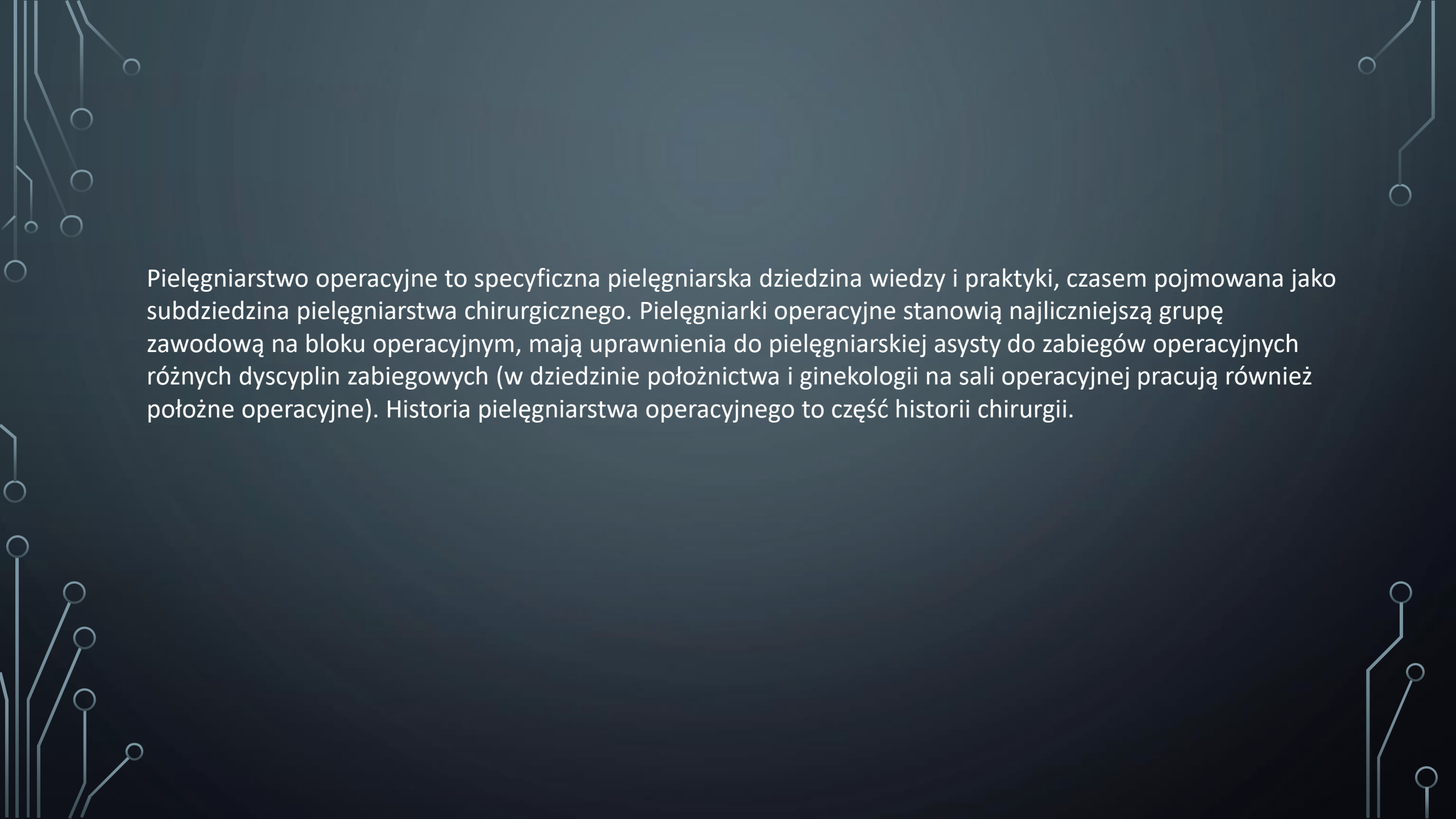




PIELĘGNIARSTWO OPERACYJNE W POŁOŻNICTWIE



Pielęgniarstwo operacyjne to specyficzna pielęgniarska dziedzina wiedzy i praktyki, czasem pojmowana jako subdziedzina pielęgniarstwa chirurgicznego. Pielęgniarki operacyjne stanowią najliczniejszą grupę zawodową na bloku operacyjnym, mają uprawnienia do pielęgniarskiej asysty do zabiegów operacyjnych różnych dyscyplin zabiegowych (w dziedzinie położnictwa i ginekologii na sali operacyjnej pracują również położne operacyjne). Historia pielęgniarstwa operacyjnego to część historii chirurgii.

Pierwsze ślady zabiegów wykonywanych celowo u człowieka pochodzą z epoki paleolitu (w czasce wykonywano otwór trepanacyjny – nie wiadomo, czy dla celów leczniczych, czy magicznych). W V wieku p.n.e. całość ówczesnej wiedzy Hipokrates zebrał w traktatach poświęconych chirurgii, w których przedstawił zasady wykonywania określonych zabiegów operacyjnych. Można je traktować jako pierwsze wytyczne działania sali operacyjnej. Do XVIII wieku dominowała wiedza pochodząca z dzieł Galena. Przedstawiał w nich m.in. zasady wykonywania zabiegów oraz potrzebne instrumentarium.

W Średniowieczu chirurgia ograniczała się do leczenia ran, złamań, ropni. Cyrulicy mieli do pomocy zwykle przyuczoną osobę, ale nie stronili od magicznych zabiegów. Szpitale o wyższych standardach powstawały w krajach Wschodu (Bagdad, Damaszek, Kair), tam także były pierwsze sale operacyjne. W Europie podobną rolę spełniały przytułki, a następnie zakłady opiekuńcze prowadzone przez kościół. Najstarsze z nich to Hotel Dieu (Paryż) i Szpital Św. Bartłomieja (Londyn). Z czasem szpitale stopniowo zaczęły przechodzić w ręce władz świeckich i stały się miejscem leczenia chorych.

Początków rozwoju specjalizacji pielęgniarstwa operacyjnego należy doszukiwać się w bardzo odległych czasach, wśród leczących kapłanek, kobiet, które musiały zajmować się rannymi współplemieńcami oraz wśród uczniów cyrulików, żon chirurgów i lekarzy. Pierwsze instrumentariuszki nie zawsze były pielęgniarzkami, czasem były szkolone przez lekarzy chirurgów, a następnie – po odbyciu kursu – przystępowały do egzaminu państwowego i otrzymywały dyplom pielęgniarki. Taka sytuacja trwała do 1965 r., a była skutkiem braku pielęgniarek po II wojnie światowej. W 1955 r. ukazała się pierwsza polskojęzyczna publikacja omawiająca treści z pielęgniarstwa operacyjnego pt.: „Podręcznik dla instrumentariuszek”, wydany przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich w Warszawie. Był to podręcznik zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia dla uczniów średnich szkół medycznych pismem z dnia 5 października 1954 r. Jak dotąd jest to jedyny oficjalny podręcznik poruszający zagadnienia związane z pracą pielęgniarek w bloku operacyjnym. Kolejną publikacją było „Pielęgniarstwo operacyjne”, którego autorką jest Maria Ciuruś.



Pierwsze instrumentariuszki

nie zawsze były pielęgniarzkami, czasem były one szkolone przez lekarzy chirurgów a następnie przystępowały do egzaminu państwowego i otrzymywały dyplom pielęgniarzki.

Pierwsze „dyplomowane” pielęgniarzki kształciły praktycznie tj. w warunkach sali operacyjnej nowe instrumentariuszki.

Do ok.1950 r.

w salach operacyjnych pracował jeden zespół pielęgniarek, które zajmowały się znieczuleniem eterowym i pomaganiem chirurgowi.

Po ok. 1950 r.

nastąpiło rozdzielenie zadań wykonywanych przez pielęgniarki bloku operacyjnego.

Zaczęły się tworzyć dwie odrębne specjalności:

pielęgniarstwo operacyjne (instrumentariuszki),

pielęgniarstwo anestezyjologiczne.

1960r. Utworzenie Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych w Warszawie.

