

KORONAWIRUS

SARS-CoV-2



Fizjoterapia postcovidowa

Wyzwanie na nadchodzące lata

Szczepienie się to nasz obowiązek!

Specjalnie dla „Głosu” prof.
dr hab. n. med. Krzysztof Simon



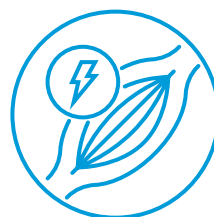
ISSN 2545-3637



BTL SIS

FIZJOTERAPIA ODDECHOWA

- SKUTECZNA TERAPIA w chorobach układu oskrzelowo-płucnego
- STYMULACJA WYDECHU, przepony oraz mięśni międzyżebrowych
- STYMULACJA MIĘŚNI osłabionych bezczynnością
- REGRESJA stanów zapalnych, zwapnień w płucach
- ROZLUŻNIENIE pomocniczych mięśni oddechowych
- MOBILIZACJA kręgosłupa w odcinku szyjnym i piersiowym



- 4 Kompas, który jest w nas. Słowo wstępu od prezesa KRF Macieja Krawczyka
- 6 Postcovid to wyzwanie dla fizjoterapeutów. Dr Anna Pyszora o fizjoterapii po przebyciu COVID-19
- 9 Żegnamy dr. n. wf. Andrzeja Rakowskiego
- 10 Szczepienie się to nasz obowiązek. Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon m.in. o rewolucyjnej szczepionce, która zmieni medycynę
- 14 Prawdziwych przyjaciół poznaje się w biedzie, czyli transport nitrogliceryny. O etyce w naszym zawodzie – dr hab. n. med. Maciej Krawczyk
- 17 Czy skończy się pomijanie fizjoterapeutów przy podwyżkach?
- 18 Wsparcie ozdrowieńców jest konieczne. KIF przygotował program powrotu do zdrowia dla osób po COVID-19
- 20 Żegnamy nasze Koleżanki i naszych Kolegów
- Mozolny powrót do sprawności po COVID-19 – cztery historie:
- 22 Zamiana ról. Prof. dr hab. n. med. Karolina Sieroń i dr Grzegorz Onik
- 26 Chodzenie po wydmach. Poseł Jerzy Polaczek
- 27 Fizjoterapeuci nie są superbohaterami. Julita Złota-Plombon
- 30 Fizjoterapia daje nadzieję. Mirosław Młyński
- 33 Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej stała się obowiązkiem
- 34 Potrzeby rosną, nakłady finansowe spadają. Tomasz Niewidomski
- 36 Przybywa nam pacjentów w gabinetach. Paweł Adamkiewicz
- 37 Musimy opiekować się tymi, którzy wyzdrowieli. O programie kompleksowej opieki nad pacjentami po COVID-19. Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas
- 40 Fizjoterapia uzdrowiskowa: dziś covidowa, a jutro? Jacek Koszela
- 42 Brytyjski fizjoterapeuta sam walczy z long covid
- 44 Ciekawostki ze świata:
World Physiotherapy podsumowuje 2020 r.
Jak Anglia wspiera pacjentów po COVID-19
- 46 Jak czytać artykuły naukowe?
- 50 Polska wersja językowa PEDro już dostępna!
- 51 Bagaż emocjonalny zabierany do domu. Dorota Wójcik-Małek
- 54 Już za chwilę ekranizacja bestsellera!
- 55 Trwa dystrybucja broszur dla pacjentów po COVID-19

Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,
Weronika Krzepakowska, Dominika Kowalczyk

Sekretarz redakcji:

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

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Katarzyna Dobrakowska

Fotografia na okładce: Freepik

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

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

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645, nakład drukowany: 550 egz.

www.glosfizjoterapeuty.pl

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

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

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



Kompas, który jest w nas

Każda grupa ludzi, żeby przetrwać, a tym bardziej rozwijać się, musi wypracować własne zasady postępowania. To one regulują jej działanie, tworzą wewnętrzną strukturę, integrują czy w końcu pozwalają zbudować świadomość odrębności od innych. Tworzą relacje między jednostkami, grupami oraz grupami a jednostkami oraz pozwalają istnieć i rozwijać się społeczności. Te zasady to moralność – antonim degeneracji.

Członkowie społeczności, którzy w zakresie swojej działalności mieli wpływ na zdrowie, dobra materialne i duchowe innych ludzi, przez wieki wypracowali specjalne zasady moralności. Patrzyli na otaczającą rzeczywistość nie tylko pod kątem swoich praw, ale szczególny nacisk kładli na swoje powinności i obowiązki wobec innych. Tak powstała deontologia zawodowa (gr. deon „właściwe”, „obowiązek”; gr. logos „słowo”). Etyka zawodowa łączy współczesne normy prawne z wytycznymi obyczajowymi, które są często znacznie starsze niż te pierwsze. Zasady wytworzone przez lata aktywności zawodowej pomagają podejmować, wielokrotnie w stresujących i trudnych okolicznościach, właściwe decyzje. Ich wartość jest szczególna, bo właśnie oparta na doświadczeniu i przekonaniu z niego wynikającemu, że istnieją pewne czyny, których nie wolno wykonać, nawet jeśli efektem tego będą niekorzystne konsekwencje. Wartości moralnej działań nie determinują tylko ich skutki, lecz również intencje i motywacje. Mówiąc wprost: nie zawsze cel uświęca środki, a żaden skutek nie może uzasadnić niegodziwości.

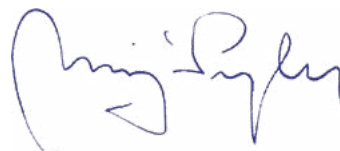
Także i my w naszej społeczności wypracowaliśmy szereg zasad, których część zrodziła się z doświadczenia pracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych, a inne z unikatowych kompetencji. Deontologia medyków obejmuje przede wszystkim relacje z chorym i klientem, uwzględniając różne uwarunkowania zewnętrzne (np. nauka, pieniądze), relacje z organami władzy, stosunki między osobami wykonującymi ten sam zawód lub inny, z którymi współpracuje. To właśnie moralność zawodowa jest często jedynym słusznym punktem odniesienia w działaniu. Nakazuje ona etyczne postępowanie w sytuacji chaosu, wojny, paniki, klęski żywiołowej czy też wbrew nielogicznym i tymczasowym przepisom lub w przypadku ich braku. Często jest też ostatnią linią obrony w sytuacji presji społecznej czy urzędniczej na osobę wykonującą zawód zaufania publicznego.

W ostatnich latach, a szczególnie w ostatnich miesiącach, nasze środowisko zawodowe doświadczyło nowych dylematów moralnych, wyraźnego przesunięcia granic komfortu, presji pacjentów, przełożonych, urzędników i naszych bliskich. Być może u wielu z nas nawet zachwiało to motywacją do dalszego wykonywania zawodu... Dziesięć zasad etyki zawodowej uchwalone w czasie Pierwszego Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów w roku 2016 okazało się niewystarczające w sytuacji kryzysu i chaosu wywołanego pandemią SARS-CoV-2.

To jest dodatkowy argument, abyśmy jako grupa skodyfikowali nasze zasady. Jak wszyscy pracownicy wykonujący zawód zaufania publicznego musimy dysponować szerokim kodeksem etyki zawodowej, który połączy normy prawne i doświadczenie pracy pokoleń fizjoterapeutów. To także wskazówka dla tych, którzy będą chcieli ten zawód wykonywać w przyszłości oraz jasny sygnał dla otoczenia i element wzmacniania naszej wewnętrznej integralności.

Prace nad kodeksem trwają już wiele miesięcy. Weszliśmy w ostatni etap jego tworzenia i niebawem zostanie on przekazany do pierwszych konsultacji środowiskowych. To musi być „nasz” kodeks w każdym tego słowa znaczeniu: akceptowany, rozumiany i przestrzegany przez ogół polskich fizjoterapeutów.

Jestem spokojny o respektowanie kodeksu, bo pracując w naszym środowisku od 30 lat, obserwuję zachowania i wybory fizjoterapeutów, i widzę, że duch etyczny jest w nas bardzo silny. Wiem też, że zachowanie tych reguł wymaga od nas niejednokrotnie zarówno odwagi, jak i pokory, konsekwencji i zaangażowania. Możemy być jednak pewni, że nasza etyka będzie nas bronić tak, jak rodzice chronią małe dziecko w sytuacji zagrożenia.



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

Postcovid to wyzwanie dla fizjoterapeutów

O fizjoterapii po przebyciu COVID-19 rozmawiamy z dr Anną Pyszorą, doradczynią prezesa KRF ds. fizjoterapii chorych z COVID-19.



Co kryje się pod terminem post-COVID-19?

To zespół różnych powikłań, które występują u osób po przebyciu COVID-19. Dane publikowane w JAMA (ang. Journal of the American Medical Association) wskazują, że problem ten dotyczy od 10 do 30 proc. pacjentów. Co ciekawe objawy zespołu post-COVID-19 (inaczej nazywany "postcovid") występują zarówno u osób, które przebyły chorobę łagodnie,

jak i tych z ciężkim przebiegiem, których stan wymagał włączenia wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej.

Warto podkreślić, że pojęcie „zespołu post-COVID-19” zostało zdefiniowane w wytycznych NICE (ang. National Institute for Health and Care Excellence), opublikowanych przez Brytyjczyków 18 grudnia 2020 r. Zgodnie z nimi „zespół post-COVID-19” to objawy, które rozwijają się podczas lub po prze-

byciu COVID-19, trwają dłużej niż 12 tygodni i nie są wynikiem innych procesów chorobowych. W opracowaniach i dyskusjach dotyczących długofalowych powikłań po COVID-19 powszechnie używane jest również określenie "long covid", które odnosi się do objawów utrzymujących się od 4 do 12 tygodni, a nawet dłużej. To bardzo istotne, aby właściwie posługiwać się pojęciami.

Jakie to objawy? Które są najbardziej zaskakujące?

To objawy, które dotyczą różnych układów: oddechowego, sercowo-naczyniowego, nerwowego, pokarmowego czy mięśniowo-szkieletowego. Obejmują m.in.: duszność, kaszel, uczucie bólu i ucisku w klatce piersiowej, kołatanie serca, uczucie zmęczenia, bóle głowy, zaburzenia snu i funkcji poznawczych, objawy polineuropatii, zawroty głowy, bóle mięśni i stawów, objawy lęku, depresji, bóle brzucha, nudności, biegunkę, u starszych osób objawy splątania. Które z tych objawów są zaskakujące? Myślę, że bazując na aktualnej wiedzy na temat patomechanizmu COVID-19, żaden z tych objawów nie powinien zaskakiwać. COVID-19 to choroba wielonarządowa – to proces zapalny, który rozlewa się na cały organizm. Stąd tak różne objawy.

Czy fizjoterapia może być pomocna w przywracaniu pacjentom sprawności po chorobie?

Tak, jak najbardziej. Eksperci z całego świata dyskutują obecnie, jak wcześniej po przebyciu COVID-19 należy rozpoczynać fizjoterapię. Opinie są różne, niejednokrotnie skrajne. Myślę, że to naturalne – każdego tygodnia dowiadujemy się czegoś nowego na temat patomechanizmu tej choroby i jej długofalowych konsekwencji. Co do jednej kwestii nie ma natomiast żadnych wątpliwości – **fizjoterapia jest bardzo ważną składową kompleksowej interwencji w przypadku chorych, którzy przebyli COVID-19.** W ostatnich miesiącach miałam okazję uczestniczyć w webinarach organizowanych m.in. przez ERS (European Respiratory Socie-

ty), BTS (British Thoracic Society) czy mniej formalnych spotkaniach inicjowanych przez liderów fizjoterapii oddechowej w Europie i na świecie. To niezwykle cenne doświadczenie pokazujące jak skutecznie mogą współpracować przedstawiciele różnych zawodów medycznych, po partnersku z uszanowaniem swoich kompetencji i ich granic. Myślę, że to możliwe tylko wtedy, kiedy naszym wspólnym, prawdziwym celem jest wypracowanie najlepszego rozwiązania dla pacjenta.

A jakie działania w tym obszarze podejmuje samorząd fizjoterapeutów?

Samorząd kieruje swoje działania zarówno do pacjentów (np. poradnik WHO i kampania społeczna) oraz do fizjoterapeutów. W tym drugim obszarze powstało szereg inicjatyw. W izbie od początku listopada rozpoczął pracę zespół, którego zadaniem było stworzenie, a następnie podjęcie próby wdrożenia programu fizjoterapii dla chorych po przebyciu COVID-19. Świadomość ogromnej potrzeby związanej z rosnącą liczbą ozdrowieńców oraz głębokie przekonanie, że samorząd zawodowy fizjoterapeutów powinien być inicjatorem takiego projektu, były silną motywacją do wyłożonej pracy. Program powstał w ciągu miesiąca. Obecnie czekamy na ostateczne stanowisko Ministerstwa Zdrowia dotyczące formy wdrożenia tego programu, tak aby był dostępny dla jak największej liczby potrzebujących. Chcemy także uruchomić szkolenia dla fizjoterapeutów w tym zakresie, które będą dostępne dla wszystkich chętnych. Program może być realizowany zarówno przez fizjoterapeutów działają-

cych w ramach refundowanej, jak i prywatnej opieki medycznej. Pod koniec grudnia został opublikowany podręcznik nt. badania fizjoterapeutycznego pacjenta z dysfunkcją układu oddechowego¹. Nie dotyczy on ściśle chorych na COVID-19, ale wiemy, że to właśnie trudności oddechowe są głównym powikłaniem po koronawirusie.

Jaką rolę mają do odegrania fizjoterapeuci w systemie opieki po-covidowej?

Ta rola jest ogromna. U większości osób, które przebyły COVID-19 obserwuje się objawy nietolerancji wysiłku fizycznego. Jako fizjoterapeuci jesteśmy w stanie to obiektywnie zmierzyć i na tej podstawie opracować kompletny program treningu fizycznego. Ważną składową naszych działań jest edukacja – przekazanie informacji, w jaki sposób można radzić sobie samodzielnie z objawami związanymi z przebyciem COVID-19, takimi chociażby jak duszność czy zespół przewlekłego zmęczenia. Nasza praca jest szczególnie ważna dla osób, których stan wymagał hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii, gdyż obserwuje się u nich wiele powikłań neurologicznych. Ponadto jako przedstawiciele samodzielnego zawodu medycznego powinniśmy być źródłem rzetelnej wiedzy na temat możliwości, jakie oferuje tej grupie chorych fizjoterapia.

Co powinna obejmować fizjoterapia osób, które przebyły COVID-19?

Podstawą jest badanie fizjoterapeutyczne. Na każdym jego etapie powinniśmy zwracać uwagę na niepokojące objawy, które

¹ <https://kif.info.pl/pierwsza-czesc-podrecznika-fizjoterapii-oddechowej-juz-dostepna/>

wymagają poszerzonej diagnostyki lekarskiej, niejednokrotnie na poziomie specjalistycznym. Mam tu na myśli chociażby ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych (m.in. zapalenie mięśnia sercowego, zatorowość płucną). Bardzo ważnym elementem jest ocena tolerancji wysiłku fizycznego, która pozwoli nam zaplanować indywidualną interwencję, która obejmuje przede wszystkim trening aerobowy i oporowy o niskim lub umiarkowanym poziomie intensywności. Ważna jest również kontrola poziomu natlenienia krwi w czasie wysiłku i identyfikacja ewentualnych desaturacji oraz subiektywna ocena pacjenta w zakresie odczuwanego wysiłku. Bardzo ważna w procesie fizjoterapii w tej grupie pacjentów jest edukacja, której celem jest zwiększenie świadomości dotyczącej powikłań związanych z przebiegiem COVID-19 oraz nauczanie radzenia sobie z nimi, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

To taki ogólny schemat interwencji. W sytuacji występowania innych powikłań, np. neurologicznych, konieczne będzie wykorzystanie dodatkowych narzędzi terapeutycznych. Podobnie w przypadku osób z chorobami współistniejącymi, których objawy i związane z nimi ograniczenia będą wyznaczały kierunek działań fizjoterapeuty.

W jakiej formie powinna być realizowana fizjoterapia?

Najważniejsze, aby była dostępna blisko miejsca zamieszkania. Zatem dla osób, które nie mają problemów z samodzielnym przemieszczaniem się, idealnym rozwiązaniem jest wizyta w przychodni, w indywidualnej lub zbiorowej praktyce fizjoterapeutycznej. Osoby z większymi ograniczeniami funkcjonalnymi powinny mieć możliwość korzystania z wizyt domowych lub w sytuacji, kiedy ich stan wymaga jeszcze większego nadzoru i zaangażowania specjalistów różnych dziedzin, optymalne będzie zapewnienie opieki w formie stacjonarnej obejmującej m.in. fizjoterapię (sanatoria, oddziały rehabilitacji i inne ośrodki).

Czy na coś jeszcze fizjoterapeuci powinni zwracać szczególną uwagę, gdy zgłaszają się do nich pacjenci po przebiegu COVID-19?

Ważna jest znajomość wszystkich możliwych objawów „zespołu post-COVID-19”, gdyż w przypadku ich występowania możemy wskazać pacjentowi dalszą ścieżkę postępowania (np. kontakt z lekarzem POZ). W kwestii samego procesu fizjoterapii należy odwoływać się do wcześniej zdobytej wiedzy i doświadczenia zawodowego. Dziś nikt nie jest ekspertem z wieloletnim bagażem doświadczeń klinicznych w zakresie usprawniania chorych zmagających się z długofalowymi skutkami zakażenia SARS-CoV-2. Kiedy w marcu minionego roku pojawiły

się pierwsze przypadki COVID-19, wszyscy medycy zaczęli uczyć się, jakie rozwiązania będą najkorzystniejsze dla tej grupy chorych. Nikt nie dysponował gotowymi schematami postępowania. Podstawą naszych działań była wiedza i zdobyte wcześniej doświadczenie – dotyczyło to wszystkich zawodów medycznych. W obecnej sytuacji jeszcze ważniejsza niż wcześniej wydaje się być współpraca między samymi fizjoterapeutami, bazująca na wymianie informacji, własnych obserwacji i wspólnej refleksji. Pacjent po przebiegu COVID-19, z ryzykiem występowania różnych powikłań, jest dla nas wyzwaniem. Jednocześnie to okazja do bliższej współpracy z przedstawicielami innych zawodów medycznych, którzy tak samo ja my uczą się, jak postępować z pacjentami, których dotknął COVID-19.

Rozmawiała Aleksandra Mróz

Więcej o kompleksowym programie powrotu do zdrowia dla osób, które przeszły zakażenie koronawirusem przeczytasz w artykule „Wsparcie ozdrowieńców jest konieczne” na str. 18



dr Anna Pyszora

Doktor nauk o zdrowiu, asystentka w Katedrze Opieki Paliatywnej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, fizjoterapeutka w Ośrodku Wentylacji Domowej w Bydgoszczy, Hospicjum Popiełuski w Bydgoszczy, Członkini Europejskiego Towarzystwa Oddechowego (ERS). Doradczyni prezesa KRF ds. fizjoterapii chorych z COVID-19.

Andrzej Rakowski 1941–2021

Wszyscy odczuwamy żal, smutek i pustkę po stracie Wybitnego Nauczyciela i Dobrego Człowieka.

W niedzielę 24 stycznia 2021 r. odszedł **dr n. wf. Andrzej Rakowski** – fizjoterapeuta, niezwykle człowiek pełen pasji i profesjonalizmu. To właśnie Andrzejowi zawdzięczamy obecny stan wiedzy teoretycznej i praktycznej w dziedzinie szeroko rozumianej medycyny manualnej i jej holistycznej koncepcji. Wielotysięczne grono jego uczniów, których z uporem i cierpliwością wprowadzał w arkana wiedzy, poświadcza to każdego dnia podczas pracy z pacjentami.

Aby tę wiedzę upodmiotować, gdy medycynę manualną traktowano jeszcze jako „czarną magię”, Andrzej wraz z grupą pierwszych absolwentów swoich kursów stworzył w 1994 r. Polskie Towarzystwo Medycyny Manualnej, którego był wieloletnim prezesem. Niech słowa, które były Jego myślą przewodnią: „Im dłużej pracuję, tym większy mam respekt do tego,



Fot. Ewa Rakowska

co robię i do mojej niewiedzy”, zawsze towarzyszą terapeutom manualnym, i to nie tylko młodym.

Rodzinie i bliskim składamy wyrazy szczerzego żalu i współczucia.

Drogi Andrzej, spoczywaj w pokoju, na zawsze pozostaniesz w naszych sercach.

Koleżanki i Koledzy fizjoterapeuci

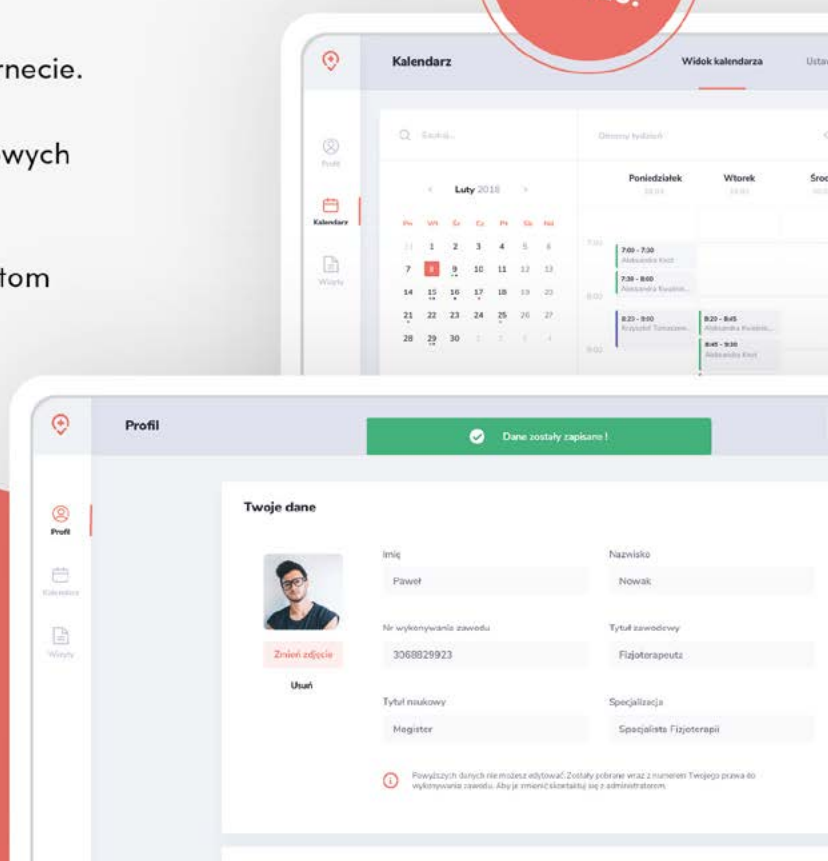
Znajdź Fizjoterapeutę

-  Stwórz profesjonalną wizytówkę w internecie.
-  Zwiększ swoje szanse na pozyskanie nowych klientów.
-  Udostępnij kalendarz wizyt i daj pacjentom możliwość zapisów online.

znajdzfizjoterapeuta.pl



@znajdzfizjoterapeuta



Szczepienie się to nasz obowiązek

O niezbędnej rehabilitacji chorych na COVID-19 i rewolucyjnej szczepionce, która zmieni medycynę, rozmawiamy z prof. dr hab. n. med. Krzysztofem Simonem, specjalistą w dziedzinie chorób zakaźnych i ordynatorem I Oddziału Zakaźnego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.



Fot. Tomasz Pietrzyk / Agencja Gazeta

Profesor już po szczepieniu – widzę, że wszystko w porządku.

Tak, wbrew nadziejom antypol-skich grup antyszczepionkowych czuję się dobrze, nie umarłem. Tak jak pozostałe miliony osób dotąd zaszczepionych.

Medycy w Waszym szpitalu gar- ną się do szczepienia?

