T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. A. Coşkun Yorulmaz

TIBBİ UYGULAMA HATALARI AÇISINDAN ORTOPEDİ KLİNİĞİNDEKİ TIBBİ KAYITLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DOÇ. DR. MEHMET MESUT SÖNMEZ

İSTANBUL

2020

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Danışman

Prof. Dr. A. Coşkun Yorulmaz

TIBBİ UYGULAMA HATALARI AÇISINDAN ORTOPEDİ KLİNİĞİNDEKİ TIBBİ KAYITLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP BİLİMLERİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DOÇ. DR. MEHMET MESUT SÖNMEZ

İSTANBUL

2020

Önsöz

Adli Bilimler alanında birçok bilim insanı yetişmesine vesile olan doktora tezimin gerçekleşmesine imkân sunan, tezin hazırlanma sürecinde destek ve hoşgörülerinden ötürü Enstitüsü Müdürü Sayın Prof. Dr. Faruk AŞICIOĞLU' na, Tıp Bilimleri Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Naci GÜNDOĞMUŞ' a Adli Bilimler Enstitüsü'nde emek veren tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı veren, tez çalışmam sırasında ve ihtiyacım olan her konuda yardımını ve özverisini esirgemeyen, değerli tez danışmanım ve ağabeyim Sayın Prof. Dr. Abdullah Coşkun YORULMAZ' a destek ve emeklerinden dolayı Doç. Dr. Neylan ZİYALAR' a teşekkür ederim.

Hayatımın anlamı sevgili eşim, oğlum ve kızıma; bugünlere gelmemi sağlayan, koşulsuz sevgi ve desteğini benden hiç esirgemeyen, anneme ve babama, Sonsuz Teşekkürler...

M. Mesut Sönmez

İÇINDEKILER

ÖNSÖZ.....I

İÇİNDEKİLER.....II- III

TABLOLAR DİZİNİ..... IV

ŞEKİLLER DİZİNİ.....V- VI

KISALTMALAR.....VII

1. ÖZETLER

1.1 Özet.....1

1.2 İngilizce Özet.....2

2. GİRİŞ VE AMAÇ.....3

3. GENEL BİLGİLER.....5

3.1.Tanım.....6

3.2.Hekimin Hukuksal Sorumluluğu.....7

3.3 Tıbbi Kayıt tanımı ve tarihsel süreç.....9

3.4 Tıbbi Kayıtların önemi.....12

3.4.1 Hasta açısından Önemi.....13

3.4.2 Sağlık Kuruluşu açısından Önemi.....13

3.4.3 Sağlık Çalışanları Açısından Tıbbi Kayıtların Önemi.....14

3.4.4 Tıbbi Kayıtların Bilimsel Çalışmalar ve Eğitim Açısından Önemi.....14

3.5. Hekimin kayıt tutma yükümlülüğü.....15

3.5.1 Kayıt Tutma yükümlülüğünün Hukuksal nedeni.....15

3.5.2 Kayıt tutma yükümlülüğünün hukuksal dayanakları.....16

3.5.3 Kayıtlardaki eksiklik ve yanlışlıklardan doğabilecek hukuksal sonuçlar.....19

3.6 Kayıt ve Belgelerin Saklanması.....20

3.6.1 Tıbbi kayıtların saklanma süreleri.....22

3.7 Tıbbi standartlar açısından kayıt tutma Yükümlülüğü.....29

3.8 Tıbbi Kayıtlar.....31

3.8.1 Hasta Yatış Kağıdı(Hasta Kabul ve ilk giriş formu).....32

3.8.2 Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu.....32

3.8.3 Konsültasyon Raporları.....33

3.8.4 Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu.....33

3.8.5 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi.....35

3.8.6 Ameliyat Notu.....35

3.8.7 Epikriz(Çıkış Özeti).....36

3.8.8 Tıbbi Malzeme Kullanım Raporu.....37

4. GEREÇ VE YÖNTEM.....39

5. BULGULAR.....44

6. TARTIŞMA.....57

7. SONUÇ.....64

8. KAYNAKLAR.....66

9. ÖZGEÇMİŞ.....71

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Tıp Fakültesi Hastanelerinde Hasta Dosyaları Ve Diğer Tıbbi Kayıtların Saklama Süreleri.....28

Tablo 2: Hasta dosyasında bulunması zorunlu belgeler.....39

Tablo 3: Yatış yıllarına göre hasta dağılımı.....44

Tablo 4: Yıllara göre TC ve YU hastalar.....45

Tablo 5: Yatışı yapılan TC ve YU hastaların yaş ortalamaları.....46

Tablo 6: Dosyaları hazırlayan uzmanlık öğrencilerinin eğitim yılı dağılımı sayı ve yüzdeleri.....47

Tablo 7: Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres ve telefon bilgileri analizleri.....48

Tablo 8: Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres ve telefon bilgileri analizleri.....49

Tablo 9: Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu Değerlendirmesi.....50

Tablo 10: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu Günlük Gözlem Değerlendirmesi.....51

Tablo 11: Aydınlatılmış onam formlarının değerlendirilmesi.....52

Tablo 12: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Aydınlatılmış Onam Formlarının Değerlendirilmesi.....53

Tablo 13: Cerrahi teslim ve cerrahi taraf formu verileri.....54

Tablo 14: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Aydınlatılmış Onam Formlarının Değerlendirilmesi.....55

Tablo 15: Ameliyat notlarına ait veriler.....55

Tablo 16: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Ameliyat Notlarına Ait Veriler in Değerlendirilmesi.....56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Resmi Gazetede Sağlık Mensuplarının iş ve görev tanımı.....7

Şekil 2: Hasta Yatış Kağıdı.....40

Şekil 3: Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu.....40

Şekil 4: Epikriz(Çıkış Özeti, Taburcu Eğitim Formu).....41

Şekil 5: Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu.....42

Şekil 6: Güvenli Cerrahi Listesi.....42

Şekil 7: Cerrahi Taraf Formu.....42

Şekil 8: Ameliyat Notu.....43

Şekil 9: Yatış yıllarına göre hasta oranları.....44

Şekil 10: Yatış yapılan TC ve YU hastaların yıllara göre oranları.....45

Şekil 11: Yatış yapılan TC ve YU hastaların minimum, maksimum, %25-75 persentil, ortanca yaşları.....46

Şekil 12: Yatış yapılan acil ve elektif yatış oranları.....47

Şekil 13: Dosyaları hazırlayan uzmanlık öğrencilerinin eğitim yılı dağılımı oranları.....48

Şekil 14: Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres bilgileri analizi.....49

Şekil 15: Hasta yatış kağıdında hastaya ait telefon bilgileri değerlendirme sonuçları.....49

Şekil 16: Tıbbi müşahede ve muayene formu değerlendirmesi.....50

Şekil 17: Aydınlatılmış onam formlarının değerlendirilmesi.....52

Şekil 18: Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında aydınlatılmış onam formlarının Tarih ve Saat değerlendirilmesi.....53

Şekil 19: Cerrahi teslim ve cerrahi taraf formu verileri değerlendirmesi.....54

Şekil 20: Ameliyat notlarına ait veriler.....56

KISALTMALAR

TCK: Türk Ceza Kanunu

TC: Türkiye Cumhuriyeti.

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

MEGEP: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sistemini Güçlendirme Projesi

MÖ: Milattan Önce

TMK: Türk Medeni Kanunu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

EBYS: Elektronik Belge Yöneticisi

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

YU: Yabancı Uyruklu

1. ÖZET

1.1 Özet

Tıbbi Uygulama Hataları Açısından Ortopedi Kliniğindeki Tıbbi Kayıtların Değerlendirilmesi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hekimler her geçen gün artan "tıbbi uygulama hatası" iddiaları ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ortopedi ve travmatoloji dalı ülkemizde en sık şikayet edilen dallar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddialarına karşın hekimlerin kendilerini savunmalarını sağlayacak en önemli faktör tıbbi kayıtlardır. Çalışmada ortopedi kliniğindeki tıbbi kayıtların tıbbi uygulama hataları yönünden incelenmesi amaçlandı.

Çalışmada; bir eğitim ve araştırma hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji kliniğindeki taburcu olmuş hastalara ait 200 adet dosya içerikleri incelendi. Hastalar; yaş, cinsiyet ve uyrukları değerlendirildi. Hastaneye yatışının hangi şartlarda (elektif, acil) olduğu kaydedildi. Tıbbi kayıtların kim tarafından hazırlandığı, uzman ve/veya uzmanlık öğrencisi (kaçıncı sene uzmanlık öğrencisi?) belirlendi. Hasta dosyasında bulunması zorunlu tıbbi dokümanlar incelendi. İstatistiksel analiz için Windows için SPSS 15.0 programı kullanıldı.

İncelenen dosya içeriklerinde bulunması zorunlu tıbbi dokümanlarda içerik ve usul açısından eksiklikler saptandı. Tıbbi kayıtların uzmanlık öğrencileri tarafından tutulduğu çoğunlukla da ilk sene uzmanlık öğrencilerinin dosya içeriklerini hazırladığı görüldü. Aydınlatılmış onam ve günlük gözlem kayıtlarında aksaklıklar olduğu saptandı.

Hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin tıbbi standartlara uygun olması hayati bir değer taşıması beraberinde tıbbi kayıt süreçlerinin de etkin, düzenli ve tıbbi standartlara uygun olması sağlık hizmeti sunanların yükümlülüklerindendir. Tıbbi uygulama hatası iddialarına karşı hekimleri en büyük savunucusudur.

Anahtar Kelimeler: Ortopedi ve Travmatoloji, Tıbbi uygulama hataları, Tıbbi kayıtlar.

1.2 İngilizce Özet

Evaluation of Medical Records in an Orthopedic Clinic in Terms of Medical Malpractice

As in the whole world, in our country, physicians are faced with increasing medical malpractice claims. Orthopedics and traumatology is the third most frequently complained branch in our country. Despite the claims of medical malpractice, the most important factor that will enable physicians to defend themselves is medical records. The aim of this study was to examine the medical records of the orthopedic clinic in terms of medical practice errors.

The contents of 200 files of patients who were discharged from Orthopedics and Traumatology clinic of a training and research hospital were examined. Patients; age, gender and nationality were evaluated. hospitalization conditions (elective, emergency) were recorded. Mandatory medical documents were included in the patient file. SPSS 15.0 for Windows program was used for statistical analysis.

Deficiencies in terms of content and procedure were found in the medical documents that must be included in the contents of the examined files. It was seen that medical records were kept by only residents, and mostly in the first year. Informed consent forms and daily observation recordings showed irregularities.

It is very important that the health services provided to patients comply with medical standards. The medical record processes are also must be effective, orderly and in compliance with medical standards. The medical records are the greatest factors that advocate of physicians against claims of medical malpractice.

Key Words: Orthopedics and Traumatology, Medical malpractice, Medical records.

2. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde uygulama hataları iddiasıyla hekimlere karşı açılan dava sayılarında artış gözlemlenmektedir. Hekimlik mesleğinin icrası esnasında mesleki yeterliliğin ve bilginin beraberinde yasal düzenlemelerin de bilinmesi hekime ve hastaya ait hakların korunmasına olanak sağlar. Bir Haziran 2005'de yürürlüğe girmesi ile hekimler ile ilgili Türk Ceza Kanunu'nda(TCK), ceza ve tazminat hukuku açısından birçok yeni tanım ortaya çıkmıştır. Hekimler mesleki uygulamaları esnasında uygulama hatalarından dolayı ortaya çıkabilecek zararlar nedeniyle 2005 yılından önce sıklıkla kast, taksir gibi tanımlamalar ile yargılanırlardı. Kast ötenazi haricinde hekimlik mesleği ile bağdaşmayan bir kavram olması nedeniyle 2005 öncesi hekimlere yöneltilen suçlama taksir ile ilgiliydi. 01.06.2005 tarihinde TCK'nuna iki yeni kavram; "bilinçli taksir" , "olası kast" dâhil edildi.

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 21. ve 22. maddelerine göre;

- ***Kast:*** Kanuna göre tanımlanmış suç ile ilgili tüm unsurları bilinmesi eylemin irade ve istekle gerçekleştirilmesidir.
- ***Olası kast:*** Kanuna göre tanımlanmış suç ile ilgili unsurların ortaya çıkabileceği öngörülür ancak eylem gerçekleştirilir.
- ***Taksir:*** Gereken özen ve dikkat gösterilmemesi nedeniyle ortaya çıkabilecek suçun tanımlanan sonuçlarının gerçekleşmesidir.
- ***Bilinçli taksir:*** Kişi öngördüğü sonucu istememesine rağmen olumsuz sonucun ortaya çıkması durumudur.

Hekimlerin mesleklerini icra ederken hastaları ile olan sözleşme kapsamında hukuken sorumlu oldukları görevlerden biri ise "kayıt tutma yükümlülüğüdür". Bu yükümlüğü yerine getirmeyen veya eksik getiren hekimler ortaya çıkabilecek zararlardan dolayı sorumlu tutulabilirler.

Kamu veya özelde görev yapan hekim ve diğer sağlık personelleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili tıbbi kayıtların tutulması zorunludur. Başvuran hastanın tedavi sürecinin tamamlamadan hekimin takibinden çıkması sorumluluğu kaldırmaz.

CMK Madde 332'de belirtildiği gibi, tıbbi kayıtlar gereken durumlarda mahkemelere sunulabilecek en önemli belgelerdir. Bundan dolay detaylı ve düzenli olarak kayıt altına alınmalarında yarar vardır. Kayıt tutma 1928 yılında yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da belirtildiği gibi, hukuksal bir zorunluluk olma yanında hekimleri bu davalar karşısında savunacak ve tıbbi uygulamalarının hukuka ve tıbba uygunluğunu objektif olarak ortaya koyabilecek yegâne unsurdur. Tıbbi kayıtların yetersiz olması tıbbi uygulama hatalarına dair şikâyet olması durumunda hekimlerin sundukları tıbbi hizmetleri yeterince ortaya koyamama sonucunu doğurmaktadır. Diğer yandan Tıbbi kayıtların yetersizliği davacılar açısından hekimin sunduğu hizmetin güvenirliliği tartışmasını ortaya çıkarmaktadır. Ülkemizde mevcut sağlık hizmetinin verilmesi esnasında ortopedi alanında tutulan kayıtları sağlık hukuku açısından değerlendiren bir çalışma henüz yapılmamıştır. İlgili araştırma ile hekimlerin konu ile ilgili bilgilendirileceği, eksiklerinin saptanabileceği ve dikkat edecekleri hususların ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın diğer branşlara da örnek olması ve diğer branşlarda da ilgili çalışmaların yapılması amaçlanmıştır.

3. GENEL BİLGİLER

İnsanların hastalıklarını tedavi etme ve ömrünü uzatma amacını güden öncelikle bu amacını yerine getirirken hastalarına zarar vermemelidirler. “İyileştirme sanatının” uygulayıcısı; tarihsel gelişimini tamamlayarak “Hekim” kimliği ile karşımıza çıkmaktadır. "Primum Nil No Cere", Önce zarar verme Hipokrat'ın binlerce yıl önce hekimlere öğütlediği meşhur aforizmasıdır (1). Her hekimin bu prensiple hareket ettiği kabul edilmekle beraber tıbbi zaman zaman istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. İnsan sağlığına faydalı oldukları sürece toplum içinde saygınlık ve itibar gören hekim, hastasına zarar verdiği zaman topluma karşı sorumlulukla yüzleşir.

Hekimlere ait tarihsel yasal düzenlemelerden en eskisi; günümüze kadar ulaşabilmiş Mezopotamya uygarlığına ait, Hammurabi Kanun’larıdır. Bu kanunların 218. maddesine göre hekimin hastasının ölümüne veya gözlerini kaybetmesine neden olursa her iki eli kesilir (1). Dönemin diğer uygarlıklarına göre tıp konusunda oldukça ileride olan Mısır'da; mevcut birikim ve geçmişteki deney ve tecrübelere göre mesleklerini uygulayan hekimler kötü sonuçtan dolay cezalandırılmazken teamüllere göre hareket etmeyenlerin cezalandırıldıklarına dair kanıtlar mevcuttur. Hipokrat ve onun prensip ve öğretileri ile hareket edenler tarafından hekimin hukuksal sorumluluklarının temelleri atılmıştır. Zamanın akışı içerisinde kusurlu tıbbi uygulamalar, doktorların sorumlu tutulduğu ve gerektiğinde yasal yaptırımlara neden olan mesleğin değişmez bir parçası olarak yasadaki değişiklikler ve düzenlemeler ile günümüzdeki halini almıştır (1).

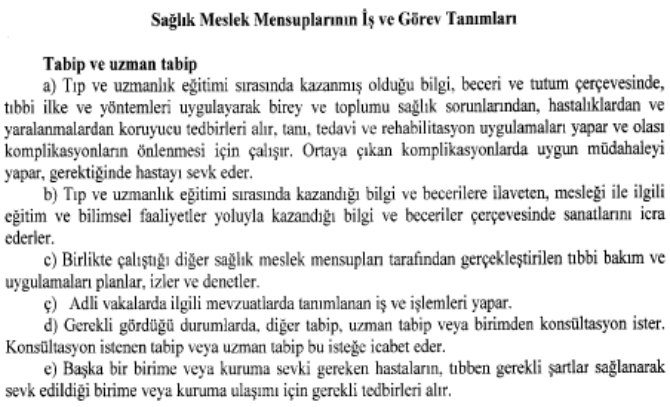
3.1 Tanım

Tıbbi uygulamalar esnasında ortaya çıkan istenmeyen durumlara "komplikasyon" adı verilir. Komplikasyonların ortaya çıkmasında hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğunun olması veya sağlık hizmetinin sunuşu esnasında komplikasyon olarak kabul edilmeyen bir durumun ortaya çıkması halinde "tıbbi uygulama hatasından" söz edilir. Komplikasyonların ortaya çıkmasında sağlık personelinin katkısı olmamasına rağmen komplikasyon yönetimi ve/veya tedavinde ortaya çıkan sağlık çalışanı yetersizlikleri de "tıbbi uygulama hatası" olarak tanımlanabilir (2).

Birçok tanım içerisinde, “hastalığın doğal süreci ile ilişkisiz sunulan sağlık hizmetinden kaynaklanan ve hastanın zarar görmesi” en basit tanımlamadır. Herhangi bir işin zaman ve tecrübelerle belirli kurallara bağlı olarak yapılması ve uygulanması “standart” olarak tanımlanır. Tıbbi uygulama hatası, “sağlık hizmetini sunan tarafından; standart olarak tanımlanmış tanı, tedavi ve takip uygulamalarındaki yetersizlik ve eksiklik sonucu sağlık hizmeti sunulanda zarar ortaya çıkmasıdır" (2). Buna göre; tıbbi uygulama hatası, sağlık hizmeti standartlarının dışına çıkılması gelmektedir. Dünya Tabipler Birliği de tıbbi uygulama hatasını, “sağlık hizmeti sunanların bu hizmet sunumu esnasında standart uygulamayı yapmaması, gereken beceriye sahip olmaması veya hastaya sağlık hizmeti sunmaması ile oluşan zarardır”, şeklinde tanımlamaktadır.

T.C. Resmi gazetesinin 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayısında sağlık mensuplarının iş ve görev tanımları tanımlanmıştır (Şekil 1).

Şekil 1: Resmi Gazetede Sağlık Mensuplarının iş ve görev tanımı.



Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımları

Tabip ve uzman tabip

a) 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.

b) 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.

c) Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

ç) Adli vakalarda ilgili mevzuatlarda tanımlanan iş ve işlemleri yapar.

d) Gerekli gördüğü durumlarda, diğer tabip, uzman tabip veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya uzman tabip bu isteğe icabet eder.

e) Başka bir birime veya kuruma sevki gereken hastaların, tıbben gerekli şartlar sağlanarak sevk edildiği birime veya kuruma ulaşımı için gerekli tedbirleri alır.

3.2 Hekimin Hukuksal Sorumluluğu

1970'lerden sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) doktor ve sağlık çalışanlarına tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan davalar yüksek sayılara ulaşmıştır. Ortopedi ve Travmatoloji uzmanlık alanı ile ilgili, ABD'de tıbbi uygulama hata vaka sayısı binlerle ifade edilmektedir (3). 1984 yılında randomize olarak yapılan bir çalışmanın sonuçları oldukça ilgi çekicidir 1984 yılı boyunca New York'ta tıbbi ihmal sonucu 27.000 yaralanma olduğu hesaplanmıştır. Buna karşılık aynı yıl açılan dava sayısı 3800' dür. Tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgili geniş ölçekli çalışmalarda üzerinde uzlaşma sağlanan husus, belirli bir standardın altında tedavi alan ya da ihmal sonucu zarar gören olguların çok azının dava açma yoluna gittiğidir. Kaliforniya' da 1974 yılında yapılan bir araştırmaya göre, hastanelere yatan 3.000.000 hastada 140.000 tıbbi uygulama hatası vakası meydana gelmiş olup, bu durum % 4.7' lik bir orana karşılık gelmektedir (4). New York' ta 1990 yılında yürütülen bir araştırmaya göre ise, 2.700.000. yatan hastada 98.600 tıbbi uygulama hatası olgusu ortaya çıkmıştır. Bu örnekteki oran % 3.7 olmaktadır. Bu, sadece İngiltere' de bir yıl içinde 5.000.000 yatan hastada, 200.000 adet tıbbi uygulama hatası vakası anlamına gelmektedir (5). Buna karşılık, tıbbi uygulama hatası nedeni ile mağdur olduklarını iddia edenlerin ancak % 2 sinin dava açtığı bildirilmektedir (6).

Ülkemizde bununla ilgili henüz az sayıda bilimsel veriler ve yayınlar mevcuttur (7,8). Türkiye'de günümüzde tıbbi uygulama hatası nedeniyle şikayet edilen hekim ve sağlık çalışanlarının sayısı artış göstermektedir.

Hekim mesleğini icra ederken mesleki olarak bilmesi gereken bilgi ve beceri yanında kendi ve hasta haklarını korumaya yönelik hukuki düzenlemeler hakkında bilgiye sahip olması gerekmektedir. Hukuk devleti ilkesi gereği olarak hekim mesleki uygulamalarından sorumlu tutulmaktadır.

Hekimlik mesleğini Türkiye Cumhuriyeti'nde uygulayan kişilerin mesleki uygulamaları açısından hukuksal sorumlulukları üç ana başlıkta değerlendirilebilir:

1. Mesleki sorumluluk: Hekimler etik, ahlaki ve tıbbi kurallara uymak zorundadırlar. Ayrıca mesleki kuruluş olan Türk Tabipler Birliği'nin de bünyesindeki tüzük ve yönetmeliklerden de sorumludurlar.

2. Tazminat sorumluluğu: Hekimlik mesleğini yerine getirirken hastada zarar ortaya çıkarırsa; hastanın uğradığı zararı tanzim etme hakkı doğar bu durumda tazminat sorumluluğu devreye girer. Ülkemizde hekimlik uygulamaları esnasında ortaya çıkan zararın tanzimi ile ilgili düzenlemeler bulunmamaktadır. Hasta ile hekim arasındaki ilişki borçlu ve alacaklı ilke ve kurallarına dayandırılarak; "Borçlar Kanununun" ilgili maddeleri yasal süreçte kullanılmaktadır.

3. Cezai sorumluluk: Hekimlik uygulamaları esnasında ortaya çıkabilecek zararlar suç teşkil edebilmektedir. Hukuk devleti esaslarının başında bireylerden herhangi birine karşı işlenen suç veya verilen zararın tüm topluma karşı işlenmiş sayılması dolayısıyla suçlunun cezalandırılmasıdır bundan dolayısıyla hekimlerin suç sayılacak işlemlerde cezai sorumlulukları da bulunmaktadır (1).

Her şeyden önce tıbbi hizmetin hukuka uygun olması gerekmektedir. Bunun için;

1. Hukuken Tıp mesleğini icra etmeye yetkili olmak: Hekimin ilgili mercilerce onaylanmış tıp doktoru diplomasına sahip olması gerekmektedir.

2.Hastanın rızası: Hasta rızası ile ilgili Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında maddeler tanımlanmıştır. Anayasanın 17. Maddesinde:

- Zorunlu, acil ve kanunda yazılı durumlar dışında, bireyin vücudu dokunulmazdır. Rıza olmadan bilimsel ve/veya tıbbi deneyler uygulanamaz.
- Hastanın hastalığı ile ilgili tıbbi yardım talep etme veya hastalığın doğal seyrini kabul etme seçim haklarına sahiptir. Bu hak Anayasa'da ilgili maddede; herkes yaşama ve varlığını sürdürme hakkına sahip olması ile açıklanır (9).

