

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ANKARA’DA BİR VAKIF ÜNİVERSİTE HASTANESİ ARŞİV VE
TIBBİ DOKÜMANTASYON ÜNİTESİ ENVANTERİNDE BULUNAN
KÂĞIT YAPIDAKİ TIBBİ BELGELERİN DİJİTALLEŞTİRİLME
SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HAZIRLAYAN

BARIŞ CİHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. BERNA SİMTEN MALHAN

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 01 / 07 / 2022

Öğrencinin Adı, Soyadı: Barış CİHAN

Öğrencinin Numarası: 22110489

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Prof. Dr. Berna Simten MALHAN

Tez Başlığı: Ankara’da Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Arşiv Ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi Envanterinde Bulunan Kâğıt Yapıdaki Tıbbi Belgelerin Dijitalleştirilme Sürecinin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 86 sayfalık kısmına ilişkin, 01/07/2022 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19’dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: 01/07/2022

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Prof . Dr. Berna Simten MALHAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgisini ve desteğini her aşamada gösteren, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Berna Simten Malhan'a,

Bilgi ve tecrübelerinden sonsuz faydalandığım Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümündeki hocalarıma, her dem dayanışmalarını esirgemeyen tüm bölüm emekçilerine,

Bilimsel araştırma öncesi dönemde bir usta çırak ilişkisi içerisinde deneyim ve bilgilerini benden esirgemeyen Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi başhekim yardımcısı Uzm. Dr. M. Gökhan Eminsoy'a,

Pilot proje uygulamasına katkılarından dolayı, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, KBB Anabilim Dalından sayın Doç. Dr. Işıl Öz'e,

Başkent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Cenk Töremiş'e

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Bölümü çalışanlarına,

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Arşiv ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesindeki çalışma arkadaşlarıma,

Bu çalışmanın oluşma evresinde sözlü mülakatları ile yönümü belirleyen hasta dosyaları arşivleri sorumluları meslektaşlarıma,

Tüm süreçte desteği ve sevgisi hep benimle olan değerli eşim Meriç Kaymak Cihan, Oğlum Ulaş Cihan'a, annem Şükran Cihan'a, kardeşlerim Aslı, Cömert, İsmail ve Özlem'e, manevi ailem Hasan Esentürk, Necibe Yılmaz Esentürk ve Turgut Yılmaz'a ve değerli dostlarım Ahmet Taylan Aydın ve Devrim Yalçınkaya'ya çok teşekkür ederim.

ÖZET

Bariş CİHAN

**Ankara’da Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Arşiv Ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi
Envanterinde Bulunan Kâğıt Yapıdaki Tıbbi Belgelerin Dijitalleştirilme Sürecinin
Değerlendirilmesi**

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı

2022

Bu çalışma, kuruluşundan günümüze kadar hastanede oluşturulmuş hasta bilgilerini içeren kâğıt ortamda saklanan hasta dosyalarının bilişim teknolojileri kullanılarak, dijitalleştirilmesi süreçlerin tüm bileşenlerinin araştırılması, raporlanması ve uygulayacak kurumlara bir yol haritası oluşturma hedefini taşımaktadır. Çalışmanın temel amacı Türkiye’deki tıbbi arşivlere örnek olacak biçimde, tıbbi arşivlerin geçmiş birikimlerini güncel olan ile birleştirerek, etik ve mevzuat kuralları ve dünyada benimsenmiş standartlar çerçevesinde, sürdürülebilir-yönetilebilir iş süreçlerine yönelik bütüncül tartışmaları gündeme getirecek farkındalık yaratmaktır. Bu çalışmada izlenilen yöntem olarak; Türkiye’deki tıbbi arşiv ve tıbbi dokümantasyon süreçlerinin nasıl işlediğini ve karşılaşılan problemlerin neler olduğunu belirlemek için “Görüşme Formları” kullanılmıştır. Tıbbi dokümantasyon ve tıbbi arşiv süreçlerine ait ulusal ve uluslararası standartlar ve hukuki mevzuat araştırılmıştır. Dijitalleştirme süreçlerinde kullanılan güncel bilişim teknolojileri araştırılmış, maliyet analizi yapılmıştır. Ankara ilinde bulunan bir vakıf üniversite hastanesi arşiv ve tıbbi dokümantasyon ünitesi envanterinde bulunan kâğıt yapıdaki tıbbi belgelerin, dijitalleştirme pilot projesi uygulamaya konulmuş ve sonuçlar, yapılması planlanacak hasta dosyalarının dijitalleştirilmesi çalışmalarına katkı sunması amacıyla raporlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dijitalleşme, Hasta Dosyası, Sürdürülebilirlik, Tıbbi Arşiv, Tıbbi Dokümantasyon.

ABSTRACT

Bariş CİHAN

**Evaluation of the Digitization Process of Paper Medical Documents in the Archive
and Medical Documentation Unit Inventory of a Foundation University Hospital in
Ankara**

Baskent University Institute of Social Sciences Department of Health Management

Health Institutions Management Master's Program with Thesis

2022

This study aims to research and report all components of digitization processes of patient files stored in paper media containing patient information created in the hospital since its establishment, by using information technologies, and to create a road map for the institutions that will implement it. The main purpose of the study is to create awareness that will bring holistic discussions on sustainable-manageable business processes, within the framework of ethical and legislative rules and standards adopted in the world, by combining the past knowledge of medical archives with the current one, as an example to medical archives in Turkey. As the method followed in this study; "Interview Forms" were used to determine how the medical archive and medical documentation processes in Turkey work and what problems are encountered. National and international standards and legal regulations regarding medical documentation and medical archive processes have been researched. Current information technologies used in digitization processes have been researched and cost analysis has been made. The digitization pilot project of the paper-based medical documents in the archive and medical documentation unit inventory of a foundation university hospital in Ankara was implemented and the results were reported to contribute to the digitization of the patient files to be made.

Keywords: Digitization, Medical Archive, Medical Documentation, Patient File, Sustainability

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. TIBBİ DOKÜMANTASYONA YÖNELİK KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
3. TIBBİ BİLGİNİN TARİHÇESİ VE BİRİKİM SÜREÇLERİ.....	11
3.1 Hipokrat Öncesi ve Hipokrat Dönemi	12
3.2 Hipokrat Sonrası 1850'li Yıllara Kadar Olan Dönem	15
3.3 20. Yüzyılda Tıpta Gelişmeler ve Tıbbi Kayıtlar	19
3.4 21.Yüzyıl ve Dijitalleşme Dönemi.....	22
4. TIBBİ DOKÜMANTASYON, HASTA DOSYASI, TIBBİ ARŞİVLER VE KAĞIT YAPIDAKİ TIBBİ BELGELERİN DİJİTALLEŞTİRİLMESİ.....	24
4.1 Tıbbi Dokümantasyon	24
4.2 Hasta Dosyası	25
4.3 Tıbbi Arşivler (Hasta Dosyaları Arşivleri)	26
4.4 Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)	27
4.5 Kâğıt Yapıdaki Tıbbi Belgelerin Dijitalleştirilmesi	28
4.5.1 Dijitalleştirme kavramı	28
4.5.2 Dijitalleştirme teknikleri	29
4.5.3 Tıbbi belgelerin dijitalleştirilme süreçlerinde uluslararası geçerli standartlar	30
5. TIBBİ DOKÜMANTASYON MEVZUATI	32
5.1 Tıbbi Kayıtları Oluşturma ve Tutma Yükümlülüğü	33

5.1.1	Hekimin ve sağlık çalışanlarının tıbbi kayıt tutma ve hasta dosyası oluşturma ykmllğ.....	33
5.1.2	Sağlık kuruluşlarının tıbbi arşiv oluşturma ykmllğ.....	38
5.2	Tıbbi Kayıtların Saklanması ve Korunması Ykmllğ.....	40
5.3	Tıbbi Kayıtların Gizliliğinin Sağlanması.....	41
5.4	Kayıtların Düzeltilmesi, Değişiminin Sağlanması Ykmllğ.....	44
5.5	Tıbbi Kayıtların Hizmete Sunulması Ykmllğ	45
5.6	Tıbbi Dokümantasyon Süreçlerinde Cezai Sorumluluklar	48
5.7	Tıbbi Dokümanlarda İmha Süreçleri	48
5.8	Tıbbi Kayıt Standartları	50
5.8.1	Tıbbi arşiv hizmet binaları standartları.....	50
5.8.2	Tıbbi belgelerin arşiv hizmet binalarına toplanması, tasnif edilmesi, bilgi güvenliğinin sağlanarak korunması.....	51
5.8.3	Tıbbi belgelerin hizmete hazırlanma süreçleri	53
5.8.4	Tıbbi belgelerin imha edilme süreçleri	54
5.9	Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirme Faaliyetlerine Yönelik Usul Ve Esaslar	54
6.	ARAşTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE YÖNTEM.....	56
6.1	Araştırmanın Amacı ve nemi.....	56
6.2	Araştırmanın Yeri ve Evreni	56
6.3	Yöntem.....	57
7.	BULGULAR.....	58
7.1	Ankara zelinde Hasta Dosyaları Arşivlerinin Mevcut Durumu Hakkında Durum Analizi-Saha alışması	58
7.1.1	Görüşme yapılan hastanelerin yatak sayısı.....	58
7.1.2	Görüşme yapılan hastanelerdeki hekim sayısı.....	59
7.1.3	Aylık ayaktan ortalama poliklinik sayısı.....	59
7.1.4	Aylık ortalama yatan hasta sayısı	60

7.1.5	Aylık ortalama oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı.....	60
7.1.6	Görüşmeye katılan hastanelerin personel sayısı.....	61
7.1.7	Günlük ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı.....	62
7.1.8	Arşiv hizmet binası toplam metrekaresi.....	62
7.1.9	Arşivlerde bulunan bugün itibariyle mevcut hasta dosyası sayısı	63
7.1.10	Arşivlerde metrekare başına düşen dosya sayısı	64
7.1.11	Başvuru yapan hastalara açılan fiziksel dosya sayısı ve oranları	64
7.1.12	Aylık ortalama oluşturulan fiziksel dosya için gereken metrekare alanı	66
7.2	İlgili Kurumlar ile Yapılan Görüşme Değerlendirmeleri	68
7.2.1	Sağlık Bakanlığı ile yapılan görüşme sonuçları.....	68
7.2.2	Devlet Arşivleri Başkanlığı ile yapılan görüşme sonuçları	69
7.3	Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Arşiv ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi Hasta Dosyaları Dijitalleştirilmesine Yönelik Pilot Çalışması	70
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	76
9.	KAYNAKLAR	81

EKLER

Ek 1. Görüşme Formu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Sağlık Mensupları Listesi Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek 1’de Yer Alan Sağlık Mensupları	34
Şekil 2 Hastane Yatak Sayısı.....	58
Şekil 3 Çalışan Hekim Sayısı	59
Şekil 4 Ortalama Ayaktan Poliklinik Başvuru Sayısı.....	59
Şekil 5 Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayısı.....	60
Şekil 6 Aylık Ortalama Oluşturulan Fiziksel Hasta Dosyası Sayısı.....	61
Şekil 7 Görüşmeye Katılan Hastanelerin Personel Sayısı	61
Şekil 8 Günlük Ortalama İşlem Gören Hasta Dosyası Sayısı	62
Şekil 9 Arşiv Hizmet Binası Toplam Metrekaresi	63
Şekil 10 Arşivlerde Bulunan Bugün İtibariyle Mevcut Hasta Dosyası Sayısı	63
Şekil 11 Arşivlerde Metrekare Başına Düşen Dosya Sayısı.....	64
Şekil 12 Başvuru Yapan Hastalara Açılan Fiziksel Dosya Sayısı ve Oranları.....	65
Şekil 13 Aylık Ortalama Oluşturulan Fiziksel Dosya İçin Gereken Metrekare Alanı	66
Şekil 14 1 Yaprak Tıbbi Dokümantasyonun Dijitalleştirme Maliyet Dağılımı	72
Şekil 15 Yüzdesel Maliyet Dağılımı Tablosu	72
Şekil 16 Tarama İşlemi Yapılan EPSON – DS530 Cihaz Görseli	73
Şekil 17 DICOM Dönüştürücü Ara Yüzü Görüntüsü	74
Şekil 18 PACS Doktor Görüntü Ekranı.....	74

KISALTMALAR LİSTESİ

BİT	Bilgi ve İletişim Teknolojileri
DAB	Devlet Arşivleri Başkanlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBYS	Elektronik Belge Yönetim Sistemi
EHD	Elektronik Hasta Dosyası
EHK	Elektronik Hasta Kaydı
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ISO	International Organization for Standardization
KBB	Kulak Burun Boğaz
PACS	Picture Archiving and Communication Systems
SKS-6	Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları.6.Sürüm
TS	Türk Standardı
TDK	Türk Dil Kurumu
TIFF	Tag Image File Format
M.Ö.	Milattan Önce

1. GİRİŞ

İnsanları diğer canlılardan ayıran en önemli özelliği gelişmiş düşünce yapısının yanında kendine ve kendi bedenine dışarıdan bakabilmesidir. Kendini insanda tanıyan insanın ilk önce bedeni üzerine bilgisi birikti. Yaşam koşulları ve edimleri hep bedenini korumak yönünde gelişti. Yaşamı korunaklı bir beden ile devam ettirme arayışı, bedeni zayıflatan faktörler üzerine çözüm arayışını da beraberinde getirdi. Bedeni dolayısıyla da yaşamı tehdit eden şeylere karşı geliştirdiği çözümler ilk önce sözel olarak kuşaktan kuşağa aktarıldı.

İnsan, yaşamın bilimsel bilgisine sahip olmadığı ilk dönemlerde, yaşamı zihninde ve de ilkel dürtüleriyle anlamlandırmaya çalıştı. Yaşamı ve bedeni tehdit eden henüz bilinmez güçleri zihinde korku ve panik faktörü ile biçimlendirdi. Bu korkular ile zihninde bilinmez güçler icat etti, bedeni tehdit eden unsurları da ona karşı koyma yollarını da bu bilinmez güçlere havale etti. Buradan büyücüler ve mitolojik hikâyeler ortaya çıktı.

Homeros destanlarında yer alan bu hikayelerin anlatılış biçimlerine ve kullanılan sembollere baktığımızda sağlığa ve tıba yaklaşımın ilk izlerine ulaşırız.

İnsanların sağlık bilgisi ile ilişkisi sözel düzeyde ve kuşaktan kuşağa aktarım ile devam ederken, yazının bulunması ile birlikte deneyimlerle biriken sağlık bilgisi kayıt altına alınmaya başladı. Bilginin yazı ile işaretlenmesi, bilginin üzerine çalışılmasına ve neden sonuç ilişkisinin kurulmasına yol açmıştır.

Sağlık bilgisinin yazıyla işaretlenmesi sürecinde en önemli uğrak (Hippocrates) Hipokrat' dır. Hipokrat tıbbi bir bilim dalı haline getirirken bugünkü tıbbi terminolojinin esası da yine Hipokrat'tan alınır. 'Corpus Hippocraticum' adlı Hipokrat'a ait tıbbi eserlere dayanır ve tıpta çok fazla kullanılır. Bu terminolojinin temelini aslında Grek, Yunan ve Roma mitolojisi oluşturur, daha sonradan buna Latince eklenmiştir ve böylece "Greko-Latince" tıbbi terminolojisi doğmuş ve günümüze kadar gelmiştir. Hipokrat kendi dönemine kadar birikmiş tıbbi bilgiyi sistematize edip kayıt altına alarak tıbbin ilerlemesinde en önemli yolu açmıştır (Ökten, 2021).

Yazılı kayıtlar ile kuşaktan kuşağa aktarılacak biriken tıbbi bilgi, insanoğlunun bilim ve teknik alanındaki atılımı ile birleşince sıçrama gerçekleştirdi. Rönesans

döneminde mikroskopun icadı gözle görünmeyen mikrobiyoloji alanının keşfine yol açtı. Bu alanın haritalandırılması tıbbın gelişimine büyük bir hız kazandırdı. Bu dönemden günümüze tıp alanındaki ilerlemenin tarihi bilimin, tekniğin ve düşüncenin gelişiminin tarihiyle eşzamanlı ilerlemiştir.

Sanayi devrimiyle birlikte insanların büyük kalabalıklar halinde şehirlere akın etmesi tıbbi bilginin gelişiminde bir diğer dönüm noktası oldu. Büyük kalabalıkların kentlerde birlikte yaşamaya başlaması sağlık hizmetinin sağlık merkezlerinde daha organize halde verilmesi ihtiyacını doğurdu. Yeni toplum beraberinde çözülmesi gereken yeni sağlık sorunları ortaya çıkarırken, çok çeşitli sağlık vakaları sağlık merkezlerinde bir araya geldi. Bu “tıbbi veri birikimi” ve “sağlık merkezleri” üzerinden bir araya gelen “sağlık işgücü” bugünkü modern tıbbın en önemli adımı oldu.

Kentlerin büyümesi büyük ve kompleks sağlık kurumlarını gerektirdi. Büyük sağlık kurumlarının işleyişini sağlamak ancak büyük bir organizasyon ile mümkün oldu. Sağlık kurumlarında organizasyonu sağlamanın en önemli faktörü de burada biriken bilginin tasnif edilmesi, kayıt altında tutulması ve saklanması oldu.

Günümüze gelinceye kadar konu üzerine Amerika ve Avrupa’da çok değerli çalışmalar yapıldı, standartlaşmalar, kurumsallaşmalar oluştu. Türkiye’de çeşitli hukuki düzenlemeler yapıldı. Bu çalışma ve düzenlemelerin anlaşılması ve ileride yapılacak çalışmalara temel oluşturması adına bu kavramlar, çalışma dokümanının ikinci bölümünde ele alınmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde tıbbi bilgi birikimi, tıbbi dokümantasyon ve sağlık merkezlerinin oluşum ve gelişim süreçleri ele alınmıştır.

Bugün gelinen noktada, Türkiye’de sağlık kuruluşlarında halen kâğıt yapıda hasta dosyası oluşturulmakta ve arşivlerde muhafaza edilmektedir. Ankara’da bir vakıf üniversitesi hastanesinin, hasta dosyaları arşivinde yer alan, sayıları milyonu aşmış ve her gün yenileri eklenen kâğıt yapıdaki fiziksel hasta dosyalarının nerede, ne kadar süre saklanacağı, nasıl korunacağı sorunları ortaya çıkmıştır.

Bu çalışma bu soru üzerinden gelişmiştir. Sorunlar soruların ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Sayıları her gün artan kâğıt yapıdaki tıbbi dokümanların toplanması, saklanması, korunması ve hizmete sunulması süreçleri, günümüz teknolojisinden yararlanılarak sürdürülebilir bir duruma nasıl getirilir? Bu arşivlerde yer alan vaka kayıtları tıbbi uygulama ve araştırma süreçlerinde nasıl daha etkili olarak kullanılabilir? Konuları günümüz ve gelecek için önemli bir gündem oluşturmaktadır.

Var olan sorunun sadece bir sağlık kuruluşunun sorunu olmadığı bilinerek, çözümün de sadece tek bir sağlık kuruluşu üzerinden olamayacağı açıktır. Bu anlamda yöntem olarak sorunun varlığını güçlü kılmak adına ilk olarak, Türkiye’de tıbbi dokümantasyon süreçleri ve hasta dosyaları arşivlerinin işleyişlerinin dayanağı olan hukuki düzenlemeler, mevzuat taraması sonucu tespit edilmiş ve çalışmanın beşinci bölümünde ele alınmıştır. Söz konusu düzenlemelerin tıbbi kayıt ve hasta dosyaları arşivlerinin, güncel çağdaş arşiv teknolojileri ile sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması için yeterli olup olmadığı çalışmanın sonuç ve öneriler bölümünde ele alınmıştır. Türkiye’de arşivler ve özel olarak hasta dosyaları arşivlerinin işleyişlerinin düzenlenmesi konusunda yetkili iki kurum Devlet Arşivleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığının ilgili birimleri ile yapılan görüşmelerden ortaya çıkan sonuçlar çalışmanın yedinci bölümünde ele alınmıştır.

Yöntem olarak sorunun varlığını güçlü kılmak adına çalışmanın devamında, Ankara’da hizmet sunmakta olan hastanelerin hasta dosyaları arşivlerinin yerinde gözlemlenmesi, bizzat bu arşivlerin sorumluları ile önceden hazırlanmış olan soruların yer aldığı “görüşme formları” kullanılarak, mevcut durumun veriler ile ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu saha çalışması sonucunda elde edilen verilere çalışmanın yedinci bölümünde yer verilmiştir.

Yakın dönemde dünyada bilginin dijitalleşmesi ve ağlar üzerinden bilginin bütün dünyayı anlık olarak dolaşması, tıbbi bilginin kullanımında da yeni bir sıçramaya yol açmıştır. Yeni dönemin en önemli artı değeri, bilginin kullanımıdır. Hasta dosyaları arşivlerinde, kâğıt yapıdaki fiziki hasta dosyaları içlerinde saklanan, hasta kayıtları mekândan ve zamandan bağımsız olarak daha etkin nasıl tıp biliminin hizmetine sunulabilir araştırmanın problem cümlesidir.

Tıbbi dokümantasyonun etkinleştirilmesi konusunda, sağlık kurumlarında biriken tıbbi bilginin de daha hızlı işlenmesi ve dünyada dolaşıma giren bilgi yığını ile eşgüdümde olması için bilgi işlem teknolojilerinin kullanılarak gerçekleştirilecek dijitalleştirme çalışmalarının, tıbbi dokümanların saklanması ve hizmete sunulmasındaki sorunları

2. TIBBİ DOKÜMANTASYONA YÖNELİK KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın; tıbbi dokümantasyona ilişkin teorik ve hukuki çerçevenin yanında saha çalışmasına ilişkin bulguların aktarılacağı ilerleyen bölümlerde kullanacağımız temel kavramlar bu bölümde açıklanmıştır.

Tıp Kavramı: Uzun dönem tıp bir sanat ve sonrasında bilim alanı olarak tanımlanmıştır. Teknolojinin işin içine girmesi ile alan bugün genişlemiştir. Tıbbın sanat yönünde uygulamalarda yetkinliğe gereksinim vardır, ustalık gerektirmektedir. Bilim açısından bakıldığında belli bir bilgiye, bu bilgiyi kullanmak için analitik beceriye ve eleştirel düşünmeyi temel yetkinlik haline getirmiş olan yaklaşım ön plana çıkar. Teknoloji tıbbi uygulamalarda ve eğitimde çok sık kullanılmaya başlandığı için tıp alanında da teknolojik bir yetkinlik gerekmektedir (Sayek, 2021).

Tıbbi: Tıpla ilgili, hekimlikle ilgili

Tıbbi Kayıt: Muayene, teşhis ve tedavi amacıyla kurumda hizmet verilen hastalar ile adli vak’alara ait her türlü elektronik ya da manuel belgeyi ifade etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Tıbbi kayıt, hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili kararların alınmasına yardımcı olan değerli bir araç olarak tanımlanabilir (Yıldırım ve Kavuncubaşı, 2010).

Bu çalışmada “tıbbi kayıt”, “tıbbi doküman”, “tıbbi belge”, hasta kaydı” kavramlarının tümü hastaya ait tedavi sürecindeki üretilmiş tüm bilgilerin yer aldığı bilgi taşıyıcıları-araçlar olarak kabul edilecektir.

Hasta Kaydı: Hastanın sağlığıyla ilgili kendisi, yakınlarının beyanı ile ve tedavi süresince sağlık meslek mensupları tarafından elde edilmiş olan “hastaya özel” bilgilerin kayıt edilmesi ile oluşur.

Veri: Çeşitli sembol, harf, rakam ve işaretlerle temsil edilen ham, işlenmeye hazır, işlenmemiş gerçekler ya da izlenimlerdir (Şenel Tekin ve Köksal, 2018).

Bilgi: “Bilgi, gözlemlenebilen, ölçülebilen veya hesaplanabilen bir davranış ya da tutuma ait değerdir. Bilgi, toplanmış, organize edilmiş, yorumlanmış ve belli bir yöntemle etkin karar vermeyi gerçekleştirmek amacıyla ilgili birime sevk edilmiş, belirli bir amaç

doğrultusunda süreçlenen, yararlı biçime dönüştürülmüş ve kullanıcıya değer sağlayan verilerdir” (Öğüt’ten akt. Çirasun, 2011).

Belge: Bir gerçeğe tanıklık eden yazı, fotoğraf, resim, film vb., vesika, doküman (Türk Dil Kurumu, 2019). “Belge (record), bir şahıs, kurum ya da kuruluş tarafından üretilen ya da kuruluşa gelen, fiziksel yapısı ya da özelliği ne olursa olsun, gelecekte kültürel, idari ve hukuki nedenlerden dolayı kullanılabilecek ve dolayısıyla kanıt niteliği de taşıyabilecek her türden kaydedilmiş bilgi olarak tanımlanmaktadır” (Dearstyn’den akt. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, 2021).

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğe (2019) göre ise belge “kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişilerin iş ve işlemleri neticesinde oluşan, üretim biçimleri ve donanım ortamları ne şekilde olursa olsun bir bilgiyi içeren yazılmış, çizilmiş, resmedilmiş, görüntülü, sesli veya elektronik kaydı”dır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Tıbbi Doküman: Tıbbi doküman, tıp biliminin kapsadığı bütün alanlarda yapılan bilimsel çalışmalar sonucunda üretilen, bir tıbbi olgu ya da olaya tanıklık eden, olgu/olayı kanıtlayan basılı, yazılı, görsel, işitsel her türden belgelerdir. Kısaca, insan ve toplum sağlığı ile ilgili olarak yapılan araştırma çalışmalarından elde edilen bilgilerin yorumlanması ile elde edilen bilgileri kapsamına ele alan belgelerdir (Artukoğlu ve diğerleri, 2002).

Dokümantasyon: (Belgeleme) Belgelemek işi, tevsik. Bir çalışma için gerekli belgeleri arama ve sağlama, belgelere dayandırma, dokümantasyon (Türk Dil Kurumu, (t.y)).

Tıbbi Dokümantasyon: İnsan sağlığıyla ilgili tıbbi dokümanların içeriklerinin saptanması, çözümlenmesi, analiz edilmesi, sınıflandırılması, korunması ve bu dokümanlar ya da dokümanların içerdikleri bilgilere gereksinim duyan/gereksinim duyması olası özel/tüzel kişilere duyurulması sürecinin bütünüdür (Artukoğlu ve diğerleri, 2002).

İnvaziv İşlemler: “Cilt bütünlüğünün bozulduğu tıbbi müdahalelere denir” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Mahremiyet: “Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak,

toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Rıza Belgesi: “Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Yatan Hasta: “Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, gününbirlik yatış işlemi yapılan hastalar dâhildir” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Arşiv belgesi: “Son işlem tarihi üzerinden yirmi yıl geçmiş veya on beş yıl geçtikten sonra kesin sonuca bağlanmış bulunan ve günlük iş akışı içinde işlevi bulunmayan, varsa tâbi olduğu diğer mevzuatlar ile saklama planlarındaki saklama sürelerini tamamlayan, üretim biçimleri, donanım ortamları ne şekilde olursa olsun geleceğe, tarihi, siyasi, sosyal, kültürel, hukuki, idari, askeri, iktisadi, dini, ilmi, edebi, estetik, biyografik, jeneolojik ve teknik herhangi bir değer olarak intikal etmesi gereken ve bir bilgiyi içeren yazılmış, çizilmiş, resmedilmiş, görüntülü, sesli veya elektronik ortamlarda üretilmiş belge” (Devlet Arşiv Hizmetleri, 2019).

Ayıklama: “Arşiv belgesi ile cari işlemleri devresinde bir değere sahip olduğu halde hukuki değerini ve delil olma özelliğini kaybetmiş, gelecekte herhangi bir nedenle kullanılmasına ve saklanmasına gerek görülmeyen her türlü belgenin birbirinden ayrımı ile ileride arşiv belgesi vasfını kazanacak olan arşivlik belgenin tespiti işlemi” (Devlet Arşiv Hizmetleri, 2019).

Hekim: “Tabip ve uzman tabip. Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar, gerektiğinde hastayı sevk eder. Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazandığı bilgi ve becerilere ilaveten, mesleği ile ilgili eğitim ve bilimsel faaliyetler yoluyla kazandığı bilgi ve beceriler çerçevesinde sanatlarını icra ederler. Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler. Adli vakalarda ilgili mevzuatlarda tanımlanan iş ve işlemleri yapar. Gerekli gördüğü durumlarda, diğer tabip,

uzman tabip veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya uzman tabip bu isteğe icabet eder. Başka bir birime veya kuruma sevki gereken hastaların, tıbben gerekli şartlar sağlanarak sevk edildiği birime veya kuruma ulaşımı için gerekli tedbirleri alır” (Sağlık Meslek Mensupları, 2014).

Hasta: Hasta Hakları Yönetmeliği (1998) “sağlık hizmetlerinden faydalanan ihtiyacı bulunan kimseyi” hasta olarak tanımlamaktadır.

Tıbbi Müdahale: “Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade etmektedir” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hukuk: Türk Dil Kurumu çevrimiçi sözlüğünde hukuk, “Toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Hukuku: Genel bir tanımlama ile sağlık hukuku; sağlık hizmetini sunan kişi ya da kuruluşlar, sağlık hizmetinden faydalananlar, kuruluş ve kişiler ile devlet arasında, bu tarafların her birinin birbirileri ile aralarında meydana gelen ihtilafları konu alan özel hukuk ve kamu hukukuna ilişkin kurallardan oluşan karma ve hukukun çok geniş bir dalıdır. Olayın tarafları arasındaki ilişkinin mahiyeti, tarafların niteliği, ilişkinin konusu gibi birçok etkene bağlı olarak uygulanacak hukuk kuralları, yargı yolu ve görevli mahkeme değişiklik gösterir. Sağlık hukuku alanında uygulanan kanunlar Medeni Kanun, Borçlar Kanunu, Ticaret Kanunu, İdari Yargılama Usulü Kanunu, sosyal güvenlik mevzuatı ve cezai sorumluluk açısından Türk Ceza Kanunudur (Şimşek, 2015).