Oceniamy, że zakażeniu uległo 18 proc. personelu. Zmarło dwóch moich kolegów ordynatorów, 14 osób zostało inwalidami. No więc niech pani znajdzie jeden racjo-nalny argument, aby się nie szcze-pić. Od początku pandemii uwa-żam, że służba zdrowia powinna być obowiązkowo zaszczepiona z dwóch powodów. Po pierwsze wykrusza się nam liczba persone-lu do obsługi chorych, a po dru-gie szpitale muszą spodziewać się roszczeń ze strony pacjentów, którzy stwierdzą – słusznie bądź nie – że zakazili się, bo mieli kon-takt z niezaszczepionym medy-kiem. Żaden szpital ekonomicznie tego nie wytrzyma.

Co ma Pan na myśli, mówiąc, że znajomi stali się inwalidami.

Nie u wszystkich ta choroba prze-biega jak silna postać grypy (która zresztą też może się źle skończyć). U części chorych uszkodzenia narządów są trwałe. Dotyczy to układu oddechowego czy nerwo-wego lub mięśnia sercowego. Oni prawdopodobnie nigdy nie wró-cą do pracy. Owszem Chińczycy sugerują, że po 2–3 latach zwłók-nienia płuc mogą się poprawić, bo tak było przy pierwszym SARS, ale pewności nie ma, a uszkodzenia są teraz na pewno.

Myśli Pan, że fizjoterapia może im pomóc?

Jasne. My zachęcamy do niej jak najbardziej. Rehabilitacja pocho-

rowa jest niezwykle istotna, szczególnie w zakresie oddecho-wym. O, proszę, mam tu Wasze wydawnictwo na ten temat. Roz-dajemy je, komu się da, aby ludzie się rehabilitowali, bo my sami już nie mamy mocy przerobowych – od 10 miesięcy jesteśmy właściwie non stop w pracy. Potrzebujemy tu Państwa pomocy.

Jak wygląda rehabilitacja na Pań- skim oddziale?

Zalecamy układanie pacjentów na brzuchu (ang. *prone position*), zmiany pozycji ciała, gimnasty-kę oddechową. Pomoc ze strony fizjoterapeutów jest niewielka, bo jest ich po prostu za mało. Jak jeden czy dwóch fizjoterapeu-tów ma pomóc 150 pacjentom po zapaleniu płuc lub jeszcze w jego trakcie? A przecież wciąż utrzy-mujemy 20 łóżek internistycz-nych, gdzie rehabilitacja też bywa konieczna. To jest abstrakcja. Dla-tego osoby już niezarażające naj-chętniej wysłalibyśmy do innych szpitali, aby tam ich rehabilitowa-no, ale takich możliwości nie ma, nigdzie nie przyjmują. Najlepszy dla pacjentów jest więc powrót do domu i zadbanie o pomoc na miejscu.

Wspomniał Pan, że medycy po- winni się obowiązkowo szcze- pić. Ma Pan na myśli wszystkich czynnych medyków czy tych pracujących z chorymi na CO- VID-19?

Wszystkich tych, którzy mają bezpośredni kontakt z chorymi, np. kurierzy czy pracownicy firm farmaceutycznych takiego kon-taktu nie mają. Największe praw-dopodobieństwo zarażenia się COVID-19 występuje w pomiesz-czeniach zamkniętych i słabo wietrzonych, gdzie gromadzi się więcej osób, typu restauracje, klu-

by. To także msze bez limitu osób, pogrzeby i wesela, których skut-ki były w Polsce fatalne. I do tego dochodzą właśnie różne ośrodki lecznicze, nie tylko szpitale.

A tak szczerze: nie bał się Pan szczepienia? Kiedyś doznał Pan wstrząsu po szczepieniu na gry- pę.

Tak, to było mało przyjemne prze-życie. Szczególnie, że do rozwoju wstrząsu doszło kilkanaście mi-nut po szczepieniu, gdy już jecha-łem samochodem. Bardzo mi się wtedy spieszyło, więc wybiegłem ze szpitala tuż po szczepieniu i od razu pojechałem. Samochód roz-waliłem i mało nie umarłem. Nie sprawiło to jednak, żebym prze-stał się szczepić co roku na gry-pę. Akurat w tamtej szczepionce musiało być coś, co mi zaszkodziło i więcej taka sytuacja się nie powtórzyła. Teraz jestem bardziej ostrożny, szczepię się w szpitalu, po iniekcji siedzę tam pół godziny, pielęgniarki mnie pilnują.

Szczepię się z racji wykształce-nia, wiedzy i rozsądku, bo staram się uniknąć poważnych powikłań. Jestem jednak też konsultantem i profesorem, więc uważam, że muszę świecić racjonalnym przy-kładem choćby z urzędu. Moje podejście jest propaństwowe nie-zależnie od tego, kto i jak rządzi, i niezależnie od moich jedno-znacznie liberalnych poglądów. Walka z epidemią powinna być pozapolityczna, zakażenie każ-dego może dotknąć: od skrajnych lewaków po przedstawicieli ultra-konserwatywnej prawicy. Wiem, jak górnolotnie to brzmi, ale jako medycy mamy obowiązek walczyć z pandemią, bo za chwilę tego państwa nie będzie – fizycznie, bo wirus nas zdziesiątkuje, i gospo-darczo, bo wszystko padnie. A ta walka polega teraz też na nakło-

nieniu ludzi do działań prozdrowotnych, w tym do szczepienia.

To dla Pana wyraz patriotyzmu?

Tak. Jak pani widzi, mam mało polskie nazwisko. Czuję i zawsze czułem się Polakiem, ale utrzymuję kresowe tradycje spod Mohylewa, Orszy i Witebska, bo z tamtych rejonów pochodziła moja matka. Ojciec miał korzenie czesko-niemieckie, ale członkowie rodziny częściowo też czuli się Polakami. Dziadek zginął za Polskę rozstrzelany przez Rosjan jako podpułkownik Wojska Polskiego. Przecież ja z pięćdziesiąt pięć razy mogłem z tego kraju wyjechać. Do USA, Anglii, gdzie bym chciał. Ale nie, to jest mój kraj, tu jest moja historia, tu są groby moich przodków i, niestety, grób mojego dziecka.

Jak Pan myśli, jaki będzie dalszy scenariusz oby nie rozwoju, a zażegnania pandemii?

Szczepić, szczepić i jeszcze raz szczepić. Nie ma skutecznych leków, więc nie ma innego wyjścia. Musimy przebijać się z racjonalną wiedzą do społeczeństwa. Policja i inne służby muszą zająć się dotarciem do osób, które prowadzą w kraju tak intensywną kampanię antyszczepionkową, a więc antypolską (choć w innych krajach takie rzeczy też się dzieją). Kto opłaca te ruchy skrajnej lewicy i skrajnej prawicy? Ja nie jestem zwolennikiem teorii spiskowych, ale jest niemożliwe, aby to wszystko działo się bez jakiejś koordynacji. Przecież my dostajemy anonimowe maile, SMS-y, w których grozi się podpaleniem szpitali, a także nam i naszym rodzinom. W internecie pojawiają się fałszywe informacje na temat szczepionki, manipuluje się wypowiedziami ekspertów, które

padają podczas działań konsultacyjnych czy naukowych. Wiadomo, że ja ciągle obrywam, bo mam niewyparzony język i nie boję się tych antycovidowców i antyszczepionkowców nazywać głupcami. Bo jak ich inaczej nazwać? Im jest całkowicie obojętny los tych ludzi, którzy nie mogą się szczepić z powodów zdrowotnych oraz starych, więc podatnych na ciężki przebieg zakażenia. Oni żyją tylko dlatego, że w ich otoczeniu są wszyscy zaszczepieni na daną

*Szczepię się z racji
wykształcenia, wiedzy
i rozsądku, bo staram
się uniknąć poważnych
powikłań. Jestem
jednak też konsultantem
i profesorem, więc
uważam, że muszę świecić
racjonalnym przykładem
choćby z urzędu.*

chorobę. To co robią ci ludzie to zwykłe świństwo. A groźby otrzymują też ludzie spokojniejsi ode mnie jak prof. Horban czy minister Niedzielski.

Grożą panu śmiercią?

Tak.

Nie boi się pan?

A czego się mam bać? Od tego jest policja, aby się tym zajęła.

Czyli zgłasza Pan te groźby?

Naturalnie. Ale wie pani, to jest sprytnie robione. Wiadomości z różnych kont, duplikowane, wysyłane o 4 w nocy itd. Proszę powiedzieć, jaki jest tego cel? Jeśli ktoś nie chce się szczepić, to niech się nie szczepi, zawsze może sobie umrzeć, a jak mu się poszczęści – to przejdzie chorobę bezobjawowo. Jeśli jednak dostanie zapalenia płuc w przebiegu COVID-19, to popędzi do szpitala, a przecież takiej choroby podobno nie ma... Niech myśli sobie, co chce, ale jak można namawiać innych ludzi, aby nie przyjęli szczepionek na podstawie jakiś irracjonalnych wiadomości? W internecie wypowiadają się na te tematy osoby, które na oczy pacjenta nie widziały, bo albo nie mają nic wspólnego z medycyną, albo nie praktykowały, ale mają za to jakieś tytuły naukowe, choć są ludźmi w ogóle nieznanymi w środowisku. Wymyślają bzdury albo tak wszystko komplikują, że sięją niepewność. Straszą, że szczepionki zawierają skwalan i skwalen, co brzmi jak jakieś substancje toksyczne i zwykłego człowieka może przerazić. A one są przecież niezbędne w naszym organizmie! Już pomijając fakt, że nie są składnikami szczepionek. Ludzie się jednak boją, gdy słyszą takie głosy, bo nie mają wiedzy. Obowiązkiem medyków jest walka z tą niewiedzą.

Uporamy się z pandemią chociaż do końca roku?

Na to bym nie liczył, wirus się pewnie utrwali jak kiedyś grypa. SARS-CoV-1 zmutował przy śmiertelności 10 proc. i zniknął. SARS-CoV-2 mutuje, ale nie znika. Te nowe mutacje mogą być równie zaraźliwe, ale bardziej patogenne lub na odwrót; albo tak samo zaraźliwe, tak samo patogenne, ale

tak zmutują, że wyprodukowana szczepionka nie będzie przed nimi chronić.

Trzeba będzie ją aktualizować?

No tak, ale przy szczepionce mRNA to potrwa bardzo szybko. Te inne techniki, jak splity czy rekombinanty, wymagają dłuższych procedur. Technologia mRNA, którą opracowano w 1997 r. i rozwinięto już po 2000 r., umożliwia szybką modyfikację.

A u nas się mówi, że to nowa technologia...

A gdzie tam, już na początku XXI w. pracowano nad szczepionką na SARS, ale przerwano prace, bo epidemia się skończyła sama. W przypadku MERS było za mało przypadków, aby się za to zabrać. Ta metoda to rewolucja. Jest o wiele bezpieczniejsza niż poprzednie technologie, bo nie ma w niej tych wszystkich obciążeń białkowych, konserwantów, stabilizatorów itd. Nie podajemy nieaktywnych wirusów tylko fragment mRNA, który zmusza komórki do syntezy białka. Mamy do czynienia z olbrzymim postępem w medycynie, który zapewne skończy się Nagrodą Nobla.

Dlaczego więc w ciągu tych przeszło 20 lat nie powstały inne szczepionki tworzone tą metodą?

Ależ powstały! To kolejna nieprawdziwa informacja. Dzięki niej mamy przecież szczepionki na zikę, ebolę czy pasożyty malarii.

To są szczepionki profilaktyczne, ale jest też cała grupa szczepionek terapeutycznych wykonanych tą techniką, które wykorzystuje się w chorobach nowotworowych. Dzięki nim udaje się stymulować konkretne białka walczące z nowotworem.

Jednym z argumentów przeciwników, aby się nie szczepić, jest ten, że nie wiadomo, na jak długo zapewni nam to odporność.

Zacznijmy od protoplastów. SARS-CoV-1 dawał pacjentowi odporność komórkową maksymalnie na jakieś 2-3 lata, w MERS na ok. 1,5 roku. Jak dokładnie jest przy SARS-CoV-2, jeszcze nie wiemy. Na razie uważa się, że przeciwciała utrzymują się minimum 4-6 miesięcy od zakażenia, choć nie zawsze są to przeciwciała neutralizujące wirusa. Istotną rolę odgrywa też odporność komórkowa, ale niestety też jest tu krótkotrwała. Wydaje się, że osoby, które przeszły COVID-19 bezobjawowo, mogą mieć słabszą odporność humoralną (przeciwciała) i komórkową, niż te, którzy byli w gorszym stanie. Szczepienia trwają od marca 2020 r., przecież wtedy już zaczęto testy. Na ich podstawie wiemy, że po szczepieniach osiągamy zdecydowanie wyższe poziomy przeciwciał i dłuższą odporność komórkową niż po przechorowaniu. Oceniam, że szczepionka zapewni nam odporność na jakieś 2-3 lata, ale potem ona zaniknie i trzeba będzie podać ko-

lejną dawkę. Jednak na grypę też szczepimy się co roku.

Jakieś 10-20 proc. wirusów wywołujących u nas przeziębienia to cztery inne znane koronawirusy. Być może ci, którzy w przeszłości chorowali częściej, nabyli odporność krzyżową i dlatego SARS-CoV-2 ich teraz nie rusza. Koronawirusy się zmieniają – niektóre z tych, które dziś powodują przeziębienia, tysiące lat temu dziesiątkowały całe plemiona. Kto miał umrzeć – to umarł, kto przeżył – to się uodpornił. I w efekcie niegdyś śmiertelne wirusy oznaczają dla nas tylko katar. I tak samo może być z covidem. Może za rok, dwa, 20 lat, a może nigdy...

No to byłoby bardzo dobre zakończenie pandemii, gdyby za kilka lat zmieniła się w zwykły katar.

No tak, to możliwe. Jest też możliwe, że wirus stanie się bardziej patogenny.

A już miałam nadzieję na optymistyczne zakończenie naszej rozmowy.

Jedyne co jest teraz pewne, to że w 2020 r. roku umarło przeszło 60 tys. Polaków więcej niż rok wcześniej, z czego 28 554 z powodu COVID-19, oraz że nie ma obecnie lepszego sposobu na pokonanie pandemii i przywrócenie normalnego leczenia innych chorób niż zaszczepienie społeczeństwa. Od medyków poczynając.

Rozmawiała Agnieszka Gierczak-Cywińska



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon

Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, zakażeń HIV, hepatologii i endoskopii przewodu pokarmowego.

Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; ordynator I Oddziału Zakaźnego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Gromkowskiego we Wrocławiu.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa dolnośląskiego.

Członek Rady Medycznej przy Głównym Doradcy Premiera ds. COVID-19.



Prawdziwych przyjaciół poznaje się w biedzie, czyli transport nitrogliceryny

Żadne środowisko nie było przygotowane na epidemię. Nasza epoka nie mierzyła się jeszcze z takimi wyzwaniem i nie było wzorców postępowania, a kryzys ujawnił nie tylko nowe problemy, ale także uwypuklił te, których rozwiązanie wciąż odwlekano lub udawano, że ich nie ma.

Epidemia zastała nas w szpitalach, przychodniach, szkołach specjalnych, gabinetach i innych miejscach, w których z założenia stykają się ze sobą skrajne emocje, takie jak: strach, ból, cierpienie, wielkie nadzieje i oczekiwania, wielki wysiłek, akceptacja choroby, głębokie rozczarowania, zmiana planów życiowych w związku z chorobą... I nagle okazało się, że będzie jeszcze trudniej i nam, i pacjentom.

Mocniejsze baterie

Musieliśmy zweryfikować metody pracy i uzbroić w „mocniejsze baterie”. Zaczęliśmy się nawzajem „bać o siebie”. Źle pojmowane, ale szczere poszanowanie godności pacjenta, nie pozwalało wielu fizjoterapeutom na początku pandemii zakładać rękawiczek do pracy z chorym. Twierdzili, że to krępuje pacjentów oraz może zostać uznane za brak szacunku i zaufania wobec nich. Tak COVID-19 zarazili się pierwsi fizjoterapeuci. Podobnie było na początku epidemii, gdy

odpowiedzialność i moralne przekonanie nakazywały pracę z pacjentami nawet wtedy, gdy pracodawcy nie dostarczyli masek i przyłbic. Tak zakaziła się pierwsza ofiara COVID-19 wśród fizjoterapeutów.

Pandemia u większości z nas pozytywnie zweryfikowała poczucie przynależności do zawodów medycznych. Inni, np. urzędnicy, mieli wątpliwości. My w przeważającej większości nie! Tylko bardzo mała część koleżanek i kolegów widziała się bardziej jako luksusowy dodatek do leczenia i miała nawet problem z powrotem do pracy po izolacji.

Drogowskaz jest w nas

Co dalej? Czy dylematy się skończyły? Wręcz przeciwnie, o czym świadczą codzienne rozmowy, które odbywam z Wami i kierowanym przeze mnie zespołem w szpitalu. Wciąż się wahamy: jak szacować ryzyko? Czy poddać się presji przełożonego i zajmo-

wać się pacjentem bez właściwego zabezpieczenia w kombinezon, bo przecież wynik testu pacjenta na covid jest ujemny, podczas kiedy inni pacjenci są zakażeni? Czy lepiej zaprzestać rehabilitacji? Bo zarażenie pacjenta w ciężkim stanie i z niektórymi chorobami może skutkować jego śmiercią? Każdy dzień bez fizjoterapii to dla pacjenta strata i ryzyko powikłań, a nie ma już na oddziale środków ochronnych dla personelu. Mimo to spotkać się czy wstrzymać? Czy ryzyko zakażenia chorego w czasie wizyty domowej jest większe od strat spowodowanych jego unieruchomieniem? Czy złamać ogólnopolski zakaz odwiedzin w szpitalach? Miliony pytań i wątpliwości. Poczucie odpowiedzialności, poczucie pewnej misji, radość z pracy z człowiekiem i satysfakcja z ratowania zdrowia powodują, że potrafimy odpowiedzieć sobie na wiele z nich.

Pacjenci neurologiczni, podobnie jak inni, nie mieli odwiedzin od wielu miesięcy. Tyle, że dla nich ten kontakt był przed pandemią częścią terapii. Ciężkie udary mózgu spowodowały afazję i nawet rozmowa telefoniczna z rodziną nie była dla nich możliwa. Depresja spowalniała proces rehabilitacji. Fizjoterapeuci w IPIŃ utworzyli „okna życia”, czyli zwykłe szpitalne okno w sali terapii zajęciowej na parterze. Czasem już od siódmej rano aż do późnego popołudnia chorzy mogli w bezpiecznym dla nich dystansie rozmawiać ze swoimi najbliższymi. Łzy mieszały się ze śmiechem... To nie przepis czy nakaz, a imperatyw moralny i wiedza moich koleżanek i kolegów podpowiedziały takie rozwiązanie.

W trakcie pandemii kolejka chorych urosła zarówno do prywatnych gabinetów fizjoterapeutycznych, jak i usług refundowanych. Kogo przyjąć w pierwszej kolejności? Jak wybierać? Balans pomiędzy naszą asertywnością a empatią zaburza się. Zaczyna w nas chwilowo zwyciężać asertywność. Bez niej koniec końców nie pomogliśmy nikomu: stres i praca pod presją dają o sobie znać, więc sami możemy się łatwo stać pacjentami. Maksymalnie obiektywizujemy potrzeby chorych i identyfikujemy tych najbardziej potrzebujących. Niestety, to powoduje też napięcia w relacjach z pacjentami, którzy muszą dłużej poczekać.

To zresztą nie jedyna linia napięcia z pacjentem i jego rodziną. W przypadku chorych przebywających w szpitalach informacje o stanie zdrowia możemy przekazywać tylko telefonicznie. Rodzina nie widzi naocznie efektów, ma do dyspozycji tylko relacje telefoniczne pacjenta i medyków, które są czasem rozbieżne. Opiekunowie najczęściej nie mają wystarcza-

Szacunek dla praw, godności i autonomii pacjentów spowodował u nas ogromne dylematy moralne w stosunku do obowiązujących w stanie pandemii przepisów. Co zrobić z chorymi, którzy błagają o nieprzerywanie fizjoterapii, a prawo to nakazuje? Okazywało się, że dla wielu pacjentów sama nasza obecność była dużo ważniejsza niż „wynikałoby” to z dokumentacji medycznej.

jącej wiedzy do zrozumienia pewnych procesów. Co robić, kiedy rodzina domaga się zaprzestania terapii czy zmiany jej kierunku, bo obecna „nie przynosi efektów”? Jak rozmawiać spokojnie, skoro sami działamy pod presją?

Czy mogę odpocząć?

Pandemia uczy nas także dbania o siebie i innych w nowym wymiarze. Jak reagować na swoje gorsze samopoczucie? Uznać je za swoją słabość, którą należy pokonywać jak dawniej czy traktować jako zagrożenie dla pacjentów i współpracowników? Czy jeśli rano zadzwonię i powiem prawdę, że gorzej się czuję i nie będzie mnie w pracy, to przełożeni i koledzy mnie zrozumieją? Czy nie potraktują tego jako nadużycia, a nie wyraz mojej troski o nasze wspólne dobro?

W czasie szczytu pandemii pacjent leżący w szpitalu powiedział do mojej koleżanki fizjoterapeutki, że czuje się tam bezpieczniej i dlatego nie myśli o szybkim powrocie do domu. Tymczasem większość pacjentów na tym oddziale była już zakażona COVID-19!!! Pacjent o tym nie wiedział. Jak powinien zachować się fizjoterapeuta? Zdecydowanie w pierwszej kolejności zadbać o bezpieczeństwo swoje i pacjentów. Chory fizjoterapeuta nie jest w stanie pomóc. Również są sytuacje, kiedy przerwa w rehabilitacji nie stanowi dużego problemu, a zakażenie covid – tak. Wtedy, choć zawsze musi to być indywidualna decyzja, należy czasowo wstrzymać terapię.

Szacunek dla praw, godności i autonomii pacjentów spowodował u nas ogromne dylematy moralne w stosunku do obowiązujących w stanie pandemii przepi-

sów. Co zrobić z chorymi, którzy błagają o nieprzerwanie fizjoterapii, a prawo to nakazuje? Okazuje się, że dla wielu pacjentów sama nasza obecność jest dużo ważniejsza, niż „wynikałoby” to z dokumentacji medycznej.

Nerwowe reakcje, czasami oparte tylko na emocjach, towarzyszą nam na każdym kroku. Sam ich wielokrotnie doświadczyłem: „Panie prezesie zwracamy się z prośbą o sfinansowanie 70 testów na przeciwciała, są nam niezbędne!” czy „Jakim prawem Panie Prezesie zgadza się Pan, aby fizjoterapeuci wrócili do pracy? Nie ma Pan wyobraźni!”

Fizjoterapeuta to wartość

Po raz pierwszy od pięciu lat, czyli od czasu, kiedy mamy ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, na nowo poczułem, że nasze środowisko znów postrzega swoją profesję jako ogromną wartość samą w sobie i jest lojalne wobec niej. W obliczu wiosennego lockdownu uznaliśmy autonomię i samodzielność profesji za wartość podstawową. To poskutkowało tym, że wyraźniej komunikowaliśmy ją w relacjach z innymi zawodami i poculiśmy się równi w stosunku do innych profesjonalistów medycznych. Domagaliśmy się równego, a nawet lepszego zabezpieczenia i środków ochrony przed wirusem covid, gdyż uznaliśmy, że zagrożenie zakażeniem się w przypadku fizjoterapeutów jest największe. Nie znaleźliśmy usprawiedliwienia i nie zaakceptowaliśmy „zamknięcia fizjoterapii” w pierwszych miesiącach pandemii. Wspólnie udowodniliśmy, że jest immanentnym elementem leczenia, a nie mniej istotną usługą zdrowotną. Walka o nasze „ja”, merytoryczne argumenty, ale i integracja wewnętrzna nie wpłynęła na pogorszenie stosunków z innymi zawodami medycznymi, a wręcz znaleźliśmy u nich zrozumienie i akceptację.

