

# Ameliyathanede Hemşire Kayıtları

Özlem Bilik

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Ameliyathane ortamında **hasta güvenliği** kavramı ve tıbbi hatalar uluslararası kabul görmüş kritik sorunlardan biridir. Etiyolojisinde çeşitli faktörler yer alsa da; bilginin paylaşılması ve ekibin durum hakkındaki farkındalığının olması, ameliyathanelerde etkili ekip çalışmasının sağlanması ve hasta güvenliği açısından son derece önemlidir. Bu noktada ameliyathane ortamında iletişimi geliştirmek için hemşire kayıtlarına odaklanılması gerekmektedir (Parush ve ark., 2011, Okaisu ve ark., 2014). Günümüzde dünya genelinde her gün binlerce ameliyat yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri, dünyada her yıl yaklaşık 234 milyon ameliyatın uygulandığını belirtmektedir. Gerçekleştirilen bu ameliyatlarda %0.4 ila %0.8'lik mortalite ve %3-16'lık komplikasyon oranlarına sahip olup, yılda bir milyon ölüme ve yaklaşık yedi milyon oranında çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır (Stelman ve Graling, 2013). Ameliyathaneler olağanüstü derecede karmaşık şekilde işleyen bir sistem özelliğine sahip ortamlardır. Bu karmaşıklık yalnızca hastanın özelliklerinden ve durumundan değil; kullanılan araç gereçlerin gelişmişlik düzeyinden, işlenmesi gereken oldukça fazla miktardaki bilgilerden, iletişimin ve ekip koordinasyonunun niteliğinden, planlanan ameliyatın acil olma durumundan, alınan kararların belirsizliğinden ve yapılan girişimlerden de etkilenmektedir. Bu karmaşık yapı, ameliyathanedeki aşırı iş yüküyle ve yorgunlukla birleştiğinde gerginlik oluşturmada, istenmeyen durumların yaşanmasını kolaylaştırmaktadır (Vincent ve ark., 2004). Ameliyatlardaki istenmeyen durumların sıklıkla basit insan hatalarına bağlı olduğu bildirilmiştir. Yanlış taraf, yanlış işlem ve yanlış hasta ameliyathanelerde en çok görülen insan hataları olup, bu hatalar önlenemez komplikasyonlara neden olmaktadır (Helmio ve ark., 2011). Tıbbi hataların yaygın olarak ameliyathane ortamında olduğu ve ameliyat olan hastaların %14.6'sının tıbbi hata yaşadığı belirtilmiştir (Henry ve ark., 2012; Griffin ve Classen, 2008). Cerrahi hastalarının tıbbi hataya maruz kalmaması için hasta güvenliği kapsamında geliştirilmesi gereken faktörlerden biri de iletişim olup, etkili iletişimin sağlanması ve sürdürülmesinde hemşire kayıtlarının önemi öne çıkmaktadır (Hergül, Özbayır ve Gök, 2016). Ameliyathanede görülen tıbbi hataların en temel nedenlerinden birinin çoğunlukla ekip içindeki etkisiz iletişim olduğu vurgulanmıştır (Awad ve ark., 2005, Helmio ve ark., 2011; Vincent ve ark., 2004). Etkili bir güvenlik kültürü oluşturabilmek için tüm sağlık çalışanlarının çalıştığı birimdeki ve diğer birimdeki çalışanlar ile etkili bir iletişim kurması son derece önemlidir (Azami-Aghdash ve ark., 2015; Singer ve ark., 2003).

Ülkemizde yapılan sistematik bir incelemede; ameliyathanelerdeki iletişim eksikliği hasta güvenliğini tehdit eden en önemli unsurlardan biri olarak gösterilmiştir (Hergül, Özbayır ve Gök, 2016). Ameliyathane ortamında iletişim özelliklerinin incelendiği bir çalışmada; elde edilen bulgular ameliyathanede görülen yetersizliklerden birinin bilgi akışındaki eksiklik ya da yanlışlık anlamında olan içerik yetersizliği olduğu saptanmıştır (Lingard ve ark., 2004). Ameliyathanede iletişim yetersizliklerinin incelendiği kalitatif araştırma sonuçları; cerrah ve anestezi uzmanları arasında görülen iletişim eksikliğinin en yaygın problem olduğunu, daha sonra sık karşılaşılan problemlerin ise hastanın klinikten ameliyathaneye ve ameliyathaneden derlenme ünitesine tesliminde gerçekleştiğini göstermiştir. Çalışma ortamı, protokollerin eksikliği ve bilgi transfer formlarının gelişmemiş olması diğer sorunlu alanları oluşturmaktadır. Katılımcılar iletişimdeki bu yetersizliklerin morbidite ve mortaliteyi arttırdığını belirtmiştir. Ayrıca sağlık çalışanları iletişim sürecine ilişkin standardizasyonun ve sistematik

