

głos fizjoterapeuty

3/2020
(12)

Samodzielność zawodowa

To się wszystkim opłaca

Katarzyna
Szargało-Szkałuba

„Już się nie boję mówić, co myślę”

Fizjoterapia stomatologiczna

○ Czym się żyje?

ki-

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów



ISSN 2545-3637

WSTĘP

- 3 Autorytet naszą siłą

TEMAT NUMERU

- 5 Moja samodzielność. Tomasz Niewiadomski
6 Samodzielni i zawsze dostępni.
Katarzyna Gierat-Haponiuk
8 Postawiłam na fizjoterapię. Beata Papiernik
8 Fizjoterapia przynosi pacjentom
długotrwałe korzyści. Michał Hoffmann
9 Fizjoterapia nie jest za darmo.
Jakub Kraszewski
10 Początkowo lekarze trochę się obawiali.
Mariusz Stachowiak
11 Partnerska rola fizjoterapii.
Prof. Marian Zembala
12 Czy stać nas na utrzymanie status quo?
Mirosław Młyński
13 Problemem jest wysokość wyceny świadczeń
fizjoterapeutycznych. Adam Bartoszek
14 Bogu co boskie, cesarzowi co cesarskie.
Tomasz Marek
15 Samodzielność zawodowa w praktyce.
Mec. Dobrawa Biadun

Z DZIAŁAŃ KIF

- 17 „Aktywna przerwa w pracy”, czyli
fizjoprofilaktyka dla pracowników biurowych
17 Sprawozdanie z działalności KIF za 2019 r.
już dostępne

PASJONACI

- 18 Katarzyna Szargała-Szkałuba: Mnie się
nawet śni, że pracuję z pacjentem

NAUKA

- 22 Fizjoterapia oparta na dowodach naukowych
– wyzwanie dla współczesnej fizjoterapii

ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE

- 24 Protestujemy przeciwko nierzetelnej wycenie
telerehabilitacji

ZE ŚWIATA

- 25 Kompetencje zawodowe fizjoterapeutów
w Wielkiej Brytanii
29 Task shifting, czyli krzyżowanie kompetencji
zawodów medycznych
32 Jak zmierzyć niepełnosprawność?

CIEKAWOSTKI ZE ŚWIATA

- 35 Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji
po przebyciu COVID-19
35 Historie polskich fizjoterapeutów i pacjentów
na arenie międzynarodowej

PRAWO W PRAKTYCE

- 36 Wewnętrzne procedury czy rekomendacje
KIF?

FIZJO-BLOGOSFERA

- 37 Fizjoterapia stomatologiczna – co to takiego?

POZA FIZJO

- 39 Czy potrzebujemy witaminy D latem?

WYDARZENIA

- 40 WCPT to teraz World Physiotherapy!
40 Powstaje polska platforma o Evidence-Based
Practice w fizjoterapii
41 Nowa oferta szkoleniowa KIF
41 Zapraszamy na spotkania
z przedstawicielami KRF

PO GODZINACH

- 42 Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami

Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,
Weronika Krzepakowska, Dominika Kowalczyk

Sekretarz redakcji:

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

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Katarzyna Dobrakowska

Na okładce: Katarzyna Szargała-Szkałuba. Fot. Tomasz Kłębek

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

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

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645, nakład drukowany: 600 egz.

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

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

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



Autorytet naszą siłą

Swoisty „apartheid” w zawodach medycznych, zwany także przez niektórych feudalizmem lub hierarchizacją opieki zdrowotnej, był obecny na świecie do końca lat 70. ubiegłego wieku. Te czasy jednak już minęły.

Przez setki lat taki model był naturalną konsekwencją tego, że jedynie lekarz posiadał wiedzę medyczną. Jednak po II wojnie światowej, ze względu na ogromną liczbę chorych, zapotrzebowanie na fachową i zróżnicowaną pomoc medyczną stało się tak wielkie, że nie było możliwości, by wszystkim tym zadaniom sprostał lekarz. Nie mógł być od wszystkiego: udzielać porad psychologicznych, prowadzić edukacji w sprawach diety, sporządzać leków, zmieniać skomplikowanych opatrunków czy robić okładów z peloidów. W odpowiedzi na potrzeby społeczne powstały nowe zawody medyczne i zintensyfikowano kształcenie w tych kierunkach. Nowi profesjonaliści w naturalny sposób uzupełniali obszar aktywności lekarzy, a w niektórych zadaniach ograniczyli jego obowiązki do koniecznego minimum. Taki model z korzyścią dla pacjentów funkcjonuje do dziś, zarówno w krajach bardzo wysoko rozwiniętych, jak i najbiedniejszych krajach afrykańskich.

Inny model opieki zdrowotnej ukształtował się w bloku państw komunistycznych i socjalistycznych. „Patologicznie przetrwały” wzorzec nadrzędnej roli lekarza jest pozostałością koncepcji organizacji systemu zdrowia, którego autorem był Nikołaj Siemaszko. Dodajmy, że do dziś w Rosji nie istnieje nawet w szczątkowej formie zawód fizjoterapeuty, a pozostałe zawody medyczne są całkowicie podległe lekarzom. Skutki funkcjonowania starego modelu są nadal odczuwalne w Polsce. W jego efekcie pielęgniarzka z tytułem licencjata i magistra nie wykorzystują w praktyce wiedzy zdobytej podczas studiów, ponieważ uniemożliwiają im to przepisy. Podobnie jest z innymi zawodami. A lekarz dalej jest głównie „administratorem” opieki medycznej – wystawia wszelkie możliwe zaświadczenia, zwolnienia, orzeczenia i setki innych druków administracyjnych, a relatywnie mało czasu poświęca chorym. Cierpi na tym jego autorytet. Nie buduje się także autorytetu innych zawodów medycznych.

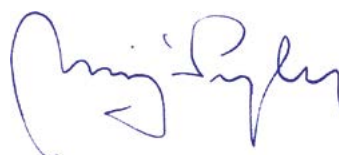
Warto podkreślić, iż już w 1973 r. Brytyjskie Towarzystwo Lekarskie zasugerowało, że pacjenci nieobjęci opieką lekarską, lecz innych zawodów medycznych, powinni być badani i oceniani przez ich przedstawicieli. Oznacza to, że pacjent korzystający z fizjoterapii powinien być zbadany przede wszystkim przez fizjoterapeutę, który się nim zajmuje, a nie tylko przez lekarza. Taka rekomendacja samodzielności profesjonalistów medycznych w oczywisty sposób wpływa na budowanie ich autorytetów. W wielu krajach, np. w Wielkiej Brytanii, prowadzenie pełnej dokumentacji swojej pracy przez fizjoterapeutów stało się faktem ponad 47 lat temu. Niedługo później część państw zdecydowała o bezpośrednim dostępie do fizjoterapeuty, czyli prawie pacjenta do wizyty bez skierowania lekarskiego. Od tego czasu prestiż zawodowy fizjoterapeuty, a wraz nim uznanie finansowe, nieprzerwanie rosną. ►

Dziś jestem dumny, że i w Polsce system „zauważył” fizjoterapeutów, czego wyrazem jest obowiązek prowadzenia pełnej dokumentacji fizjoterapeutycznej. Dzięki wprowadzonej do systemu usług refundowanych samodzielności, w nasze ręce trafiło narzędzie umożliwiające budowanie i wzmacnianie autorytetu oraz prestiżu. To jest w mojej ocenie właściwa droga do poprawy sytuacji ekonomicznej. Wcześniej nas nie doceniano w wymiarze finansowym w publicznej opiece zdrowia, bo nie byliśmy z naszymi kompetencjami widoczni – nie zostawialiśmy po sobie dokumentacji i, niestety, co z żalem zauważałem, często ograniczeni byliśmy tylko do wypełniania zaleceń lekarskich.

Samodzielność jest trudna. Widzę, ile wysiłku w podejmowanie decyzji wkładają moje koleżanki i moi koledzy. Wszystkie pytania i wątpliwości, jakie pojawiają w procesie decyzyjnym, są porównywalne z tymi, jakie mają lekarze. Tylko że oni najczęściej mają mniej wątpliwości od nas. Podejmowanie decyzji przychodzi im łatwiej dlatego, że od pierwszego dnia od zakończenia studiów mają do tego prawo. Moje pokolenie oraz kolejne dwadzieścia roczników absolwentów studiów fizjoterapii słyszało zawsze w czasie studiów: „po konsultacji z lekarzem”, „jeśli lekarz zaleci”, „pod nadzorem lekarza”. Były i są dalej takie uczelnie medyczne w Polsce, na których wykładowcy wciąż przekazują treści w rodzaju: „lekarz decyduje o wszystkim”, „fizjoterapeuta jest tylko częścią zespołu rehabilitacyjnego i to nie najważniejszą”, „fizjoterapeuta nie ma tak szerokiej wiedzy”. Zaprzeczanie rzeczywistości i walka z własnymi kompleksami będą jeszcze chwilę trwały.

Samodzielność jest konieczna. Wymaga podejmowania decyzji, planowania terapii, wyciągania wniosków klinicznych, wypełniania dokumentacji medycznej i w końcu brania za te działania odpowiedzialności. W efekcie jednak pacjenci, ale i system, nie będą nas postrzegać jako „części recepty” wypisywanej przez lekarza. Słusznie będziemy widziani jako niezależni profesjonaliści medyczni, specjaliści istotni w procesie leczenia. To zauważenie ma kluczowe znaczenie dla możliwości efektywnej walki o podwyżki.

Tylko wspólnie możemy budować nasz autorytet przez konsekwentne realizowanie samodzielności. To jedyny sposób na pokazanie znaczenia naszych kompetencji i ekonomiczne docenienie.



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

Moja samodzielność

Często podczas spotkań z fizjoterapeutami padały pytania o samodzielność. Pytaliście Państwo o nią w różnych kontekstach: pracy z pacjentem, współpracy z innymi zawodami medycznymi, dodatkowych obowiązków czy w końcu rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W tym numerze mówimy o naszej samodzielności. A czym dla mnie jest samodzielność fizjoterapeuty?

To przede wszystkim ustawowo uregulowany zakres praw i obowiązków wynikających z wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Kompetencja

Jestem fizjoterapeutą. Mam prawo do samodzielnej decyzji w zakresie ustalania planu terapii, który opracowuję w oparciu o badanie funkcjonalne w granicach przygotowania zawodowego. Wiem, że nie zawsze tak było. Do niedawna „zlecenie lekarskie” równało się z „poleceniem lekarskim”. Dziś żaden fizjoterapeuta nie może już działać automatycznie, bez zastanowienia. Nawet wtedy, gdy realizuje „zlecenie lekarskie”. Za każdym razem podejmując się czynności zawodowej, musi na podstawie swojego doświadczenia i kwalifikacji poddać ocenie zasadność swoich działań, a także odpowiednio zareagować w przypadku stwierdzenia błędu dotyczącego decyzji o jego podjęciu. Fizjoterapeuta przy podejmowaniu czynności nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe. Pamiętajmy, że podjęcie się czynności, do których nie mamy odpowiedniej wiedzy i umiejętności, może stanowić nadużycie.

Partnerstwo

Partnerstwo zakłada równe traktowanie. Nie można mówić o partnerstwie, kiedy jedna ze stron jest o wiele silniejsza i ma mocniejsze uprawnienia niż ta druga. Nasza samodzielność pozwala nam stać się partnerem dla innych zawodów. Bądźmy integralną częścią zespołów, w których pracujemy, nie bójmy się własnych sądów i opinii. Pamiętajmy, że z lekarzem łączy nas więź merytoryczna, a nie służbowa, co oznacza, że nie jest on naszym zwierzchnikiem, a równorzędnym partnerem w pracy.

Odpowiedzialność

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie fizjoterapeuty: „Fizjoterapeuta wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej”. Przepis ten dotyczy wszystkich fizjoterapeutów. Zadaniem fizjoterapeuty nie jest już automatyczne, można powiedzieć bezrefleksyjne, wykonywanie działań zleconych przez lekarza, jak miało to miejsce jeszcze niedawno.

Pamiętajmy, że w przypadku, gdy fizjoterapeuta – który pomimo posiadania wiedzy o potencjalnym zagrożeniu dla zdrowia pacjenta – wykona zlecone przez lekarza zabiegi, może ponieść odpowiedzialność za wyrządzenie ewentualnej szkody pacjentowi. W związku z tym nie bójmy się podejmować decyzji zgodnie z najlepszą swoją wiedzą – jesteśmy ekspertami.

Ekonomia

Walczę o zmianę sposobu rozliczania fizjoterapii ze środków publicznych. Widzę, jak wielu świetnych fizjoterapeutów ucieka do prywatnej opieki. Nasza samodzielność jest w mojej ocenie również drogą do poprawy finansowej kondycji fizjoterapii. Dlatego podczas każdego spotkania pytam: Jak wielu z nas korzysta z tej samodzielności?

Tomasz Niewiadomski

Wiceprezes KRF
ds. świadczeń refundowanych





Samodzielni i zawsze dostępni

Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów zatrudnia 70 osób, którzy zapewniają opiekę fizjoterapeutyczną całemu Uniwersyteckiemu Centrum Klinicznemu (UCK) w Gdańsku. Szefową zespołu jest dr n. med. Katarzyna Gierat-Haponiuk, którą poprosiliśmy o podsumowanie pierwszych dwóch lat działania w nowej formule.

Początki...

Zespół powstał w lutym 2018 roku, a jego utworzenie było konsekwencją uchwalenia ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Nadanie fizjoterapeutom statusu samodzielnego zawodu medycznego w połączeniu z życzliwością władz szpitala i jego nowoczesnym zarządzaniem zaowocowało unikalnym na polską skalę rozwiązaniem w obszarze fizjoterapii w dużym ośrodku medycznym. Powstała osobna jednostka, która zapewnia usługi fizjoterapeutyczne dla pacjentów poszczególnych klinik, oddziałów, pracowni czy poradni. Obecnie Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów (SZF) ma pod swoimi skrzydłami blisko 70 różnych jednostek organizacyjnych UCK. W uproszczeniu można powiedzieć, że zespół jest podwykonawcą i koordynatorem usług fizjoterapeutycznych dla całego szpitala. Działalność SZF określa procedura zarządcza UCK, w której opisano uprawnienia i cele zespołu. Określony jest też proces zlecania świadczeń i ich realizacji.

Po co te zmiany?

Przed powołaniem SZF fizjoterapeuci byli dostępni wyłącznie „od-do”. Wybrane oddziały zatrudniały „swojego” fizjoterapeuty, który niezależnie od tego, czy była dla niego praca, czy nie, spędzał na miejscu swoje etatowe godziny. Taka organizacja pracy była nie tylko nieefektywna, ale też niekorzystna dla pacjentów. Na przykład na oddziale udarowym fizjoterapeuci kończyli pracę w piątek o godzinie 14 i do poniedziałku chorzy pozostawali bez fizjoterapii.

Nowy system gwarantuje dostępność do fizjoterapii zgodnie z potrzebami pacjentów, także w weekendy czy święta. Podążając za światowymi standardami, fizjoterapia w UCK wprowadzana została na wszystkich oddziałach, także tam, gdzie wcześniej fizjoterapeuci nie byli zatrudniani i rzadko można było ich spotkać.

W nowym modelu fizjoterapeuci obecni są przy pacjentach po przeszczepach, na nefrologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, na oddziałach, na których

leczone jest nadciśnienie tętnicze i w wielu innych miejscach.

Fizjoterapeuci wypracowali swoje procedury postępowania leczniczego, dla przykładu: przy chorych po przeszczepach płuc i serca są obecni przez całą dobę przez pierwszych 8–9 dni po operacji. Również klinika kardiochirurgii wydłużyła czas ich pracy, aby pacjenci po złożonych operacjach serca mieli całodobową opiekę fizjoterapeutyczną. Podobnie jest na oddziale chirurgii, gdzie fizjoterapeuci opiekują się m.in. pacjentami po przeszczepie wątroby, usprawniają ich oraz pracują z bliznami pooperacyjnymi. Szczególną rolę pełnią fizjoterapeuci w Centrum Raka Piersi UCK (Breast Unit), którzy doszkalają się, obserwując zabiegi operacyjne pacjentek.

Zespół dba o podnoszenie kwalifikacji swoich pracowników, cyklicznie organizując szkolenia wewnętrzne dla fizjoterapeutów. Uczy też zasad fizjoprofilaktyki przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych – pielęgniarki i lekarzy – np. w obszarze ergonomii pracy czy radzenia sobie z bólami pleców.

W tym roku dyrekcja UCK przekazała SZF nadzór nad pracownią fizjoterapii, która świadczy usługi rehabilitacji ambulatoryjnej. Udało się już ją odnowić, doposażyć oraz zatrudnić dodatkowych fizjoterapeutów.

Model pracy

Praca fizjoterapeutów planowana jest zgodnie z ich zawodowymi zainteresowaniami i kompetencjami. W SZF pracują m.in. fizjoterapeuci „neurologiczni”, „pediatryczni”, „onkologiczni”, „bariatryczni”. Tworzone są również wysokospecjalistyczne zespoły doskonalące się w swoich dziedzinach: „zespół przeszczepu płuc”, „zespół przeszczepu serca” oraz „zespół pediatryczny”. Fizjoterapeuci w ramach swoich „specjalizacji” uzupełniają się, w razie potrzeby zastępują. Stale też się doksztalcają np. biorą udział w operacjach, aby mieć pełną wiedzę o tym, jakie struktury ciała uszkadza dany zabieg chirurgiczny.

Fizjoterapeuci są samodzielnymi specjalistami, członkami interdyscyplinarnego zespołu leczniczego. Współdecydują o leczeniu pacjentów. Wydają

zlecenia na terapię i określają jej zakres. Oczywiście zawsze mogą skonsultować się z lekarzem prowadzącym. Każda procedura i jej zakres opisywana jest w elektronicznej dokumentacji, co pozwala kontrolować pracę i jej efekty dla pacjenta.

Czy taki model pracy jest także korzystny ze względu na zarządzanie ludźmi? Z całą pewnością. Fizjoterapeuci, którzy znają swoją pozycję na oddziale, czują się samodzielni i kompetentni, wykazują się większym zaangażowaniem i odczuwają satysfakcję z wykonywanej pracy. A o to przecież nam wszystkim chodzi.

Co to są fizjosomy?

Każdy fizjoterapeuta jest rozliczany z czasu spędzonego przy pacjencie, a szefowie oddziałów czy klinik decydują, ile środków przeznaczają na fizjoterapię. Mimo ciągłej walki o budżety niektórzy z nich już dostrzegli, że fizjoterapia przyspiesza czas wypisu pacjenta ze szpitala i zwiększają nakłady na fizjoterapię. Jednostkę rozliczeniową nazwano **fizjosom**. Wyróżniono usługi trwające od 45 min do godziny, 25–30 minutowe, 15-minutowe, a także fizjoterapię grupową oraz usługę fizjoterapeutyczną po przeszczepie. Pierwsze dane pokazują, że usług fizjoterapeutycznych wykonywanych w UCK jest coraz więcej. Dla przykładu w 2017 roku wykonano 93 803 procedury, a w 2019 r. już 149 137.

Dzięki temu systemowi jesteśmy w stanie policzyć, ile czasu należy poświęcić pacjentom na poszczególnych oddziałach, a następnie przemnożyć to przez liczbę łóżek znajdujących się na ortopedii czy kardiochirurgii z transplantologią. Można też oszaco-

wać potrzeby w zakresie oddziałów dziecięcych czy poradni. Jednostki mogą „kupować” usługi fizjoterapeutyczne, które rozliczamy wewnętrznie (zlecenie elektroniczne). Należy podkreślić, że system tych rozliczeń pozwala fizjoterapeucie decydować, jakie techniki i rodzaje terapii wykorzysta. Ważny jest efekt terapeutyczny i osiąganie celów w pracy z pacjentami. Lekarze nie muszą określać rodzaju ćwiczeń, jakie powinien wykonywać pacjent. Decyduje o tym fizjoterapeuta.

Czy wszystko działa tak dobrze, jak zaplanowali to twórcy SZF?

Nie, i dopóki nie zmienią się zasady finansowania fizjoterapii przez NFZ, rewolucji w tym obszarze nie można się spodziewać. Niemożność zapewnienia pacjentom nielimitowanych usług fizjoterapeutycznych, niskie wyceny świadczeń oraz zawiły sposób ich rozliczenia skutecznie komplikują pracę. Dzisiaj najtrudniejszym zadaniem jest rozliczanie procedur fizjoterapeutycznych zgodnie z katalogiem usług. Fizjoterapeuci stosują przecież różne techniki w pracy z pacjentem, niejednokrotnie wychodzące poza ten zbiór. Wbrew powszechnie głoszonym opiniom samodzielność fizjoterapeutów okazała się możliwa. Co istotne przynosi widoczne korzyści w organizacji pracy szpitala klinicznego, ale przede wszystkim jest korzystna dla naszych pacjentów.