Współpraca i solidarność zawodowa to chyba najbardziej odczuwalny, pozytywny efekt pandemii wśród fizjoterapeutów. Widziałem to osobiście wielokrotnie. Pamiętam relację z Dolnego Śląska: dwie koleżanki opowiadały, w jaki sposób pomagają sobie zakładać kombinezony ochronne przed wyjściem na oddział covidowy i jak bardzo nieodzowny był im wzajemny nadzór, kontrola oraz wsparcie i świadomość, że nie są z tym same.

Rozwaga to jedna z najcenniejszych cech, która była i jest nam potrzebna w pandemii. Przez jej nawet chwilowy brak możemy stracić wszystko – zdrowie

Po raz pierwszy od pięciu lat, czyli od czasu, kiedy mamy ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, na nowo poczułem, że nasze środowisko znów postrzega swoją profesję jako ogromną wartość samą w sobie i jest lojalne wobec niej.

swoje, najbliższych, przyjaciół i współpracowników. W kwietniu i maju miałem wrażenie, że wszyscy jesteśmy bohaterami filmu „Cena strachu” (najbardziej utożsamiam się z remakiem Wiliama Friedkina z 1977 roku) i wieziemy po bezdrożach Ameryki Południowej śmiertelnie niebezpieczny i wrażliwy na wstrząsy ładunek nitrogliceryny. Polscy fizjoterapeuci w czasie epidemii dobrowolnie i niejako instynktownie przyjęli współodpowiedzialność za realizację celów leczenia oraz w dużej mierze uznali swoją współodpowiedzialność za ewentualny brak ich realizacji. Okresowy brak personelu medycznego na oddziałach szpitalnych był i jest powszechny. Brakowało głównie lekarzy i pielęgniarek. Fizjoterapeuci zaczęli mierzyć ciśnienie, roznosić leki, wozić chorych na badania, karmić, ubierać, a nawet pielęgnować. Nie chodzi tu o przypadki przymuszania przez przełożonych (często niezgodne z prawem), ale dobrowolne działanie na rzecz chorych bez dodatkowej zapłaty.

Myślę, że z tej próby wyszliśmy wzmocnieni: udało nam się zaopiekować tymi, którzy potrzebują rehabilitacji z innych powodów niż covid, a po o 10 miesiącach większość chorych na covid w Polsce jest w warunkach szpitalnych objęta fizjoterapią. Zaczynaliśmy w tym zakresie od zera. „Zebrałiśmy” jako KIF o objęciu fizjoterapią tych chorych, bo jest ona niezbędna i zwiększa szansę na przeżycie. Chorzy nas docenili i zdecydowali za urzędników. Jak powiedziała koleżanka z Poznania: „Chorzy nie chcą żebyśmy odchodzili od ich łóżka, bo przynosimy im ulgę fizyczną i psychiczną, a oni nie wyobrażają sobie, że nas przy nich zabraknie”. To ogromny sukces!



Maciej Krawczyk

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Fot. A. Tyrka



Adrian Grycuk/CC BY-SA 3.0-pl/Wikimedia Commons.

Czy skończy się pomijanie fizjoterapeutów przy podwyżkach?

Trybunał Konstytucyjny rozpatrzy wniosek KRF o stwierdzenie niekonstytucyjności przepisów dyskryminujących fizjoterapeutów w zakresie wynagrodzeń.

Krajowa Rada Fizjoterapeutów już 29 października 2019 r. złożyła wniosek o zbadanie zgodności z Konstytucją RP przepisów dotyczących przekazywania środków na wzrost wynagrodzeń dla niektórych grup zawodowych ze środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych z pominięciem fizjoterapeutów. Tym samym sprzeciwiła się dyskryminacyjnemu traktowaniu fizjoterapeutów w obszarze finansowym. Teraz sprawa została przekazana do rozpatrzenia przez skład orzekający Trybunału Konstytucyjnego pod sygn. K 26/20¹.

Przedstawiciele Krajowej Rady Fizjoterapeutów wielokrotnie podkreślali, że nie akceptują sytuacji, w której fizjoterapeuci są systematycznie pomijani w decyzjach finansowych dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia. Od wielu lat nie zostały pod-

niesione wynagrodzenia fizjoterapeutów i dzisiaj są oni najmniej zarabiającą grupą wśród zawodów medycznych. Również wycena fizjoterapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia budzi duże wątpliwości i jest nieadekwatna do jej realnych kosztów.

Samorząd zawodowy fizjoterapeutów wielokrotnie mówił stanowczo „nie” bierności gremiów odpowiedzialnych za stan polskiej służby zdrowia. Nie zgadzamy się na skrajne niedofinansowanie, przeciążenie kadr, coraz trudniejszy dostęp pacjenta do potrzebnej mu pomocy. Skutkuje to szybkim pogarszaniem się zdrowia społeczeństwa, a to szczególnie groźne w obliczu pandemii. Nasze apele, a także protesty nie przynosiły pożądanego efektu. Mamy nadzieję, że sprawiedliwy wyrok TK będzie impulsem do całościowych zmian.

Red.

¹ trybunal.gov.pl/sprawy-w-trybunale/art/wynagrodzenie-fizjoterapeutow-zroznicowanie-wynagrodzen-pracownikow-uczestniczacych-w-udzielaniu-swadczen-opieki-zdrowotnej.



Wsparcie ozdrowieńców jest konieczne

Powołany przy KRF Zespół ds. fizjoterapii pacjentów po przebyciu choroby COVID-19 przygotował kompleksowy program powrotu do zdrowia dla osób, które przeszły zakażenie koronawirusem.

Fizjoterapeuci w procesie leczenia chorych na COVID-19 są od początku niezbędnym ogniwem kompleksowej opieki. Zadanie to skoncentrowane jest na uczestniczeniu w procesie leczenia ostrej fazy choroby – przeciwdziałaniu powikłaniom, które stanowią zagrożenie dla życia chorych. Okazuje się jednak, że pomoc fizjoterapeutów bywa konieczna także na późniejszych etapach, gdyż wielu pacjentów odczuwa długotrwałe skutki zdrowotne koronawirusa nawet wtedy, gdy nie ma go już w organizmie. Mogą to być nie tylko zaburzenia w oddychaniu, duszności, utrata węchu czy smaku, ale także obniżenie wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz pogorszenie zdrowia psychicznego.

Program fizjoterapii ozdrowieńców

Stanowisko ekspertów dwóch największych towa-

rzystw naukowych z zakresu leczenia chorób układu oddechowego – American Thoracic Society (ATS) oraz European Respiratory Society (ERS) – wskazuje na ogromną potrzebę zagwarantowania wsparcia ozdrowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów rehabilitacji. Jego autorzy podkreślają, że powinno się ono opierać na sprawdzonych protokołach postępowania fizjoterapeutycznego z pacjentem z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (m.in. programy rehabilitacji pulmonologicznej stosowane u chorych z POChP). Oczywiście, aby mogły sprostać problemom osób po COVID-19, wymagają pewnych modyfikacji.

Wychodząc naprzeciw pojawiającym się wyzwaniom, prezes KRF powołał na początku listopada 2020 r. **Zespół ds. fizjoterapii pacjentów po przebyciu choroby COVID-19** w składzie: Anna Pyszora (przewodnicząca), Piotr Szczepański, Dariusz Banik, Tomasz

Maciążek, Sebastian Szyper, Tomasz Niewiadomski, Zbigniew Wroński. Jego zadaniem było przygotowanie programu rehabilitacji dla osób zmagających się z problemami zdrowotnymi będącymi następstwem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Jak przebiegały prace Zespołu

Stanęliśmy przed wyzwaniem „opisania świadczenia”. Punktem wyjścia była analiza dostępnej literatury poruszającej problem długotrwałych skutków przebiegu COVID-19. Zebrane informacje i nasze wcześniejsze doświadczenia pozwoliły nam opracować ogólne ramy interwencji dla tej grupy. Kolejnym krokiem było opisanie całej organizacji świadczenia. Wiązało się to z koniecznością doprecyzowania kryteriów kwalifikacji do poszczególnych zakresów tak, aby chorzy uzyskiwali pomoc w warunkach adekwatnych do ich ogólnego stanu zdrowia (świadczenia ambulatoryjne, stacjonarne oraz w warunkach domowych). Biorąc pod uwagę skalę problemu i ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu (m.in. do oceny wydolności fizycznej chorych), uwzględniając jednocześnie opinie ekspertów, którzy wskazywali na potrzebę wykorzystywania prostych narzędzi oceny możliwych do zastosowania przez każdego fizjoterapeutę, doprecyzowaliśmy minimalne wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

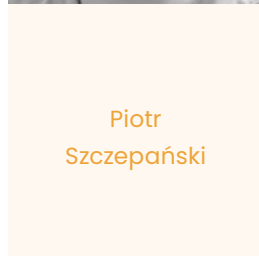
Określiliśmy szczegółowo wymagania formalne oraz te związane z personelem. Udało nam się też zaplanować proces ewaluacji poprzez wykorzystanie wybranych wskaźników, które będą oceniane przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu. Przeprowadziliśmy także taryfikację opisanych świadczeń.

Stworzyliśmy kompleksowy program zdrowotny, z którego skorzystać będą mogli chorzy po przebiegu COVID-19 w warunkach ambulatoryjnych i domowych – te były dla nas priorytetowe. Braliśmy pod uwagę rozkład demograficzny, dostępność do świadczeń, możliwości organizacji ich udzielania, stosunek grupy chorych mogących korzystać ze wsparcia w ramach ambulatorium w stosunku do osób wymagających leczenia w warunkach stacjonarnych. Obecnie trwają prace nad programem, który ma być realizowany w warunkach stacjonarnych.

Teraz czekamy na decyzję Ministerstwa Zdrowia, w jakiej formie będzie możliwe wdrożenie opisanego programu. Wierzimy, że uda nam się przekonać do niego decydentów.



Anna
Pyszora



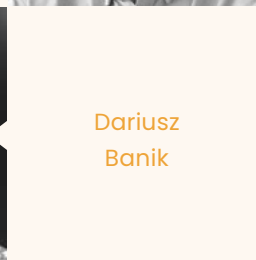
Piotr
Szczepański



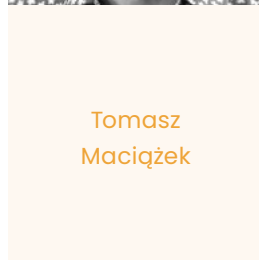
Dariusz
Banik



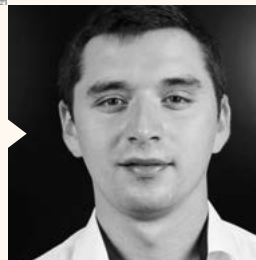
Tomasz
Maciążek



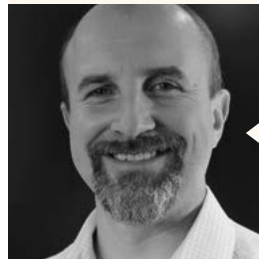
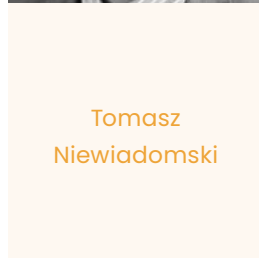
Sebastian
Szyper



Tomasz
Niewiadomski



Zbigniew
Wroński



Członkowie Zespołu ds. fizjoterapii pacjentów
po przebiegu choroby COVID-19

Cele ogólne programu

1. Ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych biologicznymi czynnikami szkodliwymi.
2. Wspomaganie pełnego powrotu do zdrowia i aktywności (w tym zawodowej) osób po przebyciu COVID-19.
3. Przeciwdziałanie skutkom następstw choroby jak np.: niezdolność do pracy, obniżenie jakości życia, przedwczesny zgon (dotyczy chorych po ciężkim przebiegu COVID-19).
4. Powszechny dostęp do programu realizowanego przez fizjoterapeutę.

Cele szczegółowe programu

1. Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego.
2. Zmniejszenie natężenia dokuczliwych objawów związanych z przebyciem COVID-19 (m.in. duszność, przewlekłe zmęczenie).
3. Edukacja ozdrowieńców w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.

Schematy dopiero się tworzą

Dzisiaj, prawie rok od wybuchu pandemii w Polsce, posiadamy dużo większą wiedzę na temat skutków COVID-19, jednak na wiele pytań wciąż nie znamy odpowiedzi. Nie jest chociażby jasne, czy pojawiające się w ciele zmiany będą miały charakter trwały, a jeśli tak, to w jakim stopniu. Badania wskazują, że nawet u

pacjentów, którzy chorobę przeszli bezobjawowo lub skąpoobjawowo, mogą pojawiać się różnego rodzaju zaburzenia. Szacuje się, że w tej grupie jedna trzecia będzie odczuwać skutki zakażenia.

Wielu ekspertów dyskutuje na temat potencjalnych ścieżek postępowania, które będą najskuteczniejsze i najbezpieczniejsze dla ozdrowieńców. Nadal brak jest jednak jednoznacznych wytycznych kreślących optymalny schemat działania po zakończeniu ostrej fazy choroby, gdyż wciąż jest na to za wcześnie.

Powrót do normalności

Proponowany przez nas program ma również za zadanie odciążyć lecznictwo stacjonarne, do którego dostęp jest ograniczony. Wpłynie to jednocześnie na zmniejszenie kosztów leczenia poprzez rozpowszechnienie równie efektywnego, skutecznego i dużo tańszego leczenia ambulatoryjnego. Niezwykle istotne jest, aby fizjoterapia była dostępna dla wszystkich chorych, którzy jej potrzebują. Pozwoli im to bowiem na możliwie szybki powrót do pełnej sprawności i aktywności zawodowej. To z kolei zminimalizuje wpływ długofalowych skutków pandemii na nasze życie społeczne i gospodarcze.

Aby ozdrowieńcy mogli wrócić do swojego normalnego życia, pracy, rutynowych zajęć i aktywności, potrzebują wsparcia. Źródłem tego wsparcia możemy być MY – FIZJOTERAPEUCI.

Piotr Szczepański, Dariusz Banik

Żegnamy nasze Koleżanki i naszych Kolegów

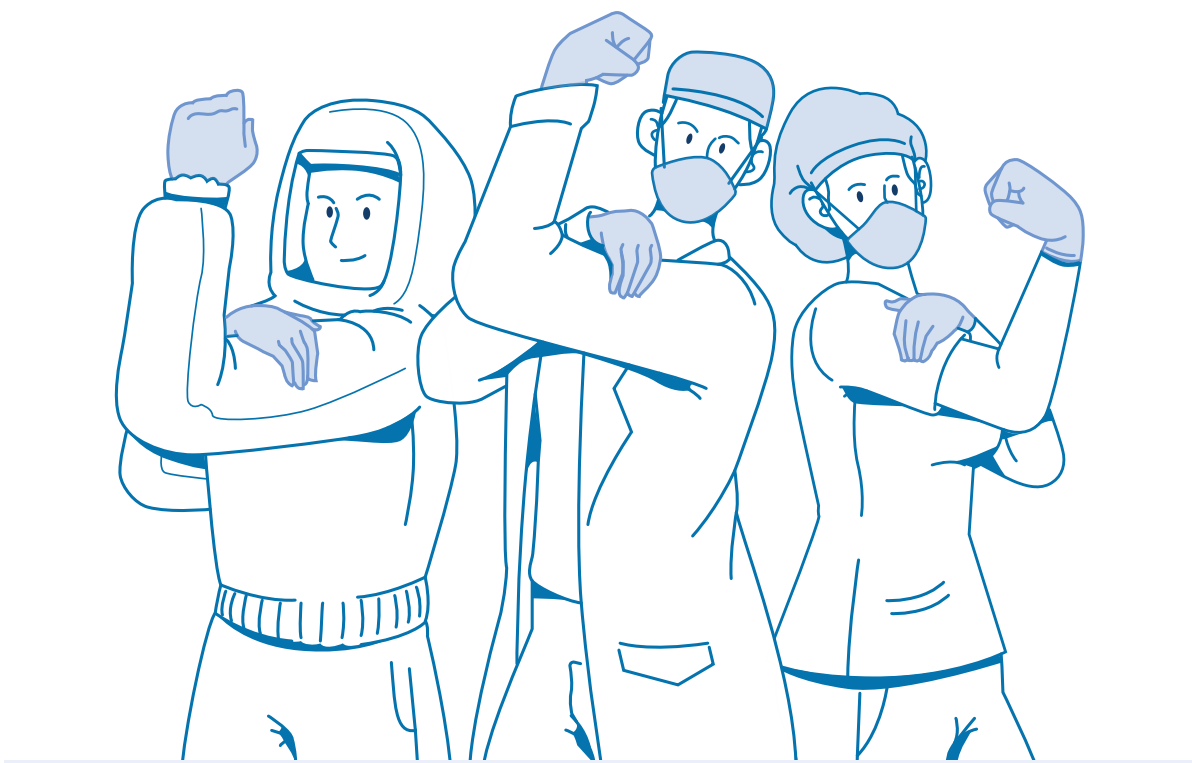
Grudzień 2020 r. zapamiętamy jako tragiczny miesiąc dla naszego środowiska – aż czworo fizjoterapeutów odeszło z powodu COVID-19. Przypomnijmy ich nazwiska:

**Leszek Kosior, Andrzej Łakomiak,
Krystyna Ostrowska i Joanna Ciećmierowska.**

Ich śmierć to nieoceniona strata dla naszego środowiska oraz dla pacjentów, którym pomagali z niezwykle zaangażowaniem. Pandemia zabrała nam przedwcześnie świetnych specjalistów, któ-

rych cechowała życzliwość, doskonałe przygotowanie do zawodu i codzienna troska o pacjentów. Przypominamy, że pierwszą ofiarą koronawirusa w naszej społeczności i jednocześnie pierwszym zmarłym na COVID-19 medykiem w Polsce był fizjoterapeuta **Robert Skóra**, który odszedł w kwietniu 2020 r.

Napisać, że żegnamy nasze Koleżanki i naszych Kolegów z żalem to zbyt mało. Pograżonych w smutku po stracie rodziny i najbliższych prosimy o przyjęcie najszczerzych kondolencji.



Fizjoterapia po COVID-19

Zwalczenie COVID-19 przez organizm nie zawsze oznacza, że pacjent wrócił do zdrowia. Wiemy już, że nawet łagodny przebieg choroby nie chroni nas przed możliwymi długotrwałymi skutkami infekcji, a powrót do sprawności sprzed zakażenia może wymagać profesjonalnego wsparcia.

Wielu chorych potrzebuje fizjoterapii podczas infekcji, ale coraz większa grupa nie jest w stanie samodzielnie wrócić do formy po jej zakończeniu. O tym, jak fizjoterapia wpływa na stan zdrowia osób zakażonych SARS-CoV-2 i ozdrowieńców opowiadają nam ci, którzy o jej właściwościach przekonali się na własnej skórze, gdy sami zachorowali na COVID-19.

Przeczytaj o doświadczeniach czwórki naszych bohaterów-pacjentów oraz jednego fizjoterapeuty, który wspomaga proces powrotu do sprawności po COVID-19.



Zamiana ról

O kierującej oddziałem covidowym prof. dr n. med. Karolinie Sieroń zrobiło się głośno, gdy sama w krytycznie ciężkim stanie trafiła na OIOM i pilnie potrzebowała osocza ozdrowieńców. Lekarzom udało się uratować jej życie. Gdy opuściła szpital, walkę o jej powrót do sprawności podjął fizjoterapeuta dr Grzegorz Onik.

„Pisząc kilka dni temu ostatni post i dziękując, jako były już pacjent, za profesjonalną opiekę medyczną personelowi medycznemu szpitala MSWiA w Katowicach (...) nie przypuszczałem, że życie dopisze jakże mocny i czytelny dla każdego z nas przykład” – pisał w połowie listopada w mediach społecznościowych poseł Jerzy Polaczek (o swojej pocovidowej fizjoterapii opowiada na str. 26). „Szefowa – koordynator oddziału COVID-19, Pani profesor dr n. med. Karolina Sieroń, jeden z wybitnych profesorów nauk medycznych, została zakażona COVID-19 i sama stała się pacjentką na tym oddziale. (...) Zanim Pani profesor zachorowała, w ciągu ostatniego miesiąca 21 pełnych dni spędziła na dyżurach, ratując życie i zdrowie chorych. Bohaterka czasu próby!”. W kolejnym wpisie przekazał apel o oddawanie osocza, którego brakowało wtedy w Katowicach, a należało go podać prof. Sieroń. Sprawa została nagłośniona na całą Polskę i udało się zebrać potrzebne osocze.

W tym czasie prof. Sieroń leżała nieprzytomna pod respiratorem, o swojej „sławie” dowiedziała się dopiero wiele dni później.

Lekarzu lecz się sam?

Początek choroby prof. Karoliny Sieroń wyglądał dość typowo – najpierw pojawiły się objawy paragrypowe, osłabienie, temperatura. Przebieg nie wydawał się dramatyczny, jednak po konsultacji jej koledzy z pracy uznali, że wcale nie jest tak dobrze, jak myśli. Została pacjentką na swoim własnym oddziale. – Nie trzeba było mnie do tego długo przekonywać, ufałam, że – patrząc z boku – koledzy mają lepszy ogłąd, choć ja naprawdę wtedy się nieźle czułam – wspomina prof. Karolina Sieroń. – Kiedy zaczęło się ze mną robić coraz gorzej, początkowo buntowałam się przed wyrażeniem zgody na respirator. Trwało to jakąś dobę. Widziałam jednak, że mój stan to już tylko równia pochyła, nie było innego wyjścia.

Po zaintubowaniu szefowej koleldzy odesłali ją do Górnośląskiego Centrum Medycznego, którego pracownicy mają dużo większe doświadczenie z pacjentami z covid w ciężkim stanie. A poza tym ciężko leczy się swoją koleżankę, lepiej zostawić to specjalistom z zewnątrz. – „Muszę żyć, muszę wrócić do domu, bo mam dzieci” – to była moja ostatnia myśl przed zaśnięciem – odpowiada bez wahania. Statystyki w przypadku chorych na COVID-19 są nieubłagane, przeżywa zaledwie 20 proc. osób podłączonych do respiratora.

Strzykawka ważyła tonę

– Wybudzili mnie po ośmiu dniach, ale procesu reintubowania nie pamiętam. Jak już trochę oprzytomniałam, miałam świadomość, gdzie jestem, natomiast byłam jeszcze pod wpływem działania leków, więc rozglądałam się dookoła z pewną dezorientacją. Wiedziałam jedno: wybudzili mnie, czyli jest dobrze.

„Dobrze” nie oznaczało jednak „jak przed intubacją”. Po wybudzeniu prof. Sieroń miała trudności właściwie z każdą najprostszą czynnością. Przerastało ją nie tylko napisanie SMS, ale już samo utrzymanie telefonu w dłoni czy nawet podniesienie ręki. Mała strzykawka z wodą ważyła tonę.

– Gdy byłam w śpiączce odbywała się bierna fizjoterapia. Później były rozpaczliwe z mojej strony próby jakichkolwiek ćwiczeń z fizjoterapeutą jeszcze na OIOM i potem na pulmonologii. Niesamowicie dołujące było dla mnie to, że sama nie jestem w stanie nawet usiąść. A gdy już pierwszy raz zostałam spionizowana na kilka sekund, to byłam tak wykończona, jakbym przebiegła maraton.

Ile trzeba ćwiczyć?

Po pięciu dniach na pulmonologii została wypisana do domu. Jediną możliwością było przetransportowanie jej karetką na leżąc. Była bardzo słaba, w czasie choroby schudła 11 kg z czego w przeważającej części była to tkanka mięśniowa. – To był piątek wieczorem. A w sobotę przyszedł już do mnie Grzegorz i zaczęliśmy codzienną fizjoterapię.

