

BIULETYN INFORMACYJNY

**OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

Biała Podlaska nr 5/1992 r.

SPIS TRESCI:

Postępowanie w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu	3
Ciśnienie tętnicze — podstawowe terminy	6
Historia pielęgniarstwa cz. IV	9
Informacje bieżące	11
Wytyczne Centrum Onkologii	12
Srodki odkażające	
Srodki odkażające — zabezpieczenie czy zagrożenie zdrowia personelu medycznego	14
Szkolenia i komunikaty	17
Z żałobnej karty	20

W Y D A W C A :

Biuletyn jest wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych (Uchwała Okręgowej Rady w sprawie Biuletynu OIPiP)

Biuletyn jest oficjalnym organem samorządu pielęgniarek i położnych na terenie województwa białkopodlaskiego.

Adres Redakcji:

ul. Warszawska 15
21-500 Biała Podlaska
tel. 43 60 83

KOMITET REDAKCYJNY:

Jadwiga Żwiruk, Barbara Bloch, Halina
Słórsarska, Jacek Bartoszek.

Redaktor odpowiedzialny:

Danuta Pisarek — Krzak

DRUK:

Drukarnia Regionalnego Ośrodka Kultury
w Białej Podlaskiej.

Postępowanie w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 17 czerwca 1992 r.

w sprawie: trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych.

Na podstawie art. 24 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178) zarządza się, co następuje:

§ 1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) „pielęgniarka” bez bliższego oznaczenia — również pielęgniarka,
- 2) „zaświadczenie” — zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej,
- 3) „okręgowa rada” — okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu.

§ 2. Postępowanie w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej prowadzi okręgowa rada, na której obszarze działania osoba zainteresowana zamierza wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej.

§ 3.1. Postępowanie w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu wszczyna się na pisemny wniosek osoby zainteresowanej. Do wniosku należy załączyć:

- 1) arkusz zgłoszeniowy,
- 2) dokumenty stwierdzające posiadanie wymaganych kwalifikacji zawodowych,
- 3) oświadczenie o posiadanym obywatelstwie,
- 4) oświadczenie, że wnioskodawca zna przepisy związane z wykonywaniem jego zawodu.

2. Jeżeli dokument stwierdzający posiadanie odpowiednich kwalifikacji zawodowych został wydany za granicą, należy przedstawić:

- 1) uwierzytelnione tłumaczenie tego dokumentu na język polski oraz
- 2) dokument stwierdzający, że Minister Zdrowia i Opieki Społecznej uznał ukończoną szkołę zagraniczną za równorzędną z polskimi szkołami pielęgniarstwa lub polskimi szkołami położnych.

§ 4. Uchwała okręgowej rady o stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu jest podstawą do wydania odpowiedniego zaświadczenia ważnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 5. Zaświadczenie powinno zawierać:

- 1) nazwę izby wydającej zaświadczenie,
- 2) numer kolejny,
- 3) imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej oraz datę i miejsce jej urodzenia,
- 4) numer, miejsce i datę wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych,
- 5) podstawę prawną zaświadczenia,
- 6) datę i miejsce wydania zaświadczenia,
- 7) podpis przewodniczącego okręgowej rady oraz
- 8) pieczęć urzędową.

§ 6.1. Okręgowa rada dokonuje w zaświadczeniu wpisów uzupełniających oraz adnotacji urzędowych dotyczących wykonywania zawodu.

2. Wpisy uzupełniające w zaświadczeniu dotyczą:

- 1) przeniesienia się pielęgniarki lub położnej na obszar działania innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych,
- 2) zmiany nazwiska,

3. Adnotacje urzędowe w zaświadczeniu dotyczą:

- 1) wydania duplikatu zaświadczenia,
- 2) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
- 3) zaprzestania wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

§ 7.1. Pielęgniarka i położna jest obowiązana bezzwłocznie zawiadomić okręgową radę o:

- 1) przeniesieniu się na obszar innego województwa lub innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych,
- 2) zmianie adresu zamieszkania,
- 3) zmianie zakładu pracy lub innego miejsca wykonywania zawodu.

2. W przypadku przeniesienia się pielęgniarki lub położnej na obszar działania innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, okręgowa rada tej izby:

- 1) dokonuje odpowiedniego wpisu uzupełniającego w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu,
- 2) zawiadamia o dokonaniu tego wpisu okręgową radę, na której obszarze uprzednio pielęgniarka lub położna wykonywała zawód.

§ 8.1. W razie utraty zaświadczenia, należy bezzwłocznie zawiadomić o tym okręgową radę, która wydała zaświadczenie. Rada ta, po przeprowadzeniu odpowiedniego postępowania, wydaje duplikat utraconego zaświadczenia.

2. O wydaniu duplikatu zaświadczenia okręgowa rada zawiadamia wszystkie okręgowe izby pielęgniarskie.

§ 9. Pielęgniarka lub położna, która zrzekła się prawa wykonywania zawodu lub zaprzestała wykonywania zawodu na czas nieokreślony, składa na piśmie oświadczenie okręgowej radzie.

§ 10. Pielęgniarka lub położna pozbawiona prawa wykonywania zawodu lub ukarana zawieszeniem prawa wykonywania zawodu jest obowiązana niezwłocznie zwrócić zaświadczenie okręgowej radzie.

§ 11.1. Okręgowa rada prowadzi rejestr pielęgniarek i rejestr położnych.

