

CERRAHİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE; AMELİYAT RAPORU YAZIMI VE STANDARDİZASYON-1

SURGERY REPORT WRITING AND STANDARDIZATION IN SURGICAL SPECIAL EDUCATION- 1

Dr. Soner AKBABA

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
3.Genel Cerrahi Kliniği,
ANKARA

Yazışma Adresi / Correspondence:

Op. Dr. Soner AKBABA
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
3.Genel Cerrahi Kliniği,
ANKARA
e-mail: sonerakbaba@yahoo.com

ÖZET

Ameliyat notları; klinik, akademik ve mediko-legal kayıtların önemli parçalarıdır. Dünyanın her yerindeki tıbbi ve etik kurullar; doktorların doğru, kapsamlı ve güncel tıbbi kayıtlar tutmasını tavsiye ederler. Uygun bir ameliyat raporunun oluşturulması sadece iyi bir uygulama değil, aynı zamanda bir zorunluluktur. Birçok çalışma, ameliyat notlarının sıklıkla çelişkili ifadeler içerdiğini ve temel ayrıntılarda bile eksiklik olduğunu gösterilmiştir. Dolayısıyla cerrahi raporlar mediko-legal malpraktis durumlarında, sıklıkla doktorların aleyhine delil olarak kullanılmaktadır. Çeşitli eğitim kurumları ve uzmanlık dernekleri, iyi bir tıbbi uygulama için kendi görüşlerini bildirmiştir. Ancak halen bu konuda bir fikir birliği yoktur. İçeriğin standardize edilmesi; verilerdeki belirsizlik ve ihmali azaltarak, güvenliği artırır. Cerrahi eğitim, denetim ve özel kontrol listesi kullanımı daha kaliteli ameliyat notları üretecektir. Önceki çalışmalar, hatırlatıcı notların veya proforma temelli kılavuzların daha iyi ameliyat raporu oluşturulmasına yardımcı olduğunu göstermiştir. Ameliyat notlarının en etkili kayıt yöntemi bir operatif veritabanı oluşturmaktır. Mükemmel bir veritabanı oluşturmanın; okunaklı bir ameliyat raporu elde etme, otomatik kodlama ve otomatik evreleme avantajları vardır.

Anahtar kelimeler: Ameliyat raporu, Ameliyat notu, Tıbbi kayıt, Cerrahi eğitim,

ABSTRACT

Operation notes are an important parts of medical records for clinical, academic and medicolegal reasons. Medical and ethic councils around the world advise doctors to keep accurate, comprehensive, contemporaneous medical notes. Providing an appropriate operation note is not only a good practice, it is a requirement. Many studies have shown that operative notes often have contradictive statements and lack basic details. As a result surgical notes are often produced as evidence against doctors in medico-legal malpractice cases. Several colleges and specialist societies and the medical defence organisation have published their own perspectives for good medical practice. However there was not a consensus at this issue for today. Standardisation of content will improve safety by reducing opportunities for ambiguity or omission of data. Surgical education, audit and the use of a specific checklist produces better quality operation notes. Previous studies have shown that aide-memoire or proforma based guidelines help produce better operations notes. The most effective method of recording operation notes would be an operative database. The advantages of excellent database include a printed legible operative record, automatic coding and automatic grading.

Key Words: Surgery report, Surgery note, Medical note, Surgical education

Turkish Medical Journal 2010;4(3):142-145

Bilimsel yol gösterici olması yanı sıra idari, sosyal, ekonomik ve hukuksal öneme sahip olan tıbbi kayıtlar; hekimlik mesleğinin ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlık hizmeti sunan herkes, kaydettiği bilgilerin eksikliği ve yanlışlığından sorumludur. Sunulan sağlık hizmetinin tanı veya tedaviye yönelik olması, ücretli ya da ücretsiz olması bu sorumluluğu değiştirmez. Günümüzde kanıta dayalı tıp ve hukuksal kavramların yaygınlaşması ve daha kapsamlı hale gelmesi ile alınan karar ve yapılan uygulamaların belgelendirilmesi bir zorunluluk haline gelmiştir. Dolayısıyla tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak mahkemelere sunulabileceğinden son derece önemli belgelerdir ve düzenli, doğru, ayrıntılı olarak tutulmaları gerekir.

Tıbbi kayıtlar içinde; ameliyat notları mediko-legal olarak en sık irdelenen belgeler olup yanlış ve eksik yazılması, uygulayıcıların ve kurumların savunmalarında sıkıntı yaratmaktadır.¹ İngiltere’de 1992 yılında yayınlanan bir ulusal raporda; perioperatif ölüm olgularının gizli soruşturma dosyalarında bulunan çeşitli uzmanlık dallarına ait ameliyat raporlarının incelendiği ve raporlar arasında belirgin çelişkiler bulunduğu bildirilmiştir.² Çeşitli merkezlerde kaydedilen ameliyat raporlarını değerlendiren pek çok yazıda ise saptanan hata ve eksikliklerin önemli oranlarda olduğu görülmüştür.^{3,5}

Ameliyat notlarının yazılmasının nasıl olması gerektiği ve nasıl öğretileceği tıbbi çalışmalarda nadiren yer bulmaktadır.⁵ Günümüzde halen çoğu merkezde

Tablo-1: İngiltere Kraliyet Cerrahi Koleji’nin klavuzuna göre ameliyat notu yazımında bulunması gereken bilgiler.