Mowa o dr. Grzegorzu Oniku, fizjoterapeucie, który od ośmiu lat współpracuje z prof. Sieroniem. – Gdy wtedy zobaczyłem panią profesor, wyglądała na bardzo chorą osobę. Należy jednak zaznaczyć, że covid

przechodziła bardzo ciężko w odróżnieniu od zdecydowanej większości chorych, więc jej potrzeby i nasza współpraca przy usprawnianiu zapewne też nie były standardowe.

Od samego początku postawili na ambitny plan, który niejednej osobie, która doświadczyła pocovidowego osłabienia, może się wydawać bardzo ciężki do realizacji. Przez kilka tygodni spotykali się co najmniej raz dziennie na godzinę, ale gdy tylko była taka możliwość, dr Onik przyjeżdżał dwa razy dziennie. – Jedną z dróg była praca w obrębie ćwiczeń oddechowych, drugą ćwiczenia ukierunkowane na poprawę siły mięśniowej, bo niestety po tak długich unieruchomieniach nie ma co się czarować – będziemy mieli do czynienia z osłabieniem siły mięśniowej, a wręcz nawet z zanikami w niektórych przypadkach – zaznacza dr Onik. – Cała reszta to były głównie ćwiczenia nastawione na poprawę chodu, na zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego, ćwiczenia stabilizacji centralnej, nad którymi teraz dosyć mocno pracujemy.

Zajęcia z fizjoterapeutą to jednak nie wszystko. Prof. Sieroń nie tylko ćwiczyła podczas wspomnianych spotkań, ale dodatkowe ćwiczenia wykonywała także w ciągu dnia. Startowała z pozycji leżącej, dopiero

zaczynała chodzić z balkonikiem – początkowo w asyście domowników – ale systematycznie zwiększała wysiłek. Podkreśla, że dla własnego dobra pacjenci po odbyciu ćwiczeń z fizjoterapeutą nie mogą zależeć w łóżku na resztę dnia. Nie chodzi o to, aby wykonywali tak profesjonalne zadania jak ze specjalistą, ale muszą zapewniać sobie ruch. A dla osoby po takich przejściach każda praca mięśniowa jest wysiłkiem i ćwiczeniem. – Pamiętam, jak pierwszy raz udało mi się dotrzeć do kuchni i zrobić kanapkę – byłam przeszczęśliwa. A potem wkładając talerz do zmywarki, myślałam, że go nie utrzymam.

Kamienie milowe

Nastawienie psychiczne pacjenta jest tu kluczowe. To naturalne, że po ciężkiej chorobie mamy ochotę tylko odpoczywać. W ramach motywacji można zrobić to, co prof. Sieroń, która zaplanowała sobie trzy cele do realizacji. Pierwszym, którego osiągnięcie przyniosło jej dużą ulgę, był samodzielny prysznic. Odbył się na siedząco, ale to nie miało wtedy znaczenia (na stojąco dr Onik pozwolił jej wykapać się

Umiejętność współpracy między fizjoterapeutą a pacjentem jest kluczowa nie tylko w przypadku rehabilitacji pocovidowej.



Fot. Archiwum pryw. K. Sieroń

dopiero dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala). Drugim, który początkowo przerasta wiele osób po covidzie, nawet tych, które przeszły go dużo łżej niż prof. Sieroń, jest chodzenie po schodach. Porównywanie wejścia na pierwsze piętro do zdobycia Mont Everestu pojawia się we wspomnieniach wielu ozdrowieńców. – Ostatnim kamieniem milowym była jazda samochodem. Do auta wsiadłam prawie po miesiącu od wyjścia ze szpitala, ale najpierw robiliśmy dużo ćwiczeń na koordynację.

I kto tu rządzi?

Z prof. Sieroń rozmawiamy po sześciu tygodniach od jej wyjścia ze szpitala i już po pierwszym tygodniu w pracy. Patrząc na nią, ciężko uwierzyć, że kilka tygodni temu lekarze walczyli o jej życie. – Pani profesor była bardzo zdyscyplinowaną pacjentką, zresztą taki ma charakter. Powiem szczerze, trochę nam się role odwróciły na ten czas, bo przez miesiąc to ja rządziłem... Teraz pani profesor znowu rządzi, ale w tym tandemie dajemy radę – śmieje się dr Onik. – Bez jej determinacji byłibyśmy zapewne gdzieś w jednej trzeciej drogi, którą przebyliśmy. Znajdowaliśmy punkt wspólny, w którym spotykały się nasze interesy, jeżeli chodzi o ćwiczenia. Umieliśmy się do siebie dopasowywać co do tempa, częstotliwości czy obciążenia. Uważam, że taka umiejętność współpracy między fizjoterapeutą a pacjentem jest kluczowa nie tylko w przypadku rehabilitacji pocovidowej.

Podpytywana prof. Sieroń przyznaje, że bywały momenty, kiedy musiała przełamywać swój wewnętrzny

(...) jeśli pacjentowi te gorsze dni się zdarzają, a przy covidzie na pewno takie będą, ważne jest, żeby fizjoterapeuta był elastyczny, żeby nie leciał od sztancy, bo dzisiaj mamy zrobić to i koniec (...). Lepiej dostosować obciążenie do danego dnia, ale nie odpuszczać całkowicie wysiłku. Pacjent odczuje dużą satysfakcję, gdy zda sobie sprawę, że przecież na początku tak mu się nie chciało, było ciężko i bolało, ale jednak dał radę.

opór i mobilizować się do wysiłku. – Jasne, że czasem marudziłam. Od dawna pracuję z trenerem personalnym i jemu też marudzę. Jak on mi dokłada nowe ćwiczenie, to ja oczywiście przewracam oczami, mówię „o, Boże!”. Z Grzegorzem robiłam dokładnie to samo, ale nie zmienia to faktu, że co mi powiedzą, to i tak zrobię – przyznaje. – Z drugiej strony, jeśli pacjentowi te gorsze dni się zdarzają, a przy covidzie na pewno takie będą, ważne jest, żeby fizjoterapeuta był elastyczny, żeby nie leciał od sztancy, bo dzisiaj mamy zrobić to i koniec. Takie podejście może zniechęcić chorego do dalszych ćwiczeń. Lepiej dostosować obciążenie do danego dnia, ale nie odpuszczać całkowicie wysiłku. Pacjent odczuje dużą satysfakcję, gdy zda sobie sprawę, że przecież na początku tak mu się nie chciało, było ciężko i bolało, ale jednak dał radę.

Cierpliwość i pokora

Wspomniana satysfakcja jest dla pacjenta niezwykle istotna. Nie tylko samo chorowanie na COVID-19, ale także powrót do formy po uzyskaniu już negatywnego testu, to ćwiczenia z cierpliwości i pokory. Początkowo jest zdany na pomoc innych osób i musi się pogodzić z faktem, że przynajmniej przez jakiś czas nie będzie mógł żyć jak wcześniej. Prof. Sieroń: – Po wybudzeniu cieszyłam się bardzo, że żyję, ale okazało się, że sama nie byłam w stanie nic koło siebie zrobić. Moje dzieci stanęły na wysokości zadania i bardzo mi pomagały, jednak ta początkowa bezradność to był dla mnie psychiczny dramat.

Profesor jako lekarz na oddziale covidowym na co dzień widuje pacjentów, którzy nie są w stanie pogodzić się z tą niemocą i rezygnują z ćwiczeń, wycofują się, mają objawy depresyjne. Zauważa, że teraz system głównie skupia się na walce o życie pacjentów, ale coraz pilniejszym tematem wydaje się psychiczny skutek covidu. Tym bardziej, że mamy coraz więcej doniesień o jego długotrwałych objawach, w tym o tzw. mgle mózgowej. Pomimo prawie rocznej pandemii o COVID-19 wciąż mało wiemy, np. o odporności ozdrowieńców. – Jestem już po pierwszej dawce szczepionki. Gdy po sześciu tygodniach od wyjścia ze szpitala zrobiłam test, okazało się, że miano przeciwciał mam znikome, jak zresztą wielu moich znajomych, którzy przeszli covid.

Dr Onik podkreśla, że powrót do codziennych obowiązków i funkcjonowania w społeczeństwie to także forma terapii, która przynosi pozytywny skutek. Choć trzeba się pogodzić z myślą, że powrót do stanu sprzed COVID-19 potrwa. – Dzień mi się dzieli na dwie części: do południa jestem w świetnej formie, po południu rzeczywiście zaczynam czuć zmęczenie – tłumaczy prof. Sieroń. – Wróciłam do pracy na uczelni, mamy zajęcia online. W szpitalu nie jestem jeszcze w stanie funkcjonować w takim wymiarze, jak wcześniej, nie wchodzę do strefy zakaźnej. Poradnię na razie odpuściłam. Muszę działać powoli, wszystko wymaga czasu. Ale wiem, że bez współpracy z fizjoterapeutą, trwałoby to o wiele dłużej i może w ogóle nie byłabym w stanie dojść do takiego momentu, w jakim jestem teraz.

Profesor Sieroń przed chorobą była niezwykle aktywną osobą. Poza pracą na wielu etatach jej pasją jest boks. Dzięki regularnym treningom ćwiczyła z hantlami o wadze 8 kg. Po chorobie problem okazuje się na fizjoterapii podniesienie dwukilogramowych, a o powrocie na treningi jeszcze nie ma mowy.



Fot. Archiwum prywatne K. Sieronia

– Myślę, że pani profesor i tak ma za sobą zdecydowaną większość tej drogi, więc cała reszta to tylko dochodzenie do pełni formy, aczkolwiek jeszcze trochę to potrwa. Nie będę ferował wyroków, ile to zajmie i kiedy już będziemy mogli mówić, że osiągnęliśmy cel. Jak pani profesor założy szpilki, to wtedy będzie całkiem dobrze.

Prof. Karolina Sieroń wraz z dr. Grzegorzem Onikiem pracują nad przygotowaniem aplikacji zawierającej ćwiczenia dla osób z COVID-19. Projekt ma charakter zarówno czysto badawczy, jak i praktyczny – ma służyć samodzielnemu usprawnianiu pacjentów w domu. Aplikacja ma zostać udostępniona bezpłatnie.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



**Prof. dr hab. n. med.
Karolina Sieroń**

Specjalista chorób wewnętrznych, gastroenterologii, balneologii i medycyny fizycznej.
Założyciel i Prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Gastroenterologicznej.



Dr n. o zdr. Grzegorz Onik

Fizjoterapeuta, nauczyciel akademicki.
Autor oraz recenzent publikacji naukowych z zakresu fizjoterapii.
Zaangażowany w prace Polskiego Towarzystwa Krioterapii oraz Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Gastroenterologicznej.

PS. Wiadomość przesłana przez prof. Karolinę Sieroń tuż przed oddaniem tego numeru „Głosu” do druku: „Od mojego wyjścia ze szpitala minęły już dwa miesiące. Dziś po raz pierwszy założyłam buty na obcasie. A szpilki? Już wkrótce!”



Fot. Archiwum pryw. J. Polaczek

Jerzy Polaczek

Posel na Sejm Rzeczypospolitej
Polskiej

Chodzenie po wydmach

O swoim powrocie do sprawności po przebyciu COVID-19
opowiada poseł Jerzy Polaczek.

Chorować na COVID-19 zacząłem w październiku. Na początku przebywałem w domu, ale gdy mój stan się pogarszał, trafiłem do szpitala. Na szczęście lekarzom udało się mi pomóc. Po 18 dniach przewieziono mnie na rehabilitację do specjalistycznego ośrodka w Głucholazach, gdzie spędziłem trzy tygodnie. Już po pierwszych ćwiczeniach na rowerze oporowym odczuwałem bardzo silne bóle w udach. Było to związane z tym, że przez te tygodnie spędzone w szpitalu mało się ruszałem, przebywałem głównie w pozycji leżącej. Odbiło się to na mięśniach i ogólnej sprawności. Do końca życia będę pamiętał pierwszy spacer – to było ogromne przeżycie. Wtedy się przekonałem, w jakim słabym stanie jest moja wydolność, brakowało mi tchu i sił, a to przecież był zwykły spacer.

Dzięki regularnym ćwiczeniom oddechowym, które wykonuję do dziś, jest już o wiele lepiej, ale wciąż jednak czuję, że nie wróciłem do swojej kondycji sprzed choroby. Nawet wczoraj byłem na spacerze w Beskidach. Szedłem trasą, którą bardzo dobrze znam i wiem, jak się zazwyczaj czułem po jej przejściu. Teraz stanowi dla mnie kondycyjnie wyzwanie.

Ostrzegano mnie, że tak to może wyglądać. Poznałem osoby, które już dwa czy nawet trzy razy trafiły do szpitala, chociaż przeszły COVID-19 już wiele miesięcy wcześniej. Skutki choroby odczuwają jednak nadal. Niektóre objawy dopadają ich znienacka, np. osłabienie, które porównywali do stanu, jakby ktoś odłączył im zasilanie. Ogromnym problemem wielu chorych są też lęki. Z powodu covid cierpi nie tylko ciało, ale także psychika człowieka.

Jeden trzytygodniowy turnus nie wystarczy, aby wrócić do sił, potrzebna jest codzienna praca. Ćwiczę w domu na orbitreku, wykonuję ćwiczenia gimnastyczne i oddechowe, a także staram się codziennie znaleźć czas na kilkukilometrowy spacer. W jego trakcie wykonuję głębokie wdechy i wydechy, aby moje płuca wróciły do pełnej sprawności.

Kiedyś pytałem fizjoterapeutów, co zrobić, aby wrócić do tej formy sprzed choroby. Czułem się wtedy bezbronny jak dziecko. Po przejściu paru metrów miałem wrażenie, że chodzę po wydmach, które mnie wykańczały. Jediną odpowiedzią, jaką słyszałem, były regularne ćwiczenia. I chociaż wciąż nie mogę być tak aktywny jak kiedyś, mój stan jest nieporównywalnie lepszy od tego z jesieni. I nie narzekam, bo wciąż pamiętam te wydmy sprzed paru miesięcy.

Wysłuchała Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. Archiwum prywatne J. Złota-Plombon

Julita Złota-Plombon

Fizjoterapeutka

Fizjoterapeuci nie są superbohaterami

O swoich zmaganiach z COVID-19 i żmudnej fizjoterapii po chorobie opowiada Julita Złota-Plombon, fizjoterapeutka z Kościerzyny.

Już w marcu 2020 r. szpital, w którym pracuję, stał się szpitalem jednoimiennym. Zawsze pracowałam w pełnym rygorze sanitarnym, nawet w pokoju socjalnym nie zdejmowaliśmy масечек i zachowywaliśmy dystans w trosce o siebie i pacjentów. Długo udawało mi się uniknąć zakażenia – do połowy listopada.

Pierwszy kryzys

Miałam nadzieję, że jak większości osób z mojego otoczenia, ta choroba i mnie zaledwie „liźnie”, bo przecież jestem młoda, zdrowa i aktywna. Zakładałam, że stracę węch i smak, pojawią się jakieś mniejsze lub ciut większe dolegliwości, a za 2–3 dni będzie dobrze. Tak się jednak nie stało. Czułam się, jakby ktoś wyjął mi baterie, całkowicie opadłam z sił, ciało odmówiło posłuszeństwa, pojawiła się gorączka i kaszel rozrywający klatkę piersiową. Ledwo wstawałam do toalety, ból nóg był tak silny, jakby pękały mi kości udowe. Dużo musiałam pracować nad tym, aby prawidłowo oddychać, nie pozwolić sobie na panikę. Znalazłam dla siebie pozycję, w której oddech był najspokojniejszy. Leżałam na boku pod kątem nawet 60 stopni, ewentualnie mogłam też siedzieć z pochyleniem do przodu. Pozycja na brzuchu kompletnie nie wchodziła w grę.

Po kilku dniach poczułam się lepiej, choć saturacja wahała się w fazie spoczynkowej w granicach 86–91. Wydawało się, że najgorsze mam już za sobą...

Drugi kryzys

Objawy nagle wróciły. Trzy dni później byłam tak wyczerpana, że zasłabłam i z dużą siłą upadłam na biodro po rekonstrukcji obrąbka. Wtedy zapadła decyzja – szpital. Bałam się bardzo, przerażała mnie świadomość tego, jak może się to skończyć. Dużo mówiło się wtedy w mediach o tym, że z oddziałów covidowych się już nie wraca, co niekoniecznie było prawdą, ale taki negatywny przekaz dość mocno przeraził moją rodzinę. Na oddziale podano tlen, kroplówki, leki, nawodniono mnie i wzmocniono. Znowu zaczęło mi się poprawiać i każdego dnia było coraz lepiej.

Przychodził do mnie fizjoterapeuta, początkowo potrzebowałam asysty do wykonania pierwszych kroków po wstaniu z łóżka. Potem już samodzielnie dużo pracowałam, wiedziałam przecież doskonale, co jest zalecane w takich stanach jak mój. Wykonywałam ćwiczenia czynne, przeciwzakrzepowe, aby ustrzec się przed zatorowością. Wprowadziłam pionizację, ćwiczenia oddechowe, spacer po szpitalnym korytarzu – początkowo krótkie, stopniowo coraz dłuższe.



Fot. Archiwum pryw. J. Złota-Plombon

Trzeci kryzys

Myślami szykowałam się już do wyjścia do domu, kiedy COVID-19 zaatakował ponownie. Wróciła gorączka, dreszcze, spadła saturacja. Znowu potrzebowałam tlenu, nie wstawałam z łóżka, nawet mówienie sprawiało mi trudność, łapałam powietrze jak ryba wyjęta z wody.

Wszystko wróciło ze zdwojoną siłą. Przyszło załamanie – także psychiczne. Już nie miałam siły, aby walczyć. Ale przecież miałam dla kogo żyć i do kogo wracać.

Wyniki badań znacznie się pogorszyły. Zakwalifikowano mnie do terapii z zastosowaniem remdeswiru i osocza. Natychmiast otrzymałam dwie pierwsze dawki leku, a osocze następnego dnia. Po kilku ciężkich dniach mój stan zaczął się polepszać, ale niepokój o to, czy to już trwała poprawa, długo mi jeszcze towarzyszył.

Fizjoterapeuta jak psycholog

Zaczęła się intensywna rehabilitacja z fizjoterapeutą. Bardzo potrzebowałam wtedy towarzystwa, czyjejś dłoni i zapewnienia, że dam radę. Covid to zdecydowanie choroba samotności. Odizolowanie od najbliższych i reszty świata oraz cierpienie fizyczne to bardzo duże, dużo za duże, obciążenie psychiczne. Przekonałam się, jak ważna jest obec-

ność drugiego człowieka, kogoś kto doda sił i zmotywuje do walki. To niesamowite jak role potrafią się odwrócić. Z racji specyfiki zawodu często taka rola przypada właśnie fizjoterapeucie, który po części staje się także psychologiem dla swoich pacjentów.

Wracałam do aktywności. Pod opieką fizjoterapeuty mogłam już spacerować. Wkrótce pokonywałam dwie długości korytarza, niewielkiego, ale to był wtedy dla mnie wyczyn. Miałam ambitny plan, aby jak najmniej czasu spędzać w łóżku, więc jak tylko to było możliwe, siedziałam, spacerowałam, wykonywałam różnego rodzaju ćwiczenia czynne i oddechowe w miarę swoich możliwości i ogólnego samopoczucia. Wszystko z umiarem, bez doprowadzenia do zbytniego przemęczenia. I w końcu, po dwóch tygodniach spędzonych w szpitalu, wróciłam do domu.

Nie jesteśmy superbohaterami

Zawsze byłam osobą „wiatrem pędzoną”, a siedzenie w miejscu było dla mnie karą. Ogarniałam dom, dzieci, pracę na dwa etaty. Sypiałam po pięć godzin na dobę, a rano pełna energii jechałam do pracy. Ale tak było przed covidem.

Po powrocie ze szpitala większość codziennych czynności sprawiała mi trudność. Wejście po schodach do sypialni było jak zdobycie górskiego szczytu. Po dwóch tygodniach treningu domowego wchodzenie na pierwsze piętro nie było już problem... o ile robiłam to w średnim tempie. Wbiegać po schodach jeszcze nie mogę. W domu sama dużo pracuję nad wydolnością.

Mam ułożony plan treningowy obejmujący m.in. chodzenie po schodach, spacer, przysiady.

Wszystko co teraz robię, robię spokojniej. Może ta choroba to dla mnie wskazówka, żebym zwolniła tempo życia i zrozumiała, że nie jestem niezniszczalna? Wcześniej, jako aktywna, sprawna i zdrowa 40-latką uważałam, że mogę góry przenosić, a czas na odpoczynek i relaks przyjdzie później. Teraz wiem, że nie ma superbohaterów, a my fizjoterapeuci, nie jesteśmy niezniszczalni.

Pozostałości po chorobie to wciąż bezsenność – sypiam niewiele, co na pewno nie pomaga mi w odzyskiwaniu sił. Czeka mnie także wizyta u kardiologa i badania, bo spoczynkowa akcja serca jest zdecydowanie za wysoka. Ale nie tracę woli walki i nie odpuszczam. Pokonuję codziennie kolejne schody, i to dosłownie.



Mój plan treningowy obejmował m.in. chodzenie po schodach, spacer, przysiady. Fot. Archiwum prywatne J. Ziłota-Plombon

Powrót do pracy?

Chciałabym w połowie stycznia wrócić do pracy. Jestem gotowa psychicznie. A fizycznie? Nie wiem. Przede mną jeszcze trochę czasu (rozmawiamy 29 grudnia 2020 r. – przyp. red.). Myślę, że efekty moich domowych treningów zweryfikują to, czy będę mogła już podjąć pracę. Staram się testować swoje osiągnięcia i rozsądnie podejmować decyzje. Żal mi tylko moich pacjentów, którzy na mnie czekają. Przerwa w fizjoterapii nie jest dla nich korzystna.

W naszym szpitalu wkrótce na pewno pojawią się też ozdrowieńcy potrzebujący usprawniania. Na podstawie rozmów z kolegami i znajomymi, którzy przeszli covid, myślę, że zapotrzebowanie na fizjoterapię będzie duże. Po nas samych widzimy, jak długo może trwać proces rekonwalescencji. Niektórzy nasi koledzy nie wrócili jeszcze do pracy, choć od wyzdrowienia minęły już po 2–3 miesiące. Mają problemy z ogólną wydolnością, chronicznym zmęczeniem i obrzękami.

Myślę, że jako zespół fizjoterapeutów jesteśmy przygotowani do pracy z pacjentami po przebyciu COVID-19. Mamy wiedzę na temat tej choroby i związanych z nią powikłaniami. Ponieważ sama tego doświadczyłam, chciałabym prosić kolegów i koleżanki pracujących z pacjentami covidowymi tylko o jedno: bądźcie wyrozumiali. Specyfika tej choroby powoduje, że jednego dnia pacjent ma dużo sił, a następnego jest ich zupełnie pozbawiony. Dajcie mu czas, a potem zachęćcie do kolejnej próby. COVID-19 to podstępna i zdradliwa bestia. Po prostu bądźcie z nimi i dla nich jeszcze bardziej niż dotąd.

Bez wahania podjęłam decyzję o zapisaniu się na szczepienie. Po tym co już widziałam i co sama przeszłam, nie mam wątpliwości, że to jest konieczne. To samo radzę moim bliskim i znajomym: nie zwlekajcie z tą decyzją.

Dziękuję całemu personelowi szpitala w Kościerzynie za wsparcie i pomoc podczas choroby. Julita.

Wysłuchała: Aleksandra Mróz



„Dogoterapia”. Fot. Arch. pryw. M. Młyński

Mirosław Młyński

Fizjoterapeuta,
Szpital Specjalistyczny
w Kościerzynie

Fizjoterapia daje nadzieję

– Gdy pracowałem, to zastanawiałem się, jak to jest, gdy widzisz takiego gościa zapakowanego w te szczelne ubranko... A teraz już wiem – o tym, co czuje fizjoterapeuta, który trafia na oddział covidowy jako pacjent, opowiada Mirosław Młyński ze Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.

