

głos fizjoterapeuty

2/2020
(11)

Sławek Wiatr
– żołnierz, który został
fizjoterapeutą

**Potrzebujący
są wśród nas!**

O solidarności zawodowej
i pomocy socjalnej KIF

**Wczesna rehabilitacja
w sytuacjach kryzysowych**

ki-

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów



ISSN 2545-3637

głos fizjoterapeuty

NOWOŚĆ

Rusza internetowa wersja „Głosu Fizjoterapeuty”

- Wygodny układ treści (nie musisz czytać artykułów w jednym dużym pliku)
- Przedpremierowy dostęp do wybranych artykułów
- Możliwość udostępniania ulubionych artykułów w mediach społecznościowych
- Pełna responsywność (strona poprawnie wyświetla się zarówno na monitorze komputera, jak i ekranie smartfonu)





„Ludzka solidarność pomoże im w biedzie, jej siła, jej wola, jej trud uczyni cud.”

Marek Grechuta

Solidarność

Nasze poczucie zawodowej wspólnoty wynika ze zgodności naszych dążeń, czego oczywiście nie należy mylić ze zgodnością poglądów. Wszyscy chcemy zwiększać znaczenie fizjoterapii w medycynie. Wszyscy jesteśmy tak samo zdeterminowani do utrzymywania i podnoszenia godności zawodowej. Wszyscy posiadamy imperatyw kategoryczny, który nakazuje nam bycie współodpowiedzialnymi za to, co robią inni fizjoterapeuci. Zależy nam, aby opinia o naszej pracy, zarówno pacjentów jak i środowiska medycznego, była jak najlepsza.

Olbrzymia większość z nas, niezależnie od wieku i już posiadanej wiedzy, ciągle się kształci. Robimy to na skalę niespotykaną w innych zawodach medycznych i wśród fizjoterapeutów w innych krajach! Posiadamy dużą świadomość zawodową. Doceniamy sukcesy innych i życzliwie, dla wspólnego dobra i rozwoju, analizujemy porażki. Nikt nie rozumie i nie docenia naszej pracy lepiej niż nasze koleżanki i nasi koledzy.

Ze zgodności dążeń wynika współodczuwanie, koleżeństwo i przyjaźń. Wiem, że możemy na siebie liczyć. Z najwyższą starannością

i oddaniem dbamy oraz wspieramy fizjoterapeutów i ich rodziny, jeśli tylko tego potrzebują. Dobrą praktyką jest to, że nie pobieramy od nich wynagrodzenia podczas konsultacji w naszych prywatnych gabinetach. Pomagamy sobie również podczas pokonywania przeszkód, na które natykamy się w systemie refundowanej opieki. Chętnie dzielimy się doświadczeniem, podpowiadamy sobie nawzajem ciekawe rozwiązania. Takie zachowanie to norma, choć niepisana, wśród fizjoterapeutów.

W chwili formalnego powstania samorządu zawodowego zrodziła się nowa, zinstytucjonalizowana forma wzajemnej pomocy – Komisja Socjalna. Dzięki niej KIF udziela finansowego wsparcia najbardziej potrzebującym i poszkodowanym przez los członkom naszej społeczności.

Mój dziadek mawiał, że życie jest jak bańka mydlana – nie wiemy, kiedy pęknie. Nagle życie każdego z nas może się zmienić w cierpienie. Bądźmy więc dla siebie wsparciem, którego każdy z nas tak bardzo potrzebuje w chwili słabości i załamania.

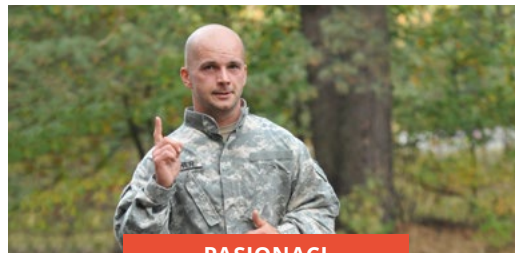
dr hab. n. med. Maciej Krawczyk
Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów



ZE ŚWIATA

FIZJOTERAPEUTA W WARUNKACH EKSTREMALNYCH

str. 16



PASJONACI

ŻOŁNIERZ, KTÓRY ZOSTAŁ FIZJOTERAPEUTĄ

str. 21

WSTĘP	3	PRAWO W PRAKTYCE	20
Solidarność		Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty przez osobę z niepełnosprawnością	
TEMAT NUMERU		PASJONACI	21
Potrzebujący są wśród nas.	5	Żołnierz, który został fizjoterapeutą	
O Komisji Socjalnej KIF		ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE	
Po złotówce	8	Co tak naprawdę oznacza ustawa o	26
Jak pomagają swoim członkom inne samorządy medyczne?	10	szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności?	
Z DZIAŁAŃ KIF		Braki kadrowe w polskiej fizjoterapii	27
Finezjo – krok w przyszłość fizjoterapii	12	POZA FIZJO	28
Co nowego w serwisie Znajdź Fizjoterapeutę?	14	Ten pilates to taka joga?	
CIEKAWOSTKI ZE ŚWIATA	15	PSYCHOSPOJRZENIE	29
Setna rocznica powstania APTA		Stół nasz ofiarny	
Egzoszkielety mają pomóc Japończykom pracować jak najdłużej		FIZJO-BLOGOSFERA	30
Inteligentne kombinezony		Nietrzymanie moczu to dla wielu osób wstydlivy problem	
ZE ŚWIATA	16	WYDARZENIA	32
Fizjoterapeuta w warunkach ekstremalnych		Spotkanie dla fizjoterapeutów z woj. świętokrzyskiego	
NAUKA	18	Nominacja profesorska dla prof. Ewy Ziemann	
Komórki macierzyste – czy ich podawanie ma sens?		Fizjoterapeuci walczyli o medale na stoku narciarskim	
Ryzyko powikłań po endoprotezoplastyce stawu biodrowego		PO GODZINACH	34
CIEKAWOSTKI NAUKOWE	19	Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami	
Złudzenia sensoryczne jako środki przeciwbólowe?			
Życzliwość – silna waluta opieki fizjoterapeutycznej			

Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,
Weronika Krzepakowska, Dominika Kowalczyk

Sekretarz redakcji:

Aleksandra Mróz, aleksandra.mroz@kif.info.pl

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Katarzyna Dobrakowska

Na okładce: Sławek Wiatr na mecie „Biegu Katorżnika” w 2016 r. Fot. Anna Gańcza

Wszelkie prawa zastrzeżone. Wykorzystanie treści zawartych w periodyku wymaga uprzedniej zgody Wydawcy.

Redakcja zastrzega sobie prawo do zmian i skrótów w nadesłanych artykułach i listach oraz do nadawania im tytułów.

Informujemy, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów publikuje komunikaty, wyrażające stanowisko lub opinię Izby wyłącznie na stronie kif.info.pl, „Głosie Fizjoterapeuty” - biuletynie informacyjnym oraz na profilach w mediach społecznościowych (np. Facebook) należących do KIF i prowadzonych przez upoważnione przez nią osoby. Wszelkie informacje dotyczące działań KIF, pojawiające się poza wyżej wymienionymi miejscami np. na forach, grupach dyskusyjnych, prywatnych profilach użytkowników czy w komentarzach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność autorów takich informacji. KIF nie bierze odpowiedzialności za tego typu informacje

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

Pl. Stanisława Małachowskiego 2, 00-066 Warszawa
tel. +48 22 230 2380, redakcja@kif.info.pl

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645, nakład drukowany: 550 egz.



Potrzebujący są wśród nas

O Komisji Socjalnej KIF

Przy każdym samorządzie medycznym działa instytucja, której celem jest niesienie pomocy przedstawicielom zawodu znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej. Nie inaczej jest w przypadku Krajowej Izby Fizjoterapeutów – w listopadzie 2018 r., na mocy Uchwały KRF¹, powołano Komisję Socjalną. Od momentu utworzenia do końca 2019 r. zaopiniowała 305 wniosków o udzielenie pomocy w sytuacjach losowych. Wydaje się zatem, że skala potrzeb w naszym środowisku jest niestety duża, a działania pomocowe KIF potrzebne. To dobry moment, aby podsumować pierwszy rok działalności Komisji.

O pomocy socjalnej dla członków samorządu zawodowego fizjoterapeutów rozmawiamy z jej przewodniczącym – Robertem Włodarczykiem, członkiem KRF z województwa świętokrzyskiego.



Na zdjęciu: Robert Włodarczyk

„GF”: Panie Przewodniczący, jest pan głównym pomysłodawcą sformalizowania działań pomocowych dla fizjoterapeutów. Proszę opowiedzieć czytelnikom, jak doszło do powołania Komisji Socjalnej KIF.

Robert Włodarczyk: Długo społecznie zajmowałem się działalnością w związkach zawodowych, byłem też przewodniczącym Rady Pracowników w szpitalu. Wtedy spotkałem się z całym ogromem trudnych ludzkich spraw i doświadczeń. Zrozumiałem, że zdarzają się w życiu różne nieszczęścia i trzeba mieć narzędzia, aby pomóc osobom potrzebującym wsparcia.

„GF”: I stąd inicjatywa powołania przy KIF Komisji Socjalnej?

RW: Tak, wynikało to z moich osobistych doświadczeń, ale Komisja Socjalna działa przede wszystkim na podstawie przepisów wynikających z Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty², która obliguje nasz samorząd do tworzenia instytucji samopomocowych. Po akceptacji mojego wniosku przez KRF w maju 2018 r. rozpoczęły się prace przygotowawcze. Do współpracy przy tworzeniu założeń zgłosili się wspaniali, empatyczni ludzie. Na początku zajęliśmy się stworzeniem niezbędnych wytycznych i regulaminów. Formalnie Komisja

została powołana do życia w listopadzie 2018 r., zaś rozpatrywanie wniosków o udzielenie pomocy socjalnej rozpoczęliśmy w 2019 r.

„GF”: Jaką pomoc mogą uzyskać fizjoterapeuci?

RW: To precyzyjnie określa regulamin, który bazuje na obowiązujących przepisach. Ustawa o podatku od osób fizycznych precyzuje, w jakich przypadkach przysługuje bezzwrotna i nieopodatkowana zapomoga. Są to głównie zdarzenia losowe, niezależne od człowieka, czyli długotrwała choroba, wypadek, pożar, powódź, które powodują utratę środków do życia lub zmuszają po prostu do radykalnej zmiany jego trybu. Wszyscy wnioskodawcy, którzy spełniają warunki określone w regulaminie, mają możliwość uzyskania nieopodatkowanej zapomogi w wysokości do 6 tys. zł. rocznie.

„GF”: Czy zapomogę mogą otrzymać wyłącznie fizjoterapeuci?

RW: Nie, o wsparcie mogą się również ubiegać najbliżsi zrzeczonych w KIF fizjoterapeutów – ich małżonkowie i dzieci.

„GF”: Oprócz zapomogi można również uzyskać czasowe zwolnienie z opłacania składek? Czy można to połączyć z zapomogą?

RW: Tak, ale łączna wartość po- ▶

1. <https://kif.info.pl/file/2018/11/328.pdf>

2. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, z dnia 25 września 2015 r. Rozdział 6, Art. 62. 1, pkt 12



197,4 tys. zł

Kwota wypłaconej pomocy
socjalnej w 2019 r.



305

Liczba wniosków do końca
2019 r.



179

Liczba wniosków
zaopiniowanych **pozytywnie**,
w tym:

37 wniosków o zapomogę,
57 wniosków o zwolnienie ze
składek z przyczyn losowych,
22 wnioski łączone,
63 wnioski o umorzenie
składek.



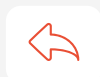
42

Liczba wniosków
zaopiniowanych **negatywnie**



4

Liczba wniosków **wycofanych**



80

Liczba wniosków **cofniętych**
do uzupełnienia

mocy nie może przekraczać 6 tys. złotych. Wysokość przyznanej zapomogi rozpatrywana jest indywidualnie i zależy także od sytuacji materialnej wnioskującego, którą wnikliwie analizujemy. Staramy się do każdego wnioskodawcy podejść empatycznie, aby nikt nie poczuł się pokrzywdzony.

„GF”: A jaka jest procedura ubiegania się o pomoc?

RW: Na stronie KIF dostępny jest wniosek do pobrania. Należy go wypełnić i dołączyć do niego informację o dochodzie brutto w przeliczeniu na członka rodziny. Trzeba również udokumentować zdarzenie czy sytuację, które są powodem wnioskowania o wsparcie, np. zaświadczenie o chorobie lub okolicznościach wypadku. Czasami, w celu lepszego zrozumienia sprawy, Komisja zwraca się do wnioskodawcy o uzupełnienie informacji zawartych we wniosku.

„GF”: Jak długo trwa cała procedura – od momentu złożenia wniosku do otrzymania pomocy?

RW: W tej chwili czas oczekiwania zajmuje od 4 do 6 tygodni. Wnioski rozpatrywane i opiniowane są podczas comiesięcznych obrad Komisji Socjalnej. Następnie trafiają do prezesa KRF, a po zatwierdzeniu oczekują już tylko na realizację zlecenia płatności przez dział księgowości.

„GF”: Z jakimi problemami zgłaszają się najczęściej fizjoterapeuci?

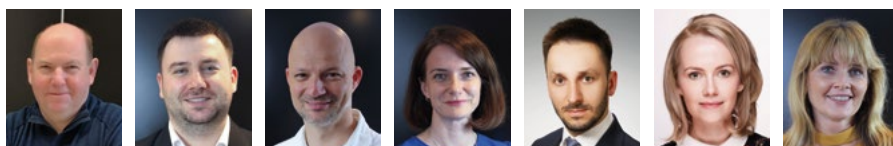
RW: Najczęściej wnioski dotyczą długotrwałej lub ciężkiej choroby. Kilkanaście wniosków dotyczyło zdarzeń stricte losowych. Dobrze pamiętam sytuację, kiedy o pomoc wystąpiła fizjoterapeutka, której spalił się dom. Rodzina została bez dachu nad głową, a co gorsza, ubezpieczenie nieruchomości, jak się okazało, było zbyt niskie w stosunku do poniesionych strat.

„GF”: Jak dużo wpływa wniosków?

RW: W 2019 r. rozpatrzyliśmy 305 wniosków. Zazwyczaj podczas jednego spotkania Komisja opiniuje ich kilkanaście, ale zdarzyło się posiedzenie, podczas którego mieliśmy do rozpatrzenia blisko 40. W zeszłym roku Komisja zaopiniowała pozytywnie 179 wniosków. Na tę liczbę składało się: 37 wniosków o zapomogę, 57 wniosków o zwolnienie ze składek z przyczyn losowych, 22 wnioski łączone (zapomoga oraz zwolnienie ze składek) oraz 63 wnioski o umorzenie składek. Komisja negatywnie zaopiniowała 42 wnioski, 4 zostały wycofane, a 80 wniosków odesłaliśmy do uzupełnienia.

Jako przedstawiciel Komisji zwracam się z apelem do osób wnioskujących o uważne zapoznanie się z regulaminem. Wciąż wiele wniosków nie dotyczy spraw związanych z przedmiotem naszych działań. Zdarzają się sytuacje, w których osoby wnoszą o umorzenie składek z powodu pracy za granicą czy zmiany wykonywanego zawodu. Mam też w pamięci bardziej humorystyczne przykłady niezasadnych wniosków, ale nie będę ich już cytował, aby nikogo nie urazić. Mamy nadzieję, że takich wniosków będzie coraz mniej i członkowie komisji

Członkowie Komisji Socjalnej ▼



Od lewej: Robert Włodarczyk (przewodniczący), Mateusz Łakomski (zastępca przewodniczącego), Grzegorz Biliński, Barbara Cyran-Grzebyk, Mariusz Machniak, Marta Podhorecka, Dorota Szymańska.

będą się zajmowali wyłącznie poważnymi sprawami.

„GF”: A jak wygląda finansowanie pomocy socjalnej KIF?

