen alt katında son derece uygun bir alan arşiv olarak düzenlenebilir. Alanın ölçüleri 15x14 m. ve 16x13 m. boyutunda iki kısımdan oluşmaktadır. Bu alan aktif arşiv olarak kullanılabilir. Halen kullanılan arşiv 35x11 m. boyutunda pasif arşiv olarak değerlendirilebilir. Bu alanlar son derece geniş ve hastane için yeterlidir. Hasta dosyaları arşivi olarak düşünülen alan; eksik dosyalar, kodlama, dosyalama, haberleşme, tıbbi araştırma bölümü olarak düzenlenebilir. Ayrıca istatistik bölümü de hasta dosyaları arşivine alınmalıdır. Hasta dosyaları arşivinin merkezi bir yapıya kavuşturulması denetimi, koordinasyonu ve iletişimi kolaylaştıracaktır.

Hasta dosyaları arşivinde 3 kadrolu, 2 sözleşmeli olmak üzere toplam beş kişi çalışmaktadır. Çalışanların bu konuda eğitim almamış olması önemli bir sorundur.

Çözüm Önerisi: Çalışanların hizmet içi eğitim programları ile eğitim eksiklikleri giderilmelidir. Üniversite ile sağlanan işbirliği değerlendirilerek her dönem stajyer öğrenci gelmesi sağlanmalıdır.

3.1.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler

Hastanede aktif kodlama yapan kişi sayısı beştir. Çalışanlardan yalnızca birisi tıbbi dokümantasyon bölümü mezunudur. Bu kişi diğer kodlayıcıların eğitiminden ve kodlamanın yürütülmesinden, birimler arası koordinasyondan sorumlu olarak görevlendirilmiştir.

Kodlayıcı olarak çalışanların üçü sözleşmeli olarak, biri 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında çalışmaktadır. Kodlama ağırlıklı olarak hasta dosyaları üzerinden yapılmakta, elektronik ortamda tutulan kayıtlar laboratuvar modülü dışında

yetersiz kalmaktadır. Kodlama ekibi tarafından 900 dosya incelenerek kodlanmıştır. Eğitici ekiple birlikte yapılan ilk değerlendirmede, kodlama kalitesinin yeterli düzeyde olduğu, dokümantasyon kalitesinin artırılmasına bağlı olarak bu kalitenin artacağı gözlemlenmiştir.

Kodlama hasta dosyaları arşivinden ayrı bir binada yapılmaktadır. Yeniden yapılandırılacak olan arşiv içerisinde kodlama bölümünün de yer alması sağlanmalıdır.

3.1.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

3.1.7.1. Tek Tanımlayıcı Numara ve Demografik Bilgiler

Tek tanımlayıcı numara: Hastanede tek tanımlayıcı numara kullanılmamaktadır. Sistemde hasta tanımlayıcısı olarak dosya numarası, hastane numarası, hasta kabul numarası olmak üzere üç farklı tanımlayıcı bulunmaktadır. Bakımın devamlılığı ve bakım verenler arasında koordinasyonun sağlanması açısından tek tanımlayıcı numara kullanılması son derece önemlidir. Hastane bilgi sisteminde hastayı tanımlayıcı tek bir numara üretilmeli ve bu numara kağıda dayalı formlarda da aynen kullanılmalıdır.

Hastanın doğum tarihi: gün / ay / yıl olarak kullanılmalıdır. Sistemde bu yapı bulunmakta fakat kullanıcıların yalnızca yılı kaydetmeleri nedeniyle eksik kayıt oluşmaktadır.

Hastanın cinsiyeti, ikametgah bilgileri, medeni durumu, hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını ile ilgili bilgiler sistemde bulunmaktadır. Hastanın eğitim durumu ve mesleğiyle ilgili veriler çoğunlukla kullanılmamaktadır.

3.1.7.2. Klinik Kayıtların İçeriği

Klinik kayıtlarda kullanılan formların bir kısmı yazılım tarafından bir kısmı da kağıda dayalı formlardan oluşmaktadır. Hastanede kullanılan formlarda standart yoktur. Kurulacak tıbbi kayıt inceleme komitesi tarafından yeniden düzenlenerek standart hale getirilmelidir.

Klinik kayıtlarda hastanın tıbbi öyküsü, sistemik bulguları, temel şikayeti, görünen hastalığının hikayesi, soy geçmişi bilgileri detaylı olarak doldurulmalıdır. Doktor istemi (order) ve ilaç kayıtlarında özellikle tedavinin türü ve/veya tanısız prosedürler, hastanın varsa alerjik reaksiyonları belirtilmelidir. Gözlem notlarında hastaya uygulanan tüm tedaviler ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt ve özellikle komplikasyonlar yazılmalıdır. Konsültasyon raporlarında istenen bilgiler çoğunlukla eksik doldurulmaktadır.

Klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları yazılımdan alınabilmektedir. Kodlayıcıların tüm sonuçlara erişim yetkisi sağlanmalıdır.

Elektroensefalogram, elektrokardiyogram, biyopsi ve patoloji raporlarının bir nüshasının dosyada yer alması sağlanmalı veya sistemden görülebilmesi için gerekli yetkilendirmeler yapılmalıdır.

Hastanenin kendisine ait veya dışarıdan hizmet alımı yoluyla temin edilen bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrasonografi gibi görüntülemelerin sonuçları hasta dosyalarında yer almalı veya formlarda ilgili yerlere kaydedilerek imzalanmalıdır.

Hastanede anestezi kayıtları son derece kapsamlı ve yeterli düzeyde raporlanmaktadır. Uygulanan anestezi için ASA değerlendirmesi kaydedilmektedir. Kodlama açısından yeterli bilgiler bulunmaktadır.

Hastanın yoğun bakıma gelişinden ayrılışına kadar gözlemlerin kaydedildiği bir form kullanılmaktadır. Bu formda hastanın durumu, geldiğinde ve ayrıldığındaki bilinç düzeyi, hayati bulguları, yoğun bakımda uygulanan tedaviler kodlama açısından yeterli düzeyde kaydedilmektedir.

Ameliyat raporlarının daha kapsamlı ve detaylı yazılmasına özen gösterilmelidir. Raporların günlük yazılması sağlanmalıdır.

Çıkış özeti (epikriz) kalitesi klinikler arasında farklılaşmaktadır. Örneğin Ortopedi, Genel Cerrahi, Üroloji kliniklerinde çok detaylı epikrizlere rastlanmıştır. Hastanın ön tanısı yazılımdan ICD-10 kodları temel alınarak otomatik olarak epikrize aktarılmakta, benzer şekilde hastaya yapılan işlemler de bütçe uygulama talimatı kodlarından otomatik olarak alınmaktadır. Kodlamaların hatalı olması, genel kodların kullanılması ve kodlama tekniğine uygun kod atanmaması nedeniyle tanımlar hatalı olabilmektedir. Bu sorunu gidermek için tanımların sistemden otomatik aktarılması yerine hekimlerin serbest metin olarak yazmaları sağlanmalıdır.

Epikrizler konusunda yaşanan bir diğer sorun, hekimlerin elle yazdığı epikrizlerin sekreterler tarafından sisteme girilmesidir. Sekreterlerin tıbbi dokümantasyon bölümü mezunu olmamaları nedeniyle tıbbi terimleri okumakta zorlanmakta, kısaltmaların açılımlarını yanlış yorumlayabilmektedirler. Hastanın dosyasında sistemden alınan ve hekimin elle yazdığı epikrizler yer almaktadır. Sistemden alınan epikrizler de yukarıda anlatılan nedenlerden dolayı hatalar olabilmektedir. Bu hataları önlemek için hekimlerin epikrizleri sistemi kullanarak yazmaları sağlanmalı veya bu konuda eğitim almış tıbbi

sekreterler istihdam edilmelidir. Bu kısa vadede sağlanamıyor ise kodlama yaparken hekimin elle yazdığı epikrizler kullanılmalıdır.

3.2. DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

3.2.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler

Yatak Sayısı	: 673
Günlük Poliklinik Sayısı	: 3000
Yıllık Poliklinik Sayısı	: 1.031.022
Yıllık Yatış Sayısı	: 39.062
Günlük Taburcu Sayısı	: 150 (ortalama)
Kapasite Kullanım Oranı	: % 95,5

3.2.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı

Hastane başhekim, başhekim yardımcısı, klinik şefleri ve hastane müdürü ile yapılan toplantıda yönetimin projeyi desteklediği, elektronik ve kağıda dayalı kayıt sistemlerinin geliştirilmesi için altyapı çalışmalarının devam ettiği, yeni bir binanın inşa aşamasında olduğu ve burada yeni bir arşivin kurulacağı ifade edilmiştir. Üniversite olarak kendilerine gerekli teknik desteğin verileceği söylenmiştir. Hastane yönetiminin konuya yaklaşımı heyecan vericidir. Yönetimin en çok zorlandığı konu personel yetersizliğidir. Hastanenin günlük ortalama taburcu sayısı 150'dir. Hastanede aktif olarak iki kişi kodlama yapmaktadır. Ayrıca bir kişi acil serviste çalışmakta ve acilde görülen hastalara ait kayıtların kodlamasını yaparak ekibe yardımcı olmaktadır. Kat sekreterlerinin tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümü mezunu olmamaları nedeniyle dosyaların düzenlenmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Hastane yönetimi yeni dönemde sözleşmeli olarak alınacak personelin alımında tıbbi dokümantasyon eğitimi almış kişilere yer verileceğini ifade etmiştir.

3.2.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi

Hastanede özel bir firma tarafından geliştirilen yazılım kullanılmaktadır. Yazılımda laboratuvar bilgi sistemi aktif olarak kullanılırken diğer modüller fazla kullanılamamaktadır.

Sistemde demografik veriler kapsamlı olarak yer almasına rağmen hastaya ait tek tanımlayıcı geliştirilememiştir. Hastanede kullanılan formların önemli bir kısmı sistemde olmasına rağmen kullanıcıların verileri girmemeleri nedeniyle sorunlar yaşanmaktadır.

Bu sorunu giderebilmek için kullanıcıların beklentilerine uygun yeni düzenlemeler yapılmalı, sürecin bir parçası olmaları sağlanmalı, sesli kayıt, el bilgisayarları vb. kolaylaştırıcı ekipmanlarla kullanıcılar desteklenmeli, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesine yönelik çalışmalar yanında özendirici önlemler alınmalıdır.

3.2.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastanede yalnızca yatan hastalara dosya açılmaktadır. Açılan bu dosyalar zarf yapıdadır.

Çözüm Önerisi: Dosyalamada kullanılan zarf yapısı yerine kapaklı dosya sistemi kullanılmalıdır. Bu sistemin kullanılması tek tanımlayıcı numara üzerinden işlem yapmaya, yer sorunu yaşayan arşivde daha fazla dosya saklanmasına ve renkli dosyalama sisteminin kullanılmasına olanak sağlar. Sistemin kullanılabilmesi için çalışanların hizmet içi eğitimden geçirilmesi gereklidir.

Hastanede kullanılan dosyalarda idari evraklar ve tıbbi evraklar birlikte bulunmaktadır. Doğrudan hasta bakımı ile ilgisi olmayan hasta hizmet ekstresi, yeşil kart fotokopisi, hasta sevk kağıdı fotokopilerinin hasta dosyasında yer alması; tıbbi görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, sintigrafi raporlarının aslı ile birlikte birden fazla sayıda fotokopisinin dosyaya koyulması dosya hacminin gereksiz yere büyümesine neden olmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyalarından idari belgeler çıkarılmalıdır. Hastanede hasta kabul birimi ve resmi yazılar birimi yeniden yapılandırılmalıdır. Bu birimler ayrı ayrı oluşturulabileceği gibi bu işlevleri yapacak tek bir birim de kurulabilir. Hasta dosyasına girmemesi gereken idari belgeler bu birimlerce alınarak hastanın işlemleri yapılmalı; idari veya yasal gerekçeler için bu birimlerde saklanmalıdır.

