Czasopismo dla pacjentów z niewydolnością nerek NR 2 (51) 2026

DIALIZA i Ty



DIALIZA i Ty

Czasopismo ukazuje się pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Dializa i Ty – Czasopismo dla chorych z niewydolnością nerek
NR 2 (51) 2026, ISSN 1644-5139

Redaktor naczelny:
Prof. dr hab. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

Zastępca redaktora naczelnego:
Dr med. Renata Kłak
Mgr Violetta Bielak

Sekretarz redakcji:
Dr Michał Śmigielski

Wydawca:
Fundacja Amicus Renis
os. Witkowice Nowe 7
31-234 Kraków
e-mail: nefron@interia.eu

Komitet redakcyjny:
Mgr Katarzyna Babska
Mgr Anna Balicka
Mgr Beata Białobrzeska
Mgr Anetta Cekała
Dr n. kf. Katarzyna Chojak-Fijałka
Prof. dr hab. med. Kazimierz Ciechanowski
Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień
Mgr Katarzyna Kalista
Mgr Anna Kliś
Prof. dr hab. med. Magdalena Krajewska
Prof. dr hab. med. Katarzyna Krzanowska
Dr med. Jacek Lange
Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prof. dr hab. med. Beata Naumnik
Prof. dr hab. med. Michał Nowicki
Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski
Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór
Mgr Aneta Trzcińska
Lic. diet. Małgorzata Szczypkowska

Rysunki: KRZYSZTOF KMIEĆ

Fotografia na okładce:
Stefan Lehner

http://amicusrenis.pl/dializa-i-ty/

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. n. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko

4 List znad morza
Hemodializa domowa czy wyprzedzający przeszczep? – prof. dr hab. n. med. Bolesław Rutkowski

5 W oczach lekarza
Plastik a zdrowie, szczególnie nerek… – prof. dr hab. n. med. Kazimierz Ciechanowski

Jak chory dializowany może skorzystać z postępów telemedycyny – dr n. med. Agnieszka Makówka

9 Pielęgniarka radzi
Czy mogę samodzielnie dojeżdżać na hemodializę? Bezpieczeństwo, ryzyko i praktyczne wskazówki dla pacjenta – mgr Katarzyna Babska

Prawa pacjenta – praktyczne komentarze dla pacjentów dializowanych i ich rodzin - mgr Małgorzata Liber

13 Nerki i dusza
Zespół niespokojnych nóg - gdzie nerki, gdzie nogi, a gdzie dusza? – dr n. med. Jacek Lange

14 Nerki i ruch
Pacjent i refundacja wyrobów medycznych – to nic trudnego! – mgr Dorota Ankowska

17 Dietetyk radzi
Okiem dietetyka: 3 najczęstsze mity o żywieniu na stacji dializ – dr n. med. Paulina Borek – Trybała

19 Pacjenci o sobie
Czy dziecko po transplantacji może być aktywne fizycznie? – dr n. med. Jacek Rubik

21 Wydarzenia
Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki poszerza działalność – prof. dr hab. Rajmund Michalski

XXIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego – dr n. biol. Katarzyna Kościelska-Kasprzak

XVII Krakowskie Dni Dializoterapii – dr Michał Śmigielski

Europejska konferencja pielęgniarstwa nefrologicznego – mgr Aneta Trzcińska

Podróżowanie z dializą. Relacja z konferencji d.HOLIDAY w Sopocie – Małgorzata Poźniak

28 Dializy wakacyjne
Jak może wyglądać wymarzona podróż na Sycylię? Kartka z wakacji – Joanna Narożniak

MUCARIA - Wybierz się na wakacje na Sycylii
DIALISIRAGUSA - Wakacje na Sycylii

32 KABI Renalive®HP Wsparcie żywieniowe pacjentów dializowanych

Słowo od redakcji



Prof. dr hab. n. med.
Monika Lichodziejewska-Niemierko

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce jesienny numer Dializa i Ty, w którym – jak zawsze – staramy się łączyć rzetelną wiedzę medyczną z praktycznymi poradami pomagającymi lepiej żyć z chorobą nerek.

W dziale „W oczach lekarza" prof. Kazimierz Ciechanowski przybliża temat wpływu plastiku na zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem nerek, natomiast dr Agnieszka Makówka pokazuje, jak nowoczesne rozwiązania telemedyczne mogą wspierać pacjentów dializowanych. W części „Pielęgniarka radzi" znajdą Państwo odpowiedzi na często zadawane pytania dotyczące samodzielnych dojazdów na hemodializę oraz praktyczne omówienie praw pacjenta i jego rodziny.

Nie zabraknie tematów dotyczących codziennych wyzwań zdrowotnych. Dr Jacek Lange wyjaśnia związek zespołu niespokojnych nóg z chorobą nerek, mgr Dorota Ankowska przybliża zasady refundacji wyrobów medycznych, a dr Paulina Borek-Trybała rozprawia się z najczęstszymi mitami żywieniowymi spotykanymi na stacjach dializ. Zachęcam także do lektury inspirującego artykułu o aktywności fizycznej dzieci po przeszczepieniu nerki.

W numerze znajdą Państwo również relacje z ważnych wydarzeń nefrologicznych, w tym z konferencji Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Krakowskich Dni Dializoterapii, międzynarodowej konferencji pielęgniarstwa nefrologicznego EDTNA/ERCA oraz spotkania poświęconego podróżowaniu z dializą. Polecam tekst prof. Rajmunda Michalskiego poświęcony działaniom Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Bardzo cieszy mnie coraz większa aktywna obecność pacjentów podczas konferencji medycznych. Państwa głos pozwala lepiej zrozumieć codzienne wyzwania związane z leczeniem, a bezpośredni dialog między pacjentami, personelem medycznym i organizacjami pacjenckimi stwarza przestrzeń do poszukiwania rozwiązań, które mogą realnie poprawiać jakość opieki i życia z chorobą nerek. Na zakończenie zapraszamy na chwilę wytchnienia podczas lektury „Kartki z wakacji".

Moją kartką z wakacji jest zdjęcie, które dla Państwa załączam, a które pochodzi z niezwykłej podróży śladami opisów greckich kronikarzy Herodota i Pauzaniasza - do antycznych Elis i Olimpii. Historia jest tam niemal namacalna. Dwadzieścia pięć wieków temu nie mogłabym jednak oglądać igrzysk olimpijskich, ponieważ obowiązywał ścisły zakaz wstępu dla kobiet pod groźbą kary śmierci! Za to przed i w okresie igrzysk ogłaszano rozejm, który wstrzymywał wszelkie wojny na terenie Grecji, tak aby uczestnicy mogli bezpiecznie dotrzeć najpierw do Elis, gdzie przez miesiąc odbywali treningi, a potem do Olimpii by wziąć udział w zawodach. Ciekawie radzono sobie z nieuczciwością sportowców. Oszust musiał ufundować brązowy pomnik Zeusa, na którym umieszczano jego imię, imię ojca, nazwę rodzinnego miasta oraz opis przewinienia. Szereg takich pomników ustawionych przy wejściu na stadion przypominał zawodnikom, że prawdziwe zwycięstwo wymaga nie tylko siły i talentu, ale również prawości. Trudno nie pomyśleć, że w niektórych sprawach starożytni mieli wyjątkowo proste i skuteczne metody przypominania, jak ważna jest uczciwa gra.

Jesień to także czas zwiększonej liczby infekcji wirusowych. Pacjenci z przewlekłą chorobą nerek, osoby dializowane oraz po transplantacji należą do grup szczególnie narażonych na cięższy przebieg grypy i jej powikłania. **Dlatego warto porozmawiać ze swoim lekarzem o szczepieniu przeciw grypie przed rozpoczęciem sezonu zachorowań**. To proste działanie może pomóc skuteczniej chronić zdrowie własne i swoich bliskich.

Życzę Państwu spokojnej jesieni, dobrego zdrowia oraz inspirującej lektury.

Monika Lichodziejewska-Niemierko
Redaktor Naczelny



Hemodializa domowa czy wyprzedzający przeszczep?



Prof. dr hab. n. med. Bolesław Rutkowski
Były Konsultant Krajowy
w dziedzinie nefrologii oraz
były Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego



Moi Drodzy i Szanowni,

Tak się złożyło, że w pierwszej połowie września odbyły się dwie ważne konferencje, podczas których omawiano niezwykle istotne problemy dotyczące terapii chorych ze schyłkową postacią przewlekłej choroby nerek. Pierwsza z nich to tradycyjne XVII Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora. Olgierda Smoleńskiego. Omówiono i przedyskutowano szereg ważkich tematów, a niewątpliwym plusem było to, iż wypowiadały się i dyskutowały wszelkie stany zaangażowane w terapię nerkozastępczą. Dotyczyło to zarówno lekarzy, jak też pielęgniarek, dietetyczek i fizjoterapeutów. Na tym zresztą polega wyjątkowość Krakowskich Dni Dializoterapii dzięki formule ustalonej przez ich inicjatora i twórcę profesora Olgierda Smoleńskiego.

Pośród tematów omawianych w Krakowie pozwoliłem sobie wybrać zagadnienie hemodializy domowej. Problem ten powraca w ciągu ostatnich kilku lat, ale jak dotąd sprawa nie ruszyła ani krok do przodu. Moim skromnym zdaniem rzecz jest w tym, że jak mawiał mistrz Boy-Żeleński „w tym największy jest ambaras, aby dwoje chciało naraz". W tym przypadku to nie dwoje, ale troje musi chcieć naraz. Potrzebny jest bowiem inwestor, który wyłoży niezbędne fundusze w wyposażenie pacjenta w odpowiednią aparaturę (uzdatniacz wody, aparat do hemodializy) oraz zorganizuje system dowozu sprzętu zużywalnego (dializatory, igły do hemodializy, gaziki i płyny dezynfekcyjne etc.) oraz wywozu odpadów biologicznych, pozostałych po odbyciu hemodializy. Na dodatek konieczna jest organizacja opieki telemedycznej oraz doraźnej pomocy w razie złego samopoczucia pacjenta czy też awarii aparatury. Inwestorem może być firma produkująca sprzęt dializacyjny, szpital czy też specjalnie utworzona instytucja publiczna bądź niepubliczna. Niezwykle ważnym elementem niezbędnym do powstania systemu hemodializy domowej jest płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, bądź też Ministerstwo Zdrowia. Istotną kwestią jest to, czy rzeczony płatnik zechce pokryć koszty hemodializy domowej, jeśli przekroczą one koszt hemodializy szpitalnej. Być może, jeśli weźmie się pod uwagę wynagrodzenie personelu, a także koszty transportu, to jakoś w obecnej stawce za hemodializę zmieszczą się wydatki, które niosą za sobą hemodializy domowe. Najważniejszym jednak elementem tego systemu jest pacjent. Po pierwsze: czy będzie chciał nauczyć się obsługiwania aparatury oraz czy znajdzie dla niej miejsce w swoim mieszkaniu? Jeśli bowiem nie znajdzie się odpowiednia grupa chętnych pacjentów, to cała historia z hemodializą domową warta jest przysłowiowego funta kłaków. Konieczne jest zatem przeprowadzenie pilotażu pośród osób dializowanych, a także pośród zbliżających się do rozpoczęcia dializy, czy będą mieli ochotę i możliwość na tego rodzaju sposób leczenia. Należy mieć nadzieję, że znajdzie się większa liczba chętnych niż na dializę otrzewnową, która jest w końcu rodzajem dializy domowej, a liczba leczonych przy jej pomocy w naszym kraju wciąż nie jest zadowalająca. Udział w przeprowadzeniu pilotażowego badania w tym zakresie zadeklarowało Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki, a mam nadzieję, że w popularyzację tego zagadnienia włączy się także „Dializa i Ty".

Drugą konferencją, o której wspomniałem na początku mego listu, jest XVII Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, który odbywał się w Warszawie pod hasłem „60 lat transplantacji w Polsce". Przed sześćdziesięcioma laty doszło bowiem w Warszawie do pierwszego udanego przeszczepu nerki ze zwłok. Zaangażowani byli w ten zabieg wielcy prekursorzy transplantacji: prof. Tadeusz Orłowski, internista, nefrolog oraz prof. Jan Nielubowicz, chirurg. W przedsięwzięciu wziął także udział jako operator ówczesny dr med., a późniejszy profesor Wojciech Rowiński. Niebawem doszło do pierwszego przeszczepienia nerki od spokrewnionego dawcy żywego we Wrocławiu, a operatorem był prof. Wiktor Bross. Trudno sobie dzisiaj wyobrazić, w jakich warunkach i na jakiej zasadzie odbywało się wówczas przeszczepianie. Przygotowanie do każdego zabiegu było bowiem rodzajem pospolitego ruszenia. Warto przypomnieć, że pobieranie nerek ze zwłok odbywało się wówczas w oparciu o rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 1934 roku o wcześniejszej sekcji zwłok. Obecnie mamy „Ustawę o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu tkanek i narządów", która zresztą była dwukrotnie modyfikowana, a co najważniejsze od 30 lat mamy Poltransplant, który zajmuje się organizacją przeszczepiania narządów w całym kraju. Na dodatek prowadzi centralną listę oczekujących na przeszczepienie narządów. Tak to w trakcie wielu lat doświadczeń przeszczepianie nerek przestało być eksperymentem medycznym, a stało się wysokospecjalistyczną procedurą medyczną. Jest to bardzo ważne dla osób dializowanych, którzy w przysłowiowym

plecaku noszą, zamiast buławy, skierowanie na przeszczep nerki. Trzeba także pamiętać, że sprawa nie dotyczy tylko osób dializowanych, ale także chorych ze schyłkową postacią przewlekłej choroby nerek znajdujących się w okresie przeddializacyjnym. Coraz szerzej rozwija się bowiem, przeszczepianie wyprzedzające we wprowadzeniu, którego ogromne zasługi poniósł ośrodek gdański, kierowany podówczas przez piszącego te słowa, a obecnie przez prof. Alicję Dębską-Ślizień.

Kończąc te rozważania, które zostały sprowokowane przez dwie konferencje dotyczące naszych podopiecznych, połączone na dodatek siedemnastką w tytule oczekuję na refleksję czytelników „Dializy i Ty" na temat hemodializy domowej. Jednocześnie wszystkim życzę przeszczepienia nerki w trybie wyprzedzającym, bo co by nie powiedzieć, to najlepsza forma leczenia nerkozastępczego.

O czym zapewnia Was,
Wasz Bolesław

W OCZACH LEKARZA

Plastik a zdrowie, szczególnie nerek…



Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Ciechanowski
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Zalewa nas fala plastiku i dosłownie, i w przenośni… Dosłownie – codziennie w telewizji widzimy przerażające obrazy plastikowych odpadów wyrzucanych przez morskie fale oraz zaśmiecone plaże. W przenośni – zalewa nas fala plastikowych wyrobów – ich roczna światowa produkcja sięga 360 mln ton, czyli około 50 kg na każdego ludzkiego mieszkańca Ziemi. To jest produkcja coroczna, a zważywszy, że plastiki rozkładają się przez około 500 lat – nasze przerażenie jest tym większe – dosłownie utoniemy w plastikowych śmieciach… Zagrożeniem dla nas wszystkich są produkty naturalnego rozkładu plastiku, czyli:

- mikroplastik o średnicy poniżej 5 mm do 1mikrona – widoczny gołym okiem, pod lupą lub tylko pod mikroskopem
- nanoplastik o średnicy poniżej 1 mikrona, czyli widoczny tylko pod mikroskopem.