2. W rejestrach wpisuje się następujące dane:

- 1) imię i nazwisko oraz datę urodzenia,
- 2) rodzaj i numer zaświadczenia, treść wpisów uzupełniających oraz adnotacji urzędowych dokonanych w zaświadczeniu,
- 3) numer rejestracyjny zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu, ustalony na podstawie dotychczasowych przepisów, bądź numer rejestracyjny zaświadczenia wydanego przez okręgową radę,
- 4) posiadane specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe,
- 5) stosunek do służby wojskowej,
- 6) adres zamieszkania,
- 7) zakład pracy lub inne miejsce wykonywania zawodu,
- 8) oznaczenie województwa, na którego obszarze pielęgniarka wykonuje zawód,
9. inne adnotacje związane z wykonywaniem zawodu.

3. W przypadku gdy obszar działania okręgowej izby pielęgniarek i położnych obejmuje dwa lub więcej województw, rejestry prowadzi się oddzielnie dla każdego województwa.

4. Załącznikiem do rejestrów jest spis w porządku alfabetycznym pielęgniarek oraz położnych figurujących w danym rejestrze, z podaniem pozycji (numeru rejestru) w rejestrze oraz adresu zamieszkania.

§ 12. Na żądanie wojewody oraz organów wskazanych przez Ministra Obrony Narodowej okręgowa rada, nie częściej niż raz w roku, przekazuje kopie załączników do rejestrów oraz w razie uzasadnionej potrzeby udostępnia tym organom dane wpisane do rejestru.

§ 13. Urzędy wojewódzkie przekażą właściwym okręgowym radom w ciągu 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia dotychczasową dokumentację rejestracyjną pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na obszarze danego województwa.

§ 14. W stosunku do pielęgniarek i położnych tracą moc przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 marca 1979 roku w sprawie rejestracji niektórych pracowników medycznych (Dz. U. Nr 6, poz. 29 z 1983 r. Nr 58, poz. 265 i z 1990 r. Nr 32, poz. 194).

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
p.o. M. Miśkiewicz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z podanym wyżej rozporządzeniem ministra zdrowia i opieki społecznej, przejęła z Urzędu Wojewódzkiego dotychczasową dokumentację rejestracyjną pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terenie województwa białskopodlaskiego i z dniem 1 października rozpoczęła działalność związaną z wy-

dawaniem prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Biuro mieści się w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Adres:

ul. Warszawska 15, pok. 31 a
czynne w godz. 7.30-15.15

Sekretarz OIPIp
mgr Alicja Kozawska

Ciśnienie tętnicze - podstawowe terminy

Halina Dej

Ciśnienie tętnicze jest to ciśnienie wywierane przez krew na ściany serca i naczyń krwionośnych. Ciśnienie wewnątrz sercowe waha się zależnie od fazy cyklu pracy serca. Ciśnienie w przedsionkach nie przekracza 10 mm Hg. W lewej komorze w czasie skurczu wynosi 120 mm Hg, a w czasie rozkurczu spada do wartości 2-5 mm Hg. Ciśnienie krwi w układzie tętniczym waha się w czasie poszczególnych faz cyklu pracy serca. Podczas skurczu krew tłoczona jest do aorty i przechodzi do dużych tętnic — ciśnienie osiąga największą wartość i określane jest jako ciśnienie skurczowe. W fazie rozkurczu komór, ciśnienie spada i osiąga najniższą wartość. W układzie tętniczym — określane jest mianem ciśnienia rozkurczowego. W czasie rozkurczu ciśnienie

w lewej komorze spada do bardzo niskich wartości — 2-5 mm Hg, natomiast w tętnicach — dzięki ich budowie ciśnienie jest znacznie wyższe.

Różnicę ciśnień w układzie tętniczym nazywamy amplitudą bądź ciśnieniem tętna. Termin średnie ciśnienie tętnicze odnosi się do wartości średniego ciśnienia panującego w czasie całego cyklu pracy serca. Na cykl pracy serca składa się faza skurczu i rozkurczu. Faza druga trwa dłużej od pierwszej. Dlatego też średnie ciśnienie tętnicze stanowi sumę wartości ciśnienia rozkurczowego i 1,3 wielkości ciśnienia tętna (amplituda ciśnień). U osoby z ciśnieniem tętniczym 120/80 mm Hg — średnie ciśnienie tętnicze wynosi 100 mm Hg.

Ciśnienie w układzie tętniczym zależy od działania szeregu czynników, najważniejsze z nich to: objętość minutowa i

całkowity opór obwodowy. Inne czynniki takie jak: objętość krwi krążącej, elastyczność aorty, lepkość krwi, mają stosunkowo mniejsze znaczenie. Wartość ciśnienia tętniczego może być wyrażona w/g następującego wzrostu:

$$P = F \times R$$

P — ciśnienie krwi

F — przepływ

R — całkowity opór obwodowy

Pojemność minutowa czyli ilość krwi jaką serce pompuje do układu tętniczego w ciągu jednej minuty zależy od objętości wyrzutowej oraz częstości skurczów serca. Objętość wyrzutowa zależy od siły skurczu mięśnia sercowego. W tym zakresie duże znaczenie mają wpływy nerwowe i hormonalne, a także wielkość napływu żylnego. W spoczynku serce osoby dorosłej w czasie jednego skurczu wyrzuca na obwód 70-75 ml krwi. Częstość skurczów serca jest kontrolowana przez układ nerwowy i wpływy hormonalne. W warunkach spoczynku objętość minutowa wynosi 5 l/min. Pojemność minutowa zmienia się pod wpływem wielu czynników takich jak: wysiłek fizyczny, napięcie emocjonalne (stres), temperatura otoczenia. Zwiększenie kurczliwości komórek (zwiększenie pojemności wyrzutowej) i przyspieszenie czynności serca mogą nawet sześciokrotnie zwiększyć objętość minutową, czyli osiągnąć wartość 30 l/min.