yaklaşımın hasta güvenliğini geliştirmede temel olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle hasta güvenliğini geliştirmek için sorunlu olduğu iletilen alanlardan biri olan bilgi transfer formlarının doğru kaydedilmesi son derece önemlidir (Nagpal ve ark., 2012).

Dokümantasyon, profesyonel hemşirelik uygulamasının önemli bir işlevidir. Dünya çapında hemşirelik dokümantasyonunu geliştirme çabalarına rağmen, engelleri ve zorlukları araştıran hemşire yazarlar tarafından dokümantasyonun yetersiz olduğu raporlanmaya devam etmektedir (Okaisu ve ark., 2014). Oysa ki hastanın kliniğe kabulünden taburcu olana dek bakımın devamını sağlayan dokümantasyon, hemşirelik uygulamalarında her bir süreç için yapılmalı; tanışma, planlama, yürütme ve değerlendirme aşamalarını içermelidir (Özbayır, 2015). Ameliyathane hemşireleri, hastayı ameliyat sürecinin her aşamasında sürekli değerlendirme yapmaktadır. Hemşirelerin bakım planını doğrudan etkileyen değerlendirme sürekli olarak kaliteli bakım sağlanması için gereklidir. Bu nedenle hasta kayıtlarında hemşirelik değerlendirmesinin doğru şekilde iletilmesi ve etkin bir şekilde saklanması önemlidir (Okaisu ve ark., 2014).

Ülkemizde hemşirelik yönetmeliğinde de hasta güvenliği açısından kayıtların önemine dikkat çekilmiştir. Halen yürürlükte olan 25.02.1954 tarih ve 6283 sayılı "Hemşirelik Kanunu" geçerli olmakla birlikte, 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan düzenleme ile hemşirelik yönetmeliğinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu yönetmelikte ameliyathane hemşireliğinin görev tanımlarında kayıtların ne kadar önemli olduğu görülmektedir. Ameliyathanede steril (scrub) hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarından biri de işlem sonrası tüm aletleri, kompresleri ve tamponları dolaşıcı hemşire ile birlikte sayıp kaydetmesidir. Dolaşan (sirküle) hemşirenin görev tanımında ise kayıtlar "Dolaşan hemşire hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder" şeklinde yer alır. Dolaşan hemşire ayrıca cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlar (<https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>, Erişim: 01.11.2018). Kayıtlar, ameliyathanede perioperatif hemşirelik aktivitelerinin ve bakımının kaydını sağlamak, elde edilen hasta sonuçları ve beklenen hasta sonuçlarını karşılaştırmak açısından önemlidir. Kayıtların, her cerrahi uygulama ve invaziv girişim için tutulması gerekir (Özbayır, 2015).

## Ameliyathanede Kayıt Tutulmasının Yararları

- Kuruma, hastaya ve ameliyathane personeline maliyet, iş gücü ve yasal olarak çok önemli yararları vardır.
- Sağlık ekibi arasında iletişimi sağlar.
- Bakımın sürekliliğini ve gerekli bakımın yasal kaydını sağlar.
- Risk yönetimi hakkında bilgi verir.
- Var olan ile beklenen sonuçların karşılaştırılmasını sağlar.
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlar
- Kayıtlardaki her türlü bilgilerin geriye dönük bakılabilmesini sağlar. Örneğin her hangi bir cerrahi alan enfeksiyonu gelişti ise kayıtlar değerlendirilmektedir (Duclos-Miller 2016; Özbayır, 2015).

