

matonews

Nr 1/2017

FORUM RYNKU SZPITALNEGO

INNOWACYJNE
ROZWIĄZANIA DLA
SZPITALI

GOTOWE
ZESTAWY
PROCEDURALNE



Matoset

- gotowe jałowe zestawy przeznaczone do konkretnych procedur medycznych:
 - dializa
 - cewnikowanie
 - dezynfekcja pola operacyjnego
 - usuwanie szwów
 - zakładanie szwów
 - zmiana opatrunku
 - wkłucie lędźwiowe
 - podłączenie kroplówki
 - wkłucie centralne
- pełna aseptyka
- oszczędność i wygoda stosowania
- wysoka jakość



RAZEM TWORZYMY WARTOŚĆ

Szanowni Państwo!

Każdy z nas doświadczył w swoim życiu mniejszych lub większych problemów ze zdrowiem. W takich przypadkach liczymy na fachową i skuteczną pomoc medyczną. Oczekujemy, że będziemy potraktowani w sposób indywidualny i zapewniający bezpieczeństwo.

Państwo wiedzą najlepiej, że dyrekcja i personel placówek ochrony zdrowia ma podobne priorytety. Dlatego tak wiele uwagi poświęca się obecnie działaniom minimalizującym ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych oraz ciągłemu podnoszeniu jakości świadczonych usług. Ważne są jednak nie tylko efekty wspomnianych działań, ale także ich koszty. W obliczu rosnących wydatków należy szukać najefektywniejszych rozwiązań, które przynoszą korzyści na wielu płaszczyznach pracy placówki.

Jednym z takich rozwiązań są gotowe zestawy zabiegowe. Pozwalają one zaoszczędzić zarówno pieniądze, jak i czas potrzebny do przeprowadzenia danego zabiegu; pomagają minimalizować ryzyko wystąpienia zakażeń oraz usprawniają pracę personelu. Nie sposób wymienić tu wszystkich zalet tego rozwiązania, dlatego zachęcamy do zapoznania się z opiniami i doświadczeniami fachowców przedstawionymi na dalszych stronach Mato News.

Redakcja Mato News

spis treści

- 6** Certyfikaty ISO 9001:2009 a korzyści stosowania procedur
- 10** Samodzielna produkcja czy zakup gotowych zestawów przez Zakład Opieki Zdrowotnej w świetle obowiązujących przepisów
- 15** Gotowe pakiety i zestawy zabiegowe pomocne w podnoszeniu jakości usług medycznych i redukcji zakażeń
- 17** Nowe miejsce – impuls do zmian
- 22** Tabela z zestawami proceduralnymi
- 24** Najważniejsze korzyści wynikające z zastosowania zestawów
- 25** Najważniejsze cechy zestawów proceduralnych Matoset
- 26** Procedura zabiegowa na przykładzie procedury usunięcia szwów
- 27** Opis zestawów zabiegowych
- 34** Procedura operacyjna na przykładzie procedury artroskopii
- 36** Najważniejsze cechy zestawów operacyjnych
- 37** Opis zestawów operacyjnych



Matodrape ■ ■

serwety, zestawy i akcesoria

BEZPIECZEŃSTWO:

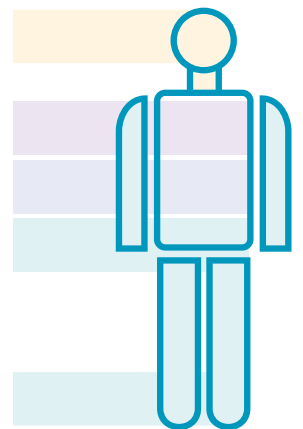
- wykorzystane włókny i laminaty gwarantują nieprzemakalność nawet przy dużym nacisku, zapewniając tym samym **barierowość dla mikroorganizmów**
- drapowana powierzchnia gwarantuje **wysokie zdolności absorpcyjne**
- zastosowane taśmy medyczne mocujące to **pełna izolacja pola operacyjnego**

KOMFORT:

- miękkie włókny gwarantują dobrą **układalność**
- ponad 90 zestawów operacyjnych oraz 150 rodzajów serwet zapewnia **kompletność oferty**
- przy zakupie sterylnych wyrobów medycznych **odpowiedzialność za ich jakość ponosi wytwórca**
- dwie samoprzylepne etykiety typu TAG pozwalają na **szybkie i proste uzupełnienie dokumentacji**

OSZCZĘDNOŚĆ:

- szybsze przygotowanie sali operacyjnej do zabiegu to bardziej **efektywne wykorzystanie bloku operacyjnego**
- uniknięcie zakażenia to **brak dodatkowych wydatków** na antybiotykoterapię i hospitalizację
- zakup gotowych jałowych zestawów operacyjnych to **zracjonalizowana organizacja pracy szpitalnej**



CERTYFIKATY ISO 9001:2009 A KORZYŚCI STOSOWANIA PROCEDUR

dr Monika Dobska, dr Paweł Dobski¹
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Certyfikacja ISO nabiera coraz większego znaczenia w kontekście integracji z Unią Europejską oraz kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z Zarządzeniem Nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz jego nowelizacją w zarządzeniu nr 20/2009/DSOZ z dnia 25 marca 2009 r., oceny oferty dokonuje się według następujących kryteriów:²

1. **JAKOŚĆ** – oceniana w szczególności poprzez:
 - a. kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,

1 Pracownicy naukowo-dydaktyczni Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, konsultanci wdrażający systemy ISO w podmiotach leczniczych. Autorzy takich pozycji jak: Marketing usług medycznych, TQM – zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej, Podstawy zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej (współ aut. K.Rogoziński) i ponad 100 artykułów poświęconych problematyce zarządzania w podmiotach leczniczych

2 Zarządzenie nr 86/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 16 października 2008 r., § 2

- b. wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
- c. zewnętrzną ocenę jakości,
- d. wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
2. **KOMPLEKSOWOŚĆ** – w szczególności oceniana poprzez:
 - a. możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniającą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
 - b. planowaną strukturę świadczeń w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - c. ofertę udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniającą łączną ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
 3. **DOSTĘPNOŚĆ** – oceniana w szczególności poprzez:
 - a. liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
 - b. organizację przyjęć pacjentów,
 - c. brak barier dla osób niepełnosprawnych,
 4. **CIĄGŁOŚĆ** – oceniana w szczególności poprzez:
 - a. ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
 - b. ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniodawców w ramach

danego zakresu świadczeń, realizowanego w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia,

5. **CENA** – oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Załącznik do zarządzenia nr 20/2009/DSOZ, Prezesa NFZ z dnia 25 marca 2009 r. podaje szczegółowe parametry kryteriów oceny oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej. I tak w kryterium odnoszącym się do jakości, pojawiają się następujące poziomy skalujące:

1. **Personel** – lekarze, pielęgniarki, inny personel (psycholodzy, psycholodzy kliniczni, fizjoterapeuci, fizykoterapeuci),
2. **Sprzęt i aparatura** – dostępność w lokalizacji, w miejscu,
3. **Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń** – warunki dotyczące pomieszczeń, warunki lokalizacyjne,
4. **Zewnętrzna ocena jakości:**
 - a. **certyfikaty jakości:**
 - i. certyfikat serii ISO w zakre-

sie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy,

- ii. certyfikat wydany przez Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy,
- b. spełnienie innych standardów – np. spełnienie wszystkich standardów Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
5. Wyniki kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2008 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym
 - a. obniżenia jakości świadczeń:
 - i. udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie/brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów),
 - b. ograniczenie dostępności do świadczeń:
 - i. nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy,
 - ii. nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących,
 - iii. obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - iv. pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - c. nieprawidłowa realizacja świadczeń:
 - i. niezasadne ordynowanie leków,
 - ii. nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń,
 - d. nieuprawnione zmiany warunków umowy:
 - i. nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności,
 - ii. udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową / nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie,

- iii. niezgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń,
- e. inne naruszenia postanowień umowy:
 - i. przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych,
 - ii. udaremnienie lub utrudnianie kontroli,
- f. negatywny wynik rekontroli:
 - i. niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
 - ii. stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.

Dodatkowo, dyrektorzy zakładów decydują się na wdrażanie systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2008, biorąc pod uwagę możliwe do uzyskania korzyści:

KORZYŚCI WEWNĘTRZNE:

- poprawa organizacji pracy,
- poprawa przepływu informacji,

- stymulacja poprawy jakości opieki nad pacjentem,
- redukcja kosztów, zwiększenie efektywności,
- popularyzacja dobrych wzorców organizacyjnych,
- wspieranie edukacji personelu, podnoszenie kwalifikacji,
- poprawa strategii marketingowej.

KORZYŚCI ZEWNĘTRZNE:

- nawiązanie współpracy z innymi podmiotami pośredniczącymi w redystrybucji środków finansowych przeznaczonych na udzielenie świadczeń medycznych,
- możliwość skutecznego aplikowania o środki unijne (termomodernizacja, sprzęt, szkolenia),
- zabezpieczenie się na wypadek ew. spraw sądowych,
- zwiększenie zaufania społecznego do ZOZ – budowanie wizerunku.

System zapewnienia jakości zgodny z normą ISO 9001:2008 nabiera coraz większego znaczenia w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej, w du-





„(...) za sprawą paszportów urządzeń i materiałów medycznych można wykazać, że aparatura i inne materiały medyczne, które były wykorzystywane w trakcie udzielania świadczeń medycznych, były sprawne i wykonane zgodnie z wymaganymi normami.”

żej mierze ze względu na fakt rosnącej świadomości pacjentów. Pacjenci dysponując coraz większą ilością informacji, stają się coraz bardziej wymagający. Można także spotkać się z opiniami wygłaszanymi przez personel medyczny, że stają się oni roszczeniowi. Tym samym coraz częściej wytaczają sprawy sądowe zakładom opieki zdrowotnej. Dzięki dokonanej standaryzacji oraz identyfikacji procesów zachodzących w zakładzie, podmiot udzielający świadczeń medycznych zabezpiecza się na wypadek ewentualnych roszczeń pacjentów (poprzez między innymi właściwe pro-

wadzenie dokumentacji, zgodnie z procedurą 4.2.3 normy ISO 9001:2008). Zakład jest w stanie udowodnić, że personel opiekujący się pacjentem nie tylko posiada odpowiednie kwalifikacje (kompletne teczki osobowe zawierające kserokopie zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursów, szkoleń i studiów) oraz postępuje zgodnie z aktualnym kanonem wiedzy (standardy pielęgniarstwa, lekarskie, diagnostyczne, itp.). Dodatkowo za sprawą paszportów urządzeń i materiałów medycznych można wykazać, że aparatura i inne materiały medyczne, które były wykorzy-

stywane w trakcie udzielania świadczeń medycznych, były sprawne i wykonane zgodnie z wymaganymi normami.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością w organizacji wymaga przygotowania odpowiedniej dokumentacji. Znowelizowana norma ISO 9001 daje przedsiębiorstwu większą swobodę przy dokumentowaniu systemu zarządzania jakością. O znaczeniu dokumentacji w przedsiębiorstwie mówi norma ISO 9000:2000 (pkt. 2.7.1) określając, iż dokumentacja przyczynia się do:

- osiągnięcia zgodności z wymaganiami klienta i do doskonalenia jakości,
- zapewnienia odpowiedniego szkolenia,
- zapewnienia powtarzalności i identyfikowalności,
- dostarczenia dowodu obiektywnego,
- oceny skuteczności i ciągłej przydatności systemu zarządzania jakością.

W systemach zarządzania jakością wykorzystywane są następujące rodzaje dokumentów:³

- dokumenty, które dostarczają spójne informacje – zarówno wewnątrz, jak

3 ISO 9000:2000 pkt 2.7.2

i na zewnątrz – o systemie zarządzania jakością organizacji (takie dokumenty nazywa się księgami jakości),

- dokumenty, które opisują, jak system zarządzania jakością jest stosowany do określonego wyrobu, przedsięwzięcia lub umowy (takie dokumenty nazywa się planami jakości),
- dokumenty, w których ustalono wymagania (takie dokumenty nazywa się specyfikacjami),
- dokumenty, w których ustalono zalecenia lub propozycje (takie dokumenty nazywa się wytycznymi),
- dokumenty, które dostarczają informacji o tym, jak jednakowo wykonywać działania i procesy (takie dokumenty mogą obejmować udokumentowane procedury, instrukcje pracy i rysunki),
- dokumenty, które dostarczają dowodu obiektywnego o wykonanych działaniach lub osiągniętych wynikach (takie dokumenty nazywa się zapisami).

