

# Birinci basamakta eksik hasta kayıtları: Kesitsel bir çalışma

## Inadequate health records in primary care: a cross-sectional study

Tamer Edirne<sup>1</sup>, Gürol Zırhloğlu<sup>2</sup>

### Özet

**Amaç:** Birinci basamakta hasta kayıtlarını incelemek ve hekimlerin eksik veriler hakkındaki düşüncelerini araştırmak.

**Yöntem:** Bir Orta Anadolu ilindeki 10 sağlık ocağının 2004 yılı Aralık ayındaki bir günlük kayıtları incelenerek 2039 hastanın verileri değerlendirildi. Kayıtları tutan 34 pratisyen hekim ile yüz yüze görüşülerek, eksik kayıtların, hastalara etkileri hakkındaki düşünceleri bir soru formu ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların %51,3'ünün (n=1045) tanısı kaydedilmemişti. Muayenelerin %31,5'inin (n=642) nasıl sonlandığı belirsizdi. Hekimlerin %91,2'si (n=31) eksik verilerin araştırılmasının muayene süresini uzattığına inanıyordu. Hekimlerin %82,4'ü (n=28), eksik verilerin hasta sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşünüyordu. Aynı şekilde, hekimlerin %94,1'i (n=32) tedavinin bu yüzden gecikebileceğine inanıyordu. Eksik kayıt tutulmasına neden olarak hasta yoğunluğu ve elle kayıt tutmanın zaman alması gösterildi. Hekimler arasında hasta kayıtlarının kimler tarafından tutulacağı konusunda belirsizlik olduğu saptandı.

**Sonuç:** Birinci basamakta muayene olan hastaların kayıtları eksik tutulmaktadır. Hekimler hasta kayıtlarının eksik tutulmasının muayene süresinin uzamasına, hastaların sağlığının bozulmasına ve tedavilerinin gecikmesine yol açabileceğine inanmaktadırlar. Hasta kayıtlarının tutulmasından kimlerin sorumlu olduğu belirlenmemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Hasta kayıt, birinci basamak, aile hekimliği, sağlık ocağı.

### Summary

**Objective:** To assess health records in primary health care settings and to obtain the opinions of primary care physicians about missing data.

**Methods:** Health records of 2039 patients were investigated in ten primary health care centers in Central Anatolia region during a work day in December 2004. A face to face questionnaire about the effects of missing information on patients' health was completed by 34 primary care physicians working in these centers.

**Results:** Diagnosis was missing in 1045 (51.3%) patients and outcome was missing in 642 (31.5%) patients. Thirty one physicians (91.2%) noted that, missing information resulted in longer visit durations. Missing information was believed to be at least somewhat likely to adversely affect patients (82.4%) and to potentially result in delayed care (94.1%). Reasons for incomplete recording were shown as high numbers of patient visits and manual recording. Physicians were not sure about who is primarily responsible for health recording.

**Conclusions:** Patient data are incomplete in health records in primary care. Physicians believe that missing information may result in longer visit times and delayed care and can adversely affect patient health. Responsibility for patient records must be determined in detail.

**Key words:** Health records, primary care, family medicine, health center.

Hasta bilgilerinin (öykü, kullandığı ilaçlar, test sonuçları ve aile yapısı v.d.) eksiksiz ve doğru tutulmaması, hasta sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmekte,<sup>1,2</sup> eksik bilgilerin yeniden sorgulanması, araştırılması muayene süresinin uzamasına ve maliyet artışına yol açabilmektedir.<sup>3</sup>

Eksik veriler özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında ilaç etkileşimlerine, gecikmiş veya yanlış tanı konmasına, aşuların atlanmasına, gereksiz testlere ve bunların olumsuz sonuçlarına yol açmaktadır.<sup>4-8</sup> Hastaların müracaat ettiği ilk sağlık kurumu olan sağlık ocaklarında muayenenin yanı sıra bağışıklama, gebe ve çocuk takibi,