Powstał pierwszy program kształcenia podyplomowego pielęgniarek instrumentariuszek, który obowiązywał do 1995r.

Pierwsze kursy kwalifikacyjne i specjalizacje odbywały się w Wojewódzkich Ośrodkach Doskonalenia Kadr Medycznych (WODKM).

W 1968 r. Ministerstwo Zdrowia wyodrębniło system specjalizacji, wśród których znalazło się pielęgniarstwo operacyjne (pozostałe specjalizacje to: pediatryczna, psychiatryczna, zachowawcza, środowiskowa, chirurgiczna). Pierwsze szkolenia były prowadzone przez Wojewódzkie Ośrodki Doskonalenia Kadr Medycznych, a programy nie były jednolite. Dopiero w 1995 r. Centrum Edukacji Medycznej podjęło próby opracowania programu kształcenia pielęgniarek operacyjnych. W 1998 r. utworzono w Warszawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, które zajęło się ujednoczeniem programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce.

Pielęgniarstwo operacyjne jest bardzo dynamicznie zmieniającą i rozwijającą się dziedziną wiedzy. Wraz z nowymi technikami operacyjnymi wkraczają nowe urządzenia, instrumentarium, materiały szewne, implanty.

1967-1996r. Liceum Medyczne (5 lat), Medyczne Studium Zawodowe (2 lata) - po ukończeniu liceum

W ramach programu nauczania pielęgniarstwa uczennice szkół pielęgniarstwa odbywały **dwutygodniowe zajęcia praktyczne w blokach operacyjnych (10 dni po 7 godzin zegarowych).**

Modele kształcenia pielęgniarek operacyjnych w Polsce do 1996r.:

I model:

- Szkoła podstawowa (8 lat),
- Liceum Medyczne (5 lat -zajęcia praktyczne w bloku oper.),
- Szpital
- praca w bloku operacyjnym – szkolenie praktyczne,
- kurs i specjalizacja jako kształcenie podyplomowe.

II model:

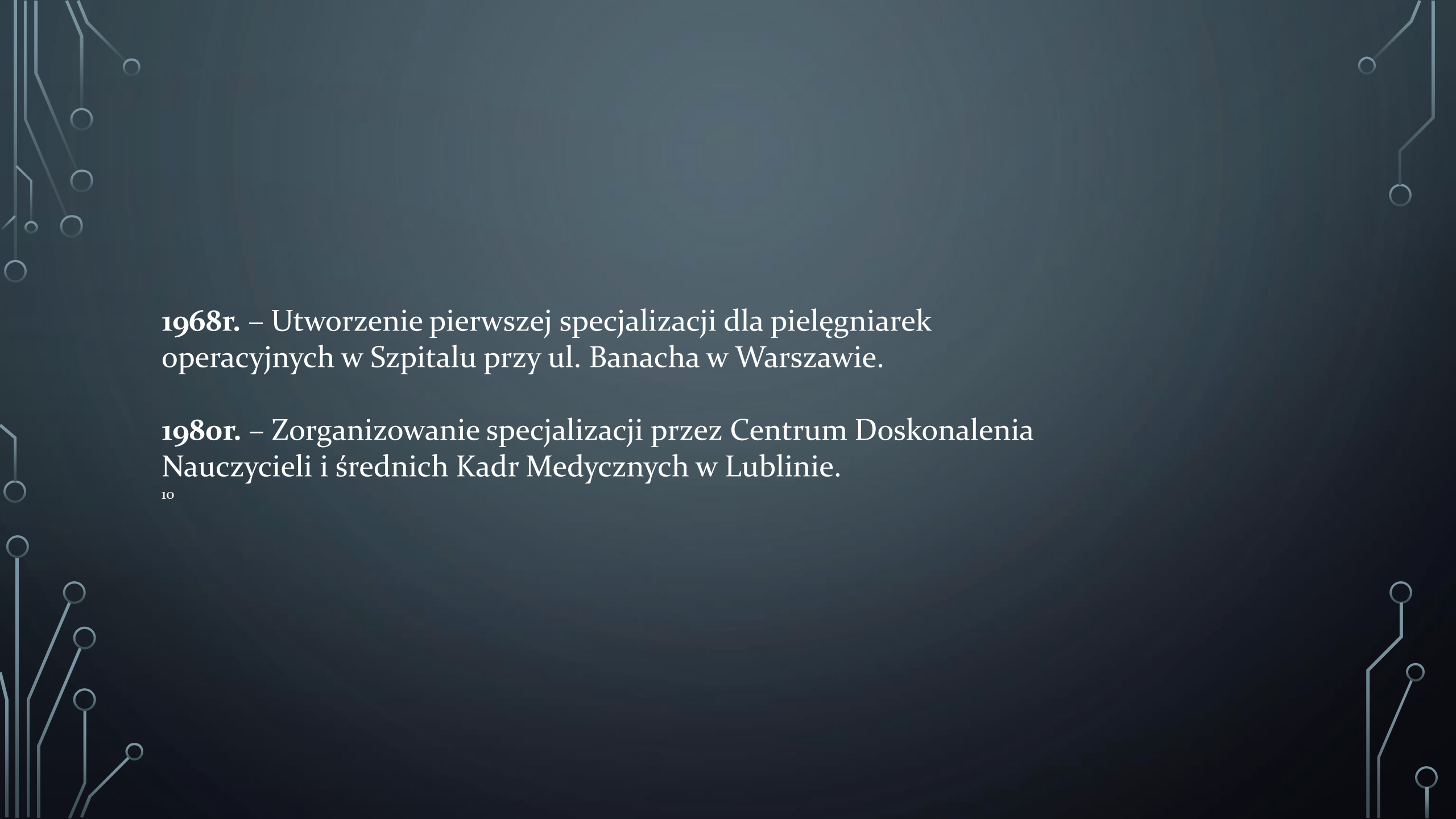
- Szkoła podstawowa (8 lat),
- Liceum Ogólnokształcące (4 lata),
- Medyczne Studium zawodowe (2 lata, zajęcia praktyczne w bloku oper.),
- Szpital
- praca w bloku operacyjnym – szkolenie praktyczne,
- kurs i specjalizacja jako kształcenie podyplomowe

1996 Studia pielęgniarstwa I stopnia (Licencjat)

Od czasu wprowadzenia licencjatu zlikwidowano zajęcia praktyczne w blokach operacyjnych.

Model kształcenia pielęgniarek w Polsce od 1996r.:

1. Szkoła podstawowa (6 lat),
2. Gimnazjum (3 lata)
3. Liceum ogólnokształcące (3 lata)
4. Studia pielęgniarstwa I^o - licencjat (2 lata)
5. Szpital
6. praca w bloku operacyjnym – szkolenie praktyczne,
7. kurs i specjalizacja jako kształcenie podyplomowe.
8. Studia pielęgniarstwa II^o - studia magisterskie (2 lata)



1968r. – Utworzenie pierwszej specjalizacji dla pielęgniarek operacyjnych w Szpitalu przy ul. Banacha w Warszawie.

1980r. – Zorganizowanie specjalizacji przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli i średnich Kadr Medycznych w Lublinie.

1994r. Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie – przy współpracy z Firmą J&J zorganizowano kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek operacyjnych. Opiekę merytoryczną nad kursem sprawowała Ellen Murphy, Prezydent Amerykańskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Operacyjnych (Association of Operating Room Nurses). ¹¹

1995r.

Spotkanie pielęgniarek operacyjnych w Mikołajkach zorganizowane przez Firmę Johnson&Johnson. W spotkaniu uczestniczyła Ellen Murphy. W czasie zjazdu zrodził się pomysł na rozpoczęcie kształcenia pielęgniarek operacyjnych w Polsce.

Powołanie zespołu ds. opracowania nowego programu kształcenia podyplomowego pielęgniarek operacyjnych w Centrum Edukacji Medycznej.

Opracowanie programu kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek/położnych operacyjnych.
Powstanie Stowarzyszenia Instrumentariuszek Polskich - pierwszego stowarzyszenia pielęgniarek operacyjnych w Polsce (w krótkim okresie stowarzyszenie rozpadło się).