Szpital, w którym pracuję, został przekształcony w placówkę dla pacjentów z covidem. Najpierw pracowałem, usprawniając dodatkowych pacjentów neurologicznych, a potem także z innymi schorzeniami. Praca była trudna, mocno obciążająca psychicznie, bo nie raz bywało, iż pomimo obiecującego rokowania na starcie, finał był tragiczny. Ta bezsilność była frustrująca.

Pewnego dnia przyszedł ten moment, że poczułem się źle. Mając za sobą niemal dwumiesięczne doświadczenie pracy w szpitalu covidowym, wiedziałem, że objawy, jakie zademonstrował mój organizm, nie sygnalizują niczego dobrego. Wieczorem, w piątek 6 listopada, zacząłem swoją osobistą przygodę z COVID-19.

Kolega trafia na oddział

W domu – klasyka fizjoterapeutyczna, czyli układanie się w pozycji ułatwiającej oddychanie, próby stosowania ćwiczeń oddechowych. Trwało to tydzień, przy temperaturze ciała około 39 stopni i wszech obezwładniającemu zmęczeniu. Może dzięki właśnie wiedzy fizjoterapeutycznej udało mi się przetrwać te dni w takiej formie? Tak mi się wtedy wydawało, bo ostatecznie zadzwoniłem do lekarza, który orzekł, że to koniec rumakowania i wędruję do szpitala. Dopiero później zorientowałem się, że to był piątek 13...

Na oddziale budziłem chyba małą sensację: „oto kolega trafił na szpitalne łóżko, a jeszcze niedawno razem z nami pracował”. Pierwsze dwa dni czułem się fatalnie, nie miałem ochoty na żadną aktywność. Zmuszałem się do wyjścia z łóżka świadom tego, że pionizacja to podstawa, że trzeba się ruszać. Starałem się spokojnie i głęboko oddychać. Emocje nasilały kaszel do tego stopnia, że byłem bliski wymiotów. Serce biło mi szybciej, kręciło się w głowie, pojawiły się dreszcze i uczucie strasznego zimna, a reszta jest milczeniem... Miałem wszystkiego dość. COVID-19 to taka bestia, która znajduje twoje słabe punkty, stare kontuzje, wzmacnia dolegliwości, o których zapomniałeś. Trudno to właściwie opisać, bo każdy przechodzi przez to inaczej.

Wiedziałem, co mam robić

Pierwszego ranka pojawili się moi koledzy fizjoterapeuci. Dziwne uczucie – oni zabezpieczeni od stóp do głów, a ja w „cywilkach”. Gdy z nimi pracowałem, to zastanawiałem się, jak to jest, gdy wi-

dzisz takiego gościa zapakowanego w te szczelne ubranko... A teraz, teraz już wiem. Koledzy zapytali, czy wymagam pomocy. W ich głosie wyczułem dziwne tony. Rozumiem to, oni mieli wtedy świadomość, że też mogą tu trafić w charakterze pacjentów. Podziękowałem im za pomoc, powiedziałem, że sam ogarniam temat. Znałem swój stan, mogłem funkcjonować, poruszać się samodzielnie i wiedziałem, że mieli sporo pacjentów w stanach nieporównywalnie gorszych do mojego (respiratory etc.). Wiedziałem, co mam robić.

Zatem pomaszerowałem na oddziałowy korytarz. Pierwsza runda to koszmar. Może ten korytarz ma tylko 50 metrów, ale dla mnie to był o wiele dłuższy dystans. Wprowadziłem sobie nieco więcej ruchu i ćwiczenia oddechowe, potem dorzuciłem opór w postaci robienia baloników z rękawiczek. Dziwny widok: maszerujący facet dmuchający w rękawiczkę... W osobie innego chodzącego pacjenta znalazłem towarzysza moich eskapad. Razem było nam rażniej, wspólnie wydłużaliśmy nasz dystans.

Białe worki

Mój stan zdrowia stopniowo się poprawiał, po trzecim dniu gorączka całkowicie i na stałe ustąpiła. Z tyłu głowy kołatała mi myśl: bądź czujny, wiesz jak to działa, uważaj. Nie polepsza człowiekowi nastroju to, że widzi, ile osób covid zabiera na zawsze. Niby jestem z tym oswojony, bo wczesna neurologia to swego rodzaju szkoła życia, ale widok białych worków spoczywających na metalowych wózkach w asyście ludzi w białych kombinezonach, wędrujących w stronę śluzy, dawał wtedy do myślenia.

Fizjoterapia z psem

Ze szpitala wyszedłem 20 listopada z miesięcznym zwolnieniem lekarskim. Dla mnie, osoby aktywnej, to sporo, ale szybko się przekonałem, że jest to konieczne. Mam ten komfort, że mieszkam obok szpitala. Na parkingu stał mój samochód. Wsiadłem, ruszyłem i niespodziewanie zaliczyłem krawężnik. Co jest grane? – pomyślałem z konsternacją. Te 500 metrów do domu przejechałem wolniej niż zazwyczaj. Wiedziałem, że ten krawężnik świadczył o mojej słabej koordynacji i koncentracji.

W tym czasie, gdy ja leżałem w szpitalu, żona i syn też przechodzili covid, ale łagodniej ode mnie, w warunkach domowych. Ponieważ byli w izolacji, to na moje barki jako ozdrowieńca spadł obowiązek wyprowadzenia psa czy robienia zakupów. Zakupy

– koszmar. Wyjście do sklepu, maska na twarzy, torba z zakupami – to było jak wyprawa w góry. Wejście na drugie piętro powodowało wydawanie odgłosów parowozu, który gdy moja forma się trochę poprawiła, zmienił się w małą lokomotywę. W usprawnianiu bardzo pomógł mi nasz pies. Spacer na świeżym powietrzu powodował, że lepiej mi się oddychało. Dzięki systematycznemu wychodzeniu zwiększaliśmy dystans naszego marszu. Gdy pies sygnalizował, że ma już dość, to wiedziałem, że reżim treninowy był właściwy.

To nie koniec przygody

Wróciłem do pracy, wbiłem się w kombinezon. Da się pracować, ale muszę zwolnić, unikać stresu, wyćiszać się, aby nie prowokować kaszlu. Czekam na kontrolę u lekarza, aby sprawdzić, czy nie ma powikłań. Dobrze, że pracujemy w parach. Daje mi to poczucie bezpieczeństwa. Gdy wypełniam dokumentację, widzę, że łatwiej popełniam błędy, więc muszę dbać o skupienie. To też informacja, że wcale nie jestem na końcu mojej przygody z COVID-19. Pozostał we mnie też lęk, iż może się to powtórzyć. Nie wahałem się więc w sprawie szczepionki. Mam świadomość, jak SARS-CoV-2 działa na mnie i nie mam zamiaru jeszcze raz przechodzić przez ten koszmar.

Z perspektywy czasu uważam, że wiedza i doświadczenie fizjoterapeutyczne pomogły w mojej rekonwalescencji. Fizjoterapia wnosi w covidowe i post-covidowe życie pacjentów nadzieję, że będzie lepiej. Daje choremu poczucie, że nie jest bezsilny wobec choroby, może mieć na nią wpływ. Jestem przekonany, jako fizjoterapeuta i były pacjent, że fizjoterapeuci muszą być aktywnymi członkami zespołów na oddziałach covidowych. Naprawdę wiele od nas zależy i to nie tylko w tym najgorszym momencie, ale też wtedy, gdy on już mija, ale wciąż jest wiele do zrobienia. Dzięki temu, że sam przeszedłem koronawirusa, inaczej patrzę na pacjentów za służą. Lepiej ich rozumiem.

Dziękuję pracownikom Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie za pomoc, wsparcie oraz fachową opiekę w czasie mojej choroby.

Miroslaw Młyński



Potrzeby rosną, nakłady finansowe spadają

Grupa pacjentów, którzy nie są w stanie wrócić do pełni sił po przejściu COVID-19 bez naszego wsparcia, jest coraz liczniejsza. Tymczasem finansowanie fizjoterapii w tym roku będzie jeszcze gorsze niż w zeszłym.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów zwróciła się do NFZ z prośbą o uzasadnienie decyzji, na mocy której finansowanie rehabilitacji leczniczej w 2021 r. uległo znacznemu zmniejszeniu w stosunku do roku ubiegłego. Jako argument podano oczywiście pandemię, która miała wymusić przesunięcie środków. Sytuacja nie dotyczy wszystkich województw, ale znacznej ich części, np. w przypadku oddziału w Wielkopolsce obniżenie wynosi 30 proc. Jak wynika z danych przekazanych na wniosek KIF, do końca października 2020 r. z możliwości przedłużenia okresu rozliczeniowego do końca czerwca 2021 r. na mocy przepisów¹ skorzystały 1504 podmioty lecznicze realizujące umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Przepis umożliwiający wydłużenie okresu rozliczeniowego miał na celu umożliwienie zrealizowania planów rzeczowo-finansowych ustalonych na rok 2020 oraz rozliczenia wypłaconych bez sprawozdawczości należności stanowiących iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym (tzw. 1/12).

Tym bardziej uważam, że zmiana finansowania jest nieuczciwa i nie w porządku. Nie tylko w stosunku do placówek, ale też pacjentów, gdyż konsekwencją zmniejszenia nakładów będzie wydłużenie kolejek w danych regionach, które już dziś na podstawowe świadczenia fizjoterapeutyczne są bardzo długie.

A co z grupą ozdrowieńców, którzy potrzebują fizjoterapeutów, a ci nie będą dostępni, bo z racji mniej-

szych kontraktów, a więc i mniejszej ilości pracy, stracą zatrudnienie? Już teraz ruszają na rynku komercyjnym programy postcovidowe, gdzie fizjoterapeuci pełnią główną rolę.

Kontynuując prowadzone od początku epidemii działania związane z propagowaniem postaw prozdrowotnych i podejmowaniem inicjatyw (również w ramach współpracy z WHO i World Physiotherapy), grupa naszych ekspertów opracowała dokument „Program fizjoterapii dla osób po przebytej chorobie COVID-19”, który – mamy nadzieję – zostanie również finansowany ze środków publicznych i dotrze do jak największej grupy odbiorców. Warto podkreślić, że od początku epidemii zakażonych zostało 1,45 mln osób² w Polsce.

Już dziś wiemy, że najczęstszym objawem pocovidowym, który zauważa u siebie ponad 60 proc. pacjentów, jest zmniejszenie wydolności. Więc kto, jak nie fizjoterapeuci, ma tę wydolność u nich zwiększyć, po to, żeby mogli wrócić do swoich obowiązków, do pracy? Co z tymi pacjentami, których nie stać na prywatną opiekę fizjoterapeutyczną?

Nielimitowane finansowanie świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci

Zmiany wprowadzone zarządzeniem z dnia 4 stycznia br. nr 3/2021/DSOZ prezesa NFZ są realizacją przepisów ustawy o Funduszu Medycznym z dnia

7 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1875). Na ich podstawie niniejszym wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż.

Martwi nas jednak to, że nie podniesiono jednocześnie jakości udzielanych świadczeń. Gdyby zwiększono ich wycenę, to może byłaby szansa na realizację zindywidualizowanych terapii, o co wnioskujemy już od dawna. Chyba nie trzeba nikogo przekonywać, że obecne wyceny są mocno niedoszacowane i w żaden sposób nie odzwierciedlają faktycznych kosztów.

Program solidarnościowy powróci

Kolejną pozytywną informacją są zmiany w rządowym programie solidarnościowym, który został stworzony dla osób z niepełnosprawnością lekką i umiarkowaną. Będzie on kontynuowany, a wszystkie oddziały, w ramach których realizowane były umowy w roku 2020, już je aneksowały na 2021 r. Treść zmienionej uchwały już poznaliśmy³, czekamy teraz na publikację nowego zarządzenia w tej sprawie. KIF zgłosiła szereg uwag co do jego zeszłorocznej formy. Dużym problemem było chociażby to, że zawieranie umów dopuszczone zostało tylko na drodze konkursów ofert, których procedowanie obwarowane jest terminami ustawowymi, a wykluczono możliwość przystąpienia do realizacji świadczeń w trybie wnioskowym, który został przewidziany w przepisach ustawy o Funduszu Solidarnościowym. Niektóre wymogi konkursowe były też kompletnie niezasadne, jak np. używanie skanera laserowego czy dwóch pól magnetycznych wysokiej częstotliwości, co mija się z celem, mając na względzie fakt, że podstawą udzielanych świadczeń ma być kinezyterapia, a nie fizykoterapia.

Zamieszanie w kolejkach

Pandemia zweryfikowała trochę typ pacjentów, który się u nas pojawia. Dotąd niektórzy traktowali fizjoterapię jak odnowę biologiczną. W tej chwili w oddziałach rehabilitacji, w ambulatoriach, pojawiają się głównie osoby, które faktycznie potrzebują pomocy w powrocie do aktywności zarówno tej społecznej, jak i zawodowej.

Niestety zrobiło się ogromne zamieszanie w kolejkach. Oczywiście jest, że jeśli ktoś jest w izolacji czy na kwarantannie akurat w czasie, gdy miał mieć fizjoterapię, to jest to wystarczającym usprawiedliwieniem do jej przesunięcia. Jednak dzięki rozporządzeniu Rady Ministrów pacjent, który nie zgłosił się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy oczekujących, podlega możliwości przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Wniosek w tej sprawie pacjent może złożyć nie później niż w terminie 14 dni od dnia odwołania stanu epidemii. A podmiot musi to uwzględnić.

Nie tylko COVID-19

14 stycznia 2021 r. zostało opublikowane rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 stycznia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z poz. 91⁴). Wprowadzono w nim – m.in. na wniosek Krajowej Izby Fizjoterapeutów – regulację umożliwiającą kontynuowanie rehabilitacji leczniczej realizowanej w warunkach stacjonarnych, która została przerwana po ogłoszeniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii po 23 października 2020 r. W natłoku docierających do nas codziennie informacji o kolejnych zakażonych musimy pamiętać, że mamy również do czynienia z innymi problemami zdrowotnymi, które wymagają pomocy fizjoterapeutów. Nierzadko są one bardzo poważne, konieczna jest np. rehabilitacja poudarowa, pozabiegowa. Dlatego ta zmiana przepisów jest tak istotna dla wszystkich pacjentów, którym z powodu COVID-19 przerwano terapię, a jej brak grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia.

Tomasz Niewiadomski

Wiceprezes KRF
ds. świadczeń gwarantowanych



¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548).

² Dane pochodzą z Ministerstwa Zdrowia z dnia 20.01.2021 r.

³ Uchwała NR 197 Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2020 r. zmieniająca uchwałę w sprawie programu rządowego pn. „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych na rok 2020” (MP 2021 poz. 30).

⁴ <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000009101.pdf>.



Fizjoterapia uzdrowiskowa: dziś covidowa, a jutro?

Sytuacja pandemii i związane z nią ograniczenia najmocniej odbijają się na fizjoterapii uzdrowiskowej, która została zawieszona. A jak wygląda sytuacja zatrudnionych w niej fizjoterapeutów?

Część z uzdrowisk prowadzi działalność jako ambulatoria czy oddziały dzienne, inne otworzyły rehabilitację postcovidową, ale większość nie prowadzi żadnej działalności. Różna jest także sytuacja fizjoterapeutów, którzy w nich pracują. Aby ją zbadać, KIF skontaktowała się z pracującymi tam fizjoterapeutami – z ponad setką rozmawialiśmy telefonicznie, a około 70 przesłało swoje opinie mailowo.

Aktualna sytuacja uzdrowisk

Mimo że faktycznie obowiązują administracyjne ograniczenia dotyczące działalności uzdrowiskowej obejmującej fizjoterapię, to warto podkreślić, iż uzdrowiska wciąż mogą liczyć na 1/12 kontraktu za każdy miesiąc przestoju. W okresie tzw. postojowego możliwe jest zmniejszenie wynagrodzenia podstawowego do 80 proc. oraz czasu pracy w takim samym wymiarze. Ponadto wiele uzdrowisk prowadzi także ograniczoną działalność (ambulatoria, oddziały dzienne). W związku z tym trudno mówić o braku funduszy na wynagrodzenia dla fizjoterapeutów. Szczególnie jeżeli – jak pokazują rozmowy z nimi – większość jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę.

Uzdrowiska, które przekształciły się w izolatoria, także otrzymują finansowanie, nawet jeśli nie przyjmują pacjentów, bo NFZ płaci za tzw. gotowość. W tych miejscach oraz w szpitalach przyjmujących pacjentów z COVID-19 fizjoterapeuci powinni znaleźć zatrudnienie, bo dziś żaden z naukowców ani decydentów nie podważa roli i wsparcia fizjoterapii przed, w trakcie i po chorobie wywołanej przez SARS-CoV-2. A opieka fizjoterapeutyczna ułatwia wyzdrowienie oraz zmniejsza ryzyko powikłań i śmierci. Również w obliczu skutków bezobjawowego zakażenia COVID-19 opieka fizjoterapeuty wydaje się konieczna: część negatywnych konsekwencji ujawnia się po długim czasie od zakażenia i wymaga rehabilitacji.

Warto podkreślić, iż w przypadku przedłużającej się pandemii i korekty dotychczasowego finansowania, możliwe są kolejne zmiany organizacyjne. Ich priorytetem powinno być utrzymanie kadry, która przecież przez wiele lat nabrała doświadczenia i umiejętności. Wiemy, że mają jednak miejsce pewne nieprawidłowości: „W czasie postojowego fizjoterapeuci są przekierowywani do wykonywania prac niezwiązanych z zawodem, czyli stróżowania, prac porząd-

kowych (np. gruntowne sprzątanie obiektu) czy remontowo-budowlanych” – powiedzieli nam proszący o anonimowość fizjoterapeuci z dużego uzdrowiska. Wspomniana sytuacja jest niezgodna z prawem. Pracodawca, jak mówi Kodeks pracy, w przypadkach uzasadnionych swoimi potrzebami może powierzyć pracownikowi, w tym fizjoterapeucie, wykonywanie innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający 3 miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika. To jest kluczowe stwierdzenie: odpowiada kwalifikacjom pracownika. Kwalifikacje są odpowiednie, jeśli podczas powierzonej pracy fizjoterapeuta jako profesjonalista medyczny ma możliwość wykorzystywania swojej wiedzy, umiejętności i doświadczenia zdobytego na dotychczasowym stanowisku. Nie może ona swoim charakterem znacznie odbiegać od dotychczasowej, bowiem może być to potraktowane jako naruszenie poszanowania godności pracownika. Apelujemy do fizjoterapeutów, aby zgłaszali związkowi zawodowemu oraz KIF próby zastraszania czy obniżenia wynagrodzenia.

Działania Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Nie wiemy, jak długo potrwa pandemia i z jakimi wyzwaniem przyjdzie nam się jeszcze zmierzyć. Dla nas jest ważne, żeby uzdrowiska wznowiły swoją aktywność tak szybko, jak to tylko będzie możliwe i pozwoli na to sytuacja epidemiczna w kraju. Pewną nadzieję niosą szczepionki, które ułatwią walkę z pandemią. Eksperti KIF przygotowali program fizjoterapii post-

covidowej i działają na rzecz jego wprowadzenia także w uzdrowiskach. Ponadto apelujemy, aby wypłacana przez NFZ zaliczka w wysokości 1/12 kontraktu, nie wymagała odpracowania, a ewentualne zaległości z tego tytułu uległy umorzeniu.

Pracujemy także nad projektem ustawy umożliwiającej fizjoterapeutom nabycie uprawnień do przeprowadzania szczepień. Mamy nadzieję, że już wkrótce będzie to obowiązujące prawo.

Wystosowaliśmy już sprzeciw wobec decyzji ministra zdrowia, w której uznano COVID-19 za chorobę zawodową tylko w odniesieniu do lekarzy, a nie uwzględniono innych grup zawodowych, m.in. fizjoterapeutów.

Zwróciliśmy także Ministerstwu Zdrowia uwagę, na oczywistą nierówność: pracownicy sanatoriów przekształcanych w izolatoria nie dostają dodatkowych pieniędzy z tytułu opieki nad chorymi na COVID-19. Nie ma ich w wykazie placówek, które takie świadczenie mogą otrzymać zgodnie z poleceniem ministra zdrowia skierowanym do prezesa NFZ. W naszej ocenie wymaga to szybkiej zmiany.

Na koniec warto przypomnieć, że KIF wspiera także swoich członków w ramach realizowanej pomocy społecznej oraz bezpłatnej pomocy prawnej. Zachęcamy do kontaktu!

Jacek Koszela

Wiceprezes KRF ds. medycyny fizykalnej i balneoklimatologii oraz fizjoterapii uzdrowiskowej



Przybywa nam pacjentów w gabinetach

O zainteresowaniu pacjentów fizjoterapią w dobie pandemii rozmawiamy z Pawłem Adamkiewiczem, wiceprezesem KRF ds. promocji zawodu i gabinetów prywatnych.

Czy posiadamy informacje dotyczące liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji po przebytym COVID-19 w placówkach komercyjnych?

Nie mamy jeszcze danych na temat wzrostu liczby pacjentów po przebytym COVID-19 ani z jakimi objawami się zgłaszają. Mogę podzielić się tym, co zauważam w mojej praktyce, jeśli chodzi o rehabilitację stacjonarną i ambulatoryjną. To co jest najsmutniej-

sze, to pojawienie się pacjentów, u których pierwotnym schorzeniem był właśnie COVID-19, ale wtórnie doszło do NZK lub udaru mózgu. Są też oczywiście pacjenci, którzy mając inne schorzenia (np. pacjenci po udarach, urazach czaszkowo-mózgowych czy urazach wielonarządowych), dodatkowo przeszli zakażenie SARS-CoV-2. Ich rehabilitacja jest teraz trudniejsza. Prowadzę także program zdrowotny dla dorosłych pacjentów w śpiączce, u których mieliśmy



kilka przypadków zachorowania na COVID-19. Na szczęście wyzdrowieli i możemy kontynuować rehabilitację.

Obecnie co drugie skierowanie na rehabilitację stacjonarną do mojego ośrodka ma w rozpoznaniu wpisaną informację o przebytych koronawirusie. Ostatnie miesiące to ciągły wzrost liczby takich pacjentów. Na przełomie roku ze względu na pacjentów postcovidowych musieliśmy zwiększyć liczbę butli z tlenem, ssaków, nebulizatorów. Mimo dużego doświadczenia w pracy z pacjentami po urazach wielonarządowych mierzymy się teraz z całkiem nową formą rehabilitacji

A jak to wygląda w przypadku pacjentów, którzy nie mieli wcześniej innych chorób?

Od 2020 r. prowadzimy rehabilitację pacjentów z nowym rozpoznaniem ICD-10 U07.1, czyli kodem oznaczającym COVID-19. To co jest najtrudniejsze, to brak doświadczenia w prowadzeniu takich pacjentów, a raczej brak wiedzy na temat ich tolerancji wysiłku fizycznego. Obserwujemy, że w każdym przypadku jest to bardzo zmienne, dlatego też w pracy z tą grupą pacjentów sprawdza się model indywidualnej pracy stosowany od lat w rehabilitacji komercyjnej. Dużą nadzieję na prawidłowe postępowanie z tymi chorymi może dać program przygotowany przez ekspertów KIF. Zapewnia on narzędzia diagnostyczne oraz wyznacza zakres prowadzonej rehabilitacji ze szczególnym uwzględnieniem terapii oddechowej i wysiłkowej. Już niedługo w zakresie tego programu będą organizowane szkolenia dla fizjoterapeutów prowadzących własne praktyki.

A co z pacjentami, którzy nie przeszli COVID-19. Czy nie mają obaw przed zarażeniem się u fizjoterapeuty?

