



Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (43) 2022

DIALIZA i Ty



ISSN 1644-5139



DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 2 (43) 2022, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Jacek A. Pietrzyk

Zastępca redaktora naczelnego:

dr med. Adam Markiewicz

Sekretarz redakcji:

lek. med. Michał Śmigieński

Wydawca:

Fundacja Amicus Renis
Os. Witkowice Nowe 7, 31-234 Kraków

Sekretariat-biuro:

Danuta Maliszewska
tel. 788 684 234
e-mail: danuta.maliszewska@amicusrenis.pl

Komitety naukowe czasopisma:

dr med. Wacław Bentkowski
dr med. Krzysztof Bidas
prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski
prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
prof. dr hab. med. Ryszard Gellert
prof. dr hab. med. Ryszard Grenda
prof. dr hab. med. Marian Klinger
prof. dr hab. med. Andrzej Książek
prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko
prof. dr hab. med. Jacek Manitus
prof. dr hab. med. Michał Myśliwiec
prof. dr hab. med. Kazimierz Ostrowski
prof. dr hab. med. Irena Pietrzak
prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz
dr med. Antoni Sydor
prof. dr hab. med. Zofia Wańkowicz
prof. dr hab. med. Andrzej Więcek
dr med. Rafał S. Wnuk
prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIĘĆ

Fotografia na okładce:

JACEK PIETRZYK

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych materiałów. Materiały nadesłane do redakcji mogą być publikowane na łamach „Dializa i Ty” w przypadku, gdy autor nie wyrazi pisemnego sprzeciwu. Redakcja zastrzega sobie prawo do odrzucenia publikacji lub zmian w nadesłanych materiałach.

W numerze:

3 Słowo od Redakcji – prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

4 Listy znad morza

Medyk w objęciach systemu – prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski

4 W oczach lekarza

Współczesna kardio-nefro-protekcja: co się zmieniło, co warto wiedzieć? – prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Panaceum czy zagrożenie? ... o potasie słów kilka – prof. dr hab. med. Przemysław Rutkowski
Zjawisko wypalenia zawodowego u pracowników medycznych – prof. dr hab. med. Michał Nowicki

8 Pielęgniarka radzi

Moim Pacjentom – mgr piel. Katarzyna Kalista
Dwadzieścia lat – przygoda z leczeniem nerkozastępczym – licencjat piel. Bożena Guzik

11 Głos menedżera

Leczenie dializami w Polsce przeżywa obecnie kryzys spowodowany głównie niedostatecznym finansowaniem – Krzysztof Hurkacz, dr hab. med. Szymon Brzóska

12 Głos Stowarzyszenia

Ważna informacja dla Pacjentów – prof. dr hab. Rajmund Michalski

13 Wydarzenia

XV Krakowskie Dni Dializoterapii – prof. dr hab. med. Jacek Pietrzyk

16 Nasze Ośrodki Dializ

Czterdzieści lat dializoterapii w Tarnowie – dr med. Antoni Sydor

18 Jesteśmy na wczasach

Czas na Portugalię! – Joanna Bernet
Moja wyprawa do Hiszpanii – Piotr Mroczkowski
Moja ukochana Sycylia – Elżbieta Narożniak

26 Dializy Wakacyjne

Wczasy dla dializowanych – Sycylia
Luksusowe dializy wakacyjne w Grecji

28 Poczty wybitnych nefrologów

Dr Dorota Frankiewicz

SŁOWO OD REDAKCJI



**Prof. dr hab. med.
Jacek Pietrzyk**

Znane powiedzenie mówiące, że do wszystkiego można się przyzwyczaić ponownie wpisuje się w naszą rzeczywistość. Przyzwyczailiśmy się do COVID-19 i większość z nas traktuje tę infekcję równie pobłażliwie, jak pospolitą grypę. Przywykliśmy do wojny za naszą wschodnią granicą oraz do języka braci Ukraińców, jakże często słyszanego na ulicy, w sklepach, w autobusie czy w tramwaju. Zaczynamy oswajać się powoli z droższymi w sklepach, na stacjach benzynowych, w aptekach, ale wielu nie może się do tej pory przyzwyczaić do wysokich cen węgla i gazu. Czas pokaże, co nas jeszcze zaskoczy? Naruszanie zasady: *Lex retro non agit* – prawo nie działa wstecz, o czym zapominają tworzący prawo?

Jesień, ciepła i kolorowa w tym roku ponownie zapachniała nefrologią. XV Krakowskie Dni Dializoterapii im. prof. Olgierda Smoleńskiego przywiodły do Krakowa znamienitych wykładowców i blisko 450 uczestników. Obserwowałem radość z bezpośrednich kontaktów twarzą w twarz, a nie jak przez ostatnie 2 lata „ekran w ekran”, czyli „on-line”, do czego naprawdę trudno było się przyzwyczaić!

W październiku obchodziliśmy Europejski Dzień Dawstwa Narządów i Transplantacji, o czym przypomniał mi w skierowanym liście pan docent Jarosław Czerwiński z „Poltransplantu”, wskazując na wagę świadomego i altruistycznego dawstwa narządów. Jakoś nie wszyscy mogą się przyzwyczaić do faktu, że dostępność narządów do przeszczepień pozostaje nadal poniżej oczekiwań pacjentów, lekarzy i pielęgniarek – ale generalnie społeczeństwu to nie przeszkadza. Niewiele osób w Polsce pamięta o tych 25 tysiącach dializowanych lub kilku tysiącach przeszczepionych. Społeczna świadomość ich problemów jest żadna lub niewielka chyba, że okaże się, że ktoś u nas rozpoznał przewlekłą chorobę nerek i ... zaczynają się problemy!

Na łamy jesiennego numeru „Dializy i Ty” zaprosiliśmy sprawdzonych i nie wykazujących objawów „przyzwyczajania się” P.T. Autorów. Mam nadzieję, że doświadczenia prof. Bolesława Rutkowskiego bycia pacjentem wielu Czytelników uzna za niemiarodajne (- Pan Profesor pacjentem???? – Jak to????), ale pamiętajmy, że każde badanie zaczyna się od zebrania wywiadu. Wszak starej daty medycy twierdzili, że dobrze zebrany wywiad to trzy czwarte sukcesu, ale – to czasochłonna czynność, bagatelizowana nierzadko. Jednak jak widać z „Listu znad morza”, może być kłopotliwa. Dla pacjenta!

Nieustająco i na bieżąco prof. Tomasz Stompór dzieli się z nami najnowszymi osiągnięciami w kardio-nefro-protekcji. Jak wielu z nas wie, przewlekła choroba nerek, w tym – towarzysząca cukrzycy – uszkadza układ sercowo-naczyniowy.

Farmakologiczna ochrona nerek (nefroprotekcja) przekłada się na zmniejszenie ryzyka sercowego, a nowe leki, o których pisze prof. Stompór – mogą okazać się skutecznym „spowalniaczem” niepożądanych powikłań w układzie krążenia i poprawić rokowanie pacjentów. Profesor Przemysław Rutkowski (tak, tak, syn Bolesława, tego od „Listów znad morza, też nefrolog) pisze o potasie i dwu stronach medalu tego jonu: dobrych i złych. To błogosławiony jon dla zdrowych i ale także potencjalny zabójca dla wszystkich tych, którzy mają zaawansowaną niewydolność nerek lub są dializowani. To ich przede wszystkim obowiązują restrykcje dietetyczne, a lista produktów spożywczych zawierających nadmierne ilości potasu powinna być znana i przestrzegana.

Wysłuchawszy bardzo ciekawego wykładu prof. Michała Nowickiego na XV KKD poprosiłem, by podzielił się z nami swoimi przemyśleniami na temat wypalenia zawodowego lekarzy. Zespół ten dotyka ludzi każdej profesji, a przez wiele lat – zwłaszcza w przypadku pracowników ochrony zdrowia – pozostawał w cieniu innych problemów. Obyśmy – jako pacjenci – nie musieli doświadczać kontaktu z kimś, kto sam przeżywa trudne chwile. W tym kontekście z artykułów pielęgniarek Katarzyny Kalisty i Bożeny Guzik jednak tchnie nutką optymizmu i ciepłem kontaktu pielęgniarki dializacyjnej z jej pacjentami. To bezcenne spostrzeżenia! Głosy dyrektorów z DaVita Polska: Krzysztofa Hurkacza i dr hab. med. Szymona Brzóska uświadamiają nam, że zbliżyliśmy się do krawędzi niebezpiecznej sytuacji, która grozi zamykaniem wielu niepublicznych stacji dializ, których finansowanie przez płatnika nie pokrywa kosztów ich funkcjonowania. Trudno się z tym pogodzić, zaczynają protestować pacjenci, apelują do ministra zdrowia.

Sporo ciekawych informacji znajdują też Czytelnicy w relacjach z wakacyjnych przygód, tak na Sycylii, ale także w Portugalii i w Hiszpanii. Choć – mam nadzieję, że w Polsce wyjątkowo ciepłe lato i piękny, jesienny październik był dla wielu okazją do spacerów i wycieczek. Pogoda dopisała, grzyby obrodziły jak nigdy dotąd.

Cieszmy się faktem powrotu na łamy „Dializy i Ty” Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki (dawnego OSOD-u), o którym pisze jego nowy Prezes, p. prof. Rajmund Michalski. Zaś cały Zespół Redakcyjny serdecznie gratuluje dr med. Antoniemu Sydorowi 40-lecia ośrodka dializ w Tarnowie! O tym też słów kilka i kilka zdjęć pokazujących historię!

Życzę wszystkim miłej lektury.

Redaktor Naczelny
Jacek Pietrzyk

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego 2023 Roku

Wszystkim Autorom współredagującym nasze pismo oraz Wspaniałym Czytelnikom życzymy rodzinnej atmosfery, świątecznego nastroju bez pośpiechu, trosk i zmartwień życia codziennego oraz spełnienia wypowiedzianych przy wigilijnym stole życzeń i najskrytszych marzeń

Zespół Redakcyjny „Dializy i Ty”



Medyk w objęciach systemu



**Prof. dr hab. med.
Bolesław Rutkowski**

Były Konsultant Krajowy
w dziedzinie nefrologii oraz
były Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Jedno z naszych celnych przysłów brzmi: „Nosił wilk raz kilka, ponieśli i wilka”. No właśnie! Dopadło to mnie samego i w ciągu kilkumiesięcznego okresu byłem zmuszony do skorzystania z gościnności kilku różnych oddziałów szpitalnych. Były to kolejno oddział dzienny wewnętrzny, ortopedyczny, rehabilitacyjny, a następnie chirurgiczny. Z pewnym zdziwieniem stwierdziłem, że niezależnie od tego jaki to był oddział zadawano mi - zgodnie z odpowiednim formularzem - te same pytania. Dotyczyły one w głównej mierze mojej obecnej i przeszłej kondycji zdrowotnej oraz przebiegów interwencji medycznych. Kiedy zorientowałem się o tożsamości zadawanych pytań moje zdziwienie szybko przerodziło się w niepokój podszyty nutką przerażenia. No bo nie byłem do końca pewien, czy odpowiadając po raz trzeci powiedziałem dokładnie to samo co za pierwszym razem? A jeśli nie, to przecież wszystkie te zeznania są w systemie. W tym momencie poczułem zagrożenie, iż mogę zostać potraktowany jako łgarz i szubrawiec. I nie chodzi tu tylko o moje samopoczucie, ale przede wszystkim co na ten temat będzie sądził system. No bo po weryfikacji moich kolejnych odpowiedzi może paść werdykt, iż miałem zamiar oszukać system. Pół biedy, gdyby to potencjalne oszustwo miało charakter niezamierzony. Oznaczałoby to, że wynika z narastającego stopnia demencji stosownej do wieku. Ale jeśli powszechnie jestem uznawany (póki co)



za osobę, która zachowała pełnię władz umysłowych, to wspomniane oszustwo ma charakter zamierzony. A skoro tak, no to właściciel systemu (czyli nasz szanowny płatnik: czytają NFZ) może nałożyć na oszusta stosowne kary. Ciekawe, czy może mnie zawiesić w prawach pacjenta albo odmówić mi kolejnych usług medycznych? Póki co system się nie odzywa, to i ja nie będę się domagał odpowiedzi w tym zakresie. Tak czy inaczej, mając kontakt z omawianym systemem zachowajcie czujność bolszewicką.

Ale na koniec coś pozytywnego. Niezależnie bowiem od niedogodności związanych z systemem, we wszystkich oddziałach najważniejsi byli i są ludzie. A w tym względzie spotkałem się z pełną empatią i życzliwością ze strony personelu medycznego od góry do dołu. Działo się tak pomimo, że starałem się nie przyznawać do swoich proveniencji medycznych.

Ostrzegając przed systemem życzę wszystkim Czytelnikom „Dializa i Ty” spotkania z tak kompetentnymi i empatycznymi ludźmi, jeśli zajdzie potrzeba oddania się w ręce medyków.

Wasz Bolesław

W OCZACH LEKARZA

Współczesna kardio-nefro-protekcja: co się zmieniło, co warto wiedzieć?



**Prof. dr hab. med.
Tomasz Stompór**

Kierownik Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii
i Chorób Wewnętrznych Uniwersytet
Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Przewlekła choroba nerek, której skrót „PChN” już na dobre zdomowił się w polskim słownictwie nefrologicznym, może dotyczyć nawet 10% polskiej dorosłej populacji. W niektórych grupach ryzyka odsetek ten jest znacznie wyższy. I tak ocenia się, że na PChN choruje 30% pacjentów z cukrzycą typu drugiego oraz ok. 25% osób po 60 roku życia. Tylko w około 40 – 50% przypadków PChN da się wskazać pojedynczą lub wiodącą przyczynę uszkodzenia nerek i najczęściej są to: cukrzyca, pierwotne i wtórne kłębuszkowe choroby nerek czy wielotorbielowatość nerek. U wielu pacjentów

przyczyna pozostaje nieznana albo dlatego, że nie wykonano na czas kluczowych badań diagnostycznych albo ze względu na wieloczynnikowe podłoże choroby. Obecnie przyjmuje się, że jedną z wiodących przyczyn przewlekłego uszkodzenia nerek są nerkowe konsekwencje chorób serca i naczyń. W literaturze medycznej od dekad posługujemy się terminem „naczyniopochodne stwardnienie nerek”, co oznacza uszkodzenie tych narządów w konsekwencji zaawansowanej miażdżycy i nadciśnienia. Obecnie jednak jesteśmy bardziej skłonni do używania terminu „przewlekły zespół sercowo-nerkowy”. Istotę problemu najlepiej ilustruje zapis bardzo typowej rozmowy z pacjentem trafiającym do lekarza z PChN o nieznanym podłożu, który ma już za sobą jedną lub dwie koronarografie, z jednym albo dwoma stentami, ma miażdżycę kończyn dolnych i problemy z chodzeniem, czasem zawroty głowy spowodowane zwężeniem tętnicy szyjnej, przez wiele lat palił, niezdrowo się odżywał. Obecnie ma znacznie obniżony współczynnik przesączania kłębuszkowego (GFR) i dziwi się: – Dlaczego? – Panie Doktorze, nigdy na nerki NIE CHOROWAŁEM, nigdy mnie nerki NIE BOLAŁY! Zadaje wówczas następujące pytanie: – Czy uważa Pan/Pani, że tak wiele naczyń krwionośnych (tętnice wieńcowe, szyjne, w nogach) jest zmienionych i zwężonych, a te nerkowe pozostały nietknięte – jak u 16- latka? Zapamiętajmy tę gorzką prawdę. TAK SIĘ NIE DZIEJE NIGDY! Zmiany postępują równolegle, tylko, że – w odróżnieniu od naczyń wieńcowych czy tych w nogach – postępujące zmiany w nerkach „nie bolą” – nerka nie krzyczy „ratujcie mnie”, tylko cierpi w ciszy, dając znać o sobie jedynie poprzez zmiany w składzie moczu, spadek GFR i wzrost stężenia kreatyniny w surowicy krwi.