1996r.

W 10 ośrodkach wojewódzkich zorganizowano kursy kwalifikacyjne wg nowego programu.

Po zakończeniu kursów w CEM zorganizowano warsztaty szkoleniowe, w których wzięli udział członkowie zespołu opracowującego program kursu kwalifikacyjnego oraz przedstawiciele organizatorów szkolenia ze wszystkich ośrodków.

Obie strony wymieniły doświadczenia.

Wprowadzono poprawki do programu kursu.

1996r. Powstanie Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych w Bydgoszczy.

1997r.

Ponownie zorganizowano kursy pilotażowe w 10 ośrodkach wojewódzkich, prowadzono nadzór merytoryczny ze strony CEM, ponownie zorganizowano warsztaty szkoleniowe, które zaowocowały wprowadzeniem kolejnych zmian do programu kursu.

Równocześnie opracowano nowy program specjalizacji.



1998r.

Opracowanie kolejnej wersji programu kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek/położnych operacyjnych i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Plan nauczania na kursie kwalifikacyjnym obejmował:

zajęcia teoretyczne – 142 godz.

zajęcia stażowe - 300 godz.

konsultacje uczestników z kierownikiem kursu – 5 godz.

samokształcenie - 26 godz.

1998r. Utworzenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP) w Warszawie

Ujednolicono system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych we wszystkich specjalnościach.

Opracowano nowe, ramowe programy kształcenia podyplomowego dla wszystkich kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji.

Opracowane programy będą obowiązywały do 23 sierpnia 2015r.

Ramowy program kształcenia kursu kwalifikacyjnego, obejmował:

blok ogólnozawodowy, wspólny dla wszystkich kursów kwalifikacyjnych niezależnie od dziedziny kształcenia,

blok specjalistyczny właściwy dla dziedziny będącej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego.
Czas trwania kursu kwalifikacyjnego nie mógł być krótszy niż 3 miesiące i nie dłuższy niż 6 miesięcy.



1999

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Blok Operacyjny - organizacja i funkcjonowanie” organizowana w czerwcu każdego roku.

Powstanie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek z siedzibą w Białymstoku.

2008r. Rejestracja Stowarzyszenia Instrumentariuszek Ortopedycznych.

2010r.

Powstanie Zespołu ds. Pielęgniarstwa Operacyjnego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Powstanie Karkonoskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek w Jeleniej Górze.

Od czerwca 2011r. Karkonoskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek wydaje „Magazyn Pielęgniarek Operacyjnych”.

2011r.

**☒ Powołanie Konsultanta Krajowego w dziedzinie
Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Operacyjnego.**

Na stanowisko konsultanta powołano dnia 20.12.2011r. dr hab. n. med. Marię Teresę Szewczyk (Zakład Nauczania Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy).



31.07.2013r.

Spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W czasie spotkania zapadła decyzja o utrzymaniu kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.



27.08.2013r.

Złożenie przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek wniosku do Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Bloku Operacyjnego (EORNA) z prośbą o przyjęcie w poczet członków.

12.09.2013r.

☑ Zorganizowanie pierwszej konferencji przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek. Konferencja odbyła się w Warszawie pod hasłem „Współczesne pielęgniarstwo operacyjne w Polsce – rozwój i integracja”.

12.12.2013r.

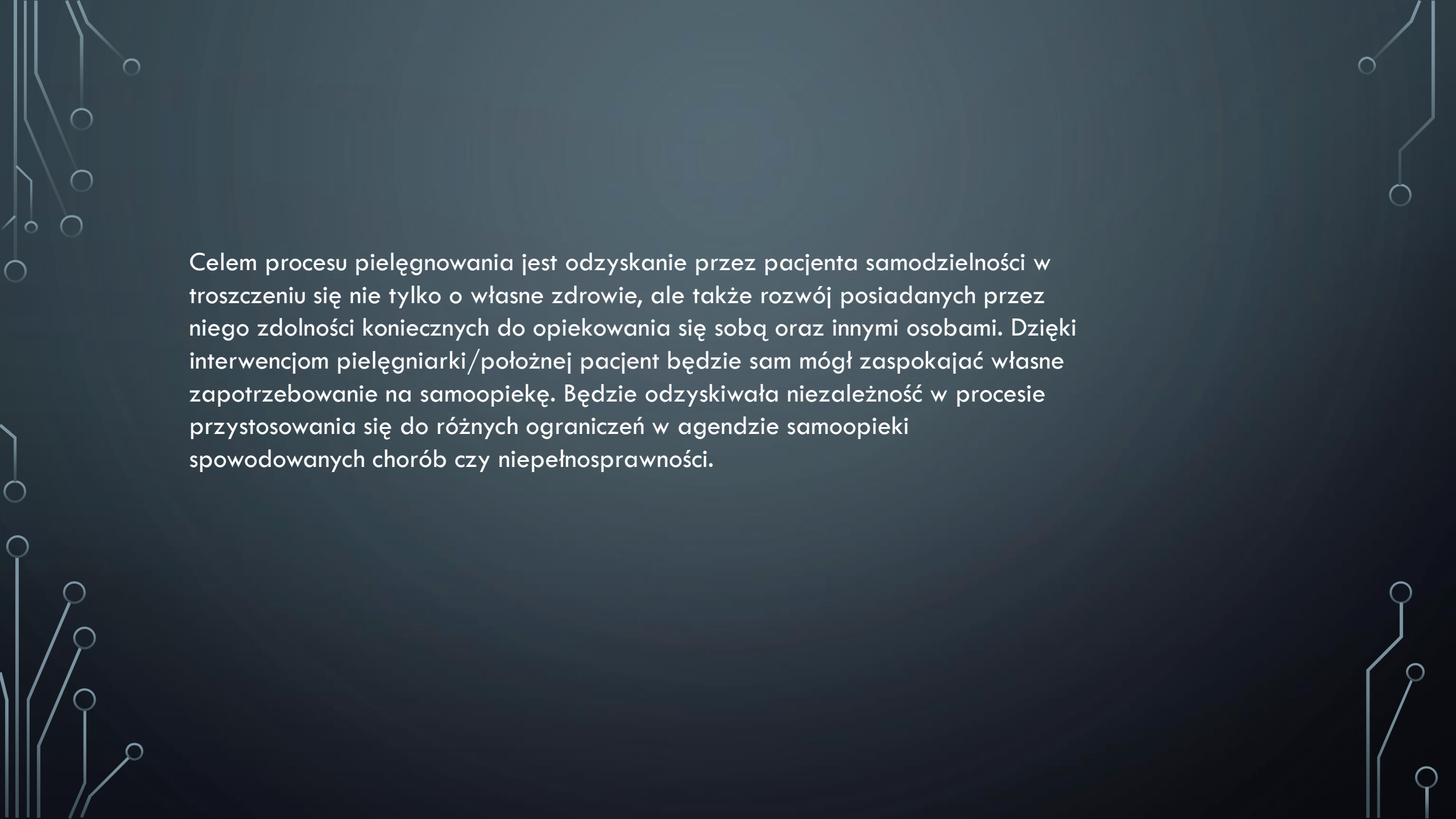
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12.12.2013r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

W rozporządzeniu znajduje się zapis dotyczący:

