

głos fizjoterapeuty

1/2020
(10)

Jesteśmy w WCPT!

Nowy rozdział w historii
polskiej fizjoterapii

Pionizacja - wskazania
do stosowania w pediatrii

Iron Woman

Ewelina Wołos wciąż
szuka nowych wyzwań!

KiF

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

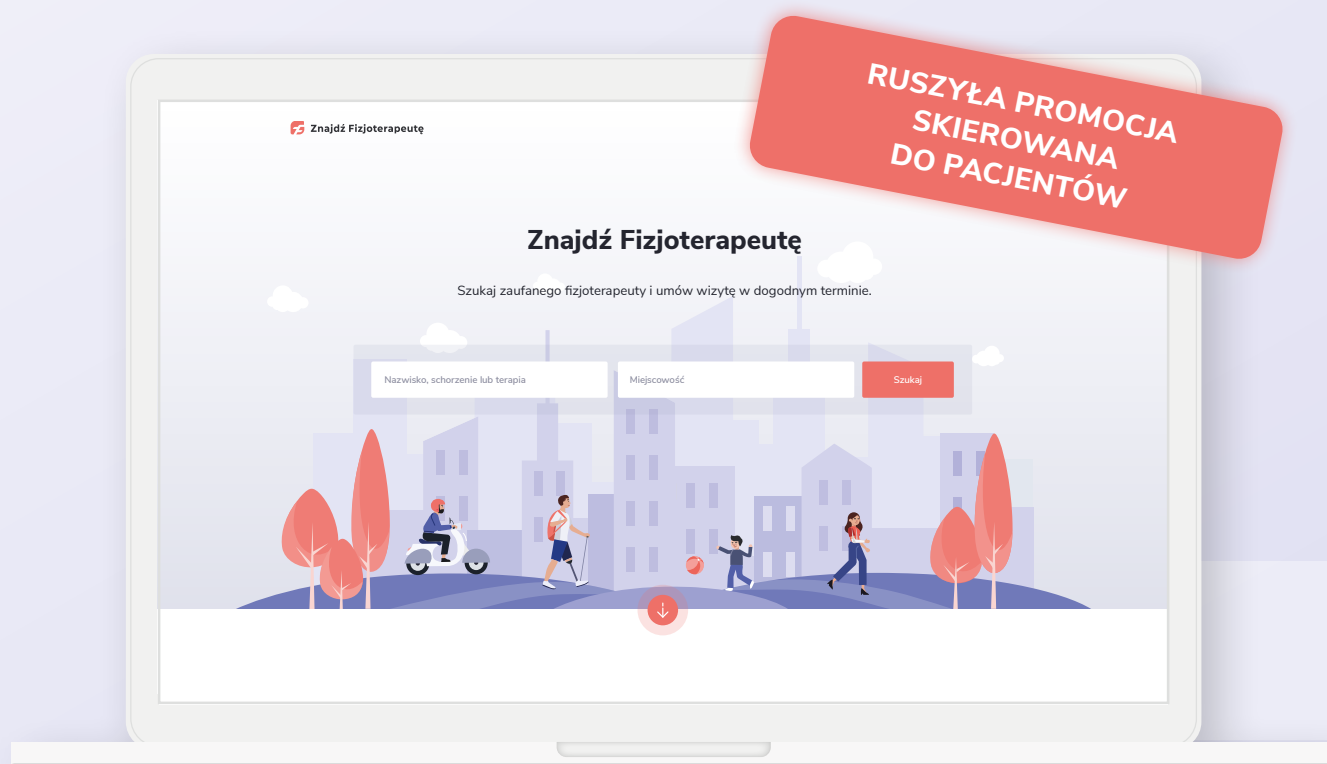


ISSN 2545-3637

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 będzie 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!



„Podróż nie zaczyna się w momencie, kiedy ruszamy w drogę, i nie kończy, kiedy dotarliśmy do mety”.

Ryszard Kapuściński

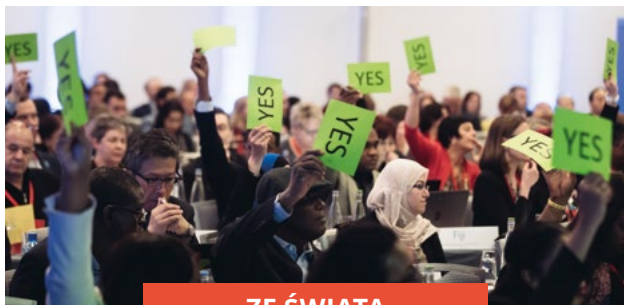
W mojej pracy nauczyciela akademickiego jednym z piękniejszych przeżyć jest obserwowanie stopniowej przemiany studentów. Większość z nich przechodzi trudną drogę: od niewiedzy i nieświadomości, poprzez zwątpienie i odkrywanie tajników zawodu fizjoterapeuty, aż po fascynację. Fascynację ludzkim ciałem, jego funkcjami oraz możliwością oddziaływania na nie. Najodważniejsi studenci (często zupełnie przypadkowo) decydują się na wyjazd za granicę w ramach programu Unii Europejskiej Socrates-Erasmus. Niezmiennie, od wielu lat, jestem zszokowany ich zmianą po powrocie. Są pewniejsi siebie, nie boją się podejmować decyzji, wierzą we własne możliwości, zaczynają doceniać swoją wiedzę i umiejętności, a przede wszystkim stają się bardziej otwarci. Konfrontacja z innym kręgiem kulturowym, nowym podejściem do wykonywania naszego zawodu oraz kontakt z rówieśnikami, którzy niby do nich podobni, ale pod wieloma względami tak różni, wydają się czynić cuda.

Sam też przeżyłem podobne doświadczenie, które otworzyło wiele „kłapek” w mojej głó-

wie. Dwadzieścia siedem lat temu udało mi się wyjechać za własne pieniądze na konferencję naukową do Niemiec, a dwa lata później zaprosiłem do Polski wykładowców z Holandii i Szwecji. Te pierwsze wymiany poglądów były niezwykle cenne i kształtowały mnie jako fizjoterapeutę. Przestałem bać się nowości, stałem się pewniejszy swojej wiedzy. I... dużo bardziej odporny na próby narzucenia mi czyjegoś zdania, które często było nieuzasadnioną krytyką i wynikało ze strachu przed „innym”. Dzięki temu mogłem lepiej zająć się swoimi pacjentami. Przez te wszystkie lata, aż do teraz, to właśnie ta ciągła konfrontacja z kolegami z zagranicy daje mi napęd do działania i uczy pokory, ale wciąż też rozbuja moją ciekawość.

Dobrze jest przekonać się na własnej skórze, że niezależnie od miejsca na ziemi pacjenci i fizjoterapeuci mierzą się z podobnymi przeszkodami. Uczmy się także doceniać lokalne rozwiązania i zauważajmy, że wiele drzwi jest już dla nas otwartych i nie musimy ich wszystkich wyważać.

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

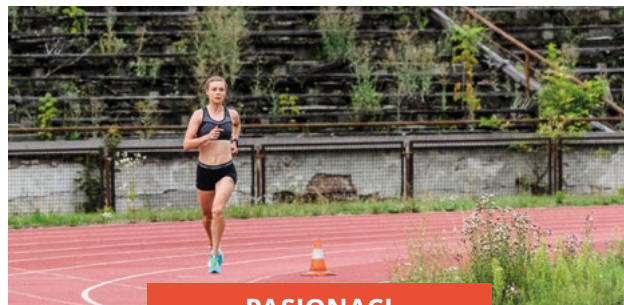


ZE ŚWIATA

WITAJCIE W WCPT!

str. 12

WSTĘP	3
TEMAT NUMERU	
Pora na głos polskiej fizjoterapii na arenie międzynarodowej	5
Dlaczego WCPT?	7
ZE ŚWIATA	
Witajcie w WCPT!	12
Z DZIAŁAŃ KIF	
Prezes KRF zabrał głos w sprawie refundowanej opieki fizjoterapeutycznej	14
Poznaj program II Kongresu KIF	16
NAUKA	
Stawianie i pionizacja w pionizatorach - wskazania do stosowania w pediatrii	18
CIEKAWOSTKI NAUKOWE	
10 faktów o dolegliwościach bólowych pleców	20
PSYCHOSPOJRZENIE	
Gdy zawodzi nas nie tylko nasze ciało	21
PASJONACI	
Iron Woman - Ewelina Wołos, fizjoterapeutka, ale przede wszystkim sportsmenka	22
CIEKAWOSTKI ZE ŚWIATA	26
Fizjoterapia poruszy... WHO!	



PASJONACI

IRON WOMAN

str. 22

Fizjoterapia na Times Square	
Szkocja wspiera udział fizjoterapeutów w podstawowej opiece zdrowotnej	
PRAWO W PRAKTYCE	
Na czym polega samodzielność wykonywania zawodu fizjoterapeuty?	27
POZA FIZJO	
Ach, te mądre jelita!	28
FIZJO-BLOGOSFERA	
Czym jest mobility i co ma wspólnego z lampartami?	29
ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE	
Listy oczekujących na świadczenie fizjoterapeutyczne	30
Ważne zmiany, które wzmacniają pozycję fizjoterapeutów w zakresie leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką	31
Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	32
WYDARZENIA	34
ZAPOWIEDZI	
Zapisz się na warsztaty na II Kongresie KIF	37
PO GODZINACH	
Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami	38

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 Ewelina Wołos, fot. Mirek Kazimierzczak

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: 650 egz.



Pora na głos polskiej fizjoterapii na arenie międzynarodowej!

Rozmowa z Pawłem Adamkiewiczem – wiceprezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów ds. promocji zawodu, kontaktów międzynarodowych i gabinetów prywatnych.

„GF”: Panie wiceprezesie, 1 stycznia Krajowa Izba Fizjoterapeutów dołączyła do grona światowej społeczności fizjoterapeutów – WCPT (World Confederation for Physical Therapy). Skąd pomysł na taki krok?

Paweł Adamkiewicz: Jak wynika z ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (Art. 62 i Art. 77), Krajowa Izba Fizjoterapeutów jest jedyną organizacją zrzeszającą wszystkich fizjoterapeutów, dlatego też powinna reprezentować tę grupę zawodową na arenie międzynarodowej. Pierwszy Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów (Uchwała nr 21/I KZF/2016 z dnia 29 grudnia 2016 r.) zobowiązał KIF do podjęcia starań o wejście do WCPT. Jednym z moich zadań, jako wiceprezesa odpowiedzialnego za sprawy międzynarodowe, oraz zadań mojego zespołu było informowanie Światowej Konfederacji Fizjoterapii o zmianach, jakie zachodziły w Polsce po wejściu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Zadanie realizowaliśmy rozmawiając i spotykając się na konferencjach z przedstawicielami WCPT, ale również organizując na Światowym Kongresie WCPT w Genewie w 2019 r. właśnie stoisko, na którym informowaliśmy o tym, jak udało nam się dojść do niezależności w zawodzie fizjo-

terapeuty¹. Podczas poprzedzającego kongresu General Meeting, a więc spotkania zarządu WCPT z delegatami ze wszystkich państw członkowskich, doszło do zmiany konstytucji WCPT, zgodnie z którą do Światowej i Europejskiej Konfederacji może przystąpić tylko największa organizacja z danego państwa. Zmiany w przepisach otworzyły nam drogę do aplikacji. Zespół do Spraw Międzynarodowych KIF miał niewiele czasu, aby zebrać wszelkie konieczne rekomendacje. Dokumenty te zostały przedstawione Krajowej Radzie Fizjoterapeutów, która zaaprobowала decyzję o złożeniu wniosku aplikacyjnego (Uchwała nr 411/I KRF z dnia 30 sierpnia 2019 r.). Finałnie został on rozpatrzony pozytywnie.

„GF”: Co w praktyce oznacza przystąpienie do WCPT? Jakie korzyści odniosą z tego fizjoterapeuci?

PA: Niewielu fizjoterapeutów wie, czym jest WCPT. Dodatkowo pewnie wielu uważa, że przystąpienie do światowej organizacji niewiele zmieni w ich życiu zawodowym. Na pewno należy podkreślić, że przystąpienie do Światowej Konfederacji zapewnia polskiej fizjoterapii ogromny prestiż, ale

też możliwość bezpośredniego wpływu na wiele inicjatyw jakie realizuje. Jest to dobry czas na włączenie się w proces tworzenia i wdrażania nowych przepisów. Komisja Europejska jest na przykład w trakcie wprowadzania nowych dyrektyw mających na celu ujednolicenie na terenie Europy przepisów dotyczących zawodów medycznych, w tym zawodu fizjoterapeuty. WCPT ma już określone i sprawdzone ścieżki w Komisji Europejskiej i ma większą siłę negocjacyjną, niż miałyby nasze pojedyncze działania lobbingsowe. W KE pracuje się również nad rozszerzeniem kompetencji fizjoterapeuty (m. in. przepisywanie leków, zlecanie badań obrazowych, kierowanie do innych specjalistów, zabiegi inwazyjne). Te działania powinny mieć docelowo przełożenie na nasz lokalny koszyk świadczeń. Średnia wieku fizjoterapeutów wynosi w Polsce 36 lat i jest relatywnie niska, dlatego efekty wprowadzenia dyrektyw unijnych, nawet w perspektywie kilkudziesięciu lat, może odczuć większość środowiska. Kolejne istotne działania to udział w procesie digitalizacji zdrowia (ang. digital health), a więc chociażby rozwój telerehabilitacji oraz jednolitego systemu dokumentacji ►

1. Obszerna relacja z Kongresu: <https://kif.info.pl/genewa2019/>

elektronicznej na terenie całej Europy. Będąc w światowej społeczności fizjoterapeutów, obserwując i analizując trendy, możemy mieć także wpływ na kształtowanie się polityki migracyjnej w naszej grupie zawodowej. Inicjatyw jest wiele i bez naszej obecności w strukturach WCPT mielibyśmy małe szanse, aby wpłynąć na ich kształt i przebieg. Czyli tak naprawdę to, jakie finalnie korzyści będziemy mieć z przynależności do WCPT, zależy od naszego zaangażowania.

„GF”: A jak przebiegał sam proces aplikacji do WCPT?

PA: Złożenie wniosku aplikacyjnego nie było łatwe. Wniosek to ponad dwadzieścia stron do wypełnienia szczegółowymi danymi. Do tego kilka załączników. Wszystko oczywiście w języku angielskim. Dalia Woźnica, Weronika Krzepkowska i Joanna Tokarska stanęły na wysokości zadania i bezbłędnie je zrealizowały. Po złożeniu aplikacji mieliśmy jeszcze kilka konsultacji i zapytań ze strony WCPT, ale ostatecznie bez większych problemów udało nam się przejść przez tę biurokratyczną część. W tym miejscu pragnę wyrazić swoje ogromne podziękowania dla mojego zespołu, ponieważ to od ich pracy zależał w głównej mierze sukces aplikacyjny do WCPT.

„GF”: Czy to wystarczyło? Dokumenty zostały wysłane i automatycznie staliśmy się członkiem WCPT?

PA: Najpierw poprawność wniosku była sprawdzana przez zarząd w Wielkiej Brytanii, a następnie wszystkie pozostałe organizacje członkowskie głosowały elektronicznie za lub przeciw przyjęciu nowego członka. Po zakończeniu głosowania zostaliśmy poinformowani o pozytywnym wyniku i oficjalnym przyjęciu nas do WCPT

1 stycznia 2020 r.

„GF”: Czy zasililiśmy już WCPT naszą wiedzą? Działamy już w światowej społeczności?

PA: Polska fizjoterapia już wcześniej zasiłała trzy grupy robocze WCPT swoimi ekspertami. Teraz, dzięki oficjalnej przynależności do Konfederacji, będą wreszcie mogli brać czynny udział w pracach innych zespołów. Dodatkowo wnosimy ogromną wiedzę, w jaki sposób dążyć do samodzielności i regulacji zawodu. Mamy też ujednolicone standardy edukacji dyplomowej dla wszystkich szkół

(...) przystąpienie do Światowej Konfederacji zapewnia polskiej fizjoterapii ogromny prestiż, ale też możliwość bezpośredniego wpływu na wiele inicjatyw jakie realizuje WCPT. Jest to dobry czas na włączenie się w proces tworzenia i wdrażania nowych przepisów.

kształcących w zakresie fizjoterapii. Reprezentujemy też dużą liczbę naukowców, którzy będą mogli jeszcze bardziej zaistnieć na arenie międzynarodowej.

„GF”: Polska była już reprezentowana w WCPT i to od wielu lat. Skąd ta zmiana?

PA: Jako fizjoterapeuta z ponad 20-letnim stażem pracy wiedziałem, że jest taka organizacja jak WCPT. Wiedziałem też, że od lat 60. Polskę reprezentuje tam jedna organizacja, jaką jest PTF. W czasie jednego z ostatnich posiedzeń Krajowej Rady Fizjoterapeutów usłyszałem, że ważne jest, aby w WCPT tylko być. Odpowiedziałem, że KIF, a więc ponad 66 tys. fizjoterapeutów, oczekuje czegoś więcej niż tylko „obecności” w

WCPT. My chcemy działać, czego wyraz daliśmy już na konferencji w Genewie. A jeżeli pyta Pani o to, skąd ta zmiana, to wracam do początku mojej wypowiedzi, czyli do zmian, które zaszły w konstytucji WCPT i w konsekwencji członkostwa w Konfederacji tylko największej organizacji. Taka sama sytuacja miała miejsce w przypadku Francji. Jedno z francuskich stowarzyszeń należało do WCPT od lat 70. Izba powstała wiele lat później i tak jak KIF zrzesza wszystkich fizjoterapeutów. W związku ze zmianą konstytucji WCPT także i francuska Izba miała szansę przystąpić w tym roku do WCPT.

