nowiny szpitalne

Szpitale: ul. Długa 1/2 • ul. Szamarzewskiego 82/84 • Hospicjum Palium - os. Rusa 55

Periodyk informacyjny dla Pracowników i Sympatyków Szpitala Klinicznego
Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

ISSN 1643-0980

nr 4 /2018
(82) XVIII rok
listopad-grudzień 2018

Wydanie specjalne

współfinansowane ze środków Unii Europejskiej
- w ramach projektu PROPULMO

PROPULMO - inwestycja w leczenie chorób płuc str. 8

PROPULMO

Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Rzeczpospolita Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

www.mapadotacji.gov.pl

W tych wyjątkowych dniach Świąt Bożego Narodzenia, chcemy Państwu życzyć wiele zadowolenia i sukcesów z podjętych wyzwań. Niech ten czas upływa w rodzinnej atmosferze i przynosi wiele radości oraz optymizmu.

Dyrekcja Szpitala i Zespół PROPULMO

„Aby Święta Bożego Narodzenia były bliskością i spokojem, a Nowy Rok – dobrym czasem”.

(K. I. Gałczyński)

Kalendarium

5 października
- Pracę w naszym Szpitalu zakończył Pan prof. Grzegorz Oszkinis.

10 października
- Została uruchomiona strona poświęcona naszemu projektowi PROPULMO – www.propulmo.skpp.edu.pl

17-18 października
- Odbyło się XVII Forum Szpitali.

17 października
- Odbył się Wieczór św. Łukasza. Gościem specjalnym był Pan Minister Zdrowia, prof. Łukasz Szumowski.

19 października
- Z rąk Pana Prezydenta Andrzeja Dudy nominację profesorską otrzymał Pan prof. Przemysław Mitkowski.

22 października
- Odbyła się Rada Społeczna. Przewodniczący Rady, prof. Przemysław Mikołajczak, w imieniu wszystkich Członków, podziękował Panu Dyrektorowi Taladze za udaną współpracę w ramach Rady Społecznej.

5 listopada
- Odbyła się konferencja prasowa, której tematem była nasza monografia Długa – opowieść Mistrzów.

6 listopada
- W naszym Szpitalu odbyły się ćwiczenia ewakuacyjne,
- W godzinach popołudniowych, gościliśmy w naszym Szpitalu Wiceministra Zdrowia, Pana Sławomira Gadomskiego.

13 listopada
- Pan Profesor Jemielity wraz z Zespołem przeszczepił po raz 50. serce Pacjentowi cierpiącemu na kardiomiopatię pozapalną. Tydzień wcześniej, 5 listopada, nasz poprzedni pacjent także otrzymał nowe serce - tego dnia przypadała 33 rocznica pierwszego przeszczepu serca w Polsce.

19 listopada
- Odbyła się Rada Medyczna.

21 listopada
- Odbyła się konferencja prasowa, na której przedstawione zostały m.in. informacje na temat bezpłatnych badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty – temat przybliżył Pan Prof. Zbigniew Krasiński, Pani Prof. Halina Batura-Gabryel poinformowała o obchodach Światowego Dnia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc.

22 listopada
- W Urzędzie Wojewódzkim odbyła się konferencja pt.: „Aspekty prawne, ekonomiczne i prawne procesu leczenia krwią. Konferencja została objęta Patronatem Honorowym przez Wojewodę Wielkopolski Pana Zbigniewa Hoffmana.

24 listopada oraz 1 grudnia
- Przy ul. Szamarzewskiego odbyły się bezpłatne, praktyczne szkolenia dla opiekunów osób chorych będących pod opieką rodziny.

6-7 grudnia
- Odbyła się konferencja „Fenomen cierpienia”.

Bartosz Sobański

Redakcja:
ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań
tel. 61 854 91 21, fax 61 852 94 72
szpital@skpp.edu.pl

Zespół redakcyjny:
Szczepan Cofta, Agata Michalak,
Karolina Moszyńska, Natalia Kuźniak, Zuzanna Skrzypek,
Bartosz Sobański (redaktor prowadzący)

Wydawca:
Szpital Kliniczny *Przemienienia Pańskiego* Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Stowarzyszenie Bono Serviamus, Wydawnictwo Kontekst

Sekcja Marketingu i Konferencji:
Karolina Moszyńska
karolina.moszynska@skpp.edu.pl
tel. 61 854 92 18

Realizacja:
LUCKYYOU Interactive
www.luckyyou.pl | office@luckyyou.pl

Druk: Boltimor

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadsyłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczonych reklam.

Pulmonologiczna rewolucja

Fot. Archiwum szpitala

Zaszczytem jest reprezentowanie dziedziny, która w ostatnich kilku dekadach przebyła niezwykle intrygującą ewolucję. Od ftyzjatrii, dziedziny zajmującej się gruźlicą, do pulmonologii – pełnoprawnej gałęzi interny, zajmującej się szeroko pojętymi chorobami płuc. Obecnie przeżywamy okres dynamicznego rozwoju nauki o chorobach układu oddechowego, które odzwierciedlone są w postępach, w diagnostyce i leczeniu chorób płuc. W naszych codziennych działaniach współpracujemy interdyscyplinarnie z lekarzami innych specjalności, staramy się personalizować leczenie i działać holistycznie.

Obecnie od prawie 20 lat nasza Klinika, Oddział, Pracownie i Poradnie pulmonologiczne mieszczą się w budynku przy ul Szamarzewskiego 82/84. Nie możemy zapomnieć, że budynek przy ulicy Szamarzewskiego budowany w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku dedykowany był pacjentom z gruźlicą. Upamiętnia to krzyż „przeciwgruźliczy" pozostawiony po prawej stronie od głównego wejścia. Cieszymy się, że wraz z upływem lat rozwijamy swoją pulmonologiczną działalność. Nie ukrywamy, że niewiele polskich uniwersyteckich oddziałów pulmonologicznych ma szansę rozwijać pełen profil swojej działalności w tej dziedzinie. Oprócz klasycznej pulmonologii – zajmującej się zakażeniami układu oddechowego oraz nowotworami płuc – udało się nam stworzyć silny ośrodek zajmujący się opieką nad pacjentami z dwoma podstawowymi schorzeniami obturacyjnymi: przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz astmą. Także pacjenci z astmą ciężką, wymagającą nowoczesnego leczenia spersonalizowanego, są pod naszą opieką. Schronienie znajdują u nas pacjenci z niedoborami odporności oraz, przede wszystkim, duża grupa pacjentów z mukowiscydozą, plasująca nas w czołówce opieki nad dorosłymi z tym schorzeniem w kraju. Radością jest, że osobom wymagającym izolacji z racji konieczności zapobieżenia krzyżowym zakażeniom tworzymy – dzięki rozbudowie – godziwe możliwości. Prowadzimy laboratorium snu, diagnozujemy i leczymy choroby śródmiąższowe płuc oraz inne rzadkie choroby płuc.

Rozwijając segment opieki pozaszpitalnej, tzw. home care, opiekujemy się ponad stu pięćdziesięcioma pacjentami z niewydolnością oddychania, poddawanymi przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych, a także jesteśmy jedynym miejscem w kraju, w którym pacjenci mogą mieć prowadzoną antybiotykoterapię dożylną w domu. Do tego liczne – dobrze wyposażone – pracownie, a nade wszystko zespół o dobrych tradycjach: począwszy od profesora Jana Roguskiego, przez panią profesor Irenę Westfal, profesora Mieczysława Firlika, którego dwudziestopięciolecie śmierci wspominamy w tym roku, a także profesora Witolda Młynarczyka.

Jestem dumna z zespołu pracującego na naszym oddziale. Stanowimy bardzo dobrze współpracujący wielodyscyplinarny zespół, w którym – oprócz znakomitych lekarzy, pracujących z ogromnym oddaniem dla pacjentów – szczególne miejsce zajmują wybitne, pełne oddania panie pielęgniarki, niosące sobą najlepszą szkołę wykonywania tego zawodu, fizjoterapeuci, pracownicy obsługi. Dziękujemy szerokiemu gronu pracowników szpitala za wspieranie naszej działalności.

Jesteśmy także potentatem dydaktycznym. Każdego roku przez nasz oddział przewija się kilka tysięcy studentów. Prowadzimy także dydaktykę podyplomową w dziedzinie „Choroby płuc" oraz „Choroby wewnętrzne". Nasi rezydenci są mocno zaangażowani w codzienną pracę oddziału, a także w innych przedsięwzięciach, które podejmujemy. W trudnych czasach, w jakich przyszło nam żyć, bardzo cieszę się przebywając z tymi młodymi, ambitnymi, ciężko pracującymi i zdolnymi lekarzami. Ich podejście do pacjentów oraz współpracowników jest godne naśladowania. Oni napawają mnie optymizmem co do przyszłości zawodu lekarskiego.

Staramy się także rozwijać naukę. Nasza obecność na forum polskim jest znacząca, także dzięki organizowanym dorocznie dwóm konferencjom dla pulmonologów, internistów oraz lekarzy rodzinnych (Repetytorium Pulmonologiczne oraz Top Pulmonological Trends).

Od pewnego czasu pełnię funkcje konsultanta krajowego w pulmonologii, starając się wpłynąć na pozycję pulmonologii i poprawę warunków leczenia chorych.

Obecnie, dzięki uzyskaniu funduszy z Funduszu Europejskiego, trwa dobudowa i remont starszej części naszego oddziału. Po zakończeniu budowy poprawią się warunki i standard naszych świadczeń zdrowotnych. Teraz nie jest łatwo, lecz jestem spokojna – z moim zespołem pracowników potrafimy zrobić wiele.

Mamy nadzieję, że nowy rok – dzięki realizowanemu programowi europejskiemu oraz wsparciu ministerstwa i szpitala - stworzy nowe możliwości, dla dobra pacjentów, personelu i licznego grona studentów, którymi opiekujemy się podczas nauki na naszym oddziale.

prof. dr hab. n. med. Halina Batura-Gabryel

Radości i troski kończącego się roku

Fot. Archiwum szpitala

Każdy, kto pracował kiedyś w monoprofilowym szpitalu, doceni bogactwo, jakie niesie ze sobą szpital wielospecjalistyczny. Nawet jeśli usytuowany jest w trzech miejscach Poznania. Różnorodność specjalności, ale także ludzkich charakterów, na które – jak dostrzegamy – choćby w części mają wpływ reprezentowane zawody i specjalizacje, ubogaca. Sytuacja taka niesie możliwości wymiany wiedzy i umiejętności w różnych zakresach, pomnażanej przez jej dzielenie. Zaszczytna historia Szpitala mobilizuje do przekazywania tradycji medycznej z pokolenia na pokolenie.

Pierwszym filarem jest oczywiście profil sercowo – naczyniowy przy ulicy Długiej, drugim filarem profil onkologiczny przy Szamarzewskiego. W pewnym sensie „nie pasuje" na Długiej okulistyka, o której teraz przeniesienie staramy się do części jeżyckiej Szpitala. Oddziały intensywnej terapii, a także dziedzin interny, w tej części stają się istotnym elementem bezpieczeństwa całego organizmu. Do tego opieka paliatywna mobilizująca do przywracania holistycznego wymiaru medycyny. Ponadprzeciętne bogactwo struktury, wyposażenia i ludzi.

Chcąc podsumować 2018 rok można stwierdzić, iż obfitował on zarówno w radości, jak i w troski. Radością dobiegającego już do końca roku jest niewątpliwie wykonany pięćdziesiąty przeszczep serca, pozyskane środki unijne na remont i rozbudowę oddziału pulmonologii z centrum mukowiscydozy, pododdziałem dziennym oraz laboratorium snu. Sukcesem stało się rozpoczęcie budowy oddziału okulistyki. Wiele zakupów, kilka remontów. Osiągnięcia oddziałów i klinik zbiorowe, ale także osobiste. A poza tym najpierw wizyta u nas ministra Łukasza Szumowskiego w październiku, a krótko potem wizyta wiceministra Sławomira Gadomskiego. I jeszcze Forum Szpitali Klinicznych z wiodącą naszą rolą w Polskiej Unii Szpitali Klinicznych. Także sympozjum poświęcone aspektom medycznym, prawnym i finansowym gospodarki krwią oraz stająca się dużym sukcesem Akademia Opiekuna, finansowana ze środków Miasta.

To bogactwo jednak – jak jesteśmy tego świadomi – związane jest z wieloma ograniczeniami i balastami oraz jest przyczyną trosk mijającego roku. Pierwszym jest nieprawdopodobnie burzliwy napór pacjentów doświadczany przez nas w większości reprezentowanych dziedzin. Przecież moglibyśmy pracować o wiele spokojniej (a przy tym bezpieczniej), gdybyśmy tym naporem byli mniej obciążeni. Odpowiadamy, że jednak nie wypada – z racji społecznych - używać swej asertywności, o ile mamy tak szczególny potencjał. Drugim ograniczeniem i balastem są nie tylko stare mury Długiej, ale także ciasnota całego szpitala. Koniec roku nie sprzyja także spełnianiu wszelkich medycznych życzeń ze względu na reżim ryczałtowy, którego nie udaje się przełamać. Do tego poczucie pokrzywdzenia finansowego dużej części przedstawicieli zawodów medycznych i pomocniczych, a także administracji, któremu tak trudno przeciwdziałać.