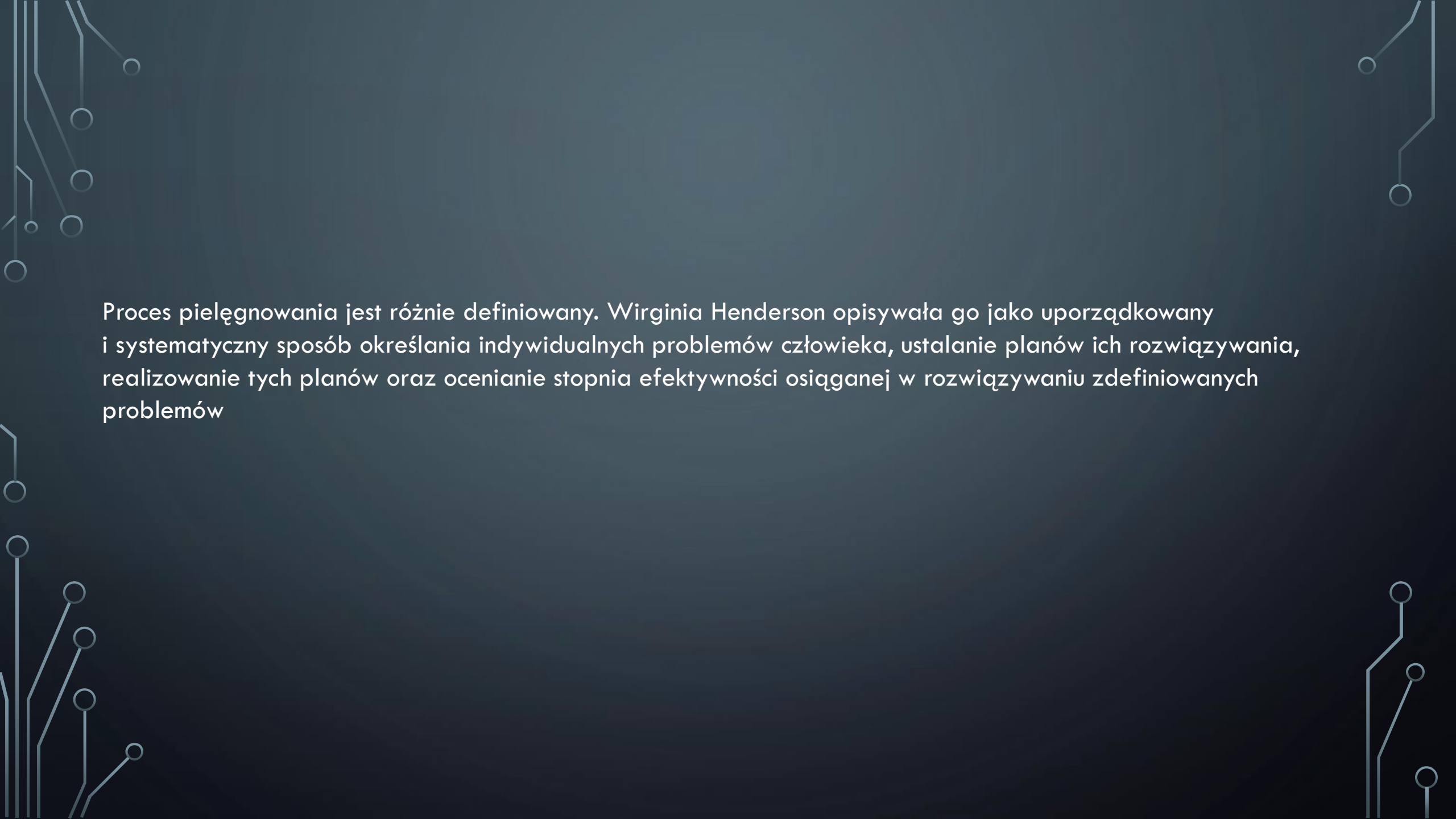
- **specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,**
- **kursu kwalifikacyjnego dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,**
- **kursu kwalifikacyjnego dla położnych w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.**

Proces pielęgnowania

Proces pielęgnowania – „esencja praktyki pielęgniarstwa” – jest jakościową metodą pracy, która plasuje się znacznie wyżej od pielęgnowania tradycyjnego. W procesie pielęgnowania pielęgniarka, położna rzeczywiście pielęgnuje, jej pielęgnowanie jest uzasadnione a interwencje jakie podejmuje, nie pomagają lekarzowi lecz pacjentce. W tej nowej metodzie pracy pielęgniarka/położna odchodzi od rutynowych, intuicyjnych, często przypadkowych działań pielęgnacyjnych realizowanych przy okazji wykonywania zleceń lekarskich. Pielęgniarka/położna wyposażona w szeroką wiedzę medyczną opierając się na doświadczeniu zawodowym oraz wymaganiach jakie niesie proces pielęgnowania, samodzielnie podejmuje celowaną i planową pracę z pacjentem niezależnie od innych profesjonalistów. To ona odpowiada indywidualnie za realizowaną przez nią opiekę, bo to ona jest twórcą programu pielęgnowania, tak jak lekarz programu leczenia



Celem procesu pielęgnowania jest odzyskanie przez pacjenta samodzielności w troszczeniu się nie tylko o własne zdrowie, ale także rozwój posiadanych przez niego zdolności koniecznych do opiekowania się sobą oraz innymi osobami. Dzięki interwencjom pielęgniarki/położnej pacjent będzie sam mógł zaspokajać własne zapotrzebowanie na samoopiekę. Będzie odzyskiwała niezależność w procesie przystosowania się do różnych ograniczeń w agendzie samoopieki spowodowanych chorobami czy niepełnosprawności.



Proces pielęgnowania jest różnie definiowany. Wirginia Henderson opisywała go jako uporządkowany i systematyczny sposób określania indywidualnych problemów człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zdefiniowanych problemów

Pierwszy etap – gromadzenie danych

W tym etapie pielęgniarka/położna wykorzystując metodykę gromadzenia danych, zbiera informacje o pacjencie i poszczególnych członkach jego rodziny w pięciu zakresach (aspektach): biologicznym, psychicznym, społecznym, edukacyjnym i rodzinnym.

W zakresie biologicznym pielęgniarka/położna gromadzi informacje dotyczące:

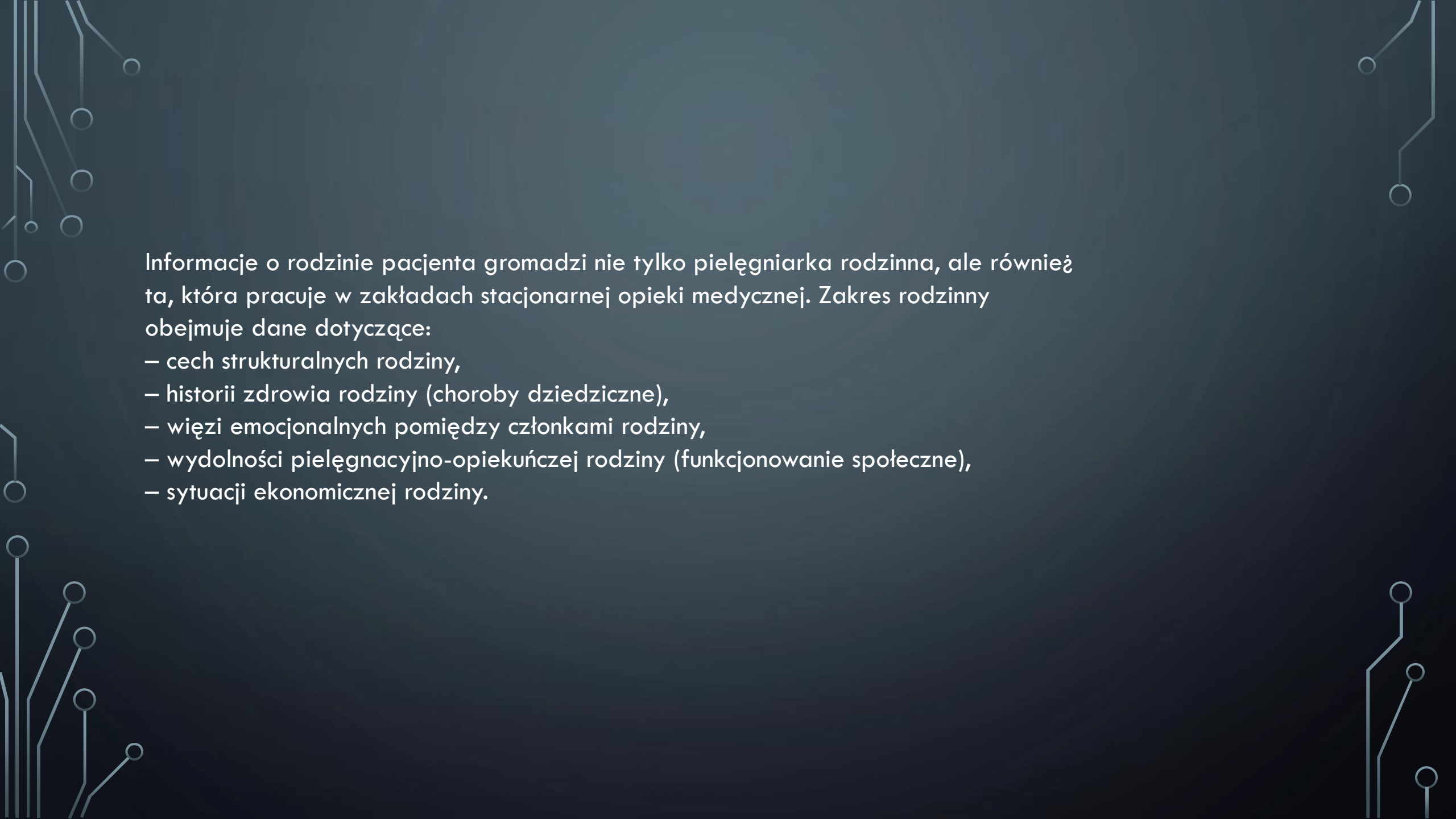
- historii zdrowia pacjenta,
- wydolności poszczególnych układów: nerwowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, trawienne-go, kostno-stawowo-mięśniowego, moczowo-płciowego, narządów zmysłów,
- reakcji pacjenta na ból,
- czynników alergizujących i reakcji alergicznych pacjenta,
- stylu życia.