Hastaya uygulanacak tedavi veya müdahalenin hukuken kabul edilebilir olması için hastanın rızasının alınmasıdır. Hasta yapılacak müdahale ile ilgili aydınlatılmalı ve onamı alınmalıdır. Hasta bu kararı veremeyecek durumda ise rızası ve onamı kanuni temsilcisinden alınır. Bireyin sağlığı için gerekli olsa da uluslararası tıp kurallarına göre, tıbbi müdahaleler ancak kişinin aydınlatılması ve rızası ile yapılabilir. Hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleyi onaylaması için, hastalığı ve tedavisi ile ilgili öncesinde bilgilenmiş olmalıdır. Bu kapsamda hastanın aydınlatılmadan ve onamı ve rızası alınarak vücuduna yönelik yapılacak herhangi bir müdahale hukuka aykırıdır (10). Bu durumda hukuki sorumluluk yanında "haksız fiilden" bahsedilmektedir.

3.3 Tıbbi Kayıt Tanımı ve Tarihsel Süreç

Tıbbi Kayıt dinamik bir süreci tanımlar ve bu süreçte kullanılan materyallere tıbbi belge adı verilir. Tıbbi belgelerin bu sürece dahil olması ve işleyişi ile ilerler. Tıbbi kayıt genel anlamı ile hastanın kişisel bilgilerinin, tanı, tetkik ve tedavi süreci ile ilgili bilgilerin usule uygun ortamda muhafaza edilmesidir. Bu belgelerin tümü yazılı ve/veya elektronik ortamda saklanabilir (11).

Milli Eğitim Bakanlığı'nca yürütülen bir proje olan, "Mesleki Eğitim ve Öğretim Sistemini Güçlendirme" tıbbi kayıdı; tıbbi dokümantasyon olarak tanımlanır. Tıbbi dokümantasyon tıbbi belgelerin bira araya getirilmesi, düzenlenmesi, değerlendirilmesi, arşivlenmesi ve gereken durumlarda kullanıma sunulması işlemlerinin tümüdür. (12,13).

Sağlık kuruluşlarına tanı ve/veya tedavi amacıyla başvuran ayaktan veya yatarak tanı, tedavi sürecinden geçen hastaların başvurdukları kurumda ilgili sağlık personeli tarafından oluşturulan, her türlü yazılı belge, film, bilgisayar dokümanı vb tıbbi kayıt olarak değerlendirilir. Tıbbi kayıtlarda, hastaya ait anamnez,muayene ve günlük takip notları, tanıya yönelik her türlü tetkik ve sağlık kuruluşunda yatarak tedavi sürecine ait verileri, ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve sonrasında süreci ile ilgili veriler barınmalıdır (11).

Tıbbi kayıtlar, hekim tarafından tanı ve tedaviye yönelik karar verme sürecinde temel araçtır (11). Tıbbi kayıt sürecinin yönetiminde hedeflenen, tıbben kabul edilmiş standartlara uygunluğun denetim altına alınması, tanı ve tedavi sürecinde istenmeyen durumların ortaya çıkmasının önlenmesi ve sürecin aksayan yönlerinin iyileştirilmesidir. Bu hedef ayrıca kalite açısından daha iyi bir süreç yönetiminin de birlikte ortaya çıkmasını sağlamaktadır.

1996 yılında Türk standartları Enstitüsü (TSE) tarafından Hastane Akreditasyon Tasarısı yayınlanmıştır. Bu tasarıya göre tıbbi kayıt;

"Hastanın hastalık ile ilgili sürecini tarif eder. Hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili detayları ve bu detaylara müdahil olan tüm ilgili branşların işlemlerinin organize edilerek kayıt altına alınmış ve raporlanmış şeklidir" (14).

Sağlık hizmeti sunanlar usule ve fenne uygun olarak düzenlenmiş ve saklanan tıbbi kayıtları, koruyucu hekimlik ve sağlık hizmetleri başta olmak üzere, tüm sağlık alanında kullanabilirler. Ayrıca tıbbi kayıtlar eğitim ve araştırmalarında kullanabilirler. Sağlık kuruluşlarının planlamasında, sağlık personeli istihdamı ve eğitimlerinde tıbbi kayıtlar önemli rehber teşkil etmektedir.

Tıbbi kayıtlar önem derecesine göre iki sınıfta değerlendirilir.

- **Birincil Hasta Kaydı:** Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini sunarken, kendilerine ait gözlem ve sundukları hizmet ile ilgili verilerin kayda geçirilmesidir.

- **İkincil Hasta Kaydı:** Sağlık çalışanları tarafından tutulan birincil kayıtlarından üretilen sonrasında veya anlık sağlık kuruluşunun denetimlerinde kullanılabilen kayıtlardır.

Tıbbi Dokümantasyonun tarihçesi, oldukça eskidir. Eski çağlardan günümüze hekimlik sanatı uygulayıcıları tıpla ilgili çalışmalarını kendilerinden sonra gelecek olan uygulayıcıların faydalanması için kayıt altına almıştır (15).

Mısır'da M.Ö 3000-2500 yılları arasında yaşayan İmhotep üstlendiği tıp danışmanlığı görevi ile Mısır'daki ilk hekimdir. Dünya tarihinde bulunan en eski tıbbi doküman olarak bilinen " Edwin Smit Papirüsleri" nin yazarı olduğu kabul edilir (11).

Sümerliler dönemine ait hastalıklarla ilgili kil tabletler üzerine yazılmış eserler günümüze ulaşmıştır. Meşhur Hammurabi kanunları arasında tıbbi uygulamaların kötüye kullanılması halinde verilecek cezalar ile ilgili kayıtlara rastlanmıştır (1,11).

Eski Yunan'da en fazla saygı duyulan hekimlerden biri Aesculap'dır. Aesculap döneminde tapınakların sütunlarına tedavi edilen hastaların ve hastalıklarının hikayeleri yazılırdı. Aesculap soyundan geldiği kabul edilen Hipokrat tıbbın babası olarak anılır ve Eski Yunan'daki hekim isimlerinden diğer en önemlisidir. Hipokrat, gözlemleri başta olmak üzere tıp alanında birçok yazı yazmıştır (11,16).

Kuruluşu ortaçağa dayanan ve halen hizmete devam eden Londra'daki St. Bartholomew’s Hastanesi, tıbbi kayıtların tutulması, arşivlenmesi ve ilk modern tıp kütüphanesinin kurulduğu kuruluş olarak önemli yer tutar (17).

Tıbbi kayıt sistemini ilk kuran ve hastalara ait bilgileri arşivleyen 1752 yılında kurulmuş olan ABD Philadelphia’da Pennsylvania Hastanesi’dir. Kartları oluşturulan hastalar, adres gibi bilgileri ve hastalıklarının çeşitliliğine göre numaralandırma sistemi geliştirilerek kayıt altına alınmıştır. New York Hastanesi'nde 1771-1790 yılları arasında kayıt alınan hastalara ait tıbbi belgeler günümüzde halen korunmaktadır. New Orleans’daki Charity Hastanesi’nde tıbbi kayıtlar büyük defterlere kaydedilmiştir. Amerikan Hastaneler Birliği Genel Kurulu'nda 1902

yılında ilk defa hasta kayıtlarıyla ile ilgili bilimsel oturum gerçekleşmiştir. Bu oturumda, tıbbi kayıtlarda bir standart olmadığı; kayıtları tutan ve saklayan kişilerin yeterli eğitim ve öğretime sahip olmadıkları vurgulanmıştır. Amerikan Tıp Birliği'nin 1905 yılındaki 56. toplantısında hasta ve hastalıkları ile ilgili bilgilerin kaliteli, gerçek ve eksiksiz olarak saklanması açısından bilimsel çalışmalar gerekliliği belirtilmiştir (11,17).

Günümüz tıbbi kayıt sistemi atası olan eski hasta kayıtlarının özelliklerini taşımaktadır. Modern tıbbi kayıt sürecinin temel hedefi, sunulan sağlık hizmetlerinin, doğru ve gerçek zamanlı olarak kayıt altına alınmasıdır (17).

3.4 Tıbbi Kayıtların Önemi

Tıbbi kayıtlar, toplum ve kişi sağlığını ilgilendiren tüm tıbbi bilginin kayıt altına alınıp saklanması ve sonrasında ihtiyaç duyulan tıbbi araştırmalara ışık tutması açısından önemlidir (15).

Tıbbi kayıtların amacı sunulan sağlık hizmetinin kime, ne zaman ve nasıl olduğunun ispatlanmasını sağlamaktır. Hasta dosyaları başta olmak üzere tüm tıbbi kayıtlar hastaya sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde en önemli kaynaktır. Tıbbi kayıtlar sayesinde sağlık hizmetini sunan sağlık profesyonelleri arasında bilgi alışverişi sağlanır. Tıbbi kayıtlar ayrıca sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin de değerlendirilmesine olanak sağlar. Sağlıkla ilgili eğitimler, hasta ve hekimlerin haklarının korunması, bilimsel çalışmalar, sağlık tesislerinin mali ve finansal yönetimi açısından kayıtlar son derece önemlidir (18).

Tıbbi kayıtların önemi:

• Yasal belge özelliğindedir.

• Sağlık hizmetini sunanları korur.

• Gereken bilgiler bir arada tutulur.

• Bilgilerin yok olmasını engeller.

• Birden fazla kişi aynı anda bilgiye ulaşabilir.

• Bilgiye ulaşma sürecini hızlandırır.

• Tıbbi hatalardan kaçınmayı sağlar.

• Tıbbi bilgileri birleştirilerek veya ayrıştırarak daha sağlam sonuca ulaşılmasını sağlar.

• Hastaların değerlendirilmesini kolaylaştırır.

• Sağlık çalışanlarının performansının değerlendirilmesini olanak verir.

3.4.1 Tıbbi Kayıtların Hastalar Açısından Önemi

Hastalara ait bilgilerin hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak akılda tutulması mümkün değildir. Tıbbi kayıtlar sağlık çalışanlarının, hastalık süreçlerine ait tıbbi bilgileri gerektiğinde ve zamanında ulaşmasını sağlayarak hastanın tedavi sürecinin hem zaman kazandırarak hem de hatasız olarak yönetilmesini sağlar (18).

3.4.2 Tıbbi Kayıtların Hastaneler Açısından Önemi

Hastaya ait tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilmesinde yüksek düzeyde güvenirlilik özelliği taşıması zorunludur. Tıbbi kayıt sistemi sağlık kuruluşuna ait insan ve diğer kaynakların daha verimli kullanılmasını olanak verir (13).

Özet olarak;

- Gereksiz tetkik ve tedaviler engellenerek kaynaklar verimli kullanılır.
- Hasta dosyasındaki veriler tedavi sürecinin başarısını sağlar.
- Kaynakların verimli olarak kullanımı sağlanır. Sağlık politikalarının ekonomik ve finansal açıdan sağlıklı olması sağlanır.

3.4.3 Sağlık Çalışanları Açısından Tıbbi Kayıtların Önemi

Aynı anda birden fazla hastaya sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının, hastaların tanı ve tedavileriyle ilgili tüm bilgileri detaylı olarak hatırlamaları ve takip etmeleri olanaksızdır. Radyoloji ve laboratuvar hizmetleri gibi disiplinler arası iletişimin çalışanlarının birebir iletişim kurması ile sağlanması imkan dahilinde değildir. Nitelikli ve amacına uygun sağlık hizmetinin sağlanması disiplinler arası uyumlu çalışma, tıbbi kayıtların zamanında ve doğru şekilde paylaşılması ile sağlanabilir (11,19).

Hastaların tanı, tedavi ve bakım kalitesinin arttırılması sağlık çalışanları arasındaki bilgi alışverişinin en üst düzeyde tutulması ile sağlanır. Elde edilen tıbbi verilerin kayıt altına alınması ve saklanması sağlık hizmetini sunan tüm kişilerin bu bilgilere ulaşmasını dolaysıyla farklı kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının da bu bilgilerden faydalanmasını sağlar (20).

3.4.4 Tıbbi Kayıtların Bilimsel Çalışmalar ve Eğitim Açısından Önemi

Eğitim ve tıp alanındaki bilimsel çalışmaların yürütülmesinde tıbbi kayıtların önemi tartışılmazdır. İhtiyaç halinde tıbbi kayıtların bilimsel araştırmalar ve eğitim amaçlı kullanılması için sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık kuruluşlarının tıbbi kayıtları bu amaçla kullanıma uygun halde sorumluluğundadır. Tıbbi kayıtların standartlara uygun olarak tutulması bu amaca ulaşmayı doğal olarak karşılar.

Standartlara uygun olarak tutulan tıbbi kayıtlar güvenilir belge niteliğindedirler. Tıp alanındaki bilimsel çalışmalarda kullanılması amaçlanan tıbbi kayıtlar için etik ilkelere bağlı kalmak şartıyla hastalardan ayrıca izin alınması gerekmez (12). Bilimsel çalışmaların geçerliliği ve güvenirliliği tıbbi kayıtların, etkin ve sistematik olarak tutulmasına bağlıdır. Tıbbi kayıtlar bilimsel çalışma amacıyla eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde yoğun olarak kullanılır. Tıbbi kayıtlar tıbbi bilgilerin iyileştirilmesi ve geliştirmesi açısından vazgeçilemez ihtiyaçtır (21).

3.5 Hekimin kayıt tutma yükümlülüğü

Tıbbi kayıtlar; tanı ve tedavi aşamasında hekimin yaklaşımının ve mesleğini standarda uygun olarak icra ettiğinin belgeleri olması nedeniyle önemlidir. Tıbbi açıdan "kayıt tutma" doğal bir tedavi yükümlülüğü olarak tanımlanabilir. Bu nedenle tıbbi kayıtlar öncelikle hastanın tedavi edilmesini, ikincil olarak da hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluklarının yerine getirmelerini sağlar.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu Türk Sağlık Hukuku mevzuatının temel kaynaklarından birini oluşturur. Kanunun 72. maddesinde sağlık hizmeti sunan bireylerin hizmet verdiği kurumun vasfı gözetilmeksizin; kamu veya özel sektör olabilir; "protokol defteri" düzenleme ve sağlık hizmeti verilen hastaların tıbbi kayıtlarının kayıt altına alınmasını zorunlu kılmıştır. Kayıtların usulüne uygun olarak tutulması hekimin mesleğine gereken özeni gösterdiğinin göstergesidir.

Tıbbi kayıtların doğruluğu ve özenli tutulması sadece hukuksal açıdan değil; hekimin, hastasının tedavi sürecini daha iyi ve rahat değerlendirebilmesine olanak sağlayacak, teşhis, tedavi ve hatta tedavi sonrası süreçte hekime önemli katkılar sağlayacaktır.

3.5.1 Kayıt Tutma yükümlülüğünün Hukuksal nedeni:

Hekim ve hasta arasında kurulan ilişki hekimi hastasını tedavi etme sorumluluğu yanında hukuksal olarak hastası ile ilgili tıbbi bilgileri özenli ve gerekli kurallar çerçevesinde kayıt altına alma görevini yükler (22).

Tıbbi kayıt tutma sorumluluğu hekimin hastası ile doğal olarak yaptığı sözleşmeden doğan bir zorunluluk olduğu kadar, mesleği uygulama açısından da zorunluluktur (23). Yüksek Sağlık Şurasına alınan bir kararda, kayıtların zamanında usule uygun tutulması, hekimin mesleğini uygularken gösterdiği özenin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (24).

3.5.2 Kayıt tutma yükümlülüğünün hukuksal dayanakları:

Sağlık kayıtları diğer bir deyişle "sağlık verisi" birer kişisel veri olarak kabul edilir ve kişilerin özel yaşamını yakından ilgilendirir. Sağlık hizmeti sunarken kişilerin özel yaşamının gizliliği ilkesini korumak sağlık kayıtlarının usule ve fenne uygun olması ile sağlanır. Kişisel veri ve kişinin özel yaşamı ile ilgili karşılaşılan durumlarda yol gösteren birçok hukuksal düzenleme ve mevzuat vardır. Bunlar;

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Anayasa'nın 20. maddesi:

- *Kişisel verilerin korunması her bireyin hakkıdır.*
- *Birey kişisel verileri hakkında bilgilendirme, verilere ulaşma, verilerin düzeltilmesini veya silinmesini isteyebilir.*
- *Kişisel veriler ancak bireyin rızası ve onayı ile kanunlar doğrultusunda işlenebilir.*
- *Kişisel veriler ilgili kanunlarla korunur.*

Tıbbi kayıtlar da kişisel veri olarak kabul edildiğinden yukarıdaki sıralı maddelerin tümü sağlık verileri için de geçerlidir.

Türk Ceza Kanunu(TCK)

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 134, 135, 136 ve 137. maddelerinde;

- *Kişisel verilerin hukuk dışı kaydedilmesi, verilerin paylaşılması veya yayılması suçtur.*
- *134.maddede özel hayatın gizliliğinin ihlalinin cezası hapis veya adli para cezasıdır. İhlalin ses ve/veya görüntü ile olması halinde cezanın alt sınırı en az 1 yıl olur.*
- *Kişilerin sağlık durumlarına ait bilgileri hukuka aykırı olarak kaydedenler bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*
- *Hukuka aykırı şekilde bireye ait kişisel verileri üçüncü kişilerle paylaşan veya yayan kişiler, iki ila dört yıl arasında hapis cezası ile cezalandırılır.*

- *Kamu çalışanları tarafından veya görevi sayesinde kişisel veriler ile ilgili verilenin hukuku aykırı olarak yayan, ele geçiren veya kötüye kullanan kişilerin cezaları yarı oranda arttırılır.*
- *Sağlık hizmeti sunanlar tarafından bu fiillerin işlenmesi halinde cezalandırmanın daha ağır olması gerektiği bildirilmiştir.*

TCK 239. maddesinde;

- *Meslek veya görevi gereği kişilerin sırlarını veya verilerini yayan kişiler bir ila üç yıl arasında hapis cezası ile cezalandırılır.*

Ceza Muhakemesi Kanunu(CMK)

332. Maddeye göre suçların soruşturulması esnasında ilgili mercilerce yazılı talep edilen belge ve bilgilere on gün içinde cevaplanmalıdır.

Kanunun bu maddesi sağlık çalışanlarının herhangi bir adli olay veya suçlanma karşısında kendilerini savunmak veya adli merciler tarafından istenen kayıtların istenen yerlere teslim aşamasında önem taşır. Düzgün tutulmayan kayıtlar herhangi bir adli olayın veya soruşturmaya konu olan sağlık çalışanlarının kendilerini savunmasına olanak sağlamaz.

Bilgi Edinme Hakkı ile ilgili Kanun

4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanun;

- *Bireylerin bilgi edinme ile ilgili haklarıyla ilgili esasları ve usulleri tanımlar.*
- *Bilgi edinme hakkının sınırları vardır.*
- *Bilgi edinme kapsamı dışında olan bilgilerden birisi de özel hayatın mahremiyetiyle ilgili bilgilerdir.*
- *Kişinin onamı ve rızası dışında sağlık bilgileri ile ilgili bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır.*
- *Kamunun menfaati olan durumlarda, kişisel bilgi veya belgeler ilgili kişiye en az yedi gün öncesinden bilgi verilerek yazılı rıza ve onamı alındıktan sonra açıklanabilir."*

Elektronik Haberleşme Kanunu

5809 sayılı Elektronik Haberleşme Kanunu'nunda elektronik haberleşme hizmetiyle ilgili kurallar belirlenir. İlgili kanunun 4. Maddesinde kişisel bilgilerin muhafaza edilmesine, bilgi ve haberleşme mahremiyetine değinir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

Tüzüğün 4. maddesinde;

- *Hekimler kanunen zorunlu haller dışında mesleği gereği sahip oldukları sırları açıklayamazlar.*
- *Bilimsel toplantı veya sunulan yayınlarda hastaların kimliklerini ifşa edemezler.*
- *Hastaya ait gizli bilgilerin korunması gerektiği vurgulanmıştır.*
- *Kişinin onamı ve rızasının olması hastanın kişilik haklarının ihlaline neden olan bir durum meydana getiriyorsa, bunları açıklayanın sağlık personelinin hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.*
- *Hukuki açıdan kabul edilir ve haklı bir nedene dayanmaksızın kişiye zarar verme ihtimali olan bilgilerin açıklanması, hekime hukuki ve cezai sorumluluk yükler.*

.**Hasta Hakları ile ilgili Yönetmelik**

Yönetmeliğin 16. ve 17. maddelerinde;

- *Hasta, kendisine ait tıbbi kayıtları bizzat veya vekili veya kanuni temsilcisi aracılığıyla inceleyebilir ve bir örneğini temin edebilir.*
- *Tıbbi kayıtlar sadece kişinin tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.*
- *Tıbbi kayıtların mülkiyeti tedavinin uygulandığı tesise aittir bu yüzden belgelerin aslının verilmesi zorunlu değildir.*
- *Tıbbi kayıtlar yalnızca hastaların tedavileri ile doğrudan ilişkili kişiler tarafından görülebilir.*

- *Hastalar tıbbi kayıtlarındaki eksik veya hatalı bilgilerin düzeltilmesini, açıklanmasını ve anlaşılır hale getirilmesini ve sağlık durumu ile ilgili rapor düzenlenmesini isteyebilir (11).*

3.5.3 Kayıtlardaki eksiklik ve yanlışlıklardan doğabilecek hukuksal sonuçlar:

Hekim ve diğer sağlık çalışanları tutmakla sorumlu oldukları tıbbi kayıtların eksik veya yanlış olmasından dolayı sorumludur. Bundan dolayı hasta zarar görmüşse uğradığı zarardan dolayı kanuni haklarını arayabilir ve zararının karşılanmasını sağlayabilir. Ortaya çıkan zarar maddi ve/veya manevi olabilir ve bu durumu değiştirmez.

Sağlık hizmeti sunan kurum ve kişilerin tümü tıbbi kayıtların eksikliğinden ve/veya hatalı olmasından dolayı sorumludur. Hekimin sağlık hizmetini sunarken hastası ile ilgili edindiği kişisel bilgileri tedavi sürecinin yönetilmesi açısından kayıt altına alması gerektiği gibi bu bilgileri saklamakla da yükümlüdür.

Bir çalışmada hekimlerin tıbbi hataların ortaya çıkış nedenlerine yönelik değerlendirmelerinde hekimler arası ve hekim-hasta arasındaki iletişim problemleri, hastaya ait tıbbi kayıtlardaki eksik bilgi ve belge olması, hekimin hastanın tıbbi geçmişi ile ilgili yetersiz bilgisi, hekimin kayıtlarının okunamaması gibi nedenler önemli bir yer tutmuştur. Hastaya ait tıbbi kayıtlardaki yetersizlik "tıbbi kayıt odaklı tıbbi hata nedenleri" olarak değerlendirilmiştir (25).

1. *Yanlış kayıtların sorumlulukları:* Kayıtların doğru olarak tutulmasından hekim ve diğer sağlık çalışanları sorumludur. Yapılan yanlış kayıttan dolayı hasta zarar görürse, örneğin verilen ilacın dozu hatalı ise hekim hastada meydana gelecek zarardan sorumludur. Mevcut kayıtlara göre hatanın derecesi önemlidir. Bilinçli veya ihmalin cezalandırılma dereceleri farklıdır. Ödenecek tazminat miktarları da buna göre değişiklik gösterir.

2. Kayıtların eksikliğinden doğan sorumluluk: Mevcut tıbbi kayıtlardan sorumlu kişi göstermesi gereken itinayı göstermemiştir. Böyle bir durumda bahsi geçen yanlış kayıtların sorumluluklarında olduğu gibi benzer sonuçlar ve sorumluluklar ortaya çıkacaktır.