W normie ISO 9000:2000 można znaleźć definicje dotyczące dokumentacji:

1. **INFORMACJA** (pkt. 3.7.1) – to znaczące dane,
2. **DOKUMENT** (pkt 3.7.2) – to informacja i jej nośnik (nośnikiem może być papier, dysk komputerowy magnetyczny, elektroniczny lub optyczny, fotografia lub próbka wzorcowa albo kombinacja powyższych),
3. **SPECYFIKACJA** (pkt 3.7.3) – to dokument, w którym podano wymagania (specyfikacja może dotyczyć działań, np. dokument procedury, specyfikacja procesu i specyfikacja badania lub wyrobów),
4. **KSIĘGA JAKOŚCI** (pkt. 3.7.4) – to dokument, w którym określono system zarządzania jakością organizacji
5. **PLAN JAKOŚCI** (pkt. 3.7.5) – to dokument specyfikujący, które procedury i związane z nimi zasoby należy zastosować, kto i kiedy ma je realizować w odniesieniu do określonego przedsięwzięcia, wyrobu, procesu lub umowy,
6. **ZAPIS** (pkt. 3.7.6) – to dokument, w którym przedstawiono uzyskane wyniki lub dowody przeprowadzo-

nych działań (zapisy mogą być wykorzystywane np. do dokumentowania, identyfikowalności i do potwierdzenia weryfikacji, działania zapobiegawczego i działania korygującego).

Istotne znaczenie mają także procedury branżowe oraz systemowe. W ramach procedur systemowych organizacja wdrażająca powinna przygotować 5 dokumentów: nadzór nad dokumentami, nadzór nad zapisami, postępowanie z wyrobem niezgodnym, audyty wewnętrzne, działania korygujące i zapobiegawcze.

Celem procedury jest przedstawienie sposobu wykonania ciągu czynności, które są zasadne dla zakładu. Procedura powinna składać się z następujących części:

1. Cel procedury,
2. Sposób postępowania,
3. Odpowiedzialność i uprawnienia,
4. Rozdzielnik.

Elementami, które mogą być pomocne dla pracowników zakładu, są nie tylko czynności wymienione w ramach procedury, ale także ułatwienia dla szybkości, sprawności i bezpieczeństwa wy-

konywanej pracy. Jednym z takich elementów jest przygotowanie **gotowych pakietów do danej procedury zabiegowej**. Z punktu widzenia zarządzania oznacza to:

- obniżenie kosztów,
- odciążenie od pracy personelu pielęgniarskiego,
- bezpieczeństwo pacjentów,
- gwarancja dla osoby zarządzającej co do poprawności przeprowadzonych czynności (w tym przypadku eliminacja popełnienia błędu przez osobę z personelu),
- ponadto użycie gotowego pakietu jest szybsze i łatwiejsze dla personelu niż dobieranie poszczególnych jawnych opakowań potrzebnych do prowadzenia zabiegu.

Podsumowując można zauważyć, że system zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001:2008, jako system gwarantujący dobre zarządzanie, ma bezpośredni wpływ na jakość wykonywanych czynności przez personel oraz wskazywanie dobrych praktyk, które nie tylko zwiększają bezpieczeństwo i zadowolenie pracowników, ale także minimalizują ryzyko popełnienia błędów. •



SAMODZIELNA PRODUKCJA CZY ZAKUP GOTOWYCH ZESTAWÓW

przez Zakład Opieki Zdrowotnej
w świetle obowiązujących przepisów

Jarosław Czaplński

Kierownik Działu Dezynfekcji i Centralnej Sterylizacji

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu



Od zakończenia działań wojennych do zmiany ustroju politycznego w 1989 roku placówki medyczne funkcjonujące w Polsce nastawione były na daleko idącą samowystarczalność. Placówki te prowadziły we własnym zakresie nie tylko tak oczywistą wtedy działalność, jak ochrona mienia, utrzymanie ruchu, utrzymanie czystości czy pranie, ale również samodzielne wytwarzanie żywności (w niektórych placówkach funkcjonowały szklarnie, a nawet chlewnie), leków recepturowych i gotowych (łącznie z badaniami niektórych leków we własnych zwierzętarniach), opatrunków (produkcja, konfekcjonowanie i sterylizacja), a budzącą najwięcej kontrowersji działalnością było odzyskiwanie używanych rękawic chirurgicznych, ich pranie, suszenie, pudrowanie, pakowanie i ponowna sterylizacja. Przyczyny tego stanu rzeczy były wielorakie, najważniejszą był ustrój państwa uniemożliwiający istnienie prawdziwego rynku artykułów medycznych (upaństwowienie gospodarki, reglamentacja dóbr i ich powszechny niedobór), co zmuszało szpitale do samodzielnego wytwarzania wielu materiałów. Kolejną waż-

ną przyczyną, wynikającą z uwarunkowań ustrojowych, była sytuacja na rynku pracy – samowystarczalność szpitali generowała niemało miejsc pracy, bardzo potrzebnych na kurczącym się w latach 70. rynku pracy. Innymi przyczynami były: siermiężność wielu ówczesnych standardów i źle pojmowana oszczędność. Również ówczesne przepisy sankcjonowały takie działania.

Mimo tych uwarunkowań, polskie prawo powoli, acz konsekwentnie ewoluowało w kierunku nowoczesnych, dzisiaj oczywistych standardów. Najlepiej tę ewolucję można przedstawić na przykładzie przepisów regulujących wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu materiałów opatrunkowych.

Wbrew powszechnemu mniemaniu, publiczna służba zdrowia nie była wcale osiągnięciem ustroju socjalistycznego. Najstarsza w Polsce Ludowej ustawa, z dnia 28 października 1948 roku „o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia” (D.U. Nr 55, poz. 434), odwołuje się jeszcze do rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku „o zakładach leczniczych” (Dz. U. R. P. Nr 38, poz. 382), a ustawę „o publicznej służbie zdrowia” Sejm II Rzeczypospolitej uchwalił w dniu 15 czerwca 1939 roku (D. U. Nr 54, poz. 342).

W Polsce Ludowej pierwsze odniesienie do wytwarzania materiałów opatrunkowych znajduje się w ustawie z dnia 8 stycznia 1951 r. „o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych” (Dz. U. Nr 1 poz. 4), w której do artykułów sanitarnych zalicza się między innymi materiały opatrunkowe. Następnie, zgodnie z delegacją ustawową, ukazuje się rozporządzenie Ministrów Zdrowia i Rolnictwa z dnia 16 października 1953 r. „w sprawie zezwoleń na wyrób surowców farmaceutycznych, leków gotowych i artykułów sanitarnych” (Dz. U. Nr 48 poz. 238), w którym, w paragrafie 3., w punkcie 1. stwierdza się, że **wolno wyrabiać bez zezwolenia** między innymi [podpunkt 1] **materiały opatrunkowe**. Rozporządzenie nie różnicuje opatrunków na jałowe i niejające, dotyczy zatem wszystkich ich kategorii, sankcjonując tym sa-



mych powszechnie wytwarzanie nawet jałowych opatrunków przez placówki medyczne. Taki stan prawny utrzymuje się przez następnych kilkadziesiąt lat. Kolejne nowelizacje rozporządzenia, z roku 1965 (Dz. U. Nr 48 poz. 238) i 1975 (Dz. U. Nr 29 poz. 154), nie stawiają jakichkolwiek wymogów wobec wytwórców materiałów opatrunkowych.

Radykalną zmianę stanu prawnego wprowadziła dopiero ustawa z dnia 28 stycznia 1987 r. „o środkach farmaceutycznych, artykułach sanitarnych i aptekach” (Dz. U. Nr 3 poz. 19). Pozornie zmieniło się niewiele: materiały opatrunkowe ponownie zalicza się do materiałów sanitarnych. Jak dawniej wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu środków farmaceutycznych i artykułów sanitarnych obwarowane jest sze-

regiem rygorów – teraz producent musiał najpierw zarejestrować swój wyrób w Rejestrze Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, po uzyskaniu pozytywnych wyników badań laboratoryjnych, a w razie konieczności, również klinicznych. Po zarejestrowaniu wyrobu producent mógł się ubiegać o wydanie zezwolenia na produkcję określonego wyrobu. I podobnie jak w latach poprzednich Minister Zdrowia i Opieki Społecznej mógł ustalić wykaz środków farmaceutycznych i artykułów sanitarnych, które mogą być wytwarzane bez zezwolenia. Niestety, w ustawie ten wykaz został ograniczony tylko do niektórych leków recepturowych i gotowych. Nie udało mi się dotrzeć do jakiegokolwiek przepisu, który by zezwalał Zakładowi Opieki Zdrowotnej na samodziel-



ne wytwarzanie materiałów opatrunkowych, w szczególności jałowych. Należy zatem wnioskować, że opisane w ustawie wymogi dotyczące wytwarzania materiałów opatrunkowych: rejestracja i uzyskiwanie zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, dotyczyły zarówno wytwórców przemysłowych, jak i **Zakładów Opieki Zdrowotnej** wytwarzających głównie jałowe opatrunki na własny użytek, a czasem również dla innych podmiotów. Dowodem na to, że „coś musiało być na rzeczy” jest następna zmiana prawa, przeprowadzona już po zmianie ustroju politycznego, a konkretnie ustawa z dnia 10 października 1991 r. „o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym” (Dz. U. Nr 105 poz. 452) i jeden z jej przepisów wykonawczych. Tym razem w ustawie materiały opatrunkowe zalicza się do materiałów medycznych, ale podtrzymuje się wymóg rejestracji wyrobu i uzyskania teraz już koncesji na ich wytwarzanie. Ponownie pojawia się delegacja ustawowa, umożliwiająca określenie przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej listy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, które nie podlegają wpisowi do reje-

„Gdyby trzymać się rygorystycznie litery prawa, to przeprowadzenie walidacji procesu sterylizacji materiałów opatrunkowych będzie się wiązało z bardzo wysokimi kosztami, wynikającymi np. z konieczności okresowego uzyskiwania certyfikatu stabilności i powtarzalności działania sterylizatorów.”

stru, a tym samym ich wytwarzanie nie podlega koncesji. Tym razem taka lista została określona w zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 września 1993 r. „w sprawie określenia leków gotowych oraz innych środków farmaceutycznych i materiałów medycznych nie podlegających wpisowi do Rejestru Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych” (M. P. Nr 49 poz. 467). W Załączniku 3, Tabeli B) „Materiały medyczne”, pod liczbą

porządkową 8, stwierdza się, że wpisowi do rejestru nie podlegają wyłącznie: **Niejałowe i nie podlegające przed użyciem sterylizacji włókiennicze materiały opatrunkowe przeznaczone dla celów medycznych i higienicznych**. Należy zatem zadać pytanie, czy Zakłady Opieki Zdrowotnej, po zmianie prawa w roku 1987 (lub 1993, kiedy nie było już jakichkolwiek wątpliwości co do przepisów), występowały o wpis do rejestru i zezwolenie lub koncesję na wy-

tworzenie materiałów opatrunkowych, czy też powszechnie produkowały jałowe opatrunki z naruszeniem prawa?

Przygotowanie Polski do wstąpienia do Unii Europejskiej wiązało się z ponownymi, radykalnymi zmianami prawa – nowe przepisy musiały uwzględniać zapisy dyrektyw europejskich. Dlatego w miejsce ustawy z roku 1991, Sejm uchwalił dwie ustawy: ustawę z dnia 6 września 2001 r. „Prawo farmaceutyczne” (Dz. U. Nr 126 poz. 1381) i ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. „o wyrobach medycznych” (Dz. U. Nr 126 poz. 1380), regulujące zasady wytwarzania i wprowadzania do obrotu produktów, które poprzednio były określone jako środki farmaceutyczne i materiały medyczne. **Zgodnie z nowymi przepisami materiały opatrunkowe zaliczają się do wyrobów medycznych i ich wytwarzanie oraz wprowadzanie do obrotu podlega rygorystycznym, „unijnym” regulacjom.** Kwestią istotną jest, że nowe przepisy w ogóle nie poruszały tematu wytwarzania materiałów opatrunkowych przez inne podmioty niż zakłady przemysłowe. I znowu należy zadać pytanie o zgodność z przepisami, powszechnej w Zakładach Opieki Zdrowotnej, praktyki wytwarzania jałowych opatrunków na własny użytek i na sprzedaż.

O tym, że znowu „było coś na rzeczy” świadczy kolejna ważna zmiana prawa. W nowej ustawie z dnia 20 maja 2010 r. „o wyrobach medycznych” (Dz. U. Nr 107 poz. 679), w artykule 2., ustępie 1., punkcie 43) pojawia się nowa kategoria – „wyrób medyczny wykonany przez użytkownika – wyrób wytworzony i używany przez świadczeniodawcę w miejscu wytworzenia”. Z całą pewnością nowe przepisy mogą być podstawą do swoistej „legalizacji” wytwarzania materiałów opatrunkowych przez producentów pozaprzemysłowych. Tylko, że taka legalizacja będzie procesem niezwykle trudnym i tak kosztownym, że może to podważyć opłacalność samodzielnej produkcji opatrunków, a niektóre wymogi wydają się być nie do spełnienia w większości polskich placówek medycznych. Przede wszystkim ustawa zrównuje w wielu aspektach obowiązki wytwórcy – użytkownika

z obowiązkami wytwórcy przemysłowego. Wspólnym obowiązkiem wytwórców jest przeprowadzenie procedury oceny zgodności wytwarzanych opatrunków z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych. Wytwórców – użytkowników ustawodawca traktuje łagodniej; nie muszą przeprowadzać procedury oceny z udziałem jednostki notyfikowanej, co zdecydowanie obniża koszty, nie muszą znakować swoich wyrobów znakiem CE i w ograniczonym zakresie podlegają nadzorowi Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Niestety, na tym przywileje wytwórców – użytkowników się kończą, ponieważ szczególnie trudne do spełnienia są wymagania opisane w przepisie wykonawczym do ustawy, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r.: „w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych” (Dz. U. Nr 16 poz. 74). Wyrób medyczny wyprodukowany przez wytwórcę – użytkownika musi spełniać wymagania zasadnicze opisane w rozporządzeniu, a wytwórca „przeprowadza ocenę jego zgodności i sporządza oświadczenie określone w załączniku nr 10 do rozporządzenia”. Jakie, między innymi, obowiązki rozporządzenie nakłada na wytwórcę – użytkownika?