Pozostaje najistotniejszym pytaniem, jak funkcjonować przy olbrzymim naporze pacjentów, w zatłoczonych przestrzeniach o ograniczonej pojemności, na dodatek przy ograniczonych środkach – co tak często nas uwiera.

Sądzę, że przede wszystkim wizja działania we wspólnym poczuciu wypełniania dobra może pomagać w przezwyciężaniu tych ograniczeń i niemożności. Pozwoli zachować harmonię, do której ofiarowania jesteśmy zobowiązani wobec naszych pacjentów. Dobrze, jeśli w codziennym działaniu Szpitala – mimo ograniczeń, których jesteśmy świadomi – może powstawać harmonia międzyludzkiej współpracy, a także harmonia organizacyjna. Kwestionując stare przyzwyczajenia i podejmując każdego dnia wyzwania z nowym dynamizmem.

Bieżące miesiące – mimo trosk - niosą wiele nadziei. Staramy się o nowy szpital kliniczny w Poznaniu, ale póki co żyjemy nowymi przestrzeniami pulmonologii i okulistyki, a także możliwościami wynikającymi z potencjalnej możliwości rozgęszczenia działalności w macierzystej części Szpitala. Ciesząc się z naszych bogactw próbujemy podążać w harmonijnym rozwoju.

Odwołując się na koniec do mojego osobistego zaangażowania w życie szpitalne, nie mogę nie wyrazić, że powierzone mi – nie wiem na jak długo – dyrekcyjne obowiązki chciałbym wypełniać w duchu służebnym (nie boję się tego słowa, choć niektórzy go unikają bądź nie rozeznają). Chcąc nadal dbać o harmonię Szpitala, szukając dróg rozwoju. Choć Szpital jest rozproszony w kilku miejscach i moja misja też w ten sposób musi być podzielona, racją mojej funkcji dyrektorskiej jest pozostanie lekarzem funkcjonującym możliwie blisko pacjentów i ich spraw, ze szczególną troską o zapewnienie harmonii wszelkich zawodów medycznych i towarzyszących, ze szczególnym docenieniem pomocnej nam wszystkim i spajającej nas administracji, troszczącej się mozolnie o wspólne dobro. Chciałbym, by gościła w naszym codziennym funkcjonowaniu tak zwana zasada pomocniczości czyli subsydiarności. Ale o niej przyjdzie napisać odrębnie.

dr hab. n. med. Szczepan Cofta
Naczelny Lekarz Szpitala

Wieczór św. Łukasza

W dniu 17 października w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UMP odbył się kolejny Wieczór św. Łukasza, towarzyszący XVII Forum Szpitali. Wieczór okazał się - jak co roku - niezwykły. Stało się tak za sprawą wielu wyjątkowych okoliczności. Uroczystość w tym roku poprowadzili Pani prof. Lidia Gil oraz Pan prof. Wiesław Bryl.

Wieczór rozpoczął się od podziękowania za wieloletnią pracę odchodzącemu na emeryturę Dyrektorowi Szpitala, Panu dr. Janowi Taladze. Podziękowania ze strony wielu osobistości, w tym JM Pana Rektora Prof. Andrzeja Tykarskiego uświetnił film, który był ukłonem Pracowników Szpitala w stronę Pana Dyrektora. Następnie podziękowano odchodzącej na emeryturę Pani prof. Danucie Pupek-Musialik oraz Panu Prof. Mieczysławowi Komarnickiemu. Kolejnym ciekawym akcentem Wieczoru była promocja monografii pt.: Długa – opowieść Mistrzów. Wśród zaproszonych Gości nie mogło zabraknąć bohaterów książki oraz studentów, którzy przeprowadzili rozmowy z Mistrzami.

Gościem specjalnym był Minister Zdrowia, Prof. Łukasz Szumowski, który wygłosił wykład pt.: Jak łączyć służbę pacjentom z prowadzeniem pracy naukowej oraz skutecznym formowaniem kolejnych pokoleń medyków. (Salus aegroti – Educatio – Scientia).

fot. archiwum Szpitala

Minister Zdrowia, Prof. Łukasz Szumowski podczas wykładu

Oto fragment wykładu:

„Dzisiaj możemy usłyszeć na świecie wiele tez, które nie do końca okazują się być prawdziwe, pojawia się bardzo wiele prób podważenia autorytetu różnych osób, w tym także autorytetu lekarza. Myślę, że jest to działanie, którego negatywny wpływ trudno przecenić. Zawód zaufania, którym był zawsze lekarz, czy inne zawody medyczne, zaczyna być podważany. Lekarze działają na rzecz korporacji, na rzecz tajemniczych organizacji. Podważane są kompetencje, wiarygodność i prawdomówność. Myślę, że powinniśmy z tym zdecydowanie walczyć, również sami ze sobą, żeby pacjentowi zawsze przedstawiać prawdę, żeby przekazywać informacje w zrozumiały dla niego sposób, ale jednocześnie jasno informować, że proponujemy mu konkretną analizę czy badanie dla jego dobra. Jeżeli wyjaśnimy to wszystko w sposób klarowny, językiem zrozumiałym dla pacjenta, to myślę, że będziemy umacniać zaufanie wobec nas. Musimy to zaufanie budować, bo na nim opiera się zarówno praca kliniczna jak i badawcza. Oczywiście są nauki podstawowe, ale laur pierwszeństwa w medycynie mają nauki kliniczne.

Życzyłbym wszystkim młodym adeptom, młodym studentom, by mieli pasję, żeby chcieli się jej poświęcić, nierzadko do późnych godzin nocnych, żeby mogli spotkać Mentora i Mistrza, który zarazi ich pasją i pokaże, jak fascynującym obszarem do odkrywania jest drugi człowiek. Ale żeby mieli też ogromną ilość pokory w sobie, bo tym, co cechuje dobrego lekarza, dobrego badacza jest właśnie pokora – żeby być zawsze gotowym, powiedzieć: „nie wiem". Jeżeli tej pokory zabraknie, to cały ten proces badawczy i kliniczny może zejść na manowce. I życzę młodym kolegom, ale także sobie, aby ta pasja i te trzy cechy – chęć odkrywania rzeczywistości, przekazywanie tej wiedzy innym oraz odpowiedzialność społeczna - były przekazywane młodszym pokoleniom. Uważam, że postęp w dziedzinie medycyny jest tak duży, że tych odkryć starczy dla nich wszystkich, zawsze. W związku z tym warto łączyć pracę badawczą z pracą kliniczną. Każdy lekarz powinien być również badaczem, żeby był dobrym lekarzem."

Po wykładzie przystąpiono do przyznawania wyróżnień Bono Servienti, przyznawanych przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Bono Serviamus.

Fot. Archiwum Szpitala

Stojący od lewej - Pan Dyrektor, dr hab. n. med. Szczepan Cofta, Agnieszka Seredyńska

Odznaczeniami wyróżniono: Pana dr Jana Talagę – w uznaniu za wieloletnią pracę, umiejętność budowania harmonii, dobór współpracowników oraz zapewnienie stabilnego, charakteryzującego się rozwojem, funkcjonowania Szpitala, Panią dr Justynę Biedę wraz z Zespołem – w uznaniu za szczególną postawę lekarską, cechującą się merytoryczną kompetencją z jednoczesną umiejętnością kierowania Zespołem, Panią Hannę Jazy – w uznaniu postawy kompetencji i życzliwości w posłudze administracyjnej; dla osoby gotowej wspierać ze szczególnym oddaniem specjalizujących się lekarzy, Pana Dariusza Łeszyka – w uznaniu wzorowej i prowadzonej ze szczególnym oddaniem – także w harmonii z innymi Pracownikami – pracy w magazynie szpitalnym, Panią Hannę Mroczkowską – w uznaniu za wzorową pracę i będącą przykładem postawy pielęgniarskiej, łączącą kompetencję z postawą pomocy i wrażliwości.

Fot. Archiwum Szpitala

Łukasz Kuropaczewski w czasie występu

Po oficjalnej części uroczystości Goście mieli okazję posłuchać utworów w wykonaniu znakomitego gitarzysty, Pana Łukasza Kuropaczewskiego, którego sylwetkę przybliżyliśmy w poprzednim numerze Nowin Szpitalnych.

Przy okazji wspomnienia występu muzycznego, pamiętamy także o muzykach, którzy ubogacili wieczór wybornym muzycznym tłem: Pani dr Anna Braszak oraz Mikołaj Gamalczyk – student III roku Wydziału Lekarskiego UM.

Po zakończeniu części artystycznej nasi Goście mogli raczyć się rozmowami, benedyktynką oraz świętomarcińskimi rogalami.

Bartosz Sobański

Forum Szpitali

W dniach 17-18 października 2018 r. w Hotelu Andersia Poznań odbyło się siedemnaste Forum Szpitali. Jak co roku wydarzenie przyciągnęło zarządzających szpitalami z całej Polski, w tym przedstawicieli ponad 22 szpitali członkowskich Polskiej Unii Szpitali Klinicznych.

Konferencja składała się z ośmiu sesji. Wśród wiodących tematów pierwszego dnia Forum znalazły się m.in.: sytuacja szpitali w tzw. „sieci szpitali" po roku jej funkcjonowania oraz stan sanitarno-epidemiologiczny szpitali. Sytuację wielkopolskich podmiotów leczniczych w swoim wystąpieniu przybliżyła p. mec. Agnieszka Pachciarz – Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Sytuację epidemiologiczną polskich szpitali nakreślił p. dr Tomasz Ozorowski, a do dyskusji na temat sanitarno-epidemiologicznego stanu lecznic włączyła się przedstawiciel Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-epidemiologicznej p. Mariola Bissinger oraz zaproszeni do dyskusji dyrektorzy. Historyczny akcent podczas konferencji zapewniła p. dr n. med. Halina Bogusz, która przybliżyła tematykę zakażeń w dziejach Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego.

Fot. Archiwum Szpitala

Dr n. med. Krystyna Mackiewicz oraz dr hab. med. Szczepan Cofta

Jak co roku czynny udział w konferencji brali dyrektorzy szpitali klinicznych z całej Polski, którzy podzielili się z uczestnikami Forum swoimi dylematami zarządczymi. Wśród prelegentów znaleźli się: p. Mariola Dwornikowska (Z-ca Dyrektora ds. Finansowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu), p. dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś (Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy) oraz p. Piotr Nowicki (Pełnomocnik Rektora ds. restrukturyzacji podmiotów leczniczych i organizacji onkologii klinicznej WUM).

Pod koniec pierwszego dnia obrad odbył się Walny Zjazd Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, podczas którego w drodze wyborów wyłoniony został nowy Przewodniczącym Stowarzyszenia - dr hab. med. Szczepan Cofta, który - jak zapewnił - będzie kontynuował dzieło integracji środowiska dyrektorów szpitali klinicznych z całej Polski, jak dotychczas robił to p. lek. med. Jan Talaga.

Fot. Archiwum Szpitala

Uczestnicy konferencji

Podczas drugiego dnia obrad w sesji dot. prawnych aspektów działalności szpitali p. dr n. med. Paweł Uruski omówił założenia Konstytucji dla Nauki, a Pani dr hab. n. prawn. Monika Urbaniak podsumowała pierwszą kadencję działalności komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Analizy ankiet dot. skutków regulacji płacowych na finanse szpitali klinicznych uzyskanych od członków PUSK podjął się kierownik Działu Planowania i Analiz SKPP p. Agnieszka Seredyńska. Swoimi doświadczeniami z zakresu zastosowania nowoczesnych modeli organizacyjnych w praktyce szpitalnej podzielił się p. dr Maciej Sobkowski (Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM w Poznaniu), o związkach zawodowych w szpitalu klinicznym mówiła p. Ewa Książek-Bator (członek honorowy PUSK), a temat Efekty świadomego zarządzania czasem pracy personelu medycznego - case study zaprezentował p. Eugeniusz Koncewoj (Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM Sp. z o.o.).

Podczas Forum poruszona została również kwestia stosowania leków biologicznych w praktyce szpitalnej. Nasze zaproszenie do debaty przyjęli: Kierownik Apteki SKPP p. dr n. farm. Hanna Jankowiak-Gracz, p. Barbara Mroczyk (WOW NFZ), p. dr hab. med. Szczepan Cofta, dr hab. med. Radosław Mądry (Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii Onkologicznej) oraz prof. dr hab. Henryk Mruk (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu).

Swój wkład w kształt Forum oraz jego wysoką merytoryczną wartość mieli również przedstawiciele instytucji z zakresu ochrony zdrowia: p. Paweł Masiarz (pełnomocnik Dyrektora ds. Interoperacyjności SIOZ), p. Jakub Adamski (Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia).

Czynny udział wzięli również lekarze - praktycy, którzy podzielili się swoją wiedzą oraz doświadczeniem z obszaru organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Nasze zaproszenie do czynnego udziału w Forum przyjęła p. prof. dr med. Joanna Gilis-Januszewska, która przybliżyła zebranym organizację systemu ochrony zdrowia w Niemczech z punktu widzenia lekarza, a także lek. med. Łukasz Woźniacki, który podzielił się swoimi spostrzeżeniami z zakresu medycznych systemów informatycznych.