„GF”: Czy członkostwo w WCPT jest bezpłatne?

PA: Nie, wówczas organizacja nie miałaby szansy na funkcjonowanie. Składka wynosi około 1,5 funta od osoby rocznie.

„GF”: Zapytam wprost: co dostaniemy za te pieniądze?

PA: Udział w pracach podgrup, wpływ na kształt unijnych regulacji, wsparcie w negocjacjach na naszym rynku m.in. mające na celu uzyskanie bezpośredniego dostępu do fizjoterapii przez pacjentów. Mnóstwo możliwości, ale podkreślam jeszcze raz – to będzie zależało od naszych chęci i zaangażowania. Każdego fizjoterapeuty, który ma konkretny pomysł na rozwój polskiej fizjoterapii w strukturach międzynarodowej społeczności – zapraszam do kontaktu.

„GF”: Dziękuję za rozmowę!

Paweł Adamkiewicz
Wiceprezes KRF



Fot. Anna Tyrka



Polscy fizjoterapeuci stanowią trzecią pod względem liczebności grupę w Europie. Wspólnie z Francją stanowimy 25 proc. wszystkich fizjoterapeutów w naszym regionie. To ogromna siła!



World Confederation for Physical Therapy (WCPT) to jedyna powszechnie znana w świecie instytucja reprezentująca fizjoterapeutów.



WCPT istnieje od 1951 r., zrzesza 121 organizacji reprezentujących kraje na całym świecie. Łącznie liczy 625 tys. członków. Prezydentem WCPT jest Emma Stokes, która sprawuje tę funkcję już drugą kadencję.



Raz na cztery lata WCPT organizuje General Meeting (walne zebranie delegatów), czyli spotkanie, w czasie którego podejmowane są kluczowe decyzje co do funkcjonowania organizacji przez kolejne cztery lata. Następny General Meeting odbędzie się w 2023 r. w Tokio.

MEMBER OF WCPT



**World Confederation
for Physical Therapy**

Dlaczego WCPT?

„Nigdy nie jesteś równie daleko od celu, jak wtedy, kiedy nie wiesz, dokąd zmierzasz”.

Charles-Maurice de Talleyrand

Czego oczekuje fizjoterapeuta?

Prawdopodobnie tego samego, czego każdy wykształcony, odpowiedzialny człowiek. Zatrudnienia w odpowiednich warunkach. Godnej zapłaty za pracę. Możliwości współpracy z innymi specjalistami. Perspektywy rozwoju. Krótko mówiąc: w zasadzie niby niczego nadzwyczajnego, a jednak rzeczywistość wciąż jest daleka od realizacji choćby części z tych potrzeb.

Dlaczego tak się dzieje?

Za kształt polityki zdrowotnej w każdym kraju odpowiadają instytucje państwowe, podejmujące decyzje na podstawie zgromadzonych danych, wcześniejszych doświadczeń oraz opinii ekspertów. Wpływ na nią mają również szersze struktury, w których kraj funkcjonuje – w naszym przypadku jest to Unia Europejska.

Problemy polskich fizjoterapeutów są zbieżne z tymi, z którymi borykają się nasi koledzy z zagranicy. W wielu państwach system opieki zdrowotnej wymaga dostosowania go do wymogów współczesnej medycyny, a w tym i fizjoterapii. Obecnie Unia Europejska jest w trakcie wprowadzania nowych dyrektyw, które mają ujednolicić przepisy dotyczące zawodów medycznych.

To bardzo ważny moment. Właśnie teraz jest dla nas najlepszy czas na włączenie się w proces tworzenia i wdrażania nowych przepisów.

Kto może to zrobić?

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT), czyli Światowa Konfederacja Fizjoterapii jest jedyną instytucją reprezentującą fizjoterapeutów, która jest powszechnie znana na świecie.

WCPT istnieje od 1951 r. i obecnie zrzesza 121 organizacji. Z każdego kraju tylko jeden podmiot może przynależeć do WCPT. Ponieważ w wielu państwach istnieje ich po kilka (np. stowarzyszenia naukowe czy izby), w 2019 r. została wprowadzona zmiana w konstytucji WCPT, zgodnie z którą prawo reprezentowania kraju ma największy z nich. Od stycznia 2020 r. formalnym przedstawicielem Polski jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów. ►



Dr Agnieszka Stępień

Specjalista fizjoterapii, wykładowca Wydziału Rehabilitacji AWF w Warszawie. Jest prezesem Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, członkiem Zespołu Zadaniowego ds. Diagnostyki i Leczenia Zachowawczego w Przebiegu Skoliozy Idiopatycznej działającego przy Komitecie Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, członkiem Research Committee International PNF Association oraz Społecznej Rady Sportu przy Ministrze Sportu. Instruktor International PNF Association.

WCPT pozna siłę polskich fizjoterapeutów

Jakie korzyści przyniesie polskim fizjoterapeutom przynależność do WCPT? A jakie znaczenie ma dla każdego z nas słowo „korzyść”? Być może dla niektórych oznacza wyłącznie przychód finansowy lub awans społeczny, a dla innych będą to wiedza i kontakty z ludźmi z różnych środowisk. Awans społeczny i finansowy zwykle wymaga pracy i wytrwałości, a jego źródłem jest wiedza.

Przynależność do WCPT to wiedza o fizjoterapii, kompetencjach, edukacji, regulacjach prawnych na świecie, sytuacji fizjoterapii w państwach wysoko rozwiniętych i biednych krajach w Afryce, projektach międzynarodowych i konferencjach naukowych, a także możliwość zaprezentowania się specjalistom z całego świata. Można powiedzieć, że polska reprezentacja fizjoterapeutów wyrusza na mistrzostwa świata i stawia konkurentów w trudnej sytuacji, bo jesteśmy dobrze wykształceni i pracowici. Wkrótce kraje członkowskie WCPT dowiedzą się, że ta ponad sześćdziesiątysięczna drużyna, zgłoszona przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, może kształtować światową fizjoterapię.

Obecność naszych reprezentantów w uznanych strukturach międzynarodowych może pozytywnie wpłynąć na sytuację w Polsce. Świat dostrzega oszczędności płynące z profilaktyki i wprowadzenia wczesnej interwencji fizjoterapeutycznej oraz docenia specjalistyczną wiedzę przedstawicieli naszego zawodu. Międzynarodowe zespoły eksperckie, działające w różnych dziedzinach, tworzą rekomendacje i mają wpływ na politykę zdrowotną na wszystkich kontynentach. Wyznaczają standardy edukacji, leczenia i profilaktyki. Mają także możliwość opiniowania i wspierania inicjatyw podejmowanych w poszczególnych krajach. Udział w międzynarodowych projektach naukowych daje szansę na rozwój polskim naukowcom, wykładowcom i studentom. Taka współpraca buduje prestiż zawodu, tak cennego, a nie zawsze docenianego w naszym kraju.

Jak działa WCPT?

Przez wiele lat WCPT koncentrowało się na działalności naukowej. W obecnych czasach to jednak za mało, aby realnie wpływać na sytuację fizjoterapeutów na świecie. Dlatego WCPT rozpoczęło proces restrukturyzacji oraz zmieniło własną konstytucję. Dzięki tej nowelizacji KIF mógł stać się członkiem Światowej Konfederacji Fizjoterapii. Wcześniej nie było takiej możliwości.

To nie jest już ta sama organizacja, do której Polska należała przez ostatnie dziesięciolecia. Ma większą polityczną siłę niż nawet kilka wiodących państw odrębnie zrzeszonych. Stała się rozpoznawalna w strukturach międzynarodowych.

W tym momencie WCPT chce wpływać na dynamikę rynku fizjoterapii i szuka silnych partnerów do współpracy.

Czy Polska to atrakcyjny partner?

Dopóki zawód fizjoterapeuty nie podlegał regulacjom, nie było nawet wiadomo, ilu nas pracuje w zawodzie. Bez struktur skupiających i reprezentujących wszystkich fizjoterapeutów Polska dysponowała ograniczoną możliwością współpracy z dużymi graczami, takimi jak WCPT. Dziś już wiadomo, że ponad 66 tysięcy fizjoterapeutów zrzeszonych w KIF to siła ogromna. I tę siłę zaczęto dostrzegać.

Liczebność nie jest naszym jedynym atutem. Krajowa Izba Fizjoterapeutów to uregulowany samorząd, działający na mocy stosownej ustawy, a sam zawód fizjoterapeuty ma u nas status zawodu zaufania publicznego. Jesteśmy wzorcową organizacją w zakresie regulacji, a także systemu kształcenia.

Czy WCPT to atrakcyjny partner?

Fizjoterapeuci w Polsce mają wiele potrzeb. Współpraca z dużym partnerem, który jest w stanie pomóc w ich realizacji, jest dla nas jak najbardziej korzystna.

Istnieje wiele obszarów, w których WCPT już teraz aktywnie działa na terenie Europy. Oto niektóre z nich:

- Prace nad Direct Access (ang. bezpośredni dostęp), czyli możliwością swobodnego dostępu do fizjoterapeuty, w ramach koszyka świadczeń, bez konieczności wcześniejszej konsultacji le-

karskiej. WCPT, jako organizacja uznawana przez Komisję Europejską, ma większą siłę niż lokalne działania lobbingowe prowadzone w tym celu. Proces wprowadzenia Direct Access do systemów publicznych ma się zakończyć do 2024 r.

- Projekt rozszerzenia kompetencji fizjoterapeuty (np. o możliwość przepisywania leków, zlecenia badań obrazowych, kierowania do innych specjalistów, zabiegi inwazyjne) także w ramach koszyka świadczeń na terenie całej Europy.
- Udział w procesie tworzenia struktur tzw. digital health (e-zdrowie, cyfryzacja ochrony zdrowia), w tym telerehabilitacji, a także jednolitego systemu dokumentacji elektronicznej na terenie całej Europy.
- Ujednolicenie systemu sprawozdawczego z efektywności fizjoterapii, a co za tym idzie – wpływ na system jej finansowania w opiece zdrowotnej.
- Wpływ na kształtowanie polityki migracyjnej pacjentów na terenie Unii Europejskiej.
- Wpływ na kształtowanie polityki migracyjnej fizjoterapeutów na terenie Unii Europejskiej.



© World Confederation for Physical Therapy (WCPT) / Alex Teuscher

Wizja przyszłości

Aby wyobrazić sobie, co w praktyce oznaczają zmiany, nad którymi pracuje WCPT, można użyć poniższej projekcji, która przedstawia pożądany przez nas wszystkich stan:

„Fizjoterapeuta – to niezależny specjalista pierwszej pomocy, którego usługi refunduje NFZ w ramach ▶

Moim zdaniem...



Dr hab. Monika Grygorowicz

Fizjoterapeutka sportowa, kieruje Zespołem Nauk o Sporcie w klinice należącej do elitarnej sieci FIFA Medical Centre of Excellence.

Co zyskujemy jako członkowie WCPT?

Korzyści wynikające z reprezentacji polskich fizjoterapeutów w Światowej Konfederacji Fizjoterapii można rozpatrywać z kilku perspektyw.

Pierwsza – co ja, jako przykładowa Anna Nowak, mogę zyskać na reprezentowaniu mnie w WCPT? Przede wszystkim wiedzę! Dostęp do najbardziej aktualnych informacji w obszarze fizjoterapii. WCPT współtworzy „dobre praktyki”, czyli rozwiązania rekomendowane w różnych obszarach klinicznych. Dzięki temu ja – jako osoba zajmująca się fizjoterapią w sporcie – wiem, do czego dążyć i jak uzyskać niezbędne informacje. Potrzebuję tylko wskazówek dotyczących wykorzystania tej wiedzy w praktyce.

Druga perspektywa jest czysto osobista – przynależenie do podgrupy tematycznej (np. dotyczącej fizjoterapii sportowej) działającej przy WCPT, to gwarancja rozpoznawalności jako specjalistki/specjalisty, co następnie przekłada się na własną zawodową mobilność. Jeżeli ktoś planowałby

zmienić miejsce pracy, to dzięki kompetencjom potwierdzonym przez WCPT, nie będzie miał z tym dużego problemu. Gdybym chciała pracować za granicą, to taki „stempel jakości” może być mi pomocny w uzyskaniu zawodowej niezależności. Nie wszystkim jest on zapewne potrzebny, ale możliwość rozwoju poza granicami kraju dla wielu fizjoterapeutów jest atrakcyjną perspektywą. Osobiście uważam też, że uczestnictwo w gremiach międzynarodowych jest także doskonałą okazją do autorefleksji i rozwoju oraz weryfikacji swojej wiedzy.

Na koniec szersza perspektywa – wiedza, kompetencje oraz umiejętności współpracy polskich fizjoterapeutów mogą być implementowane w innych krajach. Obecnie, we współpracy z innymi koleżankami i kolegami z Polski, realizujemy duży projekt międzynarodowy finansowany przez FIFA. Jest to możliwe wyłącznie dzięki naszej rozpoznawalności na arenie międzynarodowej, poprzedzonej wieloma latami starań o przynależność do grona najlepszych specjalistów w obszarze medycyny związanej z futbolem. Jestem przekonana, że idee, które się rodzą w głowach polskich fizjoterapeutów, będą stanowić za jakiś czas cenny wkład w rozwój fizjoterapii na świecie. Potrzeba jedynie zaprezentować je w gremiach międzynarodowych, decyzyjnych – w szczególności WCPT.



Dr Rafał Trąbka

Specjalista fizjoterapii, naukowo związany z Wydziałem Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Aktualnie jest asystentem w Klinice Rehabilitacji w Instytucie Fizjoterapii. Od 2019 r. prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii.

WCPT to wachlarz możliwości

Czy obecność w WCPT, uznanej strukturze międzynarodowej, przełoży się na polepszenie sytuacji polskich fizjoterapeutów? To trochę tak, jakby zadać pytanie, czy podróże kształcą? Twierdząca odpowiedź nasuwa się sama, ale o to, jakie będą ostateczne efekty tych doświadczeń, w dużej mierze zależy będzie od naszego zaangażowania.

Polskie Towarzystwo Fizjoterapii było członkiem WCPT od 1967 roku, czyli przez 52 lata. Teraz to członkostwo przypadło KIF jako organizacji zrzeszającej największą liczbę fizjoterapeutów w Polsce. Dzięki wieloletniej aktywności polskich fizjoterapeutów, dwie osoby reprezentują nas w zarządzie ER-WCPT (Europejski Region WCPT). To członek alternatywny Zbigniew Śliwiński oraz alternatywny przedstawiciel regionalny w WCPT – Sebastian Zduński.

Głównym celem WCPT jest rozwój fizjoterapii na świecie. Działania w tym zakresie podejmowane są na wielu płaszczyznach. Ważnym obszarem jest edukacja i regulacje wynikające z uprawnień fizjoterapeutów. Istotne jest również promowanie przez WCPT wysokich standardów w obszarze fizjoterapii. Kwalifikacja i edukacja jako komponenty zawodu, akredytacje ujednoliconych programów kształcenia, sprawnie działające grupy WCPT i nasze dobrze zorganizowane uczelnie z pewnością otworzą nam drogę do godnego reprezentowania polskiej fizjoterapii na arenie międzynarodowej. Kolejnym benefitem mogą stać się efekty pracy nad autonomią zawodu fizjoterapeuty, prowadzone w ramach Światowej Konfederacji Fizjoterapii.

Nasuwa się pytanie, czy wszyscy odniosą wyżej wymienione korzyści? Myślę, że nie, ale mieć taką możliwość z pewnością warto. WCPT ma jasne cele, spójne z pożądanym kierunkiem rozwoju fizjoterapii w Polsce. Miejmy nadzieję, że przełożą się one na godne zarobki dla nas wszystkich (wzorem USA czy Kanady) oraz prestiż wynikający z naszego zaangażowania w pracę z pacjentami.

REGIONY WCPT



Struktury WCPT podzielono na regiony. Każdy region posiada swoją „organizację córkę”. Na przykład na terenie Europy jest to **ERWCPT**
<https://www.erwcpt.eu/>

koszyka świadczeń. Może zlecać badania obrazowe oraz pełną pulę sprzętu ortopedycznego, przepisywać leki z zakresu swoich kompetencji, a także kierować pacjenta do innych specjalistów. Korzysta z elektronicznego programu do prowadzenia dokumentacji medycznej, na którym pracują także jego koleżanki i koledzy w całej Europie. Pacjenci mogą swobodnie migrować pomiędzy państwami oraz kontynuować leczenie, bo każdy kolejny fizjoterapeuta ma wgląd w historię ich choroby, wdrożonych procedur i efektów terapii. Usługi te są rozliczane w jednym europejskim systemie. Pacjent wybiera, w którym kraju chce się leczyć. To za nim idą pieniądze, bo fizjoterapia jest ustawowo zagwarantowana w ramach ubezpieczeń państwowych oraz prywatnych. Ponieważ stawki refundacji usług są stałe na terenie Europy, konkurencyjne są państwa, które wykonują je lepiej i taniej. Zawód fizjoterapeuty jest zawodem zaufania publicznego, więc jego przedstawiciele mogą świadczyć swoje usługi na całym kontynencie bez konieczności dopełniania dodatkowych procedur nostryfikacyjnych. Wzrasta prestiż zawodu, dobrze układa się współpraca z decydentami. Zwiększa się aktywny udział fizjoterapeutów w sektorze zdrowia, a dzięki temu poprawiają się warunki pracy i płacy.”