RW: Na ten cel przeznaczone jest 3 proc. zapłaconych składek członkowskich rocznie. Środki te są zabezpieczane na wydzielonym koncie. W pierwszym roku działania Komisja Socjalna nie wykorzystowała 100 proc. przeznaczonych na ten cel środków, a kwota udzielonej pomocy wyniosła 197,4 tys. zł. Osobiście najbardziej bym się cieszył, aby w ogóle nie było potrzeby udzielania takiej pomocy. Niestety życie pokazuje, że nie jest to możliwe.

„GF”: Zapomoga wynosi maksymalnie 6 tys. zł. Są jednak sytuacje wymagające większego wsparcia. Czy jest możliwe, aby pomoc udzielana przez KIF była większa, długotrwała?

RW: Cóż, niestety jesteśmy ograniczeni przepisami. Ustawa o podatku dochodowym jasno precyzuje wysokość nieopodatkowanej pomocy finansowej³. Ale oczywiście jesteśmy świadomi, że kwota w tej wysokości nie jest w stanie pokryć wszystkich potrzeb poszkodowanych członków naszej społeczności.

Jeden z ostatnich przykładów –

nasza koleżanka przy czwartym porodzie dostała maszynowego wylewu i zmarła. Jej mąż został sam z czwórką dzieci, musiał zrezygnować z pracy. Sytuacja rodziny stała się dramatyczna. Przyznaliśmy maksymalną zapomogę, ale wiemy, że to kropla w morzu potrzeb. Pamiętam też wyjątkowo emocjonalną prośbę fizjoterapeutki o pomoc w zakupie materaca przeciwośluzowego dla chorego na SLA męża oraz wsparcie w zapewnieniu stałej rehabilitacji.

Rodzi się pytanie: jak rozwijać programy pomocowe? Chcielibyśmy rozszerzyć zakres wsparcia np. o pomoc rzeczową czy stypendialną dla osieroconych dzieci. Niestety Komisja Socjalna w obecnej formule nie ma możliwości podjęcia takich decyzji. Szukamy rozwiązań prawnych, które pozwolą nam nieść pomoc w większym zakresie. Jedną z koncepcji jest powołanie fundacji. Rozważamy udzielanie pomocy niefinansowej np. w postaci zakupu podręczników czy sprzętu rehabilitacyjnego. Są przecież wśród nas osoby mające dzieci z niepełnosprawnościami, które potrzebują wsparcia.

„GF”: A jak podsumuje pan pierwszy rok pracy Komisji?

RW: Muszę przyznać, że w po-

równaniu z moimi wcześniejszymi doświadczeniami związanymi z rozpatrywaniem wniosków o pomoc socjalną w ramach pracy w szpitalu, to obecna funkcja w Komisji Socjalnej KIF wydaje mi się trudniejsza. Na nasze ręce trafiają wyłącznie dokumenty i – szczerze mówiąc – czasami brakuje nam bezpośredniego kontaktu z wnioskodawcami. Przykładamy dużą wagę do zachowania obiektywizmu w ocenie poszczególnych spraw, ale nie raz warto jest zadzwonić, poprosić o dodatkowe informacje, wyjaśnić wątpliwości. W 2019 r. spotkaliśmy się kilkanaście razy i przepracowaliśmy razem ponad 40 godzin, a dodatkowo mamy na koncie kilkaset godzin pracy zdalnej. Na szczęście to obciążenie rekompensuje zaangażowanie osób, z którymi wspólnie tworzymy Komisję Socjalną. Razem ze mną pracuje 6 ochotników. Tworzymy świetnie rozumiejący się zespół i wspólnie podejmujemy trudne decyzje, zawsze z myślą o tym, aby nikogo nie skrzywdzić.

„GF”: Dziękuję za rozmowę! •

Przypadki losowe, czyli zdarzenia niezależne od wnioskodawcy, które uprawniają do starania się o pomoc materialną to m.in.:

- śmierć członka rodziny,
- przewlekła choroba,
- zdarzenie losowe skutkujące uszczerbkiem na zdrowiu,
- zdarzenie losowe powodujące skutki materialne, np. pożar, powódź, trąba powietrzna.

Zdarzeniami losowymi w rozumieniu Ustawy* nie są:

- urlop macierzyński,
- okres bezrobocia,
- praca poza granicami Polski.

(*) Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.)

3. Art 21 ust. 1 pkt 26 Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.)

Po złotówce

Łukasz Śmierzchowski – mąż fizjoterapeutki Agnieszki,
która od kilku miesięcy przebywa w śpiączce



Wszystko zaczęło się 17 maja, gdy Agnieszka była u swojego rocznego pacjenta hospicyjnego na wizie domowej. Gdy trzymała go na rękach, poczuła, że zaczyna upadać. Padła na kolana, tylko dziecko zdążyła przytrzymać. Jego ojciec wezwał pogotowie. Gdy jechałem samochodem, zadzwoniła do mnie i powiedziała: „Jadę karetką, nie wiem, co się dzieje”. I wtedy minęła mnie właśnie ta karetka.

Pękł tętniak, o którym nic nie wiedzieliśmy. W szpitalu w Zielonej Górze wyszedł do mnie nasz znajomy lekarz, który ocenił, że sprawa jest ciężka, ale nie beznadziejna. Agnieszka mówiła, że bardzo boli ją głowa, ale był z nią normalny kontakt. To była godz. 16. Powiedzieli, że operacja ma być dopiero rano. Zapytałem, czy można aż tyle czekać. Odpowiedzieli, że „co się stało, to już się stało, a procedury mówią, że można czekać 24 godziny”. Sami nie podjęli się operacji. Najpierw planowali przewieźć ją do Poznania, ale to nie wypaliło. Potem do Szczecina – to też nie wyszło. Stało na Legnicy. Tam operowali ją od 9 rano, podjął się tego specjalista od embolizacji. Po zabiegu zrobili jeszcze kontrolną tomografię. A potem doszło do kolejnego wylewu i tego samego dnia musieli przeprowadzić drugą operację, ale już tradycyjną. Do tej pierwszej musiałem ją tylko podgolić. Do drugiej już cięli jej włosy – to

był straszny widok. Operacja się udała, ale lekarze zapowiedzieli, że najbliższe 10 dni będzie decydujące. Dopiero po nich będzie wiadomo, czy przeżyje. Przeżyła, ale zaczęły się kolejne zakażenia, bakterie i wodogłowia. Była jednak przytomna. Najpierw komunikowała się z nami kiwnięciami głowy czy podnosząc kciuk, a potem zaczęła wypowiadać pierwsze słowa. Miała sprawną jedną rękę, druga ręką i nogi były nieruchome.

Dochodziła do siebie. Przewieźliśmy ją z powrotem do Zielonej Góry. Pomyślałem, że tam będzie jej najlepiej, bo dobrze zna cały personel szpitala, rodzina miała bliżej. Nasze córki (8 i 11 lat) były wtedy pod opieką jak nie jednej, to drugiej cioci. Kiedy tylko mogłem, spędzałem noce u Agnieszki. Najpierw się trochę ukrywałem w szpitalu, potem już oficjalnie mogłem spać na leżance przy łóżku żony.

23 lipca Agnieszka zadzwoniła do mnie, dopytywała, kiedy u niej będę. Powiedziałem, że za jakieś 2 godziny. Zapytałem: „czekasz?”. Odpowiedziała, że czeka. To była nasza ostatnia rozmowa. Gdy się u niej pojawiłem, miała straszny atak padaczki. W pokoju była sama, więc nikt nie wiedział, ile to już trwało. Była cała fioletowa, oczy jej wychodziły, ciało miała jakby podłączone do prądu. W mniejszym natężeniu, ale trwało to do rana. Wtedy zdecydowano o wprowadzeniu jej

w śpiączkę, ale drgawki i tak trwały jeszcze kolejny dzień. Kiedy uznali, że można już ją wybudzić, nie mogli tego zrobić przez cztery dni. Obudziła się, ale jest bez kontaktu. Nikt nie jest w stanie mi powiedzieć, co jest tego przyczyną. Nikt nie ma pomysłu.

Po paru tygodniach w szpitalu stwierdzono, że nic już nie mogą dla Agnieszki zrobić. Zastanawiałem się nad zabranieniem jej do domu, ale pielęgniarki, które chciałem zatrudnić, nie podjęły się tego wyzwania. W hospicjum, w którym żona pracowała, też nie chcieli jej przyjąć. Został więc Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, który z leczeniem nie ma nic wspólnego. Dla mnie to taka umieralnia i poczekalnia, ale nie miałem wyjścia. Tam jej stan bardzo się pogorszył, 1 listopada kazali mi przywieźć dzieci, aby się z nią pożegnały. Po raz kolejny jednak wywinęła się śmierci. Po jakimś czasie pielęgniarka środowiskowa powiedziała mi o Polskim Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej VOTUM, które zajmuje się pacjentami w śpiączce. Na początku stycznia Agnieszka trafiła do ich ośrodka w Sawicach. Tamtejszy fizjoterapeuta powiedział, że jej stan jest na tyle dobry, że pozwala na realizację planu leczenia, który sobie założyli. W rokowaniach są jednak bardzo oszczędni. Nie choruje dodatkowo, ale póki co poprawy nie ma.

Ten oddział Votum ma podpisaną umowę z NFZ, czyli nie płacimy za opiekę. Tylko prawda jest taka, że NFZ jeszcze nie wydał decyzji, czy zakwalifikował Agnieszkę. Każdego dnia czekam na pismo od nich. Mimo to władze ośrodka zaryzykowały i zdecydowały się już ją przyjąć.

Przez pierwsze tygodnie w ogóle nie pracowałem, byłem z żoną cały czas. Potem zacząłem powoli wracać do pracy. Dotąd byłem kierowcą międzynarodowym, jeździłem po świecie od poniedziałku do piątku, w domu byłem tylko w weekendy. Mieliśmy dla siebie mało czasu, szczególnie że żona ciągle się doksztalała. Ja wracałem z trasy,

a ona jechała na kolejne szkolenie np. do Poznania. Teraz musiałem zmienić pracę – dalej jestem kierowcą, ale jeżdżę już tylko po Zielonej Górze. Pieniądzy jest z tego oczywiście mniej, ale muszę poświęcić czas dzieciom i być przy Agnieszce. Pomagają mi moi rodzice, którzy z nami zamieszkali. Córki gwałtownie wyrosły, bardzo dzielnie się trzymają, choć to oczywiście pozory. Zdarza się, że mają chwile załamania, ale babcia bardzo o nie dba.

Trwa zbiórka w internecie na rehabilitację Agnieszki, którą rozpoczęła jej przyjaciółka. W grudniu dostałem informację, że Agnieszce przyznano 6 tys. zł wsparcia z KIF. Zachęcano mnie bardzo, abym w nowym roku złożył kolejny wniosek. Na pewno to zrobię. W sumie mamy około 50 tys. zł, na co składają się pieniądze ze zbiórek i właśnie z KIF. Niczego z tego nie ruszyłem. Jak wspomniałem, pobyt Agnieszki w Sawicach nie jest jeszcze pewny. Jeśli nie uzyskamy zgody, to będę musiał przenieść ją do ośrodka w Krakowie. Te 50 tys. zł starczy nam na dwa miesiące komercyjnego leczenia. Z naszych oszczędności będziemy mogli opłacić kolejne dwa. W Sawicach pacjent może przebywać do uzyskania poprawy w skali Glasgow, ale nie dłużej niż rok. Po tym terminie i tak będziemy musieli ją przenieść i płacić.

Agnieszka fizjoterapeutką była całe swoje zawodowe życie. Zawsze pomagała innym. Jeśli ktośkolwiek w Zielonej Górze nie mógł się dostać do lekarza – wystarczył telefon do niej i termin był na kolejny dzień. Bez względu na to, czy chodziło o kogoś z rodziny, znajomego czy znajomego znajomego. Teraz to ona potrzebuje wsparcia. Dowiedziałem się, że fizjoterapeutów w Polsce jest ponad 66 tys... a gdyby tak każdy dał chociaż po złotówce?

Agnieszka Gierczak-Cywińska



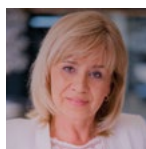
Rehabilitację pani Agnieszki można wesprzeć, biorąc udział w specjalnej zbiórce:

https://www.siepomaga.pl/zdrowie-agi?fbclid=IwAR1lwBvPLwdlQH2h__zWTTTMVq-9DH4AldBNvA-HcmpfAaOkkV4XCv0scE6M



Jak pomagają swoim członkom inne samorządy medyczne?

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych



Mariola Łodzińska

Wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Jednym z zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form wsparcia materialnego dla jego członków. Każda z 45 okręgowych izb w całej Polsce realizuje to ustawowe zadanie, odpowiadając na potrzeby danego regionu. Robi to na podstawie własnego regulaminu przyznawania pomocy koleżeńskiej.

Niektóre izby oferują pożyczki socjalne oraz wypłatę zapomóg pośmiertnych, chorobowych, losowych, a także dla pielęgniarek i położnych, które utraciły zatrudnienie. Ponadto proponują również możliwość skorzystania z dofinansowania do leczenia sanatoryjnego. Praca pielęgniarki czy położnej jest bardzo obciążająca psychicznie i fizycznie, a zmianowy system pracy potęguje te trudy. Ich efektem są choroby układu krążenia, ruchu, neurologicz-

nego oraz coraz liczniej występujące choroby onkologiczne. Praca zwłaszcza w porze nocnej – jak wynika z badań – prowadzi do zaburzeń rytmu okołodobowego, obniżenia syntezy melatoniny i niedoborów snu, co łączy się ze wzrostem ryzyka występowania chorób.

Izby dofinansowują także członków samorządu w przypadku indywidualnych zdarzeń losowych, klęski żywiołowej, długotrwałej choroby, także gdy to zdarzenie dotyczy członka rodziny. Tych możliwości jest bardzo wiele, jednak o tym, do kogo może trafić taka pomoc oraz w jakiej będzie wysokości, decyduje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na danym terenie. Z danych jakie NIPiP otrzymała od 43 okręgowych Izb, wynika, że w latach 2015–2019 z powodu choroby nowotworowej udzielono pomocy materialnej 7829 pielęgniarkom i położnym. Na ten cel przeznaczono prawie 6 mln zł. Skala zjawiska w przypadku chorób nowotworowych jest bardzo duża, natomiast wysokość dofinansowania zależy od wielu czynników w poszczególnych Izbach.

Naczelna Izba Lekarska



Mariusz Janikowski

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej
Prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Fot. Marta Jakubiak

W każdej okręgowej Izbie Lekarskiej działa Komisja Bytowa (nazewnictwo jest różne w zależności od okręgu), której zadaniem jest przyznawanie zapomóg dla członków. Dysponuje funduszami w wysokości ustalonej przez Zjazd bądź Radę Lekarską, a zasady przyznawania pomocy w każdej z izb precyzuje regulamin. W zależności od okrę-

gu mogą to być: zapomoga jednorazowa lub systematyczna pomoc finansowa. Oferowane są stypendia naukowe dla uczących się dzieci z rodzin lekarskich, które takiej pomocy wymagają. Komisje przyznają także zasiłek pośmiertny, a niektóre izby wprowadziły „becikowe” – świadczenie po urodzeniu czy adopcji dziecka. Niektóre izby mają też jednorazowe świadczenie pieniężne dla seniorów, np. po ukończeniu 90 roku życia.

Na szczęblu centralnym Naczelna Rada Lekarska w 2010 r. ustanowiła Fundację Lekarze Lekarzom. Powstała ona po powodzi, która pozbawiła wtedy majątku wiele osób na

południu Polski (okolice Sandomierza), a wśród nich również lekarzy. Kłopot z organizacją pomocy dla nich był inspiracją do utworzenia fundacji. Jej statut określa komu i w jakich okolicznościach można udzielić finansowego wsparcia. Przyznawane przez fundację świadczenia są przeznaczone dla osób, które potrzebują większego wsparcia niż

to, które oferują izby okręgowe. Staramy się zbierać datki, aby utworzyć fundusz strategiczny. Pragnę też zauważyć, że wpłaty na rzecz fundacji pochodzą praktycznie tylko z dobrowolnych datków od lekarzy, 1 proc. podatku oraz z izb okręgowych (1 zł od członka izby).