Tak drobne cząstki ingerują mechanicznie w funkcję naszych narządów (te większe cząstki) bądź też chemicznie w funkcje komórek (najmniejsze cząstki – nanoplastik).

Parę słów o tym czym jest plastik. Jest to wiele tworzyw sztucznych, więc nie występujących naturalnie w przyrodzie, czyli są wytworzone przez przemysł. Najczęściej są to polimery, czy związki złożone z takich samych mniejszych cząsteczek np.:

- polietylen (PET)
- polistyren
- poliwinylochlorek (PCW, PVC)

Tworzywa te najczęściej służą do produkcji opakowań. Inne sztuczne tworzywa, jak poliamidy i poliestry, służą do produkcji tkanin i dzianin, czyli mają zastosowanie w produkcji odzieżowej.

Ludzie mogą być narażeni na mikro- i nanoplastik pierwotny, czyli powstający przy produkcji (pracownicy zakładów chemicznych), bądź wtórny – powstający przy degradacji plastiku. Degradacja może być przemysłowa (pracownicy zakładów przetwórczych), bądź w naturze – wtedy narażeni jesteśmy wszyscy.

Zajmiemy się tym największym zagrożeniem, czyli związanym z rozpowszechnieniem plastikowych opakowań. Plastiki muszą mieć odpowiednią „plastyczność", więc w ich składzie poza podstawowym składnikiem jak polietylen, polistyren jest plastyfikator.

Najczęściej stosowane plastyfikatory to ftalany – związki aromatyczne (pierścień benzenowy) o strukturze przypominającej hormony tarczycy, czy estrogeny. Związki te bardzo łatwo uwalniają się np. z butelek, worków czy zabawek i w organizmie działają tak jak naturalne hormony tarczycy, czy żeńskie hormony płciowe zaburzając funkcję odpowiednich organów. Szczególne zagrożenie stanowiły dla noworodków leczonych w oddziałach intensywnej terapii noworodka – dużo „kroplówek" z pojemników zawierających ftalany. **Obecne opakowania do płynów infuzyjnych („kroplówek"), płynów dializacyjnych oraz linie dializacyjne i dializatory nie zawierają (według deklaracji producentów) ftalanów!** I tylko takie powinny być stosowane u osób leczonych przewlekle, np. dializowanych.

Jedynie opakowania służące przechowywaniu preparatów krwi zawierają istotną ilość niezbędnych plastyfikatorów (preparaty te przechowywane są w lodówkach, więc ich opakowania muszą być „plastyczne"). Plastyfikatory te trzymują się w krążeniu co najmniej 3 doby, więc np. u zawodowych sportowców podlegających kontroli antydopingowej, wykorzystuje się to przy dochodzeniu tzw. dopingu krwią. Gdy sportowiec ma plastyfikatory w płynach ustrojowych (mocz, krew), to znaczy, że miał zabronioną transfuzję krwi. Metody antydopingowe są bardzo czułe, ale nie wykrywają tak niewielkich ilości plastyfikatorów, które uwalniają się z miękkich plastikowych butelek do napojów. Tych plastyfikatorów jest mało, ale lepiej pić napoje ze szklanych butelek, zwłaszcza że plastikowe butelki uwalniają mało

plastyfikatorów, ale mogą uwalniać spore ilości nanoplastiku.

Osobnym problemem są rękawice… Pracownicy ochrony zdrowia używają rękawic o niskim uwalnianiu plastyfikatorów – polietylenowe, nitrylowe. Natomiast w gastronomii najczęściej używa się rękawic lateksowych lub winylowych, z których uwalnia się i przechodzi do pokarmu wiele szkodliwych związków **(jedzmy w domu, nie w barach szybkiej obsługi!).**

Nasze środowisko zanieczyszczone plastikiem (przykre wrażenie estetyczne, bezpośrednie zagrożenie dla zwierząt) oraz produktami jego degradacji – mikro- i nanoplastik, stanowi zagrożenie dla naszego zdrowia. Najdrobniejsze produkty degradacji plastiku dostają się ze środowiska do naszego organizmu:
- z powietrzem oddechowym (wdychamy ponad 10 m^3 powietrza na dobę)
- przez przewód pokarmowy (2-4 l płynów i pokarmów na dobę)
- przez skórę (która ma powierzchnię ok. 1,7-2,0 m^2)

Niezależnie od tego jaką drogą dostaną się do organizmu, krążą we krwi i gromadzą się w takich narządach jak:
- jelita – prowadząc do dysbiozy (zaburzeń w naszej florze jelitowej) i związanych z nią zaburzeń apetytu (spaczony apetyt), zaburzeń wchłaniania i nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej
- wątroba – nasilenie insulinooporności
- mózg – przyspieszona demencja
- nerki – uszkodzenie kłębuszków, cewek nerkowych i śródmiąższu.

Badania na zwierzętach (myszy, szczury) wykazały, że najmniejsze formy mikroplastiku (mniejsze niż 5 mikronów) oraz nanoplastik wywołują w nerkach proces zapalny prowadzący do: uszkodzenia śródbłonka naczyń, rozplemu wewnątrzwłośniczkowego, stwardnienia kłębuszków, uszkodzenia cewek oraz włóknienia śródmiąższu nerek.
U osób z niewydolnymi nerkami produkty degradacji plastiku będą uszkadzać inne narządy.

Co możemy zrobić – my „zwykli zjadacze chleba":
- **unikać plastików (korzystać z opakowań wielokrotnego użytku, opakowań szklanych)**
- **zbierać opakowania – stosować recykling**

Co powinien zrobić „przemysł":
- Produkować mniej plastiku i bez dodatku chlorowców (ograniczyć PCV)
- Utylizować plastik bez szkód dla środowiska – recykling, katalizowane spalanie

Co robią naukowcy? Opracowują szczepy bakterii, które będą żywić się plastikiem! Czy to jest dobre rozwiązanie? Pewnie dobre dla mórz i oceanów, ale jakie będą dalsze następstwa…

Póki co – produkujmy mniej, zużywajmy mniej, zbierajmy – dbajmy o środowisko i własne zdrowie – nawet jeżeli mamy tylko resztki…

Jak chory dializowany może skorzystać z postępów telemedycyny



Dr n. med.
Agnieszka Makówka
Klinika Nefrologii, Hipertensjologii, Transplantologii Nerek, z Pododdziałem Dializ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii województwa łódzkiego

Termin **telemedycyna** odnosi się do świadczenia usług zdrowotnych na odległość z wykorzystaniem technologii umożliwiających wymianę informacji między pacjentem a personelem medycznym. Jej istotą nie jest zastąpienie wizyty osobistej teleporadą, lecz wykorzystanie bieżącego przekazywania i analizy danych do skuteczniejszego i bezpieczniejszego prowadzenia pacjenta. Dzięki temu możliwe jest przejście od tradycyjnego modelu opieki, opartego głównie na reagowaniu na zgłaszane problemy, do modelu bardziej proaktywnego, pozwalającego identyfikować nieprawidłowości jeszcze przed wystąpieniem istotnych objawów klinicznych (rys. 1).
Nefrologia, a szczególnie dializoterapia, należy do dziedzin medycyny, w których zastosowanie telemedycyny jest wyjątkowo uzasadnione. Przewlekły charakter chorób nerek, konieczność regularnego monitorowania stanu zdrowia oraz potrzeba szybkiej reakcji na pojawiające się problemy sprawiają, że opieka oparta wyłącznie na okresowych wizytach nie zawsze odpowiada potrzebom pacjentów. Dializoterapia jest obszarem, w którym potencjał telemedycyny jest szczególnie duży, ponieważ wymaga regularnej oceny stanu pacjenta oraz monitorowania przebiegu leczenia. Szczególne znaczenie ma to w domowych metodach dializoterapii, takich jak dializa otrzewnowa (DO) oraz hemodializa domowa (DHD) - metoda jeszcze niedostępna w Polsce, gdzie pacjent lub jego opiekun przejmuje znaczną część odpowiedzialności za codzienne leczenie, wykonując regularnie zabiegi i monitorując stan zdrowia. Może to stanowić istotne obciążenie fizyczne, psychiczne i organizacyjne.

Wielu pacjentów utożsamia telemedycynę z teleporadami, tymczasem jej największą wartością w dializoterapii domowej jest zdalne monitorowanie leczenia (remote patient monitoring, RPM). W przypadku automatycznej dializy otrzewnowej (ADO) możliwe jest przesyłanie danych (ultrafiltracja, przebieg dializy, masa ciała, ciśnienie tętniczego) z cyklera do ośrodka. Dzięki temu personel medyczny ma dostęp do aktualnych informacji bez



Rys. 1. Przejście od reaktywnego do proaktywnego modelu opieki nad pacjentem dializowanym z wykorzystaniem telemonitoringu.

konieczności oczekiwania na kolejną wizytę pacjenta. Pozwala to wcześniej dostrzegać niekorzystne zmiany i podejmować działania jeszcze przed wystąpieniem powikłań lub nasileniem objawów. Telemedycyna staje się tym samym swoistym pomostem między pacjentem a ośrodkiem dializacyjnym, wspierając ciągłość opieki i zwiększając bezpieczeństwo leczenia.

Wartość telemedycyny nie powinna być jednak oceniana wyłącznie na podstawie parametrów klinicznych. Z perspektywy pacjenta równie ważne są aspekty związane z codziennym funkcjonowaniem, takie jak obciążenie leczeniem, poczucie bezpieczeństwa, możliwość szybkiego uzyskania pomocy, liczba wizyt i związanych z nimi dojazdów, stopień samodzielności oraz jakość kontaktu z personelem medycznym.

Największą wartością telemedycyny jest możliwość wspierania pacjenta w życiu z przewlekłą chorobą nerek i jej leczeniem. Zdalne monitorowanie może ułatwiać wcześniejsze wykrywanie problemów, przyspieszać reakcję zespołu terapeutycznego oraz lepiej dostosowywać opiekę do codziennych potrzeb chorego.

Ocena korzyści wynikających z zastosowania telemedycyny w dializoterapii otrzewnowej nie powinna ograniczać się wyłącznie do odpowiedzi na pytanie, czy poprawia ona określone wskaźniki medyczne. Równie istotne jest, czy dzięki niej pacjentowi łatwiej, bezpieczniej i bardziej niezależnie żyje się z chorobą oraz związanym z nią leczeniem. Z tej perspektywy można wyróżnić kilka wzajemnie powiązanych obszarów potencjalnych korzyści (rys. 2).

Mniejsze obciążenie leczeniem

Dializa domowa daje dużą niezależność, ale wiąże się również z wieloma obowiązkami. Pacjent musi wykonywać zabiegi, regularnie kontrolować ciśnienie tętnicze i masę ciała, obserwować swój stan zdrowia oraz utrzymywać kontakt z ośrodkiem. Telemedycyna może ułatwiać część tych zadań. Automatyczne przesyłanie danych ogranicza konieczność prowadzenia dokumentacji i przekazywania wszystkich parametrów leczenia. Pacjent nie musi również każdorazowo udawać się do ośrodka, aby omówić wyniki lub zgłosić nieprawidłowości.

Dzięki temu możliwe jest zmniejszenie części obciążenia związanego z leczeniem (tzw. treatment burden), obejmującego zarówno wysiłek związany z prowadzeniem terapii, jak i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie. W efekcie pacjent może mniej organizować życie wokół leczenia, a bardziej żyć pomimo choroby.

Większe poczucie bezpieczeństwa

Dla osób prowadzących dializę w domu istotnym źródłem obaw może być konieczność samodzielnego rozpoznawania i oceniania pojawiających się problemów. Świadomość, że dane dotyczące leczenia mogą być monitorowane przez personel medyczny, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i ułatwia szybkie uzyskanie pomocy.
Nie oznacza to jednak zastąpienia samodzielności chorego ciągłym nadzorem. Telemedycyna może wzmacniać poczucie bezpieczeństwa przy jednoczesnym zachowaniu niezależności pacjenta.

Wcześniejsze wykrywanie problemów

Jedną z największych zalet telemonitoringu jest możliwość wcześniejszego wykrywania nieprawidłowości oraz szybszego kontaktu z zespołem medycznym. W tradycyjnym modelu opieki problem jest zwykle zauważany przez pacjenta i dopiero wtedy zgłaszany do ośrodka.
Zdalny dostęp do danych umożliwia bieżącą ocenę przebiegu terapii oraz wcześniejsze rozpoznawanie



Rys. 2. Potencjalne korzyści telemedycyny dla pacjenta dializowanego (schemat opracowany przez autora z wykorzystaniem ChatGPT).

problemów technicznych lub klinicznych. Istotne znaczenie ma także możliwość podejmowania decyzji na podstawie rzeczywistych danych, a nie wyłącznie opisu pacjenta. Dzięki temu zespół medyczny może szybciej reagować, a pacjent nie musi czekać do kolejnej wizyty, aby uzyskać pomoc. Wcześniejsza interwencja może ograniczyć ryzyko narastania problemu, wystąpienia powikłań czy konieczności hospitalizacji. Telemedycyna staje się więc nie tylko narzędziem komunikacji, ale również elementem zwiększającym bezpieczeństwo i ciągłość opieki.

Większa autonomia

Telemedycyna nie ogranicza samodzielności pacjenta. Wręcz przeciwnie, może pomagać zachować niezależność przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia specjalistów.
Pacjent może prowadzić leczenie we własnym domu, realizować codzienne obowiązki i uczestniczyć w życiu rodzinnym, mając jednocześnie świadomość, że w razie potrzeby może liczyć na pomoc ośrodka. Technologia nie odbiera kontroli nad leczeniem, lecz pomaga ją bezpiecznie utrzymać.

Mniej wizyt i mniej dojazdów

Jedną z najbardziej odczuwalnych korzyści może być ograniczenie części wizyt w ośrodku. Każda wizyta wiąże się z koniecznością poświęcenia czasu, organizacji transportu, a niekiedy także zaangażowania opiekunów.
W wielu sytuacjach zdalna analiza danych lub telekonsultacja mogą być wystarczające do oceny przebiegu leczenia i podstawowych parametrów zdrowotnych. Ma to szczególne znaczenie dla osób mieszkających daleko od ośrodka lub mających ograniczoną mobilność.

Lepsze doświadczenia związane z leczeniem

Dla wielu pacjentów największą korzyścią nie jest sama technologia, lecz fakt, że leczenie staje się wygodniejsze i lepiej dopasowane do codziennego życia.
Większe poczucie bezpieczeństwa, łatwiejszy kontakt z personelem, oszczędność czasu oraz możliwość pozostawania w domu mogą wpływać na komfort życia i satysfakcję z opieki.

Czy telemedycyna ma ograniczenia?

Telemedycyna nie zastępuje całkowicie wizyt osobistych. Niektóre sytuacje wymagają badania lekarskiego, wykonania badań diagnostycznych lub bezpośredniego kontaktu z zespołem medycznym. Skuteczne korzystanie z telemedycyny wymaga także odpowiedniego sprzętu, dostępu do internetu oraz podstawowych umiejętności cyfrowych.
Należy również pamiętać, że sama technologia nie leczy.

Jest narzędziem wspierającym pracę personelu medycznego i pomagającym pacjentowi bezpieczniej prowadzić terapię.