Dlaczego to takie ważne? Otóż każdą chorobę nerek należy leczyć PRZYCZYNOWO, a więc działać na mechanizmy, które ją uszkadzają. Warunkiem powodzenia jest wczesne zidentyfikowanie procesu chorobowego i leczenie celowane. Najlepszym przykładem jest tu grupa tzw. chorób autoimmunologicznych, w których na podstawie biopsji nerki ustalamy bardzo precyzyjne rozpoznanie, a następnie „uderzamy” w chorobę takimi lekami, jak znane wielu Czytelnikom steroidy, cyklosporyna, cyklofosfamid czy mykofenolan mofetylu. Co jednak z tymi chorobami, w których przyczyną uszkodzenia nerek są podstępnie przebiegające procesy chorobowe obejmujące wiele tkanek i narządów, jak wspomniane choroby wielu naczyń? Tu, ale także w PChN o dowolnym podłożu, naszym sprzymierzeńcem jest tzw. leczenie nefroprotekcyjne albo mówiąc inaczej nerkoochronne, które powinna otrzymać większość pacjentów (a może wszyscy, którzy nie mają przeciwwskazań?). Jest to zestaw leków, które zwalniają, a czasem zatrzymują postęp PChN.

Współczesny kanon leczenia nefroprotekcyjnego to:

1. Leczenie nadciśnienia tętniczego. Wybór leków ma tu znaczenie drugorzędne, ale najważniejsze jest, aby ciśnienie skurczowe pacjentów z większości pomiarów mieściło się w przedziale 130 – 140 mmHg (naukowcy ciągle spierają się pomiędzy sobą, czy należy dążyć w chorobach nerek do wartości niższych, tj. < 130, a nawet 120 mmHg).

Przyjmuje się, że przy dobrej tolerancji, to jest braku objawów ubocznych leków, warto dążyć do tych niższych wartości.

2. Preferowane zastosowanie leków obniżających ciśnienie z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (przykłady to: ramipryl, perindopryl, zofenopryl) lub tzw. blokerów receptora dla angiotensyny (przykłady: losartan, walsartan, telmisartan) u pacjentów z PChN i cukrzycą oraz u chorych z białkomoczem. Inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę są także stosowane jako podstawa leczenia niewydolności serca.

3. Stosowanie leków z grupy inhibitorów ko-transportera sodowo-glukozowego typu 2. Pod tą skomplikowaną nazwą kryje się grupa preparatów wymyślonych do leczenia cukrzycy, ponieważ blokują one zwrotne wchłanianie glukozy przesączonej w nerkach i pomagają pacjentom pozbyć się nadmiaru cukru. Mówiąc obrazowo – pacjenci oddają „słodki” mocz. Ku zdumieniu lekarzy, leki te oprócz poprawy wyrównania cukrzycy wykazały bardzo silny ochronny wpływ na serce i naczynia oraz na nerki. Jeszcze większe zdumienie wywołało ich korzystne działanie u pacjentów z chorobami serca i nerek, ale bez cukrzycy. Okazało się, że ochrona serca i nerek jest wówczas jeszcze większa. Przykładami leków z tej grupy są dapagliflozyna i empagliflozyna.

4. Stosowanie tzw. agonistów receptora dla glukagonopodobnego peptydu GLP1, endogennego hormonu inkretynowego. Ta kolejna trudna nazwa oznacza grupę leków, które zostały opracowane do leczenia pacjentów z cukrzycą, gdyż skutecznie obniżają poziom cukru we krwi. Choć obecnie mają zastosowanie wyłącznie w tej chorobie, oprócz poprawy wyrównania glikemii mają także ochronne działanie na serce i naczynia. Przykłady to liraglutyd, semaglutyd i dulaglutyd. Tym razem są to preparaty podawane we wstrzyknięciach podskórnych, ale wiele z nich – w przeciwieństwie do insuliny – jest podawana jeden raz na tydzień!

5. Stosowanie leków hamujących zaawansowane stadia uszkodzenia (bliznowacenia) nerek. Jak na razie ich jedynym przedstawicielem jest lek o nazwie finerenon. Jest to pierwszy niesteroidowy, wybiórczy antagonist receptoru mineralokortykoidów. Także ten preparat zwalnia progresję choroby nerek oraz chroni serce, może być jednak jak dotąd stosowany wyłącznie u pacjentów z cukrzycą. To nowa strategia opóźniania progresji PChN, jednocześnie zmniejszająca ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycową chorobą nerek.

Wszystkie wymienione powyżej kategorie leków mają wpływ ochronny na serce, naczynia i nerki, stąd uprawnione jest dziś mówienie o kardio-nefro-protekcji, ochronie dwunarządowej. Niektóre leki mogą być stosowane u (niemal) wszystkich pacjentów, niektóre – tylko u tych z cukrzycą. Warto pamiętać, że pod pewnymi warunkami wiele z tych najnowocześniejszych leków jest refundowanych, co poprawia dostępność do leczenia. Mam wrażenie, że po raz pierwszy od ponad dwudziestu lat znów w nefrologii powiało optymizmem – są bowiem nowe metody skutecznej i uniwersalnej terapii, którą można proponować pacjentom z chorobami nerek.

Panaceum czy zagrożenie? ... o potasie słów kilka



**Prof. dr hab.
Przemysław Rutkowski**
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
z Instytutem Medycyny Morskiej
i Tropikalnej Gdański Uniwersytet
Medyczny

Potas został opisany w roku 1807 przez sir Humphreya Davy'ego. Jego łacińska nazwa kalium (stąd np. kalipoz) została wprowadzona przez Martina Klaprotha i Ludwiga Gilberta, natomiast polską nazwę wprowadził krakowski chemik Filip Walter. Jeżeli chodzi o rozmieszczenie potasu w organizmie człowieka to znakomita jego większość (92%) znajduje się wewnątrz komórek naszego ciała, zaś poza komórkami, w tym we krwi, powinno znajdować się jedynie 2%. Większość nadmiaru tego pierwiastka usuwana jest przez nerki (ponad 90%), pozostała część – przez jelita. Dlatego przy niesprawnych nerkach mamy problem z nadmiarem potasu. W warunkach zdrowia potas odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie serca, stabilizuje jego rytm, zapewnia prawidłowe funkcjonowanie mięśni, zapobiega skurczom. Dieta bogata w ten pierwiastek zmniejsza szanse na wystąpienia kamicy nerkowej, a także zmniejsza wydalanie wapnia z moczem, co wpływa korzystnie na metabolizm kostny u większości osób.

Potas pełni również bardzo ważną funkcję w regulacji ciśnienia tętniczego krwi. Przy diecie wysokopotasowej **(pod warunkiem, że ma się zdrowe nerki)** obniżeniu ulega ciśnienie tętnicze krwi, co wiąże się ze zmniejszeniem konieczności przyjmowania leków na nadciśnienie. Dzieje się tak dzięki zwiększonemu wydalaniu sodu u osób stosujących ten typ diety. Co ciekawe, im więcej sodu spożywa dana osoba – tym większy efekt obniżający ciśnienie przy spożywaniu większej ilości potasu. Lepsze działanie takiej diety obserwuje się u osób z nadciśnieniem. Co oznacza, że jeżeli ciśnienie tętnicze krwi jest w normie – potas go dodatkowo nie obniży! Dieta bogata w potas pomaga również w kłopotach z tolerancją cukru (glukozy). Niestety, w przypadku osób z niewydolnością nerek oraz dializowanych – te schematy nie działają jak trzeba. Dochodzi do gromadzenia się nadmiernej ilości potasu, który przedostaje się również do krwi powodując wzrost stężenia i groźne objawy chorobowe.

Nadmiar potasu we krwi nazywamy **hiperkaliemią** i dzieli się ona na trzy stadia w zależności od oznaczonego stężenia potasu. W pierwszym, łagodnym stadium hiperkaliemii obserwujemy stężenia potasu pomiędzy 5,5–6 mmol/l, w drugim – umiarkowanym – stężenia wahają się w przedziale 6,1–7 mmol/l. W trzecim, ciężkim – stężenia potasu we krwi przekraczają 7 mmol/l. i tu mogą pojawiać się niepożądane objawy kliniczne, przede wszystkim ze strony

serca: niemiaryowość, zwolnienie czynności, a w skrajnych przypadkach – nawet zatrzymanie serca w rozkurczu.

Jest wiele przyczyn hiperkaliemii, jednak wśród najważniejszych – to postępująca niewydolność nerek (brak wydalania potasu z moczem pomimo wydalania moczu), nadmiar potasu w diecie (owoce, surowe warzywa i wiele innych), ale także leki, z których większość trzeba przyjmować (niestety...), w przypadku nadciśnienia, przewlekłej choroby nerek czy cukrzycy. Warto pamiętać, że do wzrostu stężenia potasu we krwi może dochodzić również w przypadku poważnych infekcji (zakażenia krwiopochodnego, sepsy), niedoboru insuliny u chorych na cukrzycę typu 1, a także u osób stosujących preparaty ziołowe bogate np. w głóg czy żeń-szeń. Jeżeli chodzi o popularne leki mogące zwiększyć stężenie potasu należą do nich leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, które najczęściej przyjmowane są poza kontrolą lekarską. Dlatego tak ważne jest informowanie lekarza o WSZYSTKICH lekach przyjmowanych przez osobę chorą niezależnie od tego, który specjalista je przepisał.

Najczęstsze objawy hiperkaliemii nasilające się w zależności od jej ciężkości obejmują najczęściej parestezje – drętwienie języka, wokół ust, czasem dłoni i stóp, osłabienie mięśni do ich porażenia włącznie. Toksyczne działanie na komórki mięśnia sercowego objawia się zwolnieniem akcji serca (bradykardia), zmianami w zapisie EKG (wysokie, spiczaste załamki T, wydłużenie zespołu QRS), w drastycznych przypadkach (stężenia przekraczające 10-12 mmol/l - migotaniem komór lub zatrzymaniem akcji serca (asystolia). Poza hiperkaliemią możemy mieć do czynienia z niedoborem tego pierwiastka, czyli **hipokaliemią**. Dochodzi do niej najczęściej w wyniku biegunki, długotrwałych wymiotów, oparzeń obejmujących dużą powierzchnię ciała lub nadużywania leków moczopędnych. Co ciekawe, u osób dializowanych stężenie potasu w pobliżu dolnej granicy normy, może powodować objawy hipokaliemii pod postacią skurczów, a nawet zaburzeń rytmu serca. Dlatego też u osób dializowanych tak ważne jest, aby dobierać właściwy skład koncentratu do dializy i odpowiednio planować codzienne spożycie potasu, to znaczy pamiętać, ile tego pierwiastka zawierają poszczególne produkty spożywcze i ile ich można zjeść? Pacjenci długo dializowani lepiej tolerują nieco wyższe stężenia potasu w porównaniu z tymi niższymi, co nie znaczy, że nie powinni przestrzegać diety ubogopotasowej. W niektórych przypadkach pomocne w jej utrzymaniu jest stosowanie leków wchłaniających potas w przewodzie pokarmowym. Tak działają żywice jonowymienne, np. Resonium A czy Calcium Resonium. Jednak ich stosowanie powinno być zawsze skonsultowane z lekarzem prowadzącym. W stanach ostrych również istnieją leki pozwalające obniżyć stężenie jonu potasowego we krwi poprzez przemieszczenie go do komórek (insulina, wodorowęglan sodu, salbutamol), jednak ich stosowanie również jest zarezerwowane dla personelu medycznego. Podsumowując, nie istnieje panaceum na wszystkie

choroby i bólaczki, chociaż wciąż poszukujemy „kamienia filozoficznego”. Z pewnością potas nim nie jest, jednak w pewnych okolicznościach ma on korzystne działanie na nasze zdrowie i samopoczucie. W innych przypadkach stanowi śmiertelne zagrożenie. Dlatego, cytując mistrza Fredy „Znaj proporcjum mocium panie” zanim postanowicie o zmianach zawartości potasu w naszej diecie, skonsultujcie

się proszę z waszym lekarzem. Sprawdźcie, czy wasze nerki poradzą sobie skutecznie z wydalaniem nadmiaru tego jonu, a gdy okaże się, że filtracja kłębuszkowa jest zbyt niska i mamy wszelkie podstawy do rozpoznania przewlekłej choroby nerek – uważajcie! Może się on okazać groźną toksyną.

Zjawisko wypalenia zawodowego u pracowników medycznych



**Prof. dr hab. n. med.
Michał Nowicki**

Klinika Nefrologii, Hipertensjologii
i Transplantologii Nerek
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wypalenie zawodowe (ang. burnout) to zespół zjawisk/zachowań wynikający z przewlekłego stresu w miejscu pracy, który nie został skutecznie opanowany. Wypalenie zawodowe odnosi się wyłącznie do zjawisk powstałych w kontekście zawodowym i nie powinno być stosowane do opisu doświadczeń w innych obszarach życia. Wypalenie zawodowe nie jest chorobą, jednak z uwagi na jego negatywne znaczenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego dotkniętej nim osoby, a także pośrednio dla zdrowia całego społeczeństwa zostało umieszczone po raz pierwszy w najnowszej edycji wprowadzonej w roku 2022 klasyfikacji chorób (ICD-11). Wypalenie zawodowe posiada w tej klasyfikacji kod OD85.

Istotne jest rozróżnienie wypalenia zawodowego i depresji, gdyż tylko ta druga jest uznana za chorobę. Jak wspomniano już powyżej wypalenie zawodowe różni się od depresji tym, że z definicji obejmuje powiązanie danej osoby z jej działalnością zawodową. Występuje ono najczęściej (choć nie wyłącznie) w zawodach, które wymagają silnych relacji z ludźmi – lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, nauczyciele, psycholodzy, duchowni. W tych zawodach życie zawodowe ma szczególnie istotny wpływ na życie osobiste, a wystąpienie wypalenia zawodowego oddziałuje nie tylko na relacje zawodowe, ale prowadzić może też do napięć i tarć w relacjach osobistych i izolacji od osób bliskich (rodziny, przyjaciół).

Wypalenie zawodowe jest charakteryzowane w trzech aspektach tj. jako: wyczerpanie emocjonalne, wynikające z przepracowania; depersonalizacja czyli poczucie bycia nieczułym wobec chorego lub współpracownika, częste negatywne, bezduszne i obojętne reakcje oraz zmniejszona wydajność zawodowa

Zjawisko wypalenia zawodowego narasta i przyczynia się do kryzysu jaki obecnie obserwujemy w medycynie w związku

z pandemią W czasie pandemii Covid-19 zjawisko wypalenia zawodowego nasiliło się i badania wykonane na przełomie roku 2021 i 2022 w USA pokazało, że aż 52% pielęgniarek i 20% lekarzy z powodu wypalenia zawodowego rozważa odejście z zawodu. W czasie pandemii odsetek „wypalonych” zawodowo lekarzy w USA wzrósł z około 44-54% w okresie wcześniejszym (lata 2011-2017) do 63% w 2022 roku.

W Polsce również zaczęto badać zjawisko wypalenia wśród pracowników medycznych jeszcze przed pandemią. Badania prowadzone na Uniwersytecie SWPS w Warszawie w roku 2018 pokazało, że aż 60% personelu medycznego ma cechy i objawy wypalenia zawodowego. Pomimo tego w naszym kraju nie podjęto dotąd na szczeblu centralnym żadnych kompleksowych działań mających na celu zapobieganie wypaleniu zawodowemu wśród pracowników systemu ochrony zdrowia i pomoc pracownikom już dotkniętym wypaleniem. W sierpniu 2022 roku w Ministerstwie Zdrowia powstał projekt programu wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dla pracowników wykazujących cechy depresji. Równocześnie jednak minister przyznał, że nie ma wiedzy ale osób może wymagać pomocy skali wypalenia zawodowego wśród pracowników medycznych. Taki brak wiedzy może dziwić, gdyż od dawna już wiemy, że lekarze i pielęgniarki wykazujące wypalenie zawodowe częściej popełniają błędy medyczne. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu wśród pracowników medycznych to zatem większe bezpieczeństwo pacjentów.