PRZYKŁADY Z ZAŁĄCZNIKA NR 1 WYMAGANIA ZASADNICZE DLA WYROBÓW MEDYCZNYCH

Część II. Wymagania dotyczące projektu i wykonania:

8.4. Wyroby medyczne dostarczane w stanie sterylnym muszą być wytworzone i wysterylizowane odpowiednią zwalidowaną metodą.

Walidacja jest, w ogólnym ujęciu, udokumentowanym potwierdzeniem stabilności i powtarzalności określonego procesu. Gdyby trzymać się rygorystycznie litery prawa, to przeprowadzenie walidacji procesu sterylizacji materiałów opatrunkowych będzie się wiązało z bardzo wysokimi kosztami, wynikającymi np. z konieczności okresowego uzyskiwania certyfikatu stabilności i powtarzalności działania sterylizatorów.

8.5. Wyroby medyczne przeznaczone do sterylizacji muszą być wytwarzane we właściwie kontrolowanych warunkach, w szczególności środowiska.

Jest to wymóg nie do spełnienia w większości polskich placówek lecznictwa. „Właściwie kontrolowane” warunki to: temperatura, wilgotność i zapylenie powietrza. Do tej pory z takim luksusem spotkałem się tylko w jednym polskim (prywatnym) szpitalu, ale tak komfortowe warunki pracy były tylko na bloku operacyjnym. Trudno sobie wyobrazić wytwarzanie tam materiałów opatrunkowych.

13. Informacje dostarczane przez wytwórcę:

13.1. Do każdego wyrobu medycznego należy dołączyć informacje potrzebne do jego bezpiecznego i właściwego używania, (...) na samym wyrobie medycznym lub opakowaniu każdego egzemplarza (...).

Poniżej przykłady informacji, które należy umieścić na opakowaniu jałowego opatrunku.

13.3. (...)

2) Informacje niezbędne, szczególnie użytkownikom, do identyfikacji wyrobu medycznego i zawartości opakowania;

3) Wyraz „JAŁOWE” albo „STERYLNE” (...);

4) Kod lub numer partii lub serii (...);

5) Oznaczenie daty, przed upływem której wyrób medyczny może być używany bezpiecznie (...);

6) Wskazanie, że wyrób medyczny przeznaczony jest do jednorazowego użytku (...).

Aby nanieść wszystkie te oznaczenia na opakowania opatrunków w warunkach szpitalnych, konieczne będzie co najmniej zastosowanie kosztownych drukarek do specjalnych etykiet, odpowiednio dużych, aby pomieścić wszystkie dane i wytrzymujących warunki sterylizacji parowej. Stosowane w Centralnych Sterylizatorniach zgrzewarki do opakowań papierowo-foliowych nie są w stanie wydrukować tych wszystkich danych, zwłaszcza na stosunkowo wąskich rękawach, stosowanych powszechnie do pakowania opatrunków. Poważnym proble-



mem organizacyjnym będzie wprowadzenie seryjnej produkcji opatrunków; bez komputerowego systemu ewidencji będzie to proces pracochłonny, być może wymagający zwiększenia zatrudnienia. Innym aspektem jest jakość surowca – gaza do produkcji opatrunków musi spełniać wymogi normy PN-EN 14079 „Nieaktywne wyroby medyczne – Wymagania funkcjonalne i metody badań dotyczące gazy higroskopijnej z bawełny i mieszanek bawełny z wiskozą”. Oznacza to konieczność kupowania wyłącznie gazy spełniającej wymagania normy. Równie ważną sprawą jest wyznaczenie terminu ważności wyrobu, z uwzględnieniem między innymi warunków transportu i przechowywania opatrunków.

Z kolei Załącznik 10 określa dokumentację, jaką musi sporządzić wytwórca – użytkownik wyrobu medycznego, w ramach procedury oceny zgodności z wymaganiami zasadniczymi.

PRZYKŁADY: OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYROBU WYKONANEGO PRZEZ UŻYTKOWNIKA

1. Podmiot, który wytworzył wyrób wykonany przez użytkownika, sporządza

oświadczenie, które zawiera następujące informacje:

- 1) dane identyfikujące wyrób (...);
- 2) dane identyfikujące użytkownika, który wytworzył (...);
- 3) (...);
- 4) opis wyrobu (...);
- 5) rysunki projektowe (...);
- 6) opisy i objaśnienia (...);
- 7) opis metody sterylizacji (...);
- 8) (...);
- 9) oświadczenie, w którym świadczeniodawca potwierdza, na podstawie wyników badań, piśmiennictwa naukowego, ocen zgodności wyrobu z wymaganiami norm technicznych, (...) lub posiadanych kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, że wyrób medyczny spełnia wymagania zasadnicze, (...).

Najtrudniejszy do spełnienia wymóg został sformułowany w podpunkcie 10: **10) oświadczenie, że świadczeniodawca bierze odpowiedzialność za bezpieczeństwo wyrobu medycznego.**

Tego oświadczenia nie może podpisać osoba bezpośrednio kierująca jednostką wytwarzającą opatrunki, np. kierownik Apteki czy Centralnej Sterylizatorni. Musi to zrobić osoba mająca odpowiednie uprawnienia do reprezentowania całego Zakładu Opieki Zdro-

wotnej. Osoba ta weźmie na siebie odpowiedzialność prawną za ewentualny uszczerbek na zdrowiu konkretnego pacjenta, spowodowany przez samodzielnie wyprodukowane opatrunki.

2. Dokumentację, (...) jest obowiązany przechowywać przez okres 5 lat od dnia zaprzestania używania wyrobu (...);

3. (...) jest obowiązany udostępniać dokumentację(...) organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczącym lub upoważnionym do jego kontroli.

Powyżej przedstawiłem tylko najważniejsze i najtrudniejsze do spełnienia obowiązki wytwórcy – użytkownika jałowych materiałów opatrunkowych. Należy przy tym nadmienić, że te ulgowe wymagania dotyczą wytwórców samodzielnie zużywających wyprodukowane przez siebie opatrunki. Wytwórca – użytkownik sprzedający jałowe opatrunki innym podmiotom, musi spełnić wymagania określone dla wytwórców przemysłowych, co radykalnie zwiększy koszty produkcji, czyniąc ją całkowicie nieopłacalną

Dlatego przed podjęciem decyzji o samodzielnym wytwarzaniu opatrunków, bądź korzystaniu z oferty przemysłu należy uwzględnić przynajmniej najważniejsze aspekty:

- **prawny** – odpowiedzialność względem pacjentów,
- **organizacyjny** – która forma zaopatrzenia zapewni większą elastyczność dostaw, mniejsze straty lub ich brak dzięki dłuższym terminom ważności i blokowanie mniejszej powierzchni magazynowej,
- **ekonomiczny** – koszty systemu zapewnienia zgodności, zamrażanie środków w zapasach magazynowych.

Należy przy tym zwrócić uwagę na to, że już dziś, szczególnie w małych placówkach, koszty samodzielnego wytwarzania opatrunków są wyższe niż ceny opatrunków wytwarzanych przez przemysł, a wzrost płac w służbie zdrowia, co prawda powolny, będzie konsekwentnie przesuwiał granicę opłacalności na korzyść wyrobów przemysłowych. ●

GOTOWE PAKIETY I ZESTAWY ZABIEGOWE

pomocne w podnoszeniu
jakości usług medycznych
i redukcji zakażeń

Bożena Krymska

Specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego i kardiologicznego

Pielęgniarka epidemiologiczna

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Jakość usług medycznych to zaspokajanie lub przewyższanie oczekiwań pacjenta, spełnianie standardów i stopień realizacji założonych celów. Według H. Lenartowicz opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, która odpowiada określonym kryteriom, wskazując zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i która w danych warunkach zapewnia pacjentom osiągnięcie pożądaných efektów zdrowotnych. Jakość świadczonych usług medycznych jest bardzo istotna, ponieważ dotyczy bezcennych wartości życia i zdrowia osób z niej korzystających.

Chociaż jakość to w konsekwencji zadowolenie z dobrze wykonanej usługi medycznej, to dla każdej ze stron – wykonawcy i odbiorcy usługi – znaczy coś innego.

1. Dla pacjenta jakość usługi medycznej zależy od sprawnego powrotu do zdrowia lub jego poprawy po wyjściu ze szpitala.
2. Dla pracownika palcówki opieki zdrowotnej jakość wiąże się ze



zgodnością tej usługi z aktualną, profesjonalną wiedzą i osiągnięciem poprawy zdrowia bez zdarzeń niepożądanych.

3. Dla kierownictwa placówki jakością to zapewnienie usługi na odpowiednio wysokim poziomie przy odpowiednio niskim jej koszcie.

Każda procedura medyczna składa się z kilku etapów:

- przygotowanie zestawu,
- wykonanie czynności medycznej,
- utylizacja zestawu, postępowanie z odpadami,
- udokumentowanie procedury,
- przygotowanie sprzętu, narzędzi wielorazowego użytku do ponownego zastosowania.

Każdy z tych etapów wymaga nakładu pracy, środków i czasu. Wykonywanie procedury w różnych warunkach, zwłaszcza w nagłych przypadkach i na ostrych dyżurach, jest obciążone dużym ryzykiem błędu, co niewątpliwie wpływa na jakość procedury, a tym samym na jakość całej usługi medycznej.

Wszystkie wyżej wymienione etapy pomogą usprawnić **gotowe zestawy oraz pakiety dostosowane do różnych procedur i zabiegów medycznych**. Przygotowanie „tradycyjnego” zestawu obejmuje skompletowanie odpowiedniej ilości sprzętu, narzędzi, leków i materiału opatrunkowego potrzebnego do wykonania danego zabiegu. Natomiast gotowy zestaw pomaga zaoszczędzić czas przygotowania, zwłaszcza, jeśli daną procedurę wykonuje się w trybie pilnym. Pielęgniarka nie musi się zastanawiać, ile czego przygotować i co dokładnie będzie potrzebne. Produkt w postaci zestawu daje gwarancję kompletności materiałów potrzebnych do realizacji danej procedury pod względem ich jakości i ilości.

Zawartość gotowego zestawu wymusza prawidłowe postępowanie, niepomijanie niektórych czynności. Przykładem może być optymalna ilość sześciu tupferów w zestawie do cewnikowania pęcherza moczowego, która wymusza czas dokładnej dezynfek-

cji okolic ujścia cewki moczowej, jeśli wszystkie tupfery zostaną wykorzystane. Zewnętrzne opakowanie w postaci twardego blistra, często kilkukomorowego, może służyć jako pojemnik na płyny lub odpady, eliminując potrzebę używania dodatkowych naczyń.

Gotowe zestawy pozwalają na wykonanie procedury, otwierając tylko jedno sterylne opakowanie, co znacznie zmniejsza ilość odpadów, np. zewnętrznych opakowań po sterylnych gazikach, narzędziach, rękawiczkach, strzykawkach itp. Zestawy są skompletowane optymalnie do danej procedury, co powoduje, że każdą tego typu interwencję wykonuje się przy użyciu takiej samej ilości sprzętu i materiału opatrunkowego. W praktyce, kiedy samodzielnie kompletujemy zestaw, mamy często skłonność do otwierania większej ilości np. materiału opatrunkowego (gazików, wacików) na zapas, na wszelki wypadek, aby nie zabrakło.

Procedura wykonana przy pomocy gotowego zestawu łatwo ulega standaryzacji, jest **bardzo prosta w monitorowaniu** zużycia materiałów, a tym samym w **liczeniu kosztów**.

Bardzo łatwe jest porządkowanie po wykonanym zabiegu. Wszystko, co zostało użyte, stanowi jeden odpad medyczny. W związku z tym, że wszystko w zestawie jest jednorazowego użytku, cały materiał jest kierowany do odpadów, bez potrzeby segregacji.

Bardzo proste i dokładne jest dokumentowanie wykonanej procedury, dzięki dołączonym do zestawów samoprzylepnym etykietom.

Używanie jednorazowych narzędzi w zestawie przynosi oszczędności wynikające z braku konieczności sterylizacji narzędzi. Proces sterylizacji to dodatkowe koszty: wody, energii elektrycznej, preparatów dezynfekcyjnych, opakowań sterylizacyjnych, testów procesu sterylizacji, jak również nakładu pracy ludzkiej.

