

# Hasta Dosya Notlarının Tamlığına İlişkin Bir Değerlendirme: Retrospektif Dosya Taraması Ne Ölçüde Yapılabilir?

## AN AUDIT ON THE COMPLETENESS OF THE PATIENT RECORDS: MAY RETROSPECTIVE STUDIES BE DONE?

Dr. İskender SAYEK\*, Dr.Argun AKÇAKANAT\*\*, Dr.Fatih AĞALAR\*\*

(\*) Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA

(\*\*) Süleyman Demirel Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ISPARTA

### ÖZET

**Amaç:** Tersiyer bir referans hastanesi genel cerrahi anabilim dalında ameliyat edilmiş hastaların dosyalarının retrospektif çalışmalara uygunluğunun ortaya konmasıdır.

**Durum değerlendirmesi:** Retrospektif çalışmalar prospektif çalışmalara yol göstermesi bakımından önemlidir. Bir retrospektif çalışmanın yapılabilirliği dosya notlarının doğruluğuna ve tamlığına bağlıdır. Hasta notlarının kaydedilmesi konusunda hekimin anlayışı çok önemlidir.

**Yöntem:** Bu çalışma 1 Ocak 1992 ve 31 Mayıs 1992 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda ameliyat edilen hastalara ait 200 adet dosyada yapılmıştır. İlk beş dosya arasında randomize olarak seçilen birinci dosyadan sonra, onu takip eden beşinci dosyalar çalışmaya alınmıştır. Bulunamayan dosyanın yerine sonraki beşinci dosya çalışmaya alınmıştır. Değerlendirme sırasında; öykü, özgeçmiş, soygeçmiş, fizik muayene, rutin ve ileri tetkik sonuçları, ameliyat bilgileri, ameliyat öncesi ve sonrası servis takip notları, epikriz ve taburculuk sonrası takip notları incelenmiştir. Rutin tetkikler dışındaki gereksiz tetkik sonuçları değerlendirme dışı bırakılmıştır.

**Çıkarımlar:** Standart anamnez 164 (%82) ve fizik muayene 186 (%93) dosyada tamdır. Tam kan sayımı %98'inde (n:196) ve biyokimya %96'ünde (n:192), EKG %67.5'inde (n:135) vardır. Direkt radyolojik tetkik sonucu %70'inde (n:131) bulunmuştur ancak ileri tetkik sonuçlarında bu oran düşmektedir. Ameliyat notları %79.5 (n:159), yatış sırasında takip notları %50.5'inde (n:101) vardır. Standartlara uygun bir epikriz %64.5 (n:129), taburculuk sonrası tedavinin gidişleriyle ilgili bilgi %18'inde (n:36) vardır.

**Sonuç:** Asistanların gerekli şekilde dosya hazırlamaya özendirilmeleri gereklidir. Kıdemli asistanlar da yapılan araştırmalara dahil edilmelidir. Sürekli bir denetimle aksamalar vakit kaybetmeden bulunup düzeltilmelidir. Sorumlu öğretim elemanları aralıklarla dosyaları kontrol etmeli ve dosyalar taburculuk anında eksiksiz bir şekilde hazırlanmış olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Retrospektif çalışma, asistan eğitimi, hastane kayıtları

### SUMMARY

The completeness of patients' records in a department of general surgery of a tertiary referral hospital was evaluated to understand whether the retrospective studies could be performed without any data loss. Retrospective studies raise questions for further research and the quality of the patient records determines the success of the study. This study was conducted on hospital records of 200 patients who were treated between January 1<sup>st</sup>, 1992 and May 31<sup>st</sup>, 1992 at the Hacettepe University School of Medicine Department of General Surgery. The first patient file was selected randomly between the first five files. The consequent fifth files were included in the study. In case of missing files, the consequent fifth file was noted. Present and past medical history, family history, physical examination, laboratory results, operative records, pre- and postoperative progress records, discharge summary and follow-up records were evaluated. Laboratory results that were not required in treatment of the patients were not included in the evaluation process.