Hastaya ait filmlerin dosyalarda saklanması standart dosya yapısını bozmaktadır.

Çözüm Önerisi: Radyolojik incelemeler için raporlar düzenlenerek hasta dosyasına koyulmalıdır. Raporlanmayan radyolojik görüntülemeler için hekimin düşünceleri formlarda ilgili yerlere kaydedilmelidir. Filmlerin arşivlenmesi hastanenin bu konudaki politikasına bağlıdır. Eğer hastane yönetimi radyolojik görüntülemeleri arşivleme kararı verirse ayrı bir film arşivi oluşturulmalıdır.

Hasta dosyalarında niceliksel ve niteliksel analiz yapılmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Dosyalar hasta dosyaları arşivinin eksik dosyalar bölümüne geldiğinde dosyada olması gereken bütün formların ve raporların bulunup bulunmadığı, olması gereken sırada olup olmadığı, doğru ve standartlara uygun olarak kaydedilip kaydedilmediği kontrol edilmeli, varsa eksikliklerin giderilmesi sağlanmalıdır.

Hastanede dosyaların numaralanmasında ve sıralanmasında seri numaralama sistemi kullanılmaktadır. Hasta dosyaları yıllar itibariyle kronolojik olarak arşivlenmektedir. Hastanın aynı yıl içinde birden fazla yatışı olması durumunda her bir yatış için ayrı dosya çıkarılmakta fakat bu dosyalar arşivde birleştirilmemektedir. Hastanın farklı yatışlarına ait dosyalar hekim tarafından istenildiğinde arşivden kliniklere gönderilmekte ve bu dosyalar kliniklerde birleştirilmektedir. Klinikte birleştirilen bu dosyalar tekrar arşive geldiklerinde birbirlerinden ayrılarak farklı yerlere yerleştirilmektedir. Bu durum arşiv çalışanlarının ve klinik sekreterlerinin iş yükünü artırmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastanede kullanılan seri numaralama sistemi yerine ünite numaralama sistemine geçilmelidir. Yatışına karar verilen hastanın dosyası merkezi bir hasta kabul biriminde açılmalı ve hastaya tek tanımlayıcı bir numara verilmelidir. Bu numara aynı zamanda hastane bilgi sisteminde de kullanılmalıdır. Hastane bilgi sisteminde üretilen dosya numarası ile kağıda dayalı dosyalarda kullanılan dosya numarası aynı olmalıdır ve hastanın tüm gelişlerinde bu numara üzerinden işlem yapılmalıdır. Hastanın tüm gelişlerinde tek bir dosya kullanılacağından dosya sayısı azalacak, bakımın devamlılığı ve kayıtlarda bütünlük sağlanacaktır. Sistemin tüm işlemlerde bu numarayı kullanması elektronik hasta dosyasının oluşmasına altyapı sağlayacaktır.

Hastane genelinde tıbbi kayıtların sürekli iyileşmesine yönelik çalışan bir komite bulunmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastane genelinde tıbbi kayıtların iyileştirilmesi için tıbbi kayıt inceleme komitesi oluşturulmalıdır. Komite tıbbi kayıtların düzenli, doğru, eksiksiz ve zamanında doldurulup doldurulmadığını incelemelidir. Bunun yanında komitenin hastanenin farklı birimleri arasında koordinasyonu sağlama, kararların alınmasına bölümlerin katılımı ve kararların uygulanabilirliğini artırma gibi işlevleri de olacaktır.

Hastanede kodlama açısından yaşanan en önemli sorun dosyaların kliniklerde uzun süre bekletilmesidir. Bu durum kodlama açısından son derece kritiktir. Kodlayıcıların fazla olan iş yükü bu uygulamayla daha da artmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyalarının açılması, düzenlenmesi, saklanması süreci yeniden planlanmalıdır. Hasta kabul birimi dosyaların açılması ve taburcu işlemlerini yapmalıdır. Arşivin eksik dosyalar bölümü günlük taburcu listelerini yazılımın arşiv modülünden almalı ve bu listeye göre hasta kabul biriminden taburcu olan hastaların dosyalarını devralmalıdır. Bu şekilde dosyaların günlük olarak servislerden inmesi, zamanında arşive gelmesi, takibinin kolaylaştırılarak kaybolmasının önlenmesi sağlanmış olacaktır.

3.2.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri

Hasta dosyaları arşivi hastanenin alt katındadır. Depo görünümünde olan arşivin havalandırma ve ışıklandırma olanakları yeterli değildir. Bir arşivde olması gereken fonksiyonel bölümler yoktur.

Çözüm Önerisi: Hastane yönetimi yeni bir binada arşivin kurulması yönünde karar alındığını ve çalışmaların devam ettiğini bildirmiştir. Bu yeni arşiv taşıması gereken mimari özellikler dikkate alınarak yapılandırılmalıdır. Arşiv içerisinde eksik dosyalar, kodlama, dosyalama, tıbbi araştırma ve haberleşme bölümlerini içerecek şekilde yapılandırılmalıdır.

Hastanedeki hasta dosyaları arşivinin yetersiz olması sonucunda onkoloji ve ortopedi gibi bazı bölümler kendi arşivlerini oluşturmuşlardır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları arşivinin kullanıcıların beklentilerine uygun olarak yeniden yapılandırılmasıyla bölüme özgü arşivleme ortadan kalkacak, hastanın bilgileri bakım verenler arasında paylaşılabilir ve bakımın devamlılığı sağlanabilecektir.

Hasta dosyaları arşivi fiziksel kapasite olarak hizmet veremez duruma gelmiştir. Tamamen dolu durumda olduğu için dosya yerleştirebilecek bir alan bulunmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Arşivde bulunan dosyalar incelenerek kullanılmayan dosyalar için bir pasif arşiv oluşturulmalıdır. Kağıda dayalı kayıtlar sürekli büyüme eğilimindedir. Bu nedenle tıbbi kayıtlarda elektronik kayıtların oranı artırılmalı ve kağıda dayalı kayıtlar azaltılmalıdır. Kullanılan sistem gelişmeye açık bir sistemdir. Kullanıcıların ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilmeli ve kullanımı özendirilmelidir.

Dosyaların yerleştirildiği çelik raflar değiştirilmeli, kapaklı dosyalara uygun olarak yeniden düzenlenmelidir. Bu sayede mevcut arşivde önemli ölçüde yer açılacaktır.

Hasta dosyaları arşivinde toplam 3 kişi çalışmaktadır. Bu sayı arşivin yeniden yapılandırılacağı ve iş yükü giderek artacağı düşünüldüğünde yetersizdir. Çalışanların bu konuda eğitim almamış olması önemli bir sorundur.

Çözüm Önerisi: Uzun vadede hasta dosyaları arşivinde bu konuda eğitim almış personel istihdam edilmelidir. Kısa vadeli çözüm olarak ise hastane yönetimi arşivde çalışmayı özendirerek bazı kararlar alarak burada çalışmayı cazip hale getirmeli, çalışanları motive etmelidir. Mevcut çalışanların hizmet içi eğitim programları ile eğitim eksiklikleri giderilmelidir.

3.2.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler

Hastanede aktif kodlama iki kişi tarafından yapılmaktadır. Üçüncü kişi acil servis sekreterliğinde çalışmakta ve buradaki kayıtların kodlamasını yapmaktadır. Kodlama yapacak eleman sayısı son derece yetersizdir. Hastane yönetimi acilen kodlayıcı sayısını artırmalıdır. Seçilecek kodlayıcıların en azından tıbbi terminoloji bilgisine sahip olması, zamanında ve daha doğru kodlama yapılması açısından önemlidir.

Kodlama yapılması için tahsis edilen yer hasta dosyaları arşivinden ayrı bir binadadır. Kodlama bölümü şu an mümkün olmamakla birlikte yeni yapılanmada hasta dosyaları arşivinin içinde bir bölüm olarak yer almalıdır.

Kodlama ağırlıklı olarak hasta dosyaları üzerinden yapılmakta, elektronik ortamda tutulan kayıtlar laboratuvar modülü dışında yetersiz kalmaktadır. Yazılımın kullanıcılar tarafından benimsenerek daha aktif kullanımı sağlanmalıdır. Kayıtların elektronik ortama taşınması, kağıda dayalı kayıtların azalması dokümantasyon kalitesini dolayısıyla kodlama kalitesini artıracaktır. Ancak bu değişimin gerçekleşmesi için öncelikli olarak kayıt kültürünün oluşması gerekmektedir.

3.2.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

3.2.7.1 Tek Tanımlayıcı ve Demografik Bilgiler

Tek Tanımlayıcı: Hastane bilgi sisteminde ve kağıda dayalı kayıtlarda tek tanımlayıcı numara (unique identifier) üzerinden işlem yapılmamaktadır. Bakımın devamlılığı ve bakım verenler arasında koordinasyonun sağlanması açısından tek tanımlayıcı numara kullanılması son derece önemlidir. Hastane bilgi sisteminde hastayı

tanımlayıcı tek bir numara üretilmeli ve bu numara kağıda dayalı formlarda da aynen kullanılmalıdır.

Hastanın doğum tarihi: gün / ay / yıl olarak kullanılmalıdır. Sistemde bu yapı bulunmakta fakat kullanıcıların yalnızca yılı kaydetmeleri nedeniyle eksik kayıt oluşmaktadır.

Hastanın cinsiyeti, ikametgah bilgileri, medeni durumu, yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını ile ilgili bilgilere kayıtlar üzerinden ulaşmak mümkündür. Hastanın eğitim durumu ve mesleğiyle ilgili verilere genellikle rastlanmamıştır.

3.2.7.2. Klinik Kayıtlar

Hastane genelinde kullanılan formlarda standart bir yapı bulunmamaktadır. Aynı tür formlar kliniklere göre farklılaşabilmektedir. Klinik kayıtlarda yaşanan en önemli sorun verilerin kaydedilmemesidir. Örneğin hastanın tıbbi öyküsü, sistemik bulguları, gözlem notları gibi hasta hakkında bir çok verinin kaydedildiği tıbbi müşahade ve muayene kağıdı dosyalarda boş veya çok az veri kaydedilmiş olarak bulunmaktadır.

Kayıtlarda tıbbi öykü ve sistemik inceleme bulguları yeterince detaylı kaydedilmemekte, doktor istemi ve ilaç kayıtlarında alerjiler vb. detay bilgiler bulunmamaktadır. Doktor istemlerinde tedavinin türü ve/veya tanısal prosedürler, hastanın varsa alerjik reaksiyonları belirtilmemektedir. Konsültasyon raporları yeterince doldurulmamaktadır.

Hastanın tüm klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları sistemden alınabilmektedir. Kullanıcıların bu menüleri aktif olarak kullandıkları gözlemlenmiştir.

Radyoloji, elektroensefalogram, elektrokardiyogram, nükleer tıp taramaları, pulmoner fonksiyon testleri, radyoizotop çalışmaları, elektromyogram gibi istemler ve raporları, biyopsi raporları, patoloji raporları ve diğer vücuttan alınan maternal raporları dosyalarda sistematik olarak yer almalıdır.