<sup>1</sup>) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Van

<sup>2</sup>) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Meslek Yüksek Okulu Biyoistatistik Bölümü, Yard. Doç. Dr., Van

aile planlaması ve eğitim hizmetleri de verilir. Bu hizmetlerle ilgili kayıtların güvenilirliği sık sık tartışılmaktadır. Özellikle, hasta sayısı çok olan sağlık ocaklarında muayene kayıt işlemleri aksayabilmektedir. Bu çalışma hangi kayıtların eksik tutulduğunu göstermek ve hastaların sağlığı üzerindeki etkilerini tahmin etmek için tasarlanmış ve yürütülmüştür.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, bir Orta Anadolu ilindeki 43 sağlık ocağından kura ile rasgele seçilen beşi merkezi, beşi kırsal, on sağlık ocağı alındı. Sağlık ocakları ilk beşi kentsel ve son beşi kırsal olmak üzere kura ile sıralandı. Seçilen sağlık ocaklarına ayrı günlerde gidildi, mesai sonunda hekimlerle yüz yüze görüşülerek soru formu uygulandı, "Hasta Kayıt Defterleri" incelendi. Evet-hayır, beşli Likert tipi, açık uçlu iki soru içeren ve toplam on sorudan oluşan soru formu ile kayıt defterlerinin sonuçları Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programında analiz edildi.

## Bulgular

Hastaların özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Hasta kayıt defterlerinde, 2039 hastanın, eksiksiz tek maddesi "sıra no" idi (**Tablo 2**). 210 kayıta (%10.3) muayene tarihi eksik ya da okunamayacak şekilde yazılmıştı. Hastanın adı, soyadı %96.9, cinsiyeti %97.8 ve yaşı %98.5 oranında tam ve okunaklı kaydedilmişti. Hastaların %22.3'ünün (n=455) geldiği yer boş bırakılmış ya da okunaksız yazılmıştı. Kayıtların %51.3'ünde (n=1045) tanı yoktu. Hastaların %31.5'inin (n=642) muayene sonucu eksikti (**Tablo 2**).

**Tablo 1. Hastaların özellikleri**

Özellikler	Sayı (toplamda %) (n = 2039)	
	Yaş, yıl	
≤17	722	(35.4)
18-39	543	(26.6)
40-64	639	(31.4)
≥65	135	(6.6)
Cins		
Erkek	1050	(51.5)
Kadın	989	(48.5)
Sağlık Ocağına ilk gelişi		
Evet	234	(11.5)
Hayır	1805	(88.5)
Okur-yazar		
Evet	1956	(95.9)
Hayır	83	(4.1)

34 hekim soru formunu doldurdu (**Tablo 3**): 12'sine göre (%35.3) kesinlikle, 16'sına göre (%47.1) genellikle, eksik veriler hasta sağlığını olumsuz yönde etkiliyordu. Aynı şekilde, 12'sine göre (%35.2) kesinlikle, 20'sine göre (%58.8) genellikle, bu yüzden tedavi gecikiyordu. 31'ine göre (%91.2) eksik veriler, muayene süresini uzatı-

**Tablo 2. Hasta kayıt defterlerindeki eksik verilerin dağılımı**

Sağlık Ocakları	Muayene tarihi % (n)		Adı soyadı % (n)		Cinsiyeti % (n)		Yaşı % (n)		Geldiği yer % (n)		Teşhis % (n)		Muayene sonucu % (n)	
1 Nolu (n=572)	11.5	(66)	3.1	(18)	2.3	(13)	1.6	(9)	22.9	(131)	52.6	(301)	31.3	(179)
2 Nolu (n=296)	9.4	(27)	2.4	(7)	2.0	(6)	1.4	(4)	22.3	(66)	50.3	(149)	31.4	(93)
3 Nolu (n=153)	13.1	(20)	3.9	(6)	2.6	(4)	2.0	(3)	20.9	(32)	53.6	(82)	30.1	(46)
4 Nolu (n=391)	11.5	(45)	3.3	(13)	2.3	(9)	1.5	(6)	24.0	(94)	52.9	(207)	31.7	(124)
5 Nolu (n=202)	9.4	(19)	3.0	(6)	2.0	(4)	1.5	(3)	21.3	(43)	52.5	(106)	31.7	(64)
6 Nolu (n=50)	12.0	(6)	6.0	(3)	4.0	(2)	2.0	(1)	24.0	(12)	50.0	(25)	36.0	(18)
7 Nolu (n=71)	14.1	(10)	1.4	(1)	1.4	(1)	1.4	(1)	25.4	(18)	57.7	(41)	29.6	(21)
8 Nolu (n=51)	0		3.9	(2)	2.0	(1)	0		13.7	(7)	35.3	(18)	33.3	(17)
9 Nolu (n=81)	11	(9)	4.9	(4)	3.7	(3)	1.2	(1)	22.2	(18)	49.4	(40)	32.1	(26)
10 Nolu (n=172)	4.7	(8)	2.3	(4)	1.7	(3)	1.2	(2)	19.8	(34)	44.2	(76)	31.4	(54)
Toplam (n=2039)	10.3	(210)	3.1	(64)	2.2	(46)	1.5	(30)	22.3	(455)	51.3	(1045)	31.5	(642)