Podsumowanie

Telemedycyna może być cennym wsparciem dla osób dializowanych, szczególnie leczonych w domu. Ułatwia kontakt z zespołem medycznym, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, wspiera wcześniejsze wykrywanie problemów i zmniejsza część obciążeń związanych z terapią. Jej największą wartością nie jest jednak sama technologia, lecz możliwość połączenia samodzielności pacjenta z ciągłym wsparciem specjalistów. Dzięki temu leczenie może być lepiej dopasowane do codziennego życia, a pacjent może czuć się pewniej i bezpieczniej podczas terapii.

PIELĘGNIARKA RADZI

Czy mogę samodzielnie dojeżdżać na hemodializę? Bezpieczeństwo, ryzyko i praktyczne wskazówki dla pacjenta



Mgr Katarzyna Babska
specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego, psychoterapeutka
Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek ze Stacją Dializ, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Przewlekła choroba nerek wymagająca leczenia hemodializami w znaczący sposób zmienia codzienne życie. Konieczność regularnych wizyt w stacji dializ sprawia, że wiele aktywności trzeba dostosować do harmonogramu leczenia. Dla wielu pacjentów możliwość samodzielnego prowadzenia samochodu ma szczególne znaczenie. Nie jest to jedynie sposób dotarcia na dializę, ale także wyraz niezależności, sprawczości i możliwości zachowania dotychczasowych ról rodzinnych, społecznych czy zawodowych.

Jednocześnie hemodializa może przejściowo wpływać na samopoczucie i sprawność psychofizyczną. Po zabiegu niektórzy pacjenci odczuwają zmęczenie, osłabienie, zawroty głowy, senność lub trudności z koncentracją. Pojawia się więc konieczność znalezienia równowagi między chęcią zachowania samodzielności a troską o własne bezpieczeństwo i bezpieczeństwo innych uczestników ruchu drogowego.

Jak hemodializa może wpływać na zdolność prowadzenia pojazdu?

Prowadzenie samochodu wymaga koncentracji, szybkiego czasu reakcji oraz dobrej koordynacji ruchowej. Tymczasem bezpośrednio po zabiegu mogą wystąpić objawy utrudniające bezpieczną jazdę, takie jak: osłabienie, spadek ciśnienia tętniczego, zawroty głowy, senność, zaburzenia koncentracji, wydłużony czas reakcji oraz kurcze mięśni. Badania pokazują, że około 55% pacjentów odczuwa pogorszenie zdolności prowadzenia pojazdu po dializie, a ponad połowa zgłasza znaczne zmęczenie po zabiegu. Około 20% pacjentów doświadcza senności podczas prowadzenia samochodu po dializie. Większość zdarzeń drogowych związanych z dniem dializ przypada właśnie na okres po zakończeniu zabiegu.

Nie oznacza to jednak, że osoby dializowane nie powinny prowadzić samochodu. Dostępne dane wskazują raczej, że największą ostrożność należy zachować bezpośrednio po zakończeniu dializy oraz zawsze wtedy, gdy pojawiają się niepokojące objawy.

Jakie są korzyści samodzielnych dojazdów?

Dla wielu pacjentów własny samochód jest najwygodniejszym sposobem dotarcia do stacji dializ. Samodzielne dojazdy mają wiele zalet:

- **Większa niezależność i elastyczność** - nie trzeba dostosowywać się do godzin transportu medycznego.
- **Większy komfort podróży** - podróż własnym samochodem jest często mniej męcząca niż transport zbiorowy.
- **Oszczędność czasu** - można wrócić do domu bezpośrednio po zakończeniu zabiegu.
- **Łatwiejsze utrzymanie aktywności zawodowej i społecznej** - niezależność w przemieszczaniu się ułatwia codzienne funkcjonowanie.
- **Mniejsze ryzyko infekcji** - ograniczenie korzystania ze wspólnego transportu może zmniejszać narażenie na infekcje dróg oddechowych, takie jak grypa czy COVID-19.

Jakie są ograniczenia i zagrożenia?

Samodzielny transport nie zawsze jest najlepszym rozwiązaniem. Warto pamiętać o możliwych trudnościach:

- **Gorsze samopoczucie po dializie** - zmęczenie, osłabienie lub niskie ciśnienie mogą utrudniać bezpieczne prowadzenie pojazdu.
- **Koszty związane z użytkowaniem samochodu** - paliwo, parkingi i eksploatacja pojazdu.
- **Stres związany z ruchem drogowym** - szczególnie w godzinach szczytu lub podczas niesprzyjających warunków pogodowych.
- **Problemy z parkowaniem** - zwłaszcza przy dużych szpitalach i w centrach miast.
- **Ograniczenia zdrowotne** -niektóre powikłania choroby nerek lub choroby współistniejące mogą utrudniać prowadzenie samochodu.

Kiedy należy zachować szczególną ostrożność?
Ryzyko jest większe u osób, u których podczas lub po dializie występują: spadki ciśnienia tętniczego, zawroty głowy, uczucie osłabienia, niski poziom glukozy we krwi, zaburzenia koncentracji oraz senność.
W takich sytuacjach najbezpieczniej jest zrezygnować z prowadzenia samochodu i skorzystać z pomocy bliskiej osoby, transportu medycznego lub innej formy dojazdu.

Jak ocenić, czy mogę prowadzić samochód?
Każdy pacjent reaguje na hemodializę inaczej. Dlatego przed wyruszeniem w drogę warto na chwilę zatrzymać się i ocenić swoje samopoczucie.
Zadaj sobie kilka prostych pytań:
- Czy odczuwam zawroty głowy?
- Czy jestem senny lub nadmiernie zmęczony?
- Czy potrafię się skupić?
- Czy reaguję sprawnie na bodźce?
- Czy czuję się pewnie podczas chodzenia?

Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z tych pytań budzi wątpliwości, lepiej odłożyć jazdę lub skorzystać z innego środka transportu.

Kilka praktycznych wskazówek
- Daj sobie czas na odpoczynek po zakończeniu dializy. Nawet 20-30 minut spokojnego odpoczynku może poprawić samopoczucie.
- Jeśli nadal nie czujesz się pewnie, zapytaj i stosuj się do zaleceń zespołu prowadzącego leczenie.
- Nie spiesz się z wyjazdem, jeśli czujesz się osłabiony.
- Obserwuj swój organizm i zwracaj uwagę na objawy, które pojawiają się po zabiegu.
- W razie potrzeby poproś o pomoc rodzinę lub znajomych.
- Rozmawiaj z lekarzem i pielęgniarkami o swoich doświadczeniach związanych z prowadzeniem samochodu po dializie.

Podsumowanie
Samodzielna jazda samochodem na dializy i z powrotem do domu jest dla wielu pacjentów ważnym elementem zachowania niezależności i aktywności. W większości przypadków jest ona możliwa, pod warunkiem, że pacjent czuje się dobrze i nie występują objawy mogące wpływać na bezpieczeństwo jazdy.
Największą ostrożność należy zachować bezpośrednio po zabiegu. Jeśli pojawiają się zawroty głowy, senność, osłabienie lub problemy z koncentracją, nie należy prowadzić pojazdu. Bezpieczeństwo własne i innych uczestników ruchu drogowego powinno zawsze być najważniejszym kryterium podejmowania decyzji.
Najważniejsze jest słuchanie swojego organizmu. To on każdego dnia najlepiej podpowiada, czy można bezpiecznie usiąść za kierownicą.

Prawa pacjenta – praktyczne komentarze dla pacjentów dializowanych i ich rodzin



Mgr Małgorzata Liber
Ekspert ds. Opieki Nefrologicznej
Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.
Centrum Dializ Kraków

Leczenie nerkozastępcze jest szczególną formą terapii. Pacjent dializowany pozostaje pod opieką zespołu medycznego przez wiele lat, a z personelem medycznym spotyka się nawet trzy razy w tygodniu. Tak częsty kontakt sprawia, że wzajemne zaufanie, dobra komunikacja oraz znajomość praw i obowiązków mają szczególne znaczenie.

Świadomość przysługujących praw pozwala pacjentowi aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia, podejmować świadome decyzje dotyczące terapii oraz lepiej współpracować z personelem medycznym. Równie istotna jest znajomość obowiązków pacjenta, ponieważ sprzyja bezpiecznemu prowadzeniu leczenia, ułatwia organizację opieki i pomaga zapobiegać nieporozumieniom.

Prawa pacjenta w Polsce reguluje **ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.** Przepisy tej ustawy mają zastosowanie również do wszystkich osób leczonych metodami dializoterapii.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych **odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,** udzielanych z należytą starannością, z poszanowaniem jego praw.

W przypadku pacjenta dializowanego oznacza to m.in. zapewnienie **odpowiednio dobranej metody leczenia nerkozastępczego** (dializa otrzewnowa, hemodializa), z uwzględnieniem wskazań medycznych, stanu klinicznego oraz **preferencji pacjenta.** Wybór metody leczenia powinien odbywać się w ramach **wspólnego podejmowania decyzji przez lekarza i pacjenta.** Przed podjęciem decyzji pacjent powinien otrzymać rzetelną informację dotyczącą proponowanej metody, warunków leczenia, możliwych korzyści i zagrożeń oraz dostępnych alternatyw. W trakcie leczenia dializami pacjent ma prawo do regularnej oceny skuteczności leczenia, monitorowania

stanu zdrowia oraz działań mających na celu zapobieganie powikłaniom dializoterapii. Każdy pacjent ma prawo poznać aktualne wyniki oraz uzyskać wyjaśnienie ich znaczenia dla prowadzonej terapii.

Przykład z praktyki
Pacjent nie stosuje się do zaleceń lekarskich dotyczących parametrów dializy (np. czas trwania dializy lub liczba wymian w przypadku dializy otrzewnowej) oraz odmawia przyjmowania zaleconych leków. Czy w takiej sytuacji lekarz może odstąpić od dalszego leczenia pacjenta?
Brak współpracy ze strony pacjenta **może uniemożliwiać lekarzowi prowadzenie leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.** Jednak **odstąpienie od leczenia zawsze jest traktowane jako rozwiązanie ostateczne.** Kluczowe znaczenie ma poznanie przyczyn braku współpracy ze strony pacjenta i próba wspólnego poszukiwania najlepszych możliwych rozwiązań. Lekarz powinien przekazać pacjentowi, w sposób dla niego zrozumiały, informacje o możliwych konsekwencjach zdrowotnych wynikających z niestosowania się do zaleceń. Fakt udzielenia wyjaśnień oraz stanowisko pacjenta powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej.
W określonych przypadkach lekarz może odstąpić od dalszego leczenia pacjenta. Zgodnie z art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma jednak obowiązek odpowiednio wcześnie **uprzedzić** o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego **oraz wskazać realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.**

Prawo pacjenta do informacji

Pacjent ma prawo otrzymać **zrozumiałą informację dotyczącą: stanu zdrowia, rozpoznania, wyników badań, proponowanego leczenia, możliwych korzyści i ryzyka, rokowania, skutków odmowy leczenia.** Pacjent ma także prawo zadawać pytania oraz prosić o ponowne wyjaśnienie informacji, jeśli są niezrozumiałe.

Osoba dializowana powinna uzyskać informacje między innymi o: zasadach pielęgnacji przetoki lub cewnika dializacyjnego, diecie, ograniczeniach podaży płynów, znaczeniu regularnego odbywania dializ, postępowaniu w sytuacjach nagłych, takich jak: ból brzucha u osoby dializowanej otrzewnowo, krwawienie z przetoki czy nagła duszność. Skuteczność leczenia jest regularnie oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych - każdy pacjent ma prawo poznać aktualne wyniki oraz uzyskać wyjaśnienie ich znaczenia dla prowadzonej terapii.

Przykład z praktyki
Pacjent regularnie opuszcza jedną lub dwie dializy w miesiącu z powodów rodzinnych. Czy personel może pozostawić postępowanie pacjenta bez reakcji?
Nie. Personel medyczny ma obowiązek poinformować pacjenta o konsekwencjach pomijania zabiegów oraz wyjaśnić, że każda opuszczona dializa zwiększa ryzyko groźnych powikłań, takich jak hiperkaliemia (niebezpiecznie wysokie stężenie potasu we krwi), przewodnienie, obrzęk płuc czy zaburzenia rytmu serca. Kluczowe znaczenie ma poznanie przyczyn odmowy, wyjaśnienie wątpliwości pacjenta oraz wspólne poszukanie możliwych rozwiązań.

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Pacjent ma prawo zgłaszać podejrzewane działania niepożądane leków, **nawet wtedy, gdy nie ma pewności, że zostały one spowodowane przez dany preparat.** Zgłoszenie można przekazać personelowi medycznemu lub samodzielnie przesłać do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych. Podczas leczenia dializami, może to dotyczyć między innymi: preparatów żelaza, leków stymulujących erytropoezę, leków przeciwkrzepliwych.

Przykład z praktyki
Kilka godzin po podaniu dożylnym preparatu żelaza pacjent zauważył swędzącą wysypkę na klatce piersiowej.
Choć objaw wydawał się łagodny, powinien poinformować o nim lekarza. Taka reakcja może świadczyć o działaniu niepożądanym leku i wymaga oceny przez personel medyczny. Zgłoszenie objawów pozwala zwiększyć bezpieczeństwo leczenia – zarówno u samego pacjenta, u którego można odpowiednio zmodyfikować dalszą terapię, jak i u innych osób otrzymujących ten sam preparat.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Wszystkie **informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta są objęte tajemnicą zawodową.** Personel medyczny może je przekazać wyłącznie pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej, chyba że przepisy prawa stanowią inaczej.

Przykład z praktyki
Czy osoba przedstawiająca się jako członek rodziny może uzyskać wyniki badań pacjenta dializowanego?
Personel może udzielić informacji zdrowotnych jedynie osobie wskazanej przez pacjenta, przed udzieleniem informacji ma obowiązek zweryfikować tożsamość tej osoby.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo wyrazić zgodę na leczenie lub odmówić jego wykonania. Dotyczy to również dializoterapii, mimo że jest ona leczeniem ratującym życie. Przed podjęciem decyzji pacjent powinien otrzymać zrozumiałą informację o możliwych konsekwencjach swojej decyzji. Zgoda lub sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez

takie zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje jego wolę. W przypadku zabiegów stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę lub sprzeciw pacjenta powinna mieć formę pisemną.

Przykład z praktyki
Świadomy pacjent odmawia kontynuacji leczenia dializami. Czy personel ma prawo prosić pacjenta o podpisania oświadczenia o takiej decyzji?
Pacjent, po uzyskaniu odpowiedniej informacji, ma prawo odmówić kontynuacji leczenia. **Odmowa nie musi być pisemna – może być wyrażona ustnie.** Powinna jednak zostać odnotowana w dokumentacji medycznej. Lekarz powinien poinformować pacjenta o możliwych konsekwencjach zaniechania dializy i upewnić się, że decyzja jest świadoma i dobrowolna. Jeżeli pacjent podtrzymuje decyzję o odmowie leczenia dializami, lekarz powinien przedstawić z pacjentowi możliwości leczenia zachowawczego, odpowiedniego do jego sytuacji klinicznej oraz – jeżeli jest to zasadne – możliwości objęcia opieką paliatywną.
Personel może poprosić pacjenta o pisemne potwierdzenie odmowy leczenia, szczególnie że decyzja dotyczy leczenia podtrzymującego życie. Takie oświadczenie służy przede wszystkim udokumentowaniu woli pacjenta oraz faktu, że przed podjęciem decyzji został on poinformowany o jej możliwych konsekwencjach.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Każdy pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Obejmuje to również prawo do umierania w spokoju i godności i leczenia bólu. W stacjach dializ większość zabiegów odbywa się w salach wielostanowiskowych. Nie zwalnia to personelu z obowiązku zachowania dyskrecji oraz ochrony prywatności pacjentów.

