

Okołooperacyjna Karta Kontrolna – niełatwe, ale istotne rozwiązanie dla zmniejszenia ryzyka zabiegów chirurgicznych

Barbara Kutryba, Halina Kutaj-Wąsikowska

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków

Skróty: CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, OKK – Okołooperacyjna Karta Kontrolna, TPJ – Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, WHO – Światowa Organizacja Zdrowia, ZN – zdarzenia niepożądane

Wprowadzenie

Przeeglądy orzecznictwa sądowego oraz codziennej prasy dostarczają wielu przykładów zdarzeń niepożądanych (ZN) związanych z leczeniem operacyjnym, przy czym media nagłaśniają je zazwyczaj w aurze sensacji, stygmatyzując personel medyczny i domagając się jego penalizacji. Wielu obserwacji na temat bezpieczeństwa operowanych pacjentów dostarcza program akredytacji szpitali (p. Med. Prakt. 10/2012, s. 140)¹: brak weryfikowania tożsamości i operowanie niewłaściwego chorego; niewłaściwa procedura operacyjna (np. po wyrażeniu przez pacjenta zgody na operację stulejki zoperowanie mu wrastającego paznokcia); niewłaściwa strona operowana (przepuklina prawostronna zamiast lewostronnej: długotrwałe poszukiwania worka przepuklinowego doprowadziło do uszkodzenia jelita z koniecznością wyłonienia czasowego sztucznego odbytu); brak właściwego przygotowania do zabiegu (nie zarezerwowano krwi dla dwudziestokilkuletniej pacjentki z kamicią żółciową, zakwalifikowanej do operacji laparoskopowej – w trakcie zakładania trokaru uszkodzono duże naczynie żyłne, wystąpił krwotok do jamy otrzewnej, wskutek długotrwałej hipotensji doszło do nieodwracalnych zmian w mózgu i zgonu).

Dlaczego wprowadzono Okołooperacyjną Kartę Kontrolną?

Stres towarzyszący lekarzowi w trakcie operacji jest znacznie większy niż podczas leczenia zachowawczego. Dlatego też w medycynie zabiegowej łatwiej o wystąpienie ZN. Zgodnie z oszacowaniem opublikowanym w 2008 roku w czasopiśmie „The Lancet” na świecie co roku przeprowadza się 234 miliony zabiegów chirurgicznych, dla których częstość powikłań wynosi 3–17%, a częstość zgonów 0,4–0,8%.² Taka skala zagrożenia wymaga wprowadzenia efektywnego systemu dobrej praktyki dla działalności chirurgicznej. Zwłaszcza że dwa opublikowane badania dotyczące charakterystyki ZN w specjalnościach chirurgicznych w Colorado i Utah w Stanach Zjednoczonych oraz w Australii wskazują, że przynajmniej 50% takich zdarzeń można uniknąć.^{3,4} Przyczyną większości z nich są bowiem nie problemy natury technicznej, lecz głównie brak umiejętności współpracy w zespole operacyjnym, a także problemy dotyczące przywództwa, komunikowania się, modelu decyzyjnego czy typu zarządzania sytuacyjnego. By zredukować liczbę powikłań i zgonów okołooperacyjnych, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w programie Safe Surgery Safes Lives (Bezpieczna Chirurgia Ratuje Życie) zidentyfikowała i zarekomendowała zestaw działań, które poprawiają bezpieczeństwo pacjentów chirurgicz-

nych, i w czerwcu 2008 roku, po konsultacjach z lekarzami chirurgami i anestezjologami, z pielęgniarkami anestezjologicznymi i operacyjnymi oraz z przedstawicielami pacjentów, opublikowała Surgical Safety Checklist, czyli Okołooperacyjną Kartę Kontrolną (OKK).⁵ Kartę poddano pilotażowi w 8 ośrodkach na wszystkich kontynentach; polegał on na prospektywnym zbieraniu danych dotyczących operowanych (z wyłączeniem zabiegów kardiochirurgicznych) pacjentów w wieku >16 lat przed wprowadzeniem i po wprowadzeniu OKK. Zaobserwowano zmniejszenie śmiertelności z 1,5% do 0,8% oraz częstości powikłań z 11% do 7%.⁶ W wersji oryginalnej OKK jest dostępna na stronie WHO (www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html).

