

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÜZERİNE
RETROSPEKTİF BİR ANALİZ**

**TEZ ARAŞTIRMACISI:
Dr. Atıf BAYRAMOĞLU**

**TEZ YÖNETİCİSİ:
Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR**

UZMANLIK TEZİ

ERZURUM-2009

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : B.30.2.ATA.0.01.02/ 4464
KONU :

26 AGUSTOS 2009

İhtisas eğitim süresini tamamlayan Fakültemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Atıf BAYRAMOĞLU'nun ihtisas sınav jürisine; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Sınav Yönetmeliğinin 7.14. ve 17.maddeleri ile Yönetim Kurulumuzun 19.08.2009 gün ve 2009.33/204 sayılı kararı gereğince seçilmiş bulunuyorsunuz. Adaya ait bir adet tez ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve adıgeçenin ihtisas sınavının yapılarak, sınav sonucunun sınavı müteakip en geç 10 gün içerisinde dekanlığımıza bildirilmesini rica ederim.

Prof.Dr.Sabri Selçuk ATAMANALP
Dekan

E K İ : 1 Adet Tez

ASIL JÜRİ

Doç.Dr Şahin ASLAN
Prof. Dr. M.İlhan YILDIRGAN
Doç.Dr.İlhami KİKİ
Yrd.Doç.Dr.Zeynep GÖKCEN ÇAKIR
Yrd.Doç.Dr.Mücahit EMET

YEDEK JÜRİ

Yrd. Doç. Dr. Canan ATALAY
Yrd Doç.Dr. Gürkan ÖZTÜRK
Yrd.Doç.Dr. Kemalettin ÖZDEN

İÇİNDEKİLER:

	SAYFA NO
İÇİNDEKİLER	I
KABUL ve ONAY	II
TEŞEKKÜR	III
TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tarihçe	4
2.2. Modern tıpta kayıt	5
2.3. Türkiyede durum	9
2.4. Kayıtların niteliği ve nicelik açısından analizi	12
2.5. Kayıtların niceliği ve nicelik açısından analizi	12
2.6. Sağlıkta kayıt tutmanın önemi	13
2.6.1. Kayıt tutmanın tıbbi tedavi açısından önemi	14
2.6.2. Kayıt tutmanın bilimsel araştırmalar açısından önemi	15
2.6.3. Kayıt tutmanın hukuki sorunlar açısından önemi	16
2.6.4. Sağlık hukuku	17
2.6.5. Tıbbi kayıtlardan doğan sorumluluklar	18
2.6.6. Hasta hakları bağlamında tıbbi kayıtlar	19
2.6.7. Acil tıpta kayıt tutmanın önemi	19
2.7. Kayıt tutmanın teknik boyutu ve elektronik kayıt	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
4. BULGULAR	24

5. TARTIşMA	29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	36
7. KAYNAKLAR	37
8. EKLER	41
8.1. EK.1: 112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulans kayıt formu	41

ONAY

“Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerine retrospektif bir analiz” isimli çalışmamız Acil Tıp Anabilim Dalı’nın 02.02.2007 tarih ve 23 sayılı yazısı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu’nun 09.03.2007 tarih ve 18 sayılı kararı ile Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu’nun 03.04.2007 tarih ve 9 sayılı kararı ile Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR denetiminde Araş. Gör. Atıf BAYRAMOĞLU tarafından tez olarak çalışılması uygun görölmüştür.

TEŞEKKÜR

Tezim başlangıcından son gününe kadar değerli vaktini ve bilimsel desteğini sunan tez hocam Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR' a teşekkür ederim. Zor zamanlarımda yanımda olan Anabilimdalı Başkanımız Doç. Dr. Şahin ASLAN'a teşekkür ederim. Tez çalışmalarım boyunca desteklerini esirgemeyen ve fikirlerinden faydalandığım Yrd. Doç. Dr. Mustafa UZKESER VE Yrd. Doç. Dr. Mücahit EMET'e, Yrd. Doç. Dr. Hamit ACEMOĞLUNA teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistan arkadaşlarım ve bölüm personeline teşekkür ederim.

Ulaştığım noktaya gelmemde hayatım boyunca desteklerini hep arkamda hissettiğim canım annem, babam ve kardeşlerime teşekkür ederim. Asistanlık hayatım boyunca hep fedakar olmak durumunda kalan, her zaman yanımda olan Cücüm ve oğlum Kerem'e: teşekkür ederim, İyi ki hayatımda varsınız. Siz olmasaydınız anlamı olmazdı.

TABLO LİSTESİ

Tablo.1. Ambulansa kabul edilen hastaların demografik bilgilerinin Ambulans kayıt formunda bulunma durumu

Tablo.2. Ambulansa kabul edilen hastaların kişisel bilgilerinin Ambulans kayıt formunda bulunma durumu

Tablo.3. Ambulansa kabul edilen hastaların tıbbi bilgilerinin Ambulans kayıt formunda bulunma durumu

Tablo.4. Ambulansa kabul edilen hastaların nakille ilgili bilgilerinin Ambulans kayıt formunda bulunma durumu

Tablo.5. Ambulansa kabul edilen hastaların yasal kayıt bilgilerinin Ambulans kayıt formunda bulunma durumu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde insan kaynakları şeması

Şekil.2. Ambulans kayıt Formu

Şekil.3. Okunamayan tıbbi belgeler

ÖZET

İnsanoğlu var olduğundan beri sağlık temel ihtiyaçlardan birisi olmuştur. Acil sağlık ihtiyacı ise hemen yerine getirilmezse telafisi mümkün olmayan özel bir öneme sahiptir. Medeniyetin ve sağlığın gelişmesinde yazının icat edilmesi başlangıç noktası olmuştur. Hasta kayıtları tarih öncesi mağara duvarındaki resimlerden günümüzdeki bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemine kadar uzanan bir geçmişe sahiptir.

Özellikle acil sağlık hizmetlerinde kayıtlar olası hukuki sorunlarda hasta ve hekimi korur. Sağlık hizmetlerinde kayıtların düzgün tutulması ayrıca tıbbi tedavi, bilimsel araştırmalar açısından önem arz eder. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise 1960 lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri ve bir kaç ülkede başlarken ülkemizde ise 1985 yılından itibaren ulusal anlamda kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır. Bu faaliyetlerle ilgili tutulan kayıtların mevcut durumunu tanımlayıcı bir çalışma amaçladık. Çalışma, 01.02.2005 ile 30.06.2007 tarihleri arasındaki kayıtlar retrospektif olarak incelenerek yapılmıştır. 1401 formun içindeki bilgiler SPSS for Windows version 11.0 kullanılmak sureti ile analiz edildi.

Bu inceleme sonucunda hastalara ait demografik bilgilerin %44,2 ile %95,9 oranında, kişisel bilgilerin %38,5 ile %69,1 oranında, tıbbi bilgilerin %13,4 ile %98,4 oranında, nakille ilgili bilgilerin %29,3 ile %72,1 oranında, hasta teslimine ait kayıt bilgilerinin %3,1 ile %98,6 oranında bulunmadığını tespit ettik.

Daha önceden yürütülmüş benzer yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda kayıtlarla ilgili benzer sorunlar tespit edilmiş olduğunu gördük. Hukuk esas olarak belgelere itibar etmektedir. Benzer bir gelişme tıbbi araştırmalarda karşımıza kanıta dayalı tıp adı altında çıkmaktadır. Özellikle acil sağlık hizmetlerinde hizmetin devamlılığı ve güvenlik çemberinin delinmemesi bakımından, ayrıca hasta ve hekimin olası hukuki haklarının korunması açısından kayıtların eksiksiz olması arzu edilir.

Türkiye için kayıt sorunlarının aşılması için en kısa zamanda elektronik kayıt sistemine geçişin tamamlanması, ortak veri tabanı olan Medulla Sisteminin yaygınlaştırılması, bireysel belirleyici olarak TCKN (Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası) kullanımının yaygınlaştırılması, bu süreçlerle ilgili aksaklıkların giderilmesi için personele yönelik sürekli eğitim programlarının hayata geçirilmesi gerekmektedir. Buradaki ana amaç durumu tanımlandıktan sonra yapılacak çalışmalarla verilen hizmet kalitesinin artırılmasıdır.

Anahtar kelimeler: Acil tıp, kayıt, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri,

SUMMARY

Health has been one of the essential necessities since the existence of human beings. Emergency health necessity has a special importance for which is imposible to compensate when not accomplished immediately. Invention of writing has been the beginning point of civilization and development of health. Patient records has a history which extends from ancient cave wall pictures to recent computer based recording systems.

Especially in emergency medical care, records protect the patient and the physician in legal problems. Correct recording in health care is also important in medical treatment and scientific research. Pre-hospital emergency health care has begun on 1960 at United States of America and some other countries, which has been established in national respect and begun its proceedings. We aimed to make a study which defines the current situation of records regarding these proceedings. In this study, the records between 2/1/2005 and 6/30/2007 have been retrospectively analysed and the data in 1401 forms have been analysed using SPSS for Windows version 11.0 software.

As a result of this study, we detected that 44.2% to 95.9% of demographic data, 38.5% to 69.1% of personal data, 13.4% to 98.4% of medical data, 29.3% to 72.1% of transport data and 3.1% to 98.6% of recording data related to patient delivery were absent.

We observed that, similar problems regarding the records have been detected in similar domestic and foreign studies. Law fundamentally respects on documents. A similar progress is observed in medical research under the name of evidence based medicine. Especially in the emergency health care, for continuity of the service and not to breach the safety line, and for protection of the patient and the physician from possible legal rights, medical records are desired to be absolute.

To overcome the recording problems in Turkey, it is required to pass to an electronic recording system, generalize the Medulla System, a joint data base, generalize the use of TCKN (Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası) as personal identifier, and to realize continuous training programmes for personnel to overcome the malfunctions as soon as possible. Here, the main purpose is to increase the quality of service given, after defining the situation.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanın temel ihtiyaçlarından birisi ve belki de en önemlisi olan sağlık, insanoğlu var olduğundan beri insanların temel uğraş alanlarından biri olmuştur. Tarihin her döneminde bu konu ile uğraşan insanlara toplumda özel bir önem verilmiş, hekimler maddi ve manevi yönden el üstünde tutulmuştur.

Hekimlik ilk çağlarda deneme yanılma yolu ile elde edilen bilgilerle yapılırken, zamanla usta çırak ilişkisi şeklinde yürütülen bir faaliyet halini almıştır. O dönemlerde bütün bilgilerin kaynağı usta iken yazının icadı ile bilgi “toplanabilir, iletilebilir, saklanabilir” hale gelmiştir.¹ Hasta kayıtları tarih öncesi mağara duvarlarındaki resimlerden günümüzdeki bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemine kadar uzanan ve tıp tarihine paralel giden bir geçmişe sahiptir.²

Hastane öncesi acil tıp hizmetlerinin organizasyonu, etkili dağılımı, Amerika Birleşik Devletlerinde 1960 yıllarındaki bir gelişmedir.³ Ülkemizde ise 1986 yılında 077 Hızır Acil organizasyonu ile büyük şehirlerimizde hastane öncesi Acil Sağlık hizmetlerine başlanmıştır.^{4,5}

M.Ö. 5. Yüzyılda sağlık kayıtları büyük ölçüde Hipokrat’tan etkilenmiştir.⁶ Kurumsal olarak hasta kayıtlarını tutan ilk hastane 1752 yılında Philadelphia’da kurulan Pennsylvania Hastanesidir. 1950’li yıllarda hasta kayıt defterlerinden dosyalanmış klasörlere geçiş yaşanmış, renkli dosya sistemleri kullanılmıştır.⁷ L. Weed ve arkadaşları 1960’lı yıllara gelindiğinde hasta kayıtlarının organizasyonuna yeni bir yaklaşım getirerek probleme yönelik tıbbi kayıtları (Problem Oriented Medikal Record) tanımlamıştır.⁸ Sonraki on yılda tek tip dokümantasyon yaklaşımı geliştirilmiş, minimum veri gereksinimi ortaya konulmuştur. Klinik enformasyon sistemlerini içeren bütünleşmiş hasta kayıt sistemleri ve dijital görüntüleme sistemleri 1980’li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. 1990’lı yıllara gelindiğinde ise, IOM (Institute of Medicine, National Academy, USA) tarafından yapılan Internet ve bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri geliştirilmiş ve tıbbi kayıtlarda gizlilik, verinin bütünlüğü ve çok amaçlı kullanımı, kullanıcı kabulü, verinin güvenliği sağlanmaya çalışılmıştır.⁹

Gelişmiş ülkelerde elektronik hasta kayıt sistemlerine geçmek için yoğun bir çaba vardır. Bu bağlamda geleceğin en çok konuşulan konularından birisi de sağlık enformasyon teknolojileri olacaktır.¹⁰

Türkiye’de ise sağlık kayıtlarının Dünya’da yaşanan gelişmelerin gerisinde kaldığını; güvenilir ve etkin bir yapıdan uzak olduğunu görmekteyiz. Sağlık kayıtlarının mevcut yapısıyla, hasta kayıtlarının sağlık çalışanlarına günümüzün sağlık bakımında talep edilen bilgileri sağlayamayacağı açıkça görülmektedir. Elektronik sağlık kayıtları bu problemi çözmede uygun bir yöntem olarak düşünülmektedir.¹¹

Ülkemizde tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşiv sistemlerinin birkaç üniversite hastanesi dışında istenilen seviyede olmadığı ve çağdaş düzeyin çok gerisinde olduğu görülmektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdeki arşivlerin, personel, yerleşim alanı ve bütçe açısından ciddi sorunları bulunmaktadır. Tıbbi kayıtlara ve hasta dosyalarına gereken önem verilmemektedir. Kayıtlar yasal bazı zorunluluklardan dolayı yapılmaktadır. Diğer yandan hasta dosyaları ve arşiv sistemi konularında ülkemizde yapılan bilimsel çalışmalar yok denecek kadar azdır. Üniversitelerin çoğunluğunda tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümleri olmasına rağmen gereken bilimsel önem verilmemektedir.¹²

Hasta dosyalarının hasta, hastane yönetimi, adli tıp, tıbbi eğitim, araştırma, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesi açısından önemi bulunmaktadır. Bu nedenle hasta dosyası bir sağlık kurumunun en önemli hazinesidir. Bu hazinenin saklandığı ve tekrar hizmete sunulduğu yerler ise hasta dosyaları arşividir.¹³

Hasta dosyaları arşivlerinden kurum amaçları doğrultusunda yararlanabilmek ve verimliliklerini sağlamak için çalışma usul ve esaslarının bilimsel ilke ve kurallara göre belirlenip düzenlenmeleri gerekmektedir.

