

KORONAWIRUS

SARS-CoV-2



Fizjoterapia odmrożona

Nowa rzeczywistość,
nowe zasady

Fizjoterapeuci w czasach pandemii

Pięć różnych historii
i miłość do pracy

STOP hejtowi w naszym środowisku

Apel Rzecznika Dyscyplinarnego KIF



ISSN 2545-3637

- 3 Słowo wstępu od prezesa KRF Macieja Krawczyka
- 5 Działania KIF w obliczu zagrożenia pandemią wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 podjęte od 1 kwietnia 2020 r.
- 7 Fizjoterapia ponownie dostępna dla pacjentów
- 8 Jesteśmy do dyspozycji naszych pacjentów. Jak bezpiecznie przyjmować pacjentów wyjaśnia Zbigniew Wroński, fizjoterapeuta i wiceprezes KRF
- 10 Komisja Socjalna KIF niesie pomoc w czasie epidemii
- 10 Pożegnaliśmy naszego kolegę
Fizjoterapeuta w czasach pandemii:
 - 12 Tomasz Włoch. Pacjenci dopominają się o fizjoterapię na oddziale COVID-19
 - 14 Dominika Glonek. Dziwiono się, co może robić fizjoterapeuta na tak trudnym oddziale
 - 16 Dariusz Banik. Jak się walczy z nieznanym wrogiem?
 - 18 Agnieszka Stępień. Sześć tygodni wystarczy, aby zmienić zdanie?
 - 20 Lidia Koktycz. W tym chaosie człowiek jest bezradny
- 22 Zmiany w prawie dotyczące fizjoterapeutów – pytania i odpowiedzi
- 26 Webinary KIF jako odpowiedź na zmiany, które nastąpiły w wyniku epidemii COVID-19
- 28 Prowadź dokumentację w Finezjo!
- 29 Fizjoterapeutę obowiązuje kodeks etyki – apeluje Rzecznik Dyscyplinarny KIF, dr hab. Wojciech Kiebzak
- 32 Telerehabilitacja. Jak inne kraje zareagowały na pandemię?
- 36 Wytyczne WCPT ws. fizjoterapii chorych na COVID-19
- 38 Fizjoterapia pacjentów wykazujących objawy PICS
- 43 Rehabilitacja w kampaniach społecznych
- 45 Nie możemy teraz zapomnieć o niepełnosprawnych
- 47 Co dalej z kształceniem fizjoterapeutów?
- 48 Komunikacja Alternatywna i Wspomagająca w służbie pacjentów z COVID-19
- 49 Maseczki z okienkiem

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: Tomasz Włoch

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

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

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645

www.glosfizjoterapeuty.pl

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



„Jedyną stałą rzeczą w życiu jest zmiana”.

- Heraklit z Efezu

„Dawna rzeczywistość”, której elementy wydawały się nam niezbywalne i wieczne, nagle zniknęła. Przez pierwsze tygodnie zaklinaliśmy tę „nową rzeczywistość” – nie dopuszczaliśmy do siebie myśli, że musimy zrezygnować, zaprzestać, dostosować się. Chcieliśmy to przeczekać, liczyliśmy, że samo minie, a my będziemy żyli jak dotąd.

Ale świat zmienił się i tak. Straciliśmy na zawsze wspaniałego kolegę, a kilkudziesięcioro z nas przeszło dramatyczne chwile, kiedy dowiedziało się, że są zarażeni koronawirusem. Większość z nas drży teraz o swoją przyszłość finansową. W oczach tych, którzy nie mogli odejść od łóżek chorych, codziennie widać strach przed zakażeniem siebie, pacjentów i bliskich. W ciągu kolejnych tygodni – chociaż wydawało nam się to wcześniej niemożliwe – zaczęliśmy powoli przyzwyczajać się do „nowej rzeczywistości”. A tu nagle BUM! Kolejna zmiana! Nasze poczucie bezpieczeństwa znów zostało zdruzgotane. Boimy się opuścić tę chwiejną tratwę, na której przetrwaliśmy prawie dwa miesiące, i niczym święty Jerzy wskoczyć ponownie na konia, żeby zmierzyć się ze straszonym smokiem.

Takie stany nie dotyczą tylko nas, dotyczą większości społeczeństw na całym świecie. Dynamika kryzysu jest bardzo zmienna i niestety nikt nie był w stu procentach gotowy na jego przebieg. Jednak nie jesteśmy całkiem bezbronni! Tym, co nas powinno wzmacniać, jest nasza wiedza i mądrość. Wolność i samodzielność zawodowa to ich konsekwencja. Dziś ponownie musimy zawierzyć naszym umiejętnościom i kwalifikacjom. Zajmijmy się leczeniem, będąc świadomi, że medycyna nie jest czarno-biała i wiele zależy od indywidualnego przypadku. A rekomendacje są tylko po to, żeby ułatwić nam podejmowanie optymalnych decyzji w zgodzie z własnym rozumem.

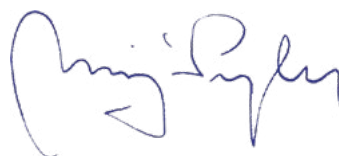
Dziś już nie ma sensu zaklinanie „kolejnej nowej rzeczywistości”. Wiemy, że skutki zachorowań na COVID-19 zostaną z nami na dłużej. Sytuacja epidemiologiczna będzie się na pewno zmieniać, a my będziemy musieli reagować na te zmiany. Tym, co się nie zmieniło i się nie zmieni, są potrzeby naszych pacjentów oraz ich ogromny kredyt zaufania do nas. Nie zawiedzmy ich!

Czy ta niezwykle trudna sytuacja nauczyła nas czegoś dobrego? Owszem, zrozumieliśmy, jak ważne jest to, czego dzisiaj tak bardzo nam brakuje – to bliskość z drugim człowiekiem. Samą swoją obecnością pozytywnie wpływamy na naszych pacjentów, wsłuchując się w ich problemy i stymulując do pokonywania własnych słabości wywo-

łanych chorobą. Paradoksalnie, w dobie dystansu fizycznego, ta najbardziej pożądana forma pracy z pacjentem, czyli jeden na jeden, jest teraz najbezpieczniejsza i wręcz wymagana. Bo czyż chory nie powinien przychodzić na fizjoterapię tylko do fizjoterapeuty?

Pandemia uwypukliła wiele absurdalnych i patologicznych wręcz elementów funkcjonowania systemu rehabilitacji refundowanej ze środków publicznych. Natychmiast należy je odrzucić dla bezpieczeństwa pacjentów i najlepszych wyników ich leczenia. Nikogo nie stać na podwyższone ryzyko epidemiologiczne w zatłoczonych przychodniach z pełnymi korytarzami chorych, którzy z nadzieją karnie oczekują na setki biernych oddziaływań. Polscy pacjenci powinni mieć pewność, że niezależnie od tego, czy płatnik jest publiczny, czy płacą za fizjoterapię z własnej kieszeni, otrzymywana usługa jest TAK SAMO BARDZO DOBRA!

Wiem, że poruszone przeze mnie problemy budzą skrajne reakcje. Jestem jednak przekonany, że merytoryczna debata wewnątrz naszego środowiska jest nam potrzebna. Dyskutujmy, ścierajmy się na argumenty poparte wiedzą oraz doświadczeniami zdobytymi przez nas samych i kolegów z innych krajów, z których chcemy czerpać wzorce. To nie czas na wojny i inwektywy, to czas na ciężką pracę, która może zaowocować korzystnymi zmianami dla całej polskiej fizjoterapii. Wykorzystajmy tę szansę, którą daje nam "zmienna rzeczywistość". Wiele niewiadomych przed nami. Razem jednak mamy szansę pokonać tego smoka!



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

Kalendarium działań KIF

1 kwietnia 2020

- Wspólny apel przedstawicieli samorządów zawodów medycznych (w tym KIF) do premiera o objęcie całego personelu medycznego ochroną ubezpieczeniową w okresie epidemii.

3 kwietnia 2020

- Pismo prezesa KRF do ministra spraw wewnętrznych i administracji oraz komendanta głównego policji w sprawie kontroli gabinetów, w którym podkreśla, że decyzję o tym, czy ma być kontynuowana fizjoterapia zawsze podejmuje indywidualnie fizjoterapeuta.

8 kwietnia 2020

- Specjalne wydanie „Głosu Fizjoterapeuty” w całości poświęcone sytuacji w fizjoterapii podczas epidemii.
- Apel Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów, aby władze publiczne wsparły profesjonalistów medycznych i przedsiębiorców branży medycznej.
- WCPT pisze do ministra zdrowia oraz prezesów NFZ i AOTMiT o roli fizjoterapii w Polsce podczas pandemii COVID-19, działaniach KIF w sytuacji kryzysowej oraz rekomenduje jak najszybsze wdrożenie telerehabilitacji.

9 kwietnia 2020

- Krajowa Izba Fizjoterapeutów zwraca się do premiera i ministra zdrowia z prośbą o włączenie chętnych grupy fizjoterapeutów do pracy w walce z epidemią.

17 kwietnia 2020

- Prezydium KRF rekomenduje kontynuowanie fizjoterapii u osób, którym grozi pogorszenie stanu zdrowia oraz publikuje wytyczne do fizjoterapii domowej, ambulatoryjnej i stacjonarnej.
- Prezes KRF w liście do premiera i ministra zdrowia przypomina, że fizjoterapeuci są samodzielnym zawodem medycznym, który nie może być stawiany w jednym rzędzie z fryzjerami czy salonami tatuażu oraz wzywa do zniesienia ograniczeń w rehabilitacji.

16 kwietnia 2020

- Prezes KRF składa kondolencje rodzinie i bliskim zmarłego fizjoterapeuty z Radomia, który jest pierwszą ofiarą epidemii wśród pracowników medycznych.
- Prezes KRF, w apelu wystosowanym do premiera i ministra zdrowia, po raz kolejny żąda właściwego zaopatrzenia pracowników medycznych w środki ochrony oraz szerokiego dla nich dostępu do testów.



10 kwietnia 2020

- W odpowiedzi na liczne apele i działania KIF, minister zdrowia wprowadza telerehabilitację (w okresie stanu epidemii).



20 kwietnia 2020

- W odpowiedzi na decyzję rządu, który zaplanował „odmrożenie” rehabilitacji dopiero w ostatnim (czwartym) etapie, prezes KRF pisze listy do premiera i ministra zdrowia, w których upomina się o traktowanie fizjoterapeutów jako profesjonalistów medycznych.

21 kwietnia 2020

- Publikacja wytycznych WCPT dotyczących fizjoterapii pacjentów z COVID-19 w polskiej wersji językowej, przygotowanej przez ekspertów i specjalistów z KIF.
- Publikacja dokumentu „Fizjoterapeuta – zawód medyczny w czasie epidemii”, który przedstawia aspekty prawne związane z pracą fizjoterapeutów przy zwalczaniu epidemii, poparte przykładami takich działań z innych krajów.

27 kwietnia 2020

- Telekonferencja z Ministerstwem Rozwoju na temat rozwiązań ekonomicznych dla przedsiębiorców z branży medycznej: lekarzy i fizjoterapeutów. W rozmowie wzięli udział przedstawiciele KIF na czele z prezesem oraz przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej.

29 kwietnia 2020

- Apel KRF do decydentów i kierowników podmiotów leczniczych, dotyczący konieczności zaopatrywania fizjoterapeutów w środki ochrony indywidualnej.

2 maja 2020

- Dzięki staraniom KIF rehabilitacja znalazła się w drugim (a nie w czwartym, jak pierwotnie planowano) etapie odmrażania polskiej gospodarki dotkniętej skutkami epidemii COVID-19.

30 kwietnia 2020

- Prezydium KRF w liście do ministra zdrowia i prezesa NFZ rekomenduje indywidualną pracę z pacjentem z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz wdrożenie telerehabilitacji w odniesieniu do świadczeń prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych, domowych i dziennych.



Fizjoterapia ponownie dostępna dla pacjentów



Odmrożenie świadczeń fizjoterapeutycznych nie oznacza, że nasza praca będzie taka sama jak wcześniej – jesteśmy zobowiązani do przestrzegania nowych rygorów sanitarnych.

4 maja 2020 r., dzięki działaniom Krajowej Izby Fizjoterapeutów, na mocy rozporządzenia Rady Ministrów¹ przywrócono możliwość udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – w placówkach leczniczych oraz praktykach zawodowych.

Bezpośrednie udzielanie świadczeń fizjoterapeutycznych nie jest już ograniczone tylko do przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. **Obecnie każdy pacjent, który ma skierowanie od lekarza (w przypadku świadczeń refundowanych) lub chce odbyć wizytę komercyjną, może skorzystać z fizjoterapii.** Są jednak pewne ograniczenia, np.

z powodów sanitarnych mogą być niedostępne zabiegi fizykoterapeutyczne, jak chociażby elektroterapia, ultradźwięki, pole magnetyczne oraz hydroterapia.

Obecnie KIF rekomenduje indywidualną pracę z pacjentem, tzw. 1:1, czyli osoba zgłaszająca się na fizjoterapię spotka się tylko z jednym terapeutą, który zrealizuje cały program leczenia. Odbywać się to powinno w osobnym pomieszczeniu lub na dużej sali, gdzie zagęszczenie przebywających osób nie jest duże. Zabezpieczeniu w środki ochrony indywidualnej podlega zarówno fizjoterapeuta, jak i pacjent. Ważna jest również organizacja pracy – wizyty w placówkach powinny być umawiane w takich odstępach czasowych, by nie dochodziło do kontaktu między pacjentami i umożliwić dezynfekcje gabinetów. To tylko wybrane zalecenia.

KIF opracował wyczerpujące rekomendacje do prowadzenia fizjoterapii w stanie epidemii, które dostępne są na stronie www.kif.info.pl

ZOBACZ REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PROWADZENIA FIZJOTERAPII STACJONARNEJ W STANIE EPIDEMII

<https://kif.info.pl/rekomendacje-do-prowadzenia-fizjoterapii-stacjonarnej-w-stanie-epidemii/>

ZOBACZ REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PROWADZENIA FIZJOTERAPII DOMOWEJ W STANIE EPIDEMII

<https://kif.info.pl/rekomendacje-do-prowadzenia-fizjoterapii-domowej-w-stanie-epidemii/>

ZOBACZ REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PROWADZENIA FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ I DZIENNEJ W STANIE EPIDEMII

<https://kif.info.pl/rekomendacje-do-prowadzenia-fizjoterapii-ambulatoryjnej-i-dziennej-w-stanie-epidemii/>

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792).



Jesteśmy do dyspozycji naszych pacjentów

O tym jak bezpiecznie przyjmować pacjentów w czasie zagrożenia epidemiologicznego, czytelnikom „Głosu” wyjaśnia Zbigniew Wroński, fizjoterapeuta z warszawskiej przychodni Fizjopunkt, wiceprezes KRF.

Od połowy marca, po wydaniu przez KIF rekomendacji dla placówek fizjoterapeutycznych, aby ograniczać działalność, byliśmy praktycznie zamknięci. Przyjmowaliśmy pojedynczych pacjentów jedynie w przypadkach, gdy brak fizjoterapii groził poważnym pogorszeniem ich stanu zdrowia.

Przygotowania do ponownego otwarcia przychodni dla większej liczby pacjentów rozpoczęliśmy w drugiej połowie kwietnia br., po tym jak KIF wydała zalecenia dotyczące prowadzenia fizjoterapii w czasie pandemii. Właściwie od nowa napisany został regulamin podmiotu leczniczego, jak i doprecyzowano wytyczne postępowania dla personelu tak, żeby minimalizować ryzyko epidemiologiczne. Regulacje wprowadzone w międzyczasie przez Ministerstwo Zdrowia i Radę Ministrów wymuszają na kierownikach placówek leczniczych zmiany w tym zakresie. Procedury powinny opisywać m.in. sposób zabezpieczenia pracowników i pacjentów, wytyczne dotyczące dezynfekcji oraz organizacji pracy.

W naszej przychodni, zgodnie z zasadą minimalizowania kontaktów, świadczenia obejmują tylko fizjoterapię indywidualną. Maksymalnie ograniczamy spotkanie się pacjentów w poczekalni, zamknęliśmy również wspólne szatnie – pacjenci, o ile to konieczne, przebiegają się w gabinecie fizjoterapeuty. Grafiki

zaplanowaliśmy tak, aby po każdym zabiegu możliwa była 10-minutowa przerwa, podczas której następuje dezynfekcja sprzętu wykorzystywanego do pracy z pacjentem oraz wietrzenie pomieszczenia. Warto podkreślić, że już na etapie rejestracji telefonicznej przeprowadzana jest z pacjentami ankieta kwalifikacyjna, która ma na celu zmniejszenie ryzyka przyjęcia osób zakażonych SARS-CoV-2.

W przychodni pacjenci zobowiązani są do posiadania własnej maseczki ochronnej. Po wejściu na teren przychodni mają mierzoną temperaturę i za każdym razem wypełniają i podpisują ankietę aktualizacyjną. Tym samym procedurom podlegają również wszyscy pracownicy przychodni. Tylko jeżeli wyniki pomiaru są w normie, możemy zacząć pracę.

Fizjoterapeuci wyposażeni są w maseczki ochronne, przyłbice i jednorazowe rękawiczki. Do dyspozycji mają również płyn do dezynfekcji. Po konsultacjach ze specjalistami przyjęliśmy, że każdy pracownik dostaje jedną maseczkę dziennie, z której może korzystać zamiennie z dezynfekowaną po użyciu przyłbicą lub stosować maseczkę i przyłbicę jednocześnie, jeżeli ryzyko transmisji się zwiększa (np. fizjoterapia w obrębie twarzy czy fizjoterapia dzieci). Zgodnie z aktualną wiedzą nie planujemy profilaktycznego testowania naszych pracowników na obecność COVID-19.



Przyjęty przez nas system zabezpieczeń jest moim zdaniem wystarczający dla takiej placówki jak nasza, czyli dla ambulatoryjnej przychodni świadczącej tylko usługi fizjoterapeutyczne, pracującej głównie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia z pacjentami dorosłymi. Chciałbym tu podkreślić, że rodzaj podjętych działań profilaktycznych jest uzależniony od możliwości przychodni i decyzji kierownika. Inaczej może to wyglądać np. w przychodni dziecięcej. Fizjoterapia dziecięca, szczególnie praca z niemowlętami oraz dziećmi z niepełnosprawnościami, może wymagać większego rygoru sanitarnego. Wszędzie tam, gdzie dzieci dużo się ślinią, może być konieczna dokładniejsza i częstsza dezynfekcja – wiemy, że wirus wywołujący COVID-19 bardzo obficie występuje w ślinie.

Z kolei w fizjoterapii domowej to na barkach fizjoterapeuty spoczywa obowiązek zachowania takiej ostrożności, aby nie stanowić zagrożenia dla pacjenta. Szczególnie w przypadku osób leżących musimy być bardzo uważni. Konieczny jest oczywiście wcześniejszy wywiad telefoniczny oraz wypełnienie ankiety kwalifikacyjnej. Fizjoterapeuta oprócz maseczki czy przyłbicy powinien mieć ze sobą również ubranie na zmianę.

I choć niektórym może się wydawać, że obecne wymagania sanitarne są bardzo uciążliwe to, czy tego chcemy, czy nie, zostaną z nami na dłużej. Musimy znaleźć sposób, aby kompetentnie i bezpiecznie pomagać naszym pacjentom.

**Wysłuchała
Aleksandra Mróz**

1. Po wejściu na teren przychodni pacjenci dezynfekują ręce.
2. Następnie pacjenci mają mierzoną temperaturę.
3. Każdy pacjent wypełnia i podpisuje ankietę aktualizacyjną. Pacjenci mają obowiązek używać maseczki ochronnej.

Zdjęcia wykonano w przychodni Fizjopunkt.

Komisja Socjalna KIF niesie pomoc w czasie epidemii



W związku z trudną sytuacją materialną, w jakiej znaleźli się liczni przedstawiciele naszego samorządu na skutek ograniczenia pracy z powodu COVID-19, Izba uruchomiła **specjalny program pomocy socjalnej**. Na mocy uchwały KRF z dnia 4 kwietnia 2020 r.¹ rozpoczęto udzielanie pomocy materialnej w formie bezzwrotnych zapomóg dla najbardziej potrzebujących fizjoterapeutów w wysokości 1000 zł.

Od początku kwietnia Komisja Socjalna KIF zaopiniowała 1201 wniosków. Wymogi formalne spełniło 997 z nich. Zapomogi wypłacono już 563 osobom, a kolejnym 434 zostaną one przekazane w połowie maja. W 204 przypadkach Komisja Socjalna zaopiniowała podania negatywnie, a 6 zostało skorygowanych przez wnioskodawców i skierowanych do ponownej opinii Komisji Socjalnej. Prezydium KRF nie zapomniało także o wsparciu rodziny naszego zmarłego kolegi.