Radyografi, nükleer tıp, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrasonografi gibi görüntülemelerin sonuçları hasta dosyalarında kullanılan formlara kaydedilmelidir.

Hastanede uygulanan radyasyon tedavisi hizmetlerinde, uygulanacak tedavi planı, tedavinin süresi, her bir tedavide kullanılacak doz miktarı detaylı olarak raporlanmaktadır.

Hastanede anestezi uygulamaları kapsamlı ve yeterli düzeyde raporlanmaktadır. Ancak dosyaların genel yapısında yaşanan problemler nedeniyle bu kayıtların

kullanımında sorunlar yaşanmaktadır. Yoğun bakım kayıtları kodlama açısından yeterli bilgiler içermektedir.

Ameliyat süreci preoperatif ve postoperatif tanıları, komplikasyonları, ameliyat sonunda hastanın durumunu da içerecek şekilde detayda yazılmalıdır.

Kullanılan epikrizlerin büyük çoğunluğunda klinikler arasında format ve içerik açısından farklılıklar vardır. Örneğin Ortopedi, Genel Cerrahi kliniklerinde çok detaylı epikrizler yazılmaktadır. Bazı epikrizler bilgisayarda kelime işlemci programlarında yazılırken bazıları ise elle doldurulmaktadır. Hastane genelinde epikrizler; hastanın sağlık kuruluşuna kabul nedeninden başlayarak muayene ve testlerden alınan önemli bulguların kronolojik tarifi, hastaya uygulanan tedavi ve işlemler, hastanın bu tedavi ve işlemlere verdiği yanıt/yanıtlar, tedavi sırasında yapılan istemler ve sonuçları, fiziksel aktivite düzeyi, diyet, hastanın tedavisinin devamlılığını sağlayacak öneriler ve hasta eğitimi bilgilerini içerecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

3.3. ANTALYA DEVLET HASTANESİ

3.3.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler

Yatak Sayısı	: 880
Günlük Poliklinik Sayısı	: 8000 (ortalama)
Yıllık Poliklinik Sayısı	: 1.616.689
Yıllık Yatış Sayısı	: 40.513
Günlük Taburcu Sayısı	: 120 (ortalama)
Kapasite Kullanım Oranı	: % 63,5

Antalya Devlet Hastanesi merkez ve Kepez'deki hastane olmak üzere iki kampustan oluşmaktadır. Kepez'deki hastanede Göğüs Hastalıkları, Kalp-Damar Cerrahisi, Göz hastalıkları, K.B.B. bölümlerinin klinikleri ve laboratuvar yer almaktadır. Kepez'de ayrı bir hasta dosyaları arşivi bulunmamaktadır. Dosyalar merkezdeki hasta dosyaları arşivine gelmektedir.

Hastanede istihdam edilmek üzere şirket elemanı olarak 100 tıbbi sekreter (sağlık meslek liselerinin tıbbi sekreterlik bölümü ve yüksekokulların tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümü mezunları) alınmış fakat 50 kadar tıbbi sekreter istifa etmiştir. Tıbbi sekreterler kliniklerde istihdam edilmektedir.

3.3.2. Hastane Yönetiminin Yaklaşımı

Antalya Devlet Hastanesi'nde başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısıyla yapılan görüşmelerde; hastane yönetiminin verdiği desteğin kodlamanın kalitesi ve sürekliliği açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Hastane yönetimine mevcut hasta dosyaları arşivi ve hasta dosyalarının iyileştirilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur. Yönetimin bu konuda yeni bir yapılanmaya gittiği, kodlama ekibine gerekli desteği sağladığı ve sağlamaya devam edeceği görüşü ifade edilmiştir. Hastane yönetimi halen kullanılan yazılımda dokümantasyon kalitesinin iyileştirilmesine yönelik önerilere göre değişiklik yapılacağını, yazılımın daha aktif olarak kullanılmasının sağlanacağını ve buna yönelik idari kararların alınarak çalışanlara bir tamimle duyurulacağını belirtmişlerdir.

3.3.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi

27 Ekim 2004 tarihinden itibaren hastanede özel bir firma tarafından geliştirilen yazılım kullanılmaya başlanmıştır. Bu yazılımın arşivde kullanılmaya başlama tarihi Ocak 2005'tir.

Yazılımın kodlama açısından gerekli modüllere sahip olduğu ancak personelin yazılımı kullanırken zaman zaman sorunlarla karşılaştığı gözlenmiştir.

Yazılımın çalışanlar tarafından en iyi şekilde kullanımının sağlanması için gerekli uyum eğitimleri verilmelidir. Sistemde kullanıcıların beklentilerine yönelik değişiklikler yapılarak kullanıcıların sürecin bir parçası olmaları sağlanmalıdır. Bu yapıldığı takdirde sistemin kabullenilmesi ve kullanımı kolaylaşacaktır.

3.3.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Antalya Devlet Hastanesi'nde yalnızca yatan hastalara dosya açılmaktadır. Dosyalar seri numaralama sistemine göre numaralanmaktadır.

Çözüm Önerisi: Ünite numaralama sistemine geçilmesi kayıt bütünlüğünün sağlanması açısından önemlidir. Hastaya ait birden fazla dosyanın birleştirilmesiyle kayıtlara erişim olanağı artacaktır.

Dosyalar renkli dosyalama sistemine göre basılmıştır fakat bu sistem kullanılmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Renkli sistemin kullanılması hasta dosyasının bir düzen içerisinde saklanması ve gerektiğinde tekrar hizmete sunulması açısından gereklidir. Bu nedenle renkli sisteme işlerlik kazandırmak ve bu yöntemle dosyaları sıralamak, dosyaları raflardan daha kolay bulma olanağı sağlayarak ulaşılabilirliklerini artıracaktır.

Hastane bilgi sistemi üzerinden raporların ve formların tamamı yazılabilir ve çıktı alınabilirken hastane çalışanları formları ve raporları daha çok elle yazmayı tercih etmektedirler. Kayıtların elle doldurulması okunmalarını zorlaştırmaktadır. Ayrıca formlara yeterince veri girilmemektedir.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyasını oluşturan formların standart olması ve detaylı olarak doldurulması kodlama açısından büyük önem taşımaktadır. Formlar standart hale getirilmeli, içerikleri düzenlenmelidir. Bu amaçla tıbbi kayıt inceleme komitesi kurulmalıdır. Formları ve raporları olabildiğince yazılımı kullanarak doldurmak form

standardını sağlamak ve el yazısını okuma güçlüğü ortadan kaldırmak açısından önemlidir.

Taburcu olan hastalara ait hasta dosyasını oluşturan belgeler zımbalanmış şekilde kliniklerden arşive gelmekte ve hasta dosyası burada oluşturulmaktadır. Dosyalar günlük arşive gönderilmemektedir.

Çözüm Önerisi: Hastaneye hasta kabul birimi kurulmalı hastaların yatış ve taburcu işlemleri bu birim tarafından yapılmalıdır. Hastanın taburcu olma aşamasında, dosyalar klinik sekreteri tarafından klinikte düzenlenmeli, taburcu işlemleri için hasta kabul birimine gönderilmelidir. Hasta kabul biriminde taburcu işlemleri yapıldıktan sonra dosyalar günlük olarak arşivin eksik dosyalar bölümü tarafından devralınmalıdır. Eksik dosyalar bölümü günlük taburcu listelerini yazılımdan alarak arşive gelen dosyalarla karşılaştırmalı, eksik veya kayıp dosya varsa takibini yaparak arşive gelmesini sağlamalı, dosyaların eksiklikleri varsa gidermelidir. Taburcu listelerinde hastanın dosya numarası, adı ve soyadı, taburcu tarihi bulunmalıdır.

Dosyalar üzerinde basılı bulunan numaralar yazılıma hasta dosyaları arşivinde girilmektedir. Hastayı tanımlayan birden fazla numara sistemde bulunmaktadır.

Çözüm Önerisi: Yazılımda gerekli düzenlemeler yapılarak hastayı tanımlayan tek bir numara üretilmeli ve bu numaranın kağıda dayalı kayıtlarda da kullanılması sağlanmalıdır.

Yazılımda HIV, HBS gibi enfeksiyonlara ilişkin bulgulara yönelik herhangi bir uyarı mekanizması bulunmamaktadır. Bu nedenle hastane çalışanlarının hastanın taşıdığı enfeksiyonları öğrenme ve gerekli tedbirleri alma olasılıkları ortadan kalkmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastada HIV, HBS gibi bir enfeksiyon tespit edildiğinde kullanıcılara bilgi verecek uyarı/alarm mekanizmalarının hem yazılımda hem de kağıda dayalı kayıtlarda kesinlikle yer alması sağlanmalıdır.

3.3.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri

Hasta dosyaları arşivi hastane binası içinde, merkezi yapıda örgütlenmiştir. Fakat poliklinik ve kliniklerle bağlantısı yeterince sağlanmamıştır.

Çözüm Önerisi: Yeni kurulması tasarlanan hasta dosyaları arşivi poliklinik ve kliniklerle fonksiyonel ilişkisi düşünülerek merkezi bir yerde yapılandırılmalı, inşa

aşamasında olan binada ilerdeki büyüme ve gelişmeler düşünülerek yeterli alan ayrılmalıdır.

Hasta dosyaları arşivinde 3 kişi çalışmaktadır. Bu kişilerden biri firma elemanı, diğer ikisi devlet memurudur. Çalışanların sayısı ve eğitim durumu arşiv işleyişinin sorunsuz sağlanabilmesi açısından yetersizdir.

Çözüm Önerisi: Arşivde çalışan personel sayısı hastanenin iş yükü, yatak kapasitesi gibi parametreler göz önünde bulundurularak acilen artırılmalıdır. Bu bölümde tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümü mezunlarının istihdam edilmesi sağlanmalıdır.

Hasta dosyaları arşivinde fiziki koşullar çok yetersizdir. Pasif arşiv olarak kullanılan bölümde dosyalar torbalara doldurularak saklanmaktadır. Arşivde çalışanlar her ne kadar kliniklerden hastalara ait dosyalar istendiğinde bulup gönderdiklerini söyleseler de dosyaların arşiv içerisinde bulunması olanağı oldukça azdır. Bu nedenle hastalara her gelişlerinde dosyalarını arşivden istemek yerine yeni dosya açılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Tek tanımlayıcı numara ve tek dosya uygulamasına geçilmesi hastaya birden fazla dosya açılmasını engelleyecektir. Sanılanın aksine hasta dosyaları arşivi yeterli büyüklüktedir. Pasif arşiv olarak tabir edilen üç arşiv optimum kullanılmalıdır. Aktif olarak kullanılan arşivin arkasında bulunan pasif arşiv temizlenmeli, tüm zarf şeklindeki dosyalar oraya ve diğer pasif arşivlere yerleştirilmelidir. Aktif arşivdeki hasta dosyalarının yakın tarihli olmasına özen gösterilmelidir. Saklanan tüm dosyalar renkli dosyalama sistemine uygun olarak raflara yerleştirilmelidir. Böylelikle hasta dosyalarının raflardan bulunması kolaylaşmış olacaktır.

Arşivdeki raflarda daha çok zarf dosyalar mevcuttur. Bu zarfların içinde hastaya ait belgeler ve radyolojik görüntülemeler bulunmaktadır. Ağustos 2004'ten itibaren zarf sisteminden vazgeçilmiş kapaklı dosya içinde hastaya ait belgeler saklanmaya başlanmıştır. Radyolojik görüntülemeler ise ayrı olarak üst raflarda saklanmaktadır.