3. Sır saklama sorumluluğu: Tutulan kayıtlar hastanın şahsi bilgileridir. Kişisel bilgi şahsın fert olarak varlığını sağlayan her türlü malumatıdır. Bu tek bir malumat olabileceği gibi, birbiriyle bağlantılı birden fazla malumat da olabilir. Kişisel verilere örnek verilebilecek bilgiler; kimlik numarası, doğum yeri, doğum tarihi, adresi vb.dir. Şahsın yaşadığı sağlık problemleri, doktoru ile arasındaki bağ, rahatsızlığının ne olduğu, aldığı ilaçlar, hastalığı ile ilgili yapılan tetkik ve tedaviler, kişinin özel yaşantısının gizliliğini ve korunması hakkını doğurur. Bu bilgiler kişinin mahremi olduğundan dokunulmazdır. Bu hak İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8. ve TC Anayasa'nın 20. Maddesi ile koruma altına alınmıştır. 12 Eylül 2010 tarihinde yürürlüğe giren 5982 sayılı Kanunun 2. maddesi ile eklenen 3. fıkra ile "kişisel veriler" özel hayatın gizliliği ve korunması hakkının kapsamı altına alınmıştır. Böylelikle kişisel verilerin gizliliği ve korunması hakkı tanımlanmıştır. Bu bilgilerin gizliliğinden de sağlık çalışanı sorumludur. Gerek isteyerek gerekse ihmal sonucuyla bu malumatların ortaya çıkmasından dolayı kişinin oluşabilecek tüm zararlarının karşılanması gerekmektedir. Bu durum karşısında kişisel bilgilerin mahremiyetinden sorumlu olan kişi veya kişiler tazminat yükümlülüğü altına girer. Birtakım pozisyonlarda sır saklama sorumluluğuna ters bir durum meydana gelirse sağlık hizmeti sunan kuruluş bünyesinde çalışan kişilerden dolayı dava edilebilir.

3.6 Kayıt ve Belgelerin Saklanması

Bu kayıtların itinalı bir şekilde saklanması, doktorun kayıtları düzenli ve zamanında tutması söz konusu sorumluluk kapsamındadır. Ancak tıbbi kayıtların, hekimlik sözleşmesinin sonlanması akabinde ne kadar süre muhafaza edilmesi gerektiği veya tedavi gören kişiye verilip verilmeyeceği tartışma konusu edilmektedir.

Sağlık alanındaki kayıtlar;

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 3153 sayılı Radyoloji, Radiyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun

- 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu

Kanunları ile düzenlenir.

3153 sayılı yasanın ilgili 5. ve 6. Maddelerinde;

- *Radyoloji ve Radyoterapi kliniklerine kabul edilen hastaların kayıtları Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen örneklere uygun protokol defterlerine yapılır..*
- *Radyoloji ve Radyoterapi uygulamaları sadece uzman hekim tarafından yapılır. Tedavi sonrası hastalar için detaylı ayrı ayrı kayıt tutulur. Kayıtlar en az 3 yıl saklanır.*
- *Müşahede kâğıtlarının en az üç (3) yıl saklanır.*

Tıbbi Kayıtlar ile ilgili en son düzenlemeler;

- 09.03.2000 tarihinde 23998 sayılı
- 23.06.2001 tarihinde 24441 sayılı
- 27.03.2002 tarihinde 24708 sayılı

Resmi Gazetelerde yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Ayakta Tanı ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliklerle getirilmiştir.

Özel Hastaneler Yönetmeliğindeki 48. Maddeye göre; "*Özel hastanelerin acil servis, poliklinik, klinik, röntgen, laboratuvar ve ameliyathane gibi tıbbi hizmet ünitelerinde, sayfa ve sıra numarası verilmiş ve her sayfası Müdürlükçe mühürlenmiş defterlerin tutulması zorunludur."* 49. maddesine göre, "*özel hastanelerde tutulan hasta dosyalarının yirmi yıl süre ile saklanması gerekir"*.

Ayakta Tanı ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 46. Maddesine göre; "*Sağlık kuruluşuna müracaat eden her hasta protokol defterine kaydedilir. Her hekim, Yönetmelikte belirtilen sağlık kuruluşunun adını taşıyan reçeteyi ve bu reçeteye kendi imzasını ve kaşesini basar. Muayenehanelerde ise doktor adına düzenlenmiş reçete*

kullanılır. Sağlık kuruluşunda yazışma, kayıt ve benzeri işlemlerin bilgisayar ortamında gerçekleştirilmesi, bu Yönetmelik doğrultusunda yazılı kayıt sisteminin bulundurulma zorunluluğunu ortadan kaldırmaz." .Madde 53. "*Sağlık kuruluşuna müracaat eden hastalara yapılan müdahale ve tedaviler, hastalara ait dosya ya da kartlara kayıt edilir. Bu kayıtlar, sağlık kuruluşunun arşivinde beş yıl süre ile muhafaza edilir. Faaliyetini sağlık kuruluşu, faaliyeti süresince düzenlenen adli raporları ve adli rapor kayıt defterlerini, protokol defterlerini, teftiş ve denetim defterlerini arşiv ve ilgili mevzuatta belirtilen süre müddetince saklanmak üzere Müdürlüğe devir eder.”*

Laboratuvarlar haricinde özel sağlık kuruluşlarının, verdiği hizmet türü itibariyle 3153 sayılı yasa ile 2219 Özel Hastaneler Kanunu ya da Ayakta Tanı ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında faaliyet gösterir. Diğer taraftan mesul müdürünün doktor olması sebebiyle 1219 sayılı kanun kapsamına da girmektedir. Bu kanun kapsamında tıbbi kayıt ve arşiv sistemi yönünden her üç mevzuatın öngördüğü kurallar yerine getirilmelidir. Sağlık kuruluşuna müracaat eden hastaların adı, tetkik tarihi ve ayrıntılı olarak tetkik sonuçlarını açıklayan raporların kaydedileceği rapor defteri bulundurmaları, bu defterlerin tarih sırasına göre protokol numarası taşıması gerekmektedir. Tıbbi kayıtların bilgisayar ortamında saklanması durumunda önceden sıra numarası verilmiş kâğıt çıktıların imzalanıp saklanması kuralı getirilmiştir.

3.6.1 Tıbbi kayıtların saklanma süreleri

Tıbbi kayıtların ve hasta dosyalarının arşivlerde kanuni olarak ne kadar süre muhafaza edileceğine dair sorunlar yaşanmaktadır. Genel olarak sağlık kuruluşlarında hasta dosyaları için ayrılan arşiv alanları sınırlıdır. Bu nedenle birçok sağlık kuruluşu yasal sınırları aşan sürelerde hasta dosyalarını saklamaktan kaçınmaktadır. Bundan dolayı tüm sağlık kurumları tarafından kanuni saklama sürelerinin açık bilinmesi son derece önem arz etmektedir.

Elektronik Belgeler

Elektronik Tıbbi Kayıt (ETK) sistemi, sağlık hizmeti sunucuları ve hastaneler tarafından tıbbi kayıtların saklanması, işlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yoğun olarak kullanılmaktadır (11,26).

04.01.1961 tarih ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'nun Mükerrer 242 inci maddesine 30.12.2001 tarihinde 4731 sayılı Kanunun 4 üncü maddesi olarak eklenen ikinci fıkra ile elektronik belge tanımlanmıştır. Bu tanımlama; "Uygulama şeklinden bağımsız olarak kanuna göre düzenlenmesi mecburi olan belgelerde yer alan bilgileri içeren elektronik kayıtlar bütünüdür" seklindedir.

Aynı kanunda ayrıca, elektronik defter ve elektronik kayıt tanımları yapılmış ve 213 sayılı Kanunda ve diğer vergi kanunlarında defter, kayıt ve belgelerle ilişkili tüm hükümler, elektronik defter, kayıt ve belgeler için de geçerlidir.

16.05.1988 tarih ve 19816 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik'e 08.08.2001 tarihli Yönetmeliğin 12nci maddesi ile eklenen Ek Madde 1 ile elektronik platformlarda kaydedilen arşiv malzemesiyle ilgili hükümler getirilmiştir. "Ek Madde 1- Elektronik platformda teşekkül eden bilgi ve belgelerden arşiv malzemesi özelliği taşıyanların tedbirini almak ve devamlılığını sağlamak amacıyla bir kopyası cd, disket ya da benzeri kayıt ortamlarına aktarılmak suretiyle saklanır. Tüm bu malzemelerin saklanması, tasnif, devir vb. arşiv işlemlerinde diğer tür malzemeler için uygulanan kararlar uygulanır." İfade edilmektedir.

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun 9 Ekim 2003 tarih ve 4982 sayılı yönetmeliğin 3 üncü maddesinde "Belge: Kurum ve kuruluşların sahip oldukları bu Kanun kapsamındaki yazılı, basılı veya çoğaltılmış dosya, evrak, kitap, dergi, broşür, etüt, mektup, program, talimat, kroki, plan, film, fotoğraf, teyp ve video kaseti, harita, elektronik platformda kayıt edilen tüm bilgi, haber ve veri taşıyıcıları" olarak tanımlanmıştır.

27 Nisan 2004 tarih ve 25445 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanan Bilgi Edinme Hakkı Kanununun Uygulanmasına İlişkin Esas ve Usuller Hakkında Yönetmelikte elektronik ortamda bilgi ve belge talep edilmesine ve gönderilmesine ilişkin esas ve usuller belirlenmiştir.

Elektronik belgenin hukuki geçerliliğine ilişkin yönetmelik düzenlemeleri her geçen gün artmaktadır. Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü, E-Dönüşüm İcra Kurulu’nun 9 Eylül 2004 tarihli 7 numaralı kararıyla elektronik belgelerin kayıt altına alınması, kullanılması ve arşivlenmesi konularında çalışma görevini devralmıştır. 19.06.2007 tarihinde bu konu ile ilgili TSE 13298 no’lu standart yayınlanmıştır (14)

Bu kanunun yayımlanması ile devlete ait kurumlarda oluşturulan elektronik belge yönetim sistemleri TSE'nin 13298 numaralı standartlarına göre düzenlenecektir. Bu standartlara göre düzenlenen elektronik belgelerin kamu kurumları arasında paylaşımı ise Türkiye Cumhuriyeti Devlet Arşivleri internet sayfasında tanımlanan kurumlar arası elektronik belge paylaşım hizmeti kriterlerine göre gerçekleştirecektir.

Saklama Kriterleri

Elektronik belgelerin muhafaza edilmesi ile ilgili kriterler basılı belgelerle aynı şartlara sahiptir (11). Bunlar;

İdari Kriter: İdari açıdan elektronik dokümanlar ihtiyaç duyulduğu müddetçe muhafaza edilmelidir. Süreç için belirlenebilecek bir süre bulunmamaktadır. Elektronik belgenin idari açıdan önemi fonksiyonunun cari olması ile belirlenebilir.

Mali Kriter: Elektronik belgelerin taraflar arasında mali bir ilişkiyi belgelemesi halinde yasal zaman asımı sürelerince muhafaza edilmeleri gereklidir.

Hukuki Kriter: Taraflar arasındaki herhangi bir sözleşmeyi tanımlayan veya bir mülkiyetin, hakkın veya alacağın delili olarak kullanılabilecek elektronik belgeler bu grupta ele alınır. Bu elektronik belgelerin sözleşmeler, haklar ve alacaklar devam ettiği müddetçe saklanması gerekir.

Tarihi Kriter: Tarihi hafıza açısından elektronik belgeler ait oldukları kurumların değerli bilgilerini barındırabilir. Benzer belgeler sürekli muhafaza edilmesi gereken elektronik belgeler olarak nitelendirilir.

Sağlık alanında kullanılan Elektronik belge yöneticisi (EBYS) yukarıda sıralı kriterlerin özelliklerini taşıyabilir.

Muhafaza edilme süreleri saklama planlarında yer alan elektronik belgeler için belirlenecek zaman 30 gün ile 100 yıl arasında değişebilir. Muhafaza edilme süresi, elektronik belgelerin yöneticisi tarafından belirlenen aksiyona göre başlatılır. Elektronik Belge Sistemi, aksiyonun başladığı tarihi ve belirlenen saklama süresini gözönüne alarak elektronik belge için öngörülen tasfiye tarihini belirlemelidir. Saklama süresine başlangıç teşkil edebilecek aksiyonların bazıları şunlar olabilir:

- Elektronik belgenin üretildiği tarih
- Elektronik belge klasörlerinin açıldığı veya kapandığı tarihler
- Klasöre atılan ilk veya son elektronik belgenin üretildiği tarih

Belgelerin Saklanma Süreleri

1988 yılında 3473 sayı ile Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanunun yayınlanması ile muhafaza edilen belgeler ile ilgili temel dayanakları oluşturmuştur. Yine yasaya bağlı olarak 1988 yılında çıkarılan ve; 2001 ve 2005 yıllarında değişiklik gören Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmelik kurum ve kuruluşların kendilerine has yönergelerini hazırlamalarına olanak sağlamıştır.

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Çıkarılan Yönetmeliğe göre tıbbi kayıtlar ve hasta dosyaları arşiv malzemesi olarak kabul edilmektedir. Tıbbi belgelerin ve hasta dosyalarının arşivde saklanma süreleri ile ilgili düzenleme ilgili yönetmeliğin 5. 25. Ve 44. maddelerinde tanımlanmıştır.

- Yükümlüler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için “Birim Arşivleri” oluşturur.
- Daha uzun süreli saklanması gereken arşiv malzemeleri için ise “Kurum Arşivleri' kurulmalıdır.
- Arşiv malzemeleri birim arşivlerinde 1-5 yıl muhafaza edilir.
- Kurum arşivlerinde saklanma süresi 10 ila 14 yıldır.
- Hasta dosyaları kurum arşivlerinde en az 14 yıl muhafaza edilmelidir.
- Kurum yetkilileri hizmetleri, yazışmaları ve işlemleriyle ilgili dokümanların bir arada da olmasını sağlamak amacıyla dosya planları ile dosya yönergelerini hazırlamakla yükümlüdür.

Sağlık Bakanlığı en son olarak 2007 yılında hazırladığı planla belirli periyodlarla standart bir dosya planı hazırlamış ve burada saklama sürelerini belirtmiştir. “Sağlık Bakanlığı Yataklı ve Yataksız Tedavi Kurumlarında Yapılan Tespit ve Değerlendirme Raporu” olarak belirtilen bu mevzuatta;

- Hasta dosyaları ve filmler için genel olarak bir süre belirtilmemiş “kurumlarda saklandığı” ifade edilmiştir. Bu süre 15 yıl olarak kabul edilir.
- Yeni doğan bebek dosyaları ve adli dosyalar içinse süre 20 yıl olarak belirtilmiştir. adli dosyalar için bu sürenin sonunda da “Devlet arşivlerine gönderilmesi gerektiği” belirtilmiştir. Ancak genel uygulama olarak hastaneler adli dosyaları bu sürenin sonunda da kendi bünyelerinde saklamaktadır.
- Dijital görüntülerin içeriğine göre 10 ila 20 yıl arasında muhafaza edilmesi gerektiği belirtilmiştir.
- Organ nakli, böbrek taşı, jinekoloji, pediatrik üroloji, fototerapi kayıtları dosyaları için süre verilmeden sadece kurumda saklanacağını belirtmiştir.

Farklı kurumların standart dosya planlarında farklılıklar olması nedeniyle uygulamalarda ve mevzuatta değişiklik olabilir. Sağlık hizmeti veren kurumlar haricindeki tüm

kurumların sağlık işleri birimlerine ait tüm defterler için saklama süresi beş yıl olarak belirlenmiştir (11). Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü tarafından kamu kurum ve kuruluşları için hazırlanmış danışma-denetim-yardımcı hizmet birimleri saklama planında bununla ilgili düzenlemelere yer verilmiştir, İş kazaları ile ilgili yazışmaların (iş kazası raporları) kurum arşivlerinde 45 yıl saklanması, adli dava dosyalarının da kurumlarda 35 yıl saklanması, bunlar içerisinden kamuoyuna mal olmuş olanların da, bu süre sonunda ek olarak saklanabilmesi için devlet arşivlerine gönderilmesi belirtilmiştir.

Üniversite hastanelerinde ise tıbbi kayıtlar araştırma amacı ile de kullanıldığı için, zorunlu yasal sürenin daha üzerinde saklanmaktadır. İlgili yönetmeliğe göre "standart dosya planları ile dosya yönergelerini hazırlamakla yükümlü olan üniversite hastanelerinde de" tıbbi kayıtları için 2004 yılında yapılan bir çalışma ile YÖK düzenlemesi olarak "standart dosya planı" çerçevesinde standart kriter ve saklama süreleri oluşturulmuştur. Devlet arşivlerinde belirlenmiş olan süre dışında, halen var olan bir başka mevzuat olması durumunda kurumların saklama süresi olarak daha uzun olanı tercih etmeleri gerekmektedir. Örneğin adli vakalara ilişkin kayıtların saklanması ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Arşiv Hizmetleri Yönergesinde "adli vakalara ilişkin tüm tahlil, tetkik sonuçları ile her türlü kayıt, dokümanlar ve hasta dosyalarının en az yirmi yıl süre ile arşivde saklanmasının" zorunlu olduğu belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yeniden yapılandırılması nedeniyle, revize edilen "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Saklama Süreli Standart Dosya Planı" Başbakanlık Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanarak yayınlanmıştır.

Üniversitelerin Tıp Fakültesi Hastanelerinde hasta dosyaları ve diğer tıbbi kayıtların saklama sürelerinde farklılık olabilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Tıp Fakültesi Hastanelerinde Hasta Dosyaları Ve Diğer Tıbbi Kayıtların Saklama Süreleri

Sıra No	Malzemenin Adı ve Konusu	Saklama Süresi		Düşünceler
		Birim Arşivinde	Kurum Arşivinde	
1	Kadavra dosyaları	5 yıl	25 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
2	Eğitim programları	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
3	Eğitim video filmleri	Süresiz		Kurumda saklanır
4	Tıp Fakülteleri için çekirdek eğitim programı	Süresiz		Kurumda saklanır
5	Araştırma raporları ve düzeysel veriler	5 yıl		Yayın haline dönüştürülenlerden birer suret, Devlet Arşivlerine gönderilir
6	Akademik Kurul kararları	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
7	Etik Kurul kararları	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilir
8	Rutin çalışma dosyaları	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
9	Rutin tetkikler kayıt defteri	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
10	Hasta dosyaları	100 yıl		Kurumda saklanır (Saklama süreleri sonunda önemli şahsiyetlere ait hasta dosyaları Devlet Arşivi'ne gönderilir)
11	Poliklinik kayıt defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
12	Ameliyat defteri	100 yıl		Kurumda saklanır
13	Görüntü, video arşivi	Süresiz		Kurumda saklanır
14	Fotoğraf arşivleri	Süresiz		Kurumda saklanır
15	Slayt arşivi	Süresiz		Kurumda saklanır
16	Asistan karnesi	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
17	Adli rapor dosyası	100 yıl		Kurumda saklanır
18	Adli rapor, rapor ve heyet raporu dosyası	10 yıl		Devlet Arşivlerine gönderilmez
19	Film dosyaları	100 yıl		Kurumda saklanır
20	Konsey defteri	50 yıl		Kurumda saklanır
21	Protez izlem defteri	50 yıl		Kurumda saklanır
22	İnvaziv girişim defteri (Amniyosentez, kordosentez)	5 yıl	25 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
23	Tüp bebek dosyaları	100 yıl		Kurumda saklanır
24	Doğum defteri	100 yıl		Kurumda saklanır
25	Ex bebek dosyası	50 yıl		Kurumda saklanır
26	Ultrason raporları	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
27	İlaç raporu dosyası	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
28	Ameliyat malzeme raporları	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
29	Transplantasyon dosyaları	100 yıl		Kurumda saklanır
30	Mortalite defteri	5 yıl	25 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
31	Pompa kartları	50 yıl		Kurumda saklanır
32	Anjiyo ve Katater CD leri	Süresiz		Kurumda saklanır
33	Konsey kararları	50 yıl		Kurumda saklanır
34	Kırmızı – Yeşil reçete defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
35	Radyoterapi dosyası	50 yıl		Kurumda saklanır
36	Brakiterapi kayıt defteri	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
37	Günlük kalibrasyon defteri	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
38	Bakım onarım kayıt defteri	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
39	Nükleer maddeler giriş ve çıkış kayıtları	5 yıl	25 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
40	Bildirimi zorunlu hastalıklara ait formlar	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez

41	Ağrı izlenim formları	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
42	Anestezi izlem formları	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
43	Konsültasyon formu	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
44	Yoğun bakım izlem formları	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
45	EKT – Anestezi takip formu	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
46	MR,BT,Anjiyografi,	50 yıl		Kurumda saklanır
47	EMG arşivi	50 yıl		Kurumda saklanır
48	EEG, EMG raporları	50 yıl		Kurumda saklanır
49	Sintigrafi çekim arşivi	50 yıl		Kurumda saklanır
50	Kalite kontrol dosyası	5 yıl	10 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
51	Radyoaktif madde kayıt defteri	5 yıl	25 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
52	Anjiyo defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
53	EKO defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
54	Holter defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
55	Olay kaydedici defter	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
56	Ambalatuar ve tilt test kayıtları	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
57	Uyku laboratuarı kayıtları	50 yıl		Kurumda saklanır
58	Bronkoskopi, torakoskopi, biopsi	50 yıl		Kurumda saklanır
59	Alerji test ve sonuçları	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
60	Parafin blogları	Süresiz		Kurumda saklanır
61	Lamlar	Süresiz		Kurumda saklanır
62	Patoloji raporları	50 yıl		Kurumda saklanır
63	Kraniofasial hasta grubunun slide tomografi görüntüleri	50 yıl		Kurumda saklanır
64	Mediastinoskopi kayıtları	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez (Hasta dosyasına giriyor)
65	Bildirimi zorunlu hastalıklara ait bildirim fişleri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
66	Kan imha defteri	2 yıl	8 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
67	Doner defteri	5 yıl	15 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
68	İnjeksiyon defteri	5 yıl	5 yıl	Devlet Arşivlerine gönderilmez
69	Kemik iliği preparatları	Süresiz		Kurumda saklanır
70	Önemli ve özellikli hastalıklara ait preparatlarik	Süresiz		Kurumda saklanır

3.7 Tıbbi standartlar açısından kayıt tutma Yükümlülüğü

Doktor hastasını evrensel sağlık kuralları ve uygulamaları dâhilinde sahip olduğu bilgi ve beceriyi kullanarak iyileştirmeye çalışır (1). Bu uygulamaları kayıt altına alırken mevcut tıbbi sınırlar içinde hareket eder. Kayıt tutma mecburiyeti hukuki olaylarda kanıt aracı olması değildir. Kayıtların temel amacı tedavinin güvenli bir biçimde sürdürülmesidir. Zaman içinde bu kayıtların önemi kayıt tutmayı standart tedavinin bir unsuru olmasını sağlamıştır. Kayıtların standart olarak kabul edilmesi dolaylı olarak tıbbi kayıtlara "yükümlülük" kavramını kazandırmıştır (11).

Tıp biliminin gelişimi sürecinde tıbbi kayıtların önemi ve katkıları tartışılmazdır. Ayrıca hekimin hastasının tedavi sürecinde mevcut tıbbi kayıtların kılavuzluğu ve hekime yön vermesi bilinmektedir.

Tıbbi gereklilik diğer bir deyişle evrensel olarak kabul edilen “standart tıbbi uygulamalar", kayıt tutma yükümlülüğünün de beraberinde getirir ve "standart tıbbi kayıt" kavramının sınırlarını ve gerekliliklerini belirler. Bu gereklilikleri ve standartları temelde belirleyecek olan hekimlerdir ancak arşivlenen kayıtların;

1. Hasta tanı ve tedavisinde başka doktorun görüşüne başvurma, hastalığı konusunda malumat alma hakkına ayrıca başka bir sağlık kuruluşunda tedaviye devam etmek istemesi halinde (Hekim seçme hakkı), hâlihazırdaki durumu ile ilgili bilginin aktarılabilmesine olanak tanınmalıdır.
2. Hekimin yerine getirdiği tıbbi faaliyetlerin belirlenmesini sağlayacak nitelikte olmalıdır (11).

Tıbbi kayıtların ayrıntılı ve düzenli tutulması hastanın takibi ve tedavisi ve ileriye yönelik sağlık hizmetlerinde hayati önem teşkil eder. Ayrıca tıp biliminin gelişmesine yönelik bilimsel çalışmalar açısından da kayıtların ulaşılabilirliği ve düzenli olması bilinen bir gerçektir.