Eighty two percent (n:164) of present medical history and 93% (n:186) of physical examination records were found to be complete. Of the laboratory results; 98% (n:192) of complete blood count, 96% (n:196) of serological studies and 67.5% (n:135) of ECG were recorded. Operative notes in 79.5% (n:159), postoperative progress notes in 50.5% (n:101), discharge summaries in 64.5% (n:129) and follow-up records in 18% (n:36) of the patients' files were written in a standard format. Patients' records must be written carefully by the residents. Junior residents should take place in clinical studies so that they should understand the importance of keeping records. Continuous monitorisation by the staff is needed to improve the performance of the residents.

**Key words:** Retrospective study, resident training, hospital records

Hasta dosyaları eğitim hastanelerinde asistanlar tarafından doldurulmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda veri tabanı olarak kullanılacak bu kayıtların yeterli ve doğru olmaları çok önemlidir. Günümüzde ameliyat notları ve epikrizler genellikle bilgisayarla yazılmaktadır. Böylece yapılan ameliyat ve hastanın tedavisiyle ilgili önemli noktaları daha sonra değerlendirmek mümkün olmaktadır. Literatürdeki çalışmalar daha çok bu aşamaları yani ameliyat veya epikriz notlarını değerlendirmeye yöneliktir (1, 2). Oysa yeri geldiğinde bir rektal tuşe dahi son derece yol göstericidir.

Ülkemizde tam deneysel klinik çalışma kabul edilen prospektif randomize çalışmaları gerçekleştirilebilir pek kolay değildir. Bu tür çalışmalar pahalıdır. Başlatılması, yürütülmesi ve sonuçlandırılması aşamasında pek çok teknik zorlukları vardır. Ayrıca genel cerrahi pratiğinde bu tür çalışmaların yapılması bazı etik sıkıntılar nedeniyle daha da zordur.

Retrospektif çalışmalar bir hipotez içermekle birlikte prospektif çalışmalara yol göstermesi bakımından önemlidirler. Bir retrospektif çalışmanın yapılabilirliği dosya notlarının doğruluğuna ve tamlığına bağlıdır. Dosya notlarının tam olması veri eksikliğine bağlı dosya kayıplarını engeller. Ülkemizde tıp pratiğinde hasta dosyası arşiv sistemindeki sorunlara ek olarak hasta notlarının kaydedilmesi konusunda da biraz umursamaz bir hekim anlayışı olduğunu düşünüyoruz.

Bu nedenle bir metropol şehrinde, 3. derece referans hastanesinin dosya notlarının kalitesi araştırılmıştır.

## AMAÇ

Bu çalışmanın amacı tersiyer bir referans hastanesi genel cerrahi anabilim dalında ameliyat edilmiş hastaların dosyalarının retrospektif çalışmalara uygunluğunun ortaya konmasıdır.

## HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışma 1 Ocak 1992 ve 31 Mayıs 1992 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda ameliyat edilen hastalara ait 200 adet dosyada yapılmıştır. İlk beş dosya arasında randomize olarak seçilen birinci dosyadan sonra, onu takip eden beşinci dosyalar çalışmaya alınmıştır. Bulunamayan dosya değerlendirme dışı bırakılmış ve sonraki beşinci dosya değerlendirilmiştir. Dosya numaraları anabilim dalının bilgisayar kayıtlarından sağlanmıştır. Dördüncü yıl asistanları ellerinde bulunan standart formlara ameliyat edilen hastanın dosya numarası, adı ve soyadı, demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, adres), preoperatif ve postoperatif hastalık tanıları ve kodları, yapılan ameliyat ve kodu ile ameliyat ekibinin ad ve soyadlarının baş harflerini yazmaktadır. Beşinci yıl asistanı tarafından denetlenen haftalık listeler her pazartesi günü dördüncü yıl asistanları tarafından bilgisayardaki veri tabanına dahil edilmektedirler. Bu amaçla "dbase III PLUSÖ version 1.0 IBM/MSDOS (Ashton-Tate)" veri tabanı programı kullanılmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı hastanede taburcu olmuş hastanın dosyasında sırasıyla servis notları, laboratuvar sonuç kağıtları, hemşire gözlem kağıtları, ilaç ve sarf malzemelere ait formlar ve en sonda epikriz formu bulunmaktadır. Her biri için ayrı formatta kağıtlar kullanılmaktadır.

