

Potęga checklisty

Ewa Kucewicz-Czech¹, Wojtek Karolak²

¹Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

²Katedra i Oddział Kliniczny Kardiochirurgii i Transplantologii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2012; 3: 394–395

Światowa Organizacja Zdrowia zabiega o bezpieczeństwo zdrowotne ludzkości. Jej działania obejmują swoim zasięgiem wszystkie kraje świata. Kampania higieny rąk pochodząca z 2005 r. osiągnęła wielki sukces zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych. Kolejnym sukcesem okazała się akcja „Bezpieczna chirurgia ratuje życie” („*Safe Surgery Saves Lives*”), której mózgiem z ramienia WHO był doktor Atul Gawande, chirurg, autor książki *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. Książka znalazła się na liście najlepiej sprzedających się pozycji wg „New York Times” z 2010 r. Motywacją przedsięwzięcia „Bezpieczna chirurgia ratuje życie” były zatrważające statystyki. Rocznie wykonuje się na świecie ponad 250 milionów operacji, co oznacza, że co 25. mieszkaniec Ziemi poddawany jest zabiegowi chirurgicznemu. Śmiertelność w krajach rozwiniętych wynosi 0,4–0,8%, a w krajach rozwijających się 5–10%. Statystyczny Amerykanin przechodzi średnio 7 operacji w ciągu życia. Liczba zgonów związanych z zabiegami istotnie przewyższa liczbę śmiertelnych ofiar wypadków drogowych. Eksperti WHO twierdzą, że prawie połowy niepożądanych zdarzeń można uniknąć. Efektem kampanii „Bezpieczna chirurgia ratuje życie” jest lista kontrolna.

Listą kontrolną posługują się piloci, przedstawiciele świata biznesu i gospodynie domowe. Idea listy kontrolnej w lotnictwie pochodzi z 1935 r., kiedy nastąpiła katastrofa Boeinga 299 pilotowanego przez dowódcę pilotów oblatywaczy, mistrza pilotażu. Problem nowej maszyny polegał na jednoczesnym nadzorowaniu 4 silników oddzielnie sterowanych i konieczności zwolnienia mechanizmu blokującego stery wysokości i kierunku. Pierwsze opinie po wypadku jednoznacznie dyskwalifikowały maszynę jako zbyt skomplikowaną do prowadzenia przez jednego pilota. Ostateczna konkluzja polegała na stworzeniu listy kontrolnej i zakupie samolotów dla potrzeb armii Stanów Zjednoczonych. W świecie wielkiej finansjery część inwestorów perspektywicznych posługuje się listą kontrolną, aby uniknąć błędów sugerowanych przez „mózg na kokainie”, czyli emocje związane z perspektywą dużych zysków. Prostą checklistą, jaką każda, nawet najbardziej doświadczona gospodyni przegląda przed przystąpieniem do pracy, jest przepis na ciasto.

Fenomen listy kontrolnej polega na jej prostocie. Zaletą jest to, że łączy dotychczas stosowane protokoły postępowania, ułatwia komunikowanie się, kładzie nacisk na pracę zespołową i – co bardzo ważne – minimalizuje utratę ważnych informacji. Jej zadaniem jest przypomnienie o sprawach, które łatwo przeoczyć. Jest strategią przewyższania niepowodzeń. Wprowadza dyscyplinę do naszego postępowania. Pozwala pokonać zawodność pamięci i odwrócenie uwagi przez inne zdarzenia. Rekompensuje niedostateczną staranność.

Checklista kontroluje najczęstsze przyczyny powikłań i zgonów na sali operacyjnej. Uznano, że najważniejszymi z nich są zakażenia, krwotoki, znieczulenie i nieprzewidziany przebieg zdarzeń. Profilaktyka powikłań w trzech pierwszych wymienionych dziedzinach jest realizowana poprzez wymianę krótkich informacji dotyczących infekcji, przygotowania krwi i jej preparatów oraz gotowości sprzętu anestezjologicznego i monitorującego do przeprowadzenia znieczulenia. Najtrudniejszy jest problem nieprzewidzianych zdarzeń, co wynika z natury ich nieprzewidywalności. Żadna procedura nie jest w stanie zapobiec tego rodzaju sytuacjom. Niemniej jednak omówienie przypadku przez wszystkich biorących udział w operacji jest rodzajem grupowej narady. Możliwość wypowiedzenia się uaktywnia zmysł współpracy, odpowiedzialności i zachęca do posiadania własnego wkładu w całe przedsięwzięcie. Można liczyć na to, że w przypadku wystąpienia powikłania lub nieprzewidzianych okoliczności informacje uzyskane w czasie realizacji checklisty zaowocują skuteczną pracą zespołu, która pozwoli sukcesem zakończyć całe przedsięwzięcie. W dużych szpitalach, które realizują programy rezydenckie, szkolą studentów i specjalistów z innych jednostek, blok operacyjny jest pełen „obcych”. Krótka prezentacja zespołu eliminuje anonimowość nowych jego członków i wyzwala w nich twórczą energię. Ludzie, którzy znają się z imienia i nazwiska, lepiej współpracują ze sobą. Zespół jest grupą ludzi, ale grupa ludzi nie musi być zespołem. Lista kontrolna sprawia, że ludzie zgromadzeni przy stole operacyjnym stają się zespołem. Należy uwierzyć w zbiorową mądrość. Człowiek bywa omylny, ludzie prawdopodobnie myślą się rzadziej. Być może dlatego tytuł książki A. Gawandego w polskim tłumaczeniu brzmi *Potęga checklisty*.