W przypadku wypalenia zawodowego kluczowe jest też zrozumienie przyczyn tego zjawiska. Umożliwi to podjęcie odpowiednio wczesnych działań zanim jeszcze pojawi się wypalenie. Według obecnych poglądów wypalenie zawodowe jest skutkiem zaburzenia równowagi pomiędzy pracą zawodową a życiem osobistym (poza pracą zawodową – zainteresowania, pasje, rodzina, przyjaciele) na rzecz pracy. Wypalenie zawodowe na ogół rozwija się już u „dojrzałych” zawodowo pracowników tj. po kilkunastu-kilkudziesięciu latach pracy. Praca zawodowa ma bowiem kilka etapów. Etap I to entuzjazm – idealizm z ogromnymi nadziejami i nierzeczywistymi oczekiwaniami, praca jest wtedy najważniejszym celem w życiu. Etap II to stagnacja, występuje znaczne zredukowanie oczekiwań w związku z tym obniżenie zaangażowania w pracę. Etap III to frustracja – narastająca bezradność, frustracja związana z niską pensją, złe relacje w pracy. Etap IV to apatia – unikanie pracy oraz rzadkie

kontakty z innymi ludźmi, stajemy się cyniczni i odosobnieni. W obecnym czasie wydaje się jednak, że czas wystąpienia wypalenia przesuwają się w kierunku osób o mniejszym stażu pracy i niektóre badania pokazują, że nawet do 82% lekarzy-rezydentów (lekarzy o najwyższym kilkuletnim stażu pracy, jeszcze przed uzyskaniem specjalizacji) ma cechy wypalenia zawodowego.

Aby wykryć u siebie cechy wypalenia zawodowego należy zwrócić uwagę na jej najwcześniejsze objawy. Są to:

- utrata entuzjazmu do pracy
- zmniejszona wydajność zawodowa
- uczucie niepokoju i lęku
- problemy ze snem
- uczucie fizycznego zmęczenia
- rozdrażnienie i wahania nastroju

Wypalenie zawodowe dotyka różne specjalności medyczne w różnych stopniu. Najbardziej zagrożeni wypaleniem są pracownicy zatrudnieni w oddziałach intensywnej opieki, chorób zakaźnych, położniczych, rehabilitacyjnych oraz w poradniach medycyny rodzinnej. Wypalenie dotyka też lekarzy nefrologów, ale na szczęście w nieco mniejszym stopniu. Badania przeprowadzone w USA jeszcze przed pandemią pokazały, że cechy wypalenia zawodowego miało 40% nefrologów (dla porównania u lekarzy anestezjologów było to 60%). Nasze badania prowadzone w Polsce w 2019 roku pokazały, że wśród lekarzy nefrologów połowa wykazywała cechy wyczerpania emocjonalnego. Odsetek ten był większy wśród pracowników stacji dializ niż oddziałów

i poradni nefrologicznych. Przeprowadziliśmy też ostatnio badania u lekarzy nefrologów dziecięcych w Polsce, które wykazały nieco mniejszy stopień ich wypalenia zawodowego niż u nefrologów zajmujących się dorosłymi pacjentami.

Lekarze i pielęgniarki objęci wypaleniem zawodowym muszą podejmować określone działania. Zarówno w USA jak i w Polsce (według naszych badań) osoby takie najczęściej zwiększają swoją aktywność fizyczną (działania sportowe), spotykają się częściej z rodziną i znajomymi i próbują się lepiej wysypiać, czy słuchają więcej uspokajającej muzyki. Ostatnio w Klinice Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek w Łodzi przeprowadziliśmy też badania pracowników stacji dializ w Polsce. Badania te wykazały, że pandemia COVID-19, niestety, w znacznym stopniu wpłynęła lub całkowicie zdominowała pracę stacji dializ (według pielęgniarek odpowiednio 53,4% lub 25,5% oraz lekarzy 55,5% lub 15,4%). Poważne ryzyko dla własnego zdrowia i życia odczuwało w dobie pandemii 83% pracowników stacji dializ. Ponadto, trzy czwarte uczestników badania stwierdziło, że ich praca w stacji dializ podczas pandemii wiązała się też z poważnym ryzykiem dla ich bliskich. Wykazaliśmy jednak równocześnie w naszych badaniach, że zapewnienie odpowiednich środków ochrony indywidualnej oraz poczucie dobrego poinformowania o aktualnych procedurach bezpieczeństwa i wsparcie ze strony przełożonych wiąże się z mniejszym wypaleniem zawodowym wśród personelu stacji dializ.

PIELĘGNIARKA RADZI

Moim Pacjentom



Mgr piel. Katarzyna Kalista
Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o. o.

Nasza misja:
*Tworzenie przyszłości wartej życia.
Dla ludzi. Na całym świecie.
Każdego dnia.*

Każdy kto czyta moją kolejną wypowiedź, może stwierdzić, że się powtarzam. A ja cały czas uważam, że pacjent jest najważniejszy! Jego choroba – owszem jest ważna, ale to w jaki sposób „zaprzyjaźni” się z chorobą i ją zaakceptuje będzie kształtowało jego dalsze życie i leczenie. Wiele razy mówiłam o tym, że nie ma trudnych pacjentów, tylko do każdego trzeba znaleźć klucz i drogę. Nadal tak uważam. Często, gdy pacjenci dowiadują się o chorobie, nie potrafią odnaleźć się w życiu i rzeczywistości. Uważamy, że jesteśmy niezniszczalni i nam na pewno nic złego się nie przytrafi.

Z dializującymi się pacjentami współpracuję już 31 lat,

uczę ich bezpiecznego wykonywania dializ otrzewnowych, ale i staram się ich wspierać, rozwiewać ich wątpliwości i pokazywać drogę tam, gdzie już jej nie widzą. Pamiętajmy, że każdy pacjent jest inny, każdy na swój sposób usiłuje zaakceptować zmiany, które pojawiły się w życiu jego i jego rodziny. Nie każdy z naszych pacjentów chce i umie zapytać lub poprosić o pomoc.

Nikt z nas nie lubi zmian, boimy się ich, a co dopiero gdy dotyczą one naszego zdrowia i życia! Pacjenci zastanawiają się, jak będzie wyglądało ich życie z chorobą, czy dadzą radę dializować się samemu w domach, gdy pojawia się wiele nowych czynności i obowiązków.

Wielokrotnie naszymi pacjentami są młodzi ludzie, którzy są w trakcie kształcenia; młodzi ludzie, którzy założyli niedawno rodziny; młodzi ludzie, którzy chcą mieć dzieci i korzystać z życia. Schyłkowa niewydolność nerek jako choroba przewlekła utrudnia te marzenia i plany, ale ich całkowicie nie eliminuje. Nie zawsze uda się zrealizować wszystkie plany i zamierzenia, ale nie należy się poddawać. Dla osób starszych metoda dializy otrzewnowej również może być wyzwaniem – szczególnie, gdy mieszkają sami.

Mniej ważne dla pacjentów są czasami techniczne zagadnienia. Osoby młode myślą o wyglądzie, o odsłoniętym brzuchu, o uprawianiu sportów... Osoby starsze dostrzegają czasami, że tą lepszą formą leczenia będzie hemodializa, która pomaga im podtrzymać życie towarzyskie. Pojawiają się wątpliwości, dlaczego jednak dializa otrzewnowa, czy dobrze wybrali? Czy dializa otrzewnowa spełnia ich oczekiwania? Jakie problemy pojawiają się w trakcie leczenia?

Wybrałam/wybrałem dializę otrzewnową, może to błąd?! Wszystko trzeba będzie robić samemu. Czy ktoś mi pomoże? Czy wystarczy mi czasu i sił? Czasami jestem taki słaby... Tyle zmian. Potrzebuję miejsca do wykonania dializy. Musi być czysto...

Co zrobić z psem? Jest z nami tyle lat. To jak członek rodziny... I kwiaty też przeszkadzają. Tak lubię ten puchaty dywan. Mam małe mieszkanie a tak dużo tych kartonów...

To wątpliwości z jednej strony medalu. Ale jest i druga strona!

No dobrze, przecież dializuję się w domu – kiedy chcę, dostosowując metodę do swojego rytmu dnia. Metoda ma mniej ograniczeń – dietetycznych i płynowych. Czuję się dobrze. Jestem niezależna/niezależny. Wizyty w ośrodku mam rzadziej – ale zadzwonić mogę zawsze!

Nie mam śladów na rękach po nakłuciach, bo nie mam przetoki naczyniowej. Biorę czynny udział w życiu rodzinnym, mam czas na aktywność społeczną. Generalnie, mam więcej czasu....

Nasi pacjenci chcą nadal prowadzić aktywne życie. Chcą nadal korzystać z siłowni, chcą jeździć na rowerze, chcą wędrować po górach, chcą pracować i uczyć się, prowadzić życie towarzyskie. Jednym z problemów budzących wątpliwości jest życie intymne.

Mam rurkę w brzuchu... I jeszcze ten opatrunek... Czy mogę spać razem z

Nie wiem, co mi wolno?

Czasami wątpliwości pojawiają się później, gdy pacjenci dializują się kilka lat, czekając na przeszczepienie nerki.

A moja praca? Zajmuje mi tyle czasu... nie zawsze mogę wszystko zaplanować. Pracuję na zmiany, co wtedy? Czy mogę opuścić dializę? (nikt się nie dowie...)

A już mi się nic nie chce. Ciągle tylko te dializy i leki. Wszystko na wyznaczoną godzinę. Reżim dializy jest męczący, nie

mam motywacji. Moje życie nie ma sensu...

Zastanówmy się, co lepsze? Pacjent uporządkowany i smutny czy taki, który dializuje się, pracuje, realizuje swoje marzenia i jest radosny? Choroba nie ma ograniczać ani nie musi zamykać ich w domu. Trzeba znaleźć przysłowiowy „złoty środek” – harmonię! Dlatego tak ważna jest więź między pacjentem a personelem.

Podstawa sukcesu to zespół terapeutyczny: lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, pracownik socjalny... i zaufanie między nimi! Często jednak w ośrodku dializ nie ma pełnego zespołu terapeutycznego. Wtedy to pielęgniarka zastępuje pacjentom psychologa i dietetyka.

To osoba, która daje wsparcie i wysłucha. Jej się przecież nie wstydę...

Czasami trzeba mówić o sprawach oczywistych, wysłuchać pacjentów, pokazać, że są dla nas ważni! Dializa otrzewnowa daje pewną niezależność, ale pacjenci muszą czuć się bezpieczni. I to jest między innymi nasze zadanie. Traktujmy innych tak, jak sami chcielibyśmy być traktowani – tego nauczyli mnie rodzice! Edukacja i reedukacja jest bardzo ważna. Abyśmy w porę mogli pomóc naszym pacjentom. Abyśmy pokazali im, że nadal są dla nas ważni.

Po latach współpracy z pacjentami, nad którymi sprawowałam opiekę i z szacunku do nich wiem, że dla każdego ważna może być inna dziedzina życia. Chcę być pomocą dla moich pacjentów, staram się ich wspierać i zachęcam do zadawania pytań. Często wstyd albo zwątpienie sprawiają, że pacjenci nie chcą zapytać myśląc, że ich problemy może są nieistotne i mało ważne! Często słyszę jednak: - Pani oddała mi życie!

I to jest źródło mojej radości z pracy dla nich i z nimi, MOIMI PACJENTAMI.

Moja praca i kontakt z pacjentami pokazuje mi, jak wiele jest pytań i sytuacji wymagających rozwiązania. Jak każdy pacjent potrzebuje akceptacji i zainteresowania tylko nim, a przecież nie mogę być osobą na wyłączność. Ja w każdym indywidualnym przypadku widzę, jak krok po kroku poznaje swoją chorobę i uczy się z nią dobrze funkcjonować. Jak powoli akceptuje swoją nową rzeczywistość. Cieszę się, że mogę w tym procesie uczestniczyć i wspierać każdego dializowanego swoją wiedzą i doświadczeniem.

Dwadzieścia lat – przygoda z leczeniem nerkozastępczym



Licencjat piel. Bożena Guzik

Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o. o,
Ośrodek Dializ nr 60 w Zabrze

Jeżeli osobie uda się połączyć pracę zarobkową z pasją i powołaniem to jest sytuacja komfortowa. Mnie to udało się – czuję się „szczęściarą”. Od 38 lat wykonuję zawód pielęgniarki, a od 27 lat pochłonęła mnie nefrologia. Czerpię ogromną satysfakcję z opieki nad pacjentami, którzy rozpoczynają leczenie nerkozastępcze, lub są w trakcie leczenia lub po przeszczepie nerki. W latach 90. ubiegłego wieku nastąpił intensywny rozwój dializoterapii. Pracowałam w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych Diabetologii

i Nefrologii w Zabrze, której kierownikiem był prof. Władysław Grzeszczak. W ramach nowej działalności został stworzony Oddział Nefrologii z Pododdziałem Hemodializ, później Oddział Ciągłej Dializy Otrzewnowej, głównie dla chorych z cukrzycową chorobą nerek, którego ordynatorem została pani prof. Ewa Żukowska-Szczechowska. Śmiało mogę stwierdzić, że oboje byli moimi mentorami. Ich postawa, zaangażowanie, kreatywność, stawianie wspólnych celów i ich realizacja doprowadziły do stworzenia wspaniałego zespołu terapeutycznego. Wspólnie z lekarzami nauczyliśmy się, ćwiczyliśmy wymianę płynu dializacyjnego, linii i drenów dializacyjnych, braliśmy udział w szkoleniach w kraju i za granicą. W tym czasie zmieniły się również przepisy prawa zawodowego, które dały polskim pielęgniarkom i pielęgniarzom pełną niezależność zawodową. Stworzono nowoczesny system kształcenia podyplomowego – kursy kwalifikacyjne oraz specjalizacje, w tym nefrologiczną. Jako pielęgniarka oddziałowa wraz z zespołem pielęgniarek, poza szkoleniami, brałam udział również w konferencjach, zjazdach naukowych, tworzeniu standardów dializy otrzewnowej czy publikowaniu własnych doświadczeń w czasopiśmie medycznych.

Szczególnym doświadczeniem edukacyjnym i nie tylko był dla mnie zawsze udział w Krakowskich Dniach Dializoterapii, organizowanych od 1993 roku przez Fundację Amicus Renis pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. W tym niezwykłym spotkaniu lekarzy nefrologów oraz innych specjalności, dietetyków, psychologów, techników i fizjoterapeutów dominującą grupę stanowią pielęgniarki dializacyjne. Te cykliczne spotkania, niezwykle cenione przez wszystkich uczestników, pozwalają wypracować wspólnie nowe zasady leczenia, wymienić się doświadczeniami, omówić obowiązujące standardy i procedury, co wpływa na polepszenie jakości życia chorych dializowanych.

Po latach pracy wiem, że najważniejsze są edukacja i nauka przez doświadczenie. Nie od rzeczy będzie więc przypomnienie wszystkim jak było, a jak jest?

Na przestrzeni lat jesteśmy świadkami ogromnych zmian w leczeniu pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek przy użyciu metody dializy otrzewnowej. Z mojej perspektywy pozwolę sobie wymienić najważniejsze:

- zmienił się sposób implantacji cewnika Tenckhoffa.,
- zmieniły się zestawy do dializy – pojedynczy worek z płynem i jednym drenem zastąpiono workiem typu Twin Bag,
- stworzono płyny bardziej biozgodne dla organizmu,
- wprowadzono i unowocześniono aparaty do automatycznej dializy otrzewnowej (ADO),
- zwiększyły się możliwości edukacji personelu pielęgniarskiego i lekarskiego.