Przykład z praktyki
Czy personel może przekazać wyniki badań podczas pobytu na sali dializ?
Tak, jednak sposób przekazania informacji powinien zapewniać poszanowanie prawa pacjenta do prywatności i zachowania w tajemnicy informacji o jego stanie zdrowia. Jeżeli charakter rozmowy wymaga omówienia szczegółowych lub szczególnie wrażliwych informacji, personel powinien – w miarę możliwości organizacyjnych – zapewnić warunki umożliwiające ich przekazanie bez obecności osób postronnych.

Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej

Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej oraz do otrzymania jej kopii, wydruku lub dokumentacji elektronicznej, jeśli jest dostępna.

Przykład z praktyki
Pacjent planuje dializy wakacyjne w innym ośrodku.
Pacjent ma prawo otrzymać dokumentację niezbędną do organizacji leczenia w miejscu pobytu wakacyjnego. Należy złożyć wniosek odpowiednio wcześniej, aby placówka mogła przygotować komplet dokumentów.

Prawo do wniesienia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Pacjent może wnieść sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia lekarza, jeżeli wpływa ono na jego prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego.
Zasada powyższa nie dotyczy orzeczeń wydawanych przez lekarza medycyny pracy.

Przykład z praktyki
Pacjent dializowany otrzymał orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku zdolności do wykonywania prac na wysokości. Uważa, że zostało wydane nieprawidłowo. Co może zrobić?
Pacjent może odwołać się od orzeczenia, składając – za pośrednictwem lekarza, który je wydał – wniosek o ponowne badanie do właściwego wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek należy złożyć w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Pacjent ma prawo do kontaktu z osobami bliskimi oraz do korzystania z ich wsparcia podczas leczenia. **Ograniczenia mogą wynikać jedynie z przepisów sanitarnych, organizacji pracy placówki lub konieczności ochrony praw innych pacjentów.**

Przykład z praktyki
Pacjent prosi, aby partnerka uczestniczyła w rozmowie dotyczącej planu leczenia, diety oraz pielęgnacji dostępu do dializy. Czy ma do tego prawo?
Tak. Pacjent może wskazać osobę bliską, która – za jego zgodą – będzie uczestniczyć w programie edukacyjnym oraz otrzyma informacje niezbędne do wspierania go w leczeniu i codziennej opiece.
Przygotowanie osoby bliskiej do wsparcia pacjenta, ma szczególne znaczenie w przypadku dializy otrzewnowej, ponieważ większość czynności związanych z leczeniem wykonywana jest w domu. Wiedza osoby bliskiej o dializie otrzewnowej ułatwia przestrzeganie zaleceń, prawidłową pielęgnację cewnika oraz bezpieczne wykonywanie wymian płynu dializacyjnego.

Prawo do składania skarg

Jeżeli pacjent uważa, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się do: kierownika podmiotu leczniczego lub Rzecznika Praw Pacjenta lub Narodowego Funduszu Zdrowia lub właściwego samorządu zawodowego lub sądu. **Złożenie skargi nie może być powodem gorszego traktowania pacjenta** ani wpływać na jakość udzielanych świadczeń.

Obowiązki pacjenta dializowanego

Ustawa o prawach pacjenta **nie zawiera odrębnego katalogu obowiązków pacjenta. Nie oznacza to jednak, że pacjent nie ma żadnych zobowiązań wobec procesu leczenia.** Skuteczna i bezpieczna terapia wymaga współpracy z personelem medycznym, przestrzegania uzgodnionych zaleceń terapeutycznych oraz poszanowania praw innych osób.

W praktyce oznacza to przede wszystkim:

- regularne zgłaszanie się na zabiegi hemodializy w wyznaczonych terminach lub wykonywanie odpowiedniej liczby wymian w dializie otrzewnowej
- właściwe użytkowanie i zabezpieczenie sprzętu do dializy otrzewnowej dostarczonego przez świadczeniodawcę do miejsca pobytu pacjenta
- przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia, diety, przyjmowania płynów oraz stosowania leków
- pielęgnację dostępu naczyniowego lub cewnika do dializy otrzewnowej zgodnie z zaleceniami personelu
- informowanie personelu medycznego o wszystkich przyjmowanych lekach suplementach diety oraz zmianach w leczeniu prowadzonym przez innych lekarzy
- niezwłoczne zgłaszanie pogorszenia samopoczucia, niepokojących objawów lub problemów związanych z wykonywaniem dializy
- przestrzeganie zasad organizacji placówki i bezpieczeństwa
- okazywanie szacunku innym pacjentom oraz pracownikom

Przestrzeganie powyższych zasad zwiększa bezpieczeństwo leczenia, ułatwia pracę zespołu medycznego oraz sprzyja budowaniu wzajemnego zaufania i dobrej współpracy, które są szczególnie ważne podczas wieloletniej dializoterapii.

Opracowano na podstawie
Ustawy: O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Ustawy: O zawodach lekarza i lekarza dentysty

NERKI I DUSZA

Zespół niespokojnych nóg – gdzie nerki, gdzie nogi, a gdzie dusza?



Dr n. med. Jacek Lange
nefrolog, psychoterapeuta
1. Vantive Healtht sp.zo.o.
2. Fundacja Pomocy Psychologicznej „Pracownia Dialogu", Warszawa

Zespół niespokojnych nóg – czy ma związek z nerkami? A z duszą? Z nerkami, bo dotyczy między innymi pacjentów z chorobami nerek, w tym dializowanych. A z duszą? Bo sprawia dyskomfort, a czasami wręcz cierpienie – skurcze i osłabienie mięśni, ból nóg. Częściową ulgę daje poruszanie nogami, stąd nazwa przypadłości. Często związane są z nim kłopoty ze snem, a ten element istotnie wpływa na pogorszenie jakości życia.

Najpierw co to jest. Jest zespołem objawów zaobserwowanych i opisanych przez angielskiego lekarza Thomasa Willisa już w 1685 roku. Charakteryzuje się niekontrolowanym przymusem poruszania nogami z powodu nieprzyjemnego uczucia, nasilającego się w czasie snu bądź odpoczynku. Może dotyczyć aż 12% dorosłej populacji, a w formie ciężkiej lub średnio nasilonej u 2,7%. Wśród osób dializowanych pojawia się aż w 30%, nieco częściej u pacjentów leczonych dializą otrzewnową niż hemodializowanych, chociaż badania są niejednoznaczne. Może występować także u dzieci, podobnie jak u dorosłych, częściej w obecności choroby nerek, także po przeszczepieniu nerki.

Czy wiemy co jest jego przyczyną? Uważa się, że nie ma jednej przyczyny, a prowadzić mogą do niego zaburzenia z wielu układów i narządów organizmu, w tym niewydolność nerek, ale także towarzyszyć może cukrzycy czy niewydolności serca, a jak wiemy choroby te mogą iść ze sobą w parze. Z niewydolnością nerek czy cukrzycą wiąże się często stan zapalny organizmu, niekoniecznie związany z infekcjami, ale będący niejako podrażnieniem tkanek i komórek – naczyń krwionośnych i serca, przewodu pokarmowego, układu oddechowego, nerwowego i wielu innych. Może on się wiązać z podwyższonymi stężeniami toksyn mocznicowych, ale także z niedoborami substancji potrzebnych do prawidłowego funkcjonowania elementów układu nerwowego czy mięśniowego. Może to dotyczyć szczególnie żelaza, którego wchłanianie z przewodu pokarmowego jest upośledzone w chorobach nerek. Niedobór tej ostatniej substancji wpływa negatywnie na wiele funkcji każdej ludzkiej komórki, nawet jeśli nie prowadzi jeszcze do niedokrwistości (anemii), a jak wiemy

ta ostatnia jest częstą przypadłością pacjentów z chorobami nerek, prowadząc do zmniejszenia zaopatrzenia organizmu w tlen.

Czy mamy skuteczne metody leczenia? Jest ich wiele, ale żadna z nich nie daje stuprocentowego efektu. Można je podzielić na przyczynowe, czyli korygujące potencjalne przyczyny albo objawowe, czyli niespecyficznie zmniejszające objawy. Do metod przyczynowych należy skuteczniejsze uzupełnianie niedoborów żelaza, czy też bardziej adekwatna dializoterapia, np. dawanie pacjentom większych szans na wybór dializy otrzewnowej bądź intensywniejsze schematy hemodializy, chociaż w tym ostatnim zdania naukowców są podzielone.

Część publikacji jako skuteczne wymienia ćwiczenia fizyczne czy też masaże z użyciem oleju lawendowego, gliceryny lub słodkiej pomarańczy, a także zabiegi naświetlania światłem podczerwonym. Korzyści może przynosić także stosowanie leków wpływających na funkcjonowanie układu nerwowego – gabapentyny, pregabaliny, lewodopy czy ropinirolu. Dawkowanie ich należy uzależnić od funkcji nerek i sposobu dializ, by uniknąć powikłań, a sposób leczenia i dawkowanie ustala na ogół neurolog w porozumieniu z nefrologiem.

Z innych metod farmakologicznych pozytywny efekt dawało uzupełnianie witamin C i E, a także dużych dawek żelaza w formie dożylnej, w razie stwierdzenia jego niedoboru. Przy uporczywości objawów i braku efektu innych działań mogą być pomocne leki przeciwbólowe z grupy opioidów jak tramadol czy oksykodon. Ich włączenie może być jednak obciążone ryzykiem dużych powikłań, a korzyści i ryzyko powinno być omówione szczegółowo z chorym.
Pozytywny skutek przynoszą także działania związane z regulacją temperatury ciała – ciepłe kąpiele, a u hemodializowanych czasem zmniejszenie temperatury dializatu. Pozytywny skutek mogą przynieść oddechowe techniki relaksacyjne, w których ważna jest cierpliwość i powtarzalność.

Badania pokazują, że różne działania mogą przynieść, jeśli nie całkowite ustąpienie, to przynajmniej zmniejszenie nasilenia dolegliwości. Podkreślić warto istotne korzyści modyfikacji trybu życia – wykonywanie ćwiczeń fizycznych adekwatnie do możliwości, unikanie używek – tytoniu i alkoholu, a także zdrowe odżywianie zgodnie z zaleceniami personelu medycznego, w przypadku chorób nerek czy dializoterapii, zależne od zaawansowania choroby podstawowej oraz metody dializowania.

NERKI I RUCH

Pacjent i refundacja wyrobów medycznych – to nic trudnego!



Mgr Dorota Ankowska
Specjalista fizjoterapii,
Kraków

Wielu pacjentów oraz ich bliskich zastanawia się, czy istnieje możliwość uzyskania dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego oraz wyrobów medycznych ułatwiających codzienne funkcjonowanie ze środków publicznych. Najczęściej pojawiają się pytania:
- Czy przysługuje mi refundacja?
- Gdzie powinienem/powinnam się zgłosić?
- Czy wysokość dochodów stanowi przeszkodę w uzyskaniu dofinansowania?
- Do kogo mogę zwrócić się po informacje i pomoc?

Refundacja polega na pokryciu części lub całości kosztów zakupu danego wyrobu medycznego. Osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne, mogą korzystać z refundacji finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), jeżeli spełniają warunki określone w przepisach.

W wielu przypadkach obawa przed formalnościami sprawia, że pacjenci rezygnują z ubiegania się o wsparcie. Zaznaczyć należy, że uzyskanie pomocy w wielu przypadkach jest możliwe, a odpowiednie dofinansowanie może znacząco zmniejszyć koszty zakupu potrzebnego sprzętu i wyrobów medycznych.

Odpowiednie zaopatrzenie pacjenta w niezbędne środki medyczne to ważny element kompleksowej opieki nad osobami z dysfunkcjami narządu ruchu, schorzeniami neurologicznymi oraz chorobami przewlekłymi. Właściwie dobrane zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze wpływają na zwiększenie samodzielności oraz ułatwiają codzienne funkcjonowanie.

Osoby dializowane to pacjenci z przewlekłą, zaawansowaną niewydolnością nerek, wymagający specjalistycznego leczenia. Regularne leczenie pozwala zastąpić najważniejsze funkcje nerek, jednak często wiąże się z koniecznością korzystania z wyrobów medycznych, sprzętu rehabilitacyjnego oraz innych środków wspomagających codzienne funkcjonowanie.

Dlaczego warto skorzystać z refundacji?
Refundacja – to korzyści dla pacjenta:
- zmniejsza koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

i wyrobów medycznych dzięki refundacji NFZ,
- umożliwia uzyskanie dodatkowego wsparcia finansowego z innych źródeł - PFRON,
- ułatwia dostęp do nowoczesnych wyrobów medycznych oraz sprzętu rehabilitacyjnego,
- pozwala na systematyczne zaopatrywanie się w wyroby medyczne wymagające regularnego zlecenia, jak pieluchomajtki czy sprzęt stomijny.

Gdzie można uzyskać dofinansowanie?
Planując zakup wyrobów medycznych warto wiedzieć, że poza refundacją NFZ istnieją również inne instytucje oferujące wsparcie finansowe:
- Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR),
- Miejski lub Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS/GOPS),
- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie (MOPR),
- jednostki samorządu terytorialnego realizujące lokalne programy wsparcia,
- fundacje i organizacje pozarządowe wspierające osoby chore i z niepełnosprawnościami.

W wielu przypadkach możliwe jest korzystanie z kilku źródeł finansowania jednocześnie.

Refundacja z NFZ – pierwszy i najczęstszy wybór pacjenta
Najczęściej pierwszym wyborem pacjenta ubiegającego się o refundację wyrobów medycznych jest kontakt z NFZ. Warunkiem otrzymania refundacji jest posiadanie poprawnie wystawionego zlecenia przez osobę z odpowiednimi uprawnieniami oraz spełnienie wskazań medycznych. Wygląda to następująco. Krok po kroku do refundacji.
Umów się na wizytę. **Zgłoś się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), lekarza specjalisty, pielęgniarki lub położnej (w zakresie ich uprawnień) albo fizjoterapeuty – w przypadku wybranych wyrobów medycznych.**

1. Ocena stanu zdrowia. Podczas wizyty specjalista oceni Twój stan zdrowia oraz sprawdzi, czy spełniasz kryteria do otrzymania refundowanego wyrobu medycznego.
2. Wystawienie e-zlecenia. Jeżeli spełniasz wymagane kryteria, osoba uprawniona wystawi elektroniczne zlecenie (e-zlecenie), które zostanie zapisane w systemie. Otrzymasz numer zlecenia i kod dostępu lub wydruk informacyjny.
3. Realizacja e-zlecenia. Z e-zleceniem zgłoś się do sklepu medycznego lub apteki posiadających umowę z NFZ. Do realizacji zlecenia wystarczy numer PESEL oraz numer i kod e-zlecenia lub wydruk informacyjny.

Pacjencie, pamiętaj!
- e-zlecenie jest widoczne również na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP),
- przed wizytą warto przygotować dokumentację medyczną dotyczącą choroby lub przebytych urazów,
- nie każde zlecenie może zostać wystawione przez każdą osobę uprawnioną,
- rodzaj wyrobu medycznego zależy od rozpoznania oraz wskazań medycznych,
- zlecenie można zrealizować w dowolnym sklepie medycznym lub aptece posiadających umowę z NFZ,
- pacjent może wybrać wyrób spośród dostępnych modeli, pamiętając o obowiązującym limicie refundacji,
- w przypadku problemów z realizacją zlecenia warto skontaktować się z osobą wystawiającą zlecenie lub punktem realizującym wyroby medyczne.