Acil mobil sistem ile ilgili kayıtlar ayrı bir öneme sahiptir. Şekil.1’de gösterilen şemada belirtildiği üzere, herhangi bir yerden gelen ihbar sonrasında zaman işlemeye başlamakta ve ondan sonra meydana gelebilecek her türlü gecikme tıbbi ve hukuki sorunlara yol açabilmektedir. Örneğin; yapılan acil bir çağrıda anonsun merkezden yapılmasından ambulansın çıkışına kadar geçen zaman olan çıkış zamanı için standart bir süre vardır. Bu süre içinde ambulansın çıkış yapmaması sorundur. Söz konusu vakanın ölümü ya da sakat kalması durumunda sorun daha da büyük olacaktır.



Şekil.1 Acil Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Şeması

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk ve Acil yardım Anabilim Dalı Acil Servisine 112 Acil Yardım Ambulansları ile getirilen hastalar için düzenlenen formların niceliğinin incelenmesi suretiyle mevcut durumun tanımlanması ve daha sonra yapılabilecek nitelik ile ilgili çalışmalara zemin teşkil edecek bir çalışma yapılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER:

Daha önceki dönemlere ait birtakım bilgiler bulunsa da insanlık tarihi, gerçek anlamda yazının icadı ile başlar. Yazı, Güney Mezopotamya’da yaşayan Sümerler tarafından M.Ö. 3500 yıllarında icat edilmiş, ticaret astroloji ve tıp alanında kullanılmıştır.¹

Hasta kayıtları ise tarih öncesi mağara duvarlarındaki resimlerle başlamıştır.¹⁴ Gerçek anlamda ilk tıbbi kayıtlar Mezopotamya Uygarlığında tutulmuştur. Anatomi ve tıp konularında bilgileri olmasa da tıbbi tanı listeleri oluşturmuşlar, hastalıkları gözlemlemişlerdir.¹⁵

2.1.Tarihçe:

İnsanoğlu tarihin başlangıcından beri hasta ve yaralılara ait çeşitli bilgi ve tedavi yöntemlerini içeren belgelere ihtiyaç duymuştur. Bu belgelerin bazıları:

- Taş devrine ait çok renkli duvar resimleri
- Babil ve Ninova’da bulunan kil tabletler
- Mısır’daki mezar ve tapınak duvarlarına kazılan veya uzun papirüs rulolarına yazılan hiyeroglifler
- Yunan ve Roma devirlerinde parşömenlere yazılan risalelerdir.

Bu belgeler şekil olarak günümüz kayıtlarından ne kadar farklı, ne kadar ilkel olursa olsun, modern tıp kayıt sisteminin temelini teşkil etmişlerdir.¹⁵ Bugünkü tıbbi makalelere en yakın ve uygun olan ilk yazılı kaynak, M.Ö. 1550 yılında yazıldığı tahmin edilen ve 1872 yılında Teb şehri civarında bulunan Ebers papirüsüdür. Benzer şekilde Epidarus’ta M.Ö. 1134 tarihlerinde inşa edildiği sanılan mabetlerin duvarlarında da hasta kayıtları bulunmuştur. Bu kayıtlarda hasta adı, kısa hikayesi ve bu hastaların iyileşip iyileşmediğinin kaydedildiği sütunlar vardı.¹¹

M.Ö. beşinci yüzyılda tıbbi kayıtlar büyük oranda Hipokrat’dan etkilenmiştir. Hipokrat tıbbi kayıtların hastalık sürecini doğru olarak yansıtmaması ve hastalığın olası nedenlerini açıklaması gerektiğini savunuyordu. Bu kayıtlarda hastalığın gerçek nedenini açıklamak yerine, hastalık öncesindeki bulguların tarif edilmesini amaçlıyordu. Kayıtlar kronolojik bir sıraya göre kaydedilmekteydi. Hipokrat’ın yaklaşımında bulguların hastalığın

sonucuna dönük değerini tahmin etmek çok önemliydi. Bu nedenle kronolojik sıraya göre belgelenmiş hastalık öyküleri bulunuyordu.⁶

2.2. Modern tıpta kayıt:

Kurumsal olarak hasta kayıtları tutmaya başlayan ilk hastane 1752 yılında Philadelphia'da kurulan Pennsylvania Hastanesidir. Bu hastanede ilk 50 yılda hastaneye gelen hastaların adı, adresi, hastalığı, giriş ve çıkış tarihleri ve çıkış durumları kaydedilmiştir. Bu bilgiler günümüze kadar saklanmıştır. 1803 yılından itibaren önemli vakaların ayrıntılı olarak tutulması için çalışmalar yapılmıştır. 1873 yılında hastalar için dosyalar tutulmaya başlanmıştır. Ayrıca aynı yıl hasta isimleri indeksi oluşturulmaya başlanmış ve bu indeksler 1916 yılından sonra kartlar üzerine yazılmaya başlanmıştır.¹⁵

1771 yılında kurulan New York Hastanesi'nde 1793 yılından itibaren hasta kayıtları tutulmaya başlanmıştır. Bu kayıtlar hastanın yaşı, giriş tarihi, mesleği, teşhis, uygulanan tedaviler ve gözlem notlarından oluşmaktaydı.¹⁵

Boston'da kurulan Massachusetts General Hospital Hastanesi açıldığı 3 Eylül 1821 tarihinden itibaren, kabul ettiği bütün hastalara ait tıbbi bilgilerin tamamını korumaktadır. Bu kayıtlar kullanılarak bütün hastalıkların ve cerrahi işlemlerin sınıflaması yapılmıştır. Ayrıca bu bulgular tedavi, araştırma ve istatistik amaçlı olarak kullanılmıştır.¹⁶

1880 yılında Amerikalı cerrah William Mayo bugün Minnessota'da bulunan Mayo Klinik olarak bilinen merkezde ilk hasta dosyaları uygulama grubunu oluşturmuştur. Mayo Kliniğin ilk yıllarında, her hekim tıbbi notlarını kişisel defterinde tutuyordu. Bu defter karşılaşılan tüm hastaların kronolojik bir raporunu içeriyordu. Bir hastaya ait kayıtlar muayene tarihine göre farklı defter sayfalarında dağınık olarak bulunuyordu. Aynı hastaya ait kayıtlar farklı hekimlerin defterlerinde de bulunabiliyordu. Bu dezavantajlar sebebi ile 1907 yılında Mayo Klinikte her hasta için bir dosya oluşturulmaya başlandı. Bu yenilik hasta merkezli tıbbi kayıtların kaynağını oluşturdu. Kayıtların içeriği yine de eksikti. 1920 yılında Mayo Klinik İdaresi bütün hekimlerin kayıt etmek zorunda olduğu bir minimal veri dizisi üzerine anlaştılar. Bu dizi günümüz tıbbi kayıtlarının hemen hepsinin çerçevesini oluşturmaktadır.¹⁷

1902 yılında American Hospital Association (AHA) bir kongrede ilk defa hasta dosyalarının tartışmasını yaptı.¹⁸ Bu toplantıda şu sorunlar ortaya konmuştur:

- Metotlarda birlik yoktur.
- Dosyalardan sorumlu kişiler yoktur.
- İyi dosya tutulmamasının sebebi eski doktorların ilgisizliğidir.

1905 yılında American Medical Association (AMA)'nın 56.yıllık toplantısında Oregon Portland'dan Dr. George Wilson "Küçük hastanelerdeki hastaların dosyaları için klinik plan" başlıklı bir bildiri sunmuş ve bu bildiri 23 Eylül 1905 tarihinde Journal of the American Medical Association (JAMA)'da yayınlanmıştır. Dr. Wilson bu bildirisinde hastaya ait gözlemlerin bir dosyada yer almasının hem referans hem de medikolegal ihtiyaçlar için önemli olduğunu belirtmiştir. Bildiride hekimler ayrıntılı işi ve yazmayı sevmediği için, onları dosya yazdırmaya razı etmekte karşılaşılan zorluklar üzerinde durulmuştur.¹¹

1950'li yıllarda hasta kayıt defterinden dosyalanmış klasörlere geçiş yaşanmış, daktilolar ve diğer yazım ekipmanları, renkli dosya sistemi kullanılmaya başlanmıştır.

1960'lı yıllara gelindiğinde ise tüm bu gelişmelere rağmen hasta kayıtlarının içeriğinde standardizasyon sağlanamamıştı. Tıbbi kayıtların içeriğini hastanın şikâyetleri, test sonuçları, hekimin düşünceleri, tedavi planları ve bulgular oluşturuyordu. Tıbbi kayıtların içeriği birden fazla şikâyet veya hastalık nedeniyle tedavi olan hastaların sorunlarını açık bir şekilde ortaya koymaktan uzaktı. 1960 yılında Lawrence L. Weed probleme yönelik tıbbi kayıtları tanıttı.⁸

1960–1970 yılları arasında tek tip dokümantasyon yaklaşımı geliştirilmiş, sağlık kurumlarında kullanılacak minimum veri gereksinimi ortaya konulmuş, verinin bütünlüğünü sağlama ve mikrofilm kullanımı ön plana çıkmıştır. Bu dönemde bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemlerinin ilk uygulamaları geliştirilerek kullanılmaya başlanmıştır. Klinik enformasyon sistemlerini içeren entegre hasta kayıt sistemleri, dijital görüntüleme sistemleri 1980'li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır.¹⁵

1990'lı yıllara gelindiğinde ise tıbbi kayıtlarda gizlilik, verinin bütünlüğü ve çok amaçlı kullanımı, kullanıcı kabulü, verinin güvenliği, internet, bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemlerinin oluşturulması yönündeki İOM (Institut of Medicine, National Academy of Science, USA) çalışmaları dönüm noktası olmuştur. 1991 yılında İOM tarafından hasta kayıt sistemlerinin mevcut durumu, güçlü ve zayıf yönleri, bilgisayar tabanlı sistem kullanımını için mevcut olanakları, kullanıcıların gereksinimlerini, gerekli teknolojileri, mevcut sistemin

gelecekteki ihtiyaçları ne kadar karşılayabileceğini içeren bir rapor yayınlamıştır.^{19,20} Bu raporda hasta kayıtlarının önemli bir kısmını oluşturan hasta dosyalarının zayıf yönleri dört başlık altında incelenmiştir:

- İçerik ile ilgili problemler
- Format ile ilgili problemler
- Erişim ve elde edilebilirlik ile ilgili problemler,
- Bağlantı ve bütünlüğün sağlanması ile ilgili problemler.

İçerik ile ilgili problemler:

Hasta kayıt verileri genellikle eksik, okunaksız veya yanlış olabilmektedir. Verilerin eksik olmasının  nedeni vardır:

- Sorular asla sorulmamış, muayeneler yapılmamış veya testler istenmemiştir.
- Bilgi talep edilmiş ve sağlanmış fakat sağlık çalışanları tarafından kaydedilmemiş ya da bilginin kayda geçmesinde gecikme olmuştur.
- Bilgi talep edilmiş ve sağlanmış fakat kaybedilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanları, hastalar veya veri giriş araçlarından oluşan kayıt hataları yapılmış olabilir.

Bazı kayıtlarda eksik veriler, bazı vakalarda da gereksiz veriler bulunmaktadır. Kronik problemleri olan hastaların kayıtlarındaki kabarıklık ve ağırlık, zaman kısıtlılığı nedeni ile çoğu zaman aranan bilginin bulunmasını zorlaştırmaktadır.

Kayıtların içeriği bakımın etkinliğini belirlemek ve bakımın planlanması açısından en önemli araçtır. Bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi ve klinik uygulamaların denetlenebilmesi için verilerin bir bütün olarak toplanması ve düzenlenmesi gereklidir.

Format ile ilgili problemler:

Hastaya ait verilerin belirli, düzenli, iyi yapılandırılmış ve kolay ulaşılabilir olması gerekir. Çeşitli zamanlarda hasta dosyaları formatlarının, kayıtların zamanında kullanımı ve etkinliğini engellemesi nedeniyle bir problem alanı oluşturmaktadır. Hastane kayıtlarından elde edilen verilerin güvenliği genel organizasyon, düzenlilik ve tıbbi kayıt mantığına bağlı olduğu bulunmuştur.²¹

Erişim ve elde edilebilirlik ile ilgili problemler:

Hasta dosyalarının elde edilememesi ve erişim güçlükleri kullanıcılar için sık yaşanan problemlerdir. ABD’de Tufo ve Spidel 1971 yılında yaptıkları çalışmalarında tıbbi kayıtların hasta muayenesi sırasında ancak %30’unun elde edilebildiğini ortaya koymuşlardır.¹⁵

Hasta dosyalarının elde edilememe nedenlerini ise; hastaların aynı günde iki veya daha fazla klinikte olabilmeleri, çıkışların hemen yapılamaması, hekimlerin dosyaları kendi bürolarında tutmaları ve dosyaların kaybolması olarak açıklamaktadırlar. Kayıtlar hemen elde edilse bile bir kayıttan gerekli bilgiyi alabilmek için geçen zaman kullanıcıları bıktırmaktadır. Araştırmacılar için kâğıt kayıtlara ulaşmak problemlidir ve ek çaba gerektirmektedir. Gerekli verileri içeren kayıtların belirlenmesi, gerekli kayıtların elde edilmesi, verilerin toplanması ve analizi için veri girişi zaman alıcı ve pahalıdır.

Bağlantı ve bütünlüğün sağlanması ile ilgili problemler:

Sağlık sistemine ilişkin en önemli eleştirilerden birisi de hizmet verenler arasında bakımın sürekliliğinin olmamasıdır. Bu problem kurum içi ve poliklinik kayıtlarında bütünlüğün olmaması ve kurumlar arası iletişimin eksik olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta dosyaları kurum içi ve kurumlar arasındaki sağlık bakım hizmetlerinin koordinasyonunun geliştirilmesinde yeterli değildir.