Można tę wizję postrzegać jako fantazję. Równie dobrze można ją uznać za cel, który po prostu należy realizować, co ma zamiar robić KIF w strukturach WCPT.



Joanna Tokarska

Zespół ds. Międzynarodowych KIF

**Aleksander Kucza**

Fizjoterapeuta, pracuje w BMK we Wrocławiu. Ukończył kurs Ortopedycznej Terapii Manualnej OMT. Dyplomowany terapeuta metod PNF, Ortopedycznej Terapii Manualnej Kaltenborna i Evjenththa oraz metody McKenziego. Wieloletni praktyk i doświadczony szkoleniowiec.

Nowy rozdział w historii polskiej fizjoterapii

Jest wiele aspektów i możliwości w tym nowym otwarciu polskiej fizjoterapii na świat. Bo przecież nie rzecz w tym, że jesteśmy tam od dawna, ale w tym, co możemy wnieść do WCPT w przyszłości. Musimy pokazać, co dobrego zrobiliśmy w Polsce, jakie błędy popełniliśmy i popełniamy.

Od 25 lat mocno stawiamy na edukację. To ona najbardziej przyczynia się do uzyskania satysfakcji ekonomicznej i zawodowej. Lawina, której nie można zatrzymać zmianą zarządu, prezesa, prawa, granic. Wiedza jest bezcenną wartością przechowywaną w społeczeństwie na zawsze.

**Marcin Błaszcz**

Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów i Zarządu Krajowej Reprezentacji Doktorantów. Doktorant na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Pełnomocnik ds. Studenckich w Stowarzyszeniu Fizjoterapia Polska.

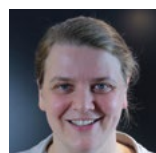
WCPT to siła oddziaływania

Wszyscy zdajemy sobie sprawę ze złej sytuacji w publicznej ochronie zdrowia. Dotychczasowe działania, mające na celu reformę rehabilitacji, prowadzone były na poziomie krajowym. Reprezentacja KIF na licznych spotkaniach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji apeluje o poprawę autonomii i warunków pracy polskich fizjoterapeutów. Izba podejmuje działania, aby poprawić organizację i finansowanie fizjoterapii w publicznym sektorze. Mimo to sytuacja nie ulega znaczącej zmianie. Teraz, wraz z wstąpieniem KIF do WCPT, otrzymaliśmy dodatkowy silny oręż. Możemy lobbować z pozycji największej i najbardziej prestiżowej organizacji fizjoterapeutycznej na świecie.

WCPT ma wpływ na plany i działania podejmowane przez Komisję Europejską, co wpływa na prace Parlamentu Europejskiego, a w rezultacie na regulacje na poziomie poszczególnych krajów członkowskich. Wprowadzamy do WCPT ponad 66 tys. polskich fizjoterapeutów. Jesteśmy trzecią siłą w Europie i stanowimy 10 proc. wszystkich zrzeszonych w WCPT fizjoterapeutów. To pozwala nam oczekiwać od Światowej Konfederacji Fizjoterapii realnego wsparcia w naszych dążeniach oraz skupienia jej działań również na potrzebach polskich fizjoterapeutów oraz pacjentów.

Uważam, że mamy czym się pochwalić w aspekcie zachęcania do jej zdobywania, a także sukcesów ekonomicznych – leczenie naszych pacjentów na komercyjnym rynku usług medycznych jest coraz efektywniejsze. Mam nadzieję, że ciężko to już u nas było, a teraz będzie tylko lepiej.

Czego koleżanki/koledzy, młodzi stażem fizjoterapeuci oczekują od WCPT? Wolności w wymianie myśli, wiedzy, umiejętności palpacyjnych, edukacji i zarabiania pieniędzy niezależnie od kraju, w którym chcą się osiedlić. Trzeba w fizjoterapii przesunąć granice i doprowadzić do ujednolicenia warunków pracy na świecie. Uważam, że jest to realne, przynajmniej na poziomie Unii Europejskiej. Nasza Izba powinna rozpowszechniać też informacje o działaniach WCPT we wszystkich aspektach, w szczególności: dostępów do baz danych, wiedzy i edukacji podyplomowej. Jesteśmy przecież zobligowani do ciągłego rozwoju poprzez czerpanie wiedzy z tego niekończącego się źródła, jakim są nasi pacjenci.

**Dr Anna Pyszora**

Doktor nauk o zdrowiu, asystentka w Katedrze Opieki Paliatywnej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, fizjoterapeutka w zespole opieki domowej Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki i w Ośrodku Wentylacji Domowej w Bydgoszczy.

Współpraca w ramach podgrup tematycznych

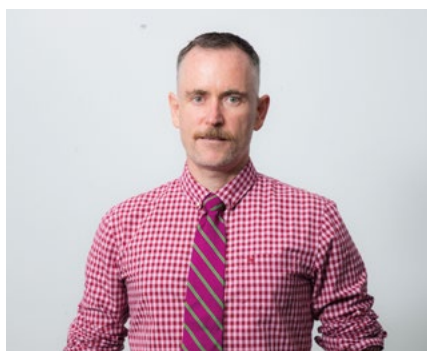
Członkostwo w WCPT umożliwia aktywne uczestniczenie w pracach podgrup, zajmujących się problematyką fizjoterapii w różnych dziedzinach medycyny. W minionym roku, w trakcie kongresu WCPT w Genewie, miałam okazję uczestniczyć w spotkaniu jednej z nich – IPT HOPE (International Physical Therapy for HIV/AIDS, Oncology, Hospice and Palliative Care), która zrzesza fizjoterapeutów pracujących z pacjentami z chorobą nowotworową lub HIV/AIDS. Współpraca w grupie o zasięgu międzynarodowym oraz możliwość wymiany doświadczeń w gronie osób stojących przed podobnymi wyzwaniami związanymi z opieką nad chorymi, pozwalają dostrzec nowe możliwości i drogi działania. Niejednokrotnie taka konfrontacja utwierdza nas w przekonaniu o słuszności stosowanych przez nas rozwiązań. Bardzo istotne jest, aby przedstawiciele środowiska polskich fizjoterapeutów, uczestniczący w pracach podgrup WCPT, dzielili się zdobytymi doświadczeniami z koleżankami i kolegami w Polsce. Wydaje się, że doskonałą okazją do takiej wymiany myśli są kongresy naukowe organizowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów.



© World Confederation for Physical Therapy (WCPT) / Alex Teuscher

Witajcie w WCPT!

Rozmowa z dyrektorem generalnym Światowej Konfederacji Fizjoterapii Jonathonem Krugerem* o tym, na jakie wsparcie ze strony WCPT mogą liczyć polscy fizjoterapeuci i co oni mogą dać tej organizacji.



*Jonathon Kruger

– dyrektor generalny Światowej Konfederacji Fizjoterapii od 2016 r. Odpowiada za zarządzanie i administrację. Do jego obowiązków należy wdrażanie planu strategicznego określonego przez zarząd i organizacje członkowskie. Oprócz kwalifikacji fizjoterapeutycznych posiada tytuł magistra zdrowia publicznego oraz odpowiednią wiedzę z zakresu prawa i zarządzania. W swojej pracy wspiera rozwój organizacji członkowskich, które – dzięki zdobytym umiejętnościom – mogą przyczyniać się do rozwoju polityki zdrowotnej w ich krajach ojczystych. Uważa, że WCPT jest potężnym narzędziem pomagającym w rozwoju zawodu fizjoterapeuty na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Fot. Archiwum WCPT

Weronika Krzepakowska: 1 stycznia 2020 r. każdy polski fizjoterapeuta dołączył do WCPT. Co to dla niego oznacza? Jaką ma z tego korzyść?

Jonathon Kruger: Dołączając do Światowej Konfederacji Fizjoterapii polscy fizjoterapeuci stali się częścią organizacji zrzeszającej przedstawicieli zawodu z całego świata. To oznacza, że mają dostęp do zasobów i wiedzy koleżanek i kolegów ze wszystkich 121 krajów członkowskich. Mogą zacząć wpływać na politykę dotyczącą fizjoterapii na całym świecie. Spodziewam się, że dla polskich fizjoterapeutów istotne będzie wzięcie udziału np. w dyskusji dotyczącej europejskiego rynku pracy i możliwości migracji pomiędzy państwami. Ich głos może być teraz wzięty w niej pod uwagę – właśnie dzięki członkostwu w WCPT.

WK: To bardzo ciekawa propozycja. Fizjoterapia w Polsce jednak nadal zmagą się z wieloma problemami tu, na rynku lokalnym. Rozmowy na arenie międzynarodowej to jedno, ale czy WCPT może mieć jakikolwiek wpływ na nasze kontakty np. z polskim Ministerstwem Zdrowia czy NFZ? Na jaką pomoc możemy liczyć?

JK: Znaczna część mojej codziennej pracy to właśnie wspieranie organizacji członkowskich w negocjacjach z lokalnymi decydentami. Taka pomoc może odbywać się na różnych poziomach. Mogę na przykład napisać list do Ministerstwa Zdrowia z wyjaśnieniem, dlaczego ważna jest zmiana w regulacjach, tłumaczyć, jakie możliwości mają fizjoterapeuci w innym państwie i jakie idą za tym korzyści. Mam wiedzę na temat uprawnień przedstawicieli naszego zawodu w najdalszych za-

kątkach świata i jestem w stanie wykorzystać ją właśnie w takich rozmowach.

WK: Czy oprócz listów możemy także liczyć na wsparcie podczas spotkań i rozmów?

JK: Najczęściej właśnie to wygląda tak, że przedstawiciel WCPT jest zapraszany np. na konferencję naukową do danego państwa członkowskiego. Jeżeli obecny jest tam także przedstawiciel ministerstwa lub inna osoba decyzyjna, szukamy okazji do spotkania i rozmowy, aranżujemy je. Zależy nam na tym, aby móc z tymi osobami nawiązać kontakt i, jeśli jest taka potrzeba, to wyjaśnić i pokazać, jak wygląda rozwinięta, nowoczesna fizjoterapia na świecie. Oczywiście niektóre państwa nie potrzebują takiej zewnętrznej pomocy, ale dla części jest ona bardzo pomocna i motywująca. Nasze wsparcie może mieć realny wpływ na zmianę decyzji na szczeblach rządowych.

WK: Czyli jesteście takim niezależnym, silnym głosem z zewnątrz, ukazującym szerszą perspektywę.

JK: To jedno z naszych zadań. Oczywiście, zanim rozpoczniemy rozmowy z decydentami, wcześniej kontaktujemy się z przedstawicielami danej organizacji, poznajemy szczegóły lokalnej polityki, zapoznajemy się z planami zmian, ustalamy strategię i cel naszego działania. Czasem też fizjoterapeuci chcą wiedzieć, jak wygląda sytuacja w krajach sąsiednich albo gdzie wiedzie się ich kolegom najlepiej i jak ten stan osiągnąć. Służymy im też taką wiedzą.

WK: A czy polscy fizjoterapeuci będą również informowani na temat organizacji różnych wydarzeń czy o inicjatywach w dzie-

dzinie fizjoterapii i zdrowia podejmowanych na świecie?

JK: Już teraz wszyscy polscy fizjoterapeuci mogą brać udział w kongresach WCPT na preferencyjnych warunkach cenowych. Światowy kongres odbywa się co dwa lata, w zeszłym roku był w Genewie, ale już teraz zapraszamy najpierw do Dubaju (2021 r.), a potem do Tokio (2023 r.). Bardzo istotna jest również działalność podgrup, które także organizują swoje wydarzenia. Polscy fizjoterapeuci mogą się do nich zapisywać i brać udział w pracach. Takich grup jest wiele, to chociażby INPA (International Neurological Physical Therapy Association) czy IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists), których członkowie dzielą się swoją ogromną wiedzą kliniczną.

WK: Zostańmy na chwilę przy tych podgrupach. Jak to właściwie wygląda w praktyce? Jak się do nich zapisać?

JK: Jeśli na przykład fizjoterapeuta interesuje się neurologią, to może dołączyć do odpowiedniej podgrupy WCPT. Wiele zależy od jej struktury. Zachęcam do zajrzenia na naszą stronę internetową, gdzie można dowiedzieć się bardzo dużo na temat działalności każdej z podgrup, skontaktować z jej przedstawicielami i już ich dopisać o szczegóły. Zależy nam na wymianie informacji oraz wspólnym dbaniu o jak najlepszy rozwój w danej dziedzinie. Chcemy, żeby WCPT było właśnie taką platformą wiedzy, wymiany doświadczeń i źródłem najlepszych praktyk.

WK: WCPT zostało właśnie wzbogacone o ponad 66 tysięcy fizjoterapeutów z Polski. Młodych, bardzo dobrze wykształconych i zdolnych ludzi. Wiemy już, cze-

go możemy oczekiwać od WCPT, a jakie są oczekiwania WCPT w stosunku do nas?

JK: To jest dla nas niesamowite! Polska stała się trzecią co do liczebności organizacją członkowską WCPT, zaraz po Japonii i Francji. Często jestem świadkiem, jak wasi fizjoterapeuci na konferencjach prezentują swoją wiedzę, osiągnięcia, uczą się – Polska staje się motorem napędowym światowej fizjoterapii. To może dotyczyć praktyki klinicznej, ale także zajmowania decyzyjnych stanowisk w strukturach WCPT. Kampania społeczna promująca fizjoterapię, którą KIF przygotowała w zeszłym roku, była naprawdę fantastyczna – jest więc wiele pól, na których możecie wyznaczać trendy. Myślę, że jest to naprawdę wspaniały czas dla polskich fizjoterapeutów, a świat może się dowiedzieć o ich potencjale. Sam nie mogę się doczekać przyjazdu do Polski, spotkania z jak największą grupą fizjoterapeutów i pomocy w rozwoju ich światowych karier.

WK: W takim razie serdecznie zapraszamy i liczymy na kolejną rozmowę!

JK: O tak, to dopiero początek relacji Krajowej Izby Fizjoterapeutów z WCPT. Mam nadzieję, że fizjoterapeuci odbiorą to jako naprawdę pozytywny krok naprzód!



Weronika Krzepkowska
Zespół ds. Międzynarodowych KIF



Prezes KRF zabrał głos w sprawie refundowanej opieki fizjoterapeutycznej

Krajowa Izba Fizjoterapeutów opublikowała list otwarty do mediów. W dokumencie prezes KRF Maciej Krawczyk pisze o bardzo trudnej sytuacji w refundowanej rehabilitacji i konsekwencjach, jakie to niesie dla polskich pacjentów. List został opublikowany na stronie KIF oraz udostępniony przez liczne media ogólnopolskie i branżowe.

Warszawa, 15 stycznia 2020 roku

LIST OTWARTY

Szanowni Państwo Redaktorzy,
Przedstawiciele Mediów,

dramatycznych słów i apeli w ochronie zdrowia nie brakuje i zdaję sobie sprawę, że możemy być na nie „znieczuleni”. Jako człowiek, który od ponad 30 lat aktywnie pracuje z pacjentami oraz prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów czuję się jednak w obowiązku zwrócić uwagę na kryzysową sytuację w polskiej rehabilitacji.

Dla polskich pacjentów rok 2020 może być przełomowy: **dla wielu z nich zabraknie refundowanej opieki fizjoterapeutycznej**. Jestem o tym przekonany – z powodu nierentowności zamykane są oddziały rehabilitacyjne w całym kraju. Dramatycznym przykładem jest zamknięcie oddziałów rehabilitacji (neurologicznej i ogólnoustrojowej) w Szpitalu Dziecięcym w Dziekanowie Leśnym. Oddziałów, które przyjmowały małych pacjentów z całej Polski i uchodziły za jedno z najlepszych. Od 1 stycznia 2020 roku przestały działać. Powód jest prosty: generowały olbrzymie straty. Dziś doba pobytu na oddziale stacjonarnym rehabilitacji wyceniona jest na ok. 100 zł. To mniej niż nocleg w średniej klasy hotelu, a takiemu

pacjentowi, poza noclegiem i wyżywieniem, trzeba jeszcze zapewnić fachową opiekę wielu specjalistów, w tym m.in. fizjoterapeutę, psychologa, logopedę. Prosty rachunek pokazuje, iż nie jest to możliwe. Do Krajowej Izby Fizjoterapeutów spływają sygnały z całej Polski o planach zamknięcia kolejnych oddziałów. **W 2020 roku może zniknąć nawet ok. 40-50 oddziałów rehabilitacyjnych z ok. 1570 działających oraz ponad 100 podmiotów świadczących refundowane usługi fizjoterapeutyczne z ok. 5100 dzisiaj świadczących te usługi.**

Stale rośnie liczba chorych oczekujących na udzielenie świadczeń fizjoterapeutycznych. Dziś to już blisko 2 mln osób, w tym dzieci, osoby niepełnosprawne, pacjenci po urazach i zabiegach operacyjnych. W przypadku tych pacjentów oczekiwanie na rehabilitację bardzo negatywnie wpływa na ich stan zdrowia i ogranicza szansę na powrót do sprawności. Skutkiem zaniechań są powikłania, które potem „leczymy”, płacąc za nie o wiele więcej niż za proces fizjoterapii.