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych



Alina Niewiadomska

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Samorząd diagnostów laboratoryjnych jest najmniej licznym ze wszystkich samorządów medycznych zawodów zaufania publicznego. W tej chwili liczy ponad 16,7 tys. osób. Składka, którą płacą diagnosty, również jest najniższa – 20 zł miesięcznie. Pomimo tego Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych podejmuje szereg działań socjalnych. Na mój wniosek V Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych przyjął uchwałę o utworzeniu Funduszu Socjalnego Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Corocznie fundusz ten zasila 1 proc. z wpłacanych składek członkowskich. Diagnosta laboratoryjny, który znalazł się w trudnej sytuacji losowej, może dwa razy w roku otrzymać bezzwrotne wsparcie ze strony KIDL w wysokości minimalnego wynagrodzenia. Z tego funduszu również wypłacane jest świadczenie w wysokości 1000 zł dla rodziny zmarłego diagnosty laboratoryjnego.

V Zjazd zdecydował również o powołaniu Rzecznika Praw Diagnosty Laboratoryjnego. Członkowie samorządu, których prawa zostały naruszone lub są zagrożone, mogą liczyć na wsparcie i bezpłatną pomoc Rzecznika i współpracującego z nim prawnika.

Od lat Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych wspiera doskonalenie zawodowe i podnoszenie kwalifikacji swoich członków. Już na początku drogi zawodowej najlepszy absolwent kierunku analityka medyczna otrzymuje nagrodę w wysokości 2 tys. zł. Nagrody finansowe otrzymują również wyłonieni w konkursie autorzy trzech najlepszych prac magisterskich. Poza tym każda uczelnia medyczna, prowadząca kształcenie specjalizacyjne, może otrzymać od KIDL dofinansowanie w wysokości 10 tys. zł rocznie, co pozwala obniżyć wysokość opłat ponoszonych przez diagnostów za kursy. Nie są to małe wydatki dla naszego budżetu, ponieważ diagnostów laboratoryjnych kształci 11 uczelni medycznych.

Każdy diagnosta, który zakończy kształcenie specjalizacyjne i uzyska tytuł specjalisty, otrzymuje nagrodę w wysokości 1000 zł. Co roku trafia ona do ok. 250 osób.

Współfinansujemy również czynny udział diagnostów w konferencjach międzynarodowych oraz wspieramy ich organizując kursy i konferencje zarówno w siedzibie Izby w Warszawie, jak i w poszczególnych województwach. Udział w nich jest premiowany punktami edukacyjnymi.

Członkowie naszego samorządu mogą na preferencyjnych warunkach korzystać z bazy noclegowej zlokalizowanej w siedzibie izby, nie tylko podczas szkoleń, ale również spędzając w Warszawie weekend czy wakacje z rodziną.

Fundusz Samopomocy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

O wsparcie z Funduszu Samopomocy OIL mogą ubiegać się lekarze i lekarze dentyści, członkowie ich najbliższych rodzin oraz pracownicy biura Izby. Rada Funduszu opiniuje wnioski o pomoc pieniężną lub materialną. W warszawskiej Izbie Fundusz Samopomocy tworzy się z 2,5 proc. odpisu ze składek członkowskich, ale także z darowizn i dotacji oraz dobrowolnych wpłat członków.

Środki Funduszu przeznacza się na pomoc zwrotną (pożyczka socjalna, pożyczka szkoleniowa) lub bezzwrotną (trudna sytuacja życiowa, odprawa pośmiertna, zasiłek po śmierci rodzica-lekarza, „becikowe”).

Lekarze mogą się ubiegać o zapomogę, gdy są w trudnej sytuacji życiowej (1000 zł raz na 6 miesięcy), stypendium dla dziecka zmarłego rodzica-lekarza – 2000 zł oraz „becikowe” w wysokości 1000 zł. Można też wnioskować o pożyczkę socjalną w wysokości 10 tys. zł (oprocentowanie 5 proc. w skali roku) oraz 5 tys. zł pożyczki szkoleniowej (nieoprocentowana).

Red.

Opracowano na podstawie: <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2019/06/Regulamin-Funduszu-Samopomocy-OIL-w-Warszawie.pdf>



finezjo

– krok w przyszłość fizjoterapii

Finezjo to długo wyczekiwany krok w stronę efektywnej elektronicznej dokumentacji medycznej. To nowoczesna, bezpieczna, zgodna z wytycznymi i całkowicie bezpłatna aplikacja stworzona we współpracy z fizjoterapeutami i z myślą o nich.

Aplikacja Finezjo wystartowała na początku stycznia, wprowadzając zarządzanie indywidualną praktyką fizjoterapeutyczną w standardy drugiej dekady XXI wieku. Pierwszy miesiąc był niewątpliwie czasem próby – z ciekawością czekaliśmy na sygnały od tych, którzy jako pierwsi zaufali Finezjo. **Zdecydowało się na ten ruch blisko 20 proc. zarejestrowanych w kraju indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.** To wynik, który jest dobrą prognozą na przyszłość i który potwierdza słuszność decyzji o wprowadzeniu takiego produktu na rynek.

W ocenie pierwszych użytkowników aplikacja okazała się intuicyjna i przydatna w prowadzeniu praktyki, realnie wpływa na ich komfort pracy. Specjalnie przeszkolony helpdesk był gotowy do udzielania im wszelkiej pomocy, ale – ku naszej radości – nie odnotowaliśmy żadnych poważniejszych problemów. Zamiast tego otrzymaliśmy wiele istotnych sugestii i pomysłów, które przyczynią się do rozwoju Finezjo. Wielu użytkowników doceniło dobrą ergonomię, estetykę, czytelność aplikacji oraz jasność cyfrowej instrukcji, pozwalającej z łatwością odnaleźć się w możliwościach Finezjo.

Dzięki licznie napływającym sugestiom fizjoterapeutów możemy stale rozwijać aplikację Finezjo, tak by jeszcze lepiej odpowiadała na stawiane przed nią oczekiwania. Pracujący nad nią zespół analizuje spływające pomysły i wprowadza zmiany w zgodzie z potrzebami użytkowników. W ciągu zaledwie miesiąca od startu wprowadziliśmy kilkadziesiąt istotnych innowacji, wśród których można wymienić:

- Integrację Finezjo z Google Calendar – dane zamieszczane w grafiku aplikacji są bezpośrednio przesyłane do kalendarza Google, co pozwala na

optymalizację terminarza.

- Wdrożenie wersji mobilnej Finezjo – aplikacja jest w pełni kompatybilna z urządzeniami mobilnymi, takimi jak tablety i smartfony.
- Dodanie modułu archiwizacji pacjentów nieaktywnych – moduł pozwala na przeniesienie pacjenta, z którym fizjoterapeuta zakończył współpracę, do elektronicznego archiwum, pozostawiając jednocześnie pełną historię odbytych wizyt.
- Rozbudowanie systemu autouzupełniania i dodawania wizyty – aplikacja Finezjo inteligentnie uzupełni pola m.in. podczas dodawania wizyty czy zakładania karty pacjenta.
- Wdrożenie zautomatyzowanego procesu wysyłania powiadomień SMS z opcją wyłączenia powiadomień – Finezjo może automatycznie informować pacjentów o umówionych wizytach, co wpłynie na komfort współpracy na linii pacjent-fizjoterapeuta, ale w gestii użytkownika pozostaje również rezygnacja z systemu powiadomień.
- Wdrożenie numerów kierunkowych oraz usprawnienia w zakresie numeru telefonu pacjenta – aplikacja Finezjo zyskała możliwość obsługi pacjentów spoza Polski.

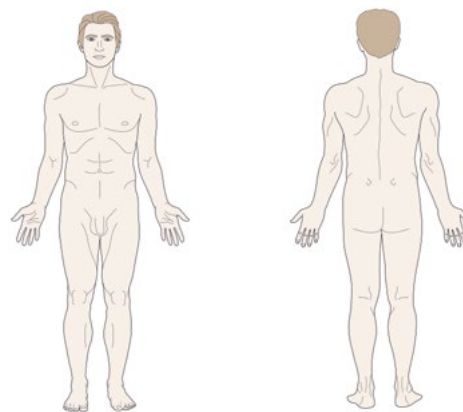
Warto w tym miejscu również wspomnieć o toczących się równolegle pracach kilkudziesięcioosobowego Zespołu ds. Walidacji Testów, prowadzonych pod okiem Ernesta Wiśniewskiego – wiceprezesa KRF i kierownika projektu – dr hab. Dariusza Czaprowskiego, zajmującego się oceną powtarzalności testów zawartych już w bazie aplikacji Finezjo na określonej grupie pacjentów. Testy, aby były uznawane za wiarygodne narzędzia diagnostyczne i aby można było

wyciągać z ich wyników wnioski kliniczne, muszą być zweryfikowane pod kątem rzetelności. Bez tego nie można ocenić efektywności procesu fizjoterapii. Możliwości, jakie daje Finezjo, są niewątpliwym przełomem w poszukiwaniu wspólnego mianownika między nauką a praktyką kliniczną.

Aktywna współpraca z fizjoterapeutami przy rozbudowywaniu funkcjonalności aplikacji jest niezwykle ważnym krokiem w kolejnych etapach rozwoju Finezjo. W tym miejscu chcielibyśmy złożyć szczere i serdecznie podziękowania na ręce wszystkich osób, które codziennie przyczyniają się do tego, aby nasz projekt stał się jeszcze lepszy.

W najbliższej perspektywie aplikacja Finezjo będzie nieustannie rozwijana, tak aby w pełni odpowiadać na potrzeby stale rozrastającej się grupy użytkowników. Priorytetem jest stworzenie jej wersji dla podmiotów leczniczych oraz praktyk grupowych, a ponadto integracja z portalem Znajdź Fizjoterapeutę, umożliwiającą prowadzenie zapisów online pacjentów i jednocześnie odnotowanie tego faktu w aplikacji Finezjo. Z perspektywy czasu istotne jest również zintegrowanie Finezjo z Narodowym Funduszem Zdrowia, tak by możliwe raportowanie do NFZ bezpośrednio z poziomu aplikacji. Pracujemy również nad dostosowaniem naszej aplikacji do potrzeb fizjoterapeutów pracujących z dziećmi, dla których tworzymy kartę badania pediatrycznego zgodną z wytycznymi KIF. Interesującym dodatkiem będzie także interaktywny model człowieka, na który będzie można nanosić obserwacje dotyczące pacjenta. Warto tutaj podkreślić, że powstaje on przy współpracy z fizjoterapeutką-artystką Martą Pawelec.

Wzorce i doświadczenia wypracowane podczas pracy nad Finezjo pragniemy przekazywać innym. Zamierzamy wziąć udział w wydarzeniu The Future



Projekt interaktywnego modelu człowieka. Rys. Marta Pawelec

of Digital Health Systems 2.0 w Kopenhadze, organizowanym pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia, na którym zaprezentujemy prototyp angielskiej wersji aplikacji. To milowy krok w promocji polskich osiągnięć i wypracowywania najlepszej drogi dla sformalizowania i cyfryzacji dokumentacji medycznej w fizjoterapii.

Tworzenie i pierwszy etap działania aplikacji Finezjo był niewątpliwie czasem wytężonej pracy, nauki i niekończących się rozmów nad projektem, który – mamy nadzieję – stanie się wizytówką nowoczesnej polskiej fizjoterapii. Jesteśmy dumni z udanego wdrożenia wersji startowej, ale nie spoczywamy na laurach, bo dostrzegamy nowe wyzwania stojące przed nami. Mam nadzieję, że wspólnie zrobimy następne kroki w kierunku zapewnienia lepszej przyszłości dla polskiej fizjoterapii.

Łukasz Dobrakowski
Kierownik projektu



Opinie...

Maciej Rywacki - fizjoterapeuta z Warszawy

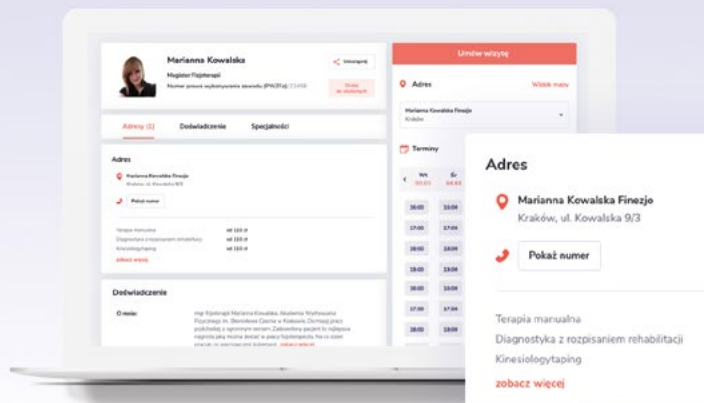
Korzystałem w czasie mojej pracy zawodowej z różnych aplikacji do prowadzenia dokumentacji medycznej. Uważam, że jak na wersję próbną, aplikacja Finezjo jest przyjazna w codziennym użyciu. Interfejs jest intuicyjny i czytelny. Zespół rozwijający system odpowiada na maile użytkowników z uwagami. Daje to nadzieję, że w kolejnych miesiącach funkcjonowania, dzięki konstruktywnym uwagom, aplikacja stanie się solidnym, pewnym, szybkim i trwałym narzędziem do prowadzenia dokumentacji medycznej. Póki co jest dostępna w wersji dla indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych.

Iwona Słowak - fizjoterapeutka z Buska

Korzystam z aplikacji Finezjo od początku. Jestem bardzo zadowolona, bo jest ona łatwa w obsłudze, intuicyjna, zawiera prostą kartę badania. Dużym plusem jest jej przejrzystość. Podoba mi się opcja automatycznego kopiowania procedur w kontynuowanym cyklu leczenia oraz możliwość dodania kolejnego cyklu, np. gdy dany pacjent wróci do nas po roku z innym schorzeniem. Niewątpliwym plusem jest to, że jest darmowa.



Co nowego w serwisie Znajdź Fizjoterapeutę?



Serwis Znajdź Fizjoterapeutę zadebiutował w połowie 2019 r. Zespół pracujący przy projektach informatycznych Krajowej Izby Fizjoterapeutów przygotował autorską aplikację, której celem jest łączenie pacjentów i fizjoterapeutów. W całej gamie nowoczesnych rozwiązań oferowanych przez KIF (np. Portal Fizjoterapeuty, Finezjo), wyszukiwarka znajdfizjoterapeute.pl jest produktem szczególnym, bo adresowanym przede wszystkim do pacjentów. Stąd nieco inna, dwuetapowa strategia komunikacji.

Na początku cały wysiłek skupiliśmy na zachęceniu jak największej liczby fizjoterapeutów do zakładania swoich profili – bez nich wyszukiwarka nie miałaby większej wartości dla użytkownika. Komunikacja odbywała się poprzez newslettery, mailingi oraz profil KIF na Facebooku. Oto stan na koniec lutego 2020 r.:



Ponad 4 tys. fizjoterapeutów zarejestrowało się w serwisie.
1 648 osób uzupełniło swój profil!



Jeśli nie zamieścimy informacji o adresie gabinetu, nikt nie znajdzie profilu!
1 180 – tylu fizjoterapeutów podało co najmniej jeden adres.



Jedno zdjęcie mówi więcej niż 1000 słów.
Czyżby? Tylko 841 fizjoterapeutów dodało zdjęcie.

Jak widać, w serwisie jest już sporo profili. Jeśli jednak zestawimy je z liczbą aktywnych fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu (ponad 66 tysięcy), zobaczymy, jak duży potencjał tkwi w wyszukiwarce. Zachęcamy wszystkich do zakładania kont – w ten bezpłatny i całkowicie zgodny z prawem sposób członkowie samorządu mogą promować zawód fizjoterapeuty, ale także swoje indywidualne gabinety i praktyki.

Teraz jest jeszcze kilka dodatkowych powodów, które powinny zachęcić fizjoterapeutów do rejestracji.