Tych, którzy obawiają się zatracenia indywidualnego, niepowtarzalnego charakteru ich pracy, informujemy, że lista kontrolna zachowuje równowagę pomiędzy swobodą i dyscypliną, improwizacją a algorytmami, umiejętnościami jednostki i współpracą w grupie. Gwarantuje dbałość o drobiazgi. Ma wielu przeciwników, ponieważ wymaga skrupulatności i wieje od niej nudą. Lekarze uważają, że jej realizacja jest niepotrzebna, przecież świetnie umiemy improwizować. Optymalizacja poszczególnych części nie spowoduje doskonałej pracy systemu, najbardziej wybitny chirurg nie zastąpi pracy zespołu.

Procedura listy kontrolnej realizowana jest w trzech punktach czasowych (przed indukcją znieczulenia, przed nacięciem skóry, w czasie zamykania rany operacyjnej). Zachowując analogię zaczerpniętą z lotnictwa i stosując tam używaną nomenklaturę gotowość weryfikujemy, przygotowując się do lotu, przed startem i przed lądowaniem. Dobrze nam znaną alternatywą dla listy kontrolnej są podniesione głosy rozchodzące się potężną falą rażenia od stołu operacyjnego. Zdarzają się próby dyscyplinowania, poszukiwanie osoby odpowiedzialnej i konsekwencje personalne. Lista kontrolna umożliwia działanie z wyprzedzeniem, eliminując niepotrzebny stres.

Realizowanie procedury musi odbywać się wg określonych zasad. Pytania muszą być krótkie i proste, odpowiedzi zwięzłe, wymiana informacji musi być prowadzona „na głos”. Podczas tych krótkich momentów czytania listy powinny milknąć rozmowy na sali operacyjnej. Skonstruowana przez pracowników WHO karta jest wzorem, który należy lokalnie zmodyfikować. Tworzenie i modyfikowanie karty powinno być wspólną pracą. Wdrożenie procedury powinien poprzedzić okres próbny, przeznaczony na jej testowanie. Grupa odpowiedzialna za wprowadzenie procedury musi wykazać się cierpliwością i niezłomną wiarą w słuszność sprawy. Nie ma sensu sytuacja, w której tuż przed wyjazdem chorego z bloku operacyjnego pielęgniarka w pośpiechu i milczeniu stawia „ptaszki” w stosownych punktach checklisty.

Autorzy tego listu stworzyli checklistę o lokalnej specyfice. Przebrnęliśmy już przez okres testowania i rozpoczynamy zintegrowane wprowadzanie listy kontrolnej. Świadomi korzyści wynikających z jej wdrożenia rozszerzyliśmy zakres funkcjonowania tej procedury. Przyjęcie chorego na oddział pooperacyjny odbywa się z realizacją kolejnej checklisty. Przy łóżku chorego gromadzą się dwa zespoły: bloku operacyjnego i oddziału pooperacyjnego. Checklistę realizują: anestezjolog POP, pielęgniarka anestezjologiczna, pielęgniarka pooperacyjna, chirurg operator lub pierwszy asystent i anestezjolog znieczulający. Ważną kwestią rozpatrywaną w zespole ludzi, którzy kończą opiekę nad chorym, i tych, którzy ją przejmują, są zalecenia i sugestie dotyczące wczesnego okresu pooperacyjnego zgłaszane przez operatora i znieczulającego anestezjologa. Mamy nadzieję, że w ten sposób uda się zachować ciągłość terapii. Przekazywanie chorego jest krytycznym momentem, w którym część ważnych szczegółów dotyczących chorego może umknąć. Liczymy na potęgę checklisty.

Piśmiennictwo

1. Gawande A. The checklist manifesto. How to get things right. Picador, New York 2010.
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491-499.
3. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, Schlack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MG, Smorenburg SM, Boermeester MA; SURPASS Collaborative Group. Effect of comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363: 1928-1937.