Drugim ważnym czynnikiem, od którego zależy ciśnienie krwi jest opór obwodowy. W największym skrócie przez

termin opór obwodowy należy rozumieć stan napięcia i światła naczyń oporowych. Drobne tętniczki — arteriole (prekapilary) mają dobrze rozwiniętą mięśniówkę gładką i mogą w znacznym stopniu zmieniać swoje napięcie, a więc pojemność. Zwężenie światła tych naczyń, powoduje zmniejszenie ciśnienia, ponieważ zwiększy się ich pojemność.

Ciśnienie tętnicze jest regulowane na drodze nerwowej i humoralnej. Naczynia tętnicze zaopatrzone są przez włókna naczyniowo — ruchowe, które warunkują utrzymanie stałego napięcia ich ściany. Włókna naczyniowo — ruchowe, stanowią część autonomiczną układu nerwowego i dzielą się na zwężające i rozszerzające światła naczyń na drodze skurczu lub zwiotczenia mięśniówki gładkiej. Drugim ważnym elementem jest ośrodek naczyniowo — ruchowy znajdujący się w rdzeniu przedłużonym, od którego zależy termiczna czynność włókien zwężających naczynia. Czynność tego ośrodka jest modyfikowana przez wyższe ośrodki znajdujące się w ośrodkowym układzie nerwowym. W ośrodkowej regulacji ciśnienia tętniczego krwi, istotną rolę odgrywają różne struktury narwowe ściśle ze sobą powiązane.

W obrębie mózgu wytwarzanych jest szereg przekazników przebudzenia nerwowego takich jak: noradrenalina, adrenalina, dopamina, acetylocholina. Każdy z tych przekazników modyfikuje czynność komórek ner-

wowych, na które przekazywane jest pobudzenie.

Istotnym ogniwem w mechanizmie decydującym ciśnienia krwi, jest odruchowa regulacja przez działanie pressora i chemoreceptorów obecnych w układzie naczyniowym. Presoreceptory są wrażliwe na zmiany ciśnienia i związane z nim zmiany napięcia ścian naczyń. Chemoreceptory reagują na zmiany w składzie chemicznym krwi. Wzrost ciśnienia podrażnia presoreceptory, które przekazują impuls do ośrodka naczyniowo — ruchowego. Wywołuje to odruchowe obniżenie ciśnienia wskutek zmniejszenia pojemności minutowej oraz całkowitego oporu obwodowego w krążeniu dużym. Pojemność minutowa zmniejsza się poprzez zwolnienie akcji serca oraz osłabienie siły skurczu mięśnia sercowego. Opór obwodowy zmniejsza się na wskutek osłabienia napięcia ścian naczyń oporowych.

Układ naczyniowo — sercowy znajduje się pod wpływem czynników humoralnych. W rdzeniu nadnerczy wytwarzane są adrenalina i noradrenalina. Katecholaminy wpływają na układ sercowo - naczyniowy poprzez oddziaływanie na specjalne receptory znajdujące się w sercu i układzie naczyniowym określane jako alfa i beta. Podrażnienie receptorów alfa powoduje zwężenie naczyń krwionośnych, natomiast podrażnienie receptorów beta powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych i wzrost kurczliwości mięśnia sercowego.

W części korowej nadnerczy wytwarzany jest aldosteron, który zatrzymuje sód w ustroju i przyczynia się do podwyższenia ciśnienia.

W regulacji ciśnienia tętniczego istotną rolę odgrywają nerki, ponieważ mają wpływ na gospodarkę wodno - elektrolitową, a szczególnie regulują wydalanie soli i wody.

Nerka wytwarza enzym — reninę, która na drodze szeregu zmian powoduje powstanie angiotensyny II — związku odpowiedzialnego za wzrost ciśnienia krwi. Niedokrwienie nerek wzmacnia wydzielanie reniny. Należy wspomnieć, że nerki odgrywają rolę w regulacji ciśnienia krwi na drodze wytwarzania substancji obniżających ciśnienie takich jak: prostaglandyny i hinyliny.

Wymienione powyżej w bardzo wielkim skrócie mechanizmy regulujące ciśnienie krwi tworzą wzajemnie powiązany układ, który jest odpowiedzialny za utrzymanie ciśnienia krwi w prawidłowych granicach. Uszkodzenie jakiegoś ogniw prowadzi do zachwiania równowagi i może być czynnikiem wywołującym nadciśnienie tętnicze.

Ciśnienie krwi zmienia się zależnie od różnych stanów fizjologicznych organizmu. Znajomość ich jest bardzo ważna, ponieważ w nadciśnieniu może mieć nieprawidłowy charakter. Ciśnienie tętnicze wykazuje znaczne zmiany chwilowe jak i wahania dobowe. Najniższy poziom stwierdza się w godzinach nocnych między 1.00 a 5.00, a najwyższy rano i w godzinach

późnopołudniowych. Na wielkość ciśnienia ma wpływ pozycja ciała. Przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą ciśnienie skurczowe po przejściowym obniżeniu pozostaje takie samo, a ciśnienie rozkurczowe początkowo obniża się, a następnie wzrasta o około 10 mm Hg. Długie stanie może obniżać ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe utrzymuje się na podwyższonym poziomie. W tej sytuacji obniża się ciśnienie tętna (amplituda ciśnienia się zmniejsza).

Wzrost ciśnienia zwłaszcza skurczowego obserwuje się w

czasie pracy mięśniowej. Ciśnienie rozkurczowe obniża się lub pozostaje niezmienione. Wysilek fizyczny zwiększa obojętność minutową serca, a zmniejsza opór obwodowy ze względu na rozszerzenie ścian naczyń w mięśniach szkieletowych.

Stany emocjonalne (strach, niepokój) powodują wzrost obu wartości ciśnień. Zwiększona aktywność układu współczulno-nadnerczowego powoduje wzrost objętości minutowej jak i napięcie ścian naczyń oporowych (zwiększenie oporu obwodowego).