W dniu 19 grudnia Krajowa Rada Fizjoterapeutów przyjęła uchwałę w sprawie apelu dotyczącego podjęcia działań w celu poprawy sytuacji świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Skierowałem ten apel do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. I wybaczenie, ale nie widzę woli poprawy sytuacji. Gorzko napiszę, że w mojej ocenie polscy fizjoterapeuci sobie poradzą: na rynku prywatnym istnieje wielkie zapotrzebowanie na nasze usługi i jesteśmy doceniani również poza naszym krajem. Bez opieki pozostaną jednak najsłabsi pacjenci: dzieci, seniorzy i osoby niepełnosprawne. Stąd mój apel do Państwa jako przedstawicieli mediów o nagłośnienie sprawy i pokazanie konsekwencji działań polskich polityków. Polska rehabilitacja sama wymaga dziś profesjonalnych działań usprawniających i nie chodzi tu tylko o proste dosypanie pieniędzy. Z nowymi funduszami powinny przyjść także zmiany organizacyjne. Krajowa Izba Fizjoterapeutów podjęła wiele działań: informuje na bieżąco Ministerstwo Zdrowia, współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz przedstawia analizy i gotowe rozwiązania systemowe, które mają na celu uszczelnienie systemu i zwiększenie jakości udzielanych świadczeń. Niestety, w naszej ocenie nie ma woli do zmiany systemu, a zmiany, które są dokonywane wybiórczo i na niewielką skalę, nie poprawiają sytuacji w stopniu wystarczającym.

Liczę na Państwa wsparcie. Inaczej nasi bliscy po wylewach i z problemami neurologicznymi, po przeszczepach i innych zabiegach chirurgicznych, dzieci z wadami wrodzonymi pozostaną bez opieki. Nie chcę, żeby po polskiej fizjoterapii refundowanej pozostało tylko wspomnienie...

Z wyrazami szacunku,

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów



dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

Poznaj program II Kongresu KIF

II Kongres Krajowej Izby Fizjoterapeutów pt. „Specjalizacje kierunkowe – przyszłość fizjoterapii” będzie największym wydarzeniem w środowisku polskiej fizjoterapii, które zgromadzi 2 500 uczestników oraz ponad 100 wykładowców. Kongres odbędzie się w dniach 16–17 kwietnia w Centrum Kongresowym ICE Kraków.

Program dzień I – 16 kwietnia 2020 r.

9.00 – 10.30 **Otwarcie II Kongresu: wykład prezesa KRF oraz inauguracyjny panel dyskusyjny**

10.30 – 11.15 **Przerwa kawowa**

11.15 – 12.45 **Sesja 1**

Fizjoterapia = leczenie = trening. Tak czy nie?

Sesja 2

Nietrzymanie moczu – wyzwanie cywiliacyjne

Sesja 3

Badania dodatkowe w fizjoterapii – czy to konieczne?

Sesja 4

Zrozumieć fizjoprofilaktykę

Sesja 5

Etyka w zawodzie fizjoterapeuty

Sesja 6

Programy zdrowotne w zakresie fizjoterapii szansą rozwoju regionalnego cz. 1

12.45 – 14.15 **Lunch**

14.15 – 15.45 **Sesja 7**

Ból – główny problem w leczeniu kręgosłupa

Sesja 8

Fizjoterapia w ginekologii, położnictwie i urologii

Sesja 9

Obrzęki – czy jest się czego bać?

Sesja 10

Nieskończone możliwości fizjoterapii

Sesja 11

Od adaptowanej aktywności fizycznej do sportu

Sesja 12

Programy zdrowotne w zakresie fizjoterapii szansą rozwoju regionalnego cz. 2

15.45 – 16.15 **Przerwa kawowa**

16.15 – 17.45 **Sesja 13**

Kręgosłup szyjny – trudności diagnostyczno-lecznicze

Sesja 14

Onkologia – więcej możliwości czy ograniczeń

Sesja 15

Nowoczesne zaopatrzenie ortopedyczne i protetyczne

Sesja 16

Układ ruchu to nie wszystko – inne spojrzenie na fizjoterapię

Sesja 17

Komunikacja kliniczna – jak rozmawiać z pacjentem?

Sesja 18

Prawo w fizjoterapii

- 17:45 – 18:10** Przerwa kawowa
- 18:10 – 19:40** Sesja studencka
Grupa robocza – specjalizacje kierunkowe
- 19:40 – 22:00** Spotkanie koktajlowe

Program dzień II – 17 kwietnia 2020 r.

- 9.30 – 11.00** **Sesja 19**
Kręgosłup lędźwiowy – chirurg czy fizjoterapeuta?
- Sesja 20**
Fizjoterapia w leczeniu bólu – skuteczne rozwiązanie czy efekt placebo?
- Sesja 21**
Fizjoterapia w sporcie
- Sesja 22**
Fizjoterapia w kardiologii – niechciani pacjenci?
- Sesja 23**
Zmiany systemowe
- 11.00 – 11.45** Przerwa kawowa
- 11.45 – 13.15** **Sesja 24**
Łokieć i ręka – wspólny problem
- Sesja 25**
Diagnostyka funkcjonalna w pediatrii
- Sesja 26**
Tułów – klucz do sukcesu fizjoterapii po udarze?
- Sesja 27**
Aktywność fizyczna pacjentów kardiologicznych – tak czy nie?
- Sesja 28**
Nowoczesne leczenie uzdrowiskowe
- 13.15 – 14.45** Lunch
- 14.45 – 16:15** **Sesja 29**
Kręgosłup szyjny – trudności diagnostyczno-lecznicze
- Sesja 30**
Onkologia – więcej możliwości czy ograniczeń
- Sesja 31**
Nowoczesne zaopatrzenie ortopedyczne i protetyczne
- Sesja 32**
Układ ruchu to nie wszystko – inne spojrzenie na fizjoterapię
- Sesja satelitarna**
- 16:15 – 16.45** Przerwa kawowa
- 16:45 – 18:15** **Sesja 33**
Kolano – operować czy nie operować?
- Sesja 34**
Fizjoterapia po zabiegach operacyjnych narządu ruchu u dzieci
- Sesja 35**
Spastyczność poudarowa – współczesne możliwości i perspektywy leczenia
- Sesja 36**
Fizjoterapia w pulmonologii – wyzwania na przyszłość
- Sesja satelitarna**

Poznaj szczegółowy program i zarejestruj się:
kongres.kif.info.pl



Fot. Aleksandra Rostonic, Mateusz Burak*

Stawianie i pionizacja w pionizatorach – wskazania do stosowania w pediatrii

Poniższy skrót artykułu odpowiada na pytania dotyczące stawiania dzieci z MPD (i nie tylko) oraz ich pionizacji w pionizatorach, a także zaopatrzenia ortopedycznego, w tym zasadności stosowania ortoz na kończynach dolnych. Brak jednolitego przekazu na studiach oraz szkoleniach poświęconych temu tematowi wywołuje gorące dyskusje w miejscach pracy, podczas prowadzonych przeze mnie kursów i warsztatów.

Zgodnie z obowiązującymi obecnie na świecie zasadami – bazującymi na wytycznych WHO, ICF i GMFCS – w rehabilitacji pediatrycznej funkcjonuje model Systemowy (zaburzenia w pracy jednego systemu/układu wywołują zaburzenia w pracy innych systemów/układów).

Model hierarchiczny, w którym jest mowa o konieczności przechodzenia przez dziecko w terapii przez kolejne fazy rozwojowe tzw. kamienie milowe, został odrzucony. Ta forma terapii, przede wszystkim u dzieci z MPD, przyczynia się do rozwoju nieodwracalnych zmian wtórnych i trzeciorzędowych w układzie kostno-stawowym.

Pionizację należy rozpoczynać około 9–10 miesiąca życia. Aby nie dopuścić do zmian wtórnych i trzeciorzędowych, przykurczy i deformacji, należy stosować prawidłowo dobrane ortozy kończyn dolnych. Wprowadzamy je często już od 7–8 miesiąca życia. Pacjent powinien je nosić przez cały dzień. W celu utrzymania prawidłowego wydłużenia mięśni, adekwatnego do przyrostu kości, zaleca się ich wersję na noc – są znacznie lżejsze od dziennych. Ortozy powinny być wymieniane co około 6 miesięcy, szczególnie u dzieci będących na poziomie I oraz II w GMFCS.

Dlaczego stawianie i pionizacja są tak ważne?

Przez prawidłową postawę należy rozumieć taką, w której układ poszczególnych segmentów ciała względem siebie jest zharmonizowany, a jej utrzymanie w płaszczyźnie podparcia podczas wykonywania aktywności funkcjonalnych dnia codziennego, wymaga minimalnego wysiłku układu mięśniowego i nerwowego.

Brak u dziecka stabilnej postawy ciała upośledza lub wręcz uniemożliwia wykonywanie codziennych funkcji, takich jak: zabawa, obsługiwanie komputera, jedzenie, relacje społeczne, itd. Postawa ciała, o czym bardzo często zapominamy, ma również wpływ na prawidłową lub zaburzoną pracę i wydajność takich systemów/układów w ciele dziecka, jak: oddechowy, trawienny, kostno-mięśniowy czy krwionośny.

W prawidłowym rozwoju pozycję stojącą niemowlę osiąga około 8–9 miesiąca życia, a pomiędzy 12–18 miesiącem rozpoczyna samodzielne chodzenie. Gdy rozwój przebiega prawidłowo, nie zastanawiamy się nad tym, jak ważna jest pozycja pionowa – pionowa kontrola ciała. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w przypadku dzieci z MPD, znajdujących się na poziomach I–V według GMFCS. Problemy mają również dzieci z dystrofią mięśniową, łamliwością kości, rozszczepem kręgosłupa, z problemami ortopedycznymi.

mi czy kardiologicznymi oraz z niepełnosprawnością intelektualną. Wielu pacjentów dotkniętych tymi jednostkami chorobowymi nigdy nie osiągnie samodzielnie pionowej kontroli postawy ani nie rozwinie samodzielnego chodu.

My, jako terapeuci, jesteśmy zobligowani do zabezpieczenia naszym podopiecznym pozycji stojącej, wykorzystując sprzęt dostępny na rynku. Pamięając jednocześnie o bardzo dobrym, indywidualnie dobranym pionizatorze i zabezpieczeniu w nim prawidłowej postawy dziecka – przede wszystkim liniowości.

Badania wykazały, że pozycja pionowa:

1. Powoduje wzrost wartości gęstości kości i zmniejsza ryzyko złamań.
2. Stałe rozciąganie mięśni w pozycji stojącej zapobiega wystąpieniu przykurczy i deformacji w obrębie kończyn dolnych i miednicy.
3. Poprawia oddychanie i fonację.
4. Poprawia krążenie i ciśnienie krwi.
5. Wpływa na trawienie, funkcjonowanie jelit i pęcherza moczowego.
6. Wspomaga rozwój stawu biodrowego we wczesnym stadium jego kształtowania.
7. Pozwala dzieciom na interakcję „twarzą w twarz” z rówieśnikami.
8. Wpływa na poprawę stanu skóry – szczególnie w okolicy kości krzyżowej i guzów kulszowych, dzięki odciążeniu tych miejsc.
9. Poprawia samopoczucie, czujność i sen.
10. Poprawia funkcjonowanie w sferze psychologiczno-psychicznej.

Ile czasu dziecko powinno spędzać w pionizatorze?

Pionizacja trwająca minimum 60 minut przez 5–7 dni w tygodniu, powoduje:

- Zwiększenie mineralizacji kości długich i kręgosłupa – BMD (60–90 min dziennie)
- Stabilizację bioder (60 min dziennie; 60–90 stopni w obustronnym odwiedzeniu kkd)
- Zwiększenie zakresu ruchu w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych (45–60 min dziennie).
- Poprawę wypróżnień.
- Zwiększenie zakresu ruchu w stawie skokowym (30–45 min dziennie).
- Obniżenie ciśnienia.
- Zwiększenie zakresów ruchu.
- Poprawę stanu psychicznego.

- Poprawę wydolności sercowo-płucnej.
- Poprawę funkcji pęcherza moczowego.
- Zwiększenie siły mięśniowej.
- Rozwój uwagi.

Kiedy nie należy pionizować pacjentów?

Przeciwskażania jest naprawdę niewiele. Należą do nich np. złamania, w których obciążanie kończyn dolnych jest zakazane, zaawansowana osteoporoza, ciężkie przykurcze w stawach biodrowych, kolanowych lub skokowych. Osoby z zaburzeniami oddychania lub krążenia muszą być starannie monitorowane w pozycji stojącej.

Jako grupa zawodowa otrzymaliśmy prawo przepisywania pacjentom zaopatrzenia ortopedycznego. Poniżej podaję więc symbole ICF, na które możemy powoływać się przy wystawianiu wniosku.

Pionizacja w odniesieniu do symboli ICF

- Funkcje psychiczne (ICF b110 do b139)
- Funkcje układu krwionośnego (ICF b410 do b429)
- Układu oddechowego (ICF b440 do b449)
- Funkcjonowanie układu pokarmowo-wydalniczego (ICF b510 do b539)
- Układ nerwowo-mięśniowy i funkcje związane z ruchem (ICF b710 do b789)
- Siła mięśniowa (ICF b730)
- Struktury kostne odpowiedzialne za stabilizację stawu biodrowego (ICF s75001)
- Skóra i powiązane z nią struktury (ICF b8103 do b8105)
- Struktury kostne związane z BMD (ICF s7400, s75000, s75010, s75020 i s76001 do s76004)
- Aktywność i partycypacja (Mobilność ICF d410 do d489 i Najważniejsze Życiowe Obszary ICF d810 do d859)

Zofia Szwiling

fizjoterapeuta, pedagog specjalny,
Senior Bobath Instruktor

Skrót artykułu oryginalnego: Redakcja „GF”,
korekta merytoryczna Beata Wnuk



Artykuł w pełnej wersji, zawierający liczne odniesienia do badań naukowych, dostępny jest na stronie:

<http://szwiling.com/2016/11/21/stawianie-i-pionizacja-w-pionizatorach-zalecenia-who-z-uwzglednieniem-icf/>

Zobacz również:

<https://beatawnuk.pl/pionizacja/>
<https://beatawnuk.pl/profilaktyka-dyslokacji-zwichnięcia-stawu-biodrowego-pozycjonowanie/>

10 faktów o dolegliwościach bólowych pleców

W czasopiśmie naukowym „British Journal of Sports Medicine” w grudniu 2019 r. opublikowano artykuł, w którym autorzy zidentyfikowali 10 pospolitych mitów dotyczących dolegliwości bólowych pleców. Opisali także, jak mogą one wpływać na zachowanie i psychikę człowieka. Zaprezentowane przez autorów (P. O’Sullivan, JP Caneiro, K. O’Sullivan, I. Lin, S. Bunzli, K. Wernli, M. O’Ke) punkty można uznać za apel do klinicystów, aby próbowali te błędne poglądy zmieniać i edukować pacjentów podczas wizyt.

Mit 1: Bóle pleców są poważnym stanem medycznym zagrażającym zdrowiu.

Prawda: Bóle pleców mogą być obezwładniające, co może niepokoić. Jest jednak mało prawdopodobne, że doprowadzą do niepełnosprawności.

Mit 2: Z wiekiem sytuacja się pogarsza i bóle stają się trwałe.

Prawda: Większość epizodów bólowych kończy się samoistnie, a wiek nie jest czynnikiem nasilającym. Terapia bazująca na dowodach naukowych może pomóc pacjentom w każdym wieku.

Mit 3: Przyczyną przewlekłych dolegliwości bólowych są uszkodzenia tkankowe.

Prawda: Uszkodzenia mechaniczne rzadko są ich przyczyną. To negatywne nastawienie, wpadanie w błędne koło strachu, niewłaściwe informacje dotyczące rokowań i kopiowanie nieprawidłowych stylów zachowania w sytuacjach bólowych sprawiają, że ból po trzech miesiącach staje się przewlekły.

Mit 4: Zawsze należy wykonać badania obrazowe, aby znaleźć przyczynę bólu pleców.

Prawda: Badania obrazowe mają ograniczoną wartość diagnostyczną. Na ich podstawie nie można w 100 proc. ocenić stanu pacjenta w przyszłości. Czasem mogą wręcz pogarszać efekty leczenia, np. wczesna diagnostyka MRI może być jatrogenna.

Mit 5: Jeśli bolą nas plecy podczas ćwiczeń lub ruchów kręgosłupa w trakcie wykonywania codziennych czynności, należy je bezwzględnie ograniczyć, aby sobie nie zaszkodzić.

Prawda: Gradacja ćwiczeń, obciążeń i ruch kręgosłupa

pa we wszystkich kierunkach są dla pleców dobre i bezpieczne. Prawidłowo realizowana aktywność fizyczna to najbardziej efektywna droga do pozbycia się dolegliwości bólowych.

Mit 6: Niedbala pozycja siedząca, stojąca czy złe ustawienie kręgosłupa podczas dźwigania powodują dolegliwości bólowe.

Prawda: Pozycja kręgosłupa podczas siedzenia, stania czy dźwigania nie są głównymi czynnikami powodującymi bóle pleców.