Arşiv: Tabi olunan mevzuat hükümlerine, meslekî ilke ve standartlara uygun biçimde sahip olduğu arşiv değeri taşıyan belgeleri koruma ve hizmete sunma sorumluluğunu yerine getiren türü ve görev kapsamına göre çeşitli ölçeklerde oluşturulmuş bilgi-belge merkezidir (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, 2021)

Arşivci: Arşivciler, arşiv malzemelerini değerlendiren, düzenleyen, ulaşılır kılan, saklama ve koruma planlarını oluşturan ve uygulayan kişilerdir (İnceoğlu ve Şentürk, 2014).

Tıbbi Sekreter: Tıbbi sekreter, Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

“Sağlık kurum ve kuruluşlarında, sağlık hizmet sunumunun devamlılığı esası ile tıbbi iş ve işlemlerin gerektirdiği haberleşme ve yazışma hizmetlerini yürütür. Sağlık kurum ve kuruluşlarında randevu hizmetlerini ve hasta kabul işlemlerini yapar. Hastaya ait tıbbi ve idari kayıtları tutar, elektronik ve/veya sesli ortamlara kayıt edilen tıbbi verileri tıbbi belgelere dönüştürür. Hasta dosyalarını ve gerekli görülen diğer belge ve raporları dosyalar, arşivleme ve hizmete sunma işlemlerini yürütür. Belirlenen sınıflandırma ve kodlama sistemlerine göre klinik kodlama işlemlerini yapar. Tıbbi istatistikler ile ilgili verileri derleyerek sonuçlarını üst yönetime raporlar. Hasta dosyaları arşivinin kurulum ve işleyişinde görev alır. Hasta dosyalarındaki eksikliklerin giderilmesini sağlar. Hastanın taburcu ve transfer işlemlerini yapar, kurumlar arası iletişimi sağlar” (Sağlık Meslek Mensupları, 2014).

Elektronik Belge: Belgeden söz edilince, kurumsal yapı içindeki iş süreçleri sonucunda her türlü ortamda üretilen belge anlaşılmaktadır. Buradan hareketle bilgi teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak belge kavramı, elektronik kavramı içinde değerlendirilmeli, tanımlanmalı ve bu çerçevede yönetilmelidir. Bu kapsamda elektronik belge kavramı; bilgisayar ya da diğer elektronik cihazlar aracılığıyla elektronik ortamda iş süreçleri sonucunda üretilen, arşivlenen, erişilen, iletilen ve imha edilen her türlü belgeyi ifade eder. Elektronik belge ile elektronik doküman aynı değildir. Elektronik doküman, elektronik belge kimliğini kurumsal işlemlerde kullanıldığında ve bu işlemlerin delili olarak saklandığında kazanır (Aydın ve Özdemirci, 2011).

EBYS: “Elektronik belge yönetim sistemi. İdarelerin faaliyetlerini yerine getirirken oluşturdukları her türlü dokümantasyonun içerisinden, idare faaliyetlerinin delili olabilecek belgelerin ayıklanarak bunların içerik, üstveri, format ve ilişkisel özelliklerini koruyan, belgelerin ait olduğu fonksiyon veya işlem için delil teşkil eden ve aidiyet zinciri içerisindeki yönetimini elektronik ortamda sağlayan sistemi” ifade eder (Devlet Arşiv Hizmetleri, 2019).

HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi): Sağlık Bakanlığının yaptığı tanıma göre, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, “bilgisayar programları ve etkileşim içinde olduğu

hastanelerin yapmış olduğu işlemleri bilgisayar üzerinde gerçekleştiren yazılımlar grubuna verilen genel addır” (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

PACS (Picture Archiving and Communication Systems - Görüntü Saklama ve İletişim Sistemleri): Görüntülerin saklanması, erişimi, dağıtımı ve sunumu için kullanılan yönetim sistemlerine verilen genel addır (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

Elektronik Tıbbi Kayıt: Kişinin sağlığı ile alakalı olarak, başvurduğu sağlık kuruluşları tarafından tedavi süresince oluşturulan, elektronik ortamlara aktarılan ve saklanan, her türlü kayıt olarak açıklayabiliriz.

Hasta Hakları: Hasta Hakları Yönetmeliğinde (1998), “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklar” olarak tanımlanmaktadır.

KVKK: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (2016). Herkesin kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkı, 2010 yılında 5982 sayılı Kanun ile Anayasanın 20. maddesine eklenen fıkra ile, anayasal bir hak olarak teminat altına alınmıştır. Kişisel verilerin işlenmesinde kişilerin mahremiyetini korumak kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumak, kişisel verileri işleyen gerçek ve tüzel kişilerin yükümlülükleri ile uyacakları usul ve esasları düzenlemek, kişisel veri güvenliğini sağlamak kanunun temel amacıdır.

Kişisel Sağlık Verisi: “Kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmetiyle ilgili bilgileri” olarak tanımlanmaktadır (Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, 2019).

Dijitalleştirme: Kâğıt ortamındaki belgelerin tarayıcı, kamera gibi cihazlar veya yenilikçi teknikler kullanılarak sayısal ortama aktarılması (Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmelik, 2019).

3. TIBBİ BİLGİNİN TARİHÇESİ VE BİRİKİM SÜREÇLERİ

Tıp bilindiği gibi “uygulamalı” bir bilim dalıdır. Tıp, diğer bilim dallarının kendini ilgilendiren bilgilerinden yararlandığı gibi tanı ve tedavi ile ilgili bilimsel ve teknik bilgileri de kendi olanakları çerçevesinde geliştirir. Bu anlamda tıbbi bilginin genel olarak iki ayrı üretim kanalının bulunduğu söylenebilir. Bugün için “tıbbi bilgi” olarak kabul edilen bilgilerin hangi kanaldan geliştirildiği değil hangi yöntemle geliştirilmiş olduğu önemlidir. Söz konusu bu yöntem ise bilimsel metodolojidir. Tıp biliminin resmi anlamda bilgi geliştirme yöntemi ve türü bilimsel metodolojik doğrular çerçevesinde geliştirilmiş olanlardır. Tıbbi bilginin ilerlemesinde kendi iç mantıksal gelişmesinin yanında bir de dış belirleyicilerin etkin olduğu söylenebilir (Aydın, 2006).

Erdem Aydın (2006), tıp tarihini aşağıda yer alan beş dönemde değerlendirmiştir;

- **İçgüdüsel tıp**, insan içgüdüsel davranışlar ile sağlığını bozan etkeni uzaklaştırmaya çalışmıştır. Tedavi edici insanın kendisidir.
- **Ampirik tıp**, hastalık etkeninden kurtulmak ya da onu uzaklaştırmak için neden olan etkeni uzaklaştırmak gerekir. Bu dönemde tedavi olgusu insanlık kültürüne girer. Sınama-yanılma yöntemi ile yaklaşılan tedavi metotları tıbbın ilerlemesinde katkı sunmuştur.
- **Büyüsel tıp**, göz ile görülemeyen hastalık etkenleri vardır. Bu etkenlerden insanı ancak normal insanlardan farklı güçlere sahip insanlar kurtarabilir. Bu kişiler büyücülerdir, büyücü hekimler, ayinler, dinsel törenler ile insanı hasta eden görünmeyen varlıkları uzaklaştırır.
- **Felsefi tıp**, M.Ö. 6.yüzyılda Eski Yunan’da insanları hasta eden etkenler ve tedavi yöntemleri konusunda, insanların felsefi görüşleri paralelinde sorulara cevap aranmıştır.
- **Bilimsel tıp**, gözlem, hipotez, kontrollü deney ve genelleme şeklindeki bilimsel metodolojinin uygulanmaya başladığı hakim olduğu son birkaç yüzyıldır içinde bulunduğumuz dönemdir.

Bu bilgiler ışığında, çalışmada tıbbi bilgi birikim süreçlerinin tarihi gelişimi dört döneme ayrılarak incelenmiştir. Dönemler içinde de, toplumun hastalık algısı, hekimin kim olduğu, tedavi yöntemlerinin neler olduğu ve vaka kayıtlarının hangi bilgi taşıyıcıları

üzerine nasıl kayıt edildiği gibi tıbbi dokümantasyon süreçlerinin yeri ve önemi üzerinde durulmuştur.

3.1 Hipokrat Öncesi ve Hipokrat Dönemi

İnsanlık tarihi gösteriyor ki, homo sapiens'in en belirgin özelliklerinden biri, kişinin eylemlerinin izlerini kasıtlı olarak bırakmak, belgelemek ve çeşitli kayıtlar oluşturmaktır. Bu hi potezin en eski kanıtlarından biri, güneybatı Fransa'daki Nouvelle-Aquitaine bölgesindeki Lascaux mağara kompleksinde erken Magdalenian döneminde (17 000-15 000 yıl önce) yaratılan mağara resimlerinin varlığıdır. Resimlerden biri, bir hayvanın saldırısına uğrayan bir adamın yarasını gösteriyor. Muhtemelen, olası bir çoklu organ yaralanmasını gösteren, bir piktogram şeklinde gösterilen, dünyadaki mevcut ilk sağlık kaydıdır (Lorkowski & Jugowicz, 2020).

İnsanlık tarihi kadar eskiye uzanan tıp tarihi ile ilgili ilk bilgiler, yazının icat edildiği dönemlerden çok daha gerilerdedir. Antik ve daha eski dönemlerden kalmış insan ve hayvan kemiklerindeki hastalıkları inceleyen, “Paleopatoloji” bilim dalının yardımlarıyla tıp tarihinin ilk kanıtlatına ulaşılmaktadır.

İlkel insan toplulukları, bilmedikleri ve kendileri için yabancı olan her şeyden korkma içgüdüğü ve ürkütücü doğa olaylarından korunmak amacıyla çeşitli sembollere ve totemlere sarılmış ya da düzenledikleri toplu ayinlere sığınmaya çalışmışlardır. Bu törenlerde öne çıkan bazı kişiler (çoğunlukla büyücüler grubu olarak tanımlanmışlardır) daha saygın kabul edilmişler, güç kazanmışlar, yaptıkları karışımlar (otlar, tütsüler, hayvan kemikleri), danslar ve figürlerle hastaları ve yaralıları iyileştirmeye çabalamışlardır. Kötü ruhları bedenden kovmak amacıyla kafatasında delik açma işlemini (trepanasyon) uygulayanlar olmuştur. Ön Asya ve Orta Asya’da bu işlemleri sıkça yapan Şaman adlı bu büyücü-hekimler uygulamalı tıp mesleğinin öncüleri olarak kabul edilmektedirler. Öğretilerini ağızdan-ağıza sonrakilere naklederek çıraklarını yetiştiren şaman eğitimi, ayrıca hekimlikte usta-çırak ilişkisinin de ilk örneklerini oluşturmaktadır (Budak, 2021).

M.Ö 3000’li yıllara gelindiğinde kil tabletler üzerine yazılmış çivi yazılarından, tıp ile ilgili en eski belgenin, Sümerli bir hekim tarafından yazıldığı bilinmektedir. (Budak, 2021).

Mısır Nil Nehri kıyısına kurulmuş bir medeniyettir. Nil kıyısında yetişen “papirüs” bitkisinin lifinden üretilen “papirüsler” dönemin bilgi taşıyıcısı olarak kullanılmıştır. Tıp bilgilerinin yer aldığı papirüslerden en önemlileri; ilaç reçetelerinin ve sağlık öğütlerinin verildiği Edwin Smith (M.Ö. 17. yy.); cerrahi tedavilerin anlatıldığı Ebers (M.Ö. 16. yy.); ve kırık çıkık tedavilerinin ele alındığı Hearts (M.Ö. 16. yy.) papirüsleridir (Dönmez, 2019).

Mısır’da adı bilinen ilk büyük hekim İmhotep’tir. Milattan önce (M.Ö.) 3000’li yılların sonlarında yaşamıştır. Bazı büyük Piramitlerin de mimarıdır ve daha sonra tanrısallaştırılarak tıp tanrısı sayılmıştır. Mısır tıbbının bir başka önemli kişisi İris’tir. M.Ö. 2500’lü yıllarda yaşamış, sarayın başhekimliğini yapmış; göz, mide ve bağırsak hastalıklarında uzmanlaştığı düşünülmektedir (Yoket, 2003).

M.Ö. 1600’lerin Mısır’ına ait, uygun bir hasta kaydı olmamakla beraber, savaş yaralarının cerrahi tedavisini anlatan yazılı bir papirüs karşımıza çıkar. Belge birkaç vakayı listeler ve muhtemelen bir ders kitabının parçasıdır. Belge aynı zamanda Edwin Smith Papirüsü olarak da adlandırılır (Gillum, 2013).

Bilinen ilk tıp kitabı M.Ö. 1500’lü yıllarda Mısır’da yayınlanmıştır. Mısırdaki hekimler eğitimlerini Yaşam Evi (Per Ankh) denen şifa merkezi/tapınaklarda almıştır (Vatansever, 2020).

Mısır tıbbında sihir ve din rol oynamıştır. M.Ö. tecrübeye dayanan ampirik-rasyonel vasıfta oldukça gelişmiş bir tıp mevcuttur. Özellikle Smith Papirüsü cerrahi alanın gelişkinliğini göstermektedir (Uğurlu, 1997).

Hititler M.Ö. 2. Binde, Anadolu topraklarında merkezi bir devlet sistemi kurmuşlardır. Tıp konusunda Mısır ve Mezopotamya uygarlıklarından faydalandığı gibi, kendi pratiklerini de uygulamışlardır (Katırcıoğlu, 2021).

Anadolu’da yazının kullanımı yaklaşık olarak 1000 yıllık gecikme ile M.Ö. 2000-1750 yıllarında olmuştur. Hititler bilginin taşıyıcısı olarak çivi yazılı kil tabletleri kullanmışlardır. Tabletler günümüzün kitapları gibi tahta raflarda sıralanmıştır (Ertekin, 2018).

Hitit metinlerinde olağanüstü güçler ve tanrısal müdahalelerin hastalık nedenleri olarak kabul edildiği görülmektedir. Hititlerin sağlık konusunda büyü ve “kocakarı”

ilaçlarından yardım aldıkları da anlaşılmaktadır ancak aynı Hitit metinlerinde bilimsel bir hiyerarşi içinde tanı koyma sistemlerinin fizik muayene kurallarına uyan bir tarzda yapıldığını, tedavi planları olduğunu ve uygulanan tedavinin o günün koşullarına göre başarılı olduğu da düşünülmektedir (Katırcıoğlu, 2021). Hititler, Sümerlerin tıp konusundaki bilgilerinden yararlanmışlardır. Önemli kişilerin sağlık sorunları için Mısırdan hekim getirmişlerdir. Bu hekimlerin kendi ülkelerine bağlanmaları içinde çalışmışlardır (Ertekin, 2018).

Salih Fehmi Katırcıoğlu, Hitit Tıp Metinlerinde Geçen Bazı Göz Hastalıkları Üzerine” isimli çalışmasında Hitit dönemine ait iki tıbbi metni incelemiştir. “Trahom ve kataraktan yola çıkarak, Hitit dönemi tıbbı, bir bilgi mirasını, Mezopotamya ve Mısır’dan aldığı bilgilerle harmanlayarak kendilerine özgü bir bilgi alanı yarattığını” ifade etmektedir. Bu metinlerden birinde geçen göz hastalığının tedavisini, modern dönem Trahom hastalığı tedavisi evrenmesi ile uyuştuğunu belirtmiştir. Katırcıoğlu metinlerin arşiv bilgisi mi yoksa hasta bilgisi mi olduğu noktasına dikkat çekerek bu metinlerin bir arşiv bilgisi olduğunu, yani başka dönemlerde ya da kişilerde de kullanılabilmesi için bir reçete olduğunu vurgulamaktadır. Bu kanıtlar tıbbi bilgi birikim süreçlerinin anlaşılması açısından önemlidir (Katırcıoğlu, 2021).

M.Ö. 1450 yıllarında kurulmuş olan Çin’de din etkin bir rol oynar. İnsanlar tanrılar ve tanrı-insanlara tapmıştır. Bu tanrılardan, Shen-Nungi’nin Türkçesi “otlar” anlamına gelen Pan-Ts’ao isimli kitabı, tıp konusunda yazılan ilk kitap olduğu kabul edilir. Kitapta 365 adet ilaçtan bahsedilir. Rahiplerin hekimlik yaptığı erken dönem Çin uygarlığında, büyü, sihir ve din sağlık için kullanılmıştır. Süreç içinde rahiplere ve büyüselle tedavi metotlarına olan güven azalmıştır. İlkel bir doğa felsefesinden Budizm, Taoizm ve Konfüçyüsçülük akımları ortaya çıkmıştır. Taoizm tıp alanına en yakın felsefedir. Mısırlılar bilgi taşıyıcısı olarak “papirüs”, Orta çağ yazıcıları hayvan derisinden yapılan “parşömen” kullanırken, Çinliler ağaç hamurundan elde ettikleri “kâğıt” kullanmaktaydı. MS 700’de matbaayı Çinliler geliştirmiştir. Çin tıbbına dair geçmişe dönük ulaşılan ilk tıbbi aletler, M.Ö. 1400-1100 tarihlerine ait olduğu düşünülen, taş ve kemikten yapılmış iğnelerdir. Akupunktur tedavisinde kullanıldığı düşünülmektedir (Ertekin, 2018).

Eski Hint tıbbında hastalıkların nedenleri ve ilaçlar hakkında dinsel ve sihirsel bir yaklaşımın varlığı görünür. Büyük İskender’in M.Ö. 327’de Hindistan’a girdiğinde,

İskender'in hekimlerinin Hint tıbbının bazı özelliklerini Yunan tıbbına taşıdıkları izlenmiştir.

Eski Yunan tıbbında Hipokrat'a gelene kadarki dönem tıp pratiğinde, Yunan felsefi düşünce sistemi ile paralellik gösteren tıbbi uygulamalar görülür. Hipokrat (M.Ö. 460- M.Ö. 370) hekimliği mitolojiden ve dinsel düşüncelerden, tamamen kurtarıp, laik ve akılcı bir doğa bilimi haline getirmiştir (Uğurlu, 1997).

Hipokrat döneminde bilimsel bilgi yoktur. Hipokrat mantıklı, tutarlı dinsel öğelerden sıyrılmış, gözlemlerin bulunduğu, hastalıklı nedenlerin “nesnel” nedenlere bağlandığı bir tıbbi anlayışı ortaya koymuştur. Bu adımları tıbbın bilimselleşmesi yolunda atılmış adımlar olarak değerlendirebiliriz. Henüz onun döneminde hipotez, kontrollü deney ve genelleme şeklindeki bilimsel metodoloji ile ortaya konulmuş bir tıp bilimi ortada yoktur (Aydın, 2006).

Hipokrat kendisi ve etrafında eğitim vermiş olduğu öğrencilerine hasta kayıtlarını düzenli olarak tutturmuştur. Hipokrat külliyyatında, hastayı dikkatle gözlemleme ve bulguları olabildiğince gerçekçi biçimde tam olarak kaydetme açıkça görülmektedir. Fransız söz bilimcisi Emīlye Littre (1801- 1881), Hipokrat külliyyatını, Oeuvres Complètes D'hippocrate adlı eserinde toplamıştır. Hipokrat külliyyatının içeriği “Bilim adını tamamen hak etmektedir.” Bu eserler “insan bedeninin sağlıklı ya da hasta olduğu zamanki davranışının gözlemlenmesine, deneylere ve sonuçlarının kaydedilmesine dayalı net bir tıp anlayışı” ortaya koymaktadır (Conner, 2012)

Mısır tıbbında zehirli ve çok güçlü etkileri olan maddelerin kullanılmadığı, hastaya zarar vermeyecek tedavi yöntemlerinin, merhemlerin, kırık ve yaralanmalara da sargı ve tespit yöntemlerinin kullanıldığı, görülmektedir. Bu açıdan aynı yaklaşım özelliklerini taşıyan Hipokrat tıbbının köklerine baktığımızda, geçmiş dönemlere ait tıbbi bilginin, uygulamada kullanıldığı görülür (Uğurlu, 1997).

3.2 Hipokrat Sonrası 1850’li Yıllara Kadar Olan Dönem

Hipokrat’tan yaklaşık 500 yıl sonra Bergama’da yaşamış ve tıbbın gelişimine katkı sağlamış olan diğer bir ünlü hekim Galenos’tur (M.S. 130-200). Gladyatör okulunda hekimlik yapmış olan bu ünlü hekim, kırık ve çıkıkların tedavileri, yaraya dikiş atma ve koterizasyon gibi konularda uzmanlaşmış, bitki ve minerallerden pek çok ilaç türetmiş ve

reçete yazan ilk kişi olmuştur. Gladyatörlerin hekimi olarak tanınan Galenos aynı zamanda eczacıların atası olarak kabul edilir. Kendisi zamanın diğer hekimleri gibi Hipokrat'ı izlemiş ve aynı şekilde hastalığın vücut içindeki sıvıların dengesizliğinden oluştuğunu kabullenmiştir (Budak, 2021). Rönesans'a kadar "Galenci Tıp" anlayışı hakim olmuştur.

Orta Çağ (5. yüzyıl-15. yüzyıl) bilimler açısından kısır bir dönemdir. Tarihin bu döneminde din bilimsel gelişmeleri engellemiştir. Rönesans'a kadar tıp bilimi ilerlemesini durdurmuştur. Hipokrat'ın ortaya koyduğu seküler anlayış terk edilmiştir (Budak, 2021).

Kıtliklar, salgınlar ve savaşlar ile mücadele eden Orta Çağ Avrupası'nda manastırlar hastalar için sığınacak, tedavi olacak yerlerdir. 13. yüzyılın başlarında hastaneler kilise ile olan bağlarını koparmaya başlar. Sivil kuruluşlar olarak yapılırlar. Resmi olarak tanınan ilk tıp okulu 1244 yılında Salerno Tıp Okulu olmuştur. 1480 yılında papalık kadavra çalışmalarına izin verir. Avrupa'da ilk eczaneler 1140 yıllarında ortaya çıkmaya başlamıştır. 14. Yüzyıl özellikle cüzzam ve veba gibi salgın hastalıklar ile geçer. Sadece veba salgınından 60 milyon insan hayatını kaybeder. Bu rakam o dönemki dünya nüfusunun dörtte birine tekabül eder. Veba salgını neticesinde, salgın hastalıklar ile ilgili Orta Avrupa bilgi ve deneyim sahibi olmuştur. Bu dönemde karantina örgütleri oluşturulmuştur (Aydın, 2006).

Bu dönemde antik Yunan eserlerini Arapçaya ve Latinceye çevirip, Avrupa'ya aktaran İslam Dünyası, tıp bilimine olumlu katkılar sunmuştur. Büyük Tıp bilgini İbn-i Sina'nın (M.S. 980-1037) El-Kanun Fi't-tıbb adlı eseri 12. yüzyılda Latinceye çevrilmiştir. Batı dünyasında 16. yüzyıla kadar temel kaynak olarak okutulmuştur. İbn-i Sina tüm Avrupa'da, Hipokrat düzeyinde bir saygınlık kazanmıştır. Başlangıçta Rönesans dönemi İslam tıbbından etkilenmiştir. Sonrasında özgün bilimsel anlayış yaratılmıştır (Budak, 2021).

Avrupa Rönesansının başlangıcıyla tıp bilimi ve diğer bilimler dinin baskısından kurtulmaya başladı. Bilime akılcı, araştırmacı bir yaklaşım ile bakılmaya başlandı. Bu dönemde Leonardo da Vinci'nin çalışmaları, Veronalı Girolama Fracastorius'un "Bulaş Teorisi", Andreas Vesalius'un anatomi alanındaki çalışmaları tıpta klinik gözlem ve epidemiyolojik çalışmalar, günümüze kadar ulaşmış modern tıbbi besleyen bilgi birikimleridir. 18. yüzyılda mikroskop keşfedilmiş, 1816 yılında Fransız hekim Rene Theophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) steteskopu icat etmiş, Viyanalı hekim Leopold

(1722-1809) ise perküsyon fiziksel muayene yöntemini geliştirerek fiziksel tanı bilimini bir üst noktaya taşımıştır.

Rönesans öncesinde hekimlerin yalnızca hastaların anlatıları üzerinden muayeneleri mümkündü ve bu muayenelerin kayıtları tutulmaktaydı. Stetoskop ve mikroskop cihazları ve perküsyon gibi fiziksel tanı tekniği sayesinde hekimlerin hastayı fiziki muayene olanakları ve dolayısıyla hastalardan alınan kayıtlar da gelişmiştir.

Rönesans sonrası dönemde, tıptaki deneysel metodolojiyi ortaya koyarak tıbbi bilginin evrimine son noktayı koyan kişi Fransız hekim (1813-1878) Claude Bernard'dır (Aydın, 2006).

Buna paralel olarak Philippe Pinel (1745-1826) akıl hastalarının tedavi edilebilir olduklarını ileri sürerek akıl hastanelerindeki hastaların zincirlerini çözdürmüştür. Pinel, “bir teşhise varmak için hekim, hastanın davranışını dikkatlice gözlemlemeli, onunla görüşmeli, dikkatlice dinlemeli ve notlar almalıdır. Hastalığın doğal seyrini ve tetikleyici olayı anlamalı ve doğru bir vaka geçmişi...” yazmanın önemini vurgulayarak tıbbi kayıt tutma yöntemini açıklamıştır. (Weiner, 1992).

1853 yılında hemşirelik mesleğine başlayan Florence Nightingale (1820-1910) henüz bulaşıcı hastalıklara yönelik bir çalışma bulunmazken hasta kayıtlarını ve bu kayıtlardan oluşturduğu istatistikleri kullanarak hastaların tedavi süreçlerine, tedavi merkezlerinin hijyen koşullarının, hastaların soludukları havanın ve besin içeriklerinin de etkisi olduğuna yönelik çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalarda Nightingale; temiz hava, iyi besin ve hijyen faktörlerinin iyileştirici ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlediğini göstermiştir.

Nightingale 1854 yılında Londra'da görülen kolera salgınından kaynaklı insan kayıplarının, dönemin tedavi yöntemleri olan civa, hacamat ve uyuşturucu ilaçların kullanımı ile önüne geçilemeyeceğini, aksine bu yöntemlerin insan sağlığına zararlı yöntemler olduğunu bu çalışmalarını öne sürerek iddia etmiştir. 1854 Kırım Savaşı sırasında orduda yönetici hemşiresi olarak görev alan Nightingale hastanelerdeki ölüm oranlarını, matematik bilgisini kullanarak istatistiksel olarak göstermiştir. Hastanelerde hijyen koşullarına müdahale etmiştir ve İngiliz sahra hastanelerindeki ölüm oranlarını %60'dan %42,7'ye düşürmüştür. Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık kitabında, Irwin

W.Sherman, Nightingale'in bu uygulamaları Pasteur ve Koch'un mikrop kuramından yirmi yıl önce hayata geçirdiğini ifade etmektedir (Sherman, 2013).

18.yüzyıl Aydınlanma felsefesi Philippe Pinel (1745-1826) gibi hekimlerin, Florence Nightingale (1820-1910) gibi hemşirelerin yetişmesine ortam sağlamıştır. 1800'lerin sonuna doğru sağlık alanında uygulamalı çalışmaları gerçekleştiren söz konusu bilim insanları hasta kayıtlarının, istatistiklerin toplum sağlığı çalışmalarında kullanılmasında öncü olmuşlardır.

1800'lü yıllara kadar tanılar hastanın subjektif semptomlarına dayanmaktaydı ve hastanın fizik muayene bulguları küçük bir rol oynamaktaydı. Fransız Klinik Okulu ve Alman laboratuvar tıbbının öncülük ettiği "klinik tıpta nicel ölçümün" ortaya çıkışı da artan verinin sistematik olarak kaydedilmesi için önemli bir gelişme olmuştur.

Hasta kayıtlarının bu dönemde büyük defterlerde, el yazısı ile tutulduğu görülmektedir. Bu döneme ait tıbbi kayıtların hangi çerçevede tutulduğuna dair örnekler, Amerika kıtasında hizmet veren hastanelerin uygulamalarında izlenebilmektedir. Örneğin; Pennsylvania Hastanesi (1753) Hastanın adı, adresi ve rahatsızlığına ait kayıtlar tutmaktaydı. 1808'de New York Hastanesi, doktor defterlerinden seçilmiş vaka raporlarını kütüphanede muhafaza edilmek üzere ciltli defterlere kopyalamaya başladı. Didaktik ve arşiv amaçlı veriler, "hastalığın geçmişi- onu oluşturan nedenler- kullanılan çareler- ve vakanın sonucunu" içeriyordu. Daha sonra araştırmalara kaynak olarak hizmet ettiler. 1880'lere gelindiğinde, tıbbi kayıtların sigorta ve malpraktis davalarında yasal bir belge olarak kullanılmasıyla ilgili endişeler, New York Hastanesi yöneticilerini kayıtların içeriğini ve kalitesini denetleme girişiminde bulunmaya teşvik etti. 1821'de Massachusetts General Hospital, ilk günden itibaren hastalarına ilişkin bilgileri kayıt etmiştir. Kayıtlar hastalık ve ameliyatların kataloglanması koşullarını sağlayacak şekilde tutulmuştur (Gillum, 2013).

18. yüzyıldan itibaren kiliselerin yönetiminden çıkan seküler karakterli hastaneler açılmaya başlamıştır. Hekimlerin hastanelerde, hasta başlarında incelemeler yaparak tıbbi konularda ortaklaştıkları görülmüştür. Bu dönemde kadın hastalıkları, akıl hastalıkları gibi dal hastaneleri açılmış ve tıpta uzmanlaşmaların başlangıcı olabilecek uygulamalar başlamıştır.

