



Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

# **BEZPIECZNA PRAKTYKA PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ**

Warszawa, 2018 r.

**Redakcja:**

Joanna Borzęcka

**Autorzy:**

**mgr Joanna Borzęcka**

specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. J. Bożego w Lublinie

**mgr Barbara Dąbrowska**

specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhoffa w Białymstoku

**mgr Mariola Gralewska**

specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

**lic. piel. Ewa Habel**

specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, SP ZOZ w Janowie Lubelskim

**lic. piel. Aneta Judycka**

specjalizacja w pielęgniarstwie operacyjnym (w trakcie),  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie

**mgr Lucyna Kotasz**

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

**dr n. o zdrowiu Ewa Zamojska-Kościów**

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

**Wydawca:**

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych  
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa

**ISBN 978-83 -937654-0-9**

© Copyright by: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018

**Skład, druk i oprawa:**

Drukarnia „Attyla” s.j., 22-400 Zamość, ul. Partyzantów 61  
tel./faks 84 639 12 13, 84 627 19 16, e-mail: biuro@attyla.eu, www.attyla.eu



# Spis treści

## BEZPIECZNA PRAKTYKA PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ

<b>Wstęp</b> .....	<b>5</b>
<b>I. Pielęgniarstwo operacyjne – krótka historia</b> .....	<b>7</b>
Danuta Matyka	
<b>II. Charakterystyka pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej</b> .....	<b>10</b>
Barbara Dąbrowska	
<b>III. STANDARDY PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO</b> Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 277/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. ....	<b>13</b>
<b>1. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – podstawy teoretyczne</b> .....	<b>19</b>
Joanna Borzęcka	
<b>2. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – gromadzenie danych</b> .....	<b>24</b>
Joanna Borzęcka	
<b>3. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – diagnoza pielęgniarstwa i planowanie opieki</b> .....	<b>27</b>
Joanna Borzęcka	
<b>4. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – realizacja opieki pielęgniarstwa w bloku operacyjnym</b> .....	<b>29</b>
Joanna Borzęcka, Mariola Gralewska, Ewa Habel, Aneta Judycka, Lucyna Kotas, Paulina Kowalska, Danuta Matyka, Maria Wertel	
<b>5. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – ocena opieki pielęgniarstwa w bloku operacyjnym</b> .....	<b>37</b>
Joanna Borzęcka	
<b>6. Standard pielęgniarstwa operacyjnego – współpraca interdyscyplinarna</b> .....	<b>39</b>
Joanna Borzęcka	

7.	<b>Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – rozwój umiejętności zawodowych pielęgniarek/położnych operacyjnych .....</b>	<b>42</b>
	Joanna Borzęcka	
8.	<b>Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – zapewnienie jakości .....</b>	<b>44</b>
	Joanna Borzęcka	
9.	<b>Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – etyka .....</b>	<b>46</b>
	Joanna Borzęcka	
10.	<b>Standard pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego – badania naukowe .....</b>	<b>49</b>
	Joanna Borzęcka	
IV.	<b>Standard adaptacji nowoprzyjętej pielęgniarki operacyjnej bez doświadczenia zawodowego w bloku operacyjnym .....</b>	<b>54</b>
	Ewa Habel, Danuta Matyka, Maria Wertel, Aneta Judycka, Lucyna Kotas, Joanna Borzęcka	
1.	<b>Przykładowy harmonogram procesu adaptacji zawodowej pielęgniarki operacyjnej w bloku operacyjnym .....</b>	<b>69</b>
	Barbara Dąbrowska	
2.	<b>Ramowy program szkolenia pielęgniarki operacyjnej w bloku operacyjnym .....</b>	<b>75</b>
	Ewa Zamojska-Kościów	
3.	<b>Przykładowe konspekty zajęć .....</b>	<b>79</b>
	Ewa Zamojska-Kościów	
V.	<b>Zasady bezpiecznej praktyki pielęgniarki operacyjnej .....</b>	<b>95</b>
	Joanna Borzęcka, Mariola Gralewska	
VI.	<b>Podstawowe wytyczne do opracowywania zakładowych standardów opieki pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego .....</b>	<b>103</b>
	Joanna Borzęcka	
	<b>Załącznik nr 1 – Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej – Stan na dzień 1 marca 2018 r. ....</b>	<b>107</b>
	<b>Załącznik nr 2 – Procedura liczenia materiału opatrunkowego .....</b>	<b>109</b>
	<b>Załącznik nr 3 – Sposób ustalania minimalnej obsady pielęgniarek operacyjnych według metody zawodowej .....</b>	<b>112</b>

## Wstęp

Niniejsza publikacja jest adresowana do studentów pielęgniarstwa, pielęgniarek operacyjnych, a także – a może przede wszystkim – do menedżerów w placówkach ochrony zdrowia, których zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta w bloku operacyjnym oraz bezpiecznych warunków pracy zespołów operacyjnych. Publikacja jest adresowana również do położnych operacyjnych, które zgodnie z kompetencjami ustawowymi posiadają uprawnienia do opieki nad kobietą w różnym okresie jej życia i po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego mogą pracować w blokach operacyjnych ginekologiczno-położniczych.

Autorzy opracowania żywią głębokie przekonanie, iż treści zawarte w tej pracy pomogą czytelnikowi zrozumieć specyfikę zadań i obowiązków pielęgniarek operacyjnych. Pielęgniarstwo operacyjne jest bowiem dziedziną podlegającą dynamicznym zmianom wynikającym z postępu biotechnologicznego, wymagającą ustawicznego doskonalenia umiejętności w zakresie różnych technik operacyjnych zwłaszcza w procedurach wysokospecjalistycznych.

W publikacji zawarto Standard pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego przyjęty przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych Uchwałą Nr 277/VI/2014 w dniu 3 grudnia 2014 roku i rekomendowany do wdrożenia w praktyce.

Autorzy przedstawiają także przykładowy standard adaptacji zawodowej pielęgniarki operacyjnej w bloku operacyjnym oraz wzory konspektów prowadzenia szkolenia adaptacyjnego.

W niniejszym opracowaniu wskazano również na zasady bezpiecznej praktyki pielęgniarki operacyjnej.

Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
**Zofia Małas**



## PIELĘGNIARSTWO OPERACYJNE – KRÓTKA HISTORIA

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 pielęgniarkami, 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. (Nr SS. II-2871/54). 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.

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.

Program kształcenia nie obejmuje praktycznego przygotowania do pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej. Kurs kwalifikacyjny i specjalizacja to jedyne podyplomowe szkolenia pozwalające poznać specyfikę pracy na bloku operacyjnym. Szkolenie warsztatowe to jedna z form nauczania pielęgniarek operacyjnych pozwalająca zdobyć kwalifikacje w zakresie wykonywania czynności instrumentalnych – łącząca trening i edukację. Najczęściej stosowaną formą była i jest nauka na stanowisku pracy prowadzona przez doświadczone pielęgniarki operacyjne, kursy, szkolenia zewnętrzne poprzez oddelegowanie do innych szpitali, samokształcenie.

Przedstawiciele pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce intensywnie starają się o właściwe miejsce ich profesji w systemie ochrony zdrowia, podejmując wiele działań w zakresie wymiany doświadczeń, kształcenia podyplomowego, badań naukowych i standaryzacji praktyk zawodowych. Efektem tych działań są „Standardy pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”.

W chwili obecnej w naszym kraju działa kilka stowarzyszeń pielęgniarek operacyjnych: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek,



Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych, Karkonoskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek oraz Stowarzyszenie Instrumentariuszek Ortopedycznych. Od lat działają również komisje ds. pielęgniarstwa operacyjnego przy okręgowych radach pielęgniarek i położnych. Organizacją o zasięgu europejskim jest EORNA (Europejskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Bloku Operacyjnego), od 2014 r. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek zostało członkiem EORNA.

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

## CHARAKTERYSTYKA PRACY NA STANOWISKU PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ

Dokonując charakterystyki stanowiska pracy, należy wziąć pod uwagę: nazwę stanowiska, wymagania dotyczące wykształcenia, służbową podległość, warunki pracy, zagrożenia zdrowotne i obowiązujące akty prawne:

1. **nazwa stanowiska:** pielęgniarka operacyjna,
2. **wymagania dotyczące wykształcenia:**
  - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
  - wykształcenie zależne od ukończonej szkoły medycznej lub wyższych studiów: średnie, licencjackie, magisterskie,
  - zaliczony okres adaptacji na bloku operacyjnym (według programu adaptacji wstępnej),
  - kształcenie podyplomowe: kurs kwalifikacyjny, specjalizacja, kursy specjalistyczne i doksztalcające,
3. **służbowa podległość/podporządkowanie** – w zależności od systemu organizacyjnego danej jednostki stanowisko podlega: pielęgniarce oddziałowej bloku operacyjnego, pielęgniarce koordynującej, kierownikowi bloku operacyjnego.
4. **warunki pracy**

W skład bloku operacyjnego wchodzi służby, sale operacyjne, magazyny, pomieszczenia gospodarcze i socjalne. Sala operacyjna wyposażona jest w podstawowy mobilny sprzęt: stół operacyjny, lampa bezcieniowa, stoliki, kolumny, aparat do znieczulenia, elektrokoagulacja; sprzęt specjalistyczny: nóż harmoniczny, laser, monitor RTG, mikroskop, aparatura laparoskopowa, artroskopowa itp.

Przy zabiegu operacyjnym pracują dwie pielęgniarki operacyjne: instrumentująca i pomagająca. Zakres ich zadań dotyczy przygotowania do zabiegu, instrumentowania, postępowania w trakcie zabiegu operacyjnego oraz po zabiegu operacyjnym. Pozostałe zadania związane są z zabezpieczeniem funkcjonowania i organizacją pracy w bloku operacyjnym.

5. **zagrożenia zdrowotne na stanowisku pracy**

Pielęgniarki operacyjne narażone są na:

- patogenne mikroorganizmy pochodzące z kontaktu z chorymi pacjentami i ich płynami ustrojowymi,
- urazy w wyniku zakłuć igłą, ostrymi narzędziami lub ostrymi krawędziami kości,
- działanie szkodliwych substancji chemicznych obecnych w środkach dezynfekcyjnych, czyszczących, sterylizacyjnych, stosowanych do utrwalania preparatów, gazach anestetycznych, dymie z koagulacji tkanek,
- działanie promieniowania jonizującego, elektromagnetycznego, laserowego,
- alergie na lateks, wchodzący w skład rękawic oraz pyłu pochodzącego z tych rękawic,
- zmęczenie i dolegliwości bólów pleców, nóg spowodowane długimi godzinami pracy w wymuszonej pozycji,
- stres spowodowany długimi godzinami pracy, pracą zmianową, dyżurami nocnymi i świątecznymi, kontaktem z pacjentami po wypadkach, udziałem w pobieraniu narządów i transplantacji, zgonem pacjenta, pracą z wieloma zespołami chirurgów i w różnych dyscyplinach zabiegowych.

Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej są zawarte w Załączniku nr 1 do niniejszego opracowania.



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

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

3 grudnia 2014 r.



## Słowo od autorów

Pielęgniarstwo operacyjne to dziedzina, w której kształcenie podyplomowe rozpoczęło się w latach 60. 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 niebędących pielęgniarkami, a posiadających 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 dziesięcioletnia została wykorzystana w opracowaniu z uwagi na aktualność zawartych w niej zapisów, czego przykładem jest pozycja pod redakcją A. Piątek „Standardy opieki pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej praktyki klinicznej 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. Napisano je na podstawie wytycznych dotyczących ogólnych standardów pielęgniarstwa w praktyce 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 w praktyce klinicznej, a ponieważ w wielu miejscach odnoszą się również do specyficznych wymagań wykonywania zawodu w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, otrzymały nazwę „ogólne standardy pielęgniarstwa w praktyce 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 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/pielęgniarski, 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/pielęgniarski, położnej/położnego operacyjnego jest zgodne odpowiednio z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.).



## STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA 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, w poczuciu bezpieczeństwa i z zachowaniem godności osobistej pacjentów przebywających na bloku operacyjnym. Pielęgniarstwo operacyjne można utożsamiać z pojęciem obecnym w literaturze europejskiej i amerykańskiej „perioperative nursing” 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 są to wiedza i kompetencje z zakresu opieki okołoperacyjnej w dwóch dziedzinach pielęgniarstwa – anestezyjologicznej i operacyjnej. **Pielęgniarka/położna operacyjna** to osoba, która ma 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 nadzorze” (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) z uwzględnieniem zapewnienia pacjentowi poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Praktykę zawodową pielęgniarka/położna operacyjna opiera na naukach pielęgniarstwie, w szczególności pielęgniarstwie operacyjnym i na podstawach innych nauk istotnych dla pielęgniarstwa („zdobyczach nauk medycznych, społecznych i humanistycznych”, Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej).

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

- 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 jednego roku od momentu podjęcia pracy w bloku operacyjnym, zaś pracodawca powinien mu umożliwić udział w kursie kwalifikacyjnym/specjalizacji (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 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.). Pielęgniarka/położna po odbyciu szkolenia wewnętrznego jest zatrudniona na stanowisku 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.

**Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK), dostępna na stronie:** [www.cmj.org.pl/who/okk/okk.pdf](http://www.cmj.org.pl/who/okk/okk.pdf), 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.

**Instrumentowanie (inaczej asysta pielęgniarska)** – 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 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.).

### **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 zaufanie” (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). 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.
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 wypływające z praktyki zawodowej.

### **KRYTERIA WYNIKU**

1. Działania pielęgniarek/położnych operacyjnych są zgodne z uznanymi teoriami pielęgniarstka, 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 pielęgniarstka na bloku operacyjnym stanowią wskazówki do rozwijania badań naukowych w tej dziedzinie.

## **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 pielęgniarskiej, zaplanowania i zapewnienia właściwego poziomu troskliwości pielęgniarskiej wobec pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym. Celem gromadzenia danych jest postawienie diagnozy pielęgniarskiej, zaplanowanie opieki i jej wykonanie, czyli właściwe przygotowanie się pielęgniarek/położnych operacyjnych do objęcia pacjenta przebywającego na bloku operacyjnym holistyczną opieką pielęgniarską 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 pielęgniarskiej, w tym procedur postępowania pielęgniarskiego i higienicznego.
2. W sytuacji zabiegów nieuwjętych 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.

## **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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskich.

**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 pielęgniarskiej.

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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej przez pielęgniarki położne operacyjne.

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.

Joanna Borzęcka, Mariola Gralewska,  
Ewa Habel, Aneta Judycka, Lucyna Kotas,  
Paulina Kowalska, Danuta Matyka, Maria Wertel

## **STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – REALIZACJA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM**

Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalnością z odrębną specyfiką zarówno czynności pielęgniarzkich, 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 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).

W pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych wyróżnić można:

- obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarzką 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.

### 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 (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 operacyjnej, który powinien być dołączany do historii choroby.

Protokół pielęgniarki operacyjnej – 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, ozna-

czenie 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).

### **KRYTERIA PROCESU**

Obszar związany z pracą w charakterze pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarstwem asystującym do zabiegów), pielęgniarki/położnej operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarkom instrumentującym).

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 zgodne 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 odpadami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczanie odpadów.

Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej ilustruje tabela nr 1.