Fot. Archiwum Szpitala

Dr Tomasz Ozorowski podczas prelekcji

Niewątpliwym urozmaiceniem konferencji było wystąpienie p. prof. dr hab. Henryka Mruka, który w swojej prezentacji jako prywatnie zapalony pszczelarz szukał analogii między szpitalem, a organizacją ulu. Wystąpienie Pana Profesora przybliżyło nam niesamowity świat pszczół – jako organizacji niemal idealnej.

Po raz kolejny nie zawiedli dyrektorzy poznańskich szpitali klinicznych, którzy wspomagając organizatorów Forum prowadzili poszczególne sesje tematyczne, za co serdecznie dziękujemy.

Agata Michalak

PROPULMO

„PROPULMO - poprawa kompleksowości i jakości leczenia pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dorosłymi chorymi z mukowiscydozą w Szpitalu Klinicznym *Przemienienia Pańskiego*".

Projekt jest realizowany na terenie Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* w Poznaniu od lutego 2018 roku. Dzięki postępom w przebudowie dziś możemy już podziwiać otynkowany budynek z zewnątrz i trwające wewnątrz prace wykończeniowe.

Inwestycja zakłada:

- poprawę infrastruktury istniejącego Oddziału Pulmonologii,
- unowocześnienie warunków lokalowych Oddziału Pulmonologii,
- doposażenie oddziałów i dostarczenie nowej aparatury medycznej.
- wydzielenie sal izolacyjnych dla chorych na mukowiscydozę oraz pacjentów z innymi schorzeniami układu oddechowego wymagających izolacji.

Celem projektu jest również zapewnienie odpowiednich warunków działania Pracowni Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu oraz wydzielenie przestrzeni dla pobytu jednodniowego, co wpłynie na poprawę opieki nad pacjentami z:

- rakiem płuca poddawanymi chemioterapii bądź ocenie okresowej,
- pierwotnymi niedoborami odporności poddawanymi substytucji, preparatami immunoglobulin,
- astmą ciężką leczonych biologicznie,
- chorobami alergicznymi poddawanymi swoistej immunoterapii alergenowej,
- mukowiscydozą otrzymujących dożylną, ambulatoryjną antybiotykoterapię w trybie jednodniowej hospitalizacji.

Przygotowanie oraz modernizacja sali pozwoli również na poprawę warunków i poszerzy możliwości wykonywania procedur szybkiej diagnostyki pulmonologicznej, w tym raka płuca, także w ramach jednodniowej hospitalizacji. Pozwoli to na obniżenie kosztów i skrócenie czasu trwania prowadzonej diagnostyki. Ponadto w ramach inwestycji zaplanowano doposażenie i remont sal wzmożonego nadzoru pulmonologicznego, zapewniając w ten sposób optymalne warunki zastosowania technik nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej niezbędnych w leczeniu przewlekłej niewydolności oddychania. Remont, reorganizacja i doposażenie Pracowni Zaburzeń Oddychania w czasie Snu (Laboratorium Snu) istotnie wpłynie na poprawę opieki nad pacjentami z zaburzeniami snu. Projekt PROPULMO poprzez umocnienie jedynego w województwie i zachodniej Polsce ośrodka mukowiscydozy dla dorosłych istotnie zwiększy dostępność leczenia dla osób dorosłych z regionu.

W ramach projektu dla pacjentów zorganizowany zostanie Piknik Zdrowia, który będzie zwieńczeniem prac wykonywanych w obszarze inwestycji. Pacjenci podczas eventu będą mieli możliwość przebadania i dowiedzenia się więcej na temat profilaktyki chorób układu oddechowego. Projekt, oprócz modernizacji infrastruktury Szpitala, ma na celu zwrócenie uwagi na problem osób dorosłych zmagających się z mukowiscydozą i fakt, że ośrodków leczących takich pacjentów w Polsce jest wciąż zbyt mało. Inwestycja w swoich założeniach wpisuje się w podstawowe zamierzenie programu POIiŚ w ramach IX Osi Priorytetowej, jakim jest poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w kluczowych obszarach. Realizacja projektu wpłynie na poprawę usług medycznych w zakresie pulmonologii oraz na rozwój społeczno-gospodarczego obszaru objętego programem operacyjnym POIiŚ, gdyż ograniczy regionalne dysproporcje w infrastrukturze zdrowotnej, zakłada dbałość o środowisko naturalne, równość uprawnień i płci.

Wierzymy, że projekt pozwoli wypełnić lukę w obszarze leczenia osób dorosłych z mukowiscydozą oraz zapewni godne i odpowiednie warunki do zmagania się z chorobami układu oddechowego pacjentom, zapewniając najnowocześniejsze metody leczenia i najwyższej jakości diagnostykę.

W nowy sprzęt wyposażone zostaną:

Oddział Pulmonologii

16 rodzajów aparatury
w łącznej liczbie
98 urządzeń

Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego i Aerozoloterapii

4 rodzaje aparatury
w łącznej liczbie
10 urządzeń

Pracownia Zaburzeń Oddychania w czasie Snu

4 rodzaje aparatury
w łącznej liczbie
13 urządzeń

Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Układu Oddechowego

4 rodzaje aparatury
w łącznej liczbie
5 urządzeń

Oddział Intensywnej Terapii Medycznej

5 rodzajów aparatury
w łącznej liczbie
14 urządzeń

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

5 rodzajów aparatury
w łącznej liczbie
5 urządzeń

Laboratorium Mikrobiologii

2 rodzaje aparatury
w łącznej liczbie
2 urządzeń

Relacja zdjęciowa z realizacji projektu:

Zespół PROPUMO

Sprzęt – jak pomoże pacjentom?

Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej: 3 827 031,00 zł

Echokardiograf

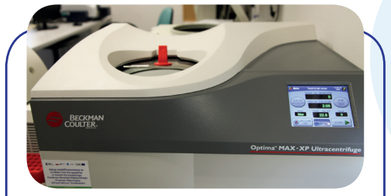
Przeznaczony dla pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego, u których dochodzi do powstania przewlekłego serca płucnego. Niezbędny w diagnozie nadciśnienia płucnego.

BIPAP z osprzętem

Sprzęt używany w hospitalizacji pacjentów z ciężką niewydolnością oddechową. Dotyczy to szczególnie chorych z zaostrzeniem POCHP, astmą oskrzelową, mukowiscydozą, deformacją klatki piersiowej.

Bronchofiberoskop z możliwością podłączenia do toru wizyjnego

Sprzęt szczególnie ważny w zabiegach wykonywanych u pacjentów z mukowiscydozą i astmą oskrzelową, umożliwiający toaletę drzewa oskrzelowego.

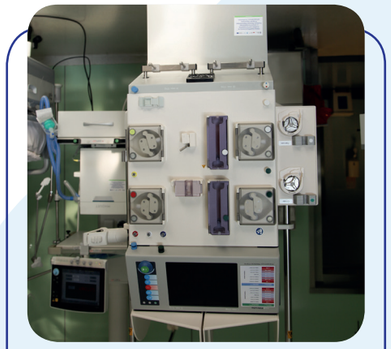


Ultrawirówka + 1 rotor horyzontalny, 1 rotor kątowy

Umożliwi uzyskiwanie różnych frakcji molekuł ze względu na zastosowany gradient: frakcjonowanie i izolacja białek oraz poszczególnych organelli komórkowych.

Spektrofotometr mikropłytkowy + płuczka mikropłytkowa

Umożliwi wprowadzenie testów specjalistycznych w diagnostyce zaburzeń odporności oraz ocenę funkcji komórek immunokompetentnych.

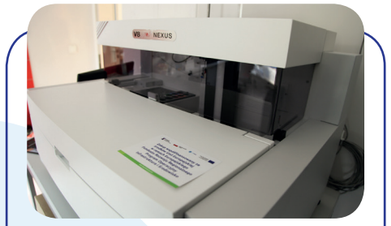


Aparat nerkozastępczy z przystawką do pozaustrojowej eliminacji CO2

Umożliwia równoczesne pozaustrojowe usuwanie dwutlenku węgla z organizmu. Metoda wykorzystująca to urządzenie jest mniej inwazyjna niż pozostałe sposoby, co zmniejsza ilość zakażeń szpitalnych.

Łóżko wielofunkcyjne do intensywnej terapii (z przechyłami bocznymi)

Umożliwia bardziej efektywną rehabilitację pacjentów, a co za tym idzie – skrócenie czasu pobytu na oddziale, zmniejszenie liczby powikłań infekcyjnych oraz kosztów hospitalizacji.



Analizator do pomiaru chlorków w pocie

Doposażenie Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej SKPP i usprawnienie procesu diagnostyki różnicowej w zaburzeniach odporności i mukowiscydozy u osób powyżej 18 roku życia.

Automatyczny system do diagnostyki alergii, autoimmunologii i monitorowania leczenia astmy

Zastąpi 3 dzierżawione aparaty: czytnik, wytrząsarkę z termostatem i płuczkę stosowane dotychczas do pomiaru swoistych IgE.

Efekty dla pacjentów:

Podwyższenie standardów diagnostycznych u chorych hospitalizowanych w oddziale.

Skrócenie czasu procesu diagnostycznego - a co za tym idzie - skrócenie czasu hospitalizacji.

Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i nadzoru w sytuacjach nagłych, wymagających szybkiego wykonania badania.

Poprawa komfortu i bezpieczeństwa pacjentów.

Lepsza efektywność działania wielu Pracowni i skrócony czas oczekiwania na badania.

Kalendarium wydarzeń pulmonologicznych

14 listopada 2018

Światowy Dzień Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc

15–17 listopada 2018

VIII Ogólnopolska Konferencja Sekcji Krążenia Płucnego, Lublin

7–8 grudnia 2018

Zimowy Szczyt Medycyny Paliatywnej 2018: „Oddech i Duch w Medycynie Paliatywnej i Pneumonologii", Bydgoszcz

29 listopada – 1 grudnia 2018

Jubileuszowy Kongres Pulmonological Trends w Poznaniu

15–16 grudnia 2018

Advanced Life Support Provider Course, Kraków

23 lutego 2019

V Konferencja Gorące Tematy w Pneumonologii, Warszawa

24 marca2019

Światowy Dzień Gruźlicy

5–6 kwietnia 2019

16 Repetytorium Pulmonologiczne

3 maja 2019

Światowy Dzień Alergii i Astmy

8–11 maja 2019

X Konferencja Szkoleniowa PTA

5–6 kwietnia 2019 i 24–25 maja 2019

INTERNA 2019 – XVIII Krajowa Konferencja Szkoleniowa TIP „Postępy w chorobach wewnętrznych", Warszawa

31 maja – 1 czerwca 2019

III Konferencja Pułapki w Pneumonologii 2019, Warszawa

10 września 2019

Światowy Dzień Mukowiscydozy

Mukowiscydoza

Mukowiscydoza to choroba genetycznie uwarunkowana, nieuleczalna i prowadząca zawsze do skrócenia życia chorego. Długość życia chorego jest zależna od bardzo wielu zmiennych ale niepodważalnie olbrzymi wpływ na nią ma jakość opieki medycznej jaką objęty jest pacjent.

W ostatnich 20-30 latach dokonał się ogromny postęp w diagnostyce i leczeniu mukowiscydozy, dzięki czemu przestała być ona chorobą tylko i wyłącznie wieku dziecięcego. Efektem tego jest bardzo dynamicznie powiększająca się grupa chorych dorosłych, którzy kończąc 18. rok życia poszukują ośrodków spełniających standardy ośrodka referencyjnego. Ponieważ mukowiscydoza to choroba ogólnoustrojowa, wymaga ona zatem skoordynowanej kompleksowej opieki nad pacjentem sprawowanej przez wielodyscyplinarny zespół. Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego już 25 lat temu podjęła heroiczną próbę stworzenia ośrodka dla chorych dorosłych z mukowiscydozą. Determinacja i zaangażowanie Ordynator Oddziału Pani Prof. Haliny Batura-Gabryel oraz członków jej zespołu: dr Lucyny Majka-Sumner i doc. Szczepana Cofty, dały podwaliny w do dziś funkcjonujący zespół zajmujący się chorymi zarówno na oddziale, jak i udzielając im opieki ambulatoryjnej w ramach Poradni Leczenia Mukowiscydozy. Wychodząc naprzód wyzwaniom wynikającym z coraz skrupulatniej przedstawionym wytycznym dotyczącym funkcjonowania ośrodka dla chorych dorosłych z mukowsicydozą (Standardy opieki Europejskiego Towarzystwa Mukowiscydozy: zarys kształtu centrum mukowiscydozy), jednocześnie wsłuchując się w uwagi oraz potrzeby samych chorych, jak i członków zespołu się nimi aktualnie zajmujących, Dyrekcja Szpitala wraz z Ordynator Oddziału Pulmonologii przystąpiła do projektu PROPULMO. Celem tego przedsięwzięcia jest poprawa kompleksowości i jakości leczenia pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dorosłymi chorymi z mukowiscydozą.