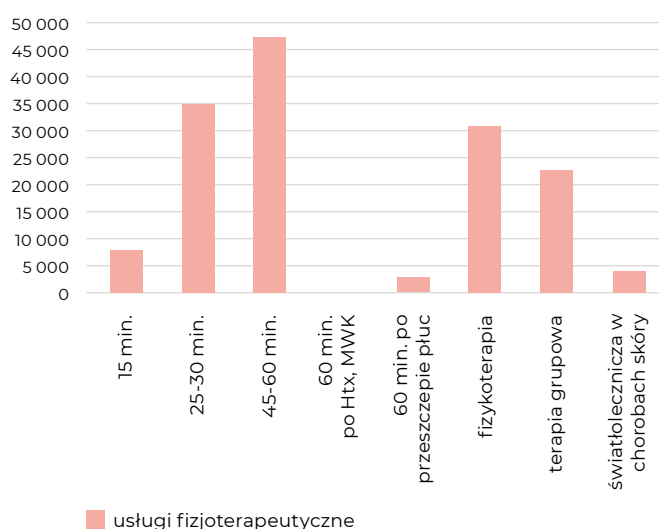
dr n. med. Katarzyna Gierat-Haponiuk

Koordynatorka Samodzielnego Zespołu Fizjoterapeutów UCK w Gdańsku. Członkini KRF i konsultant wojewódzki w dziedzinie fizjoterapii w woj. pomorskim.

Wysłuchała Aleksandra Mróz

Zestawienie wykonanych procedur fizjosom w 2019 r.

149 108 usług fizjoterapeutycznych (fizjosom) w tym:



„Dzięki wykorzystaniu wiedzy i umiejętności fizjoterapeutów możliwe jest skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie liczby powikłań oraz, co bardzo ważne, polepszenie dobrostanu pacjentów, którzy dzięki przygotowaniu przedszpitalnemu, a szczególnie operacyjnemu i szybkiej opiece pooperacyjnej, mogą o wiele wcześniej powrócić do pełni swojego zdrowia i aktywności życiowej”.

dr hab. Tomasz Stefaniak

Dyrektor ds. leczenia, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku



Postawiłam na fizjoterapię

W UCK jestem kierownikiem dwóch jednostek: Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz Hospicjum.

Kilka lat temu, kiedy obejmowałam tam stery, postanowiłam ukierunkować swoje działania na odpowiednie odżywienie pacjentów oraz ich skuteczną fizjoterapię. Cieszę się, bo plany udało mi się zrealizować i już widzę ich efekty. Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów UCK zapewnił naszym pacjentom opiekę fizjoterapeutyczną na najwyższym poziomie. Trafiła do nas ekipa młodych, zaangażowanych specjalistów. Dzięki nim osoby, które kierowane są do Zakładu Opiekuńczego z innych klinik, np. neurochirurgii czy neurologii, dostają szansę na większą samodzielność.

Odgórnie koordynowanie wszelkich działań fizjoterapeutycznych sprawia, że mamy nieprzerwaną obsługę w tym obszarze. Urlopy czy zwolnienia lekarskie kadry nie stanowią już problemu. Wielkość zespołu fizjoterapeutów jest dostosowana dla liczby naszych pacjentów oraz ich stanu. Zresztą wymogi NFZ precyzują to dość dokładnie. W zależności od stanu pacjentów mamy dostosowaną liczbę zatrudnionych fizjoterapeutów.

Możemy pochwalić się poruszającymi historiami pacjentów, którzy mimo złych rokowań opuścili naszą placówkę samodzielnie. Jedną z takich osób była pacjentka, która straciła wzrok w wyniku masywnego krwawienia śródmózgowego po przeprowadzonym zabiegu kraniektomii, a dzięki naszym fizjoterapeutom opuściła oddział o własnych siłach. O lasce, ale fizjoterapeuci zadbali, aby umiała z niej korzystać.

Fizjoterapia w mojej ocenie jest bardzo istotna, także w takich miejscach jak te zarządzane przeze mnie. Niestety zakłady opiekuńczo-leczne i hospicja nie są wystarczająco finansowane przez NFZ. Większość z nich, o ile nie założy wspierających je fundacji, popada w zadłużenie. U nas udało się przekonać dyrekcję, że nakłady na fizjoterapię pozwalają nam na szybsze usprawnienie pacjentów i wypisanie ze szpitala, a w konsekwencji na zwolnienie miejsc dla nowych potrzebujących.

dr n. o zdrowiu Beata Papiernik

Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego UCK w Gdańsku



Fizjoterapia przynosi pacjentom długotrwałe korzyści

Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii to klinika o profilu internistyczno-kardiologiczno-diabetologicznym. W naszej jednostce wykonywane są również inwazyjne procedury angiologiczne – przeprowadzamy zabiegi naczyniowe. Naszymi pacjentami są głównie osoby z chorobami układu krążenia i powikłaniami cukrzycy, często w podeszłym wieku. W związku z tym, że dużą część naszych chorych stanowią pacjenci przyjmowani z Klinicznego Oddziału Ratunkowego – są to osoby w stanie bardzo ciężkim, leżące, wymagające wielokierunkowego podejścia leczniczego.

W zespole mamy jedną fizjoterapeutkę. To młoda, bardzo zaangażowana osoba. Zatrudnia ją Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów, ale ponieważ współpracuje z nami na stałe, to zna specyfikę pracy na oddziale i potrzeby naszych pacjentów. Bierze udział

w zebraniach zespołu (tzw. omówieniach) i na podstawie uzyskanych informacji samodzielnie podejmuje odpowiednie decyzje i terapię. Jest przy tym bardzo otwarta na sugestie lekarzy.

Osobiście bardzo cenię tę współpracę i chciałbym, aby zespół fizjoterapeutów w naszej klinice się powiększał. Zauważyliśmy, że zapewnienie pacjentom aktywnej fizjoterapii skraca czas ich pobytu w szpitalu, obserwujemy też mniej powikłań infekcyjnych i zatorowych. Tak prowadzona fizjoterapia przynosi pacjentom długoterminową korzyść, a nam, lekarzom, poprawia komfort pracy.

dr hab. n. med. Michał Hoffmann

Ordynator Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii UCK w Gdańsku



Fizjoterapia nie jest za darmo

O zmianie w organizacji pracy po stworzeniu Samodzielnego Zespołu Fizjoterapeutów opowiada jeden z ojców tego projektu – Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów stworzyliśmy pół roku przed zmianą ustawy, która dała fizjoterapeutom duży zakres samodzielności i uprawnień. Stało się konieczne przededefiniowanie relacji między przedstawicielami zawodów medycznych. Pojawienie się SZF budziło emocje jak każde nowe przedsięwzięcie. Uważam jednak, że każde nadanie specjalistom dodatkowych uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności jest pozytywne. Wpływa to korzystnie na jakość pracy zespołu terapeutycznego, do którego należą pacjent, lekarze, pielęgniarki oraz fizjoterapeuta.

Przejrzysty cennik

Wprowadzeniu SZF towarzyszyła zmiana w rozliczaniu pracy fizjoterapeutów. Przeszliśmy na system quasi-zadaniowy. Opisane zostały procedury fizjoterapeutyczne, które są odzwierciedlone w wewnętrznym cenniku. Z wysokością wyceny i liczbą wykonanych procedur powiązane jest wynagrodzenie pracowników zespołu. Każda wykonana procedura jest dokładnie opisana w dokumentacji medycznej. Stanowi to podstawę do wystawienia przez SZF miesięcznego rachunku dla zlecającej kliniki. Dokładnie wiadomo, za jakie usługi jest to płatność i, co warto podkreślić, utrwała to przekonanie, że fizjoterapia nie jest za darmo, a specjalistyczną usługę trzeba opłacić. To bardzo przejrzysty i korzystny finansowo system.

Lepsza organizacja pracy

Znacznie poprawiły się parametry ciągłości działań fizjoterapeutycznych. Zespół zapewnia świadczenia na tzw. polach niestandardowych (godziny nocne, święta). Nasz szpital jest obecnie kluczowym ośrodkiem transplantacyjnym, prowadzimy pilotaż trombektomii mechanicznej. Jak można sobie wyobrazić, zabiegi te odbywają się w każdym, nawet najmniej dogodnym terminie. Jesteśmy w stanie zagwarantować pacjentom bardzo wczesną fizjoterapię niezależnie od dnia tygodnia. W podobnym trybie pracują też fizjoterapeuci na oddziale kardiologicznym.

Doświadczenia ostatnich miesięcy pokazały, że na-

wet w sytuacji ograniczonych kadr z powodu pandemii, zespół fizjoterapeutów jest w stanie zapewnić pacjentom ciągłość opieki.

Szpital miał w tym okresie podobną jak przed koronawirusem liczbę pacjentów kardiologicznych, onkologicznych, udarowych czy ortopedycznych. Dzięki zaangażowaniu fizjoterapeutów, którzy nie przerwali pracy, mogliśmy zapewnić pacjentom opiekę również w tym obszarze.

Korzyści dla pacjentów

Na palcach jednej ręki można policzyć kliniki, w których zgodnie z wymogami NFZ musi być zatrudniony fizjoterapeuta. To rehabilitacja, neurologia i pediatria. Nie ma jednak przeciwwskazań, aby pacjenci z innych oddziałów mieli zagwarantowaną opiekę fizjoterapeutyczną. To oczywiste, że jeżeli pacjent po zawale jest cały czas rehabilitowany, to proces jego leczenia przebiegnie sprawniej i szybciej zwolni łóżko dla kolejnego pacjenta. Działanie to przekłada się nie tylko na sprawność pacjenta, ale też jest efektywniejsze finansowo dla placówki. Sami decydujemy, na jakie procedury i zabiegi przeznaczane są środki. Jeżeli wierzymy, że stosowanie fizjoterapii przynosi korzyści na wielu polach, to należy ją na możliwie szeroką skalę wprowadzać. Ja jestem przekonany, że warto.

W UCK działa także Samodzielny Zespół Psychologów. Zarządzanie nim opiera się również na pewnej standaryzacji usług. W mojej ocenie dobrze się to sprawdza. Być może podobne struktury będą tworzone dla dietetyków, terapeutów zajęciowych, logopedów. Na razie jednak przyglądamy się dwóm projektom, które wdrożyliśmy i wyciągamy wnioski.

Jakub Kraszewski

Od 2017 roku dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, jednego z największych i najnowocześniejszych szpitali w Polsce. Absolwent Wydziału Prawa i Administracji na UG. Ukończył studia MBA w Fundacji Kształcenia Menadżerów, Podyplomowe Studia Zarządzania Kadrami w Wyższej Szkole Bankowej w Poznaniu oraz Studium Kierowników Projektów Unijnych Agencji Rozwoju Pomorza. Nagrodzony tytułem Menedżera Roku 2019 w Ochronie Zdrowia w konkursie „Sukces Roku W Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”.



Początkowo lekarze trochę się obawiali

O współpracy pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami a samodzielnymi fizjoterapeutami w Śląskim Centrum Chorób Serca opowiada mgr Mariusz Stachowiak, specjalista fizjoterapii, kierownik Pracowni Rehabilitacji.

Pacjent, który trafia do naszego szpitala, jest diagnozowany przez lekarza. Jeśli ma przejść operację przeszczepu płuc czy serca, kwalifikacją zajmuje się odpowiedni zespół. Fizjoterapeuci na tym etapie nie są jeszcze potrzebni. My pacjenta dostajemy dopiero po operacji. Najpierw zbieramy informacje o nim od lekarza prowadzącego, lekarza operującego i zespołu pielęgniarskiego. Od tego momentu cała fizjoterapia jest już w naszych rękach, jesteśmy niezależni. Oczywiście w trudnych sytuacjach posiłkujemy się wiedzą lekarzy czy pielęgniarek, współpracujemy ze sobą na bieżąco, gdyż różne rzeczy mogą się dziać z pacjentem. Działamy na zasadzie teamu interdyscyplinarnego. Uważam, że ta współpraca jest na bardzo dobrym poziomie.

Fizjoterapia się zmienia

W ostatnim czasie podejście do fizjoterapii trochę się w naszym szpitalu zmieniło. Pacjenci są szybciej uruchamiani, niż to było kiedyś, często zaczynamy pracę już w pierwszej dobie po operacji. Początkowo budziło to opór niektórych doświadczonych lekarzy, obawiali się o zdrowie pacjentów. Kierowali się starszymi rekomendacjami dotyczącymi rehabilitacji kardiologicznej. Nie ma tu niczyjej winy, tak po prostu funkcjonował przez lata szpital, a jednocześnie nasza dziedzina szybko się na świecie rozwija, wprowadza się modyfikacje różnych metod. Jakiś czas temu zatrudniliśmy też nowych, młodych fizjoterapeutów. To był taki powiew świeżości. Po paru miesiącach lekarze zauważyli, że nasze działania są dla pacjentów korzystne i już nie mają obiekcji.

Od przeszczepu do treningu rowerowego

Na oddziale rehabilitacji kardiologicznej fizjoterapia odbywa się od poniedziałku do soboty, a na oddziałach kardiologicznych i kardiologicznych przez cały tydzień, ale w weekendy tylko z najcięższymi pacjentami, świeżo po zabiegach oraz wymagającymi naszego wsparcia fizjoterapeutycznego. Pacjentom kardiologicznym po sternotomii zakładamy w pierwszej lub kolejnej dobie tzw. szelki (stabiliza-

tor klatki piersiowej), prowadzimy terapię oddechową, oklepujemy, a jeśli stan chorego na to pozwala – wprowadzamy ćwiczenia krążeniowo-oddechowe. W kolejnych dniach już ich uruchamiamy, pionizujemy, potem wprowadzamy chodzenie. U pacjentów po przeszczepie serca kolejne etapy następują w różnym tempie. Dużo zależy od tego, w jakim byli stanie jeszcze przed operacją, na ile organizm był wyniszczonej oraz wydolny krążeniowo i oddechowo. Jednak pionizacja często następuje już pierwszego dnia naszej pracy.

Po by-passach czy zastawkach pacjent leży u nas około czterech, pięciu dób. Po przeszczepie serca od czterech do pięciu tygodni, ale jeśli jest to pacjent „powikłany”, to nawet kilka miesięcy. Co tydzień u pacjentów po przeszczepie serca wykonywana jest biopsja sprawdzająca, czy nie ma odrzutu. W tym czasie jest cały czas rehabilitowany, często kończy się to na treningu rowerowym, chodzeniu po schodach. Po opuszczeniu szpitala pacjenci mogą kontynuować fizjoterapię na naszym oddziale rehabilitacji kardiologicznej, ale ponieważ przyjeżdżają do nas z całej Polski, więc najczęściej organizują sobie fizjoterapię gdzieś w pobliżu miejsca zamieszkania. Ciekawą nowością w Zabrze, jak i w Instytucie Kardiologii w Aninie, jest telerehabilitacja, której celem jest prowadzenie fizjoterapii po wszczepieniu sztucznych komór w warunkach domowych. Codziennie kontaktujemy się z pacjentem, oceniamy jego wydolność i nadzorujemy proces fizjoterapii.

Szczególnie wymagająca jest rehabilitacja po przeszczepie płuc u pacjentów z mukowiscydozą czy samodzielnym włóknieniem płuc. Pamiętajmy, że chorzy są ratowani w stanie skrajnego wyczerpania, postępującej kacheksji, dlatego tak ważny jest proces rehabilitacji połączony z nauką swobodnego poruszania się i oddychania. Fizjoterapia chorych po transplantacji płuc i wszczepieniu sztucznych komór to nowy rozdział polskiej i światowej rehabilitacji, do którego musimy się należycie przygotować. Staliśmy się pełnoprawnymi członkami *heart failure team*.

Zobaczyć na własne oczy

W naszym Śląskim Centrum Chorób Serca mamy oddziały kardiochirurgiczne, kardiologiczne i rehabilitacji. Na wszystkich pracują nasi fizjoterapeuci. Jest nas w sumie około 25 osób. Przydałoby się nam jeszcze kilka dodatkowych, żebyśmy mogli robić więcej, poświęcić więcej czasu pojedynczemu pacjentowi.

Przy operacjach możemy być tylko obserwatorami, nie bierzemy w nich udziału, nasze zaangażowanie nie jest tu wymagane. Niedawno po raz pierwszy

widziałem, jak przebiega przeszczep serca. Myślę, że każdy fizjoterapeuta pracujący z pacjentami kardiochirurgicznymi powinien zobaczyć od kuchni zabiegi, które przechodzą pacjenci. Pomogłoby to zrozumieć cały mechanizm przecięcia mostka, wymiany zastawek, przeszczepu serca. Ta wiedza by się przydała.

Mariusz Stachowiak

Specjalista fizjoterapii
Kierownik Pracowni Rehabilitacji SCCS Zabrze

Partnerska rola fizjoterapii

W latach 70. pracowałem we Wrocławiu pod kierunkiem wybitnego polskiego chirurga, kardiochirurga i torakochirurga, prof. Wiktora Brossa. To już on, dzięki swojemu doświadczeniu zdobytemu w klinikach w Monachium, miał nieodparte przekonanie, że trzeba w dużo większym niż dotychczas stopniu uwzględnić partnerską rolę fizjoterapii. Zatrudnił troje fizjoterapeutów, którzy zostali włączeni do codziennej pracy z chorymi po operacjach kardiochirurgicznych i torakochirurgicznych. I my, cała reszta zespołu, nabieraliśmy rosnącego szacunku dla ich specjalności i zadań.

W Zabrzu budowaliśmy i budujemy zespoły zadaniowe, złożone z lekarza, pielęgniarki, asystenta medycznego i fizjoterapeuty, często także psychologa, które indywidualizują wczesną rehabilitację u najtrudniejszych chorych. Dzięki temu zaczęliśmy od-

nosić sukcesy, których głównym beneficjentem jest pacjent – w krótkim czasie, będąc po dużym zabiegu, staje się mobilny i o wiele szybciej niż kiedyś powraca do rodzinnego domu. Fizjoterapeuta to bardzo ważny partner medyczny, którego uwag i obserwacji należy słuchać bardzo uważnie, bowiem zawsze dobrze służy wzmoczonej opiece, zwłaszcza nad najcięższymi chorymi.

Z niepokojem dostrzegam nierozwiązany problem z płatnościami za kursy doszkalające, będące elementem rozwoju zawodowego fizjoterapeutów. Dlatego z rosnącą nadzieją obserwuję i wspieram działania KIF, które mają na celu ten proces uporządkować. Komercjalizacja usług nie może, broń Boże, przesłonić rozsądku i bezpieczeństwa dla mniej zasobnych fizjoterapeutów, którzy również mają prawo i chcą się rozwijać.

Prof. Marian Zembala

Kardiochirurg, transplantolog, pionier transplantacji serca u dzieci, pionier transplantacji serca i płuc w Polsce. Były minister zdrowia i prezydent ESCVS i EACTS. Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, nauczyciel akademicki SUM i Wydziału Medycznego Uniwersytetu Opolskiego.



XXVII ZABRZAŃSKA MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA KARDIOLOGICZNA
XXVII ZABRZE INTERNATIONAL CONFERENCE OF CARDIOLOGY -
ZICC EDUCATION

„Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń”

XXI Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej
IV Warsztaty Echokardiografii
II Kongres Pacjentów z Niewydolnością Serca

ZABRZE, 20-23 października 2020 r.





Czy stać nas na utrzymanie status quo?

O ile w placówce komercyjnej niemającej podpisanego kontraktu z NFZ samodzielność zawodową fizjoterapeutów można stosunkowo łatwo uzyskać, to w podmiocie finansowanym tylko z Funduszu zagadnienie to wygląda nieco inaczej.

Aspekt finansowy w dobie powszechnego pilnowania pieniędzy jest szczególnie istotny. Wszelkie organy nadzoru, zarówno ze strony NFZ, jak i świadczeniodawców, wolą trzymać się zasady, że to lekarz zleca fizjoterapeucie to, co ma on wykonać w ramach pracy na oddziale szpitalnym. Obieranie tej już sprawdzonej i pewnej drogi wydaje się logiczne, gdy weźmiemy pod uwagę poziom skomplikowania przepisów rozliczeniowych, których uchybienie grozi daleko idącym konsekwencjami finansowymi i prawnymi. Dla fizjoterapeuty jest to z pozoru sytuacja komfortowa, ale w dłuższej perspektywie staje się kosztowną i mogącą rodzić zupełnie niepotrzebną frustrację, wywołaną na styku współpracy z lekarzem. W skrajnym przypadku może dojść do wzajemnego braku zaufania.

Inspirująca współpraca

Bazując na wymianie doświadczeń z fizjoterapeutami podczas szkoleń, mogę śmiało stwierdzić, że istnieje kilka modeli „samodzielności” zawodowej. Począwszy od systemu niemal autokratycznego aż po działania noszące znamiona anarchii (!). W części placówek udało się stworzyć zasady współpracy w zespole terapeutycznym bazujące na wiedzy wielu specjalistów, w tym i nas, fizjoterapeutów. W tym modelu można przedyskutować zastosowaną u pacjentów terapię, wybrać optymalne warunki, zaplanować kolejne kroki, uwzględnić rokowania, pracę z rodziną etc. To bardzo racjonalny w obecnych czasach model. Cenny z punktu widzenia rozwoju zawodowego nie tylko fizjoterapeuty, ale i całego zespołu, który w interdyscyplinarnej grupie może wymieniać się doświadczeniem. Można stwierdzić, że samodzielność w takim układzie nie jest niczym niepokojącym. Wadą tego systemu jest jednak wspomniana już wcześniej biurokracja.