Od wielu lat mamy do czynienia z prowadzeniem pacjentów w ciężkich stanach z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi. Wiemy, jak chronić siebie i chorych. Strach przed COVID-19 całkowicie nie zniknął, ale spowszedniał. Obecnie nie obserwuję, aby zmniejszyła się liczba chętnych na rehabilitację stacjonarną czy ambulatoryjną, zauważam wręcz jej wzrost. Wynika on w dużej mierze z przekształcenia wielu oddziałów rehabilitacji w ramach NFZ na oddziały covidowe. Ośrodki szpitalne poszukują miejsc zwłaszcza dla osób najciężiej chorych. Myślę też, że z czasem zaczną przybywać pacjentów, którzy nie przeszli COVID-19 lub nie mają świadomości, że doszło do zakażenia, ale ponoszą konsekwencje lockdownu. Mówię tu przede wszystkim o zdrowotnych skutkach zamknięcia siłowni, basenów i znacznie zmniejszonej aktywności fizycznej.

A jak już jesteśmy przy aktywności fizycznej, to chyba nie tylko zamknięcie obiektów sportowych możemy winić za brak ruchu? Wielu z nas straciło do niego zapał.

Pozwolę sobie znowu odpowiedzieć na swoim własnym przykładzie. Okres lockdown dla był dla mnie okresem „depresji ruchowej”. Cały poprzedni rok pracy w ogromnym stresie, lęku o pacjentów i pracowników, sprawił, że nie byłem w stanie koncentrować się na samym sobie. Nie dbałem o tak przyziemne sprawy jak sport, gdy wokół rozwijała się zagrażająca życiu pandemia. Od dawna czekałem na możliwość zaszczepienia się, gdyż widziałem w tym szansę na wyjście z marazmu. Jestem już po drugiej dawce szczepionki, więc ambitnie wziąłem się za ruch oraz postanowiłem zrzucić parę kilogramów. To świadectwo na łamach „Głosu Fizjoterapeuty” jest dla mnie też bardzo ważne, ponieważ będzie mnie mobilizować do wytrwania w postanowieniu.

Paweł Adamkiewicz

Wiceprezes KRF ds. promocji
zawodu i gabinetów
prywatnych





Musimy opiekować się tymi, którzy wyzdrowieli

O pracach nad stworzeniem programu kompleksowej opieki nad pacjentami po COVID-19 rozmawiamy z dr hab. n. med. Agnieszką Mastalerz-Migas, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej.



Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej
Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Pod Pani kierownictwem rozpoczęły się prace związane ze stworzeniem programu kompleksowej opieki nad pacjentami po przebyciu COVID-19. Jakie są założenia tego projektu?

Idea stworzenia takiego modelu oraz rekomendacji dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej powstała z potrzeby aktualnej sytuacji. Obserwujemy, jak już dużo jest pacjentów po przechorowaniu COVID-19, którzy nie wracają w pełni do zdrowia w krótkim czasie. Spektrum problemów, jakie zgłaszają ozdrowieńcy, jest bardzo szerokie. To nie tylko te, które jako pierwsze przychodzą nam do głowy, czyli problemy z układem oddechowym. Wirus atakuje cały organizm i mogą wy-

stąpić najróżniejsze objawy np. zespół przewlekłego zmęczenia, gorsza wydolność wysiłkowa, obniżenie nastroju, różnego typu zaburzenia psychiczne, zawroty głowy, problemy z pamięcią i koncentracją. Zebranie tych wszystkich problemów i zastanowienie się, jak powinna wyglądać opieka nad pacjentem, którego one dotyczą, to bardzo duże wyzwanie, przed którym teraz stoimy.

Jak miałyby przebiegać włączenie pacjenta do programu?

Nasz zespół w pierwszej kolejności przejrzał rekomendacje, które już w innych krajach się pojawiły. Staraliśmy się uzgodnić konsensus, który będzie realny do wdrożenia w Polsce. W pierwszej kolejności powstanie dokument,

który będzie zawierał rekomendacje postępowania dla lekarzy rodzinnych. Każdy pacjent po przechorowaniu COVID-19 powinien być skontrolowany w zaplanowany sposób np. z wykorzystaniem ankiety, w której będzie pytany o najczęstsze dolegliwości. Może być ona wykonana w ramach teleporady i nie musi być do tego angażowany lekarz, może to zrobić pielęgniarka. Osoby, które zgłoszą dolegliwości, powinny być zaproszone na wizytę lekarską i zbadane, a w razie potrzeby trzeba będzie włączyć pogłębioną diagnostykę i skierować pacjenta do poradni specjalistycznej.

A jaka jest rola fizjoterapii w dochodzeniu do zdrowia?

Zakres i forma rehabilitacji powinny być dobierane indywidualnie, w zależności od stanu pacjentów. W przypadku zdecydowanej większości, która jest w relatywnie dobrej formie, wystarczające będzie zalecenie ćwiczeń (m.in. oddechowych) do wykonywania w domu. Ale są też pacjenci, u których przed skierowaniem na fizjoterapię konieczne będzie wykonanie pogłębionej diagnostyki. Mam na myśli np. osoby z objawami ze strony układu krążenia, które mogą być powikłaniem po przechorowaniu COVID-19. Musimy wychwycić tych pacjentów. To wszystko jest dosyć skomplikowane, niemniej będziemy się starali, aby w końcowym dokumencie zawierającym wytyczne dla lekarzy, wskazane zostały czerwone flagi, ułatwiające wybór postępowania w konkretnym przypadku: skierowanie do pogłębionej diagnostyki i specjalisty czy raczej poprzestanie na wizycie w POZ i zaleceniu fizjoterapii.

W naszym zespole są lekarze, ale też fizjoterapeuci, ponieważ fi-

zjoterapia oddechowa i ruchowa są bardzo pacjentom potrzebne. Z ramienia KIF w pracach bierze udział dr Anna Pyszora, doradczyni prezesa KRF ds. fizjoterapii chorych z COVID-19 i Tomasz Niewiadomski, wiceprezes KRF ds. świadczeń gwarantowanych. Ich wiedza jest dla nas niezwykle cenna.

Czy w Państwa projekcie uwzględnione są tylko osoby po ciężkim przebiegu zakażenia?

Nie, gdyż COVID-19 jest chorobą multinarządową, która dotyka nie tylko starszych, którzy przechodzą ją najciężej. Choruje wiele relatywnie młodych ludzi. Infekcja przebiega u nich łagodnie, leczą się w domu, często nawet nie mając potwierdzenia choroby testem. Po jakimś czasie zaczynają się z nimi dziać niepokojące rzeczy: źle się czują, są zmęczeni, boli ich głowa, mają zadyszkę, bardzo szybko się męczą. Tygodniami są na zwolnieniu lekarskim, bo nie są w stanie wrócić do dawnego funkcjonowania. Te wszystkie objawy sugerują powikłania po przechorowaniu zakażenia koronawirusem. O takich pacjentów też musimy zadbać, również dlatego, że są to osoby w wieku produkcyjnym i zależy nam, aby jak najszybciej wróciły do pełnego zdrowia i pracy zawodowej. Po wykluczeniu ciężkich uszkodzeń skierowanie pacjenta do fizjoterapeuty, który wie, jak mu pomóc, jest na wagę złota. Pacjent z ułożonym dla siebie programem fizjoterapii będzie szybciej wracał do pełni sił. Dużym wyzwaniem, przed którym stoi system ochrony zdrowia, jest zorganizowanie planu opieki nad pacjentami po ciężkim przebiegu COVID-19, czyli takimi, którzy leczeni byli szpitalnie. Oni wymagają bardzo intensywnej

opieki, w tym również intensywnej rehabilitacji.

Uważam, że poradnie opieki nad tymi pacjentami powinny być zlokalizowane przy szpitalach, które wcześniej się nimi zajmowały. Ważna jest pewna ciągłość leczenia. Dochodzi też pytanie o dostępność oddziałów stacjonarnej rehabilitacji dla takich osób. Tu również problem jest przeogromny.

Rozumiem, że wiąże się to ze skierowaniem od lekarza rodzinnego do fizjoterapeuty?

Tak. Raczej będziemy się trzymać standardowego systemu skierowań, aby nie wywoływać w tych trudnych czasach chaosu wprowadzeniem nowości. Natomiast oczywiście idzie za tym konieczność wskazania określonego produktu rozliczeniowego przez NFZ i kontraktowania świadczeń, które powinny być Nielimitowane z uwagi na dużą liczbę pacjentów.

Przedstawiony przez Panią plan wygląda niezwykle obiecująco. Ale czy przeciążone placówki POZ są w stanie udźwignąć takie dodatkowe obciążenie?

Placówki rzeczywiście są przeciążone, zwłaszcza teraz, kiedy rozpoczynamy program szczepień. Natomiast w moim odczuciu to nie będzie dodatkowe obciążenie, ponieważ ci pacjenci i tak się do nas zgłaszają, bo odczuwają dolegliwości. Porady i tak się odbywają, badania i tak są zlecane, pacjenci są kierowani do poradni specjalistycznych.

My tylko chcemy uporządkować sytuację, czyli dać lekarzom narzędzia, wytyczne postępowania – chcemy im pracę ułatwić.

Oczywiście docelowo byłoby bardzo dobrze, gdyby udało się stworzyć model koordynowanej

opieki, gdzie przynajmniej w każdym województwie stworzona zostałyby poradnia postcovid. Jej zespół złożony m.in. z kardiologa, pulmonologa, neurologa, specjalizowałby się w leczeniu powikłań po chorobie. Są miejsca, gdzie takie grupy już działają, przykładem jest Łódź i poradnia, którą stworzył dr Michał Chudzik. Kolejki są jednak ogromne, a zapotrzebowanie rośnie.

Jaka jest szansa na szybkie wdrożenie projektu w życie?

Przede wszystkim musimy ukończyć nad nimi prace. Inne zadania, zwłaszcza te związane z organizacją szczepień w placówkach POZ, spowodowały powstanie dokumentu. Niemniej jednak, kiedy rekomendacje zostaną opublikowane, będą miały rangę dobrowolnych zaleceń dla lekarzy rodzinnych. Naszym zadaniem będzie je jak najszerzej zaimplementować wśród kolegów. Mamy do tego narzędzia edukacyjne. Liczymy też na wsparcie Ministerstwa Zdro-

wia, bo zainteresowanie tym projektem jest bardzo duże.

Zostaje jeszcze kwestia przeko- **nienia do projektu NFZ.**

To jest to drugie ramię naszych prac. Ta kwestia jest dużo trudniejsza, gdyż wymaga zmiany systemowej – zakłada wdrożenie produktów rozliczeniowych dla świadczeniodawców. Wstępnie został już opracowany koncept rozliczeń, który zostanie przedstawiony płatnikowi, czyli NFZ oraz ministerstwu. Wchodzi tu w grę określone pieniądze i precyzyjne sprawy organizacyjne. Rodzi się pytanie, jaka będzie gotowość NFZ, aby te działania finansować.

Eksperti Krajowej Izby Fizjoterapeutów opracowali już program rehabilitacji postcovidowej, trwają starania o jego wdrożenie do systemu świadczeń gwarantowanych. Podobnie jak lekarze rodzinni uważamy, że w 2021 r. nasze działania będą w dużej mierze skoncentrowane

na wspomaganie leczenia chorych na covid oraz usprawnianiu ozdrowieńców.

Na pewno są to słuszne założenia i prawdopodobnie dotyczą nie tylko rozpoczynającego się roku. Ramy naszej pracy będą wyznaczać masowe szczepienia i opieka nad pacjentami po przechorowaniu i oczywiście, mam nadzieję, spadająca liczba aktywnych przypadków.

COVID-19 zdominował absolutnie opiekę zdrowotną i – mimo starań – nie uda się nam całkowicie uciec od covidocentryzmu. Musimy być uważni, aby nie doprowadzić do sytuacji, w której system będzie skupiony tylko na pacjentach covidowych, gdyż mamy też innych potrzebujących. Na nich też musimy znaleźć czas i środki. To prawdziwe wyzwanie stojące przed nami.

Rozmawiała Aleksandra Mróz

BIBLIOTEKA WIEDZY
I PRAKTYKI FIZJOTERAPEUTY

Pierwsza część podręcznika fizjoterapii oddechowej

kif.info.pl/biblioteka



Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej stała się obowiązkiem

W grudniu KIF przeprowadziła intensywną kampanię informacyjną dotyczącą obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Fizjoterapeuci, co do zasady, jako jeden z zawodów medycznych, od 1 stycznia 2021 r. są zobowiązani do prowadzenia dokumentacji w takiej formie. W trosce o to, aby informacja dotarła do jak największej liczby zainteresowanych, w grudniu zwiększyliśmy intensywność naszej kampanii. Była prowadzona nie tylko na stronie czy Facebooku KIF, ale także na popularnych profilach fizjoterapeutycznych, grupach dyskusyjnych i serwisach internetowych, także tych poświęconych ogólnie tematyce ochrony zdrowia. Informacje były przekazywane w newsletterach Izby oraz podczas akcji mailingowych.

Duży nacisk położyliśmy na wyjaśnienie różnic między pojęciami „dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej” a „Elektroniczna Dokumentacja Medyczna” tzw. (EDM). Zauważyliśmy bowiem, że w dyskusjach internetowych oba te pojęcia często są traktowane zamiennie, a przecież na gruncie prawa oznaczają co innego. Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej to jest to, co w wielkim skrócie i roboczo nazywamy kartą pacjenta. Najczęściej formą prowadzenia dokumentacji medycznej jest postać elektroniczna, chociaż prawodawca przewidział dwa wyjątki pozwalające na prowadzenie dokumentacji w formie papierowej: jeśli przepis danego rozporządzenia na to zezwala lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.

Z kolei Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) obejmuje konkretne dokumenty określone w ustawie, a więc e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (tu przewidziany jest okres przejściowy) oraz inne dokumenty np. informacja o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach (w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala). EDM to także informacje dla lekarza kierującego pacjenta

do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych oraz karta informacyjna z leczenia szpitalnego i opis badań diagnostycznych. Obecnie przepisy nie pozwalają na wydawania e-skierowań na rehabilitację leczniczą. Pełny zakres EDM został określony w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia i wydanym na jej podstawie rozporządzeniu.

W trakcie kampanii przypominaliśmy także, że KIF przygotowała bezpłatną usługę umożliwiającą prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej – aplikację Finezjo. Warto podkreślić, że wśród zawodów medycznych tylko samorząd zawodowy fizjoterapeutów stworzył i udostępnił bez opłat tego typu wsparcie dla swoich członków.

Finezjo to narzędzie w pełni profesjonalne. Zaprojektowano je zgodnie z wytycznymi KRF do prowadzenia dokumentacji i międzynarodową klasyfikacją ICF, dzięki czemu odpowiada nowoczesnym standardom opieki fizjoterapeutycznej. Jest to stabilne, bezpieczne i, co ważne, darmowe rozwiązanie.

Z tej nowoczesnej aplikacji korzysta już 40 proc. polskich praktyk fizjoterapeutycznych, co czyni z Finezjo lidera na rynku oprogramowania dla fizjoterapeutów. Usługa dostępna jest dla wszystkich fizjoterapeutów prowadzących indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną oraz od niedawna – dla osób pracujących w podmiotach leczniczych! Z tej drugiej wersji może korzystać każdy pracownik podmiotu, a więc nie tylko fizjoterapeuta.

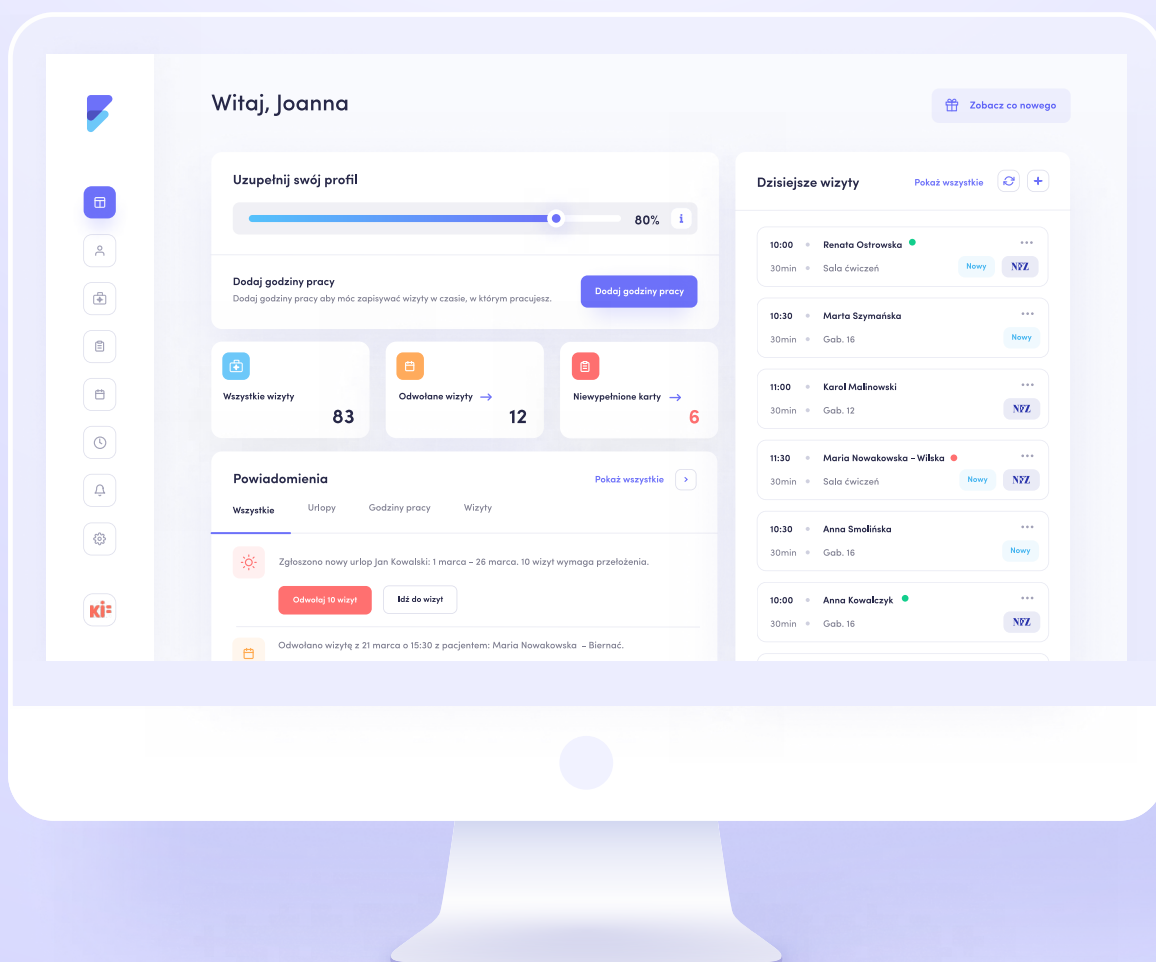
Wojciech Komosa
Kierownik Działu Komunikacji
i Marketingu KIF





Dokumentacja medyczna dla **praktyk fizjoterapeutycznych** i **podmiotów leczniczych**

Bez opłat | Bezpiecznie | Nowocześnie



Bądź na bieżąco ze wszystkimi aktualizacjami. Zaobserwuj nas na:



@finezjopl



@finezjo.pl



@finezjo

finezjo.pl



Brytyjski fizjoterapeuta sam walczy z long covid

Temat fizjoterapeutów zmagających się z long covid nagłośnił w mediach społecznościowych brytyjski fizjoterapeuta Darren Brown. Sam przeszedł zakażenie koronawirusem i dzieli się swoją historią długiej drogi powrotu do pełni sił i pracy.

Darren Brown początkowo pisał o przebiegu long covid na swoim koncie na Twitterze. Szybko jednak zaczął gromadzić wokół siebie coraz liczniejszą grupę fizjoterapeutów, którzy również borykali się z tym problemem. Inicjatywa poskutkowałą zawiązaniem się grupy wsparcia dla przedstawicieli naszego zawodu – LongCOVIDPhysio. Główną ideą grupy jest niesienie sobie wzajemnego wsparcia, dzielenie się wiedzą, doświadczeniem. To przestrzeń pełna zaufania, szacunku i pomocy. Tylko do zamknięcia tego numeru „Głosu” zawiązały się już co najmniej 22 lokalne grupy na całym świecie. Więcej o inicjatywie LongCOVIDPhysio dowiesz się na: <https://longcovid.physio/>.

Zainspirowała mnie Twoja historia, dzięki niej po raz pierwszy usłyszałam o long covid. Dlaczego zdecydowałeś się o tym mówić głośno?

Po prostu czułem, że to bardzo ważne, aby podzielić się moim doświadczeniem. Nie słyszałem wcześniej o nikim, kto ciężko przeszedł COVID-19, wrócił do pracy, pracował na pełen etat przez sześć miesięcy, po czym zupełnie się rozsypał. Owszem wiedziałem o osobach, które po przebyciu zakażenia po prostu nie wróciły do pracy, ale nie o takich, u których problemy zaczęły się dopiero po dłuższym czasie. Jako fizjoterapeuta bałem się, że odczuwane przeze mnie problemy są efektem nadmiaru wysiłku fizycznego. Nie rozumiałem, co się dzieje, i dlatego zacząłem o tym mówić. Liczyłem, że ktoś mi to wytłumaczy i pomoże. I wtedy zaczę-

li się zgłaszać ludzie z podobnym doświadczeniem, nie tylko po COVID-19, ale również po przebyciu innych chorób wirusowych.

Jak oceniasz skalę problemu long covid?

Byłoby dobrze to policzyć! Na ten moment zbieramy dane, ile osób zaraziło się COVID-19, ile z nich trafiło do szpitala i ile zmarło. Brakuje nam jednak ważnej danej – u ilu osób utrzymują się długoterminowe skutki choroby. Problemem jest także nazewnictwo. Termin long covid nie jest bardzo precyzyjny, tak naprawdę może się pod nim kryć mnóstwo różnych objawów. To taki termin „parasol” dla wszystkich długoterminowych skutków. Dlatego dokładne oszacowanie skali problemu jest naprawdę dużym wyzwaniem.

Na ten aspekt wskazuje WHO – umiemy oszacować śmiertelność i zachorowalność, ale jest jeszcze jeden wskaźnik zdrowia – stan funkcjonowania. Czyli stoi przed nami wyzwanie: zbadać, jak funkcjonują osoby po przebyciu COVID-19?

Dokładnie do tego problemu nawiązuje agenda Rehabilitacja 2030 WHO¹. To nie jest nic nowego, że ludzie mierzą się z problemami w codziennym funkcjonowaniu, ale COVID-19 ma szansę zacząć to zdecydowanie uwypuklać. Na całym świecie ludzie zapadają na tę samą chorobę, która może prowadzić do odległych w czasie konsekwencji.

Do niepełnosprawności, której jeszcze nie umiemy dokładnie sprecyzować i zmierzyć.

¹ Czytaj więcej: <https://glosfizjoterapeuty.pl/2019/11/swiatowa-organizacja-zdrowia-who-podnosi-range-rehabilitacji/>

Otóż to. Dlatego też Narodowy Instytut Badań Zdrowia (NIHR) zachęca do stosowania ICF przy opisie stanu funkcjonowania osoby, która przeżyła COVID-19, aby w sposób jednolity charakteryzować problemy pacjentów. Musimy to robić też po to, aby informacja o ograniczeniach wywołanych przez COVID-19 ujrzała światło dzienne.

Załóżmy, że COVID-19 dotknął mnie lub kogoś z moich bliskich. Jak rozpoznać objawy long covid?

Najważniejsze to uświadomić sobie, że po przebyciu COVID-19 objawy mogą utrzymywać się przez długi czas. Szacuje się, że w Wielkiej Brytanii 1 na 10 osób z COVID-19 doświadcza skutków choroby przez 12 tygodni lub dłużej. Ponadto warto zdać sobie sprawę z tego, jak wiele różnych może to być objawów. Najczęściej opisywanym jest zmęczenie. Alarmujące może być więc spostrzeżenie, że pomimo mijających tygodni od wyzdrowienia, wciąż nie czujemy się w pełni sił.

Według przeprowadzonego przez nas badania szacowana liczba zakażeń wśród polskich fizjoterapeutów wynosi ponad 11 tysięcy. Czy wiemy, u ilu z nich rozwiną się objawy long covid?