Przypominamy, że realizowany od początku 2019 r. program socjalny skierowany do osób, które znalazły się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej (np. z powodu choroby COVID-19), nie został zawieszony. Zgodnie z obowiązującym regulaminem Komisja Socjalna ma możliwość przyznania bezzwrotnej pomocy w wysokości do 6 000 zł.

1201

zaopiniowane
wnioski

997

wniosków
spełniających
wymogi
formalne

563

dotychczas
wypłaconych
zapomóg

1. https://kif.info.pl/file/2020/04/Uchw_475-I-KRE.pdf

Pożegnaliśmy naszego kolegę

16 kwietnia z wielkim żalem przyjęliśmy informację o śmierci naszego kolegi Roberta Skórry. 46-letni fizjoterapeuta był pierwszą ofiarą COVID-19 wśród przedstawicieli personelu medycznego w Polsce. Robert, fizjoterapeuta z 20-letnim doświadczeniem zawodowym, pracował w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu, gdzie przyjmował pacjentów, dopóki zdrowie mu na to pozwoliło. To tam najprawdopodobniej zaraził się ko-

ronawirusem. Pokazał, że fizjoterapeuci, tak jak inni profesjonaliści medyczni, „walczą” na pierwszej linii frontu. Mimo młodego wieku i wysiłków lekarzy nie udało się go uratować. Pozostawił żonę i dwoje dzieci.

Najbliższym Roberta udzieliliśmy wsparcia i złożyliśmy w imieniu naszego środowiska najszczerze kondolencje i wyrazy współczucia.



Fizjoterapeuta w czasach pandemii

Nie ma chyba fizjoterapeuty, na którego życie zawodowe nie wpłynęłoby koronawirus. Nie oznacza to jednak, że pewnego dnia wszyscy znaleźliśmy się w tym samym punkcie i tkwimy w nim od dwóch miesięcy. Na naszą sytuację wpływ ma wiele czynników, najważniejsze to oczywiście miejsce i rodzaj dotychczasowej pracy oraz sytuacja rodzinna.

Poniżej przedstawiamy historie pięciorga fizjoterapeutów z różnych części Polski, którzy zgodzili się opowiedzieć nam o tym, jak COVID-19 wpłynął na ich codzienność.



Tomasz Włoch

Fizjoterapeuta z 25-letnim stażem. Pracuje na Oddziale Klinicznym Pulmonologii i Alergologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, obecnie w szpitalu jednoimiennym. Adiunkt w Zakładzie Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych Instytutu Fizjoterapii Klinicznej AWF w Krakowie. Zastępca redaktora naczelnego w kwartalniku „Rehabilitacja Medyczna”. Członek grupy ekspertów fizjoterapii oddechowej przy KIF.

Tomasz Włoch

FIZJOTERAPEUTA W SZPITALU JEDNOIMIENNYM

Pacjenci dopominają się o fizjoterapeutę na oddziale COVID-19

Po wybuchu epidemii nie miałem wątpliwości, że moje miejsce jest w zespole, w którym pracuję i nie przyszło mi do głowy, że mógłbym iść na urlop lub zwolnienie lekarskie. Brałem udział w pracach przy tworzeniu oddziału COVID, dzięki czemu teraz dokładnie wiem, jak on funkcjonuje oraz gdzie się wszystko znajduje. W kombinezonie i z zaparowanymi okularami ciężko jest znaleźć nawet tak podstawowe rzeczy, jak przedłużki do drenu i łączniki, które m.in. pozwalają pacjentowi na wyjście z tlenem do ubikacji.

Przywracamy godność

Duża grupa pacjentów wygląda na osoby w miarę sprawne i pozornie niepotrzebujące pomocy. Większość czasu spędzają jednak w pozycji leżącej i całkowitej izolacji. Przez około trzy tygodnie są zamknięci na 20 m², nie mogą nawet przejść się po korytarzu. Mamy świadomość, że stan wielu z nich może się w każdej chwili pogorszyć – wciąż nie jesteśmy w stanie przewidzieć przebiegu tej choroby i możliwych powikłań. Coraz więcej przypadków to choroby w podeszłym wieku z wieloma chorobami współistniejącymi, u których w dość krótkim czasie narasta niepełnosprawność. Pojawiają się chociażby odleżyny i przykurcze. Zostawienie ich bez ruchu może oznaczać, że nie wrócą już do sprawności sprzed zachorowania lub w najgorszym przypadku umrą. Dzięki naszej pracy zaczynają siadać, jeść posiłki w normalnej pozycji, samodzielnie zmieniać pozycję, sięgać po przedmioty, chodzić do ubikacji, myć się. To niby drobne sprawy, ale spróbujmy je sobie ograniczyć! Usprawnienie takich pacjentów to nie tylko polepszenie ich zdrowia fizycznego, ale także poprawa jakości życia oraz przywrócenie im poczucia godności.

Z drugiej strony, pacjent samodzielny nie wymaga tak dużego zaangażowania reszty personelu szpitala. A wykonanie jakiegokolwiek czynności na oddziale COVID (podciągnięcie chorego, obrócenie, umycie, przebranie) wymaga dużo większego wysiłku niż normalnie, gdyż jesteśmy w kombinezonach, goglach. Staje się to teraz jeszcze trudniejsze z powodu coraz wyższych temperatur na zewnątrz – wytrzymanie kilku godzin w szczelnym pomarańczowym kombinezonie jest niezwykle uciążliwe. Bardzo ciężko jest w takich warunkach rehabilitować pacjentów. Mam nadzieję, że osoby decydujące o zaopatrzeniu nas w sprzęt ochrony osobistej mają to na uwadze i wkrótce otrzymamy białe kombinezony, które są lżejsze i bardziej przewiewne.

Jak psycholog

Z pacjentami staram się mieć jak najczęstszy kontakt, gdyż jako fizjoterapeuta jestem w stanie wychwycić wiele spraw, których nie zauważy np. pielęgniarka. Umiem rozpoznać, czy chory leży w odpowiedniej pozycji, czy ma dobry materac, jak radzi sobie ze zmianami pozycji, jak siedzi czy je, czy nie ma jakiegoś zaczerwienienia na skórze itd. Wprawne oko fizjoterapeuty bardzo się tu przydaje.

Na oddziale COVID fizjoterapeuta staje się częściowo także psychologiem. Widzę, że pacjenci potrzebują mojego wsparcia także w tej sferze, więc staram się umilić im pobyt w szpitalu. Ponieważ widują mnie tylko w tym wielkim pomarańczowym kombinezonie i nie wiedzą, jak naprawdę wyglądam, przykleiłem sobie na piersi swoje zdjęcie. Spotkało się to z bardzo pozytywną reakcją. Jak się okazuje, niektórzy chorzy myśleli, że jestem dużo starszy. A ponieważ cały sprzęt ochronny zniekształca głos, usłyszałem także: „To pan nie jest kobietą?!”. I podobno jestem podobny do Orłosa...

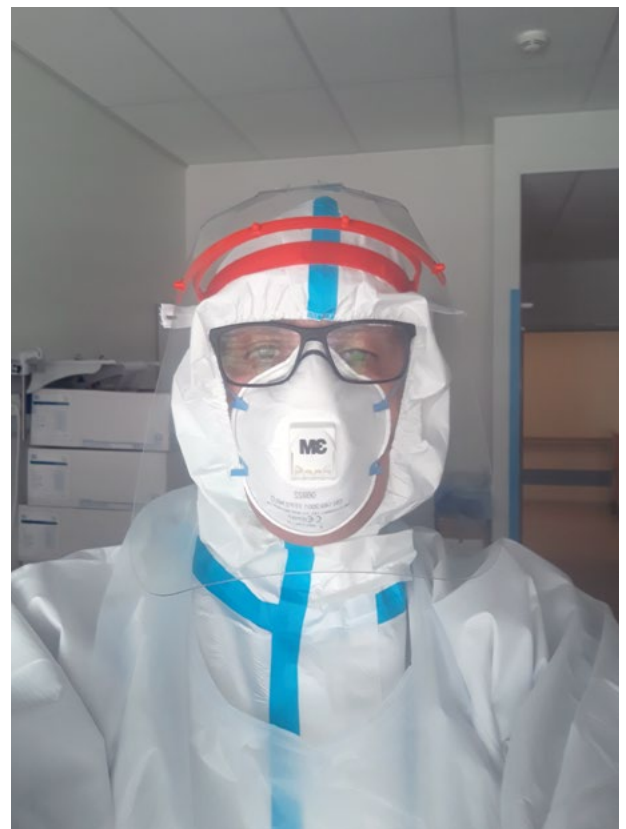
To wszystko jest bardzo miłe i skróciło dystans między nami.

Dzięki wspianiałym ludziom udało mi się założyć minibiblioteczkę na oddziale. Pacjenci zamawiają wybrane książki SMS-em. Zrobiłem też wśród znajomych zbiórkę, dzięki której otrzymaliśmy kilkanaście odbiorników radiowych i CD oraz wiele audiobooków. Pomagają mi w tym fizjoterapeuci z innych oddziałów. Myślę, że dzięki temu naszym pacjentom jest trochę łatwiej.

Gdy chorzy pytają: „Wyjdę z tego?“, zawsze im odpowiadam, że skoro przysłano do nich fizjoterapeutę, czyli mnie, to znaczy, że wszystko idzie w dobrym kierunku. Fizjoterapeuta może w bardzo łatwy sposób podnieść pacjenta na duchu przez pokazanie, jak poprawia się jego stan. On sam może nie wiedzieć, że choć wciąż przechodzi tylko krótki dystans, to równocześnie poprawia się np. saturacja lub skraca się czas powrotu saturacji do wartości spoczynkowych itp. Takie wsparcie, szczególnie teraz, ma ogromne znaczenie.

Musimy pamiętać także o tym, że ze względu na izolację, wielu pacjentów po tamtej stronie nie otrzymuje wsparcia od rodzin i bliskich osób, wielu umiera w samotności.

O potrzebie fizjoterapii na oddziale COVID świadczyć może ciągle dopominanie się pacjentów o fizjoterapeutę. Codziennie słyszę od lekarzy i pielęgniarek: „Pan z pokoju X pytał o ciebie” albo od samych



Na zdjęciach: Tomasz Włoch. Archiwum prywatne T.Włocha

chorych: „Gdyby był pan częściej, to zapewne już bym chodził”. Szkoda, że wiele osób decydujących w służbie zdrowia i szpitalach nie zdaje sobie sprawy, że fizjoterapia ma tak ogromne znaczenie. Ale jeżeli wykształceni ludzie ciągle jeszcze fizjoterapię kojarzą z masażem, zamiast z usprawnianiem pacjenta, to niestety przed nami jeszcze długa droga. O zarobkach w wysokości najniższej krajowej nie wspomnę. To przykre i bardzo upokarzające.

Fizjoterapeuci się wspierają

Praca na oddziale COVID wiąże się z wieloma utrudnieniami. Przez pierwsze tygodnie mieszkałem w hotelu, potem przeniosłem się na działkę. Wszystko po to, aby ochronić moich bliskich, ale także personel, z którym pracuję. Brak możliwości uczestniczenia w życiu rodzinnym nie jest łatwy, tak samo jak niemożliwość spotkania się z rodzicami, do których dotąd zaglądałem co drugi dzień. Jest im bardzo ciężko, bo oglądają mnie tylko z daleka. Taki jest koszt pracy na oddziale zakaźnym.

W tej ciężkiej sytuacji znajduję wsparcie w kolegach i koleżankach z pracy. Założyliśmy na WhatsAppie grupę dla fizjoterapeutów mojego szpitala, na której wzajemnie się dopingujemy. Codziennie dostaję pytanie: „Co tam na froncie?” Przesyłamy sobie linki, artykuły, rozporządzenia KIF, informacje, porady, zdjęcia. To bardzo pomaga i jednoczy nas. Od początku widzę również ogromne zaangażowanie ze strony władz KIF, sam miałem okazję uczestniczyć w pracach grupy ekspertów, która przygotowała wytyczne do stosowania w fizjoterapii chorych na COVID-19. Jestem bardzo podbudowany tym, że nie jesteśmy pozostawieni sami sobie. Zresztą czujemy wsparcie KIF już od kilku lat.

Podsumowując, chciałbym powiedzieć także, z czego wynika moje podejście do pacjentów. W życiu kieruję się wartościami chrześcijańskimi, zgodnie z którymi człowiek jest dla mnie ogromną wartością. Jest wart poświęcenia. Dlatego tym bardziej teraz, pomimo świadomości zagrożenia, wchodzę na tę „drugą”, zakaźną stronę.

Tomasz Włoch



Fot. Archiwum prywatne D.Glonek

Dominika Glonek

Fizjoterapeutka, studia magisterskie ukończyła na Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Doświadczenie zawodowe zdobywała m.in. w szpitalu na oddziale kardiologii. Obecnie pracuje na OIT.

Dominika Glonek

FIZJOTERAPEUTKA W SZPITALU COVID

Dziwiono się, co może robić fizjoterapeuta na tak trudnym oddziale

Fizjoterapeutka z pasją. Wulkan pozytywnej energii. Odważnie mówi o tym, jak pomimo strachu wchodzi na „zakaźny”. Dominika Glonek jako jedna z pierwszych rozpoczęła pracę z pacjentami chorującymi na COVID-19.

Joanna Tokarska: Zmuszono Cię do tej pracy?

Dominika Glonek: Nikt mnie nie zmusił. Pracuję na oddziale intensywnej terapii od stycznia tego roku. Byliśmy tam w gotowości. Któregoś dnia zadzwonił telefon – zapytano mnie, czy wyrażam zgodę na pracę z pacjentami z COVID-19. Odruchowo powiedziałam tak, choć chwilę później zaczęłam się zastanawiać, jak to będzie. Przecież nie mam doświadczenia z tą chorobą.

JT: Pracowałaś na OIT już wcześniej. Co się zmieniło w ostatnim czasie?

DG: Szpital, w którym pracuję, jest obecnie szpitalem zakaźnym jednoimiennym. Oznacza to, że na OIT przyjmuje się tylko pacjentów chorujących na COVID-19 albo z podejrzeniem tej choroby. Wprowadzono w związku z tym całkiem nowe procedury dotyczące zabezpieczeń personelu.

JT: Jak się zabezpieczasz przed zakażeniem?

DG: Ponieważ sytuacja dla wszystkich jest nowa, na wszelki wypadek stworzyliśmy czteroosobowe zespoły fizjoterapeutów. Każdy z nich pracuje w systemie dwóch tygodni pracy i dwóch tygodni przerwy. Mamy wybór, czy w tym czasie dojeżdżamy do pracy z domu, czy korzystamy z mieszkania zapewnionego przez szpital. Nie wszyscy chcą czy też mogą wracać codziennie do domu. Pojedynczy dzień pracy wygląda podobnie do takiego w normalnych warunkach. Główna różnica jest w procedurach, jakie przyjęto na czas epidemii. Przeszkolono nas, jak mamy się zabezpieczać wchodząc na oddział oraz na co zwracać uwagę przy wyjściu z niego.

JT: To skomplikowane?

DG: Może na początku. Jest wiele szczegółów, na które należy uważać. Bardzo pomaga praca zespołowa. Dzięki pomocy współpracujących ze sobą fizjoterapeutów ubieranie się w specjalną odzież jest znacznie łatwiejsze. Pozostaje uważać podczas ściągania kombinezonu, żeby nie dotknąć jego zewnętrznej strony, a całość ubioru zmieścić w małej kuwecie, w której się stoi. Wszędzie wiszą wydrukowane informacje z obowiązującymi procedurami, co znacznie ułatwia zachowanie ich nawet w stresowej sytuacji. Pierwsze prawdziwe wejście na oddział wiązało się z dużymi emocjami. Teraz traktuję to jako coś powszedniego, choć nie zwalnia mnie to z ciągłej uważności w kwestiach bezpieczeństwa.

JT: Jak wygląda standardowy dzień pracy na Twoim oddziale?

DG: Codziennie rano fizjoterapeuci biorą udział w odprawie zespołu, w czasie której dowiadują się, jacy pacjenci aktualnie przebywają na oddziale i jakich działań potrzebują. Sytuacja zmienia się każdego dnia. Nigdy nie wiemy, ile osób zostało przyjętych w nocy, a ile przeniesiono już gdzieś indziej. Musimy też koordynować godziny naszej terapii z grafikami pozostałych osób zajmujących się pacjentami, bo w sali nie może przebywać kilka osób jednocześnie. Oczywiście należy też doliczyć czas potrzebny na założenie strojów ochronnych, zdjęcie ich, a także

Na początku wzbudzaliśmy ogólne zainteresowanie, bo co może robić fizjoterapeuta na tak trudnym oddziale. Szybko jednak dostrzeżono, że bez problemu wtapiamy się w procedury oddziałowe, a nasze działania wpływają na szybszą poprawę stanu pacjentów. Dziś już nikt się nie dziwi na widok fizjoterapeuty u pacjenta z COVID-19.

kąpiel – po każdym wyjściu od zakażonego pacjenta dokładnie się myjemy włącznie z włosami.

JT: Skąd wiesz, co robić z pacjentem?

DG: W dużej mierze polegam na opinii lekarskiej, ponieważ nie każdy pacjent chorujący na COVID-19 wymaga fizjoterapii. W niektórych przypadkach jest ona wręcz niewskazana. Dlatego współpraca pomiędzy medykami jest tak istotna. Istniejące wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów dostosowujemy do indywidualnych możliwości każdego z nich.

JT: Jacy są to pacjenci?

DG: Pracuję na oddziale intensywnej terapii, więc są to pacjenci w stanie ciężkim. Często uśpieni, bez kontaktu lub z ograniczonym kontaktem. Takie osoby potrzebują, aby w szczególności wspierać ich układ oddechowy oraz układu ruchu. Ciepłe słowo też jest w cenie.

JT: Jak pracownicy zareagowali na obecność fizjoterapeutów na oddziale?

DG: Na początku wzbudzaliśmy ogólne zainteresowanie, bo co może robić fizjoterapeuta na tak trudnym oddziale. Szybko jednak dostrzeżono, że bez problemu wtapiamy się w procedury oddziałowe, a nasze działania wpływają na szybszą poprawę stanu pacjentów. Dziś już nikt się nie dziwi na widok fizjoterapeuty u pacjenta z COVID-19.

JT: Boisz się?

DG: Oczywiście, że tak, najbardziej o bliskich. Właśnie dlatego zachowanie procedur bezpieczeństwa jest tak ważne. Żeby nie przynieść tego do domu.

JT: Tego Ci życzę i dziękuję za rozmowę.



Dariusz Banik

Mgr rehabilitacji ruchowej, specjalista z fizjoterapii. Absolwent studiów podyplomowych z pedagogiki oraz studiów z zarządzania w służbie zdrowia. Koordynator fizjoterapeutów, kierownik Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Diennej oraz Fizjoterapii Ambulatoryjnej w Brzeskim Centrum Medycznym. Członek KRF z województwa opolskiego.

Dariusz Banik

FIZJOTERAPEUTA NA ODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ
Z PODODDZIAŁEM REHABILITACJI PACJENTÓW W ŚPIĄCZCE

Jak się walczy z nieznanym wrogiem?

W Brzegu mamy oddział rehabilitacji neurologicznej, na którym znajduje się 25 łóżek. Około 80 proc. naszych pacjentów jest po udarach, reszta po operacjach neurochirurgicznych, urazach czaszkowo-mózgowych czy trepanacjach czaszki z powodu udaru krwotocznego. W marcu tego roku, po bardzo długich przygotowaniach, ruszyliśmy także z sześcioposobowym pododdziałem rehabilitacji osób dorosłych w śpiączce. Mamy więc duże doświadczenie w pracy z pacjentami z bardzo niską odpornością lub szczepami alarmowymi. Procedury są już od lat opracowane. Zawsze powtarzam, że nie ma problemu, jeśli znamy wroga, jeśli wiemy, z jakim patogenem mamy do czynienia. Nawet jeśli jest najgorszy – możemy się na niego przygotować. Inna jest sytuacja, gdy nie wiemy co to za wróg.