Jedną z najważniejszych zalet gotowych zestawów jest eliminowanie zdarzeń niepożądanych, np. **zapobieganie zakażeniom**. Wracając do jakości usług medycznych, wdrożenie programu zapobiegania zakażeniom szpital-

nym oraz systemowe działania w zakresie zapobiegania błędom w procedurach medycznych jest bardzo istotne dla zapewnienia wysokiej jakości. Zmniejszenie ilości zakażeń jest obiektywnym wskaźnikiem jakości usług medycznych, a każde zakażenie, do którego doszło, a którego można było uniknąć, jest porażką placówki udzielającej świadczenia zdrowotnego. Gotowe zestawy dostosowane do konkretnego zabiegu czy procedury są doskonałym narzędziem do zapobiegania takiej porażce. Gotowe zestawy zabiegowe są gwarancją jałowości użytego sprzętu i materiałów użytych do wykonania procedury. Przenosi to odpowiedzialność za jałowość, a tym samym za jakość wyrobu medycznego na jego wytwórcę.

Niewątpliwie zastosowanie w praktyce medycznej gotowych zestawów i pakietów zabiegowych usprawnia pracę, daje satysfakcję pracownikom medycznym, obniża koszty, a także prowadzi do zadowolenia pacjentów. Natomiast lepsza jakość opieki medycznej prowadzi do wzrostu konkurencyjności placówki medycznej na rynku. •

Literatura

- Ciuruś M., Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
- Dykowska G., Opolski J., Jakość świadczeń zdrowotnych, pakiet samokształceniowy, Warszawa 2001.
- Heczko P.B., Wójkowska-Mach J. (red.), Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń, PZWL, Warszawa 2009.
- Hołub J., Strategia konkurencji jakości na rynku usług medycznych [W:] Nogalski B., Rybicki J. (red.), Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, Dom Organizatora, Toruń 2002.
- Lenartowicz H., Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie, CEM, Warszawa 1998.
- Maciąg A., Kruszewski K., Topczewska-Tylińska K., Michałak J., Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych, Alfa-medica Pres, Bielsko-Biała 2007.
- Piątek A., Doskonalenie jakości opieki pielęgniarstwie [W:] Ksykiwicz-Dorota A. (red.), Podstawy organizacji opieki pielęgniarstwie, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

NOWE MIEJSCE IMPULS DO ZMIAN

Emilia Zawadzka

magister pielęgniarstwa ze specjalizacją pielęgniarstwa epidemiologicznego
Rejonowy Szpital Specjalistyczny im. dra Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Monika Cerkaska

Redakcja Mato News

Angielskie słowo „end” oznacza nie tylko koniec, lecz także cel. Po polsku „koniec” rzadziej oznacza cel, a częściej może kojarzyć się z zamknięciem pewnego etapu i rozpoczęciem nowego, innego od aktualnej rzeczywistości. Myśląc wprost – koniec oznacza nowy początek, czyli zmianę.

Zmiana najczęściej wiąże się z obawami i przejściowymi trudnościami, na które człowiek nie zawsze jest gotowy. Konieczność wyjścia z bezpiecznej, oswajonej strefy zawsze budzi lęk przed tym, co nastąpi.

Jeżeli postępowanie jest zapisane w procedurze medycznej, zmiana tego działania wydaje się być bardzo trudna i nieuzasadniona, bo dotychczasowe wykonywanie procedur było skuteczne i od wielu lat niezmiennie. Często jednak bywa tak, że zmiana pociąga za sobą wiele pozytywnych następstw, a tym samym – modyfikacji stabilnej dotychczas rzeczywistości w bardzo korzystny sposób.

O skutkach zmian związanych z wprowadzeniem gotowych pakietów do gabinetów zabiegowych oraz korzyściach z tego wynikających rozmawiają: **Emilia Zawadzka** – magister pielęgniarstwa ze specjalizacją pielęgniar-

stwa epidemiologicznego z Rejonowego Szpitala Specjalistycznego im. dra Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Monika Cerkaska – Redakcja Mato News

Monika Cerkaska: Dlaczego zdecydowała się Pani na pracę z pakietami zabiegowymi? Czy tylko ze względu na odciążenie Centralnej Sterylizatorni?

Emilia Zawadzka: Od momentu, kiedy Centralna Sterylizatornia (CS) zaczęła obsługiwać 11 sal operacyjnych, zdecydowaliśmy się na wykorzystanie jej tylko w zakresie sterylizacji narzędzi instrumentarium. Odciążając pracę CS, zrezygnowaliśmy z pakietowania materiałów opatrunkowych wewnątrz szpitala i w całości przeszliśmy na jałowe pakiety zabiegowe i operacyjne. Mam tu na myśli gotowe jałowe wyroby, zawierające w jednym opako-





„Stosowanie jednego pakietu przeznaczonego specjalnie do danej procedury zabiegowej eliminuje ryzyko popełnienia błędu i tym samym minimalizuje ryzyko powikłań”

waniu zarówno materiał opatrunkowy, obłożenie pola operacyjnego oraz inne elementy potrzebne do wykonania konkretnej procedury. Dzięki temu odpowiedzialność za jałowość materiału spoczywa na producencie, a CS koncentruje się na przygotowaniu sterylnych narzędzi chirurgicznych.

Dzięki takiej decyzji duże odciążenie odczuły również pielęgniarki, których dotychczasowym obowiązkiem było pakietowanie materiału opatrunkowego. Nie tylko zwiększyło nam to komfort pracy, ale przede wszystkim zagwarantowało bezpieczeństwo nasze i pacjentów. Stosowanie jednego pakietu przeznaczonego specjalnie do danej procedury zabiegowej eliminuje ry-

zyko popełnienia błędu i tym samym minimalizuje ryzyko powikłań. Dodatkowo, czas przygotowania do zabiegu wszystkich potrzebnych materiałów jest dużo krótszy, co jest szczególnie ważne w sytuacjach ratujących życie.

M.C.: Z jaką reakcją ze strony lekarzy i pielęgniarek, czyli bezpośrednich użytkowników setów, spotkała się Pani przy przejściu na gotowe pakiety?

E.Z.: Każda zmiana czy wprowadzenie nowego rozwiązania wywołuje pewien niepokój wśród osób, których to bezpośrednio dotyczy. Tak też było i w naszym przypadku. Zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek pojawiały się oba-

wy, które szybko zniknęły po rozpoczęciu pracy z pakietami. Wszyscy odczyliśmy poprawę warunków pracy i dzisiaj nie wyobrażamy sobie powrotu do stanu poprzedniego. Dużo łatwiej i bezpieczniej jest otworzyć jeden pakiet niż kilka opakowań poszczególnych wyrobów jałowych. Przy otwieraniu jednego pakietu zmniejszamy możliwość kontaminacji wyrobów oraz pacjentów drobnoustrojami chorobotwórczymi. W procedurach obarczonych dużym ryzykiem powikłań eliminacja błędów oznacza bezpieczeństwo pacjenta, a to dla nas rzecz najważniejsza.

M.C.: Jakie elementy pakietu są dla Pani najistotniejsze?

E.Z.: Przede wszystkim skład pakietu powinien być kompletny, ale nie przesadzony. Niewykorzystane elementy stanowiłyby odpad, za który nie stety trzeba byłoby zapłacić. Dlatego najistotniejsze są elementy bazy, do których w razie potrzeby można dobrać jałowy materiał uzupełniający. W sytuacjach nagłych, gdy występuje presja czasu, ważne jest, aby w zestawie było wszystko, co jest niezbędne do przeprowadzenia procedury.

Ważnym atutem wyrobu w postaci pakietu jest fakt, że kolejność ułożenia poszczególnych elementów może wymuszać wykonanie poszczególnych czynności, np. najpierw zabezpieczamy stół zabiegowy, dezynfekujemy miejsce wykonania zabiegu na ciele pacjenta i zabezpieczamy je w odpowiedni sposób. To są czynności, które zawsze następują po sobie, a kolejność, w jakiej występują, ma duży wpływ na bezpieczeństwo całej procedury.

M.C.: A co z nawykami ludzkimi? Czy nie wywołują oporu przed użyciem wyrobów medycznych w takiej postaci?

E.Z.: Procedura powinna być wykonana w sposób bezpieczny i nawyki nie powinny być inne niż takie, które to bezpieczeństwo zapewniają. Nie widzę tutaj żadnego konfliktu interesów.

Mówiąc o bezpieczeństwie trzeba również myśleć o bezpieczeństwie prawnym w sytuacji, gdy pacjent może wysuwać roszczenia wobec szpitala, np. w przypadku incydentów medycznych. Świadomość pacjentów jest coraz większa, sprawy pomiędzy pacjentem a szpitalem szybko stają się wydarzeniami medialnymi, a każdy wygrany przez pacjenta proces generuje kolejne roszczenia. Dlatego tak istotne jest, aby posiadać dowody na to, że wszelkie procedury w procesie leczenia pacjenta były realizowane w bezpieczny sposób. Tutaj dowodem jest dokumentacja medyczna, której prowadzenie doskonale usprawniają etykiety typu TAG, czyli elementy, które można wkleić do historii choroby pacjenta i dokumentacji bloku operacyjnego.

M.C.: Na jakie argumenty, Pani zdaniem, kładą nacisk osoby zarządzające szpitalem?

E.Z.: Na pewno na bezpieczeństwo epidemiologiczne oraz koszty. Przy redukcji kosztów bardzo ważna jest oczywiście cena pakietu, ale dla dyrektora/managera niezwykle istotna jest też przejrzystość kosztów. Cena gotowego pakietu równa się realnemu kosztowi dla oddziału za wykonaną procedurę. Mówimy o prostym

przełożeniu: ilość pakietów równa się ilości wykonanych zabiegów. W takiej sytuacji eliminujemy tzw. koszty ukryte oraz ograniczamy możliwość manipulacji kosztami poszczególnych procedur.

M.C.: Aspekt ekonomiczny to bardzo silny argument. A co z ergonomią pracy na oddziale? Zmienia się?

E.Z.: Oczywiście. To bardzo mocno

odczuwalna ulga dla pracy personelu. Obciążenie pracą pielęgniarską jest bardzo duże, a w sytuacji, kiedy korzystamy z gotowych pakietów, całość energii skupiona jest na pacjencie.

Ponadto, wykorzystanie pakietów usprawnia działania logistyczne wewnątrz szpitala. Wyroby transportowane są łatwiej i bezpieczniej.

M.C.: Dziękuję bardzo za rozmowę

Rejonowy Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu dysponuje 40 oddziałami, w których znajduje się 1 050 łóżek oraz 53 poradni specjalistycznych. Nowoczesny blok operacyjny posiada 11 sal operacyjnych obsługiwanych przez Centralną Sterylizatornię (CS). Ze względu na duże obciążenie funkcjonowania CS szpital całkowicie zmienił podejście do zarządzania zakupami wyrobów narzecząc się o wykorzystanie gotowych, jałowych pakietów zabiegowych i operacyjnych oraz przejście z wyrobów wielorazowych na wyroby jednorazowego użytku.

W ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego szpital pozyskał także dofinansowanie na zakup nowoczesnych karetek pogotowia wraz z wyposażeniem, budowę jednego z najnowocześniejszych w Polsce ładowisk dla śmigłowców oraz szeroką gamę sprzętu medycznego, który znalazł zastosowanie w leczeniu pacjentów w nowej lecznicy.

Sylvia Dąbrowska

Zastępca Kierownika Bloku Operacyjnego d/s pielęgniarstwa

Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Kopernika w Łodzi

Monika Cerkaska

Redakcja Mato News

Na temat wykorzystania dużych zestawów operacyjnych na bloku operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.

Mikołaja Kopernika w Łodzi rozmawiają:

Sylvia Dąbrowska – Oddziałowa Bloku Operacyjnego,

Monika Cerkaska – Redakcja Mato News

Monika Cerkaska: Co skłoniło Państwa do rozpoczęcia pracy z pakietami zabiegowymi?

Sylvia Dąbrowska: Decyzja o wprowadzeniu do standardu bloku opera-

cyjnego pakietów zabiegowych szczęśliwie zbiegła się z remontem bloku operacyjnego. Poprzednio, tzn. przed remontem, w obrębie bloku operacyjnego mieliśmy sterylizację, w której oprócz wykonywania bieżącej pracy pod potrzeby bloku, odbywało się również składanie z wyrobów niejałowych poszczególnych pakietów (rodzaj pakieciarń), które w kolejnym etapie były sterylizowane. Po remoncie bloku sterylizacja została zlikwidowana i dzisiaj szpital dysponuje tylko punktem zwalczająco-odbiorczym zajmującym się logistyką, głównie narzędzi i bielizny szpitalnej. Dzięki takim decyzjom w jednym

momencie przeszliśmy na stosowanie wyrobów jednorazowego użytku, np. obłóżek pola operacyjnego, fartuchów oraz pakietów i zestawów operacyjnych.