Porównując to ze statystyką w Wielkiej Brytanii, możemy szacować, że objawy rozwiną się u około tysiąca polskich fizjoterapeutów. W ogóle jako pracownicy ochrony zdrowia jesteśmy bardziej narażeni na zarażenie się, stąd też długotrwałe skutki mogą być u nas częstsze niż u osób wykonujących inną pracę.

Czy nasza wiedza i doświadczenie kliniczne pomagają czy utrudniają powrót do zdrowia?

Mamy tu mały paradoks. Jako fizjoterapeuci jesteśmy przyzwyczajeni do tego, aby ćwiczyć. Aktywność fizyczna to dla nas często priorytet. Niestety, gdy dopada nas ogromne zmęczenie, musimy po prostu odpocząć. A więc postąpić trochę na przekór naszym przekonaniom. Zatrzymać się, odpocząć i dać sobie czas. Bo jako fizjoterapeuci często walczyliśmy ze zmęczeniem właśnie poprzez aktywność, chcemy trenować, od razu wrócić do stanu „sprzed”. A tu się nagle okazuje, że ten wysiłek jeszcze pogarsza sprawę.

Naszym obowiązkiem jest niesienie pomocy innym, praca zawsze na najwyższych obrotach w pełnym skupieniu. Czy uważasz, że long covid wśród pracowników ochrony zdrowia może utrzymywać się dłużej?

Niekoniecznie. Mamy dużą wiedzę medyczną i jeżeli zdamy sobie sprawę, co się z nami dzieje, to rozumiejąc swoje ciało, łatwiej nam będzie wrócić do sprawności. I musimy tą wiedzę dzielić się również z pacjentami, że nie zawsze więcej znaczy lepiej, że odpoczynek i regeneracja też są potrzebne.

Po jakim czasie Ty wróciłeś do pracy z pacjentami?

Mój powrót do pracy był bardzo wyboisty. Przeszedłem COVID-19 w marcu ubiegłego roku, do pełnoetatowej pracy z pacjentami wróciłem już po 10 dniach. Pracowałem na pełnych obrotach przez sześć miesięcy, ale cały czas czułem narastające zmęczenie, więc ćwiczyłem. We wrześniu zupełnie się załamałem, całkowicie mnie ścięło i musiałem odpocząć. Przez dwa miesiące nie pracowałem. I dopiero po tym czasie zacząłem stopniowo wracać do codziennej pracy. Nadal czuję, że nie jestem jeszcze w pełni sił. Z jednej strony jestem fizjoterapeutą, pracuję w czasach pandemii i chciałbym nieść pomoc wzrastającej liczbie potrzebujących. Z drugiej nadal walczę z wejściem na najwyższe obroty.

Rozmawiała
Weronika Krzepakowska
Dział ds. Międzynarodowych KIF



Darren Brown

Fizjoterapeuta specjalizujący się w pracy z pacjentami zarażonymi HIV i onkologicznymi w Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust. Wiceprzewodniczący brytyjskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji w HIV (RHIVA), koordynator grupy ds. HIV/AIDS przy World Physiotherapy i członek Canada International HIV Rehabilitation Research Collaborative (CIHRRRC).

Źródła:

<https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19>
https://physio-pedia.com/Long_COVID
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32662-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32662-3/fulltext)
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32656-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32656-8/fulltext)

World Physiotherapy podsumowuje 2020 r.

World Physiotherapy (WP), zrzeszające 122 organizacje członkowskie, co roku aktualizuje dane dotyczące fizjoterapeutów na świecie. Rozesłane w czerwcu 2020 r. ankiety pozwoliły zobrazować obecny stan światowych rynków fizjoterapeutycznych i porównać dane z wcześniejszymi statystykami. 111 państw członkowskich odpowiedziało na zadane pytania, co umożliwiło WP przygotowanie raportów w postaci przejrzystych infografik dla każdego regionu i kraju osobno. Tegoroczne zestawienie ma szczególną rangę, ponieważ obrazuje także globalne działania związane z kryzysem pandemicznym.

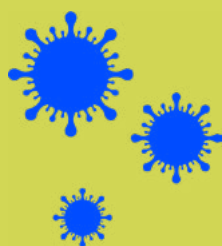
Oto najważniejsze statystyki dotyczące Polski oraz zestawienie dotyczące podjętych w Europie działań kryzysowych w związku z pandemią COVID-19:

- Polscy fizjoterapeuci, zarejestrowani w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów, stanowili 20% społeczności zawodowej zrzeszonej w europejskim regionie WP oraz 10% na całym świecie.
- Region europejski WP powiększył się w stosunku do 2019 r. o 51% fizjoterapeutów, co daje liczbę 157 tys. nowych fizjoterapeutów zrzeszonych w 41 państwach członkowskich regionu.
- 76% państw członkowskich z naszego regionu udowodniło, że może prowadzić telerehabilitację.

Poniżej prezentujemy grafiki z danymi dotyczącymi wpływu pandemii na Region Europejski World Physiotherapy.

Dalia Woźnica

EUROPA | PANDEMIA COVID-19 W TWOIM REGIONIE



73%

organizacji członkowskich w regionie zapewniało swoim członkom wsparcie w zakresie rekomendacji i regulacji prawnych podczas pandemii COVID-19



90%

państw członkowskich w regionie musiało nakazać przerwanie praktyki klinicznej w pewnym okresie pandemii



73%

państw w regionie zgłosiło problemy fizjoterapeutów z dostępem do środków ochrony osobistej

Informacje prezentowane na slajdzie obejmują dane z 40 spośród 41 organizacji członkowskich World Physiotherapy (WP) w Europie, które w 2020 r. wypełniły coroczną ankietę.

EUROPA | PANDEMIA COVID-19 W TWOIM REGIONIE



Jakie działania podjęły organizacje członkowskie w celu zapewnienia wsparcia swoim członkom podczas pandemii COVID-19?



28

państw oferowało webinaria i szkolenia online dotyczące COVID-19



19

państw ułatwiło fizjoterapeutom dostęp do środków ochrony osobistej



8

państw zorganizowało innego rodzaju pomoc

Informacje prezentowane na slajdzie obejmują dane z 40 spośród 41 organizacji członkowskich World Physiotherapy (WP) w Europie, które w 2020 r. wypełniły coroczną ankietę.

51%

konferencji krajowych w Europie odwołano lub przełożono z powodu pandemii COVID-19

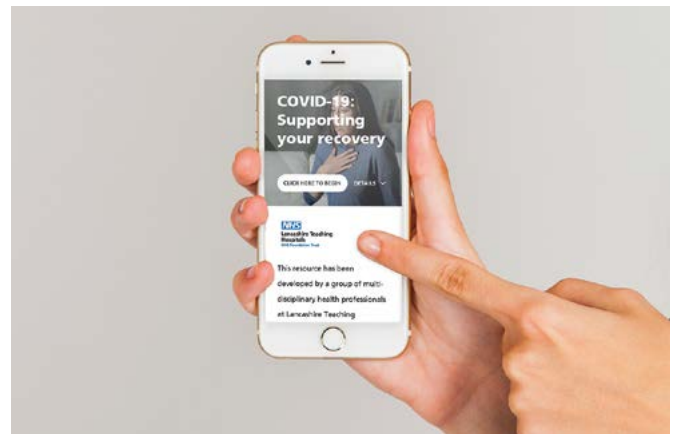
41%

krajów musiało odwołać lub przełożyć działania związane z kontynuowaniem doskonalenia zawodowego (ang. CPD) z powodu pandemii COVID-19

Jak Anglia wspiera pacjentów po COVID-19

Grupa pracowników ochrony zdrowia z Lancashire Teaching Hospitals (NHS Foundation Trust), w celu wsparcia pacjentów w powrocie do pełnej sprawności po COVID-19, przygotowała cenne źródło informacji dla osób, które zmagają się z chorobą lub jej skutkami. Na stronie projektu „COVID patient suport” zebrano informacje posegregowane według problemów, z jakimi możemy mieć do czynienia po przebyciu zakażenia SARS-CoV-2.

Zasoby strony znajdą zastosowanie zarówno u pacjentów, którzy przebywają na oddziałach szpitalnych i tych pozostających we własnych domach. Znajdziemy tam wskazówki tego, jak krok po kroku powrócić do zdrowia. To tak naprawdę przewodnik do samodzielnej rehabilitacji w wersji interaktywnej. „Co zrobić jeśli brakuje ci tchu”, „Jak oczyszczać płuca”, „Jak się odżywiać”, „Jak dbać o aktywność fizyczną”, „Jak radzić sobie ze zmęczeniem i obniżonym nastrojem” czy „Jak wrócić do pracy” – to tylko niektóre z poruszanych zagadnień. Strona wzbogacona jest



o liczne filmy i zdjęcia ilustrujące prezentowane wskazówki, techniki i ćwiczenia.

Masz anglojęzycznych znajomych lub pacjentów? Wesprzyj ich w rehabilitacji po COVID-19 tym wartościowym źródłem informacji.

<https://covidpatientsupport.lthtr.nhs.uk/>

Weronika Krzepkowska



Jak czytać artykuły naukowe?

Analiza artykułu naukowego „Skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki BNT162b2 mRNA przeciw COVID-19”, New England Journal of Medicine, 31.12.2020 r.

W czasopiśmie *New England Journal of Medicine* ukazał się artykuł – raport z wieloośrodkowego, międzynarodowego badania skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki BNT162b2 mRNA przeciw COVID-19 [1]. Ponieważ trwają szczepienia pracowników systemu ochrony zdrowia, studentów i kadry kierunków medycznych, przybliżenie tej publikacji naszemu środowisku wydaje się teraz szczególnie istotne.

Artykuł jest raportem z wieloośrodkowego, międzynarodowego badania randomizowanego, kontrolowanego placebo. **Kontrolowane eksperymenty randomizowane** (RCT – *randomised controlled trial*) stanowią złoty standard prowadzenia badań w celu testowania skuteczności i bezpieczeństwa interwencji. Prawidłowo zaplanowane i przeprowadzone tego typu badania uważane są za najbardziej wiarygodne, a ich wyniki za najbardziej godne zaufania. Odpowiednio liczebne i jednorodne grupy badanych osób, stosowanie tzw. interwencji kontrolnych (standardowa terapia, interwencja pozorowana lub placebo), maskowanie (zaślepienie) osób badanych, badających i oceniających wyniki pomiarów i testów służą minimalizowaniu wpływu tzw. czynników zakłócających na wyniki i konkluzje – ogranicza się występowanie tzw. błędów systematycznych (bias), mogących wypaczać wynik badania. Wnioski z prawidłowo przeprowadzonego badania RCT są stosunkowo najbardziej pewne – ryzyko, że są błędne, jest stosunkowo najmniejsze [2].

W bazie danych Physiotherapy Evidence Database, PEDro, spośród wielu rodzajów badań tzw. pierwotnych, indeksowane są wyłącznie badania randomizowane [3].

Niniejsza praca zawiera ocenę jakości metodologicznej artykułu, a więc może być przydatna do odpowiedzi na pytanie o jego wiarygodność. Ma na celu także popularyzację zasad podejmowania decyzji w drodze krytycznej analizy publikacji naukowych. **Przedstawiona analiza nie służy odpowiedzi na pytanie o bezpieczeństwo i skuteczność szczepionki BNT162b2 mRNA.** Streszczenie analizowanej publikacji (na podstawie [4]) przedstawiono na infografice (na str. 45).

Analizy dokonano z zastosowaniem skali PEDro [5]. Skala PEDro jest narzędziem oceny jakości metodologicznej publikacji kontrolowanych badań randomizowanych. Została opracowana z myślą o ocenianiu prac z zakresu fizjoterapii na potrzeby bazy danych PEDro. Jednak z uwagi na swoją uniwersalność, rzetelność i wiarygodność, stała się jednym z najszerzej stosowanych narzędzi oceny takich prac w wielu obszarach, w tym w badaniach dotyczących farmakoterapii [6].

Ocena publikacji

Artykuł został oceniony skalą PEDro przez troje fizjoterapeutów – certyfikowanych oceniających PEDro. Każda z oceniających osób dokonała oceny niezależ-

nie. Nie wystąpiły różnice w ocenach poszczególnych oceniających (Tabela na str. 44).

Spośród 11 ocenianych skalą PEDro kryteriów jakości metodologicznej publikacji kontrolowanych badań eksperymentalnych (Tabela na str. 44), 10 dotyczy tzw. trafności wewnętrznej – rzetelności przeprowadzenia badania, a jedno (kryterium nr 1) – tzw. trafności zewnętrznej albo kryterium możliwości uogólniania wyników badania – jego zastosowania do innych osób niż osoby uczestniczące w badaniu.

Publikacja spełniła wszystkie 11 kryteriów. Ponieważ w ocenie sumarycznej nie uwzględnia się kryterium nr 1, wynik oceny wynosi 10/10. Kryterium nr 1 (jedenaście kryterium, nieuwzględniane w ocenie sumarycznej) także zostało przez każdego oceniającego uznane za spełnione. Nie wprowadzono klasyfikacji punktowej – gradacji jakości publikacji w skali PEDro.

Według ostatniego podsumowania (11 stycznia 2021 r.), w PEDro indeksowano 37 417 prac RCT, a ich średni wynik oceny jakości metodologicznej wyniósł 5,1 (z odchyleniem standardowym 1,6) [7]. Niektóre kryteria skali PEDro (np. zaślepienie badanych i badających) w niektórych badaniach nie mogą zostać spełnione, mimo stosowania się do wszystkich możliwych do spełnienia kryteriów rzetelności badania [5].

Informacje dodatkowe

Badania fazy drugiej i fazy trzeciej – jakie przedstawiono w analizowanej publikacji – to proces, „gdzie oceniana jest skuteczność i bezpieczeństwo pod kątem występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz bezpieczeństwo jej podawania z innymi szczepionkami już ujętymi w programach szczepień” [8]. Autorzy [1] zastrzegają, że część wyników badań, w zakresie trwałości odpowiedzi immunologicznej i immunogenetyczności szczepionki, nie jest jeszcze opublikowana, a badanie jest w trakcie.

30 grudnia 2020 roku New England Journal of Medicine opublikował kolejny raport – z przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych wieloośrodkowego badania skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki mRNA-1273 przeciw infekcji koronawirusem SARS-CoV-2 [10] firmy Moderna [11]. Praca ta została oceniona skalą PEDro przez tych samych oceniających. Analogicznie, każdy z oceniających wskazał spełnienie wszystkich 11 kryteriów oceny. Z uwagi na wprowadzenie w Polsce najpierw szczepionki Pfizer i BioNTech [9], wybrano do omówienia publikację [1, 4].

Ocen publikacji skalą PEDro dokonali niezależnie: mgr Kamil Adamiec, mgr Weronika Krzepakowska oraz dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski.



dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski

Kierownik Katedry Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie. Filia w Białej Podlaskiej. Kierownik projektu „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej”.

Projekt „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej” dofinansowany z programu „Społeczna odpowiedzialność nauki” Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020.



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Ki Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Piśmiennictwo

- Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, Perez JL, Pérez Marc G, Moreira ED, Zerbini C, Bailey R, Swanson KA, Roychoudhury S, Koury K, Li P, Kalina WW, Cooper D, Frénck RW, Hammitt LL, [...] C4591001 Clinical Trial Group. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. N Engl J Med. 383(27):2603-2615, 2020 Dec 10; DOI: 10.1056/NEJMoa2034577.
- Guyatt G, i wsp. Therapy (Randomized Trials). [w:] Guyatt G, i wsp. (red.) User's Guides to the Medical Literature. Essentials of Evidence-Based Clinical Practice. McGraw-Hill, wyd. 2, 2008.
- PEDro, Physiotherapy Evidence Database. <https://pedro.org.au/>; <https://pedro.org.au/polish/>.
- Polack FP, i wsp. Research Summary. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. N Engl J Med. 383(27):2603-2615, 2020 Dec 10. https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2035389/suppl_file/nejmoa2035389_research-summary.pdf.
- PEDro scale. <https://pedro.org.au/english/resources/pedro-scale/>.
- Yamato TP, Maher C, Koes B, Moseley A. The PEDro scale had acceptably high convergent validity, construct validity and inter-rater reliability in evaluating methodological quality of pharmaceutical trials. J Clin Epidemiol 2017;86:176-81. DOI:10.1016/j.jclinepi.2017.03.002.
- Statystyki PEDro. Aktualizacja z 11.01.2021 r. <https://pedro.org.au/polish/learn/pedro-statistics/>.
- Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Jak się bada bezpieczeństwo szczepionek? <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/jak-sie-bada-bezpieczenstwo-szczepionek/>.
- Comirnaty. Charakterystyka produktu leczniczego. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/ann_150522_pl.pdf.
- Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, Diemert D, Spector SA, Rouphael N, Creech CB, McGittigan J, Kehtan S, Segall N, Solis J, Brosz A, Fierro C, Schwartz H, Neuzil K, Corey L, Gilbert P, Janes H, Follmann D, Marovich M, Mascola J, Polakowski L, Ledgerwood J, Graham BS, Bennett H, Pajon R, Knightly C, Leav B, Deng W, Zhou H, Han S, Ivarsson M, Miller J, Zaks T; COVE Study Group. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. N Engl J Med. 2020 Dec 30. doi: 10.1056/NEJMoa2035389. Epub ahead of print.
- Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Gdzie znaleźć informacje na temat szczepionki mRNA firmy Moderna? <https://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarzy/szczepionki-przeciw-covid-19/?strona=3> (wyświetlono 10.01.2020 r.).

Tabela. Ocena jakości metodologicznej artykułu skalą PEDro. Zamieszczono tłumaczenie poglądowe publikacji skali PEDro.

Skala PEDro:	
1. Kryteria kwalifikowalności zostały wyszczególnione.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial obj.; par. 1, Results/Participants</i>
2. Uczestnicy zostali losowo przypisani do grup (w badaniach skrzyżowanych uczestnikom losowo przydzielono kolejność, w jakiej otrzymywali leczenie).	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial proc.</i>
3. Przydział do grup pozostał ukryty przed wszystkimi osobami biorącymi udział w badaniu.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial proc.</i>
4. Na początku badania grupy były podobne pod względem najważniejszych wskaźników prognostycznych.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Tab. 1</i>
5. Zastosowano zaślepienie wszystkich uczestników.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial</i>
6. Zastosowano zaślepienie wszystkich terapeutów prowadzących terapie.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial</i>
7. Zastosowano zaślepienie w stosunku do wszystkich oceniających mierzących co najmniej jeden kluczowy skutek interwencji.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Trial proc.</i>
8. Pomiary przynajmniej jednego kluczowego skutku interwencji uzyskano od więcej niż 85% uczestników początkowo przydzielonych do grup.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Fig. 1</i>
9. Wszyscy badani, których kluczowe skutki interwencji zostały ocenione, otrzymali terapię lub interwencję kontrolną zgodnie z przydzieleniem do grupy lub, jeśli tak nie było, ich skutki interwencji zostały przeanalizowane pod kątem zamiaru leczenia.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Methods/Efficacy, par. 3</i>
10. Wyniki porównań statystycznych między grupami zostały podane dla przynajmniej jednego kluczowego skutku interwencji.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Fig. 2 & Fig. 3</i>
11. Badanie zapewnia zarówno ocenę punktową, jak i ocenę zmienności.	☐ nie ☒ tak, gdzie: <i>Fig. 2 & Fig. 3</i>

Infografika. Podsumowanie publikacji pt. Skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki BNT162b2 mRNA przeciw COVID-19 [1, 4].

METODY

Badanie kliniczne (*clinical trial*). Badanie randomizowane, z podwójnie ślełą próbą, szczepionki mRNA kodującej białko fuzyjne¹ koronawirusa SARS-CoV-2.

U 43 548 uczestników badania, w wieku ≥ 16 lat, wprowadzono szczepionkę albo placebo poprzez wkłucie domięśniowe, w dniach 0 i 21. Badanych poddano obserwacji przez 2 miesiące (mediana) odnośnie bezpieczeństwa i rozwoju COVID-19.

WYNIKI

Bezpieczeństwo:

U zaszczepionych osób reakcje miejscowe (ból, rumień, obrzęk) i odczyny układowe (np. gorączka, ból głowy, ból mięśni) występowały w większym stopniu niż u osób otrzymujących placebo, z większą liczbą reakcji po drugiej dawce. W większości były łagodne albo umiarkowane i ustępowały szybko.

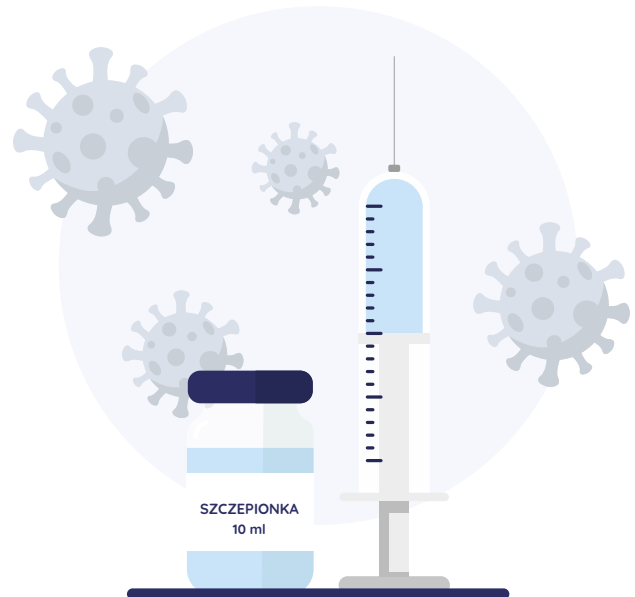
Efektywność:

Szczepionka zaczęła wykazywać ochronę po 12 dniach od pierwszej dawki; po 7 dniach od drugiej dawki, zaobserwowano efektywność 95%.

OGRANICZENIA I PYTANIA, NA KTÓRE W BADANIU NIE ODPOWIEDZIANO

Aby zrozumieć poniższe, wymagane są dalsze badania:

- Bezpieczeństwo i efektywność po 2 miesiącach i w grupach osób nie włączonych do tego badania (np. dzieci, kobiety w ciąży i osoby z obniżoną odpornością),
- Czy szczepionka chroni przed infekcją bezobjawową i przenoszeniem na osoby niezaszczepione,
- Jak postępować u osób, które nie otrzymają drugiej dawki szczepionki.



	SZCZEPIONKA BNT162B2	PLACEBO
Objawowa COVID-19	8 N=18198	162 N=18325
Ciężka COVID-19	1 N=21669	9 N=21686

95% efektywność szczepionki (przedział wiarygodności (credible interval) 95%, 90,3–97,6%)

KONKLUZJE

Dwie dawki szczepionki opartej na mRNA były bezpieczne w okresie mediany 2 miesięcy i spowodowały 95% ochronę przeciw objawowej COVID-19 u osób w wieku 16 lat lub starszych.

Infografika ma charakter poglądowy i służy zapoznaniu Czytelników z treścią artykułu Polack i wsp. [1, 4]. Została opracowana na podstawie podsumowania artykułu Polack i wsp. [4]. Nie jest autoryzowanym tłumaczeniem publikacji ani pełnym omówieniem wyników badań Polack i wsp. [1].

1. ang. spike protein – białko fuzyjne, glikoproteina powierzchniowa (SARS-CoV-2: <https://pl.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2>)



Polska wersja językowa PEDro już dostępna!

Z PEDro, platformy na której bezpłatnie udostępniane są wiarygodne badania kliniczne, fizjoterapeuci na całym świecie korzystają średnio co 8 sekund.