Çözüm Önerisi: Bu düzenlemenin yapılmış olması kapaklı dosyaların işlerlik kazanabilmesini sağlaması açısından önemlidir. Böylelikle arşivdeki yer sorununun çözümü için ciddi bir adım atılmıştır. Radyolojik görüntülemeler için ayrı bir arşiv düzenlenebilir.

Hasta dosyaları arşivinde olması gerekli bölümler yapılandırılmamıştır. Temel işlev olarak sadece eksik dosyalar bölümüne özgü olan dosya içi evrakları belli bir sıraya koyma işlemi kısmen yapılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları arşivi eksik dosyalar, dosyalama, haberleşme, tıbbi araştırma ve kodlama bölümü olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Bölüm olarak yapılandırılabilceği gibi bölümler açılmadan da bu işlevleri yapacak fonksiyonel bir yapılanmaya gidilebilir. Dosyaların niceliksel analizi de yapılmalıdır.

Dosyanın hastane içindeki hareketini yani dosyanın nerede olduğunu sistemde takip etme şansı bulunmamaktadır. Dosya hareketinin izlenememesi kayıplara yol açmaktadır.

Çözüm Önerisi: Dosyanın hastane içindeki hareketi sistemden takip edilebilmelidir. Yazılımda bunu için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

3.3.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler

Kodlama yapılabilmesi için hastane yönetimi özel bir oda tahsis etmiştir. Bu oda hasta dosyaları arşivinden uzak bir yerdedir. Antalya Devlet Hastanesi'nin fiziki koşulları yeterli olmadığından kodlama birimi ayrı bir yerde çalışmaktadır. Bu nedenle eksik dosyalar biriminin de kodlama biriminin yanında olması dosya sirkülasyonunun azalması açısından önemlidir. Böylelikle eksik dosyalar biriminde sıraya koyulan evrakların kodlama biriminde kısa sürede incelenmesi ve gerekli kodlama yapılması sağlanmış olacaktır. Ayrıca taburcu olan hastaların dosyaları ve taburcu listesinin, taburcu işleminin yapıldığı gün önce eksik dosyalar birimine ardından da kodlama birimine ulaşması gerekmektedir.

Hastanede ikisi yedek altı kişi kodlayıcı olarak istihdam edilmektedir. Kodlayıcılardan biri teknik lise, biri sağlık meslek lisesi, biri sağlık eğitim enstitüsü, ikisi büro yönetimi ve sekreterlik ve biri de tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümü mezunudur. Çalışanlardan ikisi devlet memuru, dört tanesi ise şirket elemanıdır.

Kodlayıcıların gayretli oldukları gözlenmiştir. Fakat özellikle tıbbi terminoloji konusunda yetersiz olduklarından kodlama yaparken sıkıntı yaşamaktadırlar. Kodlayıcıların tıbbi terminolojiyle ilgili yetersizliklerinin ortadan kalkması için gerekli destek sağlanmalıdır. Bu destek eğitim ihtiyacının giderilmesi ya da gerekli eğitim-öğretim materyallerinin kodlayıcılara sağlanması şeklinde olabilir.

Kodlama hasta dosyaları kullanılarak ve gerektiğinde hastane bilgi sistemindeki kayıtlar incelenerek yapılmaktadır. Kayıtların yetersizliği nedeniyle kodlayıcılar sorun yaşamaktadırlar. Kodlayıcıların gerek hasta dosyasından gerekse hastane bilgi yönetim sisteminden hasta kayıtlarına erişimlerinin sağlanması kodlamanın sağlıklı yapılabilmesi

açısından çok önemlidir. Kayıtlardaki eksikliklerin öneriler doğrultusunda süratle tamamlanması gerekmektedir.

3.3.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

3.3.7.1. Tek Tanımlayıcı Numara ve Demografik Bilgiler

Tek tanımlayıcı numara: Hastalara tek tanımlayıcı numara verilememektedir. Hastaneye her yatışta yeni bir dosya açılması bunu engellemektedir. Hastaya polikliniğe gelişinde verilen protokol numarasıyla hasta dosya numarasının sistem arayüzleri aracılığıyla ilişkilendirilmesi ve her yatışta aynı dosya numarası ve aynı dosya üzerinden işlem yapılması sağlanmalıdır. Bu sağlandığında hasta hastaneye her gelişinde aynı dosya numarasını kullanabilecektir.

Hastanın doğum tarihi: Kayıtlarda doğum tarihinin gün / ay / yıl olarak yazıldığı gözlemlenmiştir.

Hastanın cinsiyetine, ikametgah bilgilerine, medeni durumuna, cinsiyetine ve yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını bilgilerine kayıtlarda yer verilmektedir. İncelenen belgelerde eğitim durumuna, şimdiki veya daha önceki mesleğine ilişkin verilere rastlanmamıştır.

3.3.7.2. Klinik Kayıtlar

Hastanın tıbbi öyküsü çok kısa olarak verilmektedir. Komorbiditelerin ve hastalığın altında yatan nedenlerin bilinmesinin kodlama açısından önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda dikkat edilmesi gereken özellikli tıbbi durumu/durumları, o an görülen hastalığın hikayesini, hastanın geçmiş tıbbi öyküsünü, psikososyal durumunu, soy geçmişini ve sistemik inceleme bulgularını kaydetmek önemlidir.

Gerek kağıt ortamda gerekse sistemde doktor istemi (order) ve ilaç kayıtlarına ilişkin bilgilere ulaşılabilir.

Hastaya genel bir bakış olanağı sağlayan gözlem notlarına detaylı olarak yer verilmemiştir. Hastanın hikayesinde ya da fizik muayenesinde yer almayan bilgilere bu notlarda yer verilmesi gereklidir. Hastaya uygulanan tüm tedaviler ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt ve komplikasyonlara gözlem notlarında genellikle rastlanmamıştır.

Konsültasyonu isteyen bölüm genellikle hastanın durumunu detayda belirtmemiştir. Konsültasyon istenen bölümün raporları isteyen bölüme göre biraz daha detaylı olduğu görülmüştür. Fakat incelenen kayıtlarda bu raporların yeterli olmadığı dikkati çekmiştir.

Hastanede kullanılan yazılım klinik laboratuvar bulgularının detaylı olarak kaydedilmesine olanak tanımaktadır. Kayıtlardaki laboratuvar bulgularının yeterli olduğu gözlemlenmiştir. Laboratuvar bulgularına kodlayıcıların erişimini sağlamak için gerekli yetkilendirmeler yapılmalıdır.

İncelenen kayıtlarda tanısal testlere ait raporların detayda hazırlanmadığı dikkati çekmiştir. Bu raporların detayda hazırlanması ve hasta dosyalarında yer alması sağlanmalıdır.

Radyolojik görüntüleme raporlarının ICD-10-AM kodlamasının doğru yapılmasına katkısı göz önünde tutularak gerek sistemde gerekse hasta dosyasında ilgili formlara kaydedilmesi sağlanmalıdır.

Terapötik hizmetlerle ilgili herhangi bir bilgiye ulaşamamıştır. Hastanın bakım epizodunda yer alan her türlü terapötik hizmet kayda alınmalıdır.

Hastaya uygulanan anestezi verilerini kaydetmek üzere anestezi formları kullanılmaktadır. Bu formların titizlikle ve detaylı olarak doldurulması gerekmektedir.

Antalya Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde kullanılmak üzere hasta tabelası ve hasta takip formu hazırlanmıştır. Bu formların ve diğer belgelerin detayda doldurulması kodlama açısından son derece önemlidir.

Ameliyat raporlarıyla ilgili preoperatif tanının ve çok detaya inmeden cerrahi işlemle ilgili açıklayıcı bilgilerin kaydedildiği gözlemlenmiştir. Ameliyat raporlarının kodlama yapılmasına kolaylık sağlayan bir rapor haline gelmesi için öneriler dikkate alınarak detayda doldurulması gerekmektedir.

Doğum kayıtlarında anneye ve bebeğe ait yeterli veri bulunmaktadır. Doğum eylemi öncesi annenin durumu ve doğum eylemiyle ilgili verilerin kaydedilmesi üzerinde biraz daha hassasiyetle durulması kodlamanın kalitesini artıracaktır.

Mekanik ventilasyon için gerekli formların düzenlenmesi gerekmektedir.

Epikrizler kliniklerde hekim tarafından yazılmaktadır. Yazılımda epikriz menüsü mevcut olduğu halde hekimler elle yazmayı tercih etmektedirler. Hasta taburcu olduğunda epikriz hekim tarafından hemen yazılmamaktadır. Sistem üzerinden hasta taburcu edildiğinde geriye dönük olarak epikriz yazmak mümkün olamamaktadır. Hastanın epikrizini yazabilmek için sistemde taburcu işlemi iptal edilmekte, geriye dönük tarihle epikriz yazılmakta ve hastanın yeniden taburcu işlemi yapılmaktadır. Kodlama açısından

epikrizlerin ve diğer kayıtların yeterli olması için belirtilen önerilere uygun olarak yeniden gözden geçirilmeleri gerekmektedir.

Hekim epikrizi yazarken hastaya daha önceden verilen ICD-10 kodu ön tanı olarak otomatik gelmektedir. Bu durum epikriz üzerindeki tanılar arasında uyumsuzluk doğmasına neden olmaktadır.

Kodlama açısından epikrizler yeterli değildir. Epikriz kalitesi açısından klinikler arasında farklılıklar mevcuttur. Epikrizlerin hastanın taburcu işlemi yapılmadan acil olarak yazılması sağlanmalıdır. Taburcu işlemini yaptırmak üzere hasta kabul birimine gelen hastanın epikrizinin yazılmış olması gerekmektedir. Epikrizlerin sistemdeki epikriz formu kullanılarak yazılması hem hekimlere hem de kodlayıcılara kolaylık sağlayacaktır. Epikriz üzerine ICD- 10 tanısının otomatik olarak gelmesi engellenmelidir. Epikriz üzerindeki tanıların hepsini hekim tek tek yazmalıdır. Epikriz kalitesi açısından klinikler arasındaki farklılıklar acilen giderilmelidir.

3.4. ANKARA EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

3.4.1. Hastane Hakkında Genel Bilgiler

Yatak Sayısı	: 515
Günlük Poliklinik Sayısı	: 8000 (ortalama)
Yıllık Poliklinik Sayısı	: 1.441.129
Yıllık Yatış Sayısı	: 35.688
Günlük Taburcu Sayısı	: 150 (ortalama)
Kapasite Kullanım Oranı	: % 118,5

3.4.2. Hastane Yönetiminin Kodlama Konusuna Yaklaşımı

Kaliteli bir kodlama yapılabilmesi dokümantasyon kalitesinin iyileştirilmesine bağlıdır. Dokümantasyon kalitesinin iyileştirilmesi ise hastanede iş süreçlerinin yeniden tasarlanması, kayıt kültürünün oluşturulması, sisteme veri kaydetmeyi kolaylaştıracak olanakların sağlanması gibi bir dizi yönetsel kararı gerektirmektedir. Hastane başhekimisi ile yapılan toplantıda bu konular üzerinde durulmuş, sistemin kurulması ve geliştirilmesinde hastane yönetiminin desteğinin önemi ifade edilmiştir.