Remont bloku zmniejszył również wielkość powierzchni magazynowej, jaką dysponujemy. W związku z tym

nie możemy sobie pozwolić na utrzymywanie zbyt dużego zapasu wyrobów niejadalnych, które zawsze zajmowały nam sporo powierzchni. W dzisiejszych czasach wykorzystujemy bardzo dużą ilość implantów i to głównie one zajmują miejsce w magazynku bezpośrednio przy sali operacyj-

nej. Materiały opatrunkowe magazynowane są poza salą operacyjną, dlatego łatwiej i bezpieczniej jest wtedy korzystać z pakietu. Takie rozwiązanie organizacyjne jest bardzo uzasadnione. Kosztem powierzchni magazynowej zwiększa się powierzchnia dla pacjenta. A za pacjentem idą pieniądze.

„Jeden ruch wystarczający do otwarcia zestawu, jeden pakiet przeznaczony do danej procedury i jedna etykieta umożliwiająca przeniesienie informacji do dokumentacji bardzo ograniczają czas przygotowania do zabiegu. Dzięki temu personel może skoncentrować się na pracy przy pacjencie.”

M.C.: Wspomniała Pani o bezpieczeństwie. To chyba jeden z ważniejszych powodów dla szpitala, dla którego zdecydowaliście się Państwo na pracę z gotowym wyrobem?

S.D.: Oczywiście, i to dla szpitala w ujęciu całościowym. To bardzo silny argument dla dyrektora – bo odpowiedzialność za jałowość spoczywa na producencie – oraz dla całego sztabu epidemiologicznego – bo stosowanie pakietów wpływa na zmniejszenie ilości zakażeń szpitalnych. Jest to również bardzo istotne dla nas jako personelu medycznego. Bezpieczniej jest otworzyć jednego pakietu, niż otwieranie poszczególnych opakowań z wyrobami niezbędnymi do wykonania ca-



łej procedury. Bardzo bezpiecznym elementem jest samoprzylepna część etykiety. Aby wyeliminować błąd, który można popełnić w trakcie przepisania danych do dokumentacji, przenoszony jest tylko odcinek z indeksem i terminem ważności. Indeks w pełni identyfikuje zawartość pakietu i nie potrzeba bardziej szczegółowych danych. Przy dużej ilości wykorzystywanego materiału i jednocześnie ograniczonej ilości miejsca, w dokumentacji wielkość etykiety jest odpowiednia.

Kolejną zaletą stosowania pakietów jest podniesienie komfortu pracy. Jeden ruch wystarczający do otwarcia zestawu, jeden pakiet przeznaczony do danej procedury i jedna etykieta umożliwiająca przeniesienie informacji do dokumentacji bardzo skracają czas przygotowania do zabiegu. Dzięki temu personel może skoncentrować się na pracy przy pacjencie. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, kiedy np. na dyżurach funkcjonują trzy sale operacyjne, a obsługa pielęgniarska starcza tylko na zabezpieczenie pracy na salach. Korzystanie z gotowych wyrobów umożliwia sprawną pracę całej dyżurującej części bloku. Oczywiście komfort związany z wykorzystaniem pakietów odczuwamy nie tylko w sytuacjach wyjątkowych, ale również w naszej codziennej pracy. Ograniczamy do minimum czas trwania całego zabiegu, co oznacza konkretne oszczędności, czyli: mniejsze zużycie energii, klimatyzatorów, krótszy czas znieczulenia pacjenta, krótsza praca lekarza chirurga, anestezjologa i pielęgniarek. Minimalizacja okresu przygotowania do zabiegu w połączeniu ze sprawną pracą zespołu powoduje, że wykonanie danej procedury jest krótsze i tańsze.

M.C.: O kosztach jeszcze porozmawiamy, ale nasuwa się jeszcze jedno pytanie. Czy dobrze rozumiem, że praca z pakietami zwiększa wydajność na bloku operacyjnym?

S.D.: Z całą pewnością tak. Oprócz wspomnianych pakietów przyczynia się również do tego wysoka jakość środków do dezynfekcji, które pozwalają na bardzo szybką rotację pacjen-

tów na sali operacyjnej. Na przykładzie naszego szpitala mogą powiedzieć, że do niedawna w ciągu dnia wykonywaliśmy 4 zabiegi na jednej sali operacyjnej, np. zabiegi strumektomii. Dziś wykonujemy 5 i jeszcze mamy zapas czasowy. Świadczy to właśnie o sprawności i zgraniu zespołu oraz o krótszym czasie przygotowania do zabiegu. Najbardziej widać to, kiedy analizujemy wydajność bloku w skali miesiąca czy roku.

M.C.: Nasuwa mi się jeszcze pytanie dotyczące odpadów. Czy możemy założyć, że ilość odpadów jest mniejsza?

S.D.: Zależy w jakim ujęciu na to spojrzeć. Generalnie ilość odpadów medycznych schodzących z bloku operacyjnego wzrasta. Tak się dzieje we wszystkich placówkach korzystających z wyrobów jednorazowego użytku, ponieważ to są jednorazowe obłożenia pola operacyjnego oraz urządzeń medycznych, fartuchy itp. Natomiast ilość odpadów, czyli w tym przypadku opakowań poszczególnych wyrobów wykorzystywanych w trakcie zabiegu, na pewno spada i ogranicza się do kilku, a nie jak kiedyś - kilkunastu czy nawet kilkudziesięciu.

M.C.: To jak zmieniają się koszty wykonania danej procedury przy zastosowaniu pakietów?

S.D.: Nie mam wątpliwości, że jest to bardziej opłacalna dla szpitala wersja, bo mamy gotowy, dogodny dla nas pakiet, wysterylizowany i dostarczony. Pakietowanie elementów wewnątrz szpitala w naszych realiach wiązałoby się z dodatkowym etatem, a to oznacza wzrost kosztów wykonania procedury. Najlepszym i najbardziej zaawansowanym rozwiązaniem są pakiety dedykowane pod daną procedurę medyczną. Ogranicza to nam nie tylko ilość otwieranych materiałów opatrunkowych, ale także w takich pakietach mieści się obłożenie pola operacyjnego, zabezpieczenie stolika Mayo, pokrowce na sprzęt, kable, organizery do wykorzystywanego w trakcie zabiegu sprzętu – bardzo przydatna i porządkująca pracę forma podania, czyli całość materiału jałowego. W takiej sytuacji koszt przypadający na daną procedurę jest policzalny i bardzo czytelny. Ilość wykonanych procedur równa jest ilości zużytych pakietów.














M.C.: Bardzo dziękuję za rozmowę.

Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Kopernika w Łodzi w swojej rozbudowanej strukturze posiada Szpital Specjalistyczny, Regionalny Ośrodek Onkologii, Ośrodek Pediatriczny im. dra J. Korczaka, Zespół Przychodni i Poradni Specjalistycznych oraz Dział Diagnostyczny.

Do najważniejszych sukcesów szpitala można zaliczyć powstanie Ośrodka Przeszczepów Szpiku prowadzonego przez wyspecjalizowany zespół doświadczonych pracowników naukowych i technicznych oraz utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zintegrowanego z łódziskim dla helikopterów tworzącym z nim funkcjonalną całość gwarantującą błyskawiczną akcję ratunkową w przypadkach zagrożeń zdrowia i życia. Ważnym osiągnięciem była również modernizacja Regionalnego Ośrodka Onkologicznego.

Obecnie szpital umożliwia kompleksową diagnostykę i leczenie na najwyższym, światowym poziomie, stwarzając tym samym znacznie szybsze możliwości powrotu pacjentów do zdrowia

Na terenie Szpitala działa również 12 stowarzyszeń i fundacji wspierających chorych m.in. na raka, białaczkę, hemofilię, choroby reumatyczne, po przeszczepie serc i wiele innych.

| | | ZESTAWY PROCEDURALNE | | | | | |
|----------------|---|----------------------|---------------------|--|---|-------------------------------------|----------------------|
| | | OPATRUNKOWY | ZMIANA OPATRUNKU | USUWANIE/ ZAKŁADANIE SZWÓW/ STAPLERÓW | PODŁĄCZENIE KROPKÓWKI, ZAKŁADANIE WENFLONU | DEZYNFEKCJA POLA OPERACYJNEGO | WKŁUCIE CENTRALNE |
| STRONA | | 27 | 27-28 | 28-29 | 30 | 30 | 31 |
| SPECJALIZACJE |  MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| |  CHIRURGIA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| |  ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| |  GINEKOLOGIA/PORODÓWKA | | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| |  UROLOGIA | | | | | | |
| |  ANESTEZJOLOGIA | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ ⁺ |
| |  HEMATOLOGIA | | | | | | ✓ |
| LOKALIZACJE |  ODDZIAŁY SZPITALNE | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| |  PRACOWNIE SPECJALISTYCZNE | | | | | | |
| |  GABINETY ZABIEGOWE | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| |  OIOM | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| |  DIALIZY | | | | | | |
| POZA SZPITALEM |  OPIEKA ŚRODOWISKOWA, DŁUGOTERMINOWA, PALIATYWNA | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| |  STACJA DIALIZ | | | | | | |

| | | | ZESTAWY OPERACYJNE | | | | | | |
|----------------------|--------------|---------|------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|--------------|-------------|--------------------------------|
| WKŁUCIE LEDZWIOWE | CEWNIKOWANIE | DIALIZA | PORÓD FIZJOLOGICZNY | CESARSKIE CIĘCIE | ARTROSKOPIA KOLANA | ANGIOGRAFIA | LAPAROSKOPIA | LAPAROTOMIA | UROLOGICZNO- GINEKOLOGICZNY |
| 31 | 32-33 | 33 | 37 | 37 | 38 | 38 | 39 | 39 | 40 |
| | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| ✓ | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | |
| ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | | |
| ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| ✓ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | ✓ | | | | | | | | |
| | | | | | | ✓ | | | |
| | | | | | | | | | |
| ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| | | ✓ | | | | | | | |
| | ✓ | | | | | | | | |
| | | ✓ | | | | | | | |

NAJWAŻNIEJSZE KORZYŚCI

wynikające z zastosowania zestawów

USPRAWNIAJĄCE PRACĘ

- **skrócenie czasu przygotowania i wykonania procedury:** zestaw zawiera wszystkie niezbędne elementy do przeprowadzenia danej procedury
- **podwyższenie komfortu pracy:** zestaw zawiera wszystkie potrzebne materiały w bezpiecznym opakowaniu, a twardy blister pełni dodatkowo funkcję jednorazowego pojemnika
- **szybkie i łatwe przygotowanie dokumentacji medycznej** dzięki wygodnym etykietom TAG
- **ekonomiczne i bezpieczne przechowywanie** potrzebnych materiałów

EPIDEMIOLOGICZNE

- **zmniejszenie ryzyka zakażeń i powikłań** po zabiegu
- **wzrost bezpieczeństwa personelu, pacjenta i szpitala** dzięki gwa-

rantowanej sterylności poszczególnych materiałów w secie

- **standaryzacja procedur** – zawartość zestawu i sposób ułożenia poszczególnych wyrobów sprzyja standaryzacji danej procedury

EKONOMICZNE

- **obniżenie kosztów** wynikające z braku konieczności zakupu poszczególnych materiałów opatrunkowych, tworzenia pakietów wewnątrz szpitala, sterylizacji, zużycia opakowań pośrednich i magazynowania
- **łatwiejsze monitorowanie kosztów** danej procedury dzięki sprawnemu obliczaniu ilości zużytych materiałów i eliminacji kosztów ukrytych
- **mniej ilość odpadów**
- **zmniejszenie ilości zużytych materiałów** dzięki zawartości zestawu dostosowanej do danej procedury

- **ekonomiczne i bezpieczne przechowywanie** – zestaw zachowuje gotowość do użycia przez okres do 5 lat

PRAWNE

- odpowiedzialność za **jałowość produktów w zestawie** spoczywa na ich producencie

RYNKOWE

- podniesienie **jakości usług medycznych** w szpitalu
- **wzrost satysfakcji pacjentów** – poczucie bezpieczeństwa i indywidualnego traktowania
- **wzrost konkurencyjności szpitala**
- **budowanie pozytywnego wizerunku szpitala** - szpital postrzegany przez pacjentów jako ośrodek nowoczesny, o wysokich standardach pracy

Matoset

razem tworzymy wartość



NAJWAŻNIEJSZE CECHY ZESTAWÓW PROCEDURALNYCH MATOSET

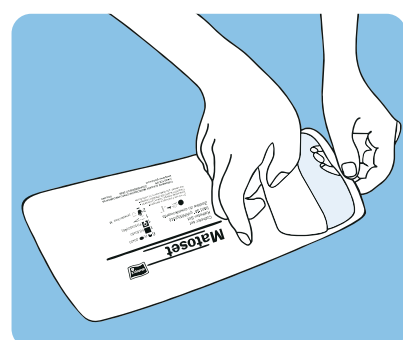
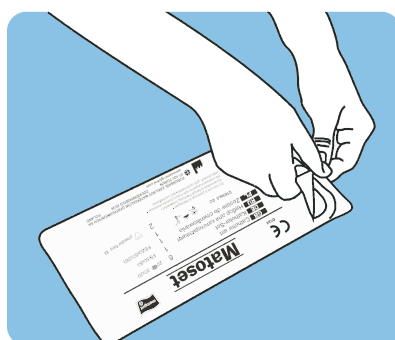
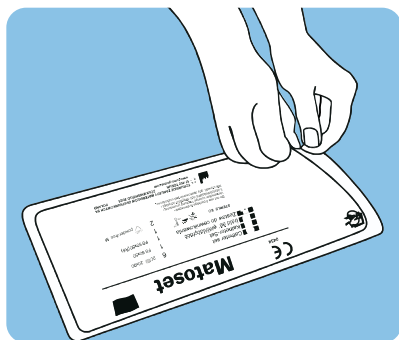


TWARDY BLISTER TO WIĘCEJ NIŻ OPAKOWANIE

Twardy blister pełni rolę zarówno bezpiecznego opakowania zestawu, jak również:

- a) **jednorazowego pojemnika** – może pomieścić nawet trzy różne płyny,
- b) **porządkową** – separuje poszczególne elementy zestawu,
- c) **segregacyjną** – oddziela materiał czysty od brudnego, który powstał w trakcie procedury.