Już w marcu wyszukiwarka przeszła gruntowny lifting – zmienił się wygląd strony głównej, serwis został przebudowany, a każda wizytówka fizjoterapeuty ma teraz unikalny i ustrukturyzowany link. Ta ostatnia zmiana pozwoli na udostępnianie wyników ze Znajdź Fizjoterapeutę w mediach społecznościowych w przyjazny i estetyczny sposób. Dodatkowo wprowadziliśmy możliwość dodawania numeru telefonu, brak tej funkcji zgłaszało nam wiele osób. Możliwość kontaktu z fizjoterapeutą przez aplikację będzie oczywiście nadal możliwa, ale teraz pacjent będzie mógł wybrać dogodną dla siebie formę kontaktu.

Rozwijamy także część blogową strony. Już teraz publikujemy na niej materiały dla pacjentów, promujące treści związane z fizjoterapią, profilaktyką i zdrowym stylem życia. Są one pisane stylem popularnonaukowym, aby były zrozumiałe dla odbiorcy, który nie jest zawodowo związany z medycyną. Ostatnio dodaliśmy artykuły m.in. na temat zdrowia pracownika biurowego, o mądrym korzystaniu ze smartfonów czy wyjaśniający, kim właściwie jest fizjoterapeuta.

Wszystkie te zmiany wpłyną pozytywnie na pozycjonowanie serwisu w wyszukiwarkach. Dodatkowo pod koniec lutego wystartowała kampania marketingowa promująca Znajdź Fizjoterapeutę w Google. Działania te będziemy kontynuowali w marcu, gdyż chcemy, aby jak najwięcej użytkowników poznało nasz serwis i przekonało się, jak wygodnie i łatwo można znaleźć zaufanego fizjoterapeutę.

Zapraszamy do odwiedzenia serwisu, promowania go wśród znajomych i pacjentów oraz do śledzenia profilu na Facebooku: <https://www.facebook.com/znajdfizjoterapeute>.

Wojciech Komosa
Kierownik Działu Komunikacji
i Marketingu KIF



Setna rocznica powstania APTA (American Physical Therapy Association)

APTA jest amerykańską organizacją zrzeszającą ponad 100 000 fizjoterapeutów, asystentów i studentów fizjoterapii. Amerykańscy fizjoterapeuci szykują się do obchodów stulecia istnienia swojej organizacji.

Historia APTA zaczęła się od silnej potrzeby służenia tym, którzy wiele poświęcili dla Stanów Zjednoczonych podczas I wojny światowej. Tam, gdzie część ludzi widziała ograniczenia, inni widzieli potencjał. 15 stycznia 1921 r. założyciele APTA spotykali się w restauracji Keens Chophouse w Nowym Jorku i zdecydowali o utworzeniu stowarzyszenia o nazwie American Women's Physical Therapeutic Association. Składkę ustalono na 2 dolary. W tym samym roku zadebiutowało również czasopismo stowarzyszenia „P.T. Review” (później pod nazwą „Physical Therapy Journal”). Pierwszą prezes stowarzyszenia została Mary McMillan.

W 1922 r. w Bostonie odbyła się pierwsza konferencja organizacji, a nazwę zmieniono na American Physiotherapy Association. W latach 40. XX wieku APTA wprowadziła się do swojej pierwszej oficjalnej siedziby w Nowym Jorku. Dziś organizacja dynamicznie się rozwija – skupia także studentów fizjoterapii, a liczba jej członków w 2017 r. przekroczyła 100 tysięcy. APTA działa bardzo aktywnie, m.in. tworzy programy kształcenia dla asystentów fizjoterapii.

Gratulujemy i podziwiamy :-). Krajowa Izba Fizjoterapeutów ma dopiero nieco ponad trzy lata!

Źródło: <https://centennial.apta.org/home/our-history/>

Egzoszkielety mają pomóc Japończykom pracować jak najdłużej

Japonia zmagą się z problemem starzenia się społeczeństwa i z powodu braków kadrowych pracodawcy muszą dbać o swoich pracowników, aby ci mogli być aktywni jak najdłużej. Według raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) Japonia ma jedną z najstarszych populacji na świecie i osoby po 65. roku życia stanowią już ponad 50 procent wszystkich aktywnych zawodowo.

Egzoszkielety mają być – według Japończyków – dobrym rozwiązaniem problemu starzejącego się społeczeństwa. Egzoszkielety w postaci pompowanych plecaków mają zabezpieczać ciało pracownika i umożliwiać przenoszenie przedmiotów o wadze ponad 20 kilogramów. Zadaniem takiego egzoszkieletu jest przede wszystkim odciążenie kręgosłupa, co ma pozwolić na dłuższą pracę fizyczną.

Dla Japończyków priorytetem jest wprowadzenie rozwiązania, które pozwoli na zatrzymanie starszych osób na rynku pracy. Na dłuższej pracy zależy także samym Japończykom, którzy chcą móc zapewnić sobie i swoim rodzinom lepsze warunki życia.

Źródło: <https://interestingengineering.com/elderly-in-japan-are-wearing-exoskeletons-to-keep-working-past-retirement-age>

Inteligentne kombinezony

Naukowcy z uniwersytetu w Helsinkach opracowali innowacyjny kombinezon, który rejestruje spontaniczne ruchy niemowląt już od piątego miesiąca życia. Informacje zebrane przy pomocy kombinezonu mają pomagać m.in. w ujawnianiu nieprawidłowości w rozwoju neurologicznym dzieci. Ocena spontanicznych i dobrowolnych ruchów jest częścią badania neurologicznego niemowląt. Wcześniej jednak ocena ilościowa spontanicznej ruchliwości dziecka w jego naturalnym środowisku nie była możliwa. Dzieci są przede wszystkim oceniane jakościowo w gabinecie lekarskim lub fizjoterapeutycznym. Codzienne zachowanie niemowlęcia niekoniecz-

nie odpowiada więc temu, co można zaobserwować podczas badania. Kombinezon opracowany przez Finów ma to zmienić. Dziecko może zostać odesłane do domu w kombinezonie i być dzięki niemu obserwowane i monitorowane przez cały dzień. Następnie kombinezon zostaje zwrócony do szpitala, gdzie dane zebrane przy jego pomocy są szczytywane i analizowane. Naukowcy z Uniwersytetu Helsińskiego tłumaczą, że pomiary mają zapewnić bardzo precyzyjne wykrywanie zmienności w ruchliwości niemowląt od wieku pięciu miesięcy, czego nie potrafiły do tej pory robić tzw. inteligentne ubrania medyczne.

Źródło: <https://www.helsinki.fi/en/news/health-news/a-smart-jumpsuit-provides-information-on-infants-movement-and-development>

WK

Fizjoterapeuta w warunkach ekstremalnych

Fizjoterapia ma rozwijać, utrzymywać i przywracać ludziom maksymalną sprawność oraz poprawiać ich poziom funkcjonowania. Powinna być dostępna dla każdego na przestrzeni całego życia. Mamy standardy kształcenia, dążymy do ujednolicenia regulacji zawodowych, nieustannie się rozwijamy, szkolimy, doskonalimy swoje umiejętności, a także chcemy rozszerzać nasze kompetencje. I bardzo dobrze. Wszystko po to, aby nasz pacjent mógł jak najlepiej funkcjonować.

„Trzęsienie ziemi zbudziło Twoje miasto o szóstej rano, Twój dom i najbliższa rodzina są w porządku, ale wiele innych domów w okolicy jest uszkodzonych, a drogi są zablokowane. Komunikacja jest wyłączona i nie możesz skontaktować się z resztą rodziny i przyjaciółmi. Z radia dowiadujesz się, że tysiące ludzi zginęło, a wszystkie główne szpitale są już przepełnione. Słyszysz o przybywających zespołach ratowniczych spoza dotkniętego obszaru, ale nie wiesz, kiedy przybędą. Nie wiesz jeszcze, czy Twój gabinet rehabilitacyjny (lub Twoich kolegów fizjoterapeutów) przetrwał. Stajesz w sytuacji wyboru pomiędzy koniecznością wsparcia swoich bliskich, a udzielenia pomocy w zaspokojeniu najpilniejszych potrzeb w Twojej okolicy a Twoją rolę jako fizjoterapeuty¹. Co robisz?

Pewnie nie zastanawiamy się na co dzień nad tym, z jakimi problemami muszą mierzyć się ludzie w innych stronach świata. Oczywiście podglądamy Australijczyków czy Kanadyjczyków, u których fizjoterapia już od lat jest dobrze rozwiniętą i bardzo poważaną gałęzią ochrony zdrowia. Z nadzieją analizujemy także najnowsze wytyczne dla brytyjskich fizjoterapeutów pierwszego kontaktu. Fizjoterapia na świecie dynamicznie się rozwija, coraz więcej jest specjalistycznych szkoleń, kongresów, sympozjów, produkowane i testowane są nowoczesne sprzęty i e-technologie... Ale czy wszędzie tak jest? A co, jeśli dany kraj dotyka wojna? Katastrofa? Czy tam fizjoterapia nagle przestaje istnieć? Czy ludzie, którzy w wyniku wybuchu tracą kończynę albo z powodu postrzału doznają ciężkiego urazu głowy, mogą liczyć na jakiegokolwiek wsparcie?

Tak, ale... większość pracowników służby zdrowia zajmujących się rehabilitacją w krajach, w których występują sytuacje kryzysowe, nie posiada wszystkich umiejętności potrzebnych do leczenia takich obrażeń².

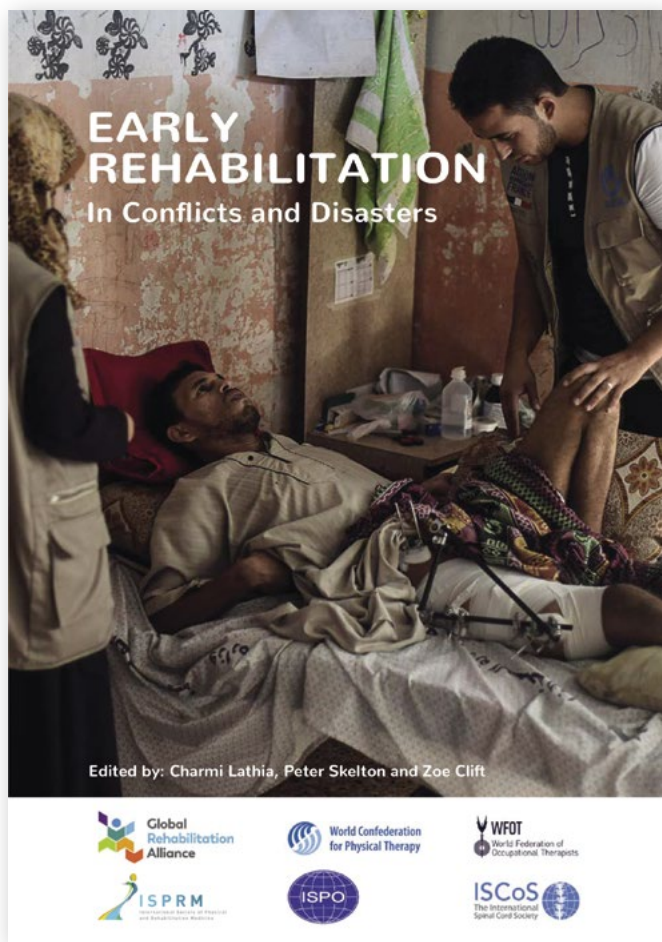
Międzynarodowa organizacja pozarządowa Humanity & Inclusion (wcześniej Handicap International), w ścisłej współpracy ze Światową Konfederacją Fizjoterapii (WCPT), a także przy wsparciu m. in. Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowego Czerwonego Krzyża uruchomiła właśnie pionierski projekt dotyczący wczesnej rehabilitacji w sytuacjach wojny, katastrof i klęsk żywiołowych. WCPT, która zrzesza fizjoterapeutów z całego świata, doskonale zdaje sobie sprawę z tego, że kiedy dochodzi do nagłych wypadków, potrzeba wczesnej rehabilitacji rośnie. Wczesna rehabilitacja pacjentów z urazami odniesionymi podczas wojny, konfliktów zbrojnych czy katastrof jest obecnie uznawana za integralną część procesu powrotu do zdrowia. Na przykład w przypadku pacjenta z urazową amputacją oznacza szybszy czas powrotu do zdrowia i większą szansę na optymalną jakość życia.

W ramach wspomnianego projektu w styczniu br. ukazał się specjalny podręcznik dla fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych, lada chwila ma również ruszyć szkolenie e-learningowe. O publikacji podręcznika szeroko informuje WCPT, zarówno na swojej stronie internetowej, jak i w newsletterze oraz mediach społecznościowych.

Jest to pierwszy na świecie podręcznik, który ma być źródłem wiedzy w zakresie wczesnej rehabilitacji w sytuacjach kryzysowych. Adresowany jest do tych, którzy powszechnego dostępu do takiej wiedzy często nie mają, a ich rola we wczesnej rehabilitacji może okazać się nie do przecenienia.

Podręcznik, a właściwie pakiet edukacyjny, obejmuje sześć obszarów klinicznych, tj. wczesnej rehabilitacji w:

- amputacjach,
- złamaniach,
- urazach nerwów obwodowych,



Podręcznik znajdziesz pod adresem:

https://hi.org/sn_uploads/document/36199-Humanity--Inclusion-Clinical-Handbook-web_1.pdf

- urazach rdzenia kręgowego,
- urazach czaszkowo-mózgowych i
- oparzeniach.

Każdy rozdział podręcznika został napisany przez ekspertów w swojej dziedzinie i obejmuje protokoły postępowania terapeutycznego oparte na praktyce i doświadczeniu, a także liczne zdjęcia obrazujące konkretne techniki. Celem tej publikacji jest pomoc fizjoterapeutom i terapeutom zajęciowym, którzy mieszkają, pracują bądź przygotowują się do pracy w sytuacjach konfliktów lub katastrof, w zapewnieniu wysokiej jakości interwencji na etapie wczesnej rehabilitacji.

Podręcznik zawiera bardzo konkretne informacje – od klasyfikacji przez metody diagnostyczne do protokołów postępowania w przypadku komplikacji. Przykładem mogą być złamania urazowe, w przypadku których dokładnie wypisane są możliwe niebezpieczeństwa, szczegółowe objawy, którymi się

one charakteryzują oraz konkretne działania, które należy podjąć w momencie ich wystąpienia. Ponadto autorzy wymieniają listy działań priorytetowych, omawiają też możliwe konsekwencje psychologiczne. Podręcznik uzupełniony jest szczegółowymi studiami przypadków wraz z przykładami prowadzenia karty badania. Ponadto znaleźć w nim można pakiety informacji instruktażowych dla rodzin i opiekunów, które fizjoterapeuta powinien umieć przekazać.

Dodatkowo przygotowano też pakiet anglojęzycznych filmów edukacyjnych, które bezpłatnie obejrzeć można w serwisie YouTube, pod adresem:

<https://www.youtube.com/c/EarlyRehabilitationinConflictsandDisasters>.

W maju uruchomione ma zostać szkolenie e-learningowe oparte na opublikowanym podręczniku.

Niestety konflikty zbrojne, wojny, katastrofy dotykają społeczeństwa w sposób dramatyczny, z konsekwencjami trwającymi często całe pokolenia. Wczesna rehabilitacja pacjentów z ciężkimi urazami jest absolutnie kluczowym elementem szybkiej reakcji medycznej na katastrofę (ang. disaster acute medical response) i ważnym krokiem w planowaniu długoterminowych strategii rekonwalescencji.

Warto zapoznać się także z innymi dokumentami:

- **Obszerny raport Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT) z 2016 roku: „Rola fizjoterapeutów w sytuacjach kryzysowych”**
https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/reports/WCPT_DisasterManagementReport_FINAL_March2016.pdf.
- **Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2016 roku: „Minimum standardów i zaleceń dla rehabilitacji w zespołach ratunkowych”**
<https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/MINIMUM%20TECHNICAL%20STANDARDS.pdf>
- **Podręcznik z 2015 roku „Rehabilitacja w nagłych katastrofach”, opracowany przez organizacje Humanity & Inclusion i UK Aid**
https://www.bond.org.uk/sites/default/files/resource-documents/rehabilitation_in_sudden_onset_disasters_complete_manual.pdf



Weronika Krzepkowska
Zespół ds. Międzynarodowych KIF

1. „Early Rehabilitation in conflicts and disasters”, rozdział 2, str. 30
2. <https://hi.org/en/early-rehabilitation-in-conflicts-and-disasters>

Komórki macierzyste – czy ich podawanie ma sens?

Na dziś nie ma dowodów naukowych potwierdzających sensowność terapii z wykorzystaniem komórek macierzystych przy problemach stawowych. Niewiele badań przeprowadzonych na ludziach było naprawdę rzetelnych i żadne z nich nie wykazało, by komórki macierzyste rzeczywiście odbudowywały chrząstkę. Problemem jest już samo pojęcie terapii z wykorzystaniem komórek macierzystych. Składy podawanych preparatów są różne, niektóre nawet... nie zawierają komórek macierzystych. Według teoretycznych założeń tej metody leczenia, komórki macierzyste powinny różnicować się, by upodobnić się do komórek tkanki, w którą są wprowadzane. W rzeczywistości jakoś nie bardzo chcą to robić. Obecnie najczęściej wykorzystywane komórki macierzyste pochodzą przede wszystkim ze szpiku lub tkanki tłuszczowej. Biznes medyczny, polegający na wykonywaniu zastrzyków dostawowych z wykorzystaniem preparatów zawierających komórki macierzyste, rozwija się dynamicznie. Najczęściej leczone w ten sposób są kolana. Bóle czy problemy w obrębie tego stawu są bardzo częste. Staw jest duży i łatwo dostępny, co sprawia, że proce-

dura jest względnie łatwa. Wraz z epidemią otyłości i narastającą liczbą pacjentów z chorobą zwyrodnieniową kolan komórki macierzyste wydają się świetną alternatywą dla operacji wszczepienia endoprotezy. Niestety, badania nie potwierdzają huraoptymizmu niektórych specjalistów medycznych. Duży przegląd literatury przygotowany przez holenderskich badaczy z 2017 r.¹ nie potwierdził skuteczności tej metody leczenia. Także chińscy badacze w 2018 r.² oceniający skuteczność tej formy terapii na zwierzęcym modelu choroby zwyrodnieniowej stawu, nie potwierdzili jej skuteczności. Pojedyncze badania wskazują na pewną poprawę stanu pacjenta przy niewielkim nasileniu zmian zwyrodnieniowych, ale nie regenerację chrząstki. Co ciekawe, badania porównujące skuteczność nastrzyknięcia preparatem z komórek macierzystych do nastrzyknięcia preparatem soli fizjologicznej nie wykazały istotnej statystycznie różnicy. W obu grupach doszło do zmniejszenia objawów bólowych³, ale w żadnym przypadku nie wykazano regeneracji chrząstki stawowej. Co mają robić pacjenci? Czy warto poddawać się takim zabiegom? Raczej nie, lepiej skorzystać z fizjoterapii. Nasze działania, np. leczenie ruchem, zmniejszają również efekty bólowe, a są dużo tańsze i bezpieczniejsze.

1. Pas HJ, Winters M, Haisma HJ, Koenis MJ, Tol JL, Moen MH. Stem cell injections in knee osteoarthritis: a systematic review of the literature. *Br J Sports Med.* 2017;51(15):1125–1133. doi:10.1136/bjsports-2016-096793

2. Xing D, Kwong J, Yang Z, et al. Intra-articular injection of mesenchymal stem cells in treating knee osteoarthritis: a systematic review of animal studies. *Osteoarthritis Cartilage.* 2018;26(4):445–461. doi:10.1016/j.joca.2018.01.010

3. Jones JA, Togashi R, Wilson ML, Heckmann N, Vangsness CT Jr. Intra-articular treatment options for knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2019;15(2):77–90. doi:10.1038/s41584-018-0123-4

ZW

Ryzyko powikłań po endoprotezoplastyce stawu biodrowego

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego to bardzo częsta procedura z niewielką liczbą powikłań (ok. 1 proc.). Jednym z poważniejszych jest zwichnięcie protezy stawu biodrowego, które może prowadzić do konieczności przeprowadzenia reoperacji. Aby do tego nie doprowadzić, pacjentom zaleca się wprowadzenie kilku środków ostrożności: zakaz krzyżowania nóg, unikanie rotacji wewnętrznej oraz maksymalnego zgięcia operowanego stawu. W ostatnich latach kwestionowano jednak stosowanie tych zaleceń. Kluczowe badania wska-

zywały, że przestrzeganie ich może mieć szkodliwy wpływ na powrót funkcji chorego.¹ Pacjenci zgłaszali, że obostrzenia nie pozwalały im wykonywać codziennych czynności życiowych, powodowały zaburzenia snu oraz zniechęcały do wychodzenia z domu oraz generowało dodatkowe koszty. Najnowsze badania pokazują, że liberalne podejście do ruchu operowanej kończyny przyspiesza powrót do aktywności i zwiększa satysfakcję operowanej osoby. Co ciekawe, okazało się, że pacjenci, którym nie mówiono o obowiązku ograniczania zakresu ruchu, szybciej przechodzili do spania na boku, wracali do czynności takich jak np. jazda samochodem oraz decydowali się na powrót do pracy.²

MO

1. Lee, G. R. H., Berstock, J. R., Whitehouse, M. R., & Blom, A. W. (2017). Recall and patient perceptions of hip precautions 6 weeks after total hip arthroplasty. *Acta Orthopaedica*

2. Van der Weegen, W., Kornuijt, A., & Das, D. (2015). Do lifestyle restrictions and precautions prevent dislocation after total hip arthroplasty? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Clinical Rehabilitation*

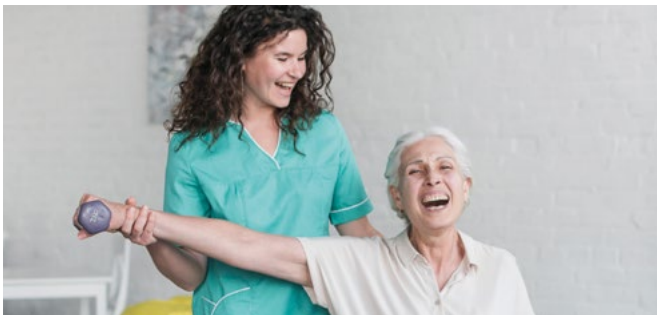


Złudzenia sensoryczne jako środki przeciwbólowe?

Badania wykazały, że odczuwanie bólu jest wysoce subiektywne. Ludzie odbierają go z mniejszą lub większą intensywnością w zależności od nastroju i skupienia uwagi. Ta obserwacja pokazuje, jaki potencjał tkwi w manipulacjach poznawczych stosowanych w celu zmniejszenia bólu związanego z patologiami. Złudzenia wzrokowo-dotykowe mogą pomóc w łagodzeniu bólu, z powodu którego cierpią pacjenci z chorobą zwyrodnieniowo-wytwórczą stawów. Według dr Tashy Stanton z University of South Australia, mają oni odmienną percepcję własnego ciała. W trakcie prowadzonego przez nią badania uczestnikom założono na głowy (na oczy) urządzenia MIRA-GE, dzięki którym widzieli oni tylko to, co wyświetlili

im na nich badacze. Najpierw pokazano prawdziwą transmisję wideo z ich własnych kolan. Następnie wygenerowano dwa rodzaje iluzji wizualno-dotykowej: jedną, która wywoływała uczucie rozciągania kolana, oraz drugą, powodującą uczucie kurczenia się go. Te zmiany pacjenci obserwowali na wyświetlaczach, jakby działały się naprawdę. W tym samym czasie naukowcy stosowali delikatny chwyt na mięśnie ich łydek – ciągnąc w kierunku stopy albo kolana. Wyniki eksperymentu zawierają szczegółowe studium przypadku, który zdaje się potwierdzać, że manipulowanie istotnymi dla ciała informacjami sensorycznymi ma modulujący wpływ na dolegliwości bólowe. Poddano im 55-letniego mężczyznę z długą historią epizodycznego bólu kolana oraz towarzyszącym mu obrzękiem, co zdiagnozowano jako ciężką odmianę choroby zwyrodnieniowo-wytwórczej. Iluzja rozciągania stawu kolanowego zmniejszyła odczuwany przez niego ból, choć powodowała również zwiększenie obrzęku kolana. Eksperyment dr Stanton pozwoli w przyszłości na lepsze zrozumienie, w jaki sposób nasz układ nerwowy koduje przestrzenne aspekty bólu – jego miejsce oraz rozprzestrzenianie się.

Źródło: The effect of knee resizing illusions on pain and swelling in symptomatic knee osteoarthritis: a case report, PAIN Reports, 2019, wyd. listopadowo-grudniowe



Życzliwość – silna waluta opieki fizjoterapeutycznej

Dr Bob Klaber jest pediatrą i dyrektorem ds. strategii, badań i innowacji w Imperial College Healthcare NHS Trust w Londynie. W artykule zamieszczonym w „British Medical Journal” wspólnie z Suzie Bailey, przedstawicielką think tanku The King’s Fund, wyjaśniają wartość życzliwości w zapewnianiu opieki nad chorym oraz sposób, w jaki można pielęgnować ją w relacji medyk–pacjent. Przypominają, że proste akty dobroci mogą dla pacjentów znaczyć więcej

niż cokolwiek innego. Jako przykład podali historię mężczyzny przebywającego na oddziale intensywnej terapii. Aby poprawić mu nastrój, zespół kliniczny sprowadził do szpitala jego konia – The Footsy. Druga z opisanych sytuacji dotyczyła uszczęśliwienia starszych osób z demencją, które odwiedziły dzieci z lokalnych szkół w ramach projektu międzypokoleniowego. W przeciwieństwie do wielu mierników, używanych do oceny wydajności organizacji pracy w placówkach medycznych, relacje między ludźmi i ich samopoczucie mogą być trudne do oszacowania. Może to powodować, że będziemy o nich myśleć jako mniej ważnych. Jednak rosnąca liczba dowodów naukowych wskazuje na to, że relacyjne aspekty to bardzo ważny czynnik kształtujący efektywny proces leczenia, szczególnie w dobie postępującej ekonomizacji w ochronie zdrowia. Życzliwość i empatia pozwalają lepiej dbać o pacjentów oraz wydają się być nieodłączną cechą dobrego fizjoterapeuty.

Źródło: Kindness: an underrated currency, British Medical Journal, 2019

Opracował Maciej Okoń

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty przez osobę z niepełnosprawnością

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty wymaga posiadania szeregu umiejętności, w tym predyspozycji fizycznych – ponieważ zasadniczą część tej pracy odnosi się do usprawniania pacjentów, a nie zawsze jest to możliwe wyłącznie przy wsparciu odpowiednich urządzeń.

Niemniej z uwagi na szeroki zakres czynności zawodowych, które leżą w kompetencjach fizjoterapeutów, nie do wszystkich zadań niezbędne jest posiadanie pełnej sprawności. Sam fakt orzeczenia określonego rodzaju dysfunkcji zdrowotnej nie może automatycznie rodzić negatywnych skutków dla osób, które chcą wykonywać ten zawód.

Oczywiście jednym z warunków przyznania prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty jest posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu fizjoterapeuty (zob. art. 13 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, dalej jako: „ustawa”). Jednakże przepisy nie nakładają obowiązku przedłożenia do wniosku dokumentu potwierdzającego ten fakt. Stąd w ramach postępowania o przyznanie prawa wykonywania zawodu kwestia ta nie podlega ocenie przez Krajową Radę Fizjoterapeutów (dalej jako: „KRF”).

Zatem to na osobie składającej wniosek do KRF ciąży obowiązek dokonania oceny, czy jej stan zdrowia pozwala na podjęcie się wykonywania tego zawodu medycznego. Szczególnie mając na względzie nałożone ustawą prawa i obowiązki.

Warto przy tej okazji wskazać, że sam fakt posiadania prawa wykonywania zawodu nie może być uznawany za jednoznaczny z uprawnieniem do zatrudnienia. To, czy w danym przypadku osoba zostanie zatrudniona, zależy również w dużej mierze od potrzeb pracodawcy i zakresu obowiązków nakładanych na taką osobę, a także kwestie dostosowania miejsca pracy.¹

Odnosząc się do fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu KRF posiada uprawnienie do badania, czy stan zdrowia fizjoterapeuty umożliwia mu wykonywanie zawodu. W przypadku bowiem powzięcia

uzasadnionego podejrzenia całkowitej albo częściowej niezdolności fizjoterapeuty do wykonywania zawodu, spowodowanej jego stanem zdrowia, KRF ma prawo powołać komisję lekarską złożoną ze specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny. Zadaniem komisji jest dokonanie oceny stanu zdrowia fizjoterapeuty i wydanie orzeczenia w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu, czyli dokumentu wskazującego, czy faktycznie stan zdrowia fizjoterapeuty ogranicza bądź uniemożliwia mu dalsze wykonywanie zawodu.

Orzeczenie Komisji stanowi dla KRF podstawę do podjęcia uchwały o:

1. zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo
2. ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu (zob. art. 12 Ustawy oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2017 r. w sprawie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz trybu postępowania w sprawach zawieszania albo ograniczenia prawa wykonywania zawodu, Dz. U. poz. 1429).

Omówione postępowanie ma charakter poufny i odbywa się z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych.

Warto pamiętać, że podjęta w powyższym trybie uchwała nie ma charakteru trwałego. Z chwilą ustania przyczyn stanowiących podstawę zawieszenia prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych, fizjoterapeuta może bowiem wystąpić do KRF o uchylenie tej uchwały.

dr n. prawn. Dobrawa Biadun
radca prawny
Dział Prawny KIF



1. Wyłączeniu spod opisywanej sytuacji podlegają przypadki, gdy dochodzi do dyskryminacji właśnie z powodu niepełnosprawności, czyli takie, gdy np. przyjęte kryteria oceny są nieobiektywne czy nieuzasadnione słusznym celem, a przyjęte przez ewentualnego pracodawcę środki nie są odpowiednie i konieczne.



„Bieg o nóż komandosa”, Lubliniec, 2012. Fot. Archiwum prywatne S. Wiatr

Żołnierz, który został fizjoterapeutą

– GROM TO BYŁO SPEŁNIENIE MOICH MARZEŃ. PO LATACH TRZEBA BYŁO JEDNAK WYBRAĆ: WOJSKO CZY RODZINA – MÓWI **SŁAWEK WIATR**, FIZJOTERAPEUTA Z OLEŚNICY.

Historia zaczęła się od tego, że szpital nie chciał zatrudnić świeżo upieczonego absolwenta liceum medycznego. Sławek był przekonany, że jako dyplomowany pielęgniarz zdobędzie tam pracę bez problemu. Niestety na początku lat 90. nie było takie łatwe – ręk do pracy w tym zawodzie nie brakowało. Największą przeszkodą okazała się jednak... pleć. – Usłyszałem, że chętnie mnie przyjmą, ale dopiero po odbyciu służby wojskowej – wspomina. Był bardzo zawiedziony, w końcu od dawna wiązał swoją przyszłość z pielęgniarstwem. Gdy niebawem rzeczywistość wojsko upomniało się o niego, uznał, że dobrze będzie mieć już je za sobą, żeby po jego zakończeniu spokojnie planować przyszłość. Służba wojskowa trwała wtedy 18 miesięcy. Sławek w armii spędził następnych 16 lat.

Wojsko szybko go wciągnęło. Po zakończeniu służby zasadniczej postawił na karierę żołnierza zawodowego. O swoich wcześniejszych planach jednak całkowicie nie zapomniał. – Nie chciałem, aby moje wykształcenie zakończyło się na maturze. W trakcie służby uzyskałem zgodę przełożonych na rozpoczęcie studiów. A że zawsze pociągały mnie kierunki medyczne i praca manualna, zdecydowałem się na fizjoterapię – tłumaczy.