## Bir Tıbbi Belgenin Dokümantasyonu İçin Temel Prensipler

1. Tıbbi kayıt tam ve okunaklı olmalıdır.
2. Her bir hasta için hastaneye geliş nedeni, öyküsü, fizik muayene bulguları, tanısal testlerin sonuçları, değerlendirmeler, klinik izlem ve tanı, bakım planı tarihiyle okunur olarak kaydedilmelidir.
3. Eğer yazılmadıysa ön tanı ve tanılar en kısa zamanda eklenmelidir.

4. Geçmiş ve karşılaşma anındaki anılar tedavi eden ve konsültan hekim tarafından ulaşılabilir olmalıdır.
5. Hastanın risk faktörleri doğru tanımlanmalıdır.
6. Hastalığın seyri, hastanın tedaviye verdiği yanıt ve değişiklikleri, varsa tanıdaki değişiklikler kaydedilmelidir.
7. ICD-10 kodları hastanın sigorta hakkı ve fatura tutarını belgelendirmek için yazılmalıdır (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital, 2010; Özbayır, 2015).

## Kayıtlar Nasıl Tutulmalı?

Ameliyathanede kayıtlar hem manuel hem de bilgisayar ortamında yapılmalıdır. Kayıtlar manuel olarak yapılıyorsa; okunabilir olmasına, karalanmamış olmasına, üzerine etiket yapıştırılmamış olmasına, tarih bulunmasına ve sorumlu olan personelin adının ve imzasının açık bir şekilde yazılmasına dikkat edilmelidir (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathanede En Sık Kullanılan Dökümanlar

Dökümantasyon; bir organizasyon, kurum veya kuruluşun işlemleri ve yasal sorumlulukları sonucunda oluşan, ortamına ve biçimine bakılmaksızın kayıtlı bilgi taşıyan her türlü aracı ifade eder. Türk Standartları Enstitüsü dökümantasyonu; hastanın hastalığını tarif eden, periyodik gelişme notları dahil olmak üzere hastanın bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen teşhis, tedavi faaliyetlerinin organize edilmiş raporu olarak tanımlamıştır. Ameliyathanede en sık kullanılan dökümanlara hasta dosyası, röntgen filmleri, hasta onam formları, anestezi protokolleri, ameliyathane protokol formları, tampon ve malzeme sayım formları, ameliyathane personel çalışma listesi, ameliyathanede kullanılacak malzeme listesi ve ameliyathane kayıt defteri örnek verilebilir (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathane protokol formu

Ameliyathane protokol formunda hastanın adı-soyadı, doğum tarihi, adresi, başvuru numarası, kliniği, ameliyat tarihi ve salonu, cerrahi ekibin adı-soyadı, ameliyatın başlama ve bitiş saatleri, enstrümante ve dolaşıcı hemşirenin nöbet devri saatleri, pozisyon ve anestezi şekli, kullanılacak implantın, kan ürünlerinin ve özel metaryelin kod numarası, ameliyat sonrası cerrah tarafından doldurulacak ameliyat bilgileri, dren tipi, verilen kan ve sıvı miktarı, cerrahın, enstrümante ve dolaşıcı hemşirenin imzaları bulunmalıdır (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathane personel çalışma listesi

Ameliyathane gibi stresli ve yoğun çalışma gerektiren birimlerde günlük çalışma saatleri sekiz saati aşmamalıdır. Büyük ameliyathanelerde iş yükünü hafifletmek amacıyla icapçı nöbetleri ve ara mesailer konulabilir. Çalışma listeleri haftalık veya aylık olarak hazırlanabilir (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathanede kullanılacak malzeme listesi

Ameliyathane odalarında, ameliyat sırasında hasta için kullanılan malzemeler anestezi ekibi ve dolaşıcı hemşire tarafından işaretlenerek kaydedilir. Ameliyat sonrası bu belgeler ameliyathane tıbbi sekreteri tarafından bilgisayara kaydedilir. İki nüsha olan bu belgeler ameliyathane arşivine ve hasta dosyasına konur (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathane kayıt defteri

Ameliyathane kayıt defterinde sıra numarası, hastanın adı ve soyadı, ameliyatın başlangıç ve bitiş saati, ameliyatın adı ve kodu, ekip üyeleri, anestezi tipi ve kurumu gibi bilgileri içerir (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Nöbet defteri

Nöbet tutan hemşirenin adı ve soyadı, tarih, nöbet saatleri ve nöbet sırasında gelişen sorunlar ve acil vakaların kaydı tutulur (Özbayır, 2015; Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016).