Czym jest OKK?

OKK to narzędzie służące do wspierania przyjętych działań dla poprawy bezpieczeństwa i promowania skutecznej komunikacji oraz dobrej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole zabiegowym. OKK nie jest narzędziem polityki regulacyjnej, lecz służy lekarzom i innym pracownikom medycznym zaangażowanym w poprawę bezpieczeństwa świadczonych usług i ograniczenie liczby możliwych do uniknięcia zgonów i powikłań.^{7,8} OKK można, a nawet należy adaptować i modyfikować, chociażby ze względu na charakterystykę specjalności chirurgicznych; adaptacja OKK jest zalecana przez WHO.⁵ Adaptację OKK w Polsce koordynuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i WHO; spotkanie inicjujące zaplanowano na grudzień 2012 roku.

OKK – Europa i inne kraje

W Europie OKK wprowadzono w styczniu 2009 roku. W Wielkiej Brytanii od lutego 2010 roku zalecono jej obowiązkowe stosowanie w publicznych i prywatnych szpitalach Walii i Anglii. Jednakże badanie przeprowadzone przez Dr Foster Health w styczniu 2010 roku obejmujące losową próbę 238 szpitali wykazało, że chociaż

prawie wszyscy kierownicy bloków operacyjnych słyszeli o OKK, to tylko ⅓ szpitali wprowadziło Kartę na miesiąc przed określonym terminem wdrożenia.⁹ 66% szpitali, które nie planowały jej wdrożenia, stosowało OKK sporadycznie lub nieformalnie. ⅓ kierowników bloków, na których nie wprowadzono Karty, deklarowała, że planują wdrożenia OKK w trakcie najbliższych 6 miesięcy, pomimo obowiązującej regulacji wydanej przez Narodową Agencję ds. Bezpieczeństwa Pacjenta (National Patient Safety Agency). Oprócz Wielkiej Brytanii stosowanie OKK obowiązuje w Holandii (Holenderski Inspektorat Zdrowia wprowadził nakaz w 2008 r., a obecnie monitoruje wdrożenie w formie wizyt kontrolnych na blokach operacyjnych), w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Jordanii. Karta jest też powszechnie stosowana w krajach skandynawskich i w szpitalach akredytowanych na całym świecie, gdyż wdrożenie OKK stanowi wymóg standardów akredytacyjnych. Z danych Uniwersytetu Harvarda, który administruje wdrożenie OKK, wynika, że do marca 2012 roku aktywne stosowanie Karty zgłosiło 1790 szpitali z całego świata. W Polsce oficjalne zgłoszenie do CMJ wpłynęło z 88 szpitali (http://www.cmj.org.pl/who/okk/instytucje_stosujace_okk.php).

Jak wprowadzać OKK?

Istotne są założenia metodologii wdrażania OKK, przyjęte w danym kraju. Imponujący model zaprezentowała Kanada, gdzie OKK wprowadzono w formie ogólnokrajowej, społecznej kampanii, przy współdziałaniu mediów, w oparciu o szeroko zakrojoną akcję edukacyjną skierowaną do środowiska medycznego i restrykcyjny monitoring wdrażania w poszczególnych szpitalach, za który formalnie odpowiedzialny był dyrektor ds. medycznych. Jednak bez względu na sposób wdrażania w każdym przypadku istotne jest usystematyzowane wsparcie ze strony decydentów polityki zdrowotnej, samorządów zawodowych oraz medycznych towarzystw naukowych. Efektywne wprowadzenie OKK wymaga mądrego przywództwa i przekonujących liderów nowego procesu, a przede wszystkim skrupulatnego nadzoru i monitorowania, i nie jest

możliwe wyłącznie poprzez wydanie rekomendacji czy aktu legislacyjnego.

Czy Karta jest efektywna?

