

Środowisko pielęgniarek operacyjnych i położnych operacyjnych jest oburzone propozycją wykreślenia pielęgniarstwa operacyjnego z dziedzin, w których może być prowadzona specjalizacja w pielęgniarstwie i projektowi połączenia ze specjalizacją chirurgiczną. Uważamy, że takie działania świadczą o niekompetencji i o braku rozeznania w specyfice opieki pielęgniarstwie świadczonej przez pielęgniarki operacyjne. Pielęgniarstwo operacyjne jako specjalność, wraz z zakresem obowiązków pielęgniarek operacyjnych zostały opisane w standardach pielęgniarstwiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, zatwierdzonych przez NRPIP w dniu 3 grudnia 2014 roku. (załącznik Nr 1). Pragniemy przypomnieć, że już w latach 60-tych XX wieku uznano, że kształcenie pielęgniarek operacyjnych musi odbywać się również w drodze specjalizacji, gdzie pielęgniarki poznają odrębną wiedzę i zupełnie inne umiejętności, a w ówczesnych szkołach kształcących pielęgniarki **były praktyki w bloku operacyjnym**, gdzie w efektach kształcenia wymagano znajomości pracy pielęgniarki operacyjnej. Twierdzenia opisujące pielęgniarstwo operacyjne jako dziedzinę wąską, instrumentowanie jako podawanie narzędzi a pracę pielęgniarek operacyjnych jako prostą i nie wymagającą profesjonalnej, szerokiej wiedzy są oparte o stereotypy i świadczą o ignorancji osób wypowiadających takie opinie i nieznanymi warunków koniecznych, jakie musi posiadać każda pielęgniarka operacyjna i każda położna operacyjna. Odnosząc się do tych stereotypów informujemy, że

1 pielęgniarstwo operacyjne jest szeroką dziedziną wiedzy, jest odrębną specjalnością pielęgniarstwiej, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarstwiej do zabiegu operacyjnego, z poczuciem bezpieczeństwa i zachowania godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym oraz innymi problemami wynikającymi ze specyfiki pracy pielęgniarek operacyjnych w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej w każdej dziedzinie zabiegowej. Pielęgniarstwo chirurgiczne natomiast ze swymi podspecjalnościami (pielęgniarstwo neurochirurgiczne, torakochirurgiczne, kardiochirurgiczne, urologiczne, ortopedyczne itp.) opisuje specyfikę przygotowania pacjenta do operacji oraz opiekę pooperacyjną. Nie ma ani słowa o etapach zabiegów operacyjnych, rodzajach zabiegów (klasyczne czy endoskopowe) ani o instrumentarium, czy zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa podczas procedur medycznych odbywających się w warunkach sali operacyjnej. Na studiach pielęgniarstwiej I i II stopnia praktycznie brak jest zajęć teoretycznych i praktycznych z pielęgniarstwa operacyjnego. Dopiero na kursie kwalifikacyjnym i specjalizacji pielęgniarki nabywają niezbędną wiedzę i szersze umiejętności w danych specjalnościach.

2. Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarstwiej) – to podstawowy zakres czynności pielęgniarek/położnych operacyjnych. Są to działania wykonywane przez pielęgniarki operacyjne/położne operacyjne w trakcie zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych przeprowadzanych w warunkach sali operacyjnej. **Działania te są oparte na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań pielęgniarek/położnych operacyjnych** oraz na wnioskach z własnych obserwacji. Instrumentowanie dotyczy:

- czynności mentalnych (analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty, i innych członków zespołu operacyjnego),
- czynności manualnych (szybkie, celowe,- najlepiej bez wezwania - podawanie narzędzi i innych rzeczy potrzebnych w trakcie operacji,
- **pojęcie asysty pielęgniarskiej (instrumentowania) nie obejmuje czynności związanych z asystą lekarską**, dotyczącą manipulowania narzędziami w obrębie pola operacyjnego (utrzymywanie porządku w polu operacyjnym, odsłanianie pola operacyjnego, czyli tzw. trzymanie haków, pilnowanie końca nitki, prowadzenie nitki przy szwach ciągłych, zdejmowanie kleszczyków hemostatycznych, adaptacja brzegów rany, obcinanie nitek itp.) .

3. Praca pielęgniarek operacyjnych to skomplikowany układ działań zmierzający do zorganizowania zaplecza do sprawnego przeprowadzenia skomplikowanej i drogiej procedury, jaką jest zabieg operacyjny. Postęp, zwłaszcza postęp technologiczny w dziedzinach zabiegowych sprawia, że programy specjalizacji w pielęgniarstwie operacyjnym zostały wzbogacone o zagadnienia chirurgii małoinwazyjnej (obecne są w wielu dziedzinach) oraz zagadnienia związane z transplantologią. W trakcie specjalizacji operacyjnej pielęgniarki nabywają wiedzę i umiejętności aż z trzynastu specjalności chirurgicznych dotyczącą metod i technik operacyjnych bardzo przydatną w codziennej pracy w blokach wielospecjalistycznych, gdzie pielęgniarki operacyjne nie są przypisane do danej specjalności. Ponadto na szkoleniach podyplomowych pielęgniarki mają możliwość nauczania się zasad pracy przy najnowocześniejszej aparaturze medycznej takiej jak: laparoskop 3D, neuronawigacja itp.

Podsumowując należy stwierdzić, iż twierdzenia o braku konieczności kontynuowania szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego oparte są o fałszywe przesłanki. Specjalizacje powinny być pogrupowane według problemów pielęgnacyjnych, jakie mają dane kategorie pacjentów. Pielęgniarstwa: geriatryczne, opieki długoterminowej opieki paliatywnej czy onkologiczne zakresowo mieszczą się w pielęgniarstwie internistycznym, które też ma odrębną specjalizację. Ponadto wyrażamy zdziwienie, że jako Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, zrzeszające pielęgniarki operacyjne i położne operacyjne z całego kraju nie zostaliśmy zaproszeni do zespołu przygotowującego projekt zmian w szkoleniach podyplomowych pielęgniarek. Wśród nas są praktycy pracujący na blokach operacyjnych, posiadający wiedzę dotyczącą specyfiki nowoczesnego pielęgniarstwa operacyjnego i te osoby powinny wypowiadać się w naszych sprawach.

Z poważaniem

Joanna Borzęcka

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek

Załączniki:

1 załącznik do uchwały Nr 277/VI/ 2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie ustalenia standardu pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie ustalenia Standardu

pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie
pielęgniarstwa operacyjnego

**STANDARDY
PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI
KLINICZNEJ
W DZIEDZINIE
PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO**

1 grudnia 2014

Słowo od autorów „Standardów pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”

Pielęgniarstwo operacyjne to dziedzina, w której kształcenie podyplomowe rozpoczęło się w latach 60-tych XX wieku. Pierwszym podręcznikiem wydanym w Polsce po II wojnie światowej (1956 r.) był „Podręcznik dla instrumentariuszek” autorstwa Danuty Kasiny.

„Instrumentariuszka” to historyczna nazwa osób, które pomagały lekarzom specjalności zabiegowej w przeprowadzaniu operacji podając im narzędzia i dbając o zaplecze bloku operacyjnego. We wspomnianym wyżej podręczniku autorka wskazywała, że osobami tymi mają być pielęgniarki dyplomowane cechujące się przede wszystkim spokojem i opanowaniem oraz dobrą kondycją fizyczną. Współczesną nazwą instrumentariuszki jest „pielęgniarka operacyjna” lub „położna operacyjna”. We współczesnej Europie (niektóre landy Niemiec) pojęcie „instrumentariuszka” odnosi się do osób nie będących pielęgniarkami, a posiadającymi uprawnienia do pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej – po ukończeniu trzyletniej szkoły.