PRAWIDŁOWY SPOSÓB OTWIERANIA BLISTRA:



KROK 1 – rozwarstwić opakowanie w miejscu wytłoczenia w jednym narożniku

KROK 2 – rozwarstwić opakowanie w miejscu wytłoczenia w drugim narożniku

KROK 3 – chwycić papier pośrodku jego szerokości i płynnym ruchem otworzyć zestaw

NAJWAŻNIEJSZE CECHY TWARDEGO BLISTRA:

- zaokrąglone naroża
- minimalizacja ryzyka zranienia się
- minimalizacja ryzyka uszkodzenia opakowania ostrym narożnikiem podczas transportu i przechowywania
- wytłoczenie w narożniku opakowania
- łatwa i szybka identyfikacja miejsca otwarcia zestawu
- łatwiejsze rozdzielenie warstw opakowania
- szerokość i siła zgrzewu zgodna z obowiązującą normą nr PN – EN 868
- gwarancja zachowania jałowości przez cały okres przechowywania
- eliminacja ryzyka przypadkowego otwarcia

TAG TO WIĘCEJ NIŻ ETYKIETA

Samoprzylepne odcinki będące integralną częścią etykiety to:

- **bezpieczna informacja** – gwarantuje bezbłędne wprowadzenie danych o wyrobie do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji pacjenta,
- **szybki sposób przeniesienia danych** – eliminuje konieczność przepisywania danych z etykiety,
- **komfort pracy** – skraca czas przygotowania dokumentacji medycznej.



Fot. 1 Otwarcie gotowego pakietu
Fot. 2 Przygotowanie do zabiegu
Fot. 3 Część główna – zdjęcie szwów
Fot. 4 Zakończenie procedury

PROCEDURA ZABIEGOWA na przykładzie procedury usunięcia szwów

Praca w gabinecie zabiegowym jest obarczona wysokim poziomem ryzyka powstania zakażeń, do których może dochodzić różnymi drogami. Jedną z nich mogą być skażone drobnoustrojami narzędzia, sprzęt i powierzchnie wykorzystywane w trakcie przeprowadzania procedury. Zagrożenie w sposób szczególny może dotyczyć sprzętu, który wnika do jałowych przestrzeni ciała. Aby zapobiec rozprzestrzenianiu się zakażeń, należy zadbać o to, by używane narzędzia były sterylne. Dotyczy to wszystkich narzędzi wykorzystywanych do zabiegów związanych z naruszeniem ciągłości tkanek bądź wymagających kontaktu z błoną śluzową lub uszkodzoną skórą. Zalicza się do nich m.in. zmianę opatrunku czy zdejmowanie lub zakładanie szwów. W sytuacji, kiedy do zabiegu używane są narzędzia wielokrotnego użytku, jesteśmy zmuszeni do przeprowadzenia procesu kosztownej sterylizacji w celu przygotowania ich do ponownego użycia.

Innego rodzaju problemem jest bezpieczne gromadzenie zakażonych odpadów powstających podczas zabiegu. Ze względów epidemiologicznych jesteśmy zmuszeni do przechowywania ich w specjalnie wyznaczonych pojemnikach,

zgodnie z zasadami przyjętymi dla tego rodzaju materiałów. Szczególnie należy mieć na uwadze narzędzia ostre.

Dużym ułatwieniem w pracy przy prostych procedurach zabiegowych jest wykorzystanie gotowych pakietów dedykowanych do wykonania konkretnej procedury medycznej. Zawartość pakietów i forma, w jakiej zostały przygotowane, umożliwia sprawne przeprowadzenie zabiegu w dowolnej chwili, z zachowaniem wszystkich reżimów bezpieczeństwa odnoszących się zarówno do samego zabiegu, jak również do bezpiecznego przechowywania materiału skażonego powstającego podczas wykonywania procedury.

Zaletą setów jest bezpieczny sposób przechowywania wszystkich potrzebnych materiałów i ich gotowość do wykorzystania w dowolnym momencie.

Na zdjęciach obok przedstawiamy przykładową procedurę usunięcia szwów przy użyciu pakietu zabiegowego.

Metalowe narzędzia jednorazowego użytku należą do odpadów niebezpiecznych o ostrych końcach i krawędziach, które zbiera się do wytrzymałych pojemników, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych z możliwością jednokrotnego zamknięcia. •

ZESTAW OPATRUNKOWY



- **zestaw uniwersalny** – przydatny przy wielu procedurach zabiegowych
- **dwie komory blistra:**
 - łatwa separacja materiału czystego od brudnego
 - jedna z komór idealna jako pojemnik na płyny

MA-991-ZAB2-002

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 2 komory

SKŁAD ZESTAWU:

- 6 x tupfer kula 20x20cm
- 1 x pęseta plastikowa



ZESTAW DO ZMIANY OPATRUNKU



- **różne kolory pęset** – bezpieczne wykonanie procedury:
 - jeden kolor – czysta część zabiegu
 - drugi kolor – brudna część zabiegu
- **trzy komory blistra** – łatwa segregacja materiału użytego w trakcie procedury

MA-991-ZAB2-001

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 3 komory

SKŁAD ZESTAWU:

- 2 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 6 x tupfer kula 20x20cm
- 2 x pęseta plastikowa



WZBOGAŃCONY ZESTAW DO ZMIANY OPATRUNKU



MA-991-ZBB2-002

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 3 komory

- jałowe rękawiczki do bezpiecznego wykonania procedury
- ostrze do chirurgicznego opracowania rany
- worek na zakażony odpad medyczny

SKŁAD ZESTAWU:

- 2 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 6 x tupfer kula 20x20cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M
- 2 x pęseta plastikowa
- 1 x ostrze chirurgiczne nr 11
- 1 x worek foliowy na odpady

ZESTAW DO USUWANIA SZWÓW



MA-991-ZBB2-003

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 3 komory

- trzy komory – zabezpieczenie przed przemieszczeniem się zawartości zestawu
- praktyczny nożyk typu Stitch Cutter – bezpieczne i łatwe przecinanie szwów
- jałowe rękawiczki lateksowe – kompletny zestaw do wykonania procedury

SKŁAD ZESTAWU:

- 6 x tupfer kula 20x20cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M
- 1 x pęseta plastikowa
- 1 x nożyk typu Stitch Cutter

WZBOGACONY ZESTAW DO USUWANIA SZWÓW



MA-991-ZBB2-009

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 2 komory

- metalowa pęseta – precyzyjny chwyt szwów
- metalowe nożyczki ostro-ostre – precyzyjne przecięcie szwów
- kolejność ułożenia elementów – bezpieczne i łatwe wykonanie procedury

SKŁAD ZESTAWU:

- 6 x tufier kula 20x20cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M
- 1 x pęseta metalowa
- 1 x nożyczki metalowe ostro-ostre

ZESTAW DO USUWANIA STAPLERÓW



MA-991-ZBB2-013

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 1 komora

- nitrylowe, bezpudrowe rękawiczki – szczególnie polecane dla osób wrażliwych na lateks lub środek pudrujący
- narzędzie do usuwania staplerów – gwarancja bezpiecznego i szybkiego usunięcia staplerów, jednorazowego użytku

SKŁAD ZESTAWU:

- 4 x kompres z gazy 7,5x7,5cm
- 1 x narzędzie do usuwania staplerów
- 2 x rękawica nitrylowa bezpudrowa M

ZESTAW DO ZAKŁADANIA SZWÓW



MA-991-ZBB2-011

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 2 komory

- szczególny sposób ułożenia elementów w blisterze:
 - tufery i pęseta do dezynfekcji rany ułożone na wierzchu zestawu
 - elementy przeznaczone do wykonania czystej części procedury dodatkowo zabezpieczone jałową serwetą
- wydzielona komora do środka dezynfekcyjnego
- metalowe narzędzia jednorazowego użytku – precyzyjne założenie szwów

SKŁAD ZESTAWU:

- 5 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 3 x tufier kula 20x20cm
- 1 x serwetka podfoliowana 75x45cm
- 1 x serwetka podfoliowana z otworem i przylepcem 60x50cm
- 1 x imadło metalowe
- 1 x pęseta metalowa chirurgiczna
- 1 x pęseta plastikowa
- 1 x nożyczki metalowe ostro-ostre





ZESTAW DO PODŁĄCZENIA KROPLÓWKI



- przezroczysty opatrunek do zabezpieczenia kaniuli – możliwość obserwacji miejsca wkłucia
- w zestawie przyrząd do przetaczania płynów infuzyjnych
- kompletny skład zestawu – możliwość przeprowadzenia procedury nawet w warunkach pozaszpitalnych

MA-991-ZBS2-001

- rodzaj opakowania: miękki blister, 1 komora

SKŁAD ZESTAWU:

- 4 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M
- 1 x foliowo-włókninowy opatrunek do mocowania kaniuli 8x5,8cm
- 1 x przyrząd do przetaczania płynów



ZESTAW DO ZAKŁADANIA WENFLONU



- dwukomorowy blister pełni funkcję segregacyjną
- nitrylowe, bezpudrowe rękawiczki – szczególnie polecane dla osób wrażliwych na lateks lub środek pudrujący
- kaniula na foliowym nośniku umożliwia obserwację miejsca wkłucia

MA-991-ZBB2-014

- rodzaj opakowania: twardy blister, 2-komorowy

SKŁAD ZESTAWU:

- 1 x serwetka podfoliowana 45x45cm
- 2 x rękawica nitrylowa bezpudrowa M
- 5 x kompres z gazy 7,5x7,5cm
- 1 x opatrunek foliowo-włókninowy do mocowania kaniuli 8x5,8cm
- 1 x staza



ZESTAW DO DEZYNFEKЦИИ POLA OPERACYJNEGO



- głęboka komora blistra – pojemnik na płyn dezynfekcyjny
- długi korcang – bezpieczne wykonanie procedury

MA-991-ZBB2-001

- rodzaj opakowania: twardy blister, 1 komora

SKŁAD ZESTAWU:

- 5 x tupfer kula 20x20cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa L
- 1 x korcang plastikowy

ZESTAW DO WKŁUCIA CENTRALNEGO



- tufery i pęseta do dezynfekcji miejsca wkłucia
- wydzielona komora do środka dezynfekcyjnego
- elementy przeznaczone do wykonania czystej części procedury dodatkowo zabezpieczone jałową serwetą
- metalowe imadło – precyzyjny i pewny chwyt

MA-991-ZBB2-010

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 2 komory

SKŁAD ZESTAWU:

- 1 x serwetka podfoliowana 75x45cm
- 1 x serwetka podfoliowana z otworem i przylepcem 45x75cm
- 10 x tufier kula 20x20cm
- 10 x kompres z gazy 7,5x7,5cm
- 1 x ostrze chirurgiczne nr 11
- 1 x pęseta plastikowa
- 1 x strzykawka 20ml
- 1 x strzykawka 10ml
- 1 x imadło metalowe
- 1 x igła 0,8x40mm
- 1 x igła 1,2x40mm

ZESTAW DO WKŁUCIA ŁĘDŹWIOWEGO



- barierowa serwetka z przylepcem wokół otworu – zabezpieczenie miejsca wkłucia
- wyspowy, elastyczny opatrunek:
– jałowe zabezpieczenie miejsca wkłucia
– minimalizacja ryzyka odklejenia

MA-991-ZBB2-008

- rodzaj opakowania:
twardy blister, 3 komory

SKŁAD ZESTAWU:

- 1 x serwetka podfoliowana 75x45cm
- 1 x serwetka z podfoliowana z otworem i przylepcem 60x50cm
- 1 x igła 1,2x40mm
- 1 x igła 0,5x25mm
- 1 x strzykawka 5ml
- 1 x strzykawka 3ml
- 10 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 1 x samoprzylepny opatrunek włókninowy
- 1 x pęseta plastikowa



ZESTAW DO CEWNIKOWANIA



MA-991-ZAB2-003

- **rodzaj opakowania:**
twardy blister, 2 komory

SKŁAD ZESTAWU:

- 6 x tupfer kula 20x20cm
- 1 x serwetka podfoliowana 50x60cm
- 1 x serwetka podfoliowana z otworem i rozcięciem 50x60cm
- 1 x pęseta plastikowa
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M

WZBOGAĆONY ZESTAW DO CEWNIKOWANIA



MA-991-ZCB2-001

- **rodzaj opakowania:**
twardy blister, 1 komora

zestaw do cewnikowania wyposażony w:

- strzykawkę z wodą jałową z 10% roztworem gliceryny do wypełnienia cewnika – gliceryna daje dodatkowe uszczelnienie balonika w cewniku
- strzykawkę z żelem poślizgowym – łatwiejsza aplikacja cewnika
- nitylowe rękawiczki – szczególnie polecane dla osób uczulonych na lateks

SKŁAD ZESTAWU:

- 8 x kompres z gazy 7,5x7,5cm
- 5 x tupfer kula 20x20cm
- 1 x pojemnik plastikowy
- 2 x rękawica nitylowa bezpudrowa M
- 1 x lubrykant w strzykawce 6ml
- 1 x serwetka podfoliowana 50x60cm
- 1 x pęseta plastikowa
- 1 x kleszcze plastikowe
- 1x sterylna woda z gliceryną w strzykawce 10ml
- 1 x serwetka podfoliowana 50x60cm z otworami rozcięciem

Dostępny jest również zestaw do cewnikowania z Octenilinem 30ml w saszetce **MA-991-ZCB2-002**
Dostępne także zestawy zawierające lubrykant z lidokainą.