Örgütsel değişimde uygulayıcıların karar süreçlerine katılımı esastır. Bundan hareketle hastane başhekimisi, başhekim yardımcıları ve klinik şeflerinin katılacağı bir bilgilendirme toplantısı yapılmasının yararlı olacağı görüşü hastane yönetimi tarafından kabul edilmiştir. İleri bir tarihte düzenlenen toplantıda taraflara projenin amacı detaylı olarak açıklanmış, gelen sorular yanıtlanmış, doğru ve detaylı kodlama yapılabilmesinin dokümantasyon kalitesinin iyileştirilmesiyle mümkün olacağı özellikle vurgulanmıştır. Kliniklerde ve hasta dosyaları üzerinde yapılan çalışmaların sonuçları hakkında bilgi verilmiş ve dokümantasyon kalitesinin iyileştirilmesinde hastane üst düzey yönetiminin ve klinik şeflerinin desteğinin önemi üzerinde durulmuştur.

Hastaneye farklı zamanlarda yapılan ziyaretlerde hastane bilgi işlem sorumlusu, arşiv sorumlusu ve çalışanları sistemde görülen aksaklıklar ve yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmiştir. Kodlama ekibinin eğitim yetersizliğini gidermek ve hekimlerle iletişimi sağlamak amacıyla bir hekimin koordinatör olarak görevlendirilmesi yönünde görüş bildirilmiştir.

3.4.3. Hastanede Kullanılan Bilgi Sistemi

Hastanede 2000 yılından beri farklı firmalara ait üç ayrı yazılım kullanılmaktadır. Bu yazılımlar arasında veri aktarımı yapılamaması nedeniyle hasta kayıtları arasında bir bütünlük sağlanamamıştır. Halen kullanılmakta olan yazılım 2004 yılının Nisan ayında kurulmuştur.

Her bir yazılımda mevcut olan kayıtlara erişebilmek için hasta dosyaları arşivinde üç ayrı bilgisayar kullanılmaktadır. Yazılımlar arasında veri entegrasyonunun sağlanması kayıtların bütünlüğü açısından önemlidir.

Yazılım idari ve klinik verilerin birlikte kaydedilebilmesine olanak sağlamakta, ancak laboratuvar modülü dışında aktif olarak kullanılmamaktadır. Kayıtların elektronik ortamda doğru ve tam olarak tutulması kayıt kalitesini dolayısıyla kodlama kalitesinin artmasını sağlayacaktır.

Sağlık ekibinin yazılımı daha etkin bir biçimde kullanmaları özendirilmelidir. Kullanıcıların bilgisayar ve yazılımı sorunsuz kullanabilmeleri için gerekli alt yapı sağlanmalı ve gerektiğinde kullanıcı eğitimleri verilmelidir.

3.4.4. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastanede 2000-2003 yılları arasında hem yatan hastalara hem de ayakta tedavi edilen hastalara dosya açılmıştır. 2003 yılından itibaren sadece yatan hastalara dosya açılmaya başlanmıştır.

Hastanede dosyaların numaralanmasında ve sıralanmasında seri-ünite numaralama sistemi kullanılmaktadır. Bu uygulamada hastanın hastaneye her yatışında yeni bir dosya açılmakta dolayısıyla hastanın yatış sayısı kadar dosyası bulunmaktadır. Hasta taburcu olduktan sonra daha önceki dosyaları en son dosyada birleştirilmektedir. Kullanılan bu sistem özellikle eğitim ve araştırma hastaneleri için uygun değildir. Bu sistemin en zayıf yönü; hekimin hastayı tıbbi geçmişi ile birlikte değerlendirememesidir. Ayrıca sayı olarak yetersiz ve bu konuda eğitim almamış arşiv çalışanlarının iş yükünü de artırmaktadır.

Çözüm Önerisi: Seri-ünite numaralama sistemi yerine ünite numaralama sistemine geçilmelidir. Bu sistemde hastanın ilk yatışında açılan dosyası daha sonraki yatışlarında işleme alınacak ve tekrar dosya açılmayacaktır. Bu uygulamada hekim hastasının diğer yatışlarını da aynı dosyada görebilecektir. Hastanın kayıtları tek bir dosyada olacağından

hasta bakımının devamlılığı ve kayıtların bütünlüğü sağlanmış olacaktır. Aynı zamanda arşivde yerden ve zamandan tasarruf sağlanacaktır.

Hastanede yatış ve taburcu işlemlerini yürüten hasta yatış birimi mevcuttur. Bu birimde hasta dosyaları açılmamakta yalnızca belirli evraklarla hastanın kliniğe gönderilmesi işlemi sağlanmakta, dosyalarının açılması ve takibi ile ilgili herhangi bir işlem yapılmamaktadır. Dosyaların takibi hasta dosyaları arşivi ve kodlama ekibi sorumlusu tarafından yapılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastanın yatış işlemlerinin yapıldığı sırada dosya açılması, hastaya ait daha önceden açılan dosya varsa bu dosyanın arşivden istenmesi hasta kabul biriminde yapılmalı, gerekli belgeler dosyaya konularak hastanın dosyasıyla birlikte kliniğe gönderilmesi sağlanmalıdır. Taburcu işlemi sırasında yine hasta dosyaları hasta kabule gelmeli, epikrizlerin yazılıp yazılmadığı bu birimde kontrol edilmeli, epikrizi eksik olan hastanın taburcu işlemi yapılmamalıdır. Bu birimde işi biten dosyalar günlük olarak hasta dosyaları arşivine gönderilmelidir.

Radyoloji filmleri kapaklı dosyayla birlikte zarf dosyalarda saklanmaktadır

Çözüm Önerisi: Raporlanan radyolojik görüntülemeler zarftan çıkarılmalı, sadece raporları saklanmalıdır. Radyolojik görüntülemelerden raporlanmayanlara ait sonuçlar hekim tarafından formlardaki ilgili yerlere kaydedilmelidir. Dosyalardan çıkarılan radyolojik görüntülemeler için gerek görülürse film arşivi oluşturularak bu arşivlerde saklanmalıdır. Böylelikle hasta dosyaların hacim olarak küçülmesi dolayısıyla arşivde önemli ölçüde yer açılması sağlanmış olacaktır.

Dosyalar, klinik sekreterleri tarafından düzensiz aralıklarla arşive gönderilmektedir. Hastanenin taburcu sayısının fazla olması dikkate alındığında dosyaların günlük olarak arşive inmemesi yığılmalara yol açacaktır. Bu durum kodlamanın yapılmasını zorlaştıracak hatta imkansız hale getirecektir.

Çözüm Önerisi: Taburcu olan hastalara ait dosyaların günlük olarak hasta kabul birimine oradan da hasta dosyaları arşivinin sırasıyla eksik dosyalar ve kodlama bölümlerine gönderilmesi sağlanmalıdır. Böylelikle taburcu işleminden hemen sonra dosya içeriği düzenlenmiş ve hastalık ve işlemlerin vakit kaybetmeden kodlaması yapılmış olacaktır. Günlük olarak tekrarlayan bu işlemler yığılmaları ortadan kaldıracaktır.

Hasta dosyaları zarflara konularak arşiv tarafından verilen dosya numarasına göre raflarda sıralanmaktadır. Kapaklı dosyalar zarf dosyalara konulduğu için renkli dosyalama sisteminin bir önemi kalmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Zarf dosya uygulamasından vazgeçilerek kapaklı dosyalara işlerlik kazandırılması durumunda renkli sistem kullanılabilir. Renkli sistemin temel amacı dosya üzerindeki numaranın renklerle ifade edilerek dosyaların saklanması ve kullanımında işlevsellik sağlamaktır. Bu sistemin kurulmasıyla hasta dosyaları arşivi daha etkin kullanılabilir, çalışanların iş yükü azaltılmış olacaktır.

Hasta dosyalarında kullanılan formların içerik ve formatları klinikler arasında farklılaşmakta hatta aynı uzmanlık alanındaki kliniklerde bile aynı isimli ama farklı içerik ve formatta formlar kullanılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hastanede kullanılan formlar klinik farklılıklar dikkate alınarak standart hale getirilmelidir. Bu amaçla tıbbi kayıt inceleme komitesi kurularak kliniklerin ihtiyaçları doğrultusunda yeni bir yapılanma sağlanmalıdır.

Formlar hasta dosyasına belirli bir düzen içinde koyulmamaktadır.

Çözüm Önerisi: Formların yatışlar dikkate alınarak tarih sırasına konulacağı, her bir yatış için tutulan kayıtların belirli bir sistem içerisinde düzenleneceği, kayıt içeriğindeki eksikliklerin ilgili kliniklerle bağlantı kurularak giderileceği eksik dosyalar bölümü kurulmalıdır. Bu bölümde kayıtlar kodlanabilir duruma gelerek kodlama bölümüne gönderilmelidir.

3.4.5. Hasta Dosyaları Arşivinin Yapısı, Sorunları ve Çözüm Önerileri

Hasta dosyaları arşivi iki pasif, bir aktif olmak üzere üç arşivden oluşmaktadır. Hasta dosyaları arşivinin fiziksel alanı yeterli büyüklüğe sahip değildir. Önceki yıllara ait dosyalar fiziki olanaksızlar nedeniyle pasif arşivlerde saklanmaktadır. Arşiv faaliyetleri arşiv sorumlusunun kişisel gayretleriyle yürütülmeye çalışılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları arşivinin fiziksel alan probleminin çözümü için öncelikli olarak her hastaya bir dosya açma esasına dayanan ünite numaralama sistemine geçilmelidir. Mevcut dosyalarda gerekli taramalar yapılarak dosya içeriğinde olmaması gereken belgeler ayıklanmalı ve yeniden düzenlenmelidir. Böylece dosyaların hacminde küçülme olacak ve raflarda önemli bir alan açılacaktır. Bu işlem aktif olarak kullanılmayan dosyalarda da tekrarlanmalıdır. Dosyaların koyulduğu raflar yeniden

düzenlenmelidir. Ünite numaralama sistemine geçilmesiyle açılan dosya sayısı da azalacaktır.

Eğitim ve araştırma hastanesi olan hastanenin hasta dosyaları arşivinde olması gereken bölümlere yer verilmemiştir.

Çözüm Önerisi: Hasta dosyaları arşivi; hasta indeks bölümü, eksik dosyalar bölümü, dosyalama bölümü, tıbbi sekreterlik bölümü, tıbbi istatistik bölümü, kodlama bölümü, araştırma ve haberleşme bölümü olarak yeniden düzenlenmelidir. Bu bölümler fiziksel olarak ayrı bölümlenebileceği gibi tek bir alanda işlevsel olarak da oluşturulabilir. Çalışanlar arasında bu birimlerin yaptığı işler paylaşılabilir. Hastanenin özellikle eğitim ve araştırma hastanesi olması araştırma bölümünün kurulmasını zorunlu hale getirmektedir.

Hastanenin istatistik birimi hastaneden uzak bir binada çalışmalarını sürdürmektedir.

Çözüm Önerisi: Tıbbi istatistik birimi hasta dosyaları arşivine bağlı bir birim olarak örgütlenmelidir. Hasta verilerine erişmek için arşivle sık sık bağlantı kurması gereken bu birimin arşiv içinde veya arşiv yakınında bir yerde çalışması gerekmektedir. İstatistik çalışmalarının tek elden yürütülmesi ve koordinasyonun sağlanması açısından bu konu üzerinde önemle durulmalıdır.

Hastanenin değişik zamanlarda kullandığı yazılımlar ile mevcut yazılım arasında veri aktarımı sağlanamadığından arşiv her bir yazılımın hasta indeksini farklı bilgisayarlardan takip etmek zorunda kalmakta ve bu konuda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Çözüm Önerisi: Yazılımlar arası veri aktarımı sağlanmalıdır. Farklı yıllara ait dosya numaralarına, özellikle hasta indeksine, tek bir programdan ulaşılma olanağı sağlanmalıdır.