**Tabela 1.** Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.

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 w czasie trwania operacji. [P/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 pielęgniarsce 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/położnej operacyjnej. [P]	Prowadzenie dokumentacji pielęgniarki operacyjnej, dokumentowanie wszystkich dodawanych materiałów. [P]	Sprawdzenie wpisów do dokumentacji i podpisanie dokumentacji pielęgniarki/położnej 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 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]
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]		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]
Udział w zapewnieniu pacjentowi normotermii (przygotowanie materaca grzewczego na stół operacyjny, kołderki jednorazowej, ciepłych płynów do płukania jam ciała i zwilżania serwet chirurgicznych). [P]	Regulowanie wysokości temperatury termostatu w podgrzewaczu płynów w zależności od bieżących potrzeb. [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]		Pomoc w zdezynfekowaniu skóry wokół miejsca operowanego przed nałożeniem opatrunku, toaletą ciała pacjenta (w zależności od rodzaju wykonanej operacji). [P]
Zabezpieczenie pacjenta przed porażeniem prądem w czasie stosowania np. diatermii chirurgicznej, naklejenie na ciało pacjenta elektrody neutralnej. [P]		Odłączenie aparatury medycznej (urządzeń elektrycznych), zdjęcie elektrody neutralnej. [P]

Zabezpieczenie pacjenta w osłony radiologiczne w czasie wykonywania zdjęć śródoperacyjnych. [P]		Zdjęcie osłon radiologicznych z pacjenta. [P]
		Organizowanie zaplecza, np. zawiadomianie innych działów o konieczności zabrania amputowanych kończyn z sali operacyjnej. [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 Charakterystyki 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 zgodnie z przyjętymi zasadami, przeciwdziałając zdarzeniom niepożądanym.
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 tabela nr 2.

**Tabela 2.** Zakres działań obu pielęgniarek operacyjnych (instrumentującej i pomagającej) podczas procedury w ujęciu fazy przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej

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 oraz zapewnienie właściwego zapisu ich użycia. [P/I]	
Wsparcie pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezjologiczny. [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.

## **STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – OCENA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ 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/łożne operacyjne: instrumentującą i pomagającą. **Uzasadnienie:** praktyka pielęgniarek/łożnych operacyjnych jest procesem wyjątkowo trudnym z uwagi na wielodyscyplinarność praktyki, szczególnie w wieloprofilowych blokach operacyjnych. Pielęgniarki/łożne operacyjne w sposób ciągły i dynamiczny oceniają swoje działania, ich kompletność i trafność. Tylko współdziałanie obu pielęgniarek/łożnych 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**

Kryteria oceny opieki pielęgniarskiej odpowiadają celom opieki i dotyczą szczegółowych aspektów bezpieczeństwa, które są związane z:

1. zapewnieniem bezpiecznego środowiska dla kompletnej opieki nad pacjentem, w tym zapewnienia ciągłości pracy w bloku operacyjnym,
2. postępowaniem zgodnym z zasadami bezpieczeństwa w miejscu pracy,
3. stosowaniem strategii zapobiegania zdarzeniom niepożądanym,
4. stosowaniem zasad kontroli zakażeń w świadczeniu opieki pielęgniarskiej,
5. właściwym postępowaniem z tkankami/płynami przeznaczonymi do różnego typu badań.

Pielęgniarki/położne operacyjne znają kryteria i techniki oceny swojej pracy:

1. opieka pielęgniarska jest dokumentowana – w szczególności prowadzony jest protokół pielęgniarki/położnej operacyjnej,
2. 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.

## **STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO – WSPÓŁPRACA 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 wykonywania zawodu 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 pełniące 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.

## **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 ciągu pierwszego 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. Na 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 uczestniczą – w miarę możliwości – 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.

## STANDARD PIELĘGNIARSKIEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA 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/położ-

nej 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 o 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 wewnętrzzakładowych.

### **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 wewnętrzzakładowe podnoszą jakość pracy w danym bloku operacyjnym.

## 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 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz.U. z 2012 r., 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 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

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

## **KRYTERIA PROCESU**

### **Pielęgniarka/położna operacyjna a pacjent**

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

### **Pielęgniarka/położna operacyjna a współpracownicy**

- Pielęgniarka/położna operacyjna nie może ani zatrzymywać informacji dla siebie, ani dyskredytować innych w obecności osób trzecich.
- Pielęgniarka/położna operacyjna szanuje inne osoby i wymaga szacunku dla siebie.
- 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**

- Pielęgniarka/położna operacyjna współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego.
- 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.
- 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.
- Pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich możliwości i umiejętności – uczestniczy w rozwoju swojej dziedziny poprzez uczestnictwo w działaniach promujących pielęgniarstwo operacyjne.

## **KRYTERIA WYNIKU**

- Godność osobista wszystkich osób, z którymi współpracowała pielęgniarka/położna operacyjna podczas wykonywania swoich obowiązków, została uszanowana.
- Poufność danych o pacjencie została zachowana.

- Swoje obowiązki pielęgniarka/położna operacyjna wykonała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami.
- Pielęgniarka/położna operacyjna wykazuje się w pracy empatią.
- Pielęgniarka/położna operacyjna – w miarę swoich możliwości – ma swój wkład w działania mające na celu rozwój i promocję pielęgniarstwa operacyjnego.



## **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 pielęgniarki/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 w 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.

### **Piśmiennictwo:**

1. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa 2008.
2. Bielecki K., Rud P.M., *Chirurgia ogólna [w:] Narzędzia protezy i szwy chirurgiczne*, (red.) K. Bielecki, Makmed, Lublin 2008.
3. Bober-Gheek B., *Postępowanie ograniczające zakażenia szpitalne/zakładowe [w:] Fleischer M., Bober-Gheek B. (red.), Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006.
4. Ciuruś M., *Pielęgniarstwo operacyjne*, Makmed, Lublin 2007.
5. Ciuruś M., *Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce. Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej*, „Blok Operacyjny”, 2002, nr 1.
6. <http://www.aorn.org/CareerCenter/CareerDevelopment/RoleOfThePerioporativeNurse/>
7. [http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist\\_art-bkhkw.pdf](http://www.cmj.org.pl/who/okk/who-checklist_art-bkhkw.pdf)
8. 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.
9. Gembacka A., *Praca pielęgniarki w bloku operacyjnym [w:] Rowiński W., Dziak A. (red.), Chirurgia dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1999.
10. Harmsen G., *Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek*, PZWL, Warszawa 2013.
11. 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.
12. Jankowiak B., Bartoszewicz A., *Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego*, [w:] Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
13. Konstańczak S., *Etyka pielęgniarska*. Difin, Warszawa 2010.
14. *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”*
15. Kózka M., *Metodologia opracowania procedur pielęgniarskich [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Procedury pielęgniarskie. Podręcznik dla studentów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
16. Kózka M., *Diagnoza pielęgniarska wyznacznikiem interwencji [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, PZWL, Warszawa 2008.
17. Kózka M., *Zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Procedury pielęgniarskie*, PZWL, Warszawa 2011.

18. Mutlow A., Podstawowe środki ostrożności i kontrola zakażeń [w:] Nutbeam, Daniels (red.), Procedury zabiegowe, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
19. Piątek A. (red.), Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
20. 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.
21. Płaszewska-Żywko L., Założenia procesu pielęgnowania [w:] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.), Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych, PZWL, Warszawa 2008.
22. 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.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. z 2013 r., poz. 1562).
24. 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. 2013 r., poz. 696).
25. Szreter T., Współpraca zespołowa w bloku operacyjnym, Blok Operacyjny, 2000, nr 2.
26. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2017r., poz. 211 z późn. zm.).
27. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.).
28. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.).
29. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 576 z późn. zm.).
30. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 151).
31. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 123).
32. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012.
33. Wojnowska-Dawiskiba H. i współautorzy. Proces komunikacji z chorym w sytuacji zagrożenia życia – praktyczne metody rozwiązań [w:] Krajewska-

- Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. (red.). Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
34. Włodarczyk D., Skuza B., Znaczenie relacji pacjent – personel medyczny dla przebiegu leczenia [w:] Jakubowska-Winecka, Włodarczyk (red.), Psychologia w praktyce medycznej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
  35. Zahradniczek K., Uwarunkowania prawne i etyczne opieki pielęgniarstwa świadczonej chorym leczonym chirurgicznie [w:] Walewska (red.), Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Ewa Habel, Danuta Matyka, Maria Wertel,  
Aneta Judycka, Lucyna Kotas, Joanna Borzęcka

## **STANDARD ADAPTACJI NOWOPRZYJĘTEJ PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ BEZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO W BLOKU OPERACYJNYM**

Standard adresowany jest również do położnych operacyjnych, które zgodnie z kompetencjami ustawowymi posiadają uprawnienia do opieki nad kobietą w różnym okresie jej życia i po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego mogą pracować w blokach operacyjnych ginekologiczno-położniczych.

Adaptacja wstępna ma na celu zaznajomienie nowego pracownika z całokształtem obowiązków na jego stanowisku i z kulturą organizacyjną. Po jej zakończeniu i pracodawca, i pracownik podejmują decyzję, co do dalszej pracy na tym stanowisku.

**Uzasadnienie:** właściwe przeprowadzenie procesu adaptacji nowego pracownika prowadzi do uzyskania w pełni wykwalifikowanej kadry, a co za tym idzie pozwala utrzymać odpowiedni poziom usług. W przygotowaniu pracownika do wypełniania nowych obowiązków powinno się uwzględnić indywidualny poziom umiejętności danej osoby, w tym jego predyspozycje i cechy osobowości. Szkolenie nowego pracownika ma być zgodne z wewnętrznymi dokumentami związanymi z systemem zarządzania jakością obowiązującymi w danym bloku operacyjnym. Proces adaptacji podzielony jest na dwa okresy: okres próbny – uzyskanie podstawowej wiedzy i okres właściwy – uzyskanie wiedzy w rozszerzonym zakresie. Na każdym etapie prowadzona jest ocena procesu adaptacji.

**W pierwszym miesiącu** – poza szkoleniem w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy prowadzi się szkolenie stanowiskowe w sali operacyjnej ogólnochirurgicznej (z udziałem opiekuna procesu adaptacji, czyli mentora). Pracownik powinien otrzymać pakiet informacji związanych z pracą w charakterze pielęgniarki operacyjnej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej w następujących obszarach:

- bezpieczeństwo pacjenta i zespołu operacyjnego,
- praca w charakterze pielęgniarki operacyjnej pomagającej (asystującej pielęgniarkie instrumentującej),
- praca w charakterze pielęgniarki operacyjnej instrumentującej (związanej z pielęgniarską asystą do zabiegów),
- obowiązki pracownicze niewymagające kontaktu z pacjentem czy innymi członkami zespołu operacyjnego, a dotyczące obowiązków pracowniczych wykonywanych w czasie godzin popołudniowych i nocnych, mających szczególne znaczenie w tej dziedzinie pielęgniarstwa.

**W drugim i trzecim miesiącu** – praca na stanowisku pielęgniarki instrumentującej i pomagającej, ze wsparciem mentora oraz monitoring efektów szkolenia. Z końcem okresu próbnego powinna nastąpić ocena pracy i podsumowanie okresu próbnego.

**Etap właściwej adaptacji:** następuje po okresie próbnym i obejmuje czas, w którym pielęgniarka opanuje umiejętności potrzebne w pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej w stopniu umożliwiającym jej samodzielną pracę. Czas trwania tego etapu może być różny, zależy m.in. od ilości dziedzin zabiegowych, w których będzie pracować nowy pracownik.

## **OKRES PRÓBNY**

### **Kryteria struktury**

1. Ilość instrumentariuszek – nie mniej niż 2 pielęgniarki operacyjne na jeden czynny stół (na jednego pacjenta) podczas każdego zabiegu wykonywanego w warunkach sali operacyjnej.
2. Opiekun procesu adaptacji w każdej z dziedzin zabiegowych, w których wykonywane są procedury w danym bloku operacyjnym.
3. Osoba opiekuna procesu adaptacji/mentora jest liczona w grafiku dodatkowo.
4. Dostęp do wewnętrznych dokumentów związanych z systemem zarządzania jakością procedur i algorytmów, obowiązujących w danym bloku operacyjnym.
5. Przewodnik po szpitalu (spis telefonów do: sterylizacji, oddziałów zabiegowych, informatyka, transportu wewnętrznego i innych jednostek szpitala).

### **Kryteria procesu**

Zapoznanie nowego pracownika z zakresem obowiązków związanych ze sprawnym poruszaniem się w bloku operacyjnym (rozkład pomieszczeń, komunikacja, obowiązki związane z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym) obrazuje tabela 3.

**Tabela 3.** Zapoznanie nowego pracownika z zakresem obowiązków związanych ze sprawnym poruszaniem się w bloku operacyjnym

Czynność/obowiązek do opanowania	Metody przekazania wiedzy	Uwagi
<p>Zapoznanie z pracownikami bloku operacyjnego i zakresem ich obowiązków.</p> <p>Określenie zadań, odpowiedzialności i oczekiwań związanych z pracą na stanowisku pielęgniarki operacyjnej w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.</p> <p>Zapoznanie z topografią bloku operacyjnego (np. rodzaj pomieszczeń), zasady poruszania się po bloku, kontaktu między salami – intercom itp. Poznanie drogi pacjenta w obrębie bloku operacyjnego, drogi personelu w obrębie bloku operacyjnego, drogi materiałów pozyskanych z apteki i innych magazynów szpitala, drogi materiału sterylnego dostarczanego na blok operacyjny, drogi odpadów medycznych wyprodukowanych w obrębie bloku operacyjnego.</p> <p>Przekazanie wykazu numerów telefonów do działów/osób ściśle współpracujących z blokiem (sterylizacja, sekretariaty klinik, dyżurki pielęgniarek oddziałów zabiegowych itp.).</p> <p>Zapoznanie z dokumentacją w formie tradycyjnej i elektronicznej obowiązującą pielęgniarki operacyjne, np.: protokół pielęgniarki operacyjnej, karty wczepów itp.).</p> <p>Zapoznanie z rodzajem i wyglądem narzędzi, z zestawami narzędzi i materiałami w magazynkach.</p> <p>Zapoznanie z wykazem sprzętu i urządzeń w magazynku z aparaturą.</p>	<p>Określenie osób pomagających we wdrożeniu do pracy nowego pracownika.</p> <p>Wewnętrzne dokumenty związane z systemem zarządzania jakością.</p> <p>Demonstracja.</p> <p>Procedury Algorytmy postępowania.</p> <p>Pokaz, wspólna praca. Pokaz, ćwiczenia, np. prośba o odnalezienie pakietu, rozpakowywanie materiałów po sterylizacji.</p> <p>Pokaz, ćwiczenia, np. zgromadzenie i zamontowanie akcesoriów do stołu operacyjnego przy ułożeniu na plecach, do operacji drogą brzuszno-krocową itp.</p>	<p>Przydzielenie opiekuna procesu adaptacji (osoba z dużym doświadczeniem na stanowisku pielęgniarki operacyjnej z umiejętnością przekazywania wiedzy, najlepiej specjalista pielęgniarstwa operacyjnego).</p>



**Tabela 4.** Zapoznanie nowego pracownika z zakresem obowiązków związanych z obszarem działań zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi i zespołowi operacyjnemu.