WZBOGAŃCONY ZESTAW DO CEWNIKOWANIA



- **zestaw do cewnikowania wyposażony w:**
 - cewnik dostępny w rozmiarach 16, 18, 20 lub 22, z workiem na mocz
 - pojemnik na środek dezynfekujący
 - strzykawka i igła do wypełnienia balonika

MA-991-ZBB2-004

- **rodzaj opakowania:**
twardy blister, 1 komora

SKŁAD ZESTAWU:

- 6 x tupper kula 20x20cm
- 1 x serwetka podfoliowana 50x60cm
- 1 x serwetka podfoliowana z otworem i rozcięciem 50x60cm
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M
- 1 x pęseta plastikowa
- 1 x pojemnik plastikowy
- 1 x strzykawka 10ml
- 1 x igła 1,2x40mm
- 1 x cewnik Foley
- 1 x worek z zaworem 2l

ZESTAW DO DIALIZY



- **dwa odrębne zestawy:**
 - jeden do rozpoczęcia procedury
 - drugi do zakończenia procedury
- **nitrylowe rękawiczki** – szczególnie polecane dla osób uczulonych na lateks
- **opatrunek do zabezpieczenia miejsca wkłucia** – bezpieczne i stabilne utrzymanie kaniuli podczas zabiegu
- **dotatkowa rękawica dla pacjenta w zestawie do zakończenia procedury** – pacjent może sam, w sposób jałowy, przytrzymać opatrunek uciskowy po zakończeniu procedury

MA-991-ZAS2-001

rozpoczęcie procedury

MA-991-ZAS2-002

zakończenie procedury

- **rodzaj opakowania:**
miękki blister, 1 komora

SKŁAD ZESTAWU:

rozpoczęcie procedury

- 4 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 2 x rękawica nitrylowa bezpudrowa M
- 2 x przylepiec 2x15cm
- 1 x serwetka włókninowa 35x50cm
- 2 x włókninowy opatrunek do mocowania kaniuli 8x5,8cm

zakończenie procedury

- 6 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 2 x rękawica nitrylowa bezpudrowa M
- 1 x rękawica nitrylowa bezpudrowa L
- 4 x przylepiec 2x15cm



PROCEDURA OPERACYJNA na przykładzie procedury artroskopii

Sala operacyjna, jako miejsce szczególne w bloku operacyjnym oraz w całym szpitalu, musi spełniać odpowiednie warunki zapewniające bezpieczeństwo – dla pacjenta i personelu – przeprowadzenie zabiegu operacyjnego. W sali operacyjnej powinien być zachowany wzmożony reżim sanitarny, aby nie była ona miejscem, w którym może dochodzić do zakażenia pacjenta. W związku z powyższym od personelu sali operacyjnej wymaga się szczególnej samodyscypliny, dużej wiedzy fachowej i odpowiednich umiejętności.

Współcześnie budowane bloki operacyjne posiadają klimatyzowane sale operacyjne, co wyklucza koniecz-

ność instalowania kaloryferów w takich obiektach (siedlisko pyłów i patogennej mikroflory). Brak okien ogranicza również dostęp zanieczyszczeń z powietrza atmosferycznego (przede wszystkim bakterii i grzybów).

W każdym bloku operacyjnym powinny być stworzone warunki do bezpiecznego przeprowadzania zabiegów operacyjnych, zgodnego z zasadami aseptyki. Układ pomieszczeń tworzących blok operacyjny powinien zapewnić zachowanie strefy brudnej, czystej i jałowej oraz wymusić jednokierunkowy ruch personelu, pacjentów i jałowego materiału. Aby zapewnić bezpieczeństwo wykonania procedury, należy zwrócić uwagę na wszystkie poszczególne etapy, rozpoczynając od przygo-

towania materiału potrzebnego do zabiegu.

Na przykładzie procedury artroskopii kolana pokazujemy sposób prawidłowego zabezpieczenia pacjenta przy wykorzystaniu elementów składowych zestawu (str. 35).

Wszystkie wykorzystane elementy są składowymi zestawu operacyjnego.

Fot. 1 Jałowy zestaw operacyjny matoset.

ROZPOCZĘCIE PROCEDURY

Fot. 2 Otwarcie zestawu przez pielęgniarkę "brudną" (lotną)

Fot. 3 Wyjęcie zawartości przez pielęgniarkę "czystą"

Fot. 4 Rozłożenie zawartości zestawu

ZAKOŃCZENIE PROCEDURY

Fot. 5, 6 Zapakowanie zawartości po zakończeniu zabiegu





Fot. 1 Ułożenie zestawu na stoliku instrumentalnym

Fot. 2 Zabezpieczenie przewodów endoskopu

Fot. 3 Separacja operowanej nogi pacjenta pierwszą warstwą

Fot. 4 Separacja operowanej nogi pacjenta drugą warstwą

Fot. 5, 6 Zabezpieczenie podudzia przed włożeniem pokrowca

Fot. 7 Zabezpieczenie pokrowca na podudziu pacjenta

Fot. 8 Zakładanie serwety głównej

Fot. 9, 10 Formowanie worka na płyny

Fot. 11 Podłączenie worka odprowadzającego płyny z worka

NAJWAŻNIEJSZE CECHY ZESTAWÓW OPERACYJNYCH



NAJWAŻNIEJSZE CECHY ZESTAWÓW OPERACYJNYCH

Zestawy operacyjne Matoset to nowoczesne rozwiązanie dla bloku operacyjnego. Najważniejsze jego zalety to:

- **kompletność** – zestaw zawiera niezbędne elementy do przeprowadzenia procedury,
- **opakowanie typu Tyvek-folia** – wysoka wytrzymałość na uszkodzenia nawet przy dużych rozmiarach opakowania,
- **konstrukcja opakowania oparta na okienku Tyvek** – możliwość wyciągnięcia zestawu w sposób jałowy,
- **podwójne opakowanie** – wszystkie zestawy zawinięte dodatkowo w serwetę na stół instrumentalny.



TAG TO WIĘCEJ NIŻ ETYKIETA

Cztery samoprzylepne odcinki będące integralną częścią etykiety to:

- **bezpieczna informacja** – gwarantuje bezbłędne wprowadzenie danych o wyrobie do dokumentacji medycznej oraz dokumentacji pacjenta,
- **szybki sposób przeniesienia danych** – eliminuje konieczność przepisywania danych z etykiety,
- **komfort pracy** – skraca czas przygotowania dokumentacji medycznej.

SYSTEM INDYWIDUALNEJ KOMPLETACJI ZESTAWÓW

W ramach oferty Matoset **istnieje możliwość tworzenia indywidualnych zestawów operacyjnych** na zasadzie łączenia w zestaw gotowych wyrobów jałowych, np. zestaw do laparotomii + siatka przepuklinowa Opto-mesh + fartuch chirurgiczny Perfect XL.



ZESTAW DO PORODU

ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

- 1 x serwetka z laminatu 2-warstwowego 150x90cm
- 1 x podkład wysokochłonny z pulpą celulozową 90x60cm
- 1 x pokrowiec na kończynę z włókniny 120x80cm

DEZYNFEKCJA

- 1 x korcang plastikowy
- 5 x tupfer kula 30x30cm

PRZEPROWADZENIE PROCEDURY

- 5 x kompres włókninowy 10x20cm
- 10 x kompres włókninowy 7,5x7,5cm
- 1 x nożyczki metalowe do nacięcia krocza
- 1 x nożyczki metalowe do przecięcia pępowiny
- 2 x zacisk do pępowiny
- 1 x nerka tekturowa
- 2 x rękawica lateksowa bezpudrowa M

ZABEZPIECZENIE NOWORODKA

- 1 x serwetka do osuszenia noworodka 80x60cm
- 1 x kocyk bawełniany
- 1 x bawełniana czapeczka dla noworodka
- 1 x miarka centymetrowa

MB-991-ZBS2-002

- narzędzia metalowe jednorazowego użytku – precyzyjne wykonanie nacięcia krocza i odcięcia pępowiny
- flanelka i czapeczka – zabezpieczenie noworodka przed wychłodzeniem



ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne



ZESTAW DO CESARSKIEGO CIĘCIA

ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

ZESTAW NR 1

- 1 x serwetka z laminatu 2-warstwowego 270x200cm ze zintegrowanymi nogawicami z workiem do przechwytywania płynów i folią chirurgiczną lub

ZESTAW NR 2

- 1 x serwetka z laminatu 2-warstwowego 325x250cm w kształcie litery „T” z workiem do przechwytywania płynów i folią chirurgiczną

ZESTAW NR 1 I NR 2

- 1 x dren Ø8mm i długości 150cm
- 1 x serwetka na stół instrumentalny
- 1 x serwetka na stolik Mayo

MATERIAŁ OPATRUNKOWY DO WYKONANIA ZABIEGU

- 5 x serwetka operacyjna z gazy z nitką r TG 45x45cm
- 5x10 x kompres z gazy z nitką r TG 10x10cm
- 4 x ręczniczki włókninowe 40x20cm

NARZĘDZIA JEDNORAZOWEGO UŻYTKU

- 1 x korcang plastikowy
- 1 x zacisk do pępowiny

ZABEZPIECZENIE NOWORODKA

- 1 x kocyk bawełniany
- 1 x bawełniana czapeczka dla noworodka
- 1 x miarka centymetrowa

MB-991-ZB22-001 (NR 1)
MB-991-ZB22-002 (NR 2)

- barierowe zabezpieczenie pola operacyjnego
- serwetka główna:
 - z workiem zabezpieczającym przed wyciekaniem płynów i z drenem
 - z nogawicami - dostęp do pola operacyjnego między nogami pacjentki
 - dostępna także w wersji w kształcie litery T
- flanelka i czapeczka – zabezpieczenie noworodka przed wychłodzeniem

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- opatrunek Fixopore S do zabezpieczenia rany pooperacyjnej





ZESTAW DO ARTROSKOPII KOLANA



ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

MB-991-ZB22-003

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

1 x serweta z laminatu 2-warstwowego 320x240cm z workiem foliowym do przechwytywania płynów i elementem elastycznym
1 x dren Ø8mm i długości 150cm
1 x serweta na stół instrumentalny
1 x serweta na stół Mayo
1 x serweta z włókny 210x160cm
2 x serweta z włókny 90x80cm
3 x taśma medyczna samoprzylepna 50x9cm
1 x pokrowiec na kończynę z laminatu 3-warstwowego 75x37cm
2 x foliowa osłona na przewody 15x250cm

DEZYNFEKCJA

1 x pojemnik plastikowy 250ml
1 x korcang plastikowy

MATERIAŁ DO WYKONANIA PROCEDURY

1 x skalpel chirurgiczny nr 11 z nasadką
20 x kompres z gazy 10x10cm
1 x elastyczny bandaż 12cmx5m

MATERIAŁ DO WYKONANIA OPATRUNKU POOPERACYJNEGO

2 x kompres z włókny z nacięciem „Y” 7,5x7,5cm
1 x podkład podgipsowy 15cmx3m

- **serweta główna:**
 - z workiem przechwytyjącym płyny i z drenem
 - z łąką antypoślizgową
 - elastyczne krawędzie otworów uszczelniające obłożenie
- **dwie foliowe osłony na przewody endoskopu** – zabezpieczenie przed zainfekowaniem pola operacyjnego, zabezpieczenie optyki endoskopu przed zawilgoceniem