Historia pielęgniarstwa cz. IV

Na przełomie lat 1924/25 powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych. Zostało ono zorganizowane przez pierwsze absolwentki nowoczesnych szkół pielęgniarstwa. W lipcu 1925 r. nowo powstałe Stowarzyszenie zostało przyjęte do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek Zawodowych. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek jako jedyna organizacja zawodowa obejmowała 97% pielęgniarek.

Celem Stowarzyszenia było:

- propagowanie i umacnianie zawodu pielęgniarstwa,
- ujednoczenie organizacji pracy i nauczania w szkołach pielęgniarstwa,
- podnoszenie poziomu wiedzy i kształcanie pracujących pielęgniarek,

- wymiana doświadczeń w pielęgniarstwie,
- reprezentowanie interesów grupy zawodowej pielęgniarek wobec władz i społeczeństwa,
- podwyższanie społecznej rangi zawodu.

Stowarzyszenie brało aktywny udział w opracowaniu projektu Ustawy o Pielęgniarstwie. Została ona uchwalona przez Sejm w dniu 21 lutego 1935 roku, następnie w marcu 1936 roku zostało wydane Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej nawiązujące do Ustawy o Pielęgniarstwie. Te dwa akty prawne unormowały zakres obowiązków i uprawnień pielęgniarstwa, organizacji zawodu oraz uregulowały całość spraw zawodowych. Pie-

lęgniarstwo — jako zawód w naszym kraju zyskało podstawę prawną.

Historia pielęgniarstwa i losy pielęgniarek polskich w czasie II wojny światowej wymagały oddzielnego opracowania. W niniejszym wystąpieniu wspomnę jedynie iż pielęgniarki Polskie były wszędzie tam, gdzie trwała walka, gdzie byli ranni i poszkodowani, nie szczędząc własnych sił, odwagi a niejednokrotnie najwyższej ofiary, jaką było własne życie.

W Polsce po II wojnie światowej w wyniku zmiany sytuacji społeczno - politycznej, powstały warunki do ochrony zdrowia na zasadach formacji socjalistycznej. Cały kraj należało dźwignąć ze zniszczeń wojennych, rozpocząć odbudowę i budowę wszystkich dziedzin życia gospodarczego, w tym i służby zdrowia od podstaw. W kwietniu 1945 roku Krajowa Rada Narodowa powołała Ministerstwo Zdrowia jako organ kierowniczy odznaczającej się służby zdrowia. W 1948 roku Sejm wydał Ustawę o Społecznych Zakładach Służby Zdrowia i Planowej Gospodarce Służby Zdrowia. Na podstawie tej Ustawy nastąpiło przejęcie przez Państwo wszystkich instytucji służby zdrowia, w tym również szkół pielęgniarstwa i położnych.

Na trudne lata powojenne przypada też okres powstania polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. W styczniu 1957 roku odbył się I Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, na którym wybrano władze Towarzystwa, i uchwa-

lono Statut Towarzystwa. Jest ono kontynuatorem idei Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Zadania PTP obejmują sprawy etyki zawodowej, podnoszenie rangi zawodu i uświadomienie roli pielęgniarek w służbie zdrowia i społeczeństwie.

W latach pięćdziesiątych w Polsce istniały różnego typu szkoły pielęgniarские przygotowyujące pielęgniarki dyplomowane, asystentki pielęgniarские, siostry PCK, itp. Dopiero w latach sześćdziesiątych nastąpiło ujednolicenie średniego szkolnictwa medycznego w naszym kraju. W obowiązującej strukturze istnieją dwa typy szkół medycznych. Pierwszy typ — stanowią Licea Medyczne Pielęgniarstwa dla kandydatów po szkole podstawowej oraz drugi typ tj. Medyczne Studium Zawodowe dla kandydatów po Liceum Ogólnokształcącym.

Od roku 1972 w Polsce datuje się nauczanie pielęgniarские na poziomie akademickim. Zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 lipca 1972 roku powstał Pierwszy Wydział Pielęgniarski przy Akademii Medycznej w Lublinie, mający prawo nadawania absolwentom stopnia magistra pielęgniarstwa. Zadaniem istniejących obecnie 5 Wydziałów Pielęgniarskich jest przygotowanie kadr pielęgniarских z wyższym wykształceniem medycznym oraz naukowej kadry pielęgniarskiej. Z kształceniem pielęgniarek na poziomie akademickim związane są nadzieje całego środowiska pielęgniarские-

go co do dalszego rozwoju pielęgniarstwa w naszym kraju.

Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991 roku (Dz. U. Nr 41, poz. 178) — rozpoczyna

nowy rozdział w historii pielęgniarstwa w naszym kraju.

Zebrała i opracowała:

ELŻBIETA STOCKA

Informacje bieżące

W dniach od 29 czerwca do 3 lipca br. w Baranowie Sandomierskim odbyło się seminarium WHO nt: „Sukcesy i niepowodzenia rozwoju instytucji Lekarza Rodzinnego w krajach Europy Zachodniej”. Ze strony polskiej w seminarium uczestniczyli przedstawiciele lekarzy wojewódzkich, Izb Lekarskich, Izb Pielęgniarskich oraz środowisk medycyny rodzinnej.

Celem konferencji było przybliżenie polskim ekspertom korzyści płynących z wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego. Konsekwencje zmian modelu podstawowej opieki zdrowotnej omówiono na przykładzie dawnej NRD.

Na podstawie wygłaszanych referatów oraz dyskusji w grupach roboczych wypracowano rekomendacje do działań przy reformowaniu podstawowej opieki zdrowotnej w naszym kraju.