19. yy.'da eğitimli hekim ve diğer sağlık personeli ihtiyacı artmıştır ve bu ihtiyaçtan hareketle özel sağlık okulları kurulmuştur. Hekim ve sağlık personeli adayları eğitimlerini hastanelerde pratik yaparak tamamlamışlardır. Bu dönemde kamu özel ortaklığı ile kurulan sağlık kuruluşları, tıp eğitiminin iyileştirilmesi için çalışmalar yapmıştır (Aslan ve Erdem, 2017).

3.3 20. Yüzyılda Tıpta Gelişmeler ve Tıbbi Kayıtlar

Sanayi devrimi şehirleşmeyi hızlandırdı. Şehirleşme kalabalıkların toplu halde yaşamını ortaya çıkardı. Keşifler hız kazandı. Tıp bilimi modernleşmeye başladı. 20. yüzyıl tıpta bilgi birikiminin uzmanlaşmayı başlattığı dönemdir.

X ışınları gibi inceleme ve tanı koyma araçlarının icadı, bu yeni tanı teknolojilerinin tıp alanında uygulamalı olarak kullanımı ve kayıt altına alınması gereken hastaya ait bilgilerin artması, farklı bir tıbbi kayıt bakış açısının gelişimini tetikledi. Bu yıllarda hastalık hikâyesinin kayıt altına alınmasının, tedavi süreçlerinin başarıya ulaşmasındaki önemi artık kabul edilen bir gerçektir. Hastaneler modernleşmiş, sağlık meslek mensupları artık aynı çatı altında bütünlüklü bir bakış ile hastalarını takip edebilmeye başlamıştır. Modern tıbbi kayıtların öncüsü ilk olarak Batı'da 19. yüzyılın başlarında Paris ve Berlin gibi büyük merkezlerde kâğıt dosyalar biçiminde ortaya çıkmıştır. Ancak tutulan kayıtların yetersiz olması nedeniyle hasta tedavi süreçlerinde daha ayrıntılı ve bütünlüklü hasta bilgisine ihtiyaç duyuldu. 19. yüzyılın sonlarına doğru bu tıbbi kayıtlar;

- aile öyküsü,
- hasta alışkanlıkları,
- önceki hastalıkları, mevcut hastalığı,
- fizik muayenesi,
- idrar ve kan analizleri,
- günlük ilerleme notları,
- taburculuk tanı ve talimatları gibi bölümlerden oluşuyordu (Gillum, 2013)

Aynı zamanda 1900'lü yıllar ofis araçlarının hacim olarak küçüldüğü, yaptığı iş açısından oldukça büyüdüğü yıllar olmuştur (Acar, 2006). Bilginin kontrolü için teknolojik destek sağlayan bu ofis araçlarının kronolojik sıralaması aşağıda yer almaktadır.

- (1870) Telefonun icadı,
- (1873) Daktilonun üretilmesi,
- (1946) Elektronik hesap makinesinin icadı,
- (1950-1959) Mekanik hesap makineleri, dijital telefon, elektronik daktilolar ve elektronik hesap makinelerinin icadı,
- (1960-1969) Fotokopi makinelerinin icadı,
- (1970-1979) Kelime işlemciler, OCR/MCR (otomatik tanımlama ve veri toplama) sistemleri, elektronik yazıcıların icadı,
- (1980-1989) Gelişmiş bilgisayarlar, optik depolama, yerel ağlar, bölgesel ağlar, kopyalama cihazları ve işletim sistemleri ofis faaliyetlerinde kullanılmaya başlanması ve
- (1990-1999) Bu dönemde, görsel bilgi sistemleri (görsel otomasyon), elektronik posta ve internet gibi sistemlerin geliştirilmesi.

20.yüzyılın bilgiyi kayıt altına alma ve saklama işlerinin kullanımına sunmuş olduğu bu yenilikler, tıbbi dokümantasyon süreçlerinin modernleşmesine hizmet etmiştir. Bu dönemde hastaneler tıbbi kayıt tutma biçimi olarak farklı yöntemler uygulamışlardır. Bunlar;

- Benzer hastalık ve tedavi kayıtlarını bir arada tutma,
- Belirli hasta kayıtları ile ilişkili hastalık ve tedavilere ilişkin tanımlayıcı bilgileri indeksleme,
- El yazısı ile kısa özet kayıtlar tutma,
- Ameliyat raporu, doktor gözlemleri daktilo ile yazılması,
- Tıbbi kayıtları saklamada yer kazanmak için mikrofilme alma,
- Bilgisayarlı hasta kayıtları tutma olarak sayılabilir.

1900'lü yıllar tıbbi kayıtların tutulması, saklanması ve hizmete sunulması çalışmaları üzerine bir uzmanlaşmayı da geliştirmiştir. Bu tarihlerde özellikle Amerika'da aşağıda sıralanan gelişmeler tıbbi dokümantasyonun tarihsel gelişimini anlamak için önemlidir.

- 1902’de American Hospital Association’ın kongresinde hastanelerde ilk defa hastaların kayıtlarının ve dosyalarının nitelikli, sağlam ve standart tutulmamasıyla ilgili sorunlar tartışılmıştır.
- 1907 yılında St Mary’s Hospital ve Mayo Klinik ortak çalışması ile hasta bakımına yönelik bir yenilik tanıtıldı. Her yeni hastaya bir klinik numarası verildi ve o hastaya ait tüm veriler tek bir kayıta birleştirildi.
- 1912 yılında beş kişiden oluşan bir grup, Massachusetts General Hospital’da klinik kayıtları gözden geçirmeye ve kontrol etmeye başlamıştır. Bu grubun hekimlerle birlikte çalışmaları ve benzer sağlık kurumlarını da kontrol edip, düzenlemeleri için sürekli olarak bir araya getirdikleri belirtilmektedir.
- Ekibin üyelerinden Grace Whiting Myers’in, tıbbi belgelerle ilgili olarak çalışan kişileri 8-12 Ekim 1928 tarihinde Boston’da bir araya getirmeyi başarması, ilk resmi meslek kurumu olan Association of Record Librarians of North America’nın kurulmasını sağlamıştır.
- 1952’de American College of Surgeons, dört profesyonel örgütle birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals’ı kurmuştur. Joint Commission on Accreditation of Hospitals’ın Amerika’da hastaneleri akredite eden bir kurum olarak ortaya çıkması, tıbbi kayıtların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Tıbbi kayıtlar olarak adlandırılan hasta, temsilci ve müşteri kayıtlarını Joint Commission on Accreditation of Hospitals’ın belirlediği standartlarda hazırlayamayan sağlık kuruluşlarının akredite edilmemesi, tıbbi kayıtları anahtar standart haline getirmiştir.
- Hastanelerde bilgisayarların kullanılmaya başlaması ile yenilenen standartların daha da geliştirilmesi Amerikan Sağlık Enformasyon Yönetimi Derneği (American Hospital Information Management Association-AHIMA) tarafından yapılmıştır. Örgütün adı, 1944 yılında Kanada’lı üyelerin de örgüte girmeleriyle birlikte American Association of Medical Record Librarians olarak değiştirilmiştir (Şenel Tekin ve Köksal, 2018)
- II. Dünya Savaşı’ndan sonra bilim ve tıptaki gelişmeler, tıbbi kayıtların tutulması süreçlerine de yansımıştır. 1960’larda Lawrence Weed tarafından “Problem Odaklı Tıbbi Kayıt” sistematigi geliştirilmiştir. Weed “Probleme Yönelik Tıbbi Kayıt” tutulmasını öneren çalışması ile, yöntemsel olarak bir doktorun vaka değerlendirirken zihnini diğer olasılıklara açık tutmaya yarayan, hekimi hastalarla ilgili düşüncelerinde sağlam mantık kullanmaya teşvik eden bir tıbbi kayıt sistemi

tasarlamıştır. Weed, tıbbi kayıtların tutulması süreçlerinde güvenilir veri toplama, doğruluk, netlik, eksiksizlik ve iyi organize edilmiş gibi belli ilkelere vurgu yapmıştır (Gillum, 2013).

3.4 21.Yüzyıl ve Dijitalleşme Dönemi

Bilgi toplumu, bilgisayar ve bilgisayara dayalı olarak çalışan araçların kullanıldığı bireysel ve kitle iletişiminin sınırlar ötesine geçtiği; temel ekonomik faaliyetlerin bilgi üzerine kurulduğu; üretici ve tüketicileri bir araya getiren hizmet türünün bilgi hizmetleri olarak şekillendiği; sermaye olarak insanın ön plana çıktığı; eğitimin süresizleştiği, her türlü bilgi kaynağının ve bilgi merkezinin önem kazandığı; bilginin kontrolü ve sahipliği için uluslararası örgütlerin kurumlaştığı bir toplum biçimidir (Ünal, 2009).

İnsanların sağlıklarına dair bilgiler, günümüze gelene kadar, tarım toplumunda, sanayi toplumunda hep işlenmiştir. “İşlenmek” kavramı burada ham verinin toplum yararına bilgi olarak dönüşmesi olarak kabul edilebilir. “Sağlık Bilgisinin İşlenmesi” toplumların tarihsel gelişmişlikleri oranında, gerçekleşmiştir. Kıl tabletler üzerindeki sağlık bilgisi dönemin araçlarının ve düşünsel gelişmişliğinin sınırları içinde işlenmiştir. Niceliksel olarak az veri, uzun zamanda işlenebilmiştir. Sanayi Toplumuna gelindiğinde birikmiş olan “sağlık bilgisi” üzerine eklenen her yeni veri mevcut bilgi birikimi ile harmanlanmış, dönemin imkanları dahilinde işlenmiş ve yeni bilgileri ortaya çıkarmıştır.

Bilgiyi elle tutulur, ölçülür bir nicelik haline getirmeyi başaran kişi, Claude Shannon (1916 – 2001) 1948 tarihli “Matematiksel İletişim Kuramı” isimli yayınında, insanların farklı bilgilere verdiği farklı değer ve anlamları tümüyle göz ardı etmeye karar verdi. Yazarak anlatabileceğimiz her şeyin sadece 0 ve 1 ile ve bunun yanında bir telgraf mantığıyla elektrik devresinin “açık” “kapalı” olan iki olası halini kullandığının farkındaydı. En küçük bilgi birimini tam da bu kadar, yani tek bir evet-hayır sorusunun cevabının içerdiği miktarı işaret ederek “Binary Digit” (ikili rakam) olarak tanımladı. “Binary Digit” kelimelerinin kısaltılması ile elde edilen “bit” ise artık bilginin ölçü birimi haline geldi (Say, 2020).

İçinde bulunduğumuz yıl olan 2022’de insanlık bir salgın ile daha karşı karşıya geldi. Bilgi ve İletişim Devrimini yaşamış olan insanlık, 21. yüzyılda bulaşıcı bir hastalık karşısında geçmiş yıllardaki salgınlar karşısında kaldığı ölüm, ekonomik daralmalar, psiko-

sosyal sorunlar ile yeniden yüz yüze geldi. 2019 yılında Çin’de ortaya çıkan ilk vaka, 2020 ortasında Dünyanın 200’ü aşkın ülkesine yayıldı. 2021 yılının ilk aylarında hastalığa karşı etkili aşı bulundu ve toplu aşılalmaya başlandı. Tarım toplumunda yaşayan insanlık ile bilgi toplumunda yaşayan insanlık, ilk kez karşılaştığı, bilemediği bir virüs karşısında aynı güçsüzlüğü yaşadı. Tek bir fark ile birikmiş bilgi birikimine sahip insanlığın elinde, verileri toplayıp hızlıca işleyebilen teknolojik cihazlar vardı.

Tıp genellikle bir beden bilimi olarak düşünülür, ancak aynı zamanda bir veri bilimidir. Bazı bağlamlarda, verilerin sağlığı yönlendirdiği bile iddia edilebilir (Koopman ve diğerleri, 2021). Tıp elindeki var olan bilgiyi kullanarak hastalara tedavi uygulamaları yaparken, bu uygulamaların sonucunda yeni bilgiler de üretir. Bu üretmiş olduğu yeni bilgiler kümülatif çarpan etkisi ile insanlık için geleceğin sağlık uygulamalarının temelini atar.

21. yüzyılda modern tıp uygulamalarında bilgi iletişim teknolojileri efektif olarak kullanılmaya başlandı. Uzaktan görüntülü görüşme teknikleri, vital bulguları ölçme imkânı sunan sensörler, giyilebilir sağlık teknolojisi sağlık hizmeti sunumunda yeni bir sayfa açtı. Sağlık Hukuku alanının ve konusunun çevresi genişledi. Geri ödeme sistemleri daha ayrıntılı hasta kaydı beklentisine girdi. Hasta kayıtlarının kullanım alanı ve önemi arttı. Bu durum Hekimin “hasta kayıtlarını” oluşturmak için ayırdığı sürenin arttırmasına sebep oldu.

Tıbbi dokümantasyon süreçlerinde, kâğıt yapıdaki dokümanlar üzerine el ile kayıt ve elektronik ortamlara klavye, görüntü, ses ile kayıt tekniklerinin kullanılması ile devam etti. Hekim hastasını muayene ederken, içerisinde hastanın geçmiş tıbbi bilgilerini muhafaza eden fiziksel hasta dosyalarını, güncel bilgilerinin yer aldığı HBYS’de yer alan elektronik kayıtları birlikte incelemek zorunda kalmıştır. Bu durum bize Türkiye’deki hastanelerde, hasta dosyaları arşivlerinde bulunan kâğıt yapıdaki hasta dosyalarının dijitalleştirme çalışmalarının önemini gösteren, bilimsel bir kanıttır.

4. TIBBİ DOKÜMANTASYON, HASTA DOSYASI, TIBBİ ARŞİVLER VE KAĞIT YAPIDAKİ TIBBİ BELGELERİN DİJİTALLEŞTİRİLMESİ

4.1 Tıbbi Dokümantasyon

İnsanlara ait sağlık bilgilerinin belli kurallar çerçevesinde kayıt edilmeye başlanmasını tarihsel olarak Hipokrat dönemi ile başladığını kabul edilebilir. Hafızadan yazılı kayda giden düz ve basit bir ilerleme çizgisi olmadı. Önceden çoğunlukla eğitim amaçlı kullanılan sağlık kayıtları, yaklaşık 100 yıldır tamamen resmi bir statü kazanmıştır. Dünya’da ve Türkiye’de son yüzyıldır kişiye ait sağlık bilgisinin oluşturulması, toplanması, muhafaza edilmesi ve hizmete sunulması kanun ve yönetmelikler gibi normlar ile düzenlenmiştir.

Dokümantasyon kelimesi dilimize Fransızca’dan geçmiş bir kelimedir. TDK sözlüğünde Türkçe karşılığı “Belgeleme” olarak verilmektedir. Aynı sözlükte, “Belgeleme” terimi de “Bir çalışma için gerekli belgeleri arama ve sağlama, belgelere dayandırma” olarak belirtilmektedir. “Dokümantasyon” kavramı birkaç eylemi bir arada bildirir. Bunlar belgelerin oluşturulması, toplanması, tasnif edilmesi, korunması, tekrar kullanıma sokulmasıdır.

Bilim insanlarının “Tıbbi Dokümantasyon” kavramı altında topladığı, hasta bilgilerinin oluşturulması, tasnif edilmesi, saklanması ve hizmete sunulması süreçleri günümüzde değerini kaybetmemiştir. Tarım, sanayi iletişim devrimleri ile modernleşen, ilerleyen teknoloji tıbbi dokümantasyon süreçlerinde insanların bu süreçleri gerçekleştirmedeki çalışmalarını kolaylaştırmıştır. Kil tabletlerden, papirüslere, parşömenlere, kâğıda ve en nihayetinde elektronik ortamlara kayıt imkânları ile dünyada ve ülkemizde dokümanların yapısı değişmiştir. Hasta bilgilerinin kaydedildiği ortamların teknolojik değişimi, tarihin hiçbir döneminde görülmediği gibi bugün de tıbbi dokümantasyon kavramı içinde yer alan süreçlerin önemini azaltamamış, bu süreçlere ait sorunlu-eksikli alanları tamamlayıcı olamamıştır. Bugün Dünya’da ülkelerin uyguladığı sağlık sistemleri birbirinden bağımsız olarak işlemektedir, dolayısıyla sağlık kayıtları da buna göre farklılık göstermektedir. Ancak Dünya genelinde tıbbi kayıtların tutulması,

muhafaza edilmesi, elde edilen verilerin işlenmesi süreçlerinin standardizasyon çalışmaları devam etmektedir.

Gelinen noktada tek başına teknoloji ya da standartlaşmanın tıbbi dokümantasyon süreçlerinin çağdaş hedeflerine ulaşmasında, güncel beklentileri karşılamaında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu çalışmada, hastanelerde mevcut fiziksel yapıdaki kâğıt tıbbi dokümanları dijitalleştirme süreçleri, dijital hastane hedefine ulaşmada zorunlu bir basamak olarak görülmektedir. Standardizasyon çalışmalarına da sağlık alanında elde edilen büyük verinin bilgiye dönüşmesi tarafında önem atfedilmektedir. Sonuç olarak; tıbbi dokümantasyon kavramı, teknolojik gelişmeler, standartlar ve hukuki düzenlemeler üzerinden bütünlüklü olarak ele alınarak değerlendirilmelidir.

4.2 Hasta Dosyası

“Sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvuran kişilere uygulanan tıbbi işlemlerle ilgili bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin, bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğuna hasta dosyası denir” (Artukoğlu ve diğerleri, 2002)

Tıp, vaka kayıtlarını temel alarak sonuca ulaşmaya çalışır. Hastanın tedavi sürecinde yer alan sağlık meslek mensupları tarafından hastaya uygulanan her işlem aşamasında, önceden belirlenmiş formlar üzerine ilgili kayıtlar yazılır. Hastaya yapılan işlemlerin kayıtlarını tutma yükümlülüğü, hukuki mevzuat ile düzenlenmiştir. Mevzuata göre hasta dosyası oluşturulması zorunluluğu vardır. Hasta dosyası içerisinde bulunması gereken belgeler ve standartlar bu mevzuatlarda düzenlenmiştir. Son gelinen noktada, hasta bilgileri Dünya’da ve Türkiye’de iki farklı bilgi taşıyıcısı üzerine kayıt edilmektedir. Bu tıbbi dokümanlar kâğıt yapıdaki fiziksel hasta dosyası ve elektronik hasta dosyaları içinde saklanmaktadır. Bugün her iki bilgi taşıyıcısının kullanıldığı sistem “Hibrit Hasta Dosya” sistemi olarak adlandırılmaktadır.

Türkiye’de karton yapıdaki fiziksel hasta dosyasının taşınması gereken biçimsel özellikleri “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbî Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” Ek-1 olarak tanımlanmış durumdadır.

Fiziksel karton Hasta Dosyası içinde bulunması gereken belgeler “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbî Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” 12. Maddede sıralanmıştır.

Hasta dosyasında Şu belgeler bulunmalıdır:

1. Hasta kabul kâğıdı,
2. Tıbbi müşahede ve muayene kâğıdı,
3. Derece formu,
4. Hasta tabelası,
5. Röntgen istek formu ve raporları,
6. Laboratuvar istek formu ve tetkik sonuç raporları
7. Ameliyat formu,
8. Hastanın muayene istek formu,
9. Çıkış özeti.

Bu formlara ek olarak Türkiye’de farklı hastanelerde hasta dosyaları arşivlerinde, mevzuat ve standartların düzenlenmesini ve uygulanmasını emrettiğı çok sayıda tıbbi doküman da hasta dosyaları içerisinde saklanmaktadır.

Elektronik hasta kayıtları ise, hastanın tedavi sürecinde üretilen tüm bilgilerin, elektronik sistemler kullanılarak kayıt altına alınmasıdır ESK (Elektronik Sağlık Kaydı) Tüm bu ESK’ların düzenli bir biçimde toplandığı elektronik klasörler de EHD (Elektronik Hasta Dosyası) olarak kavramsallaştırılabilir.

4.3 Tıbbi Arşivler (Hasta Dosyaları Arşivleri)

Avrupa’da ilk olarak dini kurumların çatıları altında “tıbbi veri arşivleme” nin örnekleri görülmektedir. Sağlık kayıtlarının tutulması medeniyetler arasındaki işleyiş özgünlüğünden dolayı farklılıklar gösterebilmesine rağmen, hastanelerde taburcu edilen hastaların listeleri bu tür birçok kurumda tutulmaktaydı. 18. Yüzyılda tıbbi prosedürler ve gözlemleri belgeleme alışkanlığı, tıbbi uygulamada sabit bir unsur haline geldi (Lorkowski & Jugowicz, 2020).

Hastanelerde “hasta dosyaları” arşivinin varoluşun temel sebebi, oluşturulmuş tıbbi evrakların toplanıp muhafaza edileceğı bir oluşuma ihtiyaç duymasıdır. Tıbbi arşivler toplumu oluşturan öznelerin sağlık bilgilerinin yer aldığı belgeleri bilimsel kurallara uygun olarak toplar, saklar ve yeniden kullanıma hazırlamaktadır. İçinde bulunduğumuz 2022 yılında hasta dosyaları arşivlerinin temel varoluş nedenleri değişmemiştir. Hasta dosyaları arşivleri, geçmişin bilgi birikimini ortaya koymaktadır “Hasta Dosyaları Arşivlerinin” temel malzemesi tıbbi belgelerdir, vaka kayıtlarıdır. Tıbbi arşivler tıp biliminin uygulama

alanının ihtiyaçlarına göre, zamansal ve teknolojik gelişmelere paralel olarak gelişmiş, değişime uğramıştır. Bugün temelde hasta bakım sürecine, hukuku süreçlere, kaliteli hizmet sunumuna, sağlık eğitim süreçlerine yönelik amaçlara göre şekillenmiştir. Bu şekillenmeyi biçimlendiren ana etken bilişim teknolojilerindeki gelişmelerdir. Var olan koşullar hasta dosyaları arşivlerinin üzerine aşağıda ana başlıklarıyla belirtilmiş görevleri yüklemektedir.

1. Hasta dosyalarını bünyesinde toplamak, tasnif etmek, muhafaza etmek, ihtiyaç halinde hizmete sunmak,
2. Hastane iş süreçlerinde hasta ile ilgili oluşturulan tüm kayıtları bünyesinde toplamak, bu tıbbi dokümanları ilgili yerinde muhafaza etmek,
3. Hastaya ait tüm bilgi ve dokümanların güvenliğini sağlamak amacıyla gerekli güvenlik önlemlerini almak.
4. Araştırmacılara yönelik olarak kolaylaştırıcı tüm düzenlemeleri uygulamaya geçirmek,
5. Hasta dosyalarının kontrol süreçlerini düzenleyerek, standartlara uygun hasta kayıtlarının tutulmasını sağlamak,
6. Tıbbi kayıtların düzenli, doğru ve eksiksiz oluşturulması ve güncel ihtiyaçlara yönelik kayıt içeriklerinin, formatlarının belirlenmesi amacıyla “Arşiv Komisyonu” kurulmasına ve işlemesine öncülük etmek.
7. Mevzuata uygun güncel düzenlemeleri uygulamaya koyabilmek,
8. Bünyesine topladığı bilgiyi, bilimsel kurallara uygun olarak tasnif etmek, zamandan ve mekândan bağımsız olarak, hasta tedavi sürecinde ilgili sağlık meslek mensubunun hızlı ve kolay ulaşımına hazır tutmaktır.

4.4 Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)

1980’li yıllardan itibaren kullanıma başlanan Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, hastanelerin sağlık hizmeti sunumları sırasında, sağlık meslek mensuplarına, hastane yönetimine, ülkelerin sağlık sistemini yöneten kurumlara iş süreçlerinin her aşamasında yardımcı olan bilgi işlem sistemleridir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde sistem kavramı “bir sonuç elde etmeye yarayan yöntemler düzeni” olarak tanımlanmıştır. Buradan hareket ile, Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerini bir hastanede bulunması gereken tüm bölümlerin

işleyişinin, ortak amaca yönelik olarak organize edilmiş, bütünlük içeren elektronik kayıt sistemleri olarak tanımlanmaktadır.

2018 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan, tam donanımlı Dijital Hastane Kılavuzunda, “HBYS hizmeti, sağlık tesisi değerlerini niceliksel ve niteliksel olarak değerlendirebilen, ölçebilen ve sağlık tesisinin mevcut veya yenilenecek, güncellenecek tıbbi süreç ve iş akışını kapsayan entegre otomasyon sistemi altyapısı sağlayabilmelidir.” açıklaması yapılmaktadır. Dolayısıyla “bütün veriler, dokümanlar ve tıbbi görüntüler, elektronik ortamda işlem görmelidir” maddesi, bu çalışmanın farkındalık yaratma çabasında olduğu fiziksel yapıdaki hasta dosyalarının dijitalleştirilmesi önerisi için son derece anlamlıdır.

4.5 Kâğıt Yapıdaki Tıbbi Belgelerin Dijitalleştirilmesi

Fiziksel karton yapıdaki hasta dosyaları içerisinde muhafaza edilen kâğıt yapıdaki tıbbi dokümanların dijital kopyalarının oluşturularak, dijital arşivlerde saklanması, zamandan ve mekandan bağımsız olarak kullanıcıların hizmetine sunulması, sağlık hizmet sunucularının günümüz koşullarında, kaliteli sağlık hizmet sunma hedefine ulaşmada uygulamaya koymaları gereken zorunlu bir basamaktır.

Bu basamağın oluşturulması sürecinde dijitalleşme kavramı, dijitalleştirme teknikleri ve tıbbi dokümanların dijitalleştirilmesi iş süreçlerinde kullanılacak uluslararası standartları bu başlık altında yer almıştır.

4.5.1 Dijitalleştirme kavramı

“Dijital” kelimesi Türk Dil Kurumu sözlüğünde “sayısal” ve “Verilerin bir ekran üzerinde elektronik olarak gösterilmesi” olarak belirtilmiştir.

“Dijital” kavramı elektronik cihazlar değil, verinin elektronik olarak işlenip gösterilmesini ifade eder. Dijital kavramı 1 ve 0’ların bir araya gelmesi ve bunun sonsuz bir döngüde devam etmesi ile iki bileşenli veri dizilerinin anlam kazanma sürecini ifade eder. “Dijital dönüşüm” kavramı da verinin sayısal olarak işlenerek insanlar tarafından kullanılması olarak ifade edilebilir (Bozkurt ve diğerleri, 2021).

Bu çalışmada “dijitalleştirme” kavramı; hasta dosyaları arşivlerinde muhafaza edilmekte olan, hasta dosyalarının içinde yer alan fiziksel kâğıt yapıdaki tıbbi dokümanların, teknolojik cihazlar yardımı ile (tarayıcı, fotoğraf makinası v.b) “Dijital Kopya”larının oluşturulması, oluşturulan dijital kopyaların “Dijital Arşiv” sistemlerinde saklanması ve sağlık meslek mensuplarının, hasta tedavi sürecinde bu kayıtlara ulaşımının sağlanması anlamında kullanılacaktır.

Hasta Dosyaları Arşivlerinde muhafaza edilmekte olan hasta dosyalarının her birinin aslında, bir hastalığı anlatan, çok değerli bilgiler içerdiğini söylemek yanlış olmaz. Her bir hasta dosyası bir vaka kayıdır. Her bir hasta dosyası bir hastalığın belirtileri, tanı tedavi metotlarını içeren eğitim dokümanıdır. Hasta dosyalarının “Dijital Kopyaları”nın oluşturularak “Dijitalleştirilmesi” ve “Dijital Arşivler” aracılığıyla saklanması ve yeniden görüntülenebilmesi sağlık çalışanlarına, sağlık kurumlarına ve sağlık sistemine, bilgiye ulaşma ve yeniden üretilmesinde önemli bir katkı sağlayacaktır.

4.5.2 Dijitalleştirme teknikleri

Hasta Dosyaları içerisinde, fiziksel kâğıt yapıda tıbbi dokümanlar yer almaktadır. Güncel uygulamada kâğıt yapıdaki dokümanların dijitalleştirilmesi teknikleri, “sayısal fotoğraf makinaları” ve “tarayıcılar” olmak üzere iki farklı donanımın, insan kaynağı ile kullanılarak, dijital kopyalarının çıkarıldığı ve yazılımsal programlar aracılığıyla bilgisayarların işleyebileceği yapılara dönüştürülmesi süreci olarak görülmektedir.

Kâğıt yapıdaki tıbbi dokümanların dijitalleştirilmesi sürecinde kullanılabilecek tekniklere saha çalışması sonucunda ulaşılmıştır. Çalışmanın saha görüşmeleri sonucunda, DAB Bilgi İşlem ve Elektronik Arşiv Dairesi Başkanlığı envanterinde bulunan çeşitli ebatta ve yapıda belgenin dijital kopyasının çıkartılabilmesi için farklı özellikte, sayısal fotoğraf makinaları ve tarayıcılar kullanıldığı görülmüştür. Hasta dosyaları içinde yer alan kâğıt dokümanların dijital kopyasını çıkaracak, maliyet ve teknik açıdan en uygun cihazın küçük ölçekli bir “hızlı tarayıcı” olması sonucuna varılmıştır.

Dijitalleştirme süreçlerinde yer alan, dijital kopyaların yapıları ise literatürde grafik formatları olarak bilinen, dijital görüntü formatları günümüzde farklı amaçlara yönelik olarak geliştirilmiştir, sayılarının yüzden fazla olduğu bilinmektedir. Dijitalleştirilmiş görüntüler web tabanlı uygulamalar üzerinden hızlı işlem görebilmeleri için, insan gözü ile ayırt edilemeyecek seviyede bir kayıpla sıkıştırma ve dosya boyutlarını küçülten bir

görüntü formatına ihtiyaç duyarlar. Burada ilk akla gelen, görüntü sıkıştırma sırasında gözle görülemeyen ayrıntıların çıkartılarak ve görüntünün büyüklüğünün düşürülerek elde edildiği Jpeg formatıdır (Aydın, 2011). DAB'nın, sürdürmekte olduğu dijitalleştirme projesinde, dijital kopyaların görüntü kaybına izin vermeyen, TIFF görüntü formatını kullandığı görülmüştür.