Jesteśmy świadkami nieustającego rozwoju dializy otrzewnowej, co przejawia się między innymi:

- daniem pacjentowi możliwości wyboru metody leczenia,
- zmianą wskazań i przeciwwskazań – większą liberalnością w kwalifikowaniu pacjentów,
- możliwością zindywidualizowania metody leczenia przez użycie programów komputerowych, które pomagają

ocenić adekwatność dializy i w ten sposób dobrać parametry zabiegu do potrzeb pacjenta,

- powstawaniem lepszego i bardziej bezpiecznego sprzętu do ciągłej i automatycznej dializy otrzewnowej,
- dostępnością do cyklera dla każdego, kto potrzebuje automatycznej metody leczenia. Cyklery stały się dostępne od 2000 roku, dzięki VIII Finałowi WOŚP. Wiemy wszyscy, że dzięki tym urządzeniom prowadzenie dializy otrzewnowej stało się bezpieczniejsze, a jakość terapii nieporównywalnie wzrosła,
- wprowadzeniem rekombinowanej ludzkiej erytropoetyny do przewlekłego leczenia niedokrwistości nerkopochodnej, co – w wielu przypadkach wyeliminowało przetaczanie koncentratu krwinek czerwonych (KKCz),
- stworzeniem standardów pielęgniarskich opieki nefrologicznej,
- badaniami i publikacjami prac naukowych w renomowanych czasopiśmie, udziałem w tworzeniu podręczników, artykułów oraz prezentacji na konferencjach i zjazdach naukowych,
- zwiększeniem możliwości edukacji personelu poprzez szkolenia on-line, dokształcanie się, poznawanie nowych technologii dializacyjnych, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje dla personelu pielęgniarskiego,
- zwiększeniem możliwości edukacji pacjentów dializowanych poprzez czasopisma branżowe, podręczniki, publikacje, stowarzyszenia,
- poprawą standardu życia pacjentów i dostępność do bieżącej wody, mieszkania o wyższym standardzie, poprawy warunków higienicznych,
- możliwością korzystania z wyjazdów wakacyjnych, podczas których zabezpieczone są dostawy płynów, tak w kraju i za granicą,
- opieką dietetyka w niektórych ośrodkach,
- dostępem do poradni nefrologicznych

Dzięki tym działaniom na przestrzeni lat zmniejszyła się liczba powikłań zapalnych towarzyszących dializie otrzewnowej i wyraźnie zwiększył się czas przeżycia naszych pacjentów. Media – pomoc czy przeszkoda?

Media stały się wszechobecne! Sprawiają, że ukierunkowujemy nasze postrzeganie świata, wpływają na zachowania, decyzje. Media społecznościowe traktowane są jako nowa płaszczyzna relacji społecznych i miejsce wymiany poglądów. Dzięki środkom przekazu mamy większe nagłośnień znaczenia profilaktyki, leczenia nerkozastępczego (np. akcja WOŚP w 2022 roku). Internet daje dostęp do materiałów szkoleniowych na sprawdzonych stronach.

Z doświadczenia wiem, że pacjenci leczeni bardziej ufają informacjom umieszczanym na forach internetowych, gdzie często wypowiedzi są częściowo nieprawdziwe i niesprawdzone. Czerpanie informacji z filmów fabularnych daje często niepełny obraz sensu leczenia nerkozastępczego, czy transplantacji.

Lata pracy pokazały mi, że osoba dotknięta chorobą przewlekłą staje wobec problemu na tyle nowego i na tyle poważnego, iż zwykle, dotychczas skuteczne metody

radzenia sobie z trudnościami – przestają przynosić efekt! Choroba zmienia naszą rzeczywistość w wielu aspektach, prowadząc do ograniczeń fizycznych, psychicznych oraz społecznych, zwłaszcza kiedy wymaga od pacjenta (który często jest obciążony współistnieniem kilku jednostek chorobowych czy procesem starzenia się) współudziału w leczeniu. Dlatego zależy mi, aby pacjent nie czuł się pozostawiony samemu sobie, samotny, w swoim leczeniu, a miał poczucie, że jest zrozumiany przez nas – personel. Wiemy, że liczba pacjentów dializowanych otrzewnowo stanowi niewielki procent stosunku do pacjentów hemodializowanych czy po przeszczepie nerki. Liczba ich na koniec 2021 roku wynosiła 800 osób w 75 ośrodkach dializ oferujących dializę otrzewnową. Jest to bardzo mało biorąc pod uwagę liczbę wszystkich dializowanych. Wiemy, że każdy pacjent ma prawo wyboru sposobu leczenia dopasowanego do jego potrzeb, stylu życia lub

pragnień. Wiemy również, że leczenie nerkozastępcze jest terapią przewlekłą, dlatego jej forma powinna być nie tylko efektywna ale taka, która pozwala pacjentom na życie dostosowane do ich oczekiwań. Metoda dializy otrzewnowej wymaga od pacjentów spełnienia warunku swoistej „samoopieki” nad sobą, nierzadko wspieranej przez najbliższych członków rodziny. Profesjonalne przygotowanie pacjenta poprzez przekazanie informacji o istocie choroby oraz prowadzona przez pielęgniarkę edukacja wywołuje wiarę w możliwości przezwyciężenia problemów oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Wsparcie osób drugich i atmosfera otaczająca pacjenta uwalnia go od lęku i zapewnia bezpieczeństwo. Wielu, którzy z różnych przyczyn musieli zmienić metodę leczenia z hemodializy na dializę otrzewnową uważa, że doświadczają lepszej jakości życia. Pamiętajmy, że terapia nerkozastępcza metodą dializy otrzewnowej nie jest przeszkodą do realizacji marzeń i celów.

GŁOS MENEDŻERA

Leczenie dializami w Polsce przeżywa obecnie kryzys spowodowany głównie niedostatecznym finansowaniem



Krzysztof Hurkacz
Dyrektor Generalny DaVita Polska

Jednym z wniosków na sesji poświęconej współczesnym problemom dializoterapii w Polsce na XV Krakowskich Dniach Dializoterapii była dalsza, niezbędna i pilna indeksacja stawki za leczenie dializami oraz wprowadzenie mechanizmu, który będzie ją regularnie aktualizował w zależności od sytuacji ekonomiczno-gospodarczej kraju. Nie może dochodzić w Polsce do sytuacji, że stawka za dializy – zabieg ratujący życie – nie zmienił się od 10 lat! To podnosi bezpośrednio ryzyko zamykania stacji dializ w mniejszych miejscowościach. Utrzymywanie stawki refundacyjnej za leczenie dializami na jej aktualnym poziomie (bez podwyższenia) doprowadzi w krótkiej perspektywie do poważnych konsekwencji: zamykania stacji dializ, szczególnie w mniejszych miejscowościach i braku rozwoju jakości usług w tych działających. Niezmieniona stawka refundacyjna za leczenie pacjentów dializowanych, mimo stale rosnących potrzeb medycznych chorych, kosztów operacyjnych ich leczenia i szalejącej inflacji, jest najbardziej palącym z problemów opieki nefrologicznej w Polsce.

– Obecnie dializy utrzymują przy życiu ponad 20 tys. Polaków. Pomimo pojawienia się nowych skutecznych



Dr hab. med. Szymon Brzóska
Dyrektor Medyczny DaVita Polska

metod farmakologicznych spowalniających postęp przewlekłej choroby nerek (PChN) oraz dobrego kierunku systemowych zmian organizacyjnych w opiece nad tą grupą osób dializoterapia nadal będzie potrzebna. Szacuje się, że w Polsce może być nawet 4,7 mln pacjentów z PChN, to co ósmy z nas, i jest to populacja coraz starszych osób z wieloma chorobami współistniejącymi. Pamiętajmy, że nie każdy w stadium schyłkowym niewydolności nerek kwalifikuje się do transplantacji, wtedy dializoterapia jest jedyną metodą utrzymania pacjenta przy życiu – aby żyć, musi być dializowany – wyjaśnia **dr hab. med. Szymon Brzóska, dyrektor medyczny DaVita Polska.**

W ślad za zmianą stawki za leczenie dializami konieczne jest wprowadzenie dla pacjentów w Polsce modelu opieki skoordynowanej w nefrologii, który znamy chociażby z onkologii, kardiologii i POZ. W tym modelu to lekarz ośrodka nefrologicznego organizuje i koordynuje leczenie pacjenta zgodnie z jego potrzebami i ma istotny wpływ m. innymi na kwalifikację pacjenta do przeszczepienia nerki, wytwarzanie i utrzymanie dostępu naczyniowego, dobór farmakoterapii,

która ograniczana jest nie wszędzie dostępnymi programami lekowymi.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zaprosiła „Nefron” – Sekcję Nefrologiczną Izby Gospodarczej Medycyna Polska do prac nad modelem opieki skoordynowanej nad pacjentem nefrologicznym.

– *Reforma opieki nefrologicznej jest szansą na stworzenie holistycznych, pojmowanych całościowo skoordynowanych działań medycznych, w centrum których znajdzie się pacjent z chorobą nerek i jego potrzeby. W pracy nad modelem opieki koordynowanej – poza ważnymi elementami – tj. zwróceniem uwagi na czynniki ryzyka i wykrycie przewlekłej choroby nerek w POZ oraz optymalizacją opieki i usprawnieniem przeszczepień nerki – należą wagę musi mieć zapewnienie jakości dializoterapii. Jej znaczenie wobec epidemiologii chorób cywilizacyjnych, starzenia się populacji, długu zdrowotnego po pandemii nie zmaleje. Natomiast aktualny model podzielonej na kawałki opieki nad chorym dializowanym oraz niedoszacowanie realnych jej kosztów hamują rozwój jakościowy dializ i uderzają w jakość opieki. Pacjenci na każdym etapie leczenia nefrologicznego powinni mieć zapewnioną terapię o właściwej jakości niezależnie od tego, czy pacjent jest leczony w ośrodku szpitalnym, czy ambulatoryjnym* – mówi **Krzysztof Hurkacz**, dyrektor generalny DaVita Polska, jednej z organizacji skupionej w „Nefronie”.

Z początkiem lipca 2022 roku, dopiero po dekadzie, zmieniono stawkę refundacyjną za leczenie dializami. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło zwiększenie stawki refundacyjnej za leczenie dializami o 32 %, jednocześnie NFZ wycofało refundację tzw. „dodatku zembalowego” (związanego z wynagrodzeniami kadr medycznych), co w praktyce spowodowało zmianę refundacji do poziomu 26 %. Inflacja przekraczająca 18% obniża tę zmianę do realnych 8 % !

– *To pierwszy, bardzo potrzebny i dobry krok, niemniej nie*

jest on wystarczający. Zmiana stawki nie osiągnęła poziomu minimalnego wskazanego przez branżę nefrologiczną. Aby nadal bezpiecznie leczyć pacjentów dializowanych i nie być zmuszonym do zamykania stacji dializ, postulujemy, by stawka refundacyjna za dializę wzrosła przynajmniej o realne 40 %. – dodaje Krzysztof Hurkacz.

Łatwy dostęp do stacji dializ ma kluczowe znaczenie dla zdrowia pacjentów i jakości ich życia (samodzielność). Szczególnie wyraźnie widać to w przypadku pacjentów z mniejszych miejscowości, gdzie zazwyczaj działa tylko jedna stacja dializ. Obecnie wiele stacji w Polsce, szczególnie na obszarach poza dużymi miastami, jest zagrożona zamknięciem. Pacjentom grozi medyczne wykluczenie i konieczność dojeżdżania na zabiegi do miejscowości oddalonych o 100 i nawet 200 km.

– *Po nowym roku inflacja prognozowana jest na poziomie ponad 20 %, spodziewany jest dalszy wzrost kosztów życia, mediów, paliw. Potrzebujemy systemowego rozwiązania, mechanizmu, który cyklicznie będzie aktualizował stawkę w zależności od sytuacji ekonomiczno-gospodarczej w kraju* – wyjaśnia dyrektor DaVita Polska.

Warto dodać, że w ciągu ostatnich pięciu miesięcy 20 tys. osób podpisało petycję do Ministra Zdrowia w sprawie konieczności indeksacji stawki refundacyjnej za leczenie dializami w Polsce. Apel został już skierowany do MZ, niemniej ciągle go można podpisywać pod adresem: <https://zmieniamynefrologie.pl/>. Pacjenci liczą, że Ministerstwo wprowadzi zmiany, które zapewnią bezpieczną i jakościową opiekę wszystkim pacjentom nefrologicznym, niezależnie od: stopnia zaawansowania choroby, ich miejsca zamieszkania, dostawcy, u którego się leczą (w Polsce 65 % pacjentów nefrologicznych leczy się u operatorów prywatnych, którzy – podobnie jak publiczni – działają na mocy umów z NFZ). Zachwianie tej równowagi może przynieść trudne do przewidzenia następstwa.

GŁOS STOWARZYSZENIA

Ważna informacja dla Pacjentów



Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Instytut Podstaw Inżynierii Środowiska
Polskiej Akademii Nauk w Zabrze.

W 2004 roku powstało Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych (OSOD), którego prezesem przez 18 lat była dr Iwona Mazur. W dniu 2 października 2022 roku odbyło się Nadzwyczajne Walne Zebranie Stowarzyszenia, na którym podjęto decyzję o zmianie jego nazwy, a to z uwagi na aktualne potrzeby zarówno pacjentów jak i środowiska nefrologicznego. Od tej pory Stowarzyszenie działa pod nową nazwą jako **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN)**. Obdarzono mnie ogromnym zaufaniem, bowiem zostałem wybrany jego Prezesem. Pragnę poinformować, że Stowarzyszenie ma już swój statut i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS)

Chciałbym wszystkim Państwu opowiedzieć parę słów o sobie. Jestem pacjentem, któremu przed 9,5 laty przeszczepiono nerkę, nota bene w dniu moich 50-tych urodzin! Można powiedzieć, że był to najwspanialszy prezent jaki kiedykolwiek w życiu otrzymałem! Stąd czuję głęboką potrzebę motywowania osób dotkniętych niewydolnością nerek do działań na rzecz poprawy ich życia w okresie poprzedzającym dializę, ale także wszystkich tych już dializowanych. Moim celem jest także uświadamianie korzyści, które daje przeszczepienie nerki i motywowanie pacjentów, by o swój przeszczep nerki walczyli. Przez ostatnie 10 lat byłem aktywnym członkiem OSOD, autorem kilku sprawozdań i publikacji zamieszczonych na stronie internetowej Stowarzyszenia jak i w czasopiśmie „Dializa i Ty”. Wykorzystując własne doświadczenia podjąłem się prezesowania OSMN, by pomagać innym. Z wykształcenia jestem chemikiem analitykiem w Instytucie Podstaw Inżynierii Środowiska Polskiej Akademii Nauk

w Zabrzu. Mam nadzieję, że pogodzę działalność w OSMN z pracą naukową.

Przedemną wiele wyzwań. Jednym z nich jest ponowne zaistnienie OSMN w „Dializie i Ty” i dotarcie do pacjentów. Chciałbym bardzo, aby oprócz najnowszych, sprawdzonych i potrzebnych informacji od lekarzy, pielęgniarek, dietetyczek czy rehabilitantów sami pacjenci podjęli próbę podzielenia się swoimi doświadczeniami w chorobie. Głos PACJENTA uważam za potrzebny i ważny. Dziś, wszystkich Państwa z przewlekłą chorobą nerek bardzo o to proszę. Mam nadzieję, że tego wszyscy oczekujemy.

Na łamach „Dializy i Ty” w imieniu Stowarzyszenia OSMN zapraszam Państwa do współpracy. Wszelkie pytania proszę kierować bezpośrednio do mnie, najlepiej na adres mailowy rajmundm@poczta.fm lub telefonicznie 608 584 875.

Liczę na współpracę i Państwa wsparcie.

WYDARZENIA



XV Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego 8-10 września 2022 r.

No to się doczekałem!