Czynność/obowiązek do opanowania	Metody przekazania wiedzy	Uwagi
Poznanie zasad związanych z identyfikacją pacjenta i rodzaju zabiegu.	Demonstracja, rozmowa ukierunkowana, ćwiczenia, wspólna praca.	
Zapewnienie pacjentowi komfortu podczas jego pobytu na bloku operacyjnym: przebranie, przejazd na salę, do pomieszczenia przygotowawczego, wyjazd z sali do pomieszczenia wybudzeń.		
Sprawdzenie, czy pacjent nie ma metalowych przedmiotów: obrączka, spinki do włosów, protezy zębowe itp.		
Nauczenie metod wsparcia pacjenta do momentu objęcia go opieką przez zespół anestezjologiczny.		
Nauczenie zasad prawidłowego ułożenia pacjenta na stole operacyjnym w zależności od rodzaju zabiegu operacyjnego (umiejętność zastosowania ruchomych elementów stołu operacyjnego, żelowych podkładek pod ciało pacjenta itp.).		
Nauczenie zasad bezpiecznego podłączania aparatury medycznej do pacjenta.		
Nauczenie zasad używania środków ochrony osobistej przeznaczonych dla pacjenta i personelu.	Ukierunkowana rozmowa. Przekazanie zasad porozumiewania się z pacjentami – seniorami i/lub objętymi dysfunkcją w zakresie wzroku/słuchu oraz upośledzonymi fizycznie i/lub psychicznie.	
Poznanie odrębności w postępowaniu z poszczególnymi kategoriami pacjentów: pacjentem niewidzącym, niesłyszącym, seniorem, dzieckiem, pacjentem upośledzonym fizycznie i/lub psychicznie oraz z pacjentem nieprzytomnym.		
Zapoznanie z zasadami używania ostrych narzędzi.		
Znajomość postępowania w przypadku zawodowej ekspozycji.		

**Tabela 5.** Zapoznanie nowego pracownika z zakresem obowiązków związanych z pracą w charakterze pielęgniarki operacyjnej pomagającej.

<b>Czynność/obowiązek do opanowania</b>	<b>Metody przekazania wiedzy</b>	<b>Uwagi</b>
<p>Poznanie aparatury w sali operacyjnej i przygotowanie sali operacyjnej do zabiegów.</p> <p>Poznanie, przygotowanie i sprawdzenie materiału szewnego, opatrunkowego, środków dezynfekcyjnych oraz płynów, materiałów dodatkowych itp. do danej procedury medycznej.</p> <p>Poznanie zasad i rodzajów mycia oraz pomoc w dezynfekcji pola operacyjnego w danej procedurze medycznej.</p> <p>Poznanie zasad ubierania zespołu operacyjnego w sterylne fartuchy i właściwego poruszania się po sali operacyjnej.</p> <p>Poznanie zasad przygotowania preparatów przeznaczonych do różnego typu badań i ich właściwego przekazania do pracowni diagnostycznych. Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarskiej.</p> <p>Poznanie zasad prawidłowego prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej podczas zabiegu.</p> <p>Poznanie zasad dekontaminacji narzędzi i sprzętu.</p> <p>Poznanie zasad asystowania pielęgniarcie instrumentującej. Otwieranie dodatkowych pakietów i zestawów. Podawanie leków, środków antyseptycznych, płynów do płukania ran i jam ciała. Śródoperacyjna zmiana parametrów aparatury medycznej. Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjenta.</p>	<p>Praca w charakterze pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p>	<p>Początkowo obserwacja pracy mentora, a następnie praca w obecności mentora. Mentor decyduje o zakresie samodzielności w pracy.</p>

**Tabela 6.** Zapoznanie nowego pracownika z zakresem obowiązków związanych z pracą w charakterze pielęgniarki operacyjnej instrumentującej.

Czynność/obowiązek do opanowania	Metody przekazania wiedzy	Uwagi
<p>Poznanie nazw narzędzi ogólnochirurgicznych.</p> <p>Przygotowanie zestawu do dezynfekcji skóry pola operacyjnego. Ubranie lekarzy w jałowe rękawice chirurgiczne. Pomoc w obłożeniu pola operacyjnego.</p> <p>Instrumentowanie – podawanie właściwej rzeczy we właściwym czasie.</p> <p>Okresowe liczenie narzędzi, nici i gazy w trakcie trwania operacji. Liczenie instrumentarium i pozostałych materiałów przed zakończeniem operacji.</p> <p>Czuwanie nad zachowaniem i utrzymaniem jałowości w czasie trwania operacji. Obserwowanie pola operacyjnego i otoczenia pacjenta operowanego.</p> <p>Poznanie zasad postępowania z uszkodzonymi w trakcie operacji narzędziami.</p> <p>Poznanie zasad oddawania tkanek, płynów ustrojowych do różnego typu badań.</p>	<p>Demonstracja, instruktaż używania poszczególnych narzędzi (np. montowanie narzędzi laparoskopowych, staplerów itp.).</p> <p>Praca w zespołach operacyjnych jako instrumentariuszka asystująca „druga”, a w następnej kolejności praca samodzielna w obecności mentora jako instrumentariuszki pomagającej.</p> <p>Wewnętrzne instrukcje.</p>	<p>Mentor decyduje o zakresie samodzielności w instrumentowaniu, np. nowy pracownik układa narzędzia na stole, wybiera i układa narzędzia na stoliku Mayo, instrumentuje przy otwarciu, a potem przy zamknięciu powłok. W następnym etapie instrumentuje przy prostszych zabiegach, które wykonuje doświadczony operator. Mentor ma obowiązek zastąpić nowego pracownika zawsze, kiedy osoba szkolona o to poprosi lub kiedy mentor uzna, że operacja ma przebieg nietypowy (np. konwersja, intensywne krwawienie itp.).</p>

**Tabela 7.** Zapoznanie nowego pracownika z zakresem innych obowiązków pracowniczych (niewymagających kontaktu z pacjentem lub członkami zespołu operacyjnego).

<b>Czynność/obowiązek do opanowania</b>	<b>Metody przekazania wiedzy</b>	<b>Uwagi</b>
Zapoznanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów.	Czytanie aktualnych wersji procedur.	
Sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.).	Demonstracja, wspólna praca.	
Poznanie zasad współpracy z centralną sterylizatornią.	Wypełnianie zleceń do sterylizacji.	
Uzupełnianie braków na salach operacyjnych. Sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o brakach.	Rozmowa ukierunkowana.	Przekazanie informacji o zwyczajowej ilości poszczególnych akcesoriów.
Poznanie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących pielęgniarek/położnych operacyjnych (wybrane przepisy z aktów prawnych – załącznik nr 1 oraz zarządzenia zakładowego inspektora BHP, ogólne standardy w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego).	Czytanie aktów prawnych.	
Zapoznanie z zasadami nadzoru nad sprzątnięciem pomieszczeń bloku po zabiegach.	Materiały szkoleń wewnętrznych.	
Samokształcenie w zakresie stosowania nowych implantów, nici, staplerów i innych akcesoriów medycznych.		

### **Kryteria wyniku – adaptacja wstępna w okresie próbnym**

1. Pracownik został zapoznany z zakresem obowiązków związanych ze sprawnym poruszaniem się w bloku operacyjnym (rozkład pomieszczeń, komunikacja, obowiązki związane z zapobieganiem zakażeniom szpitalnym) i prawidłowo te obowiązki wykonuje.
2. Pracownik został zapoznany z zakresem obowiązków związanych z obszarem działań zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi i zespołowi operacyjnemu i prawidłowo te obowiązki wykonuje.
3. Pracownik został zapoznany z zakresem obowiązków związanych z pracą w charakterze pielęgniarki operacyjnej pomagającej i prawidłowo te obowiązki wykonuje.

4. Pracownik został zapoznany z zakresem obowiązków związanych z pracą w charakterze pielęgniarki operacyjnej instrumentującej i prawidłowo te obowiązki wykonuje.
5. Pracownik został zapoznany z zakresem pozostałych obowiązków pracowniczych (niewymagających kontaktu z pacjentem czy innymi członkami zespołu operacyjnego) i prawidłowo te obowiązki wykonuje.

### **OKRES ADAPTACJI WŁAŚCIWEJ**

Okres ten rozpoczyna się, jeżeli pracownik pozostaje na bloku operacyjnym po pozytywnej ocenie kończącej okres próbny. Celem adaptacji właściwej jest przygotowanie pracownika zdolnego pełnić samodzielnie obowiązki w zakresie ustalonym przez bezpośredniego przełożonego. Podczas adaptacji właściwej pracownik powinien uznać za własne, a przynajmniej zaakceptować normy, wartości, zwyczaje obowiązujące w danym bloku operacyjnym.

Adaptacja właściwa dotyczy pięciu głównych modułów:

- **Prawne i etyczne zagadnienia** profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie operacyjnym (praca zgodnie z obowiązującymi w jednostce standardami, procedurami, umiejętność odnalezienia informacji w aktach prawnych dotyczących pracy pielęgniarki operacyjnej).
- **Praktyka** w pielęgniarstwie operacyjnym w dziedzinach, w których będzie pracowała – umiejętność przygotowania sali operacyjnej, wybrania zestawu i pozostałych akcesoriów do danego typu zabiegu oraz sprawne instrumentowanie w dziedzinach zabiegowych, w których są przeprowadzane procedury medyczne w jej miejscu pracy.
- **Komunikacja interpersonalna** z pacjentem i zespołem operacyjnym: zachowanie godności osobistej pacjenta, empatia w kontaktach z pacjentem i współpracownikami, dzielenie się wiedzą, jasne, precyzyjne i zgodne z prawdą komunikaty w mowie i piśmie.
- **Organizacja pracy** pielęgniarek i zarządzanie zespołem.
- **Edukacja i rozwój** zawodowy pielęgniarek.

### **Kryteria wyniku – adaptacja właściwa**

1. Pielęgniarka operacyjna potrafi określić prawne i etyczne zagadnienia profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie operacyjnym.

2. Pielęgniarka operacyjna zna zasady dobrej praktyki w pielęgniarstwie operacyjnym w dziedzinach, w których odbywają się procedury medyczne na bloku operacyjnym, w którym pracuje.
3. Pielęgniarka operacyjna potrafi skutecznie komunikować się z pacjentem i zespołem operacyjnym.
4. Pielęgniarka operacyjna zna zasady organizacji pracy pielęgniarek/położnych operacyjnych.
5. Pielęgniarka operacyjna potrafi określić potrzeby edukacyjne i dba o swój rozwój zawodowy.

## ARKUSZ OCENY PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ

Imię i nazwisko	Stanowisko
	Komórka organizacyjna
Data rozpoczęcia pracy	Bezpośredni przełożony

Program Okresowej Oceny Pracownika ma na celu podsumowanie pracy pracownika oraz zebranie informacji w celu zaplanowania dalszego rozwoju każdego pracownika

### **Instrukcja:**

Arkusze obejmuje 7 obszarów pracy. Każdy z obszarów opisany jest szczegółowymi kryteriami pomocniczymi, które mają ułatwić jego rozumienie i ocenę. Ocena następuje według skali 1 do 5, gdzie jeden jest wartością najniższą. Swoją ocenę należy wybrać przez zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniej kratki. Przy każdej z ocen jest miejsce na uwagi i komentarz.

<b>Ocena 1 – zachowanie w tym kryterium wymaga znacznej poprawy.</b>	<i>Ta ocena opisuje pracownika, którego praca często nie spełnia wymagań związanych z jego stanowiskiem. Taka sytuacja może zaistnieć z następujących powodów: braku doświadczenia pracownika; braku świadomości wymagań przed nim postawionych; braku możliwości właściwego wykonywania swoich obowiązków, niewłaściwej postawy. Pracownik, który uzyska tę ocenę, wymaga pomocy ze strony przełożonego.</i>
<b>Ocena 2 – zachowanie w tym kryterium wymaga nieznacznej poprawy.</b>	<i>Ta ocena opisuje pracownika, który jest w pełni świadomy oczekiwań dotyczących jego pracy, a jakość wykonywanej przez niego pracy nie spada poniżej minimum oczekiwań. Pracownik stara się poprawić ją samodzielnie.</i>
<b>Ocena 3 – zachowanie jest dobrze ukształtowane w tym kryterium (tzw. pracownik kompetentny).</b>	<i>Ta ocena opisuje pracownika, którego praca spełnia wymagania związane z jego stanowiskiem. Charakteryzuje się on właściwą postawą w stosunku do postawionych mu zadań i wytyczonych celów, realizuje je.</i>
<b>Ocena 4 – zachowanie w tym kryterium jest wyróżniające się.</b>	<i>Ta ocena charakteryzuje pracownika, którego praca zwykle przekracza wymagania związane ze stanowiskiem i który osiągnął wysoki poziom kompetencji w danym kryterium. Wykazuje on również gotowość do samodoskonalenia się i podnoszenia swoich kwalifikacji.</i>
<b>Ocena 5 – zachowanie w tym kryterium jest wybitne.</b>	<i>Ta ocena opisuje pracownika, którego praca na co dzień znacznie przewyższa oczekiwania związane z jego stanowiskiem i który pod względem jakości wykonywanej pracy wyraźnie wyróżnia się na tle innych pracowników. Jego postawę charakteryzuje również stały wysiłek w zakresie samodoskonalenia się i ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Tylko nieliczni pracownicy osiągają ten poziom.</i>

## Część I

Arkusz wypełnia pracownik i przełożony (w części uwagi) samodzielnie, przygotowując się do spotkania oceniającego.