Z dyskusji na szkoleniach wynika też, że istnieje duże grono pacjentów, u których można by ominąć długotrwałą, niejednokrotnie wynikającą z biurokracji proces zlecenia zabiegów przez lekarza. Decyzję o tym, co powinno zostać zaordynowane, można

pozostawić fizjoterapeucie, który specjalizuje się w usprawnianiu pacjentów. Dziś proces leczenia fizjoterapeutycznego zbyt często polega na wzajemnym kontrolowaniu się i doszukiwaniu, kto, gdzie i jakiej pieczętki nie przystawił... Może to stwierdzenie mocno ironiczne, ale obrazuje absurdalność sytuacji w systemie ochrony zdrowia refundowanym ze środków publicznych. Nie służy to absolutnie nikomu, rodzi niepotrzebne emocje i powinno ulec zmianie.

Szanujmy swój czas

Podobno Benjamin Franklin stwierdził, że czas to pieniądz. Niby truizm, jednak czas jest cenny i wymierny – pielęgniarki, lekarza, fizjoterapeuty, sekretarki medycznej, a zwłaszcza – o czym za często się zapomina – pacjenta. W trakcie rozmów z koleżankami i kolegami lekarzami niejednokrotnie słyszę, że chętnie ominęliby np. proces zlecenia, na który to albo nie mają czasu, albo po prostu wychodzą z założenia, że to trochę niepoważne dyktować specjaliście co ma robić, gdy samemu pracuje się w dziale nieraz bardzo odległej. Skłaniają się oni bardziej do wspomnianego już wystawienia skierowania do fizjoterapeuty, stawiając na to, by to on w sposób adekwatny do sytuacji pokierował procesem usprawniania pacjenta. Jest to zgodne z moimi poglądami na to zagadnienie. Osobiście stoję na stanowisku, że jeśli za coś mam być odpowiedzialny, to chcę mieć transparentny wpływ pod względem prawnym i terapeutycznym na proces decyzyjny. Zatem zasadnym jest dążyć do wprowadzenia nowych przepisów, obecne umożliwiają nam zmianę warunków tylko częściowo, wprowadzają element niepewności. Powinny być one wyrażone w sposób taki, jak ma to miejsce w ambulatorium finansowanym ze środków NFZ, gdzie samodzielność zawodowa jest jasno zaakcentowana i oparta na wizycie fizjoterapeutycznej. System samodzielności zawodowej wszędzie musi być prosty, przejrzysty, bez możliwości szerokiej interpretacji i oparty na naszej ustawie zawodowej jako akcie najważniejszym i najmocniej umocowanym w systemie prawnym. To właśnie w prostocie zazwyczaj leży

skuteczność i stałość rozwiązania danego problemu. Gdy tego nie ma, budzą się demony rozterek i pojawia się lęk, czy to leży w moich kompetencjach, czy może to sprawa kogoś innego. Cierpi za takim obrocie rzeczy najsłabsze ogniwo, czyli pacjent...

Czy nas na to stać?

Spoczywa na nas etyczny i prawny obowiązek sprawdzenia wszelkich aspektów związanych ze zdrowiem pacjenta, w tym szeroko pojętej współpracy z innymi grupami personelu medycznego i rodziną osoby, nad którą sprawuje się opiekę. Zmiany mogłyby dać wymierne (zwłaszcza w skali makro) oszczędności wynikające z bardziej racjonalnego rozłożenia sił i środków. Mogłyby zostać spożytkowane na inne cele np. podwyżki wynagrodzenia pracowników czy nasz dalszy rozwój zawodowy. Problem nabiera szczególnego znaczenia, gdy podda się analizie najnowsze akty prawne, takie jak rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Czas zatem zadać sobie wprost pytanie: Czy stać nas na utrzymywanie obecnego status quo, mocno zaburzającego samodzielność zawodową fizjoterapeuty i prowadzącego do braku wzajemnego zaufania?

Mirosław Młyński

Mgr fizjoterapii. Delegat na I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów z województwa pomorskiego Wykładowca w programach KIF: „Badanie i dokumentacja medyczna w fizjoterapii” oraz współfinansowanego z środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Podniesienie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia”. Fizjoterapeuta systemu NFZ. Absolwent studiów podyplomowych Prawo medyczne na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego.

Problemem jest wysokość wyceny świadczeń fizjoterapeutycznych

Pracuję jako fizjoterapeuta w NZOZ w Ostrowie Wielkopolskim. Większość pacjentów przychodzi do mnie ze skierowaniami od lekarzy rodzinnych oraz lekarzy różnych specjalizacji, tj. ortopedów czy neurologów. Tylko znikoma grupa chorych kierowana jest przez lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji. Wraz z wprowadzeniem samodzielności zawodowej jako fizjoterapeuci zyskaliśmy więcej możliwości terapeutycznych. Pacjent trafia do nas bezpośrednio, mamy wpływ na plan i przebieg leczenia. Nie mogę narzekać na te procedury. Uważam, że taki system buduje prestiż naszego zawodu i lepiej pomaga pacjentowi.

Niemniej negatywne zjawiska wciąż są obecne. Te drobne to np. źle wypełnione przez lekarzy skierowania na fizjoterapię, brak podstawowych danych jak PESEL, adres czy choroby współistniejące. Poważniejsze związane są z organizacją systemu finansowania. Wycenę wizyty diagnostycznej u fizjoterapeuty na 15 punktów uważam za skandaliczną. Pracuję w systemie refundowanej fizjoterapii od 2009 roku i obserwuję systematyczne obniżanie ceny za punkt rozliczeniowy. Wszystkie zabiegi finansowane w ramach NFZ wykonywane ambulatoryjnie już dawno są kilkukrotnie tańsze niż ich faktyczna wartość rynko-

wa. W obecnej sytuacji niezbędne są szybkie decyzje o zwiększeniu finansowania fizjoterapii. NFZ tego problemu nie zauważa, co zniechęca przedstawicieli naszego zawodu do wykonywania badań diagnostycznych. A są one konieczne.

Proszę sobie wyobrazić, że dzisiaj wpisywałem do terminarza pacjentów na wizytę fizjoterapeutyczną na grudzień 2020 r.! Zadaję sobie pytanie: jak skierowanie na fizjoterapię wystawione w lipcu może być adekwatne do sytuacji chorego w grudniu? Oczywiście jest, że po pół roku oczekiwania sytuacja i potrzeby pacjenta ulegną zmianie, należy go ponownie zdiagnozować i określić zakres pracy fizjoterapeutycznej. Być może gdyby kolejki na fizjoterapię nie były takie długie, to sytuacja przedstawiałaby się inaczej, ale na razie nic nie zapowiada zmiany w tym obszarze.

Adam Bartoszek

Fizjoterapeuta, NZOZ Diagnostyka Specjalistyczna Medycyna Pracy Maciej Dwornik, Ostrów Wlk.





Bogu co boskie, cesarzowi co cesarskie

Zgodziliśmy się, że wykształcenie lekarza jest lekarskie, a fizjoterapeuty fizjoterapeutyczne i że każdy z nas zna się na swojej działce – mówi Tomasz Marek, kierownik filii Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Konstancin – Majdańska Team.

Wiele procedur, które umożliwiają fizjoterapeutom samodzielność w pracy, w CKR Konstancin działało już od lat. Z tą różnicą, że teraz jest to model oficjalnie funkcjonujący w całym kraju, a wcześniej działał on u nas trochę na pograniczu przepisów lub wręcz poza nimi. Moją jedyną tarczą był wtedy argument, że robię to wszystko dla dobra pacjenta i – nie ukrywam – że czasem musiałem go używać. Zdarzało się bowiem, że spotykałem się z niezrozumieniem ze strony lekarzy, którzy początkowo nie byli przekonani do moich pomysłów. Teraz do obrony zyskałem jeszcze ustawę.

Wiedza przede wszystkim

To oczywiście podnosi komfort, ale muszę przyznać, że w ciągu tych 30 lat pracy, nie licząc jakiś pojedynczych sytuacji, współpraca z lekarzami układała mi się i nadal układa fantastycznie. I żeby sprawa była jasna – również z lekarzami ze specjalizacją z rehabilitacji. Udało się nam wypracować taki model, który – mówiąc żartobliwie – można było podsumować tak, że oddaliśmy Bogu co boskie, a cesarzowi co cesarskie. Czyli zgodziliśmy się, że wykształcenie lekarza jest lekarskie, a fizjoterapeuty fizjoterapeutyczne i że każdy z nas zna się na swojej działce. Ten układ zakłada jednak, że moje rekomendacje dotyczące leczenia pacjenta zawsze muszą być poparte wiedzą, badaniami naukowymi. Udało mi się dzięki temu uniknąć dyskusji, które kończyłyby się poleceniem skwitowanym: „tak, bo tak”, „nie, bo nie”. A wiem, że tak się niestety zdarza w niektórych przychodniach.

Trochę szczęścia

Moja sytuacja może być tu wyjątkowa. Miałem to szczęście, bo trochę szczęścia też w tym wszystkim trzeba mieć, że trafiłem na ludzi, którzy mieli zbliżoną wizję pracy do mojej. Do tego mam szefa, który tolerował te moje dziwactwa, co – jak się okazało – było z korzyścią dla firmy i naszych pacjentów. Przez te 30 lat mojej pracy w CKR udało się nam wypracować

taki model pracy, który teraz jest standardem w wielu innych ośrodkach, np. konieczność indywidualnego podejścia do pacjenta. Dziś już przecież nikt z tym nie dyskutuje, nie podważa skuteczności takiej terapii. Teraz już wręcz wymogiem jest wizyta wstępna, podczas której fizjoterapeuta bada pacjenta, określa cele terapii, dobiera narzędzia. Moja firma była takim pionierem w tej dziedzinie.

Udało mi się otoczyć takimi współpracownikami, którzy rozumieją, jak ważna jest edukacja. Zdobyta wiedza podnosi ich poczucie wartości i dodaje odwagi. Oni są dumni z tego, że są fizjoterapeutami. Nie wstydzą się, nie mają kompleksów, że nie ukończyli innych studiów medycznych, wręcz podkreślają, że są specjalistami w dziedzinie fizjoterapii.

Noś głowę wysoko!

Musimy przestać bać się pytać innych o wyjaśnienie nam czegoś, na czym się dobrze nie znamy, uczmy się od innych. Nie mówię tu tylko o kolegach fizjoterapeutach, ale też o lekarzach. Każdy z nas zna się na innej dziedzinie, nikt nie zna się na wszystkim, ale naszą wiedzę możemy się wymieniać. Pytać to nie wstyd. Dla mnie takie podejście bardzo dobrze świadczy o pytającym, podnosi jego autorytet w moich oczach.

W ciągu tych ostatnich lat naprawdę wiele zmieniło się w świadomości lekarzy, urzędników i społeczeństwa na temat fizjoterapii. Większość już dobrze wie, że jesteśmy w stanie realnie pomóc pacjentom. Zyskaliśmy szacunek. Oczywiście wciąż jeszcze jest wiele do zrobienia, ale nie da się wszystkiego załatwić od razu. Nie ma co bujać w obłokach, ale głowę trzeba nosić wysoko! A do tego uczyć się, uczyć i jeszcze raz uczyć.

Tomasz Marek

Centrum Kompleksowej Rehabilitacji, Kierownik Filii
Warszawa Praga Południe „Majdańska Team”



Samodzielność zawodowa w praktyce

Wraz z uzyskaniem samodzielności zawodowej fizjoterapeuci zyskali nowe uprawnienia oraz zostali zobowiązani do określonego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej.

Fizjoterapeuta to samodzielny zawód medyczny. W celu umożliwienia faktycznej realizacji tej kompetencji konieczna jest zmiana nie tylko w relacjach z innymi przedstawicielami zawodów medycznych (przede wszystkim relacji lekarz – fizjoterapeuta), ale również przepisów prawa. Oba elementy nie są łatwe, ale w przypadku przepisów należy wskazać te, które szczególnie podnoszą rangę zawodu fizjoterapeuty, a dokładniej – potwierdzają ją, zgodnie z nadanymi uprawnieniami określonymi przepisami ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

Nowe uprawnienia

Pierwsze znaczące zmiany zostały wprowadzone w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Na podstawie wprowadzonych zmian od dnia 1 stycznia 2019 r. fizjoterapeuta nabył faktyczne uprawnienie do dokonania m.in. oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii czy zaplanowania

postępowania fizjoterapeutycznego (w ramach tzw. wizyty fizjoterapeutycznej). Jedyny wyjątek dotyczy sytuacji, gdy skierowanie wystawia lekarz specjalista w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu. W takim przypadku skierowanie to może zawierać zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu. Ale nawet w takim przypadku fizjoterapeuta, który powyższe uzasadnione wątpliwości odnoszące się do zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, może dokonać zmiany skierowania we wskazanym zakresie po konsultacji z lekarzem, który wystawił skierowanie, i odnotowaniu tego faktu w dokumentacji medycznej.

Powyższe regulacje odnoszą się do świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej

Kolejne istotne zmiany weszły w życie z dniem 14 kwietnia 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Z tym dniem wprowadzono **kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej** (§ 2 ust. 3 pkt 7 rozporządzenia), która zawiera:

1. dane pacjenta;
2. informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania (z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – § 7 ust. 2 rozporządzenia) oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:
 - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży oraz informacje o chorobach przebytych i współistniejących oraz opis stanu funkcjonowania,
 - b) dane o postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,
 - c) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - d) zalecenia,
 - e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach.
3. datę i rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego;
4. datę dokonania wpisu;
5. oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis) – w przypadku świadczeń szpitalnych wpisy w karcie indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej dokonuje fizjoterapeuta sprawujący opiekę nad pacjentem, a wpisy o wykonaniu czynności określonych w planie postępowania fizjoterapeutycznego – fizjoterapeuta realizujący plan (§ 18 ust. 7 rozporządzenia).

Do karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej dołącza się skierowanie, jeżeli stanowi podstawę udzielania świadczenia. Należy pamiętać, że osoba wystawiająca skierowanie zobowiązana jest do przekazania informacji zawartych w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędnych do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia (§ 9 ust. 2 rozporządzenia).

Wpisów w dokumentacji należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych.

Dodatkowo fizjoterapeuci nabyli również uprawnienie do dokonywania **wpisów dotyczących monitorowania bólu** (§ 18 ust. 9 rozporządzenia).

Omówione powyżej zmiany z jednej strony urealniają samodzielność zawodową fizjoterapeutów, a z drugiej – zwiększają odpowiedzialność za pacjenta. To bowiem na fizjoterapeucie ciąży obowiązek podjęcia decyzji o sposobie prowadzenia fizjoterapii i rzetelnego odnotowywania w dokumentacji medycznej wszystkich niezbędnych informacji. W przypadku sporu z pacjentem to dokumentacja medyczna stanowi podstawowy dowód co do zaistniałych zdarzeń i udzielonych świadczeń.

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

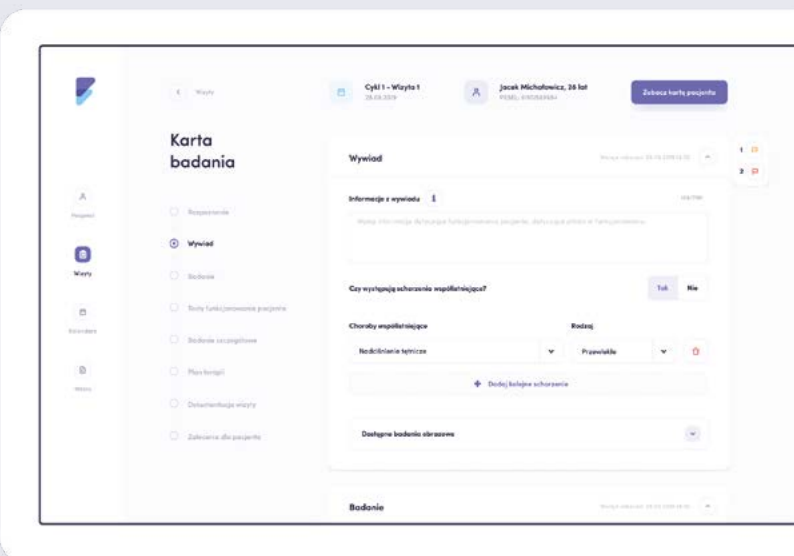


**Innowacyjna aplikacja do
zarządzania dokumentacją
medyczną w fizjoterapii**

bezpłatna – bezpieczna – zgodna z wytycznymi MZ i KIF

finezjo.pl

 @finezjopl





„Aktywna przerwa w pracy”, czyli fizjoprofilaktyka dla pracowników biurowych

Miliony Polaków wykonują pracę biurową i są narażone na wystąpienie powikłań spowodowanych siedzącym trybem życia. Długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej jest przyczyną powstawania bolesnych przeciążeń mięśni i stawów. Wydłużenie czasu spędzanego chociażby przy komputerze zwiększa ryzyko chorób serca, zawału, udaru mózgu, otyłości i cukrzycy. Stąd nowa inicjatywa KIF przygotowana z myślą o pacjentach.

„Aktywna przerwa w pracy” to zestaw kilkunastu filmów z ćwiczeniami, które można samodzielnie wykonać w miejscu pracy lub w domu. Są łatwe i nie wymagają specjalistycznego sprzętu czy stroju. Niektóre z nich można wykonać nawet nie wstając od biurka. Program został opracowany przez zespół ekspertów

Krajowej Izby Fizjoterapeutów w składzie: Ernest Wiśniewski, Zbigniew Wroński, Tomasz Cisoń, Adrian Kuźdżał oraz Weronika Krzepkowska, która dodatkowo wystąpiła we wszystkich filmach.

Cała seria kilkunastu filmów jest dostępna dla każdego i bezpłatnie na stronie fizjoterapiaporusza.pl. Materiały były publikowane także w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia oraz portalu Znajdź Fizjoterapeutę.

To już kolejny program profilaktyczny zrealizowany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów pod patronatem Ministerstwa Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta, zachęcający do aktywności fizycznej podczas epidemii koronawirusa i nie tylko. Pierwsza taka inicjatywa skierowana była do seniorów – „Aktywny senior w domu”. Filmy wciąż są dostępne na stronie fizjoterapiaporusza.pl.

Zachęcamy Czytelników „Głosu”, aby udostępniali stronę akcji fizjoterapiaporusza.pl oraz prezentowane na niej ćwiczenia poprzez profile prywatne i zawodowe w mediach społecznościowych. Pomóżmy pacjentom w dotarciu do nich, zachęcajmy, aby ruch i fizjoprofilaktyka stały się rutyną, nie tylko w czasie epidemii.



Sprawozdanie z działalności KIF za 2019 r. już dostępne

Czy wiesz, że w 2019 r. prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty otrzymały 6 493 osoby? W tym samym roku prawnicy KIF zaopiniowali blisko 136 aktów prawnych, a Dział Szkoleń przeszkolił 14 376 fizjoterapeutów. Zaś Dział Finansowy obsłużył aż 4 235 dokumentów księgowych. Skąd to wszystko wiemy? Z opublikowanego właśnie na Portalu Fizjoterapeuty sprawozdania z działalności samorządu zawodowego za rok 2019. Do przygotowania takiego raportu zobowiązuje art. 72 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. Zgodnie z nim Krajowa Rada Fizjoterapeutów przesyła do Ministerstwa

Zdrowia sprawozdanie z działalności za rok ubiegły w terminie do 31 maja.

W liczącym 70 stron dokumencie znalazły się informacje na temat wielu różnych inicjatyw; opis działań poszczególnych organów KIF; spis wydażeń szczególnie istotnych dla samorządu; wykaz prac legislacyjnych mających wpływ na fizjoterapię w Polsce; kalendarium ważnych wydarzeń i spotkań z udziałem prezesa KRF i członków prezydium; kalendarium spotkań informacyjnych i spotkań zespołów tematycznych; wykaz najważniejszych projektów i osiągnięć zrealizowanych przez poszczególne działy KIF (Dział Administracji, Dział Finansowo-Księgowy, Dział Marketingu i Komunikacji, Dział Obsługi Fizjoterapeutów, Dział Obsługi Projektów, Dział Prawny, Dział Szkoleń, a także Zespół Międzynarodowy).

Na Portalu Fizjoterapeuty prezentujemy wersję elektroniczną tego raportu, do której dostęp ma każdy fizjoterapeuta. Jeśli chcesz zapoznać się z dorobkiem KIF w 2019 roku, zaloguj się na portal.kif.info.pl – zakładka Aktualności, sekcja Sprawozdania.

WK



Fot. Łukasz Kamiński

Mnie się nawet śni, że pracuję z pacjentem...

SAMODZIELNOŚĆ ZAWODOWA TO DLA MNIE PRZED E WSZYSTKIM
ODPOWIEDZIALNOŚĆ – MÓWI POCHODZĄCA Z ZAMOŚCIA **KATARZYNA
SZARGAŁO-SZKAŁUBA**. WRÓŻONO JEJ KARIERĘ AKTORSKĄ, ALE NIE MOGŁA
ZOSTAĆ NIKIM INNYM NIŻ FIZJOTERAPEUTKĄ.