Wyniki pilotażu OKK, opublikowane w „The New England Journal of Medicine” w styczniu 2009 roku, wykazały istotną redukcję powikłań (z 11% do 7%; $p < 0,001$) i śmiertelności (z 1,5% do 0,8%; $p = 0,003$) po wprowadzeniu OKK w szpitalach biorących udział w badaniu.⁶ Zmniejszenie ryzyka okołozabiegowego w wyniku wprowadzenia i stosowania OKK potwierdzono w badaniu dotyczącym efektów wdrożenia znacznie obszerniejszej (124- a nie 19-elementowej) Karty SURPASS (Surgical Patient Safety System).¹⁰ Coraz liczniejsze badania, publikowane w recenzowanych czasopismach, wskazują na istotne powody, dla których wdrożenie OKK skutkuje istotną poprawą bezpieczeństwa pacjentów i zespołów zabiegowych. Warto wymienić badanie z 2009 roku, przeprowadzone w 8 ośrodkach, które wcześniej uczestniczyły w pilotażu przeprowadzonym przez WHO. W badaniu tym obejmującym ocenę opieki i rezultatów klinicznych u 1750 operowanych pacjentów w okresie przed wprowadzeniem OKK i po jej wprowadzeniu wykazano zmniejszenie liczby powikłań o ponad $\frac{1}{3}$ po wdrożeniu OKK; ponadto potwierdzono zasadność stosowania Karty dla zabiegów nieplanowych i ostrych.¹¹ Interesujące badanie dotyczące skutków wdrożenia Karty i identyfikacji czynników, które wpływają na stosowanie OKK na blokach operacyjnych przeprowadzono w University Medical Center w Utrechcie. W badaniu obejmującym 25 513 pacjentów pełnoletnich poddanych zabiegom chirurgicznym, z wyłączeniem procedur chirurgii jednego dnia, wykazano, że po wdrożeniu OKK śmiertelność zmniejszyła się z 3,13% do 2,85% ($p = 0,19$); stwierdzono, że redukcja śmiertelności w istotny sposób zależy od stopnia stosowania OKK na bloku operacyjnym.¹²

OKK w Polsce

W 2009 roku działania nad wprowadzeniem OKK rozpoczęło w Polsce CMJ, będące ośrodkiem współ-

pracy z WHO w zakresie rozwoju jakości i bezpieczeństwa w systemach ochrony zdrowia. Adaptacja OKK przebiegała w uzgodnieniu z Krajowym Biurem WHO w Polsce, Towarzystwem Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce (TPJ), Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej. Pilotaż Karty został przeprowadzony od 10 października do 4 listopada w 2009 roku w 5 szpitalach: 1) Publicznym Specjalistycznym ZOZ, Szpitalu im. dr. L. Błażka w Inowrocławiu; 2) Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu; 3) ZOZ w Suchoj Beskidzkiej; 4) Centrum Medycznym Damiana Sp. z o.o. Warszawa; 5) Szpitalu Medicover w Warszawie. W okresie pilotażu przeprowadzono 938 zabiegów, w tym 465 z użyciem OKK. Czas zabiegu wynosił od 25 minut do 4 godzin. Wykluczono rewizje jamy macicy i zabiegi endoskopowe. Koordynatorem OKK był lekarz anestezjolog lub pielęgniarka operacyjna. Celem badania było określenie, czy i w jakim zakresie modyfikować Kartę WHO oraz jakie trudności będą się wiązały z wdrożeniem OKK w polskich szpitalach.

Wprowadzaniu Karty towarzyszyły pytania dotyczące głównie aspektów organizacyjnych, m.in. weryfikacji dokumentów o podobnym charakterze, osoby autoryzującej Kartę (tylko koordynator czy cały zespół), odpowiedzialności za profilaktykę przeciwzakrzepową i antybiotykową (lekarz anestezjolog czy chirurg), koordynacji oraz tego, czy zachować wszystkie elementy proponowane przez WHO, czy modyfikować oryginalną Kartę.