4.5.3 Tıbbi belgelerin dijitalleştirilme süreçlerinde uluslararası geçerli standartlar

Hasta tedavi süreçlerinde kullanıma giren teknolojik yeniliklerden özellikle tanısal işlemlerde radyolojide kullanılan cihazların ürettiği görüntülerin, farklı bilgisayar programları aracılığıyla görüntülenmesi, depolanması ve geri çağırılması sorununu ortaya çıkardı. Bu soruna uluslararası kabul gören iki standart ile çözüm sunulmuştur. Bu standartlar aşağıda açıklanmıştır.

Gelişen tıbbi cihazların görüntülerinin oluşturulması, okunabilmesi, tanı-tedavi yöntemlerinde hekimler tarafından kullanılabilmesi ve aktarımı konusunda yazılımsal ortak bir dil ve standarda olan ihtiyaca cevap verebilmek adına Amerikan Radyoloji Koleji (ACR) ve Ulusal Elektrik Üreticileri Derneği (NEMA) tarafından bir standartlar komitesi kurulmuştur. 1985 yılında noktadan noktaya görüntü iletişimini kapsayan ilk standartlar olan ACR-NEMA 300 piyasaya sürülmüştür. 1993 yılında bu standart tıbbi görüntü protokolleri internet teknolojileri ile yapılandırılarak, DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine - Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim) olarak yayınlanmıştır (Digital Imaging and Communication in Medicine, (t.y)).

DICOM dosya yapısı bir veri tabanını andırmaktadır. Veri tabanı gibi dosya içerisine hem metin veri hem de 1 ve 0'dan oluşan ikili (binary) ham görüntü verisi eklenme özelliği vardır. DICOM verileri tek dosya içerisinde saklar. DICOM National Electrical Manufacturers Association (NEMA) tarafından Medikal görüntüleme sistemlerinin yaygınlaşmasına yardımcı olabilmek amacı ile tasarlanmış dosya formatını tanımlamaktadır. DICOM en basit tanımıyla; Medikal görüntüler için geliştirilmiş standart dosya formatıdır. Diğer grafik formatlarından ayrılan özelliği yalın olmamasıdır, yani JPEG formatında sadece resim bilgisi ve tanımlayıcı birkaç bilgi vardır. DICOM dosyaları içerisinde ise ham görüntü ile birlikte tanımlayıcı bilgilerde vardır. DICOM dosya biçimi,

bilinen tüm formatlardan farklı olarak medikal görüntüleri, hasta bilgileri, hastane bilgileri ile ilgili daha çok detay saklama özelliğine sahip bir formattır (Ulaş ve Boyacı, 2007).

DICOM sadece standart değil aynı zamanda verilerin aktarımı, görüntülenmesi ve depolanmasını sağlayan bir protokoldür (Balcı ve diğerleri, 2020).

Tüm bu özelliklerinin sunmuş olduğu avantajlar ve dünya ölçeğinde bir standart olmasından kaynaklı, çalışmamızın pilot uygulaması kapsamında hasta dosyalarının, dijital kopyalarının oluşturulması ve dijital arşivlerde saklanması süreçlerinde kullanılacak olan dosya formatı-standardı olarak DICOM standardı tercih edilecektir.

Sağlık merkezlerinde sadece metinsel belgelerin oluşturulmadığı bilinmektedir. Metinsel veriler veri tabanlarında saklanmakta ve geri çağırılabilir. Yukarıda bahsedilen medikal cihazlar tarafından üretilen dijital medikal görüntülerin dijital olarak arşivlenmesi ihtiyacı üzerine PACS sistemleri geliştirilmiştir. Dijital medikal görüntülerin yüksek çözünürlükte olması hekimin görüntüyü incelemesinde çıplak göz ile teşhis yeteneğine yardımcı olur. PACS sistemleri ayrıntılı medikal görüntüleri kayıt edebilmektedir. Sistemin saklama alanı kapasitesi istenildiği takdirde genişletilebilmektedir. Medikal görüntü sisteminde DICOM formatı ile saklanmaktadır. (Ulaş ve Boyacı, 2007).

PACS (Picture archiving and communication system-Görüntü saklama ve iletişim sistemleri) sistemleri HBYS'nden farklı özelliklere sahip, hastanın sosyal güvenlik ve medikal bilgilerinin, görüntülerinin, test sonuçlarının arşivlenmesini sağlamaktadır. Tıp merkezlerinin kendi aralarında ve kurumlar arasındaki bilgilerin paylaşımına olanak sağlar (Harorlı ve Harorlı, 2012).

Cihazlardan alınan tıbbi görüntülerin arşivlenmesi ve ihtiyaç duyulduğunda internet bağlantısı olan her yerden ulaşılabilmesini sağlayan PACS sistemleri tıbbi belgelerin dijitalleştirilmesi süreçlerinde uluslararası geçerli standartlar arasında yer almaktadır. Çalışmamızın pilot uygulaması kapsamında hasta dosyalarının, DICOM standardında üretilmiş olan dijital kopyaları PACS dijital arşiv sistemlerinde saklanacak ve geri çağırılarak görüntülenecektir.

5. TIBBİ DOKÜMANTASYON MEVZUATI

Sağlık Hizmeti süreçlerinde hizmeti alan kişilerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile özel sağlık sigortası arasındaki iletişiminin kurulması amacıyla kimlik bilgileri ve özlük bilgileri, muayene sırasında doktorun aldığı hastalık hikayesi, fiziksel muayene bulguları, tanıya ulaşmak amacıyla yapılan tahliller ve tetkikler, tanının ardından tedavi amacıyla yapılan tüm işlemler; hasta haklarının korunması, bilimsel çalışmalarda ve eğitimde kullanılması ve sağlık kurumlarının idari ve mali süreçlerinde kullanılması ve kanıt oluşturması temel fikri ile kayıt altına alınmaktadır.

Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşlarının arşivleri ile ilgili temel hukuki düzenleme DAB tarafından düzenlenen Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliktir. Bununla birlikte, tıbbi dokümantasyon ile ilgili süreçlerin yasallığı, oluşturulması, toplanması, muhafaza edilmesi, hizmete sunulması ve imha konuları sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların niteliğine ve sundukları sağlık hizmetinin türüne göre değişen farklı hukuki düzenlemelerde yer almaktadır.

Günümüzde tıbbi kayıtlar kâğıt ve elektronik olmak üzere iki temel yapıya sahip bilgi taşıyıcılarında saklanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumlar kâğıt ve elektronik kayıt ortamlarını birlikte kullanmaktadır. Bununla birlikte bu iki tıbbi kayıt sistemini konu alan mevzuatı ayrıştırmak, bütünlüklü bir yasal düzenleme olmaması nedeniyle mümkün değildir.

Tıbbi dokümantasyon ve arşivlerde gerçekleştirilecek dijitalleştirme faaliyetlerine yönelik düzenleme ile ilgili mevzuat, çalışmanın bu bölümünde aşağıda yer alan başlıklar altında toplu olarak aktarılmıştır;

- Tıbbi Kayıtları Oluşturma ve Tutma Yükümlülüğü
- Tıbbi Kayıtların Saklanması ve Korunması Yükümlülüğü
- Tıbbi Kayıtların Gizliliğinin Sağlanması
- Kayıtların Düzeltilmesi, Değişiminin Sağlanması Yükümlülüğü
- Tıbbi Kayıtların Hizmete Sunulması Yükümlülüğü
- Tıbbi Dokümantasyon Süreçlerinde Cezai Sorumluluklar
- Tıbbi Dokümanlarda İmha Süreçleri
- Tıbbi Kayıt Standartları

- Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirme Faaliyetlerine Yönelik Usul Ve Esaslar

5.1 Tıbbi Kayıtları Oluşturma ve Tutma Yükümlülüğü

Kişinin sağlık sorunları ile alakalı başvurmuş olduğu, ayaktan ya da yatarak tedavi aldığı özel ya da kamu kuruluşu farkı gözetilmeden, tedavi süreçlerinde yapılan tüm işlemlerin kayıt altına alınması zorunluluğu farklı yasal düzenlemelerde yer almaktadır. Bu düzenlemelere göre tıbbi kayıtların oluşturmasında yükümlü olanlar sağlık hizmetini yürüten sağlık mensupları ve sağlık hizmetini yürüten kurumlardır.

5.1.1 Hekimin ve sağlık çalışanlarının tıbbi kayıt tutma ve hasta dosyası oluşturma yükümlülüğü

Sağlık Çalışanlarının tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü; kısıtlı sayıda sağlık çalışanını ele alarak da olsa ilk olarak Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) madde 72'de geçmektedir. Buna göre; tıp alanındaki icracılara, hastalarının isim ve kimlik bilgilerini kaydedecekleri protokol defteri tutma zorunluluğu getirilmiş, bu defterlerdeki kayıtların konusu para olan davalarda sahibi lehine delil teşkil edeceği, şeklinde düzenlenmiştir.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) Ek 13. maddesi ve Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40. maddesi uyarınca hazırlanan Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik; sağlık hizmeti sunan meslek uzmanlarını Yönetmelik Ek 1'de (Sağlık Meslek Mensupları, 2014) sunmaktadır.

Tabip ve uzman tabip	Anestezi teknisyeni/teknikeri
Diş tabibi ve uzman diş tabibi	Tıbbi laboratuvar teknisyeni
Eczacı	Tıbbi Laboratuvar ve patoloji teknikeri
Ebe	Tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri
Hemşire	Ağız ve diş sağlığı teknikeri
Klinik psikolog	Diş protez teknikeri

Fizyoterapist	Tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri
Fizyoterapi teknikeri	Ameliyathane teknikeri
Odyolog	Adli tıp teknikeri
Odyometri teknikeri	Diyaliz teknikeri
Diyetisyen	Perfüzyonist
Dil ve konuşma terapisti	Eczane Teknikeri
Podolog	İş ve uğraşı terapisti (Ergoterapist)
Sağlık fizikçisi	İş ve uğraşı teknikeri (Ergoterapi teknikeri)
Radyoterapi teknikeri	Elektronörofizyoloji Teknikeri
Acil tıp teknisyeni	Mamografi teknikeri
Hemşire yardımcısı	Optisyen
Ebe yardımcısı	Acil tıp teknikeri
Biyomedikal mühendisi	Sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı
Gerontolog	Sağlık eğitimcisi/Tıbbi teknolog
Sağlık bakım teknisyeni	Sağlık idarecisi
Psikolog	Çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri
Biyolog	Yaşlı bakım teknikeri / Evde hasta bakım teknikeri
Çocuk gelişimcisi	Tıbbi sekreter
	Biyomedikal cihaz teknikeri

Şekil 1 Sağlık Mensupları Listesi Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik Ek 1’de Yer Alan Sağlık Mensupları

Tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü, kanuna göre sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının görevleri olarak düzenlenmiştir (Sağlık Meslek Mensupları, 2014).

Hastaya, uygulanacak işlemler öncesinde, hastadan “rıza formu”nun imzalaması istenilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği gereğince, mevzuatta öngörülmüş haller ile ileride uyuşmazlık doğması ihtimali olan müdahaleler öncesinde, rıza formunda yer alan bilgilerle ilgili hastaya veya yasal temsilcisine sözlü bilgilendirme yapılarak, imzası temin

edilir. İki nüsha halinde imzalanan rıza formunun bir nüshası sağlık kuruluşunca muhafaza edilir, diğer nüshası hastada kalır. Hastanın acil durumlarda uygulanabilecek müdahaleleri kabul etmemesi halinde, hastadan imzalı beyan sunması istenir, hasta imzalamaktan kaçınırsa sağlık kuruluşu bu durumu tutanağa bağlar. Sağlık kuruluşu, rıza formlarını arşiv mevzuatı kapsamında korumakla yükümlüdür (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü yalnızca sağlık kurumlarının fiziki mekanlarında değil aynı zamanda evde bakım hizmeti için de söz konusudur. Evde bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşunda istihdam edilen hekimler de hasta dosyası tutulmasını sağlamakla görevlendirilmiştir. Hekim, sağlık hizmeti verilen evlere haftada en az bir sefer yapacağı denetimi kaydetmekle yükümlü kılınmıştır (Evde Bakım Hizmetleri, 2005).

Ayakta teşhis ve tedavi uygulaması yapan özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler, hasta dosyalarına gözlem altına aldıkları hastalara ait takip bulguları ile uyguladıkları müdahale ve bakımları kaydederler (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008).

Yataklı Tedavi Kurumlarının tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü ayrıntılı biçimde ilgili Yönetmelikte düzenlenmiştir. Buna göre; önceden hazırladıkları formlara, muayene tarihi, poliklinik kayıt numarası, bulgu ve teşhisleri işlemekle, laboratuvar tetkiklerine ait sonuç ve filmleri eklemekle yükümlüdür. Yataklı Tedavi Kurumlarında çalışan hemşireler, uyguladıkları ilaç ve tedavileri hemşire defterlerine işler. (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

Yataklı Tedavi Kurumlarında yaşanan ölümlerde, servisteki hekim ya da nöbetçi hekim ölüm anı ve sebebini tespit ederek, tabelaya kaydeder. Servis hekimi ya da nöbetçi hekim, sonrasında ölen kişinin yanında bulundurduğu kişisel eşya ve parasını tespit ederek, kayıt altına alıp, saklar. Cenaze gasilhanesine nakledilen ölünün kimliği, özel defterine kaydedilir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 114.maddesindeki düzenlemeye göre ameliyatı yapan uzman yaptığı ameliyatla ilgili bilgileri ameliyat kayıt defterine kaydetmek zorundadır.

Yataklı Tedavi Kurumlarında uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin de tıbbi kayıt tutmaya dair yükümlülükleri yine bu Yönetmelikte düzenlenmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983)

Bu kurumlarda çalışan diyetisyenlerin de mali kayıt ve istatistikler hazırlamak ve kayıt altına almak ve kurumun beslenme hakkındaki bilgilerini tutmakla yükümlüdür. Hemşireler de hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıtları tutmakla yükümlüdürler (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983)

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983) ayrıca; laboratuvar teknisyeni, hasta kabul memuru, arşiv memuru ve tıbbi sekreterin kayıt tutmak ile ilgili görevlerini ve ilgili tıbbi belgeleri de düzenlemiştir.

Laboratuvar teknisyeni; malzeme ve cihazlarını sürekli kontrol edip, sayım işlemlerini yaparak amirine bildirmekle, defter kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Fizik tedavi ve rehabilitasyon teknisyeni, kayıtları ve istatistiklere esas olacak bilgileri hazırlamalıdır. Diş protez teknisyeni, patoloji teknisyeni, eczacı kayıtların usulüne uygun yapılmasını sağlamakla yükümlüdür.

Yataklı Tedavi Kurumlarındaki hasta kabul memuru, hasta kabul defteri tutmakla yükümlüdür. Hasta kabul defterinde, hastaların ayrıntılı kimlik bilgileri, giriş-çıkış tarih ve saati, geldikleri yer ve açık adresleri, yatırılan servis bilgileri, protokol numaraları, hastalık ve sonuçları (şifa, selah haliyle, vefat) bilgileri yer alır. Deftere ayrıca ölen kişilerin ölüm tarih ve saati, ceset hakkında uygulanan işlemleri, cenazenin kurumca nereye gömüldüğü, kurumca ailesine teslim edildiği gibi bilgiler de yazılır. Hasta kabul memuru, hasta kabul defterine kayıt için istenen bilgileri veremeyecek kişileri ya da kimliği belirlenemeyen hastaların kimliklerinin tespit edilebilmesi için başhekim ve nöbetçi hekime bilgi verir, tabelalarını çıkartarak hasta kabul defterine kaydettiği künyelerini aynen bunlara geçirir ve giriş evrakını da ayrıca saklar (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983).

Yataklı tedavi kurumlarındaki arşiv memuru ise, sağlık istatistikçisine bağlı olarak 66. maddeye göre arşivleme yapılan kurumlarda ilk müracaat eden hastaların arşiv defterine kaydını yaparak polikliniğe gidecek muayene fiş veya dosyasını hazırlar ve her dosya üzerine arşiv defterindeki kayıt numarasını işler. İş biten hasta dosyalarını, arşiv tekniği bakımından kontrol ile noksanlarını tamamlattırarak düzenli bir şekilde yerleştirir. Yardımcı kayıtları (çeşitli endeks tipleri) geliştirir ve istatistikle ilgili bir görevli yoksa

istatistik yapar ve bunları uluslararası hastalıkları tasnifine göre hastalık ve ameliyat kod numaraları konulmuş dosyalara yerleştirir. Tabiplerin inceleme, araştırma, makale, test, istatistik ve rapor hazırlamak gibi ilmi çalışmalarında ve günlük arşiv araştırmalarında kendilerine yardımcı olur (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983)

Yataklı Tedavi Kurumlarındaki tıbbi sekreter, hasta müşahede kâğıtlarını, tıbbi raporları ve tıbbi mesleki mektupları hekimlerin söyledikleri şekilde ve usulüne uygun olarak daktilo ile yazar. Tabipler tarafından teyp, pikap ve diğer kayıt cihazlarına söylenenleri deşifre eder. Bilimsel toplantılarda konuşulanları not alır. Gerektiğinde hasta müşahede kâğıtları ve raporların örneklerini çıkartır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983)

Özel Hastaneler Yönetmeliği (2002) gereğince, başvuran her hasta için, hastanın tedavisiyle ilgili müşahedeler ve yapılan muayene, tahlil ve tetkik sonuçları gibi bilgilerin günlük işlendiği hasta dosyası düzenlenmektedir. Hastanın durumundaki günlük değişiklikler de hasta dosyasına kaydedilir. Hastanenin acil servis, poliklinik, klinik, röntgen, laboratuvar ve ameliyathane gibi tıbbî hizmet ünitelerinde, sayfa ve sıra numarası verilmiş ve her sayfası müdürlükçe mühürlenmiş protokol defterlerinin tutulması zorunludur. Ayakta veya yatarak tedavi edilen bütün hastalar için ilgili mevzuatına göre satış fişi veya fatura düzenlenmesi zorunludur.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (2015) ile, sağlık kuruluşlarına, hastalarını protokol defterine kaydetme yükümlülüğü yüklenmiştir. Yönetmelikte sağlık kuruluşları protokol defterinin yanı sıra, teftiş ve denetim defteri, cerrahi müdahale kayıt defteri, sedasyon ve genel anestezi uygulamaları kayıt defteri tutmakla da yükümlü tutulmuştur. Diş protez laboratuvarı kayıt defteri ve radyoloji ünitesi kayıt defterleri tutma yükümlülüğü sadece bu laboratuvar ve ünitelere sahip sağlık kuruluşlarına yüklenmiştir. Sağlık kuruluşları, hastalarına ait teşhis ve müdahale bilgilerini hasta dosyası ile birlikte bu saydığımız defterlerden ilgili olanına işleyecektir (Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti, 2015).

Başvuru yapan hastaları Protokol kayıt defterinde tutma yükümlülüğü Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte (2001) de düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 30. maddesine göre, başvuru sahiplerinin kimlik bilgileri ile uygulanan tıbbi işlemler protokol kayıt defterine kaydedilir (Hiperbarik Oksijen Tedavisi, 2001). Yönetmeliğe göre, iki nüsha halinde düzenlenecek istirahat raporlarının bir nüshası

protokol Kayıt Defterine günlük olarak kayıt edilmeli, hastaya uygulanan tedavilere ilişkin protokol hasta dosyasında konulmalıdır. Sağlık kuruluşu, düzenlediği raporları saklamakla yükümlüdür (Hiperbarik Oksijen Tedavisi, 2001).

Bunun yanında; Röntgen, radyom, elektrikli tedavi uygulayan kuruluşlar da hastalara ait bilgileri protokol defterinde tutmak zorundadır (Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi, 1937).

Diyaliz merkezlerinin sorumlu müdürleri, merkezin hasta kayıtlarını, tıbbi işlemlerine ilişkin kayıtlarını, Bakanlığın talep edeceği bilgileri, Bakanlığın erişimine uygun olarak hazır halde bulundurmakla yükümlüdür (Diyaliz Merkezleri, 2019).

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri protokol kayıt defteri, cerrahi müdahale kayıt defteri ve laboratuvar kayıt defteri bulundurmakla, başvuran hastaları, protokol defterine kaydetmekle, her hasta için bir hasta dosyası hazırlamakla yükümlüdür (Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları, 2014).

5.1.2 Sağlık kuruluşlarının tıbbi arşiv oluşturma yükümlülüğü

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının, yurttaşların sağlık durumlarının izlenebilirliğini, sağlık hizmetlerinin yürütülmesini güçlendirecek kayıt sistemleri oluşturması gereklidir. Bu amaçla kurulacak bilişim sisteminin, ülkenin her tarafından erişime elverişli, e-devlet uygulamalarıyla uyumlu altyapıya ihtiyacı vardır (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987). Aynı düzenlemeye yükümlülük, Kişisel Sağlık Verileri Hakkındaki Yönetmeliğin (2019) 5. maddesinde de yer verilmiştir.

Ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel hastanelerin arşiv birimi, sağlık hizmeti sırasında tutulan kayıtların muhafaza edileceği ve verilerin istatistiki değerlendirme ile kamu kurumlarına ve sigorta kurumlara bilgi sunulmasının güvenle gerçekleşeceği büro veya bölüm olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda Arşiv birimleri, tıbbi kayıt tutma yükümlülüğünün zorunlu birer unsurlarıdır (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin (1983) 32. maddesine göre yataklı tedavi yapılan her kurum merkezi tıbbi arşiv kurmak zorundadır. Buna göre;

kurumun tüm servislerinde doldurulan dosyalar ve bilimsel çalışmalar gibi dokümanlar, isim ve protokol numarası temel alınarak oluşturulan belli bir sistematığa uygun olarak muhafaza edilmelidir ve ilgili usul ve esaslar Yönerge ile düzenlenir. Söz konusu Yönerge, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi adıyla 2001 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve yataklı tedavi kurumlarının merkezi tıbbî arşiv idaresi ve organizasyonu ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir.

Özel hastanelerin sorumlu müdürlerinin, hastanenin tıbbi kayıt ve arşiv sistemlerini kurma ve usul ve esaslara uygun şekilde kayıt ve arşiv tutma işlemlerinin yürütülmesi sorumluluğu bulunmaktadır (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002).

Diyaliz merkezleri, işlem yaptığı hastaların her biri için ayrı ayrı kişisel takip dosyaları tutmaktadır. Bu kayıtlar, fiziki ortamın yanı sıra ayrıca dijital ortamda da tutulabilir (Diyaliz Merkezleri, 2019).

Elektronik ortamdaki kayıtları güvenli olmayan ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarında fiziki ortamda yazılı kayıt tutulacaktır. 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamında elektronik imzalı tıbbi kayıtlar, resmi kayıt olarak kabul edilecek, usulüne uygun biçimde yedekleme ve arşivlemesi yapılacaktır (Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008).

Tıbbi Laboratuvarlarda, kayıt defterleri fiziki ortam yerine elektronik ortamda da tutulabilir. Fiziki ortamda kayıt koşulunun aranmaması için, elektronik ortamdaki verilerin müdahale ve suistimallere karşı idari ve teknik önlemlerle koruma koşulunun sağlanması gereklidir. Yönetmelik, bu konuda laboratuvarın sorumlu müdürüne denetim yetkisi ve yükümlülüğü vermiştir. Elektronik ortamda saklanan veriler düzenli olarak yedeklenmektedir. Elektronik ortamdaki verilerin, denetim ya da resmi amaçla talep edildiğinde, elektronik olarak izlenen evrakın, daha önceki çıktılar ile çelişmemesi gereklidir. 5070 sayılı kanun kapsamında elektronik imzalı tıbbi kayıtlar, resmi kayıt olarak kabul edilecek, usulüne uygun biçimde yedekleme ve arşivlemesi yapılacaktır (Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, 2013).

Son olarak, Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumunda da tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü bulunmaktadır. İlgili Yönetmelik olan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğe göre; uzaktan sağlık hizmeti sunulan kişiye verilen hizmete ilişkin iş ve

işlemler dijital ortamda kaydedilir ve Bakanlık merkezi sağlık veri sistemine gönderilir ve kurumun tabi olduğu mevzuatta öngörülen süre boyunca kurum kendi sisteminde saklar (Uzaktan Sağlık Hizmetleri, 2022).

5.2 Tıbbi Kayıtların Saklanması ve Korunması Yükümlülüğü

Tıbbi kayıtların saklanması ve korunması ilk olarak kayıtların materyal olarak fiziki ve dijital varlığının korunması açısından düzenlenmiştir. Bu konuda, Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2019) Belgelerin Korunması başlıklı 5. Maddesinde, fiziki arşivde yer alan belgelerin zayi olma riskine karşı korunması, elektronik ortamdaki verilerin ise afet, siber saldırı vb. tehdit ve risklere karşı güvenlik altına alınması, felaket kurtarma planı hazırlanması, yedekleme ünitelerinin kurulması yükümlülükleri düzenlenmiştir. Aynı Yönetmeliğin 9. maddesinde ise elektronik arşivler düzenlenmiştir. Bu maddeye göre “elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, tasfiye ve transfer edilebilecek şekilde elektronik arşivlerde tutulur.

İkinci olarak ise tıbbi kayıtların saklanması süreleri hakkında düzenlemeleri mevcuttur. Üniversitelerin Tıp Fakültelerindeki kayıtların tutulmasına ilişkin planda farklı süreler belirlenmiştir. Örneğin; hasta dosyaları 100 yıl, rutin tetkik kayıtlarının saklanma süresi birim arşivinde 5 yıl ve kurum arşivinde 15 yıl saklanmalı şeklinde belirlenmiştir (Devlet Arşivleri Başkanlığı, (t.y)). Özel Hastanelerin tıbbi kayıtlarını ise en az yirmi yıl süre ile saklama yükümlülüğü vardır. Bu kayıtların dijital ortamda saklanmasına dair usul ve esaslar da Özel Hastaneler Yönetmeliğinde (2002) düzenlenmiştir. Bunun yanında; Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik (2019) 11. madde uyarınca ölen kişilerin sağlık verilerinin en az 20 yıl süreyle tutulması gerekmektedir ve ilgili diğer Yönetmeliklerde kayıtların tutulması için belirlenen süreler farklılıklar göstermektedir.

Tıbbi kayıtların ne kadar süre ile saklanacağına ilişkin kamu ve özel hastaneler açısından farklı yasal düzenlemeler mevcuttur. Bu durum ise; gerek hasta hakları ve sağlık meslek mensuplarının hakları açısından gerekse bilimsel araştırmalar açısından tıbbi verilerin güvenilir ve güncel niteliğini kaybetmesine neden olmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin, Sağlık Kuruluşlarının Kayıtları, Bilgilendirme, Tanıtım ve Sağlık Kuruluşu İsimleri başlığı altında yer alan 24.maddesine göre kaydı tutulan belgeler arşiv mevzuatına

uygun biçimde saklanır. Güvenlik koşullarının uygun olması durumunda elektronik kayıt sistemleri de kullanılabilir. Bununla birlikte, resmi kayıtlar Elektronik İmza Kanunu (2004) hükümlerine uygun elektronik imza ile imzalanması ile resmi kayıt statüsü kazanır ve muhafaza edilir.

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulayan Özel Sağlık Kuruluşlarının da tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu konuda sorumlu olan kişi ve tutulacak defterler ilgili Yönetmeliğin Kayıt Arşiv isimli İkinci Bölümünde düzenlenmiştir (Hiperbarik Oksijen Tedavisi, 2001).

Tıbbi kayıt tutma yükümlülüğü sağlık hizmeti sunan kurumların acil servisleri için de bir yükümlülüktür. Bu servis ve birimler kendilerine başvuran kişilerin ve sundukları sağlık hizmetinin verilerini arşiv sistemine uygun olarak tutmakla, saklamakla ve bu verileri merkeze sunmakla yükümlüdür (Acil Sağlık Hizmetleri, 2000).

Evde tedavi ve bakım sürecinde olan hastaların bilgileri, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005) uyarınca hizmeti sunan kurum tarafından tutulur ve arşivlenir.

Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelikte (2017) de hastaların bilgilerinin hasta haklarına ve kişisel verilerin korunmasına uyarak kayıt altına alınmasına ve merkezi kayıt sistemine geçirilmesine; aynı zamanda tanıtımda kullanılmasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Tanıtım faaliyetlerinde hastaya ait bilgilerin kullanılması için hastanın mahremiyetine ve hasta haklarına aykırı davranmama, hastadan onay alma yükümlülüğü bulunmaktadır.

5.3 Tıbbi Kayıtların Gizliliğinin Sağlanması

Tıbbi kayıtların gizliliğinin sağlanması, bu çalışmada hasta mahremiyet hakkı kapsamında ele alınmıştır. Bireyin sağlıklı olma ihtiyacı ile alakalı olarak, sağlık meslek mensupları ile girmiş oldukları ilişki ve iletişim sürecinde, hastanın mahrem bilgileri bu sürece katılan insanlara açık hale gelmektedir.

Hastanın tanısı, tedavisi, sağlık durumu ve bunlarla ilgili faaliyetler sonucunda elde edilen bilgiler hazırlanan rapor dosya ve verilerin korunması, bu süreçte öğrenilen sırların saklanması, hastanın bu bilgilere ulaşabilmesi ve bu bilgilerin içinde yanlış ya da eksik

bilgilerin bulunması halinde bunların düzeltilmesini talep hakkı sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkının kapsamını oluşturmaktadır (Sert, 2007).