Od lutego 2018 trwają prace remontowo-budowalne w obiekcie przy ul. Szamarzewskiego 82/84. W najbliższym czasie nastąpi również wszczęcie postępowań przetargowych związanych z kolejnym etapem realizacji projektu - zakupem aparatury. Oczekiwania związane z tym projektem są olbrzymie - zarówno ze strony pacjentów jak i zespołu zajmującego się tą grupą chorych na co dzień. Wierzymy, że dzięki projektowi uda się istotnie poprawić bazę lokalową oraz zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne. Ta inwestycja w połączeniu z wiedzą merytoryczną i zaangażowaniem, które zapewnia świetnie przygotowany zespół lekarsko-pielęgniarski oddziału pulmonologii, umożliwi optymalizację opieki nad ponad 100-osobą grupą chorych z całej Polski, co zaowocuje dłuższym przeżyciem i poprawą jakości życia pacjentów.

dr n. med. Joanna Goździk - Spychalska

Fizjoterapia w pulmonologii

Jak ważna jest Fizjoterapia, chyba nie trzeba nikomu udowadniać, zwłaszcza osobom, które miały możliwość skorzystania z jej dobroczynnego oddziaływania.

Fizjoterapia pulmonologiczna wywodzi się z połączenia gimnastyki oddechowej i zabiegów fizjoterapii klatki piersiowej (ćwiczenia oddechowe + toaleta drzewa oskrzelowego) stosowanych od końca XIX wieku oraz z rozwijającego się od lat 70-tych XX wieku programu terapeutycznego. Dopiero w latach 90-tych XX wieku usystematyzowano zalecenia dotyczące zasad i metod stosowania rehabilitacji pulmonologicznej.

W polskiej Fizjoterapii, rehabilitacja pulmonologiczna jest mało doceniana. Na świecie jest ona umieszczana na równi z najważniejszymi dziedzinami jak neurologia, czy kompleksowo rozumiana ortopedia. Jest ona nieodłączną częścią każdego procesu rehabilitacyjnego. To obszerna dziedzina, składająca się z wielu elementów: zaczynając od technik i metod oczyszczania drzewa oskrzelowego, efektywnego kaszlu, korekcji wszystkich składowych wpływających na cykl oddechowy, aerozoloterapii, radzenia sobie w momentach duszności, umiejętności minimalizacji wydatku energetycznego, zwłaszcza w okresach zaostrzenia choroby, postępowania w nieinwazyjnej wentylacji oraz szeroko rozumianej rehabilitacji funkcjonalnej.

Ważnym aspektem podczas rehabilitacji jest jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie, gdy nie nastąpiło jeszcze utrwalenie zmian i zaburzeń czynności układu oddechowego. Głównym jej celem jest kompleksowość, interdyscyplinarność i personalizacja działań, dostosowana do potrzeb danego pacjenta oraz profilaktyki i stałej kontroli, opieka psychologiczna, społeczna i zawodowa. Fizjoterapia to także edukacja pacjentów skupiająca się na wyuczeniu: samodzielnego postępowania w warunkach domowych, systematyczności i ciągłości wszystkich zaleconych zabiegów, technik i metod terapeutycznych na każdym etapie leczenia. Ma ona za zadanie zmniejszenie nasilenia objawów, optymalizację i zwiększenie sprawności oraz wydolności organizmu, uwolnienie chorego od negatywnych stanów emocjonalnych, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa, ukształtowanie umiejętności samokontroli objawów i przebiegu choroby, naukę życia z powstałą niewydolnością oddechową i kompensowania jej w możliwie największym stopniu, ukształtowanie prozdrowotnego stylu życia, odwrócenie objawów ogólnoustrojowych, opóźnienie postępu niewydolności oddechowej, wydłużenie okresu przeżycia, a jednocześnie zminimalizowanie kosztów opieki zdrowotnej poprzez ograniczenie liczby hospitalizacji.

Fizjoterapię pulmonologiczną można określić jako sztukę postępowania medycznego, polegającą na umiejętności opracowania indywidualnego programu obejmującego dokładne rozpoznanie, leczenie, wsparcie psychologiczne i edukację. Wprowadzenie programu rehabilitacji musi się zaczynać od wnikliwej oceny: funkcji dróg oddechowych, aktywności wszystkich mięśni oddechowych i szkieletowych, zdolności funkcjonalnych oraz monitoringu parametrów oddechowych. W oparciu o te informacje jest opracowany plan terapii. Program taki ma na celu zatrzymanie lub odwrócenia zjawisk fizjo- i psychopatologicznych występujących u chorych pulmonologicznych oraz podjęcia próby przywrócenia choremu najlepszej sprawności czynnościowej, na jaką tylko pozwalają występujące u niego zmiany w układzie oddechowym i jego ogólna sytuacja życiowa. Program rehabilitacji chorego musi ulegać stale modyfikacji. Stosuje się ją w każdej grupie wiekowej i na wszystkich etapach choroby.

Fizjoterapeuta prowadzi terapię oddechową metodami niefarmakologicznymi i nieoperacyjnymi. Wymaga to od niego wszechstronności, szerokiej wiedzy z zakresu fizjologii układu oddechowego, fizjologii wysiłku, zasad treningu fizycznego i zasad modyfikacji zachowań, ale także znajomości i umiejętności wszystkich metod i technik terapeutycznych obejmujących zmiany wywołane w całym organizmie. Jest to dziedzina fizjoterapii wymagająca od terapeuty oprócz ogromnej wiedzy medycznej, także psychologicznej, zaangażowania i czasu poświęconego każdemu pacjentowi. Najważniejszym celem dla fizjoterapeuty jest nauczenie pacjenta życia w zgodzie z chorobą i samodzielnego radzenia sobie z nią.

Metody i techniki rehabilitacji pulmonologicznej z powodzeniem znajdują zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji chorych, u których zaburzenia oddechowe współistnieją z innymi chorobami np. po zabiegach chirurgicznych, kardiologicznych, w chorobach nerwowo-mięśniowych, czy u osób znajdujących się na oddziałach intensywnej terapii. W tym przypadku, jej zadaniem jest nie dopuścić do powstania zmian w układzie oddechowym i powikłań z tym związanych oraz jak najszybsze niwelowanie już istniejących.

Myślę, że wspólnymi siłami powinniśmy dążyć do tego, aby fizjoterapia pulmonologiczna była na najwyższym poziomie.

Najlepszym dowodem na potwierdzenie roli fizjoterapii w leczeniu schorzeń pulmonologicznych są nasi pacjenci, którzy mogli skorzystać z możliwości jakie daje Fizjoterapia Pulmonologiczna prowadzona na oddziale Pulmonologii, Alergologii i Onkologii pulmonologicznej. Mając na uwadze dobro pacjentów mamy nadzieję, że projekt PROPULMO umożliwi kontynuowanie w pełni wszystkich zadań fizjoterapii oddechowej w jeszcze lepszych warunkach.

Sandra Czub – Molenda

Literatura:

1. Igor Mihajlović Grigus, M. Kochanowicz, M. Mieszkowska „Fizjoterapia w pulmonologii" Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, 2016
2. J. Szczegielniak, J. Łuniewski, K. Bogacz, Z. Śliwiński „Efekty kompleksowej fizjoterapii oddechowej u chorych w zaostrzenia POChP", Medycyna Sportowa 22 (6), 2006
3. J.Kuciel-Lewandowska, M. Paprocka-Borowicz, A. Hawrylak, B. Ratajczak: „Miejsce fizjoterapii w pulmonologii",Acta Bio-Optica et Informatica Medica 4/2008, vol. 14,
4. E. Rysiak, M. Osińska, A. Kazberuk, „Rehabilitacja oddechowa w POChP", Farmacja współczesna 2017; 10
5. P. Rąglewska, G. Cywińska-Wasilewska, A. Barinow-Wojewódzki, „Rola rehabilitacji pulmonologicznej u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc", Fizjoterapia, vol. 13, 2005,
6. E. Szeliga, M. Bal-Bocheńska, E. Czenczek, „Porównanie różnych metod rehabilitacji u pacjentów z POChP", www.researchgate.net
7. R. Rutkowski, J. Rutkowska, K. Rutkowski, Z.Siergiejko, „Wybrane zagadnienia rehabilitacji oddechowej" Fizjoterapia Polska 9 (1), 2009
8. O. Głogowska, S.Szmit, M. Głogowski, „Rehabilitacja chorych na nowotwory układu oddechowego" OncoReview 4 (2),2012
9. E.Szeliga, M. Bal-Bocheńska, A.Zaniewska, G. Magoń „Wpływ procesu rehabilitacji na efektywność leczenia chorych z astmą oskrzelową",Young Sport Science of UKraine. 2011. V.3.
10. D.Sani, L. McDonnell, L. Osman „Effects of pulmonary rehabilitation on physical activity and self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease" Physiotherapy ,May 2015, Volume101, Supplemen1,
11. Sarah RidleyJo OagElaine DhouiebBillie Hurst. „Case studies in respiratory physiotherapy", Physiotherapy, 2009
12. R. Gosselink| J. Bott| M. Johnson| E. Dean| S. Nava| M. Norrenberg| B. Schönhofer| K. Stiller| H. van de Leur| J. L. Vincent , Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients, ESICM Statement Volume 34, Issue 7 / July , 2008
13. Rachel Garroda,, Toby Lasserson", Role of physiotherapy in the management of chronic lung diseases: An overview of systematic reviews", Respiratory Medicine (2007) ,101
- aeroterapia z punktu widzenia pacjenta – pan Tomasz Danielewicz

Brzęczek – ultradźwięczek. O inhalacjach widzianych okiem pacjenta

Inhalacyjna droga z dawnych lat…

Odkąd sięgam pamięcią mojemu leczeniu towarzyszyła inhalacja - szybki sposób na przerwanie napadu duszności oraz poprawienia efektywności odkrztuszania wydzieliny oskrzelowej. Były to czasy oddziału terenowego IMiDz w Rabce – Zdrój. Wówczas wszyscy stosowali inhalacje ultradźwiękowe przy pomocy, jak na owe czasy nowoczesnych, inhalatorów serii 35 B, amerykańskiej firmy Devilbiss. Konstrukcja tych aparatów to połowa lat 70-tych, a dokładnie rok 1974. Cały instytut, jak doskonale pamiętam „jechał" na tego typu inhalatorach i co ciekawe, wszyscy byli zadowoleni. Drugim typem inhalatora stosowanym w Instytucie Matki i Dziecka w Rabce - Zdroju lat 80-tych był wschodnioniemiecki, drezdeński: TUR USI-70, który, jak powie dzisiejsza młodzież, też dawał radę…

Przyszły lata 90-te, wraz z nimi powolne „umieranie" wielu sanatoriów dla dzieci w Polsce, a i technika poszła naprzód. Zaczęto produkować coraz to „lepsze" konstrukcyjnie inhalatory. I tak o to w dzisiejszych czasach, również na rynek polski, weszły przebojem różnego rodzaju nebulizatory. Od ultradźwiękowych, dyszowych (pneumatyczne) po membranowe, czyli w technologii MESH. Ja zostałem wierny temu, co stare, dobre i sprawdzone…

Inhalacyjny świat codziennego dnia, czyli stare nie musi być wrogiem nowego…

Moje życie to przede wszystkim pobieranie leków drogą wziewną. Na co dzień stosuję dwa typy inhalatorów. Mój ulubiony ultradźwięczek, czyli inhalator ultradźwiękowy i nebulizator dyszowy, do pobierania dornazy alfa, sterydów oraz antybiotyków.

Fot. Archiwum Szpitala

Inhalator ultradźwiękowy Thomex MBU, dzięki uprzejmości firmy Medbryt. Na zdjęciu Pacjent-Pielęgniarz

W inhalatorze ultradźwiękowym przygotowuję leki: fenoterol z ipratropium, stężoną NaCl 5%, oraz NaCl 0,9% do nawilżania oskrzeli. Dzięki wielu szkoleniom z zakresu technik inhalacyjnych, między innymi przeprowadzanych przez poznańską Klinikę Pulmonologii, pod kierunkiem prof. Haliny Batury-Gabryel, wiem, jak bardzo ważne jest prowadzenie nebulizacji w sposób systematyczny i prawidłowy. Dobranie odpowiedniego typu nebulizacji do danego leku i czasu pozwala mi, jako pacjentowi, uniknąć wielu powikłań. Zapobiega to też deficytom odpowiedniego wchłaniania leku. Ze względu na moją aktywność zawodową, staram się wykonywać inhalację co najmniej 3 razy dziennie, pilnując przy tym drenażu wibracyjnego ścian klatki piersiowej. Swoją skuteczność inhalacyjnego przyjmowania leków mierzę ilością i zabarwieniem odksztuszanej wydzieliny, co pozwala mi na uzyskanie względnego komfortu oddechowego w ciągu dnia, jak i również w nocy. Zaletą inhalacji ultradźwiękowej, którą stosuje od dzieciństwa jest fakt, iż najmniejsza mikronowość cząsteczki przy moich dużych zmianach chorobowych, daje mi uczucie pełnego rozkurczu, oraz efektu „mokrych oskrzeli", co wydajnie wpływa na ewakuację wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Kiedy inni twierdzą, że inhalacje ultradźwiękowe nie mają najmniejszego sensu, bo tego typu inhalatory są drogie w zakupie, utrzymaniu, dezynfekcji, ja będę bronił ich niesamowitej dla mnie skuteczności. Bardzo lubię nebulizację ultradźwiękową, ponieważ pozwala mi na wykonywanie jej w pełnym komforcie, jest cicha, szybka i co najważniejsze niesamowicie skuteczna. Nowoczesne inhalatory ultradźwiękowe to prawdziwe komputery, które proponują oprócz zwykłych parametrów programowanej inhalacji: siły nawiewu, generacji aerozolu i podgrzewania, po czas inhalacji, sprzężenia z oddechem pacjenta oraz dodatkowej wibracji mikroaerozolu, dzięki wbudowanemu układowi mikrowibracji cząsteczek. Ta ostatnia funkcja z chęcią jest wykorzystywana w otorynolaryngologii zachowawczego leczenia zapalenia zatok.