Lp.	Dyscypliny wiedzy i umiejętności	1	2	3	4	5	Uwagi
<b>I POSIADANIE KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH</b>							
1	Ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.		Tak		Nie		
2	Ukończenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.		Tak		Nie		
3	Ukończenie innej formy szkolenia.		Tak		Nie		
<b>II JAKOŚĆ WYKONYWANEJ PRACY</b>							
<b>A Obszar związany z bezpośrednią opieką</b>							
1	Zapewnia środowisko zgodnie z zasadami obowiązującymi na bloku operacyjnym.						
2	Zapewnia cały sprzęt, instrumentarium, akcesoria zgodnie z planem pracy i obowiązującymi instrukcjami producenta.						
3	Zapewnia prawidłowe używanie powierzonego mienia i zapisuje to w odpowiedniej dokumentacji.						
4	Zapewnia właściwe postępowanie związane z identyfikacją, opisem i dokumentowaniem tkanek/płynów pobranych do różnego typu badań.						
5	Rozpoznaje i wdraża właściwe strategie postępowania z odpadkami, w tym właściwą segregację, usuwanie i zabezpieczanie odpadów.						
6	Instrumentuje prawidłowo (odpowiednia rzecz w odpowiednim czasie, w odpowiedni sposób).						
<b>B Bezpieczeństwo pacjenta i własne</b>							
1	Zapewnia poczucie godności własnej pacjenta i bezpieczeństwa psychicznego, stosując zasadę jasności i precyzji w komunikowaniu się z pacjentem z poszanowaniem jego odrębności kulturowej.						
2	Stosuje zintegrowaną wiedzę do zapewnienia właściwego i bezpiecznego układania pacjenta oraz bezpiecznego przemieszczania pacjenta z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń.						
3	Pracuje w zgodzie z zasadami w przypadku zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia „o mała co”.						
4	Świadcząc holistyczną (bezpośrednią i pośrednią) opiekę nad pacjentem, stosuje zasady kontroli zakażeń, trzymając się reguł bezpieczeństwa.						
<b>C Obszar obowiązków pracowniczych niewymagający kontaktu z pacjentem czy innymi członkami zespołu operacyjnego w trakcie godzin bezoperacyjnych</b>							



1	Zabezpieczanie obłożenia spełniającego wymagania dotyczące wyrobów medycznych, zabezpieczanie materiału opatrunkowego i innych niezbędnych akcesoriów.								
2	Sprawdzanie dostępności niezbędnego sprzętu, materiałów jednorazowych, zgodnie ze specyfiką danej sali operacyjnej.								
3	Zapoznanie się z aktualizacjami procedur, instrukcji, standardów.								
4	Sprawdzanie przydatności do użycia sprzętu i materiałów medycznych (data ważności, szczelność opakowań itp.).								
5	Uzupełnianie wyposażenia sal operacyjnych.								
6	Sprawdzanie ilości zapasów i sporządzanie notatek służbowych o potrzebie ich uzupełnienia.								
7	Nadzór nad sprzątnięciem pomieszczeń bloku po zabiegach.								
8	Samokształcenie w zakresie nowych implantów, nici, staplerów i innych akcesoriów medycznych.								
<b>III ROZWÓJ ZAWODOWY</b>									
1	Określa potrzeby edukacyjne i inicjuje samodzielne kształcenie w celu podniesienia i uaktualnienia umiejętności zawodowych.								
2	W miarę możliwości – uczestniczy w profesjonalnych spotkaniach, których celem jest wymiana doświadczeń zawodowych i rozwój pielęgniarstwa operacyjnego.								
3	Dzieli się wiedzą i doświadczeniem z pozostałymi członkami zespołu, a zwłaszcza z nowymi pracownikami.								
<b>IV ETYKA</b>									
<b>A Pielęgniarka operacyjna a pacjent</b>									
1	Szanuje indywidualność i godność osobistą pacjenta oraz dba o jego bezpieczeństwo psychiczne i fizyczne.								
2	Udziela informacji pacjentowi o swoich działaniach. Informacje są zrozumiałe dla pacjenta i dostosowane do jego oczekiwań.								
3	Przestrzega zasad poufności danych o pacjencie, jakie uzyskała w toku swojej pracy.								
<b>B Pielęgniarka operacyjna a współpracownicy</b>									
1	Nie zatrzymuje informacji dla siebie, nie dyskredytuje innych w obecności osób trzecich.								
2	Szanuje inne osoby i wymaga szacunku dla siebie.								

<b>C</b>	<b>Postawa wobec pacjenta i współpracowników</b>						
1	Uprzejmość w stosunku do pacjenta.						
2	Uprzejmość w stosunku do współpracowników.						
3	Dostrzeganie wpływu swoich działań na funkcjonowanie innych komórek firmy.						
<b>V.</b>	<b>INICJATYWA I OTWARTOŚĆ NA ZMIANY</b>						
1	Otwartość i reagowanie na zmiany sytuacji, przewidywanie skutków zdarzeń.						
2	Zgłaszanie nowych pomysłów usprawniających pracę.						
3	Elastyczność i otwartość na nowe rozwiązanie. Przedstawianie propozycji rozwiązań do akceptacji przełożonego.						
<b>VI</b>	<b>PRACA ZESPOŁOWA</b>						
1	Umiejętność bezkonfliktowej współpracy z ludźmi o różnych charakterach.						
2	Zachęcanie innych do aktywności i przychodzenia im z pomocą.						
3	Tolerancja oraz poszanowanie poglądów i przekonań innych osób.						
4	Dzielenie się wiedzą.						
5	Umiejętność wypowiedzania się w jasny i precyzyjny sposób w mowie oraz na piśmie.						
<b>VII</b>	<b>SAMODZIELNOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ</b>						
1	Umiejętność oceny faktów i informacji.						
2	Praca bez ciągłego nadzoru i pomocy przełożonego.						
3	Umiejętność przewidywania i rozwiązywania problemów.						
4	Umiejętność pracy pod presją czasu i w sytuacjach stresowych.						
5	Znajomość procedur wdrożonego systemu zarządzania jakością i stosowanie się do nich.						
6	Przestrzeganie dyscypliny pracy.						

**Część 2**

**W tej części punkty 1, 2 wypełnia przełożony, natomiast punkt 3 – osoba oceniana.**

**1. OCENA OGÓLNA (na podstawie części I)**

SILNE STRONY OCENIANEGO PRACOWNIKA	STRONY WYMAGAJĄCE POPRAWY
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**2. UWAGI I SUGESTIE ROZWOJOWO-SZKOLENIOWE NA KOLEJNY OKRES**

*Omówienie z pracownikiem planu szkoleń na kolejny okres.*

Propozycje szkoleń	

### 3. UWAGI OCENIANEGO

*Wpisz swoje uwagi dotyczące oceny:*

	<b>Pracownik</b>	<b>Bezpośredni przełożony</b>
Podpis		
Data		

Wypełniony formularz należy przekazać do .....  
w terminie do .....

## **PRZYKŁADOWY HARMONOGRAM PROCESU ADAPTACJI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ W BLOKU OPERACYJNYM**

Przedstawiony standard adaptacji ma stanowić bazę do szczegółowego opracowania kolejnych kroków wdrażania nowego pracownika. Poniżej prezentujemy szczegółowy plan procesu adaptacji.

**Cel działania:** zmniejszenie stresu zawodowego związanego z podjęciem pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej, prawidłowego przygotowania do realizacji zadań na zajmowanym stanowisku zgodnie z zakresem zadań, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień.

**Realizacja celu odbywa się poprzez:**

- zapoznanie z pracownikami bloku operacyjnego,
- zapoznanie z topografią bloku operacyjnego,
- zakres zadań, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień,
- akty prawne obowiązujące pielęgniarki, położne operacyjne,
- regulamin pracy,
- program szkolenia pracownika na stanowisku pracy z zakresu BHP,
- rozkład godzinowy pracy na dyżurze rannym, popołudniowym i nocnym.

**Pracownik uzyskuje informacje z zakresu:**

- organizacji bloku operacyjnego,
- bezpieczeństwa i higieny pracy,
- prawidłowego poruszania się po bloku operacyjnym,
- rodzaju przeprowadzanych operacji,
- podstawowych zagadnień z zakresu aseptyki, antyseptyki, zakażeń szpitalnych,
- podziału zadań pielęgniarki operacyjnej instrumentującej i pomagającej,
- instrumentowania (asystowania) do zabiegów operacyjnych,

- asystowania pielęgniarce operacyjnej instrumentującej do zabiegów operacyjnych,
- współpracy w zespole operacyjnym,
- dokumentacji medycznej bloku operacyjnego,
- standardów pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego,
- procedur w pielęgniarstwie operacyjnym.

### **Pierwszy tydzień – praca pod nadzorem pielęgniarki oddziałowej i mentora**

Praca w systemie 7,35 godz.

#### **Pierwszy dzień (osoba odpowiedzialna pielęgniarka oddziałowa)**

- rozmowa wstępna z pracownikiem – wyznaczenie osoby prowadzącej (mentora),
- zapoznanie z zespołem,
- zapoznanie z rozkładem pomieszczeń w bloku operacyjnym/topografią szpitala i poszczególnych jednostek szpitala,
- przekazanie wykazu telefonów bloku operacyjnego i innych jednostek współpracujących,
- uczestniczenie w raporcie pielęgniarskim.

#### **Drugi dzień (pielęgniarka oddziałowa)**

- przedstawienie zakresu zadań, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień,
- przedstawienie regulaminu szpitala,
- zapoznanie z aktami prawnymi obowiązującymi pielęgniarki/położne operacyjne,
- zapoznanie z organizacją pracy bloku operacyjnego,
- szkolenie BHP na stanowisku pracy,
- przedstawienie organizacji stanowiska pracy pielęgniarki/położnej operacyjnej,
- zapoznanie z dokumentacją pielęgniarki operacyjnej,
- standardy, procedury, schematy, instrukcje.

#### **Trzeci dzień (mentor)**

- prezentacja ubrania i obuwia obowiązującego na bloku operacyjnym,
- poznanie zasad poruszania się na bloku operacyjnym i na sali operacyjnej,
- poznanie zasad aseptyki i antyseptyki,
- higieniczne i chirurgiczne mycie rąk,

- zasady przygotowania aparatury medycznej i sali operacyjnej do zabiegu,
- przyjęcie pacjenta na salę operacyjną, ułożenie na stole operacyjnym, zapewnienie bezpieczeństwa,
- zasady postępowania z aparaturą po zabiegu operacyjnym.

#### **Czwarty dzień (mentor)**

- zapoznanie z planem zabiegów,
- zasady przechowywania sterylnych narzędzi, materiału z gazy, materiału dodatkowego, płynów, leków itp.,
- zapoznanie z asortymentem magazynu do przechowywania materiałów sterylnych,
- przygotowanie zestawu narzędzi, materiału z gazy, zestawów bieżni operacyjnej, fartuchów, płynów, leków do danego zabiegu operacyjnego,
- zapoznanie ze środkami dezynfekcyjnymi stosowanymi na bloku operacyjnym, przygotowanie roztworów dezynfekcyjnych,
- zasady postępowania z instrumentarium po zabiegu operacyjnym,
- zasady postępowania z materiałem skażonym po zabiegu operacyjnym,
- zasady postępowania ze sprzętem jednorazowego użytku.

#### **Piąty dzień (mentor)**

- zapoznanie z materiałem szewnym,
- zapoznanie z rodzajem materiałów hemostatycznych,
- zapoznanie z obowiązującą dokumentacją (książka raportów, protokół pielęgniarki operacyjnej),
- zapoznanie z rodzajem badań pobieranych od pacjenta w trakcie zabiegu i sposobów ich przekazywania, dokumentowania,
- zapoznanie z zasadami liczenia materiału operacyjnego z gazy, narzędzi, ostrzy, igieł,
- podsumowanie i ocena utrwalonych wiadomości,
- udostępnienie literatury dotyczącej pielęgniarstwa operacyjnego.

### **Drugi tydzień – praca w zakresie zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej, pod nadzorem mentora**

#### **Pierwszy dzień**

- obsługa stołu operacyjnego,
- obsługa przyrządu ssącego i utrzymanie w pełnej gotowości,

- obsługa diatermii chirurgicznej – ustawienia parametrów, prawidłowe przyklejenie elektrody biernej, podłączenie elektrody czynnej i biernej,
- obsługa lamp operacyjnych,
- obserwacja przygotowania pielęgniarki operacyjnej instrumentującej do zabiegu,
- udział w przyjęciu i bezpiecznym ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym,
- obserwacja czynności pielęgniarki operacyjnej pomagającej i instrumentującej w trakcie zabiegu,
- obserwacja przebiegu określonego zabiegu operacyjnego,
- dbanie o bezpieczeństwo pacjenta w trakcie i po zabiegu operacyjnym.

#### **Drugi dzień**

- przygotowanie i sprawdzenie materiału opatrunkowego, szewnego, środków dezynfekcyjnych, płynów, leków i innych dodatkowych do danego zabiegu,
- otwieranie pakietów bielizny operacyjnej, zestawów narzędzi, materiału opatrunkowego, szewnego,
- podawanie płynów, leków,
- udział w ubraniu zespołu operacyjnego w sterylne fartuchy,
- udział w myciu i dezynfekcji pola operacyjnego,
- obserwacja przebiegu określonego zabiegu operacyjnego.

#### **Trzeci dzień**

- udział w liczeniu materiału opatrunkowego z gazy, narzędzi, ostrzy, igieł przed zabiegiem, w trakcie i po zabiegu operacyjnym,
- prowadzenie protokołu pielęgniarki operacyjnej,
- dokonywanie wpisów w książce raportów pielęgniarki,
- obserwacja przebiegu określonego zabiegu operacyjnego.

#### **Czwarty dzień**

- odbieranie i umieszczenie materiału do badań histopatologicznych w pojemniku, oznaczenie pojemnika i utrwalenie, udokumentowanie i przekazanie,
- odbieranie materiału do badań bakteriologicznych, oznaczenie, udokumentowanie i przekazanie,
- udział w dekontaminacji narzędzi i przekazanie do sterylizacji,
- nadzorowanie sprzątnięcia sali operacyjnej po zabiegu,
- obserwacja przebiegu określonego zabiegu operacyjnego.



### **Piąty dzień**

- samodzielna praca w roli pielęgniarki operacyjnej, pomagającej w trakcie danego zabiegu operacyjnego,
- ocena przygotowania do samodzielnej pracy jako pielęgniarka operacyjna pomagająca.

### **Trzeci tydzień – praca w zakresie zadań pielęgniarki operacyjnej instrumentującej pod nadzorem mentora**

#### **Pierwszy dzień**

- przygotowanie pakietów bielizny operacyjnej, zestawów narzędzi, materiału szewnego i materiału dodatkowego do danego zabiegu operacyjnego,
- chirurgiczne mycie rąk,
- nakładanie sterylnego fartucha i rękawic,
- obłożenie stolika Mayo i podstawowego,
- rozmieszczenie bielizny, narzędzi i materiału dodatkowego na stoliku podstawowym,
- liczenie materiału z gazy, narzędzi, ostrzy i igieł,
- wybieranie i rozmieszczanie narzędzi i materiału dodatkowego na stoliku Mayo,
- ubranie zespołu operacyjnego w sterylne fartuchy i rękawice,
- obserwacja techniki instrumentowania pielęgniarki operacyjnej instrumentującej.

#### **Drugi dzień**

- przygotowanie zestawu do mycia pola operacyjnego,
- udział w obłożeniu pola operacyjnego,
- ustawienie stolika Mayo,
- podłączenie diatermii chirurgicznej, ssaka,
- instrumentowanie w asyście pielęgniarki operacyjnej instrumentującej (mentora).

#### **Trzeci dzień**

- udział w pobieraniu i przekazywanie materiału operacyjnego przeznaczonego do badań pielęgniarce operacyjnej pomagającej,
- kontrola materiału opatrunkowego z gazy, narzędzi, ostrzy, igieł przed zamknięciem jam ciała i na zakończenie zabiegu wspólnie z pielęgniarką operacyjną pomagającą,
- przygotowanie płynów do płukania jam ciała,
- przygotowanie leków, maści,

- przygotowanie opatrunków.

**Czwarty dzień**

- samodzielne przygotowanie do zabiegu operacyjnego,
- samodzielne asystowanie (instrumentowanie) do zabiegu,
- sprawdzenie i podpisanie protokołu pielęgniarstwa operacyjnego,
- prawidłowe postępowanie z instrumentarium po zabiegu zgodnie z procedurą obowiązującą w danej jednostce.

**Piąty dzień**

- samodzielna praca jako pielęgniarka operacyjna instrumentująca do danego zabiegu operacyjnego,
- ocena przygotowania do samodzielnej pracy jako pielęgniarka operacyjna instrumentująca.

Przez okres trzech miesięcy nowo zatrudniona pielęgniarka doskonali swoje umiejętności i pracuje pod nadzorem mentora w specjalności chirurgii ogólnej, a położna w ginekologii i położnictwie. Po tym okresie pielęgniarka oddziałowa po konsultacji z mentorem wystawia pisemną ocenę pracownika.