Baza PEDro została stworzona ponad 21 lat temu w celu wspierania praktyki fizjoterapeutycznej opartej na wiarygodnych i aktualnych publikacjach naukowych (evidence-based practice). Ta bezpłatna platforma umożliwia szybki i łatwy dostęp do badań, które oceniają efekty interwencji fizjoterapeutycznych. W PEDro indeksowane są jedynie badania, w których zastosowano najbardziej rygorystyczne metody badawcze: eksperymenty kontrolowane z randomizacją, przeglądy systematyczne i wytyczne do praktyk klinicznych o potwierdzonej skuteczności. W 2019 r. użytkownicy z ponad 200 państw przeszukiwali PEDro w celu znalezienia odpowiedzi na pytania kliniczne co 10 sekund – łącznie ponad 3 miliony razy. Najnowsze statystyki wskazują, że w 2020 r. z bazy korzystano jeszcze częściej – zadano ponad 3,8 mln pytań. Oznacza to, że nowe wyszukiwanie było inicjowane średnio co 8 sekund! Najwięcej użytkowników pochodziło z Brazylii (26 proc.), Hiszpanii (8 proc.), USA (7 proc.), Australii (6 proc.) i Francji (6 proc.).¹

Od grudnia 2020 r. strona internetowa PEDro jest dostępna również w języku polskim. Tłumaczenie strony rozpoczęło się w styczniu 2020 roku i było możliwe dzięki zaangażowaniu autora i kierownika projektu dr. hab. prof. AWF Macieja Płaszewskiego, wiceprezesa KRF ds. nauki i edukacji dr Zbigniewa Wrońskiego i Weroniki Krzepkowskiej z Działu ds. Międzynarodowych KIF. Pracę polskiego zespołu koordynowała współzałożycielka PEDro – prof. Anne Moseley z Uniwersytetu w Sydney.

PEDro to nie tylko baza danych. Oprócz trzech różnych sposobów przeszukiwania baz danych, na stronie znajdziesz także samouczek, mnóstwo przy-

datnych informacji i wskazówek o EBP, kryteria indeksowania czy kalkulator przedziałów ufności. Przeczytasz także, czym dokładnie jest PEDro i jak możesz skorzystać ze wszystkich funkcjonalności, które oferuje platforma.

Strony wyszukiwania zaawansowanego (advanced), prostego (simple) oraz dla odbiorców (consumer) są dostępne jedynie w języku angielskim. Wynika to z budowy baz danych i struktury platformy. Również skala PEDro dostępna jest na tę chwilę tylko w wersji angielskiej – trwają prace nad jej tłumaczeniem i walidacją.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów jest partnerem PEDro od grudnia 2019 r. Stworzenie polskiej wersji językowej platformy jest jednym z efektów współpracy z Akademią Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie z filią w Białej Podlaskiej w ramach projektu „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej” (dofinansowanego z programu „Społeczna Odpowiedzialność Nauki” Ministra Edukacji i Nauki, SONP/SP/461408/2020).

Weronika Krzepkowska
Dział ds. Międzynarodowych KIF



Zacznij korzystać z PEDro!

Polska wersja językowa PEDro:
<https://pedro.org.au/polish>.



Bagaż emocjonalny zabierany do domu

O psychologicznych skutkach pandemii, które dotyczą zarówno chorych na COVID-19, jak i pracujących z nimi fizjoterapeutów, rozmawiamy z Dorotą Wójcik-Małek, neuropsycholożką, psychoterapeutką, przewodniczącą oddziału terenowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów.

Od prawie roku borykamy się z sytuacją pandemii. Wiele osób doświadcza psychologicznych konsekwencji tej sytuacji. Jakie trudności w sferze psychicznej, psychologicznej obserwują już Państwo, jako specjaliści w tej dziedzinie?

Przede wszystkim są to bardzo nasilone objawy lękowe. Poziom lęku uogólnionego jest mocno podwyższony nawet u osób z tzw. zdrowej części populacji, która nie miała wcześniej diagnozowanych problemów tego typu czy sama nie obserwowała u siebie trudności w tym zakresie. U pacjentów, u których wcześniej występowały już zaburzenia afektywno-lękowe, obserwujemy nasilenie objawów.

Jakie czynniki wpływają na nasilenie objawów lękowych?

Z całą pewnością przedłużająca się sytuacja izolacji, obawa przed

zakażeniem czy samo przejście choroby, ale również niepewność, jeśli chodzi o codzienne funkcjonowanie. Boimy się np. o pracę, o to, czy ją utrzymamy albo jak będzie wyglądała w nowych warunkach. Nastąpiło dużo zmian w wielu miejscach pracy. Na przykład: praca zdalna, która na początku przez wiele osób była przyjmowana z entuzjazmem, finalnie mogła stać się trudna do udźwignięcia emocjonalnie. Zatarła się granica między pracą a domem i bardzo trudno jest trzymać się podziału na czas, w którym jestem skupiona i działam, a czas kiedy już mogę sobie odpocząć i włączyć tryb relaksu.

A obserwują Pani, że więcej osób zgłasza się po pomoc psychologiczną?

Tak, jest obecnie duże zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną.

na. Z mojego, i koleżanek i kolegów doświadczenia wynika, że prywatne gabinety odnotowują zwiększoną liczbę zgłoszeń w stosunku do analogicznego okresu w roku ubiegłym.

Fizjoterapeuci, poza krótkim okresem wiosennego lockdownu, pracują w większości nieprzerwanie i to w dodatku w bliskim kontakcie fizycznym z pacjentem. Część z nich na pierwszej linii frontu na oddziałach intensywnej terapii i covidowych. Jakich konsekwencji psychologicznych mogą doświadczać?

Przede wszystkim mogą doświadczać dużego lęku i niepokoju: o pracę jako taką, o możliwość zakażenia, bo jednak są w bezpośrednim kontakcie. Osoby pracujące z pacjentami chorymi na COVID-19 mierzą się też z odchodzeniem chorych, ich śmiercią. To

zawsze jest trudne, ale w przebiegu tej choroby pogorszenie stanu zdrowia i zgon mogą być nagłe – to jest bardzo traumatyzujące doświadczenie dla całego personelu medycznego.

Wygląda na to, że główny ciężar psychologiczny spadł właśnie na szeroko pojęty personel medyczny.

Zdecydowanie widać to obciążenie nawet na oddziałach, które nie są stricte izolacyjne, covidowe, tylko przyjmują pacjentów bez covidu. Tam pracuje się w ciągłym napięciu, oczekiwaniu na wyniki testu, zastanawianiu się, co z tym zrobić, jak zabezpieczyć pacjenta w momencie, kiedy oddziały są przepełnione, jak uchronić personel przed konsekwencjami kontaktu z zarażonym pacjentem. Lekarze, pielęgniarski i fizjoterapeuci, z którymi rozmawiałam, są tym bardzo mocno obciążeni.

Dla przykładu ogólnopolskie badanie „Zdrowie psychiczne medyków w czasie pandemii 2020”¹, przeprowadzone przez UCE RESEARCH i SYNO Poland dla aplikacji Therapify i portalu BML.pl, wykazało, że 78,5 proc. lekarzy zauważyło u siebie pogorszenie zdrowia psychicznego w czasie I oraz II fali pandemii. Tylko 15,7 proc. nie zaobserwowało żadnych zmian, a 5,8 proc. nie potrafiło tego określić. Respondenci zaobserwowali u siebie: uczucie niepokoju (58,1 proc.), obniżenie nastroju (56,9 proc.), zmniejszenie aktywności i brak energii (51,4 proc.), zaburzenia snu (39,5 proc.) oraz lęk (36,8 proc.).

Krajowa Izba Fizjoterapeutów przeprowadziła w listopadzie 2020 r. badanie ankietowe na re-

prezentatywnej próbie, z którego wynika, że już wtedy ponad 16 proc. fizjoterapeutów przeszło COVID-19. Czy samo przejście zakażenia też może dać jakieś objawy psychologiczne, które utrudniają powrót do pracy?

Tutaj nie mamy jeszcze wystarczających danych, ale opisuje się już tzw. „mgłę mózgową”, czyli problemy z percepcją, z pamięcią, trudności w zapamiętywaniu czy planowaniu utrzymujące się po przejściu choroby. Odbija się to także na pracy, szczególnie tak złożonej i trudnej jak praca fizjoterapeuty.

Czyli fizjoterapeuci powinni być świadomi tego, że taka przypadłość może ich trafić i to powinno warunkować ich powrót do pracy, gdzie muszą brać pełną odpowiedzialność za pacjenta?

Myślę, że trzeba być uważnym na to, jak się czujemy i jakie są nasze aktualne możliwości, a także dać sobie wystarczająco dużo czasu na rekonwalescencję. To trochę myślenie życzeniowe, bo wiadomo, że trudno być na L4 na przykład przez pół roku. Ale nie można zaprzeczać temu, że powrót do formy fizycznej i psychicznej po covidzie jest wymagający i może zająć trochę czasu.

A konkretnie? Czy fizjoterapeuci mogą sami zadbać o szybszy powrót do równowagi, również w sferze psychologicznej?

Na pewno warto jest dbać o higienę życia poprzez np. dbałość o dobre odżywienie organizmu czy wystarczającą ilość snu. Konieczne jest oddzielenie czasu pracy od czasu wolnego. I warto zadbać, aby ten czas po pracy był jakościowo jak najlepszy. Aby

minimalizować stres, którego fizjoterapeuci doświadczają zawodowo, potrzebna jest regeneracja. Niektórym pomogą techniki relaksacyjne, na niektórych działają „głupie” seriale, czyli takie, które nie angażują myślenia i negatywnych emocji. Inni wyciszą się, słuchając muzyki czy czytając. To jest wszystko bardzo indywidualna kwestia, nie ma jednej recepty dla wszystkich. Na pewno warto jest przyjrzeć się trochę sobie i zastanowić nad tym, co teraz może pomóc mi odpocząć.

A aktywność fizyczna może mieć również taki efekt odstresowujący?

Jak najbardziej, bo z jednej strony ruch wspomaga stabilizację nastroju, z drugiej pomaga rozładować nagromadzone w ciągu dnia napięcie psychofizyczne. Z jeszcze trzeciej strony dobrze dotlenia mózg i inne tkanki. Raczej nic złego z tego wyniknąć nie powinno. Ale jeżeli żadna ze stosowanych metod nie powoduje, że czujemy się lepiej, a poziom stresu bardzo rośnie i coraz trudniej sobie z nim poradzić, to nie wahajmy się skorzystać z wizyty u psychologa i psychiatry.

Jakiego rodzaju trudności mogą być dla nas wskazówką, że to już jest ten czas, kiedy warto skorzystać z pomocy specjalisty?

Ogólne poczucie nieradzenia sobie, przytłoczenia, trudna do uspokojenia gonitwa myśli, zaburzenia snu – gdy tego snu jest za dużo lub za mało, gdy zrywamy się na równe nogi w środku nocy z myślą o pracy lub gdy zasypiamy w dowolnym momencie bez względu na poziom fizycznego zmęczenia. Kiedy ciężko się nam

¹ <https://bml.pl/artykuly/news/skutki-pandemii-blisko-80-lekarzy-skarzy-sie-na-pogorszenie-zdrowia-psychicznego>.

skupić na tym, co mamy wykonać czy zrelaksować, bo tyle tego wszystkiego się dzieje i tyle mamy na głowie. Ważnym sygnałem będzie też nasz obniżony nastrój oraz problemy z łaknieniem, gdy jemy za mało lub za dużo.

Jeżeli takie pogorszenie jest krótkotrwałe, to nie wpadamy w panikę. Wiadomo, że każdemu się może przytrafić, ale jeśli to trwa przez dłuższy czas, to czerwona lampka powinna się nam zapalić.

A dłuższy okres to ile? Jaki szybko powinniśmy reagować?

Pomyślałam o diagnozowaniu depresji – jeśli symptomy utrzymują się dwa tygodnie lub krócej, ale są bardzo dotkliwe, to już jest to duży problem. Możemy przyjąć, że przy trudnościach spowodowanych pandemią będzie podobnie. Jeśli pacjent zgłasza, że od dwóch tygodni nie śpi, to zdecydowanie sytuacja jest już poważna, bo odbija się to na całym jego funkcjonowaniu, na równowadze neuroprzekazników w mózgu, co dalej nakręca spiralę objawów.

Chciałam też zapytać o to, na jakie trudności muszą być przystawiani fizjoterapeuci, do których trafiają pacjenci po przebyciu COVID-u i którzy manifestują problemy poznawcze czy emocjonalne.

To wbrew pozorom bardzo złożone pytanie. Można na nie odpowiedzieć z różnych stron. To, co najlepiej się sprawdza, co jest najbardziej korzystne także w procesie leczenia somatycznego, to koncentracja pacjenta na zadaniu. Starajmy się skierować uwagę pacjenta na to, co może zyskać poddając się naszym działaniom. Jego przeżycia, zwłaszcza jeżeli przebieg choroby był dotkliwy, mogą

się ujawniać również podczas fizjoterapii. Jeżeli będą silne, to sugerowałabym kierowanie pacjentów do specjalistów (psychologów i psychiatrów), którzy będą mogli bardziej zgłębić temat, koncentrując się wyłącznie na tej sferze doświadczeń chorego.

Na pewno jednak niewskazane jest bagatelizowanie tego, co pacjent przeżył. Jego trudu, przerażenia, czasami w obliczu stanu zagrożenia życia. Takie sytuacje bardzo mocno wpływają na całe funkcjonowanie człowieka, wstrząsają nim, więc zrozumiałe jest, że budzą się silne emocje.

Czyli niebagatelizowanie, skierowanie uwagi na zadanie do wykonywania i w razie potrzeby odesłanie do specjalisty?

Jak najbardziej, bo nawet jeśli to jest chwilowe załamanie, to konsultacja psychologiczna raczej nie powinna zaszkodzić – mówię to oczywiście z przymrużeniem oka. Podczas takiego spotkania mogą się ujawnić inne trudności emocjonalne w życiu pacjenta, w których psycholog będzie mógł mu pomóc.

A jeżeli pacjent doświadcza tzw. mgły mózgowej, to czy fizjoterapeuta powinien zmienić coś w komunikacji z pacjentem?

Tak, zdecydowanie. Dobrze jest np. podzielić zadanie na mniejsze, mniej skomplikowane kroki. Czasem pacjent może być w stanie fizycznie wykonać daną czynność, ale polecenie jest złożone ze zbyt wielu etapów i ułożenie tego w całość może już przekraczać jego możliwości poznawcze w danej chwili. To trochę tak jak z pacjentami po udarach, gdzie funkcje poznawcze są uszkodzone, więc trzeba ćwiczenia i polecenia, spo-

sób ich podawania, dostosować do możliwości pacjenta.

Czy na zakończenie miałaby Pani jeszcze jakieś wskazówki dla naszych czytelników?

Bardzo mocno podkreślam, jak ważne jest teraz, aby fizjoterapeuci zadbali o siebie i o swój dobrostan. W swojej karierze zawodowej pracowałam z dużym zespołem fizjoterapeutów i widziałam, jak wymagająca jest to praca, jak bardzo jest obciążająca – technicznie, emocjonalnie, czasowo, fizycznie. Wyobrażam sobie, jak musi być im bardzo ciężko w czasie pandemii. Tym bardziej, że z racji wykonywanej pracy, na izolowanych oddziałach są tymi specjalistami, którzy spędzają z chorymi najwięcej czasu. I pełnią tam również role powierników. To oczekiwanie kontaktu ze strony pacjentów dodatkowo obciąża ich emocjonalnie. Nie jest to przecież nic nieznacząca wymiana dwóch słów zamienionych z kimś przelotnie, tylko rozmowa z ciężko chorym, samotnym człowiekiem. To dużo kosztuje. I fizjoterapeuci potem z tymi kosztami, z tym bagażem emocjonalnym, idą do domu.

Rozmawiała Aleksandra Mróz



Dorota Wójcik-Małek

Neuropsycholożka, psychoterapeutka, przewodnicząca oddziału terenowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów.

fot. Katarzyna Szporna

Już za chwilę ekranizacja bestsellera!

O jakim bestsellerze mowa? Oczywiście o poradniku do samodzielnej rehabilitacji pacjentów przechodzących COVID-19, który wydaliśmy wspólnie z WHO. Termin „bestseller” nie jest nadużyciem – kiedy czytacie te słowa, do biur Krajowej Izby Fizjoterapeutów dociera kolejny dodruk poradnika. Rozdaliśmy już blisko 50 tys. sztuk broszur drukowanych, a teraz kolej na wersję filmową.

Przedstawiciele WHO, zachwyceni sukcesem dystrybucji poradnika i zaangażowaniem KIF w ten projekt, poprosili nas o wyprodukowanie filmów z ćwiczeniami i zaleceniami. I tak w rześki grudniowy poranek w podwarszawskim domu i okalającym go lesie rozpoczęła się sesja, której efekty już wkrótce zobaczycie w internecie.

W nagraniach wzięli udział profesjonalni aktorzy:

- **Katarzyna Zielińska-Jaworska** – aktorka teatralna i filmowa, znana m.in. z seriali (np. „BrzydUla”, „W głębi lasu”, „Diagnoza” czy „M jak miłość”) i filmów („Jesteś Bogiem”, „Pręgi”, filmów Marka Koterskiego),
- **Mirosław Zbrojewicz** – niezwykle popularny aktor, znany z wielu ról tzw. twardych facetów w filmach i serialach sensacyjnych, ale także komediowych, na czele ze słynną rolą Gruchy w „Chłopaki nie płaczą”.

Sesja zajęła ekipie dwa dni, a w tej chwili trwają prace nad montażem, nagraniem kwestii lektorskich i postprodukcją. Wstępny efekt prac pokazaliśmy już przedstawicielom WHO, którzy byli zachwyceni poziomem realizacji i wartością merytoryczną. Premiera filmów zaplanowana jest na koniec stycznia, więc na razie możemy tylko pokazać kilka ujęć z planu zdjęciowego. Pełna relacja na ten temat już w następnym wydaniu. Stay tuned ;)

Wojciech Komosa
Kierownik Działu Komunikacji
i Marketingu KIF



Gwiazdy na planie są zdyscyplinowane i uważne.



Filmujemy z kilku kamer, zawsze pod okiem ekspertów KIF.



Pies Stefan skradł nasze serca oraz rolę pierwszoplanową.



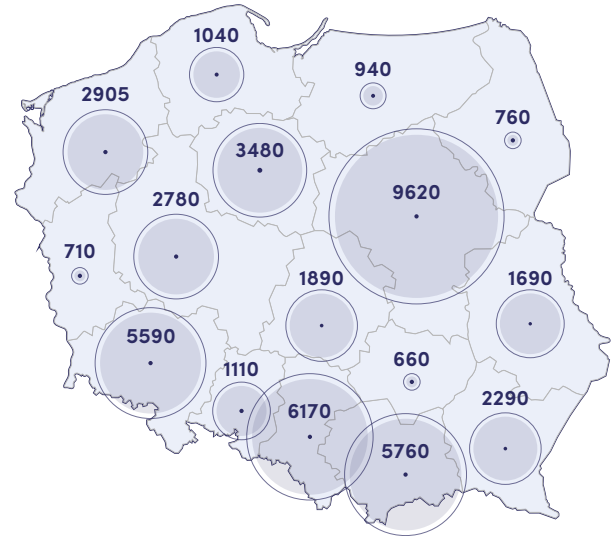
To był naprawdę lodowaty poranek – próbne jazdy odbywały się w zimowym płaszczu.

Fot. W. Komosa

Trwa dystrybucja poradników dla pacjentów po COVID-19

Od października zeszłego roku fizjoterapeuci, lekarze, pielęgniarki oraz dyrektorzy placówek mogą zamawiać w KIF bezpłatne broszury poświęcone samodzielnej rehabilitacji po przejściu COVID-19. Do końca stycznia do pacjentów trafiło blisko 50 tys. tych publikacji.

woj. mazowieckie	9 620	woj. lubelskie	1 690
woj. śląskie	6 170	woj. łódzkie	1 890
woj. małopolskie	5 760	woj. opolskie	1 100
woj. dolnośląskie	5 590	woj. pomorskie	1 040
woj. zachodniopomorskie	2 905	woj. warmińsko-mazurskie	940
woj. kujawsko-pomorskie	3 480	woj. lubuskie	710
woj. wielkopolskie	2 780	woj. świętokrzyskie	660
woj. podkarpackie	2 290	woj. podlaskie	760



Liczba poradników przesłana do placówek medycznych i gabinetów fizjoterapeutycznych w danym województwie (dane ze stycznia 2021).

Wersję cyfrową pobierzesz tutaj: <https://znajdzfizjoterapeute.pl/blog/informator-covid>.

Broszury do placówki zamówisz pod adresem: wspolpraca@kif.info.pl.

Edukacja pacjentów i fizjoprofilaktyka

Wejdź na fizjoterapiaporusza.pl

Dla seniorów

Dla pracowników biurowych

Zaufaj fizjoterapeucie

KiF | FIZJOTERAPIA PORUSZA

Nasz cel

Ćwiczenia i programy

Znajdź fizjoterapeutę

Konkurs

Aktywny senior w domu

Program profilaktyczny Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Ministerstwa Zdrowia

KiF | Krajowa Izba Fizjoterapeutów

MZ Ministerstwo Zdrowia

Rehabilitacja po COVID-19



Medyczna komora hiperbaryczna AHA Flex V2

Medyczna komora hiperbaryczna **AHA Flex V2** posiada specjalny układ oddechowy zapewniający unikalną terapię tlenową. U dużej części osób chorych na COVID-19 rozwija się wirusowe zapalenie płuc, dlatego leczenie niewydolności oddechowej jest niezwykle istotne nie tylko w przypadku ozdrowieńców, ale i na początkowych etapach infekcji. Badania udowodniły pozytywny wpływ tlenoterapii na przebieg rehabilitacji dla ozdrowieńców.

Cechy charakterystyczne:

- ✓ Najbardziej wytrzymała komora hiperbaryczna tego rodzaju na całym świecie — zaprojektowana, aby wytrzymać ciśnienie sięgające 3,0 ata (300 kPa).
- ✓ Wyższe ciśnienie i stężenie tlenu dzięki unikatowej konstrukcji.



Rehabilitacja kardiologiczna Cardiowise Xrcise Care

XRCISE CARE oferuje niedostępne dotąd formy indywidualnej i efektywnej kontroli w rehabilitacji kardiologicznej. Oferowane sposoby dokumentowania treningów oraz ich analizy, a także automatyczne tworzenie nowych programów treningowych w oparciu o wyniki przeprowadzonych testów wspierają terapeutów i kardiologów w codziennej pracy i umożliwiają osiąganie lepszych efektów.

Rehabilitacja kardiologiczna to również ważny aspekt leczenia osób, które przebyły COVID-19. Spersonalizowane treningi gwarantują szybszy powrót do pełnej sprawności. Bezprzewodowe monitorowanie zapewnia możliwość przeprowadzenia treningów składających się z kilku sesji, nawet na 5 urządzeniach.

Laser wysokoenergetyczny M8

Laser wysokoenergetyczny **ASA Laser M8** to najnowszy 2-kanalowy laser przeznaczony do naświetlań promieniowaniem MLS. Automatem skaner umożliwia pracę bez konieczności przebywania w pobliżu pacjenta. Ergonomiczna głowica aparatu wyposażona jest w 3 źródła promieniowania MLS, zakres ruchu głowicy to aż 5 kierunków, co znacząco ułatwia aplikację i przeprowadzenie zabiegu. Istnieje możliwość podłączenia aplikatorów stomatologicznych. Badania udowodniły, że laseroterapia zapewnia doskonałe rezultaty w rehabilitacji osób po COVID-19, szczególnie w przypadku infekcji płuc.

Wskazania:

- ✓ Procesy zapalne (zapalenia okołostawowe, zapalenie nadkłykci, zapalenie ścięgna, zapalenie kaletki itp.).
- ✓ Obrzęki na skutek zaburzenia krążenia krwi, limfy.
- ✓ Zmiany patologiczne tkanek powierzchniowych różnego pochodzenia (owrzodzenia, żylaki itp.).
- ✓ Rehabilitacja ozdrowieńców.





COVID-19
KORONAWIRUS

Pełna oferta produktów dostępna na stronie:
<https://meden.com.pl/oferta/1237-covid-19>