Mnie jednak, przy całym szacunku dla nowoczesnych urządzeń do inhalacji, w zupełności wystarczy „staruszek" Thomex-ik, który fantastycznie pomaga mi każdego dnia w jednej z najbardziej efektywnych terapii układu oddechowego.

Na koniec moich rozważań pozwalam sobie mieć nadzieję, że chociaż na moment udało mi się przekonać do tego, iż „stare" nie zawsze musi być wrogiem nowego…

Tomasz Danielewicz, pacjent-pielęgniarz

Dieta w mukowiscydozie

Mukowiscydoza jest przewlekłą chorobą dotyczącą przede wszystkim układu oddechowego i pokarmowego. Utrzymanie odpowiedniego rozwoju oraz dobrego samopoczucia chorego na mukowiscydozę opiera się na prawidłowym postępowaniu żywieniowym, która jest jedną ze składowych leczenia. Dieta odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu mukowiscydozy.

Mukowiscydoza jest chorobą genetyczną polegającą na nadmiernej produkcji lepkiego i gęstego śluzu, co powoduje upośledzenie działania układu oddechowego oraz pokarmowego. Zaburzenia te sprzyjają powstawaniu niedożywienia, którego następstwem jest zahamowanie wzrostu, niedobór masy ciała, osłabienie, apatia, niedobór witamin, zwłaszcza rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), niedokrwistość wynikająca z niedoboru żelaza.

Leczenie żywieniowe w mukowiscydozie opiera się na:

- indywidualnie dopasowanej wysoko-energetycznej diecie,
- suplementacji enzymów trzustkowych,
- zwiększonej podaży witamin i soli.

Podstawowe zasady żywienia:

Dieta w mukowiscydozie powinna być dostosowana indywidualnie do zapotrzebowania każdego chorego, co uwarunkowane jest wieloma czynnikami między innymi przebiegiem choroby oskrzelowo płucnej, mutacjami w genie CFTR, chorobami towarzyszącymi stopniem wydolności trzustki, wiekiem, aktywnością fizyczną.

Dieta w mukowiscydozie charakteryzuje się wysoką podażą energetyczną, zwiększoną ilością białka i tłuszczu.

Wartość energetyczna diety należy zwiększyć co najmniej o 30 -50% w porównaniu do diety ludzi zdrowych. Aby uzupełnić zapotrzebowanie energetyczne organizmu należy spożywać produkty spożywcze wysokokaloryczne i niemal wyeliminować produkty niskokaloryczne.

Dietę można uzupełnić pod względem energetycznym specjalnymi bogato energetycznymi preparatami np. Ensure TwoCal, Pulmocare, Nutridrink Nutrini, Nutrini drink, Nutrini Max Energy.

Odpowiednie żywienie w mukowiscydozie jest nieodłącznym elementem leczenia.

Sposoby na zwiększenie kaloryczności posiłków:

- do zup, sosów, zapiekanek, warzyw gotowanych, ziemniaków, ryżu i makaronu można dodać trochę żółtego lub topionego sera,
- przygotowując kakao, płatki z mlekiem dodać 4-5 łyżek śmietany 30%,
- do panierowania kotletów użyj trochę startych orzechów włoskich lub płatków z migdałów,
- zupy można wzbogacić łyżką oleju, oliwy lub masła,
- sałatki i surówki pestkami słonecznika, dyni lub orzechami,
- do omletów, naleśników, gofrów wbijaj dodatkowe jajko i dodaj łyżkę oleju,
- zupy można podawać w postaci kremów wzbogacone o żółtko, tłuszcz, ser żółty,
- wybieraj kabanosy, szynkę wieprzową, salami, pasztet zamiast chudych wędlin,
- awokado można dodać do sałatek, past, deserów,
- pieczywo można smarować pastami na bazie majonezu i tłustych serów lub przygotować sos do pieczywa na bazie majonezu i keczupu,
- zalecane jest podjadanie między głównymi posiłkami przekąsek bogatych w energie np. orzechy, chipsy, herbatniki, biszkopty, jogurty owocowe, soki, desery, owoce suszone i kandyzowane, lody, batoniki.

Białko

Jest niezbędnym składnikiem budulcowym, potrzebnym do prawidłowego wzrost. Należy zwiększyć podaż białka do 2,5g/kg mc. W każdym posiłku powinien znaleźć się co najmniej jeden produkt wysokobiałkowy. Źródłem pełnowartościowego białka powinny być przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego. Przy niewystarczającej podaży białka można skorzystać z gotowych preparatów wysokobiałkowych dostępnych na receptę, np. Protifar, Resurece instant protein.

- **Mleko:** pełnotłuste, w proszku, skondensowane, tłuste sery, twarogi, mozzarella, mascarpone, topione, dojrzewające, wędzone, fermentowane napoje mleczne, jogurty, kefiry, desery mleczne, lody i śmietana.
- **Jaja:** gotowane, smażone z dodatkiem beknu, pasty z dodatkiem majonezu.
- **Mięsa i wędliny** wszystkie gatunki mięsa: wieprzowe, wołowe, cielęcina, drób, dziczyzna, podroby, najlepiej smażone, pieczone, duszone, jeśli gotowane to najlepiej z dodatkiem treściwego sosu. Zmiksowane mięso można dodawać do zup. Wędliny tłuste, szynka, bekon, parówki, pasztety.
- **Ryby** wszystkie gatunki, świeże, mrożone, konserwowe, wędzone i smażone.
- **Strączkowe** groch, fasola, soja, soczewica, stanowią wartościowy dodatek do sałatek, sosów, zup są bogatym źródłem białka roślinnego, niemniej jednak jedzone w nadmiarze mogą powodować wzdęcia.

Węglowodany

Produkty węglowodanowe powinny występować w każdym posiłku w ciągu dnia. Po tłuszczach to drugie ważne źródło energii. Jeżeli nie występuje nietolerancja sacharozy po posiłku można podać słodycze.

- **Pieczywo:** wszystkie gatunki pieczywa: rogaliki, bułki, kajzerki, chleb graham, pieczywo tostowe, chleb razowy może być w jadłospisie jako urozmaicenie diety, ale nie w nadmiernych ilościach, jest ciężkostrawny i zawiera dużo błonnika pokarmowego.
- **Kasze i ryż, makarony:** mogą stanowić kaloryczny dodatek do zup, podstawa dań obiadowych i dodatek do ciepłych dań kolacyjnych.
- **Płatki śniadaniowe:** dodatek do mleka, zup mlecznych, jogurtu lub do chrupania między posiłkami jako przekąska.
- **Potrawy mączne:** pierogi, kluski, kopytka, naleśniki, placki z dodatkiem serów, mięs, sosów np. na bazie majonezu.
- **Ziemniaki:** gotowane, zapiekane, smażone, pieczone, składnik klusek, placków, dodatek do niektórych zup.
- **Cukier, miód i słodycze:** dodatek kaloryczny do gorących i zimnych napojów, deserów, zup mlecznych. Nadmierne spożycie cukrów prostych może powodować gazy i wzdęcia. Słodycze i ciastka powinny być jedzone po zakończeniu zasadniczego posiłku, a nie na początku i nie zamiast niego.

Tłuszcz

Jest źródłem energii i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Nie ma potrzeby ograniczenia tłuszczów w diecie, gdyż chorzy nie mają skłonności do zwiększonego stężenia lipidów we krwi. Metabolizm tłuszczów zużywa mniej tlenu i w ten sposób odciąża układ oddechowy. W diecie ważne są tłuszcze pochodzenia roślinnego - są lekkostrawne i zawierają jedno oraz wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Olej powinien być podawany w postaci surowej do sałatek, surówek, w postaci majonezu, do smażenia i duszenia potraw. Ważne są też tłuszcze pochodzenia zwierzęcego, które są źródłem nie tylko energii, ale i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

Uwaga! Do każdej potrawy zawierającej tłuszcz należy podać preparaty enzymów trzustkowych.

> **Oleje** - sojowy, słonecznikowy, kukurydziany, oliwa z oliwek, uniwersalny, z nasion winogronowych, mogą być stosowane jako dodatek do sałatek, sosów, surówek, zup, również do smażenia i duszenia potraw.

> **Masło** - tłuszcz lekko strawny. Najlepiej wybrać masło ekstra. Można je stosować do smarowania pieczywa, dodatek do past, sosów, zup, warzyw, kremów i do pieczenia ciast.

> **Margaryna** - należy wybierać tylko margaryny miękkie w kubeczkach. o wysokiej zawartości tłuszczu.

Owoce i warzywa

Nie są bogatym źródłem energii, jednak powinny stanowić urozmaicenie diety i naturalny dodatek witaminowy. Szczególnie zalecane są banany, winogrona, suszone śliwki, daktyle, rodzynki, figi, owoce z puszki w syropie, a z warzyw kukurydza, groszek zielony, marchewka. Warzyw nie poleca się powyżej normy fizjologicznej, nie są bogate w energię, a zawarty w nich błonnik pokarmowy daje uczucie sytości, co jest objawem niepożądanym.

Witaminy

Są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowanie organizmu, dlatego konieczna jest stała suplementacja witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K) i wodzie (B, C, PP). Dawkowanie witamin powinno być dopasowane indywidualnie do każdego chorego, ich stężenie musi być kontrolowane przynajmniej raz w roku. Najkorzystniejsze jest używanie preparatów wieloskładnikowych i rozpuszczalnych w wodzie.

Sól

Jednym z objawów mukowiscydozy są zwiększone straty soli przez skórę, dlatego bardzo ważne jest uzupełnienie diety w sól, szczególnie podczas upałów, gorączki, wymiotów, biegunek, zwiększonej aktywności fizycznej. Osoby dorosłe w okresie zwiększonego zapotrzebowania na sól mogą sięgnąć po napoje izotoniczne (Powerade, Oshee, Isostar). W normalnych warunkach u chorych stosujących urozmaiconą dietę, ilość soli obecna w pieczywie, wędlinach serach i rożnych potrawach jest wystarczająca do pokrycia zapotrzebowania.

Produkty spożywcze przeciwwskazane w diecie chorych na mukowiscydozę:

- produkty o znikomej wartości energetycznej i odżywczej: duże ilości warzyw i owoców, ciemnego pieczywa, chudy nabiał, gazowane i słodzone napoje, produktów typu „light" i wzdymających oraz odgrzewanych posiłków,
- dieta wegetariańska nie jest wskazana, ponieważ nie pokrywa zwiększonego zapotrzebowania na energię, białko oraz witaminy i składnik mineralne a ponadto błonnik wypełnia przewód pokarmowy daje szybkie i długotrwałe poczucie sytości.

Suplementacja enzymatyczna

Niewydolność zewnątrz-wydzielnicza trzustki stanowi główną przyczynę niedożywienia u chorych na mukowiscydozę. U 85% chorych daje objawy kliniczne w postaci biegunek tłuszczowych, konieczne jest stosowanie preparatów enzymów trzustkowych(Kreon, Lipancrea. Pangrol).

Dawkę enzymów należy dopasować indywidualnie dla każdego chorego w zależności od objawów klinicznych oraz wyników badań laboratoryjnych. O prawidłowo dobranej suplementacji enzymatycznej świadczy normalizacja wypróżnień (bez widocznego tłuszczu, uformowane, bez charakterystycznego zapachu) ustąpienie bólów brzucha i wzdęć oraz stały przyrost masy ciała.

Zasady przyjmowania enzymów

- Dawka preparatów enzymatycznych zawsze powinna być ustalana indywidualnie, nie należy przekraczać dobowej dawki 10 000 j. FIP lipazy/kg m.c.,
- Preparaty enzymatyczne podajemy do posiłków i przekąsek zwierających tłuszcz,
- Preparatów enzymatycznych nie podajemy do soków, owoców, warzyw i innych produktów beztłuszczowych,
- Preparaty enzymatyczne przyjmujemy zawsze przed posiłkiem i w czasie jego trwania,
- Kapsułek nie wolno gryźć, rozgryzać, przetrzymywać w ustach,
- Kapsułek nie należy podawać z mlekiem (zasadowe ph),
- W przypadku problemów z połykaniem kapsułek preparaty enzymatyczne można otwierać, a zawartość wysypać i dzielić na wymagane porcje mieszając je z niewielką ilością soku lub pokarmu o kwaśnym odczynie.

Enzymy

Dawki zalecane wynoszą:

1000-2500 j.
FIP lipazy/kg m.c./ posiłek lub

10 000 j.
FIP lipazy/kg m.c. maksymalna dawka dobowa lub

2000-4000 j.
FIP lipazy /1g tłuszczu zawartym w pożywieniu

dietetyk Alicja Maciejewska

Dwie strony jednego oddechu

Podziwiamy osoby, które walczą, realizują założony plan, ich determinacja wzbudza nasz szacunek i poczucie, że ludzkie pokłady siły nie mają namacalnych granic. Ale co dzieje się, jeśli nie mamy strategii, bohaterskich aspiracji, marzymy o spokojnym życiu, a w zamian musimy toczyć bój o rzeczy, które innym przychodzą z łatwością? Właśnie wtedy zderzamy się z niesprawiedliwością, a miarą naszej wygranej staje się zrodzona z niej pokora. W takiej sytuacji znaleźli się pacjenci SKPP w Poznaniu. Zostali wywołani do walki, którą będą toczyli całe życie.

Pani Marta

Urodziła się z mukowiscydozą jelitowo-oskrzelowo-płucną i wydawać by się mogło, że to już wystarczający bagaż problemów jak na jedną osobę, jednak sprawiedliwość jest terminem, który z życiem nie szedł nigdy w parze. Historia pani Marty pokazuje, jak dużo jest w stanie unieść człowiek, nawet kiedy świat na starcie wręczył białą flagę.

Kobieta od początku musiała mierzyć się z chorobą sama, swoją rzeczywistość budowała przez jej pryzmat. Napięte stosunki rodzinne dały jej kurs szybkiego dorastania, a poważna choroba dojrzałość, którą ciężko było zrozumieć jej rówieśnikom. Dlatego, jak twierdzi, zawsze lepiej czuła się w gronie osób starszych, uczyła się od nich, przejmowała ich wizję świata, uciekając tym samym zepsuciu, które towarzyszy dzisiejszej codzienności. Niewiele znalazło się na jej drodze życzliwych ludzi, niewiele momentów, które choć połowa z nas nazwałaby przebłyskiem szczęścia. Największą radością od zawsze był taniec nieprzerwany zadyszką, śpiew w chórze, z którego żeby nie rezygnować nauczyła się śpiewać przeponą bez obciążania płuc oraz gra w teatrze. Pani Marta pasjonuje się aktorstwem, dzięki czemu może budować wiele alternatywnych rzeczywistości i w nich choć na chwilę być zdrowa. W tej chwili ma 32 lata, jak mówi jej domem jest Szpital, tu dostała namiastkę tego, czego nigdy nie miała - rodziny. Spotkała się z życzliwością i pomocą, bo w każdej chorobie oprócz farmakologii liczy się druga osoba, która choć nie zawsze rozumie, daje nam swój czas, uwagę i wsparcie. Cykliczne wizyty w Szpitalu odbywające się raz na 3 miesiące to w jej życiu jedyny moment, kiedy opuszcza dom i spotyka się z ludźmi. Dwutygodniowy pobyt pozwala zregenerować się na tyle, że przez kolejne dwa miesiące jest w stanie sama funkcjonować. Bo samodzielność jest dla pani Marty właśnie tytułowym medalem, nagrodą za determinację, której nigdy jej nie brakowało. Jak dodaje, nie przetrwałaby tego bez muzyki, to właśnie ona potrafiła zmotywować ją do dalszego działania, zbudować od nowa wrażliwość i odsunąć pretensje, które godzą w wizerunek bohatera z konieczności.

Na podstawie historii pacjentki Pani Marty

Pani Wioletta

Mukowiscydoza została u niej zdiagnozowana w wieku 6 lat. Zaczęło się od złamania kręgosłupa powstałego w wyniku szkolnego incydentu. Przed wypadkiem żyła zwyczajnie, była aktywnym dzieckiem, choć często borykała się z przeziębieniami i przewlekłym kaszlem. Po diagnozie pani Wioletta trafiła pod opiekę Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie - wtedy jeszcze nie czuła się chora, to rodzice przejęli cały ciężar związany z chorobą i wdrożeniem leczenia. Życie społeczne również toczyło się w normalnym wymiarze, dzieci w szkole dzięki uświadomieniu przez nauczycieli wiedziały na czym polega choroba, a z biegiem lat pani Wioletta nauczyła się żyć z mukowiscydozą tak, że konieczność nie było informowanie o niej otoczenia, zostawiała tę informację dla grona najbliższych.

Niestety, wraz z wiekiem choroba postępowała i uniemożliwiła pacjentce skończenie szkoły, a później próbę podjęcia pracy. Problem ten wynikał z ograniczeń dyktowanych przez mukowiscydozę oraz strachu pracodawców, często spowodowanym niewiedzą i małą świadomością. Po ukończeniu 18 roku życia pacjentka musiała samodzielnie zdecydować, gdzie będzie kontynuowała leczenie. Wybór, podyktowany dobrymi opiniami o placówce oraz rekomendacją lekarzy pulmonologów, padł na Poznań. Jak sama mówi - była to bardzo dobra decyzja. W Szpitalu Pani Wioletta otrzymała wsparcie w wielu aspektach, nie tylko medycznym.

Dla osób borykających się z mukowiscydozą, oprócz uciążliwych dolegliwości dnia codziennego, dużym problemem jest bierność społeczna. Ciężko im funkcjonować w świecie, który determinuje szybkość i ciągła zmienność. Aktywność fizyczna jest często ponad ich siły, dlatego osoby chore zamykają się w domu. Ich życie wypełniają podstawowe czynności, z którymi zmaganie się można nazwać niejednokrotnie czynem heroicznym. Pani Wiolettcie udało się, mimo choroby, stworzyć namiastkę normalności. Nie bacząc na pogarszający się stan zdrowia i występowanie odmy, która przedłuża czas cyklicznej hospitalizacji, pacjentka rok temu założyła rodzinę, a obecnie zajmuje się domem. Niestety, jak mówi, porzucili z mężem myśl o dziecku, mimo że było to ich marzenie. Jednak Pani Wioletta się nie poddaje, wierzy, że przeszczep płuc pozwoli jej rozpocząć nowe życie. Niedawno rozpoczęła długi proces badań kwalifikacyjnych, komplikowanych przez pojawiające się stany zapalne.

Na podstawie historii pacjentki Pani Wioletty

Pan Kamil

Od momentu wykrycia u mnie mukowiscydozy, a więc w wieku 7 lat, do 18 roku życia znajdowałem się pod opieką Instytutu Chorób Płuc w Rabce. Średnia wieku osób cierpiących na mukowiscydozę w czasach, gdy wykryto ją u mnie, wynosiła 12 lat, dlatego ośrodek dla chorych dorosłych z tą chorobą po prostu nie istniał.

Jednak coś zaczęło się zmieniać, wiek chorych zaczął się wydłużać, ale ośrodka dla chorych dorosłych dalej nie było. Podczas mojego ostatniego roku na oddziale dziecięcym, dotarły do Rabki informacje o podjęciu tego zadania przez pana profesora Witolda Młynarczyka i panią doktor Lucynę Majkę ze Szpitala Klinicznego *Przemienienia Pańskiego* Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, którzy zaczęli przyjmować i leczyć dorosłych pacjentów z mukowiscydozą na tamtejszym Oddziale Ftyzjopulmologii.

Takie były pionierskie początki opieki nad dorosłymi pacjentami z mukowiscydozą w Polsce.

Po przekroczeniu 18 roku życia zostałem skierowany do SKPP i do dnia dzisiejszego znajduję się pod opieką tamtejszych lekarzy. To właśnie dzięki hospitalizacjom w poznańskim oddziale wielokrotnie udawało się zażegnać zaostrzenia układu oddechowego, wielokrotnie odczuwałem ulgę w chorobie, poprawiał się mój stan zdrowia, a trudności w oddychaniu stawały się lżejsze do zniesienia. Pomimo wymogowi ciągłej mobilizacji w przestrzeganiu zasad opracowanych przez zespoły specjalistów z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz rygorowi rehabilitacyjnemu, zachęcany byłem również do aktywności na wielu różnych płaszczyznach życia. To właśnie tutaj zostałem nauczony, że dużo zależy od nas, naszej wyobraźni i naszych chęci.

Dziś u progu historycznych zmian dokonujących się na naszych oczach, otwarcia z prawdziwego zdarzenia nowego Oddziału Pulmonologii wraz Ośrodkiem Mukowiscydozy dla chorych dorosłych oraz wyposażenie oddziału w nowoczesny sprzęt medyczny, mogę tylko wyrazić wielkie uznanie za wysiłki i pracę dla wszystkich osób zaangażowanych na każdym etapie w projekt Propulmo.

pacjent Pan Kamil, woj. łódzkie

Pan Rafał

Chorobę zdiagnozowano u niego w 1977 roku, gdy miał zaledwie kilka dni. Już od początku rodzice nastawiali się na możliwość wystąpienia choroby, na ich prośbę wykonano badania już w 10-tym dniu po urodzeniu. Chlorki w pocie były podwyższone. Rozpoznanie właściwe to mukowiscydoza, choroba, o której niewiele wtedy wiedziano. To wtedy rozpoczęła się edukacja rodziców pana Rafała. W wieku półtora roku pierwszy raz trafił do szpitala. Stan był ciężki, wykonano pierwsze bronchoskopie i płukanie płuc. Z ust pani doktor padły słowa „wszystko było zaklejone jak w ulu". Lekarze nie dawali mu szans na przeżycie, jednak rodzice próbowali wszystkich możliwości walki o życie syna. Częste i długie pobyty na leczeniu dożylnym w szpitalu stały się nieodłączną częścią jego życia. Dla pana Rafała stało się to codziennością. Żył z ograniczeniami i bagażem obowiązków. Codzienne inhalacje i drenaż, przyjmowanie leków do każdego posiłku. W okresie jesienno-zimowym był często odizolowywany od chorujących osób. Z tego powodu ominął go żłobek i przedszkole. Mama pana Rafała zrezygnowała z pracy, aby zostać z synem w domu.

Drobnej budowy, mały chłopczyk, wyróżniający się wśród innych dzieci wyglądem, często kaszlący i męczący się szybko. Mimo tego nigdy nie miał poczucia odrzucenia; przyjaciele i rodzina traktowali go normalnie. Kiedy wyjeżdżał na długie miesiące do sanatorium w Rabce, aby zmienić otoczenie i zadbać o zdrowie, koledzy ze szkolnej ławki przysyłali mu listy. Wyjazdy do sanatorium miały jednak też złe strony. Pobyt w sanatorium zostawiał niemałe spustoszenie w jego psychice. Podczas wyjazdów poznawał nowych kolegów, na spotkanie z którymi czekał potem cały rok. Często jednak, po przyjeździe na miejsce, dowiadywał się, że niektórzy koledzy odeszli. Taki stan rzeczy znacząco wpłynął na szkolne wyniki pana Rafała. Zapał do nauki i uczęszczania do szkoły znikł. Od czerwonego paska na świadectwie do wagarowicza.

Rozpoczął się czas nastoletniego buntu. Pan Rafał nie chciał robić inhalacji i stosować się do zaleceń fizjoterapii. Nie chciał marnować wolnego czasu na niepotrzebne zabiegi. W końcu, niezależnie od tego, czy robił zabiegi, czy nie – kaszlał. Leczenie w tamtych czasach nie było tak rozwinięte jak dzisiaj. Następnie przyszedł czas na wybór szkoły średniej, jednak i w tej kwestii pan Rafał był mocno ograniczony. Do szkoły gastronomicznej, będącej jego marzeniem, potrzeba zaświadczenia lekarskiego. Pan Rafał decyduje się więc na szkołę „bez przyszłości", czyli Liceum Ogólnokształcące. Kończy ją wynikiem pozytywnym, ale bez entuzjazmu. Wyniósł jednak dużo nowej wiedzy z pracowni informatycznej.

Już nie konsola do gier, ale właśnie komputer stał się jego marzeniem. Nie musiał wychodzić z domu, aby mieć wszystko pod ręką. Jako samouk potrafił spędzić cały dzień, męcząc się nad programem, aby dojść do upragnionego celu. Po pewnym czasie pan Rafał decyduje się na założenie własnej firmy, gdzie zajmuje się składem publikacji do druku oraz tworzeniem grafiki i stron internetowych. Dla Pana Rafała była to znacząca zmiana podejścia do życia. Zaczął dostrzegać zalety fizjoterapii.