Czasy się zmieniały, w Polsce powoli wygaszano obowiązek służby zasadniczej. Niedługo po tym, jak ukończył studia, przyszła decyzja o likwidacji jego jednostki. Miał już wtedy w ręku dyplom magistra, mógł więc bez obaw o zatrudnienie wrócić do cywila i rozpocząć pracę np. w przychodni. Była też alternatywa w postaci spełnienia marzenia o dostaniu się do jednostki specjalnej. – Pojechałem na własną rękę do dowódcy 1. Pułku Specjalnego Komandosów w Lublińcu. Przedstawiłem wszystkie dokumenty, które posiadałem, w tym papiery pływaka czy skoczka spadochronowego oraz dyplomy ukończenia fizjoterapii, liceum medycznego i masy innych kursów – wspomina. – Dowódca od razu powiedział, że chce kogoś z takim doświadczeniem.

W trakcie służby w Lublińcu Sławek chciał jak najczęściej wykorzystywać swoją wiedzę medyczną. Przy wsparciu ówczesnego szefa służby zdrowia mjr. Witolda Kluby, udało mu się otworzyć tam niewielki gabinet fizjoterapii. Zakupiono do niego niezbędne sprzęty, dzięki którym Sławek udzielał pomocy innym żołnierzom. I chociaż od lat już nie służy w 1. Pułku, gabinet nadal funkcjonuje. – Funkcjonowanie takich gabinetów, szczególnie w jednostkach specjalnych, powinno być według mnie obligatoryjne.

Podczas skoków spadochronowych, wspinaczki czy ćwiczeń na poligonach bardzo łatwo o urazy, po których żołnierz potrzebuje fizjoterapii, aby w pełni sił wrócić do służby – tłumaczy Sławek.

Nie było jednak tak, że koncentrował się tylko na fizjoterapii. Chciał też zdobywać kolejne doświadczenia w armii. W tamtych czasach marzeniem wielu żołnierzy było dostanie się do Jednostki Wojskowej GROM, której członków nie raz obserwowali podczas wspólnych szkoleń. Już sam ich widok budził podziw i respekt, nie mówiąc o sprzeczce, do jakiego mieli dostęp. Przez lata Sławek z kolegami snuli marzenia o najlepszej jednostce wojskowej w Polsce. GROM wydawał się jednak poza ich zasięgiem. – Wiedziałem, że ta misja nie ma szans na powodzenie, ale kto nie ryzykuje, ten nic nie osiąga – opowiada. – Pomyśla-



Meta maratonu Miami, 2018. Fot. Małgorzata Feruś-Wiatr



Po zwycięskiej walce wieczoru, Wojciech Bartnik, Gala MMA FEN2, 2014. Fot. Małgorzata Feruś-Wiatr



Pogrom Wichra. Fot. Archiwum Prywatne S.Wiatr

łem też, że w ostatnich latach zrobiłem już tak dużo dodatkowych kursów medycznych, że moja karta przetargowa jest całkiem mocna – wspomina. Zgłoszenie aplikacyjne wysłał w tajemnicy przed swoim dowódcą, bo ten nie godził się na przejście podwładnych do GROM. A ta jednostka chętnie przyjmowała wykształconych gdzie indziej specjalistów. Wysyłając swoje dokumenty Sławek nie przejmował się potencjalnym niezadowoleniem przełożonego ani tym, że wszyscy mówili, że GROM rzadko odpowiada na przesyłane im CV. – Byłem wtedy na wakacjach. Akurat jechałem samochodem, gdy zadzwonił ktoś do mnie na komórkę z bardzo dziwnego, krótkiego numeru. Mężczyzna po drugiej stronie potwierdził tylko, że ja to ja i powiedział: „Zapraszam na rozmowę kwalifikacyjną do GROM”. Zamarłem. Powiedziałem, że to niemożliwe, na co on tylko raz powtórzył, gdzie i kiedy mam się stawić, po czym się rozłączył. No, to już nie ma żartów – pomyślałem.

Ze spotkania wyszedł w bardzo dobrym nastroju, czuł, że naprawdę nieźle wypadł. Kwalifikacje trwały jednak dość długo, a w międzyczasie jakiś „życzliwy” doniósł o wszystkim przełożonemu. – Dowódca powiedział mi wprost, abym zapomniał o GROM, że mnie tam nie puści – po tylu latach Sławek opowiada to jako anegdotkę, ale wtedy do śmiechu mu nie było. Gdy już oficjalnie do 1. Pułku przyszła decyzja

o przeniesieniu go do GROM, dowódca zrobił to, co zapowiedział, czyli nie wyraził zgody. Przepychanki między jednostkami trwały rok, za każdym razem decyzja była odmowna. Ostatecznie musiał zainterweniować MON, z którym dowódca już się nie spierał.

Służba w GROM to nie tylko prestiż, ale i ogromne ryzyko. Pewnego dnia Sławek dowiedział się, że za cztery dni wylatuje na kilka miesięcy do Afganistanu. – W ciągu tych kilku dni musiałem załatwić wszelkie sprawy urzędowe, spisać testament, pożegnać się z żoną, córkami i resztą rodziny – wspomina. – Od dawna chciałem pojechać na misję, przygotowywałem się do tego od lat. Wtedy okazało się, że ktoś z takim doświadczeniem medycznym jak moje jest tam potrzebny. Miałem świadomość, że jadę na wojnę, że to nie będą zwykłe szkolenia, znałem zagrożenie. Jestem jednak urodzonym optymistą i powiedziałem sobie wtedy: „Dasz radę, facet!”.

Podczas jego zmiany zginęło czterech Polaków. Nie byli z GROM, znał ich tylko z widzenia, ale i tak tamte wydarzenia mocno poruszyły wszystkich członków polskiego kontyngentu. Tym bardziej Sławek doceniał fakt, że w jego jednostce nie było żadnych problemów z dostępem do łączności – każdy mógł rozmawiać z rodziną, kiedy tylko potrzebował. Gdy zakończył siedmiomiesięczną misję, został wytypo-

PASJONACI



Z psem Gromem, Oleśnica, 2019. Fot. Archiwum prywatne S.Wiatr



S. Wiatr z Jimmym, przed koncertem Metaliki, 2018.
Fot. Małgorzata Feruś-Wiatr



Z Karoliną Pilarską po zdobyciu medali na wojskowych mistrzostwach świata, Centrum Fizjoterapii Wiatr, 2018. Fot. Małgorzata Feruś-Wiatr

wany do wzięcia udziału w specjalnym kursie medycznym w USA. – Żona powiedziała wtedy, że muszę dokonać wyboru: wojsko czy rodzina. Nie dość, że na kurs musiałbym wyjechać zaraz po powrocie z Afganistanu i w domu nie byłoby mnie kolejne pół roku, to jego celem było jeszcze lepsze przygotowanie mnie do służby podczas misji, a nie do siedzenia w Warszawie. Oznaczało to dla mnie zapewne dwie lub trzy kolejne misje – opowiada. – A że bardziej zawsze zależało mi na rodzinie niż armii – wybrałem rodzinę. W moim zespole bojowym 40 proc. facetów to byli rozwodnicy. Wyjazdy na misje niestety często kończą się rozpadem rodziny.

Po zakończeniu służby w GROM otworzył wraz z żoną, która także jest fizjoterapeutką, Centrum Fizjoterapii Wiatr. Prowadzą je do dziś. Małgosia specjalizuje się w terapii dzieci, a on zajmuje się dorosłymi. W swojej karierze pracował m.in. z polskim medalistą olimpijskim Wojciechem Bartnikiem, którego wspierał podczas przygotowań do walk MMA. Sportowcy stanowią dużą część pacjentów Sławka. Są to głównie biegacze, jak mistrzyni Polski w maratonie – Karolina Pilarska. Przygotowuje swoich podopiecznych także do biegów ultra, czyli dłuższych niż maratony, a także triathlonów.

Powrót do cywila po przeszło 16 latach służby nie był jednak prosty. Odnalezienie się w świecie bez armii, kolegów, adrenaliny musiało potrwać. Organizm długo przystosowywał się do łagodniejszych trybów funkcjonowania. Wtedy też w głowie Sławka narodził się pomysł na organizację Pogromu Wichra – dziesięciokilometrowego, ciężkiego, terenowego biegu w błocie po bagnach Oleśnicy. W tym roku odbędzie się już jego jubileuszowa, 10. edycja. – Zajęcie się tym pomogło mi odnaleźć się w cywilu. Myślę, że jednostki specjalne wprowadzają żołnierzy na wyższy bieg, z którego do końca już chyba nie są w stanie zejść. A Pogrom Wichra to też nie jest bieg uliczny, to zawody dla prawdziwych twardzieli, jak startujący w nich były dowódca GROM gen. Roman Polko.

Sławek z żoną oraz córkami Karoliną i Zuzanną uprawiają – jak to nazywa – turystykę biegową. Lecą na wakacje w jakieś odległe miejsce, gdzie on bierze udział w maratonie (ma ich na koncie już 10), a potem wspólnie zwiedzają. W ten sposób odwiedzili już m.in. Nowy Jork, Los Angeles, Rio de Janeiro, Hong Kong czy Moskwę. Na jego liście maratonów, w których chciałby wziąć udział, na pierwszym miejscu znajduje się ten na Antarktydzie, a na drugim – Sahara. – To kosztowne wyjazdy, ale wszystko jest do

zrobienia. To tylko kwestia czasu! – zapowiada. Do sportu próbuje mobilizować całą rodzinę. Namówił m.in. swoją mamę do udziału w Biegu Katorżnika, który stworzył jego przyjaciel z czasów 1. Pułku – Zbyszek Rosiński. Sam czasem bierze udział w zawodach razem ze swoim psem, który, jakżeby inaczej, wabi się GROM.

Pisząc o Sławku nie można nie wspomnieć o jeszcze jednej jego wielkiej pasji, a wręcz miłości od czasów licealnych – Metallice. Na jej koncerty, których na koncie ma już 16, jeździ po całej Europie, był także w USA. Ze smutkiem wyznaje, że podczas ostatniej trasy koncertowej zaliczył „tylko” siedem. – Na więcej pacjenci i Pogrom Wichra mi nie pozwolili. Zapowiedziałem już jednak, że następną europejską trasę przejadę całą. Przemyślałem już to i rozgryzłem logistycznie. Jest to do zrobienia.

Kilka lat temu, gdy Metallica dawała dwa koncerty w Bolonii, pojechał tam razem z żoną. Bilety kupił oczywiście na oba wydarzenia, które odbywały się dzień po dniu. Po jednym z nich, przez przypadek, wypatrzył w sklepie spożywczym Jimmy’ego, pracownika technicznego zespołu (Sławek jako częsty bywalec koncertów kojarzy ich wszystkich). Długo się nie zastanawiał, podszedł do niego i zagadał. Opowiedział mu o swoim marzeniu, jakim było złapanie pałeczek perkusyjnych, które Lars Ulrich rzuca ze sceny. Następnego dnia Jimmy mu je wręczył. Ich znajomość trwa do dziś, spotykają się przed występami Metaliki. – Ja mam zawsze dla niego polskie specjały, jak czekolady Wedla, kiełbasy i wyroby alkoholowe, a on dla mnie pamiątki od zespołu. A to wszystko przez kompletny przypadek!

Agnieszka Gierczak-Cywińska

PODZIEL SIĘ SWOJĄ PASJĄ!

Zapraszamy do kontaktu wszystkie PASJONATKI i wszystkich PASJONATÓW. Chętnie opiszemy na łamach „Głosu” Wasze pozafizjoterapeutyczne hobby, osiągnięcia czy działalność społeczną.

Kontakt: redakcja@kif.info.pl

Co tak naprawdę oznacza ustawa o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności?



Głównym celem ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r., poz. 932 ze zm.) było ułatwienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla tej grupy pacjentów. Zmiany wprowadzone na mocy tejże ustawy dotyczą realizacji świadczeń w każdym rodzaju świadczeń, ale my zajmujemy się tylko rehabilitacją.

Poza kolejnością

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej¹ oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy osób oczekujących². Co do zasady, świadczenia osobom szczególnie uprawnionym udzielane są w dniu zgłoszenia, z wyjątkiem sytuacji, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe. W takim przypadku świadczeniodawca wyznacza inny termin (także poza kolejnością).

Natomiast wyznaczony w ust. 4 tego artykułu, maksymalny termin udzielenia świadczenia (tj. 7 dni), odnosi się wyłącznie do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tym samym powyższy przepis nie odnosi się do ambulatoryjnych świadczeń rehabilitacyjnych w tym również fizjoterapii ambulatoryjnej. Świadczenia wykonane na rzecz pacjenta z uprawnieniami wynikającymi z art. 47 c Ustawy, zgłaszającego się do świadczeniodawcy realizującego umowę w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, **powinny być udzielone**

poza kolejnością wynikającą z prowadzenia listy oczekujących, jednak data rozpoczęcia cyklu może być wyznaczona w terminie dłuższym niż 7 dni od dnia zgłoszenia.

Aby skorzystać, poza kolejnością, ze świadczeń opieki zdrowotnej, osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności powinna uzyskać skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego a następnie zgłosić się do rejestracji i wraz z dokumentem tożsamości okazać dokument potwierdzający posiadanie ważnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Ułatwienia w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych

Począwszy od 1 lipca 2018 roku pojawiło się pojęcie nielimitowości finansowania świadczeń rehabilitacyjnych. Pojęcie to do dziś jest błędnie interpretowane zarówno przez realizatorów jak i samych jego odbiorców – pacjentów.

Co naprawdę w praktyce to oznacza?

Owej nielimitowości finansowania świadczeń nie można mylić ze zniesieniem ogólnych zasad określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 r. poz. 465 z późn.zm). A zatem, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:

- nadal obowiązuje **skierowanie** lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na świadczenia realizowane w rodzaju “rehabilitacja lecznicza” oraz
- **limit świadczeń** na dane skierowanie zdefiniowany w ww. rozporządzeniu (np. dla świadczenia

1. w oparciu o art. 47 c ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.)

2. art.20 ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.)

“fizjoterapia ambulatoryjna” na podstawie jednego skierowania do 10 dni zabiegowych).

Jak zatem rozumieć nielimitowość finansowania? Na mocy ww. ustawy zniesiono limity finansowania świadczeń rehabilitacyjnych, w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, polegające na umożliwieniu zmiany kwot zobowiązań NFZ wobec tych świadczeniodawców, którzy wykonali świadczenia na rzecz pacjentów posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. W tym celu Narodowy Fundusz Zdrowia wyodrębnił zakresy skojarzone i cyklicznie przeznacza dodatkowe środki finansowe, których wysokość uzależniona jest od faktycznego wykonania świadczeń dla pa-

centów z orzeczeniem:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności
- niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji).

Tomasz Niewiadomski

Wiceprezes KRF
ds. świadczeń gwarantowanych



Braki kadrowe w polskiej fizjoterapii

W barometrze przygotowanym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2020 roku prognozowany jest deficyt w czterech zawodach w branży medyczno-opiekuńczej – wśród lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek i położnych oraz opiekunów osoby starszej lub niepełnosprawnej.

Rosnące zapotrzebowanie na przedstawicieli wyżej wymienionych zawodów to m.in. efekt procesu szybko starzejącego się społeczeństwa. Zapowiada się kolejny rok, w którym odczuwalne będą braki kadrowe w tych obszarach.

Największe braki personelu zgłaszają szpitale i placówki w małych powiatach, zlokalizowanych w pobliżu większych miast, do których migruje wykwalifikowana kadra, skuszona bardziej atrakcyjnymi zarobkami. Pomimo tego, że oferty pracy w tego typu profesjach rzadko trafiają do powiatowych urzędów pracy, eksperci dostrzegają problemy w rekrutacji kadr. Pracownicy we wskazanych wyżej zawodach często pracują w kilku placówkach równocześnie, zarówno publicznych, jak i prywatnych. W przypadku lekarzy braki odnotowywane są w wielu specjalizacjach. Rośnie zapotrzebowanie na usługi związane z fizjoterapią. Osoby w tym zawodzie często decydują się na założenie własnej działalności, bardzo często z uwagi na mało atrakcyjne wynagrodzenia w placówkach publicznych.