Na XV Krakowskich Dniach Dializoterapii pojawiłem się jako VIP, z angielska Very Important Person, czyli „bardzo ważna osoba”. Nie wiem, czym zasłużyłem sobie na takie wyróżnienie ze strony Komitetu Organizacyjnego, ale uznałem, że o ile w latach poprzednich bywałem wykładowcą, raz stałem na czele Komitetu Naukowego, to wreszcie przyszedł czas na bycie VIP-em. Dostrzegłem z tego jednak dobrą stronę. Popatrzyłem na tegoroczne spotkanie lekarzy, pielęgniarek dializacyjnych i nefrologicznych, dietetyków, fizjoterapeutów pracujących przede wszystkim w stacjach dializ pod kątem nowości lub problemów, z którymi po przejściu na emeryturę nie miałem już

bezpośrednio styczności, choć nadal z zainteresowaniem śledzę literaturę medyczną, ale nie odpowiadam już za leczenie pacjentów.

30 lat temu sformułowana koncepcja wspólnych spotkań dializoterapeutów przetrwała do dziś i nadal kontynuowana przez Fundację Amicus Renis ma duże znaczenie – prawie 450 uczestników spotkania stacjonarnego i około 400 biorących udział w transmisji on-line. Krakowskie Dni Dializoterapii były miejscem, gdzie dyskutowano o współczesnych problemach nefrologii, dializoterapii i transplantologii, o trudnej sytuacji związanej z zarządzaniem wyspospecjalistycznymi placówkami medycznymi, jakimi są stacje dializ. Uwagę skupiono na współchorobowości towarzyszącej pacjentom z przewlekłą i schyłkową niewydolnością nerek oraz różnym aspektom wielopłaszczyznowych rozwiązań skutecznego wsparcia, a to opieki koordynowanej, opieki psychologicznej czy też rehabilitacji. Atmosfera spotkania była wspaniała o czym świadczyły niekończące się dyskusje w trakcie wystąpień na salach wykładowych i w kuluarach, które często przekształcały się w rozmowy prywatne.

Konferencji pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego honorowo przewodniczył profesor Bolesław Rutkowski (Gdańsk), nestor polskich nefrologów. Uroczystość rozpoczął tradycyjnie hejnał mariacki odegrany na sali

wykładowej, a zgromadzonych powitała dr Ewa Benedyk-Lorens (Kraków). Program obejmował 20 sesji, w których wzięło udział 93 wykładowców. Na pewne zagadnienia, które Państwa jako Pacjentów mogą zainteresować, pozwolę sobie zwrócić uwagę.

Ważny problem leczenia osób starszych z chorobami nerek poruszyła lekarz-geriatra dr Małgorzata Stompór z Olsztyna. Kluczem do efektywnej i bezpiecznej farmakoterapii ludzi starszych jest dostrzeżenie wpływu wieku na farmakokinetykę i farmakodynamikę stosowanych leków. Prelegentka zwracała uwagę, że pomimo istnienia centralnego systemu informacji o przepisywanych lekach, proces ordynowania ich często wymyka się spod kontroli. Przykładem może być zlecenie tego samego medykamentu o innych nazwach przez specjalistów w różnych gabinetach, zdarza się też zapisywanie kolejnych farmaceutyków na objawy uboczne związane z lekami już zażywany. Pacjenci, zamiast doświadczyć poprawy, czują się gorzej. Apeluje więc do lekarzy o weryfikowanie leków przyjmowanych przez pacjenta przed wystawieniem recepty na kolejny specyfik.

Pewien optymizm wniosła sesja poświęcona dializie otrzewnowej prowadzona przez profesorów Monikę Lichodziejewską-Niemierko (Gdańsk) i Beatę Naumnik (Białystok) (fot. 1). Nowa metoda zastosowana w kilku



Fot. 1. W przerwie między wykładami panie profesor, od lewej: Beata Naumnik, Magdalena Durlík, Magdalena Krajewska

bogatszych krajach Europy, a przyjazna pacjentom polega na wykonywaniu procedury przez przeszkoloną osobę trzecią. Asystowana dializa otrzewnowa powstała z myślą o coraz większej liczbie pacjentów w podeszłym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi, rozpoczynającymi leczenie nerkozastępcze, które samodzielnie jej nie potrafią przeprowadzić. W innej interdyscyplinarnej sesji znawczyń domowego leczenia nerkozastępczego – pielęgniarki mgr Katarzyna Kalista (Zabrze) i dr Renata Kłak (Wrocław) oraz prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko (Gdańsk) (fot. 2) przedstawiły różne aspekty opieki nad osobami leczonymi dializą otrzewnową, w tym potrzebę upowszechnienia dializy asystowanej. Podkreśliły również znaczenie edukacji pacjenta w uzyskaniu odpowiedniego wyniku leczenia. Szczególnie emocje wzbudziła prezentacja zmian w opiece nad pacjentami dializowanymi otrzewnowo, które przedstawiła pielęgniarka Bożena Guzik (Zabrze) głosząc wykład „20 lat – przygody z leczeniem nerkozastępczym”.



Fot. 2. Sesja pielęgniarskich wyzwań, od lewej: dr R. Kłak, prof. M. Lichodziejewska-Niemierko, mgr K. Kalista

Przejmujący, poparty własnym doświadczeniem w opiece paliatywnej, a równocześnie zmuszający nas wszystkich do myślenia wykład na temat leczenia skrajnie ciężko chorych ludzi w wieku podeszłym wygłosiła prof. M. Lichodziejewska-Niemierko. Z ciekawością wysłuchałem wystąpień w sesji poświęconej wypaleniu zawodowemu pracowników ochrony zdrowia. To nowość w polskiej medycynie. Wspaniałe wykłady prof. Marii Kózki (Kraków) i prof. Michała Nowickiego (Łódź) utwierdziły mnie w przekonaniu, że nie jesteśmy ludźmi ze stali. Przemęczenie, frustracja, wieloletni kontakt z tymi samymi pacjentami przewlekle chorymi, powtarzalność procedur, presja czasu, praca zmianowa, niedostateczny wypoczynek to czynniki sprzyjające wypaleniu zawodowemu zespołów dializacyjnych. Lekarz czy pielęgniarka z objawami wypalenia zawodowego mogą być przykry dla swoich pacjentów, cechować się brakiem empatii. Podjęcie działań zapobiegawczych jest wyzwaniem i ważnym zadaniem dla Organizatorów ochrony zdrowia.

O postępie w zakresie nefroprotekcji (leczenia ochraniającego nerki) mówili profesorowie Andrzej Więcek (Katowice) i Leszek Tylicki (Gdańsk) w sesji dotyczącej zapobiegania przewlekłej chorobie nerek. Optymizmem powiały słowa prof. Katarzyny Krzanowskiej, która przedstawiła korzyści ze stosowania tolwaptanu u pacjentów z autosomalną, dominującą torbielowatością nerek. Miło było też usłyszeć z ust prof. Magdaleny Durlík (Warszawa), że nawet wysoko immunizowani pacjenci oczekujący na przeszczepienie nerki mogą być swoiście odczulenii, co pozwala na skrócenie im czasu oczekiwania na nową nerkę.

W ostatnich latach coraz bardziej popularną formą świadczenia usług medycznych jest telemedycyna, która w połączeniu ze wsparciem personelu medycznego umożliwia zdalną diagnostykę, terapię oraz profilaktykę. W sesji prowadzonej przez doktorów Tomasza Prystackiego (Poznań), Wojciecha Marcinkowskiego (Kraków) oraz mgr Małgorzatę Liber (Kraków) przedstawiono metody zbierania oraz analizy danych w planowaniu i organizowaniu profesjonalnej opieki nad pacjentami dializowanymi. Prelegenci akcentowali znaczenie automatyzacji we wspieraniu personelu medycznego w codziennej praktyce (fot. 3).

Rekomendowana przez Sekcję Rehabilitacji przy Polskim



Fot. 3. Dr K. Wruk dyskutuje, za stołem prezydialnym, od lewej: dr T. Prystacki, prof. P. Rutkowski, prof. B. Rutkowski

Towarzystwie Nefrologicznym rehabilitacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek zwróciła szczególną uwagę. Przedstawiono zasady kwalifikowania pacjentów, testów fizjoterapeutycznych, a także zaleceń treningowych dla pacjentów przewlekle hemodializowanych. Fizjoterapeuci z Krakowa (dr Katarzyna Chojak-Fijałka) oraz z Wrocławia (dr hab. Wioletta Dziubek i dr Łukasz Rogowski) zwrócili uwagę na znaczenie aktywności fizycznej u pacjentów z chorobami nerek, którzy prowadzą najczęściej oszczędzający tryb życia. Rehabilitacja pacjentów nefrologicznych jest bezpieczna i efektywna. Podnosi ich wydolność fizyczną, może przyczynić się do obniżenia nadciśnienia, poprawić sprawność fizyczną, siłę mięśniową, a tym samym polepszyć samopoczucie i jakość życia chorych (fot. 4).



Fot. 4. Dyskusja rehabilitantów z nefrologami, od lewej: dr hab. T. Gołębiowski, dr Ł. Rogowski, dr K. Chojak-Fijałka, dr U. Chrabota, dr hab. W. Dziubek, dr P. Jerzak

Dopełnieniem części naukowej były stanowiska wystawiennicze firm działających dla nefrologii i dializoterapii. Najnowsze modele sztucznych nerek, pracujące w wielu stacjach dializ w naszym kraju, to niemal urządzenia doskonałe, oferujące bezpieczną dializę. Prezentowano również nowe modele cewników dializacyjnych, dializatorów, preparaty farmakologiczne wspierające żywienie, leki, opatrunki.

Podczas XV Krakowskich Dni Dializoterapii wręczono także nagrodę Pro Augmenis Nephrologiae, która przyznawana jest młodym nefrologom za pracę opublikowaną w polskich

periodykach medycznych. Fundatorem nagrody była Fundacja Amicus Renis, a otrzymała ją dr Elżbieta Brodalka z I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku. Doceniono też ogromne zaangażowanie i zasługi w rozwój nefrologii i dializoterapii pani Stanisławy Pawłowskiej – emerytowanej pielęgniarki oddziałowej ze stacji dializ w Klinice Nefrologii w Krakowie. W krótkiej laudacji podkreślono jej szczególną wrażliwość na drugiego człowieka i wręczono medal Fundacji Amicus Renis (fot. 5).



Fot. 5. S. Pawłowska z medalem Fundacji Amicus Renis

Wszystkich uczestników konferencji oczarował koncert Andrzeja Sikorowskiego, wieloletniego lidera grupy „Pod Budą” wraz z córką Mają i jednym z najlepszych gitarzystów – Jackiem Królikiem. Recital dedykowany był P.T. Lekarzom i Pielęgniarkom w uznaniu za ich ciężką pracę, codzienny trud, ogromne zaangażowanie i poświęcenie podczas pandemii. Wspaniały występ przyjęty został z wielkim entuzjazmem. Wszyscy doskonale bawili się, doceniając piękne i mądre słowa z doskonałą muzyką.

Trzy dni Konferencji minęły bardzo szybko i sprawnie dzięki wspaniałemu, niezastąpionemu zespołowi wspierającemu Krakowskie Dni Dializoterapii (fot. 6). Wystąpienia prelegentów – tak jak i na wielu poprzednich Krakowskich Dniach Dializoterapii – były ciekawe, dyskusje inspirujące. W założeniu ich pomysłodawcy i twórcy – prof. Olgierda Smoleńskiego – powinny przekładać się na poprawę jakości opieki oraz wyników leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, dializowanych i po przeszczepieniu nerki.



Fot. 6. Znamienity Zespół wspierający XV KDD

Czterdzieści lat dializoterapii w Tarnowie



Dr n. med. Antoni Sydor

Emerytowany Ordynator Oddziałów Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkami Dializ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego oraz Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie

Czterdzieści lat temu powstał w Tarnowie ośrodek dializ jako pierwszy w tej części kraju poza krakowskim ośrodkiem akademickim. Wprowadzenie tej nowatorskiej, jak na owe czasy metody leczenia było bardzo ważnym wydarzeniem, które zostało zrealizowane pomimo ogromnych problemów i trudności.

Początek lat 80. ubiegłego wieku był w Polsce związany z burzliwymi przemianami ustrojowymi, które nie ułatwiały realizacji nowych planów, szczególnie w służbie zdrowia. Brakowało pieniędzy na tworzenie i rozwój nowych placówek oraz na sprzęt i aparaturę. Nie było także wykwalifikowanej kadry specjalistów. Po objęciu we wrześniu 1981 roku stanowiska ordynatora I Oddziału Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Tarnowie stanąłem przed pilnym zadaniem zorganizowania i uruchomienia ośrodka dializ. Miasto i województwo tarnowskie należały do tych regionów, w których dostępność do dializoterapii była prawie zerowa. W Polsce funkcjonowało wówczas niewiele ponad 40 stacji dializ (obecnie jest ich ponad 270), a liczba stanowisk dializacyjnych była dalece niewystarczająca. O zakwalifikowaniu do leczenia powtarzanymi hemodializami prawie we wszystkich funkcjonujących stacjach dializ decydowały specjalne komisje. Ogromnej większości chorych z moczną chorobą nerek musiała wystarczyć restrykcyjne przestrzeganie diety oraz leki, co w niewielkim stopniu poprawiało jakość ich życia i najczęściej prowadziło do przedwczesnych zgonów. Liczba pacjentów z niewydolnością nerek, również w województwie tarnowskim, stale rosła. Mogli oni liczyć na specjalistyczną pomoc praktycznie tylko w Krakowie. Tylko nieliczni chorzy z tarnowskiego regionu mieli szcście korzystać z dializ w Krakowie lub w Rzeszowie.

Organizując nowy ośrodek dializ trzeba było przygotować wydzielone na ten cel pomieszczenia oraz wyposażyć je w nowoczesne, zapewniające bezpieczeństwo zabiegów aparaty do hemodializy oraz urządzenia do uzdatniania wody. Przydzielone przez Ministerstwo Zdrowia sztuczne nerki polskiej produkcji, które znalazły się w szpitalu, nie zapewniały wymogów bezpieczeństwa dializowanym. Dzięki wszechstronnej współpracy i autentycznemu zaangażowaniu, a także pomocy ówczesnych władz wojewódzkich i miejskich, Kościoła, dyrektorów lokalnych przedsiębiorstw i zakładów pracy oraz ludzi dobrego serca – udało się przygotować ośrodek do przeprowadzenia pierwszej dializy.

Niezbędnym warunkiem potrzebnym do rozpoczęcia dializoterapii był dobrze wyszkolony personel. Otrzymałem ogromne wsparcie w krakowskiej Klinice Nefrologii Akademii Medycznej, gdzie przeszkolone zostały 4 pielęgniarki: Wanda Tokarz (została pielęgniarką koordynującą), Alicja Grzegórzko, Maria Malisz i Elżbieta Śliwa. Pod kierunkiem ówczesnego kierownika Kliniki a zarazem konsultanta wojewódzkiego ds. nefrologii, profesora Zygmunta Hanickiego oraz adiunkta tej Kliniki, późniejszego profesora Olgierda Smoleńskiego, również ja odbyłem niezbędne przeszkolenie. Było ono konieczne, bowiem przed przybyciem do Tarnowa, pracowałem w Klinice Kardiologii Akademii Medycznej w Białymstoku i dializoterapia, przede wszystkim w zakresie praktycznym, była dla mnie nową metodą leczenia.

Niezwykłym wydarzeniem było przekazanie przez papieża Jana Pawła II sztucznej nerki, włoskiej firmy Bellco dla tarnowskiego szpitala (fot. 1). Aktu tego dokonał 4 maja 1982 roku biskup tarnowski Jerzy Ablewicz. Ówczesny wojewoda tarnowski Józef Nowak przydzielił środki finansowe na zakup aparatury do uzdatniania wody i dwóch aparatów szwedzkiej firmy Gambro. Wybór tej firmy był niezwykle trafny i szczęśliwy, ponieważ w stanie wojennym jedynie Szwecja spośród pozostałych krajów Europy Zachodniej nie zawiesiła realizacji umów zawartych z Polską.

