

KORONAWIRUS

SARS-CoV-2



Fizjoterapia na nowo

Czy pacjenci wracają do gabinetów?

Uzdrowiska czekają na kuracjuszy

O trudnym odmrażaniu leczenia
uzdrowiskowego

Fizjoterapia oddechowa

Dr Agnieszka Lewko i dr Anna Pyszora
w specjalnym artykule dla „Głosu”



ISSN 2545-3637

Ki=

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

głos
fizjoterapeuty

3. WYDANIE SPECJALNE

głos fizjoterapeuty

3. WYDANIE SPECJALNE

- 3 Słowo wstępu od prezesa KRF Macieja Krawczyka
- 4 Działania KIF w obliczu zagrożenia pandemią wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 podjęte od 7 maja 2020 r.
- 5 Zdaliśmy egzamin z zaufania – pisze Paweł Adamkiewicz, wiceprezes KRF ds. gabinetów prywatnych
Fizjoterapia na nowo. O „nowym otwarciu” opowiadają fizjoterapeuci oraz pacjenci:
 - 8 Zaufanie pacjenta jest dla nas bardzo ważne
 - 9 Dobra organizacja pracy to podstawa!
 - 10 Donieść mógł każdy
 - 11 Wciąż jest wiele niewiadomych
 - 13 Trudne decyzje dla dobra pacjentów
 - 14 Nie mogliśmy zmarnować efektów wieloletniej fizjoterapii
 - 15 Cieszymy się z powrotu do pracy!
 - 16 Każdy musi zrobić sobie bilans zysków i strat
 - 17 Zaprześcić fizjoterapii? Nigdy!
 - 17 Ryzyko jest zbyt duże
- 18 Uzdrowiska szykują się na przyjęcie pacjentów – Jacek Koszela, wiceprezes ds. medycyny fizycznej i balneoklimatologii oraz fizjoterapii uzdrowiskowej
- 20 Uzdrowisko Ustroń w czasie pandemii
- 23 „Solankowe” Centrum zawsze z pacjentami
- 25 Studenci zdążą nadrobić braki z tego semestru – o sytuacji na uczelniach rozmawiamy ze Zbigniewem Wrońskim, wiceprezesem KRF ds. nauki i edukacji
- 25 Jak wygląda sytuacja na warszawskiej AWF? Wyjaśnia prof. Bartosz Molik, dziekan ds. nauki na AWF w Warszawie
- 27 Telerahabilitacja stała się faktem. Tomasz Niewiadomski, wiceprezes KRF ds. świadczeń refundowanych
- 30 Wracają szkolenia dla fizjoterapeutów!
- 31 Prezes KRF upomina się o zniżkowe bilety kolejowe dla fizjoterapeutów
Fizjoterapeuci walczą z COVID-19. Rola fizjoterapii w procesie leczenia chorych – czas na pierwsze podsumowania:
 - 34 Nierehabilitowanie pacjenta to proszenie się o problemy – rozmawiamy z dr n. med. Konstantym Szudrzyńskim
 - 37 Fizjoterapia pacjentów z COVID-19 na OIT
 - 40 Jestem lekarzem, a nie zawsze dostrzegam postępy
 - 41 Jeszcze będę przeszkakiwał co dwa stopnie
 - 42 Fizjoterapia oddechowa – to nie tylko ćwiczenia oddechowe i odkrztuszania – dr Agnieszka Lewko i dr Anna Pyszora specjalnie dla czytelników „Głosu”
 - 45 Jak odmraża się europejska fizjoterapia?
 - 47 Dofinansowanie fizjoterapii zmniejszy koszty pandemii

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

Fotografia na okładce: pl.freepik.com

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

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

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645

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 opinie 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



Czy epidemia uzdrowi „zdrowie”?

W związku z epidemią kamery telewizyjne i mikrofony radiowe są już od trzech miesięcy skierowane na pracowników ochrony zdrowia. Zdrowie, leczenie i profesjonalistów medycznych odmienia się przez wszystkie przypadki. Nawet politycy i eksperci od polityki oddali w programach publicystycznych, choć tylko nieznacznie, pola specjalistom od zdrowia. Czy w związku z tym w Polsce wzrosła świadomość społeczna dotycząca roli zawodów medycznych?

Racjonalnie myśląc, tak powinno być. Rzeczywistość jest jednak inna. Media podają informacje o kolejnych incydentach szykanowania lub piętnowania pracowników medycznych przez tak zwanych „zwykłych” obywateli. Powodem nagonki jest sam fakt pracy w szpitalu czy przychodni. Z drugiej strony politycy od lewa do prawa ciągle mówią: „społeczeństwo docenia pracę medyków”, „dziękujemy Wam za wasze poświęcenie” i tym podobne puste frazesy. Przepraszam za sarkazm, ale mam wrażenie, że ich celem jest tylko wpisanie się w główny nurt, a puste słowa, którymi nas karmią, wskazują, jak mało jesteśmy poważani. Poziom nieszanowania medyków przez ludzi władzy od wielu lat jest na niezwykle wysokim poziomie, a to oczywiście przekłada się na negatywne nastroje w społeczeństwie. Dziś wydaje się, że skoro jesteśmy potrzebni i tak dużo się o nas mówi, to dobry czas na zmiany. **Epidemia powinna być więc punktem zwrotnym w myśleniu o opiece zdrowotnej w Polsce.**

Barierą zawsze były kwestie polityczne. Teraz, w obliczu choroby, która dotyka wszystkie społeczeństwa świata, powinny one mieć znaczenie najmniejsze. Taka sytuacja długo się nie powtórzy. We władzach krajowych są przedstawiciele zawodów medycznych, którzy przecież mają rozeznanie w temacie i znają od podszewki polski system ochrony zdrowia. Mają też wpływ na innych decydentów, w tym na prezydenta, premiera i parlament.

Liczę, że podejmą próbę przeprowadzenia prawdziwych zmian w systemie ochrony zdrowia. Bo wszyscy, którzy w niej pracujemy, oraz pacjenci, którymi przecież także jesteśmy, mamy dosyć pustych słów. I jeśli, drodzy politycy, myślicie, że ktoś to za was zrobi, to się grubo mylicie. Lepszej okazji też już nie będzie. Zapiszcie się w historii, zanim ruszy kolejna fala emigracji pracowników służby zdrowia, a średnia wieku tych, co zostaną, wzrośnie o kolejnych kilka lat. **Zapewnijcie godne warunki pracy i wynagrodzenia tym, którzy dbają o wasze życie i zdrowie. Bo czyż macie coś cenniejszego?**

Decyzje muszą zapaść tu i teraz! Domagam się – bo czas proszenia dawno minął – jako profesjonalista i pacjent: nie bójcie się prowadzić dialogu z tymi, którzy są służbą zdrowia. Wybaczcie szczerą, ale bez nas, medyków, nie macie szans na leczenie kogokolwiek z czegokolwiek. W centrum tych działań powinien być pacjent. Tak tylko przypominam, jakby świat zapomniał, że ochrona zdrowia to nie tylko biurokracja i urzędnicy, ale przede wszystkim realny, często bolesny (również w sensie emocjonalnym) proces leczenia.

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

Kalendarium działań KIF

7 maja 2020

- KIF publikuje stanowisko w sprawie samodzielności zawodowej fizjoterapeutów będącej jednym z fundamentów tej profesji zawartych w Ustawie o zawodzie fizjoterapeuty.

14 maja 2020

- Krajowa Izba Fizjoterapeutów apeluje w sprawie urealnienia wyceny fizjoterapii we wszystkich zakresach oraz zachęca świadczeniodawców do wysłania opinii w tej sprawie do NFZ wraz z informacją o realnych kosztach prowadzenia działalności, w ramach której realizowane są świadczenia rehabilitacyjne.

19 maja 2020

- KIF zgłasza szereg poprawek do projektu zarządzenia prezesa NFZ zmieniającego warunki zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacji leczniczej oraz programach zdrowotnych w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

20 maja 2020

- KRF publikuje rekomendacje dla organizatorów szkoleń i fizjoterapeutów w zakresie organizacji i realizacji szkoleń podyplomowych.

10 czerwca 2020

- KIF publikuje rekomendacje dla fizjoterapeutów pracujących w uzdrowiskach.

29 maja 2020

- Rząd publikuje rozporządzenie przewidujące zniesienie z dniem 16 czerwca 2020 r. czasowego ograniczenia wykonywania działalności leczniczej w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. KRF zgłasza uwagi do treści rozporządzenia.

26 maja 2020

- KIF zwraca się do ministra zdrowia z wnioskiem o pilne opublikowanie wytycznych w zakresie przeprowadzenia testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u pacjentów skierowanych do lecznictwa uzdrowiskowego oraz wytycznych w obszarze samej realizacji świadczeń.

25 maja 2020

- KRF podsumowuje działania społeczne związane z pomocą dla koleżanek i kolegów, którzy w związku z epidemią znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej. Izba przeznaczyła na ten cel 1 mln zł z pieniędzy pochodzących ze składek.

21 maja 2020

- Drugie specjalne wydanie „Głosu Fizjoterapeuty”, w całości poświęcone sytuacji związanej z epidemią COVID-19.



Fot. <https://pl.freepik.com/>

Zdaliśmy egzamin z zaufania

Dzień, w którym rząd odmroził rehabilitację po prawie półtoramiesięcznej przerwie, stał się z jednej strony dniem radości, ale z drugiej – dniem wielkiej niepewności.

Od 17 marca praktyki fizjoterapeutyczne oraz podmioty świadczące działalność leczniczą w obszarze rehabilitacji mogły zgłaszać poprzez Portal Fizjoterapeuty zawieszenie przyjmowania pacjentów. Jedni zrobili to jeszcze tego samego dnia, a inni stopniowo wygaszali swoją działalność. W rozmowach prowadzonych z koleżankami i kolegami z gabinetów prywatnych słychać było głos rozsądku. Wydawali się spokojni. Wielu uważało, że zawieszenie działalności jest konieczne ze względu na zdrowie pacjentów, a poza tym byli przekonani, że to nie potrwa długo. Większość traktowała rozporządzenie z 20 marca ws. ogłoszenia stanu epidemii za obligatoryjny zakaz prowadzenia działalności rehabilitacyjnej, nie zwracając uwagi na zapis dotyczący możliwości odstąpienia od niego. Już po Wielkanocy, czyli po zaledwie trzech tygodniach, do KIF zaczęły spływać pytania, jak długo jeszcze będzie ono obowiązywać. Zgłaszali się w tej sprawie i fizjoterapeuci, i pacjenci. Z tego powodu sztab kryzysowy powołany przy KIF podjął

decyzję o przygotowaniu rekomendacji, które następnie uruchomiły całą serię pozytywnych zdarzeń i ostatecznie – odmrożenie fizjoterapii.

W tym miejscu pragnę podkreślić, że praktyki i podmioty lecznicze świadczące usługi całkowicie komercyjnie mogły liczyć w tym okresie tylko i wyłącznie na wsparcie ze strony rządu (tarcze antykryzysowe). Jak wiemy, z pomocą w postaci zawieszenia płatności składek ZUS było różnie. Niektórzy, już we własnym zakresie, negocjowali redukcję kosztów np. obniżkę wysokości czynszu. Krajowa Izba Fizjoterapeutów uruchomiła wsparcie socjalne dla swoich członków.

Obawy rosły. Zaczęły padać też pytania o to, czy wrócimy do takiego samego sposobu funkcjonowania jak kiedyś, czy pacjenci nam zaufają oraz jak poradzimy sobie ze wzrostem kosztów wynikającym z konieczności zakupu niezbędnych materiałów zabezpieczających. Krajowa Izba Fizjoterapeutów przygotowała webinary, które rozwiewały wiele wątpliwości za-



Fot. <https://pl.freepik.com/>

Największym wyzwaniem jest jednak odbudowanie zaufania pacjentów. Na podstawie informacji płynących od koleżanek i kolegów prowadzących gabinety, ale też moich własnych doświadczeń, mogę powiedzieć, że to się udaje.

równie osób świadczących usługi komercyjnie, jak i tych pracujących w placówkach funkcjonujących w ramach NFZ. W sumie zrealizowaliśmy cztery takie spotkania. W pierwszych brało udział wielu zainteresowanych, w ostatnim zaledwie 150 osób, co świadczy o wyczerpaniu tematu.

Z własnego doświadczenia wiem, że pierwszy tydzień w ambulatorium to było tzw. badanie pola minowego. Pacjenci różnie podchodzili do sprawy. Jedni bez wahania umawiali się na terapię, a inni mówili, że zrobią to może za tydzień lub w najbliższej przyszłości. Do Izby docierały informacje, że gabinety komercyjne nie miały większego problemu z zastosowaniem reguł podanych w rekomendacjach KIF oraz Ministerstwa Rozwoju. Elementem, który ułatwił wdrożenie zasad w gabinecie komercyjnym, jest indywidualna praca z pacjentem. Umawianie pacjentów pojedynczo na konkretne godziny sprawia, że jesteśmy w stanie nie dopuścić do ich kontaktu ze sobą nawzajem i tworzenia się tłumu w poczekalni. Mamy czas na przeprowadzenie ankiety aktualizacyjnej oraz zbadanie temperatury. Inaczej jest w poradniach, przychodniach i zakładach rehabilitacji działających w ramach NFZ, gdzie liczba pacjentów jest większa, a pacjent umawiany na konkretne zabiegi.

Największym wyzwaniem jest jednak odbudowanie zaufania pacjentów. Na podstawie informacji płynących od koleżanek i kolegów prowadzących gabinety,

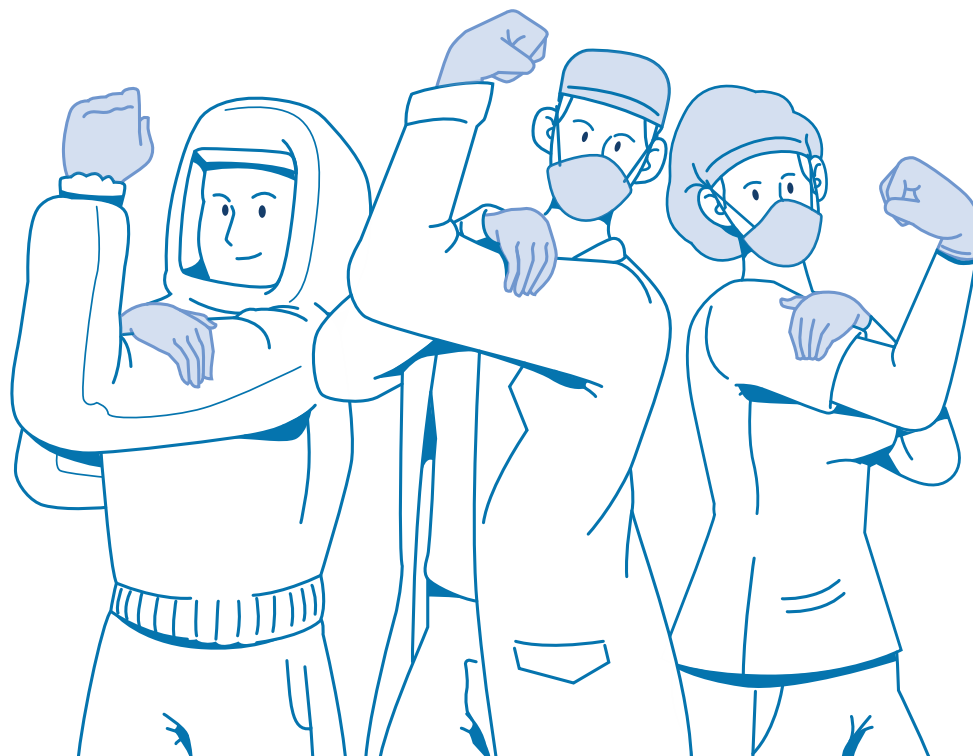
ale też moich własnych doświadczeń, mogę powiedzieć, że to się udaje. Z tygodnia na tydzień wzrasta liczba godzin fizjoterapii, a w niektórych przypadkach osiągnięto znów stan sprzed zamrożenia. To świadczy o tym, że funkcjonujemy jako przedstawiciele samodzielnego zawodu medycznego, gwarantujemy bezpieczeństwo i rozumiemy potrzeby pacjentów. Dzięki temu zdajmy ten egzamin z zaufania pacjenta do fizjoterapeuty.

W tym miejscu chciałem bardzo podziękować wszystkim tym osobom w KIF, z którymi mogłem w sposób bardzo odpowiedzialny i profesjonalny opracować rekomendacje do odmrażania rehabilitacji, a następnie przygotować webinary. Dziękuję też wszystkim koleżankom i kolegom fizjoterapeutom za aktywny udział w naszych spotkaniach. Gratuluję wszystkim praktykom i podmiotom leczniczym odwagi w powrocie do pracy w zakresie rehabilitacji.



Paweł Adamkiewicz

Wiceprezes KRF
ds. promocji zawodu
i gabinetów prywatnych



Fizjoterapia na nowo

Ostatnie trzy miesiące to nie było wyzwanie dla fizjoterapeutów – to była seria wyzwań! Bardzo szybko musieliśmy przyzwyczajać się do ciągle zmieniających się warunków, w których przychodziło nam funkcjonować. Od całkowitego zawieszenia działalności, przez telerehabilitację i pracę z pacjentami wymagającymi pilnej interwencji, po ponowne otwarcie gabinetów. Jak pisze Paweł Adamkiewicz: „Dzień, w którym rząd odmroził rehabilitację po prawie półtoramiesięcznej przerwie, stał się z jednej strony dniem radości, ale z drugiej – dniem wielkiej niepewności”.

Koronawirus wciąż jest z nami i zapewne jeszcze jakiś czas (oby jak najkrótszy!) pozostanie. O fizjoterapii w czasie, gdy większość gabinetów była zamknięta oraz o „nowym otwarciu” opowiadają fizjoterapeuci oraz pacjenci.



Fot. Archiwum pryw. W. Romanowski

Wojciech Romanowski

Fizjoterapeuta.

Współwłaściciel Centrum Rehabilitacji GR Grzegorz Gałuszka & Wojciech Romanowski w Bielsko-Białej. Specjalizuje się głównie w pracy z pacjentami neurologicznymi.

Zaufanie pacjenta jest dla nas bardzo ważne

Wierzymy, że nasze zaangażowanie w pracę i uczciwe traktowanie człowieka, który powierza nam swój czas i zdrowie, buduje relację, która przetrwa na długo – o powrocie do pracy opowiada fizjoterapeuta Wojciech Romanowski.

12 marca br. po południu odwołaliśmy zapisanych pacjentów i – nie zastanawiając się dłużej – zamknęliśmy placówkę. Czas izolacji miał dla nas różne oblicza. Na początku był strach przed nieznanym. Zaczęliśmy się zastanawiać, co dalej będzie z firmą, z pacjentami. Jak oni sobie poradzą w domach, jak ich wesprzeć w tym okresie? Zamykając nasze Centrum, byliśmy pewni, że po 2 tygodniach wrócimy do pracy. Dość szybko napływające z Polski informacje zweryfikowały to przekonanie. Myślałem, że po 4–6 tygodniach wrócimy do pacjentów. W naszym przypadku skończyło się na ponad 7 tygodniach. Informacja o odmrożeniu była dla mnie nie lada zaskoczeniem. To było pomieszanie radości z obawą. Dlaczego? Bo zamknęliśmy Centrum, kiedy było dziennie 5–10 przypadków zachorowań w Polsce, a otwieramy, kiedy każdego dnia jest 300–400.

Praca w maseczce to nie wyczyn

Pierwszy tydzień po powrocie do pracy też był pełen emocji. Pracowaliśmy po 3–4 godziny dziennie, bo pacjenci też byli zaskoczeni informacją o otwarciu gabinetów i nie byli na to jeszcze mentalnie gotowi, terapeuci uczyli się procedur bezpiecznej pracy. Mamy ten przywilej, że nasze Centrum jest już na rynku kilkanaście lat i pacjenci są z nami od dłuższego czasu. Doceniają to, że w pełni stosujemy się do wszystkich procedur. Zamknęliśmy poczekalnię, wykonujemy pomiary temperatury, zbieramy wywiad epidemiologiczny, pacjent dezynfekuje dłonie i dopiero wchodzi do gabinetu. Pracujemy z pacjentami 1:1 w gabinetach, które są dezynfekowane, wietrzone po każdej wizycie.