Nieznany wróg

Na początku marca zaczęli przyjeżdżać do nas pacjenci z ośrodków, w których – jak się później okazało – potwierdzano zakażenia koronawirusem. Wtedy jeszcze pacjenci nie byli diagnozowani, my nie mieliśmy prawnych możliwości testowania, więc nie wiedzieliśmy, z czym do nas przychodzą. Panował wielki chaos. Myślę, że w styczniu czy lutym, gdy oglądaliśmy relacje z Chin, wszyscy w Polsce nie uważaliśmy, że te problemy dotkną i nas. Gdy przeniosło się to do Europy, to podczas odpraw mówiliśmy: „Matko, jak to dojdzie do Polski, to my sobie nie poradzimy, nie jesteśmy w ogóle przygotowani”. Zaczęliśmy działać – dyrektor szukał maseczek i innych środków ochrony. Jednak już wtedy zaczynało wszystkiego brakować i jako szpital, i jako pracownicy, zostaliśmy z tym sami. Aseptyków i antyseptyków była znikoma liczba, wystarczało nam ich tylko na pacjentów śpiączkowych. Przez pierwsze tygodnie wydzwaniałem po ludziach, fundacjach, znajomych, którzy znali kogoś, kto może zna kogoś, kto mógłby zrobić dla nas przyłbice czy uszyć maseczki, przynieść płyn do dezynfekcji. Były to akcje internetowe, telefoniczne. Dzień się zaczynał i kończył na dzwonieniu i proszeniu o wsparcie, bo nie mieliśmy nic.

Trzeba było szybko się przeorganizować na oddziale, co samo w sobie nie było dla nas czymś nowym, bo już wcześniej zamykaliśmy oddział chociażby podczas zachorowań na grypę. Teraz jednak wyglądało to inaczej. Ograniczyliśmy liczbę osób przebywających w niektórych pomieszczeniach do jednej–dwóch. Codzienne monitorujemy personel. Z różnych powodów część koleżanek i kolegów zrezygnowała z pracy, głównie ze strachu o własne dzieci i opiekę nad nimi oraz w obawie o rodziców, z którymi mieszkają. Z tymi, którzy zostali, podzieliliśmy się tak, aby jak najmniej się ze sobą stykać, ale przecież wciąż musimy wymieniać między sobą informacje o pacjentach. Dla bezpieczeństwa przestaliśmy organizować większe odprawy.

Strach

Gdy zobaczyliśmy, co zaczyna dziać się w innych ośrodkach medycznych, ogarnął nas wielki strach – o pacjentów, samych siebie i naszych bliskich. Lęk przeniósł się także poza szpital, do naszych domów. Początkowo gdy wracałem z pracy do domu, rodzina krzyczała: „Wskakuj do wanny i niczego nie dotykaj!”. Dziś już bliscy wiedzą, że ja od razu lecę pod prysznic się szorować i zrzucam wszystkie rzeczy, które miałem na sobie w szpitalu, ale wtedy nawet moje dziecko się bało... Łatwe to nie było. Teraz się z tego śmieję, ale wcześniej nie raz stojąc pod tym prysznicem, zastanawiałem się, czy dobrze robię, wracając do domu, może lepiej byłoby poszukać jakiegoś innego rozwiązania.

Zdarzyło się parę razy, że gdy otrzymywaliśmy informację, że trafił do nas pacjent z oddziału, gdzie doszło do transmisji, część z nas przychodziła już do pracy spakowana na wypadek, gdyby doszło do wykrycia ogniska i u nas. Byliśmy przygotowani, że nie będziemy stąd wychodzić. Było nam ciężko. A dzisiaj już zaczynamy się powoli przyzwyczajać. Zdajemy sobie sprawę, że to wszystko długo potrwa. Myślę, że wszystkim fizjoterapeutom, którzy nie odeszli od swoich pacjentów, należy się wyraźny ukłon.

Pacjenci cierpią w samotności

Plany otwarcia pododdziału śpiączkowego pojawiły się cztery lata temu. Cała organizacja, szkolenia, przebudowa oddziału i wyposażenie go skończyły się w lutym. Na początku marca miało odbyć się wielkie otwarcie, ale oczywiście już nie mogło to mieć miejsca, skończyło się na spotkaniu personelu z dyrektorem. A następnego dnia przyjechał już do nas pierwszy pacjent, który tylko czekał tę możliwość na OIOM w Opolu. Codziennie odbieramy kilkadziesiąt telefonów od rodzin. Bardzo się baliśmy otwierać oddział w tym czasie, ale tu nie trafiają pacjenci przypadkowi, z lekkimi objawami. Oni naprawdę nas potrzebują.

Niestety jedyny kontakt z bliskimi pacjenci śpiączkowi mają tylko przez telefon, Skype lub gdy rodzina nagra się na dyktafony i prześle nam nagranie, abyśmy je odtworzyli przy ich łózkach. Najbardziej tragiczne jest to, że w przypadku pacjenta w śpiączce kontakt z bliskimi jest jednym z najważniejszych elementów terapii. Ich głos i dotyk są bardzo istotne w powrocie do świadomości i do życia. Gdy ten głos jest przekazany za pośrednictwem jakiegoś nośnika, nie ma już takiej mocy. A dotyku kochanej osoby nie zastąpi nic.

Ten długotrwały brak kontaktu z rodzinami jest straszny także dla naszych pacjentów z oddziału neurologicznego. Gdy wcześniej zamykaliśmy oddział z powodu grypy, trwało to dwa, góra trzy tygodnie. Teraz są to już prawie dwa miesiące. Jesteśmy świadkami bardzo ciężkich sytuacji, jak wtedy, gdy podwozimy pacjentów do szyby, żeby mogli zobaczyć się z najbliższymi i porozmawiać przez telefon patrząc na siebie. Dotykają tej szyby, jakby chcieli poczuć dłonie bliskich. Towarzyszą temu ogromne emocje z obu stron... Jest ciężko, jest bardzo ciężko.

Sami musimy o sobie dbać

Powoli opanowujemy już nasz strach związany z samą chorobą, ale zaczynamy obawiać się czegoś innego – prawnych konsekwencji. Coraz częściej na różnych stronach internetowych pojawiają się głosy, że jeśli dojdzie do zarażenia pacjenta, nie daj Boże z powodu personelu, to nie damy rady się obronić przed ewentualnymi pozwami. Dyrektor naszego szpitala gwarantuje nam, że stanie w obronie pracowników... ale czy to wystarczy? A poza tym taka sytuacja będzie się dla każdego z nas wiązać z dużym stresem. Nie ma prawa, które zakładałoby z góry, że idziemy do pacjenta po to, aby mu pomóc, a nie zaszkodzić, ale że zawsze może coś pójść nie tak.

Postanowiliśmy na wszelki wypadek sami się przetestować. Zapłaciliśmy za testy immunologiczne z własnych kieszeni, bo skoro nie mamy dowodów na to, że mieliśmy kontakt z zakażonym pacjentem, to badania się nam nie należą. Zrobiliśmy to w trosce o zdrowie swoje, rodzin i pacjentów. Czekając na testy, obawiamy się jednak już ich wyników, bo jeśli ktoś okaże się zarażony, to nas zamkną.

Jako fizjoterapeuci wspieramy się pisząc do siebie na wspólnych grupach. Taki kontakt mamy teraz o wiele częstszy niż osobisty. Obiecujemy sobie, że jak tylko to wszystko się skończy, to zrobimy sobie wielką imprezę. Myślę, że nikt teraz o tym nie myśli, ale każdy z nas zapewne dość mocno odreaguje te tygodnie, miesiące...

Najgorsze są wieczory, gdy mózg się uspokaja, a nagle przychodzi sto tysięcy myśli o zagrożeniach, analizuje się sytuacje, układa kolejne sprawy. Człowiek się zastanawia, co poprawić, jak zmniejszyć ryzyko, jak tam reszta personelu, co się dzieje u pacjentów? Święta były bardzo ciężkie, pomimo wolnego musiałem przyjechać pomóc, bo żal serce ściszał na myśl, że pacjenci będą tu sami, bez ruchu. Ale skoro ktoś wybrał sobie taką pracę, to ją kocha.

**Wysłuchała
Agnieszka Gierczak-Cywińska**



dr n. kf. Agnieszka Stępień

Prezes Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, w latach 2009–2017 członek zarządu. W ramach działalności stowarzyszenia aktywnie współpracuje z organizacjami pacjentów. Członek Zespołu Narodowego Programu Chorób Rzadkich przy Ministrze Zdrowia (2016–2017), Społecznej Rady Sportu przy Ministrze Sportu (2018–2019) oraz Zespołu Zadaniowego ds. Diagnostyki i Leczenia Zachowawczego w Przebiegu Skoliozy Idiopatycznej działającego w składzie Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN. Członek Research Committee International PNF Association. Założycielka Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej Orthos.

Agnieszka Stępień

FIZJOTERAPEUTKA ONLINE

Sześć tygodni wystarczy, aby zmienić zdanie?

– Przed wybuchem pandemii nie wyobrażałam sobie, jak można prowadzić telerehabilitację. Teraz już na pewno nie powiem, że coś jest niemożliwe, dopóki tego nie spróbuję – o fizjoterapii online rozmawiamy z dr n. kf. Agnieszką Stępień.

Aleksandra Mróz: W ciągu ostatnich dwóch miesięcy słowo „telerehabilitacja” zrobiło zawrotną karierę w środowiskach medycznych. Pani sama podjęła się takiej pracy z dziećmi. Czy taka terapia ma sens?

Agnieszka Stępień: Jak najbardziej ma to sens. Po sześciu tygodniach udzielania konsultacji poprzez łącza internetowe widzę, że jest to z całą pewnością lepsze rozwiązanie dla naszych pacjentów niż zaniechanie fizjoterapii. Zarówno my, fizjoterapeuci, jak i nasi pacjenci, mieliśmy oczywiście silne przekonanie, że fizjoterapia może się odbywać wyłącznie w bezpośrednim kontakcie, poprzez dotyk. Ostatnie doświadczenia pokazały mi jednak, że da się pomagać również „na odległość”. Szacuję, że przez telerehabilitację możemy zrealizować nawet 60 proc. tego, co osiąga się, pracując w gabinecie. A w sytuacji kryzysowej, takiej jak ta, w której się znaleźliśmy, są to niebagatelne wyniki.

AM: Czy każdy fizjoterapeuta jest w stanie bez problemu poradzić sobie z taką pracą?

AS: Uważam, że najwięcej problemów z prowadzeniem telerehabilitacji będą mieli fizjoterapeuci z niewielkim stażem pracy, szczególnie jeśli zajmują się „pacjentami bólowymi”. Ci pacjenci wymagają bardzo dokładnej diagnostyki funkcjonalnej, a młodzi fizjoterapeuci mogą mieć trudności z rozpoznaniem problemu tylko na podstawie oceny postawy i zebranego wywiadu.

AM: Doświadczony terapeuta będzie mógł pomóc pacjentowi z bólem bez dotykania go?

AS: Taka osoba jest w stanie, podczas połączenia wideo i przy ewentualnej pomocy osób trzecich, zdobyć podstawowe informacje i zalecić niezbędne działania. W ostatnich tygodniach miałam kilka wideokonsultacji związanych z bólem pleców u nastolatków. Poprzez ocenę postawy ciała, zebranie wywiadu oraz pokierowanie rękami opiekuna dziecka byłam w stanie pacjentowi pomóc. Konkretnymi ćwiczeniami można u młodych osób poprawić nieprawidłowości w postawie ciała. Jedną z pacjentek była 10-letnia dziewczynka odczuwająca dolegliwości bólowe w odcinku piersiowo-lędźwiowym kręgosłupa. Rękami instruuwanej przeze mnie mamy przeprowadzona została manualno-tkankowa interwencja „przez ekran”. Dwa dni po konsultacji pacjentka zgłosiła znaczną poprawę samopoczucia. Należy jednak podkreślić, że prowadzenie pacjentów z do-



Fot. Archiwum prywatne A. Stępień

legliwościami bólowymi wymaga szerokiej wiedzy i pokory, bo ból może być symptomem chorób, które wymagają innych interwencji niż fizjoterapeutyczne.

AM: Czy prowadzi Pani także fizjoterapię online w przypadku pacjentów z poważniejszymi schorzeniami?

AS: Mam wielu pacjentów w ciężkim stanie, w tym kilkoro dzieci podłączonych do respiratorów.

Ich rodzice, do tej pory korzystający z intensywnej opieki specjalistycznej i 3-4 sesji fizjoterapii tygodniowo, zostali pozostawieni sami sobie. Stan zdrowia ich dzieci nakazywał zachowanie jak największej ostrożności, aby zminimalizować ryzyko zakażenia COVID-19. To oznaczało oczywiście izolację rodziny. Najlepszym rozwiązaniem w tej sytuacji stały się wideokonsultacje.

AM: Jak wygląda praca z takimi pacjentami za pośrednictwem internetu?

AS: Okazało się, że większość rodziców zna tylko niektóre, najprostsze ćwiczenia, które powinno wykonywać ich dziecko jak np. rozciągające. Trudniejsze oddziaływania fizjoterapeuci wykonywali w gabinetach. Rodzice nie znali większości ćwiczeń, które są bardzo ważne dla zachowania stanu czy poprawy funkcjonowania. Nie wiedzieli m.in. w jaki sposób poprowadzić dziecko, żeby uczyć je obracania, siadania czy stawania.

Tu z pomocą przyszła technologia. Poprzez przygotowane lekcje wideo pracujemy z rodzicami i uczymy ich wykonywania z dziećmi poszczególnych ćwiczeń. Każda lekcja ma swój temat, może to być np. popra-

wa kontroli głowy. W jej trakcie prowadzę rodziców przez pięć czy sześć ćwiczeń, stopniując trudność. Inną lekcję robimy na wzmacnianie mięśni tułowia, inną na skoliozę czy pionizację. Cenne jest to, że rodzice otrzymują precyzyjny instruktaż do późniejszych ćwiczeń w domu.

AM: Jak zachowują się dzieci podczas takich spotkań w domowym zaciszu?

AS: Muszę przyznać, że poprzez zmianę formy kontaktu zyskałam dodatkową wiedzę na temat moich małych pacjentów. Poznałam ich wszystkie zabawki oraz kolekcje sukienek dziewczynek, które je chętnie prezentowały. Miałam zajęcia z chłopcem, który pokazał mi 30 parowozów i wymienił wszystkie z imienia. Oczywiście wykorzystaliśmy je podczas ćwiczeń. Ja również mam swoje zabawki: królika, który zawsze klaszcze, jak dziecko wykona ćwiczenie oraz misia demonstrującego kolejne ruchy, które dziecko naśladuje. Zwłaszcza dla najmłodszych dzieci jest to bardzo atrakcyjna forma kontaktu. Dzieci w domowej atmosferze są spokojne, czują się bezpiecznie, współpracują. Chętnie pokazują mi swój mały świat, którego ja normalnie w gabinecie nie widzę, bo skupieni jesteśmy bardziej na tym, aby odbyć konsultację, wykonać pomiary, ćwiczenia.

AM: W związku z odmrażaniem świadczeń fizjoterapeutycznych ponownie otwieracie Państwo swoją placówkę dla najbardziej potrzebujących pacjentów. Co dalej z usługami wideokonsultacji?

AS: Oczywiście z powodu powrotu do pracy w gabinecie będę zmuszona ograniczyć konsultacje online. To trudne, bo z wieloma moimi małymi pacjentami już się zaprzyjaźniłam. Również ich rodzice sygnalizują, że liczą na dalszą współpracę. Są to osoby z całej Polski, które mają ograniczone możliwości przyjeżdżania na sesje do Warszawy. Poznałam także kilka rodzin z Włoch, Francji, Niemiec, Danii i Ukrainy.

Przed wybuchem pandemii nie wyobrażałam sobie, jak można prowadzić telerehabilitację i nie podejmowałam się takich wyzwań. Teraz już na pewno nie powiem, że coś jest niemożliwe, zanim tego nie spróbuję. Widzę, ile wartościowych zaleceń można zdalnie przekazać nawet pacjentom w ciężkim stanie. W ciągu zaledwie tych sześciu tygodni dokonała się zmiana w moim podejściu do pracy zdalnej z pacjentem. I wydaje mi się, że to jest korzyść, która płynie z całej tej pandemicznej sytuacji. Konsultacje online zostaną już w naszej ofercie.

AM: Dziękuję za rozmowę.



Fot. Bogdan Koktysz

Lidia Koktysz

Mgr fizjoterapii. Pracuje w Zakładzie Rehabilitacji w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM. Wykładowca na Wydziale Fizjoterapii WUM. Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego „Fizjoterapia”.

Lidia Koktysz

FIZJOTERAPEUTKA W KWARANTANNIE

W tym chaosie człowiek jest bezradny

W naszym domu jest trójka fizjoterapeutów – ja, mąż i syn, który tak jak ja pracuje w szpitalu przy Banacha. Mąż jest zatrudniony w Niepublicznym Zespole Opieki Zdrowotnej, placówkę zamknięto, gdy COVID dotarł do Polski. Po jakimś czasie zdecydowano jednak, że wrócą do przyjmowania pacjentów wymagających pilnej interwencji. Żeby czuli się oni w przychodni jak najbezpieczniej, szef poprosił, aby personel się przebadał. I w tym sporym zespole fizjoterapeutów dodatni okazał się najzdrowszy pracownik – mój mąż. Sanepid poinformował go, że musi przebywać w kwarantannie przez miesiąc.

Wszyscy negatywni

Gdy mąż do mnie zadzwonił, od razu z synem zrobiliśmy sobie w pracy badania. Na szczęście w naszym szpitalu to nie problem. Pomimo tego, że wyniki były negatywne, sanepid zdecydował o naszej dwutygodniowej kwarantannie. W ciągu tych dwóch tygodni pobrano od nas wymazy jeszcze dwa razy, cała nasza rodzina miała je negatywne: ja, syn, dwoje 90-letnich rodziców, którzy z nami mieszkają oraz... mój mąż! Z synem chcieliśmy od razu wrócić do pracy. Zaczęliśmy więc wydzwaniać do Sanepidu, ale to był jakiś koszmar, nikt nie odbierał. Gdy już minęły te dwa tygodnie, a my nadal nie byliśmy w stanie się dodzwonić, zdecydowałam się tam pojechać, żeby uzyskać dokumenty niezbędne do przywrócenia nas do pracy. Chciałam też ostatecznie wyjaśnić kwestię związaną z synem – początkowo ktoś zaznaczył, że to on jest dodatni, choć wszystkie wyniki miał od początku negatywne. Woleliśmy się upewnić, czy ten błąd naprawiono. Na miejscu okazało się, że doszło do jeszcze dwóch pomyłek. Dowiedziałam się, że pierwsze badanie, które od nas pobrano w domu, jest nieważne, bo zrobiono to za wcześnie, powinno minąć więcej czasu od otrzymania pozytywnego wyniku męża. A poza tym, z racji tego, że mieszkamy z osobą dodatnią, to nasza kwarantanna musi trwać nie dwa, a trzy tygodnie. Ktoś miał do nas zadzwonić w tej sprawie, ale tego nie zrobił. I tak właściwie to jestem w tym sanepidzie nielegalnie...

Kompletna bezradność

Te wszystkie procedury sanepidu, niemożliwość dodzwonienia się tam, chaos i straszny bałagan są na tyle uciążliwe, że człowiek czuje się kompletnie bezradny. Dopiero teraz trafiliśmy na miłą urzędniczkę, która udostępniła nam swój numer telefonu, abyśmy mogli się z nią kontaktować. Obiecała nam, że się zajmie naszą sprawą, bo rozumie, że pracujemy w służbie zdrowia, gdzie jesteśmy potrzebni. Ja i syn jeszcze raz mamy przejść testy i jeśli wyjdą negatywne – postara się nam skrócić kwarantannę choć o kilka dni. Potem będą nas czekały jeszcze procedury w szpitalu i dopiero po ich przejściu będziemy mogli wrócić do pacjentów.

Mąż dodatkowo musi skontaktować się z lekarzem, który stwierdził zakażenie, i poprosić o wcześniejsze przywrócenie do pracy na podstawie negatywnych wyników testów. Ostatecznie jego decyzję będzie musiał jeszcze zatwierdzić sanepid. Liczę na to, że jednocześnie wydadzą decyzję o całej naszej trójce. Przecież to byłoby bez sensu, żeby nas przywrócono, a jego nie, a dalej mieszkalibyśmy razem.

Kwarantanna w przypadku męża jest dla nas oczywiście bezdyskusyjna, skoro wynik wyszedł dodatni. Mamy jednak pewne wątpliwości co do tego pierwszego badania, podejrzewamy, że gdzieś mogła nastąpić jakaś pomyłka. Nie chodzi tylko o to, że on cały czas się świetnie czuje, bo przecież może przechodzić chorobę bezobjawowo, ale i tak stanowić niebezpieczeństwo dla innych. Tylko że on nie miał za bardzo gdzie się zarazić. Wynik otrzymał w momencie, gdy jego kontakt z pacjentami był od dawna bardzo ograniczony, bo przychodnia była nieczynna, a pacjenci spoza niej od wielu tygodni rezygnowali z wizyt u fizjoterapeuty ze strachu przed zarażeniem. Pozostaje oczywiście możliwość złapania wirusa gdzieś poza miejscem pracy. Tylko dlaczego testy pozostałych domowników wyszły negatywnie i nawet 90-letni staruszkowie czują się jak na swój wiek bardzo dobrze? I do tego wszystkie kolejne badania męża wyszły negatywnie. Z ciekawości, jak skończy się kwarantanna, zbada sobie przeciwciała, żeby sprawdzić, czy był zarażony.

I jak tu nic nie robić?

Przez pierwsze dwa dni na kwarantannie człowiek był trochę oszołomiony. Ja wzięłam się za gruntowne porządki, na które nigdy nie miałam czasu, ale to nie robota na trzy tygodnie przecież. Trochę pracowałam online, ale ostatnio szwankuje nam internet. Czas wypełniam sobie rozmowami z rodziną i przyjaciółmi. Syn skupił się na sprawach naukowych i rehabilitacji dziadków, żeby nam nie podupadli na zdrowiu, bo z powodu braku ruchu zaczynają im siadać mięśnie i stawy. Obaj z mężem dużo teraz trenują w domu, są w tym niezwykle systematyczni. Zakupy robią nam krewni, pomagają bliscy. Naprawdę jesteśmy bardzo subordynowani i jak ci więźniowie siedzimy w zamknięciu. W pięć osób kocujemy w mieszkaniu w bloku. Wszyscy temperamentni, nie nauczeni bezczynności i siedzenia w domu, całe życie w biegu. Zaczynamy już lekko fiksować, warczeć na siebie. Z całej naszej trójki mąż najlepiej radzi sobie z tą sytuacją, ja i syn jesteśmy bardziej do siebie podobni. Ale cóż, nie mamy wyjścia, trzeba zacisnąć zęby i to przetrwać. Damy sobie przecież z tym radę.

Wszystkim osobom przebywającym na kwarantannie, bez względu na to, czy sami są dodatni, czy mieli kontakt z taką osobą, na szczęście należy się 100 proc. pensji. U mnie i syna w szpitalu nie ma z tym problemu, mąż swojej jeszcze nie otrzymał, więc nie mamy pewności, w jakiej będzie wysokości. Ja pracuję tylko w jednym miejscu, więc nie jestem stratna, ale mąż i syn mają dodatkowo pozakładane działalności gospodarcze i są finansowo w plecy. Już od początku marca klienci rezygnowali z wizyt, a przychodnia męża przez jakiś czas w ogóle nie przyjmowała. Teraz pacjenci do nich dzwonią, że już nie wytrzymują, bo bolą ich kręgosłupy. A u nas w domu beczynnie siedzi trójka fizjoterapeutów, którzy chętnie by im pomogli, ale nie mogą.

Oddziały będą się ciągle zamykać

W szpitalu pracuję w zakładzie fizykoterapii, zajmuję się także dydaktyką na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Wraz z rozwojem epidemii najpierw odwołano zajęcia ze studentami, potem zamknięto nasze ambulatorium, a zespół został przeniesiony na oddziały do pomocy tamtejszym fizjoterapeutom. Najpierw pracowałam na gastroenterologii, ale dość szybko ją zamknęli z powodu COVID-19 i przenieśli mnie na internistyczny. To nie jest tak, że gdy zamykają oddział, to wszyscy są zakażeni. To na szczęście góra kilka osób. Co chwilę jeden oddział się zamyka, a drugi otwiera, personel rotuje między nimi. Wydaje mi się, że nie unikniemy dalszego zarażania się, nie da się całkowicie zabezpieczyć przed tym wirusem. Trzeba się z tym pogodzić, dbać o bezpieczeństwo swoje i pacjentów, ale też starać się jak normalnie funkcjonować. System musi dalej działać.

Tuż przed publikacją artykułu rodzina pani Lidii została zwolniona z kwarantanny. Wszyscy cali i zdrowi z radością wracają do pracy. – *Brakowało nam tej wolności, ale syn powiedział coś, co mnie wzruszyło: „Mamo, tylko dzięki rodzinie udało nam się tak dobrze przetrwać ten czas”* – opowiada Lidia Koktysz.

**Wysłuchała
Agnieszka Gierczak-Cywińska**



Zmiany w prawie dotyczące fizjoterapeutów

PYTANIA I ODPOWIEDZI

Czy muszę już teraz zacząć prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej? Czy muszę już teraz wprowadzić do prowadzonej dokumentacji medycznej ICF?

Z dniem 15 kwietnia 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które wprowadziło obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a w postaci papierowej tylko jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Ponadto, dokumentacja prowadzona przez fizjoterapeutę po 15 kwietnia 2020 r. przy

opisie stanu funkcjonowania uwzględniać powinna Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

W tym zakresie zakłada się okres przejściowy do 31 grudnia 2020 r., aby umożliwić fizjoterapeutom dostosowanie się do nowo wprowadzonych regulacji.

Wobec czego, do dnia 31 grudnia 2020 r. można jeszcze prowadzić dokumentację medyczną na zasadach obowiązujących przed wejściem w życie nowego rozporządzenia.

Czy od 4 maja 2020 r. w związku ze zniesieniem ograniczeń w wykonywaniu rehabilitacji leczniczej powinniśmy wykonywać zabiegi z zakresu fizykoterapii (ultradźwięki, prądo- i światłolecznictwo, pole magnetyczne, hydroterapia, krioterapia)?

Rozporządzenie z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792) przewiduje zniesienie z dniem 4 maja 2020 r. czasowego ograniczenia:

- Wykonywania działalności leczniczej polegającego na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- Działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem

tworzącym jest Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, polegającego na nieudzielaniu pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe oznacza, że z dniem 4 maja 2020 r. przywraca się udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu fizykoterapii. Dotyczy to świadczeń zdrowotnych udzielanych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – w podmiotach leczniczych oraz praktykach zawodowych. Udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej nie jest ograniczone

tylko do przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. A zatem, zgodnie z nowym przepisem, każdy pacjent wymagający świadczenia fizjoterapeutycznego, powinien otrzymać pomoc medyczną fizjoterapeuty. Należy w tym miejscu podkreślić, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów przygotowała rekomendacje dotyczące pracy zawodowej fizjoterapeutów w okresie epidemii, w szczególności w zakresie standardów higieny pracy.

<https://kif.info.pl/rekomendacje-do-prowadzenia-fizjoterapii-ambulatoryjnej-i-dziennej-w-stanie-epidemii/>

<https://kif.info.pl/rekomendacje-do-prowadzenia-fizjoterapii-stacjonarnej-w-stanie-epidemii/>

Nadal jednak nie rekomenduje się wykonywania większości zabiegów fizykoterapeutycznych – takich jak ultradźwięki, prądo- i światłolecznictwo, pole magnetyczne, hydroterapia, krioterapia ogólnoustrojowa. Są to zabiegi, które wymagają bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub wykonuje się je dla kilku pacjentów równocześnie – a jednocześnie sterylizacja niezbędnych urządzeń jest bardzo skomplikowana, długotrwała i trudna do wykonania po każdym zabiegu z osobna.

Powyższe stanowi jednak tylko rekomendację, a więc ma charakter ogólny i nie jest wiążące. Należy tu przede wszystkim pamiętać, że zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym, z którego wykonywaniem wiąże się m. in. obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjentów, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. W związku z tym, to fizjoterapeuta w każdym przypadku musi podjąć decyzję o zasadności przeprowadzenia danego zabiegu wobec konkretnego pacjenta.

Kiedy przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy?

Zgodnie z art. 4 ust. 1 Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) w przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do których uczęszcza dziecko do lat 8 albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19 osobie ubezpieczonej i zwolnionej od wykonywania pracy lub funkcjonariuszowi, o którym mowa w ust. 4, zwolnionemu od pełnienia służby przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy. Oznacza to, że wymogiem prawa do zasiłku jest objęcie ubezpieczeniem chorobowym na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej (zlecenia) czy wykonywania działalności pozarolniczej.

Dodatkowy zasiłek opiekuńczy z powodu zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły w związku z COVID-19 przysługuje od 26 marca br. także ubezpieczonym rodzicom dzieci:

- Do 16 lat, które mają orzeczenie o niepełnosprawności.
- Do 18 lat, które mają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
- Mającym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

Przepisy przyznają także prawo do dodatkowego zasiłku opiekuńskiego ubezpieczonym rodzicom lub opiekunom osób pełnoletnich niepełnosprawnych, zwolnionych od wykonywania pracy z powodu konieczności zapewnienia opieki nad taką osobą w przypadku zamknięcia z powodu COVID-19 placówki, do której uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna, tj. szkoły, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej lub innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze.

Zasiłek w dodatkowym wymiarze 14 dni przysługuje łącznie obojgu rodzicom w wysokości 80 proc. podstawy wymiaru zasiłku, niezależnie od liczby dzieci,

które wymagają opieki. Rodzice mogą też podzielić się opieką nad dzieckiem w ramach limitu 14 dni.

Rodzic, który wykonuje pracę zdalną, nie może zapewnić opieki dziecku. Zatem drugiemu rodzicowi przysługuje dodatkowy zasiłek opiekuńczy.

Zasiłek ten nie przysługuje, jeśli drugi z rodziców dziecka może zapewnić dziecku opiekę (np. jest bezrobotny, korzysta z urlopu rodzicielskiego, czy urlopu wychowawczego) lub jeżeli dziecko nie uczęszczało do żłobka/przedszkola/szkoły.

Ww. zasiłku nie wlicza się do limitu 60 dni zasiłku opiekuńczego w roku kalendarzowym przyznawanego na tzw. ogólnych zasadach.

Aby otrzymać dodatkowy zasiłek opiekuńczy należy złożyć u swojego płatnika składek, np. pracodawcy,

zleceniodawcy oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem (dostępne na stronie ZUS - <https://www.zus.pl/o-zus/aktualnosci/-/publisher/aktualnosc/1/zmiany-w-dodatkovym-zasilku-opiekunczym/2551095>). Osoby prowadzące działalność pozarolniczą składają oświadczenie w ZUS. Oświadczenie można złożyć w dowolnym momencie, ale trzeba je złożyć, bo bez niego ZUS albo płatnik składek nie wypłaci zasiłku.

Zasiłek opiekuńczy oraz dodatkowy zasiłek opiekuńczy przysługują z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Oznacza to, że zasiłki nie obciążają funduszu pracodawców. Nawet jeżeli pracodawca wypłaca zasiłek (w przypadku gdy jest do tego zobowiązany), wypłacone kwoty rozlicza z ZUS.

Pracuję na umowę o pracę/zlecenie w klubie fitness/SPA/DPS/innej placówce niebędącej podmiotem leczniczym. Czy ja też mogę od 4.05.2020 r. wrócić do wykonywania zawodu?

Zmiany w rozporządzeniu z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792) dotyczą zniesienia ograniczeń w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii w ramach działalności leczniczej. Dotyczy to więc tych czynności zawodowych fizjoterapeuty, które wykonywane są w ramach podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej.

Powyższe zmiany nie dotyczą więc czynności wykonywanych w placówkach niebędących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

W przypadku wykonywania zawodu w ww. placówkach nieleczniczych należy mieć na względzie ogólne przepisy regulujące prowadzenie działalności gospodarczej w okresie epidemii, tj. w szczególności § 7 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, które do odwołania wprowadziło czasowe ograniczenie prowadzenia działalności:

(...) g) związanej z fryzjerstwem i pozostałymi zabiegami kosmetycznymi (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w podklasie 96.02.Z),

(...) i) usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w podklasie 96.04.Z),

j) związanej ze sportem, rozrywkowej i rekreacyjnej (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w dziale 93.0), w szczególności polegającej na prowadzeniu

miejsc spotkań, klubów, w tym klubów tanecznych i klubów nocnych oraz basenów, siłowni, klubów fitness, sal zabaw i parków rozrywki.

W przypadku gdy placówka, w której pracuje fizjoterapeuta nie wpisuje się w określone w ww. rozporządzeniu ograniczenia, co do zasady nie ma przeszkód do podjęcia przez niego dalszej działalności.

Natomiast istotne jest, aby wykonując swoje czynności działać zgodnie z zaleceniami dotyczącymi wykonywania pracy w warunkach epidemii, np. <https://kif.info.pl/rekomendacje-prezydium-krf-nt-pracy-zawodowej-fizjoterapeutow-w-okresie-epidemii/>

Należy również pamiętać, że zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym, z którego wykonywaniem wiąże się m. in. obowiązek wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjentów, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. W związku z tym to fizjoterapeuta w każdym przypadku musi podjąć decyzję o zasadności wykonania danych czynności, mając na względzie w szczególności ryzyko zakażenia, warunki higieniczne oraz stan danego klienta/podopiecznego.

Czy mogę wykonywać masaż leczniczy? Zgodnie z wypowiedzią premiera, zniesienie ograniczeń nie dotyczy salonów masażu.

Zmiany w rozporządzeniu z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792) dotyczą zniesienia ograniczeń w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii, które fizjoterapeuci wykonują w ramach działalności leczniczej. Dotyczy to więc tych czynności zawodowych fizjoterapeuty, które wykonywane są w ramach podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 4 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty kwalifikowanie, planowanie i prowadzenie masażu stanowi jedno ze świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii. Wobec tego wykonywanie masażu leczniczego w ramach praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego

wpisuje się w katalog świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, które zgodnie z treścią ww. rozporządzenia mogą być znów wykonywane od 4.05.2020 r.

Nie dotyczy to jednak masażu niebędącego świadczeniem zdrowotnym, a więc wykonywanego w celach nieleczniczych. Masaży tych wciąż dotyczą ograniczenia określone w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. i rozporządzenia, które do odwołania wprowadziło czasowe ograniczenie prowadzenia działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w podklasie 96.04.Z, obejmującej: działalność usługową łaźni tureckich, saun i łaźni parowych, solariów, salonów odchudzających, salonów masażu itp. mającą na celu poprawę samopoczucia).

Mec. Katarzyna Blicharczyk-Oźga
Koordynator Działu Prawnego KIF

Fizjoterapeuta – zawód medyczny w czasie epidemii

Dzisiaj dla wszystkich wykonujących zawody medyczne nastał czas próby. Wiąże się on z wypełnianiem misji społecznej, przestrzeganiem zasad etyki zawodowej i zasad moralnych oraz obowiązkiem zachowania tajemnicy pacjenta. Wiele osób, wybierając zawód fizjoterapeuty, niestety nie uświadamiało sobie do końca, na czym polega odpowiedzialność i misja zawodu medycznego.

Dlatego zachęcamy do sięgnięcia do materiału, w którym szczegółowo omówiono aspekty prawne związane z pracą fizjoterapeutów w tym czasie. Skupiono się w nim m.in. na przepisach dotyczących możliwości skierowania fizjoterapeutów – na mocy decyzji wojewody – do pracy przy zwalczaniu



pandemii. Informujemy kogo nie dotyczy taki nakaz i w jakiej sytuacji można odwołać się od takiej decyzji. Przygotowane zostały także wzory wniosków do pobrania.

<https://kif.info.pl/fizjoterapeuta-zawod-medyczny-w-czasie-epidemii/>



Webinary KIF jako odpowiedź na zmiany, które nastąpiły w wyniku epidemii COVID-19

Pierwsze trzy webinary poświęcone zostały tematyce pracy z pacjentami z COVID-19. Omówione zostały na nich m.in. kwestie prawne w aspekcie pracy fizjoterapeutów z zakażonymi pacjentami, patomechanizm przebiegu COVID-19 oraz techniki pracy z chorym pacjentem.

Zainteresowanie webinarami spowodowało, że zaplanowano kolejne spotkania online, także po to, żeby fizjoterapeuci mieli możliwość uzyskania odpowiedzi na nurtujące ich pytania pojawiające się w internetowych dyskusjach. W efekcie odbył się webinar „**Aktywność fizjoterapeuty w czasie epidemii – czy możemy pracować?**”. Podczas spotkania prelegenci skupili się na niezbędnych informacjach dla właścicieli praktyk fizjoterapeutycznych, podmiotów leczniczych i gabinetów pracujących na rynku komercyjnym.

W związku z wprowadzeniem 15 kwietnia br. rozporządzenia, które nakłada na fizjoterapeutów obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, kolejne szkolenie online zostało poświęcone tej tematyce. Ekspertki KIF odpowiedziały na pytania dotyczące najnowszych przepisów, a także przybliżyły uczestnikom działanie i możliwości **aplikacji do prowadzenia elektronicznej dokumentacji pacjenta Finezjo**. Tym samym rozpoczęto cykl webinarów przybliżających tę aplikację.

Najnowsze wydarzenia, czyli etapowe znoszenie obostrzeń i przywrócenie możliwości prowadzenia rehabilitacji, zrodziło potrzebę kolejnych szkoleń. Dotyczyły one przygotowanych przez KIF wytycznych związanych z pracą fizjoterapeutów w czasie pandemii.

Dotychczas odbywał się co najmniej jeden webinar tygodniowo, we wszystkich spotkaniach udział wzięło **ponad 2 tysiące uczestników**. Fizjoterapeuci byli podczas nich aktywni, zadawali pytania, zgłaszali swoje wątpliwości. Format ten cieszy się wśród nich dużym zainteresowaniem, w związku z czym planowane są kolejne wykłady online.

Zapis wideo webinarów z aktualnym stanem prawnym jest dostępny dla każdego fizjoterapeuty posiadającego numer prawa wykonywania zawodu. Należy zalogować się na Portalu Fizjoterapeuty KIF (<https://portal.kif.info.pl/>).

Informacje o nowych webinarach, tak jak do tej pory, będą pojawiać się na Facebooku Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz instrukcjami dotyczącymi rejestracji na wydarzenia.

Zapraszamy do uczestnictwa w kolejnych spotkaniach.

**Do zobaczenia!
Dział Szkoleń KIF**

Dotychczas zorganizowane webinary:

Webinar 1: 14 kwietnia 2020

Zagadnienia prawne związane z pracą fizjoterapeuty w obliczu epidemii COVID-19.

Webinar 2: 16 kwietnia 2020

Praca z pacjentami z COVID-19 cz. 1.

Webinar 3: 17 kwietnia 2020

Praca z pacjentami z COVID-19 cz. 2.

Webinar 4: 23 kwietnia 2020

Aktywność fizjoterapeuty w czasie epidemii – czy możemy pracować? – podmioty lecznicze.

Webinar 5: 28 kwietnia 2020

Aktywność fizjoterapeuty w czasie epidemii – czy możemy pracować? – podmioty komercyjne.

Webinar 6: 30 kwietnia 2020

Elektroniczna dokumentacja medyczna po 15 kwietnia – nowy obowiązek i nowe możliwości. Finezjo cz. 1.

Webinar 7: 5 maja 2020

Zmiana przepisów obowiązująca od 4 maja. Odmrożenie usług rehabilitacyjnych dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Webinar 8: 7 maja 2020

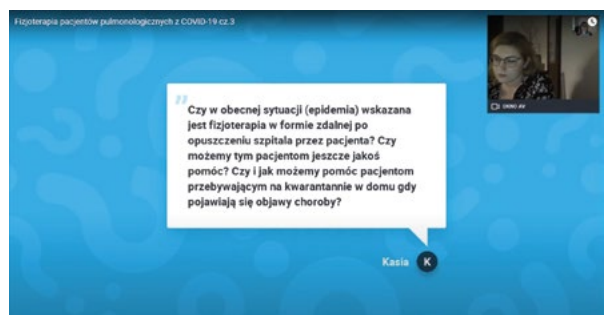
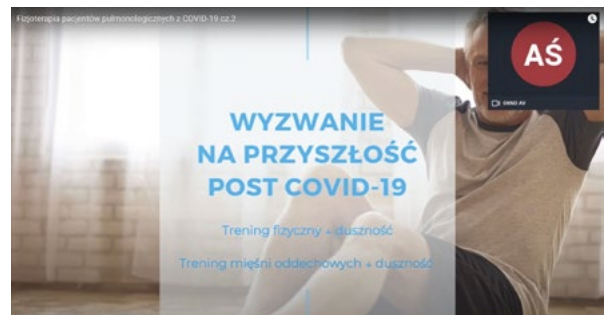
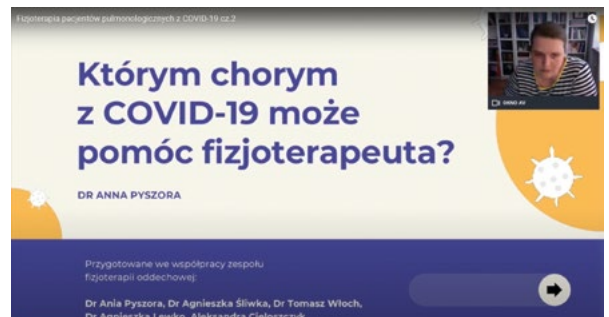
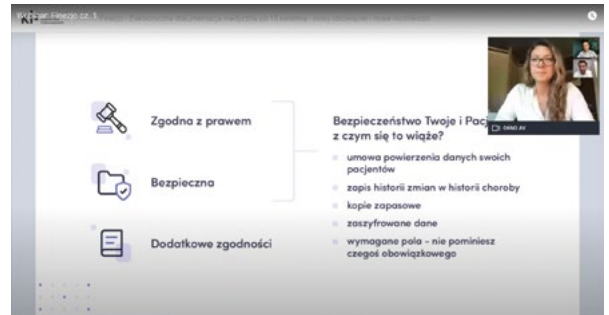
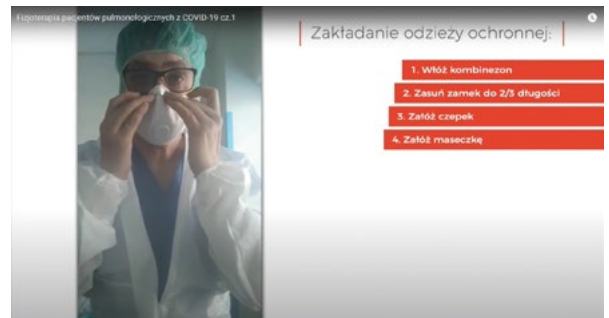
Finezjo – karta badania bez tajemnic. Finezjo cz. 2.

Webinar 9: 13 maja 2020

Wykonywanie fizjoterapii w warunkach epidemii COVID-19 – obowiązkowe OC, pomoc prawna w Portalu Fizjoterapeuty KIF, praca w placówkach posiadających umowy z NFZ.

Webinar 10: 14 maja 2020

Finezjo 2.0 – podmioty lecznicze, karta pediatryczna, nowości w 2020 roku. Finezjo cz. 3.





Prowadź dokumentację w Finezjo!

W połowie kwietnia br. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia¹ nakładające na fizjoterapeutów obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz stosowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełności i Zdrowia (ICF).

Na początku tego roku Krajowa Izba Fizjoterapeutów udostępniła Finezjo – darmową aplikację internetową umożliwiającą prowadzenie pełnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Narzędzie to stanowi kolejny krok w realizacji reformy rehabilitacji, której celem jest wprowadzenie nowoczesnych standardów opieki fizjoterapeutycznej oraz digitalizacji zawodu.

Aplikacja jest efektem wielomiesięcznej pracy zespołu projektowego m.in. programistów, grafików, testerów. Za część merytoryczną odpowiadali eksperci KIF – fizjoterapeuci i prawnicy. Obecnie z programu mogą korzystać osoby z zarejestrowaną praktyką indywidualną. Według naszych danych w tej grupie już co czwarty fizjoterapeuta korzysta z Finezjo, a liczba stałych użytkowników rośnie.

Kluczowe przy tworzeniu aplikacji było zautomatyzowanie prowadzenia dokumentacji medycznej, zapewnienie najwyższej jakości zabezpieczeń dla danych gromadzonych przez użytkowników oraz dostosowanie jej do wytycznych Ministerstwa Zdrowia. Ważnym i pracochłonnym etapem było stworzenie intuicyjnego i wygodnego interfejsu. Aby nie rozminąć się z oczekiwaniami użytkowników, próbne wersje Finezjo były testowane przez grupę chętnych fizjoterapeutów. Zgłaszane uwagi i sugestie zaowocowały wprowadzeniem różnych modyfikacji, najważniejsze z nich to: stworzenie wersji mobilnej, umożliwienie synchronizacji z Google Calendar, dodanie systemu zautomatyzowanych powiadomień SMS oraz usprawnienie procesu archiwizacji nieaktywnych pacjentów.

Zespół projektowy nieprzerwanie pracuje nad wprowadzeniem nowych funkcjonalności. Najwyższym priorytetem obecnie jest dostosowanie aplikacji do potrzeb fizjoterapeutów pracujących

w podmiotach leczniczych oraz prowadzących praktyki grupowe. Równocześnie trwają prace nad uwzględnieniem w systemie karty badań dostosowanej do pacjentów pediatrycznych oraz zintegrowanie Finezjo z Narodowym Funduszem Zdrowia, co umożliwi raportowanie płatnikowi z poziomu aplikacji.

Wśród użytkowników Finezjo zbiera pozytywne opinie dotyczące intuicyjnej karty badań, wygodnego kreatora planowania leczenia oraz możliwość korzystania z gotowych testów funkcjonalnych.

Jeśli szukasz prostego w obsłudze narzędzia do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi standardami – przetestuj Finezjo!

Dla ułatwienia na Portalu Fizjoterapeuty dostępne są już zapisy trzech webinarów poświęconych Finezjo, z których dowiesz się, jak wygląda obsługa programu. Podczas szkoleń omówiono poprawne wypełnianie karty badania, zapisywanie wywiadu, dokumentowanie badania funkcjonalnego w oparciu o ICF, korzystanie z bazy testów, a także istotne aspekty związane z dokumentowaniem wizyty. Eksperci i twórcy aplikacji przedstawili także nowe funkcjonalności, które zostaną uruchomione w 2020 roku, m.in. wersję aplikacji dla podmiotów leczniczych oraz kartę badania pediatrycznego.

Aneta Markiewicz

Aplikacja Finezjo jest dostępna pod adresem www.finezjo.pl lub po zalogowaniu do Portalu Fizjoterapeuty portal.kif.info.pl

Jeśli masz pytania, zapraszamy do kontaktu mailowego pomoc@finezjo.pl.

 @finezjopl

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania



**dr hab. Wojciech Kiebzak
prof. UJK**

Rzecznik Dyscyplinarny KIF,
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie fizjoterapii

Fizjoterapeutę obowiązuje kodeks etyki

O hejcie w internecie rozmawiamy z dr hab. Wojciechem Kiebzakiem, prof. UJK, Rzecznikiem Dyscyplinarnym KIF i Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie fizjoterapii.

Aleksandra Mróz: Panie Profesorze, wystosował Pan apel do fizjoterapeutów dotyczący niestosownych wypowiedzi publikowanych w internecie przez przedstawicieli naszego zawodu. Co skłoniło Pana do zabrania głosu w tej sprawie i jakiego typu wypowiedzi miał Pan na myśli?

Wojciech Kiebzak: Od pewnego czasu obserwuję rosnącą liczbę spraw kierowanych do Biura Rzecznika Dyscyplinarnego KIF, które dotyczą wypowiedzi fizjoterapeutów zamieszczanych w internecie. Mowa tutaj o wpisach nawołujących do zachowań niezgodnych z prawem oraz zawierających wulgaryzmy i obelgi pod adresem konkretnych osób np. pacjentów, innych fizjoterapeutów, osób pełniących określone funkcje w KIF. Serwisy społecznościowe typu Facebook pozwalają na szybkie zapoznanie z informacją szerokie grono odbiorców, co niestety niektórzy wykorzystują do szkalowania innych ludzi.

AM: Od fizjoterapeutów, czyli osób wykonujących zawód zaufania publicznego, należy oczekiwać najwyższych standardów zachowania, ale także kierowania się Zasadami

etyki zawodowej. Czy może Pan przybliżyć, które zapisy tego dokumentu możemy odnieść do hejtu np. w internecie?

WK: Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty określono w załączniku do uchwały nr 20/IKZF/2016 I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów, który jest dostępny na stronie internetowej KIF. W przypadku wypowiedzi w internecie należy mieć na uwadze 5. i 7. Zasadę etyki zawodowej fizjoterapeuty. Zgodnie z 5. zasadą „Relacje między fizjoterapeutami opierają się na wzajemnym szacunku oraz świadomości społecznej rangi wykonywanego zawodu. Fizjoterapeuta ma prawo oczekiwać współpracy i pomocy zawodowej ze strony innych fizjoterapeutów”. Natomiast według 7. zasady „Fizjoterapeuta postępuje tak, aby budzić zaufanie i szacunek swoją nienaganną postawą.” Przedmiotem zainteresowania Rzecznika może być wypowiedź fizjoterapeuty skierowana do innego fizjoterapeuty, jak również do osoby niebędącej fizjoterapeutą np. pacjenta.

AM: Czy jako osoba prywatna, na swoim prywatnym profilu np. na Facebooku, nie mogę pisać, co chcę? Co w przypadku, gdy w moim profilu

**Sprawdź uchwałę w sprawie
Zasad etyki zawodowej fizjoterapeutów:**

<https://kif.info.pl/file/2017/01/20-I-KZF-2016-zal.pdf>

nie będzie nawet zaznaczone, że jestem fizjoterapeutą?

WK: Fizjoterapeuta może pisać w internecie to co mu się podoba, jednak musi mieć świadomość, że pewne zachowania wiążą się z konsekwencjami. Granica między wypowiedzianiem się jako fizjoterapeuta a jako osoba prywatna bywa czasem płynna i wszystko zależy od konkretnych okoliczności. Wypowiedź fizjoterapeuty może spowodować nie tylko wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, należy bowiem liczyć się również z ewentualnym postępowaniem cywilnym lub karnym.

AM: Jaka jest skala hejtu w internecie w naszym środowisku? Czy to zjawisko narasta Pana zdaniem?

WK: Jako Rzecznikowi Dyscyplinarnemu KIF trudno mi precyzyjnie odpowiedzieć na to pytanie, ponieważ opieram się jedynie na informacjach, które do mnie docierają. Nie wiem natomiast, ile pozostaje przypadków, które nie są zgłaszane. Odnoszę jednak wrażenie, że istnieje tendencja do narastania tego zjawiska, gdyż coraz częściej wpływają do mnie skargi dotyczące niestosownych wypowiedzi fizjoterapeutów w internecie, głównie w mediach społecznościowych. Jednocześnie mam na uwadze, że wzrastająca liczba tego rodzaju skarg również może wynikać z coraz większej świadomości społeczeństwa dotyczącej istnienia instytucji Rzecznika Dyscyplinarnego KIF, do którego można wystosować zawiadomienie.

AM: Czy któreś ze spraw skończą się postępowaniem dyscyplinarnym? Jakie sankcje mogą dotknąć autorów takich komentarzy?

WK: Każdy przypadek jest indywidualnie rozpatrywany, zatem zależy to od konkretnych okoliczności danej sprawy. Obecnie toczy się kilkadziesiąt spraw. Zgodnie z regulaminem postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeuty jest wieloetapowe. Kary, jakie można wymierzyć fizjoterapeucie, określa art. 108 ust. 1 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z tym przepisem Sąd Dyscyplinarny może orzec m.in. karę upomnienia, nagany, karę pieniężną, a nawet zawiesić albo pozbawić fizjoterapeuta

„Relacje między fizjoterapeutami opierają się na wzajemnym szacunku oraz świadomości społecznej rangi wykonywanego zawodu. Fizjoterapeuta ma prawo oczekiwać współpracy i pomocy zawodowej ze strony innych fizjoterapeutów”.

peutę prawa wykonywania zawodu. W gestii Sądu Dyscyplinarnego pozostaje ustalenie, jaka kara będzie adekwatna w danym przypadku.

AM: Mogą pojawić się głosy, że dochodzi do próby ograniczenia wolności słowa przedstawicieli naszego zawodu.

WK: Truizmem jest stwierdzenie, że wolność słowa nie ma charakteru absolutnego, a jej granicę stanowią prawa i wolności drugiego człowieka, jednakże często się o tym zapomina. W moim odczuciu niektórzy mylnie postrze-

gają wolność słowa, bowiem utożsamiają ją z prawem do obrażania drugiej osoby. Wolność polega na możliwości dokonania wyboru i tego nikt nie ogranicza, jednak nie można zapominać o konsekwencjach złych wyborów w postaci agresywnych wypowiedzi w internecie. Ten zły wybór w formie niewłaściwej wypowiedzi może stanowić przyczynę wszczęcia postępowania cywilnego lub karnego. W procesie cywilnym możliwe jest bowiem dochodzenie roszczeń związanych z naruszeniem dóbr osobistych, a Kodeks karny określa przestępstwo zniewagi oraz zniesławienia, z czego nie każdy zdaje sobie sprawę. Jako Rzecznik Dyscyplinarny uważam, że każdy fizjoterapeuta ma prawo wypowiedzenia się na dany temat, jednakże kluczowy jest sposób, w jaki to robi. Można przecież wyrazić krytykę lub swoje niezadowolenie w cywilizowanych słowach, bez kierowania wulgaryzmów pod adresem innej osoby. Ważne jest, aby fizjoterapeuci pamiętali o wzajemnej życzliwości, szacunku oraz empatii, które dają szansę na rozwój fizjoterapii.

AM: Czy uważa Pan, że sprawa wymaga podjęcia jakiś wyjątkowych działań w naszym środowisku, np. edukacyjnych?

WK: Moim zdaniem konieczne jest propagowanie działań edukacyjnych oraz prawidłowych wzorców zachowań. Jako Zespół Rzecznika Dyscyplinarnego podejmujemy konkretne działania w tym zakresie. Do wspomnianych działań należą rozmowy prewencyjne i aranżowane spotkania moje i moich dwóch zastępców z fizjoterapeutami. Chciałbym zauważyć, że niepokoi mnie zauważalny obecnie brak świadomości

wśród fizjoterapeutów. Wspomnę dla przykładu, że ustawa o zawodzie fizjoterapeuty funkcjonuje już od kilku lat, jej treść nie jest skomplikowana ani zbyt obszerna, a niektórzy fizjoterapeuci nadal nie wiedzą, jakie ciążą na nich obowiązki i jakie mogą ich spotkać konsekwencje w związku z odpowiedzialnością zawodową. W przypadku zasad etyki zawodowej podejrzewam, że tylko część fizjoterapeutów zadała sobie trud, żeby się z nimi zapoznać. Zdarza się, że dopiero w toku postępowania dyscyplinarnego fizjoterapeuta dowiaduje się, że obowiązują go „jakieś” zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty i jest tym faktem zaskoczony. Taki stan rzeczy negatywnie wpływa na wizerunek naszego zawodu. Skoro chcemy, aby nasz zawód był tak samo poważany i doceniany w społeczeństwie jak zawód lekarza, to musimy reprezentować swoim zachowaniem najwyższe standardy. Umiejętności merytoryczne to jedno, ale równie ważna jest kultura osobista, przestrzeganie zasad etyki zawodowej i wzajemna życzliwość. Niewiedza nie może stanowić usprawiedliwienia dla zachowania, które godzi w dobry wizerunek zawodu fizjoterapeuty. Każdy fizjoterapeuta swoim postępowaniem wpływa na społeczny odbiór naszego środowiska.

AM: Czy fizjoterapeuci lub właściciele gabinetów fizjoterapeutycznych mogą zgłaszać Panu, że są ofiarami hejtu? Czy ma to sens, gdy wpisy pochodzą z anonimowych kont? Czy samo nasze podejrzenie, że stoi za tym konkretna osoba, może być pomocne czy bez znaczenia?

WK: Każdy ma prawo wystosować

zawiadomienie do Rzecznika Dyscyplinarnego KIF, natomiast od okoliczności danej sprawy zależy, czy zostaną spełnione przesłanki do prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Przede wszystkim trzeba mieć na uwadze, że kompetencja Rzecznika ogranicza się do fizjoterapeutów wpisanych do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. W związku z tym Rzecznik KIF nie może prowadzić postępowania wobec lekarza, ratownika medycznego, recepcjonisty w przychodni, czy innej osoby, która nie jest fizjoterapeutą zarejestrowanym w przedmiotowym Rejestrze. Warto zatem pamiętać o możliwości wszczęcia innego rodzaju postępowania w związku z daną wypowiedzią np. procesu karnego. Każda sprawa skierowana do Rzecznika jest skrupulatnie analizowana i traktowana z należytą powagą. Podczas postępowania możliwie dokładnie ustala się okoliczności stanu faktycznego, weryfikuje się ewentualne podejrzenia oraz gromadzi dowody, na podstawie czego podejmuje się decyzje o dalszych czynnościach w sprawie.

W przypadku anonimowej wypowiedzi może się okazać, że lepszym rozwiązaniem będzie skierowanie sprawy na drogę postępowania karnego zamiast do Rzecznika KIF.

AM: Czy chciałby Pan Profesor jeszcze coś dodać?

Choć omawiane tu zjawisko ma charakter marginalny i dostrzegam wiele cennych inicjatyw fizjoterapeutów, to zachęcam Koleżanki i Kolegów fizjoterapeutów do dyskusji nad formą oraz treścią przekazywanych stanowisk. Zawsze przedstawianie jakich-

kolwiek opinii należy poprzeć dowodami w miejsce używania emocjonalnych i obraźliwych zwrotów. Niewątpliwie ciekawe byłyby wnioski z analizy, dlaczego niektórzy podejmują tak naganne zachowania. Należy podkreślić, że rezultat prezentowanych form wpisów niesie za sobą przynajmniej dwie szkody. Pierwsza to wywołanie stresu i dyskomfortu u adresata wpisów, bez możliwości skutecznej obrony – to powszechny sposób wykorzystania internetu do anonimowego składowania innych osób. Drugą szkodą to publiczne prezentowanie kompromitujących wypowiedzi, co negatywnie wpływa na wizerunek fizjoterapeutów i obniża poziom zaufania społecznego do nas oraz osłabia prestiż zawodu. Należy podkreślić, że nawiązywanie i prowadzenie dialogu polega na prezentowaniu argumentów, postulatów oraz konstruktywnej krytyce, nie zaś na wzajemnym obrażaniu się i eskalowaniu konfliktu. Nie wolno zapominać, że w internecie tak naprawdę nikt nie jest anonimowy, istnieją narzędzia do poznania tożsamości np. autora wulgarnych wpisów.

W związku z powyższym apeluję do Państwa o rozważę i refleksję przed opublikowaniem swojej wypowiedzi w internecie. Proszę wykorzystywać to medium do tworzenia przyjaznych, życzliwych relacji – nasze środowisko na pewno w pełni na to zasługuje. W przypadku Państwa ewentualnych uwag dotyczących funkcjonowania Krajowej Izby Fizjoterapeutów zachęcam do kontaktu z organami KIF oraz aktywności w działaniach samorządu zawodowego.

AM: Dziękuję za rozmowę.



Telerehabilitacja

Jak inne kraje zareagowały na pandemię?

Telerehabilitacji nie wymyślono w odpowiedzi na ogarniającą świat pandemię COVID-19. I choć jej szybki rozwój obserwujemy od kilku lat, właśnie teraz ma ona największe szanse, aby zaistnieć w świadomości fizjoterapeutów i pacjentów.

Przed marcem tego roku usługi telerehabilitacyjne nie były w Polsce powszechne. U nas dopiero raczkują, ale w niektórych krajach rozwijają się już całkiem prężnie, choć wciąż toczą się dyskusje dotyczące m.in. finansowania. Koronawirus wymusił na rządach i organizacjach szybkie dostosowanie e-usług do nowych warunków izolacji społeczeństwa. Oto kilka wybranych przykładów:

Australia



Pod koniec marca prywatne fundusze zdrowotne uruchomiły dla swoich klientów usługę szybkiego dostępu do telekonsultacji. Pacjent może z niej skorzystać pod warunkiem, że jest w trakcie leczenia i widział się z fizjoterapeutą w ciągu sześciu miesięcy albo – jeśli jest nowym pacjentem – musi otrzymać stosowne skierowanie. Zlecenie może dotyczyć rehabilitacji: ortope-

dycznej, przewlekłych schorzeń mięśniowo-szkieletowych, kardiologicznej, pulmonologicznej lub treningu mięśni dna miednicy¹. Oczywiście cały czas trwają dyskusje (teraz głównie podczas webinarów) dotyczące szczegółów finansowania. Warto podkreślić, że Australijskie Stowarzyszenie Fizjoterapii (APA), bazując na rzetelnych doniesieniach naukowych, opracowało wytyczne dotyczące prowadzenia telerehabilitacji w związku z pandemią COVID-19². O uznaniu w Australii tej formy terapii za skuteczną metodę niech świadczy fakt, że już od ośmiu lat działa tam klinika oferująca tylko fizjoterapię w formie spotkań online!

Nowa Zelandia



Telerehabilitacja jest integralną częścią praktyki fizjoterapeutycznej i musi spełniać określone standardy³. Co się zmieniło

- <https://australian.physio/media/australian-health-funds-announce-tele-physiotherapy-consultations>
- https://australian.physio/sites/default/files/APATelehealthGuidelinesCOVID190420FA.pdf?fbclid=IwAR0MJHv4BLxWawPYrbF1svXPW3jLbQx3hVRIVHRbh30_NL3W5393B3Kr0w
- <https://www.physioboard.org.nz/standards/physiotherapy-standards/telehealth-standard>

w związku z pandemią? Rada stowarzyszenia Physiotherapy New Zealand opublikowała protokół postępowania, na podstawie którego można ocenić, czy w danym przypadku wystarczy teleusługa, czy konieczne jest spotkanie twarzą w twarz⁴.

USA



Telerehabilitacja jest uznaną od kilku lat usługą, a wybuch pandemii spowodował szybkie i skuteczne działania fizjoterapeutów i pacjentów wnoszących o pokrycie jej kosztów przez prywatnych ubezpieczycieli. Zgodził się na to m.in. największy z nich, czyli UnitedHealthcare – fizjoterapeuci będą mogli w pełni świadczyć usługi telezdrowia. W USA dyskusja toczy się głównie wokół rozliczania procedur, bo np. czym innym jest konsultacja online w czasie rzeczywistym, a czym innym przesłanie pacjentowi filmów z ćwiczeniami. Podobnie jak w Australii specjaliści wymieniają się swoimi doświadczeniami i rozmawiają na temat procedur podczas webinarów. Na stronie internetowej Amerykańskiego Stowarzyszenia Fizjoterapeutów znajdziemy bardzo obszerny i szczegółowy pakiet informacji dotyczący telerehabilitacji: komentarze prawników, 21-stronicowy dokument opisujący procedury rozliczeniowe, możliwe wyzwania i szanse dla fizjoterapeutów, kodeks etyki telezdrowia i wiele innych zasobów^{5, 6}. APTA podkreśla: „Udokumentuj prawne i etyczne powody prowadzenia usługi telerehabilitacji. Chociaż pandemia COVID-19 to dobry powód, nadal musisz go udokumentować”.

Kanada



Kanadyjczycy już na początku marca opracowali szereg wskazówek przypominających najważniejsze zasady telerehabilitacji. Jednym z pytań, które musi sobie zadać kanadyjski fizjoterapeuta jest: czy skuteczność usługi świadczonej zdalnie jest poparta dowodami? Dbając o najwyższą jakość e-fizjoterapii, CPA (Canadian Physiotherapy Association) udostępniło webinar,

podczas którego prezentowany jest przegląd badań naukowych potwierdzających skuteczność telerehabilitacji u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Wybuch pandemii COVID-19 wywołał w Kanadzie dyskusję na temat cyberbezpieczeństwa, o którym nie można zapominać także świadcząc usługi telerehabilitacyjne⁷.

Wielka Brytania



Na stronie Chartered Society of Physiotherapy (CSP) znajdziemy dość szczegółowe wytyczne na temat usług cyfrowych⁸. Podkreślono konieczność utrzymania standardów prowadzenia dokumentacji, a także zarekomendowano nagrywanie rozmów z pacjentami. W brytyjskim systemie publicznym dość dobrze jest już rozwinięty tzw. bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty, głównie w przypadku chorób mięśniowo-szkieletowych. CSP opracowało protokół postępowania, który ma służyć do wstępnej oceny, czy dany pacjent może być zakwalifikowany do telerehabilitacji lub czy jego stan jest na tyle poważny, że konieczna jest konsultacja w gabinecie⁹. Na początku kwietnia CSP opublikowało „Przewodnik szybkiej realizacji zdalnych konsultacji”¹⁰, w którym znajdziemy informacje związane z konfiguracją sprzętu wideo czy gotowymi narzędziami powszechnie używanymi do wideokonferencji. Znalazła się tam też garść wskazówek¹¹ odnoszących się do prowadzenia e-spotkania: zadbaj o to, by dzieci i zwierzęta nie wchodziły w kadr; poinformuj wcześniej pacjenta o przebiegu wizyty; kieruj do pacjenta proste komunikaty; poproś pacjenta, aby – dla lepszej widoczności – miał skarpetki w innym kolorze niż spodnie. Rada Brytyjczyków: Korzystaj ze zdobyczych technologii jak z kolejnej części zestawu swoich narzędzi fizjoterapeutycznych. Korzystaj z gotowych rozwiązań i rób to dobrze.

Irlandia



W marcu opublikowano wytyczne do prowadzenia usług e-zdrowia dla fi-

4. <https://www.physioboard.org.nz/wp-content/uploads/2020/03/TELEHEALTH-FLOWCHART.pdf>

5. <http://www.apta.org/Telehealth/>

6. <http://www.apta.org/PTinMotion/News/2020/3/16/TelehealthCOVID19/>

7. <https://physiotherapy.ca/tele-rehabilitation>

8. <https://www.csp.org.uk/news/coronavirus/remote-service-delivery-options>


9. https://www.csp.org.uk/system/files/documents/2020-03/CSP_COVID_19%20Physiotherapy%20Emergency%20Workforce_MOBIst_V4.pdf

10. https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/Remote%20consultations%20top%20tips%2024-03-20.pdf


11. https://www.csp.org.uk/system/files/documents/2020-04/member_top_tips_remote_consultations_v6.pdf

zjoterapeutów sektora prywatnego¹². Irish Society of Chartered Physiotherapy (ISCP) podkreśla, że świadcząc usługi „e” należy pracować zgodnie z zasadami i wytycznymi, a jeśli pacjent po raz pierwszy kontaktuje się z fizjoterapeutą, to niezbędne jest przeprowadzenie badania przesiewowego. Co ważne, w przypadku telerehabilitacji fizjoterapeuta jest objęty ubezpieczeniem tylko pod warunkiem, że pracuje zgodnie z wytycznymi. Dyskusja dotycząca rozliczania świadczeń jest podobna jak w USA czy Australii – trwają negocjacje z funduszami ubezpieczeniowymi. Jak rozliczyć usługę? Średnio wyceniana jest 20 proc. niżej niż spotkanie twarzą w twarz¹³.

Niemcy


 U naszych sąsiadów za zachodnią granicą, mimo że zawód fizjoterapeuty nie jest uregulowany, 26 marca Physio Deutschland opublikowało zalecenia dotyczące wykonywania „zabiegów wideo”. Konieczne są: świadoma zgoda pacjenta, zapewnienie prywatności, zastosowanie technologii umożliwiającej dobrą komunikację. E-usługa może zostać zrealizowana, jeżeli zostały zalecone konkretne procedury fizjoterapeutyczne, np. ćwiczenia ruchowe, ćwiczenia oddechowe i wspomagające układ krążenia, terapia oddechowa w mukowiscydozie czy zapaleniu oskrzeli¹⁴.

Francja


 Tu telerehabilitacja nie jest jeszcze bardzo popularna. Francuscy fizjoterapeuci od lat postulowali o wprowadzenie e-swiadczenia, a obecna sytuacja związana z koniecznością izolacji skłoniła Ministerstwo Zdrowia do zaaprobowania tego pomysłu. I tak 18 kwietnia br. opublikowano rozporządzenie precyzujące świadczenie i rozliczanie usług e-fizjoterapii¹⁵, a już następnego dnia na stronie Francuskiej Izby Fizjoterapeutów pojawił się przewodnik dobrych praktyk telerehabilitacji. Znajdziemy w nim m. in. rekomendowane przez resort zdrowia platformy, a także przypo-

mnienie o konieczności dokumentowania usługi¹⁶. Pascale Mathieu, prezes Izby, podkreśla, że spowodowane pandemią zamknięcie gabinetów i odcięcie społeczeństwa od fizjoterapii skutkuje dramatycznymi, długoterminowymi konsekwencjami. Stąd natychmiastowa konieczność wprowadzenia zdalnych usług.


Holandia

 Zrzeszająca fizjoterapeutów FysioHolland za oczywiste uznaje konieczność świadczenia usług online. W oficjalnym komunikacie na stronie internetowej czytamy, że „fizjoterapia świadczona prywatnie odbywa się online i tylko jeśli nie może zostać przeprowadzona w ten sposób, należy rozważyć możliwość spotkania się w gabinecie lub domu”. Ze strony dowiemy się także, że fizjoterapeuci świetnie sobie radzą z prowadzeniem usług zdalnie, a oficjalne informacje kierowane są głównie do pacjentów i wskazują, w jaki sposób mogą zapisać się na e-wizytę¹⁷.

Belgia

 Belgijski AXXON w czasach pandemii także stawia na telerehabilitację. Na jego stronie znajdziemy informacje o tym, jak rozliczać usługę, a także z których platform i programów warto skorzystać. Belgowie radzą, aby teraz rozliczać usługi zdalne ryczałtem: 40 euro za tydzień w przypadku wideokonsultacji i 25 euro, gdy jest to porada telefoniczna¹⁸.

Austria

 Zrzeszająca fizjoterapeutów Physio Austria przyjęła nieco inną metodę. Wprawdzie na czas epidemii udało się wywalczyć refundację telerehabilitacji, to jednak rekomendowana jest ona tylko wtedy, jeśli pacjent pilnie wymaga konsultacji, a usługa nie może być świadczona w gabinecie. Naturalnie należy pamiętać o dokumentacji i odpowiednim zapleczu technicznym¹⁹.

12. <https://www.iscp.ie/sites/default/files/documents/ISCP%20E%20Health%20Guidelines%20March%202020.pdf>

13. <https://www.iscp.ie/covid-19>

14. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/26032020_Empfehlungen_zur_Durchf%C3%BChrung_von_Videobehandlungen_final.pdf

15. <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-peuvent-desormais-soigner-leurs-patients-par-telesoin/>

16. <http://www.ordremk.fr/actualites/kines/guide-de-bonnes-pratiques-relatif-au-telesoin-en-kinesitherapie/>

17. <https://fysioholland.nl/online-fysiotherapie>

18. <https://www.axxon.be/nl/corona/>

19. https://www.physioaustria.at/system/files/general/telemedizinische_behandlung_physio_austria_svs.pdf

Odważ!

W Polsce jesteśmy dopiero na początku wdrażania telerehabilitacji i usług „e”, ale stoimy właśnie przed ogromną szansą na poszerzenie swoich umiejętności i możliwością kontynuowania pracy. Pytanie o skuteczność telerehabilitacji nasuwa się samo. Czy to w ogóle działa? Czy to ma sens? Tak! Jest wiele badań to potwierdzających, które przeprowadzono już kilka lat temu. Ich wyniki podkreślają ekonomiczność, pozytywne efekty lecznicze i zadowolenie pacjentów. Beneficjentami tych usług są głównie osoby z przewlekłymi bólami kręgosłupa, po zabiegach w obrębie stawu kolanowego, po udarze czy z problemami uroginekologicznymi²⁰. Uważa się nawet, że telerehabilitacja prowadzona w czasie rzeczywistym w leczeniu chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest porównywalnie skuteczna ze standardową praktyką²¹! Physiotherapy Evidence Database (PEDro) na początku kwietnia udostępniło zebrane przeglądy systematyczne dotyczące efektywności telerehabilitacji²². A w oficjalnych rekomendacjach w związku z pandemią i sytuacją osób niepełnosprawnych WHO apeluje: „Zapewnij usługę telezdrowia osobom niepełnosprawnym. (...) Może ona dotyczyć potrzeb ogólnych, a także potrzeb w zakresie rehabilitacji (...)”²³.

Jak przekonać pacjenta, że telerehabilitacja ma sens? Najpierw trzeba samemu być do niej przekonanym. Rzetelnych materiałów na jej temat jest już naprawdę dużo, warto się z nimi zapoznać. Kolejnym krokiem powinno być zadbanie o zaplecze techniczne, wyjaśnienie zgłaszającej się do nas osobie jak będzie przebiegała wizyta oraz zadbanie o jej bezpieczeństwo. Pamiętajmy, to musi być usługa profesjonalna i o najwyższym standardzie! Tak jak w gabinecie. Sprowadzenie telerehabilitacji do pogawędki na czacie na pewno nie jest dobrym kierunkiem.

Przyglądając się sytuacji na świecie, zauważamy, że tam e-fizjoterapia stała się faktem. My również nie bójmy się stawiać kolejnych kroków naprzód. Działajmy, próbujmy nowych rozwiązań, sprawdzajmy. Wykorzystajmy tę niesamowitą szansę na rozwój, którą przez przypadek zafundował nam koronawirus.



Weronika Krzepakowska
Dział ds. Międzynarodowych KIF

20. https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Practice_and_Patient_Care/Patient_Care/Technology/Telehealth/Research-on-Telehealth.pdf

21. <https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/07/2019-Telerehabilitation-Webliography.pdf>

22. <https://www.pedro.org.au/english/evidence-to-guide-telehealth-physiotherapy/>

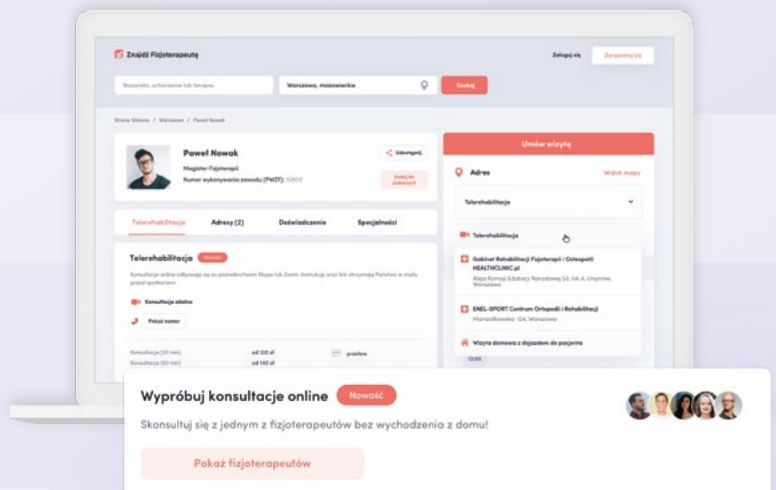
23. <https://www.who.int/who-documents-detail/disability-considerations-during-the-covid-19-outbreak>

Znajdź Fizjoterapeutę

- **Telerehabilitacja – bezpłatna funkcja dostępna w aplikacji**
- Nie trać kontaktu ze swoimi pacjentami
- Umawiaj wizyty online

Zaloguj się i wypróbuj już dziś!

znajdzfizjoterapeuta.pl



Wypróbuj konsultacje online **Nowość!**

Skonsultuj się z jednym z fizjoterapeutów bez wychodzenia z domu!

[Pokaż fizjoterapeutów](#)

Wytyczne WCPT ws. fizjoterapii chorych na COVID-19

Przygotowane przez Światową Konfederację Fizjoterapii rekomendacje obejmują szczegółowe zalecenia dotyczące pracy z pacjentami przebywającymi na oddziałach szpitalnych.

W drugiej połowie marca świat fizjoterapii obiegł dokument „Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting. Recommendations to guide clinical practice”. Rekomendacje do organizacji fizjoterapii pacjentów z COVID-19 w warunkach oddziałów szpitalnych zostały zaczerpnięte z opracowania pierwotnie przygotowanego przez dr. Petera Thomasa z Royal Brisbane and Women’s Hospital w Australii oraz zatwierdzonego przez Queensland Cardiorespiratory Physiotherapy Network. Międzynarodowy zespół ekspertów w dziedzinie fizjoterapii kardio-oddechowej i intensywnej terapii rozbudował rekomendacje do aktualnej wersji, uzyskując także oficjalne poparcie ACPRC (Association of Chartered Society of Physiotherapists in Respiratory Care).

Światowa Konfederacja Fizjoterapii (WCPT) zaaprobowała wytyczne, a dzięki jej międzynarodowemu zasięgowi dokument mógł w mgnieniu oka obiegać cały świat. Izby, stowarzyszenia i organizacje fizjoterapeutów rozpoczęły tłumaczenia rekomendacji i dziś możemy zapoznać się z nimi w wersjach: chińskiej tradycyjnej i mandaryńskiej, chorwackiej, holenderskiej, francuskiej, fińskiej, niemieckiej, grec-

kiej, węgierskiej, indonezyjskiej, włoskiej, japońskiej, perskiej, polskiej (<https://kif.info.pl/wytyczne-wcpt-dot-fizjoterapii-pacjentow-z-covid-19-do-stepne-po-polsku/>), portugalskiej europejskiej i brazylijskiej, słowackiej, hiszpańskiej, tajskiej, tureckiej i wietnamskiej.

Rekomendacje zostały także opublikowane w czasopiśmie naukowym „Journal of Physiotherapy” (<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>), a dostęp do artykułu jest otwarty.

Jednocześnie przypominamy, że WCPT zbiera wszelkie informacje dotyczące fizjoterapii i koronawirusa z całego świata, po czym udostępnia je na swojej stronie: <https://www.wcpt.org/news/Novel-Coronavirus-2019-nCoV>. W zasobach znajdziemy wiadomości o trwających kampaniach, rejestr COVIDfizjo, czyli aktualne projekty i działania na rzecz fizjoterapii w obliczu pandemii, zebrane dane i materiały publikowane przez organizacje członkowskie WCPT (w tym KIF) i wiele innych. Zachęcamy do zapoznania się z nimi!

WK

ZDANIEM EKSPERTÓW

Znamy cele, do których możemy dążyć

Rekomendacje dla organizacji fizjoterapii pacjentów z COVID-19 w warunkach oddziałów szpitalnych zawierają szczegółowe informacje na temat organizacji pracy fizjoterapeutów, procesu kwalifikacji chorych, stosowanych metod leczenia oraz zasad bezpieczeństwa pracy związanych ze stosowaniem środków ochrony indywidualnej.

Autorzy dokumentu „Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting. Recommendations to guide clinical practice” podkreślają, że podstawowym czynnikiem determinującym kwalifikacje chorych z COVID-19 do fizjoterapii jest ich stan kliniczny. Na podstawie oceny stanu pacjenta można określić potrzeby i wskazania do fizjoterapii w następujących przypadkach:

- Pacjent z łagodnymi objawami, bez istotnego upośledzenia oddychania, lecz z niskim zapotrzebowaniem na tlen, który jest w stanie samodzielnie usuwać wydzielinę → kontakt bezpośredni z fizjoterapeutą nie jest wskazany.
- Pacjent, u którego występują trudności w usuwaniu wydzieliny → wskazane jest zastosowanie technik oczyszczania oskrzeli. Do takich sytuacji dochodzi zazwyczaj w przypadku współwystępowania chronicznych chorób układu oddechowego lub nerwowo-mięśniowych.
- Pacjent, u którego nasilają się objawy związane z zapaleniem płuc → należy rozważyć zastosowanie technik oczyszczania oskrzeli i monitorować objawy występujące u chorego. Konieczne może okazać się przeniesienie go na Oddział Intensywnej Terapii (OIT).
- Pacjent hospitalizowany na OIT → u chorych stabilnych krążeniowo-oddechowo wskazana jest fizjoterapia obejmująca przede wszystkim wczesną mobilizację, stopniową rehabilitację oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia i osłabienia związanego z pobytem na OIT.

W rekomendacjach przedstawiono również propozycję organizacji pracy fizjoterapeutów. Autorzy opracowania zwracają uwagę na konieczność zwiększenia liczby fizjoterapeutów zaangażowanych w pracę z chorymi na COVID-19, podkreślając jednocześnie ogromną rolę doświadczonego personelu specjalizującego się w fizjoterapii kardio-oddechowej na oddziałach intensywnej terapii.

W wielu krajach europejskich (m.in. Wielkiej Brytanii, Francji, Belgii) oraz poza kontynentem europejskim (w Australii, Nowej Zelandii, Kanadzie, Brazylii) fizjoterapeuci kadio-oddechowi (cardio-respiratory physiotherapists) odgrywają kluczową i wiodącą rolę w interdyscyplinarnych zespołach sprawujących opiekę nad pacjentami z dysfunkcją układu oddechowego w stanach ostrych i przewlekłych. Niestety,

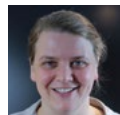


w Polsce dostęp do specjalistycznej opieki fizjoterapeutycznej dla tej grupy pacjentów jest nierzadko ograniczony i niejednorodny. Na wielu oddziałach szpitalnych czy OIT, gdzie przebywają, fizjoterapeuci nie są zatrudniani, a fizjoterapia nie jest uznana za niezbędny element procesu leczniczego i rekonwalescencji chorych. W wyniku tego nie tylko brakuje możliwości rozwoju i zdobywania doświadczenia, ale również odpowiednich ścieżek edukacji dla przyszłych specjalistów w tej dziedzinie, rozpoczynając od wysokiej jakości praktyk zawodowych, kontaktu z doświadczonymi opiekunami aż do system szkolenia podyplomowego. Te uwarunkowania powodują, że część zaleceń z dokumentu opracowanego przez ekspertów międzynarodowych nie jest obecnie możliwa do zrealizowania w polskich warunkach. To niewątpliwie wielkie wyzwanie stojące przed polską fizjoterapią, a opisywane rekomendacje mogą stanowić pewnego rodzaju wskazówkę, jak szerokie możliwości stwarza fizjoterapia stosowana w leczeniu chorych z dysfunkcją układu oddechowego i do jakiego modelu pracy fizjoterapeuty w tym obszarze możemy dążyć.



Dr Agnieszka Lewko

Doktor nauk o zdrowiu Uniwersytetu Londyńskiego.
Specjalistka fizjoterapii oddechowej.
Kingston University and St. George's University
of London.
Członkini Zespołu ds. Fizjoterapii Oddechowej KIF.



Dr Anna Pyszora

Doktor nauk o zdrowiu, asystentka w Katedrze
Opieki Paliatywnej Collegium Medicum
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu,
fizjoterapeutka w Ośrodku Wentylacji Domowej
w Bydgoszczy.
Członkini Zespołu ds. Fizjoterapii Oddechowej KIF.

1. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, Hodgson C, Jones AYM, Kho ME, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S, van der Lee L (2020) Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. Journal of Physiotherapy (In Press).

Fizjoterapia pacjentów wykazujących objawy PICS

W rzeczywistości postpandemicznej zapewne przyjdzie nam zmierzyć się z problemami pacjentów, którzy w historii choroby mają wpisaną przebytą hospitalizację z powodu COVID-19. Warto już teraz się do tego przygotować.



Co to jest PICS?

PICS (*Post Intensive Care Syndrome*) określane jest jako „nowe lub pogarszające się upośledzenie stanu zdrowia fizycznego, poznawczego i psychicznego powstałe na skutek stanu krytycznego choroby, utrzymujące się po hospitalizacji przebytej na oddziale OIOM”. **PICS nie jest diagnozą, ale zespołem objawów wpływających na funkcjonowanie pacjenta** podczas rekonwalescencji poszpitalnej, które współwystępują z pierwotną dysfunkcją, na skutek której pacjent trafił na OIOM (np. neurologiczną, kardiologiczną, COVID-19). Ponieważ nagły, krytyczny stan chorego i jego pobyt w szpitalu wpływają często na funkcjonowanie całej rodziny, rozróżnia się także termin PICS-F (family).

W artykule opublikowanym w "Physical Therapy"¹ zebrano informacje podsumowujące leczenie krótko- i długoterminowych skutków choroby objawiające się Zespołem Zaburzeń Po Intensywnej Terapii tzw. PICS. Ponieważ w przypadku COVID-19 mamy do czynienia z nową chorobą, zatem brakuje jeszcze naukowych opisów jej krótko- i długoterminowych konsekwencji dla pacjentów. Skutki przebytej ciężkiej postaci COVID-19 przewiduje się zatem na podstawie wiedzy zdobytej w populacji ogólnej opieki medycznej będącej w stanie krytycznym, w szczególności dotyczy to osób z zespołem ciężkiej niewydolności oddechowej (ARDS – *Acute Respiratory Distress Syndrome*).

Co wiemy o skutkach COVID-19?

Szacuje się, że około 25% pacjentów z COVID-19 będzie hospitalizowana na oddziałach intensywnej terapii, często przez dłuższy czas. Przyczyną u większości z nich (67%) będzie zespół ostrej niewydolności oddechowej² (SARS-CoV-2), wskutek czego wymagana może być inwazyjna wentylacja mechaniczna³. Tacy pacjenci narażeni są na sepsę i wstrząs septyczny, niewydolność wielonarządową, w tym urazy nerek, wątroby, serca. W płucach wielu chorych pozostaną zmiany strukturalne (blizny, zwłóknienia), które potęgują uczucie duszności, zmęczenia oraz znaczne osłabienie funkcjonalne. Wentylacja mechaniczna w połączeniu z sedacją i/lub paralizem, a także potencjalnie długotrwałym leżeniem i unieruchomieniem, może mieć wiele szkodliwych skutków także dla układu mięśniowo-szkieletowego^{2,3}.

Najczęstsze, możliwe konsekwencje przebytej ciężkiej postaci COVID-19²:

- upośledzona funkcja płuc (możliwe zmiany strukturalne)
- spadek wydolności fizycznej i osłabienie mięśniowe
- delirium i inne upośledzenia poznawcze
- zaburzenia połykania, odżywiania i komunikacji
- zaburzenia natury psychologicznej
- dysfunkcję wielonarządowe
- dysfunkcję z tytułu schorzeń współistniejących (jeśli występują).

Powyższe objawy, szacując na podstawie ogólnej populacji pacjentów wypisanych z OIOM, mogą utrzymywać się jeszcze do dwóch lat po wypisie i pokrywają się z Zespołem Zaburzeń Po Intensywnej Terapii (PICS)¹.

Kliniczne objawy pacjentów z PICS i ich rodzin:

OBJAWY FIZYCZNE	OBJAWY POZNAWCZE	OBJAWY PSYCHICZNE	OBJAWY DOTYCZĄCE RODZINY PACJENTA (PICS-F)
problemy z oddychaniem i osłabienie mięśniowe	problemy z koncentracją	depresja	depresja
zmniejszona wydolność	zaburzenia pamięci	lęk	lęk
ograniczona funkcjonalność i samodzielność ADL*	trudności w organizacji i wykonywaniu podstawowych zadań	zespół stresu pourazowego	zespół stresu pourazowego
opóźniony powrót do ról społecznych i pracy	ograniczone procesy myślowe i poznawcze	zaburzenia snu	

*ADL – Activity Daily Living (aktywność dnia codziennego)

Zwłaszcza teraz, w czasie pandemii COVID-19, zwraca się uwagę na konieczność włączenia do wywiadu fizjoterapeutycznego pytania dotyczącego PICS¹.

Żółta flaga

Ponieważ powikłania po przebytej hospitalizacji na OIOM mogą wystąpić długo po incydencie ostrym, pacjent zgłaszający się do fizjoterapeuty z obecną dysfunkcją w obszarze np. neurologicznym, kardiologicznym, pulmonologicznym, powinien przedstawić pełną historię choroby. Proponuje się, aby

standardowe pytanie o „przebyte leczenie szpitalne” zastąpić pytaniem o „przebyte (także w odległym czasie) leczenie na oddziale intensywnej terapii”. Jeżeli odpowiedź będzie twierdząca, wywiad należy uzupełnić o pytanie dotyczące „wykorzystania wentylacji mechanicznej”. Taka weryfikacja stanowi żółtą flagę i ostrzega przed możliwością wystąpienia dodatkowych ograniczeń fizycznych, poznawczych i psychicznych¹.

Ze względu na złożoną prezentację syndromu PICS, fizjoterapeuta powinien posiłkować się konsultacjami z różnymi specjalistami. Dla bezpieczeń-

stwa pacjenta najkorzystniejsza byłaby współpraca z lekarzem prowadzącym, psychologiem, logopedą, fizjoterapeutą specjalizującym się w terapii pulmonologicznej.

Zaburzenia fizyczne pacjentów z PICS

• Siła mięśniowa:

Powikłania mięśniowe to głównie upośledzenie siły mięśni szkieletowych (oddechowych), ból mięśniowo-szkieletowy, zaburzenia funkcji chodu. Literatura podaje, że ok. 35% osób, które przeżyły ARDS, miały znaczne ubytki siły mięśniowej kończyn. Jej poprawa była widoczna w ciągu 12 miesięcy po incydencie, co wskazuje na potrzebę długoterminowej fizjoterapii ze stopniowaniem intensywności treningu w granicach 50–70% HR i Skali Borga 3–4 z 10. Mała masa i siła mięśniowa po długotrwałym unieruchomieniu sygnalizują, jakie będą efekty leczenia. Znaczne osłabienie mięśniowe pacjenta bezpośrednio po wypisie z oddziału OIOM grozi zwiększeniem prawdopodobieństwa śmierci w okresie obserwacji po roku i po pięciu latach od zakończenia hospitalizacji.

• Balans:

Istnieją dowody naukowe potwierdzające zwiększone ryzyko upadków do roku po wypisie pacjenta z OIOM. Powinno się wykonać pomiary statycznej i dynamicznej równowagi. Do wyboru, oprócz pomiarów na platformie balansowej, mamy skalę równowagi Berga lub proponowane w artykule *Functional Gait Assessment, Activities-Specific Balance, Confidence Scale*.

• Wydolność:

Wydolność oddechowa w pierwszym roku od przebytego stanu krytycznego jest znacznie obniżona. Na jej spadek wpływa płeć (u kobiet bardziej obniżona), choroby współistniejące i przebyte ARSD. Sześciominutowy test chodu (6MWT), jako test prognozujący zwiększone ryzyko śmiertelności, ponownej hospitalizacji oraz poziomu jakości życia ADL, został zatwierdzony w przypadku pacjentów po incydencie krytycznym. Minimalną istotną różnicę (MID – minimal important difference) dla pacjenta odratowanego po przebytym ARSD oszacowano na poziomie 20–30 metrów. Jest to najmniejsza zmiana odczuwana jako poprawa lub pogorszenie stanu czynnościowego. Rekomendowany dystans testu to 12 metrów. Zalecane są rutynowe pomiary akcji serca i parametrów oddechowych w trakcie wysiłku.

• Parametry oddechowe:

W ciągu roku po hospitalizacji na OIOM spirometria, pojemność dyfuzyjna płuc i inne parametry oddechowe są zmniejszone, co klinicznie objawia się zwiększoną pracą oddechową w spoczynku i podczas wysiłku, a to prowadzi do duszności i nieefektywnego kaszlu. Należy wykonać spirometrię lub skierować pacjenta na badania czynnościowe układu oddechowego na początku procesu fizjoterapeutycznego (jeśli pacjent nie posiada aktualnej dokumentacji medycznej). Wyniki tych badań przed i po terapii zobrazują także jej efekty.

Wpływ zaburzeń związanych z PICS na funkcjonalność pacjenta¹:

ICF	PROBLEM	BADANIE
FUNKCJA I STRUKTURA	zaburzenie funkcji oddechowych (zmiany strukturalne układu oddechowego) osłabienie mięśni oddechowych osłabienie mięśni szkieletowych	spirometria podstawowe testy na siłę mięśniową, dynamometr, wybiórcze badanie EMG
AKTYWNOŚĆ	osłabiona wydolność i funkcjonalność chodu zaburzenia równowagi	6-minutowy test chodu analiza chodu skala równowagi Berga functional gait assessment activities-specific balance
UCZESTNICTWO	ADL*	kwestionariusze niezależności i samodzielności

*ADL – Activity Daily Living (aktywność dnia codziennego)



Zaburzenie poznawcze

Z badań wynika, że 50% pacjentów, którzy przeżyli hospitalizację na OIOM, do roku po przebytych incydencie może wykazywać zaburzenia poznawcze, objawiające się głównie problemami z koncentracją, pamięcią i funkcją wykonawczą. U dużej części z nich objawy będą się jeszcze dłużej utrzymywać, według badań nawet do dwóch lat. Może to znacząco wpływać na proces prowadzonej fizjoterapii, zaburzyć komunikację na linii pacjent-terapeuta i upośledzić możliwość rozumienia poleceń. Jest to szczególnie ważne podczas uczenia pacjenta wykonywania czynności dnia codziennego lub telerehabilitacji.

Zaburzenia psychiczne

Przeżycie krytycznego stanu choroby wywołuje upośledzenie zdrowia psychicznego, w tym depresję (30%), lęk (32%) i zespół stresu pourazowego (20%), które występują jeszcze po ponad rocznej obserwacji. Długoterminowe obserwacje występowania depresji i lęku u pacjentów z PICS wykazują niewielką poprawę spadku dolegliwości.

Metody badawcze w kierunku zaburzeń poznawczych i psychologicznych¹:

DOMENA	WYSTĘPOWANIE KOMPONENTY W PICS	REKOMENDOWANE NARZĘDZIE BADAWCZE	INTERPRETACJA
POZNAWCZA	3 miesiące po wypisie – 81% 1 rok po wypisie – 42%	Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA	26–30 = brak 18–25 = łagodne zaburzenia poznawcze 10–17 = zaburzenia poznawcze <10 = rozległe zaburzenia poznawcze
DEPRESJA	30%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – podskala dot. depresji	≤7 = norma 8–10 = borderline 11–21 = zaburzenie
LĘK	32%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – podskala dot. lęku	≤7 = norma 8–10 = borderline 11–21 = zaburzenie
PTSD*	20%	Impact of Events – Revised (IES-R)	>1.6 pozytywny screening w kierunku PTSD.

*PTSD – Posttraumatic Stress Disorder (Zespół Stresu Pourazowego)

Ponowna hospitalizacja

Należy pamiętać, że wśród pacjentów, którzy przeżyli krytyczny incydent chorobowy na OIOM, w przeciągu dwóch lat od wypisu zaobserwowano u 80% z nich konieczność kolejnej ingerencji medycznej lub ponowne przyjęcie na oddział szpitalny. Większość pacjentów z PICS jest na stałe prowadzona przez specjalistyczne jednostki medyczne.

Aktywność zawodowa

Długotrwała opieka medyczna oraz objawy PICS utrudniają powrót pacjenta do aktywności zawodowej. Badania wskazują na utratę pracy przez pacjentów po przebytym leczeniu na OIOM w okresie do 3 (67%), 12 (40%) i 16 (33%) miesięcy po wypisie ze szpitala. Część pacjentów zmuszona jest wdrożyć się w nowy zawód.

Podsumowanie interwencji fizjoterapeutycznych u pacjentów z PICS¹:

CELE TERAPII	BADANIE	TERAPIA
FUNKCJONALNOŚĆ, SAMODZIELNOŚĆ	mięśni szkieletowych i oddechowych, wydolności, równowagi, parametrów chodu	trening oporowy, siłowy, rozciągający, trening równowagi, fizjoterapia oddechowa, nauka ergonomii chodu, trening wydolnościowy
ADL	funkcji siłowych i wytrzymałościowych	jw. oraz trening funkcjonalny nastawiony na zadania dnia codziennego w możliwie zbliżonym środowisku ADL pacjenta
ŁAGODZENIE DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH	posturalne, manualne	fizjoterapia przeciwbólowa, korekcja postawy, relaksacja i stretching
UCZESTNICTWO	mięśni szkieletowych i oddechowych, wydolności, równowagi, parametrów chodu	jw. oraz trening interwałowy, edukacja do samodzielnego zarządzania zdrowiem

Pamiętaj!

- Przebyta hospitalizacja na OIOM jest dla nas żółtą flagą.
- Przeprowadź badanie w kierunku PICS, aby określić ryzyko terapii i ustalić jej efektywne cele.
- Wprowadź środki zaradcze, jeśli w badaniu pacjenta PICS wykryto komponenty poznawcze.
- Skonsultuj pacjenta ze specjalistą, jeśli nie jesteś pewien występujących zaburzeń poznawczo-psychologicznych.
- Pamiętaj o komponentcie rodziny w tzw. PICS-F, wprowadź edukację pacjenta oraz jego bliskich, którzy także mają wpływ na powodzenie terapii.



dr Dalia Woźnica
Dział ds. Międzynarodowych KIF

Opracowanie na podstawie:

1. Home and Community-Based Physical Therapist Management of Adults With Post-Intensive Care Syndrome James M Smith, Alan C Lee, Hallie Zeleznik, Jacqueline P Coffey Scott, Arooj Fatima, Dale M Needham, Patricia J Ohtake Physical Therapy, pzaa059, Published: 13 April 2020.

<https://academic.oup.com/ptj/advance-article/doi/10.1093/ptj/pzaa059/5818366>

2. Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. Pan American Health Organization, WHO.

<https://kif.info.pl/rosnaca-rola-fizjoterapii-w-obliczu-epidemii-covid-19/>

3. Rehabilitation and Covid-19 - CSP policy statement

https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/001739_Rehabilitation%20%26%20Covid-19%20-%20CSP%20Policy%20Statement_MOB1st_V4%20%281%29.pdf

Rehabilitacja w kampaniach społecznych

#RightToRehab

Wielka Brytania rozpoczyna kampanię #RightToRehab podkreślając znaczenie rehabilitacji w systemie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia wspólnie z NHS (National Health Service), NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) oraz CSP (Chartered Society of Physiotherapy) opracowują strategię naprawy i modernizacji sektora. Kampania zwraca uwagę, że rehabilitacja jest kluczowym ogniwem systemów zdrowotnych w walce ze skutkami koronawirusa. Jednym z poruszanych problemów jest kwalifikowanie zawodów medycznych, takich jak: fizjoterapeuta, psycholog kliniczny, logopeda, dietetyk, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, do tzw. pokrewnych zawodów medycznych. #RightToRehab ma także zwrócić uwagę na zły stan funkcjonowania sektora rehabilitacji i wieloletnie zaniedbania systemowe w tym obszarze. Najważniejsze cele i etapy reformy zawarto w dokumencie „HS Right Care: Community Rehabilitation Toolkit” dostępnym na:

<https://www.england.nhs.uk/rightcare/wp-content/uploads/sites/40/2020/03/nhs-rightcare-community-rehab-toolkit-v12.pdf>

Plan naprawczy opiera się na modelu „Opieki skoncentrowanej na osobie” (Person-Centered Care) i uwzględnia:

1. Identyfikację i grupowanie populacji na podstawie objawów, funkcjonalności oraz potrzeb zdrowotnych.
2. Wsparcie społeczeństwa w utrzymaniu zdrowia oraz samodzielności funkcjonalnej.

#PPE4PT

Kampania Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT) wzywa rządy do równego rozdysponowania środków ochrony osobistej wśród całej kadry medycznej walczącej z COVID-19, w tym także fizjoterapeutów. Akcja #PPE4PT (Personal Protective



3. Edukację w kontekście samodzielnego zarządzania swoim zdrowiem (tzw. self-management).
4. Zintegrowaną kooperację służby zdrowia, opieki społecznej i edukacji.
5. Rozkład specjalistów w regionach zgodnie z potrzebami społecznymi.
6. Badanie efektywności usług.
7. Dostęp do nowoczesnych rozwiązań technologicznych, sprzętu, zaopatrzenia medycznego.

Wydane przez CSP rekomendacje dotyczące zmian systemowych znajdują się tu:

https://www.csp.org.uk/system/files/publication_files/001739_Rehabilitation%20%26%20Covid-19%20-%20CSP%20Policy%20Statement_MOB1st_V4%20%281%29.pdf

Zobacz spot kampanii obrazujący znaczenie fizjoterapii:

<https://www.csp.org.uk/campaigns-influencing/campaigns/rehab-matters>

DW

Equipment for Physiotherapists) wspiera organizacje członkowskie poprzez udostępnianie materiałów i filmów informacyjnych, wsparcie w konstruowaniu apeli do rządów, a także publikuje listę światowych instytucji charytatywnych pomagających w uzyskaniu dostępu do tych środków. WCPT podkreśla, że brak wsparcia rządu w dostarczeniu fizjoterapeutom niezbędnych środków ochrony osobistej zgłaszany

jest przez większość z ponad 200 państw członkowskich, niezależnie od stopnia rozwoju gospodarczego. KIF przyłącza się do akcji i apeluje do polskich decydentów o wsparcie.

<https://kif.info.pl/apel-krf-dotyczacy-koniecznosci-zaopatrywania-fizjoterapeutow-w-srodki-ochrony-indywidualnej/>

<https://www.wcpt.org/covid19/campaigns/ppe>

DW



#EWAC2020

Krajowa Izba Fizjoterapeutów śledzi wydarzenia odbywające się w ramach Europejskiego Tygodnia Walki z Rakiem, mające podkreślić znaczenie fizjoterapii w zapobieganiu, jak i leczeniu chorób nowotworowych. European Week Against Cancer (EWAC) co roku rozpoczyna się 25 maja, a kończy się Światowym Dniem Bez Papierosa 31 maja. W jego trakcie instytucje zdrowotne, stowarzyszenia pacjenckie

i najróżniejsze organizacje związane z chorobami onkologicznymi angażują się w akcje podnoszące świadomość na temat chorób onkologicznych, ich profilaktyki, dostępu do leczenia i wsparcia pacjentów. W tym roku działania skupią się wokół międzynarodowego programu „Europe’s Beating Cancer Plan” zapoczątkowanego przez Komisję Europejską.

<https://www.europeancancerleagues.org/ewac-2020/>

DW

#EUPHW



Druga edycja Europejskiego Tygodnia Zdrowia Publicznego (EUPHW) to ponad 100 wydarzeń online zgłoszonych przez ponad 25 państw w celu zwiększania świadomości na temat zdrowia publicznego. Krajowa Izba Fizjoterapeutów również zgłosiła swój projekt!

Hasłem przewodnim tegorocznej edycji jest „COVID-19: **współpraca, koordynacja, komunikacja**”, a każdy z pięciu dni poświęcony jest

innemu tematowi. „Aktywny senior w domu” wpisuje się w hasło „Starzej się zdrowo”, a przygotowane przez fizjoterapeutów ćwiczenia wychodzą naprzeciw problemom osób starszych zmuszonych do przebywania w izolacji z powodu pandemii COVID-19. W celu nadania programowi „Aktywny senior w domu” rangi międzynarodowej, wszystkie napisy do filmów z ćwiczeniami są dostępne w języku angielskim. Dodatkowo uruchomiona została angielska wersja zakładki „Aktywny senior” na stronie fizjoterapiaporusza.pl.