W wielospecjalistycznym bloku operacyjnym pielęgniarka kolejno przechodzi przeszkolenie w poszczególnych specjalnościach przez okres co najmniej 3 miesięcy. Po tym okresie powinna być przydzielona do danej specjalności.

## RAMOWY PROGRAM SZKOLENIA PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ W BLOKU OPERACYJNYM

**Cel:** Zapoznanie pielęgniarki operacyjnej z organizacją bloku operacyjnego, zasadami organizacji pracy personelu, dokumentacją obowiązującą w bloku operacyjnym oraz przygotowanie do realizacji zadań na zajmowanym stanowisku zgodnie z zakresem zadań, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień.

Temat	Treści kształcenia	Wykaz umiejętności
<b>1. Przedstawienie zasad organizacji i funkcjonowania bloku operacyjnego.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lokalizacja bloku operacyjnego w szpitalu.</li><li>2. Topografia bloku operacyjnego z wyposażeniem:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ śluzy dla personelu,</li><li>▪ śluzy dla pacjentów,</li><li>▪ śluza materiałowa,</li><li>▪ sale operacyjne,</li><li>▪ podręczne magazyny materiałów jałowych,</li><li>▪ pomieszczenia administracyjne,</li><li>▪ pokój socjalny,</li><li>▪ magazyn środków dezynfekcyjnych,</li><li>▪ pomieszczenia porządkowe.</li></ul></li></ol>	<p>Omówić lokalizację i wyposażenie bloku operacyjnego.</p> <p>Wymienić główne pomieszczenia bloku operacyjnego i ich przeznaczenie.</p> <p>Omówić rozmieszczenie podstawowego sprzętu w sali operacyjnej.</p>
<b>2. Zasady BHP.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zapewnienie odzieży i obuwia ochronnego przez zakład pracy.</li><li>2. Zasady bezpiecznego poruszania się na sali operacyjnej.</li><li>3. Zasady bezpieczeństwa podczas obsługi aparatury medycznej bloku operacyjnego:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ elektrochirurgia – obowiązkowe szkolenia,</li><li>▪ operacje endoskopowe,</li><li>▪ aparat rtg,</li><li>▪ USG śródoperacyjne.</li></ul></li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Przedstawić zasady BHP obowiązujące na bloku operacyjnym.</li><li>▪ Omówić zagrożenia wynikające z pracy w polu elektromagnetycznym.</li><li>▪ Wymienić zasady postępowania z aparaturą rtg pracującą w bloku operacyjnym.</li></ul>

<p><b>3. Materiał jałowy w bloku operacyjnym.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sposób nałożenia i zdjęcia jałowego fartucha.</li> <li>2. Sposób nałożenia i zdjęcia jałowych rękawiczek chirurgicznych.</li> <li>3. Przygotowanie jałowej bielizny operacyjnej – pakiety bielizny operacyjnej.</li> <li>4. Metody obłożenia stolików zabiegowych (stolik Mayo, stół dodatkowy).</li> <li>5. Sposób okrycia pacjenta i stołu operacyjnego.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omówić zasady przygotowania zespołu operacyjnego, instrumentarium, bielizny operacyjnej i materiału dodatkowego do operacji.</li> <li>▪ Omówić zasady obłożenia pola operacyjnego.</li> <li>▪ Omówić zasady przygotowania pakietów z bielizną operacyjną do sterylizacji.</li> </ul>
<p><b>4. Materiał szewny.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nici chirurgiczne:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wchłaniałne i niewchłaniałne,</li> <li>▪ monofilament i plecionka,</li> <li>▪ z igłą i bez igieł,</li> <li>▪ rodzaje igieł – symbole i nazwy,</li> <li>▪ postępowanie z nimi podczas zabiegu,</li> <li>▪ klasyfikacja nici i szwów chirurgicznych,</li> <li>▪ rodzaje szwów chirurgicznych.</li> </ul> </li> <li>2. Szwy mechaniczne – staplery:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ jednorazowego i wielorazowego użytku,</li> <li>▪ postępowanie.</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wymienić rodzaje szwów chirurgicznych.</li> <li>▪ Scharakteryzować zasady postępowania z materiałem szewnym.</li> <li>▪ Omówić zastosowanie staplerów, budowę oraz postępowanie ze staplerami wielorazowymi po zakończonym zabiegu.</li> <li>▪ Określić okres wchłaniania podstawowego materiału szewnego.</li> <li>▪ Wymienić podstawowy materiał szewny do poszczególnych warstw zamykanej rany operacyjnej.</li> </ul>
<p><b>5. Planowanie pracy pielęgniarki operacyjnej oraz umiejętność jej dokumentowania.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personel bloku operacyjnego:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stały: pielęgniarki operacyjne, pielęgniarki anestezjologiczne, lekarze anestezjododzy, personel sprząający,</li> <li>▪ zmienny: lekarze chirurdzy, stażyści, studenci, uczestnicy kursów kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych.</li> </ul> </li> <li>2. Rola i znaczenie planu operacyjnego.</li> <li>3. Rodzaje dokumentacji medycznej:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ obowiązkowej,</li> <li>▪ uzupełniającej,</li> <li>▪ pielęgniarskiej.</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omówić dokumentację obowiązkową i uzupełniającą prowadzoną przez pielęgniarki operacyjne na bloku operacyjnym.</li> <li>▪ Planować i organizować pracę własną.</li> <li>▪ Omówić zasady i kolejność planowania zabiegów operacyjnych.</li> <li>▪ Omówić znaczenie dokumentacji w bloku operacyjnym.</li> </ul>

<p><b>6. Przygotowanie pielęgniarki operacyjnej pomagającej do zabiegu operacyjnego.</b></p>	<p>1. Przygotowanie pielęgniarki operacyjnej pomagającej do pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przebranie się w służbę,</li> <li>▪ pomoc w przygotowaniu sali operacyjnej,</li> <li>▪ pomoc pielęgniarcie operacyjnej instrumentującej w przygotowaniu się do zabiegu,</li> <li>▪ przygotowanie dokumentacji medycznej i jej prowadzenie podczas zabiegu,</li> <li>▪ pomoc w ułożeniu pacjenta,</li> <li>▪ otwarcie pakietów z bielizną operacyjną i zestawów z narzędziami chirurgicznymi,</li> <li>▪ pomoc w ubraniu zespołu operacyjnego,</li> <li>▪ przygotowanie pojemników i zabezpieczenie pobranych materiałów do badań histopatologicznych, bakteriologicznych,</li> <li>▪ funkcja „łącznika” z salą operacyjną.</li> </ul> <p>2. Sposób nałożenia odzieży roboczej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ubranie operacyjne,</li> <li>▪ czapka,</li> <li>▪ maska operacyjna,</li> <li>▪ obuwie,</li> <li>▪ okulary.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scharakteryzować pracę pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</li> <li>▪ Omówić zasady i techniki pracy pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</li> <li>▪ Znać zasady obowiązujące przy ułożeniu pacjenta do zabiegu.</li> <li>▪ Znać zasady poruszania się na sali operacyjnej.</li> </ul>
<p><b>7. Przygotowanie pielęgniarki operacyjnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego.</b></p>	<p>1. Przygotowanie pielęgniarki instrumentującej do pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przebranie się w służbę,</li> <li>▪ przygotowanie sali operacyjnej do zabiegu,</li> <li>▪ chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk,</li> <li>▪ założenie jałowego fartucha operacyjnego, jałowych rękawiczek chirurgicznych,</li> <li>▪ przygotowanie stanowiska pracy,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Scharakteryzować pracę pielęgniarki operacyjnej instrumentującej.</li> <li>▪ Omówić zasady i techniki pracy pielęgniarki operacyjnej instrumentującej.</li> <li>▪ Znać zasady obowiązujące przy ułożeniu pacjenta do zabiegu.</li> <li>▪ Znać przebieg zabiegu operacyjnego.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przeliczenie narzędzi, materiału opatrunkowego,</li> <li>▪ jałowe osłonięcie aparatury,</li> <li>▪ pomoc w ubraniu zespołu operacyjnego,</li> <li>▪ pomoc przy obłożeniu pacjenta jałową bielizną operacyjną,</li> <li>▪ instrumentowanie do zabiegu.</li> </ul>	
<p><b>8. Instrumentarium, materiał dodatkowy.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przygotowanie odpowiedniego zestawu narzędzi operacyjnych:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rodzaj narzędzi,</li> <li>▪ liczba w zestawie,</li> <li>▪ narzędzia dodatkowe.</li> </ul> </li> <li>2. Przygotowanie materiału opatrunkowego:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ serwety operacyjne,</li> <li>▪ setony,</li> <li>▪ tufery,</li> <li>▪ groszki,</li> <li>▪ gaziki.</li> </ul> </li> <li>3. Zasady kontrolowania materiału dodatkowego z gazy.</li> <li>4. Kontrola materiału operacyjnego:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ testy zewnętrzne,</li> <li>▪ testy wewnętrzne.</li> </ul> </li> <li>5. Postępowanie po wykonanym zabiegu operacyjnym z:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ narzędziami – transport do podręcznej dezynfektorni / centralnej sterylizacji,</li> <li>▪ bielizną operacyjną – transport do brudownika/pralni,</li> <li>▪ odpadami medycznymi i ostrymi przedmiotami – segregacja – przekazanie do utylizacji,</li> <li>▪ zabezpieczenie narzędzi, bielizny przed infekcją osób postronnych.</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wymienić i omówić zasady przygotowania narzędzi i materiału dodatkowego do zabiegów operacyjnych.</li> <li>▪ Wymienić metody sterylizacji i sposoby kontroli procesu wyjaławiania.</li> <li>▪ Omówić znaczenie i sposób kontroli materiałów operacyjnych z uwzględnieniem okresu przed, w trakcie i po operacji.</li> <li>▪ Omówić zasady postępowania z narzędziami, bielizną operacyjną oraz odpadami medycznymi po zabiegu operacyjnym.</li> </ul>

## PRZYKŁADOWE KONSPEKTY ZAJĘĆ

### KONSPEKT 1

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć:.....

**Temat: Topografia i zasady organizacji pracy w bloku operacyjnym.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne zapoznanie pielęgniarki operacyjnej z organizacją bloku operacyjnego i zasadami organizacji pracy personelu.

**Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Wskazanie osób odpowiedzialnych za poszczególne zadania.
- Podniesienie efektywności pracy.
- Efektywne komunikowanie z członkami interdyscyplinarnego zespołu.

**Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna pomieszczenia wchodzące w skład bloku operacyjnego,
- zna wyposażenie sali operacyjnej,
- zna elementy składowe planu operacyjnego,
- zna nazwiska osób wchodzących w skład zespołu operującego.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- rozpoznaje diagnozy przedoperacyjne i rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego,
- uzyskuje od personelu inne dodatkowe informacje w przypadku nie-standardowej procedury zabiegowej.

**I OGNIWO ZAJĘĆ:**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.

3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ:

### INSTRUKTAŻ BIEŻĄCY: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych. Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych. Przekazanie najważniejszych numerów telefonów. Pomoc w zapoznaniu się z pomieszczeniami wchodzącymi w skład bloku operacyjnego. Pomoc w zapoznaniu się z wyposażeniem sali operacyjnej. Zapoznanie z elementami składowymi planu operacyjnego. Zapoznanie z nazwiskami osób wchodzących w skład zespołu operacyjnego. Zapoznanie z drogą pacjenta na bloku operacyjnym.	Zapoznanie się z pomieszczeniami wchodzącymi w skład bloku operacyjnego. Zaznajomienie się z wyposażeniem sali operacyjnej. Zapoznanie się z elementami składowymi planu operacyjnego. Postępowanie się prawidłową nomenklaturą zawodową. Zapoznanie z nazwiskami osób wchodzących w skład zespołu operacyjnego. Zapewnienie poufności. Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarskich.



## KONSPEKT 2

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć: .....

### **Temat: Zasady bezpieczeństwa i higieny pracy**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej do stosowania zasad bezpieczeństwa obowiązujących na bloku operacyjnym.

### **Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Zapewnienie odpowiedniej odzieży i obuwia.
- Przestrzeganie zasad bezpieczeństwa w trakcie poruszania się po sali operacyjnej.
- Przestrzeganie zasad bezpieczeństwa podczas obsługi aparatury medycznej.

### **Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna zasady BHP obowiązujące na bloku operacyjnym,
- zna zagrożenia wynikające z pracy w polu elektromagnetycznym,
- zna zasady postępowania z aparaturą rtg pracującą w bloku operacyjnym,

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- potrafi przygotować aparaturę medyczną wykorzystywaną podczas zabiegów operacyjnych,
- potrafi obsługiwać tor wizyjny wykorzystywany podczas operacji laparoskopowych.

### **I OGNIWO ZAJĘĆ:**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ:

### INSTRUKTAŻ BIEŻĄCY: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
<p>Zapewnienie odzieży i obuwia ochronnego.                      Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych.                      Kontrola przestrzegania zasad bezpiecznego poruszania się po sali operacyjnej oraz zasad higieny obowiązujących w pozostałych pomieszczeniach bloku operacyjnego.                      Pomoc przy obsłudze aparatury medycznej.                      Pomoc przy przygotowaniu i obsłudze aparatury wykorzystywanej podczas operacji laparoskopowych.</p>	<p>Prawidłowe, zgodne z zasadami poruszanie się po sali operacyjnej.                      Wykonanie dobrze opanowanych czynności pielęgnacyjnych.                      Przygotowanie i obsługa aparatury medycznej.                      Przygotowanie i obsługa aparatury wykorzystywanej podczas operacji laparoskopowych.                      Pomoc koleżankom, kolegom podczas uruchamiania aparatury medycznej.                      Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarstwa.</p>

## KONSPEKT 3

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć: .....

**Temat: Rozpoznawanie i znajomość materiału szewnego.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej do realizacji zadań na stanowisku pielęgniarki operacyjnej.

**Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Przygotowanie materiału szewnego do poszczególnych zabiegów operacyjnych.
- Zastosowanie szwów mechanicznych – staplerów.

**Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna rodzaje szwów chirurgicznych,
- zna zasady postępowania z materiałem szewnym,
- zna budowę oraz postępowanie ze staplerami jednorazowego i wielorazowego użytku.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- potrafi przygotować materiał szewny do poszczególnych warstw zamkniętej rany pooperacyjnej,
- potrafi postępować z nićmi chirurgicznymi i igłami podczas trwania zabiegu operacyjnego.

**I OGNIWO ZAJĘĆ:**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ:

### INSTRUKTAŻ BIEŻĄCY: praca pielęgniarki na bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
<p>Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych.                      Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarских.                      Pomoc przy rozpoznawaniu i zastosowaniu szwów chirurgicznych.                      Omówienie zasad postępowania z materiałem szewnym.                      Omówienie budowy, zastosowania i postępowania z szwami mechanicznymi – staplerami.                      Zapoznanie z podstawowym materiałem szewnym stosowanym do poszczególnych warstw zamykanej rany pooperacyjnej.</p>	<p>Zaznajomienie się z materiałem szewnym stosowanym w bloku operacyjnym.                      Przygotowanie materiału szewnego do poszczególnych warstw zamykanej rany pooperacyjnej.                      Przygotowanie staplerów jednorazowego i wielorazowego użytku do zabiegu operacyjnego.                      Pomoc koleżankom, kolegom podczas wykonywania czynności pielęgniarских.                      Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarских.</p>

## KONSPEKT 4

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji: .....