Sağlık kayıtlarında yaşanan tüm bu olumsuzluklara rağmen sağlık sektörü bir bilgi patlaması ile karşı karşıyadır. Örneğin Medline’a her yıl yaklaşık biyomedikal literatürde yayınlanan 460 000 yeni makale indekslenmektedir. Hastaların yaşam sürelerinin uzaması, kronik hastalıkların artması, çok farklı test yöntemlerinin kullanılması bilgi yükünü artırmaktadır. Klinisyenler çığ gibi büyüyen literatürü okuyup sentez etmek zorundadırlar. Toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunan bilimsel ve teknolojik ilerlemeler tıbbi uygulamada daha fazla karmaşıklığa yol açmaktadır; klinisyenler sayısız tanımlar, prosedürler, tanı testleri, klinik süreçler, araçlar ve ilaçları takip etmek zorundadırlar. Hekimlerin hastalara bakım verdikleri sırada gerek duydukları enformasyona ulaşmaları mümkün olmamaktadır. Covell ve arkadaşlarının 1985 yılında yaptıkları bir araştırmaya göre hasta ziyaretleri sırasında hekimlerin gerek duyduğu enformasyonun %70’i karşılanamamaktadır.²² Hastaya ait bilgilere olan talep, hasta kayıtlarının kullanım alanları ve kullanıcıları giderek artmaktadır.²³

2.3. Türkiye’de durum:

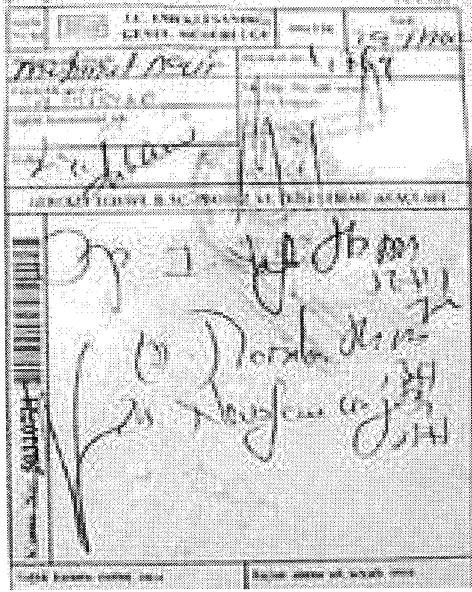
Ülkemizde bu konuya gereken önemin verildiğini söylemek mümkün değildir. Ülkemizdeki tıp fakülteleri hastanelerinde bile tıbbi kayıtlar arzu edilen biçimde tutulmamaktadır. Her aranan bilginin bulunabileceği bir kayıt sistemine ulaşamamaktadır.²⁴

Türkiye’de hastanelerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığına bağlı bulunmaktadır. Tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşiv sisteminin iyileştirilebilmesi veya yeni sistemin oluşturulabilmesi için öncelikle bu hastanelerdeki hasta dosyaları arşivlerindeki sorunların çözülmesi gerekmektedir.

Ülke genelinde sağlık kayıtlarının mevcut yapısı ile sağlık çalışanlarının günümüz sağlık bakımında sistemden talep ettikleri bilgileri sağlayamayacağı açıkça görülmektedir. Bununla bağlantılı olarak sağlık ile ilgili pek çok konuda hasta ve hastalıklarla ilgili sağlıklı istatistiklere sahip değiliz. Mevcut kayıtların bir kısmı da okunamayacak durumdadır. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından en son 20.02.2002 tarih ve 3724 sayılı genel uygulamalar konulu 2002/24 sayılı genelgede; yataklı tedavi kurumlarında tutulan kayıtların idari, tıbbi, teknik ve adli yönden büyük öneminin bulunduğu ifade edilmiştir.²⁵ Yapılan teftiş ve incelemeler sonucunda bazı yataklı tedavi kurumlarında, kayıtlara gereken önemin verilmediği, kayıtların yanlış okunaksız ve eksik olduğu (şekil.2), adres kayıtlarının açık olmadığı, doğum yapan anneler ile ilgili isim, adres ve diğer tıbbi ve idari kayıtların düzenli, tam ve açık olmadığı, poliklinik kayıt numarasının verilmediği, yatan hastalar için hasta tabelasının düzenlenmediği, hasta dosyalarının, taburcu işlemlerinin tamamlanmasına rağmen arşive konulmadığı, bu dosyaların veya içine konulması gereken basılı evrakın hasta sahiplerine verildiği, zaman zaman bu dosyaların hastane dışında, hasta veya sahiplerinin elinde görüldüğü belirtilerek ilgili personelin eğitimi ve ikaz edilmesi hususunda resmi ve özel tüm yataklı tedavi kurumlarının uyarılması istenmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin büyük çoğunluğunda sadece yatan hastalara dosya çıkarılmakta olup poliklinik hastalarına dosya çıkarılmamaktadır. Yatan hastanın ise hastaneye yatış sayısı kadar dosyası bulunmaktadır. Hasta dosyaları arşivi sadece bir depo görevi görmektedir. Bu uygulamaların hasta ve hastane açısından ciddi sıkıntıları bulunmaktadır. Ülkemizde hasta dosya arşivine yeterince önem verilmemekte ve hasta

dosyaları arşivlerinde çok çeşitli ve ciddi sorunlar bulunmaktadır. Bu nedenle, hastanelerde verilen tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi temel amacına ulaşmak için, yapılan araştırmaların ve verilen eğitim faaliyetlerinin poliklinik, klinik hasta ayırımı yapılmaksızın her hastanın bir tek dosyasının olması, tüm hastalara dosya açılması, dosyaların belli standartlara uygun olarak tutulması ve bu dosyaların istenildiğinde tekrar hizmete sunulması gerekmektedir. Yine hasta dosyaları arşivinin ise merkezi olması gerekmektedir.



Şekil.2 Okunamayan tıbbi belgeler

Yataklı tedavi kurumları yönergesi, gelen hastalara ait kayıtlar ve dokümanların toplanmasına ve bu dokümanların gerektiği durumlarda tekrar hizmete sunulması için merkezi tıbbi kayıt ve arşiv sistemi içinde düzenlenmesi ve korunmasına ilişkin esasları belirlemek amacı ile hazırlanmıştır.²⁶ Söz konusu yönerge incelendiğinde:

- Kayıtlarla ilgili işlemlerin nasıl yapılacağına açık ve net bir şekilde belirtilmediği,
- Poliklinik hastalarına dosya çıkarılıp çıkarılmayacağı ile ilgili herhangi bir hüküm bulunmadığı,
- Hasta dosyası dışındaki tıbbi kayıtların nasıl ve ne şekilde tutulacağına ilişkin herhangi bir açıklama bulunmadığı,
- Hasta dosyasına sadece fiziki bir tanım getirildiği, kartondan imal edilmiş, iki kapaktan oluşan, telli vs- fonksiyonel bir tanım yapılmadığı,
- Hastane arşiv sorumlusunun kim olacağına belirtilmediği,

- 400 yataktan az kapasiteli hastanelerde araştırma ve haberleşme bölümünün öngörülmediği,
- Hatta bu yönergeden küçük hastanelerde araştırma yapılmasının gerekli olmadığının öngörüldüğü şeklinde bir yorum yapılabilir.

Tıbbi istatistik ve kodlama bölümünün fonksiyonları anlatılırken Dünya Sağlık Örgütü'nün 150 başlıklı listesindeki tanımlara göre 999, ameliyatlara göre 99 başlığa göre sınıflandırılıp kodlamanın yapılacağı belirtilmiştir.²⁷ Son dönemde ICD-10 tanı kodlama sistemine geçiş ile ilgili çalışmalar üniversite hastaneleri ve bakanlık bünyesinde hızla devam etmektedir.²⁸

3.11.1973 gün ve 7/7387 sayılı kararname, 13.1.1983 tarihli ve 17927 sayılı kararname ve nihayet 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi ile Ülkemizde kayıt sistemine düzen getirilmeye çalışılmıştır.²⁹ Bakanlık hastanelerindeki kayıt sisteminde gözlenen bazı problemler şunlardır:

- Mevcut hasta dosyaları arşiv sistemi; hastaların düzenli ve sistemli olarak takibini zorlaştırmakta ve verilen hizmetin kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- Bakanlığa bağlı pek çok hastanede sadece yatan hastalara dosya çıkartılmakta ve seri numaralama yöntemi kullanılmaktadır. Seri numaralama sisteminde hastaya her yatışında yeni bir dosya çıkartılmaktadır. Hastanın yatış sayısı kadar dosya bulunmaktadır. Hastanın sağlık durumu hakkında bilgi alabilmek için tüm dosyaların incelenmesi gerekmektedir.
- Hasta dosyaları arşivleri genellikle dosyaların saklandığı depo olarak faaliyet göstermektedir.
- Hasta dosyası bir süre sonra Türkiye Selüloz ve Kağıt Fabrikaları A.Ş.'ye gidecek malzeme olarak görülmektedir. Bu anlamda tıbbi kayıtlara, hasta dosyalarına ve arşivlere gereken önem verilmemektedir.
- Kayıtlar yasal bazı zorunluluklardan dolayı yapılmaktadır.
- Hastaneler arasında hatta aynı hastanenin değişik kliniklerinde bile kullanılan formlarda farklılıklar bulunmaktadır.
- Tıbbi kayıt sisteminde çoğunlukla mesleki eğitim almamış kişiler çalışmaktadır. Bu birimde çalışan tıbbi sekreter sayısı olması gerekenin çok altındadır.
- Hizmet içi eğitim çalışmaları çoğunlukla yapılmamaktadır.

2.4. Kayıtların niteliği ve nitelik açısından analizi:

Tıbbi kayıtlar ayrıntılı ve özenli tutulmalıdır. Bilimsel araştırma ve ileriye dönük sağlık planlamaları için veri olarak aynı zamanda mahkemelerde kanıt olarak kullanılabilirler. Kayıtların okunaklı bir şekilde yazılması karışıklıkları önleyecektir. Tutulan kayıtlardaki yanlış anlamaların ve bundan kaynaklanacak zararların sorumlusu kayıtları tutan kişi olacaktır. Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa hatanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilmeli ve yenisi yanına yazılmalıdır. Kayıtları tutan kişi düzeltmenin yanına düzeltmenin yapıldığı tarih ve saati not ederek imzalamalıdır. Kayıtlarda tahrifat yapmak suçtur. Kaydı tutan kurumun resmi olup olmamasının bir önemi yoktur. Ayrıca gerçeğe aykırı kayıt yapmak da yine ceza kanununca suç olarak kabul edilir.³⁰

Sağlık hizmetleri sunan kişi ve kuruluşların tutması gereken tıbbi kayıtlar şunlardır:

- Hastanın kimliği
- Anamnez kayıtları,
- Rıza formları,
- İzlem notları,
- Hekim orderları,
- Laboratuvar raporları,
- Konsültasyon raporları,
- Epikriz.

Niteliksel analiz, hasta dosyasındaki kayıtların içeriğine yönelik olarak hastayı tedavi eden hekim tarafından yapılan analizdir. Bu analizde: tıbbi kayıtların tutarlı ve doğru olup olmadığı, hastaneye yatışın uygun olup olmadığı, form ve kayıtların tam olup olmadığı, kararların bulgular tarafından desteklenip desteklenmediği, kayıtların tam ve zamanında tutulup tutulmadığı incelenir. Bu analizin temel amacı, hasta bakım ve tedavi hizmetinin kalitesini yükseltmektir.

2.5. Kayıtların niceliği ve nicelik açısından analizi:

Sağlık ile ilgili hasta kayıtlarında başlıca hastanın kimlik ve sosyal güvenliği ile ilgili kayıtları, fizik muayene ve tıbbi değerlendirmeye ait kayıtlar, yapılan tedavi ve ilaçla ilgili kayıtların bulunması gereklidir. Kayıtların niteliğinden bahsedebilmek için nicelik olarak bir eksik bulunmaması gerekir. Nicelik olarak eksik bir kayıttın kalitesinden bahsetmek mümkün değildir.

Hasta dosyaları arşivindeki ilgili elemanların dosyada eksik evrak bulunmaması amacı ile yaptıkları incelemelerdir. Taburcu olan hasta dosyaları arşive 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.³⁰

2.6. Sağlıkta kayıt tutmanın önemi:

Günümüzde bilgi çağının gereği olarak bilginin üretilmesi, kullanımı, yönetimi ve değerlendirilmesi çok önemlidir. Sağlık sistemlerinde ise bilgi ve bilgi sistemi daha fazla önem arz etmektedir. Doğru bir bilgi sağlık sisteminin en önemli girdisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri diğer alanlardan daha fazla bilgiye duyarlı bir alandır ve etkin bir yönetim için sistematik olarak bilginin elde edilmesini gerektirir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu, geniş kapsamlı ve iyi planlanmış bir bilgi sürecine bağlıdır. Günümüzde tıbbi ve cerrahi yöntemler basit bir işlem olmaktan çıkarak kompleks bir özelliğe sahip olmuşlardır. Bu durum hasta ve yaralılara verilen hizmetin bütün ayrıntılarıyla, zamanında, tam ve düzenli bir şekilde belgelenmesi zorunluluğu ortaya konmuştur. Tıbbi kayıtlar hastaya verilen tıbbi bakımın kanıtıdır. Hekim ile diğer meslek grupları arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. Dolayısı ile hastaya verilen tıbbi bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek önemli kaynaktır. Ancak ülkemizde bu konuya gereken önemin verildiğini söylemek pek mümkün değildir.

Sağlıkta kayıt tutmanın önemini sıralayacak olursak:

- Yönetimsel ve tıbbi karar verme sürecinde yöneticilere ve çalışanlara yardımcı olacaktır.

- Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde ve kontrolünde kolaylıklar sağlayacaktır.
- Zamanın en etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayarak kayıp işgücünü azaltacaktır.
- Hastalığın teşhis ve tedavisinde, karar verme sürecinin kısılmasını sağlayacaktır.
- Hastaya daha önceki çeşitli sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerine ait bilgilerin birleştirilmesine zemin hazırlayacaktır.
- Hastanın önceki sağlık durumu ile ilgili bilgilere kolayca ulaşılacağından gereksiz tahlil ve tetkik yapılmasını önleyerek masrafların azaltılmasını sağlayacaktır.
- İstatistiklerin güvenilir ve doğru veriler üzerinden yapılmasını sağlayacaktır.
- Hasta ve hasta yakınlarının hastaneye ve sağlık çalışanlarına olan güveninin artmasını sağlayacaktır. Bu anlamda hasta tatmininin oluşmasına katkıda bulunarak çalışanların performansının da artmasını sağlayarak toplam kalite yönetimi amaçlarına ulaşmada yardımcı olacaktır.
- Araştırmalara kolaylık sağlayarak araştırma yapma isteğinin artmasına ve araştırmaların doğru, güvenilir veriler üzerinden ve kolaylıkla yapılmasını sağlayacaktır.
- Özel ve resmi kurumlar arasında tıbbi tedavi ve hasta ile ilgili yapılan yazışmaların düzgün ve zamanında yapılmasını sağlar, gereksiz yazışma ve tenkit yazılarını azaltır.
- Özellikle mahkemelerden gelen yazılara zamanında cevap verilerek mahkemelerin daha kısa sürede karar vermesine yardımcı olacaktır.
- Adli olaylarda veya mahkeme konusu olmuş tıbbi tedaviye yönelik dava ve olaylarda, sağlık çalışanlarına güvence vererek gereksiz ve haksız suçlanmalarında delil niteliğı ile güvence içerisinde çalışmalarını sağlayacaktır.³⁰

2.6.1. Kayıt tutmanın tıbbi tedavi açısından önemi:

Sağlık sisteminin hedefi; sağlık alanında sunulan hizmetlerin gelişmesi ve verilecek sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasıdır. Bu bakımdan işleyişin her aşamasında hizmet sunulan kişinin kimlik bilgilerinin, sosyal güvenlik bilgilerinin, yapılan işlem ve tedavilerin

içeriğinin ve uygulandığı tarih ve saatlerin eksiksiz olarak kaydedilmesi önem arz etmektedir. Bu kayıtlar hem o hastanın tedavisinin tamamlanmasında yol gösterici olacak hem de olası yanlış tedavilere ve tekrarlayan tedavilere engel olacaktır.

Örneğin; 20 yaşında bayan hasta; ani başlayan sol alt kadran ağrısı sebebi ile 112 acil sağlık ve kurtarma hizmetlerini arar. Ambulans olay yerine geldiği zaman hastanın cildi soğuk nemli ve terli, nabız 16/dakika sistolik basıncı 78 mmHg olarak tespit edilmiş olsun. Bu hastaya acil servise varana kadar ambulansla sıvı idamesi yapılırsa, hasta vital bulguları normalleşmiş ve cilt bulguları düzelmiş olarak teslim edilebilir. Hastanın ilk durumunun kayıt edilmemiş olması hem hastanın tanı ve tedavisini hem de sağlık sistemi etkileyecektir.

Bu olayı ayrıntılı olarak irdelediğimiz zaman acil sağlık hizmetlerine özgün küçük ayrıntılar olduğunu görmekteyiz: Hastanın ilk vital bulgularının alınması, vital bulguların saatli olarak kaydedilmesi, taşıma esnasında yapılan tedavilerin kaydedilmesi, hastanın acil servise teslim edilmesi esnasında bunların ifade edilmesi, hastayı teslim alan hekimin bu anlatılanlara ve kayıtlara dikkat etmesi ve bu suretle mevcut durumu doğru okuması oldukça önemli ayrıntılardır.

Eğer bu ayrıntılara dikkat edilmezse hastanın stabil olduğuna dair yanlış bir varsayım yapılabilir. Bu nedenle acil sağlık sisteminde ayrıntılar üzerinde durulmalı ve acil sisteminin aksamadan çalışması sağlanmalıdır.

2.6.2. Kayıt tutmanın bilimsel araştırmalar açısından önemi:

Tıpta kayıt tutmanın rutine girmesinden sonra bilimsel araştırmalara dayalı tıp uygulamaları önem kazanmaya başlamıştır. O döneme kadar tıptaki uygulamalar bir ustadan öğrenilen uygulamalar şeklinde idi. Ustanın deneyimlerine dayalı kişisel kanaatleri tek önemli faktördü. Son yıllarda iyice ön plana çıkmaya başlayan kanıta dayalı tıp uygulamaları kayıt tutulması ile başlayan sürecin sonucudur. Kanıta dayalı tıp uygulamalarının avantajı kişisel görüşlere dayanmaması, klinik deneylerle elde edilen sonuçlara dayanmasıdır. Tıp pratiğinde önyargılar, sistematik olmayan klinik deneyimler, fizyopatolojiye dayalı akıl yürütmeler karar vermede yeterli zemini oluşturmaz. Bu nedenle klinik araştırmaların ortaya koyduğu kanıtların değerlendirilmesi gerekmektedir.

Pierre Charles Alexandre Louis'in istatistik analizlerini kullanması ile başlayan, 1920'lerde Ronald Fisher'in deneysel ve klinik çalışma ilişkilerini epidemiyolojide

kullanması ile devam eden, çalışmalar 1940'lı yıllarda ilk randomize klinik çalışmalar yayınlanınca yavaş yavaş gelişmeye başladı.

Kanıt dayalı tıp uygulamalarının savunucularına göre, klinik tababette hekimler karar verirken mevcut en bilimsel kanıtlara, kendi deneyimlerini ve hasta tercihlerini birleştirerek karar vermek zorundadır. Bu konuda karar verirken iki bilgi kaynağımız mevcuttur: birisi hastadır; ondan anamnez ve fizik muayene ile ilgili bilgiler alınır. İkincisi ise tıp literatürüdür; tıp literatüründen de tanısal testlerin doğruluk derecesi, tedavinin etkinliği ve güvenilirliği, prognostik göstergelerin yararı gibi bilgiler elde edilir. Burada amaç klinik uygulama ile araştırma arasındaki uçurumu ortadan kaldırarak sağlık hizmetini geliştirmektir.³¹

Bütün bu bilgiler ışığında oluşturulacak genel ve bölgesel literatür için yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Yapılacak çalışmalar ile algoritmeler değişmeyecektir ama karar verme aşamasında hastaların tercihleri farklı özellikler gösterebilir. Türkiye'nin herhangi bir ilindeki hasta kendisine gerektiğinde kardiyopulmoner resusitasyon yapılmasını isteyebilirken, başka bir ülkede örneğin Amerika'daki bir bölgede hastalar yüksek oranda kendilerine kardiyopulmoner resusitasyon yapılmamasını isteyebilirler. Ya da bazı tarikat mensupları ölümü pahasına kendisine kan transfüzyonu yapılmaması inancına sahip olabilirler. Biz de bu konuda hastanın kayıtlarında ya da üzerlerindeki herhangi bir belgede belirtilmiş bir istek varsa buna saygı göstermek durumundayız. Ayrıca sağlık hizmetleri için gerekli kaynakların planlanmasında, personel ve vatandaş eğitimi için yapılacak planlamalarda, mevcut kanıt dayalı tıp uygulamalarının ne oranda kullanıldığının tespitinde, bununla bağlantılı olarak sağlık çalışanlarının kendilerini ne ölçüde güncel tutabildiğinin incelenmesinde çalışmalar ile ilgili eksiksiz kayıtlara ihtiyaç vardır.

2.6.3. Kayıt tutmanın hukuki sorunlar açısından önemi:

Kayıt tutma ile ilgili önemli bir boyut da işin hukuki boyutudur. Sadece acil sağlık hizmetlerinde değil, sağlık hizmeti sunan özel kişiler, tüzel kişiler, kamu kurumları, özel kurumlar kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Türk Ceza Kanununun 4. maddesine göre kanunu bilmemek mazeret değildir.³² Bu başvuruların tanı ya da tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı yada parasız olması tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Bu durum Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanunun (TŞTİDK) 72. Maddesinde açıkça belirtilmiştir.³³

“Hekimler, diş hekimleri ve ebeler Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen ve onaylanarak kendisine verilen protokol defterine hastanın kimliğini yazmada mecburdurlar.” Kanunda yalnızca ebelerden söz edilmesi diğer yardımcı sağlık personelinin böyle bir yükümlükleri olmadığı şeklinde anlaşılmamalıdır. Ayrıca kanunda geçen hasta sözcüğü de dar anlamda algılanmamalıdır. “Hasta” deyiminden, tıbbi bakım hizmeti almak amaçlı başvuruda bulunan herkesi anlamak gerekir. Örneğin sağlık ocağından aile planlaması malzemesi almak için başvuran kadından, aşılanan çocuğa kadar herkes tıbbi kayıtları tutulması gereken kişilerdir.

2.6.4. Sağlık hukuku:

Acil sağlık hizmetleri açısından Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (Resmi Gazete: 7.12.2006-26369) bu konudaki standartları oluşturmak amacı ile yayınlanmıştır.³⁴ Personel ve Altyapı altblmnde (dördüncü bölüm) hekimin görevlerinin tanımlandığı 14,2 maddeye göre hekim ambulans servisinde hasta ve yaralıları uygulanan tıbbi işlemlerden ve hasta ve yaralıların kayıtlarının düzenli tutulmasından yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin hastanın/yaralının dosyasına işlenmesinden sorumludur. Hekim bulunmayan acil yardım ambulanslarında ve acil sağlık araçlarında görev yapan ambulans ve acil bakım teknikerlerine tıbbi danışmanlık, ağrı merkezindeki hekimler tarafından yapılır.

Ülkemizde hekimlerin neden olduğu iddia edilen sakatlama ve ölüm olgularına medyanın yoğun bir ilgisi mevcuttur. Hasta ve yakınlarının tıbbi uygulamaların istenmeyen sonuçları karşısında hekimleri dava etme eğilimi medyanın da etkisiyle artmıştır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) erevesinde tanımlanan yeni kavramların uygulama içerisinde doğurduğu belirsizlikler hekimleri endişelendirmekte ve hukuki bir kesinlik arayışı doğmaktadır.

Düzgün tutulmuş kayıtlar yasal çalışmalarda hastayı ve hekimi korur. şüphesiz çağımızdaki bilgi yükü hiçbir kayıt tutmayıp “ben hastalarımı hatırlarım” dememize izin vermemektedir. Mahkemeler kaydedilmemiş bir olayı yapılmamış kabul etme eğilimindedir. Bu nedenle olası yasal sorunlar halinde sorun yaşamamak için kayıtların çok iyi tutulması gerekmektedir. Bazı durumlarda mahkemeye ağrılmamız 2–3 yıl sürebileceğinden yaptığımız işlemleri hatırlamamız mümkün olmayabilir.

Hekimin hasta ile ilgili bilgiler konusunda sır tutma yükümlülüğü vardır. Bazı durumlarda kişisel bilgilerin açıklanması sır saklama yükümlülüğünü yerine getirmeme olarak anlaşılmaz. Bu durumlar şunlardır:

- Sosyal güvenlik kurumları, hizmet verdikleri kişilerin tıbbi kayıtlarının kendilerini ilgilendiren kısımlarını ilgili kişi ve kurumdan isteyebilirler ve bu istek yerine getirilmelidir.
- Özel sigortalar bazı durumlarda sigortalıların kayıtlarını alma hakkına sahiptirler, kanunlar buna izin vermektedir.
- Özel hizmet sözleşmesine ya da başka bir statüye dayanarak çalışanların işverenleri, çalıştırdıkları kişinin tıbbi kayıtlarından kendisini ilgilendiren kısmını isteyebilir. Bu kişisel yaşamın gizliliğine aykırı sayılmaz. Örneğin; sağlık raporları gibi.
- Bütün özel ve kamu sağlık kurumlarını denetleme yetkisi bulunan Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi istatistikleri oluşturmak ya da toplum sağlığı açısından önemli durumları öğrenme hakkı vardır.

2.6.5. Tıbbi kayıtlardan doğan sorumluluklar:

Sağlık hizmeti sunan herkes tutması gereken tıbbi kayıtların eksikliğinden ve yanlışlığından sorumludur. Bu kayıtların eksik ve yanlış tutulmasından hasta zarar görmüşse uğradığı zarar tazmin ettirilebilir. Bu zararın maddi veya manevi olması durumu değiştirmez.

1. Kayıtların yanlışlığından doğan sorumluluk:

Kayıtları tutmakla yükümlü her sağlık çalışanı bunların doğruluğundan da sorumludur. Eğer kayıtlardaki bir yanlışlıktan hasta zarara uğrarsa, örneğin verilen ilaç dozu yanlışsa bundan dolayı hastanın uğrayacağı zarardan hekim sorumlu olacaktır. Yanlış ilaç dozundan hasta ölmüşse hasta yakınları uğradıkları maddi zararı örneğin ilaç dozunun yol açtığı durumun tedavisi için yaptıkları masrafı, ölen kişinin bakmakla yükümlü olduğu şahısların maddi destekten yoksun kalmaları nedeniyle uğradıkları kaybı ödemek zorunda kalacaktır. Burada kayıtlarda yapılan yanlışlıkta kusurun derecesi de önemlidir. Kasten yapılan bir yanlışlığa göre ihmal ile meydana gelmesi durumunda daha düşük bir oranda tazminat ödenecektir.

2. Kayıtların eksikliğinden doğan sorumluluk:

Burada da kayıtları tutan kişi göstermesi gereken özeni göstermemiştir. Bu durumda da yukarıdakine benzer şekilde bir sorumluluk ortaya çıkacaktır.

3. Sır saklama yükümlülüğü açısından sorumluluk:

Kayıtlarda yazılan bilgiler hastanın kişisel bilgileridir. Sağlık çalışanı bu bilgilerin gizliliğinden de sorumludur. İster kasten ister ihmal sonucu olsun bu bilgilerin ortaya çıkmasına yol açıldığında bilgilerin açıklanmasından zarar gören kişinin uğradığı zarar karşılanmak zorundadır. Bu bilgilerin açığa çıkması ile kişi işini kaybetmiş, toplum içinde utanmış, ticaret yaşamı zarar görmüş olabilir. Bütün bu durumlarda bilgilerin gizliliğinden sorumlu olan kişi tazminat ödemek zorunda kalacaktır. Bazı durumlarda sır saklama yükümlülüğüne aykırı bir durum oluştuğunda sağlık hizmeti veren kurum çalıştırdığı kimselerden dolayı dava edilebilir. Böyle bir durumda da hastane ya da klinik ödemek zorunda kaldığı tazminatı kusuru olan şahsa rücu edebilir.

2.6.6. Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Kayıtlar:

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 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. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir” denmektedir. Kayıtların mülkiyeti esasen sağlık kuruluşuna aittir. Bu nedenle belgelerin aslını vermek zorunda değildirler. Buna karşılık hasta bedelini ödemek karşılığında bu belgelerin suretini alabilirler. Diğer yandan hastayla ilgili kayıtlar yalnızca tedavisi ile doğrudan ilgili kişilerce görülebilir. Başka bir sağlık personeli dahil hiç kimse bu bilgileri göremez.