**Tablo 3.** Hekimlerin eksik verilere bağlı sonuçlarla ilgili düşünceleri

	Kesinlikle doğru % (n)		Genellikle doğru % (n)		Bilmiyorum % (n)		Genellikle yanlış % (n)		Kesinlikle yanlış % (n)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Eksik veriler hasta sağlığını tehdit eder	35.3	(12)	47.1	(16)	11.8	(4)	5.8	(2)	0	
Eksik veriler tedaviyi geciktirir	35.3	(12)	58.8	(20)	5.8	(2)	0		0	
Eksik veriler muayene süresinin uzamasına yol açar	58.8	(20)	32.4	(11)	8.8	(3)	0		0	
Eksik veriler hasta-hekim iletişimini aksatır	32.4	(11)	55.9	(19)	8.8	(3)	2.9	(1)	0	
Kayıtlarımızda eksik yok	14.7	(5)	52.9	(18)	26.5	(9)	5.8	(2)	0	

yor, 30'una göre (%88.3), hasta ile iletişimi aksatıyordu. Çalıştığı kurumun kayıtlarında eksiklik bulunmadığını düşünen hekim sayısı ise 23'tü; (%67.6) (Tablo 3).

Eksik verileri tamamlamak için harcanması gereken ortalama süreyi 3 hekim (%8.8) 1-5 dakika, 11 hekim (%32.4) 5-10 dakika, 16 hekim (%47.1) 10-15 dakika, 3 hekim (%8.8) 15-20 dakika ve bir hekim (%2.9) 20 dakikadan fazla olarak tahmin etti; (Tablo 4). 25 hekimin (%73.5) elektronik sağlık kaydı hakkında bilgisi vardı, 22'si (%64.7) elektronik kaydı tercih edebilecekti.

Hasta kayıt defterlerinin tümü poliklinik odalarında idi. 10 sağlık ocağında da (%100) verileri deftere hemşire ya da ebe işliyordu.

Hekimler, kayıtlarını neden kendilerinin tutmadığı sorusuna, en çok; hasta sayısının çokluğu, görevleri arasında bulunmaması ve elle kayıt tutmanın zaman alması cevaplarını verdiler.

Hekim başına düşen ortalama hasta muayenesi sayısı, kent sağlık ocaklarında 70 (1610 muayene/23 hekim), kır sağlık ocaklarında ise 39'du (425 muayene/11 hekim). Sağlık ocaklarındaki poliklinik hizmeti bilgileri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Hekim başına düşen ortalama muayene sayısı 60/gün'dü (Tablo 5). Eksik kayıt açısından ortalama muayene sayısı düşük ve yüksek olanlar ya da, kırsal ve kentsel sağlık ocakları arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 6) ( $p>0.05$ ).

## Tartışma

Sağlık ocaklarında "Hasta Kayıt Defteri" poliklinik odasında idi ve verileri, deftere hekim olmayan sağlık personeli işliyordu. Defterlerdeki tanı ve muayene so-

nuçları, araştırdığımız on sağlık ocağında da eksikti. Buna karşılık, hekimlerin yarıdan fazlası kayıtlarında eksiklik bulunmadığına inanıyorlardı. Hekimler, eksik kayıtların muayeneyi uzattığını, iletişimi bozduğunu, tedaviyi geciktirdiğini ve hasta sağlığına zarar verebileceğini düşünüyorlardı. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada, yedi görüşmenin birinde önemli bir bilginin (laboratuvar sonucu, konsültasyon mektubu veya radyoloji raporu) eksik olduğu ve bu görüşmelerin %60'ında tedavinin geciktiği veya hizmetlerin tekrarlandığı saptanmıştır.<sup>3</sup> Çalışmamıza katılan hekimler, kayıt defterindeki eksik bilgilerin tamamlanması için yaklaşık 5 ila 15 dakika ek zaman gerektiğini tahmin ettiler. Smith ve arkadaşları, hekimlerin, muayenelerin %20'sinde, eksik bilgileri tamamlamak için 5 dakikadan fazla zaman harcadıklarını saptadılar.<sup>3</sup> Çalışmamızda da, eksik bilgiler nedeniyle hasta muayene süresinin uzadığına ve hasta ile iletişimin bozulduğuna inanan hekim sayısı yüksekti.