Zakres informacji w aspekcie psychicznym niezbędny pielęgniarce/położnej do prawidłowego procesu pielęgnowania winien zawierać zbiór danych dotyczących:

- podstawowych możliwości umysłowych pacjenta,
- orientacji co do własnej osoby i najbliższego otoczenia,
- orientacji w jego własnych możliwościach,
- stosunku pacjenta do własnego ciała i aktualnej sytuacji życiowej,
- sposobu reagowania w określonej sytuacji zdrowotnej,
- osobowości pacjenta (aspiracje, dążenia, egocentryzm, altruizm),
- potrzeb duchowych.

Spółeczny zakres wiedzy o pacjencie to zbiór danych określających:

- wiek, płeć, wykształcenie pacjenta,
- zawód, aktywność zawodową, warunki i charakter wykonywanej pracy,
- Źródło utrzymania,
- nałogi i przyzwyczajenia pacjenta,
- sposób komunikowania się z otoczeniem,
- role pełnione w życiu oraz wpływ obecnej sytuacji zdrowotnej i życiowej pacjenta na zakres pełnionych dotychczas ról.

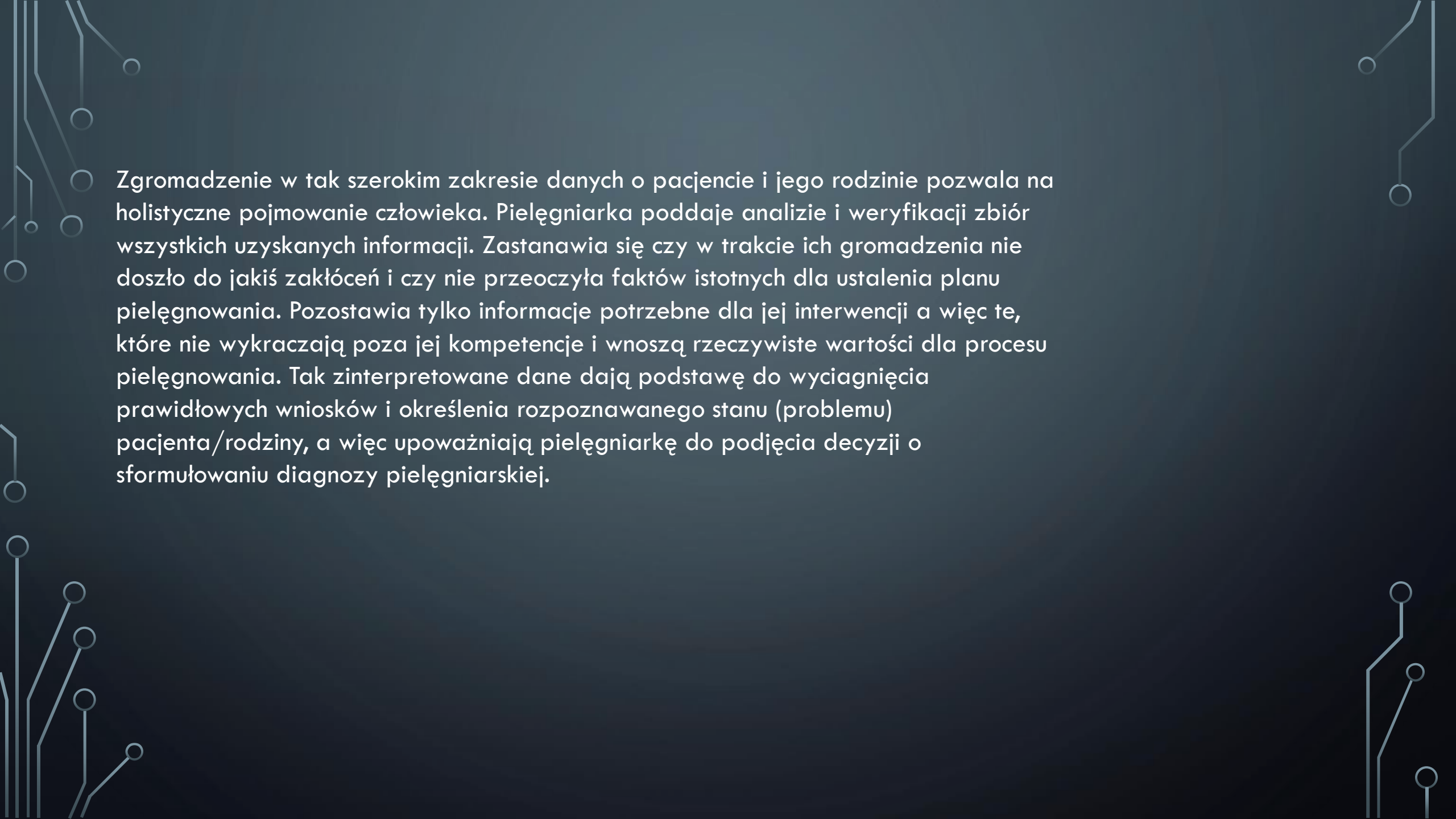


Informacje o rodzinie pacjenta gromadzi nie tylko pielęgniarka rodzinna, ale również ta, która pracuje w zakładach stacjonarnej opieki medycznej. Zakres rodzinny obejmuje dane dotyczące:

- cech strukturalnych rodziny,
- historii zdrowia rodziny (choroby dziedziczne),
- więzi emocjonalnych pomiędzy członkami rodziny,
- wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny (funkcjonowanie społeczne),
- sytuacji ekonomicznej rodziny.

Zbiór informacji koniecznych pielęgniarce/położnej do podjęcia pracy edukacyjnej z pacjentem i jego rodziną powinien określać:

- poziom wiedzy i umiejętności pacjenta i członków jego rodziny w zakresie utrzymania zdrowia zapobiegania chorobom,
- poziom wiedzy pacjenta i członków rodziny o chorobie/ach występujących w rodzinie,
- zakres umiejętności pacjenta i poszczególnych członków rodziny koniecznych do sprawowania samoopieki i opieki nieprofesjonalnej w stosunku do potrzebujących pomocy w rodzinie np.: dzieci, chorych, starców, niepełnosprawnych.