Hasta dosyaları arşivinde üçü devlet memuru, ikisi geçici işçi statüsünde toplam beş kişi çalışmaktadır. Arşiv çalışanlarının sadece biri tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitimi almıştır, diğerlerinin bu konuda bir eğitimi yoktur.

Çözüm Önerisi: Arşiv çalışanlarının bu konuda eğitim almış kişilerden seçilmesi, bu sağlanamazsa hizmet içi eğitimlerle eğitim ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.

Arşivden istem yapılarak alınan dosyaların takibi yapılamamakta, dosyanın nerede olduğu ve son durumu takip edilememektedir.

Çözüm Önerisi: Gerekli yetkilendirmeler yapılarak yazılım üzerinden hasta dosyalarının hastane içindeki hareketinin arşiv çalışanlarının takip etmeleri sağlanmalıdır.

3.4.6. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Özellikler

Kodlama yapılabilmesi için hasta dosyaları arşivinden ayrı bir yerde oda tahsis edilmiştir. Bu durum dosya sirkülasyonunu artıracak, arşivle kodlama bölümü arasındaki ilişkilerde aksamalara neden olacaktır.

Çözüm Önerisi: Pasif durumda olan dosyalar diğer arşivlere taşınarak alan açılmalı, açılan ve halen mevcut olan alanlarda yeni bir düzenleme yapılarak kodlama bölümünün arşivin asli bir bölümü olması sağlanmalıdır. .

Kodlama ekibinde biri sorumlu diğerleri aktif kodlayıcı olmak üzere toplam altı kişi yer almaktadır. Bunlardan biri tıbbi dokümantasyon bölümü mezunudur. İkiisi sağlık meslek liselerinin tıbbi sekreterlik bölümü, diğerleri ise lise mezunudur.

Çözüm Önerisi: Kodlayıcıların tıbbi terminoloji, anatomi gibi temel eksikliklerinin giderilmesi, tıbbi kayıtların eksiksiz gönderilmesi için kliniklerle koordinasyonun sağlanması ve yaşanan sorunların hastane yönetimine aktarılarak çözümünün sağlanması için bir hekimin görevlendirilmesi konusunda görüş bildirilmiştir. Bu öneri doğrultusunda hastane yönetimi bir pratisyen hekimi kodlama ekibinin sorumlusu olarak görevlendirmiştir.

3.4.7. Tıbbi Kayıt Kalitesine Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

3.4.7.1. Tek Tanımlayıcı ve Demografik Bilgiler

Tek Tanımlayıcı: Hastanede hastayı tanımlayan iki numara kullanılmaktadır. Bunlardan ilki hasta hastaneye muayene için ilk başvurduğunda Bilgi İşlem Birimi tarafından verilen “HİS” numarasıdır. Bu numara bilgi sisteminin ilk kullanılmaya başlandığında (24 Nisan 2004) 1’den başlamış şu anda 800.000’lere ulaşmıştır. Diğeri ise dosya üzerinde basılı bulunan ve yatış kararı verilen hastaların taburcu işlemleri yapıldıktan sonra hasta dosyaları arşivi tarafından sisteme girilen “arşiv kayıt numarası”dır. Hasta işlemlerinde fonksiyonel olarak kullanılmayan bu numara yalnızca arşivde dosyaların sıralanmasında kullanılmaktadır. Arşiv kayıt numarası 2001 yılı Mayıs ayında 1’den başlamış şu anda 233.000’lere kadar ulaşmıştır. HİS numarası ile arşiv kayıt numarasının ilişkilendirildiği bir yapı mevcut değildir. Ayrıca HİS numarası sisteme girilirken ‘dosya numarası’ alanı kullanılmaktadır.

Hastanın doğum tarihi: gün / ay / yıl olarak bu bilginin kaydedildiği gözlemlenmiştir.

Hastanın cinsiyeti, ikametgah bilgileri, medeni durumu ve hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını bilgilerine kağıt ortam ya da yazılım üzerinden ulaşmak mümkündür.

Hastanın eğitim durumu, şimdiki veya daha önceki mesleği verilerine genellikle ulaşılamamaktadır.

3.4.7.2. Klinik Kayıtlar

Klinik kayıtlarda belirli bir standart yoktur. Her bölüm kayıtlar üzerinde kendi ihtiyaçları doğrultusunda birtakım değişiklikler yapmaktadır. Kayıtların bir bölümü yazılımda mevcut iken bir bölümü elle doldurulmaktadır. Yazılımdaki modüllerde kodlama için gerekli verilerin doldurulabileceği alanlar mevcuttur. Fakat bu alanlara hastane çalışanları tarafından yeterince veri girilmediği görülmüştür.

Tıbbi öykü ve sistemik inceleme bulguları, doktor istemleri, gözlem notları, konsültasyon raporları klinikler arasında farklılıklar olmakla birlikte kağıda dayalı kayıtlarda ve yazılımda bulunmaktadır. Ayrıca yazılımda hastanın alerjileri, sigara kullanma durumu gibi kodlama açısından kritik olan verilerin işlenebileceği alanlar mevcuttur.

Klinik laboratuvar sonuçlarına gerek sistemden gerekse kağıda dayalı kayıtlar üzerinden erişebilmek mümkündür. Kodlama ekibine gerekli yetkilendirme yapılarak bu verilerden yararlanmaları sağlanmıştır.

Elektroensefalogram, elektrokardiyogram, elektromyogram gibi istemler ve raporları, biyopsi ve patoloji raporları yazılımda yer almakta, bu raporların kağıt çıktıları dosyalara koyulmaktadır.

Radyoloji ve görüntüleme raporları hem yazılımda hem de dosyalarda detaylı olarak yer almaktadır. Yazılımda kodlayıcıların yetkilendirme ve erişim problemleri bulunmamaktadır. Yazılımda raporlanmayan grafiler için hekimin düşüncelerini serbest metinde yazabileceği ekranlar bulunmaktadır.

Terapötik hizmetlere ilişkin verilere erişim yazılım üzerinden veya dosyalardan sağlanmaktadır. Kodlama açısından yeterli veri bulunmaktadır.

Anestezi kayıtları genellikle kodlama açısından yeterlidir. Nadiren anestezi türünün raporlarda belirtilmediği dikkati çekmiştir. Bu veriler ameliyat raporları ve epikrizlerden elde edilebilmektedir.

Ameliyat raporları çok detayda tutulmakla birlikte bazı cerrahi kliniklerde bu raporların hasta dosyasına koyulmadığı görülmüştür.

İncelenen kadın doğum kayıtları kodlama açısından gerekli klinik bilgilere sahiptir. Annenin fiziksel muayenesi, menstrual hikayesi, canlı doğum sayısı ve düşükleri, risk değerlendirmesi, doğum haftası, bebeğin ağırlığı gibi bilgiler kaydedilmektedir.

Yenidoğan kayıtları oldukça detaylıdır. Kodlama açısından önemli olan mekanik ventilasyon kayıtları tutulmakta ancak incelenen bazı kayıtlarda mekanik ventilasyona bağlanma sürelerinin belirtilmediği gözlemlenmiştir.

Sistemden alınan epikrizlerde tanımlar ICD-10 kodları kullanılarak üretilmekte, bu da kodlama açısından sakıncalar oluşturmaktadır. Bu nedenle tanımların serbest metin olarak girilmesi sağlanmalıdır. Epikrizler bazı bölümlerde elle yazılmakta, bazı bölümlerde ise kelime işlemci program kullanılmaktadır. Kelime işlemci program kullanılarak yazılan epikrizlerin çıktıları dosyalara koyulmaktadır. Epikrizlerin formatında standart bir yapı yoktur. Bu amaçla hastane genelinde bir çalışma başlatılmıştır. İstenen sonuçların elde edilebilmesi için epikriz formatını oluştururken kliniklere özgü farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır.

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

4.1. Hasta Dosyalarına İlişkin Sorunlar ve Öneriler

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yalnızca yatan hastalara dosya açılmaktadır. Bu durum bakımın devamlılığı ve tıbbi kayıtların bütünlüğü açısından sorunlara yol açmaktadır.

Hastaneye müracaat eden tüm hastalara tek bir tanımlayıcı üzerinden ünite numaralama esasına göre dosya açılması sağlanmalıdır. Ancak hastanelerin poliklinik sayılarının çok yüksek olması, kalifiye eleman sorunu vb. nedenlerden dolayı kısa vadede mümkün görünmeyen bu sorunun çözümü için ileriye dönük politikalar geliştirilmelidir.

Hasta dosyaları zarf dosya yapısındadır. Zarf dosyalar, belgelerin düzenlenmesi, raflara yerleştirilmesi, sıralanması vb. sorunlara yol açmaktadır.

Hasta dosyalarının yapısında zarf kullanımından vazgeçilerek karton dosyalar kullanılmalıdır. Dosyalar, yıpranmayan, uzun ömürlü kartonlardan yapılmalı ve ölçüleri standart olmalıdır. Üniversite hastanelerinin birçoğunda kullanılan bu yapı, kolaylıkla Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde de kullanılabilir.

Hasta dosyalarının numaralanması ve sıralanmasında seri, seri-ünite numaralama sistemleri kullanılmaktadır. Ünite numaralama sistemi kullanan hastaneye rastlanmamıştır.

Hastanelerde hasta dosyalarının numaralanması ve sıralanmasında seri, seri-ünite numarala sistemlerinden vazgeçilerek ünite numaralama sistemine geçilmelidir.

Seri numaralama sistemi; hastanın hastaneye her gelişinde yeni bir dosya açılması esasına dayanmaktadır. Bu nedenle hastanın hastanede birden fazla dosyası bulunur ve her bir dosya sıralanırken farklı bir rafa yerleştirilir.

Seri-ünite numaralama sistemi, seri ve ünite numaralama sistemlerinin karışımıdır. Hasta hastaneye her geldiğinde seri numaralama sisteminde olduğu gibi farklı numaralarla dosyalar açılır ancak açılan bu dosyalar en son numaralı dosyada birleştirilir. İnceleme yapılan hastanelerin bir kısmında bu sistem kullanılmaktadır. Her iki sisteminde sakıncaları bulunmaktadır.

Seri ve seri-ünite sisteminin sakıncaları

- Maliyeti yüksektir

- Zaman alıcı ve kullanımı zor bir sistemdir.
- Dosyalarda kullanılan numaraların yıllık olarak verilmesi ve her yıl bu numaraların tekrar baştan başlaması önceki yıllara ait dosyalara erişimi zorlaştırır.
- Kayıtların bütünlüğü ve bakımın devamlılığı açısından sakıncalı bir sistemdir.
- Hastaya birden fazla dosya açıldığı için hasta dosyaları arşivinde yer sorununa neden olur.

Ünite numaralama sisteminde hasta hastaneye ilk gelişinde bir numara verilerek dosya açılır ve her gelişinde aynı dosya ile işlemleri yapılır. Dolayısıyla hastanın hastanede tek bir dosyası bulunur.

- Bakımın devamlılığı açısından önemli avantajlar sağlar.
- Tıbbi kayıtların bütünlüğü açısından uygun bir sistemdir.
- Maliyeti seri numaralama sistemine göre daha düşüktür.
- Hastaya ait tek bir dosya kullanıldığı için yer sorunu yaşanan arşivlerin daha efektif kullanımına olanak sağlar. (Kuehn and Grzybowski, 2001)

Hastanelerde dosyaların sıralanmasında renkli dosyalama sistemi uygulamalarına rastlanmıştır. Ancak sistemin kullanımında bazı aksaklıklar mevcuttur. Aşağıda açıklanan şekilde renkli dosyalama sistemi yeniden düzenlenmelidir:

Renkli dosyalama sistemi dosya numarasının renklerle ifade edilmesi; bir başka deyişle her rakamın bir renk karşılığının olmasıdır. Dosyalar ‘Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi’nde belirtildiği gibi renkli kod sistemine uygun basılmalı ve buna göre dosyalanmalıdır. Böylelikle sistemde hasta dosyalarının dosyalanması ve dosyanın konulduğu raftan bulunarak işleme konulması çok kısa sürede olacak ve hatalar en aza inecektir.