Standardy mają opisywać rzeczywistość i być dostosowanymi do warunków, w których mają obowiązywać. Literatura, starsza niż dziesięciolecie została wykorzystana w opracowaniu z uwagi na aktualność zawartych w niej zapisów, czego przykładem jest pozycja pod redakcją A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny”, wydany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w 1999 roku (jest to jedyne wydanie). Informacje merytoryczne pozostałych pozycji są nadal aktualne i dlatego autorzy zdecydowali się je wykorzystać, zwłaszcza, że jest niedobór literatury opisującej pracę polskich pielęgniarek/położnych operacyjnych.

Autorzy wyrażają serdeczne podziękowania osobom, których cenne uwagi podniosły wartość merytoryczną Standardów pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Joanna Borzęcka i współautorzy

WSTĘP

Standardy pełnią ważną rolę w zapewnieniu właściwej opieki w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. Ich zadaniem jest przede wszystkim określenie wzoru postępowania.

Standardy napisano na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów pielęgniarstwa praktyki klinicznej zatwierdzonych przez ministra zdrowia i opieki społecznej do wdrożenia pilotażowego. Wytyczne te zostały umieszczone w publikacji redagowanej przez A. Piątek *Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999. Zbiór standardów zawarty w niniejszej pracy zawiera ogólne wytyczne i normy wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej operacyjnej z uwzględnieniem dobranej koncepcji i celu pielęgnowania, praw pacjenta, metod pielęgnowania, obowiązujących przepisów prawnych oraz warunków techniczno – organizacyjnych wykonywania zawodu. Zatem należą do kategorii ogólnych standardów pielęgniarstwa praktyki klinicznej, a ponieważ w wielu miejscach odnoszą się również do specyficznych wymagań wykonywania zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego otrzymały nazwę „ogólne standardy pielęgniarstwa praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”. Każdy ze standardów ma dodany (po myślniku) wyraz lub związek frazeologiczny zgodny z nazewnictwem określonym w *Standardach opieki pielęgniarstwa w praktyce*.

Ogólne standardy praktyki pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, które uszczegółowią treści zawarte w przedstawianym zbiorze standardów - dotyczyć będą specyficznych dla tej dziedziny sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, czyli – między innymi – sposobów zapewnienia poczucia bezpieczeństwa pacjenta czy ochrony godności osobistej na bloku operacyjnym, a także sposobów ochrony pielęgniarek/położnych operacyjnych przed czynnikami szkodliwymi w ich miejscach pracy.

Wśród pielęgniarek czy położnych operacyjnych jest coraz większy odsetek mężczyzn, zatem w każdym miejscu, gdzie jest mowa o pielęgniarce/położnej operacyjnej należy pamiętać, że zapis ten w każdym przypadku ma brzmienie pielęgniarka/**pielęgniarz** położna/**położny** operacyjny. Wzorując się na zapisach zawartych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zdecydowano się na formę „pielęgniarka/położna operacyjna”. Miejsce pracy pielęgniarki/pielęgniarza - położnej/położnego operacyjnego jest zgodne odpowiednio z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 11 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r.,, poz. 1435 z późn. zm.).

Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – PODSTAWY TEORETYCZNE

UZASADNIENIE: pojęcia teoretyczne pielęgniarstwa operacyjnego stanowią ramy do wyznaczania celów, planowania, realizowania i oceniania opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym. Dostarczają argumentów do uzasadniania roli i miejsca pielęgniarki operacyjnej wśród przedstawicieli innych zawodów w ochronie zdrowia.

Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną specjalnością pielęgniarstwa, której przedstawiciele badają, analizują i rozwiązują problemy związane z zapewnieniem sprawnej asysty pielęgniarstwa do zabiegu operacyjnego, z poczuciem bezpieczeństwa i zachowaniem godności osobistej pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym oraz innymi problemami wynikającymi ze specyfiki pracy pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamić pojęciowo z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej odpowiednikiem „perioperative nursing” (dające się przetłumaczyć jako pielęgniarstwo okołoperacyjne) w tym sensie, że jest to dział odnoszący się do opieki pielęgniarstwa przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej, świadczonej w strukturach bloku operacyjnego. Są to zasady pielęgniarstwa opieki na bloku operacyjnym w części anestezyjologicznej i chirurgicznej. Opieka ta jest oparta na wiedzy i kompetencjach w obu tych dziedzinach. Jako członek zespołu chirurgicznego, zarejestrowana pielęgniarka „perioperative” pracuje we współpracy z innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem. Zatem na gruncie warunków polskich jest to wiedza i kompetencje z zakresu opieki okołoperacyjnej w dwóch dziedzinach pielęgniarstwa: anestezyjologicznego i operacyjnego.

Pielęgniarka/położna operacyjna – jest to osoba, mająca uprawnienia do pielęgniarstwa asysty do zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych. W dziedzinie położnictwa i ginekologii w blokach operacyjnych na stanowisku pielęgniarki operacyjnej pracują również położne. Podstawowym obowiązkiem pielęgniarki/położnej operacyjnej jest „...całościowe, samodzielne, fachowe, biegłe i planowe przygotowanie zabiegu operacyjnego oraz asystowanie przy jego przebiegu i nadzorze¹” z uwzględnieniem zapewnienia pacjentowi poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Praktykę zawodową pielęgniarka/położna operacyjna opiera na naukach pielęgniarstwa, w szczególności pielęgniarstwie operacyjnym i na podstawach innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa („zdobycach nauk medycznych, społecznych i humanistycznych” – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

Uprawnienia do pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej nabywa się drogą:

¹ Jacobs – Schäfer, i współautorzy, Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] G. Luce- Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.

- odbycia szkolenia do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej operacyjnej pod przewodnictwem opiekuna procesu adaptacji (mentora), mającego wiedzę i doświadczenie w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (specjalisty w tej dziedzinie). Szkolenie odbywa się według wewnątrzzakładowego systemu szkolenia nowych pracowników na bloku operacyjnym. Nowy pracownik powinien rozpocząć naukę celem zdobycia formalnych uprawnień w terminie do 1 roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji². Pielęgniarka/położna po odbyciu szkolenia wewnętrznego jest zatrudniona na stanowisku pełniącej obowiązki pielęgniarki/położnej operacyjnej z miejscem zatrudnienia blok operacyjny,
- ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
- ukończenia specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

Zespół operacyjny - grupa osób uczestnicząca w przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych w różnych dyscyplinach zabiegowych w sposób możliwie najlepszy i najszybszy. W skład zespołu operacyjnego wchodzi: lekarz/ lekarze specjalności zabiegowej, dwie pielęgniarki/położne operacyjne: instrumentująca i pomagająca, lekarz anestezjolog oraz pielęgniarka anestezjologiczna. Za całość zabiegu operacyjnego odpowiada lekarz operator. Podmiotem działań zespołu operacyjnego jest pacjent, będący w centrum działań zespołu terapeutycznego, co znajduje wyraz w prowadzeniu okołoperacyjnej karty kontrolnej.³

Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarstwa) – to podstawowy zakres czynności pielęgniarek/położnych operacyjnych. Są to działania wykonywane przez pielęgniarki/położne operacyjne w trakcie zabiegów operacyjnych lub diagnostycznych przeprowadzanych w warunkach sali operacyjnej. Działania te są oparte na wiedzy o teoretycznym i praktycznym przebiegu operacji z uwzględnieniem działań pielęgniarek/położnych operacyjnych oraz na wnioskach z własnych obserwacji. Instrumentowanie dotyczy:

- czynności mentalnych (analizowanie i wyciąganie wniosków z wypowiedzi operatora, jego asysty, i innych członków zespołu operacyjnego),
- czynności manualnych (szybkie, celowe,- najlepiej bez wezwania - podawanie narzędzi i innych rzeczy potrzebnych w trakcie operacji,
- **pojęcie asysty pielęgniarstwa (instrumentowania) nie obejmuje czynności związanych z asystą lekarską**, dotyczącą manipulowania narzędziami w obrębie pola operacyjnego (utrzymywanie porządku w polu operacyjnym, odsłanianie pola operacyjnego, czyli tzw.