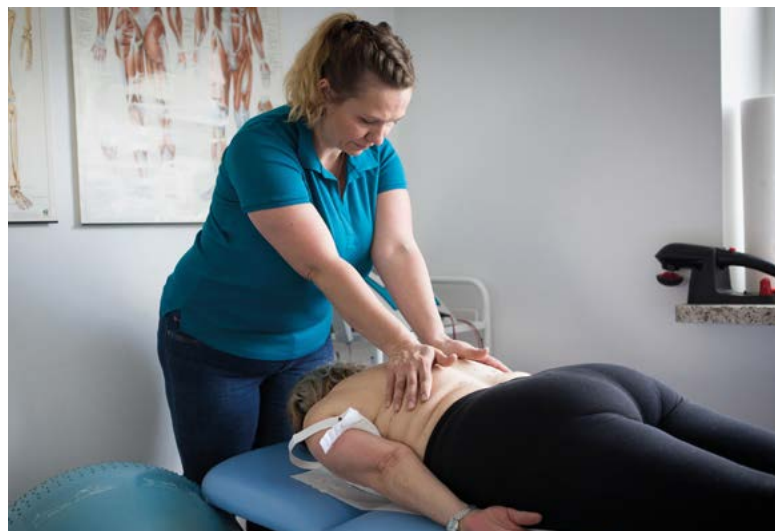
Znajomych Katarzyny w ogóle nie zdziwiło, że po ukończeniu liceum zdecydowała się na studia fizjoterapeutyczne. Dwoje z czworga członków jej rodziny to były osoby z niepełnosprawnościami. Gdy się urodziła, jej tata był już po amputacji obu kończyn dolnych – od lat zmagał się z postępującą chorobą Buergera. Drugim członkiem rodziny jest jej starszy o kilka lat brat z mózgowym porażeniem. – W niepełnosprawności się wychowałam, ciężko byłoby mi wyobrazić sobie tatę z nogami i innego brata. Wybór studiów był więc dla mnie naturalny. A dzięki tańcu egzamin z jazdy na wózkach zdałam śpiewająco, bo wózek był jedną z moich pierwszych zabawek – śmieje się.

Jak to się nie da?!

Tata Katarzyny zmarł w zeszłym roku w wieku 68 lat, choć lekarze nie wróżyli mu tak długiego życia. Chorował także na cukrzycę i miał problemy z sercem, ale – jak podkreśla Katarzyna – był człowiekiem niezłomnym. Miał własną działalność gospodarczą i to on utrzymywał rodzinę. Był osobą bardzo dynamiczną, zaradną, prowadził samochód. Potrafił znaleźć dla siebie enklawę, gdy było trzeba, wyjechał do USA. Dzięki temu żona mogła zajmować się synem. – Kiedyś tata odwiedził mnie w Bydgoszczy, gdzie studiowałam. Akurat przyszedł hydraulik, aby naprawić zlew. Ale coś mu nie szło, mówił, że się nie uda i trzeba kupić nowe elementy odpływu – wspomina. – Wtedy tata podjechał, popatrzył, zsiadł z wózka, położył się pod zlewem. I go naprawił. Dla niego nie było rzeczy niemożliwych, nie było opcji „nie da się”. Zawsze wysoko funkcjonował i bardzo nas nakręcał do pokonywania przeszkód. To doświadczenie bardzo przekłada się na moją pracę, wiem, że człowiek może naprawę wiele. Nie należy się załamywać, trzeba działać. Sposób zawsze się znajdzie.

Już się nie boję

Jedyną osobą, która była zadziwiona jej wyborem studiów, była opiekunka kółka teatralnego przepowiadająca jej karierę aktorską. W biologiczno-chemicznej klasie Katarzyny jednak największy dylemat uczniów polegał na tym, czy wolą zostać lekarzami czy przedstawicielami innych zawodów medycznych. Tę pierwszą drogę odrzuciła, gdy zrozumiała, że praca lekarza może ograniczyć się tylko do wypisywania recept w POZ lub – gdyby chciał robić karierę – oznaczałaby brak życia prywatnego. A poza tym zawsze chciała pracować z pacjentem bezpośrednio, a nie za pomocą farmaceutyków. – Nigdy nie żałowa-

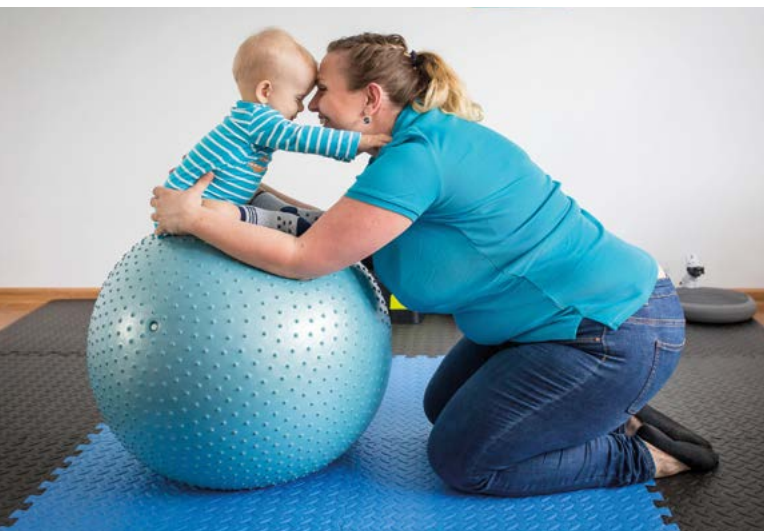


Fot. Łukasz Kamiński

łam swojego wyboru. W przeszłości tylko czasem się irytowałam, gdy przychodził do mnie pacjent z zaleceniem od lekarza, z którym się nie zgadzałam. I nie chodzi tylko o sytuacje, gdy terapia od początku była nieodpowiednio dobrana, ale też o takie, gdy ona miała sens pół roku czy rok wcześniej, gdy pacjent otrzymał skierowanie, a nie teraz, gdy się wreszcie dostał się na rehabilitację. Zastanawiałam się wtedy: Boże drogi, czemu ja nie mogę zająć się tym sama?

Przez siedem lat pracowała w ośrodku leczniczym dla dzieci z MPD. Tam często miała do czynienia z sytuacjami, gdy pacjenci trafiali w ręce ortopedów, którzy w ogóle nie chcieli rozmawiać z fizjoterapeutami. Uważali, że ich zabieg wyleczy dziecko, ale zdarzało się, że w jego efekcie następowało pogorszenie funkcjonowania. A rodzicom potem tłumaczono, że to wina źle poprowadzonej fizjoterapii. – Wciąż trafiają się tacy lekarze, ale ja już nie boję się wyrażać swojego zdania. Wtedy jednak nie bardzo mieliśmy taką możliwość. Myślałam sobie wtedy, że gdybym była lekarzem, zadzwoniłabym do takiego specjalisty i – jak równy z równym – spróbowała przekonać go do swoich racji.

Obecnie Katarzyna jest kierownikiem Ośrodka Diennej Rehabilitacji Dzieci z Zaburzeniami Wiekowego Rozwojowego. Jej bezpośrednim przełożonym jest lekarz rehabilitacji, który zajmuje się wstępną kwalifikacją pacjentów, ale potem cały przebieg terapii jest już w jej rękach. Współpraca układa im się bardzo dobrze, ale zdaniem Katarzyny to zasługa nie obowiązującego prawa, ale po prostu człowieka, jakim jest jej szef. – Są placówki, które niby organizacyjnie są tak samo skonstruowane jak nasza, ale tam fizjoterapeutom nawet nie można spojrzeć w kierunku



Fot. Łukasz Kamiński

wolności. Mają nawet wypisane dawki i parametry zabiegu, który muszą wykonać. Przykre jest to, że lekarze rehabilitacji najpierw ich kształcą, a potem uważają, że oni nic nie umieją. A my studiujemy 5 lat, kolejnych 10 się doszkalamy, kończymy nie wiadomo ile kursów! – złości się. – A potem fizjoterapeuta nie może decydować, czy pacjent dziś potrzebuje prądu o takiej dawce czy innej, a może w ogóle lepsza byłaby aktywna praca nad stylem życia, bo tutaj tkwi największy jego problem? I my możemy zrobić tu cuda. Jeśli kogoś od 15 lat boli kręgosłup, to przykro mi, ale żaden prąd mu nie pomoże. Nigdy nie miałam możliwości wzięcia udziału w otwartej dyskusji z lekarzami na ten temat, to zawsze odbywa się trochę w formie zimnej wojny.

Samodzielność to odpowiedzialność

Na pytanie, czym jest dla niej samodzielność zawodowa, odpowiada: to odpowiedzialność. Nie ukrywa, że w jej pracy bywa także ciężarem, ale dla swoich pacjentów jest w stanie zrobić wszystko. Od dziewięciu lat jest konsultantem na Oddziale Neonatologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu. Nieraz musi tam jechać niemalże na sygnale, aby zająć się wcześniakiem w inkubatorze, który mimo wsparcia oddechowego, ma problemy z wydolnością. W jej głosie słychać napięcie: – Czasem balansujemy na granicy życia i śmierci. Główna odpowiedzialność spoczywa na lekarzach którzy mi wtedy towarzyszą, ale i tak jest to dla mnie sytuacja mocno stresująca. Każdy pacjent jest na wagę złota. Ostatni, którym się zajmowałam, urodził się w 26 tygodniu ciąży, taki człowiek właściwie mieści się na dłoni.

Z wieloma pacjentami jej praca nie kończy się po wypisaniu dziecka z oddziału, bywa, że trwa latami. – Sukcesem jest, gdy wcześniakowi udaje się przeżyć, ale niejednokrotnie fizjoterapeuci towarzyszą mu dalej. To my walczymy o to, aby nauczył się jeść, siedzieć, w miarę przemieszczać lub chociaż unosić głowę – bo to czasem jest ten szklany sufit, którego już nie jesteśmy w stanie zbić – zaznacza. Katarzyna podkreśla, że pomimo jej wieloletniego doświadczenia zdarzają się sytuacje, których ani ona, ani lekarze nie rozumieją. – Mam w swojej pracy pary bliźniąt, w których jedno dziecko jest w pełni zdrowe lub ma bardzo drobne deficyty, a drugie mózgowe porażenie i zмага się ze wszystkim możliwymi problemami. A gdy się urodziły, to ich stan kliniczny był bardzo podobny.

Towarzyszenie

Wielką sztuką, której musi się nauczyć fizjoterapeuta pracujący z wcześniakami, jest umiejętność rozmawiania z rodzicami, którzy wierzą, że skoro udało się uratować dziecko, to teraz już wszystko będzie dobrze. Fizjoterapeuta towarzyszy im w drodze do odkrywania prawdy. Czasem dla nich ciężkiej. Katarzyna: To jest bardzo trudny czas. Oni muszą przeżyć żałobę po swoim zdrowym dziecku. Muszą nauczyć cieszyć się z naprawdę małych rzeczy, dlatego zachwycam się każdym najmniejszym postępem i ruchem.

Zdarza się, że lekarze długo nie przekazują informacji o diagnozie, która dla fizjoterapeuty jest już oczywista. Bez decyzji lekarza nie może jednak wprost odpowiedzieć na pytanie: „Co dolega mojemu dziecku?”. Może tylko kluczyć, mówić, że przewiduję, że z daną umiejętnością dziecko może mieć problemy i nad czym powinni się teraz skupić na terapii. Gdy wreszcie pada diagnoza, oddycha z ulgą, bo wreszcie będzie można normalnie rozmawiać. – Podczas szkoleń, które prowadzę, część fizjoterapeutów wyraża swoje niezadowolenie tą sytuacją. Zawsze im wtedy tłumaczę, że tak naprawdę ICD-10 średnio nas interesuje. Mamy np. kod G-80, czyli mózgowe porażenie dziecięce, który jest przypisany do bardzo dużej grupy pacjentów. Do tych, którzy leżą i nawet nie kontrolują głowy, oraz do tych, którzy jedynie trochę utykają na jedną nogę. W mojej pracy potrzebne mi jest określenie poziomu funkcjonowania, czyli to, czym muszę się zająć, aby pacjentowi żyło się lepiej. Nie interesuje mnie nazwa choroby, ale to, czy mój pacjent jest w stanie utrzymać w ręku łyżkę.

Od sześciu lat w listopadzie ratusz w Zamościu zostaje podświetlony na fioletowo i miasto świętuje Dzień Wcześniaka, który zainicjowała Katarzyna. Biorą w nim udział dzieci w najróżniejszym wieku. Formuła ewoluuje, ostatnio postawiono na warsztaty tylko dla rodziców, którzy bardzo często są tak zajęci opieką nad dziećmi, że nie mają czasu, aby choć przez chwilę pomyśleć o sobie. Stąd pomysł, aby tego dnia mogli spotkać się np. z psychologiem. – A potem to już się tylko razem bawimy! Dla nas, jako zespołu medycznego, bardzo wartościowe jest to, że możemy obserwować podopiecznych w innym wydaniu. Nie leczymy dzieci po to, by je leczyć, ale po to, żeby mogły tak wspaniale funkcjonować, jak wielu się to udaje. To wspaniale zobaczyć, jak tłuką piniatę, tańczą czy odbijają balony. To taka czysta dziecięca radość, której w gabinecie nie widać.

Diamantowa Kobieta Zamościa

Katarzyna od zawsze uwielbiała dzieci i to im najbardziej chciała pomagać. Zdecydowała się jednak – dla higieny psychicznej – przeznaczyć część swojego czasu na drugi pasjonujący ją temat, czyli wsparcie pacjentów bólowych, dla których otworzyła gabinet. Coraz częściej odwiedzają ją tam lekarze, którzy zaczynają doceniać pomoc, jakiej cierpiącemu człowiekowi może udzielić fizjoterapeuta. A ponieważ Zamość to małe miasto, więc te relacje z pacjentami-lekarzami przekładają się na późniejszą dobrą współpracę na gruncie zawodowym. – Wielokrotnie pytają mnie o jakieś chirurgiczne zabiegi. Sam zabieg jest dla nich sytuacją klarowną, doskonale wiedzą, jak to się odbywa. Brakuje im jednak informacji, jak pacjent funkcjonuje rok, dwa czy trzy lata po zabiegu – tłumaczy. Katarzyna cieszy się, że takie konsultacje są coraz częstsze, pacjenci tylko na tym korzystają. – Nie czarujmy się, my nie jesteśmy w stanie odebrać władzy i kompetencji lekarzom. My pracujemy w innych sferach, które tylko czasem się przenikają.

Zadowoleni pacjenci mogą czasem wyrazić swoją wdzięczność w dość nieoczekiwany sposób. W 2019 r. do Katarzyny zadzwoniła przedstawicielka lokalnej fundacji Zibera, która powiedziała, że jedna z pacjentek zgłosiła ją do akcji Diamantowa Kobieta Zamościa. – Byłam w szoku, początkowo chciałam się wycofać, ale gdy powiedziano mi, że chodzi o zachęcenie kobiet do aktywizacji na różnych polach, stwierdziłam, że czemu by nie – wspomina. W ramach akcji nakręcono minireportaż z czterema zamościankami, które mogą być tu wzorem dla innych. Dzięki niemu Kata-

rzyna mogła publicznie podziękować kobiecie, która inspirowała ją samą: „Moja mama w życiu zmagala się z naprawdę dużymi problemami i zawsze dawała radę, zawsze była silna i jeszcze zorganizowała życie ludziom dookoła. Ma olbrzymią siłę wewnętrzną. Ciężko mi powiedzieć, skąd ona czerpie inspirację, ale ma w sobie ogień, który ja podziwiam”.

24 godziny na dobę

Dzięki wsparciu mamy, a jeszcze do niedawna taty, Katarzyna może realizować się zawodowo, ale też ma pewność, że w razie czego trójka jej dzieci ma zapewnioną najlepszą możliwą opiekę. Pomoc szczególnie w ostatnich miesiącach była bardzo potrzebna, gdy zamknięto przedszkola i szkoły, a ona z mężem nie mogli zostać w domu. Pozbawiony swoich zajęć w ośrodku był także brat Katarzyny, więc przychodził do jej domu razem z mamą. A przy okazji załapał się u siostry na dodatkową fizjoterapię. – W ogóle to fizjoterapeutą jest się 24 godziny na dobę. Szczególnie jak to człowieka naprawdę kręci, a ja wciąż mam z tego nieziemską frajdę. Przyszła do mnie dziś ciocia na grilla i zobaczyłam, że utyka. Muszę się nią potem zająć – śmieje się. – Mnie się czasem nawet śni, że pracuję z pacjentem. Ostatnio przez sen jednemu dobierałam ortezę. Tylko że ten pacjent wcale nie potrzebuje ortezy... Rano wstałam z myślą: „No, Katarzyna, chyba przesadzasz z robotą!”.

Agnieszka Gierczak-Cywińska

PODZIEL SIĘ SWOJĄ PASJĄ!

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

Kontakt: redakcja@kif.info.pl

Fizjoterapia oparta na dowodach naukowych – wyzwanie dla współczesnej fizjoterapii

W procesie fizjoterapii wykorzystuje się wiele technik, narzędzi i metod badawczych służących ocenie stanu funkcjonalnego narządu ruchu. Stosuje się je zarówno w celach diagnostycznych, jak i dla weryfikacji postępowania terapeutycznego. Co ważne jednak, jedynie prawidłowo zaplanowane badania oraz płynące z nich wyniki są podstawą skutecznej i bezpiecznej praktyki klinicznej, tworząc główny filar Fizjoterapii Opartej na Dowodach Naukowych (Evidence Based Physiotherapy, EBP), która z kolei jest elementem szerszego pojęcia, czyli Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (Evidence Based Medicine, EBM)¹.



Ryc. 1. Struktura hierarchiczna Evidence Based Medicine – Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych¹

Obiektywizacja oceny czynności narządu ruchu

Zgodnie z wymogami EBP i EBM podstawową rolę w uwiarygodnieniu prowadzonych badań pełni ich obiektywizacja^{2,3}. Najczęstszym sposobem na jej uzy-

skanie jest przeprowadzenie pomiaru. Zasady prowadzenia pomiarów, początkowo związane z badaniami naukowymi, obowiązują także w praktyce klinicznej. Za najistotniejsze uznaje się:

1. stosowanie wiarygodnych i zweryfikowanych narzędzi i metod pomiarowych oraz
2. zapewnienie powtarzalnych warunków prowadzenia pomiarów^{2,3,4}.

Wiarygodność oceny stanu funkcjonalnego narządu ruchu

Stosowanie wiarygodnych narzędzi i metod badawczych jest kluczowe dla uzyskania rzetelnego wyniku prowadzonego badania. Głównymi wyznacznikami rzetelności badania są powtarzalność oraz zgodność pomiarów. Powtarzalność (inaczej zgodność wewnętrzną) określa, czy pomiary przeprowadzone przez jednego fizjoterapeutę dają podobne wyniki. Zgodność z kolei związana jest z oceną różnic między wynikami pomiarów przeprowadzonych przez dwóch lub większą liczbę fizjoterapeutów. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia praktyki klinicznej, gdzie badanie kontrolne przeprowadza inna osoba niż ta, która przeprowadziła pierwsze badanie^{1,4}.

Celem oceny rzetelności prowadzonych badań jest określenie jakości zbierania i interpretacji danych oraz ewentualnej poprawy w zakresie tych procedur. Nadrzędnym celem jest uzyskanie powtarzalnych pomiarów dla tego samego pacjenta w kilku sesjach badawczych, niezależnie od liczby fizjoterapeutów wykonujących badanie. Pomocne w tym jest wypracowanie wewnętrznej standaryzacji prowadzenia pomiarów. Polega ona na opracowaniu własnej strategii wykonywania danego pomiaru, zweryfikowanie jej pod względem powtarzalności oraz zgodności, a następnie utrzymanie tego standardu podczas kolejnych badań^{1,3}.

Błąd pomiarowy jako czynnik determinujący interpretację wyników badania

Fizjoterapeuta dokonujący pomiaru dowolnej cechy powinien zdawać sobie sprawę z występowania czynników powodujących jej zmienność. Mogą to być czynniki związane z osobą prowadzącą badanie (doświadczenie w posługiwaniu się danym narzędziem, wiedza i umiejętności, czas poświęcony na badanie, itp.), ograniczeniami zastosowanego narzędzia pomiarowego czy też z indywidualną zmiennością obserwowanego parametru u osoby badanej (np. wysokość ciała ulegająca zmianom dobowym, zmiana możliwości funkcjonalnych badanego w wyniku czynności wykonanych przez niego przed badaniem czy naturalna zmienność wzorca chodu). Na jakość prowadzonych badań wpływają także warunki zewnętrzne panujące w miejscu ich przeprowadzania¹.

Niezależnie jednak od przestrzegania standardów badania oraz doświadczenia badacza każdy pomiar obarczony jest tzw. błędem pomiarowym, którego istnienie powinno być brane pod uwagę przed wyciągnięciem wniosków klinicznych. Błąd ten jest wynikiem różnicy między wartością danej cechy uzyskaną podczas pomiaru a jej wartością rzeczywistą. Im ta różnica jest mniejsza, tym mniejszy jest błąd pomiaru^{1,2,3}.

Zebrane wyniki powinno się zatem traktować jako bardziej lub mniej, ale jednak tylko jako zbliżone do rzeczywistej wartości. Należy zatem podkreślić konieczność daleko idącej ostrożności w formułowaniu wniosków na podstawie wyników uzyskanych za pomocą narzędzi, technik i metod, w posługiwaniu się którymi fizjoterapeuta ma niewielkie doświadczenie. Badacz powinien przede wszystkim określić wartość błędu pomiarowego i dopiero w następnej kolejności, po uwzględnieniu jego istnienia, odpowiednio interpretować uzyskane wyniki¹.