## Ameliyathane elektronik kayıt sistemi

Elektronik kayıtların önemi AORN'un standartlarında periooperatif hemşirenin rollerinden biri olarak belirtilmiş ve "Periooperatif hasta bakımını verimli ve güvenli bir şekilde sağlamak için elektronik bilgi sistemlerinin kullanımını teşvik eder" şeklinde yer almıştır (AORN, 2015). Elektronik kayıtlar, ameliyathane hasta güvenliğinin sağlanmasında ve hemşirelerin hasta sonuçlarına olan katkısının görünür olmasında önemli bir uygulamadır. Elektronik hasta kayıtları yapısal, denetimli ve kodlu bir hemşirelik dilidir. Klinik dökümantasyon/belgeleme sistemi hasta bakım bilgilerini temin eden klinik yeterliliği, hasta bakım kalitesindeki gelişme ipuçlarını analiz eden standart bir temin etmelidir. Cerrahi hemşire kaydının her bir aşaması hemşire iş akışını ve hastaya yapılan uygulamaların tam beyanını içermelidir. Hasta bakım bilgisinin standart hale getirilmesi bilgi kalitesinin artmasını sağlar, klinik karar vermenin desteklenmesi, kalite ölçütlerinin gelişmesi, bilgi değişimi, araştırma gibi bilgilerin özetlenmesi ve yorumlanmasında kullanılabilir. Her kurum elektrik kayıt sistemine sahip olmalıdır. Bu kayıtlar gerektiğinde hasta bakım bilgisinin paylaşılmasında havuz sistemi oluşturur (Özbayır, 2015).

## Hemşirelik Kayıtları Neleri İçermelidir?

### Ameliyathane dökümantasyon formu

Ameliyathane dökümantasyon formunda hastanın adı ve soyadı, kliniği, tanısı ve yapılacak ameliyat, hastanın duyuşsal eksikliği varsa bununla ilgili bilgileri içermelidir (görme bozuklukları, işitme kaybı vb.). Elektrocerrahi uygulanacaksa bu alandan ayrılma, cerrahi süreçte kalma, kullanılan setler ve malzemeler formda yer almalıdır. Isıyı kontrol edici cihazlar kullanılıyorsa, hastanın vücut ısısı periooperatif alana girmeden önce ve sonra dökümantasyon edilmelidir. Elektrokardiyografi elektrotları, kan basıncı kafları, oksimetre ve ısı propları kullanılıyorsa izlemi yapılmalı ve dökümantasyon edilmelidir. Hastanın pozisyonu, pozisyonuna destek veren cihaz ve aletler, turnike yerleştirildiyse şişme ve inme zamanları, ciltte kullanılan solüsyonların yeri ve solüsyonun adı kayıt edilmelidir. Eğer lazer kullanılıyorsa tanımlanması, cerrahinin adı, destek personeller, kullanılan lazer ve uygulama süresi kayıt altına alınmalıdır. İntraoperatif x-ray, fluoroskopi ve destek cihazlar kullanılıyorsa kaydedilmeli, cerrahi işlem esnasında kültür ya da örnek (frozen) alındıysa mutlaka kayıtlarda yer almalıdır. Drenlerin, kateterlerin, yara pansumanlarının, alçının, implantların (medikal cihaz, sentetik ya da biyolojik greft, doku ya da kemik) tipi ve yeri kayıt edilmelidir. Kayıtlarda kullanılan malzemenin adı, seri numarası, tipi, son kullanma zamanı veya varsa eklenmesi gereken önemli bilgiler olmalıdır. Radyoaktif implantlar yerleştirildiyse, zamanı, sayısı, yeri, metaryelin tipi ve yerleştirilen bölge bilgileri kayıt edilmelidir. Hastada kullanılan, kan ve kan ürünlerinin, ilaçların, yıkama solüsyonlarının ve diğer tüm kullanılan solüsyonların kaydı yapılmalı; yara ve anestezi sınıflandırması ile türleri kayıt edilmelidir. Ameliyat sırasında kullanılan tüm malzemeler kayıt edilmeli; hastanın taburculuk zamanı, taburculuk sırasındaki durumu ve transfer yöntemi belirtilmelidir. Herhangi önemli bir durum varsa kayıt altına alınmalıdır. Ameliyathane dökümantasyon formuna bohça etiketleri ve

endikatörleri yapıştırılır. Ameliyathane masraf formu olmalı ve ameliyathanede kullanılan barkod sistemine yer verilmelidir (Özbayır, 2015).