Ayrıca aynı yönetmeliğin 17. Maddesine göre; “hasta, sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilirler. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme hakkını da kapsar.”³⁵

2.6.7. Acil tıpta kayıt tutmanın önemi:

Acil sağlık hizmetleri oldukça geniş ve kapsamlı bir çalışma alanı olduğundan ayrıntılı çalışmalar ve iyi bir planlama gerektirir. Hastane öncesi acil sağlık çalışmalarının kendine has bir takım özellikleri vardır. Bu özellikler tıbbi ve hukuki açıdan oldukça önemlidir. Tıbbi yönden bu dönemde yapılan ve yapılmayan işlem ve müdahaleler, yapılan şeylerin yapılma zamanı ve sırası, hastanın vital bulgularının ve şuur durumunun takibi özellikle önem arz eder. Önemsiz görünen küçük bir ayrıntı veya ihmal bir yaşama mal olabilir.

Acil tedavide hekimin hem kısa sürede belli bir disiplin içinde pek çok şey yapması birçok bilgi ile dolu olması ve öncelikle hayatı kurtaracak şekilde hareket etmesi beklenmekte hem de hukuki sorumluluklarından hiç ödün vermemesi ve hukuk kurallarını eksiksiz olarak yerine getirmesi istenmektedir.

2.7. Kayıt tutmanın teknik boyutu ve elektronik kayıt:

Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan değişimlerin ortaya çıkardığı bu gereksinimlere karşılık verebilecek sistemler elektronik hasta kayıt sistemleridir. IOM 1991 yılında yaptığı toplantıda geleceğin sağlık kayıtlarını doğru ve tam verilere, uyarılara, yönlendirmelere, klinik destek sistemlerine tıbbi bilgilere, bağlantılara ve diğer yardımlara erişimi sağlayarak, kullanıcıları desteklemek üzere özel olarak tasarlanmış bir sistemde bulunan elektronik hasta kaydı olarak tanımlamıştır.²² Makalede altın standartlar olarak bilinen 12 özellik olması gerektiği önerilmektedir. Bu özellikler sırayla şunlardır.

- Elektronik hasta kaydı (EHK), hastanın klinik problemleri ve son sağlık durumunu belirleyen problem listelerini içerir.
- EHK hastanın sağlık durumunu ve fonksiyonel düzeylerinin sistematik ölçümü ve kaydedilmesini destekler
- Hastanın teşhis ve tedavisi için alınan bütün kararların ve klinik gerekçelerin dokümanite edilebilmesi için bir mantıksal tabana sahip olmalıdır.
- EHK hastaya farklı yerlerde ve zamanlarda verilen sağlık hizmetlerine ilişkin kayıtlarına bağlantı sağlayarak, yaşam boyu sağlık kayıtlarının tutulmasına olanak tanır.
- EHK, sağlık kayıtlarına yalnızca yetkili kişilerin ulaşmasını sağlayarak kayıtların gizliliğini, mahremiyetini ve güvenliğini sağlar.

- EHK, hastanın tedavisini sağlayan yetkili kişilerin hastanın kayıtlarına ihtiyaç duyduğu zamanda, en kısa sürede erişimi sağlar. Aynı anda birden fazla kişi kayıtlara erişebilir.
- EHK, kayıtları kullanıcının ihtiyacına göre düzenlenebileceği ara yüzleri destekler.
- EHK yerel veya ulusal bilgi, literatür, bibliyografik veya yönetimle ilgili veri tabanlarına ve sistemlere bağlantı sağlar. Klinik kılavuzlar, klinik karar destek sistemleri klinik karar süreçlerinde kullanıcılara destek sağlayan karar destek sistemlerine sahiptir.
- EHK, klinisyene klinik uyarılar, sonuca ilişkin risk değerlendirmeleri ve diğer klinik değerlendirmeler sağlayan karar destek araçları ile klinik problem çözme sürecine destek sağlar.
- EHK, yapılandırılmış veri girişi ve belirlenen sözcükler kullanılarak veri toplama ve veri girişinde kullanıcılara destek sağlar.
- EHK, sağlık hizmet verenlere ve yöneticilere bakımın kalitesi ve tedavinin maliyetini değerlendirmede yardım eder.
- EHK, yalnızca temel enformasyon ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp aynı zamanda her bir uzmanlık alanı ve üst uzmanlık alanlarının beklentilerini karşılayacak esneklik ve genişleyebilme yeteneğine sahiptir. Gelecekte yaşanabilecek teknolojik yeniliklere kolay uyum sağlayabilir.

Elektronik hasta kaydı ile bireyin doğumdan ölümüne kadar geçen sürede tüm sağlık kayıtlarının bir arada tutulması, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu noktada bakım vericilerin gerekli gizlilik ve güvenlik prensiplerine uygun olarak kullanabilecekleri bir kayıt sisteminin oluşturulması hedeflenmektedir.

Gelişmiş ülkelerin sağlık kayıt sistemlerinde süratle elektronik hasta kayıt sistemlerine geçmek için yoğun çaba vardır. Ancak İOM'nin tanımladığı elektronik hasta kaydı tanımına uyan bir elektronik hasta kaydını tüm sağlık sisteminde gerçekleştirebilmiş bir ülke henüz yoktur. Buna karşın bugünden görünen odur ki geleceğin en çok konuşulan konularından birisi şüphesiz sağlık enformasyon teknolojileri olacaktır.

EHK'nın başarılması, hemen istenen anda gerçekleşmemektedir. Bu konuda uzun dönemli, planlı, geleceği bugünden görebilen çalışmalar gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki yarın yaşanacak gelişmeler bugünden çok daha hızlı ve farklı olacaktır.

Örneğin Japonya'nın 2025 yılını hedef alarak 1997 Haziranında yaptığı "teknoloji kestirim" çalışmasında tıbbi enformasyon sistemlerinin geliştirilmesi öncelikler arasında yer almaktadır. İrlanda 2015 yılını hedef alan teknoloji öngörü çalışmasında enformasyon teknolojilerini anahtar teknolojiler olarak tanımlamıştır. Avrupa konseyinin AB ülkeleri için yol gösterici olarak hazırlattığı ileri dönük teknoloji analizlerinde de benzer sonuçlar ortaya konmaktadır.¹⁰

3.GEREÇ VE YÖNTEM:

Biz bu çalışmada Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 112 İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Ambulansları ile nakledilen hastaların hastane öncesi kayıtlarını kullandık. 01.02.2005 ile 30.06.2007 tarihleri arasında, Erzurum Merkez'den, Erzurum ilçelerinden ve çevre illerden acil servisimize nakledilen 1448 hastaya ait forma ulaşıldı. Bu formlardan kimliği ya da ön tanısı ile ilgili bilgi bulunan her form incelemeye alındı. 47 adet form hiçbir şekilde okunamadığı ya da tamamen boş olduğu için incelemeye alınmadı. Kalan 1401 adet form değerlendirildi.

İncelemede ilgili başlık altındaki kayıtların durumu; var, kısmen var ve yok olarak değerlendirildi. Böylece mevcut durum için tanımlayıcı, retrospektif bir çalışma yapıldı. AKF'nun içeriğine uygun olarak, inceleme aşağıda belirtilen 5 başlık altında yapıldı:

- Demografik verilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu,
- Kişisel bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu,
- Tıbbi bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu,
- Nakille ilgili bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu,
- Yasal kayıt bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu.

Veri analizinde; Statistical Package for Social Sciences for Windows Version 11,0 paket program kullanılarak, tanımlayıcı tablolar oluşturuldu.

3.BULGULAR:

Biz bu çalışmada acil yardım ihtiyacı olan hastaların ilk müdahalesini yapan ve naklini gerçekleştiren Erzurum ve çevre illerine ait 112 Acil Yardım Ambulanslarının kabul ettiği hastalar için düzenlediği formların içerdiği bilgilerin niceliğini inceledik. 1448 formdan 47 tanesi (%3.25) hiçbir şekilde okunamadığı ya da tamamen boş olduğu için incelemeye alınamadı. Kalan 1401 formda mevcut bilgileri beş ayrı başlık altında inceledik. Beş ana kriteri esas alan inceleme sonucunda:

- Hastalara ait demografik bilgilerin %44,2 ile %95,9 arasında bulunmadığını,
- Hastalara ait kişisel bilgiler ise %38,5 ile %69,1 oranında olmadığını,
- Hastalara ait tıbbi bilgiler %13,4 ile %98,4 arasında olmadığını,
- Hastaların nakilleri ile ilgili bilgiler %29,3 ile %72,1 oranında olmadığını,
- Hasta teslimine ait kayıt bilgileri %3,1 ile %98,6 oranında olmadığını tespit ettik.

Çalışmamızda yer alan hastalara ait demografik veriler tablo.1’de gösterilmiştir. Olay yeri %95,9 oranında belirtilmemiş olup bunu sırasıyla %88,9 oranında sosyal güvence, %88,6 oranında yaş, cinsiyet, doğum yeri, yaşadığı yer, %44,2 oranında tarih bulunmaması izlemiştir.

Tablo 1. Ambülansa Kabul Edilen Hastaların Demografik Bilgilerinin Ambulans Kayıt Formunda Bulunma Durumu, Erzurum, 2007			
		N	%
Tarih	Belirtilmemiş	619	44,2
	Belirtilmiş	782	55,8
Yaş	Belirtilmemiş	1241	88,6
	Belirtilmiş	160	11,4
Cinsiyet	Belirtilmemiş	1241	88,6
	Belirtilmiş	160	11,4
Sosyal güvence	Belirtilmemiş	1246	88,9
	Belirtilmiş	155	11,1
Doğum yeri	Belirtilmemiş	1241	88,6
	Belirtilmiş	160	11,4
Yaşadığı yer	Belirtilmemiş	1241	88,6
	Belirtilmiş	160	11,4
Olay yeri	Belirtilmemiş	1343	95,9
	Belirtilmiş	58	4,1

Ambulansa kabul edilen hastaların kişisel bilgilerinin kayıt durumu tablo 2’de verilmiştir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 112 Acil Mobil Sistemi ile taşınan hastaların %33,5’inin Erzurum Merkezden, %21,1’inin Erzurum’un İlçelerinden, %6,9’unun ise Erzurum’un çevre illerinden başvurduğu görülmektedir. Hastaların %38,5’inin nereden geldiği ise kayıtlarda belli değildir.

Tablo 2. Ambülanla Kabul Edilen Hastaların Kişisel Bilgilerinin Ambulans Kayıt Formunda Bulunma Durumu, Erzurum, 2007			
		N	%
Gelyer	Erzurum merkez	469	33,5
	Erzurum İlçeler	296	21,1
	Erzurum dışı	97	6,9
	Belli değil	539	38,5
İstbılgı	Kayıt tam	297	21,2
	Kayıt kısmi	479	34,2
	Kayıt boş	625	44,6
Hasbılgı	Kayıt tam	894	63,8
	Kayıt kısmi	489	34,9
	Kayıt boş	18	1,3
T.C.kıml	Belirtilmiş	603	43,0
	Belirtilmemiş	798	57,0
Sgbılgı	Kayıt tam	618	44,1
	Kayıt kısmi	535	38,2
	Kayıt boş	248	17,7
Oybılgı	Olay yeri belirtilmiş	433	30,9
	Olay yeri belirtilmemiş	968	69,1

Gelyer: geldiği yer, İstbılgı: istasyon bilgisi, Hasbılgı: Hasta bilgileri, T.C. kıml: Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası, Sgbılgı: Sosyal güvenlik bilgileri, Oyбіlgı: Olay yeri bilgileri

Hastaların tıbbi bilgi kayıtlarının değerlendirilmesinde pupil durumu 913 hastada (%65,2) deri rengi 919 hastada (%65,6) kayıt altına alınmamıştır. Hekimin hastayla ilk temasını ifade eden ilk muayene saati 1328 hastada (%94,8), takip eden muayene saati 1378

hastada (%98,4) yazılmamıştır. Hasta ile ilgili diğer değerlendirmelerden kurtarma kaydı bilgisi 1321 hastada (% 94,3), Glasgow Koma Skoru (GKS) 928 hastada (%66,2), kod durumu 1297 hastada (%92,6), hastanın ön tanısı 188 hastada (%13,4) kayıt altına alınmamıştır. Hastaya ait vital bulgular 810 hastada (%57,8) yokken 405 hastada da (%28,9) eksiktir.(tablo.3)

Tablo 3. Ambülanla Kabul Edilen Hastaların Tıbbi Bilgilerinin Ambulans Kayıt Formunda Bulunma Durumu, Erzurum, 2007			
		N	%
Pupd	Pupil Durumu Belirtilmiş	488	34,8
	Pupil Durumu Belirtilmemiş	913	65,2
Drng	Deri Rengi Belirtilmiş	482	34,4
	Deri Rengi Belirtilmemiş	919	65,6
İms	İlk Muayene Saati Belirtilmiş	73	5,2
	İlk Muayene Saati Belirtilmemiş	1328	94,8
Tems	Takip Eden Muayene Saati Belirtilmiş	23	1,6
	Takip Eden Muayene Saati Belirtilmemiş	1378	98,4
Kkb	Kurtarma Kaydı Var	80	5,7
	Kurtarma Kaydı Yok	1321	94,3
Vbul	Vital Bulgular Tam	186	13,3
	Vital Bulgular Kısmi	405	28,9
	Vital Bulgular Yok	810	57,8
GKS	Glaskow Koma Skoru Var	473	33,8
	Glaskow Koma Skoru Yok	928	66,2
Kodrm	Kod Durumu Belirtilmiş	104	7,4
	Kod Durumu Belirtilmemiş	1297	92,6
Öt	Öntanı Belirtilmiş	1213	86,6
	Öntanı Belirtilmemiş	188	13,4

Pupd: pupil durumu, Drng: deri rengi, İms: ilk muayene saati, Tems: takip eden muayene saati, Kkb: kurtarma kaydı bilgisi, Vbul: vital bulgular, GKS: Glaskow Koma Skalası, Kodrm: Kod durumu, Öt: Ön tanısı, Nh: nakil sonucu, Nh: nakledildiği hastane, Pskb: plaka-sigorta kaydı bilgileri, Ym: yapılan müdahale

Nakledilen hastalara ait nakil bilgilerinden, trafik kazalarına ait plaka-sigorta kaydı kaza sonrası hukuki süreçlerde işlemleri kolaylaştırmaktadır. Tablo 4'te de gösterildiği üzere bizim hastalarımızın %87,5'i trafik kazası olmayıp bu sebeple plaka-sigorta kaydının bulunmasına da gerek yoktur. Kalan %12,5'lik bölümü ise trafik kazası sonucu nakil olup bu kazaların %34,8'inde plaka-sigorta kaydı varken, %65,2'sinde plaka-sigorta kaydı tespit edilememiştir. Nakil ile ilgili diğer bilgiler tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ambülansta Kabul Edilen Hastaların Nakille İlgili Bilgilerinin Ambulans Kayıt Formunda Bulunma Durumu, Erzurum, 2007			
		N	%
Ns	Nakil Sonucu Belirtilmiş	991	70,7
	Nakil Sonucu Belirtilmemiş	410	29,3
Nh	Nakledildiği Hastane Belirtilmiş	979	69,9
	Nakledildiği Hastane Belirtilmemiş	422	30,1
Pskb	Plaka Sigorta Kaydı Belirtilmiş	61	4,4
	Plaka Sigorta Kaydı Belirtilmemiş Kaza Değil	1226	87,5
	Plaka Sigorta Kaydı Belirtilmemiş Kaza	114	8,1
Ym	Yapılan Müdahale Belirtilmiş	789	56,3
	Yapılan Müdahale Belirtilmemiş	612	43,7
Kulbıl	Kullanılan İlaç Belirtilmiş	391	27,9
	Kullanılan İlaç Belirtilmemiş	1010	72,1
Kumlzıl	Kullanılan Malzeme Belirtilmiş	586	41,8
	Kullanılan Malzeme Belirtilmemiş	815	58,2

Kulbıl: kullanılan ilaç bilgileri, Kumlzıl: kullanılan malzeme bilgileri

Olgulara ait yasal kayıt bilgilerinin formlarda yer alma durumu tablo 5’de gösterilmektedir. Hastayı teslim alan doktor kaydının 44 vakada (%3,1), hastanın hizmet reddi kaydının 1381 vakada (%98,6), hastanın hizmet onayı kaydının 1267 vakada (%90,4) olmadığı görülmektedir. Ambulans ekibinin kaydı 660 formda (%47,1), ambulans ekibinin imzaları 906 (%64,7) formda yoktu veya eksikti.