16 września br. OIPiP zwróciła się do Wojewody o przekazanie środków finansowych z Urzędu Wojewódzkiego na realizację zadań przejętych z Wydziału Spraw Społecznych do Izby Okręgowej związanych z prowadzeniem rejestru pielęgniarek i rejestru położnych.

W dniach 21-23 września w Spale odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z udziałem pełnomocników d.s. zatrudnienia Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, na którym omówiono sytuację w zakresie zatrudnienia i płac średniego personelu medycznego. W trakcie spotkania przedyskutowano również problemy związane z przejęciem przez Izby Okręgowe zadań związanych z postępowaniem w sprawie wydawania zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu.

Na posiedzeniu podjęto również szereg istotnych dla środowiska uchwał, które są do wglądu w biurze OIPiP.

* * *

30 września 1992 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, na którym podjęto szereg uchwał dotyczących działalności Rady Okręgowej.

Przewodnicząca ORPiP mgr Jadwiga Żwiruk przedstawiła program komputeryzacji Naczelnej Izby oraz propozycje do komputeryzacji Izb Okręgowych, która zostanie zrealizo-

wana w pierwszym kwartale 1993 r. Przyjęto również sprawozdanie z działalności finansowej Izby za okres od 1 do 30 września br.

* * *

Na tym samym posiedzeniu ORPiP powołała 6 komisji problemowych: legislacyjno prawną, finansowo socjalną, kształcenia i doskonalenia zawodowego, do spraw zmian systemowych w ochronie zdrowia, skarg i wniosków oraz etyki i deontologii. 21 października 1992 roku na posiedzeniu Prezydium Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej prze-

dyskutowano propozycje regulaminów komisji problemowych, ich skład oraz kandydatury przewodniczących poszczególnych komisji. Omówiono również problem ubezpieczenia pielęgniarek i położnych od odpowiedzialności cywilnej.

* * *

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wystąpiła do wojewody białoskopolaskiego z prośbą o uwzględnienie w składzie rad nadzorczych poszczególnych ZOZ przedstawicieli pielęgniarek i położnych — najliczniejszej grupy zawodowej tych zakładów pracy.

Wytyczne Centrum Onkologii

W Y T Y C Z N E CENTRUM ONKOLOGII INSTYTUTU IM.

M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE W SPRAWIE BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY PERSONELU PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA STOSUJĄCYCH LEKI CYTOSTATYCZNE

1. W oddziałach chemioterapii, hematologii oraz przychodniach onkologicznych, w których leki cytostatyczne są rutynowo codziennie stosowane u wielu chorych, czynności związane z przygotowaniem cytostatyków do ich podawania, powinny być dokonywane pod odpowiednio skonstruowanym wyciągiem (zapew-

niającym 10-krotną wymianę powietrza w ciągu godziny) lub w ściśle wydzielonym pomieszczeniu, łatwym do zmywania, o gładkich i obojętnych chemicznie powierzchniach oraz położonym z dala od miejsc przechowywania, sporządzania lub spożywania posiłków oraz od miejsc o dużym natężeniu ruchu chorych, personelu lub osób wizytujących.

2. Podczas pracy z cytostatykami, jak również w pomieszczeniach przeznaczonych do tego celu — nie wolno jeść, pić oraz palić tytoniu.

3. Podczas wykonywania wszelkich czynności związanych z rozpuszczaniem i podawaniem leków cytostatycznych na-

leży bardzo dokładnie przestrzegać wszelkich zaleceń producenta, a w szczególności:

- a) doboru odpowiedniego rodzaju rękawiczek (gumowych lub PCV),
- b) używać fartuchów ochronnych z długimi rękawami oraz
- c) czapek, masek i okularów.

4. Należy dbać o szczelność sprzętu używanego do podawania cytostatyków (strzykawki, zestawy do przetoczeń, pompy infuzyjne itp.). Wskazane jest używanie strzykawek typu „Luer”.

5. Podczas otwierania, ampulkę z cytostatykiem należy przykryć jałowym gazikiem zwilżonym w spirytusie, aby przy pilowaniu i ułamywaniu szyjki uniknąć skażeń, a wyciekający płyn nie dostał się na skórę.

Gazik ten powinien również chronić przed rozpylaniem leku podczas jego nabierania do strzykawki.

6. W przypadku, gdy przed iniekcją zaistnieje potrzeba usunięcia powietrza ze strzykawki — należy na zakończenie igły, umocowanej na strzykawce trzymanej pionowo — nałożyć w sposób jałowy sterylny gazik. Metoda ta zapobiega rozpylaniu leku oraz ew. skażeniu skóry. Po wypuszczeniu powietrza — przed wykonaniem iniekcji u pacjenta — igłę należy zmienić.

7. Podczas dzielenia leków tabletkowych nie należy dopuszczać do rozprzestrzeniania ich pyłu lub drobin i nie dotykać ich gołą ręką.

8. Miejsce skażone cytostatykami należy dobrze zmyć oraz

oczyścić gazą lub ligniną zwilżoną wodą, a następnie osuszyć przez wytarcie. Przy ewentualnym skażeniu skóry, błon śluzowych i oczu należy spłukać je przy pomocy dużej ilości wody.

9. Wszystkie przedmioty np. tace, narzędzia używane przy pracy z cytostatykami, jeżeli nie są przedmiotami jednorazowego użytku, powinny być starannie umyte i osuszone.

10. Wszystkie materiały opatrunkowe, zastrzyki, strzykawki, dreny, zbiorniki itp. używane podczas pielęgnacji chorych leczonych chemicznie powinny być jednorazowego użytku, a następnie niszczone, najlepiej spalane w temperaturze 1000°C i/lub zakopywane w mogielnikach.

11. Pościel i bieliznę chorych należy zmieniać codziennie. Ubrania ochronne personelu (czapki, fartuchy) powinny być jednorazowego użytku.