- Ameliyat notlarının okunaklı olması
- Ameliyatın yapıldığı tarih ve süresi
- Acil veya elektif işlem olduğunun belirtilmesi
- Ameliyat ekibinin adları
- Yapılan ameliyatın adı
- İnsizyon şekli
- Tanı (Preoperatif/Operatif)
- Ameliyatta saptanan bulgular
- Ameliyat süresince oluşan problem ve komplikasyonlar
- Yapılan ilave işlemler ve yapılma sebepleri
- Alınan, ilave edilen veya değiştirilen doku veya dokuların özellikleri
- Herhangi bir protez yada implant kullanılmışsa tanımlanması ve seri numarasının kaydedilmesi
- Kapatma tekniğinin özellikleri
- Ameliyat sonrası için bakım talimatları
- İmza-onay

ameliyat raporları elle yazılmakta, merkezi bilgi ağı ve arşivleme yetersiz olmaktadır. Oysa el yazısı ile tutulmuş raporların sıklıkla tamamlanamamış olduğu, düzeltilmesinin zor ve okuma sıkıntısı taşıdığı bilinir.

Bu eksikliklerden yola çıkarak İngiltere Kraliyet Cerrahi Koleji (The Royal College of Surgeons of England), 1990 ve 1994 yıllarında ‘Klinisyenler için tıbbi kayıt ve not tutma kılavuzu’nu (Guidelines for Clinicians on Medical Records and Notes) yayınlayarak temel içerik ve prensipler oluşturmaya çalıştı.⁶ Aynı kuruluşun 2008 yılında çıkan ‘İyi Cerrahi Uygulama’ (Good Surgical Practice) isimli yayınında ise diğer tıbbi kayıtlarla birlikte ameliyat notlarına da değinilerek aşağıdaki konulara dikkat edilmesi ve içermesi gerektiği bildirildi.⁷ Ülkemizde uygulanmakta olan “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” ve “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” doğrultusunda hasta kayıtları düzenlenmektedir.⁸⁻¹⁰ Bu düzenlemelere göre sağlık hizmeti sunulan herkesin kayıtlarının tutulma zorunluluğu vardır. Hasta, hasta vekili ya da kanuni temsilcileri ilgili belgeleri inceleme, bir örneğini alma, eksik, belirsiz, hatalı bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını ve düzeltilmesini isteme ya da itiraz etme hakkına sahiptir. Muayene, tanı veya tedavi amacıyla gelen hastalara, yaralılara, acil ve adli olgulara ait kayıtların toplanmasına ve bu belgelerin sonraki başvurularında hastalara, araştırmacılara ya da çeşitli kurumlarca istenildiğinde hazır bulundurulması için merkezi bir tıbbi kayıt ve arşiv sistemi içinde muhafaza edilmesine ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. (Tablo-2)’de T.C.Sağlık Bakanlığınca yataklı tedavi kurumlarında kullanılmak üzere tasarlanan ameliyat kağıdı görülmektedir.

Ameliyat raporlarının yazılması teknik bir konu olup, tanılar, ortaya çıkan tablonun bilimsel tarifi, yapılan işlemin nedenleri ve uygulama şeklinin doğru anlatılması ancak belirli bir mesleki birikimle olasıdır. Günlük iş yoğunluğu ve hastanın iyilik haline odaklı bakış açısı, genellikle bu konuyu hekimin zihninde ikinci plana itmekte ve ameliyat raporu yazma işi, pratikte meslekte yeni olan asistanların üzerine yıkılmaktadır. Onlar da ameliyat sahasında görebildikleri kadarıyla ya da benzer eski ameliyat notlarına bakarak görevlerini yerine getirmektedir.

Tablo-2: T.C.Sağlık Bakanlığınca yataklı tedavi kurumlarında kullanılmak üzere tasarlanan ameliyat kağıdı.

T.C.
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
.....Hastanesi

Ek No : 12

AMELİYAT KAĞIDI

Adı ve Soyadı :	Ameliyat öncesi tanısı :
Yaşı :	Hasta Kabul No :
Yapılan ameliyat :	Asistan :
Operatör :	Asistan :
Asistan :	Narkozitör :
Ameliyatın Evresi :	Hemşire :
	Hemşire :
Ameliyat sorusu TANI :	
Narkoz (türü, seyri, yan etkileri, alınan önlemler) :	
Ameliyatı yapan doktorun Adı, Soyadı, İmzası	Narkozu verenin Adı, Soyadı, İmzası
Not : Hasta dosyasında saklanacaktır.	

Form No : 63

Ortaya çıkan ameliyat notu onu yazan kişinin özel bilgi, donanım ve yaklaşımını yansıtır. Bu açıdan yazılacak bilgiler ameliyat ekibince kritik edilmeli, fikir birliği sağlanmalı ve kıdemli hekimlerce yeniden gözden geçirilip onaylandıktan sonra kayıtlara geçirilmelidir.