² Warunki kursu kwalifikacyjnego i specjalizacji określają odpowiednio: art. 71 ust. 2 pkt. 2 i art. 67 ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.)

³ Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) – dostępna na stronie: www.cmj.org.pl/who/okk/okk.pdf - jest to dokument opracowany przez WHO, służący poprawie bezpieczeństwa i promowaniu skutecznej komunikacji i dobrej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole operacyjnym. Koordynator OKK, którym najczęściej jest lekarz anestezjolog w określonych momentach (przed znieczuleniem, przed nacięciem i zanim pacjent opuści blok operacyjny) uzyskuje od członków zespołu operacyjnego niezbędne informacje dotyczące między innymi: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, nazwy procedury medycznej, zgodności użytych materiałów i narzędzi itp.

trzymanie haków, pilnowanie końca nitki, prowadzenie nitki przy szwach ciągłych, zdejmowanie kleszczyków hemostatycznych, adaptacja brzegów rany, obcinanie nitek itp.) .

Troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym

„Wyjaśnienia troskliwości pielęgniarskiej mówią, że pielęgniarkę i jej postępowanie cechuje to, że lubi ludzi; ich los nie jest jej obojętny; chce im pomagać; dysponuje niezbędną wiedzą; opanowała konieczne sprawności; skupia uwagę na szczegółach w zapewnianiu pomocy; zna i rozumie tego, komu pomaga; zna jego problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia przez ułatwianie, a nie przez wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna siebie – swoje możliwości i ograniczenia; zasługuje na zaufanie⁴⁷”. Na tej podstawie można stwierdzić, że **troskliwość pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest to sprawne działanie pielęgniarki/położnej operacyjnej oparte na wiedzy dotyczącej zarówno obszarów w jej specjalności oraz innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa, jak i wiedzy o problemach konkretnego pacjenta na bloku operacyjnym. Działania te dotyczą przede wszystkim asysty pielęgniarskiej (inaczej instrumentowania), zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i zachowania przez pacjenta godności osobistej, a pielęgniarka/położna operacyjna pracuje z pełnym zaangażowaniem, ale nie przekracza swoich uprawnień**. Troskliwość pielęgniarska w tej dziedzinie to również inne czynności pielęgniarki/położnej operacyjnej służące zapewnieniu ciągłości opieki pielęgniarskiej w miejscu pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. filozofia opieki nad pacjentem jest zgodna z uznanymi pojęciami pielęgnowania pacjentów w warunkach sali operacyjnej,
2. nowe rozwiązania praktyczne są oparte na studiowaniu podstaw teoretycznych, co jest cenione przez przełożonych,
3. w miejscu pracy są dostępne podręczne materiały dotyczące podstaw teoretycznych praktyki zawodowej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarka/położna operacyjna w swojej praktyce stosuje wiedzę z pielęgniarstwa operacyjnego i innych dyscyplin istotnych dla pielęgniarstwa by właściwie sformułować swoje zadania w świadczeniu troskliwości pielęgniarskiej w warunkach bloku operacyjnego,

⁴ Poznańska S., Pielęgniarstwo i jego istota, [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.

2. pielęgniarka/położna operacyjna posługuje się pojęciami teoretycznymi z pielęgniarstwa i innych nauk mających zastosowanie w ochronie zdrowia w celu uzasadniania roli i zadań pielęgniarki/położnej operacyjnej w interdyscyplinarnym zespole,
3. pielęgniarka /położna operacyjna w swojej praktyce – sprawdza istniejące teorie,
4. pielęgniarka/położna operacyjna formułuje i przedstawia wnioski dotyczące potrzeby badań naukowych wpływające z praktyki zawodowej.

KRYTERIA WYNIKU

1. działania pielęgniarek/położnych operacyjnych są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarstwi, mającymi zastosowanie w warunkach sali operacyjnej, które są sprawdzane w praktyce oraz z aktualną wiedzą,
2. uznane teorie oraz wiedza z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego są sprawdzane i oceniane w praktyce,
3. wnioski z praktyki działań pielęgniarstwi na bloku operacyjnym stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

Literatura

1. Bielecki K, Rud P. M. *Chirurgia ogólna*, [w:] *Narzędzia protezy i szwy chirurgiczne*, (red.) K. Bielecki, Makmed, Lublin 2008, s. 31.
2. Ciuruś M., *Pielęgniarstwo operacyjne*, Makmed, Lublin 2007, s. 63.
3. <http://www.aorn.org/CareerCenter/CareerDevelopment/RoleOfThePerioperativeNurse/>
4. http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist_art-bkhkw.pdf
5. Jacobs – Schäfer, i współautorzy, *Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady* [w:] G. Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), *Pielęgniarstwo operacyjne*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 4-5.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”
7. Piątek A. (red.) *Standardy opieki pielęgniarstwi w praktyce. Przewodnik metodyczny*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 145-146.
8. Poznańska S., *Pielęgniarstwo i jego istota*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwi. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, t.1, (red.) B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2011, s. 24-25.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwi oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być

prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm).

10. Szreter T., Współpraca zespołowa w bloku operacyjnym, „Blok Operacyjny”, 2000, nr 2, s. 74.
11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
12. Willems Ch. i współautorzy EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s.11 -12.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – GROMADZENIE DANYCH

Gromadzenie danych jest niezwykle istotną czynnością, by dalsze etapy procesu pielęgnowania przebiegały prawidłowo, czyli stosownie do sytuacji zdrowotnej, w jakiej znalazł się pacjent.