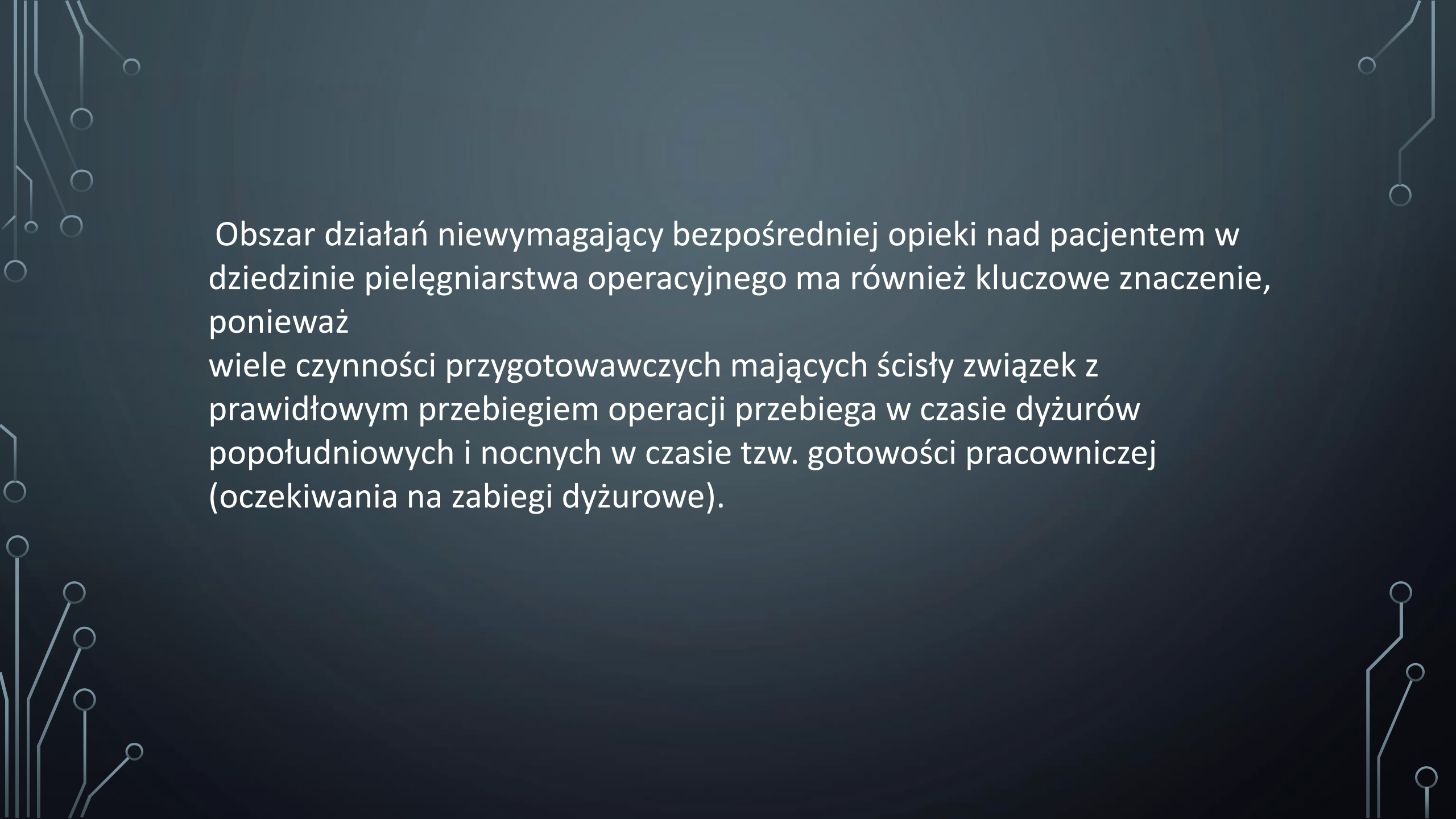
Zgromadzenie w tak szerokim zakresie danych o pacjencie i jego rodzinie pozwala na holistyczne pojmowanie człowieka. Pielęgniarka poddaje analizie i weryfikacji zbiór wszystkich uzyskanych informacji. Zastanawia się czy w trakcie ich gromadzenia nie doszło do jakichś zakłóceń i czy nie przeoczyła faktów istotnych dla ustalenia planu pielęgnowania. Pozostawia tylko informacje potrzebne dla jej interwencji a więc te, które nie wykraczają poza jej kompetencje i wnoszą rzeczywiste wartości dla procesu pielęgnowania. Tak zinterpretowane dane dają podstawę do wyciągnięcia prawidłowych wniosków i określenia rozpoznawanego stanu (problemu) pacjenta/rodziny, a więc upoważniają pielęgniarkę do podjęcia decyzji o sformułowaniu diagnozy pielęgniarskiej.

Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarских, jak i problemów pacjenta określonych w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

głównym celem opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest zapewnienie holistycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta zgodnie z obowiązującym prawem, zasadami postępowania i zaleceniami. Istotą holistycznej opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej jest bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny w zakresie swoich kompetencji. Wyróżnić w tej dziedzinie można obszary działań związane z bezpośrednią opieką nad pacjentem i w nich da się wyodrębnić trzy fazy działań: fazę przedoperacyjną, śródoperacyjną i pooperacyjną.

W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:


- obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów),
- obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarce instrumentującej),
- obszar zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu,
- obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem czy innymi członkami zespołu operacyjnego, dotyczący obowiązków pracowniczych wykonywanych w czasie godzin popołudniowych i nocnych, a mający szczególne znaczenie w tej dziedzinie pielęgniarstwa.



Obszar działań niewymagający bezpośredniej opieki nad pacjentem w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego ma również kluczowe znaczenie, ponieważ wiele czynności przygotowawczych mających ścisły związek z prawidłowym przebiegiem operacji przebiega w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych w czasie tzw. gotowości pracowniczej (oczekiwania na zabiegi dyżurowe).

RYTERIA STRUKTURY

1. Zespół pielęgniarek/położnych operacyjnych jest przygotowany do świadczonej opieki zgodnie z założeniami planu.
2. Na blokach operacyjnych powinny być zatrudnione specjalistki pielęgniarstwa operacyjnego (minimum jedna na jedną zmianę roboczą na każdą ze specjalności w danym bloku operacyjnym).
3. Liczba pielęgniarek/położnych operacyjnych jest ustalona na poziomie zapewniającym odpowiednią jakość usług. Aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjenta, na każdy czynny stół operacyjny (taki, na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypadają minimum dwie pielęgniarki/położne operacyjne: pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca i pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca. Ta ostatnia powinna (na równi z pielęgniarką instrumentującą) być zorientowaną, na jakim etapie jest zabieg operacyjny, jej głównym zadaniem jest pomoc pielęgniarce operacyjnej instrumentującej. Pomoc ta polega na sprawnym dostarczaniu materiałów dodatkowych, obsłudze urządzeń i sprzętu znajdującego się na Sali operacyjnej (oprócz sprzętu anestezyjologicznego).

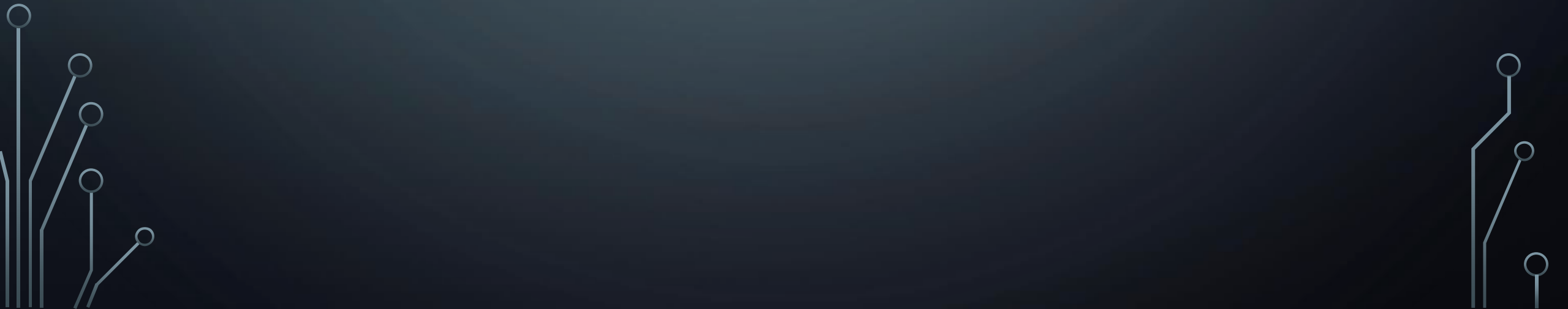


Na bloku operacyjnym jest zapewniony dostęp do aktualnych regulaminów, standardów i procedur, które mają zastosowanie w danej sytuacji.