Projekt badawczy Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Zgodnie z art. 9 pkt 4 Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 505) fizjoterapeuta zobowiązany jest do prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. Właściwe prowadzenie dokumentacji chroni także fizjoterapeutę przed nieuzasadnionymi zarzutami

nienależytego udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednym z istotnych elementów dokumentacji medycznej winny być wyniki badań diagnostycznych, w tym przeprowadzonych testów funkcjonalnych.

W związku z powyższym Krajowa Izba Fizjoterapeutów opracowała baterię testów funkcjonalnych rekomendowanych do planowania, programowania oraz monitorowania przebiegu procesu fizjoterapii. Przed ich wprowadzeniem do praktyki klinicznej, zgodnie z przyjętymi w takich sytuacjach zasadami, testy te muszą zostać zweryfikowane pod kątem ich rzetelności.

W tym celu wdrożony został projekt naukowy, który realizowany jest przez zespół badawczy obejmujący 12 ośrodków z całej Polski. W pierwszym etapie projektu dokonano przeglądu piśmiennictwa w zakresie oceny już istniejących badań weryfikujących rzetelność analizowanych testów. Obecnie realizowany jest drugi, badawczy, etap projektu. Celem tego etapu jest ocena powtarzalności, zgodności oraz wyznaczenie wartości błędu pomiaru rekomendowanych przez KIF testów.

Uzyskane dzięki realizowanemu projektowi wyniki pozwolą na ocenę przydatności klinicznej analizowanych testów, a co za tym idzie, podniosą jakość diagnostyki funkcjonalnej wykorzystywanej do weryfikacji skuteczności procesu fizjoterapii.

Wnioski

1. Decyzje kliniczne powinny być podejmowane na podstawie obiektywnych i rzetelnych badań prowadzonych z wykorzystaniem wiarygodnych narzędzi i metod badawczych.
2. Przed przystąpieniem do badania stanu funkcjonalnego narządu ruchu należy określić rzetelność stosowanej metody diagnostycznej.

**dr hab. Dariusz Czaprowski,
prof. OSW**

Wydział Nauk o Zdrowiu,
Olsztyńska Szkoła Wyższa, Olsztyn;
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego,
Poznań



Piśmiennictwo

1. Czaprowski D, Kotwicki T, Stoliński L, Leszczewska J. Fizjoterapia Oparta Na Dowodach Naukowych – wyzwanie dla współczesnej fizjoterapii. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja* 2012;31:58-63.
2. Guyatt G. Praktyczne aspekty EBM. *Medycyna Praktyczna* 2003;3:37-38.
3. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. *Practical Evidence-Based Physiotherapy*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann, 2005.
4. Jędrzychowski W. *Zasady planowania i prowadzenia badań naukowych w medycynie*. Kraków: Wyd. Uniwersytet Jagielloński, 2004.

Protestujemy przeciwko nierzetelnej wycenie telerehabilitacji

16 lipca 2020 r. weszło w życie zarządzenie nr 85/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Regulacje tego zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 11 kwietnia 2020 r.

Na mocy zarządzenia:

- Ograniczono zakres świadczeń telerehabilitacyjnych do trzech zabiegów.
- Wyłączono możliwości realizacji telerehabilitacji w fizjoterapii domowej.
- Obniżono wycenę świadczeń w przypadku świadczeń telerehabilitacyjnych o 31% w stosunku do tych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych.
- Wprowadzono obowiązek odnotowania w dokumentacji medycznej informacji na temat zastosowanego narzędzia komunikacji oraz godziny rozpoczęcia realizacji świadczenia i jego zakończenia.

Jak NFZ tłumaczy wprowadzone decyzje?

Centrala NFZ, stoi na stanowisku, że nie do przyjęcia jest stawianie na równi zajęć z terapeutą w kontakcie bezpośrednim, z tymi przy użyciu systemów teleinformatycznych z oczywistych względów.

Nie znajdujemy tych „oczywistych względów”. Jako Samorząd nie możemy się zgodzić z takim stanowiskiem i przeciwko takiemu stanowisku, jak również nierzetelnej wycenie, protestujemy w licznych korespondencjach kierowanych do MZ, NFZ, Prezesa Rady Ministrów.

Wprowadzone przedmiotowym zarządzeniem rozwiązania dobitnie wskazują na niezrozumienie funkcjonowania fizjoterapii. Bowiemy wszelkie formy udzielania świadczeń na odległość są wyłącznie sposobem 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).

Mniej równi

Telerehabilitacja jest równoprawnym świadczeniem zdrowotnym, które musi być udzielane na analogicznych zasadach jak osobista interwencja w gabinecie czy w domu pacjenta. Jediną różnicą jest pośrednictwo urządzenia. 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, z zasadami etyki zawodowej oraz należyta starannością.

Niestety, pomimo wielu apeli, zaprzecza temu w swoich stanowiskach Centrala NFZ, w których m.in. informuje: *Zrównanie wyceny świadczeń realizowanych przy użyciu systemów teleinformatycznych, staje w całkowitej sprzeczności z istotą tradycyjnej terapii.*

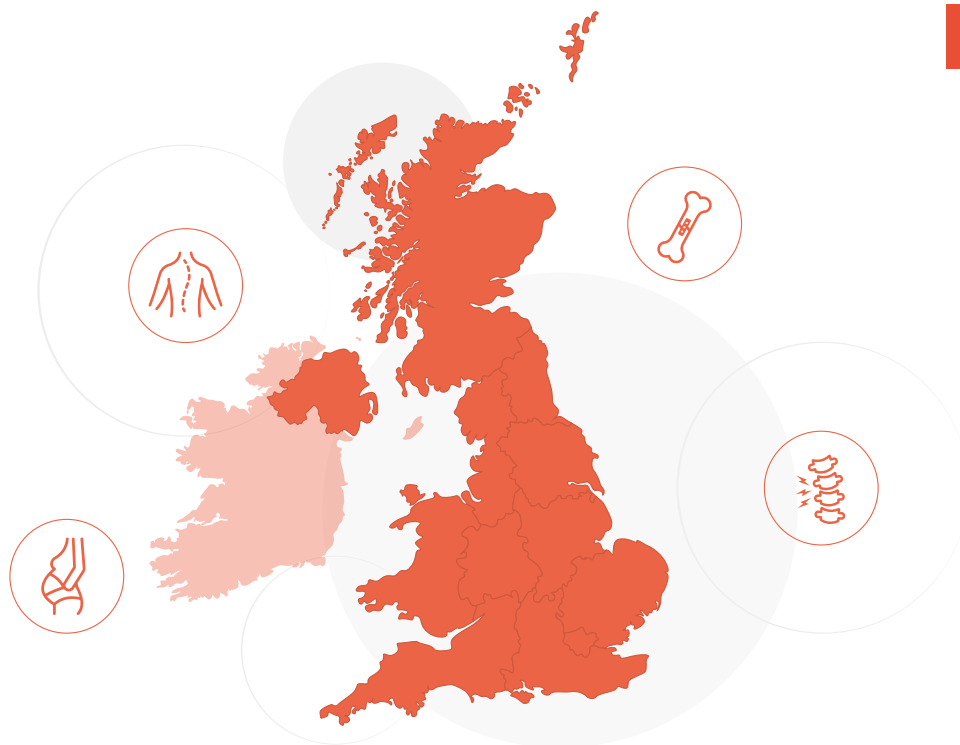
Co ważne w komunikacie opublikowanym 3 lipca br. na stronie internetowej Centrali NFZ Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej zwraca uwagę na konieczność dokonania stosownych korekt dla świadczeń sprawozdanych od 11 kwietnia 2020 r. zrealizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Zaskakującym jest fakt, że takich rozwiązań skutkujących obniżeniem wyceny płatnik nie wprowadził w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (m.in. ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień), co do których również umożliwiono realizację świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Do chwili obecnej nie uzyskaliśmy wyjaśnienia, jakie aspekty przesądzają o różnym podejściu do interpretacji i stosowania przepisów prawa w odniesieniu do różnych świadczeń. Co w konsekwencji kolejny raz pokazuje, że w systemie są równi i równiejsi.

Tomasz Niewiadomski
Wiceprezes KRF
ds. świadczeń refundowanych





Kompetencje zawodowe fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii

Fizjoterapeuci w Wielkiej Brytanii mają jedną z najbardziej rozwiniętych autonomii zawodowych i najszerszy zakres kompetencji na świecie.

Narodowy System Zdrowia (NHS) w Wielkiej Brytanii jako jeden z pierwszych wprowadził bezpośredni dostęp pacjentów do fizjoterapii, a brytyjscy fizjoterapeuci są obecnie jedynymi na świecie z prawem do wypisywania recept. Jednakże, aby w pełni zrozumieć, co sprawiło, że jest to możliwe, należy poznać system kształcenia, superewizji, poszerzania kompetencji i promocji fizjoterapeutów, jak również system opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii.

System rozwoju i mentoringu

Młody fizjoterapeuta tuż po studiach zwykle zaczyna pracę w szpitalu publicznym na stanowisku rotacyjnym, pracując po kilka miesięcy z zespołem specjalistów w danej dziedzinie fizjoterapii a następnie zmienia dziedzinę rotacji. Ma to na celu zdobycie szeroko pojętej wiedzy i umiejętności, a także zaznajomienie się z różnymi specjalizacjami i wybranie ścieżki, którą chciałby podążać w swojej karierze. Po ukończeniu każdej rotacji fizjoterapeuta powinien samodzielnie przeprowadzić badanie kliniczne pacjenta, dokonać diagnostycznej oceny w celu zaplanowania postępowania terapeutycznego. Taki system rotacyjny trwa około dwóch lat. Po jego zakończeniu fizjoterapeuta

może ubiegać się o wyższe stanowisko, co wiąże się z wejściem w rolę opiekuna młodszych kolegów i studentów. Po kolejnych latach może obejmować stanowiska na bardziej zaawansowanym poziomie specjalizacji i z większym zakresem obowiązków związanym z mentoringiem, zarządzaniem zespołem czy też podnoszeniem jakości i efektywności pracy terapeutycznej. Do kluczowych specjalizacji należą: fizjoterapia oddechowa i neurologiczna, fizjoterapia w dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego, opieka domowa.

Wraz z nabraniem doświadczenia w badaniu i leczeniu pacjentów z problemami układu oddechowego fizjoterapeuta zaczyna również wieczorne i nocne dyżury w szpitalu, tzw. *respiratory on-call*, w czasie których jest wzywany do pacjentów z nagłą niewydolnością oddechową. To prawdziwy sprawdzian umiejętności z zakresu badania i sposobów leczenia chorych z dysfunkcją układu oddechowego. Fizjoterapeuta musi zastosować wnioskowanie kliniczne i zdecydować o planie leczenia lub też o tym, czy zasadne jest zastosowanie fizjoterapii. Następnie rozpoczyna leczenie i sugeruje dalsze postępowanie lub powiadamia odpowiednich członków zespołu medycznego o swoich obawach.

Niezależnie od zajmowanego stanowiska fizjoterapeuta ma przydzielonego superwizora (opiekuna) z którym odbywa, zwykle raz w miesiącu, sesje tzw. supervision. Są one okazją do przedyskutowania potencjalnych problemów w pracy z bardziej doświadczonym członkiem zespołu terapeutycznego. Jest to czas na zastanowienie się nad sposobem wykonywania obowiązków i uzyskanie cennych wskazówek mających na celu udoskonalenie pracy. Omawiane są obszary, w których fizjoterapeuta musi się rozwijać i poszerzać swoje kompetencje. Dyskutuje się także na temat szkoleń i kursów, które mogłyby pomóc pracownikowi w osiągnięciu jak najlepszych wyników.

Promocja i wynagrodzenie

System wynagrodzeń w państwowej służbie zdrowia w Wielkiej Brytanii (tzw. *Agenda for Change*)[1] obejmuje 9 pułapów rocznych wynagrodzeń (*Bands*). Absolwent wydziału fizjoterapii zaraz po studiach zaczyna od Band 5, na niższych pozycjach pracując asystenci fizjoterapeuty. Pułapy są dostosowane do wiedzy i umiejętności potrzebnych do wykonywania powierzonej pracy na poszczególnych stanowiskach. Wysokość wynagrodzenia corocznie stopniowo wzrasta w obrębie wyznaczonych widełek zarobków.

Awans w pracy to nie tylko podwyżka, ale także zmiana tytułu, pozycji i większa odpowiedzialność zawodowa. Osiągnięcie kolejnego pułapu możliwe jest tylko po przejściu całego procesu rekrutacji. Rozmowa kwalifikacyjna często połączona jest z testem lub częścią praktyczną. Zmiana pozycji może też określać drogę specjalizacji lub rozwoju zawodowego, np. specjalista fizjoterapii oddechowej, fizjoterapeuta konsultant neurologiczny, kierownik zespołu. Tak więc specjalizację osiąga się poprzez poszerzanie kompetencji zawodowych, doświadczenie i promocje.

Ocena pracy i ustawiczny rozwój zawodowy

Coroczna ocena (*appraisal*) gwarantuje, że każdy pracownik będący na danym pułapie wynagrodzenia, posiada odpowiednią wiedzę i umiejętności, które umożliwiają mu zapewnienie najwyższej jakości opieki nad pacjentem. Ta ocena pozwala dostrzec, w których obszarach rozwoju pracownik powinien otrzymać wsparcie od pracodawcy. Często dołączana jest do niej opinia innych pracowników zespołu (poniżej, na równi i powyżej szczebla wynagrodzenia ocenianej osoby). To tzw. 360 degree feedback, o którą często pracownik sam zabiega. Fizjoterapeuta, który nie spełnia wymaganych kryteriów na



A. Lewko przeprowadza badanie układu oddechowego. Departament Fizjoterapii, Kingston University and St. George's University of London
Fot. Arch. prywatne A.Lewko

danym stanowisku mimo pomocy pracodawcy, może zostać zdegradowany.

Zobowiązanie do ciągłego rozwoju zawodowego to jeden z wymogów utrzymania się na liście fizjoterapeutów zarejestrowanych w krajowym rejestrze zawodów medycznych, który jest regulowany przez The Health and Care Professions Council (HCPC)[2]. Osoba, która nie jest w nim zarejestrowana, nie może legalnie wykonywać zawodu fizjoterapeuty. Co dwa lata HCPC losowo wybiera 2,5% fizjoterapeutów, którzy muszą przedstawić dowody na to, że ustawicznie udoskonalają swoje umiejętności zawodowe. Mogą to być np. dyplomy ukończonych kursów, portfolio kliniczne przypadku z autorefleksją i analizą własnej praktyki oraz wnioski, audyt, sporządzone wytyczne oraz prezentacje. Rozwój zawodowy zapewnia również pracodawca poprzez prowadzenie szkoleń wewnętrznych lub dofinansowanie kursów. Ważnym elementem rozwoju jest też przekazywanie wiedzy nabytej na kursach innym członkom zespołu (*peer learning*).

Pozycja i rola fizjoterapeuty w zespole opieki zdrowotnej

Fizjoterapeuci są również członkami szerokiego interdyscyplinarnego zespołu leczniczego. Fizjoterapeuta współtworzy plan terapeutyczny dla pacjenta, często decyduje o wypisaniu go ze szpitala, koordynuje opiekę pozaszpitalną, bierze udział w edukacji pacjenta, profilaktyce prozdrowotnej, promocji zdrowia i programach dających pacjentom umiejętności radzenia sobie z chorobą i brania odpowiedzialności za własne zdrowie (*self-management*). Często jest liderem zespołów interdyscyplinarnych i zespołów rehabilitacyjnych.

Nikt nie zastanawia się, czy fizjoterapeuta pracuje w sposób bezpieczny czy też skuteczny, ponieważ istniejący system nadzoru wewnętrznego, jak również obowiązek wykazania efektywności pracy poprzez zastosowanie pomiaru wyników terapeutycznych (*outcome measures*), gwarantują bezpieczeństwo pacjentów. Prowadzony jest też system audytów wewnętrznych zapewniający ciągłą ocenę skuteczności zastosowanych programów terapeutycznych. W Wielkiej Brytanii fizjoterapeuci uczą się już na studiach, jak udowodnić, że ich terapia i działania z pacjentem są skuteczne, klinicznie efektywne, ale też żeby przynosiły oszczędności szpitalowi i systemowi zdrowotnemu.

Autonomia i poszerzanie kompetencji

Od paru lat pacjenci mają możliwość bezpośredniego dostępu do usług fizjoterapeutycznych w NHS bez skierowania. Najczęściej wykonują je fizjoterapeuci z rozszerzonym zakresem kompetencji (*Extended Scope/Advanced Clinical Practitioners*). Wyniki oceny wykazują, że ten system zmniejsza obciążenie lekarzy i w ogóle systemu zdrowotnego – pacjenci odbywają mniej wizyt lekarskich, rzadziej korzystają z pomocy na ostrym dyżurze, szybciej wracają do pracy oraz są mniej narażeni na ryzyko rozwoju zespołów przewlekłych [3]. Te wyniki są bardzo obiecujące, bo wykazują oszczędność czasu lekarzy, pacjentów, lecz również kosztów ponoszonych przez system zdrowotny. NHS promuje rozwój związany z obniżeniem kosztu świadczenia usług medycznych, efektywność kliniczna, jak i ekonomiczna, podlegają ciągłej ocenie. Sprawdzane jest np. czy fizjoterapia na oddziale skraca czas pobytu w szpitalu i zmniejsza koszt hospitalizacji.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat system opieki zdrowotnej na Wyspach uległ zmianie. Pacjenci rzadziej i krócej przebywają w szpitalu, bowiem opieka w domu pacjenta, często starszego i schorowanego, jest tu świetnie zorganizowana. Kierują nią zespoły pracowników opieki zdrowia i opieki społecznej, będące w stałym kontakcie z lekarzami rodzinnymi. Członkowie tych zespołów, a wśród nich fizjoterapeuci, po holistycznym zbadaniu pacjenta w domu, decydują, czy i do kogo należy go skierować, żeby jego stan nie uległ pogorszeniu. Pacjenci mogą być kierowani do lekarza rodzinnego, pielęgniarki, pracownika socjalnego, poradni zdrowia psychicznego czy też specjalisty od poprawy funkcji połykania (*Speech and Language Therapist*). W kompetencji fizjoterapeutów leży podstawowe badanie układu kardio-oddechowego, ocena stanu skóry, ryzyka upadku, efektywności połykania oraz możliwości poznawczych pacjenta. Dobierają też odpowiedni sprzęt zaopatrzenia ortopedycznego, rehabilitacyjny czy przeciwoleżynowy. Specjaliści fizjoterapii z zaawansowanym czy rozszerzonym zakresem kompetencji mogą wystawiać skierowania na badania diagnostyczne, takie jak prześwietlenie klatki piersiowej, gazometria. W ich zakresie może znaleźć się również wykonywanie akupunktury, zastrzyków np. sterydowych, zlecenie nieinwazyjnej wentylacji domowej i wypisywanie recept na leki czy też domowe leczenie tlenem. Jednakże, aby mieć prawo do wykonywania tych rozszerzonych kompetencji, fizjoterapeuci muszą przejść określone akredytowane szkolenia prowadzone często przez uczelnie i pozwalające na zdobycie kwalifikacji. Jest to możliwe tylko na odpowiednich stopniach rozwoju np. Band 8. ►

Fizjoterapeuta współtworzy plan terapeutyczny dla pacjenta, często decyduje o wypisaniu go ze szpitala, koordynuje opiekę pozaszpitalną, bierze udział w edukacji pacjenta, profilaktyce prozdrowotnej, promocji zdrowia i programach dających pacjentom umiejętności radzenia sobie z chorobą i brania odpowiedzialności za własne zdrowie (self-management).

Z fizjoterapeutą jesteś BEZPIECZNY

FIZJOTERAPEUCI:



to samodzielni profesjonalści
medyczni



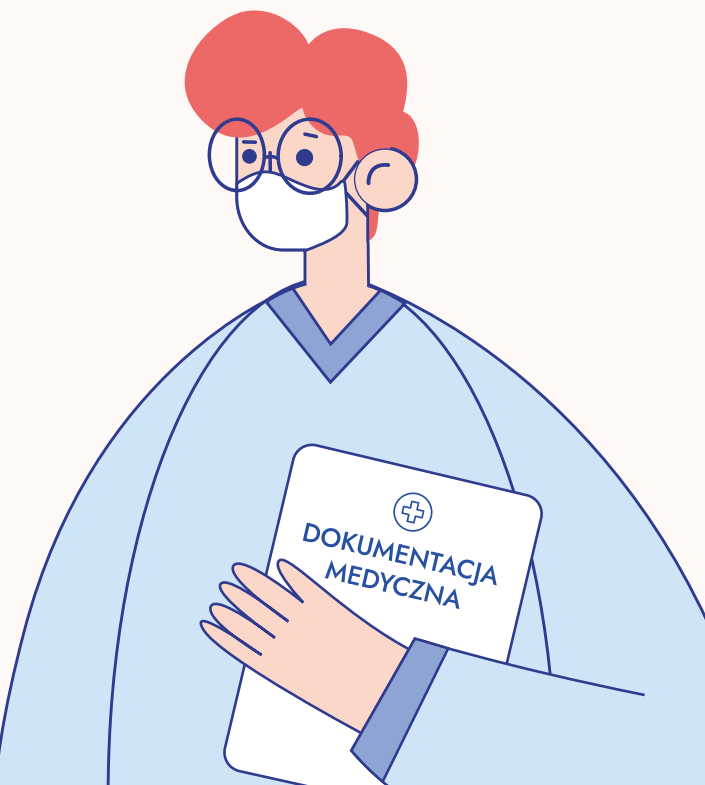
to bardzo ważny element
systemu ochrony zdrowia



to zawód zaufania publicznego



wiedzą, jak uniknąć zakażenia
COVID-19



Pobierz plakat i ulotki do druku z:

fizjoterapiaporusza.pl

Podsumowanie

Osiągnięcie tak szerokiej autonomii i kompetencji zawodowych fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii to był wieloletni proces. Tworzono struktury i opracowywano program nadzoru w pracy klinicznej oparty na mentoringu i edukowaniu mniej doświadczonych pracowników. Rozwój i samodoskonalenie są wymogiem, a regularna ocena opiekuna na wszystkich stopniach zaawansowania zawodowego umożliwia autorefleksję i wyznacza kierunki rozwoju. Co ważne, zdobywane doświadczenie jest wynagradzane w ramach jasnego systemu promocji i wzrostu wynagrodzenia. Istotna też jest edukacja samych fizjoterapeutów w zakresie ewidencjonowania efektywności własnej pracy i jej ekonomiczności. Umiejętność wykazania w liczbach realnych korzyści dla pacjentów, ich pracodawców czy też systemu zdrowotnego pozwala na odgrywanie roli lidera w negocjowaniu poszerzania kompetencji zawodowych i autonomii zawodowej fizjoterapeutów. Aby stworzyć liderów przyszłości, należy zacząć od rozwijania tych umiejętności już na studiach.



Agnieszka Lewko

Doktor nauk o zdrowiu Uniwersytetu Londyńskiego, specjalistka fizjoterapii oddechowej. Starszy wykładowca na Kingston University and St. George's University of London. Członkini Zrzeszenia fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii – Chartered Society of Physiotherapy (CSP).



Patrycja Lockwood

Kierowniczka Zespołu Kliniki dla Osób Starszych w Londynie. Członkini Zrzeszenia fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii – Chartered Society of Physiotherapy (CSP).



Krystyna Zielińska

Specjalistka fizjoterapii w opiece pacjentów poszpitalnych w West Yorkshire. Członkini Zrzeszenia fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii – Chartered Society of Physiotherapy (CSP).

[1] NHS Agenda for Change (2020). Dostępny na: <https://www.nhsem-employers.org/pay-pensions-and-reward/agenda-for-change/pay-scales/annual>.

[2] HCPC (2013) Standards of Proficiency for Physiotherapists. Dostępny na: <https://www.hcpc-uk.org/resources/standards/standards-of-proficiency-physiotherapists>.

[3] Downie, F, McRitchie, C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. British Journal of General Practice 2019; 69 (682): e314-e320.

Task shifting, czyli krzyżowanie kompetencji zawodów medycznych

Trwająca debata na temat task shifting jest dla nas szansą na promocję samodzielności zawodowej, a co za tym idzie, podkreślenie znaczenia fizjoterapeutów w systemach zdrowotnych.

Definicja task shifting (TS) mocno ewoluowała. Gdy WHO stworzyła ją 10 lat temu, oznaczała „racjonalny podział zadań pomiędzy zespołami pracowników służby zdrowia”. Jej podstawą miało być: „Przenoszenie konkretnych zadań z wysoko wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia na pracowników służby zdrowia, którzy mają mniejsze kwalifikacje, w celu bardziej efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów ludzkich wśród kadry medycznej”. Taka definicja zakłada pewne niekorzystne interpretacje, mówiące o tym, że warto wysoko wyspecjalizowany personel zastąpić personelem niższego stopnia, który wykona podobne zadania za niższą cenę.

W ostatnim czasie panel ekspertów zdrowia publicznego opiniujący zagadnienia medyczne do Komisji Europejskiej w raporcie z 2019 roku nadał nowy sens tej definicji i wymienił współczesne formy. Task shifting został opisany jako racjonalna dystrybucja kompetencji medycznych przenoszonych także na pacjenta lub jego rodzinę. Nie należy traktować TS jako delegacji lub spychania nadprogramowych obowiązków na innych pracowników medycznych, a jako sprawiedliwy podział pracy między personelem o różnym lub tym samym statusie.

TS w sektorze zdrowia może także dotyczyć podziału zadań między jednostkami terytorialnymi i centralnymi służby zdrowia czy między płatnika publicznego i prywatnego, np. w odniesieniu do projektowania programu opieki długoterminowej.

Task shifting (krzyżowanie kompetencji) definiuje się jako redystrybucję zadań wśród pracowników służby zdrowia ze względu na dostępność, skuteczność lub wydajność systemu opieki zdrowotnej.[1]

„Każda redystrybucja zadań powinna być oparta na odpowiednich zmianach w edukacji początkowej czy szkoleniu podyplomowym, oraz bazować na możliwych regulacjach wewnętrznych”.[2]

„Bardziej elastyczny podział ról zawodowych oznacza konsekwentną zmianę tradycji pracy, postaw pracowniczych oraz proaktywne zaangażowanie stowarzyszeń zawodowych”.[2]

Rodzaje TS

Upraszczając możemy wyróżnić następujące zakresy krzyżowania kompetencji (Sibbald i wsp.[2]):

1. Wzmocnienie – rozszerzenie roli i/lub kompetencji danej grupy zawodowej.

Postęp medycyny napędzany przez zmieniające się wzorce chorób i technologię wymusza na wszystkich pracownikach medycznych ciągły proces doskonalenia zawodowego. Przybiera on formy nabywania nowych lub rozszerzania istniejących kompetencji. Przykładem jest poszerzenie kompetencji fizjoterapeutów (Advanced Physiotherapy Practice – APP) o możliwość wypisywania skierowań na zaopatrzenie medyczne.

2. Zastąpienie/delegacja – zamiana jednego rodzaju zadań/kompetencji danego zawodu na inny, przełamywanie tradycyjnych podziałów ról zawodowych.

Wzorcowym przykładem tego zakresu jest nadanie uprawnień pielęgniarkom do wystawiania recept. Wyróżniamy tu także przenoszenie kompetencji medycznych na pacjenta, który chorując na schorzenie przewlekłe, przejmuje samodzielnie obowiązki diagnostyczno-terapeutyczne (np. cukrzyk).

3. Innowacja – tworzenie nowych umiejętności lub grup zawodowych.

Można tu wyróżnić pojawianie się nowych zawodów jak np. asystentka medyczna czy wąskich specjalności medycznych, ale także przejmowanie kompetencji przez nowe technologie. Przykładami takich rozwiązań są:

- aplikacje wspierające osoby z problemami psychicznymi,
- cyfrowe przetwarzanie lub opis obrazu,
- zastąpienie personelu laboratoryjnego automatycznymi liniami produkcyjnymi (druk 3D),
- implanty, automatyczna analiza biochemiczna, genetyczna,
- autonomiczne systemy monitorowania i ostrzegania obsługiwane przez sztuczną inteligencję (np. ciśnienie krwi, EKG, oksymetria, poziom glukozy we krwi, monitorowanie cyklu jajników),
- robotyka,
- sztuczna inteligencja wspierająca podejmowanie decyzji.

Krzyżowanie kompetencji może nastąpić na linii:

- pracownik medyczny – pacjent/rodzina
- pracownik medyczny – pracownik socjalny
- pracownik medyczny – technologia
- pracownik medyczny – pracownik medyczny (przedstawiciel innego zawodu medycznego)
- płatnik publiczny – płatnik prywatny
- jednostka terytorialna X – jednostka terytorialna Y.

Opisując przykłady każdego z wymienionych trzech zakresów, łatwo dostrzec potencjał TS, który można wykorzystać przy promocji udziału fizjoterapeutów w interdyscyplinarnym zespole medycznym.

Cel i znaczenie TS

Starzenie się populacji, zmieniające się wymagania w zakresie opieki i nowe technologie wymuszają na wielu pracownikach służby zdrowia dużą elastyczność. Jednocześnie niedobór specjalistów, starzenie się kadry lekarskiej i jej silna eksploatacja oraz przeciążenie wpływają na zmianę postrzegania tradycyjnego procesu leczniczego. Odpowiedzią na te problemy jest TS, umożliwiający lepsze planowanie i prognozowanie rozkładu pracowników służby zdrowia i ich zadań w systemie [1,2]. Zwłaszcza obecny kryzys silnie zarysował znaczenie dystrybucji kom-

petencji i przyspieszył debatę nad usprawnieniem TS. Krzyżowane kompetencje mają także znaczenie w systemie zdrowia zorientowanym na pacjenta, w którym ważną rolę odgrywa kompleksowe, wielowymiarowe leczenie.

„Krzyżowanie kompetencji ostatecznie ma na celu zapewnienie odporności systemu opieki zdrowotnej, gwarantując pewną mieszankę umiejętności elastycznie dostosowanych do przewidywanych i nieprzewidywanych wyzwań w przyszłości.” [2]

Główne bariery rozwoju TS

Mimo dużego znaczenia krzyżowania kompetencji medycznych wdrażanie takich rozwiązań w innowacyjnym systemie zdrowia nie jest proste. Literatura przedmiotu wskazuje wiele barier powstrzymujących to przyszłościowe rozwiązanie. Wśród zakłóceń w implementacji TS do systemu wymienia się głównie brak elastyczności kadry i tradycyjne podejście do zawodu. Utrzymania statusu zawodowego i kompetencji bronią zawzięcie samorządy zawodowe. Brakuje dobrych, długofalowych badań naukowych potwierdzających znaczenie udziału w TS innych grup zawodowych niż lekarskie i pielęgniarstwo.

Dużą barierą są także niejednolite regulacje zawodowe, które akurat mocno zaznaczają się na europejskim rynku fizjoterapii i wpływają na zmniejszony udział fizjoterapeutów w krzyżowaniu kompetencji np. z lekarzami.

Kolejne wymieniane przeszkody to brak zaufania społeczeństwa, decydentów i ubezpieczycieli do innej niż lekarska grupy zawodowej oraz brak przejrzystego wykazu kompetencji danej grupy. Nie bez znaczenia jest także finansowanie, które często nie idzie w parze z podwyższonymi kompetencjami zawodowymi (np. brak refundacji za szkolenie dotyczące przepisywania leków przez pielęgniarki skutkowało niskim zainteresowaniem wystawianiem recept).

W raporcie OECD i KE z 2019 r. określono task shifting jednym z pięciu najważniejszych trendów transformacyjnych w europejskich systemach zdrowia [2].

APP

Aby TS objął daną grupę zawodową i tym samym zwiększył jej udział w dystrybucji świadczeń medycznych, musi ona posiadać jasno określony zakres kompetencji, najlepiej podstawowych i rozszerzonych. Fizjoterapia w Polsce i większości państw Europy jest zawodem regulowanym, a więc do jego praktykowania potrzebny jest dyplom poświadczający zdobycie specjalistycznych kompetencji.

Kompetencje zawodowe mogą być podstawowe lub zaawansowane, a ich zakres świadczy o autonomii zawodowej i ściśle wiąże się z pojęciem task shiftingu.

Rozszerzone kompetencje zawodowe fizjoterapeutów w większości źródeł naukowych można podzielić na:

- kliniczne – związane bezpośrednio z pacjentem
- eksperckie – specjalistyczna wiedza na poziomie eksperta, konsultanta
- akademickie – prowadzenie badań naukowych, nadzorowanie kształcenia

- menadżerskie – kierowanie placówką medyczną (np. ambulatorium fizjoterapeutycznym).

Kliniczne APP w zawodzie fizjoterapii, które mogą zostać wykorzystane do TS wzmacniającego system zdrowotny, to prawo do [3,4]:

- przerywania ciągłości skóry
- wystawiania recept na leki
- wystawiania skierowań na zaopatrzenie ortopedyczne
- wystawianie skierowań na badania diagnostyczne
- przeprowadzenie badań diagnostycznych (np. spirometria)
- wystawianie skierowań do innego specjalisty.

Organizacje fizjoterapeutyczne na świecie prowadzą intensywną dyskusję popartą badaniami naukowymi nad terminologią APP i ich ujednoliceniem na poziomie regulacyjnym, edukacyjnym i klinicznym. Jednak jak wiemy, zakres kompetencji (tych uregulowanych prawnie) różni się znacząco między fizjoterapeutami na świecie.

Przykłady wybranych kompetencji rozszerzonych fizjoterapeutów z różnych państw:

Państwo	Niemcy	Francja	Czechy	Dania	Węgry	Irlandia	Kosowo	Szwecja
Wymagane skierowanie lekarskie na fizjoterapię?	✓	✓*	✓	—	✓	—	✓	—
Fizjoterapeuta uprawniony do wystawiania skierowań do lekarza pierwszego kontaktu?	—	—	—	—	✓	✓	✓	✓
Fizjoterapeuta uprawniony do wystawiania skierowań do innego specjalisty?	—	—	—	—	—	✓	✓	✓
Fizjoterapeuta uprawniony do wystawiania skierowań na badania diagnostyczne?	—	—*	—	—	—	✓	—	✓
Fizjoterapeuta uprawniony do wystawiania recept na leki wymagane podczas terapii?	—	—*	—	—	—	—	—	—

*Od marca 2020 r. we Francji nie jest wymagane skierowanie do fizjoterapeuty w przypadku skręcenia stawy skokowego i ostrego bólu kręgosłupa.

- O kompetencjach fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii przeczytasz na stronie 25.

Źródła:

1. TASK SHIFTING AND HEALTH SYSTEM DESIGN Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health [https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/023_taskshifting_en.pdf].
2. State of Health in the EU, report OECD-EC 2019 [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_19_6336].
3. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review François Desmeules1,2,3*, Jean-Sébastien Roy5,6, Joy C MacDermid7,8, François Champagne2, Odette Hinse3 and Linda June Woodhouse4,9 Desmeules et al. BMC Musculoskeletal Disorders 2012, 13:107 [<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/13/107>].
4. Report on the survey on Professional Autonomy in the national health care system Advocacy & EU Matters Working Group, ER-WCPT.

dr Dalia Woźnica
Dział ds. Międzynarodowych KIF





**Dr n. med. Agnieszka
Ćwirlej-Sozańska**

Zastępca Dyrektora Instytutu
Nauk o Zdrowiu

Katedra Fizjoterapii

Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytetu Rzeszowskiego

Członkini Rady ds. ICF przy
CSIOZ w Warszawie

Konsultant merytoryczny
wprowadzenia WHODAS do
Finezjo

Jak zmierzyć niepełnosprawność?

Kwestionariusz WHODAS 2.0 – czym jest, do czego służy i jak z niego korzystać, wyjaśnia dr n. med. Agnieszka Ćwirlej-Sozańska, członkini Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.

Informacja o niepełnosprawności to niezwykle istotny składnik informacji o zdrowiu. Dzięki temu wiemy jak dobrze człowiek jest w stanie funkcjonować w różnych obszarach życia. Poziom niepełnosprawności staje się bardzo ważny w ocenie skuteczności interwencji fizjoterapeutycznych, a co za tym idzie, w planowaniu polityki zdrowotnej. Ale jak „zmierzyć” niepełnosprawność? Definiowanie i „mierzenie” niepełnosprawności było zawsze dość trudne. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) próbowała rozwiązać ten problem ponad 20 lat temu, ustanawiając międzynarodowy system klasyfikacji znany jako ICF. Sam ICF służy jednak bardziej do opisu, a nie do pomiaru. Ustalono, że wszystkie standardowe przyrządy do pomiaru niepełnosprawności

muszą być połączone koncepcyjnie i operacyjnie z ICF, aby umożliwić porównania między różnymi kulturami i populacjami. Krajowa Izba Fizjoterapeutów opracowała w tym celu szereg testów aktywności, które mają umożliwić „pomiar” na pojedynczych pacjentach szczególnie w praktyce klinicznej. Natomiast aby umożliwić pomiary na bardzo dużych populacjach oraz porównania międzykulturowe, WHO opracowała narzędzie WHODAS 2.0. Jest to kwestionariusz, który mierzy funkcjonowanie i niepełnosprawność w głównych dziedzinach życia.

Weronika Krzepkowska: Co to jest WHODAS 2.0? Czy to coś nowego?

Agnieszka Ćwirlej-Sozańska: WHO Disability Assessment Schedule

(WHODAS 2.0) jest instrumentem opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia do oceny funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia. Narzędzie to zostało utworzone przez WHO w ramach ciągłego rozwoju modelu biopsychospołecznego niepełnosprawności Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Prace nad WHODAS rozpoczęły się na początku XXI wieku. W obecnym kształcie WHODAS 2.0 został opublikowany przez WHO w 2010 roku. W 2015 roku w Polsce prace nad przetłumaczeniem i wdrożeniem WHODAS 2.0 rozpoczęła, na podstawie umowy pomiędzy WHO a Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w Warszawie, Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia funkcjonująca przy CSIOZ, której mam przyjemność być członkiem. W bieżącym roku polska wersja WHODAS 2.0 została zamieszczona na stronie CSIOZ.

Kiedy możemy go użyć? W jakim celu?

WHODAS 2.0 jest praktycznym, jednolitym instrumentem oceny, za pomocą którego dokonujemy pomiaru zdrowia i niepełnosprawności osób dorosłych na poziomie populacji lub w praktyce klinicznej. Oznacza to, że jest on przydatny zarówno do prowadzenia badań populacyjnych – epidemiologicznych, jak również do stosowania w praktyce klinicznej. Za jego pomocą możemy kompleksowo ocenić ograniczenia i trudności w codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Możemy też ocenić wpływ interwencji zdrowotnych na poziom niepełnosprawności rozumianej holistycz-

nie, w kontekście środowiska życia pacjenta przed i po zakończeniu interwencji.

Przewodnicząca Rady ds. ICF powierzyła mi i mojemu zespołowi naukowemu zadanie sprawdzenia własności psychometrycznych polskiej wersji narzędzia w ocenie epidemiologicznej oraz klinicznej. Prowadzone przez nas badania potwierdziły wysokie własności psychometryczne, a więc trafność, rzetelność, powtarzalność oraz wrażliwość tego narzędzia zarówno w badaniach epidemiologicznych, przesiewowych, jak i w klinicznych, tj. w ocenie skuteczności procesu rehabilitacji. Część naszych badań została już opublikowana i zachęcam wszystkich zainteresowanych do lektury¹.

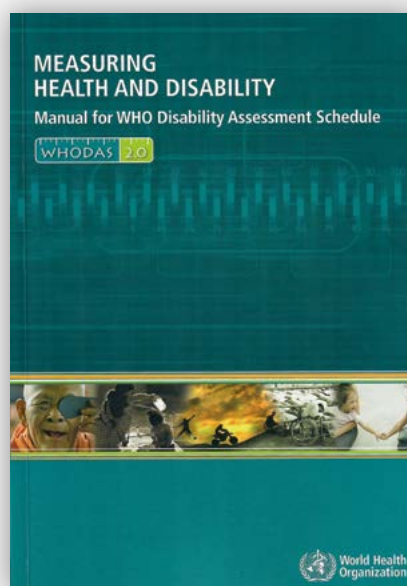
Jakich informacji dostarcza nam ten kwestionariusz?

WHODAS 2.0 dostarcza informacji o poziomie funkcjonowania w sześciu dziedzinach życia (funkcje poznawcze – rozumienie i porozumiewanie się, mobilność

– poruszanie się; dbanie o siebie – o higienę, ubieranie się, jedzenie i pozostawanie samemu w domu przez kilka dni; utrzymywanie dobrych stosunków – interakcje z innymi ludźmi; aktywność życiowa – obowiązki domowe, czas wolny, praca i szkoła; uczestniczenie – udział w działaniach wspólnoty, w życiu społecznym). Stosując wersję 36-pytaniową WHODAS 2.0 otrzymujemy informacje o ogólnym poziomie niepełnosprawności oraz o poziomie niepełnosprawności w poszczególnych dziedzinach życia.

Istnieje kilka wersji kwestionariusza i kilka możliwości jego przeprowadzenia. Czym różnią się te wersje i którą opcję wybrać?

Istnieją trzy wersje WHODAS 2.0 – wersja 36-punktowa, 12-punktowa oraz wersja hybrydowa 12+24-punktowa. Wszystkie wersje zawierają pytania dotyczące trudności w funkcjonowaniu w sześciu wybranych dziedzinach napotykanym przez badanego w okresie 30 dni poprzedzają-



cych badanie. W zależności od potrzebnych informacji, projektu badań i ograniczeń czasowych, spośród tych trzech wersji WHODAS 2.0 użytkownik może wybrać wersję, z której będzie korzystał.

Najdokładniejsza jest oczywiście 36-punktowa. Pozwala ona bowiem użytkownikom na obliczanie wyników w odniesieniu do sześciu dziedzin funkcjonowania, jak również wyniku całkowitego. Jest dostępna w trzech różnych formach – badanie przez ankietera, badanie ankietowe przeprowadzane samodzielnie przez badanego oraz przez osobę do tego celu upoważnioną. Przeciętny czas badania za pomocą tej wersji to ok. 15 minut.