Mit 7: Słabe mięśnie głębokie tułowia są przyczyną bólu pleców, a trening core stability jest najlepszą formą prewencji, która nie dopuszcza do wystąpienia dolegliwości.

Prawda: Osłabienie tzw. mięśni środka (core muscles) nie powoduje bólu pleców, a praca nad „stabilnym” tułowiem nie zabezpiecza przed problemami w przyszłości.

Mit 8: Codzienne czynności wymagające obciążenia kręgosłupa należy wyeliminować, aby nie uszkodzić sobie pleców.

Prawda: Obciążenie oraz wszelkie ruchy kręgosłupa są bezpieczne, jeśli stopniowo się do nich adaptujemy, aby bez problemu móc wykonywać codzienne czynności.

Mit 9: Nasilenie się dolegliwości może oznaczać, że coraz bardziej uszkadzamy sobie plecy.

Prawda: Zaostrzenia bólu są częściej powiązane ze zmianą aktywności, stresem czy nastrojem niż uszkodzeniami strukturalnymi.

Mit 10: Silne leki, zastrzyki oraz operacje są skuteczne i niezbędne w leczeniu bólu pleców.

Prawda: Skuteczna opieka nie musi być inwazyjna i droga. Kluczowa jest edukacja pacjenta, która powinna koncentrować się na: zwiększeniu aktywności fizycznej, wdrożeniu odpowiedniego programu ćwiczeń, zajęciach towarzyskich, higienie snu, kontroli masy ciała czy utrzymaniu pracy zawodowej.

Wybór tematu i opracowanie:
mgr Maciej Okoń

Artykuł jest dostępny bezpłatnie.

Źródło: https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/early/2019/12/31/bjsports-2019-101611.full.pdf?fbclid=IwAR1iej2hPDUvilKepD9O8-kxCQKP4WQcBsHC-Nyse9Fib6O6rbkTREQR_kzc



Gdy zawodzi nas nie tylko nasze ciało

Czy problemy neurologiczne pod postacią porażenia mięśni twarzy mogą wpływać na stan emocjonalny pacjentów i na odbieranie przez nich emocji innych osób?

Czy ludzie z porażeniem połowicznym mogą mieć problemy z empatią?

W 2007 r. zespół psychologów i neurofizjologów pod kierunkiem Davida Havasa przeprowadził serię badań na osobach, które poddały się ostrzykiwaniu mięśni twarzy toksyną botulinową w celach kosmetycznych. Wykazano, że porażenie mięśni odpowiadających za wyrażanie własnych uczuć prowadzi do poważnego ograniczenia możliwości rozpoznawania języka emocji, jakim posługujemy się na co dzień.

Do uczestnictwa we wspomnianym badaniu zaproszono kobiety, które zdecydowały się na podanie im botoksu do mięśnia marszczącego brwi (m. corrugator supercilii). Zanim jednak to się stało, zespół naukowców poprosił je o przeczytanie ze zrozumieniem 60 zdań. Spośród nich 20 wywoływało smutek, 20 – złość i kolejne 20 – radość. Po odczytaniu każdego zdania uczestniczki naciskały przycisk sygnalizacyjny, dzięki czemu mierzono tempo czytania. Po dwóch tygodniach od podania toksyny botulinowej zostały poproszone o ponowne przeczytanie tych samych tekstów. W warunkach badawczych uwzględniono takie czynniki, jak nastrój uczestniczek oraz ich indywidualną sprawność czytania.

Wyniki badania mogą nas, fizjoterapeutów, zadziwić. Okazało się bowiem, że tempo czytania zdań „radosnych” nie zmieniło się. Istotnemu wydłużeniu uległo ono jednak w przypadku „smutnych” i „złych”, czyli wywołujących dokładnie te emocje, które skutkują skurczem mięśnia marszczącego brwi. Czym można wytłumaczyć ten zaobserwowany również i w innych badaniach fenomen? Ano tym, że do prawidłowego odczytywania emocji potrzebujemy swobodnego działania mięśni mimicznych, które odpowiadają za tzw. ekspresję naszego stanu emocjonalnego. Gdy wrócimy do notatek z anatomii, przypomnimy sobie, że w naszym wyrazie twarzy udział biorą mięśnie

sklepienia czaszki, otoczenia ust, powiek i nosa. Porażenie którychkolwiek z nich skutkować będzie upośledzeniem wyrażenia mimicznego własnych emocji i prawidłowego odczytywania ich u innych, a nawet całkowitą niemożliwością przeprowadzenia tych procesów. Oczywiście chodzi o te emocje, w których ekspresji uczestniczą odpowiadające im mięśnie.

No dobrze, ale co z tym wszystkim wspólnego ma empatia, o której wspomniałem we wstępie? Empatia jest złożonym i szerokim pojęciem, z grubsza oznacza zdolność odczuwania stanów afektywnych innych osób. Z tego powodu smucimy się, widząc czyjś płacz, albo czujemy dyskomfort podczas oglądania scen brutalnej przemocy w filmie. Drugie rozumienie empatii dotyczy naszej umiejętności przyjmowania sposobu myślenia innych ludzi oraz spojrzenia z ich perspektywy na otaczającą rzeczywistość. Ta niejako podwójna definicja sprawia, że niektórzy wyróżniają empatię emocjonalną i empatię poznawczą, choć jest to podział jedynie umowny (stany emocjonalne i poznawcze wzajemnie na siebie wpływają, a sama zaś empatia dotyczy również nas samych i percepcji własnych emocji). W przypadku, gdy mamy problemy z odczuwaniem i interpretacją odczuć innych osób, mamy również zaburzone procesy empatii.

Może warto o tym wszystkim pamiętać, gdy przyjdzie do nas pacjent z porażeniem mięśni twarzy, który nie zawsze będzie rozumiał nasze żarty.

Tomasz Borowski

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





Fot. Filip Klimaszczeński

Iron Woman

– JESTEM TYPEM, KTÓRY JAK MA WYKONAĆ GODZINNY TRENING, A DO DOMU DOBIEGNIE 1.5 MINUTY WCZEŚNIEJ, TO OBIEGNIE JESZCZE BŁOK TRZY RAZY I DOPIERO WEJDZIE NA GÓRĘ – MÓWI **EWELINA WOŁOS**, FIZJOTERAPEUTKA, ALE PRZEDE WSZYSTKIM SPORTSMENKA

Do kawiarni wchodzi dziarskim krokiem. Wyciąga rękę, przestawia się, rzuca swoje rzeczy i rusza zamówić kawę. Od razu widać, że jest uprzejma i otwarta, ale przede wszystkim zdecydowana. Kobieta konkret, wie, czego chce. – Sport uprawiany w dzieciństwie bardzo porządkuje życie, ustawia priorytety – powie później Ewelina, miłośniczka triathlonu.

Wypatrzona została przez trenera na szkolnych zawodach, gdy miała 11 lat. Wziął ją pod swoje skrzydła. Ich minigrupa liczyła trzy osoby: Ewelina, córka trenera i jej kuzyn. Współpraca przez pierwsze lata więcej miała wspólnego z zabawą niż profesjonalnym sportem. Spotykali się w parku na zajęcia ogólnorozwojowe, biegali, kopali piłkę. Jeździli na lokalne zawody, ale nie wywierano na nich presji. W pewnym momencie jednak w Ewelinie pojawiła się potrzeba rywalizacji i sprawdzenia się. Gdy miała 15 lat, zamarzyła o biegowych mistrzostwach Polski, musiała więc zacząć trenować na poważnie. Szybko posypały się pierwsze medale w kategoriach juniorskich na 1500 m i w biegach przełajowych.

– Nawet w życiu młodego sportowca pojawiają się kontuzje i urazy, więc już jako nastolatka miałam kontakt z fizjoterapeutami, lepszymi i gorszymi – wspomina. – Kiedy kończyłam liceum, bardzo chciałam iść do wojska, ale się tam nie dostałam. Zdecydowałam się na Akademię Wychowania Fizycznego. Od początku zakładałam, że nie zostanę nauczycielką W-F, wybrałam fizjoterapię. W taki sposób moja pasja do biegania powiązała się z późniejszym życiem zawodowym.

Ale kariera sportowa gwałtownie zahamowała – gdy rozpoczynała studia, zmarł jej trener. Nie wiedziała, jak dalej pokierować tym aspektem życia. Próba nawiązania współpracy z nowym trenerem nie powiodła się. Jednocześnie studia coraz mocniej ją wciągały i na profesjonalny sport nie miała już czasu. – Jeszcze na II czy III roku startowałam w mistrzostwach Polski, ale nie robiłam już tego na 100 proc. Zmieniły mi się trochę plany, postawiłam na rozwój zawodowy – opowiada.

Pracę rozpoczęła na IV roku studiów. Od początku kariery skupia się na branży typowo urazowej i profilaktyce związanej ze sportem, jest także trenerem. Opiekuje się zarówno z amatorami, jaki i zawodowcami, którzy startują np. na igrzyskach olimpijskich. Obecnie regularnie prowadzi Szymona Kołeckiego, który po zakończeniu kariery w podnoszeniu ciężarów, zajął się sportami walki.



Mistrzostwa Świata 2018 Kona, Hawaje. Fot. Archiwum E. Wołos

W 2014 r. poznała mężczyznę mieszkającego na Florydzie. Gdy był już po 50., wciągnął go uwielbiany przez Amerykanów triathlon. Będąc w Polsce, korzystał z rehabilitacji u Eweliny. – Pewnego dnia zapytał mnie nagle, czy mam jakieś plany na weekend, bo jeśli nie, to może chciałabym wziąć udział w triathlonie? Mówię mu: jasne, pojadę... ale wiesz, ja nie umiem jeździć na rowerze szosowym. A poza tym to nawet nie mam roweru – śmieje się na samo wspomnienie zawodów, w których ostatecznie wystartowała na rowerze żony tego pacjenta. – Rower był stanowczo za duży, niedopasowany. Nie dość, że byłam zestresowana startem, to jeszcze nie umiałam wtedy wypiąć się z pedału – trzeba lekko skrócić stopę i szarpnąć – tłumaczy. – Cały czas się bałam, że spadnę. I w sumie... to spadłam.

Te zawody na nowo obudziły w niej duszę sportowca. To była tzw. ćwiartka Iron Mana: 1 km pływania, 45 km jazdy na rowerze i 10 km biegania. – To jest do zrobienia dla zwykłego śmiertelnika, który jest w miarę aktywny i wydolny – zapewnia. – Zawsze miałam predyspozycje do sportów wytrzymałościowych, więc nie bałam się takich dystansów. Ale już przed pełnym Iron Manem, który trwa około 10 godzin (pływanie 3,9 km, rower 180 km, bieg 42 km), wiedziałam, że muszę zainwestować w profesjonalne wsparcie.

Triathlon jest postrzegany jako sport dla osób najmniej aktywnych. Rzeczywiście – już samo wpisanie na zawody jest wyższe niż w przypadku chociażby biegów ulicznych. Ale buty sportowe ma praktycznie każdy z nas. Strój kąpielowy też. – Poza tym trzeba mieć rower, ale na początku niekoniecznie trzeba w niego dużo inwestować albo nawet wcale. Ja przez ►



Zawody JBL Triathlon Sieraków. Fot. ©EWELSPORT



Mistrzostwa Świata 2018 Kona, Hawaje. Fot. Archiwum Prywatne E. Wołos



Fot. Filip Klimaszewski

dwa lata pożyczalam rowery od znajomych, a do pracy w ramach treningu jeździłam na zwykłym MTB.

Cieężko jest rozdzielić amatorów od zawodowców. Zawodnicy przygotowujący się do mistrzostw krajowych trenują nawet 20 godzin tygodniowo. W Polsce to głównie dorosłe, pracujące osoby, którym na cokolwiek innego nie zostaje już za wiele czasu. I choć to jeszcze jest sport amatorski, to jednak powoduje on duże obciążenie organizmu. Ewelina określa go jako semi-professional sport.

Czy triathlon to dobra opcja dla fizjoterapeutów? Ten zawód jest wymagający fizycznie. Szczególnie na początku kariery pojawiają się dolegliwości bólowe. W pracy nie raz trzeba stać przez 8 godzin, podnosić pacjentów czy masować jednego po drugim. Ewelina podkreśla, że aktywność fizyczna jest więc konieczna, aby wzmacniać ciało i dzięki temu lepiej znosić obciążenie w pracy. Musi to być jednak odpowiednia dawka ćwiczeń. Osoby początkujące na pewno nie powinny od razu stawiać sobie wysoko poprzeczki i przygotowywać się np. do Iron Mana. Choćby miały wrażenie, że im świetnie idzie.

– Pierwsze efekty mogą być zwodnicze, gdy co chwilę widzimy u siebie poprawę. Ale organizm musi się zaadaptować do intensywnego wysiłku. Skutki takiego rzucenia się na głęboką wodę mogą dać o sobie znać po roku, gdy człowiek już się wypala, a potem na zawsze rzuca sport. I ciało musi się dostosować, i głowa musi to wytrzymać – zaznacza i opowiada, jak sama odczuła zmianę w samopoczuciu, gdy zaczęła regularnie trenować. Przez pewien czas nie była w stanie tak dużo pracować, jak wcześniej, musiała więcej odpoczywać.

Ewelina podkreśla, że triathlon to wspaniały sport, w którym każdy może znaleźć coś dla siebie. Niektórzy pewnego dnia wstali z kanapy, bo chcieli schudnąć, wzmocnić ciało albo zyskać więcej siły na zabawę z dziećmi. Wciągnęli się, startują w zawodach, ale przede wszystkim ten sport jest dla nich przyjemnością. Ale są też osoby – do których sama się zalicza – spragnione wyzwań. Marzą o tym, aby pojechać do triathlonowej mekki, jaką są Hawaje. To tam od 42 lat odbywają się mistrzostwa świata. Aby móc w nich wziąć udział, najpierw trzeba wykazać się na innych zawodach typu Iron Man. – Jest bardzo gorąco i jeszcze bardziej wilgotno. Nie każdy organizm sobie z tym poradzi. Najczęściej jeśli jednak już ktoś postawi sobie Hawaje za cel, jest w stanie naprawdę wiele poświęcić, aby tam pojechać – Ewelina nie ma co do tego wątpliwości. Sama już raz tam była.

I bardzo chciałaby pojechać raz jeszcze. Powalczyć o lepszy wynik.

Jak pracować 40 godz. tygodniowo, trenować kolejne 20 godz. i znaleźć czas na życie osobiste? – Najlepiej znaleźć partnera, który także uprawia sport. Ja mam takie szczęście, że mam chłopaka, z którym biegam, pływam i jeżdżę na rowerze – opowiada o Marcinie, którego poznała właśnie dzięki triathlonowi. Druga rada Eweliny to „upychać” treningi w czasowe luki. Klient nie przyszedł na fizjoterapię i ma godzinkę wolnego? Zamiast bez sensu scrollować Facebooka, poćwicz. – Pływam o 6 rano, potem jem śniadanie i idę do pracy. Bardzo często zabieram ze sobą strój i zamiast jechać z powrotem 30 minut, po prostu spod pracy biegnę w stronę domu. Tam robię jeszcze większą pętelkę po okolicy i już mam trening zrobiony.

Zapewnia, że w tym całym szaleństwie najczęściej udaje się jej utrzymać zdrowy balans. Słuchając jej, dochodzę do wniosku, że jest to możliwie tylko dzięki wypracowanej przez lata dyscyplinie. Nie ma co się oszukiwać, że ten sport wymaga wyrzeczeń. Chociażby pójście na basen o 6 rano oznacza, że Ewelina chodzi spać o godz. 22. Zarwana noc oznaczałaby, że nie tylko będzie niewyspana przez cały dzień, ale też to, że na treningu nie da z siebie 100 proc., a to nie w jej stylu. – Jestem typem, który jak ma wykonać godzinny trening, a do domu dobiegnie 1.5 minuty wcześniej, to obiegnie jeszcze blok trzy razy i dopiero wejdzie na górę – tłumaczy. Ze znajomymi zamiast do klubu, idzie potrenować, a potem coś zjeść i pogadać, a czasem nawet napić się wina. Weekend w rodzinnym domu? Jasne, ale każdego dnia wyskoczy na trzygodzinną jazdę na rowerze. Resztę czasu jednak już poświęci bliskim całkowicie. – To jest wybór, którego dokonałam. Robię to, bo to kocham. Ale jeśli nagle np. kontuzja przekreśliłaby moją dalszą karierę, moje życie by się przecież nie skończyło. Sport nie może stanowić całego życia. Ja tego nie chcę.

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

Fizjoterapia poruszy... WHO!

Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła konkurs na najlepsze filmy poruszające tematykę zdrowotną. Jego celem jest pokazanie, jaką moc niosą za sobą takie historie i jak ważną rolę odgrywają w nich ludzie zaangażowani w opiekę medyczną. Festiwal „Zdrowie dla wszystkich” (ang. Health For All Film Festival) odbędzie się w maju 2020 r. podczas 73. sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia*.

KIF weźmie udział w konkursie! Zgłoszony przez nas film został nakręcony na potrzeby kampanii społecznej „Fizjoterapia porusza” i opowiada historię Szymka. Uznaliśmy, że dobrze wpisuje się on w aktualną problematykę, z którą mierzy się WHO. Niewystarczająca aktywność fizyczna, zła dieta, problemy z kręgosłupem i nadmierne spędzanie czasu w świecie wirtualnym to jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej profilaktyki i opieki zdrowotnej. Co najważniejsze, w tym filmie pokazujemy, jakie korzyści płyną z fizjoterapii i jak znaczącą rolę odgrywają w tym przedstawiciele naszego zawodu.