Mimo wątpliwości, które towarzyszyły badaniu pilotażowemu, wszyscy byli zgodni co do tego, że wprowadzenie Karty wyraźnie identyfikuje pacjenta, miejsce operowane i ujednolica postępowanie z pacjentem niezależnie od zespołu zabiegowego – przez co wpływa na bezpieczeństwo operowanego. Po pilotażu rozszerzono weryfikację w OKK, dostosowując je do lokalnych polskich warunków. Wdrożenie OKK formalnie poparły: TPJ, Towarzystwo Chirurgów Polskich i Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Zgodnie z zaleceniami WHO **polska wersja OKK** (ryc.) dzieli zabieg operacyjny na 3 fazy,



OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA
ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST



WHO Collaborating Centre
for Development of Quality and Safety
in Health Systems

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: planowy nagły

Potwierdzono:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane
 Tak Nie

Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

Zapewniono monitorowanie:

- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Alergie:
 Tak (jakie?.....) Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc
 Tak i zapewniono właściwy sprzęt Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci
 Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwioopodadne Nie

DANE PACJENTA

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

DATA ZABIEGU: ____ / ____ / ____

ODDZIAŁ / KS.GŁ: _____

Przed nacięciem

ODLICZANIE

Nowa osoba w zespole operacyjnym
 Tak Nie

jeśli tak:
Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji
 Tak Nie

Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną

Właściwe ułożenie pacjenta

Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony chirurga
 Tak Nie Nie dotyczy

ze strony anestezjologa
 Tak Nie Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej
 Tak Nie Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem
 Tak Nie Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*
 Tak Nie Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina _____

Przygotowano wyniki badań obrazowych
 Tak Nie Nie dotyczy

STOP!

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:
 nazwę procedury wykonanej
 zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań
 Tak Nie Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu*
 Tak Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne
 Tak Nie

Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym
 Tak Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*
ze strony chirurga
 Tak Nie
ze strony anestezjologa
 Tak Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*
 Tak Nie

Podpis Koordynatora Karty

* Zestaw standardów Programu Akredytacji Szpitali, Ośrodek Akredytacji CMJ, Kraków 2009

Ryc.

odpowiadające poszczególnym etapom realizacji procedury zabiegowej.¹³ Są to kolejno:

- 1) faza przed podaniem znieczulenia (Rozpoczęcie)
- 2) faza po znieczuleniu lecz przed nacięciem (Odliczanie)
- 3) faza przed wywiezieniem pacjenta z sali operacyjnej (Zakończenie).

Na każdym z etapów osoba odpowiedzialna za zaznaczanie poszczególnych punktów (tzw. koordynator) – musi uzyskać od zespołu wyraźne potwierdzenie, że zrealizowano określony wymóg weryfikacyjny. Uzyskanie potwierdzenia warunkuje przejście do kolejnej fazy zabiegu. W miarę zdobywania doświadczenia i wprowadzenia poszczególnych weryfikacji w rutynowy przebieg zabiegu zespół ustnie potwierdza kolejne weryfikacje, bez wyraźnego udziału koordynatora. By nie

ominąć żadnej z kluczowych czynności, określone osoby potwierdzają kolejne weryfikacje umieszczone na Karcie. Szczegółowy opis wszystkich elementów weryfikowanych w OKK można znaleźć w przewodniku na stronie internetowej CMJ.¹⁴

W fazie 1 (przed znieczuleniem) weryfikuje się 8 elementów: tryb przeprowadzenia zabiegu, potwierdzenie tożsamości pacjenta, rodzaj planowanej procedury, miejsce operowane, wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu i znieczulenia oraz czy oznaczono miejsce operowane. Ponadto anestezjolog powinien dokonać oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia (zarówno sprawności sprzętu, jak i dostępności leków oraz ryzyka anestezjologicznego dla operowanego) oraz sprawdzić, czy i jakie alergie rozpoznano u pacjenta. Sprawdza się także, czy zapewniono odpowiednie monitorowanie stanu pacjenta. Anestezjolog

potwierdza również dokonanie oceny trudności związanych z utrzymaniem drożności dróg oddechowych lub ryzyka zachłyśnięcia i jeśli je przewiduje – sprawdza, czy dostępny jest odpowiedni sprzęt i wykwalifikowana asysta. Ostatnim elementem weryfikowanym w OKK jest ustalenie, czy pacjent jest obciążony ryzykiem wystąpienia krwawienia większego niż 500 ml u dorosłych (>7 ml/kg mc. u dzieci). Jeśli tak, wskazane jest, by przed nacięciem założyć dwa wkłucia dożylnie lub wkłucie centralne. Dodatkowo zespół powinien potwierdzić dostępność płynów, krwi i preparatów krwiopochodnych. Na tym etapie faza „Rozpoczęcie” jest zakończona i można przystąpić do podania znieczulenia.