Zajrzyj: <https://fizjoterapiaporusza.pl/active-senior> i podziel się informacją ze znajomymi z zagranicy!

WK



Aktywny senior w domu

Program profilaktyczny Krajowej Izby Fizjoterapeutów
i Ministerstwa Zdrowia



Nie możemy teraz zapominać o niepełnosprawnych

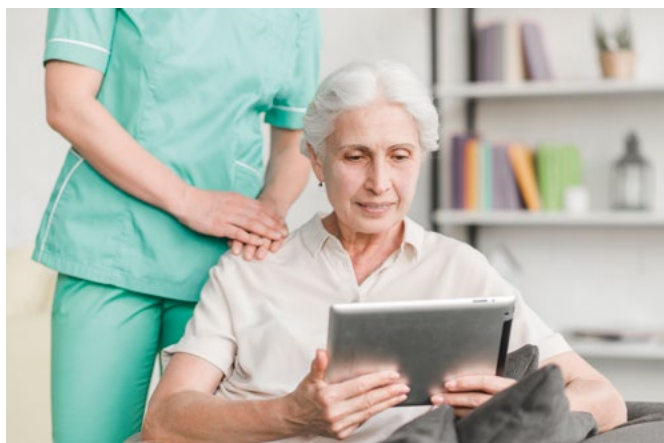
Pandemia COVID-19 zaatakowała nas wszystkich nieoczekiwanie. Ciężko nam sobie wyobrazić, jak byśmy sobie poradzili psychicznie i fizycznie, gdybyśmy nie mieli dostępu do podstawowych informacji na temat rozwoju sytuacji. Albo gdybyśmy nie byli w stanie sami umyć sobie rąk. Tymczasem nie wszyscy mają taką możliwość.

Światowa Organizacja Zdrowia oraz instytucje zdrowia publicznego z całego świata robią, co mogą, aby powstrzymać pandemię i zminimalizować jej skutki. Wspólnym głosem przyznają, że „niektórzy są dużo bardziej narażeni na spustoszenie, jakie niesie za sobą COVID-19, to np. osoby niepełnosprawne”. Specjaliści zapewniają jednak, że dzięki podjęciu prostych kroków można to ryzyko ograniczyć. Do szczególnego wsparcia osób niepełnosprawnych zostały zachęczone największe światowe organizacje, jak Humanity&Inclusion, International Disability Alliance, UNICEF, Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża, a także podmioty działające na szczeblach krajowych, w tym Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

WHO i ONZ zorganizowały 15 kwietnia br. specjalny webinar poświęcony sytuacji osób niepełnosprawnych i ich problemom pojawiającym się w czasie pandemii. Do udziału zaproszono blisko 300 osób z całego świata, reprezentantów wszelkich interesariuszy w obszarze niepełnosprawności i rehabilitacji, w tym przedstawicieli KIF. Poniżej przedstawiamy najważniejsze kwestie poruszone podczas tego spotkania.

Dlaczego osoby niepełnosprawne są bardziej narażone na COVID-19?

- Podstawowe środki higieny mogą być dla nich nieosiągalne, np. umywalka mogła zostać zamontowana zbyt wysoko, dana osoba może nie być w stanie umyć sobie rąk chociażby z powodu niedowładu.
- Nieosiągalne może być zachowanie dystansu społecznego z powodu konieczności korzystania ze wsparcia innych osób.
- Niepełnosprawni mogą potrzebować częstego kontaktu fizycznego z otoczeniem w celu uzyskiwania informacji poprzez zmysł dotyku lub z powodu konieczności asekuracji. W efekcie narażają się na częstszy potencjalny kontakt z wirusem niż osoby pełnosprawne (mogą bezpośrednio zarazić się od osoby chorej lub dotknąć przedmiotu, z którym kontakt miał zakazony).
- Doświadczają wielu problemów związanych z dostępem do informacji na temat zdrowia publicznego z powodu trudności w ich przeczytaniu, zrozumieniu, usłyszeniu.



- Mają utrudniony dostęp do podstawowych świadczeń, z których dotąd korzystali na co dzień, gdyż w związku z pandemią zostały one wstrzymane lub poważnie ograniczone.

Co w tej sytuacji mogą zrobić osoby niepełnosprawne?

- Zidentyfikować podstawowe problemy, których doświadczają w związku z koniecznością zachowania higieny, i spróbować wraz z rodziną, przyjaciółmi lub opiekunami je zminimalizować.
- Unikać kontaktu z otoczeniem zewnętrznym. Jeśli dany kraj wyznacza np. godziny otwarcia sklepów tylko dla osób niepełnosprawnych – ograniczać swoje wyjścia do tych terminów.
- W miarę możliwości korzystać z usług online, a jeśli mają trudności w korzystaniu z nich, poprosić najbliższych o wsparcie w tym zakresie. Ich pomoc byłaby wskazana także w tych sprawach, których nie da się załatwić bez wychodzenia z domu.
- Jeśli są aktywni zawodowo, powinni pracować z domu.
- Często i dokładnie dezynfekować swoje zaopatrzenie ortopedyczne np. wózki, laski, kule – szczególnie te używane poza domem.
- Stworzyć bazę potencjalnych opiekunów, aby w przypadku choroby lub kwarantanny jednego z nich, móc skorzystać z zastępstwa i nie pozostać bez opieki.
- Przygotować domowników i zaufane osoby na swoje ewentualne zakażenie koronawirusem, aby wiedzieli, jakie przyjmują leki, czy mają pod opieką zwierzę, kogo powiadomić w razie pogorszenia stanu zdrowia.
- Poprosić wszystkich swoich opiekunów, aby

nawiązali ze sobą kontakt w celu usprawnienia komunikacji między nimi w razie gorszego samopoczucia.

- Zapoznać się z dostępnymi usługami telezdrowia i infolinii, aby w każdej chwili móc uzyskać pomoc.

Jak niepełnosprawnym mogą pomóc instytucje, pracownicy ochrony zdrowia, społeczeństwo?

- Udostępniać materiały, które są łatwe w odbiorze i zrozumiałe dla osób z niepełnosprawnością intelektualną lub zaburzeniami poznawczymi.
- Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, zapewnić dostosowaną formę komunikacji (napisy, język migowy).
- Dbać o to, aby pisemne komunikaty były czytelne i przejrzyste.
- Opisywać zdjęcia oraz wyjaśniać, co znajduje się na obrazkach/grafikach.
- Współpracować między sobą, docierać do jak najliczniejszych grup osób niepełnosprawnych.
- Informować niepełnosprawnych oraz ich opiekunów o dostępności placówek ochrony zdrowia.
- Zapewnić konsultacje domowe, zarówno dotyczące ogólnych potrzeb zdrowotnych, jak i związanych z COVID-19.
- Zapewnić dostęp do usług telezdrowia – konsultacji telefonicznych i rozmów wideo. Mogą to być porady lekarskie, ale także usługi rehabilitacyjne.
- Zapewnić szkolenia online dla pracowników ochrony zdrowia i opiekunów, aby przygotować ich do pracy z osobami niepełnosprawnymi lub aby poszerzyć ich kompetencje.
- Pracownicy placówek powinni chronić siebie i innych przed zarażeniem.
- Zidentyfikować ewentualną przemoc wobec osób niepełnosprawnych lub ich zaniedbywanie z powodu koniecznej izolacji społecznej i zmiany trybu życia. Reagować – może to być chociażby podanie numeru na specjalną infolinię oferującą pomoc w takich sytuacjach.

Okolo miliarda osób na świecie doświadcza jakiejś formy niepełnosprawności. W trakcie webinaru wybrzmiały słowa o „bardzo bolesnej lekcji” – na co dzień wciąż nie podejmujemy wystarczająco

jących działań, aby zadbać o tych najbardziej potrzebujących, a brak odpowiedniego wsparcia w czasie pandemii doprowadzi do jeszcze większego kryzysu społeczno-ekonomicznego. Osoby z niepełnosprawnościami w wielu miejscach na świecie są piętnowane, nadal występuje wiele barier architektonicznych i ograniczeń, które nie pozwalają im na pełnoprawne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym. Według ekspertów pierwsze tygodnie walki z COVID-19 okazały się najbardziej dotkliwe właśnie dla nich. „Odbudowując gospodarkę nie możemy zapomnieć o osobach niepełnosprawnych, inaczej nie możemy mówić o odbudowie” – podkreśla ONZ.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów w pełni popiera zalecenia WHO i ONZ, deklaruje także pełną współpracę w zapewnieniu jak najlepszej, skoordynowanej i kompleksowej reakcji na konsekwencje pandemii

COVID-19, których boleśnie doświadczają osoby niepełnosprawne.

Wykorzystujmy ICF do identyfikacji funkcjonalnych ograniczeń osób niepełnosprawnych. Adresujmy nasze świadczenia w sposób jak najlepiej dopasowany do potrzeb i poziomu aktywności pacjentów. Dostarczajmy im usługi telerehabilitacyjne.

Webinar prowadzili: Ana Maria Menendez – Podsekretarz Generalny ONZ, Ren Minghui – Zastępca Dyrektora Generalnego Departamentu Chorób Zakaźnych i Niezakaźnych WHO oraz Alarcos Cieza – Kierownik Departamentu ds. Niepełnosprawności i Rehabilitacji WHO.



Weronika Krzepakowska
Dział ds. Międzynarodowych KIF

Źródło: <https://www.who.int/who-documents-detail/disability-considerations-during-the-covid-19-outbreak>

Co dalej z kształceniem fizjoterapeutów?

Pandemia COVID-19 poskutkowała zamknięciem uczelni wyższych na całym świecie, co spowodowało zmiany sposobu prowadzenia zajęć oraz opóźnia przeprowadzanie egzaminów końcowych, jak i rekrutacji.

Uczelnie radzą sobie, wprowadzając szkolenia on-line, co nie rozwiązuje jednak wszystkich problemów, np. braku możliwości odbywania i zaliczania zajęć klinicznych, które w przypadku kształcenia fizjoterapeutów są kluczowe. Na ten problem uwagę zwraca Światowa Konfederacja Fizjoterapii w Regionie Europejskim (ERWCPT). Jej zarząd wystosował pismo do przedstawicieli Komisji Europejskiej w departamencie ds. Rynku Wewnętrznego, Przemysłu, Przedsiębiorczości i MŚP (DG GROW), w którym opisał skutki zamknięcia uczelni oraz zaapelował o pochylenie się nad problemem.

Zarząd ERWCPT zwraca uwagę, że wielu fizjoterapeutów nie jest w stanie ukończyć procesu zdobywania kwalifikacji w wymiarze wymaganych praktyk i staży klinicznych, co nie tylko spowoduje zawieszenie ich życia zawodowego i brak możliwości zarobkowania, ale także wpłynie na mobilność zawodową w Europie. Nawołuje się KE do opracowania kryte-

riów odwoławczych w odniesieniu do dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Dodatkową inicjatywą Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT) było zainicjowanie wspólnego projektu z ENPHE (European Network of Physiotherapy in Higher Education) oraz ACAPT (The American Council of Academic Physical Therapy) mającego na celu zebranie danych dotyczących obecnej sytuacji związanej z procesem edukacji fizjoterapeutów oraz zaproponowaniem alternatywnych rozwiązań prowadzenia dalszej edukacji w warunkach kryzysowych. Rozesłano ankietę do światowych instytucji edukacyjnych m.in do KIF, który jest członkiem WCPT oraz ENPHE, z prośbą o przekierowanie jej do uczelni kształcących fizjoterapeutów. Ankieta zawiera pytania dotyczące wpływu pandemii na poszczególne instytucje, największe wyzwania oraz propozycje nowych rozwiązań. Z rezultatami tych działań można zapoznać się na stronie WCPT (<https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/wcptnews/images/Education-Briefing-1-HEI-A4.pdf>).



dr Dalia Woźnica
Dział ds. Międzynarodowych KIF

Komunikacja Alternatywna i Wspomagająca w służbie pacjentom z COVID-19



Zastaniający twarz sprzęt ochronny używany przez służby medyczne, problemy z oddychaniem i związana z tym konieczność korzystania ze specjalistycznej aparatury sprawiają, że pacjenci z COVID-19 często mają trudności w komunikacji, nie są w stanie mówić oraz mają zaburzoną percepcję w obszarze odbioru komunikatów. Brak skutecznego sposobu porozumiewania się może powodować zaburzenie poczucia bezpieczeństwa, które jest niezbędne w procesie zdrowienia.

Członkowie holenderskiego oddziału Międzynarodowego Stowarzyszenia Wspomagającej i Alternatywnej Komunikacji ISSAC oraz firma Widgit, we współpracy ze specjalistami opieki szpitalnej i terapeutami pracującymi z osobami niemówiącymi, opracowali tablice/karty komunikacyjne do wykorzystania podczas pobytu w ośrodkach medycznych. Pacjent może skorzystać z tablicy literowej, tablicy zawierającej zwroty/symbole tzw. szybkich potrzeb oraz tablic do komunikacji z lekarzem (objawy i ich nasilenie) i z rodziną – ich dobór zależy od poziomu funkcjonowania i możliwości motorycznych chorego.

Jak korzystać z tablic:

- Wybierz odpowiednią tablicę i dopasuj rozmiar wydruku do indywidualnych potrzeb pacjenta. Umieść kartkę tak, aby była dla niego widoczna.
- Zapoznaj pacjenta z tablicą i jej treścią.
- Pamiętaj, by zadać pytanie jednocześnie wskazując je na tablicy. Jeśli pacjent nie jest w stanie wskazać symbolu, spróbuj zadać pytanie, na które odpowiedź brzmi „tak” lub „nie”. Jako odpowiedź możemy potraktować: spojrzenie na odpowiedni symbol; zakodowanie, że np. „tak” to kciuk do góry/jedno mrugnięcie oczami, a „nie” to płasko ułożona ręka/dwa mrugnięcia oczami. Jeśli pacjent nie jest w stanie wskazać ręką żadnego ruchu możesz zadać pytanie: „czy to w tym rzędzie/kolumnie?”, a następnie zeskanować każdy rząd i kolumnę, pytając: „w tym rzędzie/tej kolumnie?”, wskazując palcem każdy symbol.
- Nie zrzucaj pacjenta komunikatami, nie wyprzedzaj jego odpowiedzi i daj mu czas.



mgr Ewelina Mocarska

psycholog, pedagog specjalny, terapeuta AAC

Karty pdf w języku polskim do pobrania:

Symbole WIDGIT

https://www.widgit.com/products/health/covi19-chart/polish-covid-19-communication-chart.pdf?fbclid=IwAR19QxbnMCSxflN8QtB-T7Zy_YwHX7aQ6F3Yp-jE9qQcpDRXDJakmwthqOM

Symbole PCS

http://www.isaac-nf.nl/covid-19-aac/polish?fbclid=IwAR2WjRcrhOR1a2dD-0nyIRqLpaP2sdEPubJ_5lyBcUg9c_AHv8BeHPcsFn0

Maseczki z okienkiem

Od 16 kwietnia br. obowiązuje w Polsce nakaz zakrywania ust i nosa w przestrzeni publicznej. W rozporządzeniu nie wzięto jednak pod uwagę potrzeb osób niedosłyszących – część z nich, aby się lepiej komunikować, czyta z ruchu warg rozmówców. Na ten problem zwrócił uwagę Mateusz Witczyński, który ma w rodzinie osobę z niedosłuchem. O pomoc zwrócił się do Anny Traczewskiej, zawodowo związanej z Onetem, gdzie m.in. pełni funkcję szefowej sztabu WOŚP. Szycie jest jej hobby. Anna opracowała i uszyła prototyp maseczki. Powstał z materiału, gumki i... plastikowej przezroczystej teczki na dokumenty. Maseczek „z okienkiem” mogą używać bliscy osób niedosłyszących – dzięki temu będą mogli komunikować się z nimi tak jak dotąd. Obecnie trwają prace nad udoskonaleniem prototypu i wprowadzeniem maseczek do produkcji.

AM

Źródło: <https://wiadomosci.onet.pl/warszawa/koronawirus-warszawa-maseczka-dla-osob-niedoslyszacych-powstal-prototyp/j0r8hlg>



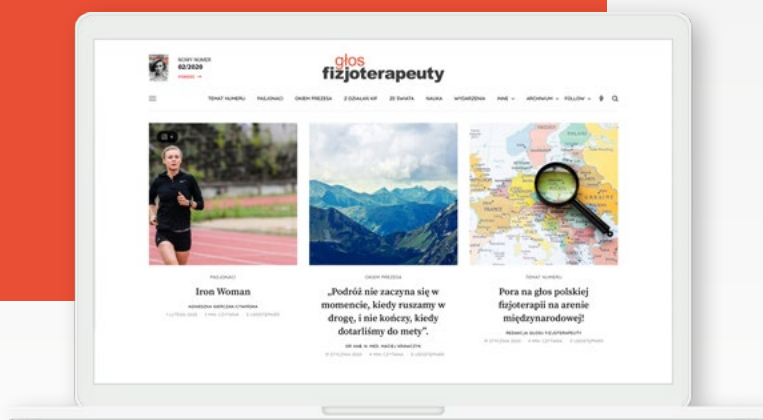
Na zdjęciu Anna Traczewska w prototypie maseczki.

głos fizjoterapeuty

ONLINE

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

glosfizjoterapeuty.pl

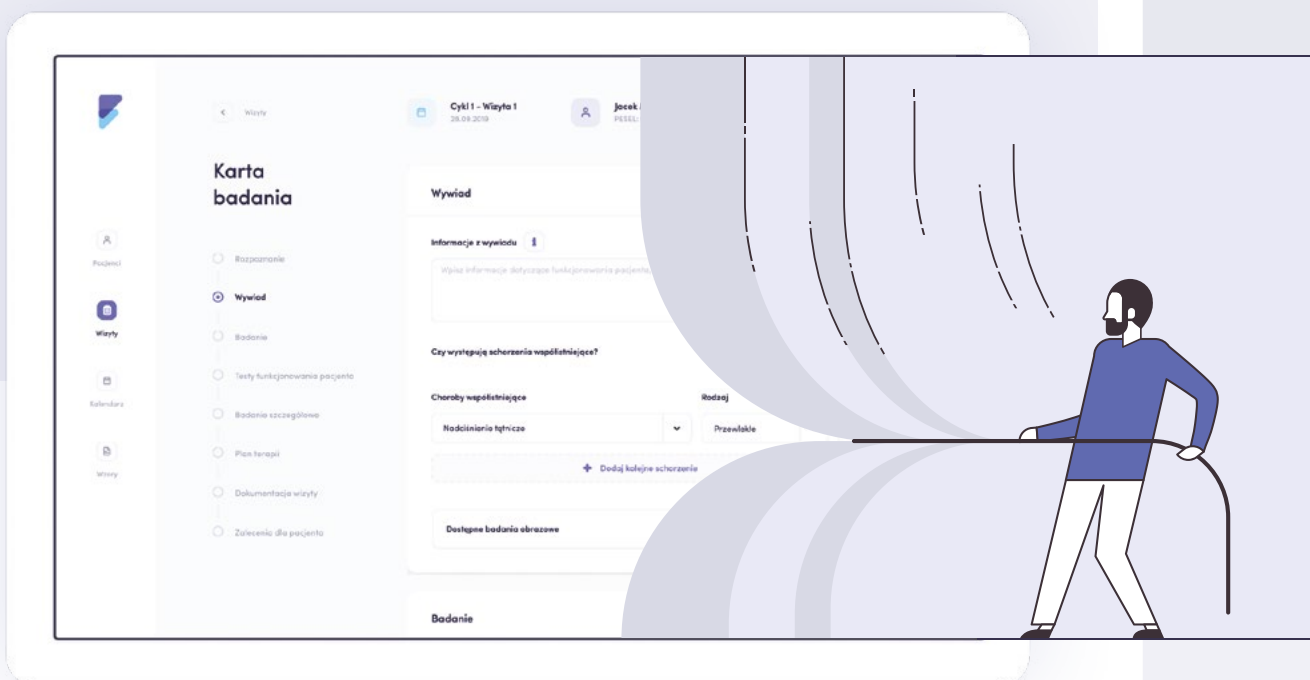




finezjo

Innowacyjna aplikacja do zarządzania dokumentacją medyczną w fizjoterapii

bezpłatna - bezpieczna - zgodna z wytycznymi MZ i KIF



Zgodność
z wytycznymi



Bezpieczeństwo
danych



Mobilność



Interaktywny
kalendarz

finezjo.pl