

Güvenli Cerrahi

Prof. Dr. Bahadır Bülent GÜNGÖR

Ana Konular

- ▶ Güvenli Cerrahi Tanımı ve Zorunluluğu
- ▶ Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Hedefleri
- ▶ Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Bölümleri

GÜVENLİ CERRAHİ TANIMI VE ZORUNLULUĞU

Dünyada her yıl yaklaşık 234 milyon ameliyat yapılmaktadır. Her yıl on milyonlarca insan güvenliksiz tıbbi ve cerrahi uygulamalar nedeniyle sakatlık ve ölümlerle karşı karşıya kalmaktadır. Her 10 hastaneden birinde istenmeyen olay gerçekleşmekte, %14'ü kalıcı, %20'si geçici sakatlığa neden olmaktadır. Bunların %12'si ameliyat sırası ve sonrası süreçte ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan hataların %9.7'si cerrahi yapılacak tarafın yanlış seçilmesine bağlıdır. İngiltere'de yanlış taraf ve hasta kimliğinin doğru tanımlanamaması, cerrahi kliniklerinde görülen en sık hatalar olarak belirlenmiştir. Bunun en büyük nedeni olarak, ameliyathane ekip elemanları arasındaki iletişim eksikliği gösterilmiştir. Diğer nedenleri ise; preoperatif olarak hastanın eksik değerlendirilmesi, belirli yol ve yöntemleri takip etmeme ile yeterlilik-yetkinlik eksikliğidir. Bu morbidite ve mortalitelerin birçoğu önlenabilir durumlardır. Son 50 yılda cerrahi tedavinin ve teknolojilerin artarak daha kompleks hale gelmesi, cerrahi eğitim süreçlerinin zorlu olması nedeniyle komplikasyonların azaltılması bakımından güvenli cerrahi uygulamalarının geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Güvenli cerrahi; hastanın ameliyattan önceki hazırlık, ameliyat süresi ve ameliyat sonrası takip sürecindeki medikal ve cerrahi olumsuzluklara karşı

tedbirler almak ve bunları en aza indirmek olarak tanımlanır. Klinik, ameliyathane ve postoperatif bakım ünitesinin uyum ve işbirliği içinde çalışması ile mümkün olur. Cerrahi komplikasyonların yarısı “önce zarar verme” ilkesiyle hareket edildiğinde önlenilecek komplikasyonlardır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Akreditasyon Daire Başkanlığı bu konu ile ilgili olarak 2011'de şu bilgileri paylaşmıştır:

1. Cerrahi hastalarda morbidite oranı %3-25'dir.
2. Dünyada majör cerrahi sonrası mortalite %0.4-10'dir.
3. Gelişmiş ülkelerde önlenilebilir olumsuzlukların %50'si cerrahi kliniklerinde görülmekte ve güvenli cerrahi ile azaltılabilmektedir.
4. Dünyada anesteziye bağlı ölüm oranı 1/150'dir.
5. Profilaktik antibiyotik kullanımı, yara enfeksiyonu riskini % 50 azaltmaktadır.
6. Güvenli cerrahinin sağlanması için cerrahi bakım ve tedavi hizmetleri geliştirilmelidir.

Cerrahi hasta güvenliğini sağlamak için ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003-2004 arasında 2.257 hastanede Evrensel Protokol (Universal Protocol), 2007-2009 arasında Hollanda'da 16 hastanede Cerrahi Hastası Güvenlik Sistemi (Surgical Patient Safety System (SURPASS)) uygulanmıştır. Bu arada Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Hasta

Ameliyat Kesisinden Önce

Hasta anestezi alıp da ameliyata başlamadan hemen önce her bir ekip elemanı kendisini isim ve görevi ile tanıtır. Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip herkesin birbirini bildiğini basit şekilde teyit edilebilir. Cilt veya ameliyat kesisisi yapılmadan önce sesli olarak hastanın adı, taraf ve ameliyatın adı teyit edilir. Daha sonra ameliyat planlarının kritik unsurları, “Kontrol Listesi” sorularının rehberliğinde sözel olarak gözden geçirilir. Ayrıca önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagulan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği sözel olarak kontrol edilir.

Ameliyattan Çıkmadan Önce

Ameliyatın bitiminde ekip, gerçekleştirilmiş olan ameliyatı; gazlı bez, kompres ve cerrahi aletlerin sayımının tamamlanmasını ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini gözden geçirir. Aynı zamanda aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar da gözden geçirilir. Son olarak ekip, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili önemli detayları ve düşünceleri gözden geçirir. Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir.

Kontrol Listesi'nin özellikle 2., 3. ve 4. bölümlerinin başarılı olması için tek bir kişinin yönetiminde olması zorunludur. Kontrol Listesi'nin her adımının tamamlandığını teyit ettirecek bir tek kişinin görevlendirilmesi, ameliyatın bir sonraki aşamasına geçilirken hiçbir güvenlik adımının atlanmadığının garantilenmesi bakımından önemlidir.

Kaynaklar

Ogunlusi JD, Yusuf MB, Ogunsuylu PS, Wuraola OK, Babalola WO, Oluwadiya KS, Ajogbasile OO.(2017). Awareness and use of surgical checklist among theatre users at Ekiti State University Teaching Hospital, Ado-Ekiti, Nigeria. *Nigeria J Surg*,23(2):134-137.

Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al.(2008). An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *Lancet*,372:139-44.

The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. World Health Organization; 2008. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43874>. [Last accessed on 2017 Apr 08].

Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. (1992).The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*,126:66-75.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Implementation Manual Surgical Safety Checklist. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

Epiu I, Tindimwebwa JV, Mijumbi C, Ndarugirire F, Twagirumugabe T, Lugazia ER, et al. (2016). Working towards safer surgery in Africa; A survey of utilization of the WHO safe surgical checklist at the main referral hospitals in East Africa. *BMC Anesthesiol* ,16:60.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. (2009)Asurgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*, 360:491-9.

Defontes J, Surbida S.(2004). Preoperative safety briefing project. *Perm J*, 8:21-7.

Cray MT, Selmic LE, McConnell BM, Lamoureux LM, Duffy DJ, Harper TA, Philips H, Hague DW, Foss KD.(2018). Effect of implementation of a surgical safety checklist on perioperative and postoperative complications at an academic institution in North America. *Vet Surg*, 47(8):1052-1065.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi “Güvenli cerrahi hayat kurtarır”. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire başkanlığı, 2011.

Cheek DJ, Jones TS. (2009). Safe surgery initiative saves lives. *Nursing*,39(8):14-15.

T.C. Sağlık Bakanlığı Akreditasyon daire Başkanlığı, 2011 (a). Cerrahide bilinen 10 gerçek. Erişim: 10 01.2013, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=220>.

Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, et al. (2012). A systematic review of the effectiveness, compliance and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Annals of Surg*, 256(6):925-933.

Hannam JA, Glass L, won J, et al. (2014). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety list. *BMJ Qual Saf*,22(11):940-947.

Sewell M, Adedibe M, Jayakumar P, et al. (2010). Use of the WHO surgical checklist in trauma and orthopedic patients. *Int Orthopedics*,35(6):897-901.