Kişilerin sağlık bilgilerinin kayıt altına alınmasının konu edildiği en önemli uluslararası düzenleme olan Biyotıp Sözleşmesinde, kişinin sağlığına dair bilgiler “özel yaşama saygı” hakkı kapsamında değerlendirilmiştir. Kişi, kendi sağlığını ilgilendiren bilgileri öğrenme hakkının yanı sıra, bilgilendirilmemeyi talep etme hakkına da sahiptir. Biyotıp Sözleşmesi, Anayasa’nın 90. maddesinde düzenlenen temel haklara ilişkin uluslararası sözleşmesi olup, iç hukukumuzun bir parçasıdır. (Göçmen, 2021).

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğe (2019) göre kişilerin geçmiş dönemlerde tutulmuş sağlık verilerini, kişiye sağlık hizmeti sunulması amacı olmadığı sürece, açıklamaya yönelik bir zorlamada bulunulamaz. Sağlık hizmeti yürüten görevlilerin kişilerin verilerini öğrenmek amacıyla sözlü veya yazılı bilgi aldıkları esnada, verilerin başka kişilerce öğrenilmesini engelleyecek gerekli fiziki, teknik ve idari önlemleri alması gerekir. Bunun yanında sağlık çalışanları, tahlil ve tetkik sonuçlarının bulunduğu dokümanlardan kişisel verilerin öğrenilmesine engel olmaya yönelik "kısmî kimliksizleştirme veya maskeleye" ve farklı bir kişinin eline geçmesi durumunda kime ait olduğunun tespit edilmemesine yönelik tedbirlerini almakla yükümlüdür (Kişisel Sağlık Verileri, 2019).

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğine göre ise kişisel verilerin korunması ilkesi, sağlık hizmetini yürüten personelin ancak sağlık hizmetinin gereği olduğunda bu verilere erişmesine izin verilmektedir. Personelin verilere erişimi Bakanlık tarafından gerekli hallerde kısıtlanabilir (Kişisel Sağlık Verileri, 2019).

Kişilerin yasal temsilcileri olan avukatlarına yetki verdikleri genel vekaletnameler kişisel sağlık verilerinin talep edilmesi için yeterli değildir. Buna göre vekaletnamelerde müvekkile ait verilerin avukatların erişiminin mümkün olması amacıyla özel hükümler bulunmalıdır. Vefat etmiş kişilerin sağlık verilerine; yasal mirasçılar erişebilirler (Kişisel Sağlık Verileri, 2019).

Bilgi edinme hakkı ile kişisel verilerin korunması hakkının çatışması söz konusu olduğu durumlarda kişinin sağlık bilgileri, bilgi edinme hakkı kapsamı dışında bırakılır.

Bunun istisnası "kamu yararı" olduğu durumlardır ve kurum ve kuruluşlar en az yedi gün önce yazılı olarak talepte bulunabilirler (Kişisel Sağlık Verileri, 2019).

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte (2014) sağlık görevlileri ile sağlık hizmetleri alanında çalışan diğer meslek mensuplarının görevlerini icra ederken elde ettikleri kişisel veriler ile sağlıkla ilgili özel bilgilerini korumak ve bu bilgilerin üçüncü kişilerin eline geçmesini engelleyecek önlemleri almakla yükümlüdür. Bu konuda, rapor düzenlenmesini gerektirecek yasal düzenlemeler, hasta ya da başka kişilerin hayatı tehlikesi halleri istisna olarak düzenlenmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliğine (1998) göre kişiler; kayıtları inceleme ve kayıtların düzeltilmesini isteme hakkına sahiptirler. Tıbbi kayıtlar; hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olan kişiler görebilir. Hastanın bilgilendirilmesi hususunda “hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır”. Bilgilendirmenin makul sürede ve bilgilerinin gizliliğini korumayı mümkün kılacak ortamda yapılması gerekir. Bunun istisnası olan acil durumlar olabilir. Hastanın ayrıca bilgilendirilmeyi istememe hakkına da sahiptir ve bu hakkını yazılı talep ile kullanabilir ve her zaman cayma hakkına sahiptir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen, Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönergenin (2016) Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği başlıklı EK 5.7 sayılı maddesine göre kişisel sağlık kaydı; hasta ile ilgili sözlü bilgileri, yazılı bilgileri, tıbbi müdahaleleri, ön tanıyı, teşhisleri, grafik imajlarını ve faturaları kapsamaktadır. Kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğinin sağlanması amacıyla; Sağlık Bakanlığına “bağlı bütün kurum ve kuruluşlarda (merkez ve taşra teşkilatları, hastaneler, sağlık ocakları, aile hekimleri vs.) hasta sağlık bilgisinin mahremiyeti hususunda uyulması gereken temel kurallar” belirlenmiştir. Bu temel kurallar içinde veri güvenliği konusunda gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik olmak üzere üç temel prensip kabul edilmiştir. Hastanın kayıtlarına yalnızca yetkili kişilerin erişiminin olması, sağlık kayıtlarının hastaya ait olması ve yazılı onayı ile yetkisi olmayan sağlık çalışanlarına yetki verilebileceği, hastanın taburcu olması durumunda kayıtların erişime kapalı olması, hastanın bilgilerinin rızası dışında üçüncü kişilere ve kurumlara ile paylaşılmaması, hastanın bilgilerinin ticaret yapma amacı ile üçüncü kişilerle paylaşılması yasağı, hastanın dosyanın kopyasını alma hakkı ve kayıtların elektronik veya kâğıt ortamda üçüncü kişilere

verilmemesi, hasta dosyalarının ve elektronik kayıtlar ile telefon görüşmesi gibi sesli olarak aktarılan bilgilerin başkaları tarafından öğrenilmesini engelleyecek biçimde kullanılması, hasta kayıtlarının saklanmasına uygun fiziki koşulların oluşturulması, elektronik kayıtların internet ortamında erişilebilir olması da kurala bağlanmıştır. Hasta kayıtlarının ancak bilginin kaynağı kurum ve Bakanlık Bilgi Yönetimi sistemi aracılığıyla araştırma ve istatistik tutma ve Karar Destek Sistemleri için kullanılabileceği düzenlenmiştir (Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt, 2016).

Kişisel Verilerin Korunması konusunu sağlık hizmetleri bağlamında ele alan diğer bir düzenleme olan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliği kişisel verilerin korunması başlığı altında yer alan 12. maddede uzaktan sağlık hizmeti veren kurumlara kişisel verilerin korunmasında sorumluluk yüklemektedir. Bu sorumluluk kapsamında veriler uygun koşullarda saklanır ve ancak idari bir soruşturma durumunda Bakanlık müfettişlerine sunulabilir (Uzaktan Sağlık Hizmetleri, 2022).

5.4 Kayıtların Düzeltilmesi, Değişiminin Sağlanması Yükümlülüğü

Tıbbi kayıtların düzeltilmesi ve değiştirilmesi, kişisel verilerin korunması hakkı kapsamında ele alınması gereken bir konudur. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında oluşan bir hizmet hatası nedeniyle kişiler hakkında hatalı bilgilerin kaydedilmesi ve kişilerin yaşamlarında psikolojik, sosyal, fiziksel vb. dezavantaj oluşturacak sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle kişisel sağlık verilerinin sonradan düzeltilmesi ve değiştirilmesi de mümkün kılınmalıdır.

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik (2019) Madde 13'te kişisel sağlık verilerinin düzeltilmesine ilişkin düzenleme mevcuttur. Bu madde uyarınca, kişiler sağlık verilerinin yanlış düzenlendiğine yönelik bir iddia ile İl Sağlık Müdürlüğünden kayıtların değiştirilmesini talepte bulunma hakkı vardır ve talebi Genel Müdürlük tarafından incelenip sonuçlandırılır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin (1998), Kayıtların düzeltilmesini isteme başlığı altında yer alan 17. maddede de Hasta sağlık hizmeti sunan kurumlardaki kayıtlarının düzeltilmesini ve değiştirilmesini talep etme hakkına sahip olduğu düzenlenmiştir.

Hastanın tıbbi kayıtları düzeltme ve değiştirme hakkını sınırlayan haller ise adli vakalarla ilgili tıbbi kayıtlardır ve bu kayıtların değiştirilmesine engel olmak amacına özgü

Yönetmelik maddeleri mevcuttur. Örneğin Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (2015) 24. maddede adli vakalara ve adli raporlara ait kayıtların değiştirilmemesi için gerekli önlemlerin alınması ve arşivlenip belirlenen süre müddetince saklanması için düzenleme yapılmıştır. Özel Hastaneler Yönetmeliği (2016) 50. maddesi de adli vakaların ve adli raporlara ait tıbbi kayıtların değiştirilmesini önlemeye yönelik düzenleme içermektedir.

5.5 Tıbbi Kayıtların Hizmete Sunulması Yükümlülüğü

Tıbbi kayıtların hizmete sunulması; verilerin işlenmesi kâğıt ortam ve dijital ortama kaydedilerek hastanın, Sosyal Güvenlik Kurumunun ve özel sağlık sigortalarının ve sağlık meslek mensuplarının bilgisine ve kullanımına sunulmasıdır. Sağlık kurumları, oluşturulan veriyi işlemek ve bilgi edinmek isteyen kişilere ve kurumlara sağlamakla yükümlüdürler. Bilgi Edinme Kanunu (2003) kapsamında bu yükümlülük tüm kurum ve kuruluşlar için, bilgi ve belgeleri başvuranların kullanımına sunmak olarak düzenlenmiştir. Bu yükümlülüğün yerine getirilmesine ilişkin sürelerin de belirlendiği Bilgi Edinme Kanununa (2003) göre; kurum ve kuruluşların bilgi edinme başvurularına olumsuz yanıt vermelerinin koşulu; görevleri dışında ve ayrı, özel bir çalışma gerektiren bir bilgi ve belge talep edilmesidir.

Tıbbi kayıtların hizmete sunulması; kişisel verilerin korunması kapsamında bilgi edinme ve değiştirme taleplerini, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hasta takibini ve bilimsel çalışmalara veri sağlamayı ve geri ödeme sistemlerine bilgi sunulmasını mümkün kılmaktadır. Bu kapsamda kişisel sağlık verilerinin hizmete sunulması öncelikle kişisel verilerin korunması hakkı bağlamında ele alınmaktadır.

Kişisel Verilerin Korunması Kanununa (2016) göre özel nitelikli kişisel veriler “ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri”dir ve bu verilerin işlenmesi için kişilerin açık rızasının alınması şartı bulunmaktadır ve ancak aynı Kanun 5. maddesindeki hallerde rıza aranmaksızın işlenebilirler ancak sağlık ve cinsel hayat hakkındaki kişisel veriler bu hükmün dışında bırakılmıştır. Sağlık verilerinin ve cinsel hayat verilerinin rıza aranmaksızın işlenebildiği haller ise “kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık

hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından” yapılabileceği düzenlenmiştir.

Sağlık verilerinin işlenmesi ve açık veri haline gelebilmesine yönelik düzenlemelerin yer aldığı Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik (2019) uyarınca; sağlık verilerinin bilimsel amaçla kullanılması için anonimleştirme ve özel hayatın gizliliği ilkesine uyulması gerekmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetinde şeffaflığı ve hesap verilebilirliği sağlamak, politika ve stratejiler, bilimsel çalışmalar, sağlığa ilişkin ürünlere ve hizmetlere katkıda bulunmak amacıyla internet tabanlı bir açık veri sistemi oluşturulması öngörülmektedir. Bu sistemin oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları Bakanlık belirler.

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu (2003) kapsamında kişiler, kimlik doğrulanmasını mümkün kılacak bilgilerin kullanılması kaydıyla elektronik ortamda veya diğer iletişim araçlarıyla bilgi edinme haklarını kullanabilmektedirler. Ancak tıbbi kayıtlar bilgi edinme hakkı kapsamında edinilecek bilgi ve belgeler dışında bırakılmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998) hükümlerine göre, hasta dosya ve diğer kayıtları vekili ve kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleme ve kopyasını alma hakkına sahiptir. Hasta verilerinin işlenmesi ve hizmete sunulması açısından öneme sahip olan ve tedavi planını içeren çıkış özeti (epikriz) raporunun da hastaya bir nüshası verilmelidir.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2019) kurum arşivlerinden yararlanmaya ilişkin usul ve esasları düzenlemiştir. Birimlerin ihtiyacı olması durumunda kurumdan çıkarmamak koşulu ile belge alabilir ve inceleyebilirler. Belgelerin asıllarının kurum dışına çıkarılması mümkün değilken hizmetin görülmesi ve hakkın korunmasına ve ispatına yönelik kullanılmak üzere belgelerin kopyaları verilebilir. Elektronik ortamdaki belgelere erişim ise izne tabidir. Arşivlerden yararlanıldığı uygulamaların da kaydı ayrıca tutulur. Elektronik ortamda teşekkül eden belgelerden erişim yetkisi çerçevesinde yararlanılır. Erişim yetkisi bulunmayan belgelerden yararlanma talepleri ise birim amirinin izni alınmak kaydıyla belge yöneticisi marifetiyle yapılır. Arşivlerden yararlanmaya yönelik her türlü kayıt düzenli bir şekilde tutulur.

Özel Hastanelerin hastaya sunmakla yükümlü oldukları bilgi ve belgeleri Özel Hastaneler Yönetmeliği (2016) 52. madde düzenlenmektedir. Buna göre; bedeli talep

edilen ilaç ve sarf malzemelerinin türleri ve miktarları ile dışarıdan satın alındıysa reçetesi, adli vakalarda bedeli hasta tarafından ödenen tetkik, tahlil ve görüntüleme sonuçları ile tanı ve tedavi ayrıntılarının bulunduğu belgeler hasta talep ettiğinde kendisine sunulmalıdır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği (2016) kapsamında hizmete sunma konusunda diğer bir düzenleme takibi yapılan gebelerin, yenidoğan ve bebeklerin izlenmesini ve kontrolünü sağlama amacıyla Bakanlık tarafından istenen kayıt ve bildirimlerdir.

Bilgilerin hizmete sunulmalarına yönelik diğer bir düzenleme Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin (2019) 26. maddesidir ve hastaya, diyalize başlamadan önce tedavi seçenekleri hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilmesini ve bu bilgi formunun TÜRKDİVES'e yüklenmesini içerir.

Özel Hastanelerin tıbbi kayıtları işlemesi ve hizmete sunması hakkında uyması gereken düzenleme Özel Hastaneler Yönetmeliği (2016) 49. maddedir. Buna göre; özel hastanelere başvuran tüm vakalara uygulanan tıbbi ve idari işlemler kayıt altına alınır ve bu kayıtların gerektiğinde adli kurumlara ve denetim yapan kurumlar talep ettiğinde sunmak üzere bir tıbbi arşiv kurar. Bununla birlikte fiş ve faturada hastaya sunulan hizmetin ayrıntılı dökümü ve birim fiyatlarını gösteren belgeler de düzenlenir. Bu düzenleme hizmetin bedelinin geri ödenmesi açısından da gereklidir.

Özel Hastanelerin tuttuğu kişisel sağlık verileri merkezi sağlık veri sistemine aktarılır ve işlenir ve Bakanlık tarafından talep edilen diğer belgeler de temin edilir (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2016)

Benzer biçimde Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (2005) de hastalara verilecek belgeleri düzenlemiştir. Yönetmeliğin 25. maddesi uyarınca; evde bakım hizmeti sunan sağlık kurumları, bedeli hastadan alınan malzemelerin miktarını ve listesini, röntgen filmlerini ve raporları, tanı ve tedavide uygulanan tüm işlemleri hastaya vermekle yükümlüdür.

Tıbbi kayıtların hizmete sunulmasında diğer bir uygulama ise Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğe (2019) göre diyalize alınan hastaların organ nakli merkezine başvurularının kayıt altına alınması ve Ulusal Bekleme Listesine kaydının yapılmasıdır.

5.6 Tıbbi Dokümantasyon Süreçlerinde Cezai Sorumluluklar

Tıbbi dokümantasyon süreçlerinde cezai sorumluluk; bilgilerin hatalı ve eksik işlenmesi ile kişisel verilerin korunması hakkının ihlal edilmesi kapsamında ele alınabilir.

Tabâbet ve Şu'abatı San'atlarının Tarz-ı İcrâsına Dâir Kânun (1928); protokol defterlerine zarar veren ve gerçeğe aykırı belge düzenleyen hekimlerin, dış hekimlerinin ve ebelerin Türk Ceza Kanunu hükümlerince belgede sahtecilik suçu işlemiş sayılır.

Hasta Hakları Yönetmeliğindeki (1998) düzenlemeye göre, sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgilerin açıklanması yasaklanmıştır. Kişinin rızası olsa dahi kişilik haklarından vazgeçmesi ve devretmesi sonucunu doğuran ve orantısız olarak sınırlandırılmasına yol açacak hallerde sağlık verilerinin paylaşılması yasaktır ve bu yasağı ilan edenin de hukuki sorumluluğu doğacaktır. Hukuki ve ahlaki açıdan haklı bir neden söz konusu değilken kişiye zarar verecek bilgilerin açıklanmasından açıklayan kişiler hukuki ve cezai olarak sorumludur. Araştırma ve eğitim nedeniyle olsa dahi hastanın kimlik bilgileri açıklanamaz.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987) Ek-11.maddesinde yapılmış düzenlemeye göre, sağlık kurum ve kuruluşları Bakanlık tarafından belirlenen usul ve esaslara göre kayıt tutulmaması ve bildirim yapılmaması hallerinde kademeli olarak uyarı cezası ve para cezasının verileceği düzenlenmiştir.

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin (2019) yasaklar ve idari yaptırımlar bölümünde ise kayıtların düzenli tutulmaması, gerçeğe aykırı ve eksik tutulması ve TÜRKDİVES'e girilmemesi ve talep edilen bilgilerin Müdürlüğe gönderilmemesi durumunda idari yaptırımların uygulanacağı düzenlenmiştir.

5.7 Tıbbi Dokümanlarda İmha Süreçleri

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğe (2019) göre imha; “ileride kullanılmasına ve saklanmasına gerek görülmeyen, arşiv belgesi veya arşivlik belge dışında kalan, hukuki kıymetini ve bir delil olma vasfını kaybetmiş belgelerin yok edilmesi işlemi” olarak tanımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İdari Hizmetler Daire Başkanlığı, Kurum/Birim Arşiv İş ve İşlemleri tarafından 13.05.2022 tarihinde resmi

internet sitesinde yayınlanmış olan “Saklama Süreli Standart Dosya Planı” Bakanlığın yetki alanındaki tüm hizmet süreçlerinde üretilen belgelerin ne kadar süre ve nerede saklanması-korunmasına dair düzenlemeler içindeki en güncel çalışma olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Fiziki ve elektronik tıbbi kayıtların imha süreçlerine yönelik incelenen diğer mevzuat aşağıda yer almaktadır.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2019) uyarınca kurum arşivleri ve merkez arşivlerdeki ayıklama ve imha işlemleri öncelikle eski yıllara ait belgelerin ayıklanması ile yapılır ve imha işlemine Ayıklama ve İmha Komisyonları karar verir. E-arşivlerdeki belgelerin tasfiyesi ise saklama planlarına göre sistemde yapılır.

Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkındaki Yönetmelik (2022) kapsamındaki kişisel veriler (sesli veya görüntülü kayıtlar), on iki aylık saklama süresinin bitiş tarihi itibarıyla silinmelidir. Silme işlemi için, herhangi bir bildirim ihtiyacı yoktur.

3473 Sayılı Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun (1988) ile arşiv malzemesi bulunduran kurum ve kuruluşlara, arşiv saklama yükümlülüğü verilmiştir. Kanunda, kurum ve kuruluşların arşivleri saklama yükümlülüğü, yönetmelik ile belirlenen süre ile sınırlandırılmıştır. Saklama süresinin dolması itibarıyla, arşivi Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim edecek, korunması gerekmeyen arşiv verileri yok edilecektir. Kurum ve kuruluşların, ayıklama ve imha komisyonları oluşturma yükümlülükleri vardır. Kanunda, arşiv malzemelerinin tasarruf amacıyla kullanılması, tahrif ya da yok edilmesi yasaklanarak, arşiv silme işleminin amacı dışında kullanımının önüne geçilmeye çalışılmıştır.

İmha usulü, Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkındaki Yönetmeliğin (2019) 22. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre, imha edilmiş belge parçalanırken sonradan okunmasının mümkün olmaması gereklidir. İmha edilen belge geri dönüşümde kullanılır. İmha edilecek belgenin kendi özel mevzuatında ayrı bir imha usulü yoksa, bu yönetmelikteki usul uygulanacaktır. Elektronik ortamda arşivlenen belgeler, sonradan erişilip okunması, kullanılması mümkün olmayacak şekilde sistemden çıkarılmak suretiyle imha edilir.

5.8 Tıbbi Kayıt Standartları

Devlet Arşivleri Başkanlığı (DAB) tarafından yayınlanmış olan Arşiv ve Arşivcilik: Kuram, Strateji ve Uygulamalar isimli yayınında “arşiv; tabi olunan mevzuat hükümlerine, meslekî ilke ve standartlara uygun biçimde sahip olduğu arşiv değeri taşıyan belgeleri koruma ve hizmete sunma sorumluluğunu yerine getiren türü ve görev kapsamına göre çeşitli ölçeklerde oluşturulmuş bilgi-belge merkezi” olarak tanımlanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, 2021).

Türkiye’de arşivler bilgi ve belge güvenliğinin sağlanması açısından hukuki düzenlemelerin ve standartların asgari koşulları sağlanmalıdır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı, 2021).

Özel olarak, Türkiye’de hastanelerde bulunan hasta dosyaları arşivlerinin uyması gereken asgari standartlara Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş olan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane yayınının, tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri bölümü altında yer verilmiştir. Bu standartın SKS-6 olarak geçen son versiyonu, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye’de sağlık alanında hizmet sunan tüm hastanelerde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Hasta dosyaları arşivlerinin asgari sahip olması gereken standartları çalışmanın bu başlığı altında, arşiv hizmet binalarının standartları, tıbbi belgelerin arşiv hizmet binalarına toplanması, tasnif edilmesi, bilgi güvenliğinin sağlanarak korunması süreçlerindeki standartlar, tıbbi belgelerin hizmete hazırlanma süreçlerindeki standartlar ve tıbbi belgelerin imha edilme süreçlerindeki standartlar olarak ele alınmıştır.

5.8.1 Tıbbi arşiv hizmet binaları standartları

Tıbbi arşiv faaliyetlerinin sürdürüleceği hizmet binalarının standartları mevcut mevzuat düzenlemeleri içinde dağınık bir biçimde yer almaktadır.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğine (2019) göre “arşivlerin oluşturulmasında ve düzenlenmesinde TS 13212 numaralı “Arşiv Mekanlarının Düzenlenmesi” standardı” uygulanır.

TS 13212 No’lu söz konusu standart; “devlet arşivi, bağımsız arşivler, özel arşivler, kurum arşivleri ve birim- ünite arşiv mekânlarının düzenlenmesi ile ilgili genel kuralları kapsar” (Türk Standartları Enstitüsü, 2016). Bu standartta ayrıca; fiziki yerleşim ve alanlarına ait özellikler ile ilgili kurallar, yapı ve iç donanım özellikleri, arşiv personelinin çalışma mahalleri ile bürolar, arşiv malzemesinin korunması ile ilgili kurallar belirlenmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane 6. Sürümde; Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetler bölümünde “tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşabilmesinin sağlanması” hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

SKS Hastane 6. Sürümde; Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri bölümünde arşivlerin mekanlarına ilişkin şu düzenlemeler mevcuttur:

“DTA06 Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır”.

“DTA06.01 Arşiv bölümü, tüm birimlerin kolayca ulaşabilecekleri şekilde konumlandırılmalıdır”.

5.8.2 Tıbbi belgelerin arşiv hizmet binalarına toplanması, tasnif edilmesi, bilgi güvenliğinin sağlanarak korunması

Tüm tıbbi arşivlerin oluşturulma amacı, delil niteliğindeki tıbbi belgeyi saklamak ve korumaktır. Bu hedef, bilginin ve taşıyıcısı olan belgenin güvenliğinin sağlanmış olduğu, arşiv personeline iş süreçlerinde ergonomik kullanım alanı sunabilen, fiziksel alt yapısı oluşturulmuş mekânsal alanlarda gerçekleşebilir. Hastane tıbbi arşivlerinin araştırma amaçlı çalışmalara da uygun mekânlar olarak standartlaşması önemlidir.

Belgelerin depolanması ve güvenliğinin sağlanması konusundaki mevcut standartlar SKS Hastane 6. sürümünde dosyaların güvenliğine ilişkin aşağıdaki standartlar ile belirlenmiştir;

“DTA01.01 Ayaktan ve yatan tüm hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği
- Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları
- Hastane standart dosya planı ve içeriği
- Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması
- Arşiv hizmetlerinin işleyişi

“DTA02 Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.”

“DTA03.01 Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

- Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye hangi koşullarda erişebileceği)
- Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
- Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç

“DTA04.02 Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir.”

- Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.
- Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.

“DTA04.03 Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.”

Hasta dosyasında hastanın;

- Adı soyadı
- Doğum tarihi
- Cinsiyeti
- İkametgah bilgileri
- Medeni durumu
- Eğitim durumu
- Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda başka birine yetki verip vermediği, verdi ise kişiye ait bilgiler
- Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır

“DTA04.04 Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.”

“DTA06.02 Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.” Buna göre;

- Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır,
- İklimlendirme yapılmalıdır,
- Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

“DTA07 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır”.

“DTA07.01 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Arşiv planı
- Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme
- Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü
- Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi
- Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar
- Adli vaka dosyalarının yönetimi

“DTA07.02 Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.”

5.8.3 Tıbbi belgelerin hizmete hazırlanma süreçleri

Belgelerin hizmete hazırlanması konusundaki mevcut standartlar SKS Hastane 6. sürümünde aşağıdaki standartlar ile belirlenmiştir;

“DTA04.01 Ayaktan ve yatan hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmelidir.

- Ayaktan hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtlarına (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır

“DTA05.01 Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.”

“DTA05.02 Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:”

- Hastanın başvuru nedeni
- Önemli bulguları
- Konulan teşhis
- Uygulanan tedaviler
- Hasta taburcu olurken genel durumu
- Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar
- Kontrol zamanı
- Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları
- Hastanın dikkat edeceği hususlar

“DTA05.03 Taburculuk özetinin bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir”

5.8.4 Tıbbi belgelerin imha edilme süreçleri

Tıbbi Belgelerin saklanma sürelerine ve imha edilme süreçlerine ilişkin mevcut standartlar, “Saklama Süreli Standart Dosya Planı” (Sağlık Bakanlığı, 2022) ve SKS Hastane 6. Sürümün ilgili bölümünde belirtilmiştir.

“DTA07.01 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

5.9 Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirme Faaliyetlerine Yönelik Usul Ve Esaslar

Türkiye’ de kurum arşivlerinde bulunan kağıt belgelerin dijitalleştirilmesi çalışmalarına ilişkin düzenleme, DAB tarafından 13.07.2020 tarihinde yükümlülere bildirilen, “Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirme Faaliyetlerine Yönelik Usul ve Esaslar” ile belirlenmiştir. Bu usul ve esaslara göre, dijitalleştirme işlemi yapılacak kurumda öncelikle belge yönetimi ve arşiv hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu birim amiri veya ilgili belge yöneticisi başkanlığında, arşiv biriminden bir personel, dijitalleştirilme işlemi yapılacak birimden iki çalışan ve bilgi işlem faaliyetlerini yürüten

birimden bir çalışanın katılımı ile en az beş üyeden oluşan dijitalleştirme komisyonu kurulmalıdır. Dijitalleştirme süreci bu komisyon tarafından yönetmeliklere uygun olarak koordine edilmelidir. Dijitalleştirme alışmaları kurumun elektronik ortamda verdiği hizmetleri destekler nitelikte, kurumun kullanımında olan elektronik belge yönetim sistemleri ile uyumlu olmalıdır. Dijitalleştirme süreçleri için bir talimat düzenlenmeli, personel eğitilmeli ve her aşamasında kalite kontrol süreçleri işlemelidir.

Dijitalleştirme işlemi orijinal belgenin içeriğini eksiksiz olarak içermeli, belgenin yapısına zarar vermeyecek uygun cihazlar kullanılmalı. Oluşturulan dijital kopyanın dosya formatı, dosya adı gibi teknik konularda standartlar dikkate alınmalıdır. Oluşturulan dijital kopyalar erişim ve kullanım yetkileri belirlenmiş, bilgi güvenliği sağlanmış, yapılan her işlemin izlenebilirliği sağlanmış kurumun bilişim sistemlerinde muhafaza edilir (Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirilme, 2020).

6. ARAŞTIRMANIN AMACI, ÖNEMİ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı, önemi, yeri ve yöntemi ele alınmıştır.

6.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, kâğıt yapıdaki dokümanlar üzerinde, bulunan hasta kayıtlarının dijital kopyalarının oluşturulup, dijital arşivlerde saklanması ve gerektiğinde kullanıcı tarafından görüntülenebilmesi amacıyla yönelik olarak, örnek teşkil edecek bir dijitalleştirme çalışması ortaya koymaktır.

Dijital kopyalama ve dijital arşivleme işlemlerinin, zamanın sağlık kurumlarına yüklemiş olduğu, hastanın geçmiş bilgilerine, eksiksiz-bütünlüklü olarak ulaşmadaki görevini yerine getirmede bir araç olarak kullanabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla bu araştırmada konu alınan tıbbi arşivlerin dijitalleştirilmesi sağlık kurumlarının bilgiye ulaşmada elde edebileceği kolaylık aynı zamanda arşivlerin küçülmesiyle sağlanacak yer tasarrufu adına önem arz etmektedir.

Araştırmanın amacı etkinliğini daha da artırmak üzere uluslararası standartlara uygun, kaliteli, verimli bir Tıbbi Dokümantasyon ve Tıbbi Arşiv süreci oluşturmak için dijitalleştirme örneğini ortaya koymaktır.