Yapılan bir çalışmada 274 cerrahi asistanıyla görüşülmüş, bu hekimlerin %73' ünün yazdıklarının sonradan düzeltilmesi gerektiği tespit edilmiş, %56'sının yazdıklarını tekrar gözden geçirmedeği, %80'inin eski

ameliyat raporlarını okuyarak ameliyat raporu yazmayı öğrendikleri ve %75'i herhangi bir formal program kullanmadığı ortaya çıkmıştır¹¹. Bu nedenle cerrahi ameliyat raporu yazmak cerrahi eğitim programlarının bir parçası olarak kabul edilmelidir.^{5,11,12}

Yapılan işlemler, kullanılan malzemeler, ekipteki kişiler, ameliyat esnasındaki bulgu ve gelişmeler kolaylıkla unutulabileceğinden ameliyat sonrası mümkün olan en kısa zamanda yazılmalı ve kısa hatırlatıcı bilgi notları tutulmalıdır.¹³ Ameliyat salonunda yazılan notların gerek zaman kısıtlılığı gerekse konfor eksikliği sebebiyle doğru ve okunaklı olmayabileceği unutulmamalıdır.³

Değerlendirme kriterleri göz önüne alındığında elektronik kayıtların doğruluk oranları daha yüksektir. En etkili yöntem bir operatif veritabanı oluşturmaktır. Böylece otomatik kodlama, tanı ve evreleme yapılabilir. Bu şekilde bilimsel çalışmalarda kolaylaşır.⁵ Sık yapılan ameliyatlara için bir proforma-elektronik format kullanılması gözden kaçan detayları da azaltacaktır. Bu formlar üzerinde bulunan anatomik bölgeye uygun ve üzerinde çizimle gösterilebilecek şekiller, yapılan işlemin daha kolay anlaşılmasını sağlar.⁴ İşleme özel klavuzlar hazırlanması da operasyon notlarının kalitesini artıracaktır.¹⁴

Operasyon notu yazmak cerrahi eğitimin bir parçasıdır.¹⁴ Bu konuda kurum ve kuruluşlar, özellikle cerrahi dernekleri; kurslar, seminerler düzenlemeli kitap- broşürler hazırlamalı ve elektronik ortamda ameliyat standartlarını belirlemeye çalışmalıdır. Kurulacak internet sistemiyle çelişkili konularda, örneğin birden fazla farklı branş hekimlerinin ameliyata girdiği yada tedavi uyguladığı olgularda nasıl rapor edileceği gibi konulara açıklık getirmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. K. Payne, A. Rajkumar, S. Ridley, A. El-Tahir. The Standard of operative notes within a General Surgery Department. The Online Journal of Clinical Audits. 2010; 3(1). Available: <http://www.clinicalaudits.com/index.php/ojca/user/register>.
2. E. A. Campling, H.B. Devlin, R.W. Hoile, J.N. Lunn. The report of the national confidential enquiry into perioperative deaths 1992/1993 London: National Confidential Enquiry into perioperative deaths 1995.
3. B.A. Rogers, J. Pleat. Is there adequate information on operation notes? The application of the Royal College of Surgeons of England guidelines. J Perioper Pract. 2010; 20 (9): 339-42.
4. A. Rogers, M. Bunting, A. Atherstone. The quality of operative notes at general surgery unit. S Afr Med J 2008; 98(9): 726-8.
5. L. P. Lefter, S. R. Walker, F. Dewhurst, W. L. Turner. An audit of operative notes: facts and ways to improve. ANZ J Surg 2008; 78: 800-2.
6. The Royal College of Surgeons of England. Guidelines for Clinicians on Medical Records and Notes. London: 1990 (Revised ed. 1994).
7. The Royal College of Surgeons of England. Good surgical Practice. 2008. <http://www.rcseng.ac.uk/publications/docs/good-surgical-practice-1>.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. R.G. Tarihi:04.04.1928 R.G. Sayısı: 863, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html>.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-son-degisi-.html>.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı tedavi kurumları tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri yönergesi. http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/ty_tk_arsiv.pdf.
11. L. M. Gillman, A. Vergis, K. Hardy, J. Park, M. Taylor. Resident training and the dictated operative report: a national perspective. Can J Surg 2010; 53 (4): 246-250.
12. A. C. Eichholz, B. J. Van Voorhis, J. I. Sosrosky, B. J. Smith, A. K. Sood. Operative note dictation: Should it be taught routinely in residency programs? Obstet Gynecol 2004;103: 342-6.
13. A. Shayah, FO Agada, S Gunasekaran, P.Jassar, RJA England. The quality of operative note taking: an audit using the Royal Collage of Surgeons as the gold Standard. Int J Clin Pract 2007; 61 (4): 677-9.
14. L. S. G. L. Wauben, R. H. M. Goossens, J. F Lange. Evaluation of operative notes concerning Laparoscopic Cholecystectomy: are standards being met? World J Surg 2010; 34: 903-9.