Tıbbi kayıtların oluşturulması aşamasında, geçmiş ve güncel tıbbi bilgiler düzenli ve sıralı şekilde kayıt altına alınmalıdır. Tıbbi kayıtların güvenirliliği, hastanın sağlık durumunun yönetilmesi anlamında tanı, tedavi ve takip aşamalarında verilecek kararların daha akılcı ve sağlıklı olmasına olanak sağlayacaktır. Tedavisi uzun süren hastalıklarda veya herhangi bir hastalığın gelecekte tekrarlaması durumunda tıbbi kayıtlar sürecinde yönetilmesinde büyük önem taşır. Evrensel tıp kuralları çerçevesinde kayıt altına alınan tıbbi kayıtlar hastalıkla ile ilgili başka hekimlerin ve/veya sağlık kuruluşlarının fikirlerine başvurulmasında kolaylık sağlayacaktır.

3.8 Tıbbi Kayıtlar

Tıbbi kayıtlar, hastaların sağlık kuruluşuna başvurdukları andan itibaren kurumdan almış oldukları tüm sağlık hizmeti hakkında bilgi sahibi olma, uygulanan tedavinin ne olduğunu, kim tarafından ne zaman ve nasıl yapıldığı hakkında bilgileri içeren belgelerdir. (26). Tıbbi kayıtlar hekimler, sağlık çalışanları, hastalar, adli olaylar, toplum sağlığı ve tıbbi araştırmalar yönünden büyük önemi taşır.

Tıbbi kayıtların kaliteli olması ilgili belgelerin; doğru, açık ve anlaşılır, güncel ve güvenilirlik gibi özelliklere sahip olmasına bağlıdır. Bunların sağlanabilmesi için hastalara ait bilgilerin, eksiksiz olarak zamanında kayıt altına alınması önem taşır (13). Tıbbi kayıtlar sağlık kuruluşunun en önemli evraklarındandır. Kalite standartları sınırlarında sağlık hizmet sunulması için hastalara ait tıbbi belgelerin, arşivlenmesi ve mahremiyet kurallarına uygun olarak korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır (28).

Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin 71. Maddesine göre hasta dosyalarında, tıbbi müşahede muayene kâğıdı, derece kâğıdı ve hasta tabelâsı olmak üzere üç ana bölüm bulunmalıdır. Bu tıbbi belgelere ek olarak; sağlık bakanlığının izni dâhilinde sağlık kuruluşunun özelliğine göre, ilgili kliniğin özelliklerine göre, başhekimlerce kabul gören ve ilgili uzmanlar tarafından gerekli görülen tıbbi belgeler ve formlar hasta dosyasına eklenebilir (29).

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI VE HEKİMLER TARAFINDAN DOLDURULMASI ZORUNLU EVRAKLAR

- Hasta yatış Kağıdı
- Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu
- Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
- Ameliyat Notu
- Epikriz(Çıkış Özeti)

3.8.1 Hasta Yatış Kağıdı (Hasta Kabul ve ilk giriş formu):

Hastanın sağlık kuruluşuna başvurması ile kurumun kabul birimleri tarafından tutulan bilgilerdir. Sağlık kuruluşuna tedavisi için başvuran hastaların yatarak tedavi edilmesine karar verilmesi halinde, ilgili doktor tarafından düzenlenen tıbbi kayıt formdur. Bu formda, hastanın kimlik bilgileri, açık adresi ve ulaşılabilecek telefon bilgileri ve gereğinde ulaşılabilecek hasta yakınının adresi ve telefon numarası bulunmalıdır. Hastanın yatarak tedavisine karar veren ve yatışı yapan doktorun adı, soyadı ve imza alanı bulunmalıdır.

Klinik uygulamada çoğunlukla adres ve telefon bilgileri yanlış doldurulmakta özellikle telefon numarası kaydı ve gerektiğinde ulaşılabilecek alternatif adres ve telefonlar kayıt altına alınmamaktadır. Bu hastaların gerek takip sürecinde gerekse eğitim ve bilimsel çalışma sürecinde sıkıntılara neden olmaktadır.

3.8.2 Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu:

Tanı ve/veya sağlık kuruluşuna başvuran hastadan veya yakınından sağlık durumu, hikayesi, özgeçmişi, soy geçmişi ile ilgili elde edilen tüm bilgileri içerir. Anamnez bu formun temelini ve ilk kısmını içerir. Anamnezin en sağlıklısı ve en yol göstericisi bizzat hastanın kendisinden alınanıdır. Bununla birlikte çocuk, demans gibi nedenler veya dil yetersizliği gibi durumlarda hasta yakınının bilgisine başvurulması gerekebilir. Anamnez alınırken mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmamalı, hastanın sosyo-kültürel seviyesine uygun anlatımlar

seçmelidir. Anamnez, hekimlikteki temel ve en değerli beceri olarak kabul edilmektedir. Doğru tanı konulması için hekim ve hasta arasında güçlü ve sağlıklı bir iletişim kurulması oldukça önemlidir (16).

Anamnez sonrası başvuran hastanın hastalığı ile ilgili detaylı sistemik muayenesi ve hastalığın ve tedavini seyrini etkileyebilecek diğer sistem muayeneleri de yapılır. Anamnezin alındıktan ve hastanın muayenenin yapıldıktan sonra hekimin olası ön tanısı ve bu tanıyı doğrulamak amacıyla istediği tetkikleri de anamnez formuna işlemesi gereklidir (13). **3.8.3 Konsültasyon Raporları**

Hekim tarafından hastaya yapılan muayene ve diğer tıbbi işlemler sonucunda, tanı ve tedavi süreçlerinin yürütülmesinde farklı branş hekimlerinin bilgisine başvurmak istenebilir. Hasta için konsültasyon istendiğinde; konsültasyonun hangi bölüm ve hangi hekimden istendiği kayıt altına alınmalıdır. Konsültasyonu gerçekleştiren hekim tarafından hastanın demografik bilgileri, hastanın şikayeti ve anamnez bilgileri, fiziki muayene bulguları eksiksiz ve doğru olarak kayıt altına alınmalı ve sonrasında istenen tetkikler, tanı ve öneriler yer almalıdır.

Sağlık kuruluşlarında konsültasyon süreç ve raporlandırılması ile ilgili usuller Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 65. maddesinde açıklığa kavuşturulmuştur. *"Yataklı tedavi kurumunda yatan ve tedavi gören hasta farklı birden fazla uzman tarafından konsültasyon yapılması istendiği hallerde, müdavi tabibin onayı, başhekimin müsaadesiyle konsültasyon istenilen branş hekiminin muayene yapmasına onay verilir. Müdavi tabibin konsültasyon karşı gelmesi halinde, sonuca başhekim karar verir. Yapılan konsültasyonun neticesi rapor halinde detaylı şekilde kayıt altına alınır. Konsültasyon yapan görevli hekimin kararına ve tedavi yöntemine müdahale yapılamaz"* (29).

3.8.4 Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu

Hekimin hastaya uygulayacağı tüm tanı ve tedavi süreçlerinde hastanın onayının ve rızasının hukuksal zorunluluktur. Onay hastanın yeterince bilgilendirilmemesi (aydınlatılmaması) durumunda bir anlam ifade etmez. Aydınlatılmış onam, hekimlik mesleğini

icra etmenin temel şartı olduğu gibi tıp etiğinin de en temel ilkelerindendir. Tıp mesleğini icra etmenin hukuksal olarak temel şartları tıp diplomasına sahip olmak ve hastanın aydınlatılmış onam ve rızasını almaktır (1). Aydınlatılmış onamın ve rızanın eksik olması halinde acil olan koşullar dışında müdahaleler hukuka aykırı hale gelmektedir ve yasalar karşısında hekim sorumlu tutulabilir.

Aydınlatılmış onam ve rıza süreci; bireyin kendisine uygulanması planlanan tıbbi girişimlere dair onay verme ya da reddetme yönünde karar verebilmesi için tıbbi işlem ile ilgili yeterince bilgilendirilmeyi, bilgiler üzerinde düşünülmeyi ve bağımsız olarak karar verme aşamalarını içerir. Kişilere uygulanması planlanan tanı ve tedavi yöntemlerinin şekli, bunlardan beklenen faydaları, olası istenmeyen durumları, alternatif tanı ve tedavi şekilleri hakkında hasta anlaşılır şekilde ve yeterince aydınlatılmalıdır. Hastaya verilen bilgilerin sade ve anlaşılır bir şekilde aktarılması, bunların hasta tarafından yeterince kavranmış olması, hastanın gönüllü olarak onay vermesi sürecin ön şartıdır. Yukarıda sıralanan tüm şartların yerine getirilmesi tedaviyi üstlenen hekimin sorumluluğundadır (30,31).

Aydınlatılmış onam süreçleri tıbbi standartlara uygun tıp etiği kuralları dahilinde tanımlanmış olup ülkemizde bu süreç ile ilgili yasal düzenlemelerle mevcuttur. Aydınlatılmış onam ile ilgili yasal süreç 1219 sayılı Tababet ve Şua batı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'un 70. Maddesinde tanımlanmıştır (Değişik: 23/1/2008-5728/38 md.). *"Hekimler ve diş hekimleri uygulayacakları müdahaleler için hastaların, hasta reşit değil ise velisinin onayını alırlar."*

Aydınlatılmış Onam belgesinde, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, açıkça belirtilmeli; tavsiye edilen tedavi seçeneklerini ve taşınan olası riskleri, tavsiye edilen tedavileri kabul etmemesi halinde hastalığının gidişatı ve riskleri konularına yer verilmelidir.

Hastanın hastalığı konusunda bilgilendirilecek yakınlarını belirlemek doğal hakkıdır. Onam, herhangi bir baskı veya yetersiz bilgilendirilme ile alınmış ise hükmü yoktur. Acil hallerde, hastanın yeterliliğinin olmaması veya bilincinin karar verecek durumda olmaması

durumunda hastanın yasal temsilcisinin onayı alınmalıdır. Hekim, yasal temsilcinin onay ya da ret kararının iyi niyetle alınmadığın düşünüyor ise durum adli mercilere bildirilmelidir. Bunun mümkün olmaması hallerinde tedaviyi yapan hekim bir meslektaşını bilgilendirerek hastaya gerekli müdahaleleri yapabilir. Acil hallerde müdahale etme takdiri hekime aittir. Hasta tedavinin uygulanmamış olması koşulu ile vermiş olduğu onamı geri alma hakkına sahiptir (31).

Aydınlatılmış Onam'ın Temel Bileşenleri şu şekilde sıralanabilir

• Tanı ve tedavi ile ilgili bilgilerin hastaya eksiksiz açıklanması.

• Açıklanan bilgilerin hasta tarafından eksiksiz anlaşılır olması.

• Aydınlatılmış onam belgesinin gönüllü olarak imzalanması.

• Hastanın onam verme konusunda yeterliliğinin olması.

• Hastanın kendisine yapılan bilgilendirmeyi anladığının, bilgilendirmeyi yapan tarafından onaylanması.

3.8.5 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi:

Güvenli cerrahi kontrol listesi cerrahi öncesi süreçte hasta güvenliğini doğrudan etkileyen uygulamaları kapsamaktadır. Hastanın kimliği ve cerrahi alanın özellikle tarafın doğrulanması, cerrahi ekip üyelerinin belirtilmesi, profilaktik antibiyotiğin ameliyathanede uygulanması, kanama riskine karşı önlem alınması, alerjisinin ve kullandığı ilaçların değerlendirilmesi, cerrahi için gerekli malzemelerin hazır edilmesi ve cerrahi sonrası spanç ve aletlerin sayımı gibi birçok önemli basamakları içermektedir. Bu sistematik incelemeye rağmen yanlış tarafa cerrahi uygulama gibi istenmeyen durumlarla halen karşılaşılmaktadır (8).

3.8.6 Ameliyat Notu:

Cerrahi olarak tedavi edilen hastaların hastanın adı, soyadı, yaşı, ameliyat öncesi tanı, protokol numarası, yapılan ameliyat, ameliyat ekibinin adı soyadı ve anestezi ekibinin bilgilerini içerir.

Ameliyat zamanı ve süresi yanında cerrahi uygulama hakkında detaylı, anlaşılır ve sistematik bilgileri içermelidir. Cerrahi yaklaşımın başlangıcından sonuna kadar her aşamasındaki önemli ayrıntılar notta yer almalıdır. Ameliyat notundaki tıbbi kayıtların detaylandırılması hekimin mesleğini uygularken gösterdiği özeni ve tıbbi standartlara uygunluğunun en önemli göstergelerinden biridir. Sözgelimi kalça protezi cerrahisi esnasında "katlar geçildi femur başı kesilerek çıkarıldı" şeklinde kaydedilen ameliyat notu cerrahın uyguladığı cerrahide özenden uzak durduğu anlamına gelebilir. "Siyatik sinir korunarak dikkatlice ekarte edildi" ifadesi ise cerrahi sonrası gelişebilecek siyatik sinir arazını malpraktisten yerine komplikasyon olarak değerlendirilmesi sonucuna vardırabilir.

Kullanılan cerrahi malzemeler, bu malzemelerin uygulanmasında kullanılan cerrahi setler titizlikle kayda alınmalıdır.

Ameliyat sonrası tanı zaman zaman değişebilmektedir bunların cerrahi sonrası tanı olarak kaydı son derece önemlidir.

3.8.7 Epikriz(Çıkış Özeti):

Epikriz, hastanın sağlık kuruluşuna başvuran hastanın ilk başvuru anından taburcu olduğu ana dek yapılan her türlü tıbbi işlem ve uygulama süreçlerini belirten, hastaya konulan tanıyı, konsültasyonları, uygulanan cerrahi ve diğer tedavi yöntemlerinin bilgilerinin kaydedildiği bir dokümandır (32).

Epikrizler tüm branş hekimlerinin anlayacağı dilde standart bir terminoloji kullanılarak yazılmalıdır. Hastanın taburcu olması ile tüm tanı ve tedaviye yönelik yapılan uygulamalar kayıt altına alınmalıdır. Hastanın aynı veya başka bir sağlık kuruluşuna tekrar başvurması halinde uygulanan tedavilere yönelik hazırlanan epikriz çok önemlidir (33).

Hekim epikriz ile hastaya uygulanan tüm tıbbi işlemleri denetime açmaktadır. İdari ve/veya hukuksal incelemeler daha çok epikriz üzerinde yer alan veriler üzerinden ilerlemektedir. Epikrizlerde, tanı ve tedavi süreci aşamaları belirtilmeli, tanıya yönelik tüm laboratuvar tetkiklerinin sonuçları, uygulanan cerrahi ve cerrahi dışı tedaviler, ilaç ve tıbbi

malzemelerin süresi ve uygulanış şekilleri, hastanın taburcu şekli ayrıntılı olarak yazılmalıdır (32).

Epikriz Raporunda Bulunması Gerekenler:

- Hastaya ait kimlik bilgileri
- Yatış anında ve çıkış sonucundaki teşhisi
- Yatış ve çıkış tarihleri
- Hastanın anamnezi
- Laboratuar ve diğer tetkiklere ait sonuçlar
- Konsültasyonu yapan branşlara ve hekimlere ait tıbbi kayıtlar
- Ameliyat tarihi ve ameliyat notu
- Hastanın günlük gözlem tıbbi kayıtları
- Hastaya kullanılan tıbbi sarf malzemeleri ve bu malzemelerin kullanma gerekçeleri
- Kullanılan ilaçlar ve uygulanan doz miktarları
- Kullanılan kan ve kan ürünleri

3.8.8 Tıbbi Malzeme Kullanım Raporu

Farmakolojik veya metabolik uygulamalar normal fonksiyonların sağlanamadığı, diğer bir deyişle hastanın tedavi edilemediği durumlarda, hastalıkların teşhisi ve tedavi süreçlerine yönelik uygulanan vücut içi veya vücut dışı malzemelerin tümüne tıbbi malzeme denir.

Tanı ve tedavi süreci dışında tedavi sonrası takip sürecinin izlenebilmesi için de tıbbi malzemeler kullanılabilir. Ayrıca hastalıkların önlenmesi, olası hastalık etkilerinin hafifletilmesi ve mağduriyetlerin giderilmesi amacı ile de tıbbi malzemeler kullanılabilir (34).

Tıbbi malzeme kullanım raporları, ilgili hekim tarafından raporda aksi belirtilmediği

müddetçe SUT'ta yer alan en uzun süre olan iki yıl boyunca geçerliliğini korur. Ancak, hekimin ilgili tıbbi malzemeyi daha kısa süreli kullanımını gerekli görmesi halinde durum raporda süre belirtilerek kayıt altına alınır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, kesitsel tipte tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak planlanmış olup 2013-2017 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde eğitim ve araştırma hastanesi Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların dosyaları geriye dönük olarak tek bir araştırmacı tarafından değerlendirildi. Klinikte hastane ana arşivine gönderilmeden önce belirli bir süre muhafaza edilen dosyalardan 200 tanesi rastgele gruplar halinde alınarak dosyanın içeriği ve tıbbi kayıtlar değerlendirildi. Hastalar; yaş, cinsiyet ve uyrukları değerlendirildi. hastaneye yatışının hangi şartlarda (elektif, acil) olduğu kaydedildi. Tıbbi kayıtların kim tarafından hazırlandığı, uzman ve/veya uzmanlık öğrencisi (kaçıncı sene uzmanlık öğrencisi?) belirlendi.

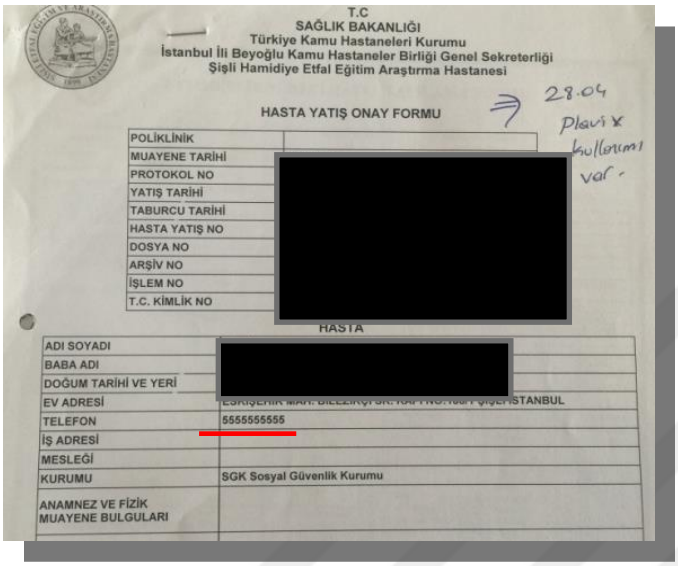
Mevcut dosya içerikleri hekim tarafından kaydı tutulan evraklar tablo 2 de yer alan dokümanlar dahilinde gözden geçirildi. Mevcut doküman içerikleri bilgilerin tam, eksik ve olmaması şeklinde sınıflandırıldı. Veriler öncelikle Excel tablosuna daha sonra Windows 15.0 için SPSS programına işlendi. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişken için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum olarak verildi. Kategorik değişkenlerin gruplar arasındaki oranları Ki Kare Analizi ile test edildi. Sayısal değişken normal dağılım koşulunu sağlamadığından bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo 2: Hasta dosyasında bulunması zorunlu belgeler.

HASTA DOSYASINDA BULUNMASI ZORUNLU EVRAKLAR
Hasta yatış Kağıdı
Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu
Epikriz(Çıkış Özeti, Taburcu Eğitim Formu)
Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve taraf formu
Ameliyat Notu

Hasta Yatış Kağıdı: Hastanın adı, soyadı, doğum tarihi gibi özlük bilgileri ile açık adresi ve ulaşılabilecek telefon bilgileri değerlendirildi (Şekil 2). Formda yer alan bilgilerin tamamının doldurulması ve doğru olması halinde belge "eksiksiz", kısmen kayıtlı olması halinde "eksik"; belgenin mevcut olmaması veya doldurulmamış olması halinde "yok" olarak değerlendirildi.

Şekil 2: Hasta Yatış Kağıdı



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

HASTA YATIŞ ONAY FORMU

28.04
Plevi x
bulgusu
var.

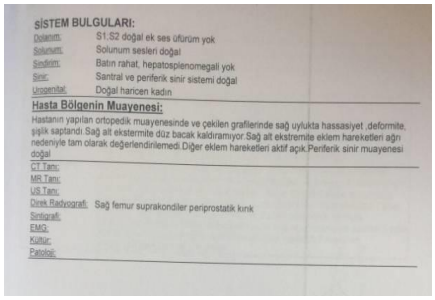
POLİKLİNİK	
MUAYENE TARİHİ	
PROTOKOL NO	
YATIŞ TARİHİ	
TABURCU TARİHİ	
HASTA YATIŞ NO	
DOSYA NO	
ARŞİV NO	
İŞLEM NO	
T.C. KİMLİK NO	

HASTA

ADI SOYADI	
BABA ADI	
DOĞUM TARİHİ VE YERİ	
EV ADRESİ	İSTANBUL
TELEFON	5555555555
İŞ ADRESİ	
MESLEĞİ	
KURUMU	SGK Sosyal Güvenlik Kurumu
ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE BULGULARI	

Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu: Hastanın anamnezi, özgeçmişi, soy geçmişi, hastalığı ile ilgili detaylı sistemik muayenesi ve hastalığın ve tedavini seyrini etkileyebilecek diğer sistem muayenelerinin kayıtlar ve hastalığın seyri ile ilgili günlük olarak tutulan hekim takip kayıtları değerlendirildi. Formda yer alan bilgilerin tamamının doldurulması halinde belge "eksiksiz", kısmen kayıtlı olması halinde "eksik"; belgenin mevcut olmaması veya doldurulmamış olması halinde "yok" olarak değerlendirildi (Şekil 3).

Şekil 3: Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu.



SİSTEM BULGULARI:

Dolanım: S1,S2 doğal ek ses üfürüm yok
Solunum: Solunum sesleri doğal
Sindirim: Batın rahat, hepatosplenomegali yok
Sinir: Santral ve periferik sinir sistemi doğal
Ürogenital: Doğal haricen kadın

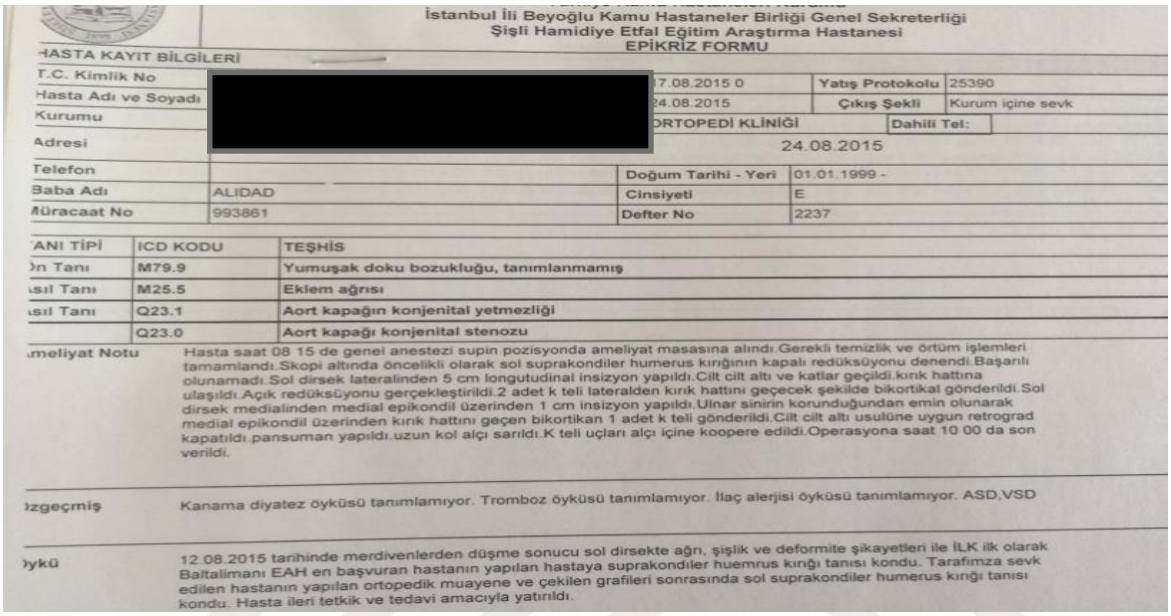
Hasta Bölgenin Muayenesi:

Hastanın yapılan ortopedik muayenesinde ve çekilen grafilerinde sağ uylukta hassasiyet ,deformite, şişlik saptandı.Sağ alt ekstermite düz bacak kaldıramıyor.Sağ alt ekstremite eklem hareketleri ağrı nedeniyle tam olarak değerlendirilemedi.Diğer eklem hareketleri aktif açık.Periferik sinir muayenesi doğal

CT Tanı:
MR Tanı:
US Tanı:
Direk Radyografi: Sağ femur suprakondiler periprostatik kırık
Sintigrafi:
EMG:
Kültür:
Patoloji:

Epikriz(Çıkış Özeti, Taburcu Eğitim Formu): Hastanın hastaneye yatış gününden taburcu olduğu güne kadar mevcut tedavi ve bilgileri içermektedir ve sistemden mevcut tıbbi kayıtlardan otomatik olarak oluşturulmaktadır bu nedenle değerlendirme yapılmasına gerek duyulmadı (Şekil 4).