Trzymajcie kciuki, wyniki w marcu!

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/10/24/default-calendar/the-health-for-all-film-festival>

*Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ang. World Health Assembly) jest organem decyzyjnym WHO.

Szkocja wspiera udział fizjoterapeutów w podstawowej opiece zdrowotnej

W Szkocji liczba fizjoterapeutów pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, jako pierwszym punkcie kontaktu z pacjentem, znacznie wzrosła. Jest to skutek podpisania w 2018 r. ustawy o usługach medycznych. Od momentu wejścia w życie ustawy odnotowuje się mniejszą liczbę badań zlecanych pacjentom – udział fizjoterapeutów w podstawowej opiece zdrowotnej zminimalizował potrzebę wykonywania badań obrazowych i krwi. Nie ma już także konieczności przepisywania tak dużej liczby leków, jak to było

Fizjoterapia na Times Square

Ponad milion osób gromadzi się co roku w sylwestrową noc na Times Square w Nowym Jorku, aby podziwiać, jak spada słynna błyszcząca kula. Tym razem to wydarzenie nabrało wyjątkowego charakteru – na billboardach pojawił się specjalny komunikat przygotowany przez American Physical Therapy Association (APTA), który brzmiał: „ChoosePT” („wybierz fizjoterapię”).

To nie koniec działań promocyjnych APTA w tym wyjątkowym miejscu, gdyż 15-sekundowa cyfrowa reklama będzie tam wyświetlana co najmniej 20 razy dziennie do końca marca 2020 r. Pokazywana jest na dwóch ekranach. Na większym zapełniono klipy wideo, które przywołują pozytywne doświadczenia związane z ruchem. Pojawiają się takie komunikaty, jak: „Wybierz jazdę na rowerze”, „Wybierz taniec”, „Wybierz wspinaczkę” oraz „Wybierz fizjoterapię”. Filmik na drugim ekranie nawołuje nieprzerwanie do działania: „Z myślą o tym, co Cię porusza, znajdź fizjoterapeutę”.

Każdego dnia przez Times Square przechodzi średnio 380 tys. osób, w większości to turyści – a to gwarantuje reklamie ogromny, wręcz światowy zasięg!

<http://www.apta.org/PTinMotion/News/2019/12/19/ChoosePTTimesSquare/>

wcześniej. Wielkim sukcesem reformy jest to, że dzięki łatwiejszemu dostępowi do fizjoterapeuty, udało się ograniczyć liczbę wykonywanych operacji. Pacjenci wracają do zdrowia bez ingerencji chirurgów. Problemy związane z układem mięśniowo-szkieletowym są najczęstszą przyczyną wizyt u lekarza. Z większością ze zgłaszanych objawów wykwalifikowany fizjoterapeuta może sobie sam skutecznie poradzić. Ogranicza to liczbę wtórnych skierowań, prowadzi do dużych oszczędności w służbie zdrowia i odciąża lekarzy pierwszego kontaktu.

<https://www.csp.org.uk/publications/advanced-practice-physiotherapists-gp-practices-how-guide-implementation>
<https://www.physiotherapymatters.co.uk/advanced-physiotherapists-in-general-practice/>

Opracowała WK



Na czym polega samodzielność wykonywania zawodu fizjoterapeuty?

Z chwilą wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty zawód ten stał się samodzielnym zawodem medycznym. Zgodnie ze słownikiem PWN **samodzielny** oznacza „dający sobie radę, niepotrzebujący pomocy” czy „powstały bez czyjejś pomocy, czyjegoś wpływu, wykonany niezależnie przez kogoś”. Oznacza to, że wykonywanie zawodu fizjoterapeuty wiąże się z obowiązkiem analizowania swojego działania zawodowego pod kątem jego zasadności i odpowiedniego reagowania w przypadku powstania wątpliwości, co do podjętej decyzji. Warto przy tym podkreślić, że omawiana samodzielność obowiązuje bez względu na formę wykonywania zawodu (czy to chodzi o umowę o pracę, umowę zlecenie, czy też praktykę fizjoterapeutyczną) i zakres świadczonych usług.

Zgodnie z ustawą zawód musi być wykonywany z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto ustawa zapewnia samodzielność poprzez wprowadzenie współpracy fizjoterapeuty z osobami wykonującymi inne zawody medyczne (art. 6 ust. 1 u.z.f.).

Najważniejszym wyrazem samodzielności fizjoterapeuty jest wprowadzone prawo do:

- Prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta,
- Wglądu do dokumentacji medycznej,
- Uzyskania od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych pełnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielenia pacjentowi fizjoterapeutycznych świadczeń zdrowotnych.

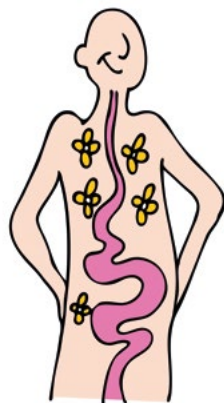
Odrębnym, lecz równie istotnym uprawnieniem, jest prawo domagania się od lekarza uzasadnienia potrzeby wykonania określonego zlecenia w zakresie fizjoterapii, a w skrajnych przypadkach – prawo odmowy wykonania świadczenia. Taka sytuacja może jedynie mieć miejsce w przypadku powstania uzasadnionych wątpliwości. Warto przy tym pamiętać, że odmowę wykonania świadczenia fizjoterapeuty uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej lekarza zlecającego (zob. art. 6 ust. 2 u.z.f.).

Fizjoterapeuci są więc samodzielnymi w wykonywaniu swojego zawodu, co jednak nie stoi w sprzeczności z faktem, że w określonym zakresie będzie istniała konieczność podporządkowania się decyzjom lekarza. Lekarz bowiem nadal posiada najszerze kompetencje w procesie leczenia pacjentów i odgrywa istotną rolę w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jako osoba posiadająca największą samodzielność spośród funkcjonujących zawodów medycznych, ma najszerze uprawnienia, ale także obciążony jest największą odpowiedzialnością prawną.

Takie podporządkowanie, jak to zostało wskazane wyżej, nie koliduje z posiadaną przez fizjoterapeutów samodzielnością, a co za tym idzie – niezależnością w wykonywaniu zawodu. To bowiem na fizjoterapeucie, co do zasady, ciąży ostatecznie odpowiedzialność za zabiegi udzielone pacjentowi – nawet, jeżeli zostały one zlecone przez lekarza czy innego fizjoterapeutę.



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



Ach, te mądre jelita!

Kiedy się boimy, skręca nas w żołądku. Kiedy się denerwujemy, aż nas mdli. A kiedy jesteśmy zakochani, czujemy w brzuchu motyle. Jak ten mózg mocno wpływa na nasz układ pokarmowy! Zaraz, zaraz... a może jest na odwrót?

Ludzki mózg uznajemy za wyjątkowy organ. To w nim rodzą się wielkie idee, rewolucyjne wynalazki i piękne wytwory kultury. To zaprzestanie jego pracy (a nie serca, które można przeszczepić) decyduje o odłączeniu ciała od aparatury i definitywnej śmierci człowieka. Epoka oświecenia, zwana też epoką rozumu, zapewniła nas o jego nadrzędności i ustanowiła naszym zarządcą.

Dziś naukowcy są już jednak pewni, że ten czysty w swym geniuszu organ nie byłby taki wspaniały, gdyby nie kojarzące nam się z czymś brudnym – jelita. Są zaangażowane w większość procesów fizjologicznych, sterują odpornością i... psychiką! Gdzie jelita, a gdzie mózg? – ktoś zapyta. Chociaż są od siebie oddalone, łączy je oś mózgowo-jelitowa. A konkretnie nerw błędny, będący ścieżką sygnałową między nimi. Logiczna wydaje się refleksja, że mózg wysyła do jelit wiadomość, a one na nią reagują (stresują się, więc mam biegunkę). Owszem, sygnały płyną w tym kierunku, ale jest ich tylko 10 proc. Aż w 90 proc. przypadków to mózg „słucha”, co mu przekazują jelita! Autonomiczny jelitowy układ nerwowy liczy co najmniej 100 mln neuronów (niektórzy badacze twierdzą, że nawet 500 mln), dzięki czemu nazwano go potocznie drugim mózgiem.

Nasz drugi mózg ma za zadanie reagować na komunikaty płynące od bakterii zasiedlających jelita, a produkty ich metabolizmu przesłać nerwem błędnym do zarządcy. Tam trafiają do wyspy, układu limbicznego, kory przedczołowej, ciała migdałowatego, hipokampu i przedniego zakrętu kory obręczy. Powiedzenie, że jelita sterują naszym zachowaniem, jest nadużyciem, ale mają jednak na nie duży wpływ. To, jakie ono będzie, zależy m.in. od rodzaju bakte-

rii zasiedlających układ pokarmowy. Najśłynniejsze badanie w tym zakresie przeprowadził zespół prof. Johna Cryana z Uniwersytetu College Cork w Irlandii. Eksperyment polegał na umieszczeniu myszy w zbiornikach z wodą, której było na tyle dużo, że łapkami nie mogły dosięgnąć dna. Aby przeżyć – musiały pływać. Połowię z nich podano bakterię *Lactobacillus rhamnosus* JB-1, znaną z korzystnego wpływu na pracę jelit. Okazało się, że mogły pływać dłużej i były bardziej zdeterminowane do przeżycia niż myszy z grupy kontrolnej. Ponadto w ich krwi odkryto mniej hormonów stresu. Lepiej też wypadły w testach na pamięć i zdolność uczenia. Czy to dowód na wyższość jelit nad mózgiem? Raczej pochwała ich współpracy – gdy myszom przecięto nerw błędny, różnice pomiędzy grupami zniknęły.

Człowiek to nie mysz, więc nie można oczekiwać, że wyniki eksperymentów na zwierzętach laboratoryjnych zawsze da się potwierdzić na ludziach. Coś na rzeczy jednak jest. Naukowców szczególnie interesuje zgłębienie tematu poprawy stanu psychicznego, który można by osiągnąć dzięki zmianie flory bakteryjnej. Niejeden pacjent ze zdiagnozowanym zespołem jelita drażliwego usłyszał od lekarza, że powodem jego dolegliwości są „nerwy”. A może jest właśnie na odwrót? Serotonina, której zaburzenia mogą powodować depresję, w przeszło 90 proc. jest wytwarzana właśnie w jelitach! Ten trop wydaje się bardzo ciekawy. Czy naukowcy go potwierdzą? Miejmy nadzieję, że dowiemy się tego w najbliższym czasie.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Czym jest mobility i co ma wspólnego z lampartami?

Fizjolka

Mobilność to możliwość wykonywania ruchów w pełnym zakresie bez uczucia bólu. Jest elementem niezbędnym w dyscyplinach sportu, w których zawodnik musi utrzymać optymalną sprawność i siłę nawet w skrajnym zakresie. Należą do nich m.in.: gimnastyka, akrobatyka czy taniec. Nieodłącznym elementem mobilności jest kontrola motoryczna, czyli zdolność układu nerwowego do poruszania ciałem w określony sposób.

Bądź jak lampart

Jednym z najbardziej znanych propagatorów mobilności, twórcą całego systemu postępowania oraz podejścia metodycznego jest dr Kelly Starrett, amerykański fizjoterapeuta oraz trener. Jego książka „Bądź sprawny jak lampart” szybko stała się bestsellerem i zagościła na półkach wielu fizjoterapeutów, trenerów i osób aktywnych fizycznie. Mobility wypełniło pewną lukę na polu treningu personalnego i amatorskiego uczęszczania na siłownię. Czy można jednak powiedzieć, że sama koncepcja jest w jakikolwiek sposób nowatorska?

Trochę historii

Już w 1946 r. ma miejsce epokowe wydarzenie dla świata rehabilitacji nerwowo-mięśniowej – Herman Kabat i przedsiębiorca Henry J. Kaiser zakładają Instytut Medyczny Kaisera-Kabata w Waszyngtonie. Metodę PNF następnie rozszerzają i propagują Dorothy Voss i Maggie Knott. W 1956 r. wydają pierwszą książkę dotyczącą torowania nerwowo-mięśniowego. Dalej, w 1968 r., dr Vladimir Janda – czeski neurobiolog, psychiatra i fizjoterapeuta – oficjalnie publikuje swoje badania nad wpływem funkcji mięśni fazowych i tonicznymi na przewlekły ból dolnego odcinka pleców. Znane wszystkim zespoły skrzyżowań Jandy funkcjonują w fizjoterapii do dziś. Niemożliwym jest, aby nie wspomnieć w tym kontekście o prof. Shirley A. Sahrmann, która mimo podeszłego wieku wciąż kształci kolejne pokolenia fizjoterapeutów. Wydała dwa ogromne tomy na temat diagnostyki i leczenia zespołów zaburzeń ruchu, gdzie główny nacisk kładzie się właśnie na kontrolę motoryczną i budowanie fizjologicznych zakresów ruchu.

Dla kogo?

Kelly'emu Starrettowi udało się stworzyć swego rodzaju kompendium nauk autorozluźniania mięśniowego. W ich skład wchodzi praca z przyrządami takimi jak: piłeczka do masażu, roller, guma oporowa. W książce dużo uwagi poświęcił także zasadom prawidłowej postawy i nauce podstawowych wzorców ruchowych – warto więc tę pozycję polecać pacjentom.

Mobility jest więc prostym, obrazkowym zbiorem technik budujących mobilność. Starrett nie odkrywa Ameryki. Bazuje na znanych od lat mechanizmach i odruchach. Niemniej jednak trzeba przyznać, że robi to w sposób bardzo przystępny dla przeciętnego zjadacza chleba i – śmiem twierdzić – niejednego fizjoterapeuty.

Czy to się sprawdza?

Znaczenie technik przekazywanych przez Starretta zrozumiemy, gdy uświadomimy sobie, jak dalece korzystniejsze jest uczenie pacjentów aktywnych metod zwiększania ruchomości, „czucia ruchu”, aktywizacji głębokich stabilizatorów, czy budowania siły w końcowych zakresach niż pasywnych ćwiczeń rozciągających. Na potrzeby kształtowania mobilności warto pamiętać, iż bierne rozciąganie nie uczy kontroli motorycznej, która jest kluczowa dla powrotu funkcji, czy to w treningu sportowym, czy po urazie, czy przy chronicznym bólu LS.

Warto przeczytać:

- Kelly Starrett „Bądź sprawny jak lampart”
- Mark Comerford i Sara Mottram „Kinetic Control. Ocena i reedukacja niekontrolowanego ruchu”
- Shirley Sahrmann „Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes”
- www.jandaapproach.com
- www.thereadystate.com



Jolanta Oleksiak
www.fizjolka.in1.pl



Listy oczekujących na świadczenie fizjoterapeutyczne

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia¹ od 1 stycznia br. w aplikacji NFZ AP-KOLCE prowadzone są harmonogramy przyjęć na udzielenie świadczeń gwarantowanych, w tym na fizjoterapię ambulatoryjną i fizjoterapię domową.

W komunikacie z dnia 13 grudnia 2019 r. Centrala NFZ poinformowała, że **do czasu wdrożenia rozwiązań docelowych** należy postępować w następujący sposób: w aplikacji AP-KOLCE świadczeniodawca wpisuje pacjenta na listę oczekujących na wizytę fizjoterapeutyczną i wyznacza mu planowany termin udzielenia świadczenia. W dniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, w którym do świadczeniodawcy zgłasza się pacjent, świadczeniodawca skreśla go z listy oczekujących ze wskazaniem powodu: „wykonanie świadczenia przez świadczeniodawcę”. Po ustaleniu planu leczenia wpisuje go do harmonogramu przyjęć z kategorią świadczeniobiorcy „kontynuujący leczenie” i wskazuje planowany termin udzielenia świadczenia (termin pierwszego zabiegu). W ostatnim dniu zabiegowym cyklu fizjoterapii świadczeniodawca skreśla pacjenta z powodu wykonania świadczenia.

Docelowo w aplikacji AP-KOLCE po pierwszej wizycie fizjoterapeutycznej świadczeniodawca będzie wpisywał pacjenta do harmonogramu przyjęć w kategorii „kontynuujący leczenie” jeden raz i wskazywał datę rozpoczęcia świadczenia, datę zakończenia świadczenia i liczbę zleconych dni zabiegowych.

Co do zasady, prawodawca zakazuje na podstawie art. 20 ust. 10 ustawy² wpisywania się pacjentów na kilka list oczekujących w celu otrzymania danego świadczenia (m.in. dla uniknięcia sytuacji rezerwacji kilku

terminów). W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej od początku 2019 r. to fizjoterapeuta planuje i realizuje plan fizjoterapii, a na końcu ma obowiązek dokonać oceny efektów terapii i poinformować lekarza kierującego o zastosowanym planie terapii i osiągniętych efektach jej prowadzenia. Zatem, chociażby z powodu potrzeby kontrolowania przebiegu leczenia, nie ma podstaw do umożliwienia wpisywania do kolejki osób oczekujących kilku skierowań na to samo świadczenie.