Refundowane wyroby medyczne wspierające codzienne funkcjonowanie osób dializowanych.
Osoby dializowane, ze względu na przewlekły charakter choroby mogą wymagać korzystania z różnych wyrobów medycznych, których celem jest poprawa komfortu życia. Mowa tutaj m.in. o środkach chłonnych, stosowane w przypadku współistniejących problemów z kontrolą oddawania moczu, takie jak pieluchomajtki, wkłady chłonne czy podkłady. W określonych sytuacjach refundacją mogą być objęte również wyroby urologiczne, takie jak m.in. cewniki.
Należy pamiętać, że fakt dializowania nie oznacza automatycznego prawa do wszystkich wyrobów medycznych. O możliwości uzyskania refundacji decyduje przede wszystkim stan zdrowia pacjenta, schorzenia współistniejące oraz zlecenie wystawione przez osobę uprawnioną.

Najczęściej refundowane wyroby medyczne oraz osoby uprawnione do wystawienia zlecenia.
Poniższa tabela przedstawia przykładowe wyroby medyczne najczęściej realizowane w ramach refundacji NFZ Tabela ma charakter informacyjny.

Wyrób medyczczyny	Osoba uprawniona do wystawienia zlecenia
Kule łokciowe, kule pachowe	Lekarz POZ, lekarz specjalista, fizjoterapeuta
Balkonik, chodzik rehabilitacyjny	Lekarz POZ, lekarz specjalista, fizjoterapeuta

Wyrób medyczyczny	Osoba uprawniona do wystawienia zlecenia
Ortezy kończyn (kolana, stawu skokowego, nadgarstka, łokcia)	Lekarz specjalista; fizjoterapeuta specjalista w dziedzinie fizjoterapii – w przypadku wybranych wyrobów
Wózek inwalidzki ręczny	Lekarz rehabilitacji medycznej, ortopeda, neurolog, chirurg oraz inni lekarze posiadający odpowiednie uprawnienia
Wózek inwalidzki elektryczny	Lekarz posiadający odpowiednie uprawnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami
Materac przeciwodleżynowy	Lekarz POZ, lekarz specjalista
Poduszka przeciwodleżynowa	Lekarz POZ, lekarz specjalista
Aparaty słuchowe	Laryngolog, audiolog, foniatra
Pieluchomajtki, majtki chłonne	Lekarz POZ, lekarze specjaliści, pielęgniarka i położna posiadające odpowiednie uprawnienia
Podkłady chłonne	Lekarz POZ, lekarze specjaliści, pielęgniarka i położna posiadające odpowiednie uprawnienia
Sprzęt stomijny	Lekarz oraz pielęgniarka posiadająca odpowiednie uprawnienia
Cewniki urologiczne	Lekarz POZ, urolog oraz inni lekarze posiadający odpowiednie uprawnienia
Koncentrator tlenu	Lekarz kwalifikujący pacjenta do leczenia tlenem

Dodatkowe źródła finansowania – PFRON

Uzupełnieniem świadczeń finansowanych NFZ są fundusze pochodzące z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą uzyskać dodatkową pomoc finansową na zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz wyrobów medycznych. Wnioski o dofinansowanie składa się w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR). Dofinansowanie z PFRON może obejmować również zakup sprzętu, który nie podlega refundacji NFZ, między innymi: łóżek rehabilitacyjnych, rowerów rehabilitacyjnych, rotorów do ćwiczeń, pionizatorów, urządzeń wspomagających usprawnianie funkcjonalne oraz innego sprzętu rehabilitacyjnego niezbędnego w procesie leczenia i rehabilitacji.

Kto może ubiegać się o dofinansowanie?

Osoba starająca się o dofinansowanie powinna:
- posiadać aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,
- spełniać kryteria określone w programach PFRON,
- złożyć odpowiedni wniosek wraz z wymaganymi dokumentami.

Wysokość dofinansowania ustalana jest indywidualnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz środkami finansowymi pozostającymi w dyspozycji jednostki rozpatrującej wniosek.

Refundacja NFZ oraz dofinansowanie z PFRON mogą się wzajemnie uzupełniać. Często pozwala to zmniejszyć koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego lub wyrobów medycznych.

Warto zapamiętać!!
- Refundacja umożliwia zmniejszenie kosztów zakupu wybranych wyrobów medycznych.
- Dofinansowanie w ramach PFRON, może pomóc w zakupie sprzętu, który nie zawsze jest objęty refundacją NFZ.
- Zlecenie na wyroby medyczne może być wystawione w formie elektronicznej (e-zlecenie).
- Wybór sprzętu powinien być zawsze dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta, jego stanu zdrowia oraz możliwości funkcjonalnych.

Przydatne informacje

Aktualne informacje dotyczące refundacji wyrobów medycznych można znaleźć na stronach:
- Narodowego Funduszu Zdrowia
- Internetowego Konta Pacjenta (IKP) – obsługa e-zleceń,
- Ministerstwa Zdrowia – informacje dotyczące wyrobów medycznych,
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

Okiem dietetyka: 3 najczęstsze mity o żywieniu na stacji dializ



Dr n. med.
Paulina Borek-Trybała
dietetyk nefrologiczny, onkologiczny, psychodietetyk
Samodzielny Zespół Dietetyków, UCK Gdańsk

Prawidłowe żywienie w trakcie leczenia nerkozastępczego to jeden z fundamentów dobrego samopoczucia. Jako dietetyk praktyk, pracujący na co dzień z pacjentami, nieustannie spotykam się z wieloma błędnymi przekonaniami dotyczącymi jadłospisu. Te „złote rady" najczęściej krążą w kuluarach poczekalni, przekazywane z ust do ust przez samych pacjentów, a nierzadko mają swoje źródło w nieaktualnych materiałach edukacyjnych i starych wytycznych, które w świecie medycyny dawno przestały obowiązywać.

Największy problem z tymi mitami polega na tym, że zazwyczaj zawierają w sobie ziarnko prawdy. To właśnie ta rzekoma logika i niewielka domieszka faktów sprawiają, że pacjenci tak bardzo w nie wierzą i tak ściśle ich przestrzegają. Niestety, stosowanie nadmiernych i niepotrzebnych restrykcji dietetycznych, wynikających z takich półprawd, jedynie pogarsza stan odżywienia, odbiera radość z jedzenia i negatywnie wpływa na jakość życia.

Współczesna dietetyka nefrologiczna odchodzi od dawnego rygoru – stawia na mądre bilansowanie posiłków zamiast sztywnych zakazów. Przyjrzyjmy się dziś 3 najpopularniejszym mitom żywieniowym, z którymi regularnie stykam się w swoim gabinecie i sprawdźmy, jak jest w rzeczywistości.

Mit 1
Całkowity zakaz spożywania owoców ze względu na obawę przed potasem.

Powszechne przekonanie: owoce to „bomba potasowa" i samo zło dla pacjenta dializowanego. W obawie przed groźną dla serca hiperkaliemią wielu chorych całkowicie wykreśla je ze swojego jadłospisu.

Wyjaśnienie mitu: ziarno prawdy tkwi w tym, że owoce rzeczywiście są źródłem potasu. Jednak wrzucanie ich wszystkich do jednego worka to ogromny błąd. Owoce są niezwykle ważnym elementem diety, dostarczającym niezbędnych witamin (np. witaminy C), potężnych antyoksydantów oraz błonnika, który chroni przed zaparciami – a warto pamiętać, że regularne wypróżnienia to jeden z naturalnych sposobów organizmu na pozbywanie się nadmiaru potasu!

Nie każdy owoc ma w sobie potężną dawkę tego pierwiastka. Jeśli musisz potas ograniczać to kluczem do sukcesu jest **świadomy wybór gatunków niskopotasowych oraz kontrolowanie zjadanych porcji.** Praktyka pokazuje, że dla większości pacjentów bezpieczna, standardowa ilość to około **150–300 g owoców na dobę,** podzielona na mniejsze porcje. Problem pojawia się wtedy, gdy pacjent w sezonie bezrefleksyjnie zjada 1 kg truskawek, czereśni czy śliwek naraz – wtedy nawet owoc o średniej zawartości potasu stanie się realnym zagrożeniem.

Musimy też pamiętać o twardym fakcie: w przeciwieństwie do warzyw owoce w większości spożywamy **na surowo.** Nie możemy więc w ich przypadku liczyć na tradycyjne „wypłukanie" potasu poprzez moczenie czy podwójne gotowanie. To, co trafia na talerz, trafia w całości do organizmu. Dlatego tak ważna jest poniższa ściągawka:

- **Owoce niskopotasowe (bezpieczniejsze w rozsądnych porcjach):** jabłka, gruszki, jagody, maliny, borówki, jeżyny, truskawki, poziomki, a także brzoskwinie i nektarynki.
- **Owoce wysokopotasowe (wymagające szczególnej ostrożności lub unikania):** banany, owoce suszone (rodzynki, morele, figi), cytrusy (grejpfruty, pomarańcze), awokado, kiwi, melony, arbuzy oraz czarna porzeczka.

Warto również wyraźnie rozróżnić metody leczenia. Restrykcje potasowe **w znacznie większym stopniu dotyczą pacjentów poddawanych hemodializie.** W dializie otrzewnowej, która odbywa się w sposób ciągły (codziennie), usuwanie potasu jest o wiele bardziej efektywne, a pacjenci ci nierzadko zmagają się wręcz z jego niedoborami (hipokaliemią).

W mojej pracy spotykam też sytuacje zupełnie kuriozalnego, błędnego interpretowania zaleceń, wynikającego ze ślepego strachu przed konkretnym produktem. Klasycznym przykładem jest pacjent, który z powodu niskiego poziomu potasu w badaniach krwi ma przepisany przez lekarza doustny lek z potasem, ale zapytany o dietę z dumą odpowiada, że: „Banana to on w życiu nie zje, bo przecież na dializach bananów nie wolno!". To pokazuje, jak bardzo brakuje rzetelnej edukacji żywieniowej.

Mit 2
Lęk przed produktami pełnoziarnistymi (ciemne pieczywo i kasze).

Powszechne przekonanie: kolejny mit, z którym zmagam się niemal codziennie w stacji dializ, to przekonanie, że ciemne pieczywo, grube kasze i płatki owsiane „niszczą kości" i są surowo zabronione. Pacjenci ze strachu przed fosforem i potasem masowo przechodzą na białe bułki

(kajzerki), jasny chleb i rozgotowany biały ryż, wierząc, że w ten sposób ratują swoje zdrowie.

Wyjaśnienie mitu: skąd wziął się ten mit? Znów mamy tu owo słynne „ziarnko prawdy". Jeśli spojrzymy w suche tabele wartości odżywczych, produkty z pełnego przemiału faktycznie mają wyższą zawartość fosforu i potasu niż ich oczyszczone odpowiedniki. Tabele nie mówią jednak nic o tym, jak te pierwiastki zachowują się w ludzkim organizmie! Zacznijmy od fosforu. W produktach roślinnych i ziarnach występuje on jako **fosfor organiczny,** ukryty w związkach zwanych fitynianami. Ponieważ ludzki przewód pokarmowy nie wytwarza enzymu (fitazy) zdolnego w pełni rozłożyć te związki, fosfor z ciemnego pieczywa czy kasz wchłania się zaledwie w **30-50%.**

Prawdziwym wrogiem pacjenta dializowanego i winowajcą chorych kości oraz świądu skóry wcale nie jest kromka chleba razowego, lecz **fosfor nieorganiczny** ukryty w chemicznych dodatkach do żywności (tzw. E-dodatki, np. polifosforany). Ten sztuczny fosfor, dodawany do wędlin, serów topionych, parówek, fast foodów czy ciemnych napojów typu cola, wchłania się w naszych jelitach niemal w 100%! Zamiast bać się płatków owsianych, powinniśmy uczyć się czytać etykiety i unikać wysoko przetworzonej żywności.

A co z potasem? Oczyszczona, „biała" dieta pozbawiona błonnika dramatycznie spowalnia perystaltykę jelit. Dodajmy do tego ograniczenie płynów, a otrzymamy gotowy przepis na przewlekłe zaparcia. To niezwykle istotne, ponieważ przy niewydolnych nerkach to właśnie jelita przejmują część pracy związanej z wydalaniem potasu. **Jeśli pacjent cierpi na zaparcia, potas z mas kałowych wchłania się z powrotem do krwi!** Błonnik z pieczywa typu graham, płatków owsianych czy brązowego ryżu reguluje wypróżnienia, pomagając organizmowi naturalnie pozbywać się nadmiaru tego groźnego pierwiastka. Złotym środkiem w diecie jest np. pieczywo graham, które dostarcza błonnika, a jest delikatniejsze dla żołądka niż ciężki chleb na twardym zakwasie.

Kiedy zatem białe pieczywo jest lepszym wyborem? Zamiana bywa wskazana jako rozwiązanie u pacjentów z bardzo ciężką, oporną na leczenie hiperfosfatemią. Decydujemy się na ten krok, gdy pacjent przyjmuje już odpowiednio dobrane leki wiążące fosfor, z jego diety bezwzględnie wyeliminowano wszelkie źródła sztucznego fosforu (żywność przetworzoną), a mimo to stężenie tego pierwiastka we krwi uparcie utrzymuje się na niebezpiecznie wysokim poziomie. Wówczas faktycznie musimy szukać oszczędności fosforowych na każdym kroku, również ograniczając ten organiczny z pełnych ziaren.

Mit 3
Stosowanie diety niskobiałkowej (przenoszenie nawyków z okresu przeddializacyjnego).

Powszechne przekonanie: wielu pacjentów, którzy przez miesiące lub lata zmagali się z przewlekłą chorobą nerek usłyszało o konieczności stosowania diety niskobiałkowej. Miało to na celu spowolnienie postępu choroby i ochronę resztek funkcji nerek. Kiedy ostatecznie trafiają na stację dializ, bywają nadal przekonani, że te restrykcje nadal obowiązują.

Wyjaśnienie mitu: z perspektywy mojej codziennej pracy w gabinecie jest to absolutnie jeden z najgroźniejszych mitów, ponieważ prowadzi do poważnego ryzyka niedożywienia. Z chwilą rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego zapotrzebowanie organizmu i zasady gry diametralnie się zmieniają. Zabieg dializy skutecznie oczyszcza krew z toksyn mocznicowych, co jest jego głównym zadaniem, ale niestety nie jest selektywny – podczas każdej sesji hemodializy powoduje też utratę cennych aminokwasów, a w przypadku dializy otrzewnowej uciekają dodatkowo duże ilości białka. Aby wyrównać te straty, pacjent dializowany nagle potrzebuje znacznie więcej białka w diecie (zwykle od 1,1 do 1,3g/kg m.c.). Niedobór mięsa, ryb, jaj czy twarogu w posiłkach błyskawicznie prowadzi do rozwoju niedożywienia białkowo-energetycznego, utraty sił, drastycznego zaniku tkanki mięśniowej i spadku odporności. W przypadku dializ to właśnie niedożywienie, a nie nadmiar białka, jest jednym z głównych zagrożeń dla życia pacjentów.