Şekil 4: Epikriz(Çıkış Özeti, Taburcu Eğitim Formu)



İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi
EPİKRİZ FORMU

HASTA KAYIT BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No	[redacted]	7.08.2015 0	Yatış Protokolu: 25390
Hasta Adı ve Soyadı		4.08.2015	Çıkış Şekli: Kurum içine sevk
Kurumu		ORTOPEDİ KLİNİĞİ	Dahili Tel:
Adresi		24.08.2015	
Telefon		Doğum Tarihi - Yeri	01.01.1999 -
Baba Adı	ALIDAD	Cinsiyeti	E
Müracaat No	993861	Defter No	2237

TANI TİPİ	ICD KODU	TEŞHİS
ön Tanı	M79.9	Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış
asıl Tanı	M25.5	Eklem ağrısı
asıl Tanı	Q23.1	Aort kapağın konjenital yetmezliği
	Q23.0	Aort kapağı konjenital stenozu

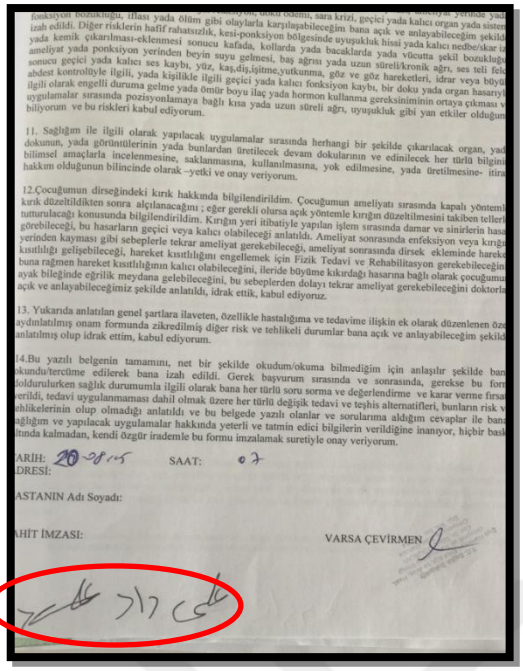
ameliyat Notu: Hasta saat 08 15 de genel anestezi supin pozisyonda ameliyat masasına alındı.Gerekli temizlik ve örtüm işlemleri tamamlandı.Skopi altında öncelikli olarak sol suprakondiler humerus kırığının kapalı redüksüyonu denendi.Başarılı olunamadı.Sol dirsek lateralinden 5 cm longutudinal insizyon yapıldı.Cilt cilt altı ve katlar geçildi.kırık hattına ulaşıldı.Açık redüksüyonu gerçekleştirildi.2 adet k teli lateralden kırık hattını geçecek şekilde bikortikal gönderildi.Sol dirsek medialinden medial epikondil üzerinden 1 cm insizyon yapıldı.Ulnar sinirin korunduğundan emin olunarak medial epikondil üzerinden kırık hattını geçen bikortikan 1 adet k teli gönderildi.Cilt cilt altı usulüne uygun retrograd kapatıldı.pansuman yapıldı.uzun kol alçı sarıldı.K teli uçları alçı içine koopere edildi.Operasyona saat 10 00 da son verildi.

özgeçmiş: Kanama diyatez öyküsü tanımlamıyor. Tromboz öyküsü tanımlamıyor. İlaç alerjisi öyküsü tanımlamıyor. ASD,VSD

öykü: 12.08.2015 tarihinde merdivenlerden düşme sonucu sol dirsekte ağrı, şişlik ve deformite şikayetleri ile İLK ilk olarak Baltalimanı EAH en başvuran hastanın yapılan hastaya suprakondiler huemrus kırığı tanısı kondu. Tarafımza sevk edilen hastanın yapılan ortopedik muayene ve çekilen grafileri sonrasında sol suprakondiler humerus kırığı tanısı kondu. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

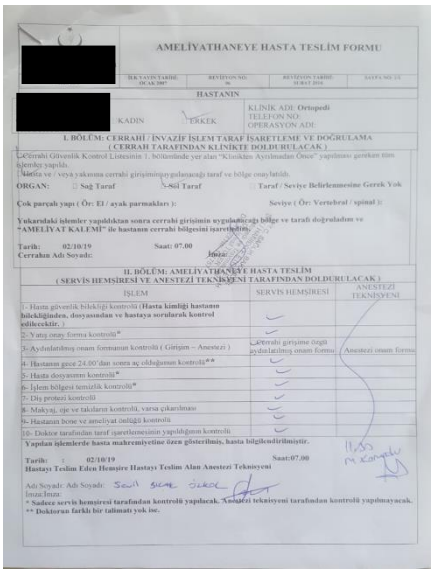
Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu: İmzalayan kişi, tarih ve bilgilendirme açısından değerlendirildi. Bilgilendiren hekimin Asistan, uzman doktor olarak değerlendirmesi sağlandı. Onamın içeriği hastaya hastalığı ile ilgili bilginin ne olduğu, tanı ve tedavi yöntemleri, önerilen tıbbi girişimin yararları, tehlikeleri, yan etkileri, varsa seçenek tedavileri, bunun yararları ve tehlikeleri hakkında bilgilendirme yapılıp yapılmadığı değerlendirildi. Form usulen uygun doldurulup doldurulmadığı (hasta ve bilgilendirilen hekimin adı ve imzaları, tarih saat kaydı vb) ve uygulanacak cerrahi tedaviye özel bilgilendirmenin içeriği tam, eksik ve hiç olmaması şeklinde değerlendirildi (Şekil 5).

Şekil 5: Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu

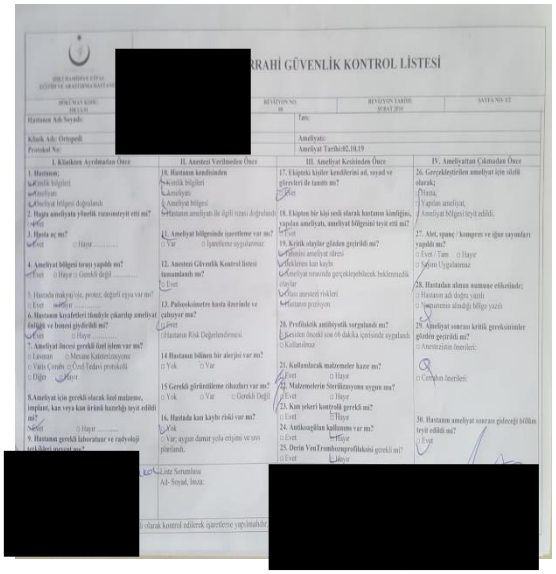


Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi: Özellikle Cerrahi taraf açısından form değerlendirildi (Şekil 6,7).

Şekil 6: Güvenli Cerrahi Listesi

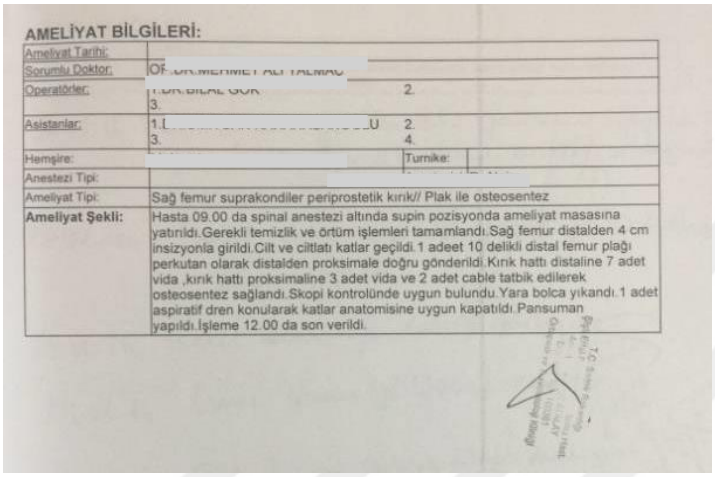


Şekil 7: Cerrahi Taraf Formu



Ameliyat Notu: Hastaya uygulanan cerrahi tedavinin zamanı ve süresi, cerrahi ekip anestezi ekip hakkında bilgiler yanında cerrahi uygulama hakkında detaylı, anlaşılır ve sistematik bilgileri içerip içermediği irdelendi. Cerrahi müdahalenin tüm süreci ve ayrıntıları değerlendirildi. Ameliyat esnasında kullanılan tıbbi malzemeler ve ayrıntıları değerlendirildi (Şekil 8).

Şekil 8: Ameliyat Notu



AMELİYAT BİLGİLERİ:

Ameliyat Tarihi:	
Sorumlu Doktor:	OP. DR. MEHMET ALİ TALMAÇ
Operatörler:	1. DR. BİLAL GÜR 2. 3.
Asistanlar:	1. [redacted] U 2. 3. 4.
Hemşire:	Turnike:
Anestezi Tipi:	
Ameliyat Tipi:	Sağ femur suprakondiler periprostetik kırık// Plak ile osteosentez
Ameliyat Şekli:	Hasta 09.00 da spinal anestezi altında supin pozisyonda ameliyat masasına yatırıldı.Gerekli temizlik ve örtüm işlemleri tamamlandı.Sağ femur distalden 4 cm insizyonla girildi.Cilt ve ciltlatı katlar geçildi.1 adeet 10 delikli distal femur plağı perkutan olarak distalden proksimale doğru gönderildi.Kırık hattı distaline 7 adet vida ,kırık hattı proksimaline 3 adet vida ve 2 adet cable tatbik edilerek osteosentez sağlandı.Skopi kontrolünde uygun bulundu.Yara bolca yıkandı.1 adet aspiratif dren konularak katlar anatomisine uygun kapatıldı.Pansuman yapıldı.İşleme 12.00 da son verildi.

5. BULGULAR

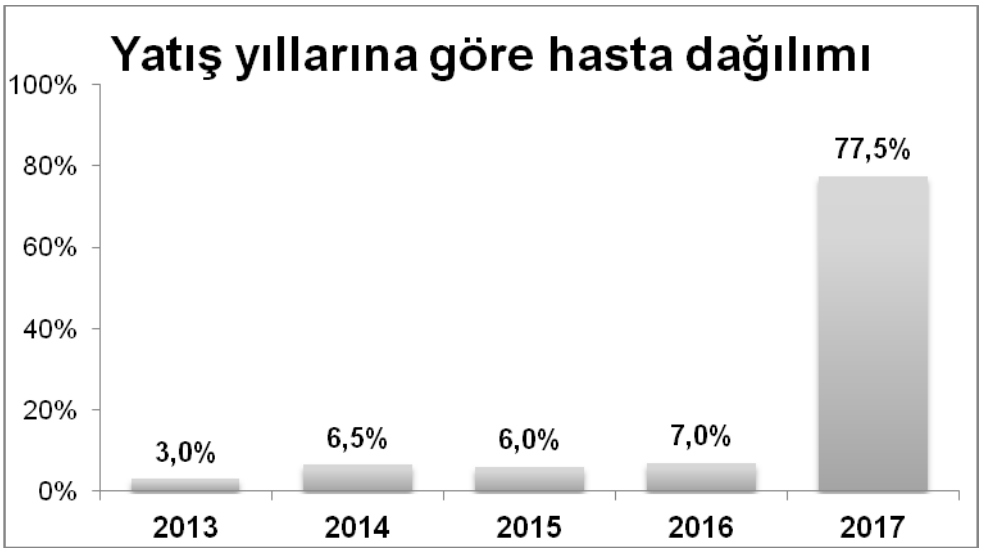
5.1 Verilerin Genel Değerlendirilmesi:

İncelenen dosyalardaki hastalardan 120 si erkek 80'i kadın hastaya aitti. Dosyaların yıllara göre dağılımı ve tüm grup içindeki dağılımı Tablo 3 ve Şekil 9'da bildirilmiştir. Dosyaların büyük bir kısmı 2017 yılına aitti. Hastane genel arşive gönderilme sürecine bağlı olduğu düşünülen bu durum kliniğin kendine ait işleyişinde dosyaların yaklaşık bir yıla yakın süre klinik bünyesinde saklanmasından kaynaklanmaktaydı.

Tablo 3: Yatış yıllarına göre hasta dağılımı

	Sayı	Yüzde%
2013	6	3,0
2014	13	6,5
2015	12	6,0
2016	14	7,0
2017	155	77,5
Total	200	100

Şekil 9 Yatış yıllarına göre hasta oranları



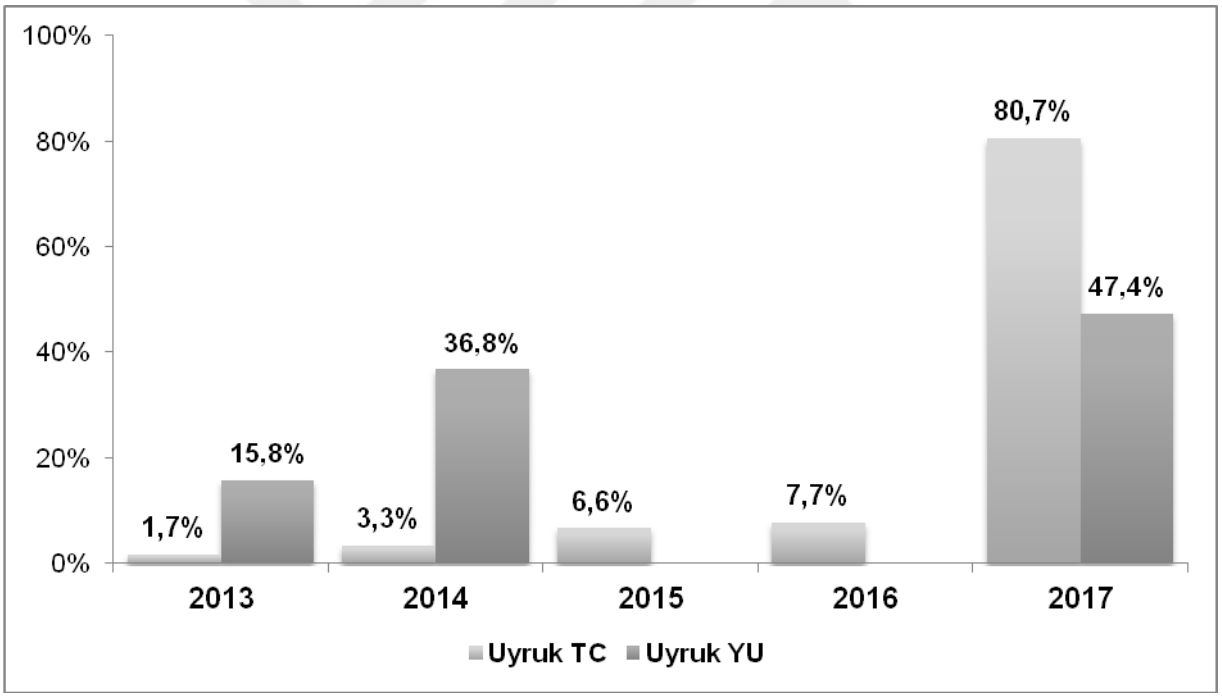
Hastaların ortalama yaşı 42,57 (1-91 yaş) idi. 180 hasta Türkiye Cumhuriyeti (TC) uyruklu, 20 hasta yabancı uyruklu idi. Yabancı uyruklu (YU) hastaların yatış yılı olarak 2017 yılında yoğunlaştığı tespit edildi. Yıllara göre yatışı yapılan yabancı uyruklu hasta sayısında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu. (Tablo 4).

Tablo 4: Yıllara göre TC ve YU hastalar

		Yıl					
		2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Toplam**
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Uyruk	**TC**	3 (1,7)	6 (3,3)	12 (6,6)	14 (7,7)	146 (80,7)	181 (100)
	YU	3 (15,8)	7 (36,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (47,4)	19 (100)

Ki Kare test p<0,001

Şekil 10: Yatış yapılan TC ve YU hastaların yıllara göre oranları



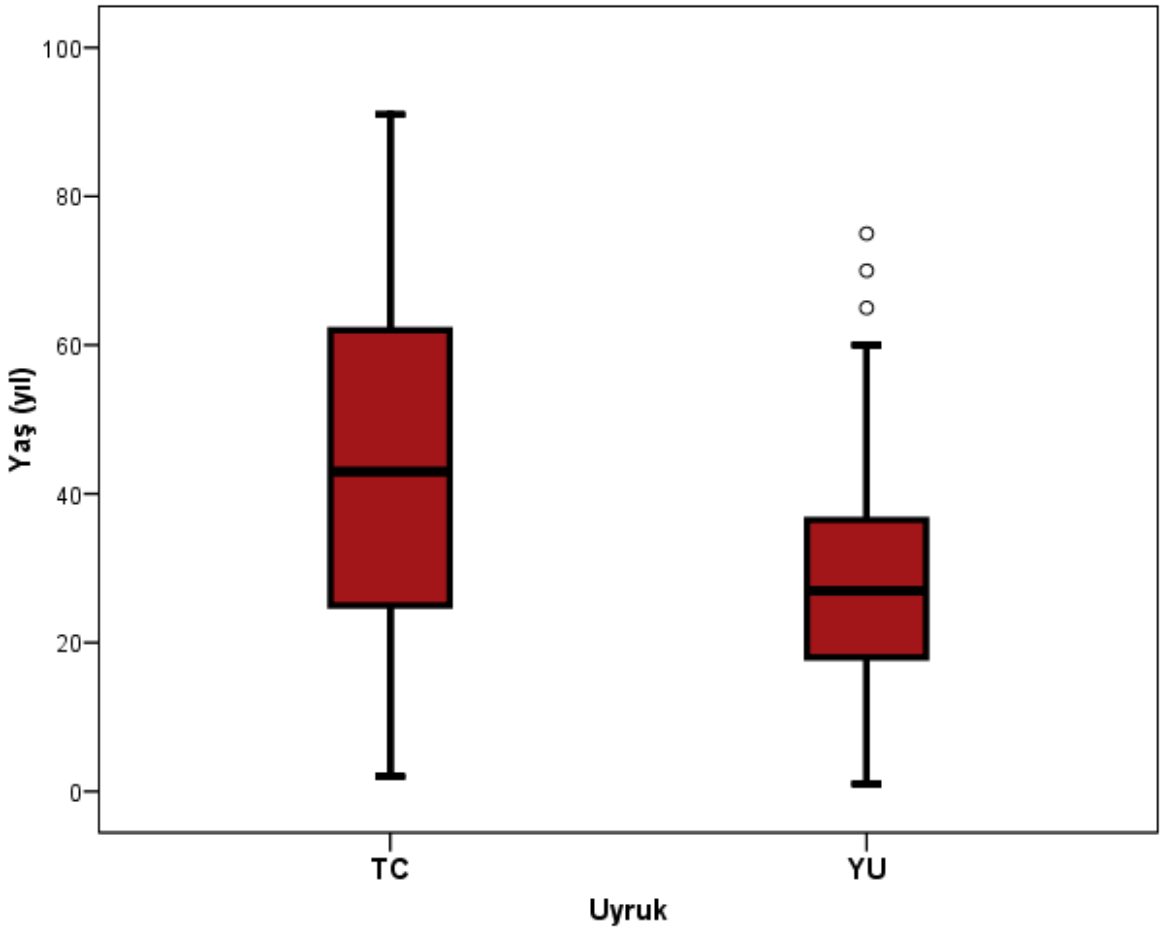
Hastaların ortalama yaşı 42,6±22,6 (1-91 yaş) idi. Yatışı yapılan yabancı uyruklu hastaların yaş ortalamaları TC uyruklu hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (Tablo 5 Şekil 11).

Tablo 5: Yatışı yapılan TC ve YU hastaların yaş ortalamaları

		Yaş	
		Ort.±SD	Min-Maks
Uyruk	**TC**	43,7±22,4	2-91
	YU	31,4±21,8	1-75
	Toplam	42,6±22,6	1-91

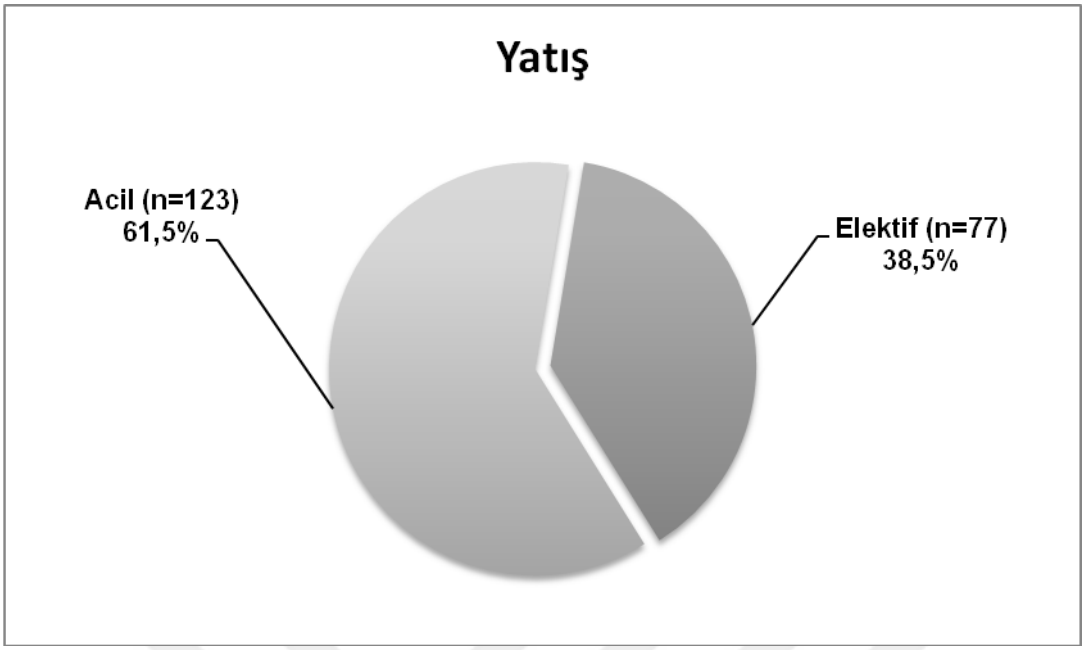
Mann Whitney U test p=0,022

Şekil 11: Yatış yapılan TC ve YU hastaların minumum, maksimum, %25-75 persentil, ortanca yaşları



Hastaların 123'nün yatışı acil şartlarda gerçekleşirken (%61,5), 77^sinin elektif şartlarda gerçekleşmişti (%38,5) (Şekil 12).