Wersja 12-punktowa WHODAS 2.0 jest przydatna do dokonywania krótkich ocen całkowitego funkcjonowania w badaniach lub opracowaniach na temat wyników dotyczących stanu zdrowia w sytuacjach, w których ograniczenia czasowe nie pozwalają na zastosowanie wersji dłuższej. Wersja 12-punktowa jest również dostępna w trzech różnych formach – badania przez ankietera, badania przeprowadzanego samodzielnie przez badanego oraz przez osobę do tego celu upoważnioną. W przypadku wersji 12-punktowej średni czas badania wynosi do 5 minut.

Istnieje jeszcze wersja hybrydowa WHODAS 2.0, czyli 12+24-punktowa, gdzie w przypadku stwierdzenia występowania problemów

w pierwszych 12 pytaniach, badanym można zadać do 24 pytań dodatkowych. Jest to zatem proste i dopasowane do potrzeb badanie, które jest jednocześnie próbą objęcia nim wszystkich 36 punktów z pominięciem odpowiedzi przeczących. Wersja 12+24-punktowa może być stosowana wyłącznie w formie badania ankietowego lub badania opracowanego do zastosowania w formie komputerowej (CAT).

WHODAS 2.0, mówiąc bardzo ogólnie, służy ocenie niepełnosprawności. Co ma wspólnego z ICF?

WHODAS 2.0 ma bezpośredni związek z ICF i został oparty na modelu biopsychospołecznym, powstał na bazie konkretnych kategorii ICF. Jest to wyjątkowa cecha WHODAS 2.0, która wyróżnia to narzędzie spośród innych instrumentów do pomiaru funkcjonowania i niepełnosprawności. Choć trzeba pamiętać, że inne narzędzia stosowane do oceny stanu zdrowia mogą zostać również odwzorowane na ICF. Dodatkowo WHODAS 2.0 jest narzędziem uniwersalnym, które można stosować w grupach o różnym stanie zdrowia, kulturze i innych odmiennych cechach. Pozwala porównywać wyniki w grupach i pomiędzy grupami o różnym stanie zdrowia i różnych cechach demograficznych. Umożliwia ocenę zmian, które wystąpiły w wyniku różnych interwencji, np. fizjoterapeutycznych.

W niedalekiej przyszłości planujemy wprowadzić to narzędzie również do Finezjo. Jakie zalety niesie za sobą WHODAS?

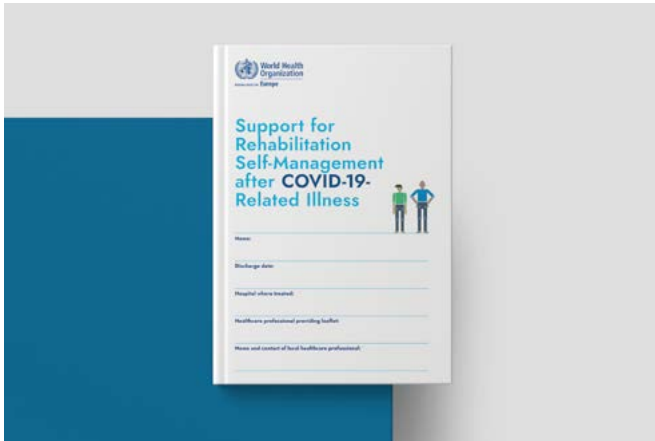
Przede wszystkim WHODAS 2.0 jest zalecana przez WHO i ujęta w nowej rewizji ICD-11 do stosowania u wszystkich pacjentów. Jest to narzędzie wystandaryzowane. Czyli mierzy to co powinno mierzyć i jest odpowiednio czułe na zmiany stanu zdrowia. Odnosi się do aktywności i uczestnictwa człowieka, jego funkcjonowania i niepełnosprawności w realnym środowisku jego życia. Jest narzędziem uniwersalnym, które możemy stosować u osób w różnym stanie zdrowia i porównywać wyniki badań odnosząc się do wybranych zmiennych, zarówno w badaniach podłużnych, jak i poprzecznych. To co jest niezwykle istotne, podczas prowadzenia ustrukturyzowanego wywiadu z użyciem WHODAS 2.0, to możemy spojrzeć zdecydowanie szerzej, bardziej holistycznie na naszego pacjenta. Dodatkowo jest to narzędzie proste i łatwe w zastosowaniu. Co więcej dzięki temu narzędziu możemy wykazać efekty naszej pracy w ujęciu systemowym.

Dziękuję za rozmowę.

**Rozmawiała
Weronika Krzepakowska**

Dział ds. Międzynarodowych KIF

¹Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B. Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60-70 years old). *Int J Occup Saf Ergon*. 2018;24(3):386-394. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28391768/>
Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A. Analysis of Chronic Illnesses and Disability in a Community-Based Sample of Elderly People in South-Eastern Poland. *Med Sci Monit*. 2018;24:1387-1396. Published 2018 Mar 7. doi:10.12659/msm.904845. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29512628/>
Ćwirlej-Sozańska A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A. Assessment of disability and incidence of chronic diseases in employed and unemployed people aged 60-70 years living in Poland: a cross-sectional study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2020;26(1):210-218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30259799/>
Ćwirlej-Sozańska A, Sozański B, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmowska-Pietruszyńska A, Kujawa J. Assessment of Disability and Factors Determining Disability among Inhabitants of South-Eastern Poland Aged 71-80 Years. *Biomed Res Int*. 2018;2018:3872753. Published 2018 Jun 19. doi:10.1155/2018/3872753. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30018979/>



Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu COVID-19

Regionalne biuro WHO w Europie wydało pod koniec czerwca broszurę „Support for rehabilitation self-management after COVID-19-related illness” z pakietem cennych informacji, wskazówek i konkretnych ćwiczeń dla osób, które doświadczyły COVID-19 i nadal zmagają się z konsekwencjami choroby. Niestety w wielu państwach dostęp do rehabilitacji jest mocno ograniczony lub w ogóle go nie ma, stąd wydana przez WHO broszura jest niezwykle wartościowa. Nie zastąpi spersonalizowanej fizjoterapii, ale zawarte w niej informacje stanowią istotne wsparcie w samodzielnej rehabilitacji dorosłych osób.

Z broszury w szybki i przystępny sposób dowiesz się:

- jak postępować w przypadku duszności i kiedy koniecznie zgłosić się po pomoc,
- jakie ćwiczenia wykonywać po opuszczeniu szpitala,
- na co zwrócić uwagę podczas jedzenia i picia,
- jak sobie radzić w razie problemów z koncentracją, pamięcią i logicznym myśleniem,
- jak powrócić do codziennych aktywności,
- w jaki sposób poradzić sobie ze stresem i możliwymi wahaniami nastroju.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów we współpracy z WHO przetłumaczyła broszurę na język polski.

To oficjalna publikacja, którą można bezpłatnie pobrać tutaj: <https://tiny.pl/7f7tb>

Zachęcamy do pobierania i udostępniania pacjentom oraz ich bliskim!



Historie polskich fizjoterapeutów i pacjentów na arenie międzynarodowej

Krajowa Izba Fizjoterapeutów została zaproszona do współpracy przez Biuro Regionalne WHO w Europie przy projekcie podkreślającym rolę rehabilitacji, szczególnie w czasie pandemii COVID-19. W tym celu szukano inspirujących historii pacjentów i fizjoterapeutów. Czasu było niewiele, ale udało nam się zebrać dwie fantastyczne opowieści z Polski, z których jedna została opublikowana na stronie WHO! Zobacz: <https://tiny.pl/7f7tz>

Serdeczne podziękowania dla dr. Ireneusza Ormana i dr. Tomasza Włocha za podzielenie się ich historią z krakowskiego szpitala. Bardzo dziękujemy także mgr Dominice Glonek oraz mgr Magdalenie Knychale i mgr Annie Kręgielskiej-Fabich, które najpierw w poznańskim szpitalu, a później w Piaskach koło Gostynia, prowadziły fizjoterapię pana Piotra i również zechciały opisać swoje działania. O pracy pana dr. Tomasza Włocha i rehabilitacji pana Ireneusza, a także o mgr Dominice Glonek pisaliśmy również w numerze specjalnym „GF” [https://glosfizjoterapeuty.pl/wp-content/uploads/2020/05/GF_wydanie-specjalne-online.pdf]. Pacjenci wracają do sprawności po przebytej chorobie!

Warto także zajrzeć:

Postępowanie kliniczne w COVID-19:

<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>

Rehabilitacja podczas pandemii COVID-19:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52035>

Wewnętrzne procedury czy rekomendacje KIF?

Czas epidemii pokazał, że procedury zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych są niezbędne. Niektóre placówki medyczne mogły mieć dylemat, czy powinny zdać się na swoje wewnętrzne procedury, czy całkowicie polegać na zaleceniach KIF.

Przy ustalaniu wewnętrznych procedur istotną rolę pełnią już istniejące standardy i dokumenty, które należy dopasować do nowych warunków (np. w zakresie ankiet epidemiologicznych). W dalszej kolejności ważne jest, aby procedury miały charakter kompleksowy – obejmowały w miarę możliwości cały proces przyjęcia i udzielenia pacjentowi określonych świadczeń zdrowotnych. Należy unikać powielania wykonywania tych samych czynności przez różnych pracowników, np. wystarczające jest wypełnienie ankiety epidemiologicznej na etapie przyjęcia do placówki, fizjoterapeuta nie powinien już wykonywać tego także przy przyjęciu na oddział.

Duże i małe placówki

Jak zatem podejść do rekomendacji prezydium KRF nt. pracy zawodowej fizjoterapeutów w okresie epidemii? W przypadku dużych placówek, działających na wielu obszarach opieki zdrowotnej, w których świadczenia rehabilitacji leczniczej stanowią część udzielanych świadczeń (chodzi tu głównie o opiekę stacjonarną), rekomendacje mają charakter pomocniczy. Nie wszystkie proponowane rozwiązania znajdą odzwierciedlenie w ostatecznych dokumentach przyjętych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Natomiast w zakresie praktyk zawodowych i ośrodków rehabilitacji leczniczej (szczególnie w zakresie fizjoterapii domowej), gdzie głównym albo jedynym zakresem jest działalność fizjoterapeutyczna, ważne jest, aby omawiane rekomendacje zostały uwzględnione w możliwie jak najszerszym zakresie.

Analizy i modyfikacje

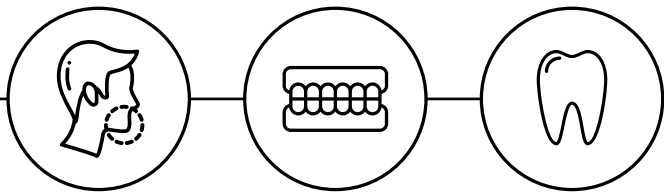
Nie jest to jednak koniec pracy. Ustalenie wewnętrznych procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych stanowi pierwszy krok w tworzeniu zabezpieczeń przed koronawirusem.

Obowiązkiem kierownika placówki medycznej jest również sprawowanie nadzoru nad nimi (art. 11 ust. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Nadzór ten obejmuje monitorowanie ich stosowania, analizę pod kątem zgodności ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną i prawną. Analizy i modyfikacje powinny być jak najszerszej konsultowane, a sygnały przekazywane przez personel medyczny – skrupulatnie odnotowywane i badane w toku nadzoru skuteczności zastosowanych procedur. Na tej podstawie procedury podlegać powinny niezbędnym modyfikacjom zarówno w kierunku ich zaostrzenia, jak i łagodzenia. Do tego dochodzi konieczność wdrożenia działań związanych ze stosowaniem środków ochrony osobistej na podstawie danych z wiarygodnych źródeł (również tych na stronie kif.info.pl/koronawirus/) oraz prowadzenie przejrzystej polityki komunikacyjnej z pacjentami, m.in. informowanie o obowiązujących obostrzeniach i zasadach panujących w placówce.

Wszystkie te działania nie będą skuteczne, jeżeli personel nie będzie czuł wsparcia od kierownictwa. Szczególnie w tym czasie ważne jest zapewnienie właściwej komunikacji pomiędzy kierownikiem i kadrą zarządzającą a pracownikami (współpracownikami) placówki. Pamiętać bowiem należy, że skuteczność wprowadzonych zabezpieczeń zależy w dużej mierze od tego, jak będą one stosowane, a konieczność i zasadność ich wdrożenia – jasno wyjaśnione.

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





Fizjoterapia stomatologiczna – co to takiego?

Fizjoterapeuta posiada wiele narzędzi oddziaływania na pacjenta z objawami zaburzeń skroniowo-żuchwowych niezależnie od tego, czy pojawiły się one w wyniku przeciążenia narządu żucia, ekstrakcji zęba czy w efekcie przebytego zabiegu.

Fizjoterapia stomatologiczna zajmuje się badaniem funkcjonalnym oraz terapią tkanek układu stomatognatycznego odpowiedzialnych za żucie, do których przede wszystkim zalicza się: mięśnie żucia, stawy skroniowo-żuchwowe oraz układ nerwowy koordynujący ich pracę. Ocenie i leczeniu podlegają także pozostałe mięśnie szyi i głowy, które uczestniczą w żuciu, połykaniu i fonacji.

Objawy występujące w okolicy stawu skroniowo-żuchwowego, twarzy, głowy i szyi określa się zbiorczym terminem „zaburzeń skroniowo-żuchwowych” (ang. temporomandibular disorders – TMD). W polskiej nomenklaturze przyjęło się również używać terminu „zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia”.

Czym są zaburzenia skroniowo-żuchwowe? Jakie są objawy TMD?

- Ból lub sztywność mięśni żucia (w okolicy policzków czy skroni),
- dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych, takie jak ból, trzaski lub krepitacje czy zapalenie stawu,
- ograniczenie ruchomości otwarcia (szczękoscisk) czy asymetria ruchu żuchwy.

Ale objawy TMD nie ograniczają się jedynie do tych wymienionych powyżej. Definicja TMD jest bardzo obszerna i obejmuje również objawy związane z:

- bólami głowy, najczęściej w okolicy skroni, czoła czy też potylicy,
- oczami, objawiając się bólem za gałką oczną, odczuciem wytrzeszczu oka czy fotofobią, czyli wrażliwością na światło,
- bólem zębów, który może ujawniać się w formie bólu przeniesionego z mięśni żucia, np. żwacza czy skroniowego,
- zaburzeniami połykania, odczuciem obcego ciała w gardle czy częstą chrypką,
- uchem w postaci szumów, pisków, a najczęściej odczuciem przepełnionego ucha.

Kogo dotyczą zaburzenia skroniowo-żuchwowe?

Dotykają od 3 do 12% ogólnej populacji, będąc jednocześnie najczęstszą przyczyną bólu w obrębie twarzoczaszki. Objawy TMD przede wszystkim dotyczą kobiet (od 4 do 8 razy częściej niż mężczyzn) w wieku 20–40 lat.

Fizjoterapia stomatologiczna – co może zrobić fizjoterapeuta?

Najkrótsza odpowiedź brzmi – BARDZO DUŻO! Fizjoterapia jest uważana za najlepszą metodę leczenia zachowawczego TMD, ze względu na niskie ryzyko powikłań, a także odwracalny charakter wykorzystywanych technik, w przeciwieństwie do leczenia ortodontycznego czy chirurgicznego.

Można wyróżnić trzy główne obszary oddziaływań terapeutycznych zgodnie z podziałem na grupy objawów:

- mięśnie żucia,
- krążek (dysk) stawowy, jako wyraz zaburzeń wewnątrzstawowych,
- staw skroniowo-żuchwowy.

MIĘŚNIE ŻUCIA

Większość pacjentów najczęściej doznaje bólu w obrębie mięśni żucia. W związku z tym większość wykorzystywanych technik jest nakierowana właśnie na tkanki miękkie w tym obszarze. Są to między innymi: techniki powięziowe, kompresja ischemiczna, terapia punktów spustowych czy relaksacja poizometryczna. Oprócz mięśni żucia wymienione techniki stosuje się również w obrębie czebca ścięgnistego, mięśni podpotylicznych, a także tkanek miękkich gardła, szyi i kręgosłupa szyjnego. Oprócz bólu zbyt duże napięcie mięśni żucia może powodować objaw sztywności i ograniczać zakres ruchomości otwierania żuchwy. Dzieje się tak na przykład w wyniku zaciskania zębów (najczęściej nieświadomego). Warto w tym miejscu wspomnieć, że w pozycji spoczynkowej żuchwy

mięśnie powinny być rozluźnione, natomiast zęby nie powinny się kontaktować (prześrzenie pomiędzy nimi powinna wynosić od 1 do 4 mm).

Jeszcze jeden objaw wywołany poprzez napięcie mięśni żucia i twarzy to ból głowy. Tu świetnie działają techniki uciskowe głowy i praca na czepcu ścięgnistym.

KRĄŻEK STAWOWY

Kolejnym, bardzo charakterystycznym objawem są trzaski, które są zjawiskiem dźwiękowym, spowodowanym przez repozycję dysku stawowego. Trzask zwykle pojawia się na początku ruchu otwarcia (samoistna repozycja dysku) oraz w ostatniej fazie zamknięcia (przemieszczenie dysku).

Nadrzędnym celem fizjoterapii w przypadku trzasków jest odciążenie, nawodnienie, formowanie oraz stabilizacja dysku na głowie żuchwy. Przydatne są techniki relaksacyjne mięśni, trakcja oraz ćwiczenia ruchowe i koordynacyjne dla poprawy funkcji narządu żucia.

Nagłe przemieszczenie dysku może mechanicznie zablokować staw (tzw. zablokowanie w zamknięciu, ang. closed lock), powodując ból, ograniczenie zakresu oraz asymetrię ruchu żuchwy (tzw. zbaczanie żuchwy). W takiej sytuacji fizjoterapeuta może wykonać manualną repozycję krążka w celu odblokowania ruchu oraz wprowadza ćwiczenia stabilizacyjne w ramach profilaktyki przyszłych przemieszczeń.

STAW SKRONIOWO-ŻUCHWOWY

Drugą przyczyną trzasków może być nadruchość głowy żuchwy, ale wówczas trzask zwykle występuje na końcu zakresu ruchu otwarcia w wyniku podwichnięcia kłykcia. Objaw trzasku często pojawia się podczas szerokiego otwierania ust w trakcie jedzenia czy ziewania. Trzaski mogą, ale nie muszą być bolesne. W tym przypadku nadrzędna jest edukacja pacjenta oraz dołączenie ćwiczeń stabilizacyjnych, które potęgują efekty terapii behawioralnej.

Krepitacje w odróżnieniu od trzasków charakteryzują się „trzeszczeniem” stawu podczas ruchu. Jest to objaw zwiększonego tarcia pomiędzy powierzchniami stawowymi w wyniku dysfunkcji chrząstki stawowej. Ruch w postaci ćwiczeń oraz praca manualna korzystnie wpływają na strukturę chrząstki, poprawiając jej odżywienie.

Z kolei ograniczenie zakresu ruchomości (tzw. szczytkościsk) może wystąpić w wyniku zapalenia stawu, stosowania wyciągów w ramach leczenia ortodontycznego czy też po ekstrakcji zęba. Fizjoterapeuta stosując techniki trakcji oraz mobilizacji, skutecznie

przywraca prawidłowy zakres ruchomości stawu skroniowo-żuchwowego, poprawiając funkcjonowanie pacjenta.

Kolejnymi wskazaniami do podjęcia fizjoterapii stomatologicznej są:

- wspomaganie leczenia ortodontycznego – przygotowanie przed założeniem oraz podczas stosowania aparatu (stałego lub ruchomego),
- wspomaganie leczenia protetycznego – szynoterapia,
- wspomaganie leczenia chirurgicznego – stan po ekstrakcji zęba, stan po wszczepieniu implantu, chirurgiczne rozszerzenie szczęki, operacje ortognatyczne (jedno- czy dwuszcękowe, kortykotomia),
- blizny pooperacyjne po zabiegach w okolicy głowy i szyi,
- zaburzenia czucia twarzy po zabiegach operacyjnych,
- stan po urazie (złamania, zwichnięcia) szczęki, żuchwy czy innych kości twarzoczaszki,
- stan po leczeniu radioterapeutycznym w obrębie głowy i szyi,
- wspomaganie leczenia bruksizmu.

Podsumowując, fizjoterapeuta posiada wiele narzędzi oddziaływania na pacjenta z objawami zaburzeń skroniowo-żuchwowych, niezależnie od tego, czy pojawiły się one w wyniku przeciążenia narządu żucia, ekstrakcji zęba, czy też przy okazji stosowania aparatu ortodontycznego. Fizjoterapia stomatologiczna świetnie sprawdza się również w przywracaniu sprawności po przebytym zabiegu chirurgii twarzowo-szczękowej (ortognatycznej), zmniejszając obrzęk, przyspieszając gojenie tkanek, powrót czucia, a także przywracając prawidłowy zakres ruchomości. Wykorzystywane techniki są bezpieczne i skuteczne, działają przeciwbólowo, poprawiają komfort życia pacjenta.