Podsumowując, nowoczesne odżywianie na dializach to nie ślepe zakazy, lecz mądre dopasowanie jadłospisu do aktualnych wyników badań. Wiem jednak, że obiegowych mitów odbierających radość z jedzenia krąży wokół znacznie więcej.

Dlatego gorąco zachęcam: przesyłajcie do redakcji swoje żywieniowe wątpliwości i zasłyszane teorie. Z przyjemnością zmierzę się z nimi w kolejnych numerach, by wspólnie odczarować dietę nefrologiczną!



Ilustracja mitów

Czy dziecko po transplantacji może być aktywne fizycznie?



Dr n. med. Jacek Rubik
Poradnia Transplantacji Nerek
Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Warszawa

Przeszczepienie nerki u dzieci jest najlepszą metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek i w większości przypadków zapewnia powrót do normalnego życia. Znika wiele ograniczeń i niedogodności związanych z leczeniem dializami, a dziecko lepiej się rozwija i ma więcej czasu i możliwości realizowania pasji i zainteresowań.

Wraz z postępem medycyny, który dokonał się w ostatnich latach nie tylko zwiększył się czas przeżycia przeszczepu, ale także zmniejszyła się liczba przeciwwskazań do zabiegu. Przeszczepieniu nerki poddawane są dzieci z różnymi chorobami towarzyszącymi, nierzadko leczone od urodzenia, a czasem nawet w okresie prenatalnym. Troskliwą opiekę nad takim dzieckiem sprawuje cała rodzina, a niektórzy jej członkowie rezygnują nawet z pracy, by dializować je, odpowiednio karmić i bezpiecznie doprowadzić do transplantacji. Oczekiwany od dawna zabieg jest zwieńczeniem tego niełatwego procesu.

Opieka nad dzieckiem po przeszczepieniu nerki to nie tylko dokładna kontrola stanu zdrowia i ocena czynności nerki przeszczepionej, ale też wykrywanie powikłań i zapobieganie im, leczenie infekcji i ewentualnego procesu odrzucania przeszczepu. Jest to oczywiście bardzo ważne, ale równie istotne jest przygotowanie dziecka do dorosłego życia, nauczenie samodzielności, odpowiedzialności i dbania o swój stan zdrowia. Życie dziecka po transplantacji nie powinno ograniczać się wyłącznie do troski o dobre funkcjonowanie nerki przeszczepionej oraz systematyczne przyjmowanie leków pod ścisłym nadzorem rodziców, dziadków i lekarza prowadzącego. Tu właśnie jest miejsce na aktywność fizyczną i sport.



Trening w narciarstwie zjazdowym we Włoszech

Większość pacjentów po transplantacji nerki nie ma przeciwwskazań do pływania, biegów, gry w tenisa, ćwiczeń gimnastycznych, sportów motorowych, jazdy i biegania na nartach, turystyki górskiej, kajakarstwa, jazdy na rowerze i rolkach, jazdy konnej, strzelectwa sportowego itd. Dzieci te z pewnymi wyjątkami mogą również uczęszczać na lekcje wychowania fizycznego. Ograniczenia aktywności fizycznej dla większości dzieci polegają na unikaniu sportów obarczonych dużym ryzykiem urazu jamy brzusznej, gdyż przeszczepiony narząd położony jest z przodu, w dole biodrowym i w odróżnieniu od nerki własnej nie jest chroniony przez żebra. Jest przez to bardziej narażony na tępy uraz. Do sportów, których pacjent powinien unikać należą sporty walki (judo, karate), gry zespołowe z dużym poziomem agresji (np. futbol rugby, hokej), pewne ćwiczenia gimnastyczne (np. ćwiczenia na drążku i skok przez kozioł). Kwalifikacja pacjenta do danego rodzaju aktywności powinna być indywidualna ze względu na różne choroby towarzyszące, np. zaburzenia wzroku, równowagi, upośledzenie umysłowe, zaburzenia ruchowe (np. niedowłady). Ze względu na rozmaitość różnych możliwości, każdy pacjent może znaleźć coś dla siebie. Dla dzieci z dużym poziomem niesprawności pozostają np. szachy i brydż sportowy. Dzieci z niedowładami kończyn dolnych mogą z powodzeniem pływać kajakiem.



Trening na stoku igielitowym

Czynne uprawianie sportu w grupie rówieśniczej, szczególnie wśród osób z podobnymi problemami może być źródłem radości, uczy pokory, pokonywania trudności i wyrabia hart ducha. Zdrowa rywalizacja, pomaganie innym, ale też uzyskiwanie pomocy od innych, którym w danym momencie coś idzie lepiej, albo mają więcej siły, sprzyjają właściwemu rozwojowi dziecka i jego dorastaniu. Poprawia się sprawność, koordynacja ruchowa, kondycja, dziecko lepiej organizuje swój czas wolny. Dzięki temu życie dziecka nie ogniskuje się wokół choroby, oczekiwaniu

na kolejną wizytę i pobytach w szpitalu. Nie do przecenienia w czasach internetu i mediów społecznościowych jest też prawdziwy, bezpośredni kontakt z rówieśnikami. Dzieci widzą się w codziennym życiu, a nie tylko na korytarzu w poradni lub w sali szpitalnej, w oczekiwaniu na badania albo jakiś zabieg. Jest to o tyle istotne, że przeszczepienie nerki nie powoduje pełnego wyleczenia choroby i zwykle, szczególnie w przypadku dzieci przeszczepionych w młodym wieku konieczne będzie kolejne przeszczepienie nerki. Warto więc dobrze wykorzystać ten czas.



Jazda na quadzie

Byłem pomysłodawcą i współorganizatorem całego cyklu wyjazdów wakacyjnych dla swoich pacjentów, podopiecznych Poradni Transplantacji Nerek przy współudziale klubu sportowego Sporteum i Fundacji Ad-Renalina prowadzonej przez rodziców dzieci po transplantacji. W czasie obozów sportowych jeździliśmy razem na nartach (nawet na lodowcu we Włoszech), pływaliśmy sportowym jachtem po Adriatyku, uczyliśmy się pływać na desce windsurfingowej i pływaliśmy kajakami. Duże wrażenie na kadrze robiło zdyscyplinowanie dzieci, ich radość oraz pomaganie sobie nawzajem. Dla wielu z tych dzieci były to pierwsze w życiu tego typu wyjazdy z grupą rówieśniczą. Część z nich po raz pierwszy spróbowało swoich sił w sporcie i zafascynowało się aktywnością ruchową, która z nimi pozostała na dłużej. Zdobyte medale były powodem



Rejs po Morzu Adriatyckim

dumy i podziwu kolegów i koleżanek z klasy. Zawiązane przyjaźnie stały się źródłem wzajemnego wsparcia.

Aktywność ruchowa dobrze dobrana do predyspozycji fizycznych i rozsądnie prowadzona ma same zalety. Zachęcam swoich pacjentów, aby znaleźli coś dla siebie, co będzie sprawiać im frajdę i pozwoli pożytecznie spędzać wolny czas.

Przedstawione poniżej zdjęcia dokumentują różne wyczyny sportowe dzieci i potwierdzają, że transplantacja nerki u dzieci nie jest przeszkodą w zamiłowaniu ich do sportu, który z wielkim entuzjazmem uprawiają.



Pływanie na desce z żaglem







Fot. 5 Wielokrotna mistrzyni w pływaniu, narciarstwie i na ściance wspinaczkowej

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki poszerza działalność



Prof. dr hab. Rajmund Michalski
Prezes OSMN

Znaczącym wydarzeniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki (OSMN) była nasza obecność w Sejmie RP. W dniach 28–29 kwietnia 2026 roku pod patronatem Wicemarszałek Sejmu RP Moniki Wielichowskiej miała miejsce z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN) pierwsza w historii parlamentu akcja badań przesiewowych dotyczących chorób nerek pod hasłem „Parlamentarzysto – lecz się sam". W badaniach udział wzięło 287 parlamentarzystów oraz pracowników Sejmu i Senatu. Wyniki dwudniowej akcji pokazały u tych osób skalę problemów zdrowotnych związanych z chorobami nerek, nadciśnieniem tętniczym krwi i zaburzeniami metabolicznymi: u 7 % badanych wykryto białko w moczu, u 5 % obecność glukozy; u ponad 10 % leukocyty mogące świadczyć o stanie zapalnym, a u 12 % podwyższone wartości ciśnienia tętniczego. Wielu z nich podkreślało, że na co dzień nie znajdują czasu na wykonywanie badań, a możliwość udziału w akcji na terenie parlamentu była dla nich realną szansą dowiedzenia się o stanie zdrowia. Kolejny raz odwiedziliśmy Sejm w dniu 28 maja 2026, gdzie na Komisji Zdrowia poruszaliśmy nurtujące nas zagadnienia dotyczące braku równości w możliwościach leczenia i informacji w zakresie metod leczenia nerkozastępczego, ograniczonego dostępu do specjalistów i programów lekowych oraz opieki koordynowanej, a także braku szybkiej ścieżki do badań kwalifikujących do przeszczepienia nerki.

W dniach 9-15 lipca 2026 roku na zaproszenie Europejskiej Federacji Pacjentów z Chorobami Nerek braliśmy udział jako przedstawiciele OSMN w europejskim obozie zorganizowanym dla młodzieży z chorobami nerek – KREW Camp. Tegoroczne spotkanie odbyło się w Vernon we Francji, gromadząc młodych uczestników z Grecji, Holandii, Polski, Portugalii, Serbii i Hiszpanii. Jego celem było reprezentowanie praw pacjentów, edukacja oraz wspieranie profilaktyki i leczenia chorób nerek.

Jednym z bardzo ważnych tematów, systematycznie poruszanych na naszych forach internetowych, jest dostępność leków, takich jak Renagel i Renvela. Skierowaliśmy pisma interwencyjne do pięciu instytucji dotyczące całkowitego ich braku w polskich aptekach. Otrzymaliśmy odpowiedź m.in. z MZ i NFZ, że ich dostępność w Polsce została poważnie ograniczona. Wiadomość ta nie wskazuje na rozwiązanie systemowe, które zagwarantuje ciągłość leczenia. Dziękujemy zatem wszystkim pacjentom, rodzinom oraz lekarzom, którzy przekazują nam informacje dotyczące dostępności tych leków To właśnie dzięki tym zgłoszeniom możliwe było zwrócenie uwagi instytucjom publicznym na problem, który dotyczy pacjentów nefrologicznych w całej Polsce. Sprawa pozostaje otwarta. Jako OSMN będziemy nadal monitorować sytuację.

W dniach 18-20 czerwca 2026 roku odbył się w Krakowie XXIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, na którym po raz pierwszy wręczono nagrody „Złoty Nefron" – honorowe wyróżnienia dla osób i instytucji szczególnie zaangażowanych we wspieranie rozwoju nefrologii w Polsce.Ten wielki zaszczyt spotkał OSMN za długoletnią działalność upowszechniającą wiedzę o chorobach nerek w społeczeństwie, w tym w kręgach opiniotwórczych i decydenckich, oraz inicjowanie i współtworzenie współpracy pomiędzy środowiskiem medycznym i pacjenckim. Otrzymany „Złoty Nefron" traktujemy jako wyróżnienie dla wszystkich osób, które przez lata współtworzyły nasze Stowarzyszenie: członków, wolontariuszy, ekspertów, pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów. Dziękujemy za zaufanie i wspólne działania na rzecz poprawy opieki nefrologicznej w Polsce. Ta nagroda zobowiązuje nas do dalszego działania dla wszystkich, którym bliskie jest zdrowie nerek.

Po latach nieobecności, OSMN wróciło do European Kidney Patients Federation (EKPF). To Europejska Federacja Pacjentów z Chorobami Nerek założona w 1981 roku, będąca międzynarodową organizacją pozarządową. Reprezentuje interesy ponad 75 milionów osób zmagających się z problemami nefrologicznymi na terenie Europy. Zrzesza ona 27 organizacji krajowych z 26 państw, w tym z Polski.



Nagroda „Złoty Nefron" PTN

Głównym celem i obszarem działań EKPF jest: walka o to, aby przewlekła choroba nerek (PChN) oraz rzadkie choroby nerek stały się priorytetem w europejskiej polityce zdrowotnej, profilaktyka i edukacja oraz promocja transplantacji. W dniach 7 i 8 października br. po raz pierwszy w Polsce zorganizowaliśmy w Krakowie coroczny zjazd EKPF. Wybór ten był dla nas wielkim wyzwaniem, ale i zaszczytem – dołączyliśmy na arenie międzynarodowej do „rodziny" europejskich organizacji pacjentów zajmujących się problemami nefrologii. Udział w wydarzeniu wzięło 75 osób z 26 krajów, a głównym tematem spotkania w Krakowie była integracja naszych krajowych organizacji na poziomie europejskim i ich wpływ na poprawę jakości leczenia oraz życia pacjentów nefrologicznych.

XXIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego



Dr n. biol. Katarzyna Kościelska-Kasprzak
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Immunologii Klinicznej przy 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym
Wydział Medyczny
Politechnika Wrocławska

W dniach 18–20 czerwca 2026 r. w Krakowie odbyła się XXIX Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN). W Centrum Konferencyjnym Fabryczna spotkali się lekarze, naukowcy i specjaliści zajmujący się chorobami nerek, by dyskutować o najnowszych osiągnięciach medycyny i o praktycznych wyzwaniach związanych z opieką nad pacjentami. Przez trzy dni rozmawiano o diagnostyce i leczeniu chorób nerek, najnowszych wynikach badań oraz rozwiązaniach, które mogą znaleźć zastosowanie w codziennej praktyce medycznej. Choć konferencja była wydarzeniem skierowanym przede wszystkim do środowiska medycznego, omawiane podczas niej zagadnienia i wymiana doświadczeń mają bezpośrednie znaczenie dla pacjentów, ponieważ przekładają się na możliwości wcześniejszego rozpoznawania chorób nerek i ich skuteczniejsze leczenie.

Jednym z wiodących tematów konferencji była przewlekła choroba nerek, która szacunkowo dotyczy około 4,5 miliona osób w Polsce. Jej wczesne rozpoznanie może być trudne, ponieważ często na początku nie powoduje wyraźnych objawów. Tymczasem nieleczona prowadzi do stopniowej utraty funkcji nerek, zwiększa ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego, a w zaawansowanym stadium wymaga leczenia nerkozastępczego, czyli dializoterapii lub przeszczepienia nerki. Dlatego tak duże znaczenie ma wczesna diagnostyka. Przewlekłą chorobę nerek można wykryć za pomocą prostych i łatwo dostępnych badań laboratoryjnych, które powinny być wykonywane regularnie, szczególnie przez osoby znajdujące się w grupie podwyższonego ryzyka, przede wszystkim chorujące na cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze, z chorobami sercowo-naczyniowymi, otyłością, czy rodzinną historią chorób nerek. Podstawowe znaczenie mają dwa uzupełniające się parametry – szacowany współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR), wyliczany na podstawie stężenia kreatyniny we krwi, wieku i płci pacjenta oraz wskaźnik albumina/kreatynina w moczu (ACR). Łączna ocena obu parametrów dostarcza lekarzowi informacji o kondycji nerek. Wczesne wykrycie nieprawidłowości daje możliwość odpowiedniego postępowania i może pomóc spowolnić rozwój choroby.