Niemniej pacjenci znajdują się często po opieką różnych poradni uprawnionych do wystawienia skierowania na te świadczenia. Słusznym zatem wydaje się, aby w przypadku wystawienia kolejnych skierowań przed zakończeniem realizacji już oczekującego w kolejce, kolejne skierowania włączyć do dokumentacji pacjenta i rozpatrywać wspólnie ze skierowaniem już oczekującym. Opisana sytuacja również może stanowić podstawę zastosowania art. 21 ww. ustawy, który obliguje świadczeniodawców do przeprowadzenia oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia. W tej sprawie prowadzone są rozmowy w celu uszczegółowienia zasad, jakie będą obowiązywać docelowo w obszarze „kolejkowania” świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej. Rolą fizjoterapeuty w takiej sytuacji winna być ocena stanu funkcjonalnego pacjenta, a następnie zaplanowanie cyklu zabiegów gwarantujących właściwy skutek terapeutyczny z zachowaniem jak najwyższej jakości opieki na podstawie wszystkich skierowań dostarczonych przez pacjenta.

TN

1. § 13 ust. 3 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1207) w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

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

Ważne zmiany, które wzmacniają pozycję fizjoterapeutów w zakresie leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką

31 grudnia 2019 r. opublikowano nowe Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Nowe przepisy weszły w życie 1 stycznia 2020 r.

W § 12 dodano ust. 15 i 16 w brzmieniu:

Ust. 15. We wszystkich zakresach świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, świadczenia udzielane są według indywidualnego planu usprawniania, ustalonego przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę zgłoszonego do umowy, który zależy od stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Ust. 16. Zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane są na podstawie skierowania określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Pominięcie w skierowaniu danych, wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, o którym mowa w zdaniu pierwszym, traktowane jest jako brak w skierowaniu i skutkuje jego zwrotem do lekarza kierującego.

Zmiany, które wprowadzono w nowym zarządzeniu, były konsultowane wcześniej m.in. z Krajową Izbą Fizjoterapeutów i wzmacniają pozycję fizjoterapeuty w procesie leczenia w ramach świadczeń rehabilitacyjnych.

TN

Link do aktualnej treści zarządzenia wraz z załącznikami:
<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarzadzanie-nr-1832019dsoz,7105.html>





Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Od 1 stycznia 2020 r.¹ obowiązują nowe zasady wystawiania, weryfikacji i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, polegające przede wszystkim na stosowaniu nowego wzoru zlecenia oraz na jego elektronicznym potwierdzaniu. W intencji ustawodawcy ma to spowodować poprawę sytuacji pacjentów oraz ich opiekunów i skrócenie czasu potrzebnego na realizację zlecenia.

Jak wskazano w komunikacie Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 grudnia 2019 r.: *Od dnia 1 stycznia 2020 r. osoby wystawiające zlecenia obowiązane są stosować nowy wzór zlecenia², a weryfikacja tego dokumentu oraz potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta powinno odbywać się co do zasady za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ.*

Jednakże w przypadku braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ przez osobę wystawiającą zlecenie, ww. weryfikacja oraz potwierdzenie prawa do świadczeń odbywać będą się w siedzibie wybranego przez pacjenta oddziału wojewódzkiego NFZ.

OW NFZ uzupełnia wówczas część II wzoru zlecenia zatytułowaną „Weryfikacja zlecenia”, a w przypadku błędnego wystawienia przez lekarza zlecenia na poprzednim wzorze w pierwszym okresie funkcjonowania nowego systemu uzupełni również ewentualnie brakujące dane z części I wzoru zlecenia (jeżeli możliwe są do ustalenia na podstawie dostępnych przez NFZ danych).

Nowością jest ogłoszenie przez Centralę NFZ³, że Fundusz Zdrowia w I kwartale 2020 r. będzie honorował zlecenia wystawione po 1 stycznia 2020 r., zarówno na starych i nowych wzorach. Od 1 kwietnia 2020 r. wystawianie, realizacja i rozliczanie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne odbywać się będzie z wykorzystaniem nowych wzorów zleceń zgodnie z ww. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Tomasz Niewiadomski

Wiceprezes KRF
ds. świadczeń gwarantowanych



1. Na mocy ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 1096) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zleceń naprawy wyrobu medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1555)

2. Zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zleceń naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1555)

3. Komunikat Centrali NFZ z dnia 23 grudnia 2019 r.

**Zlecenia wystawione po 1 stycznia 2020 r.
na nowym wzorze:**

- Zlecenie jednorazowe albo cykliczne wystawione i potwierdzone w systemie eZWM realizowane jest u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy (bez wizyty w OW NFZ).
- Zlecenie jednorazowe albo cykliczne wystawione i niepotwierdzone w systemie eZWM wymaga wizyty w oddziale NFZ celem potwierdzenia. Potwierdzone zlecenie jest realizowane u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy.

**Zlecenia wystawione po 1 stycznia 2020 r.
na starym wzorze:**

- Zlecenie jednorazowe potwierdzane jest w oddziale NFZ. Zlecenie takie zostaje zarejestrowane w systemie eZWM. Do zlecenia dołączona zostaje cz. II zlecenia (zgodnie z nowym wzorem) oraz nadany zostaje numer zlecenia. Realizacja zlecenia odbywa się w systemie eZWM.
- Zlecenie cykliczne wystawione w ramach karty realizowane jest u wybranego przez pacjenta świadczeniodawcy (bez wizyty w OW NFZ).
- Zlecenie cykliczne wystawione bez karty musi zostać potwierdzone w oddziale NFZ. Zlecenie takie zostaje zarejestrowane w systemie eZWM. Do zlecenia dołączona zostaje cz. II zlecenia (zgodnie z nowym wzorem) oraz nadany zostaje numer zlecenia. Realizacja zlecenia odbywa się w systemie eZWM.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia (poz.)

Załącznik nr 1

RcZdr

ZŁECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

IDENTYFIKACJA ZŁECENIA		Wzrost		ciężkość		WYSTĄPIENIA ZŁECENIA	
Indywidualny numer identyfikacyjny (poz.)		Rodzina (poz.)					

CZĘŚĆ I. WYŚWIETLENIE ZŁECENIA (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2019 r. w sprawie sposobu uprawnień do wystawiania zleceń)

I.1.1. DANE PODMIOTU, W RAMACH KOTÓREGO WYSTAWIANO ZŁECZENIE			
I.1.1.1 Nazwa		I.1.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu lub przystępną nawigacją (z kodem pła I.1.2.3)	
I.1.1.2 REGON ¹⁾			
I.1.1.3 NIP ²⁾			

I.1.1. DANE PRAKTYCZYSTY			
I.1.1.1 Imię i nazwisko		I.1.1.2 Nazwisko	
I.1.1.3 Numer PESEL		I.1.1.4 Data urodzenia ³⁾	
I.1.1.5 Płeć ⁴⁾		I.1.1.6 Symbol podpisu ⁵⁾	
I.1.1.7 Rodzaj numeru dokumentu uprawniającego do wystawiania przez praktyczystę zleceń: specjalność, na podstawie przepisów o kierownictwie, podpis dotyczący			
I.1.1.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ⁶⁾			
I.1.1.9 Data ważności ⁷⁾		I.1.1.10 Data ważności ⁸⁾	
I.1.1.11 Data ważności ⁹⁾		I.1.1.12 Data ważności ¹⁰⁾	
I.1.1.13 Data ważności ¹¹⁾		I.1.1.14 Data ważności ¹²⁾	
I.1.1.15 Data ważności ¹³⁾		I.1.1.16 Data ważności ¹⁴⁾	
I.1.1.17 Data ważności ¹⁵⁾		I.1.1.18 Data ważności ¹⁶⁾	
I.1.1.19 Data ważności ¹⁷⁾		I.1.1.20 Data ważności ¹⁸⁾	
I.1.1.21 Data ważności ¹⁹⁾		I.1.1.22 Data ważności ²⁰⁾	
I.1.1.23 Data ważności ²¹⁾		I.1.1.24 Data ważności ²²⁾	
I.1.1.25 Data ważności ²³⁾		I.1.1.26 Data ważności ²⁴⁾	
I.1.1.27 Data ważności ²⁵⁾		I.1.1.28 Data ważności ²⁶⁾	
I.1.1.29 Data ważności ²⁷⁾		I.1.1.30 Data ważności ²⁸⁾	
I.1.1.31 Data ważności ²⁹⁾		I.1.1.32 Data ważności ³⁰⁾	
I.1.1.33 Data ważności ³¹⁾		I.1.1.34 Data ważności ³²⁾	
I.1.1.35 Data ważności ³³⁾		I.1.1.36 Data ważności ³⁴⁾	
I.1.1.37 Data ważności ³⁵⁾		I.1.1.38 Data ważności ³⁶⁾	
I.1.1.39 Data ważności ³⁷⁾		I.1.1.40 Data ważności ³⁸⁾	
I.1.1.41 Data ważności ³⁹⁾		I.1.1.42 Data ważności ⁴⁰⁾	
I.1.1.43 Data ważności ⁴¹⁾		I.1.1.44 Data ważności ⁴²⁾	
I.1.1.45 Data ważności ⁴³⁾		I.1.1.46 Data ważności ⁴⁴⁾	
I.1.1.47 Data ważności ⁴⁵⁾		I.1.1.48 Data ważności ⁴⁶⁾	
I.1.1.49 Data ważności ⁴⁷⁾		I.1.1.50 Data ważności ⁴⁸⁾	
I.1.1.51 Data ważności ⁴⁹⁾		I.1.1.52 Data ważności ⁵⁰⁾	
I.1.1.53 Data ważności ⁵¹⁾		I.1.1.54 Data ważności ⁵²⁾	
I.1.1.55 Data ważności ⁵³⁾		I.1.1.56 Data ważności ⁵⁴⁾	
I.1.1.57 Data ważności ⁵⁵⁾		I.1.1.58 Data ważności ⁵⁶⁾	
I.1.1.59 Data ważności ⁵⁷⁾		I.1.1.60 Data ważności ⁵⁸⁾	
I.1.1.61 Data ważności ⁵⁹⁾		I.1.1.62 Data ważności ⁶⁰⁾	
I.1.1.63 Data ważności ⁶¹⁾		I.1.1.64 Data ważności ⁶²⁾	
I.1.1.65 Data ważności ⁶³⁾		I.1.1.66 Data ważności ⁶⁴⁾	
I.1.1.67 Data ważności ⁶⁵⁾		I.1.1.68 Data ważności ⁶⁶⁾	
I.1.1.69 Data ważności ⁶⁷⁾		I.1.1.70 Data ważności ⁶⁸⁾	
I.1.1.71 Data ważności ⁶⁹⁾		I.1.1.72 Data ważności ⁷⁰⁾	
I.1.1.73 Data ważności ⁷¹⁾		I.1.1.74 Data ważności ⁷²⁾	
I.1.1.75 Data ważności ⁷³⁾		I.1.1.76 Data ważności ⁷⁴⁾	
I.1.1.77 Data ważności ⁷⁵⁾		I.1.1.78 Data ważności ⁷⁶⁾	
I.1.1.79 Data ważności ⁷⁷⁾		I.1.1.80 Data ważności ⁷⁸⁾	
I.1.1.81 Data ważności ⁷⁹⁾		I.1.1.82 Data ważności ⁸⁰⁾	
I.1.1.83 Data ważności ⁸¹⁾		I.1.1.84 Data ważności ⁸²⁾	
I.1.1.85 Data ważności ⁸³⁾		I.1.1.86 Data ważności ⁸⁴⁾	
I.1.1.87 Data ważności ⁸⁵⁾		I.1.1.88 Data ważności ⁸⁶⁾	
I.1.1.89 Data ważności ⁸⁷⁾		I.1.1.90 Data ważności ⁸⁸⁾	
I.1.1.91 Data ważności ⁸⁹⁾		I.1.1.92 Data ważności ⁹⁰⁾	
I.1.1.93 Data ważności ⁹¹⁾		I.1.1.94 Data ważności ⁹²⁾	
I.1.1.95 Data ważności ⁹³⁾		I.1.1.96 Data ważności ⁹⁴⁾	
I.1.1.97 Data ważności ⁹⁵⁾		I.1.1.98 Data ważności ⁹⁶⁾	
I.1.1.99 Data ważności ⁹⁷⁾		I.1.1.100 Data ważności ⁹⁸⁾	
I.1.1.101 Data ważności ⁹⁹⁾		I.1.1.102 Data ważności ¹⁰⁰⁾	
I.1.1.103 Data ważności ¹⁰¹⁾		I.1.1.104 Data ważności ¹⁰²⁾	
I.1.1.105 Data ważności ¹⁰³⁾		I.1.1.106 Data ważności ¹⁰⁴⁾	
I.1.1.107			

Nowy wzór zlecenia można pobrać:

<http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/wyrobymedyczne/wzory-drukow/>

Wzór określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555).

[illegible]

Stary wzór zlecenie nie jest już dostępny
na stronie NFZ.

Wzór określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy (Dz. U. poz. 1678).

III Spotkanie Ekspertów

13 grudnia 2019 r. odbyło się III Spotkanie Ekspertów Fizjoterapia-Ortopedia-Reumatologia. Inicjatorem oraz przewodniczącym komitetu organizacyjnego był dr Mateusz W. Romanowski. Komitetowi Naukowemu przewodniczyli: prof. Włodzimierz Samborski (Katedra Reumatologii i Rehabilitacji UM Poznań), dr hab. Przemysław Lisiński (Katedra Rehabilitacji i Fizjoterapii UM Poznań) oraz dr Mateusz W. Romanowski (Zakład Fizjoterapii UM Poznań, Wielkopolskie Centrum Fizjoterapii).

Organizacjami partnerskimi III Spotkania Ekspertów były towarzystwa naukowe fizjoterapeutów oraz lekarzy. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli: minister zdrowia, marszałek województwa wielkopolskiego, prezydent Poznania, rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Spotkania Ekspertów wyróżnia otwarta i życzliwa dyskusja specjalistów z różnych dziedzin. Rozmowy toczą się przy „okrągłym stole”, a każdy z zaproszonych gości ma możliwość przedstawienia swojego punktu widzenia.

W tym roku tematem pierwszej sesji było leczenie dysfunkcji kończyny górnej. Przedstawione prace były podsumowaniem najnowszej dostępnej literatury wzbogaconej o własne doświadczenia prelegentów. Jedną z możliwych do zrealizowania konkluzji wydaje się być wprowadzenie przynajmniej ogólnych wytycznych (ang. guidelines) dotyczących leczenia poszczególnych jednostek chorobowych. Tak, by zarówno lekarz, jak i fizjoterapeuta, mogli podjąć te same działania adekwatnie do aktualnego stanu klinicznego chorego (leczenie lub odesłanie do innego specjalisty). Drugim bardzo ciekawym aspektem, na który zwrócili uwagę eksperci, jest zaangażowanie chorego w proces leczenia oraz pozostawienie mu pewnej dowolności w wyborze specjalisty, któremu ma zaufać.

Jednym z najważniejszych gości, którzy przybyli do Poznania, była prof. Marilyn Moffat (Stany Zjednoczone), prezydent Światowej Konfederacji Fizjoterapii w latach 2007–2015. Tematem sesji było leczenie skojarzone ukierunkowane na **bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty** (ang. direct acces to physiothe-



Fot. Tomasz Gajewski

rapy). W tej sesji prelegentami byli również goście z Wielkiej Brytanii, Finlandii oraz Polski. Wystąpienia były poparte twardymi danymi z badań naukowych oraz doświadczeń poszczególnych krajów. Późniejsza wymiana refleksji na ten temat była bardzo inspirująca. Dała początek bardzo ważnej debacie o tym, czy polscy fizjoterapeuci są gotowi wziąć taką odpowiedzialność na własne barki.

Efektem grudniowego III Spotkania będzie napisanie wytycznych leczenia choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego i biodrowego oraz bólu okolicy kompleksu barkowego. Dotychczas ukazały się dwie publikacje „Ból dolnego odcinka kręgosłupa – podsumowanie Spotkania Ekspertów 2017” oraz „II Spotkanie Ekspertów. Fizjoterapia-Ortopedia-Reumatologia – podsumowanie konferencji”. Skoordynowane leczenie choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego. Moje podejście w leczeniu dolegliwości stopy. STarT Back – stratyfikacja w prognozowaniu i leczeniu niespecyficznego bólu dolnego odcinka kręgosłupa.”

Prelekcje z tegorocznego spotkania, jak i poprzednich, można obejrzeć na kanale na YouTube.



Dr Mateusz W. Romanowski

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Manualnej, prezes Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, adiunkt w Katedrze Rehabilitacji i Fizjoterapii UM Poznań



Fot. Artur Koper

Nagroda „Menedżer Zdrowia” dla prezesa KIF

Dr hab. n. med. Maciej Krawczyk odebrał 16 stycznia 2020 r., podczas uroczystej gali zorganizowanej na Zamku Królewskim w Warszawie, prestiżową nagrodę „Menedżer Zdrowia”.

Została przyznana w uznaniu wielu zasług Macieja Krawczyka, który – jak czytamy w uzasadnieniu – „(...) jest jednym z twórców i inicjatorów powstania najmłodszego w Polsce samorządu zawodowego(...). Sukcesy Macieja Krawczyka to konsolidacja środowiska, wprowadzenie po raz pierwszy w Polsce wytycznych udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i opisywania ich w dokumentacji medycznej zgodnie ze stworzoną przez WHO Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), a także wprowadzenie jednolitych standardów nauczania na uczelniach. Dzięki niemu po raz pierwszy od ponad 15 lat NFZ zmienił wycenę świadczeń fizjoterapeutycznych”.