### Set teslim formu

Set sayımı steril bohça açımında ve ameliyat sonrasında yapılır. Set teslim formunda setin adı, bölüm adı, steril ve dolaşan hemşirenin ismi, sterilizasyon şekli (Buhar vb.), eksik malzeme olup olmadığı, hastanın adı ve soyadı, hasta protokolü, ameliyat tarihi yer almalı, eğer bohçadaki aletler eksikse veya bozuksa mutlaka yazılmalıdır. Makas kırıkta yazılıp yerine yeni makas açılmaktadır (Zenciroğlu, 2011).

## Hastanın Ameliyathaneye Kabulü ve Ameliyathaneden Tesliminde Kayıtların Önemi

Ameliyathanede kayıtların son derece önemli olduğu iki aşamadan biri hastanın ameliyathaneye kabulü, diğeri de hastanın ameliyathaneden teslimidir. Hasta kabulde, hastaya ait tüm bilgiler ve kayıtlar ameliyathane hemşiresine iletilmelidir. Ameliyat sırasında hastaya yapılan ve kaydedilen tüm bilgiler yazılı ve sözlü olarak derlenme hemşiresine teslim edilmelidir (Salzwedel ve ark., 2013). Hastada oluşan ilaç etkileşimleri ile ilgili bilgiler mutlaka hasta takip formuna kaydedilmelidir. Hastanın bilinen alerji durumunu tüm sağlık çalışanlarının bilmesi önemli olup, alerjiye yol açan faktörler açıkça belirtilerek ve hasta dosyasında işaretlenerek ekip üyeleri uyarılmalıdır. Ayrıca hastaların kullandığı ilaçlar kayıt altına alınmalıdır (Özdemir 2014, Aren, 2008).

Hasta güvenliği açısından önemli konulardan biri olan ameliyat sırasında yabancı cisim unutulmasına ilişkin hataların önlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle ameliyattan önce, ameliyat sırasında ve insizyon kapatılmadan önce klemp, malleable, alet, tampon, kompres gibi ameliyatta kullanılacak tüm malzemeler dikkatli bir şekilde sayılmalı ve kaydedilmelidir (Aren, 2008). Hasta güvenliği açısından zorunlu olan diğer bir konu da ameliyathanede düşme riskinin belirlenmesidir. Ameliyathane kayıtlarında hastaların düşme risk puanı, hastanın ne şekilde tespit edildiği, ne tür düşme önlemlerinin alındığı gibi noktaların yer alması ve kullanılan güvenli ekipmanların rapor edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Özdemir 2014, Aren, 2008).

## Kayıtlarda Kullanılan Kısaltmalar

Ameliyathane ortamında zamandan kazanmak ve süreci hızlandırmak için çeşitli yazılı ve sözel kısaltmalar kullanılabilir. Kullanılan kısaltmalar özellikle yeterli deneyimi olmayan ekip üyelerine mutlaka açıklanmalıdır. Hizmet içi eğitimlerde kısaltmaların kullanıldığı formların tanıtılması ve kısaltmaların ne şekilde kayıt edildiğinin açıklanması son derece önemlidir (Yavuz van Giersbergen, 2015).

## Ameliyathanedeki Hekim İstemlerinin Kayıt Edilmesi

Ameliyathane ortamında sözel ve telefon istemi ile yapılan uygulamalarla ilgili politika ve prosedür geliştirilmesi gerekmektedir. Sözel ya da telefon istemi ile test sonuçlarının laboratuvarından istenmesi durumunda; bilgiyi alan tarafından not edilmesi, okunması, alıcı tarafından yazılması, yeniden okunması ve doğrulanması önemlidir (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital, 2010). Ayrıca ameliyathane ortamında ortak dilin kullanılması ve hastanede kullanılan kısaltmaların standart olması diğer önemli olan iki noktadır (Aren, 2008).