5. Blok operacyjny jest wyposażony w kanały łączności, w tym Internet.

6. Blok operacyjny jest wyposażony w niezbędną aparaturę, sprzęt, materiały do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego/diagnostycznego.

7. Blok operacyjny jest wyposażony w materiały niezbędne do dokumentowania pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych, w szczególności w protokół pielęgniarstwa operacyjnego, który powinien być dołączany do historii choroby.



Protokół pielęgniarstwa operacyjnego – dokumentacja pielęgniarstwa operacyjnego prowadzona na bieżąco w trakcie procedury medycznej wykonywanej w warunkach sali operacyjnej to dokument, w którym zawarte są następujące informacje: data, dane pacjenta, dane zespołu operacyjnego, oznaczenie sali operacyjnej, w której przebiega procedura medyczna, numer zabiegu na sali operacyjnej w danym roku, miesiącu i w danym dniu, czas zabiegu, rodzaj wykonywanego zabiegu, rodzaj znieczulenia, użyte instrumentarium, zużyte materiały i akcesoria, leki, płyny, używana aparatura medyczna, rodzaj preparatów wysyłanych do różnego typu badań. Dokument taki jest dostosowany do danego bloku operacyjnego, a jego oryginał powinien być dołączany do historii choroby. Najczęściej stosowane nazwy dla takiego dokumentu to: „protokół pielęgniarstwa operacyjnego” lub „karta zużycia materiału”. Dokument powinien być podpisywany przez obie pielęgniarki operacyjne (instrumentującą i pomagającą).

Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca

Przygotowanie i sprawdzenie Sali operacyjnej,

sprawdzenie funkcjonowania aparatury medycznej (ogólnochirurgicznej i specjalistycznej – np. oświetlenia chirurgicznego, stołu operacyjnego, diatermii chirurgicznej, noża harmonicznego, sprzętu niezbędnego do wykonania operacji endoskopowych, np. laparoskopowych, torakoskopowych, artroskopowych itp.)

Przygotowanie zestawów z narzędziami, pakietów z bielizną operacyjną, pakietów z materiałem z gazy operacyjnej.

Przygotowanie materiałów wszczepialnych (implantów) w razie potrzeby.

Przygotowanie materiału szewnego i sprzętu dodatkowego, takiego jak:

cewniki, sondy, rękawice chirurgiczne, folia chirurgiczna, osłony na przewody i aparaturę medyczną itp.

Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk.

Aktywne uczestniczenie w przygotowaniu stolików z instrumentarium i personelu do operacji, tj. otwieranie zestawów, pakietów, kontenerów z zachowaniem zasad sterylności. Pomoc w zawiązywaniu jałowych fartuchów chirurgicznych.

Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej.

Przygotowanie pojemników na tkanki/narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego.

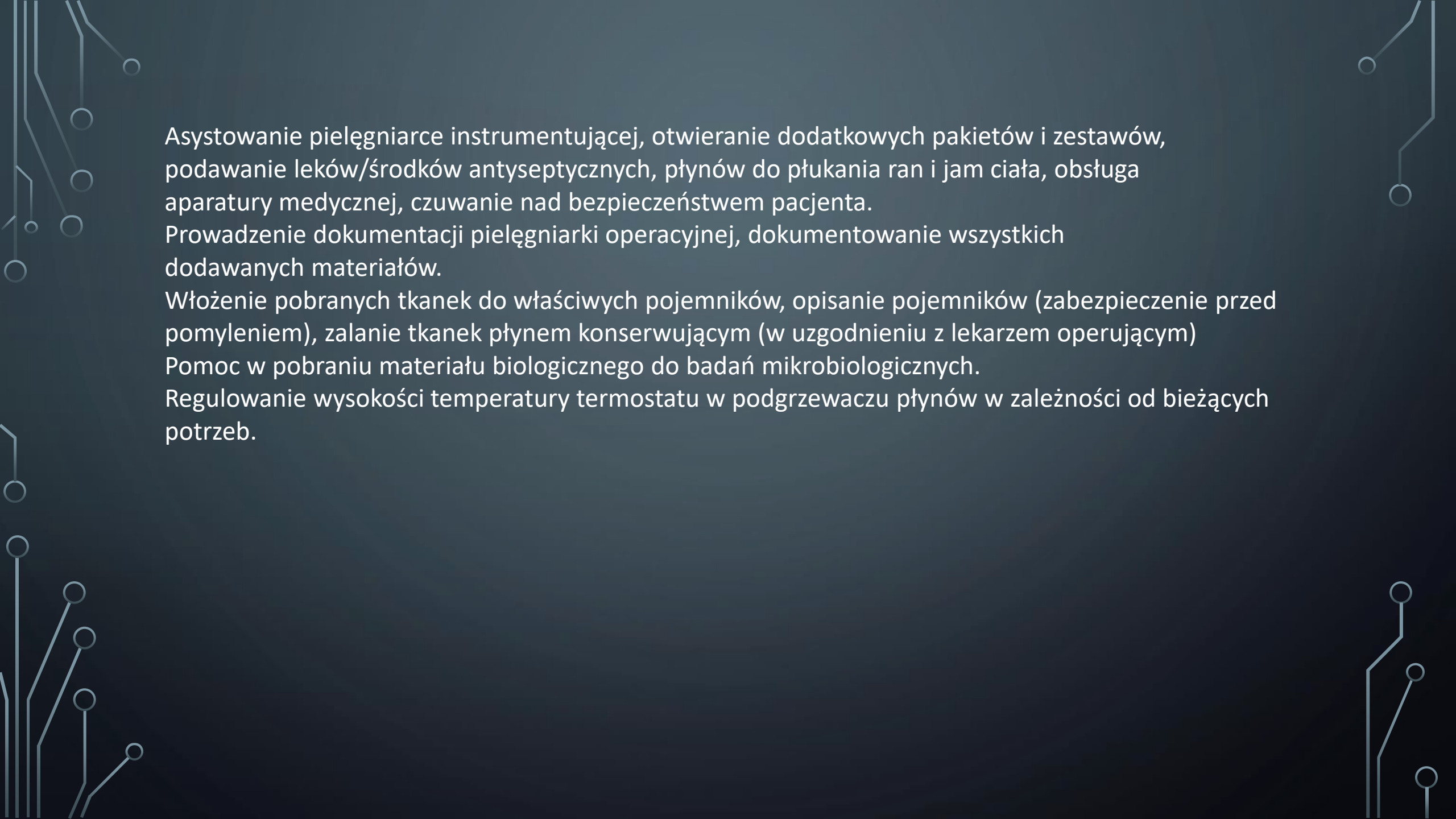
Przygotowanie pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych.

Udział w przyjęciu pacjenta na salę operacyjną, sprawdzenie tożsamości pacjenta i operowanej strony/lub operowanego narządu (niezależnie od lekarza operatora), pomoc operatorowi/asyście w bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym (stosowanie maty stabilizacyjnej, udogodnień, pasów mocujących itp.).

Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych).
zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonnym na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego).
zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej, naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej.
Zabezpieczenie pacjenta w osłony radiologiczne w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych.

Czynności wykonywane w czasie trwania operacji i wykonawca

przygotowanie zestawu do dezynfekcji skóry pola operacyjnego, ubranie członków zespołu operacyjnego w jałowe fartuchy chirurgiczne i jałowe rękawice chirurgiczne, instrumentowanie, podawanie zabezpieczonego przed zagubieniem materiału z gazy chirurgicznej, podawanie materiału szewnego i dodatkowego, obserwowanie pola operacyjnego i otoczenia pacjenta operowanego, okresowe liczenie narzędzi, nici i gazy w trakcie trwania operacji, liczenie instrumentarium i pozostałych materiałów przed zakończeniem operacji, czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości w czasie trwania operacji



Asystowanie pielęgniarce instrumentującej, otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów, podawanie leków/środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała, obsługa aparatury medycznej, czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta.

Prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa operacyjnego, dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów.

Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników, opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem), zalanie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym)

Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych.

Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb.

Czynności wykonywane po zakończeniu operacji i wykonawca

liczenie narzędzi i materiałów użytych do operacji], wykonanie dezynfekcji wstępnej narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, szczelne zapakowanie używanych narzędzi i sprzętu medycznego i przekazanie do sterylizatorni , uzupełnienie zużytych w czasie operacji materiałów i sprzętów –przygotowanie standardowych ilości sprzętu i materiałów gotowych do rozpoczęcia następnych operacji.

Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej.

Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym.

Nadzór nad dekontaminacją Sali operacyjnej.

Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki/położnej operacyjnej

Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru, nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej.

Zarejestrowanie pobranych próbek i zorganizowanie niezwłocznego przekazania materiału do pracowni mikrobiologicznej, zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem.

Pomoc w bezpiecznym zdjęciu pacjenta ze stołu operacyjnego/przełożeniu pacjenta na wózek transportowy lub do łóżka, nadzór nad dezynfekcją sprzętów przeznaczonych do stabilizacji ciała pacjenta.

Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku, toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji).

Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych), zdjęcie elektrody neutralnej

Organizowanie zaplecza, np. zawiadamianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z Sali operacyjnej.

Obszar zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu

Członkowie zespołu operacyjnego mają obowiązek używania środków ochrony osobistej stosownie do zagrożeń opisanych w Międzynarodowej Karcie Charakterystyki Zagrożeń Zawodowych. Środki te mają być użyte zgodnie z przeznaczeniem, a pracodawca ma obowiązek zapewnić je w wystarczającej ilości.

- Pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają poczucie godności własnej pacjenta i bezpieczeństwa psychicznego, stosując zasadę jasności i precyzji w komunikowaniu się z pacjentem z poszanowaniem jego odrębności kulturowej.
- Pielęgniarki/położne operacyjne stosują zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego układania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń.
- Pielęgniarki/położne operacyjne pracują zgodnie z przyjętymi zasadami, przeciwdziałając zdarzeniom niepożądanym.
- Pielęgniarki/położne operacyjne, świadcząc holistyczną (bezpośrednią i pośrednią) opiekę nad pacjentem, stosują zasady kontroli zakażeń, w szczególności dokładnie trzymając się reguł bezpieczeństwa.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej

Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca

Okresowe sprawdzanie aparatury medycznej przez profesjonalny serwis techniczny, nadzór nad dokumentacją techniczną sprzętu, która jest przechowywana w bloku operacyjnym. [Pielęgniarka oddziałowa/kierownik bloku operacyjnego]. Bieżąca kontrola aparatury przed każdym zabiegiem.

Podłączenie pacjenta do aparatury medycznej

Sprawdzenie, czy pacjent nie ma metalowych rzeczy (obrączki, spinki do włosów itp.) [zespół oper.]

Używanie środków ochrony osobistej: zespół operacyjny,

Wsparcie pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezyjologiczny.

Czynności wykonywane w czasie operacji i wykonawca

Właściwe używanie sprzętu, instrumentarium, akcesoriów, zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami obsługi.

Nadzór nad sprzętem [P/I], kontrolowanie działania sprzętu
zabezpieczenie właściwego używania implantów, materiałów opatrunkowych i szewnych zgodnie z prawem, regułami, instrukcjami i wymogami producenta oraz zapewnienie właściwego zapisu ich użycia

Okazywanie świadomości psychologicznych potrzeb pacjenta w bloku operacyjnym i wykorzystywanie nabytych umiejętności obniżania poziomu lęku u pacjenta – zwłaszcza w sytuacji badań/zabiegów w znieczuleniu miejscowym

Czynności wykonywane po operacji i wykonawca

Zapewnienie bezpiecznego transportu pacjenta z Sali operacyjnej do sali wybudzeń [zespół operacyjny]

Właściwe postępowanie z aparaturą i sprzętem medycznym po wykonanym zabiegu.

Zgłaszanie wszystkich zdarzeń niepożądanych i postępowanie zgodnie z przepisami prawa i procedurami

Obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem czy innymi członkami zespołu operacyjnego w trakcie godzin bezoperacyjnych

Obszar ten jest szczególnie istotny dla zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym i zapewnienia środowiska zgodnego z wymogami reżimu sanitarnego. Główne kryteria procesu w tym obszarze to:

zabezpieczenie w barierowe obłożenia spełniające wymogi Europejskiej Normy (EN 13793),
zabezpieczenie materiału opatrunkowego i innych niezbędnych akcesoriów,

- sprawdzanie dostępności niezbędnego sprzętu, materiałów jednorazowych, zgodnie ze specyfiką danej sali operacyjnej,
 - zapoznawanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów,
 - sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.),
 - uzupełnianie braków na salach operacyjnych,
 - sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o brakach,
- nadzór nad sprzątnięciem pomieszczeń bloku po zabiegach,
- samokształcenie w zakresie nowych implantów, nici, staplerów i innych akcesoriów medycznych.

Pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pacjentem, innymi pielęgniarkami/położnymi i pozostałymi członkami zespołu operacyjnego oraz osobami z pozostałych grup zawodowych w celu zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny i zapewnienia ciągłości pracy bloku operacyjnego.

współpraca interdyscyplinarna jest warunkiem koniecznym do zapewnienia holistycznej opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym oraz do zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym. Komunikacja z członkami wielodyscyplinarnego zespołu i pracownikami innych działów współpracujących z blokiem operacyjnym jest warunkiem koniecznym do zapewnienia bezpiecznego przejścia pacjenta przez okres okołoperacyjny.

Pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek stale rozwijać swoje umiejętności zawodowe, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych, w których są przeprowadzane procedury w bloku operacyjnym, w którym jest zatrudniona.

pielęgniarstwo operacyjne jest bardzo dynamicznie zmieniającą się dziedziną wiedzy, wraz z nowymi technikami operacyjnymi wkraczają nowe urządzenia, instrumentarium, materiały szewne, implanty itp. Pielęgniarki/położne operacyjne powinny znać instrukcje i zalecenia producenta co do właściwego postępowania z nowymi rzeczami. Wymaga to stałego doskonalenia swoich umiejętności. Kwalifikacje pielęgniarki/położnej operacyjnej to: aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, a po ukończeniu procesu adaptacji w miejscu pracy: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oraz specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

W ciągu pierwszego roku od momentu rozpoczęcia pracy na bloku operacyjnym pielęgniarka operacyjna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest jednym z warunków koniecznych bezpiecznego przeprowadzenia pacjenta przez okres okołoperacyjny. Wartością nadrzędną jest dobro pacjenta, a głównym wyznacznikiem służącym jego osiągnięciu jest przestrzeganie zasad aseptyki. Zasady postępowania aseptycznego są przekładane na dokumenty służące określeniu sposobu wykonania pracy, czyli standardy, określające poziom świadczonej opieki w odniesieniu do trzech kryteriów: struktury, procesu i wyniku. Na kryterium procesu składa się od kilku do kilkunastu procedur postępowania. Dokumenty określające szczegółowo sposób wykonania szeregu czynności w ich logicznym następstwie to procedury i algorytmy.

wysoka jakość pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas każdej procedury medycznej wyraża się w trosce o podmiotowość pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym, racjonalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów, monitorowaniu swojej pracy oraz dążeniu do takiej sprawności, by operacje przebiegały w ciszy i spokoju. Zapewnienie właściwego poziomu jakości pracy jest możliwe, kiedy przebiega ona zgodnie ze współczesną wiedzą, a jest uregulowana wewnętrznymi dokumentami dostosowanymi do warunków danego bloku operacyjnego, a opracowanymi wspólnie z praktykami.