6.2 Araştırmanın Yeri ve Evreni

Çalışmanın dijitalleştirme pilot uygulaması, Ankara’da bir vakıf üniversite hastanesinin arşiv ve tıbbi dokümantasyon ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışma örneklemine alınan vakıf hastanesi 1982 yılından bu yana hasta kabul etmekte ve hasta kabul etmeye başladığı günden itibaren, tıbbi kayıtlar hasta dosyaları içlerinde “Hasta Dosyaları Arşivi” bünyesinde korunduğu görülmektedir.

Arşiv ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi; merkez dosya arşivi, ayıklanmış hasta dosyası arşivi ve evrak depolama alanı olmak üzere üç farklı kullanım alanında, 1600 metrekare kapalı alanda hizmet vermektedir. 1,124,500 adet hasta dosyasını (30.05.2022 tarihi gün sonu sayısı) muhafaza etmekte, gerektiğinde hizmete sunmaktadır. Ünite hasta dosyalarının günlük işlem gördüğü, arşivlendiği “Dosyalama” bölümü ile taburcu hasta

dosyalarının kontrollerinin, ilgili istatistiklerin ve diğer çalışmaların yapıldığı “Tıbbi Dokümantasyon” bölümlerinden oluşmaktadır. Ünite sorumlusu olarak 1 kişi, dosyalama bölümünde 5 kişi, tıbbi dokümantasyon bölümünde 2 kişi, evrak taşıma memuru (posta) olarak 3 kişi, kadrolu olarak çalışmaktadır.

6.3 Yöntem

Hasta dosyaları arşivlerinde mevcut kâğıt tıbbi dokümanların saklanması ve korunmasının yarattığı sorunların çözümüne yönelik olarak kâğıt dokümanların dijital kopyasının oluşturulması/dijitalleştirilmesi ve dijital arşivlerde korunmasına yönelik en optimum yöntemi bulmak üzere Ankara’da bulunan ve tıbbi arşiv ünite sorumlularına ulaşılabilen beş hastane ile mevcut dosya saklama metodolojilerini anlamak üzere görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler hastanelerin hasta dosyaları arşivlerinde, ünite sorumluları ile yüz yüze önceden hazırlanmış görüşme formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma dokümanında EK1 olarak sunulmuş olan görüşme formu, hasta dosyası oluşturma süreçlerinin nasıl işlediği, hasta dosyaları arşivlerinin yönetim ve işleyişleri hakkında bilgilerin, hasta dosyaları arşivlerinde mevcut envanterlerin ve kullanım alan bilgilerinin, hasta dosyalarında herhangi bir ayıklama ve dijitalleştirme projesinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmedi konusunda bilgilerin sorulduğu beş başlıktan oluşmuştur.

Ayrıca hasta dosyaları arşivlerde bulunan kâğıt belgelerin dijitalleştirilmesi konusunda mevcut görüşlerini alabilmek adına Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü İdari Hizmetler Daire Başkanlığı, Kurum Birim ve Özlük Dosyaları Arşivleri birimi ile ve Devlet Arşivleri Başkanlığı Bilgi İşlem ve Elektronik Arşiv Dairesi Başkanlığı Dijital Arşivleme Koordinatörlüğü ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya konu olan vakıf üniversite hastanesi tıbbi arşivinde yer alan dokümanların dijital kopyasının çıkarılarak, dijital arşive yüklenmesi ve tekrar hizmete sunulması adına, KBB polikliniğinde bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulamanın sonuçları değerlendirilmiştir.

7. BULGULAR

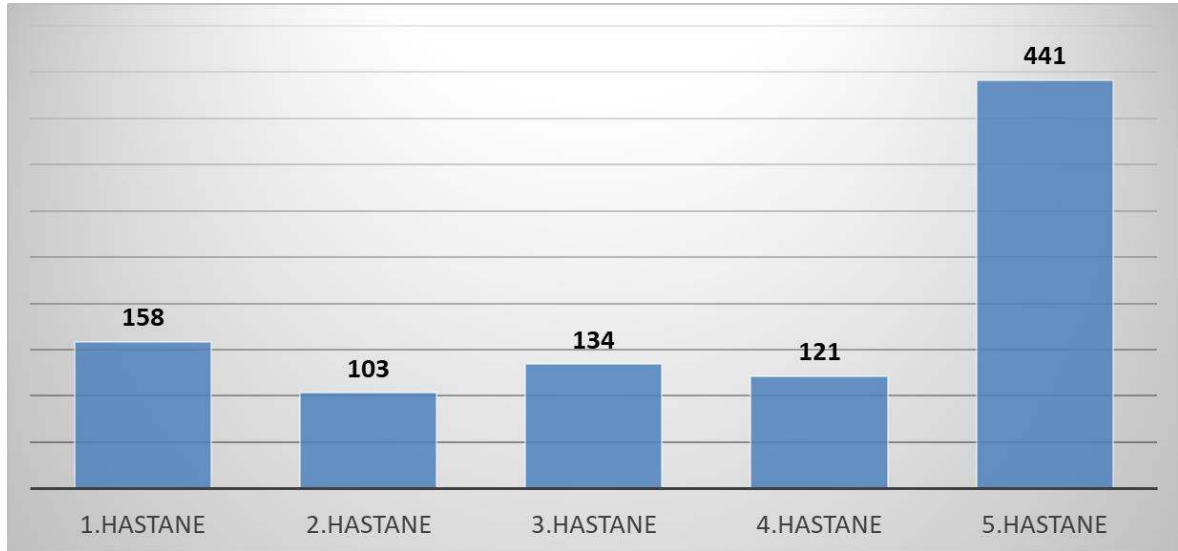
7.1 Ankara Özelinde Hasta Dosyaları Arşivlerinin Mevcut Durumu Hakkında

Durum Analizi-Saha Çalışması

Çalışmanın saha araştırması kısmında Ankara ilinde araştırmayı kabul eden, halen hizmet vermekte olan 1 Vakıf Üniversitesi Hastanesi, 1 Devlet Üniversitesi Hastanesi, 3 Özel Hastane olmak üzere 5 hastanenin Hasta Dosyaları Arşivi sorumlu kadrosundaki kişiler ile, ek olarak sunulan “görüşme formu” (Ek 1. Görüşme Formu) kullanılarak, yüz yüze görüşme yapılarak toplanan sayısal ve sözel bilgiler, bulgular kısmında analiz edilmiştir. Hasta dosyaları arşivlerinin fiziki koşulları yerinde gözlemlenmiştir.

7.1.1 Görüşme yapılan hastanelerin yatak sayısı

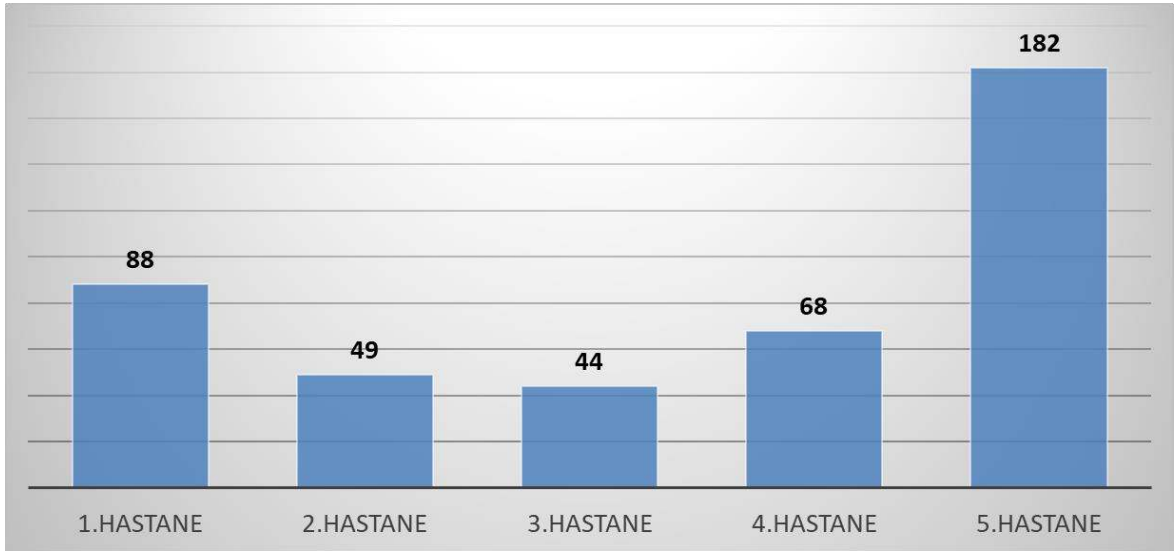
Araştırmayı kabul eden 1.özel hastanenin yatak sayısı 158, 2. Özel hastanenin yatak sayısı 103, 3.Devlet üniversitesi hastanesinin 134, 4.özel hastanenin yatak sayısı 121, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin yatak sayısı 441 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 2 Hastane Yatak Sayısı

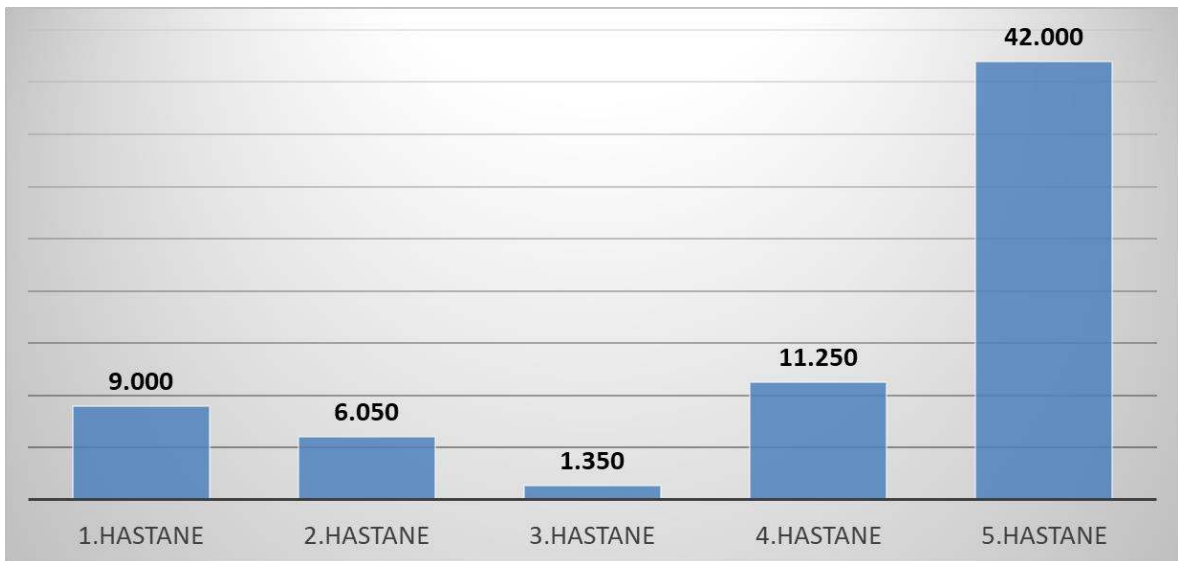
7.1.2 Görüşme yapılan hastanelerdeki hekim sayısı

Araştırmayı kabul eden 1.özel hastanenin hekim sayısı 88, 2. Özel hastanenin hekim sayısı 49, 3.Devlet üniversitesi hastanesinin hekim sayısı 44, 4.özel hastanenin hekim sayısı 68, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin hekim sayısı 182 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 3 Çalışan Hekim Sayısı

7.1.3 Aylık ayaktan ortalama poliklinik sayısı

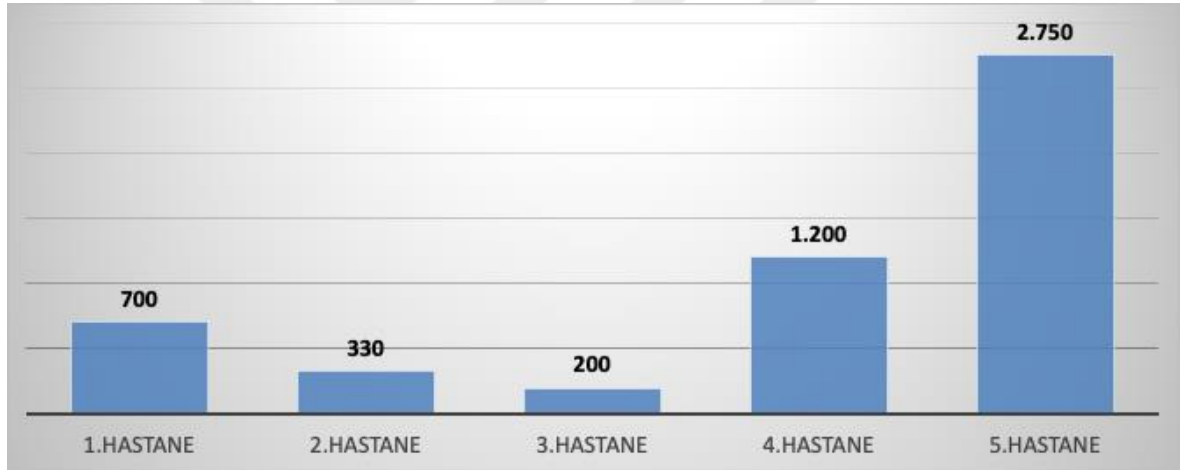


Şekil 4 Ortalama Ayaktan Poliklinik Başvuru Sayısı

Araştırmayı kabul eden 1.özel hastanenin ortalama ayaktan poliklinik başvuru sayısı 9.000, 2. Özel hastanenin ortalama ayaktan poliklinik başvuru sayısı 6.050, 3.Devlet üniversitesi hastanesinin ortalama ayaktan poliklinik başvuru sayısı 1.350, 4.özel ortalama ayaktan poliklinik başvuru sayısı 11.250. 5. vakıf üniversitesi hastanesinin aylık ortalama ayaktan poliklinik başvuru sayısı 42.000 olarak tespit edilmiştir.

7.1.4 Aylık ortalama yatan hasta sayısı

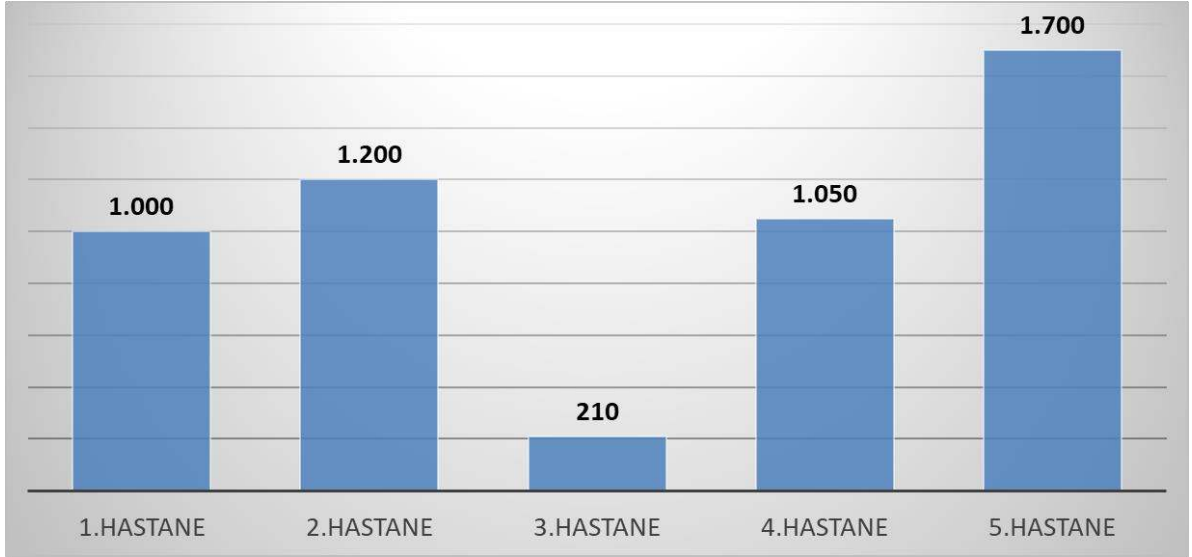
Araştırmayı kabul eden 1. özel hastanenin aylık ortalama yatan hasta sayısı 700, 2. özel hastanenin aylık ortalama yatan hasta sayısı 330, 3. devlet üniversitesi aylık ortalama yatan hasta sayısı 200 4. özel hastanenin aylık ortalama yatan hasta sayısı 1.200, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin aylık ortalama yatan hasta sayısı 2.750 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 5 Aylık Ortalama Yatan Hasta Sayısı

7.1.5 Aylık ortalama oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı

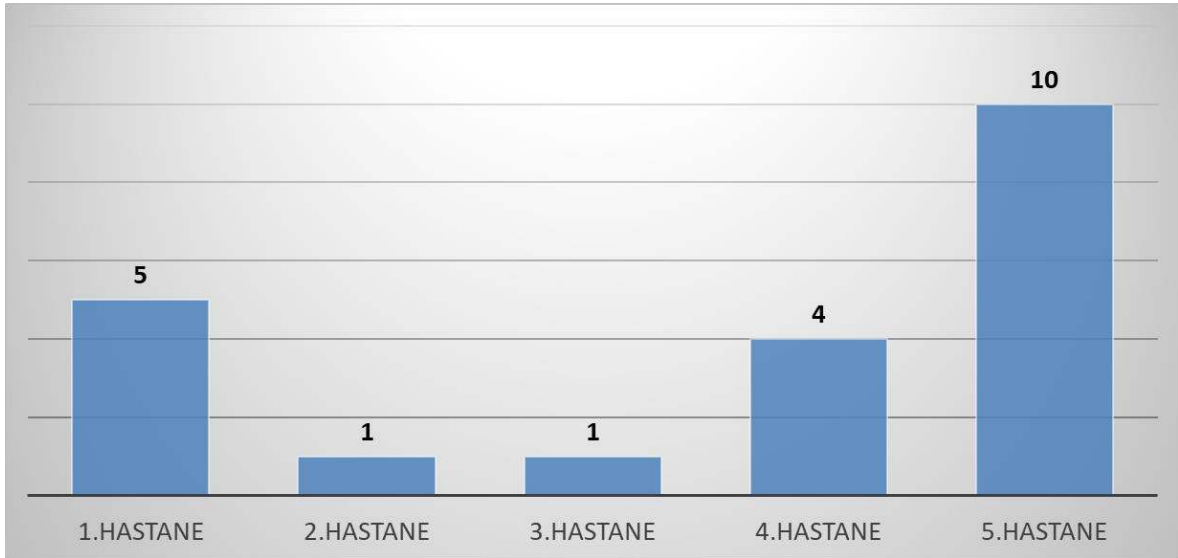
Araştırmayı kabul eden 1.özel hastanenin aylık ortalama oluşturduğu fiziksel hasta dosyası sayısı 1000, 2. Özel hastanenin aylık ortalama oluşturduğu fiziksel hasta dosyası sayısı 1.200, 3.Devlet üniversitesi hastanesinin aylık ortalama oluşturduğu fiziksel hasta dosyası sayısı 210, 4.özel hastanenin aylık ortalama oluşturduğu fiziksel hasta dosyası sayısı 1.050, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin aylık ortalama oluşturduğu fiziksel hasta dosyası sayısı 1.700 olarak tespit edilmiştir



Şekil 6 Aylık Ortalama Oluşturulan Fiziksel Hasta Dosyası Sayısı

7.1.6 Görüşmeye katılan hastanelerin personel sayısı

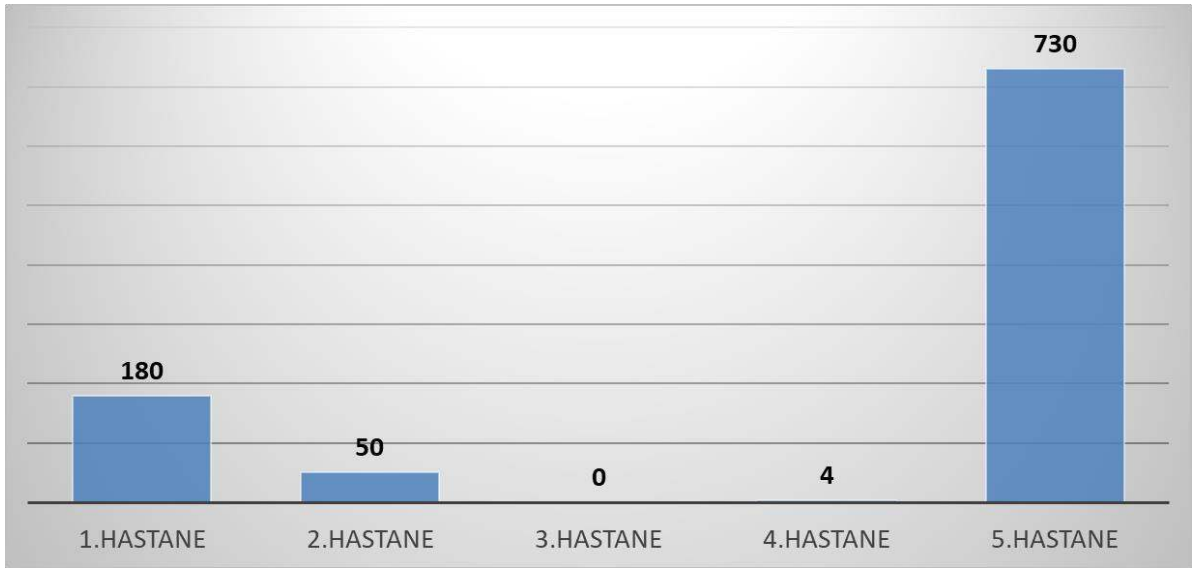
Araştırmayı kabul eden 1. özel hastanenin arşivinde çalışan personel sayısı 5, 2. özel hastanenin arşivinde çalışan personel sayısı 1, 3. devlet üniversitesi hastanesi arşivinde çalışan personel sayısı 1, 4. özel hastanenin arşivinde çalışan personel sayısı 4, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin arşivinde çalışan personel sayısı 10 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 7 Görüşmeye Katılan Hastanelerin Personel Sayısı

7.1.7 Günlük ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı

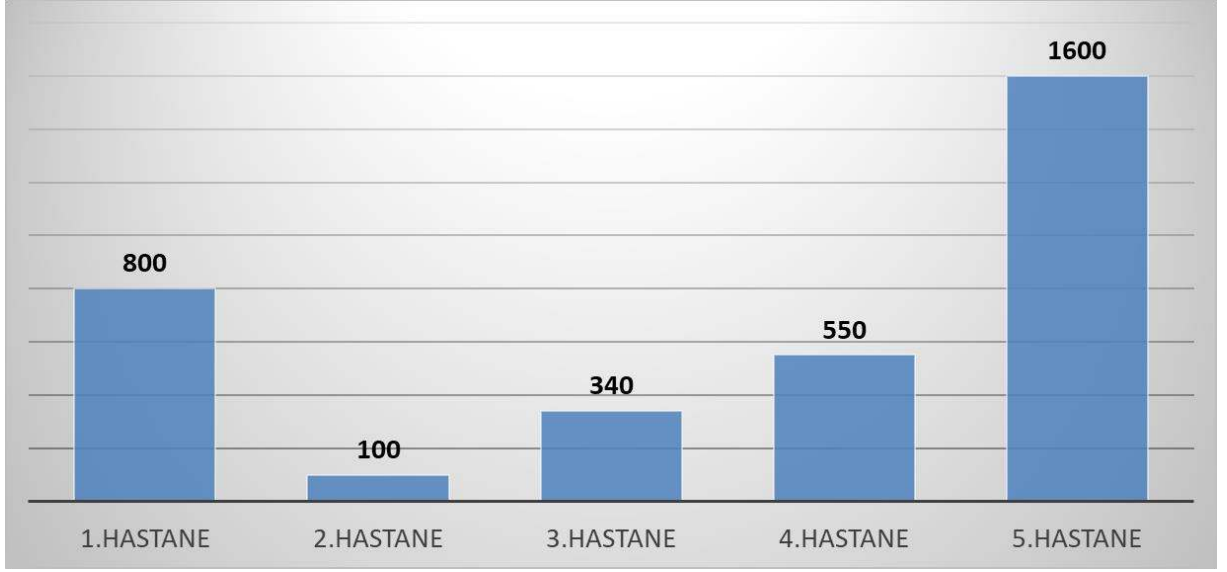
Araştırmayı kabul eden 1. özel hastanenin arşivinde günlük ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı 180, 2. özel hastanenin arşivinde günlük ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı 50, 3. devlet üniversitesi hastanesi arşivinde ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı 0, 4. özel hastanenin arşivinde ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı 4, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin arşivinde ortalama işlem gören hasta dosyası sayısı 730 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 8 Günlük Ortalama İşlem Gören Hasta Dosyası Sayısı

7.1.8 Arşiv hizmet binası toplam metrekaresi

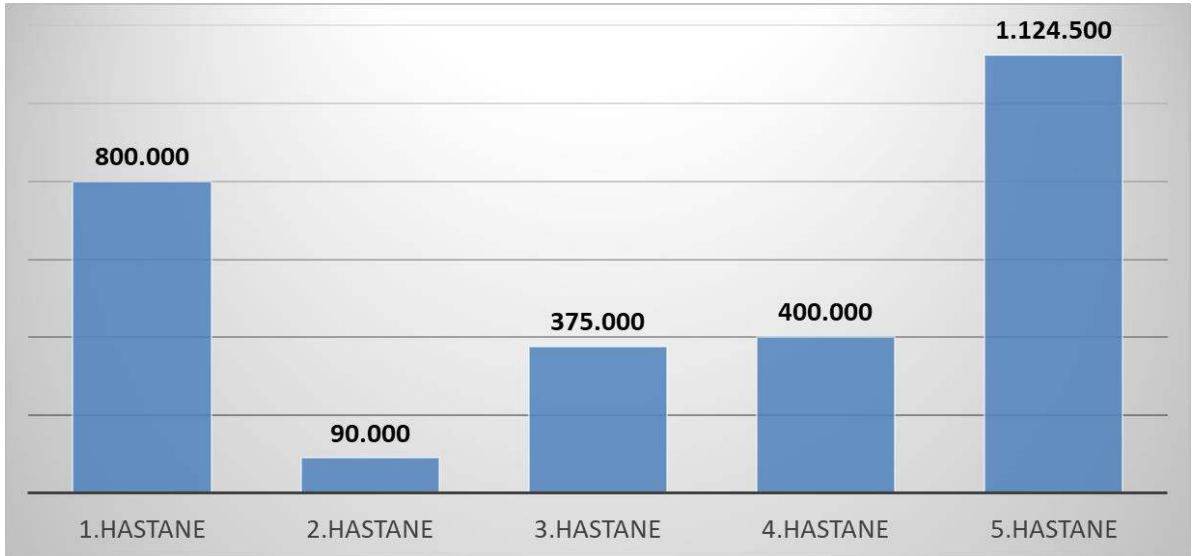
Araştırmayı kabul eden 1. özel hastanenin arşiv hizmet binası toplam metrekaresi 800, 2. özel hastanenin arşiv hizmet binası toplam metrekaresi 100, 3. devlet üniversitesi hastanesi arşiv hizmet binası toplam metrekaresi 340, 4. özel hastanenin arşiv hizmet binası toplam metrekaresi 550, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin arşiv hizmet binası toplam metrekaresi 1.600 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 9 Arşiv Hizmet Binası Toplam Metrekaresi

7.1.9 Arşivlerde bulunan bugün itibariyle mevcut hasta dosyası sayısı

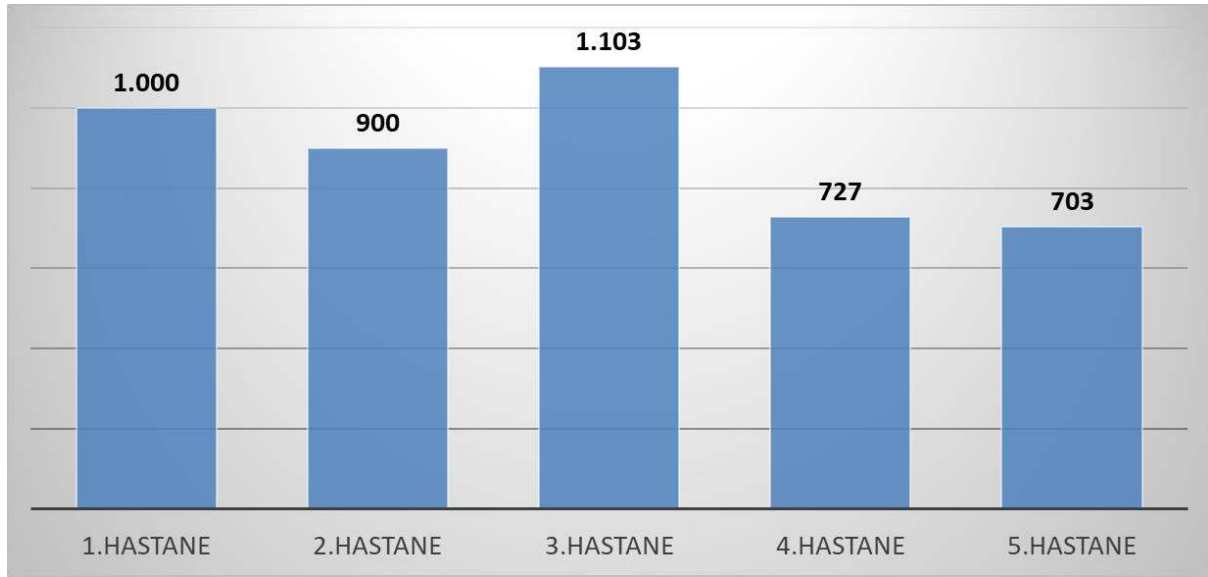
Araştırmayı kabul eden 1. özel hastanenin arşiv envanterinde bulunan mevcut hasta dosyası sayısı 800.000, 2. özel hastanenin arşiv envanterinde bulunan mevcut hasta dosyası sayısı 115.000, 3. devlet üniversitesi hastanesi arşiv envanterinde bulunan mevcut hasta dosyası sayısı 375.000, 4. özel hastanenin arşiv envanterinde bulunan mevcut hasta dosyası sayısı 400.000, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin arşiv envanterinde bulunan mevcut hasta dosyası sayısı 1.124.500 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 10 Arşivlerde Bulunan Bugün İtibariyle Mevcut Hasta Dosyası Sayısı

7.1.10 Arşivlerde metrekare başına düşen dosya sayısı

Görüşmeyi kabul eden, 1.özel hastanenin arşivinde metrekareye düşen hasta dosyası sayısı 1.000, 2. özel hastanenin arşivinde metrekareye düşen hasta dosyası sayısı 900, 3. devlet üniversitesi hastanesi arşivinde metrekareye düşen hasta dosyası sayısı 1.103, 4.özel hastanenin arşivinde metrekareye düşen hasta dosyası sayısı 727, 5. vakıf üniversitesi hastanesinin arşivinde metrekareye düşen hasta dosyası sayısı 703 olarak tespit edilmiştir.