Şekil 12: Yatış yapılan acil ve elektif yatış oranları

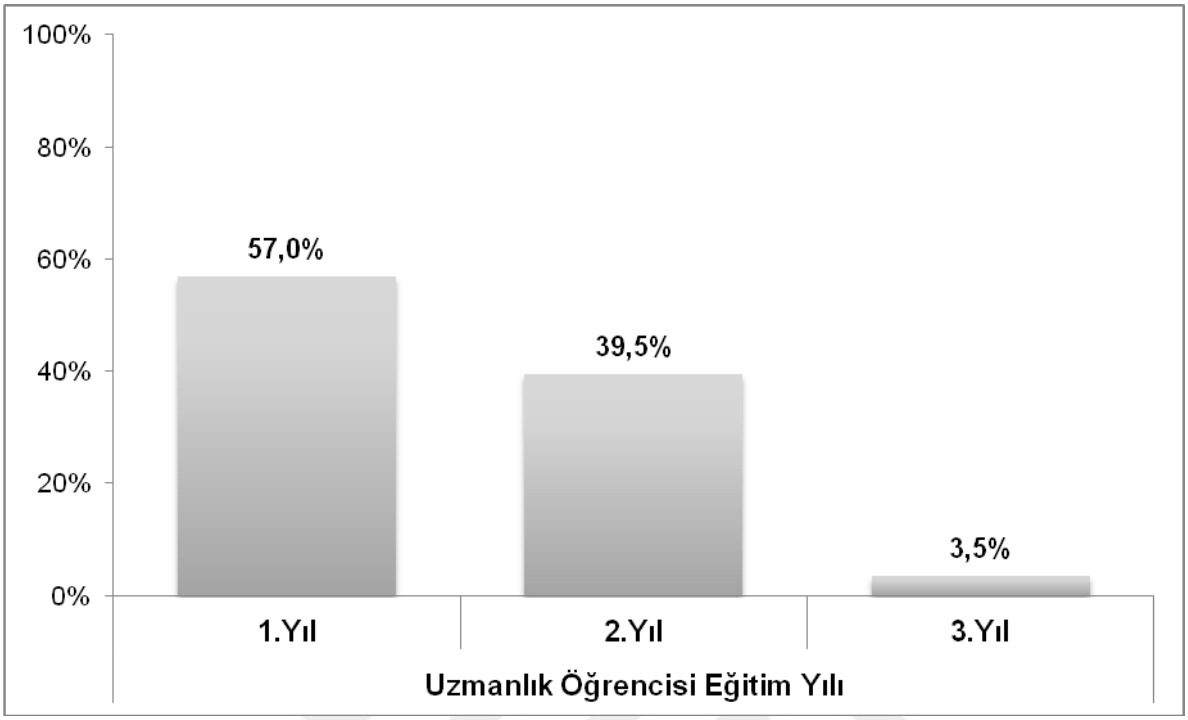


Tıbbi kayıtların tamamı ve hasta dosyalarının içerikleri "uzmanlık öğrencileri" tarafından hazırlanmıştı. Uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerinin kaçıncı yılında olduklarına dair veriler Tablo 6'da gösterilmiştir. Tıbbi kayıtların büyük oranda bir ve ikinci yıl uzmanlık öğrencisi tarafından tutulduğu tespit edildi.

Tablo 6: Dosyaları hazırlayan uzmanlık öğrencilerinin eğitim yılı dağılımı sayı ve yüzdeleri

		Sayı	Yüzde (%)
Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yılı	**1.Yıl**	114	57,0
	2.Yıl	79	39,5
	3.Yıl	7	3,5
	Toplam	200	100

Şekil 13: Dosyaları hazırlayan uzmanlık öğrencilerinin eğitim yılı dağılımı oranları



5.2. Hasta Dosyasında bulunan özellikli Tıbbi kayıtların değerlendirilmesi

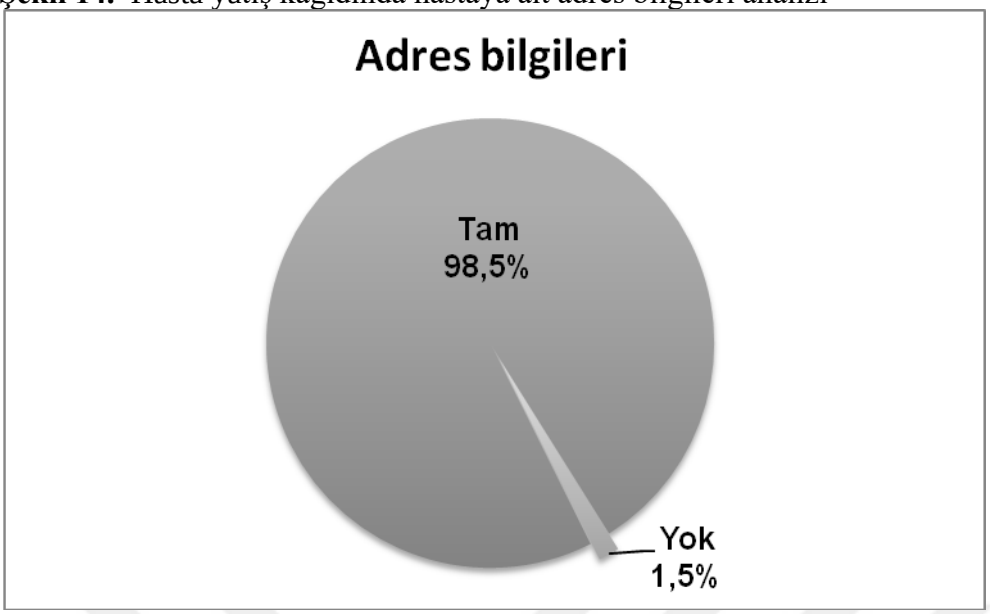
5.2.1 Hasta Yatış Kağıdı

Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres ve telefon bilgilerindeki analiz Tablo 7 ve 8 de belirtilmiştir.

Tablo 7: Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres ve telefon bilgileri analizleri

		Sayı	Yüzde (%)
Adres bilgileri	Yok	3	1,5
	Tam	197	98,5
	Toplam	200	100

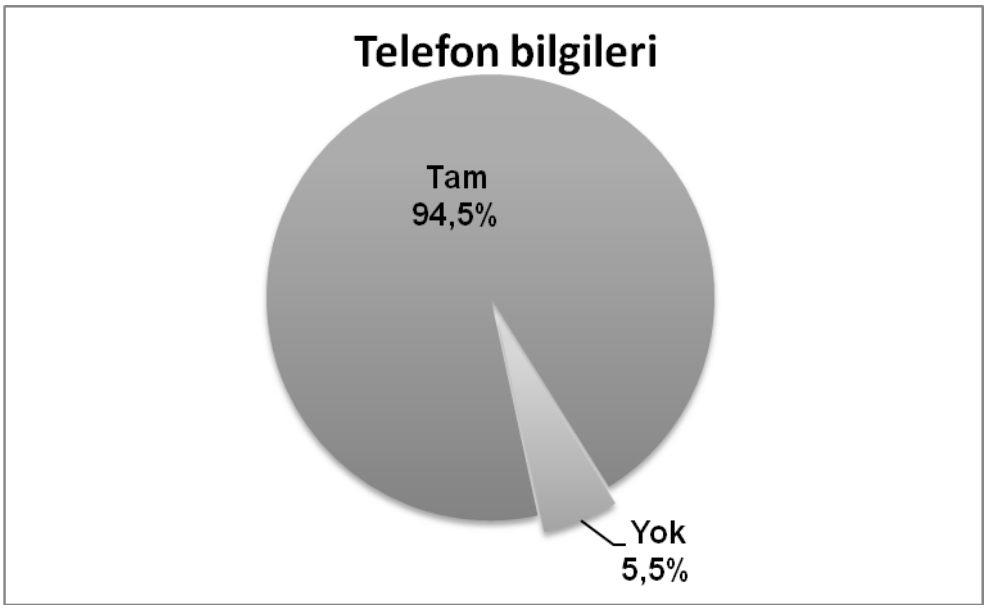
Şekil 14. Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres bilgileri analizi



Tablo 8: Hasta yatış kağıdında hastaya ait adres ve telefon bilgileri analizleri

		Sayı	Yüzde (%)
Telefon bilgileri	Yok	11	5,5
	Tam	189	94,5

Şekil 15: Hasta yatış kağıdında hastaya ait telefon bilgileri değerlendirme sonuçları



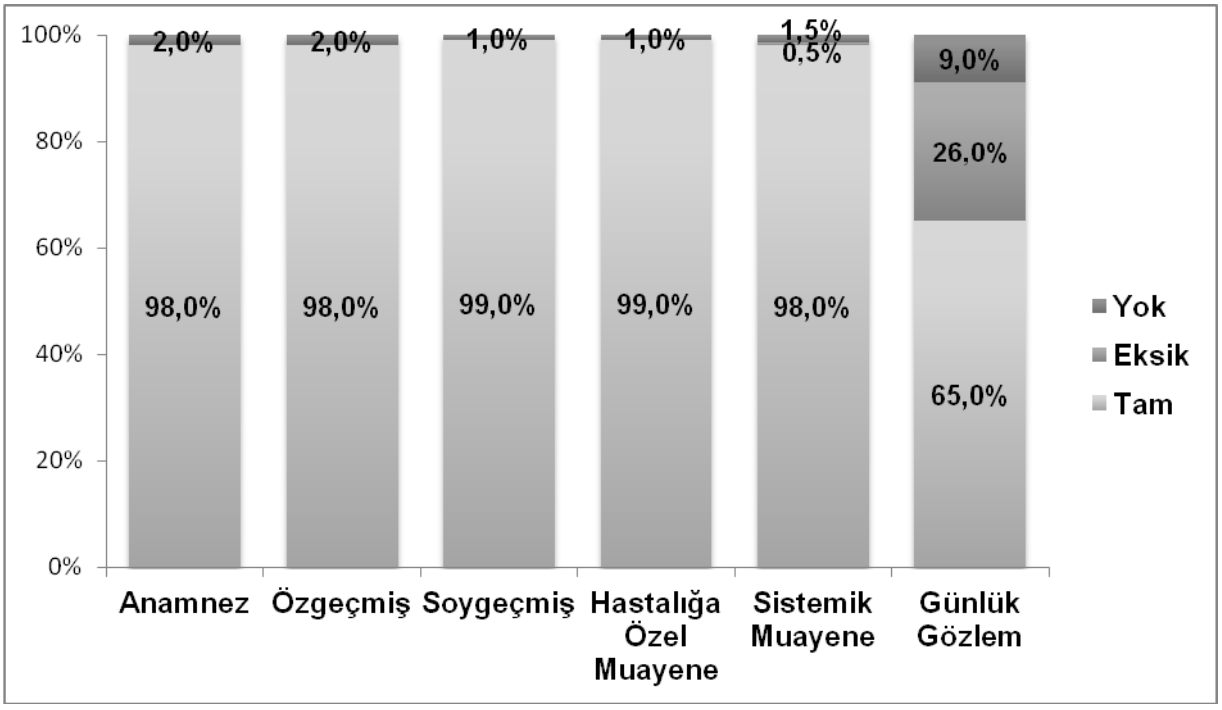
5.2.2 Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu:

Anamnezin 2 dosyada hiç alınmadığı, özgeçmiş bilgilerinin 4 dosyada eksik olduğu, soy geçmişin 2 dosyada yazılmadığı tespit edildi. Hastalığa özel fizik muayenenin 2 dosyada eksik olduğu, 4 dosyada sistemik muayenenin eksik veya olmadığı saptandı. Günlük gözlemin ise 60 dosyada eksik veya olmadığı gözlemlendi (Tablo 9,Şekil 16).

Tablo 9: Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu Değerlendirmesi

	Yok	**Eksik**	**Tam**
	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)
Anamnez	4 (2,0)	-	196 (98,0)
Özgeçmiş	4 (2,0)	-	196 (98,0)
Soygeçmiş	2 (1,0)	-	198 (99,0)
Hastalığa Özel muayene	2 (1,0)	-	198 (99,0)
Sistemik Muayene	3 (1,5)	1 (0,5)	196 (98,0)
Günlük Gözlem	18 (9,0)	52 (26,0)	130 (65,0)

Şekil 16: Tıbbi müşahede ve muayene formu değerlendirmesi



Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında tıbbi müşahede ve muayene formu günlük gözlem değerlendirme sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 10: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu Günlük Gözlem Değerlendirmesi

		Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yılı			
		1.Yıl	**2.Yıl**	**3.Yıl**	**p***
		Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	
Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu Günlük Gözlem	Yok	13 (11,4)	4 (5,1)	1 (14,3)	0,243
	Tam	71 (62,3)	53 (67,1)	6 (85,7)	
	Eksik	30 (26,3)	22 (27,8)	0 (0,0)	

*Ki Kare Analizi

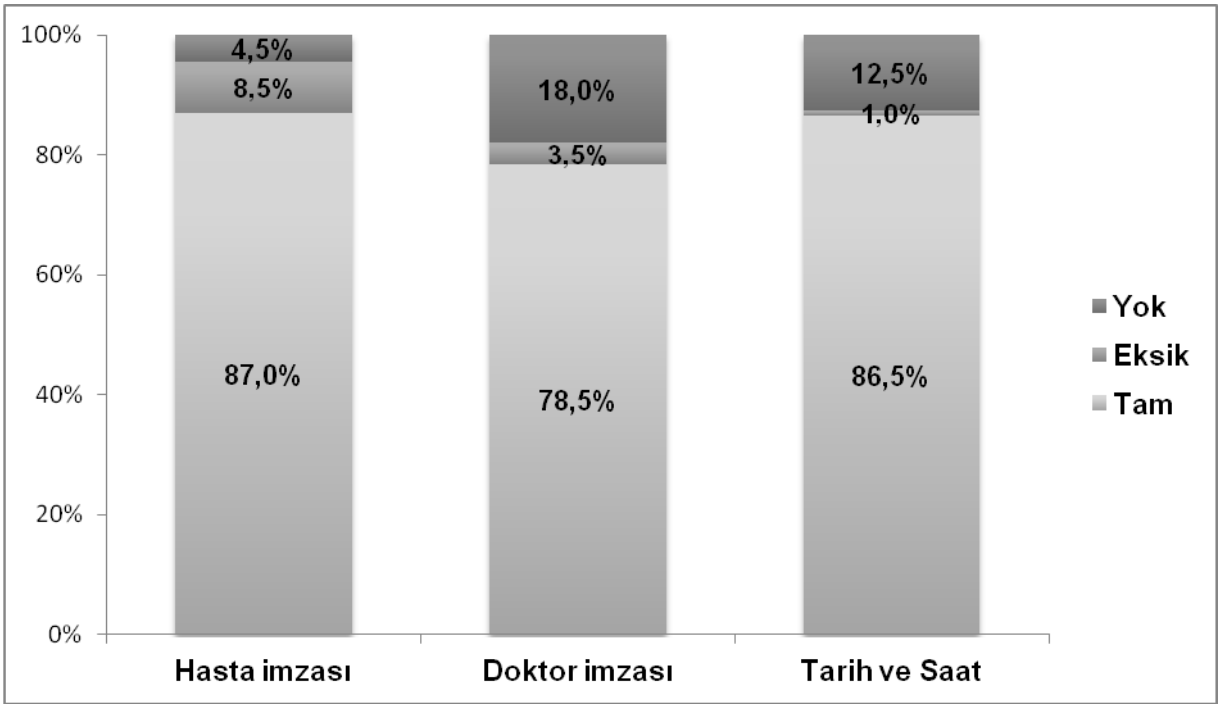
5.2.3 Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu:

Hasta dosyalarındaki mevcut aydınlatılmış onam ve rıza formlarının incelenmesinde her hastaya özel bir form hazırlanmadığı klinikte mevcut her tanıya özel onam formlarının hazır bulunduğu saptandı. Mevcut hazır formların bilgisayardan çıktı alınmadan önce hasta adı, taraf gibi bilgilerin işlendiği ve bu şekilde dosyaya konulduğu tespit edildi. Formları dolduran hekimin her zaman uzmanlık öğrencisi olduğu ve cerrahi tedaviden sorumlu hekimin hiçbir onam formunda imzası olmadığı tespit edildi. Onam Formunda hastanın veya yakınının imzası, hekimin imzası ve onamım alındığı tarih ve saatin kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirildi. 26 dosyada hasta veya yakınının imzasının eksik veya olmadığı, 43 dosyada doktor imzasının ve/veya kaşesinin eksik veya olmadığı ve 25 dosyada tarih ve saat bilgilerinin yetersiz olduğu saptandı (Tablo 11, Şekil 17). Özellikle yabancı uyruklu hastalarda şahit veya tercüman eksikliği tespit edildi.

Tablo 11: Aydınlatılmış onam formlarının değerlendirilmesi

	Yok	Eksik	Tam
	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)
Hasta imzası	9 (4,5)	17 (8,5)	174 (87)
Doktor imzası	36 (18)	7 (3,5)	157 (78,5)
Tarih ve Saat	25 (12,5)	2 (1)	173 (86,5)

Şekil 17: Aydınlatılmış onam formlarının değerlendirilmesi



Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında aydınlatılmış onam formlarının değerlendirilmesinde Tarih ve Saat değerlendirme sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,015).

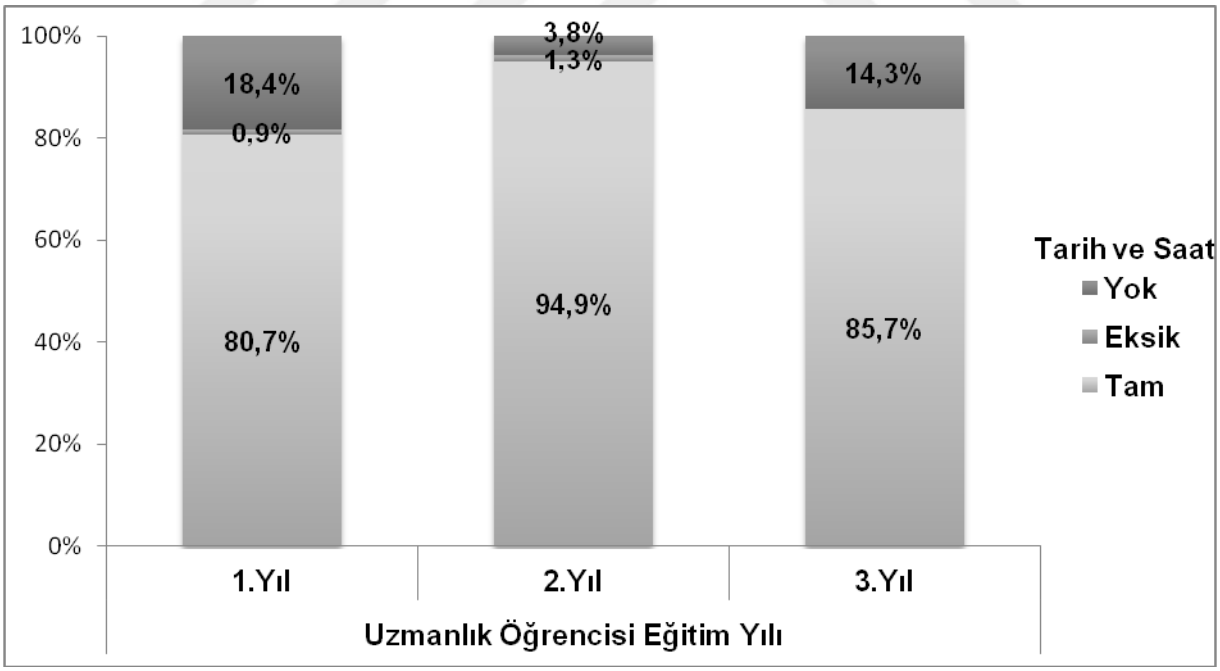
İkinci yıl uzmanlık öğrencilerinin Tarih ve Saat değerlendirme sonuçlarında tam oranı yüksekti (Tablo 12, Şekil 18)

Tablo 12: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Aydınlatılmış Onam Formlarının Değerlendirilmesi

		Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yılı			
		1.Yıl	**2.Yıl**	**3.Yıl**	
		Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	p*
Hasta imzası	Yok	6 (5,3)	2 (2,5)	1 (14,3)	0,097
	Tam	94 (82,5)	74 (93,7)	6 (85,7)	
	Eksik	14 ()12,3	3 (3,8)	0 (0,0)	
Doktor imzası	Yok	26 (22,8)	9 (11,4)	1 (14,3)	0,302
	Tam	84 (73,7)	67 (84,8)	6 (85,7)	
	Eksik	4 (3,5)	3 (3,8)	0 (0,0)	
Tarih ve Saat	Yok	21 (18,4)	3 (3,8)	1 (14,3)	0,015
	Tam	92 (80,7)	75 (94,9)	6 (85,7)	
	Eksik	1 (0,9)	1 (1,3)	0 (0,0)	

*Ki Kare Analizi

Şekil 18: Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında aydınlatılmış onam formlarının Tarih ve Saat değerlendirilmesi



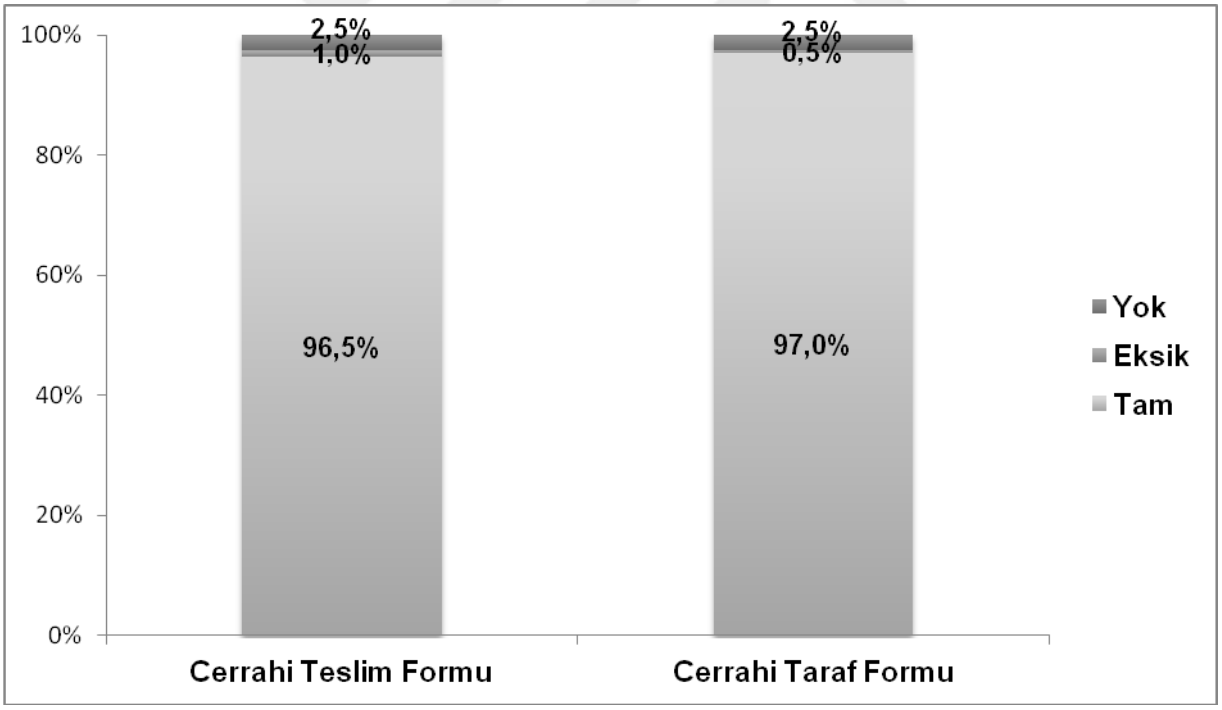
5.2.4 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve Taraf Formu:

Değerlendirilen dosyalardan 5'inde güvenli cerrahi formunun olmadığı, 2 sinde tarih veya imzanın eksik olduğu saptandı. Taraf formunun ise 1 dosyada eksik(imza) 5 dosyada taraf formunun boş veya hiç olmadığı saptandı. Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında güvenli cerrahi listesi ve taraf formu değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 13, Şekil 19. Tablo 14).