W fazie 2 (przed nacięciem) weryfikuje się 6 elementów. Jeśli w zespole operacyjnym jest nowa osoba, koordynator prosi, by każdy obecny na sali operacyjnej przedstawił się z nazwiska i roli. Następnie tuż przed nacięciem ponownie potwierdza się tożsamość pacjenta, nazwę procedury operacyjnej, miejsce operowane, właściwe ułożenie pacjenta oraz przygotowanie odpowiednich narzędzi (pielęgniarka operacyjna). Kolejnym elementem weryfikowanym przez OKK jest określenie możliwych odstępstw od zaplanowanej procedury operacyjnej ze strony chirurga (modyfikacja przebiegu operacji na przykład ze względu na wystąpienie zdarzeń krytycznych, zmianę typu/techniki zabiegu, wydłużenie czasu operacji, oczekiwaną utratę krwi), anestezjologa (modyfikacja przebiegu zabiegu z poziomu anestezjologii) i pielęgniarki operacyjnej (weryfikacja sterylności narzędzi i materiałów). Sprawdza się także, czy podano profilaktykę antybiotykową w ciągu ostatnich 60 minut oraz profilaktykę przeciwzakrzepową zgodnie z ocenionym przed zabiegiem ryzykiem (np. ocenianym wg skali Capriniego – p. Med. Prakt. 10/2012, s. 47).¹⁵ Przed nacięciem skóry sprawdza się również, czy potrzebne są wyniki badań obrazowych i jeśli tak, to czy są one dostępne na sali operacyjnej. Na tym etapie faza jest zakończona i można przystąpić do kontynuacji zabiegu.

W fazie 3 (zanim pacjent opuści blok operacyjny) weryfikuje się 7 elementów. Faza ta może przebiegać równoległe np. z zamykaniem rany. Potwierdza się ustnie nazwę procedury wykonanej i opisy-

Wprowadzenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest promowane przez Program Akredytacji Szpitali.

wanej w protokole operacyjnym, zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów oraz prawidłowe oznaczenie materiału do badań. Ponadto sprawdza się, czy wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu oraz określa się, jakie problemy mogą wystąpić w okresie pooperacyjnym (dotyczy chirurga i anestezjologa). Weryfikuje się także, czy wypisano zlecenia pooperacyjne i udokumentowanie oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego na oddział/salę pooperacyjną.

Wypełniona OKK zgodnie z wymogami **programu akredytacji szpitali** powinna stanowić element historii choroby. Karta coraz częściej ulega modyfikacjom, gdyż szpitale dostosowują ją do specyfiki zabiegów i organizacji pracy w szpitalu.

Na przełomie kwietnia i maja 2012 roku CMJ przeprowadziło ankietę wśród szpitali deklarujących stosowanie Karty. Z opracowania wynika, że średni czas na realizację OKK wynosi 3–6 minut; Koordynatorem Karty jest najczęściej anestezjolog (88%), pielęgniarka anestezjologiczna lub pielęgniarka operacyjna (12%); wymieniane przez szpitale trudności z wprowadzeniem Karty dotyczyły: wyboru Koordynatora/Koordynatorów OKK, oporu przed dodatkowym dokumentem, koniecznością przeprowadzenia szkolenia dla zespołów zabiegowych, koniecznością nadzoru nad prawidłowością prowadzenia Karty. Wśród korzyści z wprowadzenia OKK wymieniano: ujednolicenie postępowania z pacjentem, pewność i poczucie bezpieczeństwa wśród personelu, usystematyzowanie przebiegu poszczególnych czynności, rzetelną identyfikację pacjenta, miejsca operowanego, poprawę komunikacji i współpracy w zespole operacyjnym, poprawę bezpieczeństwa operowanego pacjenta.

Podsumowanie

W Polsce nie ma rzeczywistych wskaźników statystycznych na temat liczby wykonywanych rocznie zabiegów operacyjnych. Najbardziej wiarygodnymi danymi dysponują konsultanci krajowi; np. w chirurgii ogólnej liczba hospitalizacji z leczeniem operacyjnym w roku 2007 wyniosła 415 563 – wykonano 306 026 operacji planowych i 108 816 operacji ze wskazań pilnych. Liczba reoperacji wyniosła 7388, co stanowi 2,41% wszystkich operacji.¹⁶ Jednak nie jest znana w Polsce liczba okołoperacyjnych ZN ani zgonów okołoperacyjnych, definiowanych w programie akredytacji jako zgony występujące u operowanych chorych od czasu indukcji znieczulenia do opuszczenia szpitala.