UZASADNIENIE: pielęgniarka/położna operacyjna ma obowiązek gromadzenia danych niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarstwa wobec pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarstwa, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarek/położnych operacyjnych do objęcia pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym holistyczną opieką pielęgniarstwa w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarka/położna operacyjna ma dostęp do aktualnego planu operacyjnego, kanałów łączności umożliwiających komunikowanie się z innymi członkami zespołów operacyjnych oraz innych dokumentów niezbędnych do postawienia diagnozy pielęgniarstwa, w tym procedur postępowania pielęgniarstwa i higienicznego,
2. w sytuacji zabiegów nie ujętych w planie operacyjnym pielęgniarki/położne operacyjne powinny otrzymać dane od innych członków zespołu terapeutycznego odpowiednio wcześniej, by mogły zorganizować na czas zasoby potrzebne do operacji, a będące na wyposażeniu bloku operacyjnego,
3. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do wszystkich procedur, w których opisany jest przebieg operacji z uwzględnieniem przygotowania się obu pielęgniarek operacyjnych do danej procedury. Ma to szczególne znaczenie w blokach wielospecjalistycznych, ponieważ stały dostęp do procedur eliminuje błędy wynikłe z rzadkości uczestniczenia w danej sytuacji,
4. z uwagi na fakt, że pielęgniarka/położna operacyjna nie powinna w trakcie swego dyżuru opuszczać pomieszczeń bloku operacyjnego jej kontakt z pacjentem jest krótki, a z jego rodziną żaden. Zatem źródła danych to przede wszystkim:
 - plan operacyjny, na podstawie którego pielęgniarka/położna operacyjna dobiera właściwy zestaw narzędzi i materiałów dodatkowych,
 - rozmowy z przedstawicielami innych zawodów medycznych dotyczących odrębności w postępowaniu z danym pacjentem (np. informacja, że pacjent nie widzi – sprawia, że pielęgniarka/położna operacyjna i pozostałe osoby mające styczność z pacjentem są obowiązane m.in. opisywać mu otoczenie i uprzedzać o czynności zanim zostanie wykonana itp.),

- wnioski z własnych obserwacji i/lub wywiadu z pacjentem,
 - historia choroby,
 - dokumentacja pielęgniarska,
5. pielęgniarka/położna operacyjna ma kwalifikacje do zbierania danych o sytuacji pacjenta,
 6. zakład pracy ma system gromadzenia, rejestrowania i odszukiwania danych o pacjencie, a pielęgniarka/położna operacyjna ma uprawnienia do posługiwania się nim w zakresie niezbędnym do świadczenia opieki,
 7. stanowisko pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej jest wyposażone w akcesoria niezbędne do gromadzenia danych o pacjencie.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane w zakresie oczekiwań zespołu lekarzy specjalności zabiegowych co do planowanego przez nich typu procedury medycznej, a w szczególności wiedzy o metodzie i zakresie operacji, ułożenia pacjenta na stole operacyjnym, rodzaju materiałów i akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, niezbędnych w danej procedurze u danego pacjenta,
2. pielęgniarki/położne operacyjne gromadzą dane o stanie biopsychospołecznym pacjenta, zwłaszcza o dysfunkcjach narządów zmysłów: wzroku i słuchu oraz o ograniczeniach ruchomości stawów, wyciągając wnioski na podstawie własnych obserwacji i/lub danych uzyskanych ze źródeł określonych w kryteriach struktury.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane dotyczące rodzaju procedury medycznej i metodzie interwencji medycznej,
2. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zgromadziły dane o rodzaju akcesoriów medycznych, w tym sprzętu, które będą wykorzystane u danego pacjenta,
4. pielęgniarki/położne operacyjne określiły stan biopsychospołeczny pacjenta, w tym dane o ewentualnych ograniczeniach ruchomości stawów oraz o dysfunkcjach narządu wzroku i słuchu,
5. zebrane dane odzwierciedlają aktualną sytuację pacjenta.

Literatura

1. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 72.

2. Piątek A. [red.] Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 146-147.
3. Płaszewska – Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania [w:] Kózka M., Płaszewska Żywko L. (red.), Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008, s. 28-29.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA I PLANOWANIE OPIEKI

Pielęgniarki/położne operacyjne formułują wnioski z danych o pacjencie w celu prawidłowego przygotowania się do asysty pielęgniarstwa i pracy w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej, tj. zapewnienia pacjentowi i personelowi bezpieczeństwa oraz zapewnienia odpowiedniego zaplecza na czas trwania operacji. Odpowiednio postawiona diagnoza i plan opieki są najważniejszymi czynnikami dalszych działań pielęgniarstwa.

UZASADNIENIE: pacjent na bloku operacyjnym przebywa krótko, jest w sytuacji, która w psychologii nazywa się kryzysową. Zarówno diagnoza jak i planowanie dotyczą w szczególności sprawnej asysty pielęgniarstwa.

W dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego szczególnie istotna jest umiejętność przewidywania sytuacji nietypowych i umiejętność szybkiego reagowania w takich momentach. Dlatego w swojej diagnozie pielęgniarki/położne operacyjne starają się przewidzieć potencjalne problemy i zaplanować sposoby ich rozwiązania.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne mają kwalifikacje do analizowania i oceny danych oraz sformułowania diagnozy pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego i zaplanowania działań,
2. pielęgniarki/położne operacyjne potrafią dobrać odpowiednie zasoby potrzebne do zaplanowania działań i ich wykonania,
3. pielęgniarki/położne operacyjne mają informacje o sposobie pozyskania niezbędnych zasobów,
4. w bloku operacyjnym istnieje możliwość zasięgnięcia porady w sprawach dotyczących planowania opieki pielęgniarstwa przez pielęgniarki położne operacyjne,
5. blok operacyjny wyposażony jest w dokumentację (wzory opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne na podstawie specjalistycznej wiedzy, dotyczącej znajomości rozpoznań operacyjnych i etapów przeprowadzania poszczególnych procedur medycznych określają sposób przygotowania się do danej operacji. Przygotowanie się do operacji obejmuje w szczególności zaplanowanie sposobów zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi

podczas danej procedury medycznej oraz zaplanowanie zasobów ludzkich i rzeczowych niezbędnych do przeprowadzenia danej procedury u konkretnego pacjenta,

2. pielęgniarki/położne operacyjne przewidują potencjalne problemy mogące pojawić się przy danej procedurze i określają ewentualne sposoby poradzenia sobie z nimi. Potencjalne problemy obejmują w szczególności: konieczność modyfikacji ułożenia pacjenta na stole operacyjnym z uwagi np. na dysfunkcje układu kostnego, możliwość rozszerzenia zabiegu operacyjnego, możliwość konwersji, możliwość wystąpienia dużego krwawienia itp.,
3. w planowaniu opieki pielęgniarki/położne operacyjne współpracują z pacjentem oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne właściwie (stosownie do posiadanych informacji) postawiły diagnozę pielęgniarską i przygotowały plan działań odpowiedni dla procedury medycznej, do której się przygotowują,
2. plan opieki jest wynikiem diagnozy i jest dostosowany do przewidywanego sposobu operacji i posiadanych zasobów, stanowi element ogólnego planu terapeutyczno-opiekuńczego pacjenta,
3. diagnoza pielęgniarska określa rzeczywiste i potencjalne problemy, a na jej podstawie zaplanowano – zgodnie z aktualną wiedzą, obowiązującym prawem i obowiązującymi w danym bloku operacyjnym procedurami – metody działań, techniki działań oraz zasoby ludzkie i rzeczowe potrzebne do wykonania danej procedury u konkretnego pacjenta.

Literatura

1. Ciuruś M., Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce. Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej, „Blok Operacyjny”, 2002, nr 1, s. 38.
2. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.
3. Kózka M., Diagnoza pielęgniarska wyznacznikiem interwencji [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Diagnozy i interwencje pielęgniarskie, PZWL, Warszawa 2008, s. 36-38.
4. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 147-148.