## Hata Raporlarının Değerlendirilmesi Açısından Kayıtların Önemi

Kayıt sistemleri ve ameliyathanedeki oluşan hataların kaydedilmesi hasta güvenliği açısından gerekli olup, bu konuda kurumsal olarak çeşitli düzenlemeler yapılabilir. Bu bağlamda hasta güvenliğini sağlamak için sistem yaklaşımının kullanılabileceği belirtilmiştir. Kayıt bilgi sistemleri son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık sektöründe gelişen tüm olayların raporlanması ve kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu kayıtlar aynı zamanda gelecekte karşılaşılabilecek sağlık olaylarına rehber olabilir (Adıgüzel, 2010). Kaynağı iletişim yetersizliği olan tıbbi hataların raporlanması ve durum analizinin yapılması son derece önemlidir. Bu yaklaşım, geriye dönük olarak hataları incelemenin yanında ekibin başarılarını ve güvenlik tehditlerinin başarılı bir şekilde nasıl yönetildiğini incelemek için de gereklidir (Vincent ve ark., 2004). Ancak konuya ilişkin literatür incelendiğinde hata raporlamanın yetersiz olduğu görülmektedir (Azami-Aghdash ve ark., 2015; Bodur ve Filiz, 2010; Özata ve Altuncan, 2010; Hellings ve ark., 2007). Gündoğdu ve Bahçecik'in (2012) bir çalışmasında; etkin bir hata bildirim sisteminin kurulmasının önemine dikkat çekilmiş, yöneticilerin hata bildirim konusundaki yapıcı ve destekleyici roller alması gerektiği belirtilerek hemşirelerin çalıştıkları birimlere yönelik hatalarla ilgili bilgilendirilmesi, kurumsal bazda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ve bunun kalıcı olabilmesi için eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Konuya ilişkin yapılan başka bir çalışmada; formal olarak yerine getirilmesi gereken olayların raporlanmasında ve arşivlenmesinde ciddiyetin henüz sağlanmadığına dikkat çekilmiştir (Adıgüzel, 2010). Karayurt ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da ameliyathanedeki çalışan sağlık profesyonelleri ve diğer çalışanların hata raporlamalarında literatürle uyumlu olarak yetersizlik olduğu ortaya çıkmıştır.

## Ameliyathanedeki Kayıt Yetersizliklerini Önlemeye Yönelik Neler Yapılabilir?

Ameliyathanelerin karmaşık yapısı içinde güvenlik açığına karşı bireylerin ve cerrahi ekibin ameliyathanedeki potansiyel zorluklara karşı direnci önemslenmekte ve çoğu olgunun ameliyatı, titiz ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Ekibin güvenliği tehdit eden unsurları başarılı bir şekilde yönetmesi için çaba göstermesi kritik öneme sahiptir (Vincent ve ark., 2004). Bu bağlamda ameliyathanedeki kayıtların geliştirilmesi en önemli adımlardan biridir. Bunun için AORN (2010) çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler ameliyat odalarını, ayaktan cerrahi merkezlerini, doktor muayenelerini, kardiyak monitörizasyon odalarını, endoskopi odalarını, radyoloji bölümlerini, diğer alanlardaki operasyon ve diğer invaziv prosedürleri yerine getiren merkezleri içermektedir (AORN, 2010; Özbayır, 2015).

**Amaç:** Bu öneriler cerrahi uygulama ortamında hemşirelik bakımının rehberlerle desteklenmesini sağlar. Hemşirelik sürecindeki belgeler her cerrahi girişim ve invaziv girişimler için doldurulmalıdır.

**Öneri I:** Hastanın kaydı, tanı, sonuç, tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme dahil olmak üzere cerrahi hastanın bakım planını yansıtmalıdır.

**Öneri II:** Politika ve prosedürlere ilişkin cerrahi hemşirelik bakımın dökümantasyonu yazılı olmalı, belli aralıklarla gözden geçirilmeli, gerektiğinde revize edilmeli ve uygulama alanları için hazır olmalıdır.

**Öneri III:** Elektronik hemşire kayıtları. Elektronik hemşire kayıtlarında hemşirenin iş akış sürecini içeren yapısal kelimeler kullanılmalıdır (cerrahi, ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası). Yapısal kelimeler gözlemlerin, bakımların, hastaların bakıma verdiği cevapları alınmasını kolaylaştırır.