Nieznana jest też częstość pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym, a jest to jeden ze wskaźników bezpieczeństwa pacjenta według OECD, wprowadzonych w 2011 roku; i nie jest pocieszeniem fakt, że na razie żadne z państw postkomunistycznych nie przesyła takich danych do OECD.

W świetle polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, nakierowanej na bezpieczeństwo pacjentów, szczególną uwagę należy zwrócić na wprowadzanie OKK w tych szpitalach, które posiadają akredytację Ministerstwa Zdrowia na szkolenia specjalizacyjne w zakresie medycyny zabiegowej, oraz zaproszenie konsultantów krajowych i wojewódzkich do sprawowania czynnego patronatu i monitorowania właściwego wdrożenia OKK. Wydaje się, że trafne są emocje, zawarte w wypowiedzi Sir Liama Donaldsona, pomysłodawcy i dyrektora WHO Alliance for Patient Safety i byłego Naczelnego Lekarza Zjednoczonego Królestwa, iż szpitale, które nie wprowadziły OKK, lekceważą bezpieczeństwo leczenia swoich pacjentów (Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”, maj 2010 r.). OKK to instrument, który nie tyle warto, co trzeba masowo wprowadzać i stosować w polskich szpitalach.

PIŚMIENNICTWO

1. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska K.: Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali. *Med. Prakt.*, 2012; 10: 140–147
2. Weiser T.G., Regenbogen S.E., Thompson K.D. i wsp.: An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008; 372: 139–144
3. Gawande A.A., Thomas E.J., Zimmer M.J., Brennan T.A.: The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999; 126: 66–75
4. Kable A.K., Gibberd R.W., Spigelman A.D.: Adverse events in surgical patients in Australia. *Int. J. Qual. Health Care*, 2002; 14: 269–276
5. World Alliance for Patient Safety: WHO surgical safety checklist and implementation manual. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/
6. Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R. i wsp.: A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N. Engl. J. Med.*, 2009; 360: 491–499
7. Catchpole K., Mishra A., Handa A., McCulloch P.: Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann. Surg.*, 2008; 247: 699–706
8. Lingard L., Espin S., Whyte S. i wsp.: Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual. Saf. Health Care*, 2004; 13: 330–334
9. Sivathasan N., Rakowski K.R.M., Robertson B.F.M., Vijayarajan L.: The World Health Organization's surgical safety checklist: should evidence-based initiatives be enforced in hospital policy? *J. R. Soc. Med. Sh. Rep.*, 2010; 1: 40. DOI 10.1258/shorts.2010.010007
10. de Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M. i wsp.: Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N. Engl. J. Med.*, 2010; 363: 1928–1937
11. Weiser T.G., Haynes A.B., Dziekan G. i wsp.: Effect of a 19-Item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann. Surg.*, 2010; 251: 976–980
12. van Klei W.A., Hoff R.G., van Aarnhem E.E.H.L. i wsp.: Effects of Introduction of the WHO Surgical Safety Checklist on In-Hospital Mortality. *Ann. Surg.*, 2012; 255: 44–49
13. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: Okołooperacyjna Karta Kontrolna. <http://www.cmj.org.pl/who/okk.pdf>
14. Światowy Sojusz Na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów. Przewodnik „Podstawy wprowadzania okołoperacyjnej karty kontrolnej”. Adaptacja na podstawie Implementation Manual Surgical Safety Checklist (First Edition) by World Alliance for Patient Safety: Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B. WHO Collaborating Centre Krakow, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2009, Kraków. https://www.cmj.org.pl/who/okk_podrecznik.pdf
15. Polskie wytyczne profilaktyki leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Aktualizacja 2012. *Med. Prakt. wyd. specj.* 2012
16. Kulig J.: Chirurgia ogólna. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/5_chirurgia_ogolna_13072011.pdf

Artykuł jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