Nie sposób nie wspomnieć o ogromnej roli współpracy fizjoterapeuty z lekarzami różnych specjalności – stomatologii, ortodontcji, chirurgii, a także logopedami, gdyż praca zespołowa gwarantuje końcowy sukces w leczeniu pacjenta!

Tomasz Marciniak
mgr fizjoterapii

Fizjoterapia stomatologiczna,
fizjoterapia ortopedyczna,
terapia manualna

Fizjoterapia stomatologiczna
Tomasz Marciniak





Czy potrzebujemy witaminy D latem?

Wiedza o zalecanej suplementacji witaminą D w Polsce jest coraz powszechniejsza. Najczęściej mówi się o niej w kontekście okresu jesienno-zimowego, gdy nie możemy liczyć na zbyt dużą dawkę słońca.

Badania sugerują, że witaminy D (D3) brakuje nawet 90 proc. osób żyjących w Polsce, co związane jest z położeniem geograficznym naszego kraju. Jej niedobór może prowadzić do wielu problemów zdrowotnych jak: krzywica, osteoporoza i osteomalacja. Coraz częściej mówi się jednak, że może mieć wpływ na choroby autoimmunologiczne (np. stwardnienie rozsiane), sercowo-naczyniowe, metaboliczne, neurologiczne, nowotworowe, a także schorzenia psychiatryczne (np. depresja). I oczywiście przyczyniać się do częstych infekcji z powodu obniżonej odporności organizmu.

W Uchwale Zespołu do Spraw Suplementów Diety z dnia 22 maja 2019 r. czytamy, że do uzyskania optymalnego poziomu witaminy D powinna nam wystarczyć dzienna 15-minutowa ekspozycja na światło słoneczne. I dalej: „Jednak w okresie od października do marca synteza jest prawie całkowicie zahamowana. Wskazana jest wówczas suplementacja witaminą D”. Jej maksymalną dawkę określono na 2 000 IU.

Czy to oznacza, że jeśli przez pół roku będziemy codziennie łykać tabletki, to zagwarantujemy sobie odpowiedni poziom witaminy D? Niekoniecznie. Zazwyczaj w ciemno może okazać się pozbawione sensu, gdyż na przyswojenie wpływ ma wiele czynników. Zaczniemy od tych 15 minut na słońcu, ekspozycja ekspozycji nierówna. Najkorzystniejsza jest ta między godziną 10 a 15, gdy słońce jest najwyżej. A ile dorosłych osób, nie licząc matek z niemowlakami, może sobie pozwolić na codzienny spacer w tych godzinach? Większość jednak spędza ten czas, co najwyżej przebiegając z samochodu do budynku. Lato jest w Polsce coraz bardziej gorące (i ulewne),

więc w tych godzinach wybieramy chłód klimatyzowanych pomieszczeń. A jeśli już decydujemy się na wakacyjną przechadzkę, to wcześniej nakładamy krem z filtrem, który zmniejsza ryzyko nowotworu skóry. I hamuje syntezę skórnej witaminy D. Na co dzień w podobnej sytuacji są osoby o ciemniejszej karnacji.

Decyzja o tym, czy i kiedy należy suplementować witaminę D, powinna zostać podjęta przez lekarza po oznaczeniu w surowicy stężenia 25-OH-D. Dawka za każdym razem musi być indywidualnie dobrana do pacjenta, gdyż należy wziąć pod uwagę więcej czynników niż tylko poziom ekspozycji na słońce. W grupie ryzyka narażonej na niedobór znajdują się m.in. osoby z zaburzeniami hormonalnymi, alergiami, długotrwale leczone sterydami, cierpiące na celiakię. Zaburzenia skuteczności syntezy występują w dwóch, bardzo licznych grupach Polaków – to osoby po 65. roku życia oraz z nieprawidłową masą ciała. W przypadku otyłych pacjentów konieczne mogą być dawki nawet trzykrotnie wyższe niż u osób z prawidłową wagą.

W praktyce może się więc okazać, że witaminę D powinniśmy suplementować nawet cały rok. Oczywiście co jakiś czas należy monitorować stężenie 25-OH-D, aby wprowadzać ewentualne modyfikacje. Nawet wtedy, gdy zawsze wynik wychodził nam prawidłowy. Może się chociażby zdarzyć, że nie dość, że się postarzejemy, to jeszcze świat nawiedzi pandemia nieznanego dotąd wirusa i zamknie nas w domach na kilka miesięcy. To niby mało prawdopodobne, ale jednak możliwe.

Agnieszka Gierczak-Cywińska

WCPT to teraz World Physiotherapy!

Największa organizacja skupiająca fizjoterapeutów z całego świata, do której od stycznia 2020 r. należy także KIF, czyli World Confederation for Physical Therapy (WCPT), zmienia swój wizerunek. Od 30 czerwca br. obowiązuje nowa nazwa organizacji – World Physiotherapy. Wprowadzono także jej nowe logo oraz odświeżono stronę internetową (www.world.physio).

Jak powiedziała Emma Stokes, prezes World Physiotherapy: „Premiera nowej nazwy i logo to dla nas



okazja, aby jasno zakomunikować, kim jesteśmy i jak wspieramy fizjoterapię na całym świecie. Nowa marka jest świeża, żywa, ostra i spójna z naszymi celami”. Zachęcamy do odwiedzenia strony World Physiotherapy w nowej odsłonie, a w szczególności do zajrzenia do zakładki poświęconej Krajowej Izbie Fizjoterapeutów: <https://world.physio/membership/poland>



Powstaje polska platforma o Evidence-Based Practice w fizjoterapii

Z przyjemnością informujemy, że rozpoczął się zapowiadany przez nas projekt związany z Evidence-Based Practice o nazwie „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej”. Powstaje on w ramach konkursu ministra nauki i szkolnictwa wyższego – „Społeczna odpowiedzialność nauki”. Prowadzi go Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie z filią w Białej Podlaskiej. Krajowa Izba Fizjoterapeutów i Uniwersytet w Sydney (prowadzący bazę Physiotherapy Evidence Database, [PEDro*](http://www.physiotherapyevidence.com)) są jego partnerami. Autorem i kierownikiem projektu jest dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski.

Głównym celem powstania platformy jest upowszechnianie rozumienia i stosowania praktyki opartej na wiedzy naukowej wśród fizjoterapeutów w Polsce. Podejmowane działania obejmują stworzenie strony internetowej zawierającej narzędzia do wprowadzania EBP do praktyki oraz upowszech-

niania zagadnienia wśród różnych środowisk społecznych i akademickich. Opracowane zostaną także materiały edukacyjne, w tym polski podręcznik do EBP. Rozwijana będzie współpraca międzynarodowa, zespół zostanie przygotowany do kontynuacji i utrwalania efektów projektu oraz przeprowadzenie badania jego efektywności (rozumienia, stosowania i postaw wobec EBP). Inicjatywa jest rozwinięciem opisywanej wcześniej na łamach „Głosu Fizjoterapeuty” współpracy z PEDro.

Żywimy przekonanie, że prowadzenie praktyki w oparciu o najnowsze i poparte najlepszymi dowodami standardy jest koniecznością i najlepszą decyzją, jaką może podjąć terapeuta. Internet umożliwił lepszy niż kiedykolwiek dostęp do informacji na temat opieki zdrowotnej. Czynnikiem ograniczającym pozostaje jednak w dalszym ciągu wiedza na temat sposobów korzystania z tych źródeł i implementacji zdobytej wiedzy. Chcielibyśmy, aby podjęte przez nas działania pomogły dokonać zmiany w tym zakresie i przyczyniły się do polepszenia opieki zdrowotnej w Polsce.

Więcej informacji o postępach już niebawem!

dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski

*Physiotherapy Evidence Database, PEDro – to darmowa baza ponad 45 tys. randomizowanych badań, przeglądów systematycznych i wytycznych praktyki klinicznej w fizjoterapii. Krajowa Izba Fizjoterapeutów jest partnerem PEDro od 2019 roku.

Nowa oferta szkoleniowa KIF

Krajowa Izba Fizjoterapeutów rozpoczyna nowy cykl bezpłatnych szkoleń – „Ocena funkcjonalna i prowadzenie dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (0-7 lat)”. Program obejmuje zakres wytycznych KRF dotyczących udzielania świadczeń w fizjoterapii pediatrycznej oraz ich opisywania w dokumentacji medycznej.

Podczas szkolenia przedstawiony zostanie model badania dziecka w wieku 0-7 lat, a uczestnicy kursu zdobędą umiejętność prowadzenia i dokumentowania badania oraz leczenia na podstawie modelu funkcjonalnego ICF-CY. Uczestnicy zapoznają się też z metodyką oceny funkcjonowania dziecka oraz interpretacją uzyskanych wyników.

Dwudniowe zajęcia (14 godz. dydaktycznych) odbędą się w formie teoretycznej z elementami ćwiczeń praktycznych. Uczestnicy otrzymają certyfikat ukończenia szkolenia.



Zajęcia będą realizowane w różnych terminach i lokalizacjach. Aktualnie prowadzona jest rekrutacja m.in. na szkolenia w Szczecinie, Olsztynie, Białymstoku, Łodzi, Poznaniu, Katowicach, Siedlcach, Kielcach, Lublinie, Rzeszowie i we Wrocławiu.

Osoby zainteresowane zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami na Portalu Fizjoterapeuty – zakładka Szkolenia.

Zapraszamy na spotkania z przedstawicielami KRF

W lipcu wznowione zostały spotkania informacyjne dla fizjoterapeutów. Dwa pierwsze, po prawie czteromiesięcznej przerwie, odbyły się 10 lipca br. w Nowym Targu i Nowym Sączu. Zorganizował je małopolski oddział Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

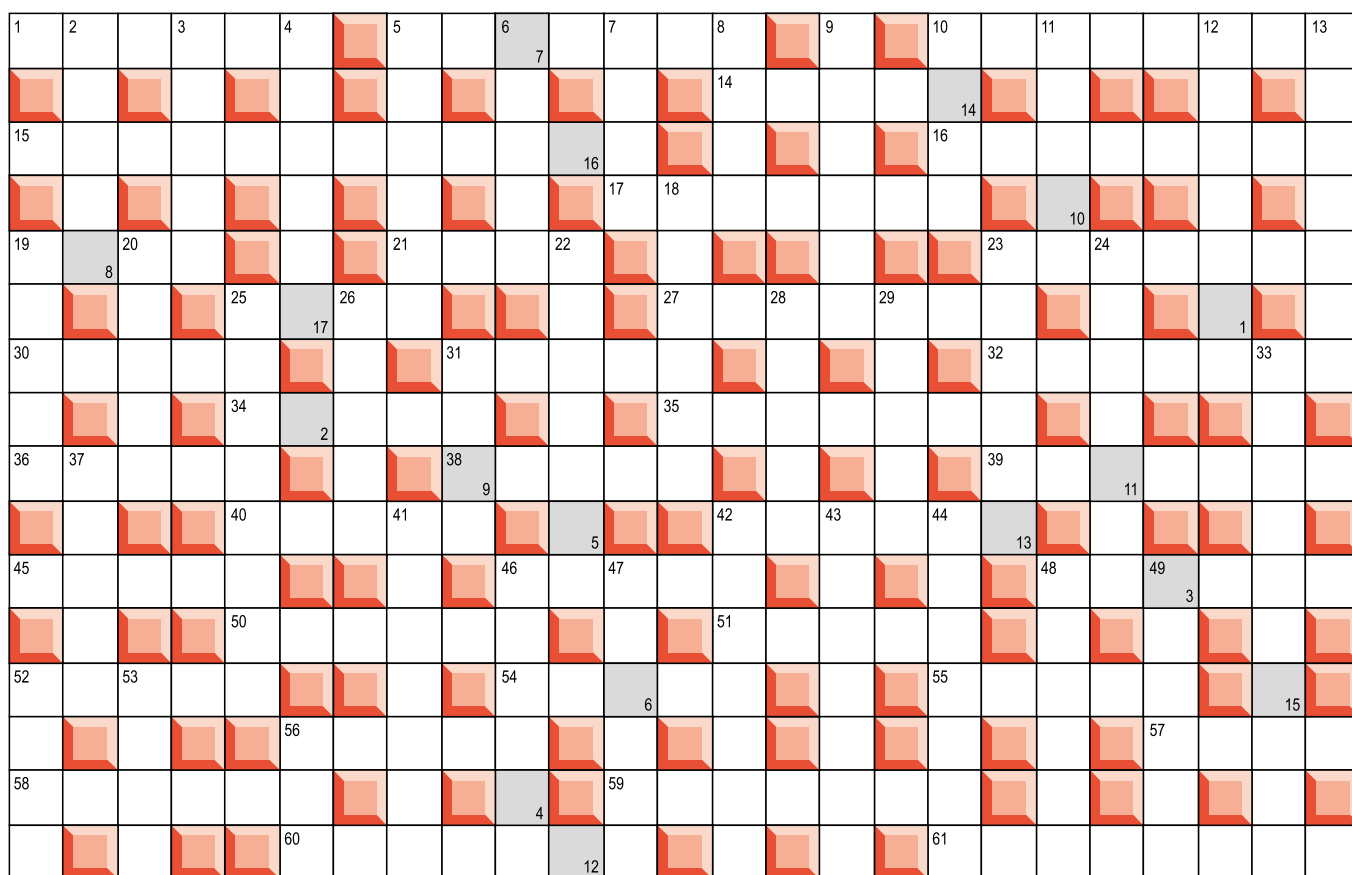
Poprowadzone zostały przez prezesa KRF – dr hab. n. med. Macieja Krawczyka oraz wiceprezesa KRF – Pawła Adamkiewicza. W spotkaniach uczestniczyli również członkowie KRF z regionu – Marcin Błaszcz i Filip Windak.

Z pierwszą grupą fizjoterapeutów członkowie KRF spotkali się w Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu. Omówiono kwestie dotyczące m.in. warunków pracy w lecznictwie szpitalnym, zarobków, statusu zawodowego fizjoterapeutów w szpitalach, współpracy z personelem medycznym oraz liczbą i jakością zabiegów zleczanych na poszczególnych oddziałach. Poruszony został również temat programów profilaktycznych, kampanii społecznej „Fizjoterapia Porusza” oraz pracy zespołów tematycznych KIF.



Fot. F.Windak

Drugie spotkanie tego samego dnia odbyło się w Nowym Targu w hotelu Beskid. W jego trakcie zainteresowaniem cieszyły się zagadnienia dotyczące specjalizacji kierunkowych, rozliczania procedur fizjoterapeutycznych oraz zarobków. Dyskutowano na temat propozycji zmian w rozliczaniu czasu pracy oraz konieczności zwiększenia wyceny wizyt fizjoterapeutycznych w ramach NFZ. Przedstawiciele KRF opowiedzieli także o darmowej aplikacji Finezjo.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

Poziomo:

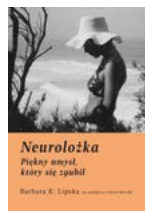
- *1) podstawa układu nerwowego,
 5) szukana w upalne dni,
 *10) zyskała popularność w dobie pandemii,
 14) bakteryjna w jelitach,
 *15) w formie elektronicznej obowiązująca od nowego roku,
 *16) obszar unerwienia czuciowego,
 17) z dyscypliną się nie brata,
 19) skrzynia na żywe ryby,
 *21) a niech mnie ... biją,
 23) schowek dla bardzo wysokich,
 25) chłodnicza na mrożonki,
 *27) szeroka lub wąska, może być składana lub regulowana, a wszystko dla wygody pacjenta,
 30) drugie po pierwszym,
 31) taryfowa opłata,
 32) kobyłasty pojazd,
 34) zapłonowa w aucie,
 35) inicjuje przesyłkę,
 36) skiby odkłada,
 38) znaczeniowa pestka,
 39) w babcinej karafce,
 40) struś amerykański,
 42) nie nadaje się na spikera,

- 45) obrotowe nie do zamknięcia,
 46) gazela naszych lasów,
 48) w osobowym składzie szpitala,
 *50) np. Foley,
 51) można w niego kogoś wpuścić,
 52) spinka pływaka,
 54) ośmiorniczkowa lub podsłuchowa,
 55) narzuta pod zastawą,
 56) wilkowi nie towarzysz,
 57) wymaga uzasadnienia,
 58) zwieńczona kwiatem,
 59) prawa ręka krawca,
 60) na niej nie wygra się zdrowia,
 *61) można na niego wyjść, ale można i wyjść z jego pomocą.

Pionowo:

- 2) afrykański wirus,
 3) miłe kaca początku,
 4) terenowa miednica,
 5) wiedza o świetle,
 6) łapacz psów,
 7) tuczenie zwierząt,
 8) dokucza w jamie ustnej,
 *9) nosi ją Elżbieta II, ale i SARS-CoV-2,
 10) żyzna gleba osadowa,
 11) szeregowo następstwo,

- 12) ekstremalny ubytek,
 13) pamięciowa niemoc,
 18) pilot ciągnie go lub odpycha,
 19) dobrze jest w nie trafiać,
 20) rozdęte warzywo,
 22) grupa wodnych niszczycieli,
 23) gra dla głęba,
 24) laska w kuchni,
 25) zdrowotny punkt naprawczy,
 26) sygnalizacyjny kielich,
 28) kłusująca namiętność,
 29) osadowy efekt gotowania,
 31) zakaz kulturowy,
 *33) czasem niebieskie, czasem białe, a zimowe nawet jednopalczaste,
 37) intubacyjna z mankietem,
 *41) brat aksonu,
 42) Włosi zwał go pastą,
 43) ścieżki błędzących,
 44) kulbin, ryba morska,
 46) czytnik optyczny,
 47) każdy sobie ją skrobie,
 48) tasiemiec do oglądania,
 49) tylko w nim spojrzysz sobie w oczy,
 *52) np. wrotna,
 53) psu się należy,
 56) przebiezańców na parkiecie.



Neurolożka. Piękny umysł, który się zgubił

Barbara K. Lipska, Elaine McArdle
Wydawnictwo Agora, 280 stron,
rok wydania: 2020

Barbara Lipska, wybitna neurolożka, specjalistka od chorób psychicznych, dowiaduje się, że ma raka mózgu. Choroba rozwija się błyskawicznie. Wydaje się, że nie ma nadziei dla doktor Lipskiej, która nagle traci kontakt z rzeczywistością. Ale jej pamięć rejestruje wszystko, co „wytwarza” mózg w okresie choroby. To unikalne doświadczenie: oto wybitna badaczka doświadcza szaleństwa, a jednocześnie jest w stanie zaobserwować, na czym ono polega. Po powrocie do zdrowia tworzy niezwykle zapis podróży do źródeł całkiem odmiennych stanów świadomości.



Fizjoterapia w trakcie i po leczeniu raka piersi

Monica Mastrullo, Antonio Maestri
red. wyd. pol. Hanna Tchórzewska-Korba
Wydawnictwo Edra Urban & Partner
142 strony rok wydania: 2020

Po leczeniu chirurgicznym nowotworu piersi często występują powikłania, takie jak obrzęk limfatyczny, deficyty ruchowe w stawach obręczy barkowej i kończyny górnej lub osłabienie siły mięśniowej kończyn po operowanej stronie.

W publikacji omówiono techniki terapeutyczne (drenaż limfatyczny, mobilizacja barku, leczenie blizn, bandażowanie, taping itp.) oraz wskazówki na temat kryteriów ich wyboru i metod wykonania. Szczególną uwagę zwrócono na edukację pacjenta, czyli na wskazania, które fizjoterapeuta musi zasugerować pacjentowi w celu poprawy efektów rehabilitacji.



Drenaż limfatyczny. Teoria, techniki podstawowe i specjalistyczne oraz fizjoterapia przeciwobrzękowa

Christian Schuchhardt, Didier Tomson
red. Jakub Taradaj
Wydawnictwo Edra Urban & Partner
360 stron, rok wydania: 2020

Książka autorstwa praktyków o międzynarodowej sławie – Didiera Tomsona i Christiana Schuchhardta – opisuje nowoczesne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w przypadkach obrzęku limfatycznego. Łączy wiadomości naukowe z instruktażowymi, praktycznymi i wręcz poradnikowymi fragmentami dotyczącymi algorytmu postępowania. Niewątpliwą zaletą tej publikacji są zdjęcia, ryciny i inne ilustracje oraz filmy.

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



NAGRODA

Trzy pierwsze osoby, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzymają jedną z nagród książkowych opisanych powyżej.

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

Z laureatami skontaktujemy się mailowo.

edra
URBAN & PARTNER

Nagrody książkowe za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z 2/2020 „GF” otrzymali: Małgorzata, Karol, Anna i Izabela.

Gratulujemy!



Znajdź Fizjoterapeutę

Portal łączący fizjoterapeutów z pacjentami
szukającymi usług fizjoterapeutycznych

Dlaczego warto założyć profil na Znajdź Fizjoterapeutę?

- Okazja do pozyskania nowych pacjentów
- Szansa na darmowe promowanie swoich usług
- Możliwość założenia profilu na portalu dostosowanym do rynku usług fizjoterapeutycznych

Konto na Znajdź Fizjoterapeutę założyło
już ponad **5700** fizjoterapeutów!

Wejdź na stronę logowanie.kif.info.pl
i poświęć 3 minuty na założenie konta



Serwis jest wspierany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów

znajdzfizjoterapeute.pl

[@znajdzfizjoterapeute](https://facebook.com/znajdzfizjoterapeute)