Tablo 13: Cerrahi teslim ve cerrahi taraf formu verileri

	Yok	**Eksik**	**Tam**
	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)
Cerrahi Teslim Formu	5 (2,5)	2 (1)	193 (96,5)
Cerrahi Taraf Formu	5 (2,5)	1 (0,5)	194 (97,0)

Şekil 19: Cerrahi teslim ve cerrahi taraf formu verileri değerlendirmesi



Tablo 14: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Aydınlatılmış Onam Formlarının Değerlendirilmesi

		Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yılı			
		1.Yıl	**2.Yıl**	**3.Yıl**	
		Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	p*
Cerrahi Teslim Formu	Yok	3 (2,6)	1 (1,3)	1 (14,3)	0,185
	Tam	109 (95,6)	78 (98,7)	6 (85,7)	
	Eksik	2 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Cerrahi Taraf Formu	Yok	3 (2,6)	1 (1,3)	1 (14,3)	0,223
	Tam	110 (96,5)	78 (98,7)	6 (85,7)	
	Eksik	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Ki Kare Analizi

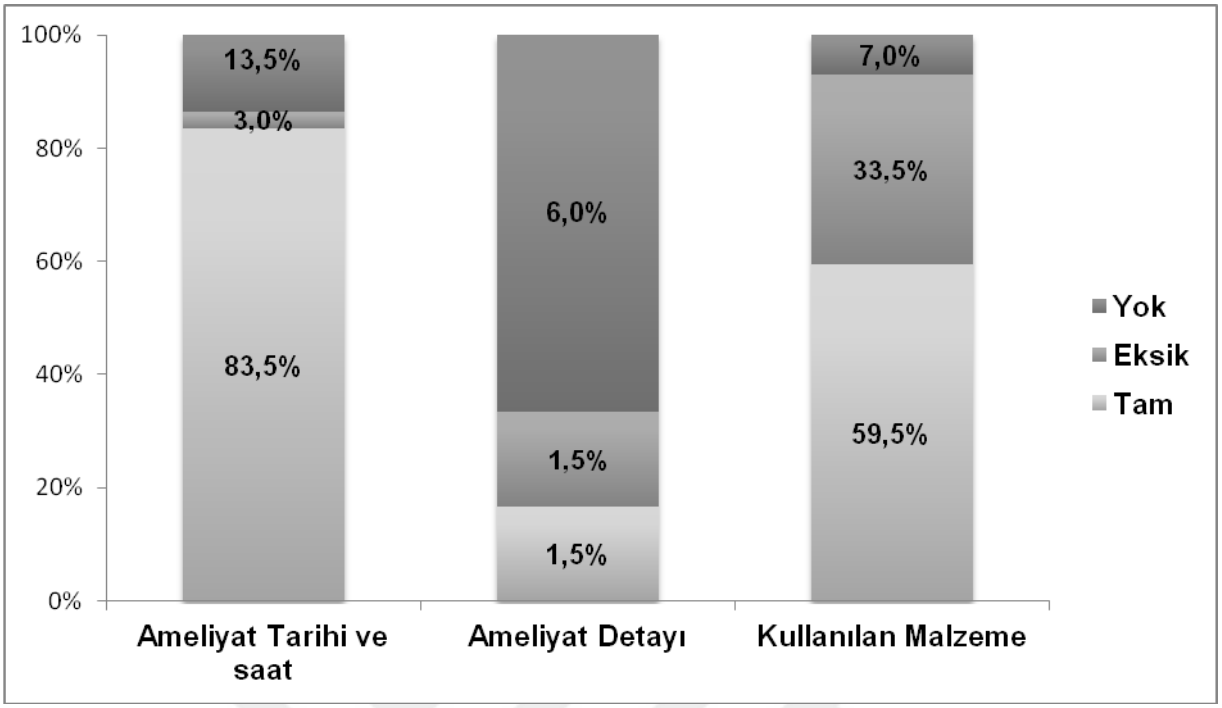
5.2.5 Ameliyat Notu

Ameliyat tarih ve saatlerinin 27 dosyada olmadığı, 6 dosyada eksik kayıt altına aldığı saptandı. Cerrahi tedaviye yönelik ameliyat detaylarının 12 dosyada eksik ve yetersiz olduğu 3 dosyada ise ameliyat notu olmadığı tespit edildi. Ortopedi ameliyatları açısından önem teşkil eden tıbbi malzemeler açısından 14 ameliyat notunda malzeme ile ilgili hiçbir detay verilmezken 67 dosyada malzeme ile ilgili bilgilerin yetersiz ve eksik olduğu saptandı. Uzmanlık öğrencisi eğitim yıllarında ameliyat notlarına ait verilerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 15, Şekil 20, Tablo 16).

Tablo 15. Ameliyat notlarına ait veriler

	Yok	**Eksik**	**Tam**
	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)	Sayı - Yüzde (%)
Ameliyat Tarihi ve Saat	27 (13,5)	6 (3)	167 (83,5)
Ameliyat Detayı	12 (6)	3(1,5)	185 (1,5)
Kullanılan Malzeme	14 (7)	67 (33,5)	119 (59,5)

Şekil 20: Ameliyat notlarına ait veriler



Tablo 16: Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yıllarında Ameliyat Notlarına Ait Veriler in Değerlendirilmesi

		Uzmanlık Öğrencisi Eğitim Yılı			
		1.Yıl	**2.Yıl**	**3.Yıl**	
		Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	Sayı Yüzde (%)	p*
Ameliyat Tarihi	Yok	19 (16,7)	7 (8,9)	2 ()28,6	0,065
	Tam	91 (79,8)	71 (89,9)	4 (57,1)	
	Eksik	4 (3,5)	1 (1,3)	1 (14,3)	
Ameliyat Detayı	Yok	12 (10,5)	2 (2,5)	1 ()14,3	0,161
	Tam	100 (87,7)	75 (94,9)	6 (85,7)	
	Eksik	2 (1,8)	2 (2,5)	0 (0,0)	
Kullanılan Malzeme	Yok	14 (12,3)	2 (2,5)	1 (14,3)	0,055
	Tam	67 (58,8)	44 (55,7)	4 (57,1)	
	Eksik	33 (28,9)	33 (41,8)	2 (28,6)	

*Ki Kare Analizi

6.TARTIŞMA

Hekimlerin kesinlikle istemedikleri ancak mesleklerini icra ederken hayatın akışı ve doğası gereği tedavi ettikleri hastalarda tanı, tedavi ve takip aşamasında istenmeyen durumlarla karşılaşmaları olağandır. Bu istenmeyen durumların "tıbbi uygulama hatası" olarak iddia edilmesi halinde ve bunun ceza ve tazminat yaptırımlar ile sonuçlanması konunun ciddiyetini kat ve kat arttırmaktadır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda %40-120 arasında artışlar bildirilmektedir. Ortopedi ve travmatoloji bilim dalı, genel cerrahi ve kadın hastalıkları ve doğum alanlarından sonra en sık şikayet edilen uzmanlık alanı olarak sıralanmıştır (35).

Tıbbi uygulama hatasının söz konusu olması halinde iddianın ispat sorunu önemli kavram olarak karşımıza çıkar. İstenmeyen durum yani komplikasyon ile tıbbi uygulama hatası kavramlarının ayrıldığı temel unsur "tıbbi standartların gerektirdiği özen ve dikkat" sorumluluğunu yerine getirmemektir. Bu aşamada asıl zor durumda olan hekimdir. Hekim kusurlu olmadığını ispatlamak durumundadır. İspat için temel dayanak aynı zamanda tıbbi standart ve uygulama zorunluluklarından birisi olan "tıbbi kayıtlardır". Tıbbi kayıtların yatan hastalar için derlenmiş hali "hasta dosyası" olarak tanımlanmaktadır.

Dosyaların yıllara göre dağılımı:

Hasta dosyalarının çoğunluğu 2017 yılına ait idi. Çalışmanın yürütüldüğü klinikte mevcut birim arşivindeki dosyalar kullanıldı. Kurumlarda yüklendiği görev ve faaliyete göre, güncelliğini henüz koruyan ve rutin işleyişi nedeniyle saklanması gereken dosyalar için "birim arşivi" kurulur. Özellikle eğitim araştırma hastanesi gibi yoğun işleyişe sahip kurumlarda birim arşivinin kurulması ve yönetilmesi ile ilgili aksaklıklar yaşanabilir. Birim arşivinin işleyişinde her yılı Ocak ayında bir önceki yıla ait dosyaların gözden geçirilmesi ve güncelliğini kaybeden dosyaların genel arşive taşınması güncelliğini koruyanların birim arşivinde tutulması esastır.

Bu görevi yerine getirmek için ek insan gücüne ve kalifiye elaman ihtiyacı doğacaktır. Çalışmada bu esasa uygun davranılmadığı bir yıldan eski dosyaların da birim arşivinde saklandığı saptandı.

Yabancı uyruklu hastalar:

Tablo 4'de görüldüğü üzere hastaların büyük çoğunluğu TC vatandaşı idi. 2011'den beri Suriye'deki karışıklık ve ülkemizin Avrupa ülkelerine göç yolu üzerinde bulunması sebebiyle oldukça fazla miktarda Suriyeli sığınmacı ve diğer ülkelerin mülteci akınına uğramıştır. Türkiye'de yaklaşık olarak üç milyondan fazla Suriye sığınmacı olduğu bilinmektedir. Bu kişilere sunulan birçok hizmetin yanında sağlık hizmeti başı çekmektedir Sığınmacı nüfus ülkemizde homojen bir dağılım göstermemektedir (36). Eğitim araştırma hastanesine başvuran Suriyeli göçmenlerin tıbbi kayıtlarının retrospektif analizinde ayaktan başvurularda acil kliniğinden sonra ilk sırayı ortopedi ve travmatoloji kliniği almaktadır, yatan hasta sıralamasında ise ortopedi ve travmatoloji klinikleri üçüncü sıradadır (37). Çalışmada yabancı uyruklu hastaların tamamını Suriyeli göçmenler oluşturmaktaydı. Bu hasta grubunda tıbbi kayıtlardaki eksiklik özellikle "hasta yatış kağıdı" ve "aydınlatılmış onam ve rıza formlarında" tespit edildi. Adres, Telefon bilgilerinin eksik ve yanlış girildiği gözlemlendi. Aydınlatılmış onam ve rıza formlarının "Türkçe" olarak hazırlandığı, hiçbirinde tercüman olmadığı, hasta ad ve soyadının hasta veya yakını tarafından Arapça yazıldığı görüldü. Hasta hakları yönetmeliğinin 18. maddesine göre hastaya gereken tıbbi bilgiler gereken durumlarda tercüman kullanılarak verilmelidir. Her ne kadar sağlık bakanlığı tarafından tercümanlar atansa da bu konu ile düzenlemelerin kaçınılmaz olduğu bir gerçektir.

Acil ve elektif şartlarda yatışı yapılan hastalar:

Şekil 12'de görüleceği üzere incelenen hasta dosyalarının büyük bir kısmı acilden yatışı yapılan travma nedeniyle başvuran hastalara aitti. Eğitim Araştırma hastanelerinde ortopedi ve

travmatoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların büyük çoğunluğunu acilden yatışı yapılan hastalar oluşturmaktadır (35). Acilden yatışı yapılan hastalarda, elektif şartlarda yatışı yapılan hastalara göre hekimin hazırlığı ve hastayı değerlendirme süresi kısıtlıdır. Tıbbi kayıtların oluşturulması açısından hekimin ayırdığı süre yetersiz olabilmektedir. Bu durumda yetersiz bilgi ve itinasız yaklaşım tıbbi kayıtlar açısından eksikliği kaçınılmaz kılmaktadır. Diğer yandan, ülkemizdeki eğitim araştırma hastanelerinin acil servislerinin yoğunluğu, özellikle uzmanlık öğrencilerinin çalışma şartları, bakılan hasta sayısı ve yetersiz tıbbi sekreter gibi yardımcı sağlık personel sayısı ayrı bir tartışma konusudur (38).

Dosya içeriğindeki tıbbi kayıtları hazırlayan hekimler:

Çalışmada incelenen hasta dosyaları içeriklerinin tamamının uzmanlık öğrencileri tarafından hazırlandığı tespit edildi. Eğitim Araştırma Hastanelerinin hemen tamamında kayıtların uzmanlık öğrencileri tarafından hazırlanıldığı bilinmektedir. Tablo 6 da görüleceği üzere hasta dosyalarının doldurulmasında sıklıkla uzmanlık eğitiminin birinci ve ikinci yılında olan uzmanlık öğrencileri görev almaktaydı. Bu kayıtlardaki eksiklik ve yetersizlikte önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi kayıt tutma yükümlülüğünün de eğitimin bir parçası olduğu unutulmamalı bu alanda uzmanlık öğrencileri yeterli destek sağlanmalıdır. Ülkemizde bu konu ile ilgili bir çalışma yoktur.

Hasta yatış kağıdı:

Hasta yatış kağıdında hastanın adres, telefon ve gerekli durumlarda ulaşılabilecek yakınına ait telefon gibi kişisel bilgiler yer almaktadır. Tıbbi uygulamalar sürecinde bu bilgiler zaman zaman çok önem arz etmektedir. Özellikle sonuç verme sürecinin hastanın taburculuk dönemi sonrası döneme sarktığı patoloji veya radyoloji sonuçlarında; hastaya ulaşımı gerektirecek durumlarda telefon ve adres bilgileri hayati önem arz edebilir. Tedavinin ayrılmaz bir parçası olan hekimin hastasını takip etme sürecinde hastasına ulaşma sorumluluğu vardır

(11). Klinik uygulamalarda merkezi bilgi sistemi sayesinde kişilerin nüfus kayıtlarına göre adres bilgilerine rahatlıkla ulaşılabilinmektedir ancak adresin güncel olması ve özellikle telefon kayıtlarında değişkenlik durumu güçleştirmektedir. Çalışmada özellikle yabancı uyruklu hastalarda ve hastaların telefonlar kayıtlarında eksiklik ve yanlış bilgi olduğunu saptandı.

Tıbbi Müşahede ve Muayene Formu:

Tıbbi Müşahede ve muayene formu hekimin mesleki beceri, özeni ve bilgisini ortaya koyan en önemli dokümandır. Tanı koyma sürecinde en önemli tıbbi doküman ve kaynaktır. Üçüncü kişiler tarafından hastanın hastalığı ile ilgili detaylara ulaşmasını sağlayan ve anlaşılır hale getiren temel unsurdur (1,11). Anamnez hekim hasta ilişkisinin ve iletişiminin en güzel göstergesidir (39). Hastalığa özel muayenelerin detaylı olarak kaydedildiği tespit edilirken sistemik muayenelerin yetersiz olduğu gözlemlendi (Tablo 9). Bu uygulama anabilim dallarında tıbbi kayıtların doğası haline gelmiştir.

Anamnez, özgeçmiş, soy geçmiş ve fizik muayene hastanın hastalığı ile ilgili tanı konulmasında en değerli bilgileri içermesinin yanında hastanın yatış anındaki fiziksel durumunun tedavi sonrası durumu ile kıyaslanması açısından hayati önem arz etmektedir. Sözgelimi vertebra cerrahisi sonrası ortaya çıkabilecek nörolojik bir olumsuzluğun tedavi öncesi var olup olmamasının yegane delili ameliyat öncesi kayıt altına alınan muayene formudur. Yine tedavi sonrası kayıt altına alınan takip notları hekimin erken dönem hastasını takip etme yükümlülüğünün ve bu konuda gösterdiği özenin göstergesidir (40). Çalışmada özellikle takip notlarında eksiklik olduğu ve düzenli tutulmadığı gözlemlendi. Tedavi edilen hastanın takibi diğer aşamalarda olduğu gibi özen ve tıbbi standartlar açısından çok önem arz etmektedir. Takipteki eksiklik veya yetersizlik komplikasyon olarak nitelendirilecek bir durumun tıbbi hata olarak kabul edilmesine neden olabilir. Cerrahi tedavi sonrası erken dönemde ortaya çıkabilecek bir yüzeysel yara problemi yetersiz takip sonrası fark edilmeyerek ilerlemesi ve protez enfeksiyonu ortaya çıkması tıbbi hata olarak değerlendirilirken; erken

dönemde takip edilen ve tıbbi kayıtları tutulan ve gerekli önlemler alınan (kültür antibiyogram, enfeksiyon hastalıkları konsultasyonu gibi) bir hastada komplikasyon olarak değerlendirilebilir.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza Formu:

Ülkemizde tıbbi müdahaleleri hukuka uygun olmasının temel şartları sağlık hizmeti sunanın tıp diplomasına sahip olması, diğeri ise hastanın aydınlatılması ve rızasının alınmasıdır. Acil şartlar hariç tıbbi müdahaleler onam alınmaması halinde hukuka aykırılık ortaya çıkmaktadır. Bu hekimi haksız fiilden sorumlu hale getirmektedir (1). Aydınlatılmış onam ve rızanın hukuka uygunluğu; hastalıkla ile ilgili yeterli bilgi, tanı ve tedavi yöntemlerini, planlanan cerrahi tedavinin olası tehlikelerini ve yan etkilerini, mevcut alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların olası yarar ve istenmeyen sonuçlarını içermesi ile gerçekleşebilir (41). Hekimin bu şartları yerine getiren form hazırlamasının yanında ayrıca tedavi görecek hasta tarafından anlaşılması ve onamı verecek hastanın yeterliliğinin olması diğer bir şartlardır (42). Aydınlatılmış onam kişiye özel olmalıdır. Çalışmada incelenen dosyadaki onamların tanılara göre bilgiler içerdiği, formların hazır onamlar şeklinde düzenlendiği görüldü. İçerik dışında özellikle yabancı uyruklu hastaların Arapça gibi kendi dilleri ile isim ve soyadı yazdığı saptandı. Tablo 11'de görüldüğü gibi tarih ve zaman gibi oldukça önemli detayların eksik olduğu görüldü. Genel içerikli ve kişiye özel hazırlanmayan bu tıbbi kayıtlar hukuk karşısında belgelerin geçerliliğini ve yeterliliğini zayıflatmaktadır (43). Özellikle hastaya cerrahi işlemler gibi istenmeyen sonuç riski yüksek müdahaleler yapılacağı durumda hastaya özel aydınlatılmış onam ve rıza formu düzenlenmesi hukuksal açıdan hekimi koruyacaktır. Özellikle eğitim araştırma hastanesi gibi oldukça yoğun çalışan kliniklerde her hastaya özel onam formunun yazılmasının uygulamada güçlükler yaşatacağı tartışılmaz gerçektir. Bu konu ile ilgili dal derneklerinin ve otoritelerin birlikte çalışarak onam formunun belirli alanlarda standardize edilmesi fayda sağlayacaktır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve Taraf Formu:

Cerrahi uygulanacak hastalarda hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanları hasta için standart önlemler alınmalıdır (44). Güvenli cerrahi formu ve taraf cerrahi formu gibi önleyici tıbbi kayıtlara rağmen hasta güvenliğini açısından oldukça riskli olan yanlış tarafın ameliyat edilmesi gibi ciddi tıbbi uygulama hatalarına halen rastlanmaktadır (35). Cerrahi uygulanan hastalarda ameliyathanede hasta güvenliği disiplininin istenmeyen durumların ve tıbbi hataların ortaya çıkmasını engelleme açısından ekip üyeleri arasındaki iletişimin sağlıklı sürdürülmesi gerekmektedir. Doğru ve eksiksiz kayıt tutma süreçlerinin yürütülmesi tıbbi hataların gerçekleşme riskini en aza indirir. Özellikle eğitim ve araştırma hastaneleri gibi yoğun ameliyathane şartlarına sahip sağlık kuruluşlarında bu tıbbi kayıtlar tıbbi hataları önleme açısından en önemli faktördür (45). Çalışmada cerrahi taraf ve güvenli cerrahi formunda eksiklikler olan dosyalar saptandı. Bu formlar bu alan ile ilgili istenmeyen bir durumun ortaya çıkması halinde sorumlu kişi ve kişilerin saptanmasında ve hekim veya diğer sağlık çalışanlarının kendilerini savunmalarında en önemli faktördür. Ameliyathanede hasta güvenliği acil durumlarda olduğu gibi en hazırlıksız durumlarda bile kayıtlardan ödün verilmemelidir. Tıbbi kayıtlar eksiksiz tutulmalı, iyi korunmalıdır. Cerrahi güvenlik kontrol listesi ve taraf formu oldukça önemli bir hasta güvenliği uygulaması olarak dikkate alınmalıdır.

Ameliyat Notu:

Ameliyat notları cerrahın bilgisinin, özeninin ve en önemlisi tıbbi standartlara göre hastasını tedavi ettiğini gösteren başlıca tıbbi kayıttır. Ameliyat notunda yer alan her türlü ayrıntı tıbbi uygulama hataları açısından büyük önem arz eder. Ameliyatı gerçekleştiren ekip üyeleri, tarih, zaman, ameliyatın süresi vb detaylar istenmeyen bir durum ortaya çıkması halinde gerçeğin anlaşılması açısından çok önemli olabilir. Ameliyatın her aşamasının detaylandırılarak kayıt altına alınması cerrahi işlem esnasında gösterilen özenin tek göstergesi olabilir. Özellikle cerrahi girişim esnasında ortaya çıkabilecek olan damar ve/veya sinir yaralanmaları ile ilgili cerrahın yaklaşımının detaylandırılarak kayıt altına alınması ile tıbbi

hatadan ziyade komplikasyon olarak tanımlanabilir. Ortopedi ve Travmatoloji alanına ait diğer bir özellik sıklıkla tedavi edilen hastalarda kullanılan tıbbi implantlardır. Kullanılan bu tıbbi malzemelerin ameliyat notunda detaylandırılması hem tedavinin geleceği açısından he de hukuksal sorumluklar açısından önem taşır. Kırık nedeni ile hastaya kullanılan plak ve vidaların gelecekte çıkarılması gerektiği durumlarda ne marka olduğu veya detaylandırılması önem taşır. Örneğin plağın vidalarının markası veya özelliği çıkarma setinin ne olacağını da belirler. kayıt altına alınmamış bu tıbbi bilgi plak ve vidaları çıkartacak hekimi zor duruma düşürülebilir. Yine plak vida kırılması gibi istenmeyen durumların ortaya çıkması halinde kullanılan tıbbi malzeme üreticisinin de sorumluluk taşıması açısından bu bilgilerin kayıt altına alınması gerekir. Tablo 15 de görüldüğü üzere çalışmada tarih, zaman gibi detayların yanında cerrahi uygulama hakkında yetersiz bilgi içeren dosyalar da tespit edildi. Unutulmaması gereken bu tıbbi kayıtların hekimin kendisini ifade edebildiği başlıca belge olduğudur.

7. SONUÇ

Ülkemizde Ortopedi ve Travmatoloji alanı tıbbi uygulama hataları nedeniyle şikayet edilen üçüncü daldır. Bu şikayetler her geçen gün artmakta ve hekimlerin mesleklerini icra ederken sahip oldukları motivasyonu önemli derecede etkilemektedir. Motivasyon ile beraber hekimleri hukuksal ve cezai yani maddi ve hürriyet kısıtlayıcı sorumluluk altına sokmaktadır. Bu gibi durumlarda hekim ve diğer sağlık çalışanlarının elindeki en objektif ve değeri yüksek kanıt tıbbi kayıtlardır.

Ülkemizde eğitim ve araştırma hastaneleri; uzman hekim, öğretici ve bilim insanı yetiştirmek açısından üniversiteler ile birlikte en önemli kaynaktır. Örnek teşkil eden kurumlarımızdan birinde "tıbbi kayıtlar" açısından önem arz eden eksiklikler mevcuttur.

- Önemsenmeyen ve sıklıkla detaylandırılmayan hastaya ait adres telefon gibi kişisel bilgilerin tıbbi kayıtların birer öğesi olduğu unutulmamalı bu kayıtların doğru ve eksiksiz tutulmasına özen gösterilmelidir.
- Tıbbi muayene müşahede formları içerikleri nedeniyle hekimlik sanatının teşhiste temel bilginin göstergeleri olup tıbbi kayıtların temelini oluşturmaktadır. tanı ve takip aşamalarının tıbbi standartlara uygunluğunu ortaya koyan en önemli belgelerdir.
- Aydınlatılmış onam ve rıza formları tıp mesleğinin icrası esnasında hekime hukuken mesleğini yapma yetkisini veren yegane tıbbi kayıttır. Bu kayıtlardaki herhangi bir eksiklik kabul edilmezdir.
- Güvenli cerrahi kontrol listesi ve taraf formu yanlış taraf cerrahisi gibi direk tıbbi uygulama hatası sayılan durumlara düşmekten hekimi koruyan en önemli tıbbi kayıttır.

- Ameliyat notları "tedavi" aşamasının tıbbi standartlara uygunluğunu ortaya koyan ve bu aşamadaki istenmeyen durumlara karşı hekimi koruyan en önemli tıbbi kayıttır.

Çalışma şartları ve eğitimli destek personellerinin bu alandaki eksikliklere etkisi tartışılmazdır. Çalışmanın bu konuda yol gösterici ve aydınlatıcı olduğu kanaatindeyim.

8. KAYNAKLAR

1. Sonmez MM Kanunları Bilmemek mazeret Sayılmaz. Acta Orthop Traumatol Turc 2012;(46)(3):I-VIII.

2. Yorulmaz AC. İstanbul Tabip Odasına yansıyan hekim hatası iddiası bulunan olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2005.

3. Ries MD, Bertino JS Jr, Nafziger AN. Distribution of orthopaedic surgeons, lawyers, and malpractice claims in New York. Clin Orthop Relat Res 1997;(337):256-60.