Autorki w kolejności alfabetycznej:

- mgr Joanna Borzęcka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie
- mgr Mariola Gralewska, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie
- lic. piel. Ewa Habel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
SP ZOZ w Janowie Lubelskim
- piel. dypl. Aneta Judycka
absolwentka kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie
- mgr Lucyna Kotas, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie
- mgr Paulina Kowalska
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
- mgr Danuta Matyka, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
- mgr Maria Wertel, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - REALIZACJA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM

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

UZASADNIENIE: 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. Obszar działań nie wymagający 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). W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:

1. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarstwą asystą do zabiegów),

2. obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarce instrumentującej),
3. obszar zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu,
4. obszar obowiązków pracowniczych nie wymagający 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.

KRYTERIA 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, (czyli 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 anestetycznego),
4. 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 pielęgniarki operacyjnej⁵), który powinien być dołączany do historii choroby.

KRYTERIA PROCESU

Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarstwem asystą do zabiegów) pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarce instrumentującej).

⁵ Dokumentacja pielęgniarki operacyjnej 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 pielęgniarki operacyjnej” lub „karta zużycia materiału”. Dokument powinien być podpisywany przez obie pielęgniarki operacyjne (instrumentującą i pomagającą).

Przed wejściem na salę operacyjną obie pielęgniarki/położne (instrumentująca i pomagająca) mają obowiązek nałożyć ubranie operacyjne, czapkę, maskę, umyć i zdezynfekować higienicznie ręce.

1. pielęgniarki/położne operacyjne otaczają pacjenta opieką zintegrowaną z wiedzą i praktyką opartą na faktach,
2. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają środowisko zgodnie z zasadami obowiązującymi na bloku operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają cały sprzęt, instrumentarium, akcesoria zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami producenta,
4. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają używanie wszystkich rzeczy w nienaruszonym stanie i zapisują to w odpowiedniej dokumentacji,
5. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają właściwe postępowanie związane z identyfikacją, opisem i dokumentowaniem tkanek/płynów pobranych do różnego typu badań,
6. pielęgniarki/położne operacyjne rozpoznają i wdrażają właściwe strategie postępowania z odpadkami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczanie odpadków.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje poniższa tabela.

1. Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca	2. Czynności wykonywane w czasie trwania operacji i wykonawca	3. Czynności wykonywane po zakończeniu operacji 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.) [P/I]	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 czasie trwania operacji [I]	Liczenie narzędzi i materiałów użytych do operacji [P/I], wykonanie dezynfekcji wstępnej narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, szczelne zapakowanie używanych narzędzi i sprzętu medycznego i przekazanie do sterylizatorni. [P], uzupełnienie zużytych w czasie operacji materiałów i sprzętów – przygotowanie standardowych ilości sprzętu i materiałów gotowych do rozpoczęcia następnych operacji.[P]
Przygotowanie zestawów z narzędziami, pakietów z bielizną operacyjną, pakietów z materiałem z gazy operacyjnej. [P/I]		
Przygotowanie materiałów wszczepialnych (implantów) w razie potrzeby. [I]		

Przygotowanie materiału szewnego i sprzętu dodatkowego takiego jak: cewniki, sondy, rękawice chirurgiczne, folia chirurgiczna, osłony na przewody i aparaturę medyczną itp. [P/I]		
Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk [I]		
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 [P]	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. [P]	Nadzór nad segregacją odpadów w sali operacyjnej. Porządkowanie sali operacyjnej po wykonanym zabiegu operacyjnym. [P]. Nadzór nad dekontaminacją sali operacyjnej. [P/I]
Przygotowanie dokumentacji pielęgniarki/łożnej operacyjnej [P]	Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej, dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów.[P]	Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki/łożnej operacyjnej.[I/P]
Przygotowanie pojemników na tkanki/ narządy przeznaczone (po zakończeniu operacji) do badania histopatologicznego.[P]	Włożenie pobranych tkanek do właściwych pojemników, opisanie pojemników (zabezpieczenie przed pomyleniem), zalanie tkanek płynem konserwującym (w uzgodnieniu z lekarzem operującym). [P]	Wpisanie materiałów przeznaczonych do badania histopatologicznego do rejestru [P], nadzór nad przekazaniem tkanek do pracowni diagnostycznej [P/I]
Przygotowanie wymazówek/ pojemników przeznaczonych do pobrania materiału do badań mikrobiologicznych.[P]	Pomoc w pobraniu materiału biologicznego do badań mikrobiologicznych. [P]	Zarejestrowanie pobranych próbek i zorganizowanie niezwłocznego przekazania materiału do pracowni mikrobiologicznej, zabezpieczenie materiału przed zniszczeniem i ew. zagubieniem. [P]

<p>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.) [P]</p>		<p>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. [P]</p>
<p>Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P]</p>	<p>Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [P]</p>	
<p>Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa w czasie dezynfekcji skóry pola operacyjnego (wypełnienie krzywizn ciała pacjenta materiałem chłonny na czas dezynfekcji i usunięcie wilgotnych zabezpieczeń po zakończeniu dezynfekcji pola operacyjnego). [P]</p>		<p>Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku, toaleta ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji).[P]</p>
<p>Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej, naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P]</p>		<p>Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych), zdjęcie elektrody neutralnej. [P]</p>
<p>Zabezpieczenie pacjenta przed ekspozycjami rtg w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych.[P]</p>		<p>Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta.[P]</p>
		<p>Organizowanie zaplecza np. zawiadamianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej [P]</p>

I – pielęgniarka/położna operacyjna instrumentująca

P – pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca

Obszar zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i zespołowi operacyjnemu

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

1. 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,
2. pielęgniarki/położne operacyjne stosują zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego układania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń,
3. pielęgniarki/położne operacyjne pracują w zgodzie z zasadami w przypadku zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia „o mało co”,
4. 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 ilustruje poniższa tabela.

1. Czynności wykonywane przed operacją i wykonawca	2. Czynności wykonywane w czasie operacji i wykonawca	3. Czynności wykonywane po operacji 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 [P], [I]		Zapewnienie bezpiecznego transportu pacjenta z sali operacyjnej do sali wybudzeń [zespół operacyjny], [P/I]
Podłączenie pacjenta do aparatury medycznej [P], [I]	Właściwe używanie sprzętu, instrumentarium, akcesoriów, zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami obsługi. [P/I]	Właściwe postępowanie z aparaturą i sprzętem medycznym po wykonanym zabiegu. [P/I]
Sprawdzenie czy pacjent nie ma metalowych rzeczy (obrączki, spinki do włosów itp.) [zespół oper.]. [P]	Nadzór nad sprzętem [P/I], kontrolowanie działania sprzętu [P/I]	Zgłaszanie wszystkich zdarzeń niepożądanych i postępowanie zgodnie z przepisami prawa i procedurami [P/I]
Używanie środków ochrony osobistej [zespół operacyjny], [P] [I] oraz pacjent	Zabezpieczenie właściwego używania implantów, materiałów opatrunkowych i szewnych zgodnie z prawem, regulami, instrukcjami i wymogami producenta i zapewnienie właściwego zapisu ich użycia. [P/I]	

Wsparcie pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezyjologiczny. [P]	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 [P],	
--	---	--

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.

KRYTERIA WYNIKU

1. cel opieki nad pacjentem przebywającym w bloku operacyjnym został osiągnięty w całości/częściowo,
2. plan opieki pielęgniarki/położnej operacyjnej nad pacjentem zrealizowano w stopniu zapewniającym mu bezpieczne przejście przez okres przedoperacyjny, śródoperacyjny i pooperacyjny,
3. pacjent zachował równowagę emocjonalną, współpracował z zespołem terapeutycznym,
4. komunikacja z pacjentem była dostosowana do jego oczekiwań i uwzględniała odrębności kulturowe,
5. środowisko sali operacyjnej, w tym sprzęt, instrumentarium i akcesoria zostały przygotowane w zgodzie z zasadami reżimu sanitarnego.

Literatura

1. Bober – Greek B., Postępowanie ograniczające zakażenia szpitalne/zakładowe, [w:] Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.), Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, s. 305-306, 345-353, 357-365.
2. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 74, 123-125, 159_210-212, 233, 241, 257, 260-264, 280-281, 293-324.
3. Gadamerk K.J., Grajek Z.W., Bukowski Sz., Terlikowski S.J., Przygotowanie instrumentarium laparoskopowego do ponownego użycia, [w:] Grajek Z.W. (red.), Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, Wydawnictwo Uczelniane PWSZ im. prof. E.F. Szczepanika, Suwałki 2010, s. 93-97.
4. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.
5. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady (w): Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
6. Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej polskiej. [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Mutlow A., Podstawowe środki ostrożności i kontrola zakażeń [w:] Nutbeam, Daniels (red.), Procedury zabiegowe, PZWL, Warszawa 2012, s. 12-17.
8. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 148-150,
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. 2013r., poz. 696).
10. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (j.t. Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 z późn. zm.).
12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (j.t. Dz. U. z 2013r., poz. 947 z późn. zm.).
13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
14. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 16-18.
15. Wojnowska-Dawiskiba H. i współautorzy, Proces komunikacji z chorym w sytuacji zagrożenia życia – praktyczne metody rozwiązań, [w:] Krajewska-Kułąk E., Rolka H., Jankowiak B., (red.), Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia, PZWL, Warszawa 2009, s. 45-52.

Autor: mgr Joanna Borzęcka,
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - OCENA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM

Praktyka pielęgniarska w pielęgniarstwie operacyjnym jest procesem całkowicie odrębnym od działań pielęgniarskich w innych dziedzinach: jest to zespół wzajemnie uzupełniających się działań podejmowanych przed, w trakcie i po zabiegu operacyjnym/inwazyjnym badaniu diagnostycznym przez dwie pielęgniarki/położne operacyjne; instrumentującą i pomagającą.

UZASADNIENIE: praktyka pielęgniarek/położnych operacyjnych jest procesem wyjątkowo trudnym z uwagi na wielodyscyplinarność praktyki, szczególnie w wieloprofilowych blokach operacyjnych. Pielęgniarki/położne operacyjne w sposób ciągły i dynamiczny oceniają swoje działania, ich kompletność i trafność. Tylko współdziałanie obu pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) zapewnia właściwą jakość pracy w zakresie asysty pielęgniarskiej. Przedmiotem oceny opieki pielęgniarskiej jest holistyczne i indywidualne podejście do pacjenta w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

KRYTERIA STRUKTURY

1. kryteria oceny opieki pielęgniarskiej odpowiadają celom opieki i dotyczą w szczególności szczegółowych aspektów bezpieczeństwa związanych z:
 - zapewnieniem bezpiecznego środowiska dla kompletnej opieki nad pacjentem w tym zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym,
 - postępowaniem zgodnym z zasadami bezpieczeństwa w miejscu pracy,
 - stosowaniem strategii zapobiegania zdarzeniom niepożądanym i zdarzeniom „o mało co”,
 - stosowaniem zasad kontroli zakażeń w świadczeniu opieki pielęgniarskiej,
 - właściwym postępowaniem z tkankami/płynami przeznaczonymi do różnego typu badań,
2. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria i techniki oceny swojej pracy,
3. opieka pielęgniarska jest dokumentowana – w szczególności prowadzony jest protokół pielęgniarki/położnej operacyjnej,
4. wyniki oceny są wykorzystywane do doskonalenia opieki pielęgniarskiej.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne oceniają swoje działania w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej,

2. pielęgniarki/położne operacyjne porównują zastosowany przez siebie sposób pracy z procedurami postępowania pielęgniarskiego przyjętymi w danym bloku operacyjnym, a zgodnymi ze współczesną wiedzą,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zgłaszają i podają przyczyny ewentualnych nieprawidłowości i zdarzeń niepożądanych.

KRYTERIA WYNIKU

1. praca pielęgniarek/położnych operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) przebiegała zgodnie z przyjętymi w danym bloku operacyjnym procedurami,
2. wyniki oceny odzwierciedlają stopień bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego) pacjenta podczas jego pobytu na bloku operacyjnym,
3. jeżeli zaistniało zdarzenie niepożądane– zostało zgłoszone, przeanalizowane, zaś wnioski służą udoskonaleniu praktyki w bloku operacyjnym.

Literatura:

1. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007, s. 75.
2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 6-12.
3. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, PZWL, Warszawa 2013, s. 6.
4. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 150-151.

Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – WSPÓLPRACA INTERDYSCYPLINARNA

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.

UZASADNIENIE: 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.

KRYTERIA STRUKTURY

1. pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentująca i pomagająca) są członkami każdego zespołu operacyjnego, aktywnie uczestniczą w jego działaniach,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają prawo do informacji o planowanym sposobie przeprowadzania procedur medycznych w bloku operacyjnym,
3. pielęgniarki/położne operacyjne wspólnie z innymi członkami zespołu operacyjnego ustalają wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa w stosunku do pacjenta i członków zespołu operacyjnego,
4. pacjent ma udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego osoby, daną czynność można wykonać po uzyskaniu na nią zgody pacjenta,
5. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady prawidłowej komunikacji,
6. kryteria podziału zadań związanych z pracą w konkretnym zespole operacyjnym powinny mieć na celu wzajemne uczenie się od siebie i zmniejszenie stresu u wszystkich osób zaangażowanych w daną procedurę medyczną, a zatem kryteria te powinny uwzględniać:
 - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z różnych kategorii zawodowych, zajmujących różne pozycje w zespole (niedoświadczona/nowa pielęgniarka/położna operacyjna – doświadczony operator, niedoświadczony operator – doświadczona pielęgniarka/położna operacyjna),
 - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z jednej kategorii zawodowej (do jednej sali operacyjnej przydzielać pielęgniarkę/położną operacyjną niedoświadczoną/nową i bardziej doświadczoną), przy czym należy pamiętać o poszerzaniu umiejętności nowych/niedoświadczonych pracowników poprzez przydzielanie im nowych zadań, dających możliwość „sprawdzenia się”,

- funkcja pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej i pomagającej posiadającej kwalifikacje powinna być zamienna dla zapewnienia poczucia równości na stanowisku pracy,
7. pielęgniarki/położne operacyjne znają zadania i związaną z nimi odpowiedzialność wynikającą z pełnienia swojej roli zawodowej w danej jednostce organizacyjnej. Zadania te są związane z:
- pozycją zajmowaną w danym zespole operacyjnym (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej, pielęgniarki operacyjnej pomagającej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej),
 - czasem (zadania pielęgniarki/położnej operacyjnej w czasie godzin dyżurowych),
 - pełnioną funkcją w interdyscyplinarnym zespole (np. zadania pielęgniarki/położnej pełniącej funkcje kierowania i/lub koordynowania pracą innych, zadania opiekuna procesu adaptacji - mentora).