Rakamların ifade ettiği renkleri şu şekilde kodlamak mümkündür:

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

Dosyanın sol kenarında dikey ve uzun olarak bulunan renkli kısım yüz binleri, alt kısımda bulunan üç renk ise sağdan sola doğru on binleri, binleri ve yüzleri ifade etmelidir. Ayrıca dosya numaraları yüz binleri geçip milyonlara geldiğinde dikey kenardaki yüz binler hanesinin üst kısmına eklenmelidir.

Hasta dosyalarının saklandığı raflar çelikten yapılmıştır. Standart kapaklı dosyaların boyutuna göre büyük ve kullanımı sorunludur.

Dosyaların yerleştirildiği rafların elli dosya alabilecek genişlikte ve standart dosya yüksekliğinde yeniden tasarlanması gerekmektedir.

Hasta dosyalarının niteliksel ve niceliksel analizi yapılmamaktadır.

Hasta dosyalarının niteliksel analizi, tıbbi kayıtların içeriğine yönelik olarak yapılan bir analizdir. Tıbbi kayıtların tutarlı ve doğru olup olmadığı, hastaneye yatışın uygun olup olmadığı, form ve kayıtların tam olup olmadığı, tıbbi kararların bulgularla desteklenip desteklenmediği, kayıtların tam ve zamanında tutulup tutulmadığı incelenmelidir. Bu analizin temel amacı; hasta bakım hizmetlerinin kalitesini yükseltmektir. Bu görev hastanelerde kurulacak tıbbi kayıt inceleme komitesi tarafından yürütülmelidir.

Hasta dosyalarının niceliksel yönden analizi, hasta dosyaları arşivindeki ilgili çalışanların görevidir. Taburcu olan hastaların dosyaları hasta dosyaları arşivine geldiğinde, ilgili personel, dosyada olması gereken bütün formların ve raporların bulunup bulunmadığını, olması gereken sırada olup olmadığını, doğru ve standartlara uygun olarak kaydedilip kaydedilmediğini kontrol eder; varsa eksikliklerin giderilmesini sağlar. Bu işlemler, hasta dosyaları arşivinin *eksik dosyalar bölümünde* yapılmalıdır. (Skurka, 1994)

Tıbbi kayıtlar belirli bir düzen içerisinde değildir, formlar standart bir yapıdan uzaktır, verilerin girilmesinde sorunlar vardır ve eksiksiz tutulmamaktadır.

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 komiteleriyle mümkündür. Komitenin temel görevi; tıbbi kayıtların düzenli, doğru, eksiksiz ve zamanında doldurulup doldurulmadığını incelemek, hasta bakımını değerlendirmek ve kalitesini artırmak için faaliyetlerde bulunmaktır. Komitenin bir diğer önemli görevi ise tıbbi kayıtlarda kullanılan formlarda standardizasyonun 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 gerçekleştirir.

Tıbbi Kayıt İnceleme Komitesi hastane başhekimini, klinik şefleri (sorumlu hekimler), hastane müdürü, başhemşire veya bunların görevlendirecekleri kişiler ile, hasta dosyaları arşiv sorumlusunun katılımıyla oluşturulmalıdır. Başhekim veya görevlendireceği başhekim yardımcısının başkanlığında en az ayda bir defa toplanmalıdır. Komitenin sekreteryasını hasta dosyaları arşiv sorumlusu yapmalıdır.

Hasta dosyalarının günlük olarak arşive gelmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Bu amaçla hasta dosyasının açılması ve hasta yatış-taburcu işlemleri aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmelidir:

Poliklinikte muayene olan ve yatışına karar verilen hastanın daha önceden hastanede dosyasının olup olmadığı sistemden poliklinik sekreteri tarafından sorgulanmalıdır. Hastanın daha önceden dosyası varsa bu dosya arşivden istenmeli ve arşiv tarafından hasta kabul birimine gönderilmelidir. Hasta kabul biriminde hasta dosyasına gerekli belgeler koyularak hastayla birlikte kliniğe gönderilmelidir. Klinikte kullanılan formlar klinik sekreteri tarafından dosyaya ilave edilmelidir.

Hastanın hastanede daha önceden açılmış bir dosyası yoksa hasta kabul biriminde yeni dosya açılmalıdır. Hasta kabul birimi hastanın poliklinikten getirdiği yatış kağıdına ilave olarak derece kağıdı, hasta tabelası, tıbbi müşahede ve muayene kağıdı, hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması formu ile gerekli görülen diğer formları kapaklı dosyaya koymalı ve dosya üzerindeki numara hasta dosya numarası olarak sisteme girilerek hastanın yatış işlemleri tamamlanmalıdır.

Hastaya taburcu kararı verilmesi durumunda dosyası klinik sekreteri tarafından düzenlenerek işlemleri başlatılmalıdır. Hastanın dosyasında eksiklikler varsa klinik sekreteri tarafından hızla giderilmeli, dosya içindeki aynı tür formlar bir araya getirilerek içerisindeki gereksiz belgeler çıkarılmalı; sorumlu hekimin dosyayı kontrol edip epikrizi imzalaması sağlandıktan sonra hasta kabul birimine gönderilmelidir. Hasta kabul biriminde hastanın dosyası incelenerek eksiklikleri yoksa taburcu işlemleri yapılır. Epikrizi yazılmamış olan hastaların taburcu işlemi yapılmamalıdır. Böylelikle epikrizlerin zamanında yazılıp hasta dosyasında yer alması sağlanmış olacaktır. Hasta kabul birimi, kliniklerden gelen dosyaları yazılımın arşiv modülünden aldıkları günlük taburcu listeleriyle karşılaştırmalı ve arşivin eksik dosyalar bölümüne yine günlük olarak teslim

etmelidir. Böylelikle hasta dosyalarının günlük takibi yapılabilecek, kaybolması önlenecektir.

4.2. Hasta Dosyaları Arşivine İlişkin Sorunlar ve Öneriler

Hastanelerin hasta dosyaları arşivinde bulunması gereken bölümler ya hiç yoktur veya fonksiyonel olarak yeterli değildir.

Hasta dosyaları arşivinde bulunması gereken bölümler hastanenin büyüklüğüne ve türüne göre eksik dosyalar bölümü, kodlama bölümü, dosyalama bölümü, haberleşme bölümü, tıbbi araştırmalar bölümü olarak düzenlenmelidir. Bu bölümler ayrı birer birim olarak kurulabileceği gibi birkaç bölümün görevi bir arada da örgütlenebilir.

Eksik dosyalar bölümü, hasta kabul biriminde günlük olarak düzenlenen veya yazılımdan alınan günlük taburcu listeleri ile taburcu edilen hastalara ait dosyaların arşive gelmesinden sorumludur. Bu bölümün temel işlevi dosyaların düzenlenmesi ve eksikliklerinin tespit edilerek sorumlular tarafından giderilmesinin sağlanmasıdır.

Kodlama işleminin hasta dosyaları arşivinde yapılması temel amaç olmalıdır. Kodlama bölümünde, eksik dosyalar bölümü tarafından eksiklikleri giderilerek tamamlanan dosyalardaki hastalıkların, prosedürlerin ve ilgili sağlık sorunlarının belirlenen sınıflandırma sistemine göre kodlaması yapılır. Kodlama işlemi bu konuda mesleki eğitim almış kişiler tarafından yapılmalıdır.

Dosyalama bölümünün temel görevi, hasta dosyalarının arşiv içerisinde belirli bir sisteme göre sıralanması ve dosyaların polikliniklere ya da kliniklere götürülüp tekrar geri getirilmesini sağlamaktır.

Sağlık bilgilerinin gizliliği, güvenliği ve mahremiyetinin sağlanması günümüzde öne çıkan en önemli konulardan biridir ve hastane yönetiminin sorumluluğundadır. Hastanın tedavisinin bir başka sağlık kurumunda devam etmesi veya adli makamlar, aile doktorları, sigorta şirketleri gibi hastanın izin/yetki verdiği kişiler tarafından hastaya ait bilgilerin istenmesi durumunda haberleşme bölümü tarafından gerekli yasal prosedür takip edilerek yazışmalar yapılır.

Tıbbi araştırmalar bölümü sağlık kurumunda görev yapan doktor ve diğer sağlık çalışanlarının bilimsel araştırma yapmalarına olanak sağlar. Tıbbi araştırmalar bölümü, dosyalama ve kodlama bölümleri ile yakın bir işbirliği içinde çalışır. (Artukoğlu ve ark., 2002; Huffman, 1982)

Hastanelerin hasta dosyaları arşivleri mimari açıdan son derece sıkıntılı, binaların alt katlarında, poliklinik ve kliniklerden uzak, dağınık bir yapıda ve daha çok depo görünümündedir.

Hasta dosyaları arşivinin yeri daha fonksiyonel olarak çalışması açısından önemlidir. Bu nedenle arşiv hastane içinde ve merkezi bir konumda bulunmalı ve tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde düzenlenmelidir. Havalandırma, aydınlatma ve ısıtmasına gereken önem verilmeli, çalışanlara rahat ve verimliliklerini artıracak bir ortam hazırlanmalıdır.

Yangın, hırsızlık, su baskını, toz, rutubet ve her türlü haşeratın zararlarına karşı gerekli önlemler öncelikli olarak alınmalıdır.

Hasta dosyaları arşivinde çalışanların bu konuda eğitim almamış olmaları en önemli sorunlardan birisidir.

Hasta dosyaları arşivlerinde tıbbi dokümantasyon konusunda eğitim almış kişiler çalıştırılmalıdır. Hastanelerin personel alımında bu konunun önemle üzerinde durması gereklidir.

Sağlık kuruluşlarında tıbbi kayıtlara yön veren yasal düzenlemeler gözden geçirilmelidir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin tıbbi kayıt sistemleri; 'Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ndeki arşivle ilgili bazı hükümler, 06.11.2001 tarihinde yayımlanan 'Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi' ve 2004 tarihinde 'Hastane Kayıtlarının Bilgisayar Ortamında Tutulması' için söz konusu yönergeye ilave olarak çıkarılan ek madde hükümlerine göre şekillenmekte ve bu yasal hükümlere göre düzenlenmeye çalışılmaktadır.

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.

4.3. Kodlama ve Kodlayıcıya İlişkin Sorunlar ve Öneriler

Hastanelerin genelinde kodlayıcı olarak çalışan kişi sayısı yetersizdir. Bu kişilerin bir kısmının sağlık çalışanı olmaması da ayrı bir sorundur.