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- taśmy samoprzylepne do mocowania drenów i przewodów
- dodatkowy materiał opatrunkowy



ZESTAW DO ANGIOGRAFII



ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

MB-991-ZB32-002

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

1 x serweta z laminatu 3-warstwowego 320x235cm, z dwoma otworami, panelem foliowym i dodatkową warstwą chłonną wokół otworów
1 x serweta na stół instrumentalny
1 x serweta z laminatu 2-warstwowego 60x50cm
2 x foliowa osłona na ekran z elastyczną gumką 71x91cm

DEZYNFEKCJA I ZNIECZULENIE

1 x strzykawka 10ml
1 x igła 0,8x40mm
1 x igła 0,9x40mm
1 x pojemnik plastikowy 250ml
1 x korcang plastikowy

MATERIAŁ DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

50 x kompres z gazy 10x10cm
1 x pojemnik plastikowy 10x10x2,5cm (310ml)
1 x strzykawka typu Luer Lock 20ml
1 x rampa trójdrożna
1 x dren wysokociśnieniowy 150cm
1 x strzykawka 20ml
1 x skalpel chirurgiczny nr 11

- **serweta główna:**
 - panel foliowy do zabezpieczenia klawiatury sterującej
 - dodatkowa warstwa chłonna na powierzchni serwety
- **foliowe osłony na elementy wyposażenia pracowni angiograficznej**
- **jednorazowe elementy dodatkowe do podawania kontrastu**

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- folia chirurgiczna
- dodatkowy materiał opatrunkowy



ZESTAW DO LAPAROSKOPII

ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

MB-991-ZB22-005

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

- 1 x serweta z laminatu 2-warstwowego 300x180cm z otworem w kształcie trapezu i przylepcem
- 1 x samoprzylepna kieszeń foliowa 42x35cm, dwukomorowa
- 2 x samoprzylepny organizer do przewodów i drenów
- 1 x serweta na stół instrumentalny
- 1 x serweta na stolik Mayo
- 2 x foliowa osłona na przewody 15x250cm

DEZYNFEKCJA

- 1 x korcang plastikowy 24cm
- 5 x tupfer kula 30x30cm

MATERIAŁ DO WYKONANIA PROCEDURY

- 2x10 x kompres z gazy 10x10cm
- 20 x tupfer rożek 18x18cm

- serweta główna z przylepcami wokół otworu
- osłony na przewody laparoskopu

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- folia chirurgiczna
- dodatkowy materiał opatrunkowy
- dodatkowa kieszeń przylepna na narzędzia laparoskopowe
- przylepne taśmy do mocowania przewodów
- siatki przepuklinowe (patrz str. 41)



ZESTAW DO LAPAROTOMII

ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

MB-991-ZB22-006

ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

- 1 x serweta z laminatu 2-warstwowego 300x240cm z otworem w kształcie prostokąta i przylepcem
- 2 x samoprzylepny organizer do przewodów i drenów
- 1 x folia chirurgiczna 30x28cm
- 1 x serweta na stół instrumentalny
- 1 x serweta na stolik Mayo

DEZYNFEKCJA

- 1 x korcang plastikowy 24cm
- 5 x tupfer kula 30x30cm

MATERIAŁ OPATRUNKOWY DO PRZEPROWADZENIA ZABIEGU

- 5x10 x kompres z gazy z nitką r TG 10x10cm
- 20 x tupfer fasola z nitką r TG 15x15cm
- 2 x serweta operacyjna z gazy z nitką r TG 45x45cm

ZABEZPIECZENIE RANY POOPERACYJNEJ

- 1 x samoprzylepny opatrunek 10x20cm

- serweta główna wraz z organizerem do przewodów i z folią chirurgiczną – zabezpieczenie pacjenta i komfort pracy personelu
- zestaw do wykorzystania przy zabiegach:
 - przepuklina pachwinowa
 - inne zabiegi w obrębie jamy brzusznej

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- dodatkowy materiał opatrunkowy
- siatki przepuklinowe (patrz str. 41)



ZESTAW DO ZABIEGÓW GINEKOLOGICZNYCH/UROLOGICZNYCH



ELEMENTY SKŁADOWE ZESTAWU

MB-991-ZB22-004



ZABEZPIECZENIA POŁA OPERACYJNEGO

- 1 x serweta z laminatu 2-warstwowego 200x180cm z otworem w kształcie prostokąta i przylepcem
- 2x taśmy medyczne 50x9cm
- 1 x serweta na stół instrumentalny
- 1 x serweta na stół Mayo
- 2 x pokrowiec na kończynę z pacjenta 120x80cm
- 1 x podkład wysokochłonny z pulpą celulozową 90x60cm

DEZYNFEKCJA

- 1 x korbang plastikowy 24cm
- 5 x tufper kula 30x30cm

MATERIAŁ OPATRUNKOWY

- 10 x kompres z gazy z nitką RTG 10x10cm
- 1 x seton z gazy z nitką RTG 2cmx2m
- 1 x seton z gazy z nitką RTG 5cmx1m

- barierowe zabezpieczenie pola operacyjnego
- wysokochłonny podkład Seni Soft pod pośladki pacjentki

ELEMENTY UZUPEŁNIAJĄCE DO KOMPLETACJI:

- fartuchy chirurgiczne
- taśma urologiczna DALLOP do chirurgicznego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (patrz str. 40)
- dodatkowy materiał opatrunkowy

Wyroby firmy TRICOMED do kompletacji zestawów

TAŚMA UROLOGICZNA DALLOP NM



- taśma wykonana z przezroczystej, monofilamentowej przędzy polipropylenowej
- przeznaczona do stosowania w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet metodą beznapięciową

NAJWAŻNIEJSZE ZALETY TAŚMY:

- zastosowanie przędzy polipropylenowej – wysoka biogodność i brak biodegradacji
- duża porowatość taśm – dobre wciąganie
- implant wykonany w postaci ta-

śmy z opracowanymi krawędziami – brak traumatyzacji otaczających tkanek podczas zabiegu

NIERESORBOWALNE ULTRALEKKIE SIATKI CHIRURGICZNE OPTOMESH ULTRALIGH **nowość**



- to siatki o ultralekkiej masie powierzchniowej dostępne w trzech wariantach:

L-pore – o bardzo dużych porach

M-pore – o dużych porach

S-pore – o małych porach

NAJWAŻNIEJSZE ZALETY SIATKI:

- duża porowatość – dobre wgajanie
- bardzo niska masa powierzchniowa – preferowana przez operatorów
- w wariantach L-pore i S-pore niebieskie linie orientujące – dobra widoczność w polu operacyjnym i łatwość ułożenia, szczególnie w zabiegach endoskopowych
- wysoka jakość surowca i bardzo niska masa implantu – niskie ryzyko powikłań
- niska gramatura przędzy użytej do produkcji siatki – wysoka wytrzymałość mechaniczna
- wysoka czystość mikrobiologiczna i chemiczna – wysoka biogodność

NIERESORBOWALNE SIATKI CHIRURGICZNE OPTOMESH



- siatki wykonane z monofilamentowej przędzy polipropylenowej
- niska masa siatki – minimalizacja ilości implantowanego materiału syntetycznego
- siatki występują w dwóch rodzajach:

MACROPORE – siatka o dużych porach

THINLIGHT – cienka, lekka siatka o standardowej powierzchni porów

NAJWAŻNIEJSZE ZALETY SIATKI:

- duża porowatość – dobre wgajanie
- niska masa powierzchniowa – niskie prawdopodobieństwo powikłań związanych z masą implantu
- plastyczność – dobra poręczność śródoperacyjna implantów
- duża wytrzymałość mechaniczna – brak powikłań z powodu uszkodzeń implantu

Tricomed oferuje szeroką gamę implantów medycznych, nowoczesnych materiałów opatrunkowych, wyrobów rehabilitacyjnych oraz materiałów pomocniczych dla chirurgii. Dorobek firmy to ponad 50 patentów i 2 Nagrody państwowe II-go stopnia w dziedzinie nauk medycznych.

NAGRODY DLA FIRMY TRICOMED TO M.IN.:

- Certyfikat Innowacyjności dla jednej z 50 najbardziej innowacyjnych firm w Polsce w 2009 roku przyznawany przez Sieć Naukową MSN i Instytut Nauk Ekonomicznych PAN,
- Dyplom za najbardziej innowacyjny produkt w Polsce w 2010 roku przyznany przez sieć naukową MSN Instytut Nauk Ekonomicznych PAN za protezę kości czaszki Codubix,
- Złoty Medal Międzynarodowych Targów Poznańskich ITM 2011 za opatrunek Tromboguard®.
- I nagroda za najbardziej innowacyjny produkt prezentowany podczas III Targów Technicznych Wyrobów Włóknieniowych dla implantów siatkowych ultralekkich - 2016 rok.

INDYWIDUALNE POTRZEBY NASZE ROZWIĄZANIA



Nowatorskie rozwiązanie dające możliwość dowolnego kształtowania zestawów pod indywidualne potrzeby związane z realizacją procedury medycznej.

WYROBY JAŁOWE

OBŁOŻENIA
POLA
OPERACYJNEGO
MATODRAPE

ZESTAWY
ZABIEGOWE
I OPERACYJNE
MATOSET

MATERIAŁ
OPATRUNKOWY

FARTUCHY
I AKCESORIA

BIOMATERIAŁY

ZESTAW KOMPLETACYJNY

- Dostosowany do indywidualnych potrzeb operatora/szpitala
- Bezpieczny i komfortowy
- Etykieta typu TAG (5-członowa)
- Szybka realizacja zamówienia
- Doradztwo reprezentanta medycznego
- Kalkulacja ceny u klienta

KORZYŚCI

- Współpraca na zasadzie partnerstwa
- Kompleksowa obsługa szpitala
- Optymalizacja kosztów
- Minimalizacja powierzchni magazynowej
- Komfort pracy

Matoset

razem tworzymy wartość

Zestaw do chirurgicznego LECZENIA PRZEPUKLINY

Matoset

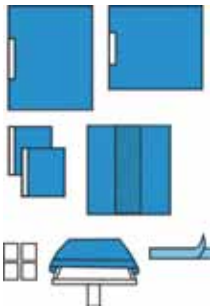
razem tworzymy wartość



WYROBY JAŁOWE

MATODRAPE

Uniwersalny zestaw serwet do obłożenia pola operacyjnego



MATOSSET

Zestaw do dezynfekcji pola operacyjnego



MATOSSET

Pakiet kompresów z gazy
Abdoma serweta operacyjna z gazy



MATODRESS

Fartuch chirurgiczny



CAMERA COVER
Osłona na przewody



OPTOMESH M

Niesorbująca siatka chirurgiczna



ZESTAW KOMPLETACYJNY ZESTAW DO CHIRURGICZNEGO LECZENIA PRZEPUKLINY



ZESTAW PIERWSZEGO KONTAKTU



SKŁAD ZESTAWU:

- profesjonalny zespół
- niezbędna specjalistyczna wiedza
- wieloletnie doświadczenie

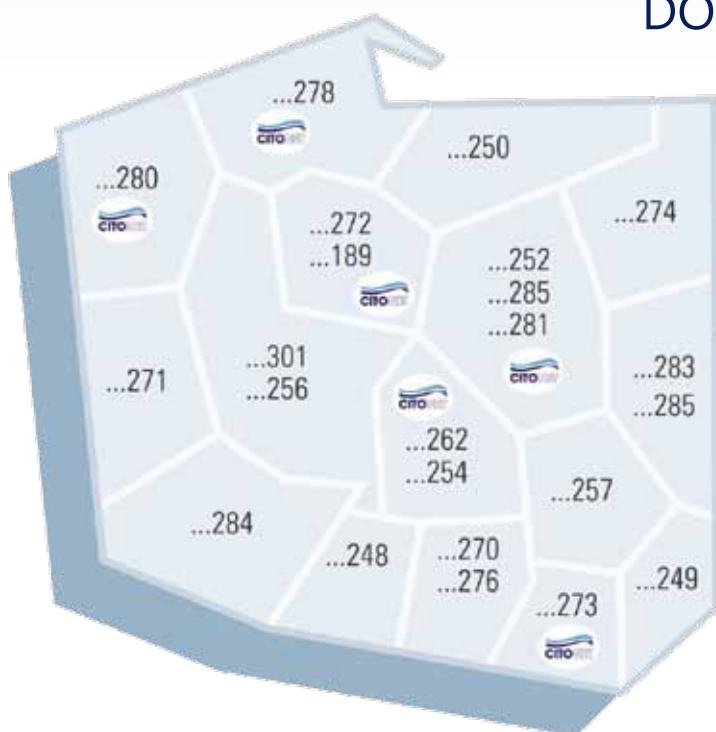
ZALETY ZESTAWU:

- indywidualne podejście
- od pomysłu do efektu
- minimalizacja kosztów
- entuzjazm i skuteczność w działaniu

KONTAKT DO PRZEDSTAWICIELA:



723-185-...



Matoset

razem tworzymy wartość