W 1996 u Pana Rafała zdiagnozowano cukrzycę. Kilkudniowy pobyt na diabetologii znacznie wpłynął na samopoczucie pana Rafała. Cały optymizm padł, myśli o każdym kłuciu przed posiłkiem i liczeniu wymienników stały się nieznośne. Panu Rafałowi trudno było się w tym odnaleźć, ale zdecydował się wsiąść na rower. Początki były trudne, ale po miesiącu licznik pokazywał 700 km. Później pan Rafał zrealizował samotne wyprawy rowerowe do Rabki i Monachium, pokonując setki kilometrów. Od tego czasu rower stał się jego pasją i trwa do dziś. Kiedy choroba zaczęła postępować i doszły kolejne problemy oddechowe, trudniej było realizować dalekie wyprawy rowerowe.

W 2010 roku pojemność płuc pana Rafała spada do 20%, co uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Pojawiały się coraz częstsze bóle głowy, a zwykłe domowe czynności stały się wielkim wysiłkiem. Tlenoterapia stała się nieodzowną częścią dnia i nocy, a pan Rafał musi zrezygnować z aktywności fizycznej i pracy. W końcu zdecydował się na przeszczep. Nie była to łatwa decyzja, bo życie po przeszczepie to również mnóstwo ograniczeń. Przeszkodą okazał się wirus HCV - wywołujący wirusowe zapalenie wątroby typu C, którego wyleczenie dawało przepustkę do przeszczepu, ale było bardzo wyniszczające – pan Rafał trafił na OIOM. Kiedy sytuacja była bez wyjścia, ratunkiem okazał się sprowadzony prywatnie z Indii lek generyczny – Sofosbuwir – dzięki któremu wyleczył zapalenie i otworzył sobie drogę do przeszczepu, który pozwolił mu na powrót do pracy i aktywności fizycznych. Pan Rafał obecnie jest na rencie socjalnej i pracuje dorywczo w branży informatycznej.

Na podstawie historii pacjenta Pana Rafała

Pan Tomasz

Tam gdzie życie będzie snem…

Pielęgniarskie życie chorego człowieka, czyli rzecz o godnym spojrzeniu w sprawach.

Jeśli możesz, bardzo proszę zatrzymaj się na moment, bardzo chcę Ci opowiedzieć pewną krótką historię człowieka, który na przekór światu, a przede wszystkim swojej chorobie, postanowił być pielęgniarzem i dzięki Bogu i dobrym ludziom zdobył się na to, aby od 16 lat pracować w wymarzonym zawodzie.

Miałeś umrzeć, będziesz żył…

Maj 1978 rok, jeden z małych szpitali w Polsce, to mój 8 miesiąc życia. Kolejny atak duszności, ale tym razem okupiony nagłym zatrzymaniem krążenia i oddechu. Moi rodzice dowiadują się, że nie ma dla mnie żadnej nadziei na przeżycie. W gabinecie zabiegowym moja reanimacja, moja mama w kościele, przed szpitalem karetka reanimacyjna, oczekująca, aby pod aparaturą odwieźć mnie do kliniki dziecięcej w Lublinie.

Ale…udało się. Dzisiaj, kiedy chcę się podzielić tą historią, podłączony do kolejnych kroplówek z życiodajnych dla mnie antybiotyków, wiem, że nie zadaje się takich pytań - po prostu idzie się dalej.

Mój mały świat w klinicznej rzeczywistości…

Rok 2018, kolejny rok podarowany przez Boga i pełen wspaniałych ludzi, których na swojej drodze spotykam tak wielu. To czas, by opowiedzieć o mojej przygodzie, jaką od 2007 roku rozpocząłem z Kliniką Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu. Ongiś pod kierunkiem prof. Witolda Młynarczyka, a dzisiaj prof. Haliny Batury – Gabryel. Od 11 lat doc. Szczepan Cofta jako mój pulmonolog, dzieli świat mojej choroby.

To właśnie tutaj w 2013 roku dokonał się przełom w diagnostyce schorzenia. Dzięki staraniom prof. Gabryel i doc. Szczepana udało się rozwikłać zagadkę mojego stanu oskrzeli i płuc. Zespół anatomopatologów pod kierunkiem prof. Biczysko, wykrył w mikroskopie elektronowym mały szczegół - obraz pierwotnej dyskinezy rzęsek oskrzelowych. To otworzyło mi drogę do nowoczesnego leczenia dornazą alfa. Był to okres, kiedy na korytarzach i w salach chorych poznawałem wiele osób, dzieliły ze mną najtrudniejszy czas swojej choroby. Do kliniki przyjeżdżam co pół roku. Badania, igła Hubera – do portu naczyniowego i kolejne antybiotyki. Wszystko po to, abym mógł po miesiącu, na nowo spłacać mały dług wielkiej wdzięczności tym, którzy są ode mnie ciężej chorzy, moim pacjentom. To oni nadają sens mojej „przyjaźni" z chorobą.

Klinika pozwala mi też spojrzeć na niesamowitą postawę moich koleżanek w zawodzie, które od lat uwrażliwione są na to, że nie jesteśmy procedurą i peselem. My, pacjenci mamy serce, godność, emocje i uczucia. Pielęgniarki podziwiałem za trud opiekowania się chorymi pulmonologicznymi, za to, że w tym wszystkim potrafią od lat okazać pełny profesjonalizm, zaangażowanie w budowanie rodzinnych więzi i serdecznych relacji między nami, bo przecież to też część terapii i procesu pielęgnowania.

Pozwól mi mówić o tym, że znajdę się tam, gdzie życie będzie snem…

To już ponad 100 pobytów w szpitalu, od września 1977 roku. Leczenie w klinice, wiadomości o tym, że kolejna znana mi osoba przegrała z chorobą, jak również moje życie zawodowe, często skłaniają mnie do pytań: „co dalej?". Pracuję jako pielęgniarz izby przyjęć. Dość często wraz z lekarzami, moimi koleżankami i kolegami podejmujemy heroiczną walkę o ludzkie życie podczas resuscytacji. Niekiedy resuscytację przegrywamy. To jest moment uświadomienia sobie, jak bardzo mój zawód uczy mnie pokory i szacunku do życia. Bez wątpienia pomaga mi to z dziwnym dla mnie spokojem myśleć o tym, co nieuchronne. Personelowi kliniki pulmonologii UM w Poznaniu zawdzięczam to, że, kiedy chcę rozmawiać o swojej śmierci, nikt nie ucieka, nie udaje, że nie ma tematu. Takie rozmowy są mi potrzebne, z roku na rok ubywa mi sił, badania spirometryczne pokazują powolny progres choroby, a HRCT klatki piersiowej nie pozostawia złudzeń, że czas robi swoje… Niedawno poprosiłem profesor Gabryel i docenta Szczepana, aby pozwolili mi w klinice leczyć się do samego końca. Chciałbym, jeśli tak Pan Bóg zadecyduje, móc odejść w otoczeniu wspaniałych i życzliwych mi ludzi. Pani profesor wzięła mnie wtedy za rękę w pełni rozumiejąc, iż nie chcę się poddać w przyszłości przeszczepowi płuc uszanowała to. Bezspornie, w życiu człowieka przychodzi taki moment, gdzie z godnością trzeba ustąpić miejsca na ziemi innym…

Zawsze marzyłem o tym, że urośniemy w siłę…

Przez lata leczenia w klinice widzę w jakich warunkach jesteśmy diagnozowani, leczeni i pielęgnowani. Mogę dostrzec, jak wielu pacjentów chce być tutaj, dając tym samym dowód na to, jak ogromnym zaufaniem darzą to miejsce. Sale wieloosobowe, mała przestrzeń, duża liczba łóżek, sprawiają, że warunki dla nas pacjentów są, krótko mówiąc, nie najlepsze, ale… i w tym względzie systematycznie coś się zmienia i z ogromną determinacją wielu zaangażowanych ludzi, którym nasz los nie jest obojętny. Od lat prof. Halina Batura – Gabryel wraz z całym personelem kliniki starają się, by warunki poprawiały się z roku na rok. Jakiś czas temu doc. Szczepan Cofta podzielił się ze mną informacją, że klinika będzie rozbudowywana i wyposażana w całkowicie nowy sprzęt, dzięki projektowi PROPULMO. Bardzo się ucieszyłem. Pan docent powiedział wówczas, iż przy mojej chorobie będę leczony w całkowicie nowej części kliniki. Po tej wiadomości, zacząłem czytać o samym projekcie, który finansowany jest ze środków UE. Docent z panią profesor przyznali również, że będziemy mieli warunki takie, w jakich leczeni są pacjenci w krajach Unii Europejskiej.

Będąc podczas ostatniego pobytu w klinice na własne oczy widziałem, jak marzenia o tym, że jako klinika rośniemy w siłę, stają się powoli rzeczywistością. Sam mam świadomość, że odpowiednie warunki pobytu pacjentów, odpowiednie zaplecze i infrastruktura przygotowywana dla pracowników kliniki wpłyną na proces bardziej pomyślnego diagnozowania, leczenia i pielęgnowania ciężkich schorzeń pulmonologicznych. Każdego dnia uświadamiam sobie, że wszyscy w klinice, chcąc nam pomóc, przez lata znosili różne przeciwności losu, abyśmy tylko mogli z oddziału wyjść o własnych siłach i jeszcze raz mogli pojechać do swoich domów…

I na koniec, jako pacjent w imieniu nas wszystkich, pragnę podziękować za to, że Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, będzie mogła się dla nas rozwijać w nowoczesnym wymiarze. Dzięki determinacji kierownictwa i wszystkich pracowników kliniki, tych, którzy byli i są zaangażowani w cały projekt PROPULMO i tym, którzy przyznali nam unijne wsparcie finansowe – skromnie, dziękujemy…

pacjent - Tomasz

Zespół projektowy PROPULMO pragnie podziękować pacjentom, którzy zechcieli opowiedzieć o swojej walce z chorobą. Jesteśmy bardzo wdzięczni za Waszą otwartość i podzielenie się z czytelnikami swoją historią.

Oddech Europy – czyli jak fundusze unijne pomagają rozwijać infrastrukturę regionów

Polska jest liderem w wykorzystywaniu środków unijnych. Szacuje się, że w ciągu 6 lat od 2014 do 2020 roku z Funduszy Unijnych otrzymamy kwotę opiewającą na 350 mld zł.

Dynamiczny rozwój infrastruktury jest namacalnym dowodem na zmiany zachodzące nie tylko w architekturze, lecz przede wszystkim w strukturze gospodarczej kraju. Szczegółowe dane obrazujące rozpiętość inwestycji finansowanych z Programu Infrastruktury i Środowiska można znaleźć na stronie https://www.pois.gov.pl/strony/o-programie/projekty/przyklady-najciekawszych-projektow/. Każdy z nas z pewnością potrafiłby podać instytucje czy przedsiębiorstwo, którego rozwój przyspieszyło dofinansowanie unijne. Fundusze wspierają inicjatywy małe, jak na przykład 25 nowych miejsc dla dzieci w przedszkolu w gminie Damasławek, po wielomilionowe inwestycje. Przykładów nie należy szukać daleko, sztandarowym może być poparcie i dofinansowanie projektu realizowanego przez Szpital *Przemienienia Pańskiego* UM w Poznaniu jakim jest PROPULMO, który zakłada poprawę kompleksowości i jakości leczenia pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dorosłymi chorymi z mukowiscydozą. Środki na realizację projektu pochodzą z wyżej wspomnianego Programu Infrastruktura i Środowisko. Wsparcie w ramach tego Funduszu mogą otrzymać: jednostki samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwa realizujące cele publiczne, administracja publiczna, służby publiczne inne niż administracja, instytucje ochrony zdrowia, instytucje kultury, nauki i edukacji, duże, małe i średnie przedsiębiorstwa oraz organizacje społeczne i związki wyznaniowe.

Program Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 to kluczowy program finansowany z Funduszy Europejskich nie tylko na skalę Polski, ale także całej Unii Europejskiej. Program w swoich założeniach chroni środowisko, nieemisyjną gospodarkę, stawia nacisk na harmonijne połączenie rozwoju infrastruktury przy zachowaniu dziedzictwa naturalnego, działa również w obszarach bezpieczeństwa energetycznego oraz protekcji zdrowia. Cel nadrzędny programu można ująć jako wsparcie gospodarki, która w pełni wykorzystuje zasoby przy zachowaniu zasad poszanowania środowiska i zachowaniu spójności terytorialno-społecznej. Program Infrastruktura i Środowisko zakłada dziewięć merytorycznych Osi Priorytetowych i jedną poświęconą działaniom pomocy technicznej. Podział ten pozwala wyznaczyć obszary tematyczne i dokonać uszeregowania odpowiadającemu charakterowi inwestycji, a następnie określić formę finansowania przedsięwzięcia. Pierwsza reguła zakłada, że dofinansowane mogą być koszty kwalifikowane. Wykaz takich kosztów tworzony jest indywidualnie dla każdego programu i rodzaju projektu. Wydatki nieuwzględnione na liście kosztów kwalifikowanych, muszą zostać sfinansowane z własnych środków. Na przykładzie projektu PROPULMO dofinansowanie z Funduszy Europejskich wynosiło 11 661 653, 78 zł. Wkład własny Szpitala wyniósł 1 001 762,01 zł. Inwestycja realizowana jest w ramach IX Osi Priorytetowej zakładającej wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia. Środki przeznaczone na realizujące projektów w ramach tej Osi dają możliwość wsparcia w rozwoju kluczowych elementów infrastruktury placówek medycznych w wymiarze krajowym, jak również mają na celu poszerzenie dostępności usług medycznych dla wszystkich mieszkańców z założeniem niwelacji dysproporcji w stanie zdrowia społeczeństwa.