Program tegorocznej konferencji obejmował też – oprócz nowych możliwości leczenia przewlekłej choroby nerek – m. in. innowacyjne metody leczenia chorób autoimmunologicznych oraz postępy w transplantologii i dializoterapii. Uczestnicy konferencji mogli również wziąć udział w praktycznych warsztatach poświęconych nowoczesnej diagnostyce i leczeniu oraz w Nefrologicznym Inkubatorze – inicjatywie wspierającej rozwój młodych naukowców i innowacyjnych projektów badawczych.

Ważnym elementem programu były również tematy znajdujące się na styku nefrologii i innych dziedzin medycyny. Choroby nerek często współistnieją z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobami układu krążenia czy innymi schorzeniami przewlekłymi, a współpraca lekarzy różnych specjalności i uwzględnianie wszystkich chorób i stosowanych terapii są niezbędne przy planowaniu leczenia. Wyjątkowym momentem tegorocznej konferencji było pierwsze w historii wręczenie nagród „Złoty Nefron". Wyróżnienie to – ustanowione przez PTN – ma na celu uhonorowanie osób i instytucji, które w szczególny sposób przyczyniają się do rozwoju polskiej nefrologii, edukacji zdrowotnej oraz poprawy opieki nad pacjentami.

Jednym z laureatów nagrody „Złoty Nefron" zostało Ogólnopolskie Stowarzyszenie Moje Nerki (OSMN). Kapituła nagrody doceniła wieloletnią działalność Stowarzyszenia na rzecz upowszechniania wiedzy o chorobach nerek w społeczeństwie, poprawy sytuacji pacjentów z chorobami nerek, a także jego zaangażowanie w budowanie trwałej współpracy pomiędzy środowiskiem medycznym i organizacjami pacjentów. Jest to niezwykle ważne wyróżnienie, potwierdzające, że nowoczesna medycyna



Nagroda „Złoty Nefron" w rękach OSMN
Od lewej: prof. B. Naumnik (PTN), prof. R. Michalski (OSMN), mgr D. Ligęza (OSMN), prof. M. Adamczak (PTN).
Fot. Krzysztof Łakomski

opiera się nie tylko na osiągnięciach nauki, lecz także na partnerstwie lekarzy i pacjentów, których wspólnym celem jest poprawa jakości leczenia i życia osób z chorobami nerek.

XVII Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego 3-5 września 2026 r.



Dr Michał Śmigielski
ordynator Centrum Dializ Fresenius w Krakowie

Siedemnaste Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego, organizowane przez Fundację Amicus Renis integrują całe środowisko nefrologiczne – lekarzy, pielęgniarki, dietetyków, psychologów, fizjoterapeutów zajmujących się pacjentami nefrologicznymi. Czynny udział w obradach wzięli pacjenci – członkowie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów Moje Nerki. Podczas tegorocznych obrad dyskutowano głównie o zagadnieniach dotyczących postępów w leczeniu przewlekłej choroby nerek, jej powikłań oraz leczenia nerkozastępczego.

Konferencji, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego (PTN), honorowo przewodniczył profesor Bolesław Rutkowski (Gdańsk), nestor polskich nefrologów. Udział w niej wzięło 520 osób. Program obejmował 16 sesji, w których wzięło udział 66 wykładowców. Odbyła się też sesja plakatowa, na której pielęgniarki i opiekunki medyczne zaprezentowały 8 plakatów oraz przeprowadzono 4 warsztaty szkoleniowe. Uczestniczyło także 12 firm, które prezentowały swoje najnowsze osiągnięcia w zakresie nowoczesnej farmakoterapii chorób nerek oraz technologii leczenia nerkozastępczego.

Obrady rozpoczęła sesja dotycząca problemów i wyzwań współczesnej dializoterapii w Polsce z udziałem m.in. Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii prof. dr hab. med. Magdaleny Krajewskiej oraz Dyrektora Zarządzającego Fresenius Nephrocare w Polsce mgr. inż. Jakuba Janiaka. Dyskutowano nie tylko o sukcesach, ale również trudnościach jakie napotykają pacjenci, lekarze oraz pielęgniarki jak również o próbach ich systemowego rozwiązania. Kolejne sesje były poświęcone wszystkim metodom leczenia nerkozastępczego: transplantacji nerki, dializie otrzewnowej, hemodializoterapii w tym hemodiafiltracji – skuteczniejszej metodzie oczyszczania krwi, dostępnej obecnie u wybranych pacjentów w ramach programu NFZ. Tej ostatniej metodzie została poświęcona osobna sesja. Poruszono bardzo ciekawe zagadnienia dotyczące kroczącej hemodializy oraz dializy otrzewnowej – formy leczenia – mniej intensywnej, którą można

zaproponować niektórym pacjentom rozpoczynającym leczenie dializami, z zachowaną resztkową funkcją nerek. Cała sesja została poświęcona tematyce dotyczącej optymalizacji parametrów hemodializy, podczas której szczegółowo omawiano zagadnienia będące chlebem powszednim pacjenta hemodializowanego - związane m. in. z ultrafiltracją (odwadnianiem w trakcie hemodializy), sposobami obniżania stężenia potasu czy przepływem krwi. W programie znalazło się miejsce na wykład dotyczący szczepień u osób dializowanych. Szczegółowo omówiono zagadnienia związane z dializoterapią śródoperacyjną oraz plazmaferezą tj. terapią zewnątrzustrojową polegającą na oczyszczaniu krwi przez wymianę osocza, stosowaną w niektórych schorzeniach m.in. nefrologicznych. Nie zabrakło tematów dotyczących ostrego uszkodzenia nerek, leczenia nadciśnienia tętniczego w nowoczesnym ujęciu, problemów nefrologicznych u pacjentów onkologicznych. Ważne miejsce zajęły zagadnienia dotyczące nefroprotekcji czyli metod mających na celu chronić nerki przed postępującym uszkodzeniem w ich przewlekłej chorobie nie tylko z uwzględnieniem nowoczesnej farmakoterapii, ale również modyfikacji stylu życia. Istotna część sesji prezentowała punkt widzenia pielęgniarek m.in. wyzwania i rozwiązania w organizacji opieki nad pacjentem dializowanym w szerokim ujęciu oraz praktyczne aspekty z życia stacji dializ. Istotną częścią konferencji, dającą możliwość zwiększenia umiejętności praktycznych były warsztaty z zakresu dializoterapii otrzewnowej, opieki na dostępem naczyniowym do dializy, innowacyjnych narzędzi kaniulacji w hemodializie.

Podczas XVII Krakowskich Dni Dializoterapii wręczono nagrodę Pro Augmenis Nephrologiae, przyznaną przez PTN młodym nefrologom, której fundatorem była Fundacja Amicus Renis. Nagrodę otrzymała dr med. Katarzyna Kakareko (fot. 1). z II Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku. Ponadto Fundacja uhonorowała medalem „Amicus Renis" prof. dr hab. med. Monikę Lichodziejewską-Niemierko (Gdańsk) (fot. 2) w uznaniu za Jej wieloletnie, wybitne zasługi dla rozwoju nefrologii, ze szczególnym uwzględnieniem dializy otrzewnowej oraz za działalność na rzecz poprawy jakości życia osób z chorobami nerek.
Odbyła się też prezentacja nowego opracowania Wielkiej Interny – Nefrologia – długo oczekiwanego nowoczesnego podręcznika nefrologii dla lekarzy, pod redakcją prof. dr hab. med. Beaty Naumnik, a prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień i dr med. Piotr Jagodziński zarekomendowali pięć poradników dla pacjentów, dotyczących żywienia w chorobach nerek (fot. 3).

Dyskusje podczas sesji, jak również w kuluarach, pokazały jak istotne jest dzielenie się doświadczeniami i wzajemne uczenie się. Udział pacjentów nadał spotkaniu wyjątkową wartość i potwierdził potrzebę dalszego dialogu. Dziękujemy wszystkim uczestnikom i już dziś zapraszamy na kolejną edycję konferencji za 2 lata.



Fot. 1 Gratulacje dr Katarzynie Kakareko składają: od lewej: prof. B. Rutkowski, dr A. Smoleńska, dr M. Śmigielski, prof. M. Adamczak



Fot. 2 Medal „Amicus Renis" w rękach prof. Moniki Lichodziejewskiej-Niemierko

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

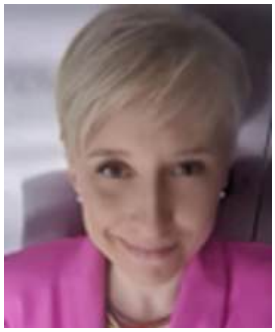
UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Poradniki dotyczące odżywiania w chorobach nerek



Fot. 3 Poradniki dla pacjentów

Europejska konferencja pielęgniarstwa nefrologicznego Gdańsk 26-29 sierpnia 2026 r.



Mgr Aneta Trzcińska
specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Brand Ambassador EDTNA/ERCA w Polsce

Przez kilka wrześniowych dni Gdańsk stał się jednym z najważniejszych miejsc na mapie światowej nefrologii. Podczas 54. Międzynarodowej Konferencji Europejskiego Towarzystwa Pielęgniarek Dializacyjnych i Transplantacyjnych/Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Nefrologicznej, znanego pod skrótem EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association) spotkało się blisko 1000 uczestników z 38 krajów i 5 kontynentów – pielęgniarek, lekarzy, naukowców, edukatorów i innych specjalistów zajmujących się opieką nad osobami z chorobami nerek. Była to już druga konferencja EDTNA/ERCA zorganizowana w Polsce, a rolę lokalnego gospodarza pełniła autorka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego z Katowic i jednocześnie oficjalny przedstawiciel EDTNA/ERCA w Polsce.

Przez cztery dni Gdańsk był miejscem intensywnej wymiany wiedzy i doświadczeń. Rozmawiano o tym, co dla pacjentów ma znaczenie każdego dnia m.in. o bezpieczeństwie hemodializy, dostępie naczyniowym, zapobieganiu zakażeniom, dializie otrzewnowej, transplantacji, leczeniu domowym, edukacji i komunikacji z pacjentem, jakości życia oraz zdrowiu psychicznym. Wiele miejsca poświęcono także przyszłości nefrologii – nowym technologiom, wykorzystaniu ultrasonografii przez pielęgniarki, sztucznej inteligencji oraz rozwiązaniom, które mogą uczynić leczenie bezpieczniejszym i bardziej przyjaznym dla pacjenta.

Szczególnym powodem do dumy była obecność polskiego środowiska. Do programu konferencji przyjęto aż 26 prac

z Polski. To wyjątkowy wynik, który uplasował nasz kraj w ścisłej czołówce pod względem liczby zaakceptowanych doniesień. Polskie pielęgniarki i inni specjaliści nie przyjechali więc do Gdańska wyłącznie po to, aby słuchać światowych ekspertów. Sami prezentowali wyniki badań, doświadczenia kliniczne, problemy wymagające rozwiązania i własne pomysły na poprawę opieki.
Ważnym elementem konferencji było również całodniowe Polskie Sympozjum prowadzone w języku polskim. Stało się ono przestrzenią do rozmowy o problemach, z którymi pielęgniarki nefrologiczne spotykają się każdego dnia w polskich stacjach dializ, poradniach i ośrodkach transplantacyjnych.

Dla pacjenta takie wydarzenie może wydawać się odległe od codziennego leczenia. W rzeczywistości jest dokładnie odwrotnie. Wiedza zdobyta podczas konferencji wraca wraz z jej uczestnikami do stacji dializ i oddziałów. Pytanie zadane ekspertowi z innego kraju może prowadzić do zmiany postępowania. Wyniki badań mogą poprawić bezpieczeństwo wkłucia do przetoki, zmniejszyć ryzyko zakażenia, pomóc lepiej rozpoznać problemy psychiczne czy skuteczniej przygotować pacjenta do transplantacji.

Gdańska konferencja pokazała również coś bardzo ważnego: polskie pielęgniarstwo nefrologiczne ma swój głos w międzynarodowej dyskusji. Polskie pielęgniarki uczą się od świata, ale coraz odważniej pokazują również światu własną wiedzę, badania i doświadczenie. A ostatecznie cała ta nauka, wymiana doświadczeń i międzynarodowa współpraca mają jeden wspólny cel – aby pacjent z chorobą nerek był leczony coraz bezpieczniej, nowocześniej i lepiej.

Podróżowanie z dializą. Relacja z konferencji d.HOLIDAY w Sopocie



Małgorzata Poźniak
Koordynatorka d.HOLIDAY
Diaverum Polska

Czy dializa może być częścią podróży? O tym, jak połączyć regularne leczenie z możliwością wyjazdu, rozmawialiśmy podczas międzynarodowej konferencji d.HOLIDAY, która odbyła się 13 maja 2026 roku w Sopocie. W spotkaniu zorganizowanym przez Diaverum wzięło udział ponad 50 osób z 22 krajów – przedstawiciele organizacji pacjentów i agencji podróży, koordynatorzy programu d.HOLIDAY oraz pozostali zaproszeni goście. W programie znalazły się tematy dotyczące organizacji i bezpieczeństwa dializ gościnnych, potrzeb pacjentów i ich rodzin oraz tego, jak jeszcze lepiej wspierać osoby, które chcą podróżować.

Od Bałtyku po Bieszczady

Spotkanie rozpoczął Michał Kowalski, Dyrektor Generalny Diaverum Polska. W swoim wystąpieniu przybliżył specyfikę opieki dializacyjnej w Polsce i pokazał liczne możliwości planowania pobytu z uwzględnieniem leczenia. Wśród przykładów znalazły się zarówno nadmorskie miejscowości, jak i górskie regiony oraz duże miasta. Pobyt nad Bałtykiem, w Bieszczadach, w Krakowie czy Gdańsku można zaplanować tak, aby dializy odbywały się w lokalnym ośrodku. Charakter wyjazdu może być różny w zależności od pory roku. Wiosną i latem może to być wypoczynek nad morzem, jesienią – spacery po górskich szlakach, a zimą – świąteczny czas spędzony z bliskimi.

W Polsce Diaverum prowadzi 22 ośrodki dializ. Na świecie firma działa w 25 krajach i posiada ponad 460 ośrodków na czterech kontynentach. Oznacza to, że dializy gościnne można zaplanować zarówno w Polsce, jak i w wielu miejscach za granicą – między innymi w Hiszpanii, Włoszech, Portugalii i Grecji, a także w krajach Ameryki Południowej, Afryki i Azji.

Bez ograniczeń, tylko planowanie

Jednym z najbardziej osobistych punktów programu było wystąpienie Saleha Francisca Es-Sinawiego Torregrosy, pacjenta dializowanego i doświadczonego podróżnika. Saleh odwiedził wiele krajów, za każdym razem dokładnie planując terminy zabiegów, miejsce pobytu i niezbędne formalności. W prezentacji „Bez ograniczeń, tylko planowanie" podzielił się swoimi doświadczeniami i pokazał, jak wygląda organizacja wyjazdów z perspektywy osoby dializowanej. W jego wystąpieniu padło zdanie, które szczególnie zapadło w pamięć uczestników: „Dializa – 7 procent, życie – 93 procent". Dobrze oddawało ono myśl, która przewijała się przez całe spotkanie: leczenie jest częścią codzienności, ale obok niego pozostają inne ważne obszary życia.

Podróż oczami rodziny

O perspektywie rodziny mówiła Natalia Grabowska, córka pacjentki dializowanej. Zwróciła uwagę na rolę bliskich w przygotowaniu wyjazdu, znaczenie wspólnego planowania i poczucia bezpieczeństwa. Jej doświadczenie pokazało, że dobre przygotowanie pozwala zarówno zadbać o leczenie, jak i zachować przestrzeń na wspólny czas.