**Öneri IV:** Cerrahi hemşire kaydı profesyonel gereklilikleri yerine getirecek geçerli hasta bakım açıklamaları ile yapılandırılmalıdır.

**Öneri V:** Hasta bakım bilgileri gizli tutulmalı ve yetkisi olmayan kişilerden korunmalıdır.

**Öneri VI:** Hasta bakım kayıtlarında yapılan değişiklikler federal ve devlet düzenlemelerine, hasta bakım akreditasyon gerekliliklerine, ulusal uygulama yönergelerine uymalıdır. Hasta bakım kaydı, sağlık kuruluşu tarafından sunulan hizmetlerin yasal temsilcisidir. Cerrahi hemşireler, hasta bakımını sağlık bakım kayıtları aracılığıyla doğru bir şekilde sunmak zorundadırlar.

**Öneri VII:** Cerrahi personel, hasta kayıtlarını doğru bir şekilde kaydı için süregelen eğitimler almalıdır ve hastanın bilgilerine ait güvenlik ve gizlilik için yeterlilik göstermelidir. Bilgisayar temelli programlar ve kayıt platformlarının kullanılması, kayıtların eksikliğinin azalmasına yardımcı olurken diğer yandan hasta bilgilerinin çıça çıkmasını önlemek için stratejileri pekiştirir.

**Öneri VIII:** Cerrahi bilgi yönetimi ile ilgili politika ve prosedürler geliştirilmeli, yıllık olarak gözden geçirilmeli, revize edilmeli ve uygulama için hazır olmalıdır.

**Öneri IX:** Hasta bakım kayıtlarındaki bilginin doğruluğundan emin olmak için bir kalite yönetim programı kurulmalıdır. Profesyonel cerrahi hemşirenin en temel kuralı, hastaya güvenli, yüksek kaliteli hemşire bakımı sağlamaktır. Düzenli olarak kontrol edilen kayıtlar organizasyonun yeterliliğini ölçmek için performansı destekleyen raporlama ve hastanın sonuçlarında hemşirenin etkisini desteklemek için gereklidir (Özbayır, 2015).

## Sonuç

Ameliyathanelerin karmaşık yapısal özellikleri bu ortamları tıbbi hatalara açık hale getirmekte ve hasta güvenliğini tehdit etmektedir. Ameliyathanedeki hasta güvenliği kapsamında geliştirilmesi gereken etmenlerden biri de kayıtlardaki yetersizliktir. Ameliyathanedeki kayıtların düzenli tutulmasından ve hata raporlamanın yapılmasından tüm sağlık çalışanları sorumludur. Kayıtların ve hata raporlamanın önündeki engellerin ortadan kaldırılması, güvenli cerrahi uygulamalarının yapılmasında katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Adıgüzel O. Hasta güvenliği kültürünün sağlık çalışanları tarafından algılanmasına yönelik bir araştırma. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2010; 28: 159-170.
- AORN (2010) Perioperative Standards and recommended Practices, Recommended Practices for Documentation of Perioperative Nursing Care, 289-291.
- AORN Standards of Perioperative Nursing. [https://www.aorn.org/-/.../aorn/.../aorn.../ii-01\\_standards\\_20...](https://www.aorn.org/-/.../aorn/.../aorn.../ii-01_standards_20...), 2015 Guidelines for Perioperative Practice Last revised: November 2009. Copyright © 2015 AORN, Inc. All rights reserved. Erişim: 20.10.2018
- Aren A. Ameliyathanedeki hasta ve çalışan güvenliği. İstanbul Tıp Dergisi 2008; 3:141-145.
- Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashed B, De la Garza M, Berger DH. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. The American Journal of Surgery 190 (2005): 770-774.
- Azami-Aghdash S, Ebadifard Azar F, Rezapour A, Azami A, Rasi V, Klvanı K. Patient Safety Culture in Hospital of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2015; 29: 251.
- Bodur S, Filiz E. Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Survey on Patient Safety Culture' and Perception of Patient Safety in Public Hospitals in Turkey. BMC Health Services Research 2010; 10: 28.
- Ducos-Miller PA. Improving Nursing Documentation and Reducing Risk. Copyright © 2016 HCPro, a division of BLR.
- Gündoğdu S, Bağçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15: 2.
- Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemşirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>, Erişim: 01.11.2018
- Griffin FA, Classen DC. Detection of Adverse Events in Surgical Patients Using the Trigger Tool Approach. Quality & Safety in Health Care 2008; 17: 25-38.
- Helmio, P, Blomgren, K., Takala, A., Pauniah, S. L., Takala, R.S.K.& Ikonen, T.S. Towards better patient safety: WHO Surgical Safety Checklist in otorhinolaryngology. Clin. Otolaryngol. 2011, 36, 242–247.
- Hellings J, Schrooten W, Klazınga N, Vleugels A. Challenging Patient Safety Culture: Survey Results. International Journal of Health Care Quality Assurance 2007; 20: 260-32.
- Henry L, Hunt S, Kroetch M, Yang YT. Evaluation of Patient Safety Culture: A Survey of Clinicians in A Cardiovascular Operating Room. Innovations (Phila) 2012; 7: 328-33.
- Hergül KF, Özbayır T, Gök F. Ameliyathanedeki hasta güvenliği: Sistemati derleme. Pam Tıp Derg 2016; 9(1): 87-98.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital, 4th Edition. 2010
- Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S, Duran M. Ameliyathanedeki Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017, 8(1):16-23.
- Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D, Grober E. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Qual Saf Health Care 2004; 13: 330-334.