4. Bovbjerg, RR, Tancredi LR. Liability reform should make patients safer: " oidable classes of events" are a key improvement. J Law Med Ethics 2005 33(3): 478-500.

5. Kohn LT , Corrigan JM, and Donaldson MS, eds., To Err Is Human: Building a Safer Health System, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000; 34-37.

6. Akbaba M, Davutoğlu V. Sağlık ve Hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı? Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44(7):609-616 doi: 10.5543/tkda.2016.69302

7. Tumer AR. 1995-2000 yılları arasında Yuksek Sağlık Şura'sına gelen ortopedi vakalarının değerlendirilmesi. Artroplasti Artroskopik Cerrahi 2003;14:182-7.

8. Sonmez MM, Seckin MF, Sen B, Birgen N, Ertan A, Ozturk I. A review of malpractice claims concerning orthopedic applications submitted to the Council of Forensic Medicine Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica. 2009;43(4):351-58.

9. Aşçıoğlu Ç. "Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar, doktorların, devletin ve özel hastanelerin sorumluluğu (cezai ve hukuki)". 1. Baskı (1993).

10. Özdilek, A.O. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin Hukuki Sorumluluğu, İstanbul. 2006. http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300.htm (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

11. Karakaya İ. Tıbbi Dokümantasyonun Sağlık Kurumları Açısından Önemi Ve Bir Uygulama: Kamu Ve Özel Hastane Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutumlari. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Arel Üniversitesi 2018.

12. Doğan, N. Sağlık Kuruluşlarında Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

13. Esatoğlu, A.E, Artukoğlu, A. Tıbbi Dokümantasyon Tarihi Ve Tıbbi Dokümantasyon İle İlgili Meslekleşmenin Gelişimi: Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı, Cilt 1, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2000.

14. TSE https://statik.tse.org.tr/upload/tr/dosya/icerikyonetimi/7888/20112017152214-2.pdf. (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

15. Özbabalık, D. Tıbbi Dokümantasyon, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. 2012.

16. Sümbüloğlu, K. Akdağ, B. Hasta Dosyalarına Bilimsel Yaklaşım, 1. Baskı, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Yayınları. 2010.

17. Alpgiray Söylemez, M. Hasta Kayıtlarının Deontoloji Disiplini Yaklaşımına Göre Değerlendirilmesi, Sinop Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı,1. Baskı, Sinop: Sinop Üniversitesi Yayınları. 2013.

18. Sürer, E. Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanması, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir : Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2015.

19. Işık, O. Akbolat, M. Bilgi Teknolojileri Ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma: Bilgi Dünyası 2010;11(2) 365-89.

20. Top, M. Gider, Ö, Ünalan, D. Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin İncelenmesi, Dergi Park Akademik, 2010; 21, (66) 233-249.

21. Sunay, Y. M. Tıbbi Kayıtların Düzenlenmesi Ve Saklanmasında Görülen Eksiklikler Ve Hukuki Sonuçları, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 2006;2 (50): 20–7.

22. Şenocak Z. "Hekimin Hukuki sorumluluğunun Özel Sorunları: Tıbbi Standartlar ve İspat". Sağlık Hukuku Kurultayı Ankara 2008.

23. Ayan M. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991.

24. Hancı H Malpraktis, Tıbbi Girisimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Ankara 2002,

25. Top M. Gider Ö Taş Y. Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara neden olan faktörlere ilişkin değerlendirmeleri: Kocaeli ilinden bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2008; 11, (2) 161-200.

26. Top, M. Gider, Ö, Ünalan, D. Hastane Sektöründe İş Performansını Etkileyen Örgütsel Değişkenlerin İncelenmesi, Dergi Park Akademik, 2010; 21,(66) 233-49 .

27. Sümbüloğlu, K. Akdağ, B. Hasta Dosyalarına Bilimsel Yaklaşım, 1. Baskı, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Yayınları 2010.

28. T.C. Sağlık Bakanlığı, SHKS-Hastane Seti (Versiyon 4). https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3582,ek1shkshastaneversiyon4pdf.pdf?0. (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

29. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, 2007:24. https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisiklerle-beraber.html. (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

30. Garcia, A.; Revere, L.; Sharath, S.; Kougias, P. Implications of Clinical Documentation (In) Accuracy: A Pilot Study Among General Surgery Residents. Hosp. Top., 2017, 95(2), 27-31.

31. Türk Tabipler Birliği (TTB) Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, 2013:2). http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=983:onam&catid=26:etik&Itemid=65. (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

32. Özbabalık, D. Tıbbi Dokümantasyon, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. 2012.

33. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi Ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirme Projesi. 2008.

34. Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tibbi Cihazlar Yönetmeliği Resmi Gazete. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110607-2.htm (Erişim Tarihi: 20.08.2019).

35. Sonmez MM, Seckin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Oztürk I. A review of malpractice claims concerning orthopedic applications submitted to the Council of Forensic Medicine. Acta Orthop Traumatol Turc. 2009;43:351–358.

36. Gültaç AS, Balçık PY. Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları. Sakarya Tıp Derg 2018;8(2):193-204.

37. Agadayi E, Kucuk EO, Alsancak AD, Cakmak SG, Kahveci R. Retrospective analysis of electronic medical records of Syrian immigrants admitted to a training and research hospital in Turkey. Turk J Clin Lab 2018; 4: 307-312.

38. Kaplan A, Köksal A . (2017). Türkiye'de Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Eğitiminin İncelenmesi, Mesleki Uygulamalar. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi , 16 (2) , 63-68 . DOI: 10.1501/Ashd_0000000131.

39. Burstin HR, Johnson WG, Lipsitz SR, Brennan TA. Do the poor sue more? A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status. *JAMA.* 1993;270:1697–1701.

40. Matsen FA 3rd, Stephens L, Jette JL, Warme WJ, Posner KL. Lessons regarding the safety of orthopaedic patient care: an analysis of four hundred and sixty-four closed malpractice claims. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95:2201–208.

41. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. ACU Sağlık Bil Derg 2011;2:119–25.

42. Gillett GR. Informed consent and moral integrity. J Med Ethics 1989;15:117–23.

43. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Malpractice and preventing methods. İst Tıp Fak Derg 2005;68:123–7.

44. Carvalho, P.A., Göttems, L.B.D., Pires, M.R.G.M., Oliveira, M.L.C.D. Safety culture in the operatingroom of a public hospital in the perception of health care professionals. Revistalatino-Americana de Enfermagem 2015, 23:6, 1041-1048.

45. Kapıkıran G., Bülbüloğlu S., Aslan FE. Patient safety, patient safety culture, medical errors and adverse events in the operating room. Journal of health and Nursing Management 2018;5(2):132-140.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Mehmet Mesut Sönmez

Doğum Tarihi:1973

İletişim Bilgileri:

Adres:

Tel:

email:

Öğrenim Durumu:

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Yüksek Lisans	Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	1998
Tıpta Uzmanlık	Ortopedi ve Travmatoloji	Bezmi Alem Valde Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2006
Doçentlik	Ortopedi ve Travmatoloji	Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2017
Ön Lisans	Sağlık İşletmeleri Yöneticiliği	İstanbul Üniversitesi	2017

Tıpta Uzmanlık Tezi Başlığı (özeti ekte) ve Danışman(lar)ı:

Ponseti Yöntemi ile tedavi edilen olguların uzun dönem klinik ve radyolojik sonuçlarının değerlendirilmesi

Danışman: Doç. Dr. Ayhan Nedim Kara

Başarılı Olduğu Yeterlilik Sınavları:

SINAV	**Yıl**
Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi (TOTEK) Yeterlilik Sınavı	2007

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	**Yıl**
Uzmanlık Öğrencisi Doktor	Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi Göğüs Cerrahisi Kliniği	2000-2002
Uzmanlık Öğrencisi Doktor	Bezmi Alem Valde Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2002-2006
Op. Dr.	Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2006-2007
Op. Dr.	Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2007-2008

Tabip Asteğmen	Gümüşsuyu Asker Hastanesi	2008-2009
Op. Dr.	Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2009-
Doç. Dr	Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği	2017
Başhekim Yardımcısı	Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi	2018-2019
Başhekim	Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019 sürüyor
Uzman	Adli Tıp Kurumu	2017 sürüyor

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği **(TOTBİD)**

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği **(TOTDER)**

Türk Ortopedi ve Travmatoloji Eğitim Konseyi **(TOTEK)**

AO Alumni Association **(AO)**

AOSpine Membership.**(AOSPINE INTERNATIONAL)**

Ödüller:

2008 – 5. TÜRK OMUZ ve DİRSEK CERRAHİSİ KONGRESİ' En iyi poster ödülü CZ Esenyel, K.Öztürk, S. Kahraman, M. Demirhan, M. Sönmez, M, Esenyel, B. Senel. Anterior Gleno

2013 - 'OSTEOSYNTHESE INTERNATIONAL 2013' En iyi poster ödülü: E. Erturer, M. Sonmez, F. Seckin, A. Seker, M. Tezer, I. Ozturk "Radiological outcomes of intramedullary hip nail osteosynthesis of the geriatric population"

ESERLER

A- Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

A1- CZ. Esenyel, O. Adanır, **M.M. Sönmez**, A.N. Kara. Omuzun tekrarlayıcı instabilitesinin tedavisinde Bankart tamiri ve kapsül plikasyonunun sonuçları. Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi. 2005:16(3);181-187.

A2- CZ. Esenyel, M. Demirhan, M Esenyel, **M.M Sonmez**, S Kahraman, B Şenel, T Özdes. Comparison of Four Different Intra-articular Injection Sites in the Knee: A Cadaver Study, Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007 May;15(5):573-7.

A3- K. Özturk, CZ Esenyel, **M.M. Sönmez**, M. Esenyel, S. Kahraman, B. Şenel. Comparison of Carpal Tunnel Injection Techniques: A Cadaver Study Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2008;42(6):300-4.

A4- CZ. Esenyel, K Özturk, M. Demirhan, **M.M. Sönmez**, S. Kahraman, M. Esenyel, M.U. Özbaydar, B. Şenel. Accuracy of Anterior Glenohumeral Injections: A Cadaver Study. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Mar;130(3):297-300. Epub 2009 Jan 13.

A5- M.M. Sönmez, M.F. Seçkin, B. Şen, N Birgen, A. Ertan, İ. Öztürk. A Review of Malpractice Claims Concerning Orthopedic Applications Submitted to the Council of Forensic Medicine, Acta Orthop Traumatol Turc. 2009 Aug-Oct;43(4):351-8.

A6- S.Akman, **M.M.Sonmez**, F.Seckin, R.E.Erturer, I.Ozturk. Osteoid osteoma of the coronoid process causing flexion contracture of the elbow. Acta Orthop Traumatol Turc. 2009 Aug-Oct;43(4):373-5. DOI:10.3944/AOTT.2009.373

A7- S.Akman,**M. M.Sonmez**, R.E.Erturer, M.F.Seckin, A.Kara, I.Ozturk. The results of surgical treatment for posttraumatic heterotopic ossification and ankylosis of the elbow. Acta Orthop Traumatol Turc. 2010;44(3):206-11. DOI:10.3944/AOTT.2010.2441

A8- R.E.Erturer, C.Sever, **M.M.Sonmez**, I.B.Ozcelik, S.Akman, I. Ozturk. Results of open reduction and plate osteosynthesis in comminuted fracture of the olecranon. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Mar;20(3):449-54. DOI:10.1016/j.jse.2010.11.023

A9- R.E.Erturer, A.Cinar, **M.M.Sonmez**, A.Kara, IB.Ozcelik, I.Ozturk. Implementation of locking compression plate together with intramedullary fibular graft in atrophic type humeral nonunions. Eur J Orthop Surg Traumatol. Published online: 01 Nov 2011. DOI: 10.1007/s00590-011-0900-0.

A10- E.Erturer, **MM.Sonmez**, S.Sari, F.Seckin, A.Kara, I.Ozturk. Intramedullary Osteosynthesis with Profin Nail in Geriatric Instable Intertrochanteric Hip Fractures. Acta Orthop Traumatol Turc. 2012; 46(2): 107-12. DOI:10.3944/AOTT.2012.2501.

A11- I.Oztürk, E.Ertürer, **MM.Sönmez**, S.Sarı, A.Şeker, MF.Seçkin. Early mobilization with customized TLSO brace in thoracolumbar burst fractures. Acta Orthop Traumatol Turc. 2012;46(5):373-8.

A12- A Seker, A Kara, MF Seckin, **M.M. Sonmez**, R.E.Erturer, I Ozturk. Bilateral İntertrochanteric And Femoral Diaphyseal Fractures With Unilateral Proximal Tibial Fracture: A Case Report And Review Of The Literature. Int J Surg Case Rep. 2014;5(8):509-12.

A13- B.E. Kılınç, A. Kara, **M.M. Sönmez**, Y. Öç, S. Çamur. Isolated Carpal Dislocation of the Trapezium. Ser J Exp Clin Res 2015; 16 (1): 51-54.

A14- H. Bayraktar, Ş. Ekinci, F. Özçelik, **M.M. Sönmez**, C. Tamam. Comparison of conservative and surgical treatment methods in patients with meniscopathy. Arch Clin Exp Surg 2015; X:X-X. doi: 10.5455/aces.20150920025832.

A15- Sönmez M.M. Camur S. Erturer E. Ugurlar M. Kara A. Ozturk I. Strategies for Proximal Femoral Nailing of Unstable Intertrochanteric Fractures: Lateral Decubitus Position or Traction Table. 2017 Jan 27. doi: 10.5435/JAAOSD1500691.

A16- Sönmez M.M. Armagan R. Ugurlar M. Eren T. Allografts versus Equine Xenografts in Calcaneal Fracture Repair. The Journalof Foot &Ankle Surgery. http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2017.01.015.

A17- Sönmez M.M. Gulabi D. Ugurlar M. Uzun M Sarban S. Seker A. Minimal invasive fixation of distal tibial fractures does not result in rotational malalignment: A report of 24 cases with CT imaging. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. Baskıdaki Makaleler: UTD59153 | DOI: 10.5505/tjtes.2016.59153

A18- Sönmez M.M. Yılmaz F Oc Y. Erturer RE Seckin MF. Kılınc BE. Ozturk I. Evaluation of the Superior Gluteal Nerve During Proximal Femoral Nailing DOI: 10.4328/JCAM.4824.

A19- Ugurlar **M. Sönmez M.M.** Armagan R. Eren OT. Comparison of two different vacuum-assisted closure (VAC) treatments of multiple chronic diabetic foot wounds in the same extremity http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2016.05.314

A20- Kara A. Celik H. Seker A. Uzun M **Sönmez M.M.** Erdil M. Procedural outcomes of double vs. single fluoroscopy for fixing intertrochanteric femur fractures. Arch Orthop Trauma Surg DOI:0.1007/s00402-016-2473-1

A21- Seker A. Kara A. Camur S Malkoc M **Sönmez M.M.** Mahirogulları M.

Comparison of mortality rates and functional results after transtibial and transfemoral amputations due to diabetes in elderly patients-a retrospective study. International Journal of Surgery 33 (2016) 78-82 http://dx.doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.07.063

A22- Kahraman S., Ceylan HH., **Sonmez MM.,** Kara AN. The ANK nail treatment of lateral malleolar fractures with syndesmosis injury: Clinical outcomes at 10 years of follow-up. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, January 2019, Vol. 25, No.1 75-79.

A23- Talmaç MA., Görgel MA., Armagan R., **Sönmez MM.,** Özdemir HM. Examining implant superiority in the treatment of simple pertrochanteric fractures of the proximal femur in elderly patients. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2019;25(4):410-416 DOI: 10.14744/tjtes.2019.21270.

A24- Uğurlar M., **Sönmez MM**, Uğurlar ÖY., Adıyeke L., Yıldırım H., Eren OT. Effectiveness of Four Different Treatment Modalities in the Treatment of Chronic Plantar Fasciitis During a 36-Month Follow-Up Period: A Randomized Controlled Trial. The Journal of Foot and Ankle Surgery 2018,(57);5, 913-918.

B- Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler:

B1- S. Ayanoğlu, M. Bülbül, **M.M. Sönmez**, A. Bursalı. Treatment of neurogenic clubfoot with Ponseti method. Fourth International Clubfoot Congress, Istanbul, September 2005. Oral Presentation.

B2- S. Ayanoğlu, M. Bülbül, **M.M. Sönmez**, A. Bursalı. Results of myelodysplasia clubfoot treatment with Ponseti method. European Pediatric Orthopaedic Society Meeting, Dresden April 2006 p:13. Oral Presentation.

B3- E.Erturer, S.Seckin, **M**. **M. Sonmez**, S.Akman, M.Tezer, I.Ozturk. Radiological and functional evaluation of throcolumbar burst fractures treated with TLSO. 8th International Congress on Spinal Surgery, İzmir, October 2008, pp:09. Poster Presentation.

B4- E. Erturer, F. Seckin, A. Seker, **M.M. Sonmez**, A. Kara, I. Ozturk. Treatment of middle third fracture of clavicle with locking plate. Osteosynthese International 2013 – 14 February / Injury, Int. J. Care Injured 44S2 (2013) S1-S5. Poster Presentation.

B5- E. Erturer, **M.M. Sonmez**, F. Seckin, A. Seker, M. Tezer, I. Ozturk. Radiological outcomes of intramedullary hip nail osteosynthesis of the geriatric population. Osteosynthese International 2013 – Poster Sessions / Injury, Int. J. Care Injured 44S2 (2013) S37-S41.

B6- M.M. Sonmez, S. Camur, M.F. Seçkin, A. Kara, İ. Öztürk. Treatment strategies for proximal femoral nailing of unstable intertrochanteric fractures; reduction on the traction table or lateral decubitis position without traction table. A prospective randomized trial. EFORT(2013) S1-S5. Oral Presentation.

B7- A. Kara, H. Çelik, M. Uzun, **M.M. Sönmez,** İ. Öztürk, A. Şeker. Evaluation of radiological and functional outcomes of perilunate fracture dislocation. EFORT(2013) Poster Presentation.

C- Yazılan uluslararası/ulusal kitaplar veya kitaplarda bölümler:

C1- Ortopedik Cerrahide Master Teknikleri-Kırıklar; Güneş Tıp Kitapevleri-2011, ISBN: 978-975-277-351-6. Klavikula Kırıkları: Açık Redüksiyon İnternal Tespit.

C2- Omuz ve Dirsek Artroskopisi; Bayçınar Tıbbi Yayıncılık-2012, ISBN- 978-605-88789-1-4. Bölüm 1: Artroskopik Subakromiyal Dekompresyon.

C3- Ortopedik Cerrahi Ameliyat Teknikleri; Güneş Tıp Kitapevi-2015, SSBN:978752775695 .Konu 3: Yetişkin Rekonstruksiyon, Kısım I: Kalça Rekonstruksiyon. 1. Sementli Total Kalça Protezi 744-755.

C4- Ortopedik Cerrahi Ameliyat Teknikleri; Güneş Tıp Kitapevi-2015, SSBN:978752775695 .Konu 3: Yetişkin Rekonstruksiyon, Kısım I: Kalça Rekonstruksiyon. 2. Sementsiz Total Kalça Protezi 756-762.

C5- Ortopedik Cerrahi Ameliyat Teknikleri; Güneş Tıp Kitapevi-2015, SSBN:978752775695 .Konu 3: Yetişkin Rekonstruksiyon, Kısım I: Kalça Rekonstruksiyon. 3. Yüzey Değiştirlmesi 763-782.

C6- Ortopedik Cerrahi Ameliyat Teknikleri; Güneş Tıp Kitapevi-2015, SSBN:978752775695 .Konu 3: Yetişkin Rekonstruksiyon, Kısım I: Kalça Rekonstruksiyon. 4. Kalçanın Hemiartroplastisi 783-797

D- Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler:

D1- M.M. Sönmez, Öztürk K, Esenyel C.Z., Adanır O., Kara A.N. "Uzun Kemik Kırıklarında Kullanılan Şişirilebilir İntramedüller Çivinin (Fixation Intramedullary Nail) Klinik Ve Radyolojik Sonuçları'' Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi, Cilt 4, No 1, 14-17, 2006.

D2- K. Öztürk, CZ Esenyel, B Demir, **M.M Sönmez**, AN Kara. Occult Scapholunate Ganglion in Patients With Dorsoradial Wrist Pain Acta Orthop Traumatol Turc. 2007 Nov-Dec;41(5):349-54.

D3- K. Öztürk, CZ. Esenyel, M. Bülbül, S. Ayanoğlu, C.D. Büyükkurt, **M.M. Sönmez**. Dirsek Seviyesinde Ulnar Sinir Kompresyonuna Yol Açan Basit Ganglion Kisti Olgu Sunumu. Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi, Cilt 7, 94-6, 2009.

D4- Ş. Ekinci, M.F. Ceylan, C. Tamam, T. Özdemir, F. Duygun, **M.M. Sönmez**. Ilizarov Yöntemi ile Tedavi Edilen Tibia Plato Kırıklı Hastaların Erken Dönem Sonuçları. Van Tıp Dergisi: 18 (4):181-184, 2011.

D5- İ. Öztürk, **M.M. Sönmez.** Subakut Osteomiyelit TOTBİD Dergisi 2011;10(3): 210-215.

D6- M.M. Sönmez. Kanunları Bilmemek Mazeret Sayılmaz. Acta Orthop Traumatol Turc. Cilt 46, Sayı 3 I-VIII (2012).

D7- A. Kara, **M.M. Sönmez**, A. Şeker, R.E. Ertürer, İ. Öztürk. Karpal Tünel Sendromu Tedavisinde Mini Açık Cerrahi Gevşetme Ameliyatının Sonuçları, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, Cilt: 46, Sayı: 2, 2012.

D8- M.F. Seçkin, A. Kara, H. Çelik, **M.M. Sönmez**, İ. Öztürk. Nadir görülen bir omuz ağrısı nedeni: Spinoglenoid çentikte ganglion kisti. Ş.E.EA.H Tıp Bülteni 2013; 47(3): 151-153.

D9- S. Çamur, B.E. Kılınç, **M.M. Sönmez,** H. Çelik, Y. Öç. Osteoporotik Kalça Kırıklarının Maliyet Analizi. Turk J Osteoporos 2015;21: 118-21.

D10- H. Yıldırım, **M.M. Sönmez,** M. Uğurlar. The Mid-Term Clinical Results of Cases with Hip Prosthesis Under the Age of 55. Ş.E.EA.H Tıp Bülteni. DOİ: 10.5350/SEMB.20160207081857.

D11- M.M. Sönmez, A. Berk, M. Uğurlar, R.E. Ertürer, Ş. Akman, İ. Öztürk. Total diz protezi uygulanan hastaların orta dönem klinik ve radyolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. Ş.E.EA.H Tıp Bülteni. DOİ: 10.5350/SEMB.20160207085687.

D12- M.M. Sönmez, M. Uğurlar, Ö. Uğurlar, A. Keleş, OT. Eren. Zor doğum sonrası simfizis pubis diastazı: olgu sunumu. Ş.E.EA.H Tıp Bülteni. DOİ: 10.5350/SEMB.20160207081487.

D13- M. Ugurlar, F. Kabakas, **M.M. Sönmez**, RE. Ertürer, B. Mersa, İB. Özçelik. The Plate fixation in the treatment of complex forearm open fractures. Hand and Microsurgery. Epub 2016. DOİ:10.5455/handmicrosurg.163944

D14- M. Bankaoğlu, Ö. Uğurlar, M. Ugurlar, **M.M. Sönmez,** OT. Eren. Intra-articular lipoma of the knee joint located in the posterior compartment: A rare location. Epub 2016. DOİ:10.14744/nci.2016.03016

D15- M. Uğurlar, **M.M. Sönmez**, Ö. Uğurlar, A. Sarı, OT. Eren. Tam Kat Rotator Manset Yırtıklarında Artroskopik Yardımlı Onarım: 5 Yıllık Takipte Fonksiyonel ve Radyolojik Sonuçlar. Dicle Medical Journal .

D16- MA Talmaç, M. Kanar, **MM. Sönmez,** H Özdemir, F. Dırvar, Y. Tenekecioğlu. The Results of Core Decompression Treatment in Avascular Necrosis of the Femoral Head. SETB. 2018; 52(4): 249-253 | DOI: 10.14744/SEMB.2018.47135.