Pozostałymi laureatami nagrody zostali: założyciel Fundacji na Rzecz Rozwoju ICZMP – prof. Maciej Banach oraz ordynator Oddziału Chirurgii Szczerbowo-Twarzowej SPSK im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – prof. Iwona Niedzielska.

Gratulujemy wszystkim laureatom!



Fot. Filip Windak

Spotkanie informacyjne dla fizjoterapeutów w Tarnowie

Nowy rok rozpoczęliśmy kolejnym spotkaniem informacyjnym dla fizjoterapeutów, które odbyło się 9 stycznia 2020 r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie. Poprowadził je prezes KRF – dr hab. n. med. Maciej Krawczyk, wraz z wiceprezesem KRF – Pawłem Adamkiewiczem. Towarzyszyli im przedstawiciele KRF z województwa małopolskiego: Filip Windak oraz Mariusz Janusz.

Podczas spotkania rozmawiano m.in. o konieczności podwyższenia wyceny wizyty terapeutycznej, co w znacznym stopniu poprawiłoby sytuację fizjoterapeutów oraz ośrodków, w których są oni zatrudniani. Nowoczesna fizjoterapia powinna być nastawiona na bezpośredni kontakt z pacjentem, ponieważ tylko w ten sposób można dopasować odpowiednie zabiegi do potrzeb chorego. Nie zabrakło także pytań dotyczących konieczności oceny aktywności pacjenta, bazującej na testach zawartych w wytycznych KRF, które uzupełniają wizytę i umożliwiają zaproponowanie najkorzystniejszej terapii. Pomocna w tym będzie również nowa aplikacja Finezjo, służąca do prowadzenia dokumentacji medycznej, dostępna dla fizjoterapeutów nieodpłatnie.

Podczas spotkania aktywni byli również studenci fizjoterapii. Szczególnie zainteresowały ich nowe zasady egzaminów oraz specjalizacje kierunkowe.



Fot. Aleksander Sobczyk

Nowe standardy kształcenia

Wprowadzenie w sierpniu 2019 r. standardów kształcenia na kierunku fizjoterapia było dużym wyzwaniem dla uczelni w naszym kraju, które rodziło liczne pytania. W celu rozwiania wątpliwości prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów zaproponował zorganizowanie spotkania przedstawicieli uczelni z członkami Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

Rozmowy odbyły się 20 stycznia br. Wzięło w nich udział 100 gości z 75 uczelni.

Spotkanie poprowadził Zbigniew Wroński, wiceprezes KRF. Głównym prelegentem była prof. dr hab. Bożena Czarkowska-Pączek, przewodnicząca zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu PKA. Omówiła proces i zakres kontroli przeprowadzanej podczas wizyty akredytacyjnej. Zwracała szczególną uwagę na zmiany wynikające z wprowadzenia standardów kształcenia na naszym kierunku. Odpowiedziała też na liczne pytania ze strony gości z uczelni.

Wiosną planowane jest podobne spotkanie z przedstawicielami Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w sprawie Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego (PEF).



Prof. B. Molik pierwszy od prawej. Fot. Archiwum prywatne B. Molika

Nominacja profesorska dla Bartosza Molika!

12 grudnia 2019 r. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda wręczył akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Nominację profesorską otrzymał pan Bartosz Molik, dziekan Wydziału Rehabilitacji oraz kierownik Katedry Nauczania Ruchu Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie.

Profesor Molik jest specjalistą z zakresu sportu osób z niepełnosprawnością, w tym gier zespołowych, a także rekreacji terapeutycznej i aktywnej rehabilitacji. W działalności badawczej koncentruje się na zagadnieniach związanych z adaptowaną aktywnością fizyczną, fizjoterapią, wydolnością fizyczną. Zajmuje się również weryfikacją systemów klasyfikacji zawodników w sporcie paraolimpijskim, oceną wysiłków krótkotrwałych o maksymalnej intensywności dzieci i młodzieży, oceną sprawności fizycznej oraz skuteczności gry sportowców z niepełnosprawnością i charakterystyką urazów sportowych zawodników w sporcie paraolimpijskim.

Serdecznie gratulujemy!

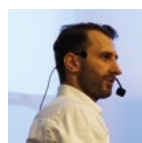
Zapraszamy na warsztaty!



Podczas **II Kongresu Krajowej Izby Fizjoterapeutów pt. „Specjalizacje kierunkowe – przyszłość fizjoterapii” (16–17 kwietnia)** uczestnicy będą mieli możliwość wzięcia udziału nie tylko w licznych sesjach naukowych, ale także w uzupełniających program warsztatach.

Program warsztatów (15 i 18 kwietnia) jest bogaty i zróżnicowany – poruszone zostaną zagadnienia z zakresu m.in. ortopedii, neurologii, pediatrii, geriatry czy uroinekologii. Zajęcia poprowadzą wybitni polscy eksperci i praktycy, których wiedza i dokonania stanowią dorobek nie tylko krajowej, ale i światowej fizjoterapii. Cały program jest niezwykle wartościowy pod względem praktycznym i naukowym.

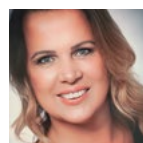
Oto tematy kilku przykładowo wybranych warsztatów:



Przeciążeniowe dolegliwości bólowe stawu kolanowego. Strategie badania i leczenia zachowawczego.

Prowadzi mgr Ernest Wiśniewski

Ból przeciążeniowy kolana jest jedną z częstszych przyczyn zgłoszeń na rehabilitację, a pomimo tego obserwuje się nawrotowość i stany chroniczne w grupie pacjentów nim dotkniętych. Podczas warsztatu spróbujemy wspólnie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak się dzieje.



Testy kinezylogiczne dziecka w wieku wczesnopreszkolnym i szkolnym – podejście praktyczne.

Prowadzi mgr Joanna Surowińska

Praktyczny warsztat przydatny dla wszystkich terapeutów wieku rozwojowego, mający pokazać zastosowanie testów kinezylogicznych w odniesieniu do doboru narzędzi terapeutycznych wykorzystywanych u pacjenta.



Które publikacje naukowe będą przydatne w praktyce zawodowej? Jak je znajdować i jak je wybierać?

Prowadzi dr hab. Maciej Płaszewski

Warsztat służący zaprezentowaniu nowo opracowanej polskiej wersji największej światowej bazy danych naukowych dla fizjoterapeutów Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Oprócz wyszukiwarek dla terapeutów i dla pacjentów oraz indeksowania publikacji naukowych, PEDro zawiera liczne informacje edukacyjne i pogładowe o dużej wartości dla praktyków.



Profilaktyka przeciążeń i urazów u dzieci uprawiających sport – od analizy ruchu do terapii.

Prowadzi dr Agnieszka Stępień

W ostatnich latach coraz więcej dzieci i młodzieży uprawia sport, a wraz ze wzrostem liczby młodych sportowców zwiększa się częstość występowania przeciążeń i urazów. Warsztat obejmie przykłady działań profilaktycznych i terapeutycznych, które mogą być wykorzystane przez fizjoterapeutów współpracujących z młodymi sportowcami.



Zależności funkcjonalne pomiędzy kończyną dolną a tułowiem. Badanie i strategie terapeutyczne na przykładzie różnych pacjentów.

Prowadzą: mgr Katarzyna Fountoukidis, mgr Marcin Kapusta, mgr Agnieszka Gołąb

Kompleks stopa-kolano-biodro stanowi fundament naszego ciała. Świadomość występowania zależności funkcjonalnych pomiędzy kończyną dolną a tułowiem pozwala na holistyczne spojrzenie na ludzki organizm. Dzięki takiemu podejściu będziemy wytrwale szukać przyczyny, a nie tylko leczyć skutek – kontuzję.

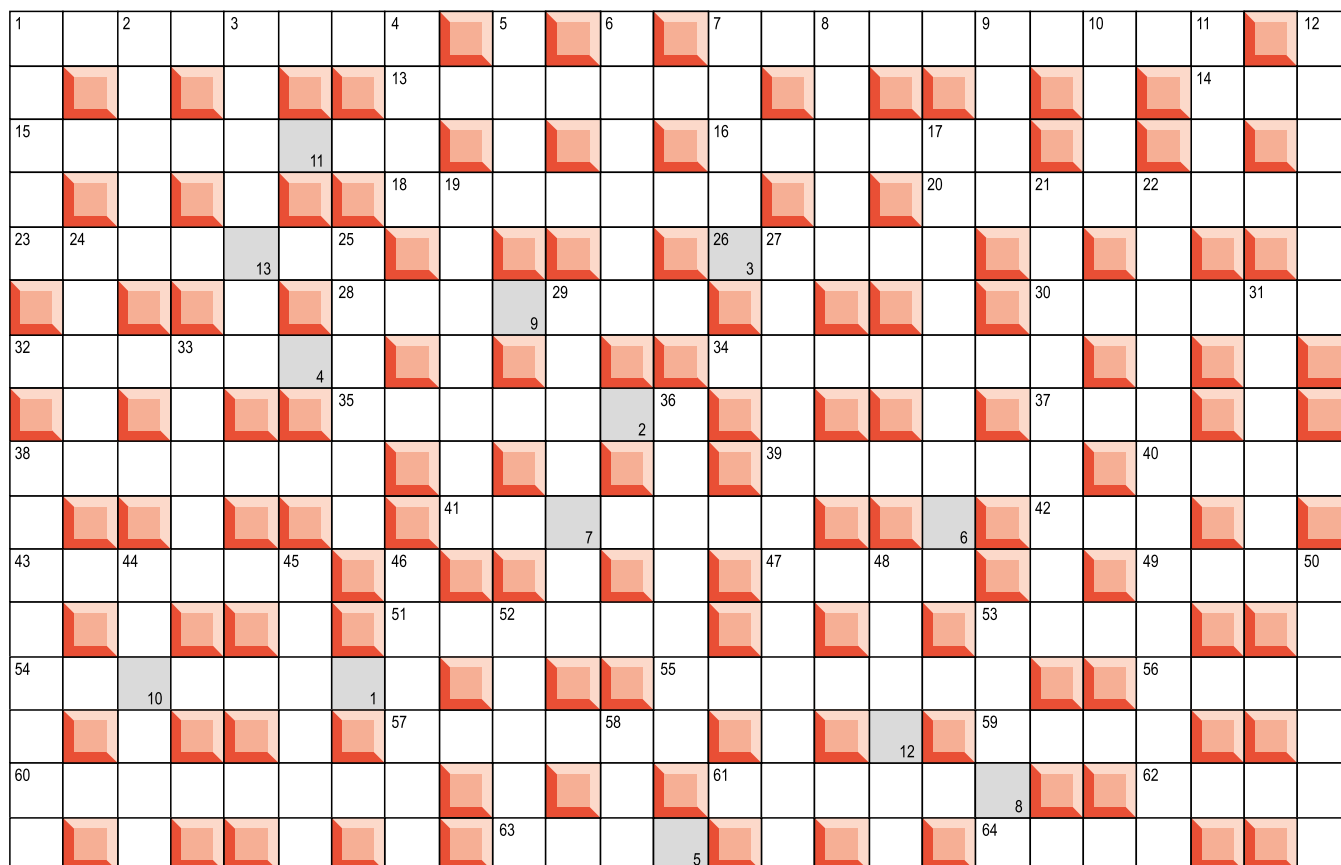


Odkręgosłupowe bóle głowy – narzędzia terapeuty manualnego.

Prowadzi mgr Grzegorz Balik

Na warsztacie przedstawione zostaną podstawowe badania segmentów szczytowych C 0-1-2 oraz skuteczne techniki mobilizacji stawów szczytowych ze szczególnym uwzględnieniem precyzyjnego rozciągania mięśni podpotylicznych oraz zostaną zaprezentowane ćwiczenia auto-mobilizacyjne.

**Zachęcamy do śledzenia strony II Kongresu KIF
kongres.kif.info.pl**



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----

Poziomo:

- 1) superata podatku,
 *7) urządzenie pomagające utrzymać pion,
 13) mniejsze od fortepianu,
 14) w kartach nie do pobicia,
 15) dziennikarska siedziba,
 16) kielich zwycięzcy,
 18) dna stawu palucha,
 20) Marian, filmowy Franek Dolas,
 *23) maziowa, może dojść do jej zapalenia,
 26) prolog lotu samolotu,
 28) niebyt buddysty,
 30) sterolotka,
 32) Bursztynowa czeka na odkrycie,
 34) spec w mleczarni,
 35) związany z ubytkiem w kieszeni,
 37) wyciskany wysiłkiem,
 38) łączy geologię ze społeczeństwem,
 39) imię Dody,
 40) pleśniawki,
 41) lokalowy haracz,
 42) chłop jak...,
 43) model Daewoo,
 47) ogonkiem trzyma się gałęzi,

- 49) pudełeczko przy obi kimona,
 51) do wybijania z głowy,
 53) „muzyka duszy”,
 *54) kombinacja zgięcia, przywiedzenia i supinacji,
 55) jakością nie grzeszy,
 56) rwący w korycie,
 57) długa, luźna bluzka,
 59) muzyczna trójka,
 *60) może ulec naciągnięciu, naderwaniu albo zerwaniu,
 61) wiódł ślepego,
 62) kleista wydzielina,
 *63) łokciowe lub pachowe,
 64) żywe srebro.

Pionowo:

- 1) z płetwami, ale nie ryba,
 2) ojciec Ikara,
 *3) przyśrodkowy lub boczny półksiężyc,
 4) paracetamol,
 *5) Kiblera,
 6) bujana noga konika,
 7) przerwa w podróży jeźdźca,
 8) krewna brzozy,
 9) niby nic, a bezwzględne,
 10) postojowa taryfa,

- 11) gdzieś zimują,
 12) wystrzałowa góra,
 *17) np. siadanie, wstawanie, chodzenie po schodach,
 *19) SLAP to uszkodzenie górnej jego części,
 21) przenośnik cieczy,
 *22) stawu, ale może być i emocjonalna,
 24) zbratana z katodą,
 25) soczysty łobuz,
 *27) pan od pozycji głową w dół, ale też i od objawu z opadającą miednicą,
 29) jednoręki bandyta w kasynie,
 31) złotousty,
 33) transporter chorego,
 36) wyłapywanie byków,
 38) Julia, gra w „Kobietach mafii”,
 *44) błona tworząca otulającą sieć,
 45) aktorski team filmu,
 46) bez szans z zawodowcem,
 48) pocisk pozoranta,
 *50) ustabilizuje, unieruchomi, zabezpieczy,
 52) wesoły w oku,
 53) bożek lubieżny i rogaty,
 58) pod nim stopa wody.



Szlag mnie trafił

Łukasz Grass

Wydawnictwo Ringier Axel Springer
Polska Sp. z o.o., 340 strony,
rok wydania: 2019

Monika Michalak, bohaterka tej książki, w wieku 39 lat dostała bardzo poważnego udaru niedokrwienego pnia mózgu, co na wiele miesięcy przykuło ją do łóżka. W konsekwencji rozwarstwienia tętnicy kręgowej lewej i podstawnej doznała czterokończynowego porażenia, tzw. zespołu zamknięcia. Mogła jedynie mrugać oczami i przez 4 miesiące tylko tak porozumiewała się z lekarzami i najbliższymi. Dziś Monika mówi, chodzi i działa na rzecz osób po udarach... i dzieli się swoją historią z czytelnikami.



Trening dna miednicy dla mężczyzn. Zmniejszanie i przezwyciężanie nietrzymania moczu oraz zaburzeń erekcji

Ute Michaelis,
wyd. 5, red. Edward Saulicz

Wydawnictwo Edra Urban & Partner, 188 stron,
rok wydania: 2018

Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla mężczyzn leczonych operacyjnie z powodu raka prostaty lub raka pęcherza moczowego. Jest też pozycją obowiązkową dla tych wszystkich, którzy profesjonalnie wykorzystują ćwiczenia lecznicze w terapii różnych chorób i dolegliwości związanych z męską miednicą.



Korekcja postawy ciała. Wybrane techniki manualne

Jane Johnson,
red. Jacek Lewandowski

Wydawnictwo Edra Urban & Partner,
262 strony, rok wydania: 2018

Książka prezentuje 30 najczęściej spotykanych zaburzeń postawy wraz z opisem zalecanych świadczeń fizjoterapeutycznych. W publikacji zamieszczono również instrukcje jak uczyć pacjentów stosowania autoterapii po zakończeniu sesji terapeutycznych.

edra
URBAN & PARTNER

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



NAGRODA

Siedem 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 4/2019 „GF” otrzymali: Maciej z Hajnówki, Paulina z Grodziska Mazowieckiego, Karol z Warszawy, Aleksandra z Jaworzna, Karolina z Księżyna, Maria z Radzionkowa.

Gratulujemy!

II Kongres Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Specjalizacje kierunkowe – przyszłość fizjoterapii

16 – 17 kwietnia 2020 *
Centrum Kongresowe ICE Kraków

**Zarejestruj się
kongres.kif.info.pl/bilety/**

*Największe wydarzenie w historii
polskiej fizjoterapii!*

2 500

UCZESTNIKÓW

100

PRELEGENTÓW

36

SESIJ TEMATYCZNYCH

46

WARSZTATÓW

Dowiedz się więcej: **kongres.kif.info.pl**

Organizator:



Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

*15 i 18 kwietnia – warsztaty