KRYTERIA PROCESU

1. w każdej procedurze medycznej przeprowadzanej na bloku operacyjnym jest zachowana współpraca interdyscyplinarna,
2. pielęgniarki/położne operacyjne ustanawiają skuteczne relacje z członkami interdyscyplinarnych zespołów, z którymi współpracują oparte na zrozumieniu i wzajemnym szacunku,
3. pielęgniarki/położne operacyjne zapewniają informacje zwrotne dla wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, z którymi współpracują,
4. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują właściwe strategie komunikacyjne zarówno słowne, jak i pisemne, w celu zapewnienia dokładnego zapisu i przekazywania informacji w zakresie opieki nad pacjentem,
5. współpraca interdyscyplinarna zapewnia prawidłowy obieg informacji o pacjencie,
6. komunikacja między poszczególnymi członkami interdyscyplinarnego zespołu jest rzeczowa, a komunikaty przekazywane w sposób jednoznaczny.

KRYTERIA WYNIKU

1. współpraca interdyscyplinarna zapewniła bezpieczne przeprowadzenie pacjenta przez okres okołoperacyjny,
2. każdy członek zespołu interdyscyplinarnego miał odpowiedni do swoich działań pakiet informacji o pacjencie, a otrzymane dane były kompletne i przekazane w odpowiednim czasie,
3. podział zadań w danym dniu uwzględniał w szczególności doświadczenie zawodowe osób pracujących w interdyscyplinarnym zespole.

Literatura

1. Gembicka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym, [w:] Rowiński W., Dziak A, (red.), Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 255.

2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E., Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 5, 14-15.
3. Jankowiak B., Bartoszewicz A., Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego, [w:] Kwiatkowska A., Krajewska – Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2012, s. 117-125.
4. Konstańczak S., Etyka pielęgniarstwa, Difin SA, Warszawa 2010, s. 172-174.
5. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarstwa w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 151.
6. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 19.

Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH OPERACYJNYCH

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.

UZASADNIENIE: 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 terminie do 1 roku od momentu rozpoczęcia pracy na bloku operacyjnym – pielęgniarka operacyjna powinna ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w danym bloku operacyjnym jest opracowany system szkoleń wewnętrznych, które są dostosowane do potrzeb edukacyjnych zespołu, w którym są przeprowadzane,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają możliwość doskonalenia swoich umiejętności zawodowych, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim,
3. w bloku operacyjnym są dostępne czasopisma i przewodniki zawodowe oraz dostęp do Internetu,
4. na bloku operacyjnym jest opracowany plan szkolenia nowego pracownika z uwzględnieniem różnic wynikających z doświadczenia zawodowego i posiadanych umiejętności (absolwent a pielęgniarka/położna operacyjna z doświadczeniem w pracy na bloku operacyjnym).

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne określają potrzeby edukacyjne i inicjują szkolenia wewnętrzne oraz samokształcenie w celu podniesienia i uaktualnienia umiejętności zawodowych,
2. pielęgniarki/położne operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w profesjonalnych spotkaniach, których celem jest wymiana doświadczeń zawodowych i rozwój pielęgniarstwa operacyjnego,
3. pielęgniarki/położne operacyjne dzielą się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu, a zwłaszcza z nowymi pracownikami,

4. nowi pracownicy są szkoleni stosownie do posiadanych kwalifikacji; szkolenie prowadzi mentor, którym jest specjalista pielęgniarstwa operacyjnego.

KRYTERIA WYNIKU

1. pielęgniarki/położne operacyjne w wyniku uczestnictwa w szkoleniach wewnętrznych, zewnętrznych, oraz dzięki samokształceniu posiadają odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności do sprawowania opieki nad pacjentem w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej na swoim stanowisku pracy,
2. na bloku operacyjnym potrzeby edukacyjne pielęgniarek/położnych operacyjnych zostały zaspokojone w możliwie wysokim stopniu,
3. transfer wiedzy jest płynny i dotyczy wszystkich członków zespołu,
4. każdy nowy pracownik został przeszkolony zgodnie z opracowanym programem szkolenia nowego pracownika prowadzonym przez mentora.

Literatura:

1. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s. 25.
2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22, 24.

Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

STANDARD PIEŁĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ZAPEWNIENIE JAKOŚCI

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.

UZASADNIENIE: 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.

KRYTERIA STRUKTURY

1. w zakładzie istnieje system oceny jakości świadczeń,
2. ocena jakości pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych jest integralną częścią systemu opieki,
3. pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria oceny jakości opieki w ich miejscu pracy. Kryteria jakości dotyczą w szczególności
 - troski o podmiotowość pacjenta będącego pod opieką pielęgniarki/położnej operacyjnej,
 - racjonalnego wykorzystywania posiadanych zasobów,
 - dążenia do takiej sprawności w instrumentowaniu, by operacje przebiegały, w ciszy i spokoju,
 - tworzenia bezpiecznego środowiska pracy.

KRYTERIA PROCESU

1. pielęgniarki/położne operacyjne uczestniczą w systematycznych przeglądach i ocenie praktyki klinicznej w zakresie przyjętych w danym zakładzie pracy kryteriów jakości,
2. pielęgniarki/położne operacyjne dokonują samooceny w oparciu kryteria zawarte w standardach i procedurach obowiązujących w ich miejscach pracy,

3. pielęgniarki/położne operacyjne wykorzystują wyniki oceny do poprawy jakości swojej pracy poprzez ustalanie programu szkoleń wewnątrzzakładowych.

KRYTERIA WYNIKU

1. wyniki systematycznych przeglądów i oceny praktyki pielęgniarskiej są podstawą do wprowadzania zmian służących poprawie jakości,
2. samoocena świadczonej opieki przez pielęgniarki/położne operacyjne służy im do doskonalenia swoich umiejętności,
3. szkolenia wewnątrzzakładowe podnoszą jakość pracy w danym bloku operacyjnym.

Literatura:

1. Gembacka A., Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym [w:] Rowiński, Dziak (red.) Chirurgia dla pielęgniarek, PZWL, Warszawa 1999, s. 253-257.
2. Jacobs-Schäfer A., Debrand-Passard A., Scheefer E, Praca na Sali operacyjnej – wskazówki i rady [w:] Luce-Wunderle, Debrand-Passard (red.), Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010, s.6-12
3. Kózka M., Metodologia opracowania procedur pielęgniarskich [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L., (red.), Procedury pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2011, s. 33-34.
4. Piątek A. Zarządzanie jakością [w:] Ksykiewicz-Dorota (red.), Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu, PZWL, Warszawa 2013, s. 319-321.
5. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.
6. Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.).

Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

- **STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – ETYKA**

Pielęgniarki/położne operacyjne podczas wykonywania swoich obowiązków służbowych kierują się zapisami zawartymi w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn., zm.). Filozofia opieki w pielęgniarstwie operacyjnym oscyluje wokół zapewnienia pacjentowi bezpiecznego przejścia przez inwazyjne procedury medyczne w okresie okołoperacyjnym (przedoperacyjnym, śródoperacyjnym i pooperacyjnym) z zachowaniem prawa pacjenta do poszanowania godności, indywidualności oraz do otrzymania opieki przez wykwalifikowany personel w odpowiedniej liczbie.