Tablo 5. Ambülanla Kabul Edilen Hastaların Yasal Kayıt Bilgilerinin Ambulans Kayıt Formunda Bulunma Durumu, Erzurum, 2007			
		N	%
Drk	Hastayı Teslim Alan Dr Kaydı Var	1357	96,9
	Hastayı Teslim Alan Dr. Kaydı Yok	44	3,1
Hhr	Hastanın Hizmet Reddi Kaydı Var	20	1,4
	Hastanın Hizmet Reddi Kaydı Yok	1381	98,6
Hho	Hastanın Hizmet Onayı Var	134	9,6
	Hastanın Hizmet Onayı Yok	1267	90,4
Aek	Ambulans Ekibinin Kayıtları Tam	740	52,9
	Ambulans Ekibinin Kayıtları Eksik Yada Yok	660	47,1
Ik	Ambulans Ekibinin İmzaları Tam	494	35,3
	Ambulans Ekibinin İmzaları Eksik Yada Yok	906	64,7

Drk: Teslim alan doktor kaydı, Hhr: Hastanın hizmet reddi kaydı, Hho: Hastanın hizmet onayı kaydı, Aek: ambulans ekibinin kaydı, Ik:ambulans ekibinin imzaları

4.TARTIŞMA:

Medeniyet yazının icadı ile başlar. Yazının icadından sonra bilginin “toplanabilir, iletilebilir, saklanabilir” hale gelmesi ile hayatın bütün alanlarında gelişmeler ciddi bir hız kazanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da tutulan kayıtlar mağara duvarına çizilen resimlerden başlayıp günümüzdeki bilgisayar tabanlı kayıt sistemine ulaşmıştır. Yaklaşık otuz yıllık bir geçmişi olan acil mobil sağlık hizmetlerinde ise kayıt tutma ile ilgili bir takım farklılıklar vardır. Hastanın hayati tehlikesi bulunması sebebi ile zamanla yarışılan bu alanda elle tutulan kayıtların eksik olması ya da okunamaması gibi istenmeyen durumlarla karşılaşlabilmektedir. Çalışmamıza başlarken elimizde bulunan 1448 formdan 47 tanesi (%3,25) hiçbir şekilde okunamadığı ya da tamamen boş olduğu için çalışmaya alınmadı. Bu oran yüzde olarak yüksek olmamakla birlikte acil sağlık hizmeti ile ilgili kayıtlarda bu tür kör noktaların olması arzu edilmez. Olası tıbbi ya da hukuki sorunlarda hasta ile ilgili bilgilerin bu kör kayıtlara denk gelmesi durumunda hasta ve hekim haklarının korunmasında ciddi sorunlar yaşanacaktır. Brice ve ark. acil mobil sistem kayıtları ile hastane kayıtlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında verilerin yaklaşık %95’ini karşılaştırebildiklerini, %5 veriyi kullanamadıklarını bildirmişlerdir.³⁹ Downing ve ark. benzer bir çalışmayı İngiltere’nin West Midland bölgesinde darba bağlı yaralanma sebebi ile yapılan acil mobil sistem çağrı kayıtları ile hastane kayıtlarını doğum tarihi, cinsiyet, varış günü ve varış saati bakımından kıyaslamak sureti ile yapmışlar. Başlangıçta çalışmaya dahil ettikleri 5384 kayıttan 766 tanesinin (%14,2) karşılaştırma için yeterli olamayacak kadar eksik olduğunu tespit etmişler.

Acil Sağlık Sisteminde tutulan kayıtlar hastanın tedavisi, olası tıbbi ve hukuki sorunlar, acil sağlık çalışanları eğitimi ve bilimsel çalışmalar açısından son derece önemli olduğu bu konuda çalışma yapan otorlerin ortak görüşüdür. Schaechinger ve ark. 2003 yılında Almanya’da yaptıkları bir çalışmada Almanya Acil Mobil Sisteminin dünyadaki oldukça modern sistemlerden biri olduğuna vurgu yaptıktan sonra, bu sistemin en büyük iki sıkıntısının iletişim ve kayıt ile ilgili olduğunu bildirmişler.⁴⁰ Hassinen ve ark. 2006 yılında Finlandiya’da yaptıkları bir çalışmada hastane öncesinde yapılan çalışmalarla ilgili olarak tutulan kayıtların paramedik ve hastane öncesi çalışanı hemşirelerin eğitimi için önemini vurgulamışlardır.⁴¹ Davidson ve ark. Amerika Birleşik Devletlerinin New York kentinde 2004 yılında yaptıkları benzer bir çalışmada hastane öncesi tutulan kayıtların tedaviyi sağlayan hekimler arasında ki iletişim, hastane ve hekime yapılacak ödemeler, yasal sorunların çözümü ve halk sağlığı ile yapılacak bilimsel araştırmalar açısından önemini vurgulamışlar.⁴²

Daha önce yürütülen birçok çalışmada hastane kayıtlarına dayalı demografik verilerin ve hastaya ait kişisel bilgilerin yararlılığı sınanmıştır.^{36,37,38} Bu çalışmalarda: acil mobil sistem ile müdahale edilen hastalara ait kayıtlardaki nicelik ve kayıtların okunabilme durumu, acil servisten taburcu edilen hastalara kendi yazdıkları ya da görevli tarafından kaydedilen telefon numarası ile ulaşılabilme durumu, düzenlenen adli raporlardaki demografik ve tıbbi bilgilerin niceliği araştırılmış ve pek çok çalışmada ciddi oranlarda hata rapor edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların demografik verilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu, kişisel bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu, tıbbi bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu, nakille ilgili bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumu, yasal kayıt bilgilerinin acil kayıt formunda bulunma durumunu inceledik.

Demografik bilgiler bir bölgenin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve buna göre planlama yapılması açısından önemli verilerdir. Acil mobil sağlık hizmetleri açısından da bölgede yerleştirilecek ambulansların yerleşimi ve yaş ve cinsiyete göre olası personel eğitimlerinin planlanması açısından gerekli bilgilerdir. Kayıtları demografik verilerin bulunmasına göre incelediğimizde hastaların yaşının %88,6 hastada, sosyal güvencesinin %88,9 hastada, cinsiyetinin %88,6 hastada, doğum yerinin %88,6 hastada, yaşadığı yerin %88,6 hastada, olay yeri bilgisinin %95,9 hastada bulunmadığını tespit ettik.

Kayıtları kişisel bilgilerin bulunmasına göre incelediğimizde ise hastanın kimliğini tespit etmeye yönelik bilgilerden; hasta bilgilerinin %36,2 oranında yetersiz olduğunu ya da bulunmadığını, Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası (TCKN) bilgisinin %57 oranında bulunmadığını, Sosyal Güvenlik bilgilerinin %55,9 oranında yetersiz olduğunu ya da bulunmadığını, tespit ettik. Brice ve ark. Amerika Birleşik Devletlerinin Pennsylvania Eyaletinde bulunan Pittsburgh kentinde Nisan 1996 ile Haziran 1996 tarih arasında 3 aylık süre boyunca göğüs ağrısı sebebi ile 911 Acil Mobil Sistemini arayan 360 hasta kaydını incelemişler. İnceledikleri kayıtlarda %20,1 oranında hastanın doğum tarihi olmadığını, %66,7 oranında hastanın sosyal güvenlik numarası bulunmadığını tespit etmişler. Brice ve ark. Acil Mobil Sistem kayıtlarına dayanan demografik verilerin makul ölçüde doğru olduğunu, hasta adının, doğum tarihini takip eden en güvenli bilgiyi sağladığını, sosyal güvenlik numarasının ise seyrek kaydedilen son derece güvenilmez bir veri olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir. Brice ve ark. göre Amerika Birleşik Devletlerinde pek çok hastane ve 911 sistemi sosyal güvenlik numarasını belirleyici olarak kullanmaktan uzaklaşmaktadır.³⁹

Downing ve ark. çalışmaya dahil ettikleri 4618 kayıt karşılaştırıldığında 3889 (%82.4) kaydın doğru olduğu kalan 729 kaydın ise yanlış kayıt olduğunu tespit etmişler. Bu çalışmanın sonucunda Downing ve ark. acil mobil sistem ve hastane kayıtları için tek bir belirleyici kullanılmasını önermişler.⁴³ Türkiye için düşündüğümüz zaman, sağlık sisteminin bütün birimlerinde kullanabileceği ve her bireyi sisteme tanıttak tek bir belirleyiciye ihtiyacı vardır. Bu belirleyici sistemdeki karışıklıkları azami ölçüde azaltacak ve elektronik kayıt sistemine geçişte kolaylık sağlayacaktır. Bizim Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için kullanacağımız en iyi belirleyici TCKN olacaktır.

Turla ve ark. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 2005 yılında başvuran hastalar için düzenlenen adli formları inceledikleri bir çalışma yapmışlar. Bu çalışmada 351 adli raporu incelemişler. Raporların %6'sında yaş ile ilgili bilgi, %1,3'ünde hastanın kim olduğuna dair bilgi olmadığını, %34,9'unda ise hastanın kim olduğuna dair bilginin eksik olduğunu tespit etmişler.⁴⁴

Knight ve ark. Utah bölgesinde yaptıkları çalışmada, acil mobil sistemi tarafından önerilen acil bakımı reddeden hastaların akıbetini incelemişler. Bu çalışmada acil transportu reddeden hastaları tekrar acilen sevk edilenler, acil servise muayene olanlar, hasta kabul kayıtları ve ölüm kayıtları ile karşılaştırmışlar. Kullanılan 14109 başlangıç kaydından 465 tanesinin tekrardan acil mobil sistemi kullandığı, 2790 hastanın bir şekilde acil servise ulaşarak muayene olduğu, 174 hastanın değişik polikliniklerde hasta kabul kaydı bulunduğunu tespit etmişler. Ayrıca 25 hastanın da ölüm kaydına ulaşabilmişler.⁴⁵ Bizim çalışmada 1401 hastanın verilerinin elle tek tek girilmesi ciddi bir çaba ve süre gerektirmiştir. Ancak Knight ve arkadaşlarının ki gibi 14109 vaka verisinin girilmesini gerektirecek bir çalışmanın elle girilmesinin neredeyse imkânsız olduğu aşîkârdır. Bu tür büyük çalışmalar için elektronik kayıt sistemi gereklidir. Elektronik kayıt sisteminin yanı sıra kişiler için tek belirleyicinin kullanılması da –örneğin Türkiye için TCKN- insandan kaynaklanacak hataları en aza indirecektir. Ellinger K. ve arkadaşlarının 1997 yılında Almanya'da yaptıkları bir çalışmada el yazısı ya da taşınabilir el bilgisayar yardımı ile yapılan kayıtları karşılaştırdıkları bir çalışma yapmışlar. Bu çalışmada GKS bilgisayar kaydı tutulan hastaların 47'sinde mevcutken, elle kaydı tutulan hastaların 36'sında mevcuttu. Çalışmalarının sonucunda taşınabilir el bilgisayar kullanımının Acil Mobil Sistemde GKS başta olmak üzere kan şeker düzeyi de dâhil birçok parametrenin kaydında anlamlı olarak olumlu yönde üstün olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca taşınabilir el bilgisayar kullanımının hastane öncesi

çalışanlarının iş yükünü azaltacağını ve bu suretle hekimin işine daha yoğunlaşabilmesi sonucu kalitenin artacağını savunmuşlardır.⁴⁶

Adams ve ark. yaptıkları bir çalışmada hasta kayıtlarından hastalara ulaşmaya çalışmışlar. Ulaşmaya çalıştıkları telefon numaralarının %21 oranında, ikametgâh adreslerinin %12 oranında olmak üzere ortalama %33 hata bildirmişlerdir.⁴⁷ Benzer şekilde astım takibi yapılan bir çalışmada %42 oranında telefon numarasına ulaşamamış ya da numaranın yanlış olduğu tespit edilmiş.⁴⁸ Bir diğer çalışmada takip amaçlı hastalara telefonla ulaşmaya çalışılmış, ancak %58 oranında ulaşamadığı ve en sık ulaşamama sebebinin %28 ile yanlış kayıt olduğu belirlenmiş.⁴⁹

Hastaya ait tıbbi bilgilerin kayıtları; bilinç durumunu gösteren GKS, pupil durumu, deri rengi başta olmak üzere vital bulgularını, yapılan muayene ve işlemlerin yapılma saatlerini içermelidir. Olası tıbbi ya da hukuki sorunlarda bu kayıtlar kanıt teşkil edecektir. Çalışmamızda ambulansa kabul edilen hastaların tıbbi bilgilerinin AFK’ da bulunma durumunu incelediğimizde, hastanın ön tanısının %86.6 oranında belirtildiğini ancak pupil durumunun %65.2 oranında, deri renginin %65.6 oranında bulunmadığını tespit ettik. Hekimin hastayla ilk teması olan ilk muayene saatinin kaydı %94.8 oranında, takip eden muayene saatinin kaydı %98.4 oranında yoktu. Ayrıca hastanın vital bulgularının %28.9 oranında eksik bulunduğunu, %57.8 oranında bulunmadığını, GKS %66.2 oranında bulunmadığını müşahade ettik. 112 Acil Yardım ve Kurtarma Ambulansına kabul edilen bir hastanın GKS, vital bulguları gibi tıbbi durumunu belgeleyen verilerin tam olması gerekir. Bu verilerin sağlık sisteminin herhangi bir biriminde olması arzu edilirken, acil sağlık sisteminde eksik olmaları düşünülemez.