2 lipca 1982 r. wykonano pierwsze dwa zabiegi hemodializy (fot. 2, 3), a Tarnów dołączył do tych miast w Polsce, w których pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek mogli być leczeni. W tym historycznym dniu oprócz tarnowskiego zespołu, nadzór nad dializami pełnili także specjaliści z Kliniki Nefrologii w Krakowie: ówczesny adiunkt



Fot. 1. Przekazanie sztucznej nerki Bellco.

Od lewej: Z. Czarnobilski - dyrektor Szpitala, abp J. Ablewicz, dr A. Sydor, dr R. Bogucka - lekarz wojewódzki



Fot. 2. Hemodializa pierwszych pacjentów pod opieką pielęgniarek: M. Malisz (z lewej) i W. Tokarz (z prawej)



Fot. 3. Zespół pierwszej dializy. Od lewej stoją: inż. W. Ziaja, piel.: L. Garbowska i M. Malisz, lek. D. Dwornik, dr A. Sydor, piel. W. Tokarz, technik T. Rapała. Siedzą: piel.: E. Śliwa i A. Grzegorzko

dr Olgierd Smoleński oraz pielęgniarka oddziałowa Krystyna Piotrowska. Nie muszę przekonywać, jakim wsparciem – tak fachowym jak i psychologicznym – była ich obecność. W krótkim czasie 5 stanowisk dializacyjnych (bo tyle liczyła Stacja na początku) było niemal w pełni wykorzystanych, najpierw na dwie, a potem na trzy zmiany. Równocześnie wprowadziliśmy dializy otrzewnowe, które również pozwoliły uratować życie wielu chorym. W lutym 1984 roku pierwszy tarnowski pacjent otrzymał przeszczep nerki w Instytucie Transplantologii w Warszawie. W kolejnych latach, dzięki uporczywym staraniom, udało się na tyle zainteresować dyrektorów dużych zakładów pracy w Tarnowie i w regionie potrzebami rozwijającego się ośrodka dializ, że otrzymaliśmy kolejne 3 aparaty do dializy w darze od Zakładów Azotowych w Tarnowie (1985) oraz 3 od dębickiego „Stomilu” (1989), co pozwoliło zwiększyć liczbę stanowisk do 9-ciu. Ważnym problemem wymagającym rozwiązania było zakładanie pacjentom przetok do hemodializy, które początkowo wykonywali chirurdzy z Krakowa i Rzeszowa. Jednak już od 1983 roku zabiegi te przejęli tarnowscy chirurdzy. Dębicki „Igloopol” zakupił aparat USG z przystawką dopplerowską, co umożliwiała szybką i nieinwazyjną kontrolę przetok

dializacyjnych. Od kwietnia 1989 roku zaczęliśmy stosować erytropoetynę (Eprex), co było ogromnym przełomem w leczeniu niedokrwistości u dializowanych.

Na początku lat 90-tych liczba dializowanych – pomimo wprowadzenia 4-tej zmiany – stale rosła. Staraliśmy się, na ile to było możliwe przekazywać chorych, dla których nie było miejsca w Tarnowie, do innych stacji dializ. Nadzieję na szybkie rozwiązanie problemu dawał będący w końcowej fazie budowy nowy Szpital im. Św. Łukasza Tarnowie. Okazało się, że w projekcie szpitala uwzględniono jedynie 3 stanowiska do przeprowadzania tzw. ostrych hemodializ! Udało się doprowadzić do zmiany planu i przeprojektowania oraz przebudowy nowego ośrodka, w którym przygotowano 13 stanowisk hemodializacyjnych. 1 grudnia 1993 roku wykonano pierwsze dializy u 20 pacjentów przeniesionych z przepełnionego ośrodka w „starym” szpitalu (fot. 4). Obecnie na terenie dawnego województwa tarnowskiego funkcjonuje 5 stacji/ośrodków dializ. Najstarszym, od 1982 roku, ośrodkiem w Szpitalu Specjalistycznym im. E. Szczeklika kieruje obecnie lek. Wacław Wacławski. Dializuje się w nim 36 chorych. W ośrodku dializ w Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Łukasza, który prowadzi lek. Stanisława Zabawa-



Fot. 4. Kadra lekarsko-pielęgniarska nowego Ośrodka Dializ w Szpitalu św. Łukasza. Od lewej: W. Tokarz, M. Motyka, D. Mikoś, E. Kabat, A. Huliska, A. Sydor, M. Gieracka, W. Stec, I. Bromilska, B. Potępa, D. Dubiel



Fot. 5. Uczestnicy jubileuszowego Sympozjum z okazji 10-lecia dializ w Tarnowie. Od lewej: B. Józefowicz, prof. O. Smoleński, prof. S. Czekalski, dr A. Sydor, prof. J. Pietrzyk, prof. W. Sulowicz, prof. B. Rutkowski

Hołyś dializowanych jest 72 pacjentów. W stacji dializ w Brzesku działającej od 2003 roku, kierowanej przez dr med. Piotra Jasika, dializuje się 70 chorych, a w Dąbrowie Tarnowskiej (od 2006 r.), którą prowadzi lek. Mirosław Kalita – 57. Od 2001 roku działa stacja dializ w Dębicy (dawne woj. tarnowskie, obecnie podkarpackie), którą obecnie zarządza lek. Daniel Dwornik. Leczonych w niej jest 40 pacjentów. Od wielu lat w regionie tarnowskim wszyscy pacjenci z ostrą i schyłkową niewydolnością nerek mają pełny dostęp do dializoterapii i są do tej terapii kwalifikowani. Chciałbym także podkreślić, że każdy dializowany pacjent jest analizowany pod kątem przygotowania i zgłoszenia do przeszczepienia nerki. Tarnowski ośrodek od wielu lat należy do wiodących w Polsce pod względem zgłaszania do tego zabiegu. W okresie 28 lat z ośrodka dializ w Szpitalu św. Łukasza przeszczepiono nerki 169 pacjentom.

Wielkie zasługi w rozwoju nefrologii i dializoterapii na terenie województwa tarnowskiego miał prof. Władysław Sułowicz, następca prof. Hanickiego i wieloletni kierownik Kliniki i Katedry Nefrologii w Krakowie. Ważnym wydarzeniem było zorganizowanie X Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, którą powierzył naszemu ośrodkowi Prezes PTN, prof. Franciszek Kokot w 1997 roku oraz sympozjum naukowego „Postępy w nefrologii i dializoterapii” z okazji jubileuszu 10-lecia dializoterapii w Tarnowie (fot. 5). W 2007 roku wydaliśmy monografię autorstwa Aleksandra Kowalika zatytułowaną „25 lat dializoterapii w Tarnowie”. Dla całego zespołu najważniejsi byli zawsze nasi pacjenci, chorujący na różne



Fot. 6. 20-lecie Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii z Ośrodkiem Dializ (2013 r.)

schorzenia nerek, z różnym stopniem ich niewydolności. Podsumowując rozwój nefrologii i dializoterapii w Tarnowie i na obszarze dawnego województwa tarnowskiego w okresie minionych 40 lat należy podkreślić, że był on dużym sukcesem, do którego przyczyniło się wielu lekarzy, pielęgniarek, techników (fot. 6) jak również ludzi dobrej woli, którzy rozumieli potrzeby służby zdrowia i chcieli osobiście zaangażować się w ich realizację. Należą się im wyrazy najwyższego uznania. Dzięki temu dzisiaj możemy pomóc każdemu pacjentowi z chorobą nerek oraz z ostrą i przewlekłą ich niewydolnością. Dializoterapia jest najważniejszą metodą przedłużenia życia i poprawy jego jakości.

JESTEŚMY NA W CZASACH

Czas na Portugalie!



Joanna Bernet
dializywakacyjne.pl

DiT: Doszły nas słuchy, że zorganizowaliście Państwo pierwszy wyjazd grupowy do odległej Portugalii. Jak do tego doszło?

JB: Z zamiarem organizacji wyjazdów grupowych nosiliśmy się już od dawna - ale nie mogliśmy znaleźć odpowiedniego partnera za granicą, który pomógłby nam w organizacji przedsięwzięcia. Szczęśliwie się złożyło, że w czasie tegorocznej konferencji Diaverum w Rzymie zaproponowano nam taką współpracę właśnie w Portugalii.

DiT: A jak na taki kierunek i ofertę odpowiedzieli pacjenci?

JB: Entuzjastycznie. Po pierwsze, był to nowy, wyczekiwany kierunek turystyczny. Po po drugie - sama idea wyjazdu grupowego okazała się bardzo trafiona szczególnie dla tych pacjentów, którzy po raz pierwszy wyruszyli w zagraniczną podróż.

DiT: Wiemy, że jesteście Państwo mocno związani współpracą ze stacjami dializ we Włoszech i że oferują one również kompleksową ofertę. Jak na tym tle wypadła współpraca z Diaverum?

JB: Bardzo profesjonalnie. Pani Marta Olim z Diaverum Portugal nie tylko spełniła moje oczekiwania organizacyjne, ale wręcz je przekroczyła. Znalazła dla pacjentów fantastyczny hotel blisko stacji dializ z przestronnymi apartamentami komfortowo urządzonymi i pozwalającymi na prawdziwy wypoczynek. Dodatkowo, Diaverum zorganizowało dla nas 2 wycieczki z polskim licencjonowanym przewodnikiem - jedną do Lizbony, drugą do Cascais i Sintry oraz tłumacza na stacji dializ.

DiT: A jakie wrażenia z pobytu odnieśli pacjenci?

JB: Z ankiety przeprowadzonej przez nas po przyjeździe wynikało, że pacjenci wysoko ocenili organizację pobytu, sam hotel oraz jego lokalizację. Pomimo, że mieszkaliśmy w miejscowości Estoril, to do Lizbony mieliśmy komfortowy pociąg jadący wzdłuż wybrzeża niecałą godzinę za jedyne 2,50 EUR. Co mnie zaskoczyło – pacjenci byli bardzo samodzielni i mobilni. Nie tylko wyruszali na wyprawy do Lizbony, Sintry i pobliskiego Cascais, ale również wielu z nich odwiedziło Fatimę.

DiT: A sama stacja dializ, czy życzliwie przyjęła polskich pacjentów?

JB: Renomy Diaverum nie trzeba podkreślać, to marka sama w sobie. Życzliwość personelu medycznego i jego profesjonalizm spowodowały, że dializy przebiegały szybko i komfortowo. Trzeba też podkreślić, że mieliśmy dializy wszyscy razem o jednej, doskonałej porze, o godzinie 18.00. Tak więc każdy dzień był w pełni wykorzystany.

DiT: A co Pani osobiście najbardziej podobało się

w czasie pobytu w Portugalii?

JB: Jestem przekonana, że Portugalia jest niesamowitym miejscem, oferującym bardzo dużo polskim gościom. I nie chodzi tu tylko o walory krajobrazowe, architekturę i znakomitą kuchnię, ale również o szacunek do gości, uprzejmość i skromność zarazem, które często w dzisiejszym „turystycznym świecie” zeszły na dalszy plan przytłoczone rutyną i masową turystyką. Również samej Lizbony nie trzeba zachwalać. To jedno z najpiękniejszych miast na świecie, z niepowtarzalną architekturą oraz światłem, którego darmo szukać w innych miejscach, lekko przymglonym i odbijającym się w mozaikach ulicznych.

DiT: Tak więc przyszedł czas na Portugalie? Czy będzie więcej takich wyjazdów?

JB: Oczywiście! W przyszłym roku pragniemy zorganizować wyjazd grupowy na północ Portugalii, a oferta wypoczynku w Estoril, już przetestowana, znajdzie się niebawem wśród naszych najlepszych ofert pobytowych również dla pacjentów indywidualnych.



Uczestnicy wyjazdu do Portugalii



Z Martą Olim z Diaverum Portugal i Filipe Almeida, pacjentem z Portugalii, ambasadorem marki Diaverum



Zwiedzanie z przewodnikiem

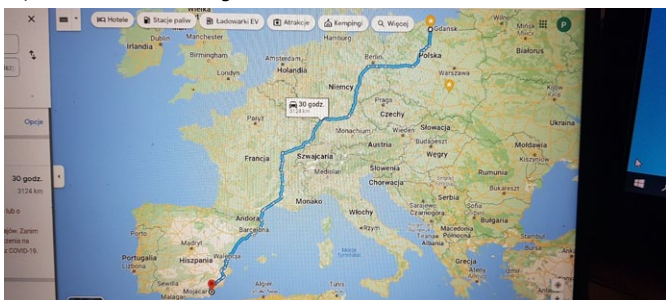
Moja wyprawa do Hiszpanii



Piotr Mroczkowski
Pacjent

Zachęcam Państwa do przeczytania wspomnień z podróży do Hiszpanii niesamowitego pacjenta! Jest nim Pan Piotr Mroczkowski, który zwiedził południe Hiszpanii na motocyklu. Odwiedził wiele pięknych miejsc przemieszczając się z Almerii do Malagi, Kordoby, Sewilli i z powrotem. W związku z tym, że na wyznaczony czas urlopu nie zdążyło dotrzeć jedno, jedyne brakujące badanie krwi - stacje dializ odmówiły przyjęcia Pana Piotra. I co wtedy zrobił ten niezłomny człowiek? Stawiał się w lokalnych szpitalach i sam załatwiał przyjęcie na dializy. Hart ducha Pana Piotra pokazuje, że nie ma rzeczy niemożliwych dla pacjentów dializowanych i że można podążać za marzeniami mimo przeciwności losu. Zapraszam Państwa w tę cudowną podróż!
Joanna Bernet

Tegoroczne wakacje 2022 zaplanowałem z żoną i przyjaciółmi w Hiszpanii. Wystartowaliśmy w piątek z Gdańska mając do przejechania „jedyne” 3200 km. Zapakowaliśmy motocykle na przyczepę i wyruszyliśmy. Trasa była długa i ciekawa ale – pomimo niespodziewanej przygody, jaką było rozerwanie się opony w przyczepie – szczęśliwie dotarliśmy do miejscowości Mojacar w Almerii. Stąd planowaliśmy dalsze zwiedzanie już tylko na motocyklach, poczynawszy od Alhambry w Granadzie, poprzez Malagę, Sewillę i Kordobę, by następnie wrócić z powrotem do Mojacar.



Trasa wyprawy



Wyjazd z Gdańska

ALMERIA

Mojacar to jedno z najbardziej urokliwych miasteczek położonych nad Morzem śródziemnym. Jego największe atrakcje turystyczne to popularna architektura białych zabudowań, piękne plaże i krajobrazy. Cała wycieczka zaplanowana była na dwa tygodnie, podczas których musiałem być 6-krotnie dializowany. Niestety, mimo wcześniejszego zaplanowania dializ w Huerca-Overa, Maladze, Sewilli i Kordobie nie udało się wykonać dializ w umówionym miejscu. Ale o tym później. Moi znajomi kolejnego dnia mogli delektować się słońcem Hiszpanii, a ja udałem się do szpitala w Almerii, aby poddać się hemodializie „na ostro”. Jak się okazuje, mimo bariery językowej udało się wszystko załatwić, niestety było to dość czasochłonne. Cała wizyta w szpitalu w Almerii zajęła mi 10 godzin.

ALHAMBRA

Kolejny dzień – wtorek, zaczęliśmy faktyczne podróżowanie i jazdę na motocyklu. Trasa, którą wybraliśmy obfitowała w zakręty oraz piękne widoki. Po 3 godzinach jazdy krętymi drogami dotarliśmy do Alhambry. Jest to piękny zespół pałacowo-ogrodowy. Otoczone bujnymi drzewami aleje zapewniają przyjemny cień i chłód, spotęgowany obfitością wód płynących w ogrodowych strumieniach. Alhambra stanowiła największy ośrodek polityczny i arystokratyczny na muzułmańskim zachodzie. Oprócz budynków Nasrydów oraz pięknego pałacu, służących za mieszkanie królom i ich służbie, na terenie kompleksu znajduje się szereg urzekających pięknem prostokątnych dziedzińców oraz liczne fontanny. Najstarszym z zabudowań jest Alkazaba. Jedną z najważniejszych konstrukcji stanowi Torre de la Vela (Wieża Czuwania), z której rozpościera się jeden z najwspanialszych widoków na Alhambrę. Słynny dziedziniec lwów (Patio de los Leones), którego nazwa wywodzi się z lwów tworzących fontannę, jest jednym z najpiękniejszych miejsc zespołu pałacowego. Jeszcze tego samego dnia pojechaliśmy dalej, aby zobaczyć tak zwany Balkon Europy w miejscowości Nerja, słynącej z najpiękniejszych plaż Hiszpanii poukrywanych w niewielkich zatoczkach.