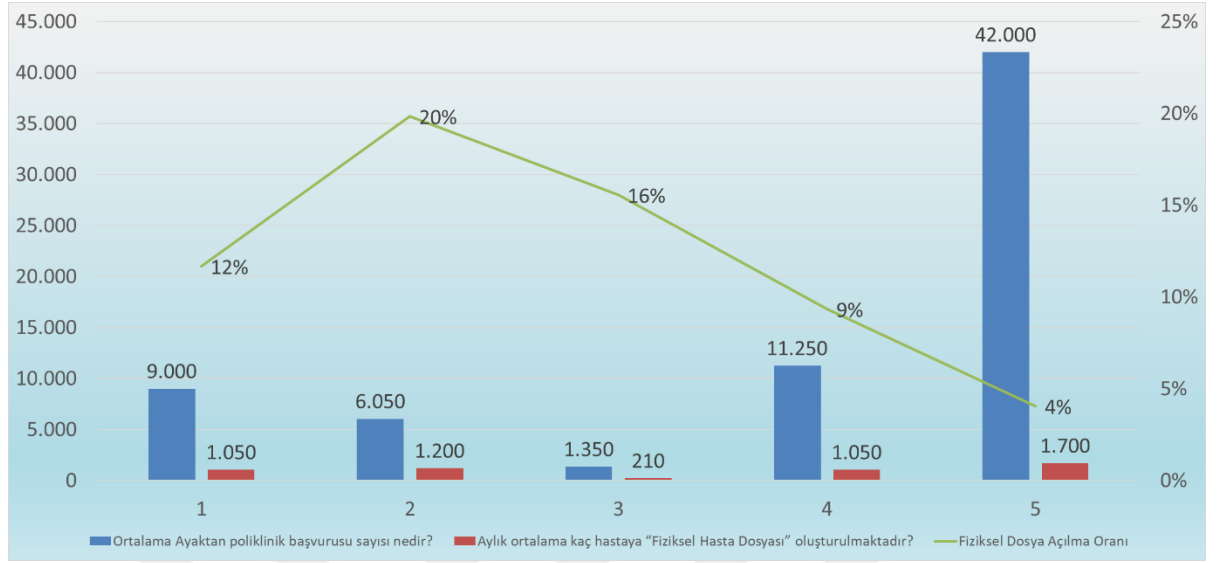


Şekil 11 Arşivlerde Metrekare Başına Düşen Dosya Sayısı

7.1.11 Başvuru yapan hastalara açılan fiziksel dosya sayısı ve oranları

Görüşmeyi kabul eden, 1.özel hastanenin aylık oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı 1.050, toplam başvuran hasta sayısına oranı %12'dir. 2. özel hastanenin aylık oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı 1.200, toplam başvuran hasta sayısına oranı %20'dir. 3. Devlet üniversitesi hastanesinin aylık oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı 210, toplam başvuran hasta sayısına oranı %16'dir. 4.özel hastanenin aylık oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı 1.050, toplam başvuran hasta sayısına oranı %9'dur. 5. vakıf üniversitesi hastanesinin aylık oluşturulan fiziksel hasta dosyası sayısı 1.700, toplam başvuran hasta sayısına oranı %4'tür. Poliklinik başvuru sayı ortalamaları ilk kez başvuran hasta ayırımına tabi tutulmadan alınmıştır. Daha önceki tarihlerde başvurusu olup, sadece

elektronik dosya oluşturulan hastaya, bir sonraki başvurusu sırasında kâğıt fiziksel dosya açılmaktadır.



Şekil 12 Başvuru Yapan Hastalara Açılan Fiziksel Dosya Sayısı ve Oranları

Bu hastanelerde, ayaktan ya da yatarak tedavi alan hastaların tüm tıbbi kayıtları azami elektronik ortamda oluşturulup, tutulmaktadır. Yönetmeliklerin düzenleme getirdiği koşullar çerçevesinde fiziksel kâğıt yapıda hasta dosyası açılmaya devam edildiği izlenmiştir. SKS-6 DTA01.01 Standart kodu, "Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kâğıt ortamında muhafaza edileceği" belirlenmelidir şeklindedir. Saha çalışması yapılan 5 hastanede, fiziksel kâğıt yapıda hasta dosyası oluşturulması kriterlerinin neler olduğu araştırıldığında,

- Yatan hastalara,
- Adli Olgulara,
- İnvaziv işlem yapılan hastalara ve
- Acil Poliklinik başvuru hastalarına fiziksel kâğıt hasta dosyası oluşturulduğu tespit edilmiştir.

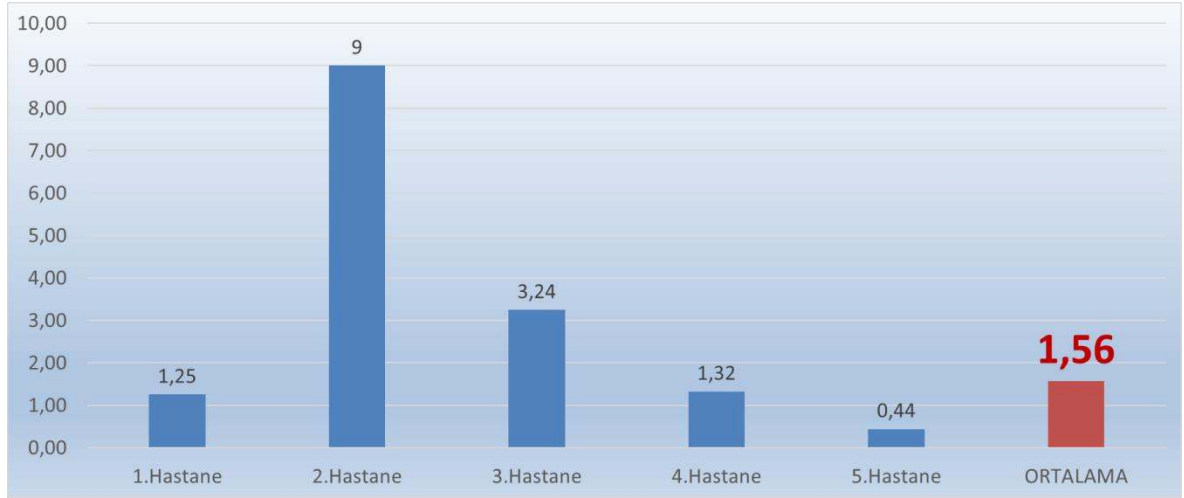
Görüşme yapılan hastanelerde fiziksel kâğıt yapıda hasta dosyası oluşturma konusunda ortak ve net kriterlerin olmadığı görülmüştür.

Hasta dosyaları arşiv sorumluları, fiziksel hasta dosyası oluşturulmasını asgari düzeyde tutmaya çalışmaktadır. Ancak, yapılan görüşmelerden, hastanın tedavi süreci ile

ilgili sağlık meslek mensuplarının hukuki sorumlulukların ve mevzuattaki karışıklığın neden olduğu belirsizliklerden kaynaklı olarak ıslak imzalı, el yazılı tıbbi dokümanları oluşturma yönünde tutum göstermeye devam ettikleri anlaşılmaktadır.

7.1.12 Aylık ortalama oluşturulan fiziksel dosya için gereken metrekaare alanı

Araştırmayı kabul eden hastaneler ile yapılan çalışma sonucu elde edilen veriler, hasta dosyaları arşivlerine ortalama her ay 1,56 metrekaarelik kullanım alanı eklendiğini göstermiştir.



Şekil 13 Aylık Ortalama Oluşturulan Fiziksel Dosya İçin Gereken Metrekare Alanı

Saha araştırmasının gerçekleştirildiği, çoğu Ankara'nın eski hastaneleri olan bu sağlık kuruluşlarının, hasta dosyaları arşivlerinin, hasta dosyalarını muhafaza edecek alan sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Hasta dosyaları arşivlerinin, hizmet verdikleri mekânların uygun şartlara sahip olmayan, hastane içinde alt katlarda ya da hastane yakınlarında kiralanmış daireden bozulma yerlerde oluşturulduğu görülmüştür.

- Görüşme yapılan 5 hastanenin hasta dosyaları arşiv sorumluları, Hasta Dosyalarını muhafaza etmek üzere yer sorunu yaşamaktadır.
- İlgili Hastaneler ile yapılan görüşmede mevcut arşiv kapasitelerinin dolu olduğu bilgisi edinilmiş, bu durum dikkate alınarak, arşivlerde mevcut olan hasta dosyalarının metrekaare bazında değerlendirmesi yapıldığında yaklaşık olarak metrekaare başına 700-1.103 dosya düştüğü görülmektedir.

- Ortalama aylık açılan fiziksel kâğıt dosya sayıları dikkate alındığında, aylık ortalama 1,56 metrekaire yeni kullanım alanına ihtiyaç duydukları tespit edilebilmektedir.
- Hizmet sunum alanı sorunu yaşayan hasta dosyaları arşiv sorumluları, bu konunun çözümü olarak genelde, yeni kullanım alanı talebinde bulunduklarını iletmişlerdir.
- Bazı arşivlerde eski tarihli hasta dosyalarının ayıklanarak depolara kaldırıldığı tespit edilmiştir
- Hasta dosyaları arşivlerinde, araştırma amaçlı yapılan çalışmalar için sağlık meslek mensuplarının başvurularının olduğu, araştırmacının yönetimden izin alarak arşiv mekânı içinden ayrılmadan hasta dosyalarını inceleyebildiği görülmüştür.
- Bu arşivlerde mevcut yönetmelik ve standartların asgari düzeyde uygulandığı gözlemlenmiştir.
- Saha araştırmasına dahil edilmiş hastanelerin, sadece 1 numaralı hastanede “dijitalleştirme” çalışması için araştırma yapıldığı, yüksek maliyetlerden dolayı başlanılmadan bu projenin sonlandırıldığı öğrenilmiştir.
- Hasta dosyalarının, hasta dosyaları arşivlerinde genelde demir ve ahşap raf sistemlerinde kullanıma hazır halde muhafaza edildiği görülmüştür.
- Günlük işlem gören hasta dosyalarının, güvenliğinin sağlanması konusunda asgari düzeyde kontrollerin yapıldığı arşivler olmakla birlikte, çıkan-giren her hasta dosyasının günlük kontrol edildiği sistemlerin oturtulduğu arşivlerde görülmüştür. Hasta dosyalarını hastalara veren hastaneler olduğu da tespit edilmiştir. Buradan hareketle, SKS-6 standartlarının bazı arşivlerde tam olarak uygulanmadığını, kontrol mekanizmalarının işlemediği gözlemlenmiştir.
- Hasta dosyaları arşivlerinin kurum içinde organizasyon şemasında aldıkları yer, genelde benzer hiyerarşiyi takip etmektedir. Sorumlular ile yapılan görüşmeler sırasında, bölümlerinin işleyişi ile ilgili karşılaştıkları sorunların çözümlerinde hastane yönetimleri tarafından bekledikleri ilgiyi görmedikleri tespit edilmiştir.

7.2 İlgili Kurumlar ile Yapılan Görüşme Değerlendirmeleri

Çalışmanın bu başlığı altında, Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü İdari Hizmetler Daire Başkanlığı, Kurum Birim ve Özlük Dosyaları Arşivleri birimi ve Devlet Arşivleri Başkanlığı Bilgi İşlem ve Elektronik Arşiv Dairesi Başkanlığı Dijital Arşivleme Koordinatörlüğü ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

7.2.1 Sağlık Bakanlığı ile yapılan görüşme sonuçları

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kurum Birim ve Özlük Dosyaları Arşivleri birimi ile gerçekleşen yüz yüze görüşmede aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır.

- Devlet Hastanelerinde iki arşiv bulunmaktadır. Birincisi hasta dosyaları arşivi, ikincisi merkezi arşiv. Merkezi arşivde hastanenin ürettiği resmi belgeler saklanmaktadır. Hasta dosyaları arşivlerinde genel olarak hasta dosyaları ve tıbbi dokümanlar saklanmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, hasta kayıtları kağıt ve elektronik ortamda olmak üzere iki farklı yöntem ile tutulmaktadır.
- Kağıt yapıda kullanılan tıbbi dokümanlar genelde ıslak imza ihtiva eden onam formlarıdır. Günlük ayaktan gelen hastaların onam formları bölümlerde ya da hasta dosyaları arşivlerinde 10 yıl süre ile saklanır. Ameliyat olan hastalardan alınan onam formları hasta dosyalarında saklanır.
- Hastanelerin fiziksel hasta dosyası oluşturmaması mevcut yönetmeliklere uygun değildir.
- Yeni kurulan hastanelerde önemli bir arşiv alanı gereksinimi bulunmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde saklama alanı sorunu yaşanmaktadır. Sorunun çözümüne yönelik, hastanelerin hasta tedavi süreçlerinde üretmiş oldukları tıbbi kayıtlar ve hasta dosyalarının saklanma ve imha süreçleri hakkında bir komisyon oluşturulmuştur. Devlet hastanelerinden, branş hastanelerinden, toplum sağlığı merkezlerinden, ilçe sağlık müdürlüğünden kişilerin katılımı ile kurulmuş bu komisyon, kullanımda olan tıbbi dokümanların ne kadar süre saklanması gerektiğini gösteren “Saklama Süreli Standart Dosya Planı” oluşturmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2022). Hastaneler tıbbi dokümanların ne kadar süre ile saklanması

gerektiğine karar verirken “Saklama Süreli Standart Dosya Planı”’nı kullanabilmektedirler.

- Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler içinde hasta dosyaları arşivlerinde yer alan kâğıt yapıdaki fiziksel hasta dosyalarının, dijital kopyalarının oluşturularak, dijital arşivlerde saklanması hakkında çalışmaların yapıldığı hastaneler bulunmaktadır. Ancak mahkemeler evrakların aslını istemekte olup, belge taransa bile aslı kanuna göre saklanmalıdır.
- Dijital kopya çıkarma ve dijital arşivlerde saklama işlemini yapan firmalar Devlet Hastanelerine teklifler vermektedir. Hasta dosyalarının dijitalleştirilmesi maliyetli bir süreçtir. Bazı hastanelerin bu sürece başladığı tespit edilmiş, ancak aranan dosyaları firmaların yanlış yönlendirmesi ile imha etmeye çalışmalarına Bakanlık izin vermemiştir. Dijital kopyalama denemeleri olmuştur ancak başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bunun ardından Bakanlık bir çalışma başlatmış, DAB ile birlikte Arşivlerde Gerçekleştirilecek Dijitalleştirme Faaliyetlerine Yönelik Usul ve Esaslar (2022) isimli arşivlerde dijitalleşmeyi düzenleyecek usulleri yayınlamıştır.

7.2.2 Devlet Arşivleri Başkanlığı ile yapılan görüşme sonuçları

- Hasta dosyaları arşivleri kurum arşivleri olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak sağlık bilgilerinin muhafaza edilmesinden kaynaklı, diğer mevzuat düzenlemeleri ile belirlenmiş özel bir durum da vardır, standartları farklıdır.
- DAB denetiminde, tıbbi belge, hasta dosyası, tıbbi arşiv vb. örnek bir dijitalleştirme çalışması yapılmamıştır.
- Vakıf Üniversitesi Hastanelerinin, hasta dosyalarının dijital kopyalarının çıkarılıp, dijital arşivlerde saklamaları için DAB tarafından alınacak bir izne tabi değildir. Bu konuda DAB’nın üzerine düşen kamuya ait sağlık kuruluşlarının bu tür bir dijitalleştirme sürecini özel bir firmaya ihale edeceği zaman, yapılacak işin fayda maliyet hesabını yaparak, gerekli görüşü vermektir.
- Hasta dosyaları içinde yer alan tıbbi belgelerin dijital kopyasının oluşturularak, elektronik ortamlara aktarılması süreçlerinde DAB’nin belirlemiş olduğu bir standart yoktur.
- DAB’ lığının halen devam etmekte olan, dijitalleştirme çalışmaları vardır. Bu çalışmalarda arşiv belgesi olarak kabul edilen, belgeler tarayıcılar kullanılarak kayıpsız bir dosya sıkıştırma formatı olan TIFF formatında kopyalanır. Bu format

en az veri kaybına yönelik kullanılan bir formattır. Hasta dosyaları arşiv belgesi olarak kabul edilemez. Bundan dolayı da tıbbi dokümanda yazılı bilginin asgari görüntüsünün dijital kopyasının çıkarılmasına yönelik çalışma yeterli olacaktır.

7.3 Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Arşiv ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi Hasta Dosyaları Dijitalleştirilmesine Yönelik Pilot Çalışması

Araştırmaya başlarken önce Ankara’da bulunan beş hastanede arşiv dijitalleştirme konusunda herhangi bir çalışma yapılmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca kamu kurumları ile yapılan görüşmelerde ise sistemin henüz buna hazırlıklı olmadığı mevcut mevzuatların izin vermediği gözlemlenmiştir. Bu sebeple pilot araştırma için seçilen vakıf hastanesi arşivinde özgün bir çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yapılan dijitalleştirme çalışmasının ilk basamağında; dijital kopyası oluşturulacak hasta dosyası içinde yer alan tıbbi dokümanlar için arkalı önlü sayfalar bir yaprak olarak kabul edilmiştir. Daha sonra arşiv ünitesinde çalışma deneyimi olan mevcut çalışan personel tarafından, farklı özelliklere sahip kağıt yapıdaki tıbbi belgeleri içeren, 18 adet hasta dosyası içerisinde bulunan 1006 yaprak tıbbi dokümanın “dijitalleştirme süreci” 462 dakikada tamamlanmıştır. Örneklem alınan her hasta dosyasında yer alan her bir yaprak farklı yapısal özellikte (saman kağıdı, deforme olmuş, zımbalanmış vs.) olduğundan yaprak başı tarama süresi her dosya için ayrı hesaplanmış ve bu sürelerin ortalaması alınmış, sonuç 0,6 dk (36saniye) olarak tespit edilmiştir.

Yaprak başına tarama süresi = ((17 dk / 30 yaprak) + (38 dk / 69 yaprak) + (8 dk / 12 yaprak) + (65 dk / 225 yaprak) + (5 dk / 6 yaprak) + (4 dk / 6 yaprak) + (35 dk / 86 yaprak) + (22 dk / 38 yaprak) + (20 dk / 27 yaprak) + (7 dk / 10 yaprak) + (38 dk / 47 yaprak) + (18 dk / 30 yaprak) + (33 dk / 57 yaprak) + (60 dk / 163 yaprak) + (25 dk / 44 yaprak) + (40 dk / 110 yaprak) + (16 dk / 33 yaprak) + (11 dk / 13 yaprak))/ 18 = 0,6 dk (36 saniye) değerini vermektedir.

Pilot çalışmasında hasta dosyasında yer alan tıbbi dokümanların yaprak başı personel maliyeti 0,324 TL olarak kabaca hesaplanmıştır;

- Aylık çalışma süresi “30gün/4 Pazar” hesabı ile 195 saat olarak,
- Asgari Ücret (maliyet) 5978,7 TL
- 1 Öğün yemek maliyeti 13 TL
- Aylık yemek maliyeti 338 TL
- Maaş+Yemek maliyeti (Aylık) 6,316,7 TL

- Saat başı maliyeti (6.316,7 TL / 195 saat) = 32,4 TL
- Dakika başı personel maliyeti (32,4 TL / 60 dakika) = 0,54 TL
- Yaprak başı personel maliyeti (0,5 TL / 60 saniye * 36 saniye) = 0,324 TL olarak hesaplanmıştır.

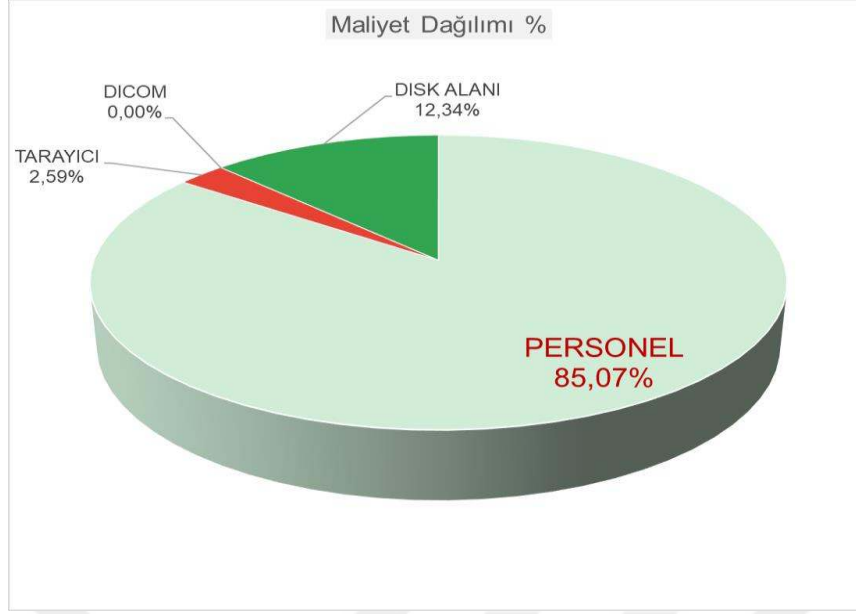
Pilot çalışmasın da kullanılan tarayıcı maliyeti 1 yaprak için 0,010 TL olarak kabaca hesaplanmıştır;

- Tarayıcı-USD fiyatı (KDV dahil) 700 Dolar (kur:17,2TL)
- Tarayıcı (KDV dahil) 12.040 TL
- Tarayıcı (KDV Hariç) 9.873 TL
- Yazıcı Kapasitesi günlük 2000 yaprak
- Yazıcı toplam çekim kapasitesi 1 000 000 yaprak

Pilot çalışmada kullanılan DICOM dönüştürücü programı, Ankara'da bulunan bir vakıf üniversitesi fen bilimleri enstitüsü yüksek lisans öğrencisi tarafından yazılmıştır, maliyeti 0 TL olarak alınmıştır.

Pilot Çalışmada kullanılan ve kullanılmaya devam edilecek 30 Terabayt disk alanı maliyeti 1 yaprak için 0,047 TL olarak kabaca hesaplanmıştır;

- 30 Terabayt Disk Alanı (Yaklaşık Yaprak Sayısı 6.000.000 Adet)
- Disk Ünitesi- USD Fiyatı (KDV Dahil) 20.000 Dolar (Kur: 17,2)
- Disk Ünitesi- (KDV Dahil) 344.000 TL
- Disk Ünitesi- (KDV Hariç) 282.080 TL
- 1 Yaprak İçin Disk Alanı Maliyeti 0,047 TL



Şekil 14 1 Yaprak Tıbbi Dokümantasyonun Dijitalleştirme Maliyet Dağılımı

Maliyet Kalemi	TL	%
Personel	0,324	85,07%
Tarayıcı	0,010	2,59%
Dicom	0	0,0%
Disk Alanı	0,047	12,34%
Toplam	0,381	100 %

Şekil 15 Yüzdesel Maliyet Dağılımı Tablosu

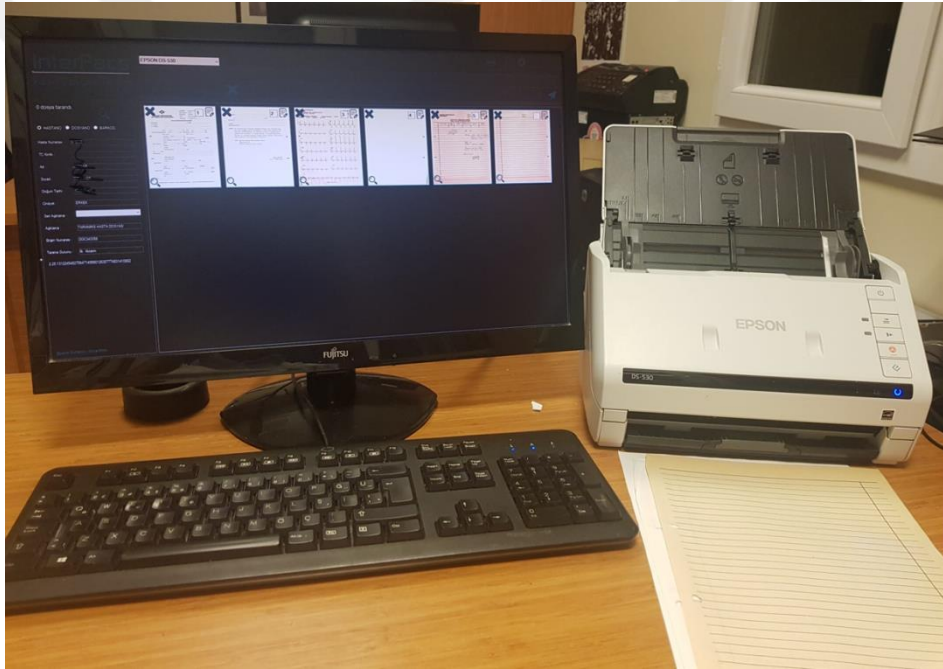
Pilot çalışma sonuçlarına göre 1 yaprak kağıt yapıdaki tıbbi belgenin tarama maliyeti 0,381 TL olarak hesaplanmıştır. Toplam maliyet dağılımına bakıldığında, 0,324 TL çıkan, en büyük maliyet tutarının %85,07 ile personel maliyetleri olduğu görülmektedir.

Hasta dosyalarının dijitalleştirilmesi maliyet hesaplamasında toplam tutarın %85,07'lik kısmının personel harcamalarına ait olması sonucu, hasta dosyalarının dijitalleştirilmesi süreçlerini hastanelerin öz kaynakları ile uygulamaya koyabileceklerini göstermesi açısından önemlidir.

Gerçekleşen pilot çalışma sonucunda hekimin 100 yaprak tıbbi doküman içeriği olan fiziksel kâğıt yapıdaki hasta dosyası içinden, kendi bölümü ile alakalı eski notlara

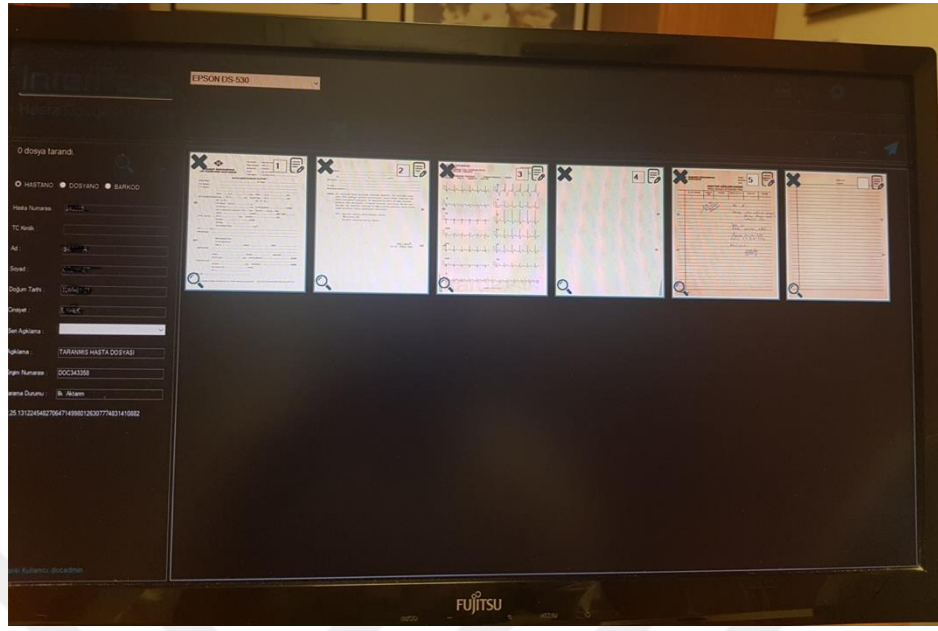
erişimi için tükettiği süre ortalama 2 dakika olarak tespit edilmiştir. Bu hasta dosyasının dijital kopyasının, hekim tarafından hasta muayenesi sırasında PACS görüntüleyici ile görüntülenerek, hastanın bölümü ile alakalı geçmiş tıbbi kayıtlarına ulaşması ise, 2-6 saniye aralığında gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan vakıf üniversite hastanesi KBB polikliniğinde bir hekimin randevulu hastalarına ait, en fazla tıbbi doküman içeren (en dolu) hasta dosyası seçilmiştir. Seçilen hasta dosyası içindeki tüm evraklar sırası ile numaralandırılmıştır. Hasta dosyasının içindeki sıraya uygun olarak dosyadan çıkarılmıştır. Tıbbi dokümanların üzerlerindeki zımba teli vb. araçlar çıkarılmıştır. Çok nadir olarak karşılaşılan tarayıcı cihazın okuyamayacağı boyuttaki tıbbi dokümanlar ayrılmıştır.