Nakledilen hastalar için nakil yapılan süre boyunca sorumluluk teslim alan ekibindir. Bu sebeple hastanın ambulansa alınırken nereden nereye nakledileceğinin, bu esnada yapılan işlem ve tedaviler olmuşsa kullanılan ilaç ve malzeme ile ilgili kayıtların tutulmuş olması gereklidir. Nakille ilgili bilgilerin AFK’ da bulunma durumunu incelediğimizde taşınan hastaların 991 tanesinin (%70,7) nakil sonucu, 979 hastanın (%69,9) nakledildiği hastane, 789 hastaya (%56,3) yapılan müdahale, 391 hastaya (%27,9) yapılan ilaç, 586 hastaya (%41,8) kullanılan malzeme belirtilmemişti. Ayrıca toplam vakaların %87,5i trafik kazası değildi; bu sebeple plaka sigorta kaydı yoktu. Kalan %12,5 oranındaki trafik kazalarının ise %64.8 inde plaka sigorta kaydı yoktu.

Grant ve ark. paramediklerin yaptıkları kayıtları inceledikleri çalışmalarında esas veri kayıtlarında hata yaptığını ve bu hataların ortalama doğru kayıtlardan düşük olduğunu göstermişler. Aynı çalışmada acil mobil sistem kayıtlarına özel nakil ve kaza bilgilerini farklı veri kaynaklarından karşılaştırmışlar. Altın standart olan kaza araştırma raporuna göre ambulans raporlarında yaralanma karakteristiği hakkında %19,3 oranında yanlış tespit etmişler.⁵⁰ Grant ve ark. kaza karakteristiği ile ilgili doğru bilgilerin az olmasının belki de hastane öncesi çalışanlarının kaza karakteristiğinden ziyade hastanın bakımına odaklanmasından kaynaklandığını düşünmektedirler. Daha ciddi kaza geçiren hastalara ait kayıtlar muhtemelen hastane öncesi çalışanları tarafından daha hatalı olarak tutulmaktadır.

Hunt ve ark. yaptıkları bir çalışmada ambulans kayıtlarının motorlu taşıt kazalarında araç hasarını tespit etmede yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.⁵¹ Yoon ve ark. çeşitli kaynaklardan verileri değerlendirdikleri bir çalışmalarında acil mobil sistem kayıtlarının resmi kayıtlarla kıyaslandığında %35,4 oranında eksik ve %27,9 oranında yanlış olduğunu tespit etmişler.⁵²

Cone ve ark. acil bakımı reddeden hastaların hastane öncesi kayıtlarının yeterliliğini inceledikleri çalışmalarında, 81 kaydın %25 oranında eksik olduğunu tespit etmişler.⁵¹ Turla ve ark. adli raporlar üzerinde yaptığı çalışmada raporların %71.82'sinde muayene saati, %30.5'inde travmatik lezyon bulunup bulunmadığı, %58.72'sinde bilinç durumu ve %2.6'sında hayati tehlike bulunup bulunmadığı bilgisinin kayıtlı olmadığını tespit etmişler.⁴³

Tıbbi kayıtlarda hedef her zaman tam kayıt olmalıdır. Acil servisler hastayı daha önceki kayıtları ile kabul eder ve acil servis muayenesi ve eski kayıtlar sıklıkla acil hastanın bakımı için değerli bilgiler sağlamaktadır. Ulaşılamayan bir bilgi olması gereken bir müdahalenin yapılmamasına ya da gecikmesine neden olabilir. Bu sebeple önceki hasta kayıtlarına ulaşılabilmesi medikal hatalara ve hasta için sağlanacak bakımın kalitesinin düşmesine neden olabilir. Bu kayıt noksanlıkları, özellikle acil yardım ve kurtarma faaliyetleri için kabul edilemez. Bu bölümdeki nakil sonucu ve nakledilen hastaneye ait bilgiler söz konusu yerde acil sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılacak verilerdir. Kullanılan ilaç ve malzeme kayıtları ise olası hukuki sorunlarda kanıt özelliği taşıyacaktır. Hukuk insanların ifadesinden ziyade belgelere itibar etmektedir. Plaka sigorta kaydı ise kaza sonucu zarar görenlerin ya da ölenlerin mirasçılarının haklarının korunmasına yardımcı olacaktır.

Acil bir hasta için 112 arandığı andan itibaren bir süreç başlar. Bu süreç hastaya bir sağlık ekibinin ulaşması ile güvenlik çemberi olarak devam eder. Bu aşamadan sonra hasta taburcu olana kadar her an bir sağlık ekibinin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk devir teslimi görev, görev yeri, isim, soyadı ve imzaların bulunduğu yazılı bir belge şeklinde olmalıdır. Ayrıca hastanın tedaviyi kabul etmesi, reddetmesi, acil sağlık işlemlerinde mümkün olduğunca aydınlatılmış onam alınması ile ilgili kayıtlar da usulüne uygun olarak ve yazılı belge şeklinde düzenlenmelidir. Ambulansa kabul edilen hastaların yasal kayıt bilgilerinin AKF’ da bulunma durumunu incelediğimizde yasal kayıt bilgilerinden hastayı teslim alan doktor kaydı 44 vakada (%3,1), hastanın hizmet reddi kaydı 1381 vakada (%98,6), hastanın hizmet onayı kaydı 1267 vakada (%90,4) yoktu. Ambulans ekibinin kaydı 660 formda (%47,1), ambulans ekibinin imzaları 906 (% 64,7) formda yoktu veya eksikti. Turla ve ark. yaptıkları çalışmada düzenlenen adli raporların %8’inde raporu düzenleyen hekimin adı soyadı ve %100 ünde raporu teslim alan görevlinin adı soyadı yoktu.

Bu bölümdeki eksiklikler hem acil yaşam zincirindeki hastayı devir etme-devir alma şeklinde işleyen güvenlik çemberini kesintiye uğratma, hem de kurum açısından olası hukuki sorunlarda olayı aydınlatmak için başvurulacak kişilerin tespitinde karışıklığa yol açacaktır. Bu bakımdan kim ya da kimler tarafından tutulduğu belli olmayan bir formun pek bir anlamı olmayacaktır.

Schoenfeld ve ark. Phidelpia’da 1991 yılında kardiyopulmoner resusitasyon uygulanmış 144 çocuk hasta ile ilgili kayıtların incelendiği bir çalışma yapmışlar. Bu çalışmada anamnez, özgeçmiş, vital bulgular, fizik muayene, laboratuvar sonuçları, klinik gözlem ve tanı ile ilgili kayıtları retrospektif olarak incelemişler. Ayrıca kayıtları konsultan hekimler tarafından tutulan, acil hekim tarafından tutulan ve hemşire tarafından tutulan kayıtlar olarak ayrı ayrı incelemişler. Konsultan hekimlerin kayıtlarının acil servis hekimine göre klinik gözlem olarak (%36,4’e %18), klinik izlemde (%97’ye %78,4) oranında daha yeterli olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca hemşireler tarafından tutulan kayıtlarında klinik gözlem (%80,6’ya %22,2), laboratuvar sonuçları (%83.9’a %47.6) bakımından hekimlerin kayıtlarından daha yeterli olduğunu rapor etmişler.⁵⁴Bizim çalışmamızda kayıtların kim tarafından tutulduğu ile ilgili bir veriye ulaşamadı. Usulüne uygun olarak kayıt tutulmuş bir AFK’ da görevli hekimin, yardımcı sağlık personelinin ve şoförün imzası bulunmaktadır. Tutulan kayıtların hangi sağlık personeli tarafından tutulduğunun belirgin olması tutulan kaydın veri değeri ve yapılacak hizmet içi eğitimlerle ilgili planlama açısından önemli

olabilir. Hizmetin devamlılığı ve güvenlik çemberinin delinmemesi bakımından hastayı teslim eden ve teslim alan ekiplerin kayıtlarında eksik olmaması hem hastanın sağlılığı ve güvenliği açısından hem de hekimin güvenliği açısından önemlidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Etkili ve güvenilir bir kayıt sistemi için:

1. Her kişi için etkili ve kullanımı basit bir belirleyicinin tespiti ve kullanılması; bu belirleyici Türkiye için TCKN olabilir. TCKN acil sağlık hizmeti almak için şart olamaz, ancak diğer resmi işlemler için TCKN şart koşularak kullanımı yaygınlaştırılabilir.
2. TCKN dâhil bütün kimlik bilgilerinin ve ayrıca daha öncesine ait sağlık kayıtlarının taşınabildiği, Türkiye için pilot proje çalışmaları devam eden elektronik kimlik kartı projesinin en kısa zamanda hayata geçirilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması uygun olacaktır.
3. Ortak veri tabanı olarak kullanılmaya başlanan Medulla Sisteminin bütün Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler ve 112 Acil Ambulans Servisi ambulans ve komuta kontrol merkezleri için ulaşılabilir hale getirilmesi ve kullanımının zorunlu hale getirilmesi gerekmektedir.
4. Yapılacak hizmet içi eğitimlerle kayıt tutmanın öneminin, Medulla Sisteminin, elektronik kayıt sistemi ve olası diğer gelişmelerin eşzamanlı olarak çalışanlara anlatılması ve bu şekilde sistemin tam olarak çalışması sağlanmalıdır.
5. Tutulan kayıtların kim tarafından tutulduğunun basit ve net olarak belirtilmesi gerekmektedir.
6. Kayıtların sağlıklı ve eksiksiz tutulması ana amaç değildir. Ana amaç verilen sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasıdır. Bu nedenle eksiksiz kayıtlara ulaşıldıktan sonra kayıtların içeriği ile ilgili yapılacak kaliteyi artırıcı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ACİLDE YAZILMAMIŞSA YAPILMAMIŞTIR!

KAYNAKLAR

1. <http://www.netyorum.com/ei/20001005.htm> / (08.05.2009)
2. Murphy G.F. "Computer Based Patient Record- a Unifying Principle" içinde Abdelhak M., Grostick S., Hanken M.A., Jacobs E. (edt) "Health Information Management of a Strategic Resource" W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996.
3. Eric M. Sergienco,MD, Thomas N.Bottoni,MD:Current Emergency Medicine Diagnosis & Treatent, çeviri:Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik, Güncel Acil Tanı & Tedavi, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri ltd.şti. 2006:6
4. Tülay Ü.,Kenan U.,Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri İçinde, S. Songül Y., Tülay Ü., Kenan U., Ümit E., Hakan A., yazarlar, Ambulans Hekimliği El Kitabı. Ankara: Güneş. 2001: 1
5. <http://www.izmir112.com/www/default.asp?part=haber&gorev=oku&id=249> (5.08.2009)
6. Van Bemmell V.J.H., Musen M.A. "Handbok of Medical Informatics" Hoten Diegem, springer, 1997: 99-101
7. Huffman E. Medical Record Management, Bervyn, Illinois, 1985.
8. Van Bemmell V.J.H., Musen M.A. "Handbok of Medical Informatics" Hoten Diegem, springer, 1997:100-101
9. Artukoğlu, A. Tıbbi Dokümantasyon Ders Notları H.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, 1998.
10. Göker A. "2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?" İçinde "2020 Yılında Tıbbi Teknoloji", Türk Tabipler Birliği, Nisan, 2002.
11. Artukoğlu, A., (1998), "Tıbbi Dokümantasyon Ders Notları", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü.
12. Artukoğlu, A., Kaplan, A., Yılmaz, A., (2002), Tıbbi Dokümantasyon, Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslek Liseleri İçin Ders Kitabı, Türk Sağlık Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.
13. Uçmaz, R., Tıbbi Dokümantasyon, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002: 114-116
14. Murphy G.F. "Computer Based Patient Record- a Unifying Principle" içinde Abdelhak M., Grostick S., Hanken M.A., Jacobs E. (edt) "Health Information Management of a Strategic Resource" W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996: 47
15. Yılmaz, A., Kaplan, A., "Hasta Kayıtlarının Dünyü, Bugünü, Yarını" S. B. Gevher Nesibe Sağlık Eğitimi Enstitüsü Dergisi Cilt 4, Sayı1 Haziran,2003.