Co sprzyja wyjazdom?

W drugiej części konferencji odbyła się dyskusja panelowa poświęcona temu, jak tworzyć warunki sprzyjające bezpiecznemu i komfortowemu podróżowaniu osób dializowanych. Rozmowa dotyczyła dostępności informacji, organizacji dializ, poczucia bezpieczeństwa



Fot.1. Konferencja d.HOLIDAY

i wsparcia przed wyjazdem. Ważnym tematem była także współpraca pomiędzy ośrodkami, organizacjami pacjentów i podmiotami turystycznymi wspierającymi wyjazdy osób dializowanych. O organizacji wypoczynku za granicą mówiła m.in. Sabine Switalla z CareunderSun, pokazując, jak ważne jest uwzględnianie potrzeb osób dializowanych w ofercie turystycznej.

Po części konferencyjnej uczestnicy wzięli udział w warsztatach. Dzień zakończyła wizyta w ośrodku dializ Diaverum w Gdyni, która była okazją do zobaczenia jednego z miejsc na polskim wybrzeżu, gdzie na co dzień realizowane są dializy.

Podróż zaczyna się od planu

Każdy wyjazd zaczyna się od planu, a w przypadku osoby dializowanej ten plan obejmuje kilka dodatkowych elementów. Nie oznacza to jednak rezygnacji z tego, co jest dla nas ważne. Dializy gościnne łączą trzy perspektywy: osobistą, medyczną i organizacyjną. Pierwsza dotyczy samego pacjenta – jego gotowości do podróżowania, potrzeb i planów. Druga oznacza, że wyjazd powinien być zgodny ze stanem zdrowia pacjenta i zaleceniami jego zespołu medycznego. Trzecia obejmuje zaplanowanie dializ i dopełnienie wymaganych formalności.

Najczęściej plan jest bardzo prosty: uczestniczyć w ślubie przyjaciela, być na urodzinach wnuczki, pospacerować brzegiem morza, spędzić kilka dni w nowym miejscu albo spotkać się z rodziną przy świątecznym stole. Możliwość kontynuowania leczenia poza macierzystą stacją pozwala połączyć dializy z planowanym wyjazdem, niezależnie od jego celu i terminu.



Fot. 2. Panel Dyskusyjny

JAK MOŻE WYGLĄDAĆ WYMARZONA podróż na Sycylię?

Kartka z wakacji



Budzimy się razem ze słońcem

Jest wczesny sycylijski poranek. Miasto dopiero zaczyna się budzić, rolety sklepów są jeszcze opuszczone, a nad morzem pojawia się pierwsze światło. Po ulicach roznosi się zapach świeżo pieczonego chleba. Dziś jest dializa, więc **dla mnie dzień zaczyna się wcześniej** niż dla innych urlopowiczów.

Stawiam się w ustalonym punkcie odbioru. Podjeżdża samochód Mucaria, witam się z Alessandro - kierowcą ze stacji dializ. Za chwilę odbieramy kolejnych pacjentów i razem jedziemy przez miasto do ośrodka w Valderice. Ta krótka podróż szybko staje się **częścią naszego wakacyjnego rytmu.**

Niby nowe, a dziwnie znajome

Już po pierwszym razie **droga staje się znajoma**. Jedziemy wśród zielonych pagórków zostawiając w tle panoramę miasta. Kiedy dojeżdżamy do stacji, kilkoro miejscowych włoskich pacjentów już czeka w poczekalni, ja też wpisuję się na listę oczekujących. Zaraz po mnie przyjeżdżają inne transporty.

Twarze współtowarzyszy przestały już być obce - na naszej zmianie jest kilkoro sycylijskich pacjentów, ale także pacjent z Czech i pacjentka z Bułgarii. Próbujemy rozmawiać trochę między sobą, używamy wszystkie słowa międzynarodowe jakie znamy, no i gesty. Rozumiem, że innemu pacjentowi - Panu Martinowi, urodziła się pierwsza wnuczka!

Na sali dializ

Potem Vita, pracownica stacji dializ, wywołuje mnie z imienia i teraz mogę wejść na **salę dializ**. Tutaj pierwszą osobą, którą spotykam jest Mario – pielęgniarz i koordynator sali. Na początku patrzy na mnie bacznie, ale za chwilę groźna mina mija. Wita mnie po imieniu, uśmiecha się, no i pyta (ku mojemu wielkiemu zaskoczeniu po polsku!): ,,Jak się masz?!"

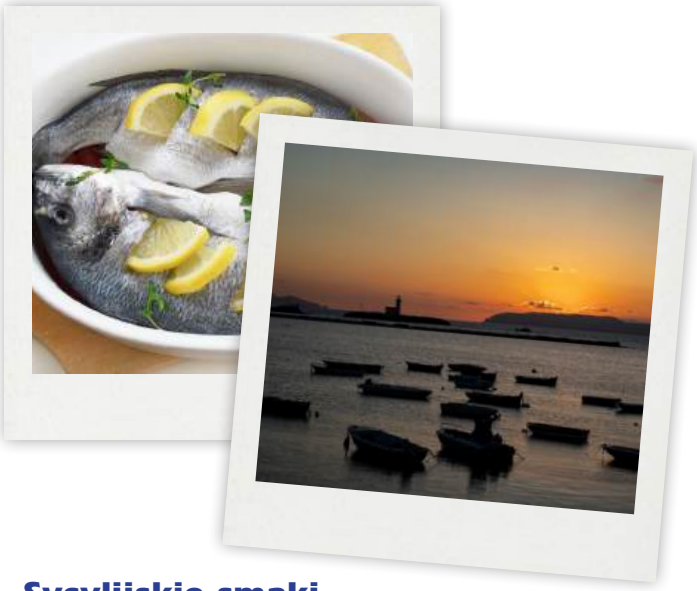
Proste pytanie, ale zaskoczony... nie odpowiadam. Podpisuję listę obecności, a on wskazuje mi dzisiejsze stanowisko. Sala jest duża, jasna. Personel krąży między stanowiskami, przygotowując kolejnych pacjentów. Czasem słychać ciche dźwięki aparatów, rozmowy, powitania. Krąży lekarz. Po kilku dniach również ja zaczynam czuć się mniej jak ktoś obcy. Chociaż wnętrza wyglądają inaczej i używa się tutaj np. wag wbudowanych w łóżko, dializa sama w sobie niewiele różni się od tej w domu. **Radzimy sobie!** Siadam na swoim miejscu, podchodzi pielęgniarka… Mimo bariery językowej podstawą pozostają uważna obserwacja, **proste komunikaty i cierpliwość**. Za chwilę wszystko gotowe i mój aparat zaczyna pracować.

Po dializie odpoczynek

Samochód odwozi nas z powrotem do Trapani: miasto zdążyło się już porządnie obudzić. Skutery przemykają ulicami, a mieszkańcy prowadzą rozmowy



tak żywe, jakby właśnie rozstrzygali losy świata. Choć prawdopodobnie dyskutują tylko o dzisiejszym obiedzie! Po dializie nie planuję zdobywać Etny ani bić rekordu kroków... - nie czuję zresztą potrzeby zaliczania wszystkich atrakcji z przewodnika. Mamy całe dwa tygodnie, no a organizm ma kiepskie zdanie na temat zbyt ambitnych planów. Czasem warto go posłuchać. No i w końcu to wakacje, a nie obóz przetrwania, a **Sycylia także będzie tu jutro**.



Sycylijskie smaki

Kiedy odzyskuję energię, przychodzi pora na obiad. Staram się pamiętać o swoich ograniczeniach dietetycznych i płynowych - wakacje nie sprawiają, że potas, fosfor czy sól również biorą urlop. Po pysznym sycylijskim obiedzie (świeża dorada z piekarnika, z cytryną i ziołami, bardzo polecamy!) wraz z żoną jesteśmy gotowi: **czas iść nad morze!**

Nasz sposób na relaks

Podróżowanie z dializą wymaga wcześniejszego przygotowania, kiedy jednak najważniejsze sprawy zostaną zorganizowane, można zająć się tym, po co naprawdę przyjechało się ... Czyli, jak się spodziewacie: **odpoczywaniem, smakowaniem, oglądaniem i zwyczajnym cieszeniem się zmianą otoczenia**. Na codzień mieszkamy w mieście, więc dla nas **plaże i spacery nad morzem są niebywałą przyjemnością**. Już wczoraj sprawdziliśmy, gdzie znajduje się plaża. Na szczęście nie trzeba organizować jakiejś wielkiej wyprawy, bo w Trapani woda jest blisko, może jakieś 10 minut spacerem.

Kiedy docieramy, ktoś się już kąpie, ktoś czyta książkę, a włoskie dzieci próbują zbudować z piasku konstrukcję, która najwyraźniej ma przetrwać następne tysiąc lat. Później wybieramy niewielką restaurację kilka ulic dalej. Tym razem nie mam zamiaru udawać znawcy włoskiej kuchni. Pytam po prostu, przez tłumacza w telefonie, co dziś polecają.

Wieczorne Trapani

Kiedy słońce jest już łagodniejsze, ulice starego miasta powoli się zapełniają. Spacerujemy bez konkretnego planu. Zaglądamy w boczne uliczki, mijamy kościoły, kamienice z balkonami i niewielkie sklepiki… **Telefon nie udźwignie chyba ciężaru tych wszystkich zdjęć**. Aż wreszcie wieczorem Trapani tonie w kolorach zachodu słońca i zmienia tempo. Ja też. Jutro nie mam dializy, więc można zaplanować dłuższą wycieczkę - może do Palermo, na Egady albo do San Vito Lo Capo?

Joanna Narożniak

WYBIERZ SIĘ NA WAKACJE *na Sycylii*

Ruszyły zapisy na 2027 rok!

To Twój czas!

Oderwij się od rutyny, zregeneruj siły i ciesz się podróżą marzeń!
Odkryj urokliwe miasteczka, zanurz się w lokalnych tradycjach i pozwól, aby te wczasy stały się niezapomnianym doświadczeniem pełnym radości.

Zachodnia Sycylia z pewnością Cię zachwyci!
To miejsce łączy błękitne morze, malownicze plaże, historyczne zabytki, widoki, wyśmienita kuchnia i... słoneczny temperament mieszkańców!

PODRÓŻE Z DIALIZĄ SĄ MOŻLIWE!

NOWOCZESNE HEMODIALIZY BEZPŁATNE Z EKUZ



PAKIETY WAKACYJNE Z NOCLEGIEM

DIALIZY + NOCLEG + TRANSPORT NA DIALIZY



3 PRZEPIĘKNE NADMORSKIE MIEJSCOWOŚCI



Oferujemy **kompleksową organizację wyjazdu**: *zarezerwujemy dializy, ułatwimy dokumentację, a jeśli potrzebujesz, sprawdzimy ofertę noclegów, zapewnimy przejazd na stację dializ, a także taksówkę z/na lotnisko.*
Podczas rezerwacji i pobytu możesz liczyć na **wsparcie polskojęzycznego personelu** – poprowadzimy Cię **krok po kroku!**

MUCARIA
STACJE DIALIZ

WWW.DIALISIMUCARIA.IT

Zasięgnij więcej informacji:
+39 0923 836 440
+39 338 710 3285

RESERVATION@DIALISIMUCARIA.IT

dialisiragusa

Wakacje na Sycylii!!!

Wiemy, że dla osób korzystających z dializ planowanie wakacji może być wyjątkowo trudne. Z tego powodu Iblea Medica postanowiła stworzyć ofertę spędzenia fantastycznych wakacji na Sycylii. Dzięki temu nowemu projektowi nie będziesz musiał się o nic martwić, będziesz mógł połączyć dializę z niezapomnianymi wakacjami w jednym z najpiękniejszych zakątków Sycylii- Ragusie.







STACJA DIALIZ

Iblea Medica- stacja dializ w Ragusie jest akredytowana i i włączona w krajowy system opieki zdrowotnej, świadcząc spersonalizowane usługi ambulatoryjne.
Akceptuje także europejską kartę ubezpieczeniową (EHIC) uprawniającą do opieki zdrowotnej w przypadku pobytu czasowego w jednym z 28 krajów Unii Europejskiej, na Islandii, w Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii.

ODKRYJ NASZE OFERTY WAKACYJNE!!!!

Transfer lotnisko – zakwaterowanie – lotnisko + transfer na stację dializ + wycieczki zorganizowane (minimum 5 osób).
Krótko mówiąc, bezproblemowe wakacje!!!



















ORGANIZOWANE WYCIECZKI

Od października 2026 do maja 2027
będą organizowane szczególne wycieczki tematyczne: -produkcja wina i zwiedzanie winnicy -produkcja oleju i zwiedzanie olejarni + degustacja lodów przygotowywanych metodą tradycyjną-Zafferana Etna, jarmark kasztanów, miodu, grzybów+ zwiedzanie pasieki produkującej miód (październik 2026) - Etna+ karnawał w Acireale (luty 2027).

W celu uzyskania wszelkich informacji odwiedź naszą stronę internetową lub napisz. Nasz personel udzieli wszelkich informacji i wyjaśnień.

www.dialisiragusa.it

YouTube

Kontakt w Polsce:
Tel: 663 327 001
email: rezerwacja@dializywakacyjne.pl

dialisiragusa
Ulica Beato Angelico 16
97100 Ragusa – Sycylia
Dializa Ragusa Hemodializa na wakacjach
info@dialisiragusa.it

Renalive® HP

Wsparcie żywieniowe pacjentów dializowanych!

Dostarcza wysokiej jakości białko i energię

NOWOŚĆ



- **20 g białka** WYSOKOBIAŁKOWY
  - 20 g białka w butelce 200 ml
- ZAWIERA KWASY TŁUSZCZOWE OMEGA-3
- WYSOKOENERGETYCZNY
  - 400 kcal w butelce 200 ml
- ZAWIERA BŁONNIK
- NISKA ZAWARTOŚĆ ELEKTROLITÓW
- ZAWIERA WĘGLOWODANY O SPOWOLNIONYM UWALNIANIU

DOSTĘPNY W DWÓCH ORZEŹWIAJĄCYCH SMAKACH:*

✓ CYTRYNA-JOGURT,

✓ OWOCE LEŚNE.

*(Niezależny test sensoryczny; n=10 pacjentów dializowanych; 2023 i 2024 dane wewnętrzne).

kupisz na mojFresubin.pl

SPRAWDŹ

ZESKANUJ I POBIERZ PEŁNĄ INFORMACJĘ O PRODUKCIE

Renalive HP to żywność specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w stanie niedożywienia lub zagrożenia niedożywieniem, w szczególności u dializowanych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek.

Ważne informacje: Należy stosować pod nadzorem lekarza. Nieodpowiedni jako jedyne źródło pożywienia. Nie podawać dzieciom poniżej 3 lat. Należy zachować ostrożność podczas podawania dzieciom poniżej 6 lat. Nie podawać kobietom w ciąży i karmiącym piersią. Produkt nie jest przeznaczony do stosowania u chorych na galaktozemię.

FRESENIUS KABI

Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 134
02-305 Warszawa
tel.: +48 22 345 67 89
fax: +48 22 345 67 87

mojFresubin® mojfresubin.pl

żywienie ma znaczenie zywieniemaznaczenie.pl

www.mojenerki.org

REN/01/08/2026