12. Do pracy z lekami cytostatycznymi nie należy dopuszczać kobiet w ciąży.

13. Personel zatrudniony przy podawaniu leków cytostatycznych powinien unikać dodatkowego kontaktu z promieniami RTG.

14. Personel zatrudniony w placówkach stosujących leki cytostatyczne w sposób ciągły u wielu chorych (oddziały onkologiczne, hematologiczne, poradnie onkologiczne) podlega badaniom lekarskim przed przystąpieniem do pracy, a następnie badaniom okresowym jeden raz w roku lub częściej (w razie potrzeby) na zlecenie lekarza zakładowego. W innych przypadkach personel podlega

badaniom okresowym obowiązującym ogólnie w placówkach służby zdrowia.

Badanie lekarskie powinno obejmować wywiad, badanie dermatologiczne (stan skóry, uczulenia, włosy, paznokcie) oraz badanie chemiczne czynności wątroby i nerek, morfologiczne krwi, EKG.

KOMENTARZ

Z danych piśmiennictwa światowego wynika, że w placówkach onkologicznych i hematologicznych, w których prowadzi się rutynowe, codzienne leczenie cytostatykami, konieczne jest przestrzeganie podanych powyżej sposobów ochrony zdrowia personelu zatrudnionego przy przygotowaniu i podawaniu tych leków.

Nie przestrzeganie tych zasad może stanowić potencjalne zagrożenie dla zdrowia personelu.

Stopień rzeczywistego zagrożenia nie jest obecnie możliwy do ostatecznej oceny m.in. z powodu braku danych epidemiologicznych i wygasania zainteresowania naukowego tym zagadnieniem, co można wytłumaczyć upowszechnieniem wyżej wymienionych zasad ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych (np. USA, Wielka Brytania, kraje Skandynawskie, Kanada).

Ponadto w świetle dostępnych danych można przyjąć, że narażenie wynikające z krótkotrwałej, sporadycznej ekspozycji na te leki jest bardzo niewielkie.

Wytyczne Centrum Onkologii — wzorowane na wytycznych krajów rozwiniętych — adresowane są więc głównie do pracowników o narażeniu stałym i mają charakter zapobiegawczy zapewniający maksymalne bezpieczeństwo pracy.

Warszawa, wrzesień 1992 r.

Środki odkażające – zabezpieczenie czy zagrożenie zdrowia personelu medycznego

W ostatnich latach obserwuje się duży napływ do Polski różnorodnych środków odkażających, z których każdy reklamowany jest jako bardzo skuteczny i całkowicie bezpieczny. Wiele z nich rozprowadzanych

jest z obcojęzyczną etykietą. W efekcie stosujemy preparaty nie zastanawiając się specjalnie co jest w ich składzie, zakładając, że skoro są one dopuszczone muszą być całkowicie bezpieczne. Z doświadczenia wiemy, że

nie ma w użyciu leków czy preparatów odkażających, które są całkowicie nietoksyczne. W przypadku leków problem polega na wprowadzeniu do organizmu bezpiecznego stężenia danego leku i jest to możliwe do kontrolowania. A jak jest w przypadku środków dezynfekcyjnych? Czy używanie środków odkażających daje nam możliwość dokładnego ich dawkowania? Co wiemy o ich skuteczności? W jakim stopniu stosowanie ich nie stanowi zagrożenia dla pacjentów i personelu?

Wydaje się, że najbardziej kontrowersyjnym składnikiem wielu, stosowanych na polskim rynku, środków odkażających jest aldehyd glutarowy — związek o niekwestionowanym bakterio- wiruso- i grzybobójczym działaniu. Preparaty zawierające w swym składzie aldehyd glutarowy (Cidex, Lisoformin, Secusept forte) są szeroko stosowane zarówno do odkażania powierzchni, jak i instrumentów medycznych.

Obecnie w wielu krajach świata obserwuje się odwrót od preparatów zawierających aldehyd glutarowy ze względu na zagrożenie jakie stanowi on dla personelu medycznego. Zanim zestawiono pewne fakty (powstawanie pewnych chorób u personelu medycznego), w żaden sposób nie wiązano ich z wyeksponowaniem personelu na działanie aldehydu glutarowego. Dopiero opublikowanie w „Lancecie” w 1981 roku przez Axona i współpracowników pracy na temat działań niepożądanych dla personelu medycznego, wynikających ze stosowania do od-

każania endoskopów preparatów zawierających aldehyd glutarowy, uświadomiło nam, na jakie potencjalne zagrożenia jesteśmy narażeni. Autorzy podali, że u 37 proc. personelu szpitali, używających aldehyd glutarowy do odkażania, obserwowano wiele schorzeń wynikających z jego stosowania. Za najczęstsze podawano reakcje alergiczne skóry oraz błon śluzowych. Praca Axona pociągnęła za sobą lawinę doniesień z całego świata o szkodliwości preparatów opartych na aldehydzie glutarowym. Obecnie nie ma już wątpliwości, że stosowanie tych preparatów prowadzi nie tylko do powstawania wielu typowych uczuleń skóry, ale także i astmy u personelu, który je używa. W efekcie Brytyjskie Towarzystwo Gastroenterologiczne zaleca swoim członkom, aby stosowane do odkażania endoskopów preparaty zawierające aldehyd glutarowy używane były wyłącznie w systemach zamkniętych, z użyciem odpowiednich wyciągów. Towarzystwo zwróciło także uwagę, że normalne rękawiczki gumowe nie są wystarczającym zabezpieczeniem, a personel powinien mieć także zabezpieczone oczy odpowiednimi okularami.