**Temat: Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej w bloku operacyjnym.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej do samodzielnego prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej na bloku operacyjnym.

**Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Wskazanie osób odpowiedzialnych za poszczególne zadania.
- Podniesienie efektywności pracy.
- Wskazanie zużycia materiałów medycznych.
- Obliczanie kosztów.

**Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- dokumentuje wykonane czynności w dokumentacji pielęgniarskiej,
- posługuje się prawidłową nomenklaturą zawodową.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- prowadzi protokół pielęgniarki operacyjnej,
- ewidencjonuje użyte podczas zabiegu operacyjnego sterylne pakiety operacyjne,
- ewidencjonuje liczbę zużytych podczas zabiegu operacyjnego serwet chirurgicznych,
- dokumentuje przyjęcie/przekazanie materiału i sprzętu do sterylizacji,
- prowadzi dokumentację (rejestr) wycinków pobranych do badania histopatologicznego i bakteriologicznego.

**I OGNIWO ZAJĘĆ:**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ:

### Instruktaż bieżący: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
<p>Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych.</p> <p>Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych.</p> <p>Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarских.</p> <p>Kontrola dokumentacji pielęgniarской.</p> <p>Pomoc przy wprowadzaniu poprawnych i rzeczowych danych.</p> <p>Kontrola wszystkich formularzy dokumentacji pielęgniarской pod względem merytorycznym.</p>	<p>Prowadzenie rozmowy z pacjentem.</p> <p>Wykorzystanie różnych metod do zbierania danych o pacjencie.</p> <p>Prawidłowe wypełnienie wszystkich formularzy dokumentacji pielęgniarской.</p> <p>Właściwe zabezpieczenie arkuszy dokumentacji medycznej na bloku operacyjnym.</p> <p>Pomoc innym pielęgniarkom podczas wykonywania czynności pielęgniarских.</p> <p>Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarских.</p>

## KONSPEKT 5

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć: .....

**Temat: Przygotowania pielęgniarki operacyjnej pomagającej do zabiegu operacyjnego.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej pomagającej do samodzielnego wykonywania zadań.

### **Cele szczegółowe:**

- Pomoc w przygotowaniu sali operacyjnej do zabiegu operacyjnego.
- Pomoc pielęgniarce operacyjnej instrumentującej w przygotowaniu się do zabiegu.
- Przygotowanie dokumentacji medycznej.
- Pomoc w ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym.
- Otwarcie pakietów z bielizną operacyjną i zestawów z narzędziami.
- Pomoc w ubraniu zespołu operacyjnego.
- Przygotowanie pojemników i zabezpieczenie materiałów do badań histopatologicznych i bakteriologicznych.

### **Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna zasady i technikę pracy pielęgniarki operacyjnej pomagającej,
- zna zasady poruszania się po sali operacyjnej,
- zna zasady obowiązujące przy ułożeniu pacjenta do zabiegu operacyjnego.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- potrafi przygotować salę operacyjną do zabiegu operacyjnego,
- umie przygotować pielęgniarkę operacyjną instrumentującą do zabiegu,
- potrafi ubrać zespół operacyjny w jałowe fartuchy,
- umie przygotować i zabezpieczyć materiał przeznaczony do badań histopatologicznych i bakteriologicznych,
- potrafi dokumentować przebieg zabiegu operacyjnego.

## I OGNIWO ZAJĘĆ:

### Instruktaż wstępny: 7.00-7.30

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ:

### Instruktaż bieżący: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych. Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych. Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarskich. Kontrola wykonywanych zabiegów aseptycznych. Pomoc przy wprowadzaniu poprawnych i rzeczowych danych. Zapoznanie z kolejnością wykonywanych czynności podczas pomocy pielęgniarce operacyjnej instrumentującej do zabiegu.	Otwarcie pakietów z bielizną operacyjną i zestawów z narzędziami chirurgicznymi. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej. Ubranie zespołu operacyjnego. Przygotowanie i zabezpieczenie pojemników i materiału przeznaczonego do badań histopatologicznych i bakteriologicznych. Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarskich.



## KONSPEKT 6

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć: .....

**Temat: Przygotowanie pielęgniarki operacyjnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego.**

**Cel ogólny:** Kształtowanie u pielęgniarki operacyjnej umiejętności samodzielnego instrumentowania do zabiegu operacyjnego.

### **Cele szczegółowe:**

- Przygotowanie sali operacyjnej do zabiegu operacyjnego.
- Sprawdzenie sprzętu medycznego.
- Przygotowanie pielęgniarki operacyjnej instrumentującej do zabiegu operacyjnego.
- Instrumentowanie do zabiegu operacyjnego.

### **Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- wie, jak wygląda kompletny strój operacyjny,
- zna technikę i zasady chirurgicznego mycia rąk,
- zna sposób przygotowania stolika Mayo i stolika dodatkowego do zabiegu operacyjnego,
- zna przebieg zabiegów operacyjnych.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- potrafi założyć i zdjąć jałowy fartuch i jałowe rękawice chirurgiczne,
- potrafi przygotować pakiety z bielizną i zestawy z narzędziami chirurgicznymi do danego zabiegu operacyjnego,
- potrafi przygotować materiał dodatkowy,
- umie sprawdzić i ocenić gotowość sprzętu medycznego,
- potrafi instrumentować do zabiegu operacyjnego w wybranej dyscyplinie medycznej.

### **I OGNIWO ZAJĘĆ**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ

### Instruktaż bieżący: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
<p>Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych.</p> <p>Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych.</p> <p>Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarskich.</p> <p>Kontrola wykonywanych zabiegów aseptycznych.</p> <p>Wyjaśnienie zasad działania i obsługi sprzętu medycznego używanego podczas zabiegu operacyjnego.</p> <p>Instruktaż dotyczący prawidłowego przebrania się w kompletny strój operacyjny.</p> <p>Zapoznanie z kolejnością i techniką instrumentowania do zabiegu operacyjnego.</p>	<p>Przebranie się w szluzie w kompletny strój operacyjny.</p> <p>Przygotowanie zestawów z narzędziami chirurgicznymi.</p> <p>Przygotowanie pakietów z bielizną operacyjną.</p> <p>Przygotowanie materiału dodatkowego.</p> <p>Chirurgiczne mycie rąk.</p> <p>Założenie jałowego fartucha i jałowych rękawic chirurgicznych.</p> <p>Przygotowanie stolika Mayo i stolika dodatkowego.</p> <p>Przeliczenie narzędzi chirurgicznych i materiału dodatkowego.</p> <p>Ubranie zespołu operacyjnego.</p> <p>Instrumentowanie do zabiegu operacyjnego.</p> <p>Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarskich.</p>

## KONSPEKT 7

Data realizacji:.....

Miejsce realizacji zajęć: .....

**Temat: Rozpoznawanie i zastosowanie narzędzi chirurgicznych i materiału dodatkowego.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej do realizacji zadań na stanowisku pielęgniarki operacyjnej.

### **Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Znajomość narzędzi chirurgicznych stosowanych do poszczególnych zabiegów operacyjnych.

### **Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna rodzaje narzędzi chirurgicznych stosowanych do poszczególnych zabiegów operacyjnych,
- zna liczbę poszczególnych narzędzi w zestawie,
- zna materiał dodatkowy oraz zasady kontrolowania podczas zabiegu operacyjnego,
- zna zasady postępowania z narzędziami, bielizną operacyjną i odpadami medycznymi po wykonanym zabiegu operacyjnym,
- zna metody sterylizacji oraz procesy kontroli materiału i sprzętu.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- umie postępować z narzędziami chirurgicznymi po zabiegu operacyjnym,
- umie zastosować poszczególne narzędzia do procedur medycznych.

### **I OGNIWO ZAJĘĆ**

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ

### Instruktaż bieżący: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych. Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych. Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarstkich. Pomoc przy rozpoznawaniu narzędzi chirurgicznych. Pomoc przy przygotowaniu narzędzi dodatkowych. Pomoc w zapoznaniu się z postępowaniem z narzędziami po zabiegu operacyjnym.	Prawidłowo stosuje poszczególne narzędzia do procedur medycznych. Prawidłowo postępuje z narzędziami chirurgicznymi po zabiegu operacyjnym. Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarstkich.

## KONSPEKT 8

Data realizacji: .....

Miejsce realizacji zajęć: .....

**Temat: Profilaktyka zakażeń w pracy pielęgniarki operacyjnej z uwzględnieniem sterylizacji zasobów medycznych.**

**Cel ogólny:** Merytoryczne i praktyczne przygotowanie pielęgniarki operacyjnej do stosowania profilaktyki zakażeń w bloku operacyjnym.

**Cele szczegółowe:**

- Zapewnienie właściwej jakości pracy.
- Przestrzeganie zasad postępowania z narzędziami, bielizną operacyjną oraz odpadami medycznymi po zabiegu operacyjnym.

**Efekty uczenia się:**

**Wiedza** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- zna zasady postępowania z narzędziami, bielizną operacyjną i odpadami medycznymi po wykonanym zabiegu operacyjnym,
- zna metody sterylizacji oraz procesy kontroli procesu wyjaławiania.

**Umiejętności** po zrealizowaniu materiału nauczania – odbiorca:

- umie wymienić metody sterylizacji oraz sposoby kontroli procesu wyjaławiania,
- umie wymienić zasady postępowania z narzędziami, bielizną operacyjną oraz odpadami medycznymi po zabiegu operacyjnym.

### I OGNIWO ZAJĘĆ

**Instruktaż wstępny: 7.00-7.30**

1. Odczytanie raportu pielęgniarskiego.
2. Przydział sal operacyjnych i omówienie obowiązków podczas dyżuru.
3. Ukierunkowanie bieżących zadań pielęgniarki operacyjnej.
4. Wyznaczenie osoby do przekazania raportu z dyżuru.

## II OGNIWO ZAJĘĆ

### Instruktaż bieżący: praca pielęgniarki w bloku operacyjnym 7.30-14.35

Czynności mentora/pielęgniarki oddziałowej	Czynności pielęgniarki operacyjnej
Udzielanie wyjaśnień przy wykonywaniu zadań zawodowych. Stworzenie warunków do realizacji zadań zawodowych. Kontrola wykonywanych czynności pielęgniarских. Pomoc przy transporcie do centralnej sterylizatorni.	Potrafi przygotować narzędzia do wstępnej dezynfekcji, a następnie przetransportować do centralnej sterylizatorni. Potrafi prawidłowo segregować odpady medyczne i przekazać do utylizacji. Ewaluacja wykonywanych czynności pielęgniarских.

## ZASADY BEZPIECZNEJ PRAKTYKI PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ

Prezentujemy kluczowe zasady postępowania pielęgniarki operacyjnej, które powinny chronić przed wystąpieniem zdarzeń niepożądanych. Przedstawione zostały najważniejsze z zasad, które muszą być znane i stosowane przez wszystkie pielęgniarki operacyjne, zaś rolą osób zarządzających szpitalem jest stworzenie takich warunków organizacyjnych, by praca pielęgniarek operacyjnych była bezpieczna dla pacjentów przebywających na bloku operacyjnym i bezpieczna dla samych pielęgniarek operacyjnych. Bezpieczeństwo pracy jest rozumiane jako zespół warunków, które powinny być zachowane w zakładzie pracy, aby pracownicy mogli wykonywać swoje zadania bezpiecznie i bez szkody dla zdrowia. Bezpieczne wykonywanie zadań to zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa, praca zgodna z obowiązującym prawem i standardami. Zatem bezpieczeństwo pracy w bloku operacyjnym obejmuje:

1. Zasady zapewnienia bezpieczeństwa choremu przebywającemu na bloku operacyjnym.
2. Zasady bezpiecznej pracy pielęgniarki operacyjnej (instrumentującej i pomagającej).
3. Warunki bezpiecznego środowiska pracy.

### **Zasady zapewnienia bezpieczeństwa choremu przebywającemu na bloku operacyjnym**

1. Zasady sprawdzania danych pacjenta.
2. Zasady stosowania środków ochrony osobistej.
3. Zasady ułożenia pacjenta.
4. Zasady postępowania z aparaturą podłączaną do ciała pacjenta.

**Sprawdzając dane pacjenta** według rekomendacji WHO (Guidelines for Safe Surgery 2009), należy: potwierdzić personalia chorego podczas przyjęcia chorego na blok i na sali operacyjnej przed indukcją do znieczulenia, zazwyczaj u pacjenta, jego rodziny, z bransoletki. Dobrze jest zapytać dodatkowo np. o datę urodzenia. Należy sprawdzić, czy jest oznaczona strona operacji, unikać znaku „X” (może być odczytany jako „nie ta strona”).

Sposób oznaczania ma być jednolity na danym bloku, oznaczenia strony i okolicy ma dokonać lekarz operujący. Należy również zapytać pacjenta, jaką ma mieć operację, po której stronie i czy wyraża na nią zgodę.

Przed nacięciem skóry dobrym zwyczajem jest, by chirurg podał nazwisko chorego, miejsce operowane i stronę, po której przeprowadzana jest operacja – koordynator OKK (powinien nim być anestezjolog) potwierdza dane.

**Stosując środki ochrony osobistej**, należy pamiętać, że pacjent też jest narażony na czynniki szkodliwe! Środki ochrony osobistej należy używać zawsze zgodnie z instrukcją producenta. Przy każdej procedurze z użyciem lasera używa się specjalnych okularów. Przy procedurach z użyciem promieni RTG używa się osłon na ciało pacjenta, personel natomiast używa fartuchów z ołowiem wraz z osłoną szyi, dozymetrów promieniowania (pierścionki, zawieszki) czy specjalnych okularów. Należy pamiętać o zachowaniu odpowiedniej odległości od źródła (krok w tył podczas emisji RTG) i minimalizowaniu czasu zabiegu. Obecnie standardowo używa się diatermii – pamiętać należy, że dymy chirurgiczne są szczególnie szkodliwe dla zdrowia, dlatego trzeba podejmować wysiłki, by zminimalizować ich działanie (specjalne nakładki na elektrody czynne), pewną namiastką jest odsysanie dymu znad pola operacyjnego.

**Układając pacjenta na stole operacyjnym**, pamiętać należy o stosowaniu różnego typu podkładek zabezpieczających przed odleżynami. Przed zabiegami długotrwałymi stosować należy chłonne prześcieradła i ocieplane materace. Należy sprawdzić, czy pacjent nie ma na sobie biżuterii, metalowych ozdób włosów itp.

Podczas układania pacjenta na stole operacyjnym powinien być obecny operator i anestezjolog, zwłaszcza przy zabiegach wymagających szczególnej pozycji ciała pacjenta (na przykład ułożenie na boku, dopilnowanie braku ucisku na tkanki, zachowanie drożności dróg oddechowych). Ciało pacjenta nie może dotykać metalowych części stołu operacyjnego (zabezpieczenie przed oparzeniem). Ułożenie kończyn ma być możliwie zbliżone do naturalnego (bez przeprostów w stawach). Ciało pacjenta ma być osłonięte, odkryta ma być tylko okolica pola operacyjnego. Należy pamiętać o chronicznych chorobach pacjenta (np. problemy z kręgosłupem szyjnym mogą uniemożliwić wygięcie szyi konieczne przy niektórych operacjach). W przypadku pacjentów bardzo otyłych należy sprawdzić, na ile może być obciążony stół bez pogorszenia parametrów zmiany ustawienia. **Przy przekładaniu takich pacjentów powinno być co najmniej 4 osoby.**



Używanie rolek do przekładania pacjenta, zwłaszcza po operacji, usprawnia pracę i jest dużo mniej dokuczliwe dla pacjenta. Sposób ułożenia do operacji ma być zapisany w protokole pielęgniarek operacyjnych.