Literatürde, kırsal kesimdeki hekimlerin kentlerdekilere oranla daha az eksik veri bildirdiği ileri sürülüyor, buna neden olarak, daha basit sağlık sistemleri ve daha az hekim ve hasta bulunması gösteriliyordu.<sup>9-11</sup> Biz, kayıt ek-

**Tablo 4.** Hekimlerin eksik verileri tamamlamak için gerekecek ortalama süre ile ilgili tahminleri

Süre	(%)	n
1-5 dakika	8.8	(3)
5-10 dakika	32.4	(11)
10-15 dakika	47.1	(16)
15-20 dakika	8.8	(3)
>20 dakika	2.9	(1)

**Tablo 5. Araştırma günü sağlık ocağı verileri ve hekimlerin ortalama muayene sayıları**

Sağlık Ocakları	SO nüfusu (yıl ortası)	Hekim sayısı	Muayene sayısı/gün	Hekim başı ortalama muayene sayısı/gün
1 Nolu SO	37432	6	572	95
2 Nolu SO	19007	4	296	74
3 Nolu SO	6985	4	153	38
4 Nolu SO	38173	5	391	78
5 Nolu SO	14870	6	202	50
6 Nolu SO	4438	2	50	25
7 Nolu SO	2209	2	71	35
8 Nolu SO	2329	2	51	25
9 Nolu SO	17626	3	81	27
10 Nolu SO	3760	2	172	86
<b>Toplam</b>	<b>146829</b>	<b>34</b>	<b>2039</b>	<b>60</b>

siklikleri açısından, kır ve kent sağlık ocakları arasında fark bulamadık. Aynı şekilde, hasta sayısı ile eksik kayıt tutma arasında da ilişki saptayamadık. Hasta kayıtları, ortalama hasta sayısına bakılmaksızın, kırsal ve kentsel, tüm sağlık ocaklarında önemli ölçüde eksik girilmişti. İncelediğimiz sağlık ocaklarının tümünde kayıt elle tutuluyor ve matbu kayıt defteri kullanılıyordu. Bu yüzden, elektronik hasta kaydı (EHK) ile elle hasta kaydını karşılaştıramadık.

Ortalama muayene sayısı düşük olan sağlık ocaklarında kayıtların eksik tutulmasının nedenlerini saptamak için yeni çalışmalar yapılmalıdır. Kayıtların hekim olmayan sağlık personeli tarafından tutulması ve hekimlerin kayıt tutmayı kendi görevleri saymaması bir neden olabilir. İngilizce ve Türkçe literatürde, bununla ilgili herhangi bir çalışma bulamadık. T.C. Resmi Gazete'nin 25867. sayısında "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, İkinci Bölüm, Madde 5" kayıt tutma görevini aile sağlığı elemanına vermiştir.<sup>12</sup> Hasta kayıtlarının girilmesi, saklanması ve paylaşılmasından kimlerin sorumlu olduğu gelişmiş ülkelerde kanunlarla ayrıntılı olarak belirlenmiştir.<sup>13</sup>

Ülkemizde sağlık ocaklarının kayıtları standart (matbu) "Kayıt Defterleri"ne elle işlenmektedir. Bunlardan biri, DMO Stok No. 715.106 olan "Hasta Kayıt Defteri"dir; sıra no, muayene tarihi, cinsiyet, yaş, geldiği yer, tanı ve muayene sonucu ile ilgili bilgileri içerir. Bu defterde geliş şikâyeti, öykü, fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarına yer verilmemiştir: Bu bilgiler muayenede so-

rusla bile, kayıt altına alınmamaktadır. Çalışmamıza katılan hekimlerin elektronik kayıt hakkında bilgileri vardı, çoğu, bu yöntemi uygulamaya hazırdı. Elle kayıt tutmanın zaman aldığını ve bunun eksik kayıt tutmaya yol açabileceğini ifade ettiler.