Przystanek na podziwianie
widoków



Alhambra – warowny zespół
pałacowy



Nerja – balkon Europy



W trasie

El Caminito del Rey – strome
wapienne ściany wąwozuEl Caminito del Rey – przejście
tunelem wydrążonym w skałach

Alhambra – warowny zespół pałacowy

MALAGA

Dalej droga wiodła nas do Malagi. We środę miałem zaplanowaną dializę w Diaverum Malaga, ale niestety wynik badania, który stacja dializ wymagała nie dotarł na czas i znowu na cały dzień wylądowałem w szpitalu. Hiszpania to taki kraj, gdzie nikt się nie śpieszy, wszyscy podchodzą do pacjenta spokojnie. Ciekawe doświadczenie z SOR-u w innym kraju niż Polska. Po długim oczekiwaniu – decyzja, badania - i w końcu trafiłem na dializę, czyli wszystko zakończyło się pozytywnie.

W kolejnym dniu pokonaliśmy dystans 140 km z Malagi do El Caminito del Rey – i przeszliśmy szlakiem pieszym, ciągnącym się wzdłuż stromych ścian wapiennego wąwozu w parku narodowym Desfiladero de los Gaitanes, nieopodal miejscowości El Chorro. Trasa miała 8 km. Po 4-ro godzinny spacerze pojechaliśmy dalej. Kolejny przystanek to Gibraltar. Po intensywnym zwiedzaniu i przejechaniu 600 km wróciliśmy do Malagi na nocleg.



Widok na Skalę Gibraltarską

El Caminito del Rey – wąskie drewniane kładki zabezpieczone
metalową siatką i poręczami

SEWILLA

Kolejnego dnia, z samego rana wyruszyliśmy do Sewilli. Po krótkiej drodze mogłem poddać się tam planowej dializie. Warto przypomnieć, że to był wrzesień, a temperatury były wręcz zabójcze – 39 stopni! Niestety, wynik badania potrzebnego dla stacji dializ dalej nie przyszedł, więc udałem się do szpitala w Sewilli na SOR. Cała historia z wcześniejszych szpitali się powtórzyła. Oczekiwanie na dializę to czas ok. 5 godzin, plus sama dializa – kolejne 4!. Po dializie wieczorem mogłem w końcu cieszyć się urlopem i zacząć zwiedzać miasto. Bardzo polecam! Piękne!

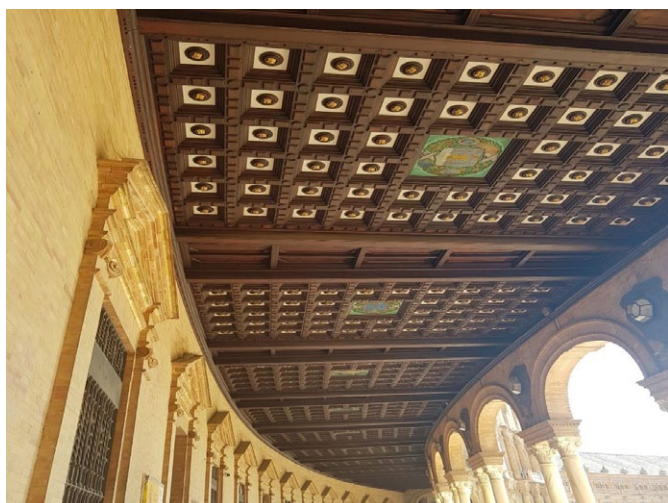
Na drugi dzień w Sewilli – ciąg dalszy zwiedzania. Polecam:

Plaza Espania, Metropol Parasol, Katedra Sewilska, ogólnie starą część miasta, centrum, niezliczoną ilość wąskich uliczek, kawiarenek. Jestem kibicem piłki nożnej więc nie mogłem sobie odpuścić wizyty na stadionie Sevilla S.C.

Po intensywnym weekendzie pierwszy raz mogłem iść na umówioną dializę na stacji Daverum w Sewilli. Tu na szczęście nie było już długiego oczekiwania, w 15 minut byłem podłączony do aparatury. Po dializie udaliśmy się do Kordoby.



Plac Hiszpański w Sewilli wyłożony płytkami ceramicznymi



Sufit zdobiony drewnianymi kasetonami, podtrzymywany przez marmurowe kolumny



Katedra w Sewilli

KORDOBA

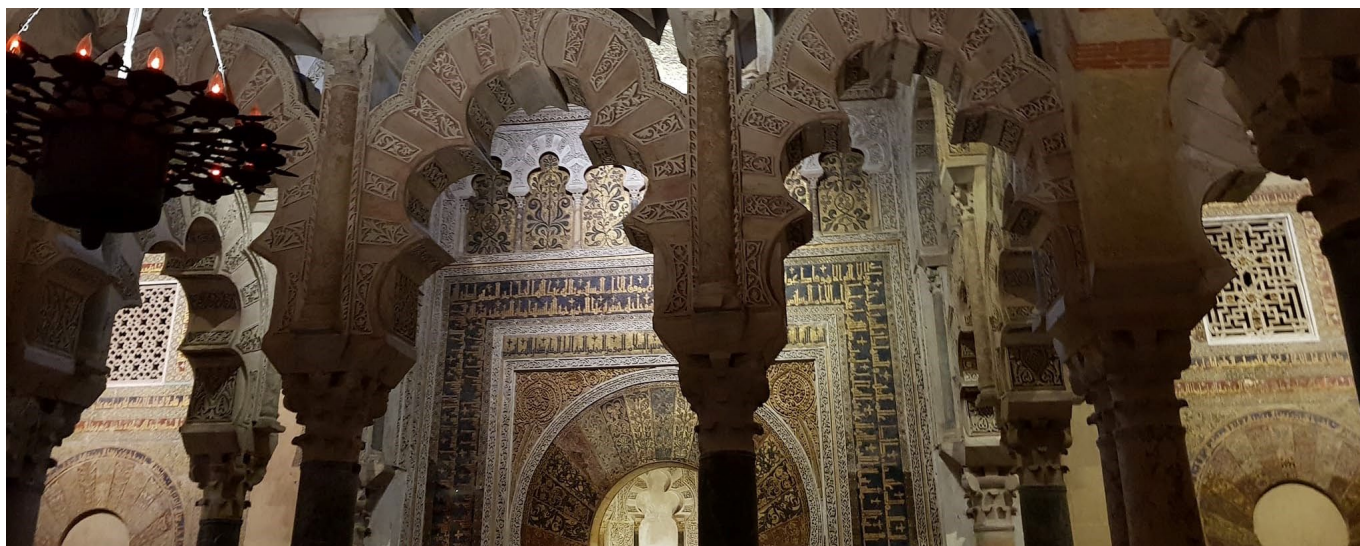
Następnym miastem na trasie naszego zwiedzania południowej Hiszpanii była Kordoba. Miasto przywitało nas deszczem, ale przy tych temperaturach to było wytchnienie. W Kordobie koniecznie trzeba zobaczyć Most Rzymski, Katedrę Meczet, mury miejskie. Mezquita – wielki Meczet w Kordobie, zwany po hiszpańsku La Mezquita, pochodzący z VIII wieku, wielokrotnie przebudowywany, służy obecnie za katedrę rzymskokatolicką diecezji Cordoba w Hiszpanii.



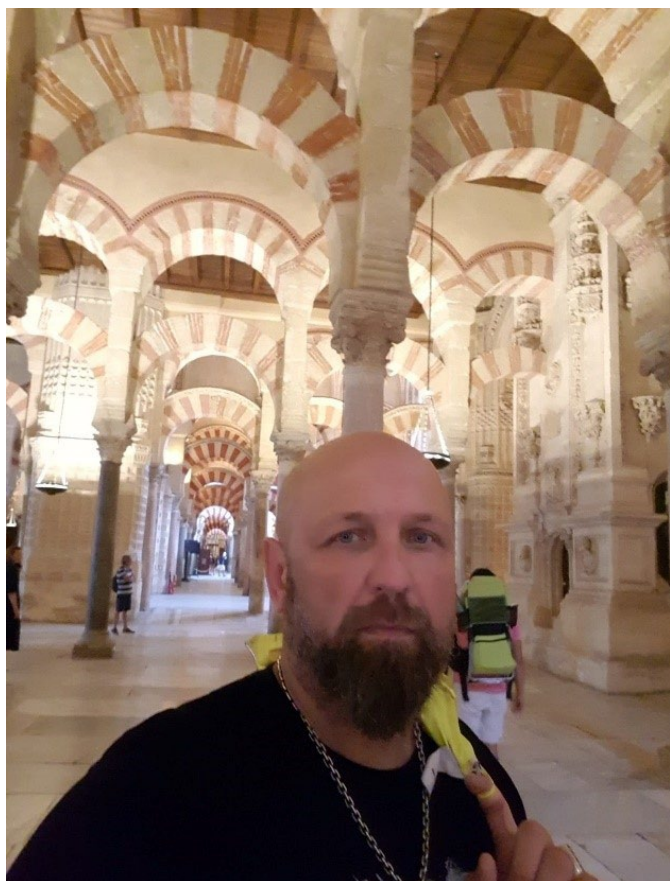
Kordoba – Most Rzymski



Kordoba – Mezquita z zewnątrz, efekt przebudowy



Niezwykłe dekoracyjne wnętrze Wielkiego Meczetu w Kordobie



Las kolumn z dwukondygnacyjnymi arkadami podwyższającymi sklepienie Wielkiego Meczetu w Kordobie

MOJACAR

W końcu wróciliśmy do Mojacar. Kolejne dwa dni spędziliśmy nad basenem oraz Morzem Śródziemnym. Dzięki upałom w Hispanii, małym przyborom masy ciała i z chęcią tracenia jak najmniejszej ilości czasu w szpitalach, zamiast 3 dializ w tym tygodniu miałem wykonane tylko 2.

Polecam wyjazd do Hispanii w każdej formie: samolotem, samochodem. Jest tam wiele ciekawych miejsc do zobaczenia

oraz wiele potraw do spróbowania. Niech przynajmniej załączone zdjęcia, chociaż w niewielkim stopniu, pokażą piękno odwiedzanych miejsc i zachęcą do wyjazdu. Chciałbym serdecznie podziękować pani Joannie Bernet, dzięki której moje wakacje udały się pomimo pewnych „dializacyjnych problemów”.



Kalmari



Gazpaccio



Andaluzyjskie przysmaki

Moja ukochana Sycylia



Joanna Narożniak
Dializy Mucaria

W poprzednim wydaniu „DiT” mieliśmy możliwość podzielić się z Państwem naszymi spontanicznymi rozmowami z byłymi gośćmi naszej stacji dializ MUCARIA (DM), którzy opowiadali o swoich wrażeniach i radach dotyczących dializ wakacyjnych. Tym razem za to my chcielibyśmy podzielić się z Państwem naszą rozmową z p. Elżbietą i jej mężem Robertem, którzy aż czterokrotnie gościli u nas na Sycylii! Pani Elżbieta jest dzisiaj po przeszczepie nerki lecz wraz z mężem zdecydowali się raz jeszcze przyjechać w swoje ulubione zakątki Sycylii Zachodniej, do naszego Trapani.

Joanna (DM): Przede wszystkim bardzo dziękuję, że zechcieli się Państwo ze mną spotkać, aby podzielić się swoją historią oraz wrażeniami z czytelnikami Dializa i Ty. Ja znam się z Państwem od 2018 roku – od kiedy zaczęłam pracę na stacji dializ Mucaria, ale Państwo naszą Stację poznali już znacznie wcześniej – i o wiele wcześniej zakochali się w Sycylii... Wróćmy na chwilę do tych czasów, kiedy jeszcze Pani się dializowała i kiedy po raz pierwszy przyjechali Państwo do nas na dializy wakacyjne. Czy pamięta Pani, jak to się wszystko zaczęło i skąd dowiedziała się Pani o naszej inicjatywie?

Ela: Oczywiście, pamiętam wszystko doskonale. O możliwości wyjazdów do was dowiedziałam się od innej pacjentki, z którą dializowałam się w Zakopanem na turnusie rehabilitacyjnym. To był 2016 rok. Właśnie ta pani powiedziała nam, że istnieje taka możliwość wakacji na Sycylii. Natychmiast po powrocie z Zakopanego zaczęłam szukać dodatkowych informacji. Szybko zarezerwowałam wszystko. Co ciekawe, zupełnie przypadkowo, spotkał się potem właśnie z tą samą panią na naszym pierwszym wyjeździe do Trapani.

DM: Była więc Pani jedną z naszych pierwszych patientek z Polski, a na pewno pierwszą ze swojej stacji, która zdecydowała się na taki wyjazd. Nie było obaw?

Ela: Nie, ja należę do osób odważnych, spontanicznych i jak tylko usłyszałam o takim wyjeździe, to od razu wiedziałam, że muszę spróbować. Zadziałam i... tak właśnie wyjechaliśmy po raz pierwszy.

DM: Rozumiem, że dzisiaj u nas w Trapani czują się Państwo jak w domu. Czy była bariera językowa?

Robert: Na pewno niełatwy jest taki pierwszy wyjazd. Trzeba trochę przełamać pierwsze lody. Pojawiają się pytania – Co będzie jak mój samolot się opóźni? Kto odbierze nas

z lotniska? Na pewno mocną stroną takiego wyjazdu jest możliwość uzyskania pomocy w języku polskim i to należałoby podkreślić.

DM: A jaka była pierwsza myśl, kiedy usłyszeli Państwo o naszych wyjazdach? Wielu z naszych pacjentów wciąż mówi nam, że aż do momentu przyjazdu nie wierzyli, że taki wyjazd dla dializowanych jest w ogóle możliwy!

Ela: Tak, rzeczywiście, może pojawić się taka myśl. Być może to przez chorobę? Dializy przywiązują do miejsca zamieszkania, zostają tylko weekendy... i odbierają wiele możliwości przemieszczania się.

Robert: To było też takie szczęście w nieszczęściu, że mieliśmy okazję poznać Sycylię.

DM: No właśnie... Sycylia! Jakie były pierwsze wrażenia? Pamiętacie jeszcze Państwo?

Robert: O tak! O rany! Ile zdjęć zrobiliśmy! Chyba z każdej strony fotografowaliśmy każdy zabytek.

Ela: Pamiętam, że to był październik i była naprawdę cudowna pogoda – kąpaliśmy się w morzu i to nas bardzo zaskoczyło, bo wiadomo jaka jest pogoda w Polsce o tej porze roku.

Robert: Nawet w lipcu nie ma takiej wody w Bałtyku!

DM: Co udało się Państwu zobaczyć podczas pierwszego wyjazdu?

Ela, Robert (razem): Oj, wiele miejsc – wiele pięknych plaż, przepiękne Erice na szczycie góry, park archeologiczny Segesta, Wyspy Egadzkie... – na Favignanie byliśmy nawet z panem dr Mucarią, ale także widzieliśmy Palermo – podczas jednej z wycieczek z dializ.

DM: A czy zmieniło się Państwa wyobrażenie o Sycylii podczas tych licznych podróży?

Robert: Naprawdę poczuliśmy odrębność tego regionu Sycylii wobec Włoch... Jej inny, wspaniały klimat, atmosferę. Zanim trafiliśmy na Sycylię, to myśleliśmy, że jest taka sama, jak całe Włochy.