**Postępowanie z aparaturą podłączaną do ciała pacjenta** to szczególnie szerokie zagadnienie, dlatego w tym miejscu zostanie jedynie zasygnalizowane. Przed rozpoczęciem pierwszego zabiegu pielęgniarki operacyjne pracujące na danej sali operacyjnej mają obowiązek sprawdzić sprzęt (dokonać autostartu urządzeń, sprawdzić, czy zasilanie działa właściwie itp.). Każda z pielęgniarek operacyjnych sprawdza, czy nie ma uszkodzeń (pielęgniarka instrumentująca sprawdza kable, światłowody, dreny itp., zaś pielęgniarka operacyjna pomagająca poprawność działania sprzętu: kontrolki, sygnały dźwiękowe itp.).

Generatory urządzeń mają stać możliwie daleko od stołu operacyjnego. Najlepiej byłoby, gdyby elektroda bierna (jeśli używa się koagulacji monopolarnej) była jednorazowa, dzielona i z pierścieniem bezpieczeństwa. Powinna być przyklejona możliwie blisko okolicy operowanej, na tyle jednak daleko, by uniknąć zamoczenia podczas dezynfekcji pola operacyjnego, należy ją przykleić z dala od stawów i uszkodzonej skóry.

Podczas operacji kabel elektrody czynnej ma być na suchym miejscu, niezwinięty w pętle, położony tak, by nie można było go przypadkowo uruchomić. Parametry powinny być dostosowane do procedury i możliwie najniższe przy zachowanej skuteczności. Elektroda czynna ma być pozbawiona resztek tkanek (najlepiej używać specjalnych czyścików).

### **Zasady bezpiecznej pracy pielęgniarki operacyjnej (instrumentującej i pomagającej)**

Pielęgniarki operacyjne pracują w zespole – przy każdej operacji ma być ich co najmniej dwie. Ich praca wzajemnie się uzupełnia i nie jest możliwe bezpieczne instrumentowanie bez wsparcia dobrze wyszkolonej pielęgniarki operacyjnej pomagającej. Aby współpraca pielęgniarek operacyjnych przebiegała sprawnie, obie powinny znać specyficzne wyrażenia używane na danym bloku operacyjnym, obie powinny znać i stosować procedury opracowane w organizacji, w której pracują. Istnieją jednak wspólne zasady, które powinny być stosowane we wszystkich blokach operacyjnych. Należą do nich:

- zasady właściwego postępowania z narzędziami,
- zasady liczenia materiału opatrunkowego,
- zasady właściwego postępowania z różnego typu preparatami,
- zasady zapobiegania infekcjom.

**Zasady właściwego postępowania z narzędziami** obejmują czynności wykonywane przez obie pielęgniarki operacyjne. Pielęgniarka operacyjna instrumentująca wybiera zestaw i dodatkowe akcesoria niezbędne do planowanego zabiegu. Jeżeli z planu operacji nie wynika technika/rodzaj operacji, należy najpierw porozumieć się z operatorem.

Liczenie narzędzi jest niezwykle istotne, zwłaszcza podczas dużych zabiegów i u pacjentów otyłych. Liczenie narzędzi w zestawach powinno być przeprowadzane przez obie pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentująca liczy narzędzia i podaje ich liczbę, a pomagająca sprawdza z wykazem – braki są odnotowywane). Liczenie przeprowadza się co najmniej dwa razy: przed i po operacji. Przed zamknięciem jamy ciała pielęgniarka/położna instrumentująca upewnia się, czy wróciły do niej używane narzędzia. Do zadań pielęgniarki/położnej operacyjnej instrumentującej należy śródoperacyjne sprawdzanie sprawności narzędzi (w przypadku uszkodzenia – narzędzie należy odrzucić, jeżeli zaś brak jest jakiejś części narzędzia – należy powiadomić operatora, który odnajduje zagubioną część). Podawane narzędzia powinny być sprawne, czyste i zapięte. W przypadku dobierania dodatkowych narzędzi – pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca zapisuje rodzaj i ilość podanych narzędzi.

**Zasady liczenia materiału opatrunkowego** – przed zamknięciem rany operacyjnej operator ma obowiązek zapytać się, czy zgadza się materiał opatrunkowy, a następnie poczekać, aż uzyska zapewnienie, że materiał opatrunkowy zgadza się. Liczenie przeprowadzają obie pielęgniarki operacyjne (instrumentująca i pomagająca). Proces liczenia rozpoczyna pielęgniarka operacyjna pomagająca, licząc głośno, po kolei wypowiadając liczby. Proces kończy pielęgniarka instrumentująca również na głos, pokazując każdą serwetę/kompres itp. Ostatnia wypowiedziana liczba ma się zgadzać z liczbą materiału wziętego do zabiegu. W przypadku stwierdzenia braków – wykonuje się zdjęcie RTG.

Pielęgniarki/położne operacyjne powinny brać możliwie najmniejszą ilość i rodzaj materiału opatrunkowego, który powinien mieć nitkę radiacyjną. Serwety gazowe (chusty chirurgiczne) powinny być dostosowane do gabarytów ciała pacjenta i rodzaju procedury, tasiemka służąca do „markowania” serwety powinna być na zewnątrz rany operacyjnej. Pielęgniarka operacyjna pomagająca podaje dodatkową partię materiału w porozumieniu z pielęgniarką operacyjną instrumentującą, która powinna policzyć każdą dobieraną partię materiału. Ilość i rodzaj materiału ma być zapisywany na bieżąco przez pielęgniarkę operacyjną pomagającą, a papiery po materiale

opatrunkowym powinny być zachowane do momentu zakończenia procesu liczenia (stanowią dodatkowy wskaźnik ilości pobranego materiału). Zużyty materiał opatrunkowy powinien być umieszczony na specjalnych wieszakach lub ułożony na nieprzemakalnym podłożu.

**Liczenie przeprowadza się przed operacją, przed zamknięciem jamy ciała i po zakończeniu zabiegu.**

Procedura liczenia materiału opatrunkowego stanowi załącznik nr 2.

**Zasady właściwego postępowania z różnego typu preparatami** obejmują stosowanie się do wewnętrznych procedur zależnych od organizacji badań w danym szpitalu. Do wspólnych reguł postępowania należy sposób oddawania tkanek do różnego typu badań. I tak: lekarz operujący wyraźnie określa nazwę preparatu i okolicę, z której pobiera tkanki, zgłaszając to pielęgniarce operacyjnej instrumentującej, która oddaje preparat pielęgniarce operacyjnej pomagającej. Ta z kolei głośno powtarza nazwę, opisuje pojemnik z preparatem, wpisuje dane pacjenta, nazwę preparatu i rodzaj badania. Fakt pobrania tkanek do badania powinien być odnotowany w protokole pielęgniarki operacyjnej.

Preparat zostaje przygotowany przez pielęgniarkę/położną operacyjną pomagającą stosownie do typu badania (bakteriologiczne, śródoperacyjne itp.), przy czym preparat przeznaczony do badania śródoperacyjnego powinien trafić do laboratorium w ciągu 30 minut. Należy pamiętać o właściwym udokumentowaniu oddania preparatów do laboratoriów.

**Zasady zapobiegania infekcjom** – właściwie każda czynność zgodna z przyjętymi standardami i procedurami dokonywana przed, w trakcie i po operacji ma na celu bezpośrednio lub pośrednio zapobieganie infekcjom. Są jednak działania priorytetowe, a należą do nich: właściwe mycie i dezynfekcja rąk, zapobieganie wychłodzeniu ciała pacjenta (za wyjątkiem określonych procedur), przestrzeganie zasad poruszania się po bloku operacyjnym (zmiana ubrania i obuwia, założenie czapki i maski, niewchodzenie z „brudnego” korytarza bezpośrednio na salę operacyjną). Istotne znaczenie ma ograniczenie wychodzenia z sali operacyjnej podczas operacji z wysokim ryzykiem bakteriologicznym. Dodatkowe rzeczy z magazynku sterylnego powinna przynieść inna osoba i podać pielęgniarce operacyjnej pomagającej, która podaje – pielęgniarce instrumentującej.

**Właściwa segregacja odpadów ma duże znaczenie w ograniczaniu rozprzestrzeniania się patogenów.**

## Warunki bezpiecznego środowiska pracy

Warunki bezpiecznego środowiska pracy to nie tylko warunki architektoniczne – zaliczyć do nich można również odpowiednią organizację pracy i skuteczną komunikację.

### Warunki architektoniczne

- Blok operacyjny powinien być usytuowany w pionie nad centralną sterylizatornią, w pobliżu oddziału (sali) intensywnej opieki medycznej, obok sali wybudzeń, w pobliżu działu diagnostycznego (rtg, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny).
- Wydzielenie: **strefy jałowej** (sala operacyjna, sala przygotowania pacjenta; magazyn materiałów sterylnych, myjnia chirurgiczna), **strefy czystej**: czysta część śluzy szatniowej personelu; miejsce, w którym zakłada się czystą bieliznę operacyjną, czapkę, maskę oraz czyste, zdezynfekowane obuwie operacyjne, śluzę pacjenta, sala wybudzeń, magazyn sprzętu, pomieszczenia socjalne, **strefy brudnej**: śluzę szatniowe (tutaj zdejmuje się ubranie szpitalne oraz pozostawia się obuwie), pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla personelu, magazyn brudnej bielizny, pomieszczenie porządkowe, pomieszczenie do wstępnej dezynfekcji narzędzi.
- Minimalna powierzchnia sali operacyjnej to **35 m<sup>2</sup>**, a najmniejsza dopuszczalna wysokość to **3,0 m**.
- Natężenie światła na sali operacyjnej musi wynosić przynajmniej **1000 lx**, a współczynnik oddawania barw powinien mieć wartość przynajmniej **RA 90**.
- Klimatyzacja: w salach operacyjnych, gdzie stosowany jest podtlenek azotu do znieczulenia nawiew powietrza odbywa się górną, a wyciąg powietrza w **20% górną i w 80% dołerną i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza. Przy czym rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.** Ma zapewniać nawiew laminarny, 15-30 wymian, temperatura 22-25°C, wilgotność względna 55%, czystość mikrobiologiczną powietrza (wg polskich wytycznych projektowych: dla sal o najwyższej aseptyce zaliczonych do I klasy – do 70 drobin/m<sup>3</sup> powietrza, dla sal operacyjnych aseptycznych zaliczonych do II klasy czystości – do 300 drobin/m<sup>3</sup>, dla sal zaliczonych do III klasy czystości – do 700 drobin/m<sup>3</sup>).

### **Właściwa organizacja pracy**

Prawidłowa organizacja pracy w bloku operacyjnym to rola pielęgniarki oddziałowej bloku operacyjnego, ale by mogła ona wywiązać się z tego obowiązku – potrzebne jest jej wsparcie menedżerów wysokiego szczebla, bo to oni – poprzez swoje decyzje – kreują politykę jakości w szpitalu. Nawet najlepsza pielęgniarka oddziałowa bez wsparcia kadry zarządzającej kreującej strategię szpitala nie jest w stanie wywiązać się z obowiązków, do których należą:

- **Określenie norm zatrudniania personelu:** na każdy czynny stół operacyjny (na którym w danej chwili jest lub może być pacjent) przypadają minimum dwie pielęgniarki operacyjne: instrumentująca i pomagająca. Jeśli nie ma wystarczającej liczby pielęgniarek operacyjnych i nie ma zgody na pracę w nadgodzinach, to nie ma możliwości zapewnienia właściwego poziomu jakości w bloku operacyjnym. Sposób ustalenia minimalnej obsady pielęgniarek operacyjnych wg metody zawodowej stanowi załącznik nr 3.
- **Przeprowadzenie procesu adaptacji nowego pracownika:** wybór mentora, określenie zadań.
- **Przydzielanie pracy:** ma na celu wzajemne uczenie się i obniżenie poziomu stresu należy zwracać uwagę na:
  - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z różnych kategorii zawodowych (niedoświadczona/nowa pielęgniarka operacyjna – doświadczony operator, niedoświadczony operator – doświadczona pielęgniarka operacyjna),
  - doświadczenie i umiejętności zawodowe osób z jednej kategorii zawodowej (do jednej sali operacyjnej przydzielać pielęgniarkę operacyjną niedoświadczoną/nową i bardziej doświadczoną), przy czym należy pamiętać o poszerzaniu umiejętności nowych/niedoświadczonych pracowników poprzez przydzielanie im zadań dających możliwość „sprawdzenia się”.
- **Okresowa ocena pracowników, organizowanie szkoleń wewnętrznych,** umożliwianie pracownikom udziału w szkoleniach, konferencjach, organizowanie całego zaplecza materiałowego na potrzeby bloku.

### **Warunki skutecznej komunikacji**

Problem skutecznej komunikacji został poruszony w dziale poświęconym bezpiecznemu środowisku pracy, ponieważ szczególna dynamika pracy w bloku operacyjnym łączy się bezpośrednio z komunikacją nie tylko

między członkami interdyscyplinarnego zespołu, ale również z innymi działami szpitala (sterylizatornia, laboratorium, oddziały szpitalne itp.). Właściwe przekazanie i odbiór informacji przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo i operowanego pacjenta, i personelu. Poniżej przedstawione zostały zasady zorganizowania skutecznej komunikacji.

- **Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym** oparta jest na zrozumieniu i wzajemnym szacunku oraz udzielaniu informacji zwrotnych wszystkim, którzy ich potrzebują.
- **Pielęgniarki operacyjne mają prawo do informacji** o planowanym sposobie przeprowadzania procedur medycznych, przy których mają uczestniczyć.
- **Komunikowanie z pacjentem** ma być dostosowane do jego potrzeb (np. podczas rozmowy z pacjentem niedosłyszającym należy przestrzegać zasady: jedno krótkie zdanie = jeden komunikat).
- **Właściwe strategie komunikacyjne** zarówno słowne, jak i pisemne, wykorzystywane są w celu zapewnienia dokładnego zapisu i przekazu informacji w zakresie opieki nad pacjentem.
- **Komunikaty mają być rzeczowe** i przekazywane w sposób jednoznaczny.
- **Obowiązuje zasada dzielenia się wiedzą.**

## **PODSTAWOWE WYTYCZNE DO OPRACOWYWANIA ZAKŁADOWYCH STANDARDÓW OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPERACYJNEGO**

Zakładowe standardy opieki pielęgniarskiej czy standardy postępowania pielęgniarskiego powinny być dostosowane do zasobów ludzkich i rzeczowych dostępnych w danym bloku operacyjnym. Mają być opracowane przez praktyków (lub przy ich udziale) i być osiągalnym wzorem postępowania w danej sytuacji.