- **UZASADNIENIE:** pielęgniarki/położne operacyjne w swojej pracy napotykają szereg dylematów etyczno-moralnych (np. uczestnictwo w zespołach operacyjnych, których zadaniem jest pobieranie narządów do przeszczepów, prawidłowe reakcje na konflikt, na różnice moralno-kulturowe między światopoglądem pielęgniarki/położnej operacyjnej a pacjentem czy współpracownikami). Pielęgniarki/położne operacyjne podejmują decyzje natury etyczno-moralnej w oparciu o Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

- **KRYTERIA STRUKTURY**

1. pielęgniarki/położne operacyjne mają dostęp do treści zawartych w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarstwie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn., zm.), pielęgniarki/położne operacyjne – w miarę możliwości – uczestniczą w szkoleniach dotyczących problemów etycznych w ich pracy,
2. w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych są treści dotyczące dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej,
3. pielęgniarki/położne operacyjne znają zasady empatii w kontaktach z pacjentem i współpracownikami.

-

-

-

- **KRYTERIA PROCESU**

- **Pielęgniarka/położna operacyjna a pacjent**

1. pielęgniarka /położna operacyjna szanuje indywidualność i godność osobistą pacjenta oraz dba o jego bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne,
2. pielęgniarka /położna operacyjna udziela informacji pacjentowi o swoich działaniach. Informacje są zrozumiałe dla pacjenta i dostosowane do jego oczekiwań,
3. pielęgniarka/położna operacyjna przestrzega zasad poufności danych o pacjencie, jakie uzyskała w toku swojej pracy.

- **Pielęgniarka/położna operacyjna a współpracownicy**

1. pielęgniarka/położna operacyjna nie może ani zatrzymywać informacji dla siebie ani dyskredytować innych w obecności osób trzecich,
2. pielęgniarka/położna operacyjna szanuje inne osoby i wymaga szacunku dla siebie,
3. każda pielęgniarka/położna operacyjna, a zwłaszcza będąca mentorem ma obowiązek wykazywać się i przekazywać właściwą postawę etyczno – moralną, a szczególnie powinna cechować ją: prawdomówność, rzetelność, dokładność, zasady empatii w kontaktach z ludźmi.

- **Pielęgniarka/położna operacyjna a praktyka zawodowa i nauka**

1. pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego,
2. pielęgniarka/położna operacyjna w fazie śródoperacyjnej otrzymuje ustne polecenia od operatora, które ma obowiązek wykonać, o ile nie są sprzeczne z obowiązującymi w danej jednostce standardami i procedurami,
3. pielęgniarka/położna operacyjna w przypadku zauważenia nieprawidłowości/ zdarzenia niepożądanego ma obowiązek poinformować swojego bezpośredniego przełożonego oraz – w miarę możliwości – wskazać sposoby uniknięcia podobnych zdarzeń w przyszłości,
4. pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich możliwości i umiejętności – uczestniczy w rozwoju swojej dziedziny poprzez uczestnictwo w działaniach promujących pielęgniarstwo operacyjne.

- **KRYTERIA WYNIKU**

1. godność osobista wszystkich osób, z którymi współpracowała pielęgniarka/położna operacyjna podczas wykonywania swoich obowiązków została uszanowana,
2. poufność danych o pacjencie została zachowana,
3. swoje obowiązki pielęgniarka/położna operacyjna wykonała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami,
4. empatia jest wykorzystywana w pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej,
5. pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich możliwości - ma swój wkład w działaniach mających na celu rozwój i promocję pielęgniarstwa operacyjnego.

•Literatura

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, [w:] Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia Kodeksu etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn., zm.).
3. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t [Dz. U. z 2014r., poz. 1182](#)).
4. [Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej](#) (j.t. Dz. U. z 2014r., poz. 1435 z późn. zm.).
5. Włodarczyk D., Skuza B., Znaczenie relacji pacjent – personel medyczny dla przebiegu leczenia [w:] Jakubowska-Winecka, Włodarczyk (red.), Psychologia w praktyce medycznej, PZWL, Warszawa 2007, s. 126-134.
6. Zahradniczek K., Uwarunkowania prawne i etyczne opieki pielęgniarskiej świadczonej chorym leczonym chirurgicznie [w:] Walewska (red.), Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, PZWL, Warszawa 2007, s. 9-34.

Autor: mgr Joanna Borzęcka
specjalista pielęgniarstwa operacyjnego,
Okręgowy Szpital Kolejowy SPZOZ w Lublinie

• **STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO - BADANIA NAUKOWE**

• Badania naukowe są warunkiem koniecznym dla rozwoju pielęgniarstwa operacyjnego. Powinny mieć ścisły związek z praktyką zawodową pielęgniarek/położnych operacyjnych.

• **UZASADNIENIE:** wyniki badań naukowych powinny być podstawą do opracowywania i aktualizowania standardów, które są wyznacznikiem jakości świadczonych usług. Wyniki badań naukowych umożliwiają pielęgniarkę/położnej operacyjnej podejmowanie decyzji w konkretnych działaniach związanych z wykonywaniem zawodu.

• **KRYTERIA STRUKTURY**

1. stowarzyszenia pielęgniarek/położnych operacyjnych są jednym z podmiotów inicjujących proces badawczy w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mają umiejętności umożliwiające im udział w badaniach naukowych,
3. opracowania wyników badań są publikowane w zawodowych czasopismach i/lub na stronach internetowych stowarzyszeń.

• **KRYTERIA PROCESU**

1. Badania naukowe podejmują problemy związane w sposób bezpośredni i pośredni z pracą zawodową i problemami pielęgniarek/położnych operacyjnych. Problemy badawcze dotyczyć mogą w szczególności:
 - sposobów zmniejszania lęku u pacjentów na bloku operacyjnym,
 - problemów związanych z procesem adaptacji nowych pracowników,
 - wypaleniem zawodowym pielęgniarek/położnych operacyjnych,
 - sposobów radzenia sobie ze stresem,
 - dylematów etyczno-moralnych w pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych,
2. pielęgniarki/położne operacyjne mogą inicjować i przeprowadzać badania,
3. pielęgniarki/położne operacyjne posługują się metodami badań dostosowanymi do celów, tak więc mogą to być badania eksploracyjne (wstępne, ogólne zrozumienie jakiegoś zjawiska), opisowe (odpowiadają na pytanie „jak jest?”) i wyjaśniające (dlaczego tak jest?),

4. pielęgniarki/położne operacyjne w swojej praktyce badawczej najczęściej posługują się metodami opisu przypadku, badaniami sondażowymi, wykorzystują analizę dokumentacji,
5. wyniki badań naukowych są pomocą w codziennej praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej operacyjnej.

•

KRYTERIA WYNIKU

1. praktyka zawodowa pielęgniarek operacyjnych jest wzbogacana wynikami badań naukowych,
2. wyniki badań naukowych są dostępne szerokiemu gronu pielęgniarek/położnych operacyjnych poprzez ich publikowanie,
3. informacje o badaniach powinny być dostępne również na stronach internetowych stowarzyszeń pielęgniarek/położnych operacyjnych,
4. wyniki badań naukowych są wykorzystywane do uaktualniania standardów pielęgniarstwie operacyjnym,
5. wyniki badań naukowych mogą być wykorzystywane w codziennej praktyce (jako odpowiedź na pytanie klinicznie istotne – PICO, zgodnie z założeniami praktyki opartej na faktach - EBNP),
6. problemy napotymane w praktyce zawodowej pielęgniarek/położnych operacyjnych są rozwiązywane w ramach badań naukowych.

• **Literatura:**

1. Babbie E., Badania społeczne w praktyce, PWN, Warszawa 2008, s. 135.
2. Kózka M., Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Procedury pielęgniarstwie, PZWL, Warszawa 2011, s. 25 -28.
3. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarstwie w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999, s. 152.
4. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012, s. 22.