Rozwój polskiej infrastruktury wspomaganej przez Fundusze Europejskie można obserwować dzięki platformie mapadotacji.pl. Na stronie widnieje cały przekrój zainicjowanych projektów z podziałem na inwestycje już zakończone oraz rozpoczęte. Reprezentatywnymi przedsięwzięciami realizowanymi z Funduszu Programu Infrastruktury i Środowiska są między innymi „Kompleksowa termomodernizacja wraz z wykonaniem budynków mieszkalnych na osiedlu Wieczorka w Piekarach Śląskich". Projekt ten pozwolił rozwiązać problem złej jakości powietrza i zniwelować skutki występującego smogu. Inwestycja pozwala na lepszą efektywność energetyczną. Kolejnym zrealizowanym projektem było zbudowanie nowej magistrali ciepłowniczej w Gdańsku, dzięki której możliwe jest dostarczanie ciepła w lokalizacjach, które kiedyś zasilane były z nieefektywnych źródeł ciepła.

Żeby zostać beneficjentem Programu Infrastruktury i Środowiska należy złożyć spójny merytorycznie projekt odpowiadający kryteriom wyznaczonych dla konkretnych Osi Priorytetowych. Korzystanie z Funduszy Europejskich jest możliwe poprzez przygotowanie własnego projektu lub dzięki udziałowi w inwestycjach realizowanych przez innych. Wybór drugiej drogi zakłada udział w szkoleniach lub stażach, których założeniem jest wzmocnienie kwalifikacji zawodowych, uatrakcyjnienie rynku pracy lub możliwość założenia własnego przedsiębiorstwa. Dostępna na stronie www.funduszeeuropejskie.gov.pl/ wyszukiwarka dotacji pozwala znaleźć i dopasować odpowiedni fundusz, a dzięki poradnikowi również funkcjonującemu na wyżej wymienionej stronie, można zdobyć wiedzę o sposobach zarządzania i realizowania projektów dofinansowanych ze środków unijnych.

Przed złożeniem wniosku o dofinansowanie i zostanie beneficjentem warto zapoznać się z paroma ciekawostkami dotyczącymi Funduszy Europejskich. Jedna z nich informuje o tym, że najkrótszy czas rozstrzygnięcia konkursu może wynosić jedynie 7 dni i zostaje ogłoszony miesiąc przed datą składania wniosków. Nadrzędna zasada mówi, że wszystkie dokumenty są ważne! Rozpoczynając od dokumentacji konkursowej wraz z załącznikami po ogólne dokumenty zawierające zasady przystąpienia do Programów Unijnych z uwzględnieniem dedykowanych dla danych programów Osi Priorytetowych. Fundusze Europejskie duży nacisk kładą na reklamę i promocję, tak, aby możliwe było dotarcie i poinformowanie o nowych możliwościach finansowania potencjalnych beneficjentów. Na lata 2014-2020 budżet przeznaczony na działania promocyjne wynosi aż 0,7 mld euro. Kwota ta zostanie również przeznaczona na szkolenia dla beneficjentów. Każdy projekt realizowany z Funduszy Unijnych musi zawierać odpowiednią informację o wartości dotacji przedstawionej w formie tablicy lub plakatu na terenie realizowania inwestycji. Wszystkie materiały i zasoby wykorzystane podczas trwania projektu, jak również po jego zakończeniu powinny zawierać odpowiednie oznaczenia. Każda inwestycja po jej zakończeniu musi wykazać swoją trwałość w okresie 5 lat.

Wszystkie szczegółowe informacje o Funduszach Europejskich oraz możliwości ich pozyskania są dostępne także stacjonarnie na terenie całej Polski w Lokalnych Punktach Informacyjnych.

Zuzanna Skrzypek

Źródła:
https://www.pois.gov.pl
http://www.zdrowie.gov.pl/
https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/
https://pl.linkedin.com/pulse/6-ciekawostek-o-funduszach-unijnych-nr-2-zwi%C4%99kszy-twoje-olsz%C3%B3wka

Fundusze Europejskie budują innowacje!

W dzisiejszym świecie prawidłowe funkcjonowanie gospodarki zapewniają innowacyjne rozwiązania. Dzięki środkom pozyskiwanym z Funduszy Europejskich Polska od ponad 10 lat może się rozwijać i ma nieograniczony dostęp do technologii tworzących nowoczesność i innowacyjność. Obszar objęty modernizacją nie dotyczy tylko przedsiębiorców i ulepszania ich oferty usług, ale także innych podmiotów takich jak jednostki samorządowe, czy instytucje państwowe. Wieloletnie rozpatrywanie wniosków i przyznawanie dotacji pozwoliło znacznie uprościć procedury występowania o dofinansowanie oraz skrócić czas oczekiwania na rozpatrzenie wniosków. W drodze do uzyskania unijnego wsparcia można liczyć na pomoc przeznaczonych do tego punktów informacyjnych oraz urzędników.

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko w liczbach

W ramach programu można wnioskować o 100 mln zł na innowacje w obszarze poprawy efektywności energetycznej, poprzez wymianę urządzeń i instalacji technologicznych na bardziej energooszczędne, termomodernizację budynków czy wykorzystanie odnawialnych źródeł energii.

Projekty, które w swoich założeniach chronią środowisko i zagrożone gatunki, mogą otrzymać do 30 mln zł, jeśli w swoich celach zakładają utrzymanie lub odtworzenie właściwej struktury gatunkowej siedlisk. Kwota ta dedykowana jest projektom przedstawionym przez jednostki administracji rządowej lub samorządowej, uczelnie, parki narodowe i pozarządowe organizacje ekologiczne.

520 mln zł trafi do samorządów i firm

Kwoty: 320 mln zł i 200 mln zł trafią do samorządów i firm, które chcą chronić i wspierać środowisko poprzez rozsądne gospodarowanie odpadami, ich recykling i przetwarzanie.

Sto dwadzieścia milionów złotych dedykowane jest samorządom, które poprzez swoje działanie wpłyną pozytywnie na środowisko w obrębie miast poprzez odnowienie obszarów poprzemysłowych i innych zdegenerowanych terenów.

Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko w perspektywie finansowej 2014-2020 jest wiodącym programem, biorąc pod uwagę możliwości dofinansowania i wysokość dotacji.

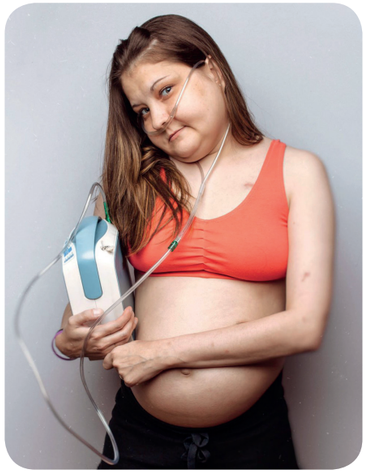
Źródło: https://www.pois.gov.pl – biuletyn

Kampanie wspomagające walkę z chorobami płuc

The Salty Girls - Świat kontra mukowiscydoza

W zderzeniu dorosłości z mukowiscydozą warto zwrócić uwagę na jej bardziej zewnętrzną stronę. Z całą pewnością doskonałym źródłem do refleksji będzie kampania The Salty Girls autorstwa fotografa Iana Pettigrewa. Dzisiejszy świat dość rygorystycznie narzuca kanony piękna, które piętnują niedoskonałość ludzkiego ciała. Nieustanna walka z domniemanymi ułomnościami potęguje uczucie wstydu i braku akceptacji w społeczeństwie. Trwa wyścig, na którego mecie czeka zatracenie poczucia wartości i naturalności. Postawy kobiet prezentowane w kampanii The Salty Girls powinny zmusić do refleksji i przemyślenia ideałów, którymi kierujemy się tworząc świat dla perfekcyjnych ludzi. Autor kampanii pokazuje, że to siła jest pięknem, nie odwrotnie. Nazwa kampanii w tłumaczeniu „Słone Dziewczyny" nawiązuje do głównego objawu mukowiscydozy, którym jest słony posmak skóry spowodowany wzrostem chloru i sodu w pocie. Projekt pokazuje kobiety, które wiele przeszły zmagając się z chorobą, co pozostawiło ślady na ich ciele w postaci blizn, jak choćby tych po przeszczepie płuc. Przedstawione portrety dziewczyn burzą teorię ideału i walczą z poczuciem zawstydzenia własnym ciałem. Kobiety są przykładem odporności, odrzucenia stereotypów, świadomości, piękna zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego, ale przede wszystkim energii. Ich walka z chorobą, poczucie własnej wartości, pozytywne nastawienie są godne promowania.

Fot. www.ianpettigrew.com



Fot. www.ianpettigrew.com

Zuzanna Skrzypek

Quiz europejski

Poziomo:

2. Ujednolicona opłata w Unii Europejskiej nakładana przez Państwa na towary w związku z wywozem i przywozem to?

5. Dokończ motto Unii Europejskiej: „Zjednoczona w ...".

8. Jedno z państw, które wstąpiło do UE tego samego dnia co Polska, to?

10. Jaka jest waluta Unii Europejskiej?

11. Gdzie znajduje się siedziba Unii Europejskiej?

13. Ile Państw leży w Europie?

14. Uzupełnij nazwę - ... praw podstawowych - gwarantuje prawa człowieka i obywatela.

15. Uzupełnij nazwę - ... Europejska - jeden z organów Unii Europejskiej.

Pionowo:

1. Porozumienie podpisane w ramach Unii Europejskiej dotyczące granic nosi nazwę?

3. Krajem, który w 2013 roku przystąpił do Unii Europejskiej jest?

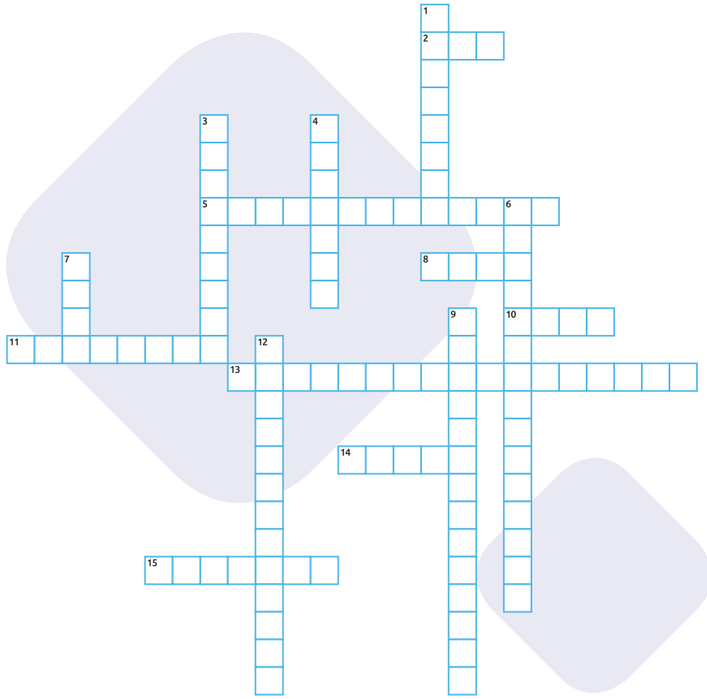
4. Jak nazywa się urząd Policji Unii Europejskiej?

6. Religia dominująca w UE to?

7. W którym miesiącu Polska przystąpiła do Unii Europejskiej?

9. Jakie Państwo zdecydowało się opuścić Unię Europejską?

12. Ile czasu trwa prezydentura Państw w Radzie Unii Europejskiej?



Konkurs Fotograficzny

Stowarzyszenie Bono Serviamus wraz ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego ogłaszają konkurs fotograficzny pt.

„Szpital znany i nieznany"

Konkurs adresowany jest do Pracowników oraz Sympatyków Szpitala. Każdy z uczestników może zgłosić od 1 do 6 zdjęć (może to być reportaż)

do dnia 31 marca 2019 roku.

Zdjęcia, wyłącznie w formie elektronicznej, należy przesyłać na adres: bartosz.sobanski@skpp.edu.pl

Fotografie powinny być wykonane w formacie jpg, w rozdzielczości min. 3024x2016.

Serdecznie zachęcamy do przesyłania zdjęć!
Regulamin konkursu jest dostępny na stronie internetowej Szpitala.

PROPULMO

Relacja zdjęciowa z realizacji projektu:

Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Rzeczpospolita Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

www.mapadotacji.gov.pl

Więcej o projekcie na stronie:
- www.propulmo.skpp.edu.pl

Aktualności o Szpitalu znajdziesz tutaj:
- www.facebook.com/SzpitalKlinicznyPrzemienieniaPanskiego
- www.skpp.edu.pl

Materiał zrealizowany w ramach projektu „PROPULMO" dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Osi priorytetowej IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, Działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.