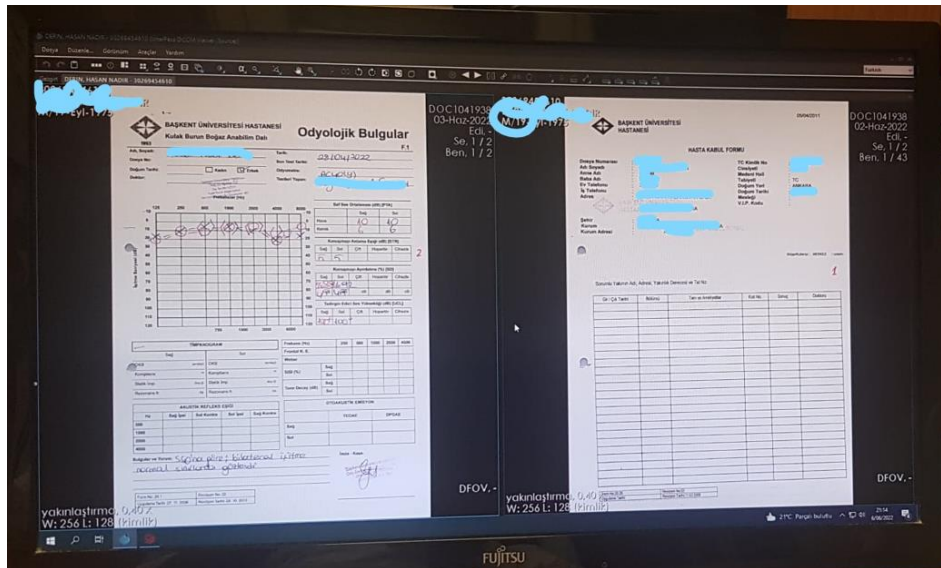
Şekil 16 Tarama İşlemi Yapılan EPSON – DS530 Cihaz Görseli

Arşiv Ünitesi mevcut demirbaş listesinde yer alan EPSON-DS530 ofis tipi tarayıcı kullanılarak tıbbi dokümanların taranması işlemi yapılmıştır. Tarama işlemi “Hasta Dosyası Tarama” yazılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu yazılım Başkent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Cenk TÖREMİŞ tarafından hazırlanmıştır.



Şekil 17 DICOM Dönüştürücü Ara Yüzü Görüntüsü

Hasta Dosyası Tarama yazılımı içerisinde bulunan “Dicom Dönüştürücü Modülü” ile dosyalar DICOM’a çevrilmiş, DICOM SEND modülü ile “Dijital Arşiv” yazılımına gönderilmiştir. Bu işlem ile DICOM formatının doğal olarak sağladığı dosya bütünlüğü, değişmez etiketler ve doğrulama gibi artılar ile dosyalar standartlaştırılmıştır.



Şekil 18 PACS Doktor Görüntü Ekranı

Hekim, hastaya ait önceden oluşturulmuş olan fiziki yapıda kâğıt tıbbi dokümanın, dijital kopyasına PACS sisteminin ara yüzünü kullanarak ulaşmış ve görüntüyü incelemiştir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sırasında yapılmış olan saha araştırmalarından ve görüşmelerden Türkiye’de hastanelerin hasta dosyaları arşivlerinin yeterince önemsenmediği, eksik taraflarının görmezden gelindiği, asgari düzeyde işleyişlerinin yeterli sayıldığı bölümler olarak görüldüğü anlaşılmıştır. Çalışmanın saha araştırması kısmında daha fazla sayıda hasta dosyaları arşivlerine ulaşılma istenmiştir, ancak Ankara ilinde hizmet veren 5 hastane ile görüşme gerçekleştirilebilmiştir. Araştırmaya az sayıda hastanenin izin vermiş olması, hasta dosyaları arşivlerinin eksikliklerinin görmezden gelindiği gibi görülmesinin de istenilmediği anlaşılmıştır.

Günümüze kadar tıbbi dokümantasyon çalışmaları ile elde edilmiş olan verilerin istatistiksel yöntemler ile kümülatif olarak değerlendirilmesi bugün geçerli olan kanıta dayalı tıp uygulamalarını ortaya çıkarmıştır. Araştırma sonucunda hasta dosyaları arşivlerinin standartların altında bir niteliğe sahip olmasına rağmen, bilimsel bilgi birikimine ve hasta tedavi süreçlerine olan katkılarının yadsınamayacağı sonucuna varılmıştır.

Görüşme gerçekleştirilen hasta dosyaları arşiv sorumlularının, çalışma süreçlerinde ortak sorunları olduğu tespit edilmiştir. Bu sorunlar temel olarak; tıbbi dokümantasyon mevzuatının kanun ve yönetmeliklerde dağınık halde bulunması, kağıt yapıda tıbbi doküman oluşturulmaya devam edilmesi, hasta dosyaları arşivlerinin hizmet binalarının kötü koşullara sahip yetersiz mekanlardan oluşması, yeterli sayıda nitelikli personel istihdam edilmemesi, HBYS’nde arşiv modüllerinin bulunmamasıdır.

Ankara ilinde 5 hastanenin hasta dosyaları arşiv sorumluları ile gerçekleştirilen görüşmeler, yapılan hukuki mevzuat taraması, DAB ve Sağlık Bakanlığı ile yapılan görüşmeler sonucunda hasta dosyaları arşivlerinin işleyiş sistemlerine bütünlüklü olarak bakıldığında, hukuki düzenlemelerin farklı kanun ve yönetmeliklerde dağınık halde bulunduğu, mevzuat ve standartları uygulamada eksikliklerin olduğu tespit edilmiştir.

Görüşme yapılan hastanelerde her başvuran hastaya elektronik hasta dosyası oluşturulduğu görülmüştür. Bununla beraber aylık başvuran hasta sayısının %4 ile %20 aralığında değişen oranlarda yönetmelikler gereği fiziksel kâğıt dosya oluşturulmaya devam edildiği

saptanmıştır. Araştırma yapılan hasta dosyaları arşivlerinde sadece hasta dosyalarının muhafaza edilmediği görülmüştür. Ayrıca, klinik bölümlerde çalışan sağlık meslek mensuplarının kâğıt yapıdaki tıbbi dokümanların kullanımını azaltma yönünde gösterdikleri isteksizlik, kâğıt yapıdaki tıbbi doküman üretiminin azaltılmasının önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır.

Bu fiziksel dosya oluşturulma oranlarının, akabinde mevcut hasta dosyaları arşivleri kullanım alanlarına ortalama aylık 1,56 metrekarelik bir hizmet alanı eklenmesine ihtiyaç doğurmakta olduğu tespit edilmiştir. Özellikle kuruluş tarihi eskidikçe, hasta dosyası birikimi artmış hastanelerin arşivlerinde kullanım alanı sıkıntısının ciddi boyutlarda olduğu saptanmıştır. Fiziksel dosyaların yıllık ihtiyaç duyduğu alan yaklaşık 20 m² olup, bu alanların genelde hastane binasından ayrı olarak kiralanan alanlarda olduğu tespit edilmiştir. Eski bir hasta dosyasına ihtiyaç duyulduğunda, bir personelin bu dosyayı getirmesi, hastanın ve hekimin beklemesi, oluşan zaman kaybını ve verimsizliği göstermektedir. Ayrıca maddi olarak da, yıllar içinde çok daha büyük alanların getireceği kira bedelleri düşünüldüğünde, fiziki dosya yönteminin optimal olmadığı kanaatine varılmıştır.

Araştırma sonucunda bazı hastanelerin HBYS programlarında arşiv modüllerinin olmadığı, hasta dosyalarının işlem süreçlerinin manuel olarak yapıldığı tespit edilmiştir. Bu durum hasta dosyasının takip edilebilirliğini ortadan kaldırmaktadır. Arşiv sorumluları ile var olan HBYS’de arşiv modülünün olmamasının nedenleri üzerine görüşüldüğünde, sistem alınırken arşiv modülünün olmadığı ve sonradan da yönetim ile görüşülmesine rağmen, durumun üzerinde durulmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Buradan hareket ile Türkiye’de hastanelere, hastane bilgi yönetim sistemleri satın alınırken hasta dosyaları arşivlerinin işleyişlerinin sisteme entegre edilmesinde eksiklikler olduğu izlenmiştir.

Araştırma sonucunda hasta dosyaları arşivlerinde nitelikli ve yeterli sayıda personel istihdam edilmediği gözlenmiştir. Saha çalışması yapılan hastanelerin bir kısmında yetersiz personel çalışmasından dolayı hasta dosyalarının hizmete sunulmasında sınırlılıklar olduğu gözlenmiştir. Araştırmaya katılan hastanelerden birinde hasta dosyasının arşiv dışına çıkarılmadığı, oluşan yeni tıbbi dokümanların arşiv çalışanı tarafından hasta dosyasına yerleştirildiği tespit edilmiştir. Bu durumun, her hastanın benzersiz birer vaka örneği olarak kabul edildiği modern tıp anlayışında, hastanın güncel bulguları ile geçmiş

bulgularının karşılaştırılarak, hekimin hastaya bütünlüklü bir bakış açısı sağlaması açısından eksiklik yaratacağı düşünülmektedir.

Mevcut tıbbi dokümantasyon mevzuatı ve standartların güncel ihtiyaçlara göre düzenlenmesi, kağıt yapıda tıbbi doküman oluşumun asgari düzeye çekilmesi, elektronik tıbbi kayıt sistemlerinde yer alan belgelerin hukuki süreçlerde kullanımının sağlanması amacıyla yönelik, teknolojik gelişmelerin sunduğu imkanların en iyi şekilde yararlanılmasının ön plana alındığı, konunun tarafı olan çalışma alanlarından, hukuk, bilgisayar bilimi, sağlık meslek mensupları, bilim insanları ve çalışanların katılımı ile bilimsel bir çalışma grubunun oluşturulması önerilir. Bu çalışma grubunun gerçekleştireceği bir çalışma ve çalışma sonuçlarının raporlarının, ilgili kurumları harekete geçirici bir araç olarak kullanılmasının sorunun çözümüne değerli bir katkı sunacağı düşünülmektedir.

Hastanelerde oluşturulmaya devam edilen tıbbi dokümanların, hasta dosyaları arşivlerinde muhafaza edilme sürelerinin, DAB ve Sağlık Bakanlığı ortak çalışması sonucu ortaya çıkan, “Saklama Süreli Standart Dosya Planı” çalışmasından faydalanılarak, gereksiz saklanmalarının önüne geçileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın aynı zamanda en güncel ve kapsamlı çalışma olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda hasta dosyaları arşivlerine hizmet alanı tahsisinde, yetersiz kötü koşullara sahip kullanım alanlarının, yönetimler tarafından tercih ediliyor olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hasta dosyaları arşivlerinin hastane binasının en atıl durumdaki yerinde ya da hastaneye yakın kiralanmış bir apartman dairesinde hizmet vermekte oldukları gözlenmiştir. Ayrıca hasta dosyaları arşivlerindeki kullanım alanı yetersizliği sorununun, mevcut kullanım alanına ek yeni mekânlar katılarak aşılmaya çalışıldığı görülmüştür. Mevcut kullanım alanına ek olan yeni alanlarda, merkez arşive uzak yerler olmaktadır. Bu durum hasta dosyalarını hizmete sunma süreçlerinde olumsuzluklara sebebiyet vermektedir. Hasta dosyaları arşivleri büyüdükçe geniş alanlara ihtiyaç duymaktadır, genel de hastanelerdeki geniş ve büyük alanlar diğer hizmet sunum alanları olarak tercih edilmekte, hasta dosyaları arşivleri parça parça kullanım alanlarından meydana gelmektedir.

Araştırma yapılan hastanelerin bazılarında, hasta dosyaları arşivlerindeki kullanım alanı sorununa çözüm olarak, hasta dosyalarının dijital kopyalarının oluşturularak, dijital arşivlerde saklanması ve hizmete sunulması süreçlerinin proje aşamasında çalışıldığı,

ancak maliyetli olması ve asıl kâğıt belgenin saklanması ihtiyacı duymadan, imha edilebilmesine yönelik Türkiye’de bir düzenlemenin olmamasından kaynaklı uygulamaya konulamadığı tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında yer almayan, ancak uzaktan iletişim kurulan, hasta dosyalarının dijitalleştirme çalışmalarını gerçekleştirmiş sağlık kuruluşu, asıl kâğıt belgeyi imha etmeyerek, tıbbi dokümanların asıllarını ücretli depolama hizmetleri satın alarak, buralarda saklamakta olduklarını araştırmacıyailetmişlerdir. Geçmiş kâğıt hasta dosya birikimini dijitalleştiren bu sağlık kurum, hizmet sunumlarına kattıkları hız, bilgi kaybının asgari düzeye çekilmesi, zamandan ve mekandan bağımsız bilgiye ulaşımın sağlanmış olması gibi olumlu tarafları araştırmacıya deneyim aktarımı olarak iletmişlerdir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen bir vakıf üniversitesi hastanesi hasta dosyaları arşivinde yer alan hasta dosyalarının dijitalleştirilmesine yönelik pilot çalışma sonucunda elde edilen veriler, hasta dosyaları arşivlerinin dijitalleşme süreçlerindeki maliyet dağılımında en yüksek miktarın personel maliyeti olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda bu pilot uygulama sağlık kurumlarında, hasta dosyaları arşivlerinde çalışan personelin, fiziksel hasta dosyasını hizmete sunma süresince harcadığı çalışma sürelerinin göz önüne alınarak, iyi bir insan kaynağı yönetimi ile organize edilmiş dijitalleştirme çalışmalarının, azami hastane öz kaynakları ile yapılabilirliğini göstermesi açısından değerlendirilebilir.

Elbette milyonlara varan sayıdaki hasta dosyasının dijitalleştirilerek, dijital arşivlerde muhafaza edilmesi uzun zaman alacak bir çalışmadır. Ama güncel kullanımda olan hasta dosyasının dijital arşivlerde muhafaza edilmesine öncelik verilmesi ve eşzamanlı olarak hastanenin kâğıt doküman üretiminin asgari düzeye çekilmesi ile, dijitalleştirmenin sürdürülebilir hasta dosyaları arşiv sistemleri oluşturma kapsamında değerlendirilmesi önerilir.

Uygulanan pilot proje ile hasta dosyaları ve tıbbi dokümanlar, zamandan ve mekândan bağımsız olarak ulaşılabilir hale getirilmiştir. Bilimsel araştırmacılara bilgiye ulaşım konusunda büyük kolaylık sağlayacak bu projenin kapsamının genişletilmesi için çalışmaların daha kapsamlı duruma getirilerek devam ettirilmesi değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmet sunucularının güncel ihtiyaçlarına cevap verebilecek tıbbi dokümantasyon süreçlerinin geliştirilebilmesine ve gelecekte bu süreçlerde çalışacak

öğrencilerin gelişimlerine katkı sunacağı düşünülen Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları bünyesinde yer alan, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programlarının akademisyen ve öğrencilerinin konu ile ilgili farkındalıklarının oluşturulması açısından, ulusal ölçekte çalıştayların yapılması önerisi değerlendirilmelidir.



9. KAYNAKLAR

- Acar, S. (2006). Bilgi Teknolojisindeki Gelişmelerin Ofis Sistemleri Üzerindeki Etkisi ve Ofislerde Görsel Otomasyon Ofislerde Görsel Otomasyon. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 49-73.
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, (2000)
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (2015)
- Artukoğlu, A., Kaplan, A. ve Yılmaz A. (2002). *Tıbbi Dokümantasyon*. Kum Baskı Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti.
- Aslan S. ve Erdem R. (2017). Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27 (2), 7-21.
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, (2008)
- Aydın, C. ve Özdemirci, F., (2011). Elektronik Belgelerin Arşivlenmesinde Gerçekliğin ve Bütünlüğün Korunması. *Bilgi Dünyası*, 12 (1), 105-127.
<https://bd.org.tr/index.php/bd/article/view/224/220>
- Aydın, E. (2006). *Dünya ve Türk Tıp Tarihi*. Güneş Kitabevi.
- Aydın, S. (2011). Atatürk Kitaplığı Süreli Yayınları Sayısallaştırma Çalışmalarının Teknik ve Yönetimsel Analizi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Balcı, D., Karakış, R. ve Güler, İ. (2020). Tıbbi DICOM Veri Güvenliğinde Hibrit Yöntemlerin Kullanılması. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 8 (2020) 1295-1306. <https://doi.org/10.29130/dubited.583247>
- Bilgi Edinme Hakkı Kanunu, (2003)
- Bozkurt, A., Hamutoğlu, N.A., Lima Kaban, A., Taşçı, G. ve Aykul, M. (2021). Dijital Bilgi Çağı: Dijital Toplum, Dijital Dönüşüm, Dijital Eğitim ve Dijital Yeterlilikler.

Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi. 7 (2), 35-63.

Budak, D. (2021). İlk Çağlardan Günümüze Hekimliğin Gelişim. *Journal of Medical Sciences*, 2 (2), 6-10.

<https://doi.org/10.46629/JMS.2021.36>

Conner, C. (2012). *Halkın Bilim Tarihi*. TÜBİTAK Bilim Kitapları.

Çirasun, E. (2011). Enformasyon Toplumu ve Bilgi Çağında Türkiye'nin Gelişim Süreci (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2019)

Digital Imaging and Communication in Medicine, (n.d.).

<https://www.dicomstandard.org/history>

Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, (2019)

Dönmez, O. (2019). Eski Mısır Uygarlığında Tıp Uygulamaları (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Elektronik İmza Kanunu, (2004)

Ertekin, C. (2018) *Tıbbın Öyküsü*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, (2005)

Gillum, R. F. (2013). From Papyrus to the Electronic Tablet: a Brief History Of The Clinical Medical Record with Lessons for the Digital Age. *The American Journal of Medicine*, 126(10), 853–857.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.03.024>

Göçmen, E. (2021, 5 Ekim). Biyotıp Sözleşmesi İç Hukukun Parçası mı?. <https://www.medikalakademi.com.tr/biyotip-sozlesmesi-ic-hukukun-bir-parcasi-mi/>

Harorlu, H., Harorlu, O.T. (2012). Dış Hekimliğinde Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemleri. *Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 22 (3), 350-354

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)

Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, (2001)

- İnceoğlu, S. ve Şentürk, B., (2014). Dijital Çağda Arşivci: Sahip Olması Gereken Temel Yetkinlikler ve Roller. *Bilgi Dünyası*, 15 (2), 353-374.
<https://bd.org.tr/index.php/bd/article/view/97/90>
- Katırcıoğlu, S.F. (2021). Hitit Tıp Metinlerinde Geçen Bazı Göz Hastalıkları Üzerine. *Archivum Anatolicum-Anadolu Arşivleri* 15 (2021): 385-398
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi
- Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik, (2019)
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, (2016)
- Koopman, C., Jones, P., Simon, V., Showler P. ve McLevey M. (2021). *When Data Drive Health: an Archaeology of Medical Records Technology*. BioSocieties .
<https://link.springer.com/article/10.1057/s41292-021-00249-1>
- Lorkowski, J., ve Jugowicz, A. (2020). The Historical Determinations of Creating Health Records – A New Approach In Terms Of The Ongoing Covid-19 Pandemic. Preprints.org. <https://doi.org/10.20944/preprints202005.0352.v1>
- Ökten, A. İ. (2021). *Mitoloji ve Tıp*. Akademisyen Kitabevi
- Özel Hastaneler Yönetmeliği, (2016)
- Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, (1937)
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, (1987)
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Ek- 2 Diğer Meslek Mensuplarının Sağlık Hizmetlerinde İş ve Görev Tanımları, (2014)
- Say, C (2020). *Yeni Dünya Yeni Ağ*. Destek Yayınları.
- Sayek, İskender. (2021, Mayıs 29). *Tıpta Araştırma Eğitimi* [kongre sunumu] Uludağ Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Topluluğu 22. Ulusal Tıp Öğrencileri Kongresi, Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=LrAyXJtapNo>
- Sert, G. (2007). Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Açısından Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet

- Hakkı (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Sherman, I. (2013). *Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Şenel Köksal, P. ve Köksal, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Bilgi ve Belge Yönetimi. N. Edim (Ed.), *Tıbbi Belgeleme* içinde (3-24). Anadolu Üniversitesi
- Şimşek, U. (2015). Sağlık Hukukunda Aydınlatılmış Rıza. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Özel Sayı 2014, 3535-3556.
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, (1928)
- Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği, 2013
- Türk Dil Kurumu Sözlükler. (2022). <https://sozluk.gov.tr/>
- Türk Standartları Enstitüsü, (2016).
<https://intweb.tse.org.tr/Standard/Standard/Standard.aspx?081118051115108051104119110104055047105102120088111043113104073085071121111053053116083043047084>
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı. (2021) *Arşiv ve Arşivcilik Kuram, Strateji ve Uygulamalar*.
<https://www.devletarsivleri.gov.tr/cdn?fileId=1271>
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı. (t.y.).
https://www.devletarsivleri.gov.tr/varliklar/dosyalar/eskisiteden/Formlar/KamuKurumlari/universiteler_tip_fakultesi.pdf
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Arşivleri Başkanlığı. (t.y.). *Devlet Arşivleri Başkanlığı Tarihçesi*.
<https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Sayfa.aspx?icerik=9&h=ADA45D7B737CBC58F13C672C0AECCA8E9F0DDB54A7AB8426349949A5FDEB9E15>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2015a). *HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)*.
<https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4881/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2015b). *PACS (Picture Archiving and*

Communication Systems- Görüntü Saklama ve İletişim Sistemleri).

<https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4876/pacs-picture-archiving-and-communication-systems---goruntu-saklama-ve-iletisim-sistemleri.html>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları (Sürüm 0.6)*, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdfinkpdf.pdf>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2022). *Saklama Süreli Standart Dosya Planı*, <https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/43312/0/saklama-sureli-standart-dosya-plani-2022pdf.pdf>

Uğurlu, M. C. (1997). HİPOKRAT. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 50 (2), https://doi.org/10.1501/Tipfak_0000000470

Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik , (2017)

Ulaş, M. ve Boyacı, A. (2007, Şubat). *DICOM Görüntü Standardı*. Akademik Bilişim'07-IX. Akademik Bilişim Konferansında sunulan bildiri, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya. https://ab.org.tr/ab07/kitap/ulas_boyaci_dicom_AB07.pdf

Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkındaki Yönetmelik, (2022)

Ünal, Y. (2009). Bilgi Toplumunun Tarihçesi. *Tarih Okulu*, 5, 123-144.

Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik, (2014)

Vatansever, K (2020). Tıp Eğitiminin Tarihçesi. *Toplum ve Hekim*. 35 (5), 352-370. <https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/download.php?Id=dUgqbbqAwQw>

Weiner, D. B. (1992). Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (6), 725–732

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983)

Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge, (2016)

Yoket, Ü. (2003). Eski Çağda Tıp. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*. 12 (2), 76-78.

<https://www.ttb.org.tr/STED/sted0203/eski.pdf>

3473 Sayılı Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, (1988)



EKLER

Ek 1. GÖRÜŞME FORMU

Tarih:.....

Saat:.....

Yer:

Görüşülen Kişi:

Giriş

Merhabalar benim adım Barış Cihan. 1999 yılında Arşiv Memuru olarak başlamış olduğum işime, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Arşiv ve Tıbbi Dokümantasyon Ünitesi Sorumlusu olarak devam etmekteyim. Aynı zamanda Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programında eğitimime devam etmekteyim.

Hasta Dosyaları Arşivlerinde muhafaza edilen, Fiziksel Hasta Dosyalarının içinde yer alan “Tıbbi Belgelerin” Dijitalleştirilmesi süreçleri ana başlığında sizinle görüşme yapmak istiyorum.

Sizin bu konuyla ilgili görüşlerinizi belirlemek üzere bir görüşme formu hazırladım. Görüşmede eğer arzu ederseniz kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve açıklamalarınız sadece bu araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Görüşme için izin verirsiniz, bu görüşmenin daha rahat bir havada gerçekleşmesi ve konuşacaklarımızın eksiksiz biçimde araştırmada yer alması için bir ses kayıt cihazıyla kayıt altına almak istiyorum. Ayrıca görüşme esnasında bir yandan önemli gördüğüm hususlarla ilgili not almak istiyorum. Görüşmeye başlamadan önce, konuyla ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Bu görüşmenin yaklaşık 45 ile 60 dk. arasında süreceğini tahmin ediyorum ve izin verirsiniz sorulara başlamak istiyorum.

Sorular

1-Bugün itibariyle Hastanelerinizde Hasta Dosyası oluşturma süreçleriniz nasıl işlemektedir?

- Hastanenizin yatak sayısı kaç adettir?
- Çalışan hekim sayısı kaçtır?
- Ortalama Ayaktan poliklinik başvurusu sayısı nedir?
- Aylık Ortalama Yatan hasta sayısı nedir?
- Fiziksel Hasta Dosyası oluşturulmakta mıdır?
- Elektronik Hasta Dosyası oluşturulmakta mıdır? Aylık ortalama kaç adet oluşturulmaktadır?
- Hibrit Hasta Dosyası sistemi kullanılmakta mıdır?
- Hibrit sistem kullanılıyorsa hastaya “Fiziksel Hasta Dosyası” oluşturma kriterleriniz nelerdir? Hangi hastalara Fiziksel Hasta Dosyası oluşturmaktasınız?
- Aylık ortalama kaç hastaya “Fiziksel Hasta Dosyası” oluşturulmaktadır?

2-) Hasta Dosyalarını muhafaza etmek için kullanımda olan Tıbbi Arşivinizin yönetsel süreçleri hakkında bilgi verebilir misiniz?

- Arşiv Ünitesinde kaç kişi çalışmaktadır?
- Çalışanlarınızın mezuniyet durumlarını öğrenebilir miyiz?
- Arşiv Ünitesinin organizasyon şeması nasıldır?
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv İş süreçlerinde uyguladığınız yönetmelikler hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv İş süreçlerinde uyguladığınız standartlar hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv İş süreçlerinde “Hukuki Sorumluluklar” için yapılan çalışmalarınız hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Günlük ortalama kaç dosya işlem görmektedir?
- Arşivden çıkan-geri gelen hasta dosyaları kontrol edilmekte midir?
- Taburcu Hasta Dosyaları kontrol süreçleriniz nasıl işlemektedir?
- Akademik çalışma ve diğer amaçlı araştırmalar için hasta dosyası talep edilmekte midir? İşleyiş süreçlerini açıklar mısınız?

3-Tıbbi Arşivinizin fiziksel yapısı hakkında bilgi verebilir misiniz? “Fiziksel Hasta Dosyası” Arşivleme iş süreçleriniz hakkında bilgi verir misiniz?

- Bugün itibariyle Toplamda kaç adet Hasta Dosyası vardır?
- Raf Sistemi nasıldır?
- Arşiv hizmeti için kullanımda olan binalarınızın toplam metrekaresi ne kadardır?
- Hasta Dosyalarını muhafaza etmek için kullanım alanı sorunu yaşıyor musunuz?
- Yaşıyor iseniz ileriye dönük bu soruna yönelik çözüm planlarınız/projeleriniz var mıdır?

4-) Arşivinizde günümüze kadar herhangi bir şekilde ayıklama işlemi yapılmış mıdır?

- Son 5 yıl başvurusu olmayan hasta dosyaları ayıklanmaktadır, vb.
- Ayıklanan Hasta Dosyaları ne şekilde, nerede muhafaza edilmektedir?
- Farklı Dosya depolama alanlarınız var mıdır? Lütfen açıklayınız.
- Hasta Dosyalarının depo edildiği kısımlar sigorta edilmiş midir?
- Kayıp Hasta Dosyası var mıdır? Bu gibi durumlar için ne yapılmaktadır?

5-) Arşivinizde şimdiye kadar dijitalleştirme proje çalışması yapılmış mıdır?

- Bu proje hakkında biraz bilgi alabilir miyim?
- Dijitalleştirme komisyonu kurulmuş mudur?
- Taranan belgeler nelerdir?
- Dijitalleştirme işlemi gerçekleştirilen “Tıbbi Belgelerin” yapıları standart mıdır? Değilse boyutları, yapıları hakkında bilgi alabilir miyim?
- Dijitalleştirme işlemi, kurum içi bir çalışma ile mi yoksa Dışarıdan Hizmet satım alımı ile yapılan bir çalışma mıdır?
- Dijitalleştirme sürecinde kullanılan Bilişim Teknolojileri hakkında bilgi verebilir misiniz?
- Kullanılan programın adı nedir?
- Tarayıcı olarak, hangi çeşit, hangi marka model tarayıcı kullanılmıştır.
- Dijital kopyaların Dosya uzantıları nedir?
- Dijital kopyalar nerede saklanmaktadır? HBYS sistemine entegre edilmiş midir?

- Dijital kopyası çıkartılan “Tıbbi Belgeler” hukuki açıdan saklanma zorunluluğu var mıdır? Kurumunuz kopyası çıkarılan fiziksel belgeleri nerede muhafaza etmektedir?
- Dijitalleştirme sürecinde “Kalite Kontrol” başlığı altında herhangi bir çalışma yapılmış mıdır? Yapıldıysa kısaca açıklayabilir misiniz?
- Dijitalleştirme süreçlerinde kullanılan standartlar var mıdır? Varsa açıklayabilir misiniz?
- Kurumunuzun oluşturduğu, dijitalleştirme için teknik bir yönerge var mıdır? Varsa bir örneği alınabilir miyim?
- Dijitalleşme iş süreçlerinde karşılaşılan sorunlar neler olmuştur?
- Deneyiminizle uyumlu olarak, Tıbbi Belgelerin Dijitalleşme süreçlerinin yapılabilir, uygulanabilir ve sürdürülebilir olabilmesi mümkün müdür?
- Sizce bu süreç nasıl yapılandırılmalıdır?

Değerli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.