Deficyt fizjoterapeutów prognozowany jest w 12 z 16 województw.



Źródło: https://barometrzwodow.pl/userfiles/Barometr/2020/raport_ogolnopolski_2020.pdf



Ten pilates to taka joga?

Zajęcia pilates możemy dziś znaleźć w każdym studiu fitness. Reklamowane są jako zbawienie dla naszych kręgosłupów, a przy okazji jako lekki i przyjemny sposób na płaski brzuch.

Nazwa tego systemu ćwiczeń pochodzi od nazwiska jego twórcy – Niemca Josepha Pilatesa (1883–1967). Nie był on ani lekarzem, ani fizjoterapeutą. Jako dziecko bardzo dużo chorował, cierpiał na astmę i krzywicę. Jak głosi legenda – był bardzo uparty i bardzo chciał mieć sprawne ciało. Od małego więc ćwiczył kulturystykę, gimnastykę i sztuki walki. Efekty jego pracy miały być na tyle spektakularne, że w wieku 14 lat został modelem do rysunków anatomicznych. Zarabiał jako bokser, cyrkowiec oraz trener sztuk walki w Scotland Yardzie. W trakcie wojny pracował jako sanitariusz, opiekował się rannymi i niepełnosprawnymi żołnierzami. Pomagał im wracać do zdrowia i jednocześnie budował podstawy tego, co dziś nazywamy pilatesem. Swoją system następnie rozwijał, gdy mieszkał w Nowym Jorku, gdzie wraz z żoną (pielęgniarką) otworzyli studio ćwiczeń. Tam ich klientami byli głównie tancerze baletowi.

Pilates, dzięki tym dwóm skrajnie różnym typom klientów, stworzył system prostych ćwiczeń, które przynoszą korzyści zarówno sportowcom, jak i osobom o wiele mniej sprawnym fizycznie. Jego metoda bywa mylona ze stretchingiem czy jogą, ale nie jest ani tym, ani tym. Głównym celem ćwiczeń pilatesowych jest wzmocnienie centrum ciała (mięśni głębokich), stabilizacja i mobilizacja. Oczywiście dochodzi do rozciągania, ale nie jest ono tym, do czego się dąży, raczej skutkiem ubocznym. Próby zbyt dużego pogłębienia danej pozycji mogą wręcz prowadzić do utraty kontroli nad ciałem, a więc i błędnego wykonania ćwiczenia. Pilates nie jest też jogą, choć znajdziemy w nim m.in. pozycję dziecka czy psa głową w dół. Inne są jednak pozycje wyjściowe, napięcia i praca z oddechem, a także nie występuje tu dalekowschodnia duchowość. Nie ma też tradycyjnie

rozumianej medytacji (trwanie w bezruchu w pozycji siedzącej), ale te dość wolno wykonywane ćwiczenia połączone ze skupieniem na oddechu możemy uznać za pewną jej formę, bliską założeniom mindfulness.

Jak wyglądają zajęcia? Metody pracy są dwie: ćwiczymy na macie lub na specjalnych przyrządach skonstruowanych przez Pilatesa jeszcze podczas jego pracy z żołnierzami, którzy np. nie mogli wstawać z łóżka, więc doczepiał do nich sprężyny. Podczas ćwiczeń należy być maksymalnie skupionym, aby móc utrzymywać kontrolę między antagonistycznymi grupami mięśni, napinać centrum ciała i płynnie przechodzić do kolejnych pozycji. Ruchy wykonuje się na wydechu, a nie wdechu. Ćwiczenia rozpoczynają się od tzw. pozycji neutralnej, w której najmniej czuć obciążenie (np. w pozycji leżącej dociskamy do maty miednicę i żebra). Nie stawia się na liczbę powtórzeń, ale precyzję wykonania i utrzymanie danej pozycji.

Pilates to zajęcia dla każdego bez względu na wiek. Polecane są osobom mającym najróżniejsze problemy z kręgosłupem, biodrami, kolanami, spędzającym długie godziny w jednej pozycji czy żyjącym w napięciu. Przygodę z pilatesem warto zacząć od zajęć w specjalistycznym studiu u certyfikowanego nauczyciela, bo te w studiach fitness najczęściej nie mają z nim i jego prozdrowotnymi zaletami wiele wspólnego.

Joseph Pilates powiedział kiedyś o swoich ćwiczeniach: „Po 10 sesjach poczujesz różnicę, po 20 zobaczysz różnicę, a po 30 będziesz mieć nowe ciało”. Warto to sprawdzić.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Stół nasz ofiarny

Starsi ludzie mawiają zwykle, że najlepsze lekarstwa są zawsze paskudne w smaku, a im boleśniejsze zastrzyki, tym szybciej one działają. Nie powinno więc nas specjalnie dziwić, że nasi pacjenci nabierają również fałszywego przekonania, że i w fizjoterapii „bez bólu nie ma efektu”; że trzeba okupić bólem powrót do sprawności i zdrowia. Ból ciała odziera jednak z intymności i ograbia nas dotkliwie z poczucia bezpieczeństwa.

„Może pani śmiało ciągnąć, ja wszystko wytrzymam, byleby tylko potem było lepiej” – jakże często słyszymy takie słowa od naszych pacjentów. Oczywiście nie wynika z nich, że sprawiamy wrażenie jakichś szczególnie nieśmiałych. Gdybyśmy byli tak patologicznie nieśmiali, że wstydziłibyśmy się pociągnąć albo nacisnąć mocniej, nie nadawalibyśmy się do wykonywania naszej profesji. W zacytowanych słowach przewija się jednak coś zupełnie innego – że poprawa zdrowia połączona jest nierozdzielnie z odkupieniem, złożonym z ofiary ze swojego cierpienia.

Pamiętam swoją pierwszą praktykę na oddziale ortopedii w jednym z trójmiejskich szpitali. Było to w połowie lat dziewięćdziesiątych i niewiele wtedy pracowało się z pacjentem poza ćwiczeniami biernymi, redresyjnymi i czynnymi. Przez dwa tygodnie wraz z grupą moich koleżanek i kolegów zajmowaliśmy się przebywającymi na oddziale starszymi paniami, które były po operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Opiekunką naszych praktyk była rezolutna pani magister, która ochoczo dzieliła się z nami swoimi wytycznymi, byśmy nie zwracali uwagi na to, że pacjentkę boli, „bo i tak trzeba zrobić to, co należy”. Jak mówiła, tak czyniła i wspomnianymi słowami strofowała krzyczące z bólu przerażone pacjentki.

Moją pierwszą pacjentką na tej praktyce była pani Zosia, która na mój widok zbladła i schowała głowę pod kołdrę, niewprawnie udając, że śpi. Powiedziała mi potem, że widok praktykanta w drzwiach nigdy nie wróżył jej niczego dobrego. Tego pierwszego dnia podeszedłem do niej, przywitałem się, przedstawiłem się i zapytałem o samopoczucie. Po wymianie kolokwialnych uprzejmości, zapytałem, czy mogę

obejrzeć jej nogę i czy mogę z nią trochę poćwiczyć. Pani Zosia spojrzała na mnie ze zdziwieniem i odpowiedziała nieśmiało, że jeszcze nikt dotychczas nie zapytał, czy może z nią coś zrobić i zabierano się do wymachiwania jej nogą po krótkim stwierdzeniu „musimy dziś znów poćwiczyć”.

Pani Zosia bała się, że znów będzie bolało i że fizjoterapeuta, jak zawsze, skończy swoją pracę, gdy ona się całkiem rozplacze. Chwyciłem nogę pani Zosi tak, jak mnie uczono – pod kolanem i pod piętą. Zrobiłem to jednak delikatnie, jakbym trzymał w rękach nowonarodzone, przestraszone otaczającym je światem, dziecko. Tego dnia oboje przekonaliśmy się, że ból nie jest do niczego potrzebny ani pani Zosi, ani tym bardziej mnie. Że można zrobić to samo, co zawsze, ale w zupełnie inny sposób.

Niestety, spora część z nas nauczyła się już w dzieciństwie, że wszystko, co ważne, jest zawsze w zamian za coś. Że trzeba sobie zasłużyć na szacunek, przyjaźń albo na miłość tych, na których nam zależy. Dokładnie tak samo mylnie myślą Twoi pacjenci – że trzeba złożyć w ofierze swoje cierpienie; że trzeba wytrzymać ból rozciągania albo naciskania, by przebłagać jakieś tajemnicze, przywracające zdrowie bóstwo. Ty jednak wcale nie musisz być kapłanem tego okrutnego bożka, a Twój stół nie musi być jego stołem ofiarnym.

Tomasz Borowski

fizjoterapeuta, psycholog,
psychoterapeuta i językoznawca,
autor bloga poświęconego praktycznemu
wykorzystaniu psychologii w medycynie
www.tomaszborowski.pl





Nietrzymanie moczu to dla wielu osób wstydlivy problem

Statystycznie jedna na trzy kobiety cierpi na jakąś formę nietrzymania moczu (NM). Możemy je podzielić na:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu,
- nagłace nietrzymanie moczu,
- nietrzymanie z przepełnienia,
- formy mieszane.

Najczęściej słyszy się o formie wysiłkowej, która dotyczy nie tylko osób starszych. Ten problem bardzo często dotyka kobiety w ciąży, a najczęściej – po porodzie siłami natury.

Kilka kropli podczas kichania lub śmiechu

Nietrzymanie moczu rozpoczyna się niewinnie, od kilku kropli. Na ogół taką sytuację się bagatelizuje. Dzieje się tak, także dlatego, że temat ten otacza społeczne tabu. O tym się prawie nie mówi! A fakty są takie, że zanim kobieta zgłosi się z problemem do specjalisty, mija kilka lat (zazwyczaj pięć i więcej). Tymczasem najlepsze efekty terapeutyczne można uzyskać, gdy problem dopiero się pojawił. Im później rozpoczyna się leczenie, tym gorzej, bo więcej struktur zostaje nim dotkniętych. Zwlekanie z zgłoszeniem się do lekarza powoduje, że często jest już zbyt późno na leczenie zachowawcze.

Jak rozpoznać Wysiłkowe Nietrzymanie Moczu (WNM)?

Gdy w czasie aktywności fizycznej, np. ćwiczeń, podskoków czy tańca, lub podczas kichania, śmiania się, kaszlu lub jakiegokolwiek innej czynności zwiększającej ciśnienie w jamie brzusznej dochodzi do mimowolnego wycieku moczu, oznacza to, że kobieta dotknięta jest problemem wysiłkowego nietrzymania moczu. Wyróżnia się kilka stopni WNM w zależności od nasilenia objawów (I-III).

Jak leczyć?

U osób cierpiących z powodu NM często stosowana jest farmakoterapia, rzadziej zabieg operacyjny, ale

w większości przypadków odpowiednio dobrane ćwiczenia i fizjoterapia pomagają, szczególnie na etapie występowania objawów I stopnia. Jeśli jednak uszkodzone są struktury odpowiedzialne za trzymanie moczu, niestety fizjoterapia będzie miała działanie tylko wspierające inne sposoby leczenia.

Leczenie NM poprzedzone jest bardzo szczegółowym wywiadem i badaniem. Fizjoterapeuta powinien przetestować struktury, które odpowiedzialne są za kontynencję, czyli trzymanie moczu. Często jest tak, że po porodzie, szczególnie siłami natury, mięśnie są rozciągnięte i nie mają wystarczającej wytrzymałości – wówczas należy zadbać o ich wzmocnienie. Zdarzają się sytuacje odwrotne, gdy mięśnie są nadmiernie napięte. W takich przypadkach wzmacnianie może przynieść przeciwny (i niepożądany) skutek, czyli NM może się nasilić. Dzieje się tak dlatego, że mięsień nadmiernie napięty nie jest wystarczająco elastyczny, aby się kurczyć. Wymaga tonizacji, czyli przywrócenia kurczliwości, a także rozluźnienia i zrelaksowania.

W krajach zachodnich, m.in. we Francji i Szwajcarii, fizjoterapia zalecana jest w NM jako metoda pierwszego rzutu, cechująca się dużą skutecznością.

Co kobieta może zrobić sama, żeby sobie nie zaszkodzić?

Po pierwsze, warto uświadomić pacjentce, że może pomóc sobie sama i to na wiele sposobów. Niemniej jednak przed rozpoczęciem ćwiczeń konsultacja ze specjalistą jest konieczna, bo niewłaściwie dobrane lub wykonywane ćwiczenia mogą przynieść więcej szkody niż pożytku, np. niektóre treningi, które są zalecane na wzmocnienie mięśni dna miednicy (tzw. mięśni Kegla), mogą pogłębić problem zamiast pomóc. Funkcjonuje też bardzo szkodliwy mit o tym, że w celach profilaktycznych zaleca się powstrzymywanie strumienia podczas oddawania moczu (mikcji). Takiego „ćwiczenia” absolutnie powinno się unikać.

Najważniejsza jest profilaktyka, czyli zmiana szkodliwych nawyków

Należy znaleźć czas na spokojne korzystanie z toalety. Idąc do toalety **nie należy „wyciskać” moczu** – taki nawyk powoduje, że uruchamia się tłocznia brzuszna, napierając na pęcherz. Wieloletnie wypieranie, zarówno moczu jak i kału, może doprowadzić do obniżenia narządów miednicy mniejszej.

Nie należy również chodzić do toalety na zapas.

Warto uczyć tej zasady swoje dzieci, szczególnie dziewczynki. Pęcherz musi mieć czas na wypełnienie się. Zbyt częste wizyty w toalecie to uniemożliwiają, co może prowadzić do nadwrażliwości pęcherza. Chodźmy do toalety, gdy czujemy wyraźną potrzebę. Zwróćmy też uwagę na liczbę nocnych wizyt w toalecie. Normą jest ich brak do 60 roku życia. Cięża rządzi się tu, oczywiście, swoimi prawami.

Wypróżnianie: ta czynność też wymaga czasu. **Nie należy przec**, bo w ten sposób doprowadza się swoje organy do obniżenia. Podczas tej czynności zalecane jest przyjęcie wygodnej pozycji – siedząc na toalecie powinniśmy mieć podstawiony pod nogi mały stolek lub podnóżek. W ten sposób jeden z mięśni dna miednicy, który jest położony dookoła ostatniego odcinka jelita grubego będzie rozluźniony, a wypróżnienie stanie się łatwiejsze i szybsze.

Po ciąży...

Podczas ciąży organizm kobiety przechodzi szereg zmian. Zmieniają się parametry organizmu, ilość płynów, elastyczność tkanek, pojemność wdechu i wydechu, środek ciężkości itp. To wszystko dzieje się powoli i stopniowo, tak, by ciało miało czas do adaptacji. W prasie kolorowej mnóstwo jest zdjęć celebrytek z talią osy kilka dni po porodzie. Rzeczywistość jest taka, że ciało potrzebuje przynajmniej trzech miesięcy, aby powrócić do normy sprzed ciąży, a jeśli kobieta karmi piersią – trzech miesięcy od odstawienia dziecka od piersi.

Ruch

Ruch to zdrowie. Oczywiście właściwie dobrany, z odpowiednim obciążeniem. Ruch poprawia samopoczucie, sprawia, że w naszym mózgu wydzielają się endorfiny, wpływa korzystnie na nasz wygląd i pracę jelit.

Nie zaleca się wykonania intensywnych ćwiczeń – podskoków, brzuszków, skoków na trampolinie – tuż po porodzie. Powrót do formy musi potrwać. Jest mnóstwo bezpiecznych ćwiczeń, które pozwolą na zaktywizowanie mięśni w sposób chroniący kobietę



Na zdjęciach: autorka artykułu.

przed przykrymi konsekwencjami. Ćwicząc mięśnie dna miednicy należy pamiętać, że trzeba ćwiczyć zarówno włókna szybkie jak i wolne. Trening zawsze dobierany jest indywidualnie na podstawie testów. Nigdy nie powinien zakończyć się w pozycji leżącej. Docelowo chcemy nauczyć pacjentkę aktywizacji MDM w czynnościach funkcjonalnych: podskoki, przysiady, bieg. W tym celu można wykorzystać wiele pozycji m.in. klęk podparty.