16. Huffman E. Medical Record Management, Bervyn, Illinois, 1985: 2-4
17. Van Bommel V.J.H., Musen M.A. "Handbok of Medical Informatics" Hoten Diegem, springer, 1997: 98
18. Huffman E. Medical Record Management, Bervyn, Illinois, 1985: 2-4
19. Waegemann C.P. "Where are We on the Road Towards EPR System? Tutorial, Toward an Electronic Patient Record 98" San Antonio, Texas, USA, 1998.
20. <http://www.iom.edu/CMS/3788/4615/6891.aspx> (30.07.2009)
21. Murphy G.F. "Computer Based Patient Record- a Unifying Principle" içinde Abdelhak M., Grostick S., Hanken M.A., Jacobs E. (edt) "Health Information Management of a Strategic Resource" W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996: 590
22. Dick S.R., Steen E. B., Detmer D.D. "The Computer Based Patient Record an Essential Technology for Health Care" National Academy Press, Washington D.C., 1997: 55
23. Johnson G.K. "Functional Requirement of a Computer Based Patient Record System" Healthcare Financial Management, Volume 48, Number 6, Jun, 1994.
24. Kaplan, A., Yılmaz, A., "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerdeki Hasta Dosyaları Arşiv Sistemi", S. B. Gevher Nesibe Sağlık Eğitimi Enstitüsü Dergisi ,Cilt 4, Sayı1, Haziran, 2003.
25. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4EC2F94D94121ECE> (03.08.2009)
26. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Arama.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&aranacak=%c4%b1cd> (03.08.2009)
27. Ramazan U., Tıbbi Dokümantasyon II, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi. 2002:120-146
28. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12A50B7665CCB91F6&Vurgulanacak=10588> (03.08.2009)
29. Sağlık Bakanlığı, (2001), "Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi" Yönergeler 2002 Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 640, Ankara.
30. Kaplan, A., Yılmaz, A., " Tek Dosya ve Merkezi Hasta Dosyaları Arşiv Sistemi Model Önerisi" 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2002
31. Evidence Based Medicine: Disease a Month, Aug 1998 pp: 370-395
32. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (03.08.2009)

33. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF2A50B7665CCB91F6> (03.08.2009)
34. <http://www.resmi-gazete.org/sayi/6413/ambulanslar-ve-acil-saglik-araclari-ile-ambulans-hizmetleri-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> (03.08.2009)
35. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?f6e10f8892433cffaaf6aa849816b2ef46148dedd773827b> (04.08.2009)
36. Adams SL, Thompson DA. Inability to follow-up ED patients by telephone: there must be 50 ways to leave your number. *Acad Emerg Med.* 1996;3(3):271–273.
37. Boudreaux ED, Clark S, Camargo CA. Telephone follow-up after the emergency department visit: experience with acute asthma. *Ann Emerg Med.* 2000;35(6):555–563.
38. Boudreaux ED, Ary RD, St.John B, MandryCV. Telephone contact of patients visiting a large, municipal emergency department: can we rely on numbers given during routine registration? *J Emerg Med.* 2000;18(4):409–415.
39. Brice, Jane H., Friend, Kevin D. and Delbridge, Theodore R.(2008)'Accuracy of EMS-Recorded Patient Demographic Data',*Prehospital Emergency Care*,12:2,187 — 191
40. Schaechinger U, Rockelein W, Perk A, Asbach P, Nerlich M. NOAH--a mobile emergency care system. *Stud Health Technol Inform.* 2003;97:147-58.
41. Hassinen M, Heinonen M, Marttila-Kontio M, Tervo H. Highly automated documentation for mobile medical services. *Stud Health Technol Inform.* 2006; 124:85-90
42. Davidson SJ, Zwemer FL Jr, Nathanson LA, Sable KN, Khan AN. Where's the beef? The promise and the reality of clinical documentation. *Acad Emerg Med.* 2004 Nov;11(11):1127-34.
43. Downing A, Wilson R, Cooke M. Linkage of ambulance service and accident and Emergency Department data: a study of assault patients in the west midlands region of the UK. *Inj Int J Care Inj.* 36(6):738–744, 2005.
44. Turla A, Aydin B, Sataloğlu N. Mistakes and omissions in judicial reports prepared in emergency services. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2009 Mar;15(2):180-4.
45. Knight S, Olson LM, Cook LJ, Mann NC, Corneli HM, Dean JM. Against all advice: an analysis of out-of-hospital refusals of care. *Ann Emerg Med.* 2003;42(5):689–696.
46. Ellinger K, Luiz T, Obenauer P. Optimized documentation entry in emergency care using pen computers--initial results*Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 1997 Aug;32(8):488-95.

47. Adams SL, Thompson DA. Inability to follow-up ED patients by telephone: there must be 50 ways to leave your number. *Acad Emerg Med*. 1996;3(3):271–273.
48. Boudreaux ED, Clark S, Camargo CA. Telephone follow-up after the emergency department visit: experience with acute asthma. *Ann Emerg Med*. 2000;35(6):555–563.
49. Boudreaux ED, Ary RD, St.John B, MandryCV. Telephone contact of patients visiting a large, municipal emergency department: can we rely on numbers given during routine registration? *J Emerg Med*. 2000;18(4):409–415.
50. Grant RJ, Gregor MA, Maio RF, Huang SS. The accuracy of medical records and police reports in determining motor vehicle crash characteristics. *Prehosp Emerg Care* 1998;2(1):23–28.
51. Hunt RC, Brown RL, Cline KA, et al. Comparison of motor vehicle damage documentation in emergency medical services run reports compared with photographic documentation. *Ann Emerg Med*. 1993;22(4):651–6.
52. Yoon SS, George MG, Myers S, Lux LJ, Wilson D, Heinrich J, Zheng ZJ. Analysis of data-collection methods for an acute stroke care registry. *Am J Prev Med*. 2006;31(6S2):S196–S201.
53. Cone DC, Kim DT, Davidson SJ. Patient-initiated refusals of prehosp care: ambulance call report documentation, patient outcome, and on-line medical command. *Prehosp Disast Med*. 1995;10(1):3–9.
54. Schoenfeld PS, Baker MD. Documentation in the pediatric emergency department: a review of resuscitation cases. *Ann Emerg Med*. 1991 Jun;20(6):641-3.

Ek.1. Ambulans kayıt formu

Kurum Kaşesi		T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ERZURUM SAĞLIK KURUMLARI 1 NOLU DÖNER SERMAYE SAYMANLIĞI ÜCRET TAHAKKUKUNA ESAS OLAN FİŞ		ERZURUM 112 İL AMBULANS SERVİSİ AMBULANS KAYIT FORMU	
İSTASYON		SAATLER		HASTA BİLGİLERİ	
Prot. No	Çağn Saati	Adı Soyadı :		E	Memur (.....)
Tarih	Olay Yerine Varış	Adres :		K	Emekli Sandığı
Kodu	Hastaya Varış			Yaş	SSK Çalışan
Adı	O. Y. den Ayrılış				SSK Çalışan Aile Yak.
Plaka	Hastaneye Varış				SSK Emekli
	Istasyona Dönüş				SSK Emekli Aile Yak.
					Özel Sigorta
					Güvencesiz
HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ				T.C. Kimlik No	
Sigortalının	Baba Adı	Karne No	Vize Tarihi		
Adı Soyadı	Doğum Tar.	Sos. Güv. No	Karnenin		
Yakınlığı	Doğum Yeri	Tahsis No	Alındığı İl		
ÇAĞRI TİPİ		ÇAĞRI NEDENİ		OLAY YERİ	
☐ Telsiz	☐ Medikal	☐ Yangın	☐ Elektrik Çar.	☐ LPG	☐ Ev
☐ Telefon	☐ Trafik Kaz.	☐ İnhisar	☐ Ateşli Silah	☐ Alkol-ilaç	☐ Yaya
☐ Diğer	☐ İş Kazası	☐ Boğulma	☐ Kimyasal	☐ Kunt Trav.	☐ Protokol
☐ Diğer	☐ Diğer Kazı	☐ Allerji	☐ Kesici-Defici	☐ Yanık	☐ Arazi
İLK MUAYENE BULGULARI		GLASGOW KOMA SKALASI		DURUMU	
Pupiller	Deri	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum
☐ Normal	☐ Normal		/ mmHg	/dk	/dk
☐ Miyotik	☐ Soluk		/ mmHg	/dk	/dk
☐ Midriatik	☐ Siyanotik	Kurtarma Yapıldı mı? ☐ E ☐ H	☐ Düzensiz	☐ Düzensiz	☐ Düzensiz
☐ Anizokorik	☐ Hiperekim	Yapıldı ise Kim Yaptı ?	☐ Aritmik	☐ Düzensiz	☐ Fleksör Yanıt
☐ Reak. Yok	☐ İtkerik	☐ 110 ☐ 155	☐ Filiform	☐ Dispne	☐ (2) Extensör Yanıt
☐ Fiks Dilate	☐ Terli	☐ 112 ☐ Vatandaş	☐ Alınmıyor	☐ Yok	☐ (1) Yanıt Yok
ÖN TANİ :		KODU		ACIKLAMALAR :	
SONUÇ		NAKLEDİL HASTANE		KAZAYA KARİŞAN ARAÇLARIN	
☐ Yerinde Müdahale	☐ Ex Yerinde Bırakıldı	☐ Başka Araçla Nakil	☐ Devlet H.	PLAKA NO	SIGORTA ŞİRKETİ ADI
☐ Hastaneye Nakil	☐ Ex Morga Nakil	☐ Tif. la Bşk Araçla N.	☐ Üniver. H.	1	1
☐ Hastaneler Arası Nakil	☐ Nakil Red	☐ Asılsız İhbar	☐ Özel H.	2	2
☐ Tıbbi Tetkik için Nakil	☐ Diğer Ulaşılan	☐ Yaralanan Yok	☐ Hast.	3	3
☐ Eve Nakil	☐ Görev İptali	☐ Olay Yerinde Bek.	☐ Hast.	4	4
İŞLEM	KODU	ADET	İŞLEM	KODU	ADET
☐ Muayene (Acil)	520.080		HAVA YOLU	KULLANILAN İLAÇ	İŞLEM
☐ S. I. Ambulans Ücreti	911.270		☐ Balon Valf Maske	☐ Novalgin amp.	☐ Enjektör 2 cc
GENEL MÜDAHALE			☐ Aspirasyon Uygul.	☐ Voltaren amp.	☐ Enjektör 5 cc
☐ Enjeksiyon IM	530.140		☐ Orofarıngeal tüp uyg.	☐ Spazmotek amp.	☐ Enjektör 10 cc
☐ Enjeksiyon IV	530.150		☐ Endotrakeal entüb.	☐ Adrenalin 0.5 amp.	☐ Kelebek set
☐ Enjeksiyon SC	530.390		☐ Mekanik ventilasyon	☐ Adrenalin 1 mg amp.	☐ I.V. Katater (No:14-22)
☐ I.V. ilaç uygulaması	530.160		☐ Oksijen inh. tedavisi	☐ Atropin 0.5 mg. amp.	☐ I.V. Katater (No:24)
☐ Damar yolu açılması	530.080		DİĞER İŞLEMLER	☐ Atropin 1 mg. amp.	☐ Serum seti
☐ Sütür (küçük)	530.200		☐ Normal doğum	☐ Dopamin 200 mg amp.	☐ Steril eldiven
☐ Mesane sondası takı.	530.310		☐ Kan şekeri ölçümü	☐ Dobutrex flakon	☐ Cerrahi eldiven
☐ Mide yıkanması	530.320		☐ Lokal anestezi	☐ NaHCO3 amp.	☐ Spang
☐ Pansuman (küçük)	530.580		☐ Tınak avüzyonu	☐ Diazem amp.	☐ Sargı bezi
☐ Apse açmak	530.030		☐ Transkutan PaO2 ölç.	☐ Aminocardol amp.	☐ İdrar torbası
☐ Yabancı cisim çıkart.	611.430		☐ Sütür alınması	☐ Lasix amp.	☐ Bistüri ucu (No:)
☐ Yanık pansman (küçük)	530.540		YENİDOĞAN İŞLEMLERİ	☐ Ca Glukonat % 10 amp	☐ Entübasyon tüpü (Balonlu)
☐ Yanık pansman (orta)	530.550		☐ Transport kuvveti ile nak.	☐ Metiler amp.	☐ Entübasyon tüpü Balonsuz
☐ NG sonda takma	530.340		☐ Yenidoğan cantılandırma	☐ Avil amp.	☐ Airway
☐ Kulaktan buson temiz	618.020		☐ Yenidoğan LM enjeksiyon	☐ Dekort amp.	☐ Foley sonda (No:)
☐ Kol atel. (Kısa)	610.680		☐ Yenidoğan IV. enjeksiyon	☐ Prednol 20 mg. amp.	☐ Nazo gastrik son. (No:)
☐ Bacak atel. (Kısa)	610.720		☐ Yenidoğan IV. enjeksiyon	☐ Prednol 40 mg. amp.	☐ Atravmatik ipek (No: 3/0)
☐ Cilt traksiyonu uygula.	610.840		☐ Yenidoğan IV. may. tak.	☐ Prednol 250 mg. amp.	☐ Atravmatik kat-küt (No: 3/0)
☐ Servikal collar uygul.			☐ Yenidoğan entübasyonu	☐ Beloc amp.	☐ Doğum Seti
☐ Travma yeleği			SVİ TEDAVİSİ	☐ Digoxin amp.	☐ Yanık battaniyesi
☐ Vakum sedye uygula.			☐ %0.9 NaCl 250 cc.	☐ Aritmal amp. %2	☐ 02 Maskesi hazneli erişkin
☐ Sirt tahtası uygula.			☐ %0.9 NaCl 500 cc.	☐ Isoptin Aamp.	☐ 02 Maskesi hazneli pediatrik
DOLAŞIM DESTEĞİ			☐ %5 Dextroz 250 cc.	☐ Kapril 25 mg tab.	☐ 02 Kanülü nazal erişkin
☐ CPR (Resüsitasyon)	550.070		☐ %5 Dextroz 500 cc.	☐ Nidilat kap.	☐ 02 Kanülü nazal pediatrik
☐ EKG	700.490		☐ %20 Dextroz 500 cc.	☐ Isordil 5 mg. tab.	☐ Monitör pedi
☐ Defibrilasyon (CPR)	550.070		☐ %20 Mannitol 150 cc.	☐ Coraspin 300 mg tab.	☐ Servikal collar (Bay:)
☐ Kardiyoversiyon	700.430		☐ Isolyte P 500 cc.		☐ Elastik bandaj
☐ Cut down	530.480		☐ Teobaq		☐ Flaster
☐ Kanama kontrolü					
HASTANENİN HASTA REDDİ			HASTANIN HİZMET REDDİ		
nedenlerle hastayı hastanemize kabul edemiyorum. Hastanın başka hastaneye nakli için gerekli stabilizasyonu sağladım. Şu anda durumu başka bir kuruma nakil için uygundur.			Ambulansla gelen görevli hekim bana hastanın hemen tedavisi / hastaneye nakli gerektiğini, aksi halde kötü sonuçlar doğurabileceğini anlayacağım şekilde ayrıntılı olarak anlattı. Buna rağmen tedaviyi / hasta naklini kabul etmiyorum.		
Kurumun / Hastanenin Adı :			Hastanın / Hasta yakınının		
Hekimin Adı Soyadı :			Adı Soyadı :		
HASTAYI TESLİM ALANIN			AMBULANS PERSONELİNİN ADI SOYADI		
HEKİM			IMZA		
SAĞLIK PER.			Kalem hizmeti aldım.		
SUR./TEKN.			Hasta Adı Soyadı (İmza)		
Her nüsha ayrı ayrı imzalanacak.			Yukarıda belirtilen Yukarıda açık kimliği yazılı kişiye ekibimizce yapılan hizmet kayıtlarımızda uygundur.		
Adı Soyadı :			İmza-Onay		
Unvanı :			İl Ambulans Servisi Başhekim		
Dip. No :					
Tarih :					
İmza :					