Kodlayıcı olarak çalışanların sayısının doğru belirlenmesi kodlama kalitesi açısından son derece önemlidir. Kodlayıcı sayısının belirlenmesinde şu formül kullanılabilir (Bowman, 2001):

Kodlama için harcanan zaman X Taburcu sayısı

Kodlayıcıların toplam çalışma süresi

Kodlayıcının her bir dosya için harcadığı zaman: 15 dk. (0,25 saat)

Günlük taburcu sayısı : 120

Günlük çalışma süresi: 6 saat (günlük çalışma süresi 8 saatten dinlenme, yemek, çay molası düşülerek hesaplandı)

$$\frac{0,25 \times 120}{6} = 5 \text{ kişi}$$

Hastaneler kodlama işlevini tıbbi ve idari kararlarda kullanılabilir veri üretme politikalarını oluşturmaları açısından kalıcı hale getirmeleri gerektiği bilinciyle hareket etmelidirler. Kodlayıcıların tıbbi dokümantasyon okulu mezunu olmaları sağlanmalı, çalışanların hizmet içi eğitim gereksinimleri giderilmelidir.

4.4. Tıbbi Kayıtlarla İlgili Genel Sorunlar ve Öneriler

Hastaneler tıbbi kayıt sistemiyle ilgili temel hedefler ve politikalar belirlemelidir.

Hastanelerin genelinde kayıtlar elektronik ortamda ve kağıda dayalı dosyalarda tutulmaktadır. Elektronik kayıtlara geçilmesiyle kağıda dayalı kayıtlar terk edilmektedir. Elektronik ortamda verilerin yeterince girilmemesi, yazılımın yetersiz kalması, kullanıcıların sistemi kullanmamaları gibi bir çok nedenle hastaya ait veriler kaydedilememekte ve önemli oranda kayıplar yaşanmaktadır. Bu ikili yapının nasıl yürütüleceği konusunda politikalar geliştirilmelidir. Hastane yönetimi tıbbi kayıtlarla ilgili Sağlık Bakanlığı'nın düzenlemelerini ve hedeflerini de dikkate alarak politika oluşturmalıdır.

Tıbbi kayıtların amaca uygun tutulmasından tüm sağlık personelinin sorumlu olduğu üzerinde özellikle durulmalıdır.

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.

4.5. Kayıt Kalitesinin İyileştirilmesine Yönelik Öneriler

4.5.1. Tek Tanımlayıcı ve Demografik Bilgilere Yönelik Öneriler

Hasta kayıtları tek tanımlayıcı (unique identifier) üzerinden tutulmalıdır. Hastaya sağlık hizmeti almak için geldiği sağlık kuruluşunda tek tanımlayıcı numara geliştirilmeli, elektronik kayıtlarda ve kağıda dayalı kayıtlarda bu numara kullanılmalıdır.

Hastanın demografik bilgileri aşağıda verilen ayrıntıda kaydedilmelidir:

- Hastanın doğum tarihi: gün / ay / yıl olarak kullanılmalıdır.
- Hastanın cinsiyeti: Kayıtlarda kesinlikle yer almalıdır.
- İkametgah bilgileri: Adres tam olarak, posta koduyla birlikte yazılmalıdır. Bu bilgi özellikle araştırmalarda hastaya ulaşmak açısından önemlidir. Adresin tam olarak yazılması kişinin tanımlanmasına ek bir parametre olarak kullanılabilir.
- Medeni durumu: Bu veri sosyal destek sistemi programı için bireyin sağlık durumunu belirlemede, sağlık hizmetlerinden faydalanmasında en önemli faktördür.
- Eğitim durumu: Hastanın sosyo-ekonomik durumunu belirlemede önemlidir.
- Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını: Hastanın yetki verdiği kişiler ya da takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer) belirtilmelidir.
- Şimdiki veya daha önceki mesleği: Sosyo-ekonomik durumu belirlemede ve mesleki hastalıkların belirlenmesinde önemlidir.

4.5.2. Klinik Kayıtlara Yönelik Öneriler

Kodlama kalitesi hastaya ait verilerin ayrıntılı kaydedilmesine bağlıdır. Hastanelerin genelindeki tıbbi kayıtlarda içerik, yeterli veri kaydetme konularında önemli sorunlar vardır. Aşağıda kayıtların içeriğine yönelik önerilere yer verilmiştir.

Tıbbi öykü ve sistemik inceleme bulguları: Hastanın tıbbi öyküsünde hastanın temel şikayeti, dikkat edilmesi gereken özellikli tıbbi durumu/durumları, o an görünen hastalığın hikayesi, geçmiş tıbbi öyküsü, psikososyal durumu, ailevi soy geçmişi, sistemik inceleme sonuçları, fiziksel muayene bulguları, tüm tanısal veriler kaydedilmelidir.

Doktor istemi (order) ve ilaç kayıtları: Doktor istemlerinde tedavinin türü ve/veya tanısal prosedürler, hastanın varsa alerjik reaksiyonları mutlaka belirtilmelidir.

Gözlem notları: Gözlem notları hastaya genel bir bakış olanağı sağlamalı ve hastanın hikayesinde ya da fizik muayenesinde yer almayan bilgileri içermelidir. Hastaya uygulanan tüm tedaviler ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt, komplikasyonlar belirtilmelidir. Hasta taburcu olacağı zaman taburcu istemiyle birlikte hastanın genel durumu, aktiviteler, diyet ve tıbbi tedaviyle ilgili talimatları kapsayan bir son not yazılmalıdır.

Konsültasyon raporları: Konsültasyon raporları zamanında ve kapsamlı bir değerlendirmeyi içerecek şekilde oluşturulmalıdır.

Klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları: Hastanın tüm klinik laboratuvar testleri hemen yapılmalı ve sonuçları raporlanmalıdır. Raporla tarih, saat, yapılan test ve sonucunun yanında testin normal sınırlarının referans değerleri de bulunmalıdır.

Tanısal testler ve çalışmalar: Elektroensefalogram, elektrokardiyogram, nükleer tıp taramaları, pulmoner fonksiyon testleri, radyoizotop çalışmalar, elektromyogram gibi istemler ve raporları, biyopsi raporları, patoloji raporları kayıtlarda/dosyalarda yer almalıdır. Elektronik ortamda bu raporlara erişim sağlanabileceği gibi kağıda dayalı kayıtlarda da mutlaka raporlar yer almalıdır.

Radyoloji ve görüntüleme raporları: Nükleer tıp, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografi gibi görüntülemelerin raporları kayıtlarda yer almalıdır. Raporlanmayan graflerin sonuçları formlarda ilgili bölümlere kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.

Radyasyon terapisi: Hastaya uygulanacak tedavi planı, tedavinin süresi, her bir tedavide kullanılacak doz miktarı rapor edilmeli ve radyolog tarafından imzalanmalıdır.

Terapötik hizmetler: Fizik tedavi, meşguliyet tedavisi, solunum tedavisi, konuşma terapisi vb. terapilerde hastanın genel değerlendirmesi, tedaviye verdiği yanıt, gözlem notları ve bulguları dokümanle edilmelidir.

Anestezi kayıtları: Anesteziyle ilgili kayıtlar anestezi öncesini, anestezi uygulamasını ve sonrasını kapsamalıdır. Preanestezi notu genellikle gözlem notunda yer alabilir. Bu kayıta işlem planı, anestezi seçimi ve hastanın muayenesinden elde edilen veriler, laboratuvar sonuçları, ilaç hikayesi, hastanın geçmiş ya da potansiyel problemleri

ve anestezi öncesi medikasyonu tartışılmalı, preoperatif dönemde verilen tıbbi bakımın süresi, miktarı ve etkisi kaydedilmelidir. Anestezi kayıtlarında kullanılan anestezi ajanının miktarını, kullanım şeklini, etkisini ve süresini, ameliyat/işlem süresince hastanın hayati bulgularını, kaybedilen kan miktarını, kan transfüzyonunu, intravenöz uygulamalarla verilen sıvıları belirtecek şekilde hastanın durumu, ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ve varsa anestezi komplikasyonları kaydedilmelidir. Postanestezi notunda hastanın durumu, komplikasyon gelişip gelişmediği, geliştirse komplikasyonun yayılımı ve ne tür bir komplikasyon olduğu dokümanate edilmelidir. Post-anestezi notu ameliyattan sonra 24 saat içinde tamamlanmalı ve anestezi sorumlusu tarafından imzalanmalıdır. Post-anestezi notu yoğun bakım kayıtlarında ya da anestezi raporunda yer alabilir.

Yoğun bakım kayıtları: Hastanın yoğun bakıma gelişinden ayrılışına kadar gözlemlerin kaydedildiği özel bir form kullanılır. Bu form hastanın durumunu, geldiğinde ve ayrıldığındaki bilinç düzeyini, hayati bulgularını, infüzyonlarını, ameliyat bandajlarını, tüpleri, kataterleri ve direnleri, yoğun bakımda uygulanan tedavileri içermelidir.

Ameliyat raporları: Ameliyat olan her hastanın ameliyat raporu dosyasında mutlaka bulunmalıdır. Raporun başında ameliyatı yapan cerrah ve varsa asistanları, ameliyatın tarihi, seyri ve türü yer almalıdır. Postoperatif tanı mutlaka yazılmalıdır. Ameliyat öncesinde gözlem notunda yer alan preoperatif tanı karşılaştırma yapmak açısından önemlidir. Raporun gelişme bölümü cerrahi işlemle ilgili açıklayıcı bilgileri, normal ve anormal bulguları, incelenen organları, uygulanan işlemleri, ligasyon ve sütür uygulamalarını, kullanılan spanç ve direnlerin sayısını, kan transfüzyonunu, intravenöz infüzyon uygulamalarını içermelidir. Ameliyat sonunda hastanın durumu detaylı olarak cerrah tarafından tanımlanmalıdır. Rapor ameliyattan hemen sonra en kısa sürede yazılmalıdır.

Doğum kayıtları: Hastanın hamileliğin erken dönemini de kapsayan hikayesini, fiziksel muayenesini, menstrual hikayesini, canlı doğum sayısını ve düşükleri, risk değerlendirmesini, rutin laboratuvar testlerinin ötesinde kan grubu ve Rh faktörü, rubella durumu, servikal sitoloji ve sifiliz taraması vb. durumlar kaydedilmelidir.

Doğumda anneye ait detaylar ameliyattakine yakın bir biçimde kaydedilmelidir.

Yenidoğan kayıtları: Hastanede kalmasına karar verilen bebeğin durumu stabil olana kadar hayati bulguları kaydedilmelidir. Mekanik ventilasyona bağlanan bebeklerle ilgili olarak bebeğin gram cinsinden doğum ağırlığı ve kaç günlük olduğu, mekanik

ventilasyona bağlanma süresi ve hemşire tarafından yerine getirilen işlemler kayıt altına alınmalıdır.

Çıkış özeti (epikriz): Hastanın sağlık kuruluşuna kabul nedeninden başlayarak muayene ve testlerden alınan önemli bulguların kronolojik tarifi, hastaya uygulanan tedavi ve işlemler, hastanın bu tedavi ve işlemlere verdiği yanıt/yanıtlar, tedavi sırasında yapılan istemler ve sonuçları, fiziksel aktivite düzeyi, diyet, hastanın tedavisinin devamlılığını sağlayacak öneriler ve hasta eğitimi bilgilerini içermelidir.

Çıkış özetlerinde standart bir terminoloji kullanmak, farklı anlama gelebilecek sözcüklerin kullanımından kaçınmak gereklidir. Hastanın taburculuğuyla ilgili tüm tanımlar ve uygulanan tüm işlemler gerektiğinde topografi ve etiyolojiyi de gösteren standart bir terminolojiyle kaydedilmelidir. Çıkış özeti taburcu işleminden sonra en kısa sürede yazılmalıdır. Hastanın bir başka sağlık kuruluşuna transferi/nakli durumunda hastanın aldığı tedavilerle ilgili bilgiler gönderilmelidir. (Brown, 2004; Skurka, 1994; Teslow and Wilde, 2001)