Diğer ülkelerde de birinci basamakta hasta kayıtları eksik tutulmaktadır. Aile hekimliği ve elektronik kaydın yoğun olarak uygulandığı ABD'de küçük gruplar halinde çalışan aile hekimlerinin ortalama üç ayrı sigorta şirketine bağlı olmaları ve bazı bürolarda sayının ona çıkması<sup>14</sup>

**Tablo 6. Eksik veriler ile ortalama muayene sayılarının karşılaştırılması**

Süre	Tanı yok (%) n	Muayene sonucu yok (%) n	Ortalama muayene / hekim	p
1	52.6 (301)	31.3 (179)	95	>0.05
2	50.3 (149)	31.4 (124)	73	
3	53.6 (82)	30.1 (46)	38	
4	52.9 (207)	31.7 (124)	78	
5	52.5 (106)	31.7 (64)	50	
6*	50.0 (25)	36.0 (18)	25	
7*	57.7 (41)	29.6 (21)	35	
8*	35.3 (18)	33.3 (17)	25	
9*	49.4 (40)	32.1 (26)	27	
10*	44.2 (76)	31.4 (54)	86	

\*Kırsal sağlık ocağı

kayıtlardaki eksikliğin nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Bu sigorta şirketlerinin öngördüğü anlaşma kuralları, yapılan sevklerde ve testlerde çok sayıda uzman, laboratuvar, görüntüleme merkezi ve hastane ile iletişim kurulmasını gerektirmekte, veriler bu karmaşa içinde kaybolabilmektedir.

Ülkemizde sorun daha farklıdır: Basit teknolojiler kullanan birinci basamak sağlık hizmetlerinde insan faktörü ön plana çıkmakta, motivasyonu düşük olan sağlık çalışanları hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>15,16</sup> Çalışmamızda hekimlerin eksik kayıt tutma nedeni olarak en başta hasta yoğunluğunu göstermesi bunu desteklemektedir.

## Sonuç

Aksaklıkların düzelmesi için önce sorunun farkına varılması gerekir. Biz, çalışmamızda, birinci basamak hasta kayıtlarının eksik olduğunu, hekimlerin eksik verilerin hastalara zarar verebileceğini bildiklerini, ama kendi kayıtlarının eksiksiz olduklarına inandıklarını ortaya koyduk. Birinci basamakta eksik kayıtların önlenmesine yönelik araştırmalara ihtiyaç bulunduğunu paylaşmak istedik.

## Kaynaklar

1. Elder NC, Vonder Meulen M, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Ann Fam Med* 2004; 2: 125-9.
2. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138: 161-7.

3. Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C ve ark. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA* 2005; 293: 565-71.
4. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1999;170:411-5.
5. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320: 791-4.
6. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analyzing potential harm in Australian general practice: an incident monitoring study. *Med J Aust* 1998; 169: 73-6.
7. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J ve ark. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003; 348: 1556-64.
8. Lesar TS, Briceland L, Stein DS. Identification of medication prescribing errors. *JAMA* 1997; 277: 312-7.
9. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchild DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 626-31.
10. Poon EG, Haas JS, Louise Puopolo A ve ark. Communication factors in the follow-up of abnormal mammograms. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 316-23.
11. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ ve ark. ADE Prevention Study Group. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA* 1995; 274: 35-43.
12. T.C. Resmi Gazete. 06.07.2005: 25867. <http://rega.basbakanlik.gov.tr/#> adresinden 04.06.2008 tarihinde erişilmiştir.
13. The 2007 Florida Statutes. Title 32, Chapter 456; Ownership and control of patient records; report or copies of records to be furnished. [http://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App\\_mode=Display\\_Statute&Search\\_String=&URL=Ch0456/Sec057.HTM](http://www.leg.state.fl.us/Statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&Search_String=&URL=Ch0456/Sec057.HTM) adresinden 02.06.2008 tarihinde erişilmiştir.
14. Cherry D, Burt C, Woodwell D. National Ambulatory Medical Care Survey; 2001 Summary. *Adv Data* 2003; 337: 1-44.
15. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TAF Prev Med Bul* 2007; 6: 41-50.
16. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 68: 29-32.

Geliş tarihi: 17.06.2008

Kabul tarihi: 31.07.2008

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Tamer Edirne  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
65100, Van  
GSM: (0533) 727 64 06  
e-posta: tameredirne@yyu.edu.tr