### **Standardy opisujące instrumentowanie do poszczególnych zabiegów**

- W oświadczeniu standardowym opisuje się krótko istotę operacji.
- W kryteriach struktury wpisać należy wszystkie potrzebne akcesoria medyczne.
- W kryteriach procesu opisujemy etapy zabiegu razem z czynnościami obu pielęgniarek/położnych operacyjnych w fazie przedoperacyjnej, śródoperacyjnej i pooperacyjnej.
- W kryteriach wyniku wpisuje się zdania twierdzące odnoszące się do wykonanych etapów.

**Uwaga.** Dobrze jest w tego typu standardach zamieścić informacje dotyczące rodzaju znieczulenia, ułożenia pacjenta na stole operacyjnym wraz z wykazem potrzebnych podpórek, pasów itp. W zakładowym standardzie dobrze jest zapisać wymagania poszczególnych chirurgów, zwłaszcza przy skomplikowanych i rzadko wykonywanych procedurach. Ułatwia to przygotowanie do zabiegu pielęgniarkom/położnym operacyjnym, które rzadko asystują przy tego typu procedurach. Procedury opracowywane dla potrzeb bloku operacyjnego powinny zawierać również potencjalne problemy i sposoby ich rozwiązania.

**PODSUMOWANIE**

1. Pielęgniarstwo operacyjne jest odrębną dziedziną pielęgniarstwa, wymagającą od pielęgniarek operacyjnych specyficznych umiejętności, charakterystycznych tylko dla tej dziedziny.
2. Specyfika pracy pielęgniarek operacyjnych wymaga, aby podczas każdej operacji na sali operacyjnej były obecne przez cały czas zabiegu co najmniej dwie pielęgniarki operacyjne instrumentująca i pomagająca.
3. Bezpieczeństwo w pracy pielęgniarek operacyjnych jest zagadnieniem wielowymiarowym i odnosi się głównie do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi, który jest całkowicie bezbronny i nie ma kontroli nad rzeczywistością.
4. Proces adaptacji nowoprzyjętej pielęgniarki na blok operacyjny z uwagi na złożoność i różnorodność działań powinien przebiegać pod opieką mentora.
5. Standardy instrumentowania opracowane przez praktyków i dostosowane do warunków w danym bloku ujednolicają sposób wykonywania obowiązków.



**Piśmiennictwo:**

1. Bytnar B., Jakość życia instrumentariuszki pracującej w systemie zmianowym, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2010.
2. Ciurus M., Rozwój pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce, Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej, Blok Operacyjny, Warszawa 2002.
3. Ciurus M., Historia pielęgniarstwa operacyjnego w Polsce, Konferencja – Europejskie pielęgniarstwo operacyjne – kształcenie, kompetencje, formy zatrudnienia, Warszawa 2014.
4. Ciurus M., Pielęgniarstwo operacyjne, Makmed, Lublin 2007.
5. Czarnecka Z., Malińska W., Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii, Wydawnictwo Adi, Łódź 1998.
6. Debrand-Passard A., Luce-Wunderle G., Pielęgniarstwo operacyjne, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010
7. Harmsen G., Przebieg operacji od A do Z. Praktyczny przewodnik dla instrumentariuszek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
8. Huys J., Sterylizacja zasobów medycznych. Wydawca Polskie Stowarzyszenie Rozwoju Sterylizacji i Dezynfekcji Medycznej, 2009.
9. 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.
10. 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 2012.
11. 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.
12. Kowalska P., Matyka D., Sylwetka pielęgniarki operacyjnej, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Warszawa 2013.
13. Kózka M. Metodologia opracowania procedur pielęgniarstkich [w:] Procedury pielęgniarstkie, M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
14. Matyka D., Wertel M., Instrumentariuszka to też pielęgniarka, XIII Kongres Pielęgniarek Polskich, Warszawa 2016.
15. Morton S. Position Statements and Guidelines for Perioperative Nursing Practice Part 1. EORNA, Bruksela, 2015.
16. Nagadowska A., Rozwój zawodowy pielęgniarek operacyjnych – kwalifikacje i kompetencje, Konferencja – Współczesne pielęgniarstwo operacyjne w Polsce – rozwój i integracja, Warszawa 2013.
17. Piątek A. (red.) Standardy opieki pielęgniarstkiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.

18. Uchwała Nr 277/VI/2014 NRPiP w sprawie ustalenia Standardu Pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.
19. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.).
20. Willems Ch. i współautorzy, EORNA common core curriculum for perioperative nursing, European Operating Room Nurses Association, Blankenberge 2012
21. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 (dostępne na [apps.who.int](http://apps.who.int)).

## **Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej** – stan na dzień 1 marca 2018 r.

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 123).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie *kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1761).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie *wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne* (Dz.U. z 2013 r., poz. 1562).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie *rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz.U. z 2017 r., poz. 497).
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (t.j. Dz. U. z 2017., poz. 2295 z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji* (Dz.U. z 2015 r., poz. 1958).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie *sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2012 r., Nr 12, poz. 1545).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomiesz-*

- czenia i urzędzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739).*
10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.).
  11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069).
  12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 151).
  13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie *bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych* (Dz.U. z 2013 r., poz. 696).
  14. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie *bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych oraz innych pracach związanych z wysiłkiem fizycznym* (Dz. U. z 2000 r., Nr 26, poz. 313 z późn. zm.).
  15. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie *najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy* (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1348).
  16. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o *wyrobach medycznych* (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.).
  17. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o *substancjach chemicznych i ich mieszaninach* (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 143).
  18. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe* (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 576 z późn. zm.).
  19. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o *samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz. U. z 2011r., Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.)
  20. *Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, przyjęty Uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 roku.
  21. Uchwała 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*.
  22. *Krajowy standard kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa operacyjnego* (224112). Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2007.

## Procedura liczenia materiału opatrunkowego

Liczenie opatrunkowego materiału operacyjnego jest kluczowym elementem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi. Niniejsza procedura dotyczy ogólnych zasad prawidłowego liczenia materiału opatrunkowego. Została sporządzona na podstawie wytycznych wg EORNA (Europejskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Bloku Operacyjnego).

Procedura dotyczy zespołów operacyjnych dyscyplin zabiegowych.

### Zasady liczenia materiału opatrunkowego

1. Za zgodność użytego materiału odpowiadają zarówno operator jak i pielęgniarki operacyjne uczestniczące w danej procedurze.
2. Materiały opatrunkowe używane przez zespół anestezyjologiczny powinny różnić się od materiałów opatrunkowych używanych przez zespół operacyjny (na przykład brakiem nitki radiacyjnej lub kolorem) oraz nie mogą być wyrzucane do tego samego pojemnika, którego używa zespół operacyjny.
3. Liczenie przeprowadza się przed operacją, przed zamknięciem jamy ciała i po zakończeniu zabiegu oraz w przypadku zamiany osób podczas zabiegu.
4. Ilość i rodzaj materiału ma być zapisywany na bieżąco przez pielęgniarkę operacyjną pomagającą, a opakowania po materiale opatrunkowym (jeśli to możliwe) powinny być zachowane do momentu zakończenia procesu liczenia (stanowią dodatkowy wskaźnik ilości pobranego materiału).
5. Liczenie przeprowadzają obie pielęgniarki operacyjne (instrumentująca i pomagająca). Proces liczenia rozpoczyna pielęgniarka operacyjna pomagająca, licząc głośno, po kolei wypowiadając liczby. Proces kończy pielęgniarka instrumentująca również na głos, pokazując każdą serwetę/kompres itp. Ostatnia wypowiedziana liczba ma się zgadzać z liczbą materiału wziętego do zabiegu i zapisanego na tablicy suchościeralnej.

6. Przed zamknięciem rany operacyjnej operator ma obowiązek zapytać się, czy zgadza się materiał opatrunkowy, a następnie poczekać, aż uzyska zapewnienie o zgodności. Podczas liczenia pielęgniarki operacyjne nie powinny wykonywać innych czynności.
7. W przypadku stwierdzenia braków (po nieskutecznym poszukiwaniu w obrębie pola operacyjnego i sali operacyjnej) – wykonuje się zdjęcie RTG. Ewentualne niezgodności zapisuje się w dokumentacji.
8. W przypadku celowego zostawienia materiału opatrunkowego w ranie operacyjnej – fakt ten odnotowuje się w również w protokole pielęgniarki operacyjnej, wpisując rodzaj i ilość pozostawionego materiału opatrunkowego.
9. Materiał operacyjny z nitką radiacyjną należy używać zgodnie z procedurą postępowania w danym zabiegu operacyjnym.
10. Serwety gazowe (chusty chirurgiczne) powinny być dostosowane do gabarytów ciała pacjenta i rodzaju procedury, tasiemka służąca do „markowania” serwety powinna być na zewnątrz rany operacyjnej.
11. Pielęgniarka/położna operacyjna pomagająca podaje dodatkową partię materiału w porozumieniu z pielęgniarką operacyjną instrumentującą, która powinna policzyć każdą dobieraną partię materiału.
12. Zużyty materiał opatrunkowy powinien być umieszczony na specjalnych wieszakach lub ułożony na nieprzemakalnym podłożu, tak by był widoczny dla zespołu operacyjnego.
13. Jeżeli podczas procedury używa się bardzo dużej ilości materiałów opatrunkowych (np. transplantacje) – zużyty materiał można pakować w worki na przykład po 20 serwet. Worków tych nie wolno wynosić z sali operacyjnej do momentu zakończenia operacji.
14. Dopuszcza się rodzaje zabiegów, które mogą być zwolnione z liczenia materiałów opatrunkowych. W każdym bloku operacyjnym musi istnieć procedura liczenia dostosowana do lokalnych warunków i specyfiki zabiegów operacyjnych.

## Literatura

1. Modrzejewski A., Zamojska-Kościów E., Gorzkowicz B., Parafiniuk M.: *Zasady liczenia materiału opatrunkowego a ryzyko pozostawienia ciała obcego w ciele pacjenta. Odpowiedzialność pielęgniarki operacyjnej* „Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne” 2016, 2 s. 24-27.

2. Objective 7 „*The team will prevent inadvertent retention of instruments and sponges in surgical wounds*” [w] WHO guidelines for safe surgery 2009.
3. *Position statements and guidelines for perioperative nursing practice part 1* (s. 33-37), wyd. The European Operating Room Nurses Association, 2015r.
4. Zamojska-Kościów E.: *Pielęgniarstwo operacyjne, a matematyka. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji z Pielęgniarstwa Operacyjnego*, Lublin 2016.

## Sposób ustalania minimalnej obsady pielęgniarek operacyjnych według metody zawodowej

W metodzie zawodowej planuje się obsadę zgodnie z założeniem: co najmniej 2 pielęgniarki operacyjne (instrumentująca i pomagająca) na każdy stół operacyjny na jedną zmianę roboczą. W przypadku ujmowania w wyliczeniu pielęgniarek anestezyjologicznych, należy liczyć 2 pielęgniarki operacyjne i 1 anestezyjologiczną, w sumie 3 pielęgniarki do zabiegu. W przypadku szkolenia nowej pielęgniarki na stanowisku pielęgniarki operacyjnej, zarówno osoba szkolona, jak i mentor powinny być liczone dodatkowo. Pielęgniarka oddziałowa jest dodatkowo ujmowana w grafiku.

**Przykład 1:** wyliczenie wg metody zawodowej obsady dla szpitala, który posiada pięć sal operacyjnych, w których zabiegi planowe odbywają się w dni robocze w godzinach 7:00-14:35. Natomiast w wolne dni i w nocy pozostają 2 pielęgniarki operacyjne, zapewniając gotowość ciągłą (nagle zabiegi).  
Założenia:

- co najmniej dwie pielęgniarki operacyjne na każdy stół operacyjny (salę operacyjną)
- w wolne dni i na dyżurze nocnym 2 pielęgniarki operacyjne zapewniające ciągłą gotowość
- od 7:00-14.35 wykorzystywanych jest 5 sal operacyjnych

### Ustalenie liczby godzin:

7.00-14.35 – 10 pielęgniarek operacyjnych x 7,35 = 75 h 50 min. x 5 dni = 379 h 10 min.

14.35-19.00 – 2 pielęgniarki operacyjne x 4 h 25 min. = 44 h 10 min.

Dni wolne (sobota, niedziela) 7.00-19.00 – 12 h x 2 pielęgniarki operacyjne x 2 dni = 48 h

Zmiana nocna 19.00-7.00 – 12 h x 2 pielęgniarki operacyjne x 7 dni = 168 h

Razem: 379 h 10 min. + 44 h 10 min. + 48 h + 168 h = 639 h 20 min.

Dodać wartość 22% rezerwy (wskaźnik 1,22)

639 h 20 min. x 1,22 = 779,82



$779,82 \text{ h} / 37,5 \text{ h}$  (tygodniowy czas pracy) = 20,8 pielęgniarek operacyjnych  
= 21 pielęgniarek operacyjnych

**Przykład 2:** wyliczenie wg metody zawodowej obsady dla szpitala, który posiada cztery sale operacyjne i są one wykorzystane w 100% na dyżurze dziennym (roboczym). Natomiast w wolne dni i na dyżurze nocnym pozostają 2 pielęgniarki operacyjne, zapewniając gotowość ciągłą (nagłe zabiegi).

**Założenie:** co najmniej 2 pielęgniarki operacyjne na każdy stół operacyjny (salę operacyjną) na jedną zmianę roboczą.

### Krok 1

– ustal liczbę godzin pracy zakładając, że: na I zmianie w dni robocze czynne są wszystkie 4 stoły operacyjne i jest zapotrzebowanie na 8 pielęgniarek operacyjnych ( $4 \times 2 = 8$ )

I zmiana w dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święta) – 2 pielęgniarki operacyjne

II zmiana (nocna), zarówno w dni robocze, jak i w dni wolne od pracy jest zapotrzebowanie na 2 pielęgniarki operacyjne, bo zabezpiecza się ciągłą gotowość (nie ma zabiegów planowych)

I zmiana  $7.00 - 19.00 = 12 \text{ h} \times 8$  pielęgniarek operacyjnych  $\times 5$  dni = 480 h

I zmiana  $7.00 - 19.00 = 12 \text{ h} \times 2$  pielęgniarki operacyjne  $\times 2$  dni (sobota, niedziela) = 48 h

II zmiana  $19.00-7.00= 12 \text{ h} \times 2$  pielęgniarki operacyjne  $\times 7$  dni = 168 h

Suma 696 h

### Krok 2

Dodaj wartość 22% rezerwy (wskaźnik 1,22)  $696 \times 1,22$  (rezerwa) = 849,12  
 $849,12 \text{ h} / 37,5 \text{ h}$  (tygodniowy czas pracy) = 22,6 pielęgniarek operacyjnych  
= 23 pielęgniarki operacyjne (w przybliżeniu).

Według metody zawodowej, przy powyższych założeniach, powinny być zatrudnione 23 pielęgniarki operacyjne.

**Literatura:**

1. Uchwała 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.
2. Małas Z.: Planowanie obsad pielęgniarskich w oddziałach zachowawczych i zabiegowych o różnym profilu. Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów. Informacje i zadania dla działania. [www.oipip.zgora.pl/pdf/planowanie-obsad-pielegniarskich.doc](http://www.oipip.zgora.pl/pdf/planowanie-obsad-pielegniarskich.doc), dostęp 19 maja 2018.