Brytyjska Komisja Kontroli Substancji Niebezpiecznych (COSHH) wyznaczyła ostatnio dozwolony standard stężenia aldehydu glutarowego na 0,2 części na 1 milion na 10 minut pracy i narzuciła na pracodawców nie tylko obowiązek precyzyjnego określenia: gdzie i kiedy mogą być stosowane środki

zawierające aldehyd glutarowy (aby nie powodowały uszczerbku zdrowia personelu medycznego), ale również stałego monitorowania stężenia aldehydu w otoczeniu, a także szkolenia personelu o tym, jak zabezpieczyć się przed szkodliwym działaniem tych związków.

W całej angielskiej służbie zdrowia rozpowszechniane są wśród personelu ulotki **Brytyjskiej Komisji Zdrowia i Bezpieczeństwa** nie tylko uświadamiające personel medyczny przed następstwami beztróskiego stosowania tych preparatów, ale także wskazujące sposoby obrony przed negatywnymi skutkami ich stosowania.

Osobnym problemem jest szczególnie zagrożenie środowiska, niszczenie biologicznych oczyszczalni ścieków w następstwie wpuszczania do kanalizacji użytych roztworów aldehydu glutarowego. Zalecana norma wymaga rozpuszczenia każdego litra 2 proc. roztworu aldehydu glutarowego w 20 000 litrach wody przed wprowadzeniem do kanalizacji. Interesujące, czy którykolwiek szpital w Polsce przestrzega tych wymagań? Ciekawe też czy w którymkolwiek szpitalu założone są systemy wentylacyjne zabezpieczające przed szkodliwym działaniem aldehydu? Powstaje pytanie, czy ktokolwiek dokonuje pomiaru stężenia aldehy-

du glutarowego w otoczeniu i sprawdza czy jest to zgodne z normą?

Producenci środków odkażających, opartych na aldehydach glutarowych, świadomi niebezpieczeństw wynikających ze stosowania tak toksycznych substancji starają się zredukować do niezbędnego minimum stężenie aldehydu w składzie preparatów. Pociąga to za sobą niektóre przypadkach zupełnie nieobliczalne konsekwencje. Okazało się, że skuteczność bakterioobójcza niektórych partnerów tego typu nie jest tak duża, jak tych które zawierają duże stężenie aldehydu glutarowego (2 proc.). Przyczyną jest najprawdopodobniej bardzo szybkie uodpornianie się drobnoustrojów na działanie tych preparatów.

Instytucje rządowe USA zmuszone były w trybie natychmiastowym zablokować pod koniec 1991 roku sprzedaż i rozpowszechnianie „bezpiecznego toksykologicznie” — zawierającego 0,1 proc. aldehydu glutarowego — preparatu **Sporocidin**, którego stosowanie wyraźnie powiązane z szerzeniem się zakażeń szpitalnych w wielu amerykańskich szpitalach, a nieskuteczność środka odkażającego w dobie AIDS to już temat innego typu rozważań.

Szkolenia i komunikaty

WYDZIAŁ PIELEŃNIARSKI AM W LUBLINIE W 1993 ROKU ORGANIZUJE NASTĘPUJĄCE KURSY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO:

Dla pracowników domów opieki społecznej:

● Pielęgniarka i pracownik socjalny w systemie opieki społecznej.
Termin: pierwsza połowa stycznia, czas trwania: dwa tygodnie lub 10 dni.

Dla pielęgniarek szkolnych:

● Inowacyjne rozwiązania w pracy pielęgniarstwa szkolnego.
Termin: druga połowa stycznia, czas trwania dwa tygodnie lub 10 dni.

Dla pielęgniarek pozostałych:

● Podstawowe założenia i metodyka pracy pielęgniarki rodzinnej.
Czasokres kursu: druga połowa lutego, dwa tygodnie lub 10 dni.

Dla pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu i pozostałych:

● Działania promocyjne, profilaktyczne i rehabilitacyjne pielęgniarki wobec dysfunkcji układu krążenia.

Czasokres kursu: druga połowa marca, siedem dni.

● Proces pielęgnowania — podstawowe założenia.

Czasokres kursu: druga połowa kwietnia, 7 dni.

Dla położnych i pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu i pozostałych:

● Działania promocyjne i profilaktyczne położnej (pielęgniarki) wobec kobiety ciężarnej i noworodka.

Czasokres kursu: pierwsza połowa maja, 7 dni.

Dla pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu (kadra kierownicza):

● Proces pielęgnowania — czynniki organizacyjne.

Czasokres kursu: druga połowa września.

Dla pielęgniarek pozostałych:

● Koncepcja specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego.

UWAGA:

Wszystkie kursy finansowe są przez osoby fizyczne lub prawne. Zgłoszenia na kursy organizowane w styczniu i lutym przyjmowane będą do 30 listopada a na pozostałe do 30 grudnia br.

Szczegółowych informacji udziela Dziekanat Wydziału Pielęgniarskiego Al. Raclawickie 1. 20-059 Lublin, tel. 272-21.

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Białej Podlaskiej informuje, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Studium Medycyny Społecznej w Warszawie organizuje kursy doskonalące dla kadry pielęgniarskiej:

DLA KADRY KIEROWNICZEJ (pielęgniarki naczelne, przełożone, oddziałowe, kierownicy żłobków) **INSTRUKTORÓW ds. OSWIATY ZDROWOTNEJ, mgr PIEŁĘGNIARSTWA SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W OSWIACIE ZDROWOTNEJ.**

Rola pielęgniarki w promocji zdrowia rodziny (8-12.II.1993 r.)

Rola pielęgniarki w promocji zdrowia rodziny (1-5.III.1993 r.)

DLA mgr PIEŁĘGNIARSTWA PEŁNIĄCYCH FUNKCJE KIEROWNICZE W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Zapobieganie chorobom i promocja zdrowia (15-19.II.1993 r.)

Zapobieganie chorobom i promocja zdrowia (26-30.IV.1993 r.)