Fizjoterapię prowadzimy w maseczkach i w rękawiczkach. Czy to jest dla nas problem? Nie. Myślę o innych służbach medycznych, które wytrzymują w kombinezonach, goglach i maseczkach całe dni. Wszystkim im trzeba złożyć za to ogromne podziękowanie, bo to ogromny wysiłek. Przy tym nasza praca w maseczkach to żaden wyczyn. To jest utrudnienie, bo przy pracy z pacjentem ortopedycznym czy neurologicznym ważne jest „czytanie” z jego twarzy. „Zamaskowanie” powoduje, że nie widać mimiki. Uczymy się rozpoznawać reakcje pacjenta po jego oczach, ale też inaczej zadajemy mu pytania, żeby uzyskać pełniejszy obraz sytuacji.

Samochód na kwadratowych kołach

Podsumowując pierwsze dwa tygodnie powrotu do pracy, mogę je porównać do jazdy samochodem na kwadratowych kołach. Było trochę strachu o siebie, o personel, o pacjentów, o to, żeby sprostać procedu-

rom i uczynić naszą pracę bezpieczną. Chcieliśmy bardzo pracować, czując jednocześnie dużo ograniczeń. Z czasem to napięcie opadło. Reżim związany z epidemią stał się częścią naszej pracy.

Pacjenci też powoli przystosowują się do nowej sytuacji. Zaczynają rozumieć, że taki rygor będzie nam długo towarzyszył. Pracujemy z pacjentami neurologicznymi, ortopedycznymi, a dla nich brak rehabilitacji może mieć fatalne skutki. Zaufanie między nami

budujemy m.in. poprzez trzymanie się ustalonych procedur. Nawet jeśli pacjent jest z nami długo i znamy się od lat, to nie odpuszczamy środków ostrożności. Ludzie to szanują, rozumieją, że dbamy o siebie oraz ich samych. Wierzimy, że nasze zaangażowanie w pracę i uczciwe traktowanie człowieka, który powierza nam swój czas i zdrowie, buduje relację, która przetrwa na długo.

AM

Dobra organizacja pracy to podstawa!

– Otwierając gabinet po lockdownie mieliśmy świadomość, że sytuacja może się różnie układać. Zagrożeń jest wiele, jak chociażby to, że i wśród nas są osoby zakażone koronawirusem, ale nie mające charakterystycznych objawów choroby – o powrocie do pracy po odmrożeniu fizjoterapii opowiada Tomasz, fizjoterapeuta prowadzący niewielką prywatną placówkę rehabilitacji na południu Polski.

Zgodnie z wytycznymi i z zachowaniem zalecanego reżimu sanitarnego 4 maja rozpoczęliśmy przyjmowanie pacjentów. A już tydzień później sanepid nas poinformował, że jeden z naszych fizjoterapeutów miał kontakt z osobą, u której w badaniu przesiewowym na obecność wirusa SARS-CoV-2 wyszedł wynik dodatni. W konsekwencji ten fizjoterapeuta został objęty kwarantanną i zakwalifikowany do pobrania wymazu. Po dwóch dniach test wykonano i rozpoczęło się oczekiwanie na wynik.

Wielokrotne próby kontaktu z urzędnikami sanepidu okazały się daremne, ale biorąc pod uwagę liczbę spraw, które spadły na tę instytucję, jest to zrozumiałe. Finalnie, po trwającej dwa tygodnie kwarantannie, otrzymaliśmy informację, że nasz fizjoterapeuta ma ujemny wynik testu i może wrócić do pracy. Za ten okres ma mu zostać wypłacone świadczenie z ZUS, ale decyzja administracyjna w tej sprawie nie została nam jeszcze dostarczona.

Czego nauczyła nas ta sytuacja?

Na kwarantannę skierowano wyłącznie pracownika mającego kontakt z osobą zakażoną. Pozostali nadal mogli przyjmować pacjentów, nie doszło do całkowitego zamknięcia placówki. Było to możliwe dzięki temu, że prowadzimy wyłącznie indywidualną pracę z pacjentem i zadbaliśmy o optymalną organizację

ruchu pacjentów. Najważniejsze jest to, że się ze sobą nie stykają w poczekalni. Między kolejnymi osobami jest 10–15 minut przerwy, podczas której fizjoterapeuta dezynfekuje stanowisko pracy i wietrzy pomieszczenie.

Należy mieć świadomość, że mimo pozytywnego wywiadu epidemiologicznego, prawidłowej temperatury ciała i braku jakichkolwiek objawów choroby, nasz pacjent może być zakażony koronawirusem. Stąd tak ważne jest przestrzeganie rygoru sanitarnego i ustalenie bezpiecznego grafiku pracy zespołu. Gdyby nie to, w naszym przypadku kwarantanna mogłaby objąć nie tylko fizjoterapeutę, ale i kilkoro pacjentów oczekujących w poczekalni.

Mimo obaw nasi pacjenci wracają na fizjoterapię. Zwłaszcza ci mający nasilone dolegliwości lub będący po urazach. Nie jest to jednak tak liczna grupa jak przed lockdownem, ale też my jesteśmy w stanie przyjąć mniej osób ze względu na konieczną dezynfekcję, która zabiera czas. Poza tym praca w masce ochronnej jest bardzo męcząca. Ciężko jest mi sobie wyobrazić, że tak miałyby wyglądać nasza praca jeszcze przez wiele miesięcy. Ale najważniejsze jest bezpieczeństwo – nasze i pacjentów.

Od redakcji: Na życzenie bohatera nie podajemy jego nazwiska i miejsca pracy.

AM



Fot. Archiwum pryw. A.Niewiński

Donieść mógł każdy

Dr n. o zdr. Andrzej Niewiński

Założyciel Artros Rehabilitacja Andrzej Niewiński w Białymstoku, w którym kieruje zespołem fizjoterapeutów. Specjalizuje się w rehabilitacji stawów obwodowych, a szczególności st. ramiennego i st. kolanowego oraz kręgosłupa. Dyplomowany Międzynarodowy Terapeuta Medycyny Ortopedycznej wg Cyriaxa oraz certyfikowany terapeuta metody PNF, pedagog – asystent, Kierownik Pracowni Terapii Manualnej i Masażu Leczniczego w Klinice Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, członek ESSKA (European Society of Sports Traumatology Knee Surgery and Arthroscopy). 21 lat doświadczenia zawodowego w pracy z pacjentami.

– Policjanci zasugerowali, że skontaktował się z nimi ktoś z naszej branży – o kontroli w gabinecie mówi Andrzej Niewiński, dr nauk o zdrowiu i fizjoterapeuta.

Prowadzę prywatną placówkę Artos Rehabilitacja Andrzej Niewiński w Białymstoku, w której specjalizujemy się w fizjoterapii ortopedycznej i neurologicznej. Z powodu pandemii 16 marca zamknęliśmy placówkę, ale na krótko. Szybko okazało się, że musimy nieść pomoc wielu pacjentom po zabiegach operacyjnych z ryzykiem zakrzepicy i innych powikłań. Zgłaszali się do nas także pacjenci kardiologiczni po zawałach serca.

Musiałem dokonać reorganizacji pracy w gabinecie, żeby pacjenci się ze sobą nie kontaktowali. Nie było to aż tak trudne, ponieważ moja placówka ma 500 m². Dzięki temu każdy fizjoterapeuta mógł pracować z pacjentem w oddzielnym gabinecie. Oczywiście zastosowaliśmy też wszystkie środki ostrożności, rozpoczęliśmy bezdotykowe mierzenie temperatury pacjentom, każdy pacjent wypełniał klauzulę dotyczącą COVID-19, zakupiliśmy rękawiczki, maseczki, żele dezynfekujące.

Kontrola policji

Pewnego dnia pod mój gabinet podjechał patrol policji. Oczywiście panowie chcieli wejść do środka, ale nie mieli maseczek, więc nie zezwoliłem na to. Poprosiłem, żeby poczekać na zewnątrz, aż skończę pracę z pacjentem i dopiero wtedy do nich wyszedłem.

Okazało się, że ktoś złożył na nas donos, zarzucając, że w placówce dochodzi do nielegalnego gromadzenia się ludzi. Nie było to prawdą. Na dużej powierzchni było dwóch pacjentów, jeden kończył zabieg, a ja ze swoim miałam pracę dopiero zaczynać. Pacjenci nie mieli nawet szansy, żeby się ze sobą skomunikować.

Zarzucono nam też, że w placówce fizjoterapeuta prowadzi rehabilitację mimo zakazu. Wyjaśniłem, przytaczając rekomendację KIF, że możemy prowadzić działalność w określonych przypadkach (jeden z funkcjonariuszy wiedział, że jest taka możliwość).

Policjanci przeprowadzili niezbędne czynności służbowe, dopytali o szczegóły funkcjonowania gabinetu w czasie pandemii. Rozmowa przebiegła w sympatycznej atmosferze, funkcjonariusze wykazali się dużym zrozumieniem. Wszystko wyjaśniłem i żadnej kary na mnie nie nałożyli. Uścisnęliśmy sobie dłonie w rękawiczkach.

Inny fizjoterapeuta?

Chciałem się dowiedzieć, kto się z nimi skontaktował i dlaczego coś takiego zrobił. Nie poznałem nazwiska tej osoby. Panowie powiedzieli tylko, że musimy bardziej zacieśnić więzy w naszym środowisku, bo na razie chyba sobie przeszkadzamy. Dali mi do zrozumienia, że doniósł na nas ktoś z naszej branży, ale nie mam pewności, czy taka jest prawda. Donieść mógł każdy.

Cała sytuacja była dla nas przykra. Wystraszony był każdy z fizjoterapeutów. Na wszelki wypadek jeszcze bardziej ograniczyłem nam ilość pracy, liczbę pracujących jednocześnie fizjoterapeutów, wprowadziłem system zmianowy. Część fizjoterapeutów dalej prowadziła swoich pacjentów, część pacjentów sama zrezygnowała. Zostali tylko ci, którzy wymagali stałej fizjoterapii.

Obecnie wracamy już do nowej rzeczywistości. Starsi pacjenci jeszcze obawiają się powrotu. Niektórym z tych, którzy boją się przyjść do gabinetu, pomagamy telefonicznie, np. instruujemy, jak mogą sobie pomóc, gdy bolą ich plecy. Takich osób jest jednak garstka, większość już wróciła na rehabilitację.

AM, AGC



Fot. Archiwum prywatne A.Kloze

Dr Anna Kloze

Fizjoterapeutka pediatryczna, wykładowczyni akademicka warszawskiej AWF, pracuje w Ośrodku Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną. Placówka zajmuje się dziećmi z niepełnosprawnościami oraz dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością. Ośrodek obejmuje opieką dzieci od urodzenia do 7. roku życia i wspiera około dwóch tysięcy rodzin.

Wciąż jest wiele niewiadomych

– Przed pandemią w regularnej opiece terapeutycznej mieliśmy 500 dzieci tygodniowo. Do chwili obecnej na terapię zdecydowało się około 200 rodzin – o wyzwaniach przed jakimi stoją duże ośrodki rehabilitacyjne opowiada dr Anna Kloze z Ośrodka Wczesnej Interwencji PSONI w Warszawie.

Od połowy marca, przez niemal dwa miesiące lockdownu, nie prowadziliśmy zajęć stacjonarnych, a w kontakcie z rodzinami pacjentów byliśmy wyłącznie poprzez systemy teleinformatyczne. Nasz ośrodek prowadził na dużą skalę telekonsultacje lekarskie, psychologów i psychiatrów byli w stałym kontakcie z najbardziej potrzebującymi rodzinami. Pod naszą opieką pozostaje wiele dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Kontakt ze specjalistą pozwalał rodzicom i dzieciom lepiej odnaleźć się w czasie izolacji. Fizjoterapeuci prowadzili wideokonsultacje, rozmowy telefoniczne oraz porady emailowe. Pedagodzy i logopedzi przygotowywali i publikowali na naszej stronie internetowej zestawy różnorodnych ćwiczeń do wykonywania z dziećmi w domu.

Powrót etapami

Gdy możliwe było ponowne otwarcie placówki, rozpoczęliśmy wdrażanie terapii etapami. Najpierw na zajęcia wróciły najmłodsze dzieci. Zaczęliśmy od przyjmowania niemowląt, których pobyt w ośrodku nie wymaga organizacji dodatkowych sesji np. pedagogicznych czy logopedycznych. W połowie maja ruszyła rehabilitacja starszych dzieci oraz konsultacje. Zastosowaliśmy taki podział, bo wynika on z trybu w jakim pracujemy. Najmłodszy pacjent przebywa w ośrodku do godziny, dzieci nieco starsze dwie godziny, najstarsze mają do trzech godzin terapii dziennie.

Nowe rygory sanitarne zmusiły nas do wprowadzenia szeregu zmian. Jedną z nich jest to, że do placówki z niemowlęciem może wejść wyłącznie jeden opiekun, natomiast starsze dzieci rodzice odprowadzają do drzwi wejściowych i tam przekazują terapeutę prowadzącemu zajęcia. Dotychczas rodzice byli przyzwyczajeni, że mogą uczestniczyć w konsultacjach i podczas terapii dziecka w większym gronie. Często małemu pacjentowi oprócz rodzica towarzyszyło rodzeństwo. Nierzadko spowodowane było to tym, że rodzic nie miał z kim zostawić pozostałych dzieci w domu.

„Polowa” poczekalnia

Organizacja przyjęć pacjentów w ośrodku wiąże się z koniecznością dezynfekcji powierzchni, wszystkich sprzętów i zabawek oraz wietrzenia sali terapeutycznej po każdym zajęciu. Jest to szczególnie utrudnienie dla dzieci, które mają zaplanowany więcej niż jeden blok zajęć dziennie. W czasie dezynfekcji dziecko wraca bowiem pod opiekę rodzica i oboje kierowani są do... namiotów. To kolejna „nowość”. Ze względu na fakt, iż musieliśmy zrezygnować z klasycznej poczekalni wewnątrz

ośrodka, przed placówką rozstawiliśmy wojskowe namioty wypożyczone od Wojsk Obrony Terytorialnej. To „polowa” poczekalnia, w której rodzice i dzieci w chłodne i deszczowe dni spędzają czas w oczekiwaniu na kolejne zajęcia lub opiekunowie na zakończenie wizyty dziecka.

Kolejnym wyzwaniem okazała się organizacja wjazdu na teren placówki pacjentów w wózkach. Ze względów sanitarnych nie chcieliśmy, żeby do ośrodka wjeżdżały wózki „prosto z ulicy”. Jednak nieludzkie jest wydać taki zakaz rodzicowi, który w pojedynkę musiałby przenieść kilkunastokilogramowe dziecko od drzwi wejściowych do gabinetu, gdzie odbywają się zajęcia terapeutyczne. Dlatego kupiliśmy specjalne maty odkażające, po których przejeżdżają wózki zanim dostaną się na teren placówki.

Standardowo kontrolujemy osoby wchodzące do ośrodka. Oddelegowani pracownicy – nasi fizjoterapeuci, pedagodzy i logopedzi – przed wpuszczeniem pacjenta na teren ośrodka sprawdzają temperaturę zarówno dziecku, jak i opiekunowi, zbierają wywiad epidemiologiczny, dbają o wypełnienie ankiety wstępnej kwalifikacji lub aktualizacyjnej. Staramy się też, aby osoby przychodzące do naszej placówki nie spotykały się ze sobą. Zaplanowaliśmy ruch w ośrodku w taki sposób, że wyodrębniliśmy osobne wejście i wyjście z placówki.

Wielkie wyzwanie

Praca z naszymi podopiecznymi w zmienionych warunkach niesie ze sobą dużo problemów. Wcześniej mogliśmy liczyć na pomoc opiekuna w sytuacjach np. związanych z potrzebami fizjologicznymi dziecka. Obecnie to terapeuta pomaga pacjentowi w takiej sytuacji. Nie wszystkie dzieci reagują na to dobrze.

Przed pandemią w regularnej opiece terapeutycznej mieliśmy 500 dzieci tygodniowo. Do chwili obecnej na terapię powróciło około 200 rodzin. W pierwszej kolejności zdecydowali się rodzice niemowląt oraz ci, których dzieci są gotowe na to, aby ćwiczyć bez obecności opiekuna. Dla niektórych może to być stresujące doświadczenie. Oczywiście w szczególnych przypadkach, np. gdy dziecko jest podłączone do specjalistycznej aparatury medycznej lub bezwzględnie wymaga obecności rodzica, opiekun jest wpuszczany do ośrodka i uczestniczy w terapii. Z dziećmi, które nie zgłosiły jeszcze możliwości powrotu na zajęcia, cały czas mamy kontakt poprzez systemy teleinformatyczne. Wciąż czekają na nie miejsca w grafiku.



Na zdjęciach: namiot-poczekalnia oraz mata dezynfekcyjna
Fot. Arch. pryw. A. Kloze

Podsumowując: Dla większości rodziców dużym wyzwaniem jest to, że nie mogą towarzyszyć dziecku na zajęciach. Dla nas najtrudniejsze jest ułożenie grafików z uwzględnieniem przerw na dezynfekcje, odprowadzenie i ponowne przyprowadzenie dziecka oraz zapewnienie bezpiecznego „ruchu” pacjentów w ośrodku. Z całą pewnością mierzymy się z większym wyzwaniem logistycznym niż niewielkie placówki mające kilkunastu pacjentów dziennie. Przed nami reorganizacja zajęć grupowych oraz przygotowanie grafiku wakacyjnego. To duże przedsięwzięcie w obecnych warunkach, gdzie więcej jest niewiadomych niż tych wiadomych.

AM



Fot. Arch. pryw. P.Górski

Piotr Górski

Mgr rehabilitacji ruchowej z 25-letnim stażem, specjalista rehabilitacji I stopnia, specjalista osteopata, pracuje w prywatnym gabinecie na warszawskim Mokotowie.

Trudne decyzje dla dobra pacjentów

Być może ryzykowałem, przyjmując pacjentów wtedy, kiedy większość gabinetów była zamknięta, ale mam ogromną satysfakcję, że mogłem im pomóc.

Od połowy marca, kiedy kolejne rozporządzenia rządu zamykały poszczególne działy gospodarki, gabinet pustoszał. Drastycznie spadła liczba pacjentów. Do tego stopnia, że w którymś momencie nie było ich już ich wcale. Ale ja nie zamknąłem swojej praktyki fizjoterapeutycznej.

Nie mogłem zostawić pacjentów

W zespole już wcześniej przygotowaliśmy informacje dla pacjentów i wdrażaliśmy procedury sanitarne. Prosiłiśmy np. o niedotykanie klamek czy niepodawanie rąk na powitanie. Dezynfekowaliśmy gabinety. Zaczęliśmy też nosić maski. Dla mnie było to zresztą dość naturalne zachowanie. Pracuje tuż nad pacjentem i zazwyczaj dużo do niego mówię, więc maseczka jest jak najbardziej wskazana.

Mimo obaw związanych z potencjalnym zagrożeniem koronawirusem, ale również wynikających z potencjalnych nieprzyjemności ze strony władz, byłem dostępny dla najbardziej potrzebujących pacjentów. Dużo pracuję z osobami przed lub tuż po operacjach neurochirurgicznych i nie wyobrażam sobie, że można ich zostawić bez pomocy. Zresztą, dla bezpieczeństwa obu stron, najczęściej moi pacjenci mieli skierowanie na rehabilitację od lekarza prowadzącego.

W tym najtrudniejszym czasie miałem wielu pacjentów, ale troje z nich zapamiętałem szczególnie. Dla nich brak konsultacji z fizjoterapeutą mógł się skończyć poważnymi konsekwencjami medycznymi.

Pierwszy to mężczyzna, który po artroskopowej rekonstrukcji barku i długim unieruchomieniu w ortozie wymagał natychmiastowej fizjoterapii. Trafił do mnie przez przypadek w czasie, gdy prawie wszystkie gabinety w Warszawie były już zamknięte.

Również trochę przypadkowo znalazła mnie młoda kobieta, która właśnie opuściła szpital z masywną przepukliną i objawami neurologicznymi (opadającą stopą). Po konsultacji skierowałem ją do neurochirurga – pacjentka jest już szczęśliwie po operacji i ma sprawną stopę.

Kolejna pani, którą pandemia zastała w trakcie diagnozy, nawet nie miała z kim skonsultować swoich badań obrazowych. Również trafiła już na stół neurochirurga i niedługo rozpocznie rehabilitację po operacji.

Fizjoterapeuta to zawód medyczny

Być może ryzykowałem, przyjmując tych czy innych pacjentów, ale mam ogromną satysfakcję, że mogłem im pomóc. W końcu jesteśmy przedstawicielami zawodu medycznego. Pojawiające się w przestrzeni publicznej wypowiedzi zrównujące fizjoterapię z usługami fryzjerskimi są nie tylko wyrazem braku szacunku, ale i niezrozumienia naszej profesji.

Przypominam, że pierwszą ofiarą COVID-19 wśród pracowników służby zdrowia w Polsce był fizjoterapeuta z Radomia, który pracował z ciężko chorymi pacjentami i nie mógł ich pozostawić bez opieki.

„Grafik pandemiczny”

Pacjenci powoli zaczynają wypełniać gabinet, ale możemy przyjąć o połowę mniej osób niż normalnie. Pracujemy w tzw. „grafiku pandemicznym”, czyli uwzględniamy w nim czas potrzebny na dezynfekcję powierzchni po każdym pacjencie i wietrzenie po-

mieszczeń. Również lekarze neurochirurdzy dopiero powoli wracają do operowania kręgosłupów, a to oznacza dla mnie mniej pracy.

Ciekawe, że nie ma dnia, abym nie konsultował osób z dolegliwościami bólowymi pleców wywołanymi długotrwałym siedzeniem. Mówią, że w trybie home office pracują dłużej niż zwykle. Można też przypuszczać, że domowe biurka i krzesła nie zawsze są odpowiednio dla nich dobrane, więc będą nam się pojawiać nowi pacjenci.

AM



Fot. Archiwum pryw. M.Wendt

Michał Wendt

Fizjoterapeuta z ponad 10-letnim stażem, prowadzi praktykę fizjoterapeutyczną, pracuje również jako pracownik naukowo-dydaktyczny na AWF w Poznaniu. Prowadzi fizjoterapię ortopedyczną i neurologiczną, zwłaszcza u pacjentów po udarach.

Nie mogliśmy zmarnować efektów wieloletniej fizjoterapii

O przyjmowaniu pacjentów w trakcie lockdownu opowiada Michał Wendt, fizjoterapeuta i wykładowca na AWF w Poznaniu.

Gdy w marcu zamykała się większość gabinetów fizjoterapeutycznych w Polsce, również ja podjąłem taką decyzję. Wspólnie z pacjentami uznaliśmy, że rozsądnie będzie zrobić dwutygodniową przerwę w terapii. I obserwować rozwój sytuacji.

W tym czasie byłem „pod telefonem” dla moich stałych pacjentów, gdyby któryś z nich potrzebował jakiejś porady albo pilnej pomocy. Świadomość tego, że mogą się ze mną zawsze skonsultować, była dla nich bardzo uspokajająca. Sam wykorzystałem to nieoczekiwane „wolne” na własną pracę naukową.

Po wyznaczonych dwóch tygodniach część pacjentów zaczęła zgłaszać pogorszenie swojego stanu funkcjonalnego. Miałem wtedy dylemat, co robić. Czuję się jednak odpowiedzialny za moich pacjentów i miałem poczucie, że nie możemy dopuścić do zmarnowania efektów wieloletniej fizjoterapii. Dlatego ponownie zacząłem spotykać się z tymi najbardziej potrzebującymi – wdrożyłem wizyty domowe, naturalnie z zachowaniem wszelkich środków ostrożności. W tym okresie zgłosiło się też kilka osób z ostrymi stanami przeciążeniowymi kręgosłupa, które z bólu nie były w stanie wstać z łóżka.

Co ciekawe, w maju, kiedy było już możliwe normalne przyjmowanie pacjentów, większość nadal wybierała wizyty domowe. Sporadycznie umawiali się ze mną w gabinecie, co zapewne było związane z ich obawami wynikającymi z obecnej sytuacji epidemicznej. Ale już powoli wracamy do normalności. Z tygodnia na tydzień pojawia się coraz więcej pacjentów z lżejszymi dysfunkcjami, a nie tylko ze stanami pilnymi.

Co dalej? Być może druga fala epidemii. I znów wiele niewiadomych...

AM



Fot. Archiwum TOMMED

Aleksandra Bula

Mgr fizjoterapii, kierownik rehabilitacji w wielospecjalistycznym ośrodku medycznym TOMMED w Katowicach. W placówce przyjmowani są pacjenci komercyjni i w ramach kontraktu z NFZ. Rehabilitacja prowadzona jest w trybie ambulatoryjnym, szpitalnym oraz wizyt domowych.

Cieszymy się z powrotu do pracy!

Rygory sanitarne są takie same dla wszystkich gabinetów i powinny być przestrzegane niezależnie od tego, w którym województwie znajduje się placówka – o powrocie do pracy w katowickim ośrodku TOMMED opowiada kierująca tamtejszą fizjoterapią Aleksandra Bula.

Jak większość ambulatoryjnych placówek rehabilitacyjnych w połowie marca zrezygnowaliśmy z przyjęć pacjentów ze względu na zalecenia ministra zdrowia oraz GIS. Nie zostawiliśmy jednak naszych pacjentów bez pomocy. W czasie pandemii służyliśmy im konsultacjami telefonicznymi, a jak tylko było to możliwe, rozpoczęliśmy też teleporady w ramach pracy poradni rehabilitacyjnej. Na bieżąco publikowaliśmy na naszych profilach w kanałach społecznościowych komunikaty i zalecenia oraz przygotowaliśmy materiały wideo zawierające zestaw uniwersalnych ćwiczeń do bezpiecznego wykonywania w domu.

To nie był czas zmarnowany

Zdając sobie sprawę z tego, że powrót do bezpośredniej pracy z pacjentami będzie się wiązał z licznymi ograniczeniami, wykorzystaliśmy „przeistój” na opracowywanie specjalistycznych procedur. Dużą pomocą były dla nas zalecenia GIS i wytyczne przygotowane przez KIF. Po otwarciu placówki nastąpiło wiele zmian w jej funkcjonowaniu. Przede wszystkim, aby zapewnić pacjentom i fizjoterapeutom poczucie bezpieczeństwa, liczba przyjęć została zredukowana aż o 50 procent – ograniczyło to kontakt pacjentów ze sobą na przykład w poczekalni. Dodatkowo wprowadziliśmy osobne wejścia kobiet i mężczyzn, dzięki czemu jeszcze bardziej zredukowaliśmy możliwość wzajemnych spotkań pomiędzy poszczególnymi osobami na terenie placówki.

Przed wizytą przeprowadzana jest telefoniczna ankieta epidemiologiczna i wydawana wstępna zgoda na przyjęcie do ośrodka. Na miejscu każdy pacjent ma mierzoną temperaturę, przeprowadzana jest dezynfekcja oraz wypełniana ankieta określająca obecny stan zdrowia. Gdy pacjent pozytywnie przejdzie przez wszystkie te procedury, udaje się do szatni, a następnie do rejestracji po odbiór karty, skąd od razu jest kierowany przez fizjoterapeutę do odpowiedniego gabinetu.

Przestrzeganie standardowych rygorów sanitarnych to dla nas nie nowość. Zawsze dezynfekowaliśmy stanowiska pracy po każdym pacjencie oraz zapewnialiśmy jednorazowe prześcieradła czy podkłady do elektroterapii. Środki do dezynfekcji rąk czy rękawiczki zawsze były na wyposażeniu każdego stanowiska – to pozostało bez zmian. Pod względem epidemiologicznym to co się zmieniło, to strój terapeutów. Doposażyliśmy naszych pracowników w środki ochrony osobistej takie jak przyłbice, specjalistyczne fartuchy i nakładki na obuwiu. ▶

Obawy na Śląsku

Osoby w podeszłym wieku lub takie, które z powodu licznych schorzeń współistniejących znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, unikają teraz powrotu nie tylko na zabiegi fizjoterapeutyczne, ale również do kontaktów społecznych i pracy zawodowej. To zupełnie zrozumiałe, nie robimy z tego powodu żadnych problemów i oczywiście przychylamy się do prośb naszych pacjentów o przesunięcie bądź odwołanie wizyty. Jako fizjoterapeutka dostrzegam istotną zależność pomiędzy nastawieniem psychicznym pacjenta a osiąganymi efektami terapeutycznymi. Powinien on przede wszystkim chcieć się poddać zabiegom oraz uwierzyć w ich działanie. Bez tych składowych osiągnięcie pozytywnych efektów wymaga znacznie dłuższego czasu. By pacjent mógł spełniać wyżej wymienione warunki, powinien czuć spokój mentalny i mieć poczucie bezpieczeństwa. Obecna sytuacja, w jakiej się znaleźliśmy, spowodowała, że wiele osób boi się wyjść z własnego domu, by nie narażać się na kontakt z wirusami. Zdaniem nie-

których pacjentów to bez znaczenia, czy mają udać się na zabiegi fizjoterapeutyczne, czy do sklepu na zakupy, gdyż sam dojazd środkami komunikacji powoduje niepokój i liczne ograniczenia.

Ciężko jednoznacznie ocenić, jaki wpływ na rezygnację niektórych pacjentów z fizjoterapii miał fakt wykrycia na Śląsku licznych ognisk SARS-CoV-2. Na pewno jednak można stwierdzić, że część pacjentów zmuszona była odwołać wizytę z powodu nałożonej na nich kwarantanny. Rygory sanitarne są takie same dla wszystkich gabinetów i powinny być przestrzegane niezależnie od tego, w którym województwie znajduje się placówka. Wirus może pojawić się wszędzie.

Ciężko w dobie pandemii mówić o pozytywach, jednakże na pewno cała ta sytuacja pokazała, jak wspólnym i zgranym jesteśmy zespołem. Niemożliwe dla nas nie istnieje – z radością i pełni zapału wracamy do pracy z naszymi pacjentami.

AM

HISTORIE PACJENTÓW

Każdy musi zrobić sobie bilans zysków i strat

– Po artroskopii brak rehabilitacji byłby dla mnie większym zagrożeniem niż zachorowanie na COVID-19 – mówi Jan Prasątek, który operacji został poddany tuż przed pandemią.



Fot. www.rklegal.pl/

Jan Prasątek

Adwokat, doktor nauk prawnych

Na początku marca przeszedłem artroskopię barku z powodu zespołu nawykowego wypadania barku. Zgodnie z zaleceniami przez cztery tygodnie od operacji ręka musiała być unieruchomiona, a po upływie miesiąca powinienem rozpocząć fizjoterapię. I wtedy pojawił się problem, bo na początku kwietnia praktycznie wszystkie gabinety były zamknięte. Na jakiś 10 rehabilitantów, do których zadzwoniłem, 8 w ogóle nie przyjmowało, a reszta miała już zbyt wiele zleceń. Udało mi się wreszcie dostać do fizjoterapeuty polecanego przez krewnego, do którego chodzę do dziś dwa razy w tygodniu. Miałem o tyle szczęście, że lekarz wystawił mi skierowanie na rehabilitację – bez tego nie byłoby szans, żeby

w tamtym czasie gdzieś mnie przyjęli.

Nie myślałem zbyt wiele o potencjalnym zarażeniu się COVID-19, bo po prostu musiałem zostać wtedy poddany rehabilitacji. Jej brak byłby dla mojego zdrowia większym zagrożeniem. Poza tym w trakcie spotkania i ja, i fizjoterapeuta mamy maseczki, wszystko jest dezynfekowane. Wiem, że wciąż wiele osób obawia się korzystać z usług fizjoterapeutów. Wszystko zależy od tego, w jakim ktoś jest wieku, na co choruje. Pewnie gdybym miał 70 lat, był po zawale i chorował na cukrzycę, też bym się dłużej zastanawiał. Każdy musi sobie zrobić swój bilans zysków i strat. Ja uznałem, że gorsza dla mnie byłaby niesprawna ręka niż zachorowanie, bo jestem w miarę młody i sprawny, więc zapewne koronawirusa przeszedłbym w miarę łagodnie.

AGC

Zaprzestać fizjoterapii? Nigdy!



Fot. Archiwum pryw.
M. Politańska

Magda Politańska

Jestem po złamaniu kręgosłupa szyjnego. Sparaliżowane mam nogi i niedowład w palcach rąk. I chociaż wypadek miał miejsce 17 lat temu, rehabilitowana muszę być cały czas. Chociażby dlatego, że z powodu niechodzenia pojawiła się w nogach osteoporoza. Poza tym w połowie grudnia miałam operację dłoni, podczas której przeszczepiono mi ścięgna, żeby palce mogły się zginać i prostować. W szpitalu byłam tylko trzy dni, ale potem spędziłam dwa i pół miesiąca w ośrodku rehabilitacyjnym. Opuściłam go w połowie lutego, po czym miałam być dalej rehabilitowana w domu. Niestety za chwilę ogłoszono już stan epidemii i moja fizjoterapia została przerwana.

Przez kolejne dwa i pół miesiąca nie miałam więc terapii dopiero co operowanej ręki. Masowałam ją sobie sama, ale to nie to samo. Myślę, że ten brak rehabili-

tacji przez tak długi czas odbił się na sprawności dłoni. Ale gorsze było chyba jednak to, że nie miałam też dostępu do fizjoterapii, na którą regularnie uczęszczam – nie stałam w barierkach, co zapobiega pogłębianiu się osteoporozy. Jej rozwój to nie są żarty, muszę bardzo uważać przy każdym przesiadaniu się, raz już w jego trakcie zламаłam szyjkę kości udowej. Brak stania sprawił też, że nogi teraz bardziej mnie boją. Muszę więc cały czas ćwiczyć. Epidemia naprawdę mnie dotknęła.

Teraz już wznowiłam fizjoterapię. W ogóle nie miałam obaw przed powrotem. Nie poddaję się tej panice, która zapanowała. Przecież ludzie bali się dzwonić po pogotowie, gdy mieli zawał! Jasne, zachowuję środki ostrożności, ale nie wpadłabym na to, aby zaprzestać fizjoterapii. Dzięki rehabilitacji organizm mam tak dobrze przygotowany, że jak już – jakimś cudem – będą umieli naprawić mi kręgosłup, to moje ciało będzie gotowe!

AGC

Ryzyko jest zbyt duże

Ośmioletni Aleksander rehabilitowany jest całe swoje życie. Choruje na rdzeniowy zanik mięśni, więc fizjoterapia jest mu bardzo potrzebna. Ale też właśnie z powodu tej choroby jego rodzice jeszcze nie zdecydowali się na powrót, o czym opowiada nam jego mama Wirginia Puchalska.

Przed pandemią na fizjoterapię jeździliśmy 4-5 razy w tygodniu. W marcu utknęliśmy w domu. Najpierw tylko wykonywaliśmy te ćwiczenia, których fizjoterapeuci nauczyli nas przez te wszystkie lata. Potem doszła fizjoterapia online – korzystamy z niej dwa razy w tygodniu. Poza tym sami ćwiczymy codziennie przez godzinę, do tego jeszcze pionizujemy i masujemy syna. Brakuje nam jednak tych spotkań na żywo z fizjoterapeutami. Nie mam pewności, czy na 100 proc. wszystko dobrze wykonuję, czy tylko tak mi się wydaje. Póki co nie zauważyłam, aby sprawność syna się pogorszyła, ale tak naprawdę będzie można

to potwierdzić dopiero wtedy, gdy już się to wszystko skończy i fizjoterapeuta sam go obejrzy.

Uważamy, że na powrót na stacjonarne zajęcia jest dla Aleksandra jeszcze za wcześnie, ryzyko jest zbyt duże. Boimy się, że jego mięśnie oddechowe nie poradziłyby sobie z tą chorobą. On o wiele ciężiej niż inni przechodzi zwykłe infekcje. Nie ma siły, aby swobodnie wydmuchać nos czy odkrztusić wydzielinę. Do oczyszczania dróg oddechowych musimy używać koflatora. Codziennie ćwiczymy mięśnie oddechowe, żeby klatka się rozprężyła, płuca powiększały i lepiej mu się oddychało.

Cały czas śledzimy informacje na temat rozwoju pandemii, zagrożenia. I szczerze mówiąc nie wiemy, co dalej robić, kiedy wrócić na fizjoterapię. Lekarze też nie dają jednoznacznej odpowiedzi, gdy ich o to pytamy. Trzeba będzie to w końcu zrobić, syn musi być profesjonalnie rehabilitowany. Ale kiedy to nastąpi – nie wiem.

AGC



Fot. <https://pl.freepik.com/>

Uzdrowiska szykują się na przyjęcie pacjentów

Po niemal trzech miesiącach przerwy wracają kuracjusze, a sanatoria stoją przed nie lada wyzwaniem organizacyjnym. Jak bowiem w obecnej sytuacji zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i opiekującym się nimi specjalistom?

29 maja 2020 r. w rządowym rozporządzeniu¹ podano, że warunkiem rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 pacjenta oraz opiekuna dziecka (w przypadku uzdrowisk przyjmujących dzieci) z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż **6 dni** przed datą rozpoczęcia leczenia albo rehabilitacji. Termin ten budzi jednak wiele kontrowersji. Nie można bowiem wykluczyć zakażenia w okresie między wykonaniem testu a zameldowaniem się w sanatorium. Trwają ustalenia, czy uzdrowiskom zostaną udostępnione telefony kontaktowe do kuracjuszy zakwalifikowanych do przyjazdu, aby można było dodatkowo przeprowadzić z nimi ankiety epidemiologiczne.

Dystans społeczny w sanatorium?

Największe wyzwanie, przed którym stoją szefowie uzdrowisk, wiąże się z mobilnością zakwaterowanych osób. W przeciwieństwie do oddziału rehabilitacyjnego, którego pacjenci nie opuszczają aż do czasu wypisania ze szpitala, kuracjusze w sanatoriach spędzają czas również poza bazą zabiegową i noclegową. Kontynuując to porównanie: na oddział rehabilitacyjny trafia pacjent z negatywnym wynikiem testu i pozostaje na nim przez cały okres leczenia. O ile będą przestrzegane procedury, zarówno on, jak i pracownicy oddziału, są bezpieczni. Natomiast w uzdrowisku kuracjusze korzystają również ze spacerów, tętni, kawiarni, kontaktują się między sobą.

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 964)

Czy dla zachowania zasady dystansu społecznego należałoby zabronić im opuszczania budynku sanatoryjnego? Nie ma w tej sprawie żadnych decyzji administracyjnych, dyrekcja każdego sanatorium musi samodzielnie podjąć decyzje, a odpowiedzialność spoczywająca na ich barkach jest ogromna.

Kolejne zadanie to zakwaterowanie kuracjuszy. W uzdrowiskach zazwyczaj mieszka się w kilkuosobowych pokojach. Jedyne to rzadkość. Nawet zmniejszenie obłożenia do dwóch osób w pokoju nie zmieni faktu, że na małej powierzchni zamieszkają dwie obce dla siebie osoby. Oprócz aspektu epidemiologicznego takie rozwiązanie jest również niekorzystne z powodów ekonomicznych – w znaczący sposób zmniejsza bazę noclegową. A uzdrowiska muszą zawalczyć o wykonanie kontraktów na 2020 rok, co jest wysoce problematyczne w obecnych warunkach. O ile w świadczeniach ambulatoryjnych można próbować nadrobić straty wynikające z przeszło dwumiesięcznego zamknięcia placówek, czyli np. wydłużyć czas pracy, to w sanatoriach się nie da z dnia na dzień zwiększyć zaplecza hotelowego.

Nowe warunki fizjoterapii

Uzdrowiska szukają też rozwiązań związanych z prowadzeniem rehabilitacji, gdyż zajęć grupowych czy fizykoterapii na ogólnie dostępnych salach nie da się prowadzić na wcześniejszych zasadach. W jednym

pomieszczeniu będzie mogło teraz przebywać mniej osób. W zależności od możliwości lokalowych planowane jest nawet ustawianie przegród z plexi pomiędzy ćwiczącymi. Niektóre zabiegi, takie jak inhalacje, być może trzeba będzie całkowicie zawiesić ze względów bezpieczeństwa.

Konieczne jest również ograniczenie liczby osób oczekujących w poczekalniach. Rozwiązaniem może być takie planowanie pracy, aby na wspólnych przestrzeniach stykały się ze sobą tylko osoby mieszkające w tym samym budynku. Przy kilkusetosobowym obłożeniu sanatorium będzie to ogromne wyzwanie dla planujących grafiki.

W leczeniu uzdrowiskowym zatrudniony jest co czwarty fizjoterapeuta w Polsce. Bezpieczeństwo fizjoterapeutów i ich pacjentów jest najważniejsze, dlatego KIF wraz z ekspertami przygotowała ogólne wytyczne dotyczące świadczeń fizjoterapeutycznych w uzdrowiskach. Mamy nadzieję, że wspomogą one w trudnych decyzjach zarządców uzdrowisk.

Jacek Koszela
Wiceprezes KRF ds. medycyny
fizykalnej i balneoklimatologii oraz
fizjoterapii uzdrowiskowej



„Wytyczne dla funkcjonowania uzdrowisk w stanie epidemii – rekomendacje dla fizjoterapeutów”

<https://kif.info.pl/kif-publikuje-rekomendacje-dla-fizjoterapeutow-pracujacych-w-uzdrowiskach/>

W związku z przekazaniem do konsultacji projektu rozporządzenia z dnia 29 maja 2020 r.¹, na mocy którego mają zostać ponownie otwarte uzdrowiska, Krajowa Izba Fizjoterapeutów zgłosiła uwagi do przedmiotowego projektu. Prezes KRF zwrócił się do ministra zdrowia z wnioskiem o doprecyzowanie przepisów, m.in. o pilne opublikowanie wytycznych w zakresie przeprowadzenia testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 dla pacjentów skierowanych do lecznictwa uzdrowiskowego. Jednocześnie Izba domaga się, jak najszybszego podjęcia prac, których efektem będzie reforma lecznictwa uzdrowiskowego. Eksperti Krajowej Izby Fizjoterapeutów, którzy przygotowali raport z rekomendacjami dotyczącymi funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego, deklarują chęć uczestnictwa w opracowaniu nowych rozwiązań.

<https://kif.info.pl/file/2020/05/78-pismo-do-MZ-uwagi-do-rozp-zniesienie-ograniczenia-uzdrowiska.pdf>



Fot. Robert Neumann / From the sky

Uzdrowisko Ustroń w czasie pandemii

O nagłej konieczności zamknięcia ośrodka i jego ponownym otwarciu w nowych warunkach opowiada fizjoterapeutka Ewa Rybicka, prezes Uzdrowskiego Instytutu Zdrowia „Ustroń”.



Ewa Rybicka

Specjalista w dziedzinie fizjoterapii. Menadżer w ochronie zdrowia. Od 12 lat zarządza największą bazą zabiegową w Polsce – Uzdrowskiem Ustroń. Współtworzyła pierwszy stacjonarny oddział rehabilitacji onkologicznej i obrzęku limfatycznego, współorganizowała program telerehabilitacji oraz program opieki skoordynowanej dla pacjentów kardiologicznych. Propaguje zmiany w zakresie leczenia uzdrowskiego poprzez dostosowanie go do aktualnych potrzeb zdrowotnych. Uważa, że nowe oblicze rehabilitacji, to uzdrowska stanowiące zaplecze dla rehabilitacji przewlekłej oraz terapii i fizjoprofilaktyki schorzeń cywilizacyjnych.

Fot. Archiwum prywatne E. Rybicka

Noc 13 marca. Na obszarze Polski ogłoszony zostaje stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. W Uzdrowsku Ustroń przebywa ponad 1200 pacjentów, z czego prawie 800 to pacjenci sanatoryjni. W pracy jest 700 pracowników, w tym ponad 100 fizjoterapeutów. To oni wraz z lekarzami i pielęgniarkami znajdują się najbliżej pacjentów. Jest nerwowo, narasta niepewność co dalej z podopiecznymi: zostają czy nie? A co z pracownikami? Trzeba reagować szybko i dostosować funkcjonowanie Uzdrowska do nowej rzeczywistości. Nosić maseczki czy nie? Co z rękawiczkami? Skąd wziąć potężne ilości środków ochrony indywidualnej? Preparaty dezynfekcyjne z zapasów trzymiesięcznych wykorzystane zostają w ciągu tygodnia. Nigdzie nie można ich kupić, ceny wywindowane do maksimum. Należy

przeorganizować wydawanie posiłków, kontrolę wejścia i wyjścia z Uzdrowska, zabiegi oraz sprawdzać temperaturę.

Na szczęście opanowanie i współpraca zespołu szybko dają efekty. Już dzień po ogłoszeniu rządowej decyzji wprowadzone zostają procedury, stosujemy się do zaleceń i do zasad zdrowego rozsądku. Przez kilka kolejnych dni uczymy się pracy w trudnych warunkach. Nie wszyscy wytrzymują napięcie, ale znakomita większość personelu medycznego, w tym fizjoterapeuci, szybko się uczy, że trzeba zachowywać dystans, często myć ręce, dezynfekować sprzęt.

21 marca 2020 r. wczesne godziny rano. W związku z ogłoszeniem przez ministra zdrowia na obszarze Polski stanu epidemii, Uzdrowsko Ustroń, podob-



Fot. Materiały Uzdrawiska Ustroń

nie jak ośrodki w całym kraju, czasowo ogranicza swoją działalność i zaprzestaje udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym aktualnie na leczeniu uzdrowiskowym. W ciągu jednego dnia wypisujemy ponad 700 pacjentów. W większości to seniorzy, niepełnosprawni. Pomagamy zorganizować wyjazd. Nie wszystkich odbiera rodzina.

Chociaż przez ponad dwa miesiące nie mogliśmy przyjmować kuracjuszy i gości, pracowaliśmy w ograniczonym zakresie na oddziałach rehabilitacji, a zespół Uzdrawiska Ustroń był w kontakcie ze wszystkimi, którzy potrzebowali naszego wsparcia i pomocy. W czasie pandemii koronawirusa nasi fizjoterapeuci, trenerzy personalni i instruktorzy skupili się na działalności edukacyjnej oraz na przygotowaniu treningów i zestawów ćwiczeń, które można wykonywać w domu. Było to ogromne wyzwanie. Ponieważ z powodu pandemii koronawirusa 80 osób przebywało w trybie czasowego postoju, fizjoterapeuci aktywnie włączyli się w to nowe dla nich przedsięwzięcie.

Na stronie internetowej Uzdrawiska Ustroń zamieściliśmy stworzony przez nas „Poradnik edukacyjny”, gdzie na bieżąco dodawaliśmy kolejne filmy i zestawy ćwiczeń. Każdy, bez względu na wiek, stan zdrowia i kondycję fizyczną, mógł tam znaleźć coś dla siebie. Przygotowaliśmy materiały do pobrania zarówno w formie pdf (np. „Poradnik edukacyjny z programem domowej aktywności dla pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych”), jak i filmów, które można odtworzyć w dowolnym miejscu i czasie.

Nagraliśmy wspólnie z naszymi fizjoterapeutami i trenerami kilkanaście odcinków materiałów filmowych, które dostępne są na kanale Uzdrawiska Ustroń na YouTube:

- dla pacjentów po zabiegach kardiologicznych,
- ćwiczenia oddechowe – zestaw ćwiczeń z zakresu kinezyterapii, których zadaniem jest utrzymanie prawidłowego funkcjonowania układu oddechowego, a także zapobieganie powikłaniom wynikającym ze zmniejszonej aktywności fizycznej,
- dwa zestawy gimnastyki kardiologicznej dla pacjentów z niską i średnią wydolnością fizyczną oraz średnią i dużą wydolnością fizyczną,
- treningi ogólnousprawniające oraz ogólnorozwojowe,
- techniki oddechowo-relaksacyjne zalecane osobom w okresie zwiększonego stresu,
- zajęcia fitness: zdrowy kręgosłup i mocny brzuch,
- zestaw ćwiczeń specjalnie dla kobiet, czyli ćwiczenia aktywujące dno miednicy i obręcz biodrową w czterech częściach.

Uzdrawisko Ustroń postawiło na komunikację z pacjentami i kuracjuszami. Raz w tygodniu wysyłaliśmy do nich maile z materiałami edukacyjnymi, które zostały bardzo dobrze przyjęte. Odpowiadaliśmy także na pytania i rozwiewaliśmy wątpliwości. Ponieważ nie mogliśmy być razem, dzieliliśmy się wiedzą i budowaliśmy relacje w ten sposób. ▶



Fot. Materiały Uzdrawiska Ustroń

Otwarcie w nowych warunkach

W tej chwili przygotowujemy się do ponownego otwarcia i przyjęcia gości. Ponieważ przez ostatnie tygodnie kontynuowaliśmy wczesną rehabilitację kardiologiczną oraz neurologiczną, pomagając wrócić do zdrowia około 100 pacjentom, mieliśmy czas na dostosowanie się do nowych warunków pracy. W Uzdrawisku Ustroń pacjenci mogą czuć się bezpiecznie, nasi pracownicy przestrzegają surowych rygorów w zakresie bezpieczeństwa higienicznego. Prawie trzy miesiące po ogłoszeniu stanu zagrożenia jesteśmy dobrze przygotowani do przyjęcia kuracjuszy i rozpoczęcia turnusów sanatoryjnych.

29 maja 2020 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia, w którym ogłoszono, że od 15 czerwca 2020 r. możemy wznowić działalność. Warunkiem rozpoczęcia leczenia uzdrawiskowego albo rehabilitacji uzdrawiskowej, świadczeń uzdrawiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych, jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. 1 czerwca 2020 r. ukazało się zarządzenie Prezesa NFZ Nr 77/2020/DSM, które doprecyzowało tę procedurę – pobranie materiału biologicznego następuje na podstawie zlecenia wystawionego przez świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorca będzie realizował leczenie uzdrawiskowe. Jednocześnie za-

rządzenie reguluje, że świadczeniodawca zlecający wymaz powiadamia świadczeniobiorcę o wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 nie później niż 48 godzin przed planowanym rozpoczęciem turnusu. Wciąż pozostaje jednak jeszcze bardzo dużo kwestii, które wymagają doprecyzowania i całe nasze środowisko nieustannie apeluje o ich wyjaśnienie.

Przed nami nowe wyzwania i dużo pracy. Musimy opracować nowe procedury, aby dostosować się do wytycznych głównego inspektora sanitarnego ws. funkcjonowania sanatoriów w trakcie epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Nasze wcześniejsze doświadczenia oraz już wdrożone procedury – mam taką nadzieję – pozwolą nam bezpiecznie wrócić do „normalności”. Należy jednak pamiętać, że pandemia jeszcze się nie skończyła i należy przestrzegać wszelkich zasad, aby bezpiecznie realizować świadczenia. Na podstawie obowiązujących przepisów zespół ds. fizjoterapii uzdrawiskowej przy KIF, którego jestem członkiem, przygotował rekomendacje dla fizjoterapeutów pracujących w obszarze lecznictwa uzdrawiskowego, które są bardzo pomocne podczas wdrażania koniecznych procedur.

Ewa Rybicka



Fot. Materiał uzdrowiska "Solanki"

„Solankowe” Centrum zawsze z pacjentami

„Solanki” Uzdrowisko Inowrocław to jedna z największych placówek medycznych na terenie Kujaw, która w czasie ograniczeń związanych z pandemią nie pozostawiła swoich pacjentów samych sobie. A teraz na nowo się dla nich otwiera.

Z myślą o potrzebach mieszkańców Inowrocławia, i nie tylko, w trakcie zamrożenia fizjoterapii pracownicy uzdrowiska uruchomili „Solankowe” Centrum Zdrowia Online. Dzięki temu pacjenci mogli nadal liczyć na profesjonalną pomoc ze strony fizjoterapeutów. W ramach naszej internetowej działalności można było korzystać z e-konsultacji, w tym celu utworzono specjalny adres mailowy do kontaktu z nami.

Codzienna gimnastyka i nie tylko!

Mając na uwadze negatywne skutki przerywania rehabilitacji, nasi pracownicy zachęcali do kontynuowania jej we własnym zakresie. Fizjoterapeuci przygotowywali filmy prezentujące ćwiczenia, które można było wykonywać w domowym zaciszu. Łącznie 30 fizjoterapeutów nagrało kilkadziesiąt filmików, dotąd opublikowano 36. Sześć razy w tygodniu na stronie internetowej solanki.pl, a także na profilach na Facebooku i Instagramie, zamieszczano różne ćwiczenia, m.in. tak ważne w tym czasie ćwiczenia oddechowe zwiększające wydolność płuc oraz ćwiczenia odpowiednie dla osób po udarach, odczuwających bóle, dla osób ze schorzeniami ortopedycz-

nymi i wielu innych. Ponadto zachęcano do codziennej porannej gimnastyki – filmiki były publikowane o godz. 8.00.

Dzieląc się w ten sposób swoją wiedzą i doświadczeniem, fizjoterapeuci okazywali ogromne wsparcie wszystkim tym, którzy z powodu ograniczeń zostali pozbawieni możliwości korzystania z rehabilitacji. „Solanki” Uzdrowisko Inowrocław zadbało również o opiekę psychologiczną, publikując ciekawe artykuły – internauci mogli poczytać „Antystresowy poradnik kryzysowy”, „Solankowe Psycho-Tropy” oraz „Brain-Fitness. Łamigłówki dla mądrej główki”. Wszystko po to, by każdy z nas mógł się odnaleźć w kryzysie związanym z koronawirusem.

Wszelkie działania ukierunkowane na rozpowszechnienie wiedzy dotyczącej zachowań w okresie pandemii, jak i filmy instruktażowe oraz porady zdrowotne, cieszyły się dużą popularnością. Reagowaliśmy bardzo elastycznie i staraliśmy się nagrywać również takie materiały, których tematykę sugerowali nam mailowo sami pacjenci. Było to trudne do realizacji, gdyż filmiki w większości były tworzone przez fizjoterapeutów i masażystów w domach. Ale udało się!



Fot. Materiał uzdrowiska "Solanki"

Normalnie już nie będzie

Nie wiedzieliśmy, że o wiele trudniejsze zadanie czeka nas po 4 maja, kiedy to mieliśmy wrócić do tzw. normalności. Uświadomiliśmy sobie, że normalnie już nie będzie nigdy. Zawsze będziemy działać w stanie podwyższonej gotowości i w „towarzystwie” koronawirusa.

Aktualnie rehabilitujemy dziennie ok. 80 pacjentów stacjonarnych i 50 ambulatoryjnych. Wydawać by się mogło, że to dla nas banalnie proste zadanie, gdyż przed pandemią przyjmowaliśmy ich ok. 1000 dziennie. Teraz jednak, w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia ze strony pacjentów, wprowadziliśmy ankietę kwalifikacyjną, którą przeprowadzamy telefonicznie. Kolejnym krokiem jest mierzenie temperatury w chwili przyjścia pacjenta do nas, dezynfekcja dłoni i wypełnienie ankiety aktualizacyjnej, założenie maseczki i rękawiczek jednorazowych. Przed wejściem pacjenta do gabinetu fizjoterapeuta zaopatrzonego w środki ochrony osobistej (maseczka, przyłbica i rękawiczki jednorazowe) dezynfekuje dłonie pacjentowi i dopiero po przeprowadzeniu tej procedury, może on wejść do gabinetu. Pacjenci są zobowiązani do utrzymywania dystansu społecznego. Tak pracujemy już trzeci tydzień.

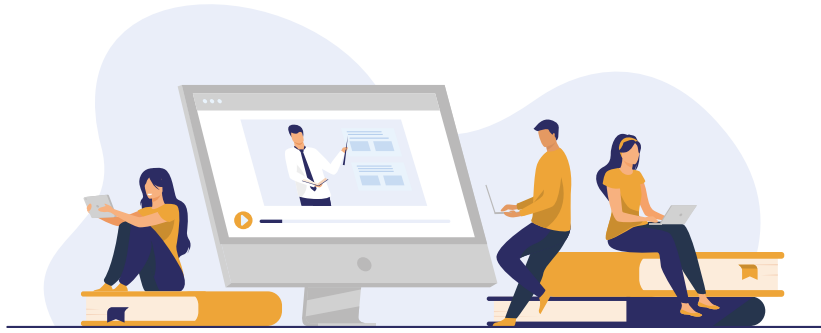
Stoimy teraz przed kolejnym wyzwaniem – 16 czerwca ma do nas przyjechać blisko 500 osób. Będą ich obowiązywać te same zasady, jak opisane powyżej. Z jednym wyjątkiem – przyjadą już z wykonanym testem na koronawirusa. Oj, będzie się działo... Ale my lubimy naszych pacjentów i troszczymy się o nich, dlatego sprostamy również i temu wyzwaniu.



Dariusz Fielek

Główny Specjalista ds. Rehabilitacji
"SOLANKI" Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o.

Fot. Archiwum pryw. D.Fielek



Studenci zdąży nadrobić braki z tego semestru

W połowie marca wszystkie wyższe uczelnie kształcące fizjoterapeutów zawiesiły zajęcia stacjonarne. Od tego czasu kilkanaście tysięcy studentów fizjoterapii kształci się w trybie zdalnym – o sytuacji na uczelniach rozmawiamy z dr. Zbigniewem Wrońskim.

Aleksandra Mróz: Jaka jest obecnie sytuacja studentów fizjoterapii?

Zbigniew Wroński: Zajęcia stacjonarne zostały w marcu zawieszono na wszystkich uczelniach w Polsce, także tych kształcących fizjoterapeutów. Obecnie program realizowany jest w trybie online, wykładowcy korzystają najczęściej z gotowych platform, takich jak Microsoft Teams lub wewnętrznych systemów uczelnianych.

Co dalej? Czy znane są terminy „odmrażania” stacjonarnych zajęć?

Sytuacja wciąż nie jest jasna, nie ma jednego, narzuconego odgórnie terminu. Wszystko zależy od decyzji władz każdej z uczelni. Pomimo wydania przez Ministerstwo Zdrowia zgody na organizację zajęć dla części studentów, wiele placówek oceniło, że nie są w stanie spełnić wymagań bezpieczeństwa epidemiologicznego

i na razie nie wracają do prowadzenia zajęć stacjonarnych.

Można sobie wyobrazić zajęcia teoretyczne online na uczelni medycznej, ale co z kształceniem praktycznym?

Racja, zajęcia teoretyczne prowadzi się w ten sposób trudniej niż w formie tradycyjnej, ale jest to do zrobienia. W przypadku kształcenia praktycznego dużo zależy od samego przedmiotu i zakładanego efektu końcowego. Innych warunków wymagają zajęcia polegające na wykonywaniu ćwiczeń, a innych te, podczas których trzeba dotykać potencjalnego pacjenta. Niektóre da się więc przeprowadzić online, ale części nie.

Z zasady studenci nie są na dziś wpuszczani do szpitali. Niektóre szkoły posiadają centra symulacji medycznej, gdzie mogą się odbywać zajęcia i są one tam prowadzone. Inne placówki na ten moment całkowicie z nich zrezygnowały. Pewnym ułatwieniem

jest wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia możliwości rozliczania niektórych świadczeń (wizyty fizjoterapeutycznej i wybranych procedur z zakresu kinezyterapii) w formie telerehabilitacji. Dla uczelni oznacza to, że powinny przygotować studentów także do tej formy pracy, a to usprawiedliwia prowadzenie zajęć praktycznych w formie online. Prawda jest taka, że specyfika badania pacjenta czy prowadzenia fizjoterapii online jest inna niż praca w przychodni, trzeba się tego po prostu nauczyć.

Czy ze względu na te wszystkie trudności zagrożona jest jakość kształcenia fizjoterapeutów w Polsce?

Jakość kształcenia na pewno nie jest zagrożona. Efekty kształcenia muszą być osiągnięte, żeby student uzyskał absolutorium. Jeżeli z powodu pandemii np. jakiś przedmiot nie będzie mógł zostać zrealizowany, to prawdopodobnie

zostanie przeniesiony na kolejne lata. Warto podkreślić, że problem ten dotyczy głównie studentów pierwszych lat studiów, tak więc nie będzie problemu z uzupełnieniem braków, o ile takie w ogóle będą.

Jak uczelnie poradzą sobie z przeprowadzeniem egzaminów w obecnym semestrze i rekrutacją nowych studentów?

Rekrutacja od dawna przebiega elektronicznie, pojedyncze uczelnie prowadziły egzaminy sprawnościowe (np. AWF w Warszawie), ale w tym roku ich najprawdopodobniej nie będzie. Część naborów, szczególnie na dwuletnie studia magisterskie, prawdopodobnie zostanie przeniesiona na koniec sierpnia i początek września. Z racji swojej autonomii uczelnie mają tu dużą dowolność, więc osoby zainteresowane powinny uważnie śledzić strony in-

ternetowe wybranych placówek.

Egzaminy semestralne czy roczne odbywają się teraz w trybie online, co na wielu uczelniach nie jest nowością, choć zwykle miało to miejsce na terenie szkoły. Od razu zaznaczę, że egzamin można tak skonstruować, aby praktycznie wyeliminować ryzyko nadużyć i nieuczciwości ze strony studentów piszących z domu.

Wspomniał Pan o naborze na dwuletnie studia magisterskie. Jesienią 2020 r. planowana była ostatnia taka rekrutacja. Obecna sytuacja rzeczywiście nic nie zmieniła w tej kwestii?

Nie sądzę, aby się to stało, musiałyby wcześniej dojść do nowelizacji ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z planem we wrześniu odbędą się nabory na studia uzupełniające, ale wydaje mi się, że nie będzie to ostatnia rekrutacja. Ustawa zakłada, że

studia muszą zostać wygaszone do 2022 roku. Można więc sobie wyobrazić, że jeżeli byłoby wielu chętnych, jakaś uczelnia może zdecydować się na kolejny nabór np. w lutym lub nawet w październiku 2021 r. Nie zmienia to jednak faktu, że dwuletnie studia magisterskie w Polsce muszą zakończyć się do grudnia 2022 r., a studenci muszą zdobyć do tego czasu 120 punktów ECTS. Jeśli rozpoczęliby studia później, mieliby na to mniej czasu, a za to więcej zajęć w tygodniu, niż wynikałoby to ze standardowego programu rozpiętego na dwa lata.

AM: Dziękuję za rozmowę.

Zbigniew Wroński

Wiceprezes KRF
ds. nauki i edukacji



Prof. Bartosz Molik, Dziekan ds. Nauki
Akademia Wychowania Fizycznego
Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Jak wygląda sytuacja na warszawskiej AWF?

Wydział Rehabilitacji zgodnie z decyzją Rektora AWF Warszawa realizuje zajęcia dydaktyczne online do 30 września 2020 roku. Zajęcia teoretyczne są realizowane bez większych problemów. Studenci i nauczyciele bardzo szybko zaadaptowali się do realizacji zdalnego nauczania.

Zgodnie z zarządzeniem MNiSW 40% zajęć praktycznych również realizujemy w systemie zdalnym. Jednocześnie podjęliśmy decyzję o przeniesieniu części zajęć praktycznych na kolejne semestry. Staramy się, unikając tzw. kumulacji zajęć w kolejnym roku aka-

demickim, realizować zajęcia teoretyczne planowane na kolejny semestr. Szczególnie zwracamy uwagę na realizację zajęć na III roku studiów 5-letnich (bardzo duża liczba zajęć klinicznych w przyszłym roku akademickim) oraz II roku studiów 2-letnich magisterskich (obrony prac dyplomowych).

Rzeczywiście praktyki zawodowe wymagają pewnych modyfikacji. Jesteśmy w kontakcie z jednostkami klinicznymi w Warszawie i okolicach umożliwiając studentom realizację zajęć. Co więcej, studenci 2-letnich studiów magisterskich z prawem wykonywania zawodu realizują praktyki dzięki wykonywanej pracy. Oczywiście osoby pomagające w wykonywaniu zadań w związku z epidemią również mają możliwość realizacji praktyk.

Jesteśmy w stałym kontakcie ze studentami fizjoterapii, jak również z dziekanami innych wydziałów kształcących fizjoterapeutów.



Telerehabilitacja stała się faktem?

W odpowiedzi na szeroko zakrojone działania Krajowej Izby Fizjoterapeutów, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 10 kwietnia br., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, od 11 kwietnia br. do świadczeń gwarantowanych wprowadzono możliwość udzielania świadczeń rehabilitacyjnych (w trybach: ambulatoryjnym, domowym, dziennym) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Jak wspominał w swojej wypowiedzi wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński: „Rozwiązania, które eliminują konieczność bezpośrednich kontaktów, są realnym wsparciem w trudnej walce z epidemią koronawirusa”. Niewątpliwie wprowadzenie nowych rozwiązań jest zgodne z apelami zachęcającymi pacjentów do konsultacji online, gdyż ograniczają one ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa.

Dla przypomnienia

Wprowadzona zmiana dopuściła w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii **realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych** z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ta metoda nie grozi pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. **Takie ujęcie wzbudziło wątpliwości interpretacyjne, o wyjaśnienie których KIF wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia.**

Wątpliwość budziły zarówno użyte do opisu świadczeń określenia, jak również zawężenie ich zakresu

tylko do porad i wizyt.

W przesłanym w odpowiedzi stanowisku z dnia 28 kwietnia Ministerstwo Zdrowia wyjaśniło, jaki zakres świadczenia należy rozumieć pod określeniem wizyty terapeutycznej:

- wizytę fizjoterapeutyczną określoną w par. 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.), realizowaną przez personel wskazany do jej realizacji w tym rozporządzeniu lub
- zabiegi kinezyterapeutyczne czynne z zapewnieniem nadzoru video realizowane przez fizjoterapeutów zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952) lub
- wizytę realizowaną przez pozostały personel określony w par.4 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

A zatem ograniczenie możliwości telerehabilitacji do wizyty fizjoterapeutycznej wyrażone w komunikacie NFZ¹ zamieszczonym w dniu 15 kwietnia 2020 r., nie znalazło potwierdzenia w przesłanym stanowisku Ministerstwa Zdrowia.

Co ważne, przesłane stanowisko jest zgodne z treścią dodawanego do rozporządzenia zmieniającego § 4a, który odsyła do wszystkich świadczeń określonych w § 4 pkt. 1-3, w tym do zabiegu fizjoterapeutycz-

1. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swadczeniodawcow.7694.html>

nego, a także z celem, który przyświecał rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 660), jakim było **zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przede wszystkim w warunkach zagrożenia epidemicznego**².

Telerehabilitacja jest równoprawnym świadczeniem zdrowotnym, które powinno być udzielane na analogicznych zasadach jak w gabinecie. Jediną różnicą jest pośrednictwo urządzenia umożliwiającego połączenie wideo pacjenta z fizjoterapeutą. Należy bowiem przypomnieć, że wszelkie formy udzielania świadczeń na odległość są wyłącznie sposobem współpracy (komunikacji) z pacjentem, a nie nowym rodzajem świadczenia zdrowotnego, co wynika wprost z przepisów rangi ustawowej (zob. art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Co ważne, kluczowe kwestie pozostają bez zmian, a w niektórych przypadkach wymuszają na fizjoterapeucie zwiększoną czujność i zaangażowanie. Konieczne jest działanie zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Nie ma żadnych odstępstw co do informowania pacjenta o jego prawach czy zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej.

Innego zdania jest Centrala NFZ?

W przesłanym stanowisku Centrala NFZ, stanowiącym odpowiedź na wniosek o wdrożenie rozwiązań polegających na wprowadzeniu współczynników korygujących zwiększających wycenę świadczeń w sposób umożliwiający m.in. zakup i stosowanie zaostrzonych rygorów sanitarnych czy zakup i utrzymanie urządzeń pozwalających na udzielanie świadczeń udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, **poinformowała, że sposób udzielania świadczeń nie ulega znacznej zmianie**. Z czym jako Samorząd nie możemy się zgodzić i przeciwko czemu protestujemy w korespondencjach kierowanych do MZ, NFZ, Prezesa Rady Ministrów.

Zaskakujący projekt zarządzenia prezesa NFZ

W dniu 12 maja 2020 r. na stronie internetowej Centrali NFZ przedstawiono do konsultacji projekt

zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniający zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacji leczniczej oraz programów zdrowotnych w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, do którego pismem z dnia 18 maja br. Krajowa Rada Fizjoterapeutów zgłosiła liczne uwagi, do których zgłaszania samorząd również zachęcał świadczeniodawców (<https://kif.info.pl/krf-zglasza-liczne-uwagi-do-projektu-zarządzenia-prezesa-nfz/>).

Wśród zgłoszonych uwag pojawił się kolejny już apel o **wprowadzenie współczynników korygujących, o których mowa w § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**:

1. w załączniku nr 1m do zarządzenia – Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych – proponujemy wprowadzenie wskaźnika korygującego dla produktów rozliczeniowych:

- a) indywidualna praca z pacjentem – **współczynnik korygujący o wartość 2,0**;
- b) indywidualna praca z pacjentem w warunkach domowych – **współczynnik korygujący o wartość 1,5**.

2. w załączniku nr 1n do zarządzenia – Katalog zakresów świadczeń – proponujemy wprowadzenie wskaźnika korygującego dla produktów rozliczeniowych:

- a) wizyta fizjoterapeutyczna – **współczynnik korygujący o wartość 3,0**;
- b) wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych – **współczynnik korygujący o wartość 3,0**;
- c) osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku do ukończenia 7. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego – **współczynnik korygujący o wartość 2,0** w przypadku rozliczenia w ramach danego osobodnia procedur realizowanych przez co najmniej dwóch członków zespołu terapeutycznego w tym fizjoterapeutę;
- d) osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w wieku od rozpoczęcia 8. roku życia do ukończenia 18. roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego – **współczynnik**

2. o którym mowa w uzasadnieniu do rozporządzenia z dnia 10 kwietnia 2020 r.

korygujący o wartość 2,0 w przypadku rozliczenia w ramach danego osobodnia procedur realizowanych przez co najmniej dwóch członków zespołu terapeutycznego w tym fizjoterapeutę.

3. w załącznik nr 1r zarządzenia – katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej – wnosimy o dokonanie zmiany wag punktowych o **współczynnik korygujący o wartość 3,0**.

4. wdrożenie dodatkowych rozwiązań polegających na zastosowaniu **dodatkowych współczynników korygujących w okresie ogłoszonego stanu epidemii i obowiązku wzmoczonego reżimu sanitarnego o wartość 1,5 umożliwiających:**

- zakup i stosowanie zaostrzonych rygorów sanitarnych dostosowanych do zaleceń Państwowej Inspekcji Sanitarnej³,
- zakup i utrzymanie urządzeń pozwalających na zachowanie praw pacjenta – poufność przy udzielaniu świadczeń udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Współczynniki korygujące, do których użycia uprawniony jest prezes Funduszu w sytuacji braku taryfy świadczeń wykonanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, od wielu lat wykorzystywano w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń.

Ponadto jako Samorząd zgłosiliśmy sprzeciw wobec proponowanego obniżenia wyceny świadczeń realizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz ograniczenia ich do 3 zabiegów kinezyterapeutycznych i wyłączeniu z tej formy świadczeń realizowanych w warunkach domowych.

Apel o zmianę wyceny świadczeń znalazł również odzwierciedlenie w licznych opiniach przesłanych w ramach konsultacji do Centrali NFZ przez świadczeniodawców, które przekazane zostały do wiadomości Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Liczymy, że zgłoszone uwagi i zaproponowane rozwiązania zostaną ujęte w ostatecznej wersji zarządzenia, w tym również apel o „wycenę adekwatną do faktycznie ponoszonych kosztów, tj. obejmującą koszty bezpośrednie, pośrednie i pro-



ceduralne (amortyzacja, media, wyroby medyczne i produkty lecznicze, wynagrodzenia, podatki, opłaty, obsługa techniczna, administracyjna, koszt diagnostyki, środki ochrony i urządzeń umożliwiających łącze video z pacjentem)”.

Mam nadzieję, że nie trzeba nikogo przekonywać, że dla osób chorych zmiana wprowadzona rozporządzeniem z 10 kwietnia 2020 r. umożliwiająca realizację telerehabilitacji, jak również „odmrożenie” z dniem 4 maja 2020 r. świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, to zmiany w dobrym kierunku. Sytuacja jest wyjątkowa, a życie społeczne podlega kolejnym ograniczeniom i trudno przewidzieć, kiedy wróci do normy. Dlatego dla wielu nowa forma udzielania świadczeń rehabilitacyjnych może być jedyną formą terapii, której brak w długim okresie może oznaczać nieodwracalne, destrukcyjne zmiany, a każdy kolejny dzień zwłoki w prowadzeniu terapii grozi znacznym uszczerbkiem na zdrowiu lub jest wręcz zagrożeniem życia.



Tomasz Niewiadomski

Wiceprezes KRF
ds. świadczeń gwarantowanych

3. Potrzebę wdrożenia takich rozwiązań dostrzeżono w przypadku leczenia stomatologicznego w projekcie zarządzenia opublikowanym na stronie internetowej Centrali NFZ w dniu 7 kwietnia br.

Wracają szkolenia dla fizjoterapeutów!

Od 6 czerwca br. możliwa jest ponowna organizacja szkoleń i kursów dla fizjoterapeutów w formie stacjonarnej. Organizatorzy i uczestnicy muszą liczyć się jednak z pewnymi ograniczeniami. Aby ułatwić odnalezienie się w tej nowej rzeczywistości, KIF przygotowała stosowne rekomendacje.

Webinary to nie wszystko

11 marca br. narastające zagrożenie epidemiologiczne zatrzymało wszelkie działania szkoleniowe. Ich organizatorzy, instruktorzy i sami fizjoterapeuci szybko zrozumieli, że jedyną formą edukacji, jaka w najbliższym czasie będzie możliwa, jest praca własna z literaturą. Część instytucji prowadzących kształcenie podyplomowe uruchomiła zajęcia w formie zdalnej, np. webinary. Również KIF wykorzystwała w czasie epidemii internet do przekazywania istotnych treści dla fizjoterapeutów. Zorganizowano łącznie kilkanaście webinarów, w których uczestniczyło kilka tysięcy fizjoterapeutów.

Dla wielu fizjoterapeutów zajęcia online okazały się pomocne, były łatwo dostępne i często nieodpłatne. Szkolenie zdalne nie może jednak zastąpić kursów stacjonarnych. Może być bardzo skutecznym ich uzupełnieniem i z powodzeniem sprawdza się w przekazaniu treści teoretycznych. Webinar jednak nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z instruktorem w części praktycznej szkolenia. Dzisiaj, po kilku miesiącach korzystania z narzędzi do komunikacji internetowej, znamy już wady i zalety tej formy kontaktu – większość z nas chętnie zamieni jednostronny przekaz na interakcję bezpośrednią z grupą szkoleniową.

Wracamy!

Wraz ze stopniowym odmrażaniem gospodarki 28 maja br. padł komunikat, na który czekało wiele osób. W końcu można było zacząć planować powrót do organizacji szkoleń i kursów w formie stacjonarnej. Dokładne zasady określiło Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja br. w sprawie ustanowie-



Fot. <https://pl.freepik.com/>

nia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. Zgodnie z przepisami od 6 czerwca możliwa jest ponowna organizacja szkoleń i kursów w formie stacjonarnej.

13 czerwca br. ruszyły też szkolenia organizowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Wracamy z zajęciami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej oraz szkoleniami realizowanymi w ramach projektu „Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”.

Wznawiane szkolenia są obwarowane licznymi rygorami, KIF przygotowała więc stosowne rekomendacje w zakresie ich organizacji. Zapraszamy organizatorów oraz uczestników do zapoznania się z nowymi wymogami.



Patrycja Bartnicka-Kamać
Kierownik Działu Szkoleń KIF

Rekomendacje dla organizatorów szkoleń i fizjoterapeutów w zakresie organizacji i realizacji szkoleń podyplomowych

<https://kif.info.pl/krf-publikuje-rekomendacje-dla-organizatorow-szkolen-i-fizjoterapeutow-w-zakresie-organizacji-i-realizacji-szkolen-podyplomowych/>



Prezes KRF upomina się o zniżkowe bilety kolejowe dla fizjoterapeutów

Wiele firm, w uznaniu trudu i zasług specjalistów medycznych w zwalczaniu epidemii COVID-19, przygotowało specjalne oferty dla osób reprezentujących zawody medyczne.

Podobnie uczyniło kilku przewoźników kolejowych, ale okazuje się, że ich oferta obejmuje wszystkie zawody medyczne z wyjątkiem... fizjoterapeutów. W związku z tym, do firm, które nie uwzględniły na-

szej grupy zawodowej, pismo wystosował Prezes KRF Maciej Krawczyk, upominając się o traktowanie fizjoterapeutów na równi z przedstawicielami innych zawodów medycznych.

Cieszymy się, że na skutek apelu Koleje Małopolskie uwzględniły w swojej ofercie wszystkich medyków. W ramach „Biletu dla pracowników ochrony zdrowia” fizjoterapeuci mają możliwość zakupu biletu miesięcznego „za złotówkę”. Czekamy na podobną reakcję innych przewoźników.

Warszawa, 4 czerwca 2020 r.

Zarząd Polregio sp. z o.o.
Koleje Wielkopolskie sp. z o.o.
Koleje Małopolskie sp. z o.o.
Łódzka Kolej Aglomeracyjna

List otwarty do przewoźników kolejowych w związku z ofertą specjalną na przewozy dla przedstawicieli zawodów medycznych

Ogłoszony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii stanowi wyzwanie dla całego społeczeństwa, ale zwłaszcza dla całego personelu medycznego.

Medycy stoją na pierwszej linii frontu walki z wirusem COVID-19. Ramię w ramię pracują lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, opiekunowie medyczni, ale także fizjoterapeuci. Nikt nas nie dzieli na lepszych czy gorszych – solidarnie niesiemy pomoc pacjentom w tych trudnych czasach. Wiele firm, w uznaniu trudu i zasług specjalistów medycznych w zwalczaniu epidemii, przygotowało specjalne oferty dla osób reprezentujących zawody medyczne. Podobnie uczyniło i Państwa przedsiębiorstwo – pochwalamy tę inicjatywę, ale czynimy to z jednym istotnym zastrzeżeniem: oferta objęła wszystkie zawody medyczne... poza fizjoterapeutami!

Reprezentujemy samodzielny zawód medyczny, a naszą profesję reguluje ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Mamy świadomość, że jesteśmy najmłodszym samorządem medycznym i wiedza o tym, czym zajmuje się fizjoterapeuta może nie być dostępna dla wszystkich, ale to nie tłumaczy pominięcia zawodu fizjoterapeuty w Państwa działaniu.

Fizjoterapia to proces leczenia towarzyszący pacjentom na każdym etapie ich życia: począwszy od pierwszych dni życia jako wsparcie rozwoju najmłodszych, rehabilitację dysfunkcji spowodowanych różnymi chorobami, przez usprawnianie dysfunkcji wynikających z urazów lub prowadzonego stylu życia, aż po działania skierowane do osób w starszym wieku z ograniczeniami sprawności. Warto też przypomnieć, iż fizjoterapeuci od początku epidemii pracują na pierwszej linii i m.in.:

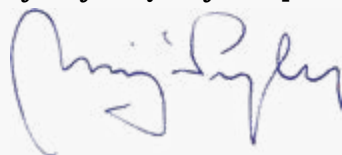
- przeprowadzają fizjoterapię (zwłaszcza oddechową) osób zarażonych,
- udzielają świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, których przerwanie mogłoby narazić pacjentów na poważne pogorszenie stanu ich zdrowia (również w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach rehabilitacji)
- są oddelegowywani do wykonywania innych czynności związanych ze zwalczaniem koronawirusa.

Przypomnijmy, że pierwszą ofiarą śmiertelną COVID-19 spośród osób wykonujących zawód medyczny w Polsce był właśnie fizjoterapeuta, który zaraził się w związku z niesieniem pomocy pacjentom szpitala.

W kontekście wprowadzenia różnych ofert specjalnych dla pracowników ochrony zdrowia przez przewoźników kolejowych pomijanie znaczących grup profesjonalistów medycznych, takich jak fizjoterapeuci właśnie, budzi niezrozumienie. Mamy nadzieję, że wynika to jedynie z braku świadomości na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a nie jest działaniem o charakterze dyskryminacyjnym. Profesjonaliści medyczni nigdy nie rozróżniają swoich pacjentów i każdemu starają się pomóc zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą.

My, profesjonaliści medyczni, staramy się w tym czasie być szczególnie solidarni i współpracować w celu wspólnego dobra. Krajowa Izba Fizjoterapeutów apeluje: nie dzielcie nas i traktujcie równo!

**Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów**



dr hab. n. med. Maciej Krawczyk



Fizjoterapeuci walczą z COVID-19

Zaczęło się od strachu. Gdy się zorientowaliśmy, że nieznany dotąd wirus z Wuhan – jak go wtedy nazywano – dotarł do Polski, byliśmy na niego nieprzygotowani. I przerażeni na samą myśl, że może nas czekać włoski scenariusz. Brakowało podstawowych środków ochrony osobistej, jasnych wytycznych postępowania, a pacjentów zaczynało przybywać. Pandemia się jeszcze nie skończyła, a COVID-19 wciąż skrywa przed medykami wiele sekretów. Po tych trzech miesiącach możemy już jednak zrobić pierwsze podsumowanie dotyczące wpływu fizjoterapii na proces leczenia chorych. O swoich doświadczeniach opowiedzieli nam szef oddziału intensywnej terapii i pracujący z nim fizjoterapeuci oraz ich pacjenci, którzy szczęśliwie wracają do zdrowia.



Fot. Archiwum prywatne K. Szułdryńskiego

dr n.med. Konstanty Szułdryński

Internista i anesteziolog,
kierownik Centrum Terapii Po-
zaustrojowych jednoimiennego
Szpitala Uniwersyteckiego
w Krakowie.

Nierehabilitowanie pacjenta to proszenie się o problemy

– Fizjoterapia u pacjenta z COVID-19 musi być wdrażana od samego początku. Bez tego może i wyzdrowieje, ale niekoniecznie powróci do sprawności – o współpracy z fizjoterapeutami opowiada internista i anesteziolog dr n.med. Konstanty Szułdryński, kierownik Centrum Terapii Pozaustrojowych jednoimiennego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Agnieszka Gierczak-Cywińska:
Dlaczego na Pańskim oddziale obecność fizjoterapeutów jest niezbędna?

Konstanty Szułdryński:

Nasz oddział powstał pół roku temu z połączenia kilku innych znajdujących się w różnych lokalizacjach. Fizjoterapeuci są tu od początku na pięciu-sześciu etatach. Bardzo sobie cenię tę współpracę. Dla mnie szczególnie istotne są dwa aspekty. Po pierwsze pacjenci nie leżą u nas dłużej niż to konieczne, gdyż są od razu przywracani do sprawności i dzięki temu mogą szybciej opuścić oddział. Po drugie często wydaje się, że pacjent, który tylko leży, jest w niezłym stanie, ale tak naprawdę weryfikacja następuje dopiero przy próbie wysiłkowej, gdy musi wykonać jakieś ćwiczenia. Doświadczenie fizjoterapeutów jest tu niezwykle wartościowe. Zdarza się, że lekarze oceniają, że stan pacjenta jest niezmienny, ale wtedy fizjoterapeuta mówi nam, że jest poprawa, bo wczoraj chory nie był w stanie czegoś wykonać, a dziś już tak albo może znieść większy wysiłek, siedzieć. Myślę, że ćwiczenia też bardzo korzystnie wpływają na stan emocjonalny pacjentów. Dzięki nim sami zauważają, że ich leczenie idzie w dobrym kierunku.

Zauważają u siebie drobne postępy?

Właśnie o to chodzi. Pacjent nie jest w stanie zinterpretować tego, co pokazują monitory, ale widzi, że więcej może zrobić. A to go bardzo podbudowuje psychicznie. Daje napęd do walki o własne zdrowie.

W porównaniu z lekarzem fizjoterapeuta spędza z pacjentem dużo czasu, co w obecnej sytuacji, gdy nie ma możliwości odwiedzin bliskich, musi być dla chorego sporym wsparciem.

Wiadomo, że z pacjentem najdłużej jest pielęgniarka, a potem właśnie fizjoterapeuta. My, lekarze, jesteśmy obecni podczas wizyty, a jeśli potem się nic nie dzieje, to nie potrzebujemy, abyśmy przychodzili. A ten kontakt człowieka z żywym człowiekiem jest bardzo istotny. Szczególnie teraz. Nawet jeśli nie ma warunków do swobodnej rozmowy, bo pacjent jest zaintubowany, to jednak nawiązują ze sobą kontakt.

Kiedy wdrażacie fizjoterapię u pacjentów covidowych?

Od samego początku. Jest to możliwe nawet w głębokiej anagose-dacji albo podczas zwiotczenia. Takie ruszanie pacjentem w tym stanie zapewnia mu profilaktykę

przeciwzakrzepową, umożliwia drenaż limfatyczny, pozwala zachować ruchomość w stawach i zapobiega przykurczom oraz ma wiele innych korzyści. Oczywiście nie dotyczy to pacjentów niestabilnych, ale jeśli tylko nie ma jasnych przeciwwskazań – pacjenci są od początku rehabilitowani.

Tych pięciu-sześciu fizjoterapeutów to u Was wystarczająca liczba?

Na pewno nie. W USA na intensywnej terapii fizjoterapeutów jest tylko co pielęgniarek. Sesje z silniejszymi pacjentami mogą tam trwać bardzo długo, a z tymi, którzy są słabsi, trwają krótko, ale są powtarzane kilka razy dziennie. Wiadomo, że postęp jest wtedy o wiele szybszy, ale co zrobić? Cieszymy się z tego, co mamy.

Jak długo pacjenci ze stwierdzonym koronawirusem przebywają w Waszym szpitalu?

Bez powikłań pacjent najczęściej pierwszy tydzień spędza na zwykłym oddziale, potem niektórym chorym gwałtownie się pogarsza, więc pacjent może wylądować na kolejny tydzień u nas, a potem wraca na zwykły oddział i tam zostaje tydzień czy dwa. Ale jak się powikła, to może u nas leżeć i leżeć.

Jak to możliwe, że pacjent jest już od tygodnia pod opieką szpitala i nagle następuje takie pogorszenie, że trzeba go przenieść na intensywną terapię?

Nie wiemy, ta choroba ma taki nieoczekiwany przebieg.

Ilu pacjentów covidowych było u Was jednocześnie najwięcej, a ilu jest teraz?

Najwięcej było 20, może 22. Teraz (29 maja – przyp. red.) jest siedmiu.



Fot. Maria Włodkowska/Archiwum SU, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Czyli pandemia zaczyna się wygaszać?

Tak mi się na ten moment wydaje. Zaczynamy jednak dostawać pacjentów ze Śląska, niektórych w bardzo ciężkim stanie. Gdy u nich zaczyna brakować miejsca, pacjenci są do nas przewożeni, z Katowic mają bardzo blisko. Drugim powodem jest to, że my robimy ECMO (ang. extracorporeal membrane oxygenation – ciągłe pozaustrojowe natlenianie krwi), a takich możliwości nie ma żaden tamtejszy szpital covidowy.

Wielu pacjentom wymaga wprowadzenia ECMO?

Nie, powiedziałbym, że wręcz zaskakująco mało. Pacjent dobrze prowadzony na respiratorze, jak mu się nie przeszkadza, dość szybko się poprawia. Chyba że jest w naprawdę podeszłym wieku i cierpi na wiele chorób współistniejących. Nam na intensywnej terapii nie zdarzyło się, aby ktoś umarł z przyczyn oddechowych. Zawsze były to inne powody, jak niewydolność krążenia. Oddechowo się zawsze poprawiali.

W przypadku COVID-19 fizjoterapia jest niezbędna?

Fizjoterapia przywraca sprawność i skraca czas pobytu na intensywnej terapii. Jeśli pacjent będzie dłużej leżał na OIT, a potem wyjdzie niesprawny na zwykły oddział, to będzie na nim długo leżał. A im dłużej tam będzie, tym bardziej prawdopodobne, że dojdzie do powikłań. To mogą być kolejne infekcje, zatorowość płucna, zakrzepica i tysiące innych nieoczekiwanych zdarzeń. Nierehabilitowanie pacjenta to proszenie się o problemy.

Pacjent jest rehabilitowany podczas pobytu na OIT, potem na zwykłym oddziale. A co dalej?

Szczególnie w przypadku pacjentów w podeszłym wieku, w wyjściowo gorszym stanie czy takich, którzy musieli długo przebywać na oddziale, konieczne powinno być skierowanie ich do jakiegoś ośrodka rehabilitacyjnego, gdzie trafiliby np. na oddział dzienny, na którym porządnie by się nimi zajęto. Ale z tym jest w kraju dramat i bez COVID-19. W Krakowie w ogóle nie ma takiego ogólnodostępnego miejsca. W przeszłości to niektórych pacjentów wysyłaliśmy do Limanowej czy nawet do Otwocka. Z Krakowa! W Polsce system opie-



Pracująca maszyna ECMO na OIT
Fot. pl.freepik.pl

ki opiera się na eliminacji głównego rozpoznania. Jeśli ktoś miał zapalenie płuc, a już go nie ma – to jest zdrowy. A to że on leży w łóżku, nie nadaje się do pracy, nie jest samodzielny w zakresie podstawowych czynności życiowych, to nikogo nie interesuje.

Myśli pan, że to kwestia niewiedzy, braku wycucia, braku pieniędzy?

Wszystkiego na raz. Zaczyna się od podejścia do jakości w medycynie. Proszę zauważyć, że w Polsce jedynym parametrem, który w ogóle nie jest oceniany w systemie zdrowia, jest jakość leczenia. Stan w jakim pacjent wychodzi ze szpitala nie ma żadnego znaczenia dla finansowania placówki. Gdyby jego wynagrodzenie zależało od stanu, w jakim pacjent go opuszcza, a nie czy w ogóle wyszedł, to by się opłacało, aby był w dobrej kondycji. Kolejnym problemem jest to nieszczęśliwe polskie rozwiązanie, gdzie chociażby w zakresie świadczeń rentowych NFZ i ZUS są odrębnymi podmiotami. Gdyby za chorobowe płacił NFZ, to byłby on zainteresowany jak najszybszym przywróceniem pacjenta do pełnej sprawności, bo nie musiałby wtedy płacić, a do tego jeszcze ozdrowieniec wróciłby do pracy iłożył na składki.

Fizjoterapeuci alarmują, że wciąż są niedoceniani przez lekarzy, dyrektorów szpitali...

To wracamy do tematu jakości. Gdyby to ona była nadrzędna, każdemu dyrektorowi zaczęłoby bardzo zależeć na zatrudnianiu wielu fizjoterapeutów, bo dzięki ich pracy pacjenci o wiele szybciej wracają do sprawności. Nie zrobi tego za nich ani lekarz, ani

pielęgniarka, ani dietetyk – tylko fizjoterapeuta może usprawnić chorego. Ale skoro NFZ i za pacjenta, który wyjdzie o własnych siłach, i za takiego, którego wyniosą na noszach, płaci tyle samo, to po co szpital ma wydawać na zastęp fizjoterapeutów? Fizjoterapia jest w Polsce jak stomatologia – jedna i druga dziedzina jest niemalże całkowicie sprywatyzowana. Kogo stać, ten płaci, żeby być sprawnym. A większości jednak nie stać. Szczególnie tych, którzy najbardziej tej pomocy potrzebują. W efekcie mamy społeczeństwo z tak niskim odsetkiem pracujących, bo ludzie są albo za starzy, albo na wcześniejszych emeryturach, albo na rentach.

A jak się trzymacie psychicznie po tych prawie trzech miesiącach bardzo intensywnej pracy?

Jest całkiem niezłe, ale to pewnie dlatego, że my mieliśmy stosunkowo niewielu pacjentów w ogromnym szpitalu, a nasz oddział jest bardzo nowoczesny, dobrze wyposażony. Oczywiście jestem już zmęczony tym, że od tych trzech miesięcy nie miałem pod rząd chociaż dwóch dni wolnego, tylko cały czas pracuję w systemie 12 godzin pracy, 24 godziny przerwy i znów 12 godzin pracy itd. Na dłuższą metę to męczące. Pacjentów covidowych jest mniej, niż było, ale oni wciąż są. Niektórzy poprawiają się bardzo wolno i leżą u nas już bardzo długo. A jak trafi się ktoś w naprawdę ciężkim stanie, jak ten, którego mamy teraz na ECMO, to może nam załatwić miesiąc bezsennych nocy.

**Rozmawiała
Agnieszka Gierczak-Cywińska**



Fot. Maria Włodkowska/Archiwum SU, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Fizjoterapia pacjentów z COVID-19 na OIT

O specyfice pracy z pacjentem zarażonym koronawirusem piszą fizjoterapeuci z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie –
Wojciech Kliczewski, Małgorzata Garwolińska, Jagoda Pastuszek.

Fizjoterapeuci Oddziału Intensywnej Terapii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie należą do zespołu, który leczy i usprawnia najcięższe przypadki pacjentów. Pracujemy na bardzo dużym oddziale, posiadającym do 65 stanowisk intensywnej terapii i dysponującym pełnym zakresem technik stosowanych w leczeniu ciężkich zakażeń układu oddechowego – od wysokoprzepływowej terapii donosowej (HFNC), przez wentylację nieinwazyjną (na masce i hełmie), zaawansowaną wentylację konwencjonalną, aż po ECMO. Praca ta nie jest łatwa, ale po wielu latach praktyki byliśmy przekonani, że nie stanowiła już dla nas ani tajemnicy, ani takiego obciążenia psychicznego, jak na początku kariery zawodowej.

Nieznany intruz

Tak się zdawało, do momentu, gdy pojawiła się epidemia COVID-19. Co prawda wcześniej mieliśmy do czynienia z pacjentami z SARS czy z grypą AH1N1, ale ten wirus zaskoczył nas wszystkich. To było coś zupełnie nowego, niezbadanego. Podobnie jak więk-

szość naszych kolegów medyków byliśmy bardzo zdezorientowani i zaniepokojeni. Początkowo brakowało także szczegółowych informacji na temat samego wirusa. Musieliśmy się zdać na naszą intuicję oraz wcześniej zdobyte doświadczenie. Na szczęście z czasem badania naukowe odsłaniały coraz więcej tajemnic intruza.

Na podstawie wytycznych Krajowej Izby Fizjoterapeutów opracowaliśmy swój własny indywidualny i wewnętrzny model pracy z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Każdy przypadek był omawiany indywidualnie z lekarzem dyżurującym. Często choroba miała dynamiczny przebieg – jednego dnia rozmawialiśmy z pacjentem, a w kolejnym mógł być już zaintubowany. Dlatego plan terapii często wymagał szybkiego podejmowania decyzji o wprowadzeniu jego korekty. Terapia musiała być dostosowana do aktualnego stanu pacjenta. Poza pracą na oddziale przeprowadzaliśmy wiele telekonferencji, dyskutowaliśmy w gronie zawodowym o najnowszych wynikach badań naukowych, wymienialiśmy doświadcze-



Fot. Maria Włodkowska/Archiwum SU, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

nia, informacje o pacjentach, którzy niekiedy wracali kilkakrotnie na OIT. Poniżej przedstawiamy skrót naszych doświadczeń z ostatnich miesięcy pracy w strefie COVID-19.

Specyfika pracy w strefie zagrożenia epidemiologicznego

Pierwszemu wejściu do strefy COVID towarzyszy lęk, niepewność i pewnego rodzaju dreszcz emocji. Wiele warstw stroju ochronnego utrudnia ruch, komunikację i oddychanie. Kolejność zarówno zakładania wszystkich elementów stroju (kombinezonów, masek, przyłbic, gogli), ale przede wszystkim ich zdejmowania ma kluczowe znaczenie – ryzyko zakażenia jest w tym momencie szczególnie duże, co pokazały

doświadczenia włoskich medyków. Ten etap budził więc największy niepokój. W uniformie ochronnym praca była możliwa przez maksymalnie trzy godziny. Po tym czasie obowiązkowa była dwukrotna kąpiel i dezynfekcja.

Na szczęście w Szpitalu Uniwersyteckim nie brakowało środków ochrony osobistej. Dawało nam to ogromny komfort psychiczny. Każdy z nas wyglądał tak samo, nie poznawaliśmy się nawzajem. Momentami było to nawet zabawne i choć przez chwilę na zakrytych maskami twarzach naszych kolegów i koleżanek pojawiał się uśmiech. Tutaj nikt nie zwracał uwagi na swój wygląd, liczyła się walka o oddech – swój własny i naszych pacjentów.

Każdy z nas po powrocie do domu potrzebował przynajmniej 2-3 godzin snu. Pokazuje to jak wielkim wysiłkiem dla naszego organizmu było każde wejście do „strefy skażonej”.

Specyfika fizjoterapii pacjenta zakażonego koronawirusem

Fizjoterapeuci wchodzący do strefy zakażenia epidemiologicznego na oddziałach Szpitala Uniwersyteckiego wypracowali specyficzne systemy pracy adekwatne do każdego oddziału. Sposób i metody rehabilitacji pacjentów zarażonych wirusem COVID-19 przebywających na Oddziale Intensywnej Terapii nieznacznie różnią się od technik codziennej terapii, prowadzonej dotąd na naszym oddziale. Do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie, a plan postępowania dynamicznie dostosowywać do zmian jego stanu. Niezbędne są stałe konsultacje z resztą personelu medycznego. Zaobserwowaliśmy, że pacjenci zarażeni wirusem SARS-CoV-2 charakteryzują się wyjątkowo niską tolerancją wysiłku fizycznego. Początkowa pionizacja musi się odbywać pod baczna obserwacją fizjoterapeuty, parametrów monitora i lekarza prowadzącego.

Najczęściej stosowane techniki

1. Ćwiczenia przeciwzakrzepowe – wirus SARS-CoV-2 zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, a pacjenci na OIT są głównie leżący – profilaktyka jest obowiązkowa u każdego z nich!
2. Masaż wibracyjny klatki piersiowej – urządzenie do wibracji wprawiające w drgania klatkę piersiową ułatwia odrywanie się wydzieliny z płuc i przemieszczanie jej do górnych dróg oddechowych, a ostatecznie jej ewakuację.



Fot. Maria Włodkowska/Archiwum SU,
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

3. Oklepywanie – ułatwia ewakuację wydzieliny.
4. Układanie pacjentów na brzuchu – bardzo istotne, według badań naukowych ta pozycja ułatwia regenerację płuc u pacjentów wentylowanych mechanicznie i oddychających spontanicznie. Rolą fizjoterapeuty jest pomoc w układaniu i dbanie o prawidłową pozycję w ułożeniu na brzuchu, tak by zapobiec powikłaniom.
5. Ćwiczenia bierne – zachowanie zakresu i ruchomości w stawach – od samego początku pobytu na OIT.
6. Ćwiczenia czynno-bierne u pacjentów pod wpływem analgosedacji i przytomnych.
7. Ćwiczenia czynne – u pacjentów przytomnych.
8. Nauka korzystania z urządzenia Tri-Flow – trening oddychania z oporem wdechowym i wydechowym.
9. Pionizacja pacjenta.
10. Uruchamianie.
11. Wypis na inny oddział – wspinały moment, na który wspólnie wszyscy pracujemy, a pacjent tak bardzo czeka. W karcie informacyjnej zawieramy opis stosowanej fizjoterapii, aktualny stan chorego oraz zalecenia na przyszłość.

Wspieramy naszych pacjentów

Należy podkreślić, że w momencie, gdy pacjent jest przytomny i w kontakcie, wymaga dużo więcej czasu i uwagi. Pacjenci ci zwykle przebywają wiele tygodni w szpitalu i nie mają żadnego kontaktu z bliskimi ze względu na reżim sanitarny. Bardzo istotne w powrocie do zdrowia jest więc wsparcie psychiczne i rozmowa z terapeutą i innymi przedstawicielami personelu medycznego. W tej ciężkiej i często trudnej do zrozumienia sytuacji (dla nas i dla pacjentów) okazujemy chorym jak najwięcej zainteresowania i serca.

Gdy dzielimy się naszymi doświadczeniami z rodziną i znajomymi, nazywają nas bohaterami – jak wszystkich na pierwszej linii frontu. Nie czujemy się nimi. Mamy natomiast nadzieję, że jeśli kiedyś w przyszłości znów spotka nas podobna sytuacja, to sprawdzimy się w niej równie dobrze, a może nawet lepiej.

**Wojciech Kliczewski,
Małgorzata Garwolińska,
Jagoda Pastuszak**

Jestem lekarzem, a nie zawsze dostrzegam postępy

Ireneusz Orman, 53 lata
choroby współtowarzyszące: niedoczynność tarczycy, przewlekła choroba nerek, po trzech zapaleniach żył

W czwartek 16 kwietnia byłem w szpitalu na dyżurze (jestem ginekologiem), gdy nagle dostałem stanu podgorączkowego. Załatwiłem sobie na następny dzień test, ale na wyniki musiałem czekać aż trzy dni. Na początku nie miałem gorączki, ale czułem się coraz słabiej. W poniedziałek okazało się, że jestem zakażony. Temperatura zaczęła wzrastać. Gdy po niespełna tygodniu dostałem duszności, córka zawiozła mnie do szpitalu. Na pulmonologii podano mi leki, ogólnie zaczęło mi się poprawiać. W nocy jednak dostałem silnych duszności i musieli mnie przewieźć na OIOM i podłączyć do OptiFlow. Mój stan określono jako ciężki, ale stabilny. Niespecjalnie jednak się poprawiałem, postępowało uszkodzenie płuc, dlatego zdecydowano o intubacji. Kolejne pięć dni to znam tylko z opowieści, bo je przespałem. Wiem, że w międzyczasie wpadłem we wstrząs septyczny, wskaźniki stanu zapalnego poszybowały prawie do granic oznaczalności. Na szczęście opanowano to plazmoferezą. Po kilku dniach doszła za to niewydolność nerek, poddali mnie dializom. Po wybudzeniu jeszcze przez tydzień musiałem leżeć na OIOM.

Usprawnianie od początku

Fizjoterapia zaczęła się już na intensywnej terapii. Dzień po wybudzeniu miałem pierwszy drenaż. O wstawaniu nie było jeszcze mowy, bo przy samym siadaniu bardzo spadała mi saturacja. Pionizacja udało się dopiero po kilku dniach. Przez ten tydzień bywały dni, że czułem się gorzej i nie byłem w stanie robić za wiele, ale ćwiczyliśmy codziennie. Dopiero po przejściu na pulmonologię zaczęły się próby chodzenia w miejscu. Obawiałem się, że mam bardzo słabe mięśnie po tylu dniach spędzonych w łóżku. Uspokoiłem się, gdy fizjoterapeuta to sprawdził i okazało się, że wcale nie jest tak źle. To mnie podbudowało. Po pokoju udało mi się zrobić krótki spacer dopiero dwa tygodnie od wybudzenia. Ponieważ byłem jeszcze słaby, zabroniono mi samemu chodzić po pokoju, ale mogłem poruszać się wzdłuż parapetu, okno jest blisko mojego łóżka.



Pacjent podczas 6-minutowego testu chodu

Uznano, że zniszczenie płuc jest na tyle poważne, że zalecono, abym codziennie leżał na brzuchu przez dwie godziny. Początkowo, gdy miałem jeszcze cewnik i przypinane elektrody, było to dość niekomfortowe, ale teraz już nie sprawia mi ta pozycja problemu.

Duży postęp nastąpił wtedy, gdy mogłem już wyjść na korytarz. Przechodziłem najpierw dystans 7,5 metra, oczywiście z przerwami i kontrolą saturacji. Fizjoterapia trwała wtedy około godziny. Później wydłużyła się do dwóch godzin, a dystans zwiększył do 15 m. Po miesiącu pobytu w szpitalu mogłem się wreszcie wykąpać – to było coś!

Wsparcie fizjoterapeuty

To niezwykle ważne, że przychodzi ktoś, kto podtrzymuje człowieka na duchu. Zapewnia, że dam radę, motywuje, zauważa postępy, których nawet ja, jako lekarz, często nie zauważam. Ale on z boku to widzi. Zwraca uwagę na takie szczegóły. Ten aspekt psychologiczny jest niezwykle ważny. Przy tak długich pobytach w szpitalu, a ja jestem tu już półtora miesiąca, pojawia się skłonność do depresji. Biorę tu mało leków, więc podstawą mojego pobytu jest usprawnianie mnie poprzez fizjoterapię. Pracujemy od poniedziałku do piątku przez dwie godziny. Teraz mogę chodzić bez podtrzymywania, tylko z asekuracją.

Myślę, że gdy tylko przyjdzie ujemny wynik testu, wypuszczą mnie już do domu. Jestem w stanie sam

Zdjęcia wykonano na oddziale covidowym Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

się sobą zająć, ale też mam świadomość swoich ograniczeń i wiem, że muszę rozkładać sobie wysiłek na etapy. Nie wiem jeszcze, jak będzie wyglądać moje leczenie po wyjściu ze szpitala, czy będę jeździł na kontrolę. Czuję, że wciąż będę jednak potrzebował fizjoterapii, aby specjalista mnie poprowadził. Biorąc

pod uwagę moje ostatnie przeżycia, teraz czuję się całkiem nieźle, uzyskałem zdolność samoobsługi. Do pełni zdrowia i dawnej sprawności jednak jeszcze daleka droga.

AGC

Jeszcze będę przeskakiwał co dwa stopnie

**Bogdan Kleszcz, 63 lata
brak chorób współtowarzyszących**

Do szpitala trafiłem 10 kwietnia. Tydzień wcześniej podczas teleporady lekarz stwierdził, że mam grypę, ale po kilku dniach pojawiły się gorączka i duszności. Pogotowie zawiozło mnie do zwykłego szpitala, ale gdy okazało się, że to COVID, przetransportowali mnie do jednoimiennego. Najpierw trafiłem na oddział pulmonologiczny, ale po dwóch dniach mój stan gwałtownie się pogorszył, dusiłem się. Lekarze zdecydowali o wprowadzenie mnie w śpiączkę farmakologiczną, żeby uspokoić organizm. Po tygodniu, gdy mnie wybudzili, czułem się, jakby mi wymienili płuca na nowe. To była ogromna ulga! Wyniki bardzo szybko mi się poprawiały i pięć dni później znów byłem na pulmonologii. Tam leżałem dwa tygodnie, choć szybko poczułem się dobrze, ale musiałem czekać na negatywny wynik testu. Nawet lekarze byli zdziwieni, że tak szybko się ogarnąłem.

Początki były ciężkie

Moja fizjoterapia zaczęła się od siadania, przesuwania się po łóżku. Potem doszło wstawanie i stawanie na palcach, ale z tym długo miałem problemy, kręciło mi

się w głowie. Ale dalej to już poszło naprawdę szybko. Pojawiło się ćwiczenie ze schodkami, na które miałem wchodzić – najpierw był jeden, potem po pięć-sześć w górę i tyle samo w dół. Muszę powiedzieć, że to mi bardzo pomogło, bardzo. Ja w tej śpiączce byłem tydzień, ale po obudzeniu się miałem mięśnie jak flaki. Dlatego na OIOM do żadnej fizjoterapii się nie nadawałem. A tu postęp nastąpił ogromny.

Oboje w szpitalu

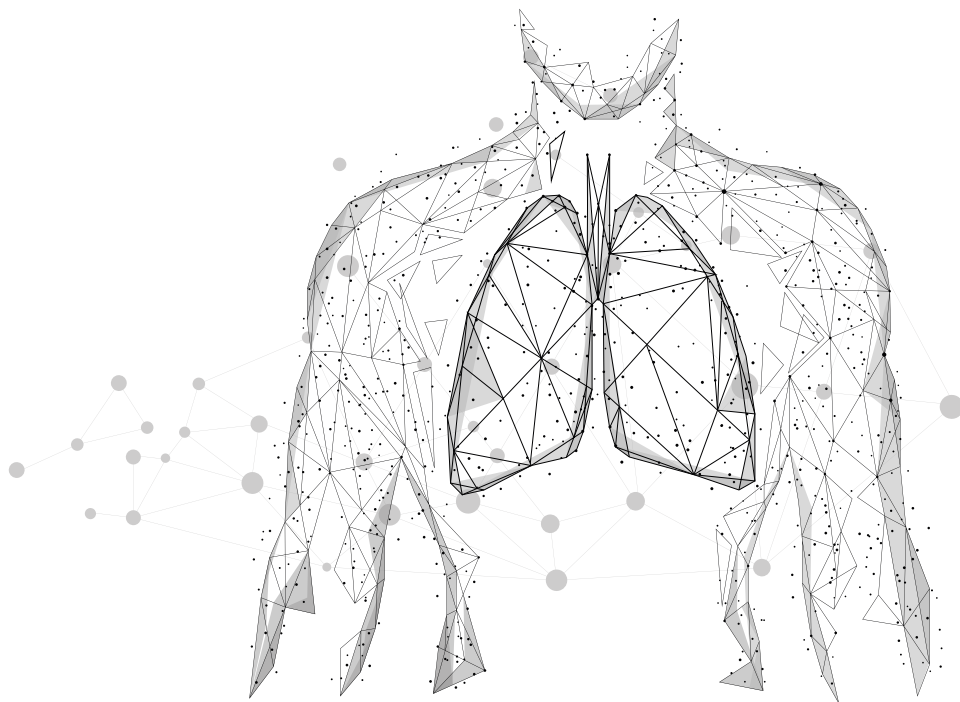
Psychicznie to było ciężko. Szczególnie, że żona też wylądowała w tym szpitalu kilka dni po mnie, ale dwa piętra niżej. Ona przeszła koronawirusa o wiele lżej niż ja, więc była tam tylko dwa tygodnie. Bałem się, że oboje już z tego szpitala nie wyjdziemy. Żona tak strasznie przeżywała to, co się ze mną działo, że potrzebowała pomocy psychologa. Cieszę się więc, że tak szybko udało mi się wrócić do domu i w tak dobrym stanie. Dalej wykonuję ćwiczenia, które zalecił mi fizjoterapeuta. Początkowo na zewnątrz kiepsko mi się oddychało, ale już nie mam z tym problemu. Teraz funkcjonuję w 99 proc. tak jak kiedyś. Nie mogę jeszcze tylko na schodach przeskoczyć dwóch stopni naraz, ale i to mi się pewnie uda.

AGC



„...Ćwiczenie ze schodkami, na które miałem wchodzić – najpierw był jeden, potem po pięć-sześć w górę i tyle samo w dół. Muszę powiedzieć, że to mi bardzo pomogło”

Zdjęcia wykonano na oddziale covidowym Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.



Fizjoterapia oddechowa – to nie tylko ćwiczenia oddechowe i odkrztuszanie

Artykuł ekspertek z zakresu tematyki fizjoterapii oddechowej – dr Agnieszki Lewko i dr Anny Pyszory – omawia jej zakres w świetle obecnej wiedzy naukowej i na podstawie istniejących rekomendacji klinicznych.

Fizjoterapia obejmuje wiele dziedzin medycyny, m.in. neurologię, ortopedię i traumatologię czy kardiologię. W niektórych krajach fizjoterapia oddechowa jest jedną z trzech najważniejszych dziedzin, w innych jest nadal niedoceniana. Tradycyjnie kojarzy się ją z technikami oczyszczania drzewa oskrzelowego, drenażem ułożeniowym, czy ćwiczeniami oddechowymi. Jednakże te metody stanowią jedynie fragmentaryczny zakres działania terapeutycznego, a fizjoterapia oddechowa to znacznie więcej!

Fizjoterapeuci specjalizujący się w tej dziedzinie zajmują się pracą m.in. z pacjentami torakochirurgicznymi, osobami z chorobami nerwowo-mięśniowymi z dysfunkcją kaszlu i zaburzeniami wentylacji, z wysokim uszkodzeniem rdzenia kręgowego, z zaburzeniami wentylacji w zaostrzeniach chorób przewlekłych, z pacjentami wentylowanymi na oddziałach intensywnej terapii, z pacjentami hospitalizowanymi z powodu ostrego przebiegu infekcji płuc/oskrzeli w różnym wieku, włączając dzieci. Fizjoterapeuci pełnią również ważną funkcję w pracy z pacjentami z zaburzeniami czynnościowymi układu oddechowego, np. syndromem hiperwentylacji czy hipowenty-

lacji w zaawansowanej otyłości. Nie do przecenienia jest także fizjoterapia oddechowa prowadzona wśród noworodków z zaburzeniami oddechowymi. Poniższy artykuł ma na celu przybliżenie zakresu fizjoterapii oddechowej w świetle obecnej wiedzy i na podstawie istniejących rekomendacji klinicznych.

Nie tylko pacjenci pulmonologiczni

Celem fizjoterapii jest szeroko rozumiane umożliwienie optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego pacjentom w każdej fazie procesu chorobowego [1]. Zarówno we wczesnym okresie po diagnozie, w stanach ostrych i przewlekłych (w trakcie stabilizacji stanu i w zaostrzeniach), jak i w końcowym okresie życia pacjenta. Fizjoterapia oddechowa ma zastosowania zarówno na oddziałach intensywnej terapii [2], oddziałach szpitalnych, przychodniach i coraz częściej w domu pacjenta [1,3]. Fizjoterapeuci oddechowi odpowiedzialni są za kompleksowe badanie subiektywne i obiektywne pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem układu oddechowego. Proces wnioskowania klinicznego opiera się na analizie uzyskanych wyników i uwzględnia cele pacjenta wy-

znaczone na podstawie jego indywidualnych potrzeb wynikających m.in. z sytuacji psychospołecznej. To pozwala na zaplanowanie efektywnej i bezpiecznej interwencji fizjoterapeutycznej.

Warto zaznaczyć, że fizjoterapia oddechowa nie jest wyłącznie ograniczona do pracy z pacjentami pulmonologicznymi. Oczywiście pełni istotną rolę w procesie kompleksowego leczenia osób z takimi chorobami jak: mukowiscydoza, Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP), astma, rozstrzenie oskrzeli czy też włóknienie płuc. W tych grupach duże znaczenie ma m.in. stosowanie metod oczyszczania oskrzeli (w literaturze zwane „chest physiotherapy”), nieinwazyjnej wentylacji (zarówno w czasie hospitalizacji w przebiegu zaostrzeń jak i w leczeniu domowym), tlenoterapii w czasie wysiłku, treningu fizycznego w ramach programów rehabilitacji pulmonologicznej.

Co ważne, fizjoterapia oddechowa jest równie istotna w leczeniu osób z innymi schorzeniami, u których występują zaburzenia ze strony układu oddechowego, np. trudności w odkrztuszaniu u pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi czy przy urazach rdzenia kręgowego, po zabiegach operacyjnych, u krytycznie chorych lub osób otyłych. Właściwe badanie, ocena pacjenta i interwencja często zapobiegają groźnym powikłaniom, które potencjalnie mogą prowadzić do trwałej niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci pacjenta.

Tylko dowody naukowe

Metody stosowane w fizjoterapii oddechowej bazują na dowodach skuteczności potwierdzonych badaniami naukowymi. Liczba publikacji w tej dziedzinie jest znacząca, istnieją liczne podręczniki do fizjoterapii oddechowej [4, 5], wskazania kliniczne [2, 6, 10] i rekomendacje potwierdzone silnymi dowodami i opiniami ekspertów [7–9].

Techniki stosowane w fizjoterapii oddechowej mają na celu: oczyszczanie wydzieliny z oskrzeli, zmniejszenie wysiłku oddechowego lub też zwiększenie obniżonej pojemności płuc [5]. Zostały one szeroko opisane w literaturze, ale ich zastosowanie i efektywność muszą być oparte na indywidualnym badaniu pacjenta, ocenie mechanizmów prowadzących np. do dysfunkcji powodującej zaleganie wydzieliny i efektywności klinicznej [2, 4, 5, 6, 11]. Przykładowo szeroko stosowaną metodą w schorzeniach oskrzeli jest Aktywny Cykl Technik Oddechowych (*ang.* ACBT – *active cycle of breathing techniques*), z kolei

asystor kaszlu, wykorzystujący mechaniczną insuflację–eksuflację (*ang.* MIE – *mechanical insufflation exsufflation*) stosowany jest głównie u pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi, a manualna hiperinflacja (*ang.* *manual hyperinflation*) u pacjentów intubowanych i wentylowanych mechanicznie na oddziałach intensywnej terapii. Fizjoterapeuci oddechowi biorą też aktywny udział w opiece nad pacjentami, którzy stosują wentylację nieinwazyjną z celu odciążenia pracy mięśni oddechowych [12, 13], stosują techniki pomocne w uśmierzaniu objawów takich jak duszność [4, 6, 14]. Posiadają również ogólną wiedzę i umiejętności z zakresu treningu fizycznego, zwiększania wydolności i siły mięśniowej pacjentów. Specjaliści fizjoterapii oddechowej są integralną częścią zespołów rehabilitacji pulmonologicznej, a nawet często stoją na ich czele. Rehabilitacja pulmonologiczna to kompleksowy i ekonomicznie wydajny program kilkutygodniowych sesji, w skład którego wchodzi: trening fizyczny, edukacja, zmiany zachowań na prozdrowotne i wypracowanie samodzielności w radzeniu sobie z chorobą [15]. Ta forma terapii uznawana jest za standard opieki zdrowotnej u pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc, w szczególności z POChP [16–18].

HERMES

Zakres i obszary oddziaływania fizjoterapii oddechowej są szerokie, a specjaliści z tej dziedziny powinni stanowić integralną część zespołów terapeutycznych zwłaszcza w szpitalach, przychodniach, ośrodkach opieki długoterminowej i paliatywnej oraz w opiece domowej. Jednakże istnieją olbrzymie różnice w praktyce klinicznej, szkoleniu kadr i dostępności do tych specjalistów nawet w krajach UE, mimo iż systemy edukacyjne są w nich zgodne ze „standardami bolońskimi”.

W 2012 r. powstała międzynarodowa grupa robocza, której celem było określenie zakresu i programów nauczania podyplomowego dla specjalistów fizjoterapii oddechowej. Projekt ten powstał w ramach programu edukacyjnego Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS – European Respiratory Society) pod nazwą HERMES (Harmonised Education in Respiratory Medicine for European Specialists). Konsultacje objęły setki specjalistów z 30 krajów świata, również z Polski. Używając procesu Delphi wypracowano konsensus, wykorzystany w przygotowaniu konspektu i programu edukacyjnego dla fizjoterapeutów oddechowych na całym świecie. W 2015 r. został opublikowany konspekt [19], a w 2019 r. cały

program ze szczegółowymi efektami nauczania [20].

Projekt ten jest istotny nie tylko jako wyznacznik standardów nauczania na poziomie podyplomowym, lecz również określa poziom wiedzy, umiejętności i postaw jakich oczekuje się od fizjoterapeutów zajmujących się pacjentami z szeroko pojętymi dysfunkcjami ze strony układu oddechowego. Mogą się one pojawić na różnych etapach życia czy też w przebiegu różnorodnych chorób, leczenia operacyjnego czy też ciężkich urazów, jak już było wspomniane wcześniej. Dobrze wyszkolony fizjoterapeuta jest w stanie przeprowadzić niezależne badanie pacjenta, poprzez proces wnioskowania klinicznego określić problemy terapeutyczne i związany z tym plan fizjoterapii. Aby fizjoterapeuci byli przygotowani do wykonywania kompleksowego badania i terapii pacjentów, powinniśmy spojrzeć na programy nauczania na poziomie kształcenia przeddyplomowego i ocenić na podstawie wytycznych HERMES, czy odpowiednio przygotowujemy polskich fizjoterapeutów. Poziom nauczania na etapie kształcenia przeddyplomowego i jakość praktyk zawodowych często decydują o wyborze określonej dziedziny fizjoterapii, w której młody fizjoterapeuta chce się rozwijać. Istotne też jest ustawiczne szkolenie i stworzenie grupy specjalistów



Dr Agnieszka Lewko

Doktor nauk o zdrowiu Uniwersytetu Londyńskiego, specjalistka fizjoterapii oddechowej.

Starszy wykładowca na Kingston University and St. George's University of London.

Członkini Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS), współtwórczyni konspektu i programu HERMES dla fizjoterapii oddechowej.

Członkini Zespołu ds. Fizjoterapii Oddechowej KIF.

w tej dziedzinie, którzy będą mentorami i ekspertami dla innych fizjoterapeutów oraz liderami wśród innych zawodów medycznych. Bez odpowiednio szkolenych i doświadczonych specjalistów w fizjoterapii oddechowej duża grupa pacjentów nie ma dostępu do leczenia, które może przyspieszyć ich powrót do zdrowia, zapobiec niebezpiecznym powikłaniom, poprawić jakość życia lub wręcz wydłużyć jego długość.

Fizjoterapia oddechowa a COVID-19

W tym roku pandemia wirusa atakującego układ oddechowy ujawniła różnice w poziomach szkolenia, umiejętności i przygotowania fizjoterapeutów do leczenia pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową. Okazało się, że część zaleceń i wskazań opracowanych na podstawie istniejącej wiedzy naukowej i ekspertyz międzynarodowych nie jest możliwa do zrealizowania w wielu krajach, w tym także w Polsce. Okres ten pozwolił na poszerzenie wiedzy samych fizjoterapeutów o możliwościach, jakie stwarza fizjoterapia oddechowa. Obecnie nadchodzi czas na ewaluację i refleksje nad tym, jakie są potrzeby i cele rozwoju fizjoterapii oddechowej w naszym kraju oraz w jaki sposób można je osiągnąć.



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, Hospicjum Popiełuszki w Bydgoszczy.

Członkini Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS) i Zespołu ds. Fizjoterapii Oddechowej KIF.

Bibliografia

1. Bott J. Respiratory care: A very necessary specialty in the 21st century. *Physiotherapy* 2000; 86: 2
2. Gosselink R, Bott J, Johnson M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: Recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Medicine* 2008; 34: 1188-1199
3. Stevenson R, Angus R, Blanchard M, et al. Intermediate care - Hospital-at-Home in chronic obstructive pulmonary disease: British Thoracic Society guideline. *Thorax* 2007; 62: 200-210
4. Main, E and Denehy, L. *Cardiorespiratory Physiotherapy: Adults and Paediatrics*. 5th Edition, Elsevier Health Science 2016.
5. Hough, A. *Hough's Cardiorespiratory Care. An evidence-based, problem-solving approach*. 5th Edition, Elsevier 2018.
6. Bott J, Blumenthal S, Buxton M, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax* 2009; 64(Suppl 1): i1-i51.
7. Gosselink R, Clerckx B, Robbeets C et al. Physiotherapy in the Intensive Care Unit. *Netherlands J. Critical Care*. 2011; 15(2):66-75.
8. Renault JA, Costa-Val R, Rossetti MB. Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* 2008; 23(4): 562-569
9. Larsen KS, Skoffler B, Gregersen Oestergaard L, Van Tulder M, Petersen AK. The effects of various respiratory physiotherapies after lung resection: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2019; 1-19
10. Strickland SL, Rubin BK, Drescher GS et al. AARC Clinical Practice Guideline: Effectiveness of Nonpharmacologic Airway Clearance Therapies in Hospitalized Patients. *Respiratory Care* December 2013; 58 (12): 2187-2193
11. Chatwin M, Toussaint M, Gonçalves MR et al. Airway clearance techniques in neuromuscular disorders: A state of the art review. *Respiratory Medicine* 2018; 136: 98-110
12. Piper AJ, Moran FM. Non-invasive ventilation and the physiotherapist: current state and future trends. *Physical Therapy Reviews* 2006; 11 (1): 37-43
13. Menadue C, Piper AJ, van 't Hul AJ, et al. Non-invasive ventilation during exercise training for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; Issue 5. No.: CD007714
14. Taylor J. Breathlessness and fear. In: Potential and Possibility: Rehabilitation at end of life. *Physiotherapy in Palliative Care*. Taylor J, Simader R, Nieland P (eds.). Urban and Fischer, München 2013
15. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Report 2020. Dostępny na: <https://goldcopd.org/gold-reports/>
16. NICE. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline [NG115]. 2019. Dostępny na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/Recommendations#managing-stable-copd>
17. Sliwiński P, Górecka D, Jassem E, et al. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014; 82 (3): 227-263
18. Spruit, MA, et al. ATS/ERS Statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *J. of Resp. and Crit. Care Med*. 2013; 188 (8): e13-e64
19. Pitta F, Mitchell S, Chatwin, M, et al. A core syllabus for post-graduate training in respiratory physiotherapy. *Breathe - Continuing Medical Education for Respiratory Professionals* 2014; 10(3): 220-228.
20. Troosters T, Tabin N, Langer D, et al Introduction of the harmonised respiratory physiotherapy curriculum. *Breathe* 2019; 15(2): 110-115.

Jak odmraża się europejska fizjoterapia?

W Polsce ograniczenia dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii zostały zniesione 4 maja. A jak poradziły sobie inne państwa?

Francja

Oficjalne odmrożenie gospodarki we Francji rozpoczęło się 11 maja. Wcześniej fizjoterapeuci musieli do minimum ograniczyć swoją działalność, świadcząc jedynie usługi telerehabilitacyjne bądź wizyty domowe. Francuska Izba Fizjoterapeutów już pod koniec kwietnia przekazała zalecenia dotyczące środków ochrony indywidualnej i dezynfekcji oraz adaptacji gabinetu. Fizjoterapeuci mieli więc czas na to, aby się przygotować. Dzień przed zniesieniem rządowych ograniczeń, a więc 10 maja, na stronie Izby został opublikowany komunikat z wytycznymi dotyczącymi dobrych praktyk, które powinny być stosowane po otwarciu gabinetów.

Francuscy fizjoterapeuci mogą przyjąć pacjenta w gabinecie tylko wtedy, jeśli są w stanie w pełni zagwarantować zgodne z rekomendacjami bezpieczeństwo. Fizjoterapeuta samodzielnie i świadomie ocenia stosunek korzyści do ryzyka, pamiętając o tym, że dla najbardziej wrażliwej grupy pacjentów lepsza od gabinetu będzie wizyta domowa, a najlepsza – o ile to możliwe – telerehabilitacja.

Dodatkowo Francuzi przygotowali także przewodnik dla pacjenta chcącego powrócić na rehabilitację oraz plakaty informacyjne do powieszenia w gabinetach.

Źródła:

<http://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-doivent-poursuivre-une-reprise-progressive-de-leur-activite-dans-leurs-cabinets/>

<http://www.ordremk.fr/actualites/patients/reouverture-des-cabinets-de-kinesitherapie-patients-ce-que-vous-devez-savoir/>

Holandia

W Holandii wraz z wybuchem pandemii gabinety fizjoterapii nie zostały oficjalnie zamknięte w przeciwieństwie do salonów fryzjerskich czy kosmetycznych. Rząd od razu uznał, że opieka fizjoterapeutyczna musi pozostać dostęp-

na i absolutnie nie może jej zabraknąć, ale wyraźnie zarekomendował świadczenie usług zdalnych. Przyjęcie pacjenta w gabinecie lub wizyta domowa mogły się odbywać tylko wtedy, gdy niemożliwe było zapewnienie telerehabilitacji lub stan pacjenta bezwzględnie wymagał osobistego kontaktu z fizjoterapeutą. Oczywiście z zachowaniem wszystkich zasad bezpieczeństwa.

Ponowne rozszerzenie działalności fizjoterapeutycznej umożliwiono 1 maja, dzięki rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Środowiska. Podkreślając wagę bezpieczeństwa pacjenta i fizjoterapeuty, określono wytyczne do pracy w gabinecie. Powinien być on dostosowany, zabezpieczony w środku do dezynfekcji, a pacjent musi zostać poinformowany, że terapia może przebiegać nieco inaczej niż dotychczas (rekomendowane jest zachowanie dystansu 1,5 metra). Co najważniejsze, fizjoterapeuta powinien postępować zgodnie z tzw. mapą drogową, a więc wytycznymi do oceny pacjentów i podejmowania decyzji o przyjęciu ich w gabinecie oraz zakresie świadczonych usług. Stowarzyszenie Holenderskich Fizjoterapeutów (KNGF) przygotowało także zestaw materiałów dla pacjentów o nowych warunkach pracy fizjoterapeutów.

Warto wspomnieć, że holenderscy fizjoterapeuci również borykają się z problemem wymieniania ich grupy zawodowej w mediach jednym tchem z masażystami, kosmetyczkami i fryzjerami, z czym uporczywie walczą.

Źródła:

<https://www.kngf.nl/actueel/nieuws/2020/mei-2020/kappers-zijn-geen-fysiotherapeuten.html>

<https://www.kngf.nl/actueel/nieuws/2020/april/triage-stappenplan-30-april-2020.html>

https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/praktijkvoering/de-praktijk/triage-stappenplan-30-april-2020.pdf?utm_medium=email

Belgia



Belgia, tak jak Polska, odmroziła fizjoterapię 4 maja. Belgijski AXXON opublikował szczegółowe wytyczne dla opieki ambulatoryjnej, zarówno do pracy indywidualnej z pacjentem, jak i ćwiczeń grupowych. Dodatkowo, podobnie jak u Holendrów, opracowano tzw. drzewo decyzyjne, pomagające fizjoterapeutom w podjęciu decyzji, czy pacjent może być konsultowany zdalnie, czy w domu, czy wymaga fizycznej wizyty w gabinecie.

Za co lubimy Belgów? W przygotowanym dla pacjentów plakacie informacyjnym o „nowej normalności” w gabinetach fizjoterapii zalecają dojazd do gabinetów... na rowerze. Nie jesteśmy zaskoczeni :) Ale co na to Holendrzy?

Źródła:

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

<https://www.axxon.be/ckfinder/userfiles/files/2020%20-%20COVID-19/20200515%20-%20COVID-19%20-%20Procedure%20voor%20ambulante%20zorgverstrekking%20-%20NL%20-%20Sciensano.pdf>

Hiszpania



Jak tylko pandemia zaczęła w zawrotnym tempie rozprzestrzeniać się w kraju, Światowa Federacja Fizjoterapii, popierając prośby hiszpańskich kolegów, wysłała pisma do właściwych władz, w których apelowała o zamknięcie wszystkich prywatnych ośrodków, ponieważ niemożliwe

stało się zagwarantowanie odpowiednich środków ochronnych dla fizjoterapeutów. W połowie kwietnia Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de Espania opublikował rekomendacje pomagające w przygotowaniach do ponownego otwarcia gabinetów oraz dla fizjoterapeutów, którzy już wznowili świadczenie usług dla najbardziej potrzebujących pacjentów.

Oficjalnie odmrożenie rehabilitacji w Hiszpanii zostało ogłoszone przez Ministerstwo Zdrowia 25 maja. I był to pierwszy etap odmrażania gospodarki w tym kraju. Warto jednak podkreślić, że w poszczególne fazy odmrażania nie wchodzi cała Hiszpania jednocześnie. Niektóre regiony nadal pozostają w pierwszym lub drugim etapie, podczas gdy inne są już w trzecim (głównie wyspy). Nadal zaleca się przyjmowania jedynie pacjentów pilnie potrzebujących.

Źródła:

<https://www.consejo-fisioterapia.org/noticias/3310-CORONAVIRUS-PROTOCOLO-ICPEA-DE-PROTECCION-E-HIGIENIZACION-PARA-CENTROS-PRIVADOS.html>

https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Plan_Transicion_Guia_Fase_1.pdf

<https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/planDesescalada.htm>



Weronika Krzepakowska
Dział ds. Międzynarodowych KIF

AXXON RICHTLIJNEN VOOR EEN VEILIGE DOORSTART VANAF 4 MEI VOOR DE PATIËNT

BLIJF THUIS ALS U ZIEK BENT
Heeft u koorts, hoest, hoofdpijn, diarree, verlies van reuk- en smaakzin of last met de ademhaling? Kom dan niet naar de praktijk maar neem telefonisch contact op met uw huisarts.

ZORG VOOR GOEDE HYGIËNE
Was of ontsmet uw handen bij aankomst en vertrek. Hoest of nies in de binnenkant van uw elleboog, niet in uw handen.

VERMIJD HET OPENBAAR VERVOER
Kom bij voorkeur met de auto, per fiets of te voet. Probeer indien mogelijk het openbaar vervoer te vermijden en vermijd openbare plaatsen.

VERMIJD DE WACHTZAAL
Kom ten vroegste 5 minuten op voorhand in de wachtzaal zitten of wacht tot de kinesitherapeut u buiten komt halen. Begeleiders van patiënten dienen buiten te wachten. Raak niets aan tot u de behandelruimte heeft bereikt.

BRENG EEN HANDDOEK MEE
Informeer bij uw kinesitherapeut of u zelf uw handdoek moet meebrengen. Het gebruik van uw eigen materiaal vermindert het risico op besmetting.

GEbruik EEN MONDMASKER
Om uzelf en de kinesitherapeut te beschermen, krijgt u een mondkapje ter beschikking. Raak dit alleen aan aan de linten of elastieken. Draag dit tijdens de gehele duur van de behandeling.

Plakat informacyjny dla pacjentów przygotowany przez belgijską organizację AXXON

Źródło: <https://www.axxon.be/ckfinder/userfiles/files/2020%20-%20COVID-19/2020%20-%20Richtlijnen%204%20mei%20-%20Pati%C3%ABnten.pdf>

Dofinansowanie fizjoterapii zmniejszy koszty pandemii

WCPT wzywa Światowe Zgromadzenie Zdrowia do zwiększenia funduszy na rehabilitację w ramach globalnej odpowiedzi na pandemię COVID-19.

Tegoroczne 73. Światowe Zgromadzenie Zdrowia* odbyło się w dniach 18–19 maja, po raz pierwszy w historii w formule online. Delegacje z całego świata dyskutowały o aktualnych potrzebach i wyzwaniach, przed którymi stoją teraz systemy opieki zdrowotnej. Fizjoterapeuci również mieli swój głos! Reprezentowała nas zrzeszająca ponad 625 tys. fizjoterapeutów Światowa Konfederacja Fizjoterapii (WCPT).

WCPT, także w imieniu Krajowej Izby Fizjoterapeutów, wezwała wszystkich członków Zgromadzenia do zobowiązania się do **zwiększenia funduszy na rehabilitację** w ramach globalnej, solidarnej odpowiedzi na pandemię COVID-19.

Emma Stokes, prezes WCPT, oświadczyła: „Jest to zarówno możliwość zminimalizowania kosztów pandemii w przypadku pojedynczej osoby, ale także szansa na to, aby usługi rehabilitacyjne stały się kluczowym filarem powszechnej ochrony zdrowia na całym świecie. **Fizjoterapia odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia i dobrego samopoczucia.** Jednak w wyniku zawieszenia wielu usług w zwią-

ku z koniecznością izolacji społecznej, ludzie prawdopodobnie doświadczą problemów zdrowotnych niezwiązanych z COVID-19. (...) To może prowadzić do głębszej niepełnosprawności, a w konsekwencji do większego zapotrzebowania na rehabilitację”.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów już od wielu miesięcy prowadzi aktywne działania na rzecz urealnienia wyceny fizjoterapii. W pełni zgadzamy się z postulatem WCPT i cieszymy, że świat dostrzegł potencjał i wartość fizjoterapii w związku z pandemią, a także zauważyła konieczność znacznego zwiększenia nakładów finansowych na ten sektor. Tym bardziej w obliczu rosnących potrzeb związanych z rehabilitacją oraz zwiększającymi się kosztami dostosowania jej do zasad bezpieczeństwa. Rehabilitacja powinna stać się priorytetem ochrony zdrowia XXI wieku. Bez merytorycznej rozmowy, bez promocji skutecznych procedur i bez zmiany ich wyceny – nigdy nie będzie to możliwe.

Weronika Krzepakowska

Z pełną agendą WHA73 oraz nagraniami tegorocznych sesji można zapoznać się tu:

<https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly/seventy-third-world-health-assembly>

Oficjalne oświadczenie WCPT:

<https://extranet.who.int/nonstateactorsstatements/meetingoutline/6>

Komunikat na stronie WCPT:

<https://www.wcpt.org/news/WCPT-calls-on-WHA73-to-expand-funding-for-rehabilitation>

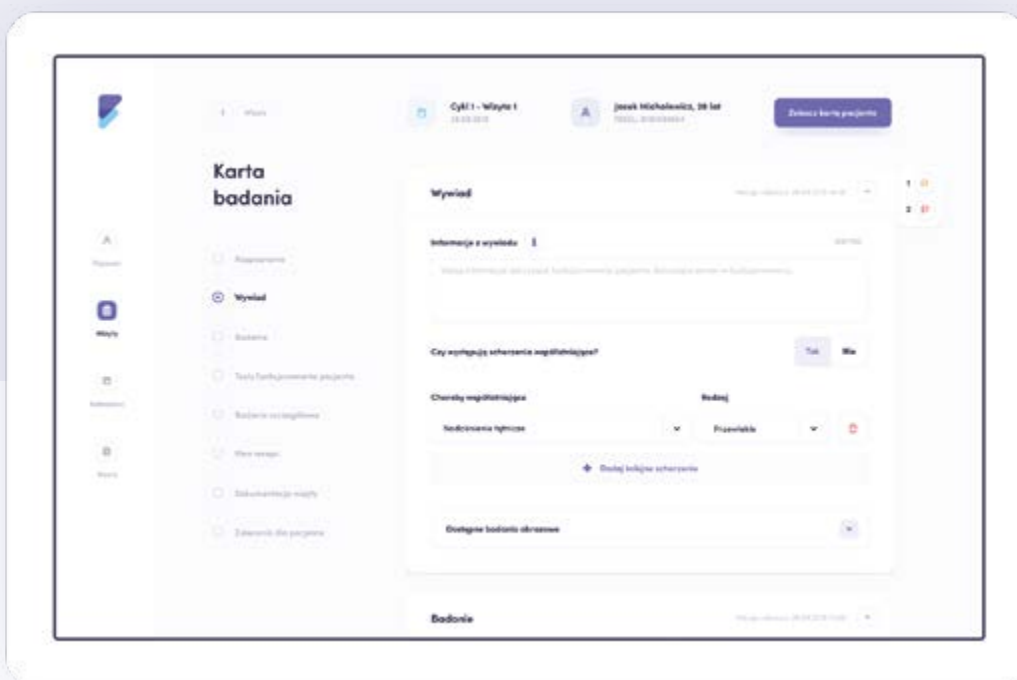
*Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly – WHA) jest organem decyzyjnym WHO i najwyższym organem ustanawiającym politykę zdrowotną na świecie. Uczestniczą w nim delegacje ze wszystkich państw członkowskich, w tym z Polski, oraz przedstawiciele organizacji pozostających w oficjalnych relacjach z WHO. Główne zadania WHA to: ustalanie polityki WHO, wybór dyrektora generalnego, nadzorowanie polityki finansowej oraz przegląd i zatwierdzanie proponowanego budżetu. Zgromadzenie odbywa się rokrocznie w siedzibie ONZ w Genewie.



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

 @finezjopl