19. Nagpal K, Arora S, Vats A, Wong HW, Sevdalis N, Vincent C, Moorthy K. Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Qual Saf* (2012);1-7.
20. Okaisu, E.M., Kalikwani, F., Wanyana, G. & Coetzee, M., 2014, 'Improving the quality of nursing documentation: An action research project', *Curatationis* 38(1), Art. #1251, 11 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/curatationis.v37i1.1251>
21. Özata M, Altunkan H. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlik ve Güvenirlik Analizinin Yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Kitabı 2010; 1: 417-9.
22. Özbayır Türkan. Yavuz van Giersbergen M ve Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliği. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Yayını. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, Kasım 2015: 143-160.
23. Özdemir H. Cerrahi hemşirelerinde hasta güvenliği kültürü algılarının belirlenmesi: Afyonkarahisar'da bir uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2014.
24. Parush A, Kramer C, Foster-Hunt T, Momtahan K, Hunter A, Sohmer B. Communication and team situation awareness in the OR: implications for augmentative information display. *J Biomed Inform* 2011; 44: 477-485.
25. Salzwedel C, Bartz HJ, Kuhnelt I, Appel D, Haupt O, Maisch S, Schmidt GN. The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care*. 2013; 25:176-81.
26. Singer SJ, Gaba DM; Geppert JJ, Sinako AD, Howard SK, Park KC. The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12: 112-8.
27. Steelman VM, Graling PR. Top 10 Patient Safety Issues: What More Can We Do? *AORN* 2013; 97: 6.
28. Vincent C, Moorthy K, SK Sarker, Chang A, and Darzi AW. Systems Approaches to Surgical Quality and Safety. *Ann Surg*. 2004 Apr; 239(4): 475-482.
29. Yavuz van Giersbergen M. Etkili İletişim. Yavuz van Giersbergen M ve Kaymakçı Ş. Ameliyathane Hemşireliği. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği Yayını. Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, Kasım 2015: 9-18.
30. Zenciroğlu D. Sterilizasyon Sürecinin Dökümantasyon ve Takibi. 2011, <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2011/517-528%20Dilek%20Zenciroglu-2.pdf>, Erişim: 30.10.2018
31. Written and electronic documentation of patient care in the OR guidelines, 2016. The University of Toledo Medical Center. Revised by Greg Shannon and Christina Powlesland. [https://www.utoledo.edu/policies/utmc/nursing/guidelines/operating\\_room/pdfs/written\\_and\\_electronic\\_documentation\\_of\\_patient\\_care\\_in\\_the\\_or\\_guideline.pdf](https://www.utoledo.edu/policies/utmc/nursing/guidelines/operating_room/pdfs/written_and_electronic_documentation_of_patient_care_in_the_or_guideline.pdf). Erişim: 22.10.2018