Zapobieganie chorobom i promocja zdrowia (31.V-4.VI.1993 r.)

Zapobieganie chorobom i promocja zdrowia (4-8.X.1993 r.)

DLA KADRY KIEROWNICZEJ mgr PIEŁĘGNIARSTWA (pielęgniarki wojewódzkie, naczelne, przełożone), **NACZELNIKÓW WYDZIAŁÓW ZDROWIA, KIEROWNIKÓW DZIAŁÓW METODYCZNO-ORGANIZACYJNYCH ORAZ PIEŁĘGNIAREK Z WYŻSZYM WYKSZTAŁCENIEM SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W MEDYCYNIE SPOŁECZNEJ.**

Reforma ochrony zdrowia — zadania pielęgniarki na dziś i na najbliższą przyszłość, doskonalący (5-9.VI.1993 r.)

Reforma ochrony zdrowia — zadania pielęgniarki na dziś i na najbliższą przyszłość, doskonalący (17-21.V.1993 r.)

DLA MAGISTROW PIEŁĘGNIARSTWA PEŁNIĄCYCH FUNKCJE KIEROWNICZE W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Wybrane zagadnienia epidemiologii klinicznej i demografii, doskonalący (8-12.III.1993 r.)

Wybrane zagadnienia epidemiologii klinicznej i demografii, doskonalący (13-17.IX.1993 r.)

DLA mgr PIEŁĘGNIARSTWA Z ODDZIAŁÓW: KARDIOLOGII, ZAKAZNYCH I INNYCH, KIEROWNIKÓW WODKIM, PRZEŁOŻONYCH PIEŁĘGNIAREK DS. OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ.

Choroby cywilizacyjne w aspekcie epidemiologicznym i profilaktycznym, doskonalący (27.IX.-1.X.1993 r.)

Choroby cywilizacyjne w aspekcie epidemiologicznym i profilaktycznym, doskonalący (25-29.X.1993 r.)

Choroby cywilizacyjne w aspekcie epidemiologicznym i profilaktycznym, doskonalący (29XI.-3.XII.1993 r.)

Osoby pragnące uczestniczyć w kursach powinny zgłosić się po formularze zgłoszeń do WODKM w Białej Podlaskiej i złożyć je z co najmniej trzy miesięcznym wyprzedzeniem.



WYDZIAŁ PIELEŃNIARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE

Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej
we współpracy z

Centrum Metodycznym Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

organizuje 7-8 maja 1993 roku w Lublinie

Konferencję nt:

ORGANIZACJA OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ A ZMIANY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

(pielęgniarskie stanowiska pracy, nowe formy opieki, koncepcje, stan przygotowań, gotowość do przyjęcia nowych zadań)

Proponowany zakres tematyki:

1. Pielęgniarskie stanowiska pracy w zakładach opieki zdrowotnej.
2. Organizacja opieki pielęgniarskiej nad wybranymi grupami ludności.
3. Standardy pielęgnowania.
4. Ekonomizacja działań pielęgniarskich.
5. Pielęgniarka — menedżer.
6. Pielęgniarka a praktyka prywatna.

Cel Konferencji:

Wymiana poglądów na temat kierunków i zakresu zmian organizacji opieki pielęgniarskiej, niezbędnych w czasie przekształceń systemu ochrony zdrowia oraz przegląd praktycznych rozwiązań.

Propozycje uczestnictwa:

Do wzięcia udziału w Konferencji serdecznie zapraszamy wszystkich, którym stan polskiego pielęgniarstwa w zmieniającej się rzeczywistości nie jest obojętny. Szczególnie zależy nam na uczestnictwie Pracowników Wydziałów Pielęgniarskich oraz Kierowniczej Kadry Pielęgniarskiej, gdyż od wiedzy, umiejętności i determinacji tej grupy zależą w dużej mierze wyniki podejmowanych działań.

Formy uczestnictwa:

Wygłoszenie referatu lub prezentacja plakatu.

Warunki:

1. Wygłoszenie referatu — czas 10 minut.
2. Sesja plakatowa — przygotowanie plakatu oraz jednostronicowe streszczenie.

Terminy:

1. Nadsyłanie jednostronicowych streszczeń wraz z kartą uczestnictwa do 31 stycznia 1993 roku.
2. Nadsyłanie tekstów referatów (w formie 4-5 stronicowego opracowania) do 28 lutego 1993 roku.

Przewiduje się opublikowanie referatów, streszczeń plakatów i innych materiałów.

Adres organizatorów:

Zakład Organizacji Pracy Pielęgniarskiej
Wydział Pielęgniarski Akademia Medyczna
20-059 LUBLIN
Al. Raławickie 1
tel. 200-61, w. 255

Z żałobnej karty

Koleżance Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Noworodkowego WSzZ w Białej Podlaskiej **WANDZIE GROMYSZ** — z powodu śmierci **OJCA** wyrazy serdecznego współzucia

składa

SAMORZĄD
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w BIAŁEJ PODLASKIEJ

Pielęgniarce dyplomowej Oddziału Internistycznego Szpitala w Parczewie — **ELŻBIECIE WYSOCKIEJ**, wyrazy współzucia z powodu śmierci **MATKI** składa:

SAMORZĄD
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w PARCZEWIE

Z okazji DNIA EDUKACJI NARODOWEJ

*wszystkim NAUCZYCIELOM składamy życzenia, wielu
radości i zadowolenia z pracy pedagogicznej oraz zdrowia
i pomyślności w życiu osobistym.*

PIEŁĘGNIARKA WOJEWÓDZKA

GŁÓWNY
LEKARZ WOJEWÓDZKI

ELŻBIETA STOCKA

JAN KALINOWSKI

Biała Podlaska, dnia 14-10-1992 r.