DM: Zwykle przyjeżdżali jednak do nas Państwo latem, prawda?

Robert: Tak, na to pozwalały nasze obowiązki, spędzaliśmy tutaj też dość długie urlopy. W waszej ofercie, im dłuższy jest pobyt, tym atrakcyjniejsze ceny i raz byliśmy u was prawie 1,5 miesiąca. Mieliście nawet takie formuły bezpłatnych wakacji.

DM: Wciąż mamy, np. późną jesienią czy zimą, kiedy przyjeżdżają do nas pacjenci, mamy takie szczególne formuły. Także w tym roku.

Robert: Dobrze nam było u Was... Zawsze żona dobrze się czuła po dializie. Zresztą, też inni pacjenci, którzy u was byli, a z którymi rozmawialiśmy. Wszyscy byli bardzo zadowoleni z wakacji i z dializ.

Ela: U nas w Polsce zawsze po dializie czułam zmęczenie, musiałam trochę odpocząć. Natomiast tutaj, zaraz po powrocie z dializ od razu byłam gotowa, by ponownie wyjść z domu pospacerować czy pozawiedzać. Ten sycylijski klimat chyba bardzo mi odpowiadał.

DM: Mówi się, że kto raz zakocha się w Sycylii, ten już zawsze będzie do niej wracał i tęsknił. Czy wciągnęła Państwa ta nasza Sycylia, prawda?

Robert: Zgadza się. Na Sycylii są piękne widoki, smaczna kuchnia, zaskakująca przyroda. Włosi są też bardzo otwarci, gościnni. Poznaliśmy zresztą też tutaj wspaniałą włoską rodzinę, z którą nawiązaliśmy świetne relacje i z nią nadal utrzymujemy kontakty, jak i innych, przemiłych polskich pacjentów i ich rodziny, z którymi do dzisiaj się komunikujemy i którzy dali nam wiele rad i wsparcia.

DM: Mówi Pan o włoskiej rodzinie. Ma Pan na myśli Mario, naszego oddziałowego oraz jego żonę, Giusy, prawda? Muszę przyznać, że Mario bardzo ujmuje wszystkich pacjentów z Polski. To chyba dlatego, że bardzo lubi swoją pracę, wspiera pacjentów, którzy przylatują do nas na wakacje, a do Polaków pała szczególną sympatią. Przyjęliśmy już naprawdę wielu obcokrajowców na wakacje, ale Mario wciąż doskonale pamięta imiona i nazwiska naszych gości oraz miejscowości skąd pochodzą... Jest też bardzo zainteresowany naszymi tradycjami, językiem, i uczy się również w wolnym czasie języka polskiego.

Robert: Tak, zgadza się. Bardzo się cieszymy, że mieliśmy okazję się poznać. Giusy – żona Mario, doskonale gotuje i dzięki nim mieliśmy okazję poznać prawdziwą sycylijską gościnność oraz wyśmienite przepisy. Byłoby też bardzo miło, gdyby Mario z Giusy i rodziną mogli nas w Polsce odwiedzić.

DM: Z naszych dializ wakacyjnych skorzystali państwo 4-krotnie. A potem, przyszedł wyczekiwany przeszczep... Czy mogliby państwo o tym nam opowiedzieć? O tych oczekiwaniach na ten pomyślny telefon?

Ela: Tych telefonów o tym, że jest dla mnie nerka było kilka.

Robert: Jeden zdarzył się nam nawet przy pierwszym wyjeździe, któregoś dnia siedzieliśmy w hotelowym jacuzzi i dostaliśmy telefon z Polski, że na Elę czeka nerka.

Ela: Przez chwilę zastanawialiśmy się co robić. Dostałam informację od lekarza o dawcy, skonsultowałam się z nim i... nie zdecydowałam się. Intuicja podpowiedziała, że to jeszcze nie jest ten moment. Później przyjechaliśmy do was jeszcze trzy razy, a w 2019 roku miałam przeszczep. Udało się, czułam, że to właśnie ten moment. Później przyszedł

nowy czas, pandemia... Ale kiedy dowiedziałam się, że są bezpośrednie loty z Warszawy, to od razu zarezerwowaliśmy nasze nowe wakacje w Trapani – tym razem bez dializ. Sycylia zajmuje bardzo sentymentalne miejsce w moim sercu. Jeszcze nie wyjechaliśmy, ale już myślimy, kiedy tutaj wrócić...

DM: Bardzo się cieszę, że Sycylia ma dla Państwa takie miłe znaczenie. Jeśli mogę zapytać, co zmienił przeszczep w Pani życiu?

Ela: Mam większą wolność wyboru, tego co mogę zjeść, gdzie mogę pojechać... Mogę teraz zdecydować, nie mam tylu ograniczeń. Zamknięta przetoka, to taki zamknięty rozdział.... Jest trochę takich rzeczy, i o które należy szczególnie dbać i których przy przeszczepie należy unikać... Jest też trochę wyrzeczeń, należy po przeszczepie troszczyć się o swoje zdrowie równie mocno, no ale... jestem wolna!

DM: Jaką wiadomość chciałaby Pani przekazać pacjentom dializowanym?

Ela: Pacjenci dializowani, chorzy na nerki i koledzy, koleżanki przygotowujący się do przeszczepu – pamiętajcie, aby nie się poddawać! Pamiętajcie, aby myśleć pozytywnie, aby wierzyć w siebie! Aby informować się, pytać, czytać, angażować w sprawy chorych na nerki i dializowanych i po prostu... trzymać razem...! Pamiętajcie też – to bym chciała powiedzieć – każdy człowiek jest inny. Każdą decyzję należy podejmować z myślą o własnym zdrowiu, ale i świadomie. Warto rozmawiać – konsultować się z lekarzem, z rodziną, z innymi pacjentami. Rozmawiajcie o przeszczepie – lecz pamiętajcie, aby każdą decyzję podjąć zgodnie z własnym sumieniem



Pamiątkowe zdjęcie



Wspólna wycieczka na Egady



W tawernie



DIALIZY MUCARIA
STACJE DIALIZ NA SYCYLII



Istniejemy od **PONAD 45 LAT** a
Z NASZYCH WAKACJI od 2016 roku SKORZYSTAŁO
PONAD 1500 PACJENTÓW

WCZASY DLA DIALIZOWANYCH



OFERTA JESIEŃ - ZIMA

1 MIESIĄC
I DŁUŻEJ

GRATIS

Nasza Sycylia Zachodnia to idealne miejsce na odpoczynek. Będziesz mógł nacieszyć się ciepłem, pięknymi widokami i zachodami słońca... spacerować wzdłuż brzegu morza, a także zwiedzić najpiękniejsze zakątki wyspy, dzięki naszym wspólnym wycieczkom!

Poza sezonem, Sycylia nie tylko jest niezwykle piękna, ale i czekają na Ciebie **wyjątkowo atrakcyjne oferty**! Na przykład - wybierając **1 miesiąc wakacji** w listopadzie, zakwaterowanie otrzymasz **BEZPŁATNIE**!

Zbliża się jesień, niebo szare,
dni są coraz krótsze
i temperatury coraz niższe,
a Ty marzysz o wakacjach?

Wybierz się na słoneczną
i ciepłą Sycylię!

2 TYGODNIE

OD

140 €



NASZE OFERTY: LISTOPAD 2022 - MARZEC 2023



HEMODIALIZA
- bezpłatne świadczenia
z kartą EKUZ -

- Sztuczne nerki 5008;
- Nowoczesne dializy;
- Podczas dializy napoje i przekąska;
- Smart TV przy każdym łóżku;
- **Mówimy po polsku.**



NOCLEGI dla 2 osób

Zakwaterowanie w nadmorskim Trapani
w apartamencie z aneksem kuchennym.
Atrakcyjne oferty cały rok!

2 TYGODNIE

1 MIESIĄC

2-3 MIESIĄCE

DOWOLNY
OKRES WAKACJI



TRANSPORT
dializa - zakwaterowanie
BEZPŁATNY



BONUS
- zwrot kosztów podróży -
do kwoty **100 EURO**



ABY OZYSKAĆ SZCZEGÓŁY OFERTY



**SKONTAKTUJ SIĘ
Z NAMI**

0048 663 327 001

0039 338 710 3285

RESERVATION@DIALISIMUCARIA.IT

WWW.DIALISIMUCARIA.IT

LUKSUSOWE DALIZY WAKACYJNE W GRECJI

**ZAREZERWUJ JUŻ TERAZ DIALIZY
WAKACYJNE NAJWYŻSZEJ KLASY..**

*Odkryj bogatą kulturę Grecji i jej niezwykle
piękno natury...*

Poczuj gościnność jej mieszkańców...

*Doświadczyć najbezpieczniejszych zabiegów
dializy na najwyższym poziomie...*

Najwyższej jakości usługi medyczne obejmują między innymi:

- Sztuczne nerki Fresenius Medical Care 5008S
- Wysoko wykwalifikowany wielojęzyczny personel medyczny i administracyjny
- 24-godzinne wsparcie medyczne
- Bezpłatny transfer na dializy
- Wyznaczone sektory dla pacjentów z WZW



Palaio Faliro

Ellinidon 18, Palaio Faliro, Ateny, 17564



Pallini

Pogoniou 54 & J. Karabini, Ateny, 15351



Kalamata

Fyties, Messenië, 24200



Thessaloniki

Dasylliou 8, Elaiones Pylaia, 55535 Thessaloniki



Kreta

Kalessa, Gazi, Heraklion, Kreta, 71500



Chaïdari

Korytsas 21A & Anexartisias, Chaïdari, Ateny, 12461



Chalkida

3de km autosnelweg Chalkida-Thebe, Positie Fousazani, Gemeente Chalkida, 34100



Serres

Provinciale weg Oinoussa, Neo Souli, 62100

Skontaktuj się z naszymi specjalistami ds. dializ wakacyjnych Mesogeios:

☎ Telefon w Polsce: 663 327 001

☎ +30 2810 371560 ☎ +306946285615 @info@mesogeios.gr 🌐www.mesogeios.gr

mesogeios⁺
DIALYSE CENTRA

POCZET WYBITNYCH NEFROLOGÓW



Dr Dorota Frankiewicz (1959-2022)

Doktor Dorota Frankiewicz urodziła się 16 czerwca 1959 roku w Ciężeniu. Po ukończeniu Liceum Ogólnokształcącego w Słupcy, wbrew pierwotnym planom poświęcenia się informatyce, rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Z pewnością na tę decyzję miał wpływ jej przyszły mąż Stanisław, ówczesnie studiujący medycynę. Ukończyła je z wyróżnieniem w maju 1983 roku. Już na trzecim roku studiów podjęła decyzję o specjalizacji z interny. Posiadała specjalizację pierwszego i drugiego stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, a następnie została specjalistą w dziedzinie nefrologii. Od czerwca 1983 roku pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie, początkowo jako lekarz stażysta, a następnie kolejno jako młodszy asystent, asystent oraz starszy asystent w Oddziale Wewnętrznym II. Od kwietnia 1993 roku pełniła funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Wewnętrznego II, a następnie w latach 1999-2000 obowiązki ordynatora Oddziału Wewnętrznego II. Od października do grudnia 2000 roku współorganizowała i koordynowała wszelkie prace związane z tworzeniem nowego Oddziału Chorób Nerek i Dializoterapii w konińskim Szpitalu, gdzie nieprzerwanie – od 2001 roku – w wyniku kolejnych postępowań konkursowych obejmowała stanowisko ordynatora. W nowym Oddziale stworzyła możliwość dializowania pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek w utworzonej stacji hemodializ, ale równolegle rozwinęła też program ambulatoryjnych dializ otrzewnowych. Wraz ze swoim zespołem przygotowywała wielu zakwalifikowanych chorych do udanych przeszczepów nerek. W latach 1986 – 1996, a później od lipca 2011 roku nieprzerwanie pracowała w Poradni Nefrologicznej konińskiego Szpitala. Dzięki Jej zaangażowaniu, pracy i poświęceniu powstał jeden z największych i znaczących ośrodków nefrologicznych w Wielkopolsce.

Doktor Dorota Frankiewicz była niezwykle zaangażowana w pracę społeczną, pełniąc wiele funkcji. W konińskim szpitalu była przewodniczącą Komitetu Terapeutycznego oraz współpracowała z Komitetem ds. Zakażeń Szpitalnych. W latach 1994 – 2009 była sekretarzem Konińskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, a następnie członkiem Zarządu PTL. Była też członkiem zarządu Poznańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, a ostatnio również Towarzystwa Internistów Polskich oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W latach 1997-2000 oraz 2009-2013 była członkiem Zarządu Delegatury Konińskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Dzięki powszechnie uznawanej wiedzy i kompetencjom fachowym została powołana do

zespołu Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie nefrologii i przez wiele lat brała czynny udział w jej pracach. Prowadziła w swoim oddziale staże cząstkowe w zakresie nefrologii dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, onkologii i chorób zakaźnych. Uczestniczyła w wielu konferencjach nefrologicznych oraz szkoleniach, tak krajowych jak i zagranicznych. Organizowała szkolenia dla lekarzy rodzinnych, wewnętrzne szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek ze Szpitala w Koninie oraz tzw. „Spotkania nefrologiczne” z mieszkańcami ziemi konińskiej. W swoim dorobku naukowym dr Dorota Frankiewicz ma kilka publikacji i doniesień plakatowych. W pracy cechowała się obiektywizmem oraz dużą troską o należyte funkcjonowanie powierzonego jej odcinka ochrony zdrowia. Była pracownikiem skromnym, konsekwentnym w postępowaniu, zawsze mająca na uwadze przede wszystkim dobro pacjenta. Cieszyła się wspaniałą opinią wśród lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Była osobą znaną i cenioną w środowisku nefrologicznym, zawsze uśmiechnięta, pogodna i skłonna do bezinteresownej pomocy. Za Jej wielkie zaangażowanie w rozwój ochrony zdrowia i aktywne kształcenie młodej kadry otrzymała liczne odznaczenia: Zasłużona dla Miasta Konina, Zasłużona dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Za długoletnią służbę Prezydent RP odznaczył Ją Złotym Medalem Zasługi.

Od maja 2019 roku dr D. Frankiewicz dzielnie walczyła z chorobą nowotworową i trzykrotnie, czasowo wracała do pracy. Przeszła cztery poważne zabiegi neurochirurgiczne, które dawały Jej nadzieję na powrót do zdrowia. Była pełna dalszych planów życiowych. Niestety, lekarze też przegrywają w walce z chorobą. Doktor Frankiewicz odeszła 12 września 2022 roku. Msza żałobna odbyła się w kościele Świętych Apostołów Piotra i Pawła w Starym Mieście koło Konina. Tam została pochowana na cmentarzu parafialnym. Żegnała Ją najbliższa rodzina – mąż, córka, synowie i wnuki oraz bliscy duchowni, Dyrekcja i personel Szpitala w Koninie, pracownicy Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych w Poznaniu, a także wielu zaprzyjaźnionych nefrologów oraz znajomych lekarzy nie tylko z okolic Konina. W ostatniej drodze towarzyszyli Jej licznie zgromadzeni znajomi, przyjaciele, sąsiedzi i pacjenci. Pożegnaliśmy nie tylko kochaną Żonę, Mamusię i Babcię, ale też wspaniałego Lekarza, Nauczyciela i Pracownika, a także świetnego Organizatora i ... Dobrego Człowieka, czulego na cierpienie innych, niosącego pomoc i ulgę w chorobie, ale także optymizm i nadzieję na lepsze jutro. Personel Oddziału Chorób Nerek i Dializoterapii pożegnał swoją Szeffową słowami poety ks. Jana Twardowskiego: „Odeszłaś cicho bez słów pożegnania, tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić, tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania, że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”. Dorotko! Pozostawiłaś po sobie znaczący, wspaniały ślad i na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci...

Dr n. med. Mirosław Krocak