## Değerlendirme sırasında;

- \* Öykü, özgeçmiş, soygeçmiş,
- \* Fizik muayene (genel ve hastalığa özel-lokal),
- \* Ameliyat öncesi rutin laboratuvar tetkik sonuçları (idrar, tam kan sayımı, biyokimya, elektrokar-diogram (EKG), akciğer grafisi),
- \* Daha ileri tetkik sonuçları (direkt radyo-



lojik tetkikler, kontrastlı grafiler, ultrasonografi, tomografi, sintigrafi, endoskopi, biopsi),

- \* Ameliyat bilgileri (preoperatif not, ameliyat notu),
- \* Ameliyat öncesi ve sonrası servis takip notları,
- \* Epikriz ve taburculuk sonrası takip notları, incelenmiştir.

Parametrelerden tetkiklerle ilgili olan kısımda, tetkik yapıldığına ilişkin dosyada not olmasına rağmen tetkik sonucunun bulunup bulunmadığına bakılmıştır. Mevcut hastalık için tanı ve tedavide gereksiz olan tetkikler değerlendirme dışı bırakılmıştır.

## BULGULAR

**Öykü:** Standart anamnez bilgileri 164 (%82) dosyada, özgeçmiş bilgileri 183 (%91.5) dosyada ve soygeçmiş bilgileri 163 (%81.5) dosyada tamdır.

**Fizik muayene:** Sistemik muayeneyle ilgili bilgilerin 186 (%93) dosyada tam olduğu saptanmıştır. Klinikte rutin kabul edilen rektal tuşeyle ilgili bilgilere dosyaların %66.5'inde (n:133) rastlanmamıştır. Lokal muayeneyle ilgili bilgiler, lokal muayene gereken (kolelitiazisi olanlardaki karın muayenesi gibi) 98 dosyanın %84.6'sında (n:83) tamdır. Yatış anındaki değerlendirme sonrası olası ön tanımlar 175 (%87.5) dosyada vardır.

**Laboratuvar tetkikleri:** İdrar tetkikiyle ilgili bilgi dosyaların %64.5'inde (n:129) vardır. Tam kan sayımı dosyaların yalnızca %2'inde (n:4) ve biyokimya %4'ünde (n:8), EKG %32.5'inde (n:65) bulunamamıştır. Direkt radyolojik tetkik yapıldığı halde tetkikin sonucuyla ilgili bilgiye dosyaların %70'inde (n:131), kontrastlı tetkik sonucuna %78'inde (n:28) rastlanmıştır. Dosyalarda ileri tetkik sonuçları incelendiğinde, ultrasonografi %91'inde (n:106), tomografi %60'ında (n:15), sintigrafi %12'inde (n:4), endoskopi %73'ünde (n:19) ve biyopsi %73'ünde (n:38) bulunmuştur.

**Ameliyat bilgileri:** Ameliyat öncesi hastanın durumunu özetleyen preoperatif not %37.5 (n:75), ameliyatın kapsamını açıklayan ameliyat notları %79.5 (n:159) dosyada eksiksiz olarak vardır.

**Hastanın yatışı sırasındaki takibine ait bilgiler:** Dosyaların sadece %50.5'inde (n:101) uygun takip notları vardır.

**Epikriz:** Standartlara uygun bir epikriz %64.5 (n:129) hastanın dosyasında vardır, %13 (n:26)

dosyada yoktur, %14'ünde (n:28) standartlara uygun değildir, %8.5'inde (n:17) gerekli olmadığından (yatışı 24 saatten az süren veya poliklinikten gelerek yatış yapılmadan ameliyat edilen hastalar) yazılmamıştır.

**Taburculuk sonrası hastanın takibi:** Dosyaların sadece %18'inde (n:36) tedavinin gidişiyile ilgili bilgi vardır, %62.5'inde (n:125) yoktur. Yüzde 19.5'inde (n:39) yapılan ameliyatın cinsi nedeniyle takip notu gerekli değildir.

## TARTIŞMA

Öykü alma, hastanın öz ve soygeçmişine ait sağlık problemlerinin saptanması tıp öğrencisi hastayla yüzyüze geldiği andan itibaren öğretilmektedir. Ancak hastaların hikayelerinin %20'si optimal değildir. Fizik muayeneye daha fazla önem veriliyor gibi görünse de genel cerrahi servisinde yapılacak muayenenin mutlak bir parçası olan rektal tuşe hastaların %66.5'ine yapılmamıştır. Şüphesiz 25 yaşın altında ve gastrointestinal sistem bulgusu olmayan hastaların da dahil edilmesi bu oranı etkilemiştir.

Ameliyat öncesinde tam kan sayımı ve biyokimya test sonuçları Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı öğretim elemanları tarafından değerlendirilmektedir. Akciğer grafisi ve EKG dosyada yazan şekliyle değil ameliyat sorumluluğunu paylaşan hekim tarafından okunarak değerlendirildiği için bu rutin tetkiklerin dosya kayıtlarının olmaması çalışma programını aksatmamaktadır. Genel cerrahi için bazen bir akciğer grafisi kadar sıklıkla istenilen abdominal ultrasonografi sonuçları özellikle acil isteklerde doğrudan dosyaya kaydedilmektedir. Ancak elektif şartlarda yapılan ultrasonografi, tomografi ve sintigrafi sonuçları ilgili anabilim dalı sekreterlikleri tarafından kendi formlarına yazılmaktadır. Bu nedenle çoğunlukla zaten dosyada bulunan sonuçlar laboratuvar kağıtlarına yazılmamaktadır. Endoskopi ve biopsi sonuçlarının kaydedilmesi için %73'lük bir oran bulunmuştur.

Preoperatif notlar kıdemli asistanın hastaya hakim olmasını sağlamak amacıyla istenmektedir. Ayrıca bu not hastanın ameliyat öncesi tam olarak bir kez daha değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Ancak bu oranın %37.5 olması düşüktür. Ameliyat notları için sadece kıdemli asistanı sorumlu tutmak doğru değildir. Özellikle tekniğin ve anatominin karışık olduğu girişimlerde kıdemli asistanın hatta ameliyatı yapan cerrahın mutlaka yardımcı olması gereklidir. Örneğin bir mastektomi tanımlanırken sadece



insizyonun şekli değil, cilt insizyonunun başladığı nokta, fleplerin hazırlanışı sırasında koter veya keskin diseksiyon yapıldığı belirtilmelidir. Ameliyat notlarının %79.5'i eksiksiz bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Türkiye'deki diğer hastanelerde hastaların taburculukları sonrasındaki takiplere olan devamsızlıkları yapılan tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesinde sorun yaratmaktadır. Eğer çok spesifik çalışma grupları tanımlanmamışsa, genellikle takip ancak kanser hastaları için mümkün olmakta, hekimin tedavisinin sonuçlarını beğenmeyen bir hasta başka bir merkezde çözüm aramaktadır. Bu sadece Türkiye'nin sorunu değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde cerrahların bildirdikleri kişisel rekürren inguinal herni olguları arasındaki tutarsızlık vurgulanmaktadır (3).

Klinik seyire fazla önem verilmemektedir. Günlük izlem notları sadece %50.5 dosyada vardır. İzlem notlarının içeriklerini denetlenmesi zordur. Özellikle retrospektif yapılacak klinik çalışmalar açısından bu notlar önemlidir.

Taburculuk anında yazılan 3-4 satırlık hastanın yatış nedeni, yapılan tedavi ve taburculuk sonrasındaki önerileri içeren bir taburcu notu resmi işlemlerin tamamlanması ve hastanın ayrılabilmesi için yeterlidir. Epikriz formu standart gibi görünmekle beraber hastanın adı, soyadı, dosya numarası, yatış ve çıkış tarihlerini içermektedir. Geri kalan bilgiler sayfanın boş bırakılmış kısmına yazılmaktadır. Sorumlu asistanın yıllık izinden veya tamamıyla ilişğini kesmesinden önce arşive epikriz formlarını teslim etmesi gereklidir. Bir çok yerde uygulanan taburculuk anında hastaya epikrizin bir örneğinin verilmesi bu klinikte uygulanmamaktadır. Üstelik kimi zaman sayıları bir kaç yüzü bulan ve aylardır biriken epikrizler bazen izişi öncesi bir kaç günde tamamlanmaktadır. Yazarken aylar öncesine ait ayrıntılar unutulabilir. Hiç bir şekilde denetlenmeleri mümkün değildir. Oysa önerilen epikrizin hastayı bilen bir hekim tarafından yazılması ve sorumlu konsültan tarafından denetlenmesidir (2). Hastanın taburculuğu sırasında mutlaka epikriz yazmaya zorlamak bazen ekibi ameliyattayken aynı anda 3-4 yerde bulunması gereken kıdemli asistanı uygun olmayan bir epikriz yazmaya zorlayacak ve yine denetlenmesini olanaksız kılacaktır. Bu şekilde bir an önce evine gitmek isteyen hasta bekletilecek, kimi zaman internler asistanın sorumluluğunu üstlenerek epikriz yazacaklardır. Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda kullanılan, epikrizlerin teyp kasedine okunarak

kayıt edilmesi ve sonrasında bir tıbbi sekreter tarafından yazılması asistanın zaman kaybını azaltacaktır. Ancak denetleme aşamasının iyi işlemesi için mutlaka öğretim elemanının uygun olduğu zamanda epikrizi okuması sağlanmalıdır.

Son aşama olan taburculuk sonrası kontrol-lerse ayrı bir sorun oluşturmaktadır. Hastalar çoğu zaman arşiden dosyalarını çıkartarak polikliniğe başvurak yerine sürpriz bir şekilde serviste kendileriyle yatışları sırasında ilgilenen doktoru bulma eğilimindedirler. Bu klinikte mevcut 4 grup aynı poliklinik odasını kullanmakta ve haftada birer gün poliklinik hizmeti vermektedirler (4). Beşinci güne eğitim için ayrılmıştır. Gruplar sadece kendi hastalarını takip ettiklerinden taburculuk sonrası takip gerektiren sorunlar - örneğin yara infeksiyonu gibi - genellikle serviste çözülmektedir. Bu da herhangi bir kayıt olmadan bazen haftalar süren bir takip ve tedavi anlamına gelmektedir.

Çalışmanın yapıldığı klinikte dosya notları 1. ve 2. yıl asistanları tarafından yazılmakta ve kıdemli asistanlar tarafından denetlenmektedir. Gece 24:00'den sonra hastanın son 24 saatine ait bilgiler dosyaya girilmektedir. Devamlı bakım ünitesindeyse gerekli durumlarda yapılan her girişim ilk uygun zamanda kaydedilmektedir. Asistan eğitiminde ilk 2 yıl servis işlerini ve yatan hastalara gerekli şekilde yaklaşılmasını öğrenerek geçmektedir. Cerrahiye ait temel konular öğrenilmekte ancak teknik ve stratejiyle ilgili konular daha sonraki yıllarda ağırlık kazanmaktadır. Haftada bazen 110-120 saatlerini hastanede çalışarak geçiren genel cerrahi asistanlarının iş yükü hemen her meslek dalına hatta diğer bir çok tıpta uzmanlık dalına göre çok ağırdır. Günün nöbetle devam eden bu eğitim sırasında, cerrahi araştırma metodolojisini bu konuda sınırlı bilgisi olan ve teorik bilgisini henüz ağırlıklı makaleler yerine referans kitaplardan alan kıdemli asistana kavratmak çok kolay olmamaktadır. Daha sonra belki kendi adına hiç bir yarar sağlamayacak olan dosya notları kimi zaman günlük çalışmada gereksiz görünmektedir.

Araştırma metodolojisini henüz bilmeyen ve günlük işlerin arasında yaptığı işi birazda can sıkıcı bulan kıdemli asistan dosya düzeni için gerekli önemi göstermemektedir. Sistemin düzeltilmesi için asistanlar gerektiği gibi bilgilendirilmeli ve denetlenmelidir. Çalışma sırasında ortaya çıkan beklenmedik bir bulgu da mevcut dosya numaralarının bir kısmının ilgisiz hastalara ait olduklarıdır. Klinikte her hafta



çarşamba günü yapılan haftalık ameliyatların tartışıldığı toplantıda sunulan liste yine anabilim dalında kullanılan bilgisayaradaki veri tabanından alınan çıktıyla hazırlanmaktadır. Toplantıda liste üzerinde dosya numaralarının olmaması hoş karşılanmamaktadır. Az da olsa kimi zaman poliklinik üzerinden gelen ve kıdemli asistan tarafından takip edilemeyen hastalar için yanlış dosya numaralarını yazıldığı kanısına varılmıştır. Bu hastaların dosyalarına ulaşmak mümkün değildir.

Retrospektif çalışmaların temelinin dosya kayıtları oluşturmaktadır. Geçmişe dönük çalışmalar genellikle hastaların özgeçmişlerinden çıkabilecek ip uçları veya prospektif çalışmaların planlamasında kullanılırlar. Dosya bilgilerindeki eksiklikler çalışmaya alınan dosya sayısında azalmaya neden olacaktır. İstatistiksel hesaplamalar bu nedenle hatalı sonuç verebilir. Bu çalışmada değerlendirilen epikriz ya da ameliyat öncesinde yazılan notların niteliği veya varlığı gelecekte yapılacak çalışmalar için bir engel oluşturmamaktadır. Bir bütün olarak dosya bilgileri değerlendirildiğinde ortaya çıkacak sonucu görmek amacıyla normal koşullarda klinik retrospektif çalışmalara alınandan daha fazla parametre değerlendirmede kullanılmıştır.

## SONUÇ

Hastaların ve yapılacak çalışmaların sağlığı için asistanların gerekli şekilde dosya hazırlamaya

özendirilmeleri gereklidir. Kıdemli asistanlar da yapılan araştırmalara dahil edilmelidir. Sürekli bir denetimle aksamalar vakit kaybetmeden bulunup düzeltilmelidir. Sorumlu öğretim elemanları aralıklarla dosyaları kontrol etmeli ve dosyalar taburculuk anında eksiksiz bir şekilde hazırlanmış olmalıdır.

Retrospektif çalışmaların yapılabilişliliği tamamıyla geçmişte tutulan kayıtların kalitesine bağlıdır. Mevcut şekilde bir çok değerli bilgi kaybolmaktadır. Denetim ve özendirmeye bu soruna bir çözüm getirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Dunn DC, Dale RF. Combined computer generated discharge documents and surgical audit. *BMJ* 1986; 292:816-8.
2. Macaulay EM, Cooper GC, Engeset J, Naylor AR. Prospective audit of discharge summary errors. *Br J Surg* 1996; 83:788-790.
3. Lichtenstein IL, Shulman AC, Amid PK. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 1993; 73(3):529-544.
4. Akçakanat A, Ağalar F, Sayek İ. Cerrahi kliniklerinde bilgisayar kullanımı, eğitim toplantıları ve önemi. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1996; 10(4):196-199.

## YAZIŞMA ADRESİ:

Dr. Argun AKÇAKANAT  
P.K.12, 32000 ISPARTA