Zdrowe nawyki żywieniowe

Śmieciowa dieta i mała ilość płynów nie tylko wpływają negatywnie na wygląd i samopoczucie, ale nie są też obojętne dla pracy jelit. Bez odpowiedniego nawodnienia i dostarczenia właściwych składników odżywczych dochodzi do zalegania pokarmu w brzuchu, co potocznie nazywamy zaparciami. Wiązą się one z trudnościami przy wypróżnieniach i nadmiernej parcia. W efekcie obniżają się narządy miednicy mniejszej i powstają hemoroidy.

Agata Skoworodko

fizjoterapeutka zajmująca się zaburzeniami w obrębie miednicy mniejszej



Fizjoterapia dla kobiet Agata Skoworodko

Spotkanie dla fizjoterapeutów z woj. świętokrzyskiego

28 lutego 2020 r. w Kielcach, z inicjatywy wojewody świętokrzyskiego i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie fizjoterapii, odbyło się spotkanie informacyjne dla fizjoterapeutów z regionu. Rozmawiano o kwestiach związanych ze sposobem realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, który obecnie budzi wątpliwości i wywołuje wiele pytań, a także o wpisywaniu wizyt fizjoterapeutycznych do aplikacji AP-KOLCE. Wśród tematów spotkania pojawiły się również zagadnienia dotyczące prowadzenia praktyki w ramach świadczeń gwarantowanych.

W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego, świętokrzyskiego oddziału NFZ, ekspert Polskiego Towarzystwa Ortytyki i Protetyki Narządu Ruchu Szymon Janicki oraz rzecznik dyscyplinarny KIF i konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii dr hab. Wojciech Kiebzak. Krajową Radę Fizjoterapeutów reprezentowali wiceprezesi Tomasz Niewiadomski i Jacek Koszela oraz członkowie KRF Robert Włodarczyk i Rafał Sowiński vel Sawa.

W spotkaniu uczestniczyło 120 fizjoterapeutów z województwa świętokrzyskiego. Największe zainteresowanie wywołała ta część spotkania, która była poświęcona wypełnianiu wniosków na sprzęt oraz technologicznym nowościom w zaopatrzeniu ortopedycznym.



Fot. Tomasz Niewiadomski



Na zdjęciu: Joanna Górka, specjalista w Wydziale Gospodarki Lekami Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Kielcach.
Fot. Jacek Koszela

Nominacja profesorska dla dr hab. Ewy Ziemann

4 marca 2020 r. dr hab Ewa Ziemann uzyskała od Prezydenta RP nominację na profesora nauk o zdrowiu, o którą wystąpił Gdański Uniwersytet Medyczny. Obecnie jest pracownikiem naukowym Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu w Katedrze Kinezyjologii Sportu. W swojej pracy badawczej zajmuje się fizjologią wysiłku fizycznego, w tym mechanizmami wspomagającymi lub ograniczającymi zmiany adaptacyjne w podejmowanej aktywności fizycznej. Badania w tym obszarze realizuje dzięki grantom pozyskanym z Narodowego Centrum Nauki. Jest autorką licznych publikacji naukowych o zasięgu międzynarodowym. Od 10 lat opiekuje się olimpijką i złotą medalistką Anitą Włodarczyk.

Profesor Ziemann jest również członkinią Komisji ds. Edukacji Przeddyplomowej i Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego działającego przy KIF.

Serdecznie gratulujemy nominacji!



Fot. Archiwum prywatne E.Ziemann

Fizjoterapeuci walczyli o medale na stoku narciarskim

28 lutego w Krynicy-Zdrój zostały rozegrane **II Mistrzostwa Polski Fizjoterapeutów i Lekarzy Stomatologów w narciarstwie alpejskim**. W zawodach wzięło udział 47 osób. Uczestnikom sportowej energii dodawała piękna, słoneczna pogoda!

W kategorii Pań w tym roku medale zdobyły:

I miejsce: Sylwia Olesińska-Myśliwiec (Katowice),

II miejsce: Małgorzata Wójcik (Poznań),

III miejsce: Mariola Ciuraj (Rybnik).

W kategorii Panów najszybsi okazali się:

I miejsce: Maciej Kokowicz (Warszawa),

II miejsce: Arseniusz Burkiewicz (Warszawa),

III miejsce: Łukasz Świerczyński (Kraków).

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów dr hab. n. med. Maciej Krawczyk ufundował dla zwycięzców w obu kategoriach pierwsze nagrody o wartości 1000 zł. Gratulujemy laureatom!

Kolejna edycja mistrzostw za rok! Organizatorzy już teraz zapraszają do współzawodnictwa wszystkich fizjoterapeutów – wielbicieli narciarstwa.

Zawody narciarskie odbyły się w ramach corocznej konferencji **CRANIA „Konsensus w diagnostyce i fizjoterapii stawów skroniowo-żuchwowych”**.

Konferencja miała charakter interdyscyplinarny – wzięli w niej udział wybitni wykładowcy i eksperci w dziedzinie diagnostyki, leczenia i fizjoterapii stawów skroniowo-żuchwowych. Wydarzenie zgromadziło 257 uczestników – prawdziwych pasjonatów tego trudnego zagadnienia. Wygłoszono 34 wykłady panelowe oraz zaprezentowano 21 zgłoszonych prac. Odbyła się również sesja Młodych Naukowców oraz sesja plakatowa. Najwyższej klasy specjaliści, z ponad 20-letnim doświadczeniem, przeprowadzili 5 warsztatów praktycznych.

Konferencja objęta była patronatem honorowym kilku uczelni i instytucji: Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, Krajowej Izby Fizjoterapeutów, Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska oraz Polskiego Towarzystwa Leczenia Twarzy i Czaszki.

Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego konferencji była dr n. med. Małgorzata Kulesa-Mrowiecka.



Fot. Filip Windak



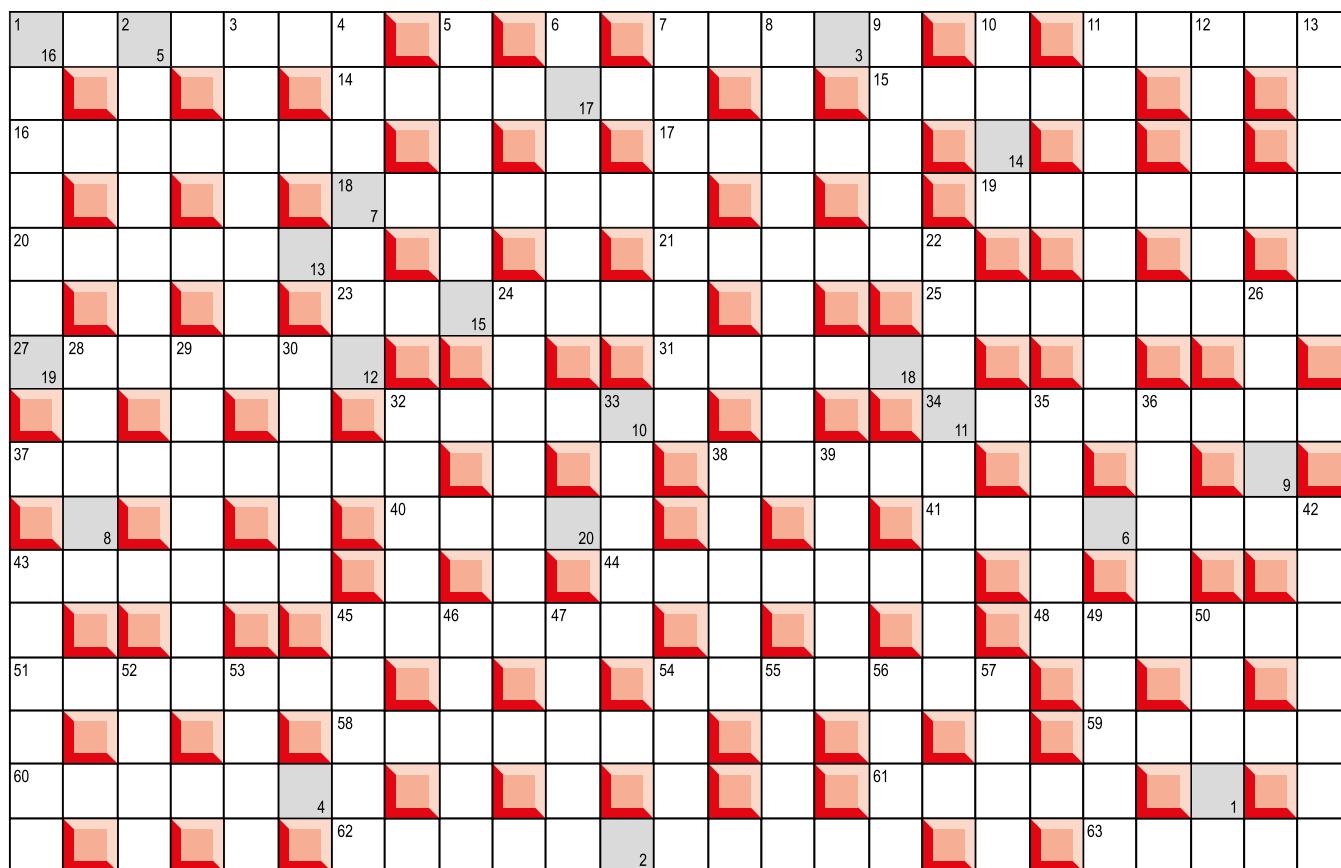
Fot. Małgorzata Kulesa-Mrowiecka



Na zdjęciu: Maciej Kokowicz. Fot. Mateusz Wąs



Fot. Mateusz Wąs



1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Poziomo:

- 1) w nim Zagłoba celował,
- 7) marker z tuszem,
- 11) przeszkadza w nosie,
- *14) brak ruchu,
- 15) bierze udział w rozsadzie,
- 16) objaw,
- 17) endotoksemia,
- 18) typowany na zwycięzcę,
- 19) wysnuta refleksja,
- *20) Bakera pod kolanem,
- 21) tylko zerkna na żony szejka,
- 23) rodzaj torlenu,
- 25) w parze z chlebem w starożytnym Rzymie,
- 27) końcowa część chromosomu,
- 31) zimny sos pomidorowy,
- 32) kosmiczna na orbicie,
- 34) klient kuriera,
- *37) trudność wykonania znanej czynności,
- 38) wieje ku równikowi,
- 40) fotonowy w rakiacie,
- 41) reakcja do wywołania,
- 43) zastąpiona pańszczyzną,
- 44) trzeźwa ocena,
- 45) dotyka rogówkę,

- *48) bezwarunkowy, np. kolanowy czy żreniczny,
- 51) gnębi nadwrażliwca,
- 54) dla gimnastyczki i kaletnika,
- 58) polaryzacyjna różnica,
- 59) łapany przez żeglarzy,
- *60) kombinacja wyprost, odwie-dzenia i pronacji,
- *61) za lewe powieszono Janosika,
- *62) naturalne możliwości zastępcze,
- 63) z mową bywa bez treści.

Pionowo:

- 1) kłopotliwa potrawa,
- 2) dawny piec hutniczy,
- *3) np. podstawna, szyjna, udowa,
- 4) uszczypliwy wiersz,
- 5) roślina lub niewielki ptak,
- 6) nowicjusz w wojsku,
- 7) szczególna msza,
- *8) rotacja na zewnątrz,
- 9) składnikowy lider piasku,
- *10) np. błędny,
- *11) paluch i kciuk mają po dwa,
- 12) biedak nie może się w nim pławić,
- 13) ciągle rozmazana,
- *22) stan zmniejszonego napięcia mięśniowego,

- 24) nóż chirurgiczny,
- 26) mała krzyżówka,
- 28) w kieszeni Hindusa,
- 29) cygani na całego,
- 30) do zagospodarowania na rynku towarów,
- 32) ławeczka na płozach,
- *33) miażdżyste,
- 35) rogata na pastwisku,
- 36) wyciąg zielarza,
- 38) szopowaty czyścioch,
- 39) kromka spod pługa,
- 42) uzbrojona, agresywna grupa,
- 43) tkwi w szczegółach,
- 45) biurowiec budowlańca,
- 46) restrykcyjny lub flawinowy,
- 47) szerokie i głębokie,
- 49) rozmodlony do przesady,
- 50) żywią ją pamiętliwi,
- 52) w dyspozycji dawnego anestezo-loga,
- 53) smak stylisty,
- 54) płonąca sarta,
- 55) piąty przy czterech kątach,
- 56) honorarium artysty,
- 57) kulturowa świętość.



Lekarze w górach. Bohaterowie drugiego planu

Wojciech Fusek, Jerzy Porębski
Wydawnictwo Agora
390 stron, rok wydania: 2020

To niezwykła opowieść o najbardziej spektakularnych akcjach ratunkowych, górskich tragediach, których uniknięto tylko dzięki poświęceniu lekarzy. To także historia tajemnic ludzkiego organizmu na wysokościach, wystawionego na ekstremalne warunki „strefy śmierci” oraz barwna panorama niepowtarzalnych „lekarskich typów” – ludzi, którzy jeśli trzeba, potrafią zrobić operację na własnym ciele. Albo zaryzykować własne życie, by ratować innych.



NOWOŚĆ

Fizjoterapia w chorobach neurologicznych

Red. Sheila Lennon, Gita Ramdharry,
Geert Verheyden
Red. wyd. polskiego Małgorzata Domagalska-Szopa
Wydawnictwo Edra Urban & Partner
Sp. z o.o. 248 strony, rok wydania: 2020

Kompendium wiedzy z zakresu klinicznych podstaw fizjoterapii, diagnostyki funkcjonalnej oraz neurorehabilitacji. Opracowanie będzie szczególnie pomocne dla fizjoterapeutów planujących pracować z pacjentami ze schorzeniami neurologicznymi. Polecamy je również studentom fizjoterapii. Polską redaktorką książki jest dr hab. n. o zdrowiu Małgorzata Domagalska-Szopa, kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej Katedry Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.



Żyć 15 lat dłużej

Prof. Bernd Kleine-Gunk
Wydawnictwo Edra Urban & Partner
Sp. z o.o. / Esteri
193 strony, rok wydania: 2018

Dzięki współczesnej wiedzy lekarze mogą pomóc swoim pacjentom w znacznym wydłużeniu życia. Równie wiele jednak możemy zrobić sami. Badania wskazują, że wystarczy kilka prostych zmian w stylu życia, aby na długie lata pozostać zdrowym i sprawnym. Nawet jeśli na początku może się wydawać, że zmiany te będą wymagały dużej dyscypliny, to może jednak warto zainwestować... w jakość życia na emeryturze?

edra
URBAN & PARTNER

Książki o tematyce
fizjoterapeutycznej dla
czytelników „GF” funduje
wydawnictwo
Edra Urban & Partner



NAGRODA

Dziesięć pierwszych osób, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzyma jedną z nagród opisanych powyżej.

Maile zawierające hasło prosimy kierować na adres
redakcja@kif.info.pl.

Z laureatami skontaktujemy się mailowo.

Nagrody książkowe za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z 1/2020 „GF” otrzymali: Monika z Ustronia, Karol z Warszawy, Maria z Radzionkowa, Michał z Zabrze, Angelika z Piły, Małgorzata ze Słupska, Mateusz ze Skawiny.

Gratulujemy!

WAŻNA INFORMACJA DLA FIZJOTERAPEUTÓW!



Znajdź Fizjoterapeutę

**Załącz profil na portalu Znajdź Fizjoterapeutę -
to nic nie kosztuje, a daje wiele korzyści:**

- bezpłatna obecność w serwisie prezentującym aktywnych fizjoterapeutów,
- możliwość pozyskania nowych pacjentów,
- obecność w portalu, który jest szeroko promowany w Internecie,
- zgodna z prawem forma promocji Twoich usług.



**Wejdź na stronę logowanie.kif.info.pl i załóż profil!
To zajmie Ci zaledwie kilka minut!**