

BIULETYN KRAJOWEJ IZBY FIZJOTERAPEUTÓW

głos fizjoterapeuty

1/2022
(19)

Michał Barański

Od rycerza do fizjoterapeuty

**Fizjoterapeuta
w OIOM**

Niechciany dotyk

ki=

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

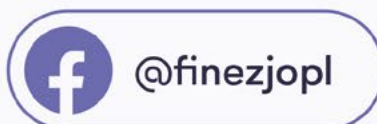


ISSN 2545-3637



Dokumentacja medyczna w fizjoterapii

Bezpłatna • Bezpieczna • Nowoczesna





Dotyk w gabinecie

Dla fizjoterapeutów dotyk ma wymiar medyczny, czasami niemalże techniczny. Dla pacjentów nie jest to już zawsze tak jednoznaczne.

Dotyk i komunikacja za jego pomocą to jedna z najważniejszych potrzeb człowieka. Bez niego nie ma właściwego rozwoju. My, fizjoterapeuci, wykorzystujemy go w naszej pracy każdego dnia. Dla nas to „narzędzie” do badania pacjenta i prowadzenia terapii. Czasami zapominamy, że dotyk to dużo więcej – ma olbrzymi wpływ na psychikę pacjenta i ma znaczenie społeczne. W czasie fizjoterapii przekraczamy społecznie przyjęte normy dystansu. W ramach umowy między pacjentem a fizjoterapeutą budujemy relację opartą na zaufaniu, PWZFz powinno być gwarantem profesjonalnego wymiaru tego zaufania. W praktyce tak materializuje się idea medycznego zawodu zaufania publicznego – przekraczamy bariery społecznego dystansu, dotykamy pacjenta, zawsze jednak z poszanowaniem jego oraz naszej godności i intymności. Cel jest jasno sprecyzowany – to wsparcie pacjenta w powrocie do zdrowia i sprawności.

Dla fizjoterapeutów dotyk ma wymiar medyczny, czasami niemalże techniczny. Dla pacjentów nie jest to już zawsze tak jednoznaczne. Za pośrednictwem dotyku możemy zapewnić poczucie bezpieczeństwa, wzbudzić zaufanie, ułatwić nawiązanie więzi pacjent-fizjoterapeuta, ale może on także wywołać nieprzyjemne odczucia lub zostaniemy źle zrozumiani. Pacjenci czasami – czy to z niewiedzy, czy strachu – przekraczają granice. Zdarza się też, że jest to ich celowe działanie, próba nadużycia relacji profesjonalnej. Czasami także obrywamy w ramach społecznej nagonki na medyków. Niestety akty agresji wobec medyków, w tym na tle seksualnym, stają się coraz częstsze i nie dotyczą tylko fizjoterapeutów. Tego jak reagować, uczymy się każdego dnia. Doświadczenie, ale i wrodzone predyspozycje oraz oczywiście wiedza – to najlepsze narzędzia obrony. Bywa tak, że to dzięki doświadczeniu jesteśmy w stanie na czas wezwać na pomoc osoby trzecie.

Wiedza fizjoterapeutyczna pozwala nam także reagować, szczególnie kiedy jakaś forma dotyku nie jest akceptowana przez pacjenta, np. z powodu wcześniejszych doświadczeń czy zaburzeń somatycznych. Im więcej wiedzy my posiadamy, tym więcej metod możemy wykorzystać w pracy z pacjentem i tym lepiej odpowiedzieć na jego potrzeby. Nasza wiedza jest naszym orężem. Od zawsze powtarzam, że fizjoterapeuci to jeden z najchętniej szkolących się i uczących zawodów.

Zawsze bolało mnie, że inne zawody medyczne nie muszą płacić za swoje kształcenie podyplomowe, a my musimy. Z prawdziwą przyjemnością, ale i wiarą, że przyspieszymy w ten sposób rozwój polskiej fizjoterapii, przystępowaliśmy do walki o projekt unijny, który pozwala sfinansować szkolenia o wartości 88 mln zł. Właśnie zaczynamy prace nad jego realizacją. W drugiej połowie roku pierwszy raz w historii trafią na rynek wartościowe szkolenia z wielu obszarów medycyny, które będą dostępne za darmo dla wszystkich chętnych fizjoterapeutów. Wiedza, którą możemy zdobyć, także z obszaru komunikacji i tworzenia poprawnych relacji, zdecydowanie ułatwi nam pracę z pacjentem. Będziemy mogli lepiej odpowiadać na jego potrzeby i radzić sobie z sytuacjami, które nie powinny mieć miejsca w relacji profesjonalnej.

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

głos fizjoterapeuty

WSTĘP

- 3 Dotyk w gabinecie
– dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

TEMAT NUMERU

- 6 Każdy OIOM potrzebuje fizjoterapeuty
– walczymy o obligatoryjne włączanie
fizjoterapeutów do zespołów medycznych
na oddziałach intensywnej terapii
- 10 Nasza obecność w OIOM jest
bezsportna – o roli fizjoterapeuty na
oddziałach intensywnej terapii – mówi
dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik
- 15 Fizjoterapia pacjentów z covidem
– nowe zalecenia

O TYM SIĘ MÓWI

- 16 O koniecznym i niechcianym dotyku
- 17 Stawianie granic – życzliwie, ale stanowczo!
Prof. CMKP dr hab. n. med. Michał
Lew-Starowicz

PRAWO W PRAKTYCE

- 19 Jak reagować na nieobyczajne
zachowania pacjentów
- 21 Czy fizjoterapeuta może odmówić
pacjentowi świadczeń leczniczych?
Stanowisko Bartłomieja Chmielowca,
Rzecznika Praw Pacjenta

PASJONACI

- 22 Od rycerza do fizjoterapeuty
– Michał Barański

ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE

- 26 Czym się skończy krótkowzroczność
urzędników?

Z DZIAŁAŃ KIF

- 29 Fizjoterapeuci mają obowiązek poddania się
szczepieniom przeciwko COVID-19

- 30 Obowiązek sprawozdawczy fizjoterapeutów
- 31 Skierowania już tylko elektronicznie
- 31 Polski Ład – co oznacza dla fizjoterapeuty?
- 32 Coraz więcej użytkowników
wyszukiwarki Znajdź Fizjoterapeutę!
- 34 Rośnie świadomość zawodu fizjoterapeuty
– porównujemy wyniki z lat 2019 – 2021

NASZE BIURO

- 37 Prawoprofilaktyka czy prawoterapia?
Praca Działu Prawnego Biura KIF od środka

ZE ŚWIATA

- 41 Trwa ewaluacja kadr sektora
rehabilitacji w Polsce
- 44 Warto przeczytać!

NAUKA

- 46 Fizjoterapia dzieci z wadami kończyn dolnych
- 48 Etyka ponad wszystko

FIZJO-BLOGOSFERA

- 50 Alkohol a gojenie tkanek

POZA FIZJO

- 52 Ziarna prawdy i błędy poznawcze

WYDARZYŁO SIĘ

- 57 Fizjoterapeuta członkiem
Rady ds. Zdrowia Publicznego
- 57 Mamy pełnomocnika ds. rehabilitacji
leczniczej po COVID-19
- 57 Nowe biura KIF

PO GODZINACH

- 58 Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami

Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,
Weronika Krzepkowska, Dominika Kowalczyk

Sekretarz redakcji:

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

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Zuzanna Drożdż

Na okładce: Michał Barański, Fot. Malwina de Brade

„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: 1000 egz.

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

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

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



Każdy OIOM potrzebuje fizjoterapeuty

Krajowa Rada Fizjoterapeutów chce, by każdy pacjent oddziału intensywnej terapii mógł być rehabilitowany przez fizjoterapeutów. Dlatego, wspólnie z klinicystami i ekspertami, walczy o wycenę ich pracy na takim oddziale.

Kiedyś głównym pytaniem rodzin osób leżących na oddziale intensywnej terapii było, czy istnieje możliwość opłacenia bliskiemu fizjoterapii. Tak jak na internach wynajmowali pielęgniarkę, tak w OIOM inwestowali w fizjoterapeutę. Dziś na wielu dużych OIOM i OIT nie ma już takiej potrzeby – fizjoterapeuci są częścią zespołu. Na mniejszych oddziałach wciąż jednak barierą są finanse.

Terapeuta oddechowy

Na Zachodzie – w USA, Kanadzie, we Włoszech, Francji czy w Niemczech – fizjoterapeuci pracujący na oddziałach intensywnej terapii wykonują osobny zawód – tzw. respiratory therapist, co możemy przetłumaczyć jako „terapeuta oddechowy”. Do jego obowiązków należy m.in. intubacja czy

bronchoskopia. „Fizjoterapeuta funkcjonalny”, który odpowiada polskiemu „fizjoterapeucie”, jest natomiast osobną profesją.

O ile wyodrębnienie odpowiednika „terapeuty oddechowego” pozostaje jeszcze na etapie mglistych planów, o tyle polscy fizjoterapeuci pracujący na OIT wykonują już wiele czynności, które za granicą zarezerwowane są właśnie dla

**Polscy fizjoterapeuci
pracujący na OIT wy-
konują już wiele czyn-
ności, które za granicą
zarezerwowane są dla
„respiratory therapists”**

respiratory therapists. Z analiz przeprowadzonych w 2011 r. przez zespół I Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego wynika, że ponowne przyjęcia na oddział wynoszą zaledwie 2,83 proc.

Skuteczność fizjoterapii już na etapie pobytu w OIOM najlepiej udowodniła pandemia COVID-19. Doświadczenia szpitali, w których ciężko chorzy z wirusem SARS-CoV-2 usprawniani są jeszcze podczas podłączenia do respiratora, pokazują, że pacjenci szybciej odzyskują sprawność, a placówka ponosi mniejsze koszty leczenia na tym najdroższym z oddziałów.

Inicjatywa KIF

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów prof. Maciej Krawczyk od

lat przekonuje, że fizjoterapeuci powinni być częścią zespołów terapeutycznych na oddziałach intensywnej terapii. Z jego własnego, ponad 30-letniego doświadczenia w pracy na OIT neurologicznym, wynika, że stała obecność fizjoterapeuty jest tam niezwykle istotna dla zdrowia pacjenta. Niestety, finansowanie OIT przez NFZ nie uwzględnia fizjoterapii, a oddziały zatrudniające fizjoterapeutów rozliczają ich pracę w ramach środków na leczenie kardiochirurgiczne czy neurologiczne. Nie wszyscy dyrektorzy placówek godzą się na wydatek nieobjęty refundacją w danym zakresie.

Dlatego prof. Krawczyk postanowił rozwiązać sprawę systemowo i powołał inicjatywę, której celem jest aktualizacja standardu opieki nad pacjentem w OIOM oraz wprowadzenie go na intensywną terapię zarówno w przypadku chorych na COVID-19, jak i z innymi chorobami, w przebiegu których występuje ARDS (acute respiratory distress syndrome – zespół ostrej niewydolności oddechowej). Po listopadowej debacie KIF i CEESTAHC – „COVID-19: Niższa śmiertelność, niższe koszty – wczesna fizjoterapia w ostrej fazie COVID-19 się opłaca” – zorganizował roboczy zespół ekspertów, którego celem jest przedstawienie decydującym wypracowanych standardów. Wśród zaproszonych specjalistów znaleźli się m.in.: prof. Radosław Owczuk, konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; prof. Dariusz Maciejewski, konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii; prof. Halina Batura-Gabryel, konsultant krajowy w dziedzinie chorób płuc; prof. PO dr hab. Jan Szczegielniak, konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii; prezes

KIF prof. Maciej Krawczyk czy dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik, kierownik Zespołu Fizjoterapeutów w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

Fizjoterapeuta powinien być równoprawnym członkiem zespołu leczącego

Jak tłumaczy pełnomocnik prezesa KIF ds. programów polityki zdrowotnej Tomasz Jan Prycel, podczas spotkań roboczych członkowie zespołu przeprowadzili analizę dowodów i doniesień naukowych oraz sytuacji pacjentów w OIOM w Polsce, a także wypracowali wstępne zalecenia w sprawie wdrożenia tam wczesnej interwencji fizjoterapeutycznej. – W ostatnich latach zwiększyła się liczba pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową, a skala problemu jest znacznie większa niż przed pandemią COVID-19. Eksperci są zgodni, że fizjoterapia

powinna być uwzględniona w interwencjach medycznych na tych oddziałach, a jej skuteczność jest tym większa, im wcześniej zostanie włączona, oczywiście po uwzględnieniu całościowej oceny stanu pacjenta. Wielodyscyplinarne leczenie może skrócić czas inwazyjnego leczenia, czas hospitalizacji, uchronić chorego przed ciężką niepełnosprawnością, ograniczyć powikłania i wydatki związane z dalszą terapią – tłumaczy Tomasz Jan Prycel, członek zespołu, a także dyrektor zarządzający CEESTAHC. Zaznacza, że fizjoterapeuta powinien być równoprawnym członkiem zespołu leczącego.

Fizjoterapia obowiązkowym elementem terapii

Eksperci nie mają wątpliwości, że fizjoterapia tuż po ustabilizowaniu oddechowym pozwala pacjentom szybciej wrócić do zdrowia i uniknąć powikłań. Jak pokazują doświadczenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, zastosowanie wczesnej inter-



wencji fizjoterapeutów w ostrej fazie COVID-19 sprawia, że pacjenci nie wymagają ECMO, nawet przy zajęciu płuc w 90 proc. Jak mówił szef OAiT w SPSK nr 4 i lubelski konsultant wojewódzki anestezjologii i intensywnej terapii prof. Wojciech Dąbrowski, wszyscy jego pacjenci poddani fizjoterapii podczas II i III fali wrócili już do pracy, również fizycznej.

Włączenie całodobowej opieki fizjoterapeuty do świadczeń gwarantowanych w OIOM to zysk nie tylko dla pacjenta, ale i dla płatnika

Opieka fizjoterapeutów sprawdza się również na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed), którym kieruje konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii prof. Radosław Owczuk: – Wszyscy już chyba zdają sobie sprawę, że fizjoterapeuta jest niezbędny, by chory szybciej zdrowiał i by poprawić wyniki leczenia na intensywnej terapii. Dlatego jego pracę najlepiej wprowadzić jako obowiązkowy element terapii.

To się wszystkim opłaci

Prof. Owczuk zwraca uwagę, że oddziały anestezjologii i intensywnej terapii rozliczają się w sposób specyficzny – nie jak pozostałe, z procedur ujętych w jednorodne grupy pacjentów (JGP), a w skali TISS-28, która pierwotnie powstała do oceny poziomu obciążenia pracą pielęgniarek. – Była jednak wielokrotnie modyfikowana i włą-

czono do niej szereg innych procedur i działań, które wykonuje się na intensywnej terapii. Skala ta bardzo dobrze koreluje z kosztami i uważam, że optymalnym rozwiązaniem byłoby dołączenie do niej jako produktu fizjoterapii na OAiT. Nie musielibyśmy wówczas zajmować się szczegółową wyceną – tłumaczy prof. Owczuk. Dodaje, że z punktu widzenia wiarygodności niezbędne jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń. – Stąd współpraca z KIF. Zakładam, że świadczenie powinno być dostępne codziennie, 7 dni w tygodniu i 365 dni w roku. Pytanie, jaki ma być minimalny czas trwania świadczenia tak, byśmy nie stworzyli fikcji. Nie może być tak, że ktoś przyjdzie na OAiT na 10 minut, będzie chorego rehabilitować biernie i rozliczy produkt w NFZ. Dlatego trzeba go szczegółowo opisać, uwzględniając jego zakres oraz podstawowe zasady.

Prof. Radosław Owczuk przyznaje, że na początku miał wątpliwości, czy w Polsce jest wystarczająca liczba fizjoterapeutów potrafiących zająć się chorym na OAiT. – To trudny pacjent. Ma dreny, rurki, cewniki i przypadkowa osoba może niechcący go zdekanuło-

wać albo ekstubować. Prof. Maciej Krawczyk uspokoił mnie, że mamy świetnie przygotowanych fizjoterapeutów, wyspecjalizowanych w pracy na intensywnej terapii, a ich liczba jest wystarczająca, by produkt wprowadzić w całej Polsce – podsumowuje.

Specjaliści oceny technologii medycznych (health technology assessment, HTA) nie mają wątpliwości, że włączenie całodobowej opieki fizjoterapeuty do świadczeń gwarantowanych w OIOM to zysk nie tylko dla pacjenta, ale i dla płatnika. Koszt dobowej opieki nad pacjentem na tym oddziale zaczyna się bowiem od kilku tysięcy złotych i rośnie w zależności od stanu chorego i zastosowanych terapii. Tymczasem średnia pensja fizjoterapeuty z kilkuletnim stażem to ok 4 tys. zł brutto. Jak mówi dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik, kierownik Zespołu Fizjoterapeutów w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, jeśli fizjoterapeucie udało się skrócić pobyt każdego pacjenta w OIOM choćby o jeden dzień, koszt jego zatrudnienia zwróciłby się po wielokroć.

Karolina Kowalska

Dziennikarka „Rzeczpospolita”



Eksperci grupy roboczej ds. standardów fizjoterapii w OIOM

- **prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk**, konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
- **dr hab. n. med. Maciej Krawczyk**, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- **prof. dr hab. n. med. Halina Batura-Gabryel**, konsultant krajowy w dziedzinie choroby płuc, kierownik Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu;
- **prof. dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski**, konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii, kierownik Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej;
- **prof. PO, dr hab. n. med. Jan Szczegielniak**, konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii;
- **prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński**, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, kierownik II Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- **dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska**, prezes elekt Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, koordynator Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania z Pododdziałem NWM i Pododdziałem Zaburzeń Oddychania w Czasie Snu w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy;
- **prof. dr hab. n. med. Adam Antczak**, prorektor ds. Klinicznych i Zarządzania Nauką, kierownik Katedry Pulmonologii, Reumatologii i Immunologii Klinicznej, kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
- **dr n. med. Wiesław Królikowski**, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej;
- **prof. dr hab. n. med. oraz dr n. kf. Zbigniew Śliwiński**, wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, kierownik Zakładu Fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach;
- **prof. UM, dr hab. n. med. Wojciech Dąbrowski**, kierownik Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, konsultant wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla województwa lubelskiego, lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie;
- **dr Agnieszka Stępień**, prezes Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska;
- **Paweł Adamkiewicz**, wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- **prof. dr hab. n. med. Rafał Drwiła**, ordynator II Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie;
- **dr Magdalena Władysiuk**, prezes Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC);
- **dr Dorota Gałczyńska-Zych**, dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie;
- **dr n. med. Radosław Starownik**, Dyrektor Naczelny Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie;
- **dr Tomasz Włoch**, Oddział Kliniczny Pulmonologii i Alergologii Szpitala Uniwersyteckiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych AWF w Krakowie;
- **dr Tomasz Zwoliński**, Zakład Fizjoterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Zespół Fizjoterapeutów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku;
- **dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik**, kierownik Zespołu Fizjoterapeutów, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, I Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Krakowskim, Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II;
- **dr Dalia Woźnica**, KIF;
- **mgr Katarzyna Maślanko**, KIF;
- **dr Tomasz Jan Prycel**, dyrektor zarządzający Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC), pełnomocnik prezesa KIF ds. programów polityki zdrowotnej.



Nasza obecność w OIOM jest bezsporna

Fizjoterapia szpitalna to fascynująca dziedzina. Ale należy pamiętać, że jest to też bardzo wymagająca specjalność. Wiedza oraz ciągle doskonalenie zawodowe poprzez kursy oraz samokształcenie są tutaj niezbędne – mówi dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik, kierownik Zespołu Fizjoterapeutów Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

Proszę opowiedzieć naszym czytelnikom, jak trafiła Pani na ten wyjątkowy oddział i jak w ogóle doszło do zatrudnienia na nim fizjoterapeutów?

Na I Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii przeznaczonym dla pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych, w tym transplantacji oraz wszczepieniu urządzeń wspomagających lewą komorę serca, pracuję od 25 lat. W Klinice Kardiochirurgii zatrudniał mnie jeszcze wybitny kardiochirurg prof. Antoni Dziatkowiak, który po międzynarodowych stażach naukowych, m.in. w Texas Heart Institute, postanowił po-

łożyć duży nacisk na rehabilitację pacjentów. Chodziło o to, by usprawnianie przebiegało kompleksowo, a chorzy szybko opuszczali zarówno OIOM, jak i oddział pooperacyjny. Już na początku lat 90. XX w. fizjoterapia była w Klinice Kardiochirurgii prowadzona 6 dni w tygodniu. Gdy w 1998 r. oddano do użytku nowy budynek z OIT na 35 łóżek, prof. Dziatkowiak postanowił zwiększyć liczbę zatrudnionych fizjoterapeutów (do 20 etatów) w celu prowadzenia procesu rehabilitacji 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę. Było to podyktowane faktem, że wówczas wykonywano około 20 zabiegów operacyjnych dziennie.

Podejście z USA się sprawdziło?

I sprawdza nadal. Chodzi o to, by fizjoterapię wdrożyć możliwie jak najszybciej. Pierwszym jej etapem jest przygotowanie pacjenta do ekstubacji. Po uzyskaniu stabilizacji hemodynamicznej zostaje wyłączona sedacja i pacjent zaczyna się budzić. W odpowiednim momencie lekarz podejmuje decyzję o przełączeniu ustawień respiratora w tryb oddychania spontanicznego – wówczas fizjoterapeuta instruuje pacjenta słownie, jak właściwie zsynchronizować oddech z respiratorem, wspomaga manualnie wdech i wydech, by przygotować go do własnej pracy

oddechowej. Celem takiego postępowania jest możliwie szybkie odłączenie chorego od respiratora. Wentylacja mechaniczna jest nieodłącznym elementem postępowania pooperacyjnego. Jednak gdy się przedłuża, może nieść za sobą niekorzystne skutki np. VAP, czyli odrespiratorowe zapalenie płuc. Moment gdy pacjent budzi się zaintubowany, jest dla niego pewnym szokiem, stąd duże znaczenie ma wcześniejsze przygotowanie przedoperacyjne – ćwiczenia i omawianie czynności, które będą wykonywane w przebiegu pooperacyjnym. Mniej więcej po półgodzinnym czasie oddychania na respiratorze w trybie spontanicznym i przy spełnieniu kryteriów ekstubacji rurka dotchawicza jest usuwana. I tutaj rozpoczyna się nasza praca.

Jakie ćwiczenia wykonuje się z pacjentem po odłączeniu go od respiratora?

Wykonujemy różne formy ćwiczeń oddechowych, kontrolując przy tym parametry życiowe i poziom bólu. Na sali są pielęgniarka i lekarz, którzy w każdej chwili mogą zareagować adekwatnie do sytuacji. Celem fizjoterapii w tym okresie jest również ewakuacja wydzieliny dróg oddechowych. W czasie wentylacji mechanicznej może dochodzić do jej nadmiernego gromadzenia w związku z upośledzeniem transportu śluzowo-rzęskowego (związanego np. z dostarczaniem nieogrzonej i nienawilżonej mieszaniny oddechowej) lub jej nadprodukcji. Odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych może prowadzić do mikrouszkodzeń, a jednocześnie stanowi standardowy sposób ewakuacji. Fizjoterapia ma przeciwdziałać występowaniu tego rodzaju powikłań, stąd duży na-

cisk na szeroko pojętą terapię oddechową. Po ekstubacji trwa ona około pół godziny. Jeżeli pacjent był ekstubowany w godzinach wieczorno-nocnych, a po serii ćwiczeń jest wydolny oddechowo, może spokojnie resztę nocy odpocząć.

Jednak fizjoterapeuci na Pani oddziale pracują do późnych godzin nocnych.

Najwięcej osób na zmianie jest w ciągu dnia, gdy pacjenci poddawani są procesowi rehabilitacji. Poza terapią oddechową wykonujemy standardowe procedury fizjoterapeutyczne w postaci m.in. ćwiczeń czynnych, przeciwzakrzepowych oraz kolejnych etapów uruchamiania chorego – od przejścia z pozycji leżącej do siedzenia, a następnie pionizacji. Fizjoterapią, przy braku przeciwwskazań, objęci są również pacjenci nieprzytomni podłączeni do respiratora oraz inne osoby wymagające przedłużonej respiratoroterapii oddychające przez rurkę tracheostomijną. W ciągu tygodnia pracujemy na dwie zmiany – ranną i popołudniową – oraz jednoosobowe dyżury nocne. W weekendy mamy 24-godzinne dyżury, podobnie jak lekarze. Całodobowa obecność fizjoterapeuty ma służyć przede wszystkim możliwie szybkiej ekstubacji i przeprowadzeniu niezbędnych wówczas procedur, ale także temu, by działać od razu, gdy u któregośkolwiek z pacjentów wystąpią objawy niewydolności oddechowej. Jesteśmy w stanie to wychwycić i wspomóc pacjenta manualnie lub za pomocą odpowiednich aparatów. W takim przypadku we współpracy z lekarzem podłączony zostaje sprzęt do nieinwazyjnej wentylacji (NIV) lub wysokoprzepływowej terapii tlenem (HFNO).





Czy tak samo wygląda postępowanie z pacjentem z COVID-19?

Podczas kolejnych fal pandemii, gdy część naszego oddziału była przekształcana w covidową, wykorzystywaliśmy taki sam schemat postępowania. Pacjenci mieli zapewnioną rehabilitację siedem dni w tygodniu, dwa razy dziennie. Dotyczyło to również osób zaintubowanych i podłączonych do ECMO, choć w ich przypadku ćwiczenia były prowadzone przy braku przeciwwskazań lekarskich i ograniczone do biernych ruchów kończyn wolnych od kaniul (ze względu na możliwość ewentualnego ich przemieszczenia). W sytuacji, gdy w godzinach nocnych pacjent wymaga interwencji z zakresu rehabilitacji, dyżurny fizjoterapeuta ubiera się w kombinezon i wchodzi na odcinek covidowy. Może również stanowić wsparcie przy nagłym przyjęciu lub w sytuacjach awaryjnych, gdy pomagamy ratować życie.

Jakich?

Na przykład nagłego zatrzymania krążenia. Prowadzenie resuscy-

tacji w kombinezonie ochronnym jest wyczerpujące, więc możliwość zmiany osób w trakcie trwania procedury jest istotna. Fizjoterapeuci są przeszkoleni z udzielania pierwszej pomocy i w takiej sytuacji również biorą udział w RKO. Obecność fizjoterapeuty potrzebna jest również w przypadku zmiany pozycji ciała pacjenta z leżenia na plecach na tzw. prone position, czyli ułożenie na brzuchu.

W Pani szpitalu fizjoterapeuci wykonują czynności tradycyjnie zarezerwowane dla innych zawodów medycznych?

Tyle mówi się o niedoborach lekarzy i pielęgniarek, a przecież fizjoterapeuci mogą z powodzeniem wyręczyć ich w części czynności, szczególnie jeśli chodzi o obsługę sprzętu do wysokoprzepływowej terapii tlenem czy nieinwazyjnej wentylacji. W naszym ośrodku ściśle współpracujemy z lekarzami przy tego rodzaju procedurach. Doświadczenie i przekazywana wiedza pozwalają na wzajemne zaufanie. Jesteśmy częścią zespo-

łu terapeutycznego – spędzamy z pacjentami bardzo dużo czasu i na bieżąco przekazujemy sobie informacje o ich stanie czy postępach w rehabilitacji. W przypadku pacjentów na OIT, których stan może ulec nagłemu pogorszeniu, każda informacja dotycząca ćwiczeń, reakcji na wysiłek oraz innych obserwacji jest niezwykle ważna. Taki system sprawdza się u nas od ponad 20 lat.

Czy lekarze i pielęgniarki doceniają pomoc ze strony fizjoterapeutów?

Tak, zwłaszcza w przypadku oddziałów intensywnej terapii i covidowych. Pracujący tam lekarze i pielęgniarki widzą, jak zmienia się stan funkcjonalny pacjenta, jeśli jest on rehabilitowany 7 dni w tygodniu. W przypadku części pacjentów (w tym osób starszych, w stanie ciężkim czy z COVID-19), jeśli ćwiczenia są prowadzone od poniedziałku do piątku, a w weekend następuje przerwa, to efekty, które udało się osiągnąć dzięki fizjoterapii, zostają poniekąd zaprzepaszczone, bo w poniedziałek

trzeba cały proces rozpoczynać od nowa. System 24-godzinny pozwala na kontynuację fizjoterapii, nawet małymi krokami. Dlatego dbamy o to, by jej nie przerywać. Opieka lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty kontynuowana jest na oddziale pulmonologii, na który trafiają pacjenci po przebytym COVID-19 z OIT, a następnie w domu, jeśli pacjent spełnia kryteria włączenia do programu wentylacji domowej.

Kieruje Pani Zespołem Fizjoterapeutów pracujących na intensywnej terapii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym. Dla fizjoterapeuty to wciąż unikalna droga zawodowa...

Miałam szczęście wkroczyć na tę unikalną ścieżkę na samym początku mojej pracy, głównie dzięki prof. Dziatkowiakowi, który już w latach 90. doskonale wiedział, że sukcesem zakończona operacja to jedno, ale aby przywrócić pacjenta do normalnego funkcjonowania potrzebna jest rehabilitacja. W Stanach Zjednoczonych opieką nad pacjentem zajmują się dwa rodzaje specjalistów: tzw. respiratory therapist, czyli terapeuta oddechowy o szerokim zakresie kompetencji (w tym m.in. obsługi aparatów do wentylacji nieinwazyjnej, ale także inwazyjnej) oraz fizjoterapeuta mający za zadanie usprawnianie funkcjonalne pacjenta. W naszym szpitalu łączymy pracę terapeuty funkcjonalnego z oddechowym, oczywiście nie aż o takim szerokim zakresie jak w USA. Moje szczęście polega też na tym, że pracuję w szczególnym zespole lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, którzy chcą ze sobą współpracować i uczyć się od siebie nawzajem. Dzięki temu pomału nabywamy coraz większą wiedzę i umiejętności np. z za-





Fot. Arch. prywatne

Dr Dominika Batycka-Stachnik

doktor nauk o kulturze fizycznej, kierownik Zespołu Fizjoterapeutów Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II.

kresu obsługi różnych aparatów służących wsparciu wentylacji pacjenta. Niestety w Polsce zakres działań fizjoterapeutycznych w tym obszarze nie jest jeszcze uregulowany, ale mam nadzieję, że to się zmieni. Lekarze, którzy widzą skuteczność naszych działań oraz chęć poszerzania wiedzy skutecznie nam w tym pomagają, np. poprzez organizację wewnątrzszpitalnych szkoleń. Interdyscyplinarne spojrzenie na pacjenta możliwe jest również dzięki temu, że obecnie w trakcie specjalizacji z intensywnej terapii są lekarze innych specjalności np. kardiolodzy, pulmonolodzy.

Być może specjalizacja z intensywnej terapii powinna być także dostępna dla fizjoterapeutów?

Fizjoterapia szpitalna to fascynująca dziedzina. W przypadku intensywnej terapii mamy dostęp do specjalistycznego sprzętu i szeregu obiektywnych wyników badań. To pozwala na bardzo precyzyjną ocenę pacjenta i dostosowanie odpowiednich form postępowania. Dotyczy to również fizjoterapii. Ale należy pamiętać, że jest to też bardzo wymagająca specjalność. Wiedza oraz ciągłe doskonalenie zawodowe poprzez kursy oraz samokształcenie są tutaj niezbędne.

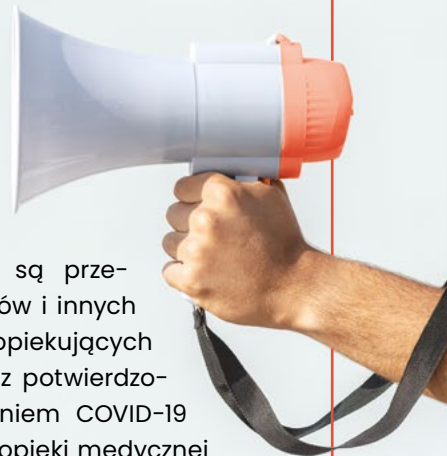
Jest Pani członkinią powołanego przez prezesa KIF prof. Macieja Krawczyka zespołu, który ma wypracować standard opieki fizjoterapeutycznej nad pacjentem w OIOM. Pani oddział może stanowić dla zespołu najlepszą inspirację.

Zasadność obecności wykwalifikowanych fizjoterapeutów na oddziałach intensywnej terapii jest bezsporna. Może przekładać się na skrócenie pobytu pacjenta w oddziale, a co za tym idzie w szpitalu. Stanowi to nie tylko realny zysk dla pacjenta (m.in. poprawia rokowanie i jakość życia), ale również dla jednostki szpitalnej z ekonomicznego punktu widzenia. Jeżeli jednak fizjoterapeuci mają być zatrudniani w OIT, dobrze, by na ich zatrudnienie były przewidziane dodatkowe środki, które pozwoliłyby także sfinansować szkolenie. Dzięki temu, że kilka ośrodków w Polsce zatrudnia fizjoterapeutów na wspomnianych oddziałach i ma już wypracowane pewne ścieżki działania, łatwiej jest stworzyć standard, który mógłby obowiązywać w innych miejscach.

**Rozmawiała
Karolina Kowalska**



Fizjoterapia pacjentów z covidem – nowe zalecenia



World Physiotherapy na początku 2022 r. opublikowała uaktualnioną wersję wytycznych w zakresie prowadzenia fizjoterapii pacjentów z COVID-19 w warunkach szpitalnych. Dokument przetłumaczono na 17 języków, polską wersję przygotował zespół Działu Międzynarodowego KIF.

W dokumencie zawarto opis strategicznego zarządzania personelem medycznym na oddziałach intensywnej terapii (OIOM), wytyczne dotyczące stosowania środków ochrony indywidualnej oraz szczepień, a także zasady edukacji klinicznej. Pojawiły się także zalecenia dotyczące powrotu do zdrowia po COVID-19, w tym roli, jaką może odegrać fizjoterapia w leczeniu zespołu pocowidowego.

Zaktualizowane wytyczne są przeznaczone dla fizjoterapeutów i innych zainteresowanych osób opiekujących się dorosłymi pacjentami z potwierdzoną chorobą lub podejrzeniem COVID-19 w warunkach intensywnej opieki medycznej i nie tylko. Warto zwrócić uwagę, że zawarte w wytycznych informacje mogą być także przydatne dla zarządzających oddziałem intensywnej terapii, którzy poszukują danych dotyczących strategii zarządzania interwencjami fizjoterapeutycznymi oraz odpowiednio wykwalifikowanym personelem tak, aby utrzymać płynność i ciągłość zabiegów w OIOM.

Zapraszamy do zapoznania się z polską wersją dokumentu:

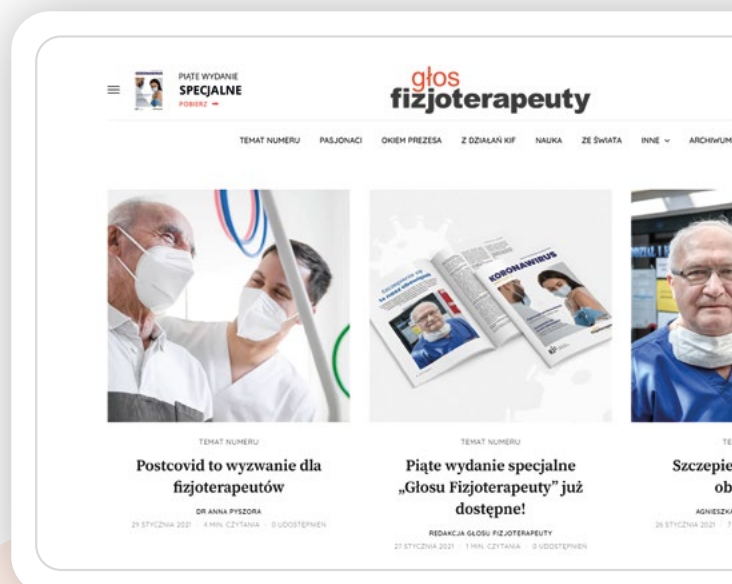
<https://kif.info.pl/aktualizacja-zalecen-w-zakresie-prowadzenia-fizjoterapii-pacjentow-z-covid-19-w-warunkach-szpitalnych/>

głos fizjoterapeuty

ONLINE

- > Codziennie uzupełnienie miesięcznika „Głos Fizjoterapeuty”
- > Najświeższe informacje dotyczące naszego zawodu w Polsce i na świecie
- > Aktualnie prawie 420 artykułów oraz 24 pełne i darmowe wydania miesięcznika
- > **NOWOŚĆ** – serwis z ogłoszeniami o pracę (ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl)

glosfizjoterapeuty.pl





O KONIECZNYM I NIECHCIANYM DOTYKU

„Dla fizjoterapeutów dotyk ma wymiar medyczny, czasami niemalże techniczny. Dla pacjentów nie jest to już zawsze tak jednoznaczne” – pisze we wstępie do tego numeru „GF” Maciej Krawczyk. Ta różnica w podejściu i niezrozumienie, jaka jest rola fizjoterapeuty, bywa podstawą problemów, jakie mogą się pojawić między nami a pacjentami. Ale nie tylko to, bo – jak wspomina seksuolog Michał Lew-Starowicz – „nad emocjami nie jesteśmy w stanie w pełni zapanować”. Zarówno pacjent w stosunku do fizjoterapeuty, jak i fizjoterapeuta w stosunku do pacjenta, może poczuć pożądanie czy się po prostu zakochać. Co wtedy robić? Jak reagować? Jakie są nasze obowiązki jako profesjonalistów, ale i niezbywalne prawa? Poza wspomnianymi prezentujemy obszerną analizę prawną przygotowaną przez Dział Prawny KIF oraz stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta.



Stawianie granic – życzliwie, ale stanowczo

O tym, jak reagować, gdy pacjent zaczyna żywić uczucia wobec fizjoterapeuty lub fizjoterapeuta wobec pacjenta – radzi prof. CMKP dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz, psychiatra, seksuolog, psychoterapeuta.

Do zdarzeń sprzyjających nawiązaniu kontaktu uczuciowego czy erotycznego łatwiej dochodzi w sytuacjach intymnych, które są powtarzalne i trwają odpowiednio długo. Takim przykładem może być np. zakochiwanie się pacjentów w psychoterapeutach, gdzie intymność nie ma charakteru fizycznego, ale występuje na poziomie kontaktu werbalnego i emocji. Kontakt cielesny, jaki ma miejsce w przypadku fizjoterapii, może sprzyjać takim zachowaniom poprzez budzenie pewnych skojarzeń. To specyficzna sytuacja. W trakcie działań terapeuty bardzo często pacjent jest częściowo roznegliżowany, a w jego głowie granica między masażem leczniczym, relaksacyjnym a erotycznym może być bardzo cienka. Tym bardziej gdy terapia wymaga pracy w okolicach szeroko pojętej miednicy czy górnej partii nóg. Dotyczy to szczególnie fizjoterapii uroinekologicznej.

Stawianie granic

Pacjent może nie znać specyficznych zasad pracy profesjonalisty, czy to będzie psychoterapeuta, seksuolog, czy fizjoterapeuta. Może mieć różne wyobrażenia na ten temat. To po stronie profesjonalisty stoi pilnowanie granic, które z jednej strony pozwalają na zajęcie się pacjentem z życzliwością, a z drugiej są jasno określone. Szczególnie w momencie, gdy pacjent próbuje je przekroczyć. Fizjoterapeuta skupiony na swojej pracy może nie zwracać uwagi na

pewne drobne sygnały. Czujność heteroseksualnego fizjoterapeuty może być szczególnie uśpiona w przypadku pacjenta tej samej płci.

Odpowiednia reakcja wymaga asertywności – umiejętności pokazania w sposób uprzejmy, ale i stanowczy, że jest to relacja terapeutyczna, lecznicza i inne rodzaje kontaktów nie wchodzą w grę. Ważna jest samoświadomość fizjoterapeuty, pełen profesjonalizm, który łączy się z umiejętnością utrzymania granic, dystansu, unikania zachowań prowokacyjnych. Profesjonalizm terapeuty dotyczy także jego ubioru, który nie powinien być w żaden sposób wyzywający. Z drugiej strony, wygląd czy ubiór mogą być oceniane przez pacjentów subiektywnie i nie oznaczają zgody na przekraczanie granic w relacji terapeutycznej. Dotyczy to zresztą sytuacji zarówno w gabinecie, jak

To po stronie profesjonalisty stoi pilnowanie granic, które z jednej strony pozwalają na zajęcie się pacjentem z życzliwością, a z drugiej są jasno określone

**Istotne byłoby położe-
nie nacisku na szko-
lenie fizjoterapeutów
w trakcie studiów lub
podyplomowo w za-
kresie tych zasad tak,
aby mogli świadomie
wyznaczać granice,
dbać o swoje bezpie-
czeństwo, ale zachow-
wać życzliwość wobec
pacjentów**

i w życiu prywatnym. Odmowa powinna być zawsze akceptowana. Osoba udzielająca pomocy, w tym świadczenia medycznego, ma prawo do robienia tego w warunkach dla siebie bezpiecznych i z poszanowaniem godności. Ma prawo wyrazić sprzeciw na pogwałcenie swoich podstawowych praw i wolności, w tym seksualnej.

Koniec terapii?

Ciężko jest odgórnie narzucić wszystkim przedstawicielom danego zawodu tych samych ram współpracy z klientem. Posłużę się ponownie przykładem z mojego środowiska, który prawdopodobnie można odnieść także do Państwa profesji. Jednym z zagadnień dotyczących relacji między psychoterapeutą a pacjentem jest decyzja, jak się do siebie zwracać. Większość psychoterapeutów jest ze swoimi pacjentami na pan/pani, ale niektórzy preferują zwra-

canie się do siebie po imieniu, jeśli obie strony wyrażają na to zgodę. Dla niektórych osób propozycja przejścia „na ty” może być uznana za zaproszenie do bliższej relacji. W języku angielskim jest to mniej kłopotliwa sprawa niż w polskim. Język wiele implikuje w relacjach, ale nie jest jedynym sposobem zaznaczania granic. Można je zachować także z osobą, z którą jesteśmy po imieniu.

Jeżeli klient zaczyna żywić uczucia w stosunku do swojego psychoterapeuty, nie oznacza to, że terapia musi zostać definitywnie przerwana. Musi to jednak zostać dokładnie omówione, często przeanalizowane jako jeden z etapów w terapii. Jednocześnie należy wyraźnie zaznaczyć, że relacja nie może wykraczać poza psychoterapię. Dalsza współpraca wymaga oczywiście czujności specjalisty i odpowiedniej reakcji, gdy kontynuowanie spotkań będzie niekorzystne dla psychiki pacjenta.

Gdy zakochuje się terapeuta

Możemy mieć także do czynienia z sytuacją odwrotną, gdy to fizjoterapeuta czy psychoterapeuta doświadcza uczuć romantycznych lub pożądania seksualnego wobec pacjenta. Takie sytuacje mogą się zdarzyć w każdym kontakcie międzyludzkim, nad emocjami nie jesteśmy w stanie w pełni panować. Psychoterapeuci są dość dobrze wyposażeni w narzędzia umożliwiające weryfikowanie na bieżąco swoich uczuć do klienta, przechodzili terapię własną i podlegają superwizji, która bardzo

w takich sytuacjach pomaga. Jeśli psychoterapeuta zakochuje się w pacjencie, najczęściej oznacza to zakończenie terapii. Powszechnie uznawaną zasadą jest zakaz nawiązywania związków romantycznych i seksualnych z pacjentami nie tylko w trakcie terapii, ale także przez dłuższy czas po jej zakończeniu. Wynika to m.in. z tego, że taka relacja jest nierówna. Pacjent może mieć wyidealizowany obraz psychoterapeuty, ma poczucie zaopiekowania i wsparcia. Taką sytuację łatwo można wykorzystać, co byłoby nadużyciem. Domyślam się, że w przypadku relacji z fizjoterapeutą, który pomaga, okazuje troskę, uśmierza fizyczny ból, przywraca sprawność – może być bardzo podobnie.

Psychoterapeuci zawsze mogą oprzeć się na zawodowym kodeksie etycznym, którego stworzenie jak najszybciej zalecałbym także fizjoterapeutom. Taki dokument określałby m.in. ramy i granice w relacji fizjoterapeuty z pacjentem, co jest dopuszczalne, a co nie. Fizjoterapeuta także powinien mieć możliwość omówienia swoich uczuć i trudności w relacji z pacjentem z odpowiednio wykwalifikowanym superwizorem. Istotne byłoby położenie nacisku na szkolenie fizjoterapeutów w trakcie studiów lub podyplomowo w zakresie tych zasad tak, aby mogli świadomie wyznaczać granice, dbać o swoje bezpieczeństwo, ale zachować życzliwość wobec pacjentów.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Prof. CMKP dr hab. n. med. Michał Lew-Starowicz

Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Pracuje w Centrum Terapii Lew-Starowicz oraz jako kierownik Kliniki Psychiatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w warszawskim Szpitalu Bielańskim. Autor i współautor kilkudziesięciu artykułów w czasopismach naukowych oraz wielu książek naukowych i popularnonaukowych.



Jak reagować na nieobyczajne zachowania pacjentów

Z uwagi, iż mamy do czynienia z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, fizjoterapeuta nie powinien od razu zaniechać wykonania zabiegu i wyprosić pacjenta z gabinetu. To jest ostateczność.

W swojej pracy fizjoterapeuci spotykają się z różnymi zachowaniami pacjentów. Na jednym końcu mamy osoby agresywne, które z powodu choroby, frustracji, niezadowolenia z działania systemu czy też próbując wymusić określone postępowanie medyczne, zachowują się w sposób niemiły, używają słów obraźliwych, a czasem nawet atakują fizycznie. Na drugim końcu są zaś pacjenci, dla których zaciera się granica relacji fizjoterapeuta-pacjent i starają się doprowadzić do pogłębienia stosunków, zachowują się „nieobyczajnie”¹. Jak można sobie radzić w takiej sytuacji?

Zanim przejdę do omówienia możliwości prawnych, należy wskazać na konieczność wyczerpania drogi polubownej. Z uwagi, iż mamy do czynienia z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, fizjoterapeuta nie powinien od razu zaniechać wykonania zabiegu i wyprosić pacjenta z gabinetu. To jest ostateczność,

którą należy poprzedzić poinformowaniem pacjenta o jego niestosownym zachowaniu i grożących mu z tego powodu konsekwencjach. Poniższa procedura nie wynika z przepisów ani ogólnie przyjętych praktyk. Stanowi raczej głos w dyskusji i mam nadzieję, że pozwoli na wypracowanie rozwiązań, które zostaną wdrożone w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Regulamin

Po pierwsze odpowiedni zapis powinien znaleźć się w regulaminie organizacyjnym, w którym zostanie określone, kiedy podmiot wykonujący działalność leczniczą ma prawo odmówić udzielenia świadczenia, w tym wskazanie na możliwość odmowy albo odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku agresywnego bądź nieobyczajnego zachowania pacjenta.

¹Jak wskazuje się w doktrynie za czyn nieobyczajny należy uznać zachowanie, które odbiega od przyjętych i obowiązujących w danych okolicznościach norm zachowania się. Nieobyczajny to inaczej niezgodny z dobrymi obyczajami, niemoralny, nieprzystojny, niestosowny.



Po drugie warto rozważyć wprowadzenie monitoringu pomieszczeń ogólnodostępnych z objęciem wejścia do gabinetu tak, aby istniała możliwość nagrania takiego zachowania już w tym miejscu. Pamiętać należy, że w samym gabinecie kamera jest niedozwolona.

Jeśli powyższe nie wystarczy, warto zabezpieczyć się w postaci obecności innego pracownika podczas wizyty (przede wszystkim fizjoterapeuty czy masażysty), ale może do tego dojść tylko za zgodą pacjenta. W innym przypadku (np. prowadzenia indywidualnej praktyki), gdy pacjent nadal będzie zachowywał się niestosownie, należy rozważyć przerwanie zabiegu i poinformowanie pacjenta, że z uwagi na jego zachowanie nie ma możliwości kontynuowania zabiegu. Fakt ten, z opisem sytuacji, należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Przy szczególnie uciążliwym zachowaniu zalecane jest pisemne powiadomienie pacjenta o tym, że narusza on ogólnie przyjęte normy zachowania i dobra osobiste fizjoterapeuty (jeżeli jest to możliwe ze

wskazaniem odpowiedniego zapisu w regulaminie) i jeżeli sytuacja się powtórzy, to fizjoterapeuta odstąpi od udzielania świadczenia i pacjent nie zostanie przyjęty na kolejną wizytę. Kopię pisma należy zachować w dokumentacji pacjenta.

W przypadku większych podmiotów, gdzie w strukturze jest koordynator fizjoterapeutów, o sprawie należy poinformować przełożonego, który powinien wyznaczyć innego fizjoterapeutę na osobę prowadzącą i poinformować o tym fakcie pacjenta. Jeżeli takiej osoby nie ma – poinformować pisemnie o możliwości odmowy udzielania świadczeń, jeżeli nieobyczajne zachowanie będzie się powtarzało, czyli wdrożyć już wcześniej opisaną procedurę.

Droga prawna

Oprócz powyższych zabezpieczeń fizjoterapeuta ma prawo bronić się przed takim zachowaniem na drodze cywilnej, a czasem nawet karnej, jeżeli dojdzie do popełnienia przestępstwa. Według art. 23 Kodeksu cywilnego do dóbr osobistych człowieka zalicza się w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, wizerunek. Zgodnie z art. 24 fizjoterapeuta może żądać zaniechania tego działania, usunięcia skutków (np. poprzez złożenie przez pacjenta oświadczenia o wskazanej treści i w odpowiedniej formie, złożenia przeprosin), a nawet może żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. W skrajnych przypadkach poszkodowany może zgłosić przestępstwo, np. z art. 212 (pomówienie innej osoby), art. 216 (znieważenie) czy art. 217 (naruszenie nietykalności cielesnej).

Działania te wymagają zebrania materiału dowodowego, wskazania świadków, którzy mogliby potwierdzić niestosowne zachowanie pacjenta (współpracowników czy pacjentów oczekujących w poczekalni), a także konfrontacji z pacjentem. To oraz długi czas prowadzenia postępowań, powodują, że najczęściej osoby wykonujące zawód medyczny rezygnują z tych ścieżek i wolą zapomnieć o zaistniałej sytuacji, a osoby naruszające dobra osobiste fizjoterapeutów pozostają bezkarne.



dr nauk prawnych Dobrawa Biadun
Radca prawny współpracujący z KIF

Czy fizjoterapeuta może odmówić pacjentowi świadczeń leczniczych?

O wypowiedź na to pytanie poprosiliśmy Bartłomieja Łukasza Chmielowca, Rzecznika Praw Pacjenta.

Zgodnie z art. 10 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ – pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Wprawdzie ww. przepis dotyczy lekarza niemniej w przypadku, gdy świadczeń zdrowotnych udziela fizjoterapeuta, można się nim posłużyć. Niewątpliwie sytuacja, w której pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia (albo życia lub zdrowia innych osób) stanowi przesłankę odstąpienia od udzielania świadczeń zdrowotnych.

Należy wspomnieć, że w tej sytuacji istotna jest też treść regulaminu organizacyjnego placówki. Każdy jej kierownik powinien w nim wskazać jasne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, w tym również okoliczności odmowy dalszego udzielenia świadczeń.

Do Rzecznika Praw Pacjenta wpływają skargi dotyczące sytuacji przerwania udzielania świadczeń przez fizjoterapeutów (w 2021 r. było ich kilkadziesiąt), niemniej nie odnotowaliśmy, żeby któraś z tych skarg dotyczyła nadużyć seksualnych. W ostatnim czasie główną przyczyną była epidemia COVID-19 i konieczność zawieszenia udzielania świadczeń zdrowotnych. Były też zgłaszane problemy z rejestracją i dostępnością do rehabilitacji leczniczej.

¹ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 849

Bartłomiej Łukasz Chmielowiec



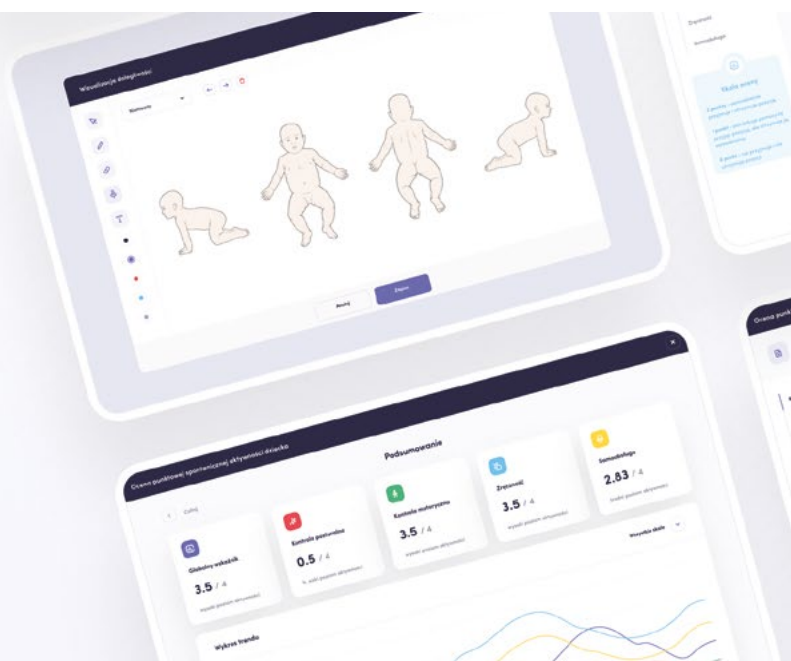
Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta, radca prawny, wcześniej dyrektor w MSWiA. Pracował też w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Biurze Rzecznika Finansowego. Urząd RPP sprawuje od 30 października 2017 r.



NOWOŚĆ

**Moduł pediatryczny
jest już dostępny!**





Fot. Malwina de Brade

Od rycerza do fizjoterapeuty

WARTO MIEĆ KUMPLA FIZJOTERAPEUTĘ. ZAWSZE PORATUJE PRZY DROBNEJ KONTUZJI, GDY PRZESADZIMY Z BIEGANIEM, SIEDZENIEM PRZY KOMPUTERZE CZY ZBYT ZAWZIĘTYM MACHANIEM XVII-WIECZNĄ SZABLĄ, OD CZEGO BOLĄ NAS NADGARSTKI. A W WOLNYM CZASIE JESZCZE USZYJE NAM ŻUPAN – JAK MICHAŁ BARAŃSKI Z WARSZAWY.

– Miałem 12 lat i chciałem zostać rycerzem – zaczyna swoją historię Michał Barański. To chłopięce marzenie było na tyle silne, że nie zostało zamienione na bycie rycerzem Jedi lub policjantem, ale zaprowadziło go na spotkania grupy trochę starszych od niego nastolatków, którzy rekonstruowali działania bractwa rycerskiego opartego na regule cysterskiej z XIII w. – To były treningi rycerskie, czyli najpierw ćwiczenia jak na zwykłym WF, a potem naparzanie się mieczami. Szybko się wciągnąłem. Po jakichś trzech-czterech latach grupa się rozpadła, bo wszyscy koledzy postanowili zostać prawnikami. Poza mną wszyscy poszli w tym kierunku. A ja zacząłem się bardziej interesować XVII wiekiem.

Halabarda, koń i husaria

Rekonstruktor zajmujący się tym okresem musi posiadać konkretne umiejętności. Po pierwsze, posługiwać się bronią białą, np. szablą, mieczem czy bardziej wymyślnym narzędziem jak halabarda. Michał najczęściej podczas rekonstrukcji używa szabli. Jak podkreśla, dobrych nauczycieli, którzy nauczą jej używać dobrze i bezpiecznie, jest w Polsce niewielu. Tak jak osób, które są w stanie wykonać broń będącą wierną repliką tej z interesującego nas okresu.

Pozostałe niezbędne umiejętności to łucznictwo, użycie broni palnej czarnoprochowej (na którą nie potrzeba zezwolenia). – Największym problemem staje się jazda konna, która jest kosztowna, cała husaria jest droga. Oczywiście brak tej umiejętności nie wyklucza z uczestnictwa w rekonstrukcjach, ale przecież nikt nie chce być w piechocie! – śmieje się Michał. Ale przyznaje, że świetnym jeźdźcem nie

jest, szczególnie w porównaniu ze znajomymi trenującymi kilka razy w tygodniu. Sam zaczął się uczyć jazdy konnej dopiero na studiach. W piątki wyjeżdżał na cały weekend z Warszawy pod Tarnów, gdzie uczył go jeden z najlepszych specjalistów od jazdy westernowej w Polsce – podczas rekonstrukcji bitwy nie chodzi przecież o spokojną przejażdżkę, to dość wymagająca aktywność.

Szkaplerz, habit, wykrój

Poza tymi najważniejszymi kompetencjami mogą zawsze przydać się też dodatkowe. W przypadku Michała jest to krawiectwo.

– Jakies pół roku po tym, jak dołączyłem do tej pierwszej grupy, mieliśmy jechać pod namiot na wyjazd rekonstrukcyjny. Potrzebowałem stroju, którego nie miałem. A ponieważ nie było, gdzie go zdobyć, trzeba było go sobie uszyć. Kolega, który miał wtedy 17 lat, najpierw powiedział, jakie materiały rodzice mają kupić, a potem pokazał mi najprostsze ściegi i uszył jedną nogawicę. Drugą już zrobiłem sam. Uszyliśmy jeszcze habit, szkaplerz i mój pierwszy strój był gotowy.

Już wtedy w internecie było sporo dostępnych wykrojów i instrukcji, jak przygotować kostium zgodnie z wymogami danej epoki, np. na podstawie staropolskich rycin. Według Michała stroje do XV w. nie są problematyczne, kroje nie były wtedy zbyt skomplikowane (chyba że komuś zamarzy się zbroja, a w pobliżu brak kuźni...). Im później, tym potrzeba większych umiejętności i doświadczenia, pojawiają się krzywizny, różne długości i modele.



Fot. FB @TrylogiaKrawiecka





Fot. FB @TrylogiaKrawiecka

Kołpak, żupan, żakard

Odkrywanie tych niuansów i szycie coraz bardziej zdobnych strojów nie tylko sprawiało mu przyjemność, ale i było doceniane przez znajomych z rekonstrukcji.

– Zaczęło się od kolegi, który zapytał, czy nie uszyłbym mu stroju. Stwierdziłem, że czemu by nie, mogę spróbować, ale efektu nie gwarantuję – wspomina pierwsze zamówienie. – Potem odezwała się koleżanka, a następnie inny znajomy i kolejny, i kolejny. Początkowo traktowałem to jako okazję do podciągnięcia swojego warsztatu, nie brałem za robotę pieniędzy. Po jakimś czasie, gdy czułem się już pewniej, zacząłem szyc odpłatnie, ale traktowałem to jako hobby, któremu poświęcam się od czasu do czasu.

Nowi znajomi zawsze robią duże oczy, gdy Michał opowiada, że umie szyc na maszynie (ręcznie zresztą też). Zna się na ściegach, odróżnia rodzaje nici, szył kołpaki, żupany, suknie. Wie, jak wybrać odpowiedni materiał na spódnicę, gdzie kupić wełnę, jedwab czy żakard oraz ocenić, czy dany wzór mógł wystąpić na stroju z drugiej połowy XVII wieku...

Pytany o możliwości uszycia ubrania z tego lub choć z minionego wieku odpowiada: – Wziąłem się kiedyś za marynarkę, ale wciąż jej nie skończyłem. Za mało jest informacji wolno dostępnych, żebym był zadowo-

lony ze swojej wiedzy i późniejszych efektów. Nigdy nie uczęszczałem na kursy krawieckie. Podglądałem znajomych, korzystałem z informacji w książkach i internecie. Na większe zaangażowanie od dawna nie mam już czasu – za bardzo kocham swoją pracę.

Masaż, neurologia, człowiek

Szpital zawsze mu się dobrze kojarzył. Tak jak tata chciał być lekarzem, najlepiej kardiochirurgiem lub ortopedą. Taki pomysł na przyszłość miał od gimnazjum, ale matura zweryfikowała plany – nie poszła tak dobrze, jak chciał. Nie poddawał się jednak, stwierdził, że spróbuje ją poprawić. Żeby nie marnować roku, zapisał się do dwuletniej szkoły przygotowującej do zawodu masażysty. – Po pół roku już wiedziałem, że to jest to, że od tej strony chcę pracować z człowiekiem. Bardzo dużo się tam nauczyłem, zdobyłem świetne podstawy. Nie spodziewałem się, że będzie tak dobry poziom i dzięki wykładowcom odkryję dla siebie nową drogę.

Po zdobyciu uprawnień złożył papiery na akademię medyczną – bez wahania wybrał fizjoterapię i porzucenia planów o byciu lekarzem nigdy nie żałował. – Najbardziej „kupiło” mnie to, ile czasu spędzam z pacjentem. To nie kilkuminutowa konsultacja lekarska czy szybkie wypisanie recepty i „do widzenia”. Jako

fizjoterapeuta poświęcam pacjentowi minimum pół godziny. W tym czasie da się zrobić porządny wywiad i zaplanować terapię.

Dla Michała ważne było także to, że pomagać mógł po trzech latach, gdy tylko zdobył tytuł licencjata, a pierwszych pacjentów przyjmował już po zdobyciu uprawnień masażysty. Jako lekarz nie miałyby takich możliwości, na pierwszego pacjenta czekałby o wiele dłużej, o samodzielności w decydowaniu o terapii nie mówiąc. – Przyznaję, że pierwszego pacjenta teraz już nie kojarzę, ale za to świetnie pamiętam to uczucie, gdy zaczęli do mnie przychodzić cierpiący ludzie, a ja czułem ogromną radość, że będę mógł im pomóc.

Przyjmuje potrzebujących z różnymi dolegliwościami, ale najwięcej jego pacjentów to osoby z problemami neurologicznymi, np. po udarach. – O rany, jak ja na studiach kłamię na tę neurologię! Zawsze powtarzałem, że po studiach nie chcę mieć z nią więcej nic wspólnego – tak dała mi w kość. A tu proszę, teraz mnie zachwyca!

Szabla, nadgarstek, satysfakcja

Jego umiejętności medyczne przydają się także na polu walki... oczywiście tym rekonstrukcyjnym. Choć uczestnicy dbają o bezpieczeństwo, zabezpieczenie medyczne zawsze może się przydać. Michał uspokoja, że broń, której używa się podczas rekonstrukcji walk czy treningów, jest tępą, co jest zgodne z historyczną poprawnością, a nie tylko kwestią bezpieczeństwa. Broń zastrzona po prostu o wiele szybciej się niszczy i zużywa, więc nawet przed wiekami na co dzień była tępą – oczywiście nie licząc walki. Mimo to niewielkie skaleczenia mogą się przytrafić, ale nie tylko one.

– Miecz, którym kiedyś często walczyłem, ważył 1,2 kg. Szable są raczej lżejsze, choć to zawsze kwestia np. liczby ozdób. Standardowa waga to ok. 650 gram, co może nie wydaje się dużym ciężarem, ale po godzinie czy półtorej machania szablą nadgarstki potrafią naprawdę boleć. Kolega fizjoterapeuta jest wtedy wyjątkowo lubiany.

W ciągu ostatnich dwóch lat liczba pokazów rekonstrukcyjnych została mocno zredukowana z powodu pandemii. Ponieważ wytyczne sanitarne często się zmieniają, ciężko jest zaplanować taką imprezę. Mniej jest też samych spotkań i treningów oraz zmniejszyło się zapotrzebowanie na nowe stroje. Mi-

chał jednak przyznaje, że choć to wciąż bliski jego sercu sposób spędzania czasu, teraz i tak chce bardziej skupiać się na rozwoju zawodowym i swoich pacjentach. Zaangażowaniu sprzyja zespół, z którym pracuje w Klinice rehabilitacji „Międzylesie” Orpea.

– W pracy nawzajem się nakręcamy, uczymy od siebie. Ktoś pójdzie na szkolenie, to potem opowiada reszcie, czego się dowiedział. Nie trzymamy wiedzy tylko dla siebie, dobro pacjentów jest dla nas najważniejsze. W fizjoterapii tyle się dzieje, to nas motywuje – opisuje swoich współpracowników. – Satysfakcja z pomagania drugiej osobie, która przy twoim wsparciu staje na nogi, może się podnieść czy wrócić do sportu – jest niesamowitym uczuciem. Nie wiem, czy kiedykolwiek mi się to znudzi. Na razie jest ekstra!



Fot. FB @TrylogiaKrawiecka

PODZIEL SIĘ SWOJĄ PASJĄ!

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

Kontakt: redakcja@kif.info.pl

Czym się skończy krótkowzroczność urzędników?

Czy Ministerstwo Zdrowia i NFZ chcą doprowadzić do całkowitej komercjalizacji pozaszpitalnych świadczeń fizjoterapii? Od 1 lutego obowiązują nowe wyceny, które uderzają zwłaszcza w rehabilitację domową, ale w ogromnym stopniu również w ambulatoryjną. Fizjoterapeuci protestują, ale chcą również przeorganizować siły, tak by na bardziej partnerskich zasadach prowadzić rozmowy z urzędnikami i decydentami.

1 lutego zaczęło obowiązywać nowe zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów na rehabilitację leczniczą. Jego projekt został opublikowany w grudniu, w trakcie konsultacji napłynęło ponad 1,1 tys. uwag – jednak zdecydowana większość postulatów została przez płaćnika zignorowana.

Wyceny oderwane od rzeczywistości

Warto spojrzeć na konkretne rozwiązania i ich konsekwencje. W zarządzaniu, w porównaniu z projektem, doprecyzowano m.in. zasady fizjoterapii domowej pod jednym adresem i w jednym dniu dla kilku pacjentów – to istotne w przypadku świadczeń realizowanych na przykład dla pensjonariuszy DPS-ów. Zgodnie z nim, dla pierwszego świadczeniobiorcy sprawozdawany jest produkt rozliczeniowy „Fizjoterapia realizowana w warunkach domowych pierwsze 30 minut”, a dla pozostałych świadczeniobiorców lub

dla kolejnych świadczeń u pierwszego świadczeniobiorcy – produkt „Fizjoterapia realizowana w warunkach domowych kolejne 30 minut” lub „Fizjoterapia realizowana w warunkach domowych kolejne 15 minut”.

Ten ostatni to nowo dodany produkt, wyceniony na ok. 15 zł (niecałe 15 punktów, za które płaci się w zależności od regionu od 0,75 do 1,15 zł). – Jeszcze kilka lat temu wycena punktu w Wielkopolsce wynosiła 1,15 zł, w tej chwili – pomimo inflacji, coraz wyższych kosztów utrzymania, ustawowych gwarancji minimalnych wynagrodzeń pracowników – jest w granicach jednego złotego – podkreśla Michał Śliwiński, fizjoterapeuta i współwłaściciel Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Rehabilitacyjnej w Koninie, dodając, że tak duże zróżnicowanie wyceny punktu nie ma żadnego uzasadnienia merytorycznego. – Różnice w kosztach funkcjonowania placówek nie są w Polsce, pomiędzy poszczególnymi województwami, aż tak ogromne.

Tomasz Niewiadomski, wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów ds. świadczeń gwarantowanych, podkreśla, że wyceny w obszarze fizjoterapii i rehabilitacji przez trzydzieści lat były na bardzo niskim poziomie, a decyzje, jakie zostały podjęte w ostatnim czasie, oznaczają wręcz ich dalszą obniżkę. Dotyczy to przede wszystkim fizjoterapii domowej, ale i wyceny świadczeń udzielanych ambulatoryjnie podniesiono tylko symbolicznie. – To nadal są kwoty daleko niewystarczające. Świadczenia były przez lata niedofinansowane bardzo, teraz pozostają nadal niedofinansowane, tylko odrobinę mniej. Wzrosty są niższe niż poziom inflacji – podkreśla.

Fizjoterapeuci od dawna postulują, by rozliczenia z NFZ były oparte o czas pracy z pacjentem, by mogli oni dobierać procedury najbardziej efektywne dla pacjenta. Płatnik trzyma się jednak katalogu procedur. Efekt? – Jeśli chodzi o fizjoterapię domową, przed zmianami można było otrzymać 80–120 zł, po zmianie wycen będzie to ok. 70–80 złotych, niekiedy mniej. Tymczasem na rynku komercyjnym to stawka za ułamek godziny pracy fizjoterapeuty, a i to chyba jedynie tylko w części województw, w których średnie zarobki są niższe. Gdzie w tej wycenie jest transport, gdzie pieniądze dla świadczeniodawcy, który ponosi koszty działalności placówki? Wyceny są zupełnie oderwane od rzeczywistości – podkreśla Tomasz Niewiadomski.

Poniżej stawek rynkowych

Jaka wysokość wycen uwzględniałaby rzeczywistość? Organizacje zrzeszające fizjoterapeutów – Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Fizjoterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii, Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska – proponują, by 30 minut bezpośredniej (indywidualnej) fizjoterapii kosztowało 110 zł, fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych – 80 zł, a prowadzona w warunkach domowych – 166 zł (pierwsze 30 minut). Warto zauważyć też, jak duże różnice są między stawkami, jakie płaci Fundusz, a tymi, które obowiązują na wolnym rynku. Gdy za zabieg fizykalny NFZ będzie płacił 5,27 zł, prywatnie cena tego samego zabiegu to średnio 20 zł. Gdy za pół godziny rehabilitacji NFZ zapłaci ok. 38 zł, prywatnie – w zależności od regionu i charakteru terapii – pacjent musi wydać od 80 zł do 150 zł.

Nie jest tajemnicą, że stawki płacone przez NFZ we wszystkich obszarach świadczeń, nie tylko w fizjoterapii, są poniżej stawek rynkowych – to oczywiste i do pewnego momentu zrozumiałe. Problem zaczyna się wtedy, gdy te widełki rozchodzą się za bardzo, a jednocześnie popyt na świadczenia rośnie. Konsekwencją jest komercjalizacja całych sektorów świadczeń zdrowotnych – tak stało się najpierw w przypadku stomatologii, ginekologii, potem większości specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, i to bynajmniej nie tylko w wielkich i zamożnych miastach, o czym świadczą choćby dane Głównego Urzędu Statystycznego. Zgodnie z nimi od wielu lat obserwować można kurczącą się, mniej lub bardziej gwałtownie, liczbę specjalistycznych poradni i gabinetów lekarskich, działających w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W ostatnim okresie najbardziej dramatycznie widać to w obszarze psychiatrii.

Krótkowzroczne decyzje

Michał Śliwiński nie ukrywa, że właśnie takiego scenariusza się obawia również dla fizjoterapii, przynajmniej ambulatoryjnej i domowej. – Tak nie powinno być, bo ludzie, którzy przez całe życie płacą składki, mają prawo, w razie choroby czy urazu, do rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych – podkreśla. – W większości krajów rozwiniętych rehabilitacja, która pozwala wrócić lub przyspiesza powrót do aktywności zawodowej czy samodzielności po udarach, zawałach, wypadkach etc. jest traktowana priorytetowo, bo przekłada się na korzyści ekonomiczne, a na pewno odciąża państwo od konieczności finansowania świadczeń z ubezpieczenia społecznego.

Problemem w Polsce jest niedostatek takiego całościowego spojrzenia, ale też podejmowanie decyzji krótkowzrocznych, wręcz stojących w sprzeczności z deklarowanym kierunkiem zmian w ochronie zdrowia. Jak inaczej rozumieć zapowiedzi zwiększania wycen świadczeń fizjoterapii udzielanej w warunkach szpitalnych (przy jednoczesnych faktycznych obniżkach dotyczących świadczeń domowych i ambulatoryjnych), gdy od lat mówi się, że jednym z celów powinno być zapewnienie jak najszerzego i najbardziej kompleksowego leczenia – poza szpitalami, z dala od nich?

Jaki może być skutek polityki MZ i NFZ? – Bardzo wielu świadczeniodawców będzie się wycofywać z rehabilitacji domowej, bo staje się ona zupełnie nieopłacalna. Nie zrezygnują z niej zupełnie, bo jest potrzebna do utrzymania kontraktu z NFZ, ale będą

ją realizować tylko w minimalnym zakresie. Organizacje pacjenckie już sygnalizują, że w wielu miejscach fizjoterapia domowa została zredukowana nawet o 90 procent, a mówimy o osobach, które są w najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej – ciężko niepełnosprawne dzieci i osoby starsze, niemobilne i często niemające szans na dotarcie na rehabilitację w trybie ambulatoryjnym – informuje Tomasz Niewiadomski.

Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że wszystkie wyceny świadczeń Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oparła na ankietach od świadczeniodawców. To prawda, ale – jak podkreślają przedstawiciele środowiska – te ankiety były zbierane w 2019 roku, a więc w zupełnie innej rzeczywistości niż ta z początku 2022 roku. „Po drodze” były kolejne nowelizacje ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników ochrony zdrowia, pandemia COVID-19 (nie pozostała bez wpływu na koszty świadczenia usług zdrowotnych, doszła choćby konieczność zapewnienia środków ochrony indywidualnej, ale to wcale nie-jedyny koszt po stronie świadczeniodawców), skokowy wzrost cen mediów oraz – ogólnie – poziomu inflacji.

Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach, gwarantująca pracownikom wyższe wynagrodzenia, jest jednym z najpoważniejszych problemów, związanych z nowymi wycenami. Ostatnie podwyżki weszły w życie w lipcu – Narodowy Fundusz Zdrowia wypłacał świadczeniodawcom dodatkowe pieniądze na wyrównanie kosztów części wynagrodzeń. – Od lutego już nie będzie tego wyrównania, bo nastąpiła zmiana taryf – podkreśla Tomasz Niewiadomski.



A Michał Śliwiński dodaje, że dodatkowe pieniądze pracodawcy owszem, otrzymywali, ale tylko na koszty podwyżek pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę. – Żeby taka rekompensata została przez NFZ wypłacona, pracownik musiał być zatrudniony przed 1 lipca 2021 roku na umowę o pracę. Nie byli brani pod uwagę ani pracownicy kontraktowi, ani pracownicy na umowy zlecenia, a przecież w przychodniach zatrudniamy np. studentów, dla których praca na podstawie umowy zlecenia jest podatkowo korzystniejsza, o czym również zdecydował ten rząd. Gdy taki student kończy studia i chce go zatrudnić na umowę o pracę – nie mam możliwości uzyskania dopłaty do jego wynagrodzenia – tłumaczy.

Porozumienie Świadczeniodawców Fizjoterapii

Sytuacja jest na tyle poważna, że świadczeniodawcy chcą powołać własną organizację – Porozumienie Świadczeniodawców Fizjoterapii – która skupiałaby placówki działające w ramach systemu publicznego w skali całego kraju. Pierwsze spotkania już się odbyły.¹ – To chyba ostatnia próba stworzenia podmiotu, który mógłby rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia i NFZ na zasadach partnerskich – tłumaczy Michał Śliwiński. – W tej chwili nie tylko nie jesteśmy partnerami, ale wręcz nikt nie ma z nami ochoty rozmawiać, nikt nie słucha naszych postulatów. Zmiany dotyczące fizjoterapii są wymyślane przez urzędników, którzy nigdy nie pracowali z pacjentami. Gdyby było inaczej, wiedzieliby na przykład, że wymóg przypisania pracowników na sztywno do grafiku w poszczególnych zakresach świadczeń jest pozbawiony elementarnego sensu, bo nie ma gwarancji, że liczba pacjentów, którzy się zgłoszą w ramach pobytów dziennych i ambulatoryjnych, będzie w rzeczywistości zgodna z grafikiem. Wiedzieliby, że musi być zachowana elastyczność, bo inaczej jedna grupa pracowników w tym samym czasie nie będzie miała zajęć, gdy druga będzie musiała pracować za dwóch czy nawet trzech.

Świadczeniodawcy mówią wprost: – Potrzebujemy struktury, która będzie wyrażać interesy i pracodawców, ale też przede wszystkim pracowników fizjoterapii, bo jeśli będziemy likwidować placówki, wiele osób straci pracę. Walczymy nie tylko o swoje, ale także dla pracowników i dla pacjentów – deklaruje Śliwiński.

Małgorzata Solecka

Dziennikarka portalu mp.pl
i miesięcznika „Służba Zdrowia”

¹ Ogólnopolskie Porozumienie Świadczeniodawców Fizjoterapia Plus zostało powołane do życia.

Więcej informacji: <https://kif.info.pl/informacje/ogolnopolskie-porozumienie-swiadczeniodawcow-fizjoterapia-plus-wybralo-wladze/>



Fizjoterapeuci mają obowiązek poddania się szczepieniom przeciwko COVID-19

23 grudnia 2021 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii¹ (Dz. U. poz. 2398), wprowadzające obowiązek podlegania szczepieniom przeciwko COVID-19 przez osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego. Na mocy powyższego **fizjoterapeuci są zobowiązani poddać się szczepieniu ochronnemu**, którego efektem będzie otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia **w terminie nie późniejszym niż 1 marca 2022 r.**

Obowiązek ten ma zastosowanie także do osób, u których do 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Obowiązkowi nie podlegają osoby, które mają przeciwwskazania do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia.

Warto podkreślić, że wprowadzany obowiązek jest zbieżny z oczekiwaniami środowiska. W wydanym 20 grudnia 2021 r. stanowisku Samorządów Zawodów Medycznych w sprawie propozycji wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla pracowników wykonujących zawody medyczne² podkreślono: „(...) szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć cywilizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia i stanowią najskuteczniejszą metodę zapobiegania groźnym dla życia i zdrowia chorobom zakaźnym. (...) Propozycja wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw COVID-19 dla pracowników medycznych jest ze wszelkich miar uzasadniona z uwagi na bezwzględną potrzebę zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne”.

¹<https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000239801.pdf>

² <https://kif.info.pl/informacje/samorzady-zawodow-medycznych-jednym-glosem-w-sprawie-obowiazkowych-szczepien-przeciwko-covid-19-dla-medykow/>



Obowiązek sprawozdawczy fizjoterapeutów

Zostało już tylko kilka tygodni do wypełnienia obowiązku statystycznego wobec MZ. Przypominamy, że wszystkie indywidualne i grupowe praktyki zawodowe fizjoterapeutów zostały objęte obowiązkiem sprawozdawczym za 2021 r.¹

Dane w postaci elektronicznej należy przekazać poprzez portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (w skrócie CEZ), czyli System Statystyki w Ochronie Zdrowia (w skrócie SSOZ) na stronie ssoz.ezdrowie.gov.pl. Wnioski należy wypełnić do **31 marca br.** (formularz MZ-11) lub do **8 kwietnia br.** (formularze MZ-88 i MZ-89).

Co grozi za niezłożenie sprawozdania?

Ustawodawca² przewidział nałożenie **sankcji w przypadku odmowy wykonania obowiązku statystycznego**, przekazania danych niezgodnych ze stanem faktycznym oraz wykonania obowiązku po upływie wyznaczonego terminu. Ustawa nie określa wysokości kary, o jej wymiarze decyduje sąd.

Art. 57 Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej mówi: „Kto wbrew obowiązkowi odmawia wykonania obowiązku statystycznego albo udzielenia informacji w spisie powszechnym lub innym badaniu statystycznym, podlega grzywnie”. Jest to przepis karny i ma do niego zastosowanie KK, zgodnie z którym grzywna wymierzana jest w wysokości od 10 zł do 2000 zł stawki dziennej.

Natomiast art. 58 ww. ustawy określa, że „Kto wbrew obowiązkowi przekazuje dane statystyczne po upływie oznaczonego terminu, podlega karze grzywny”. Jest to wykroczenie i w egzekwowaniu go ma zastosowanie Kodeks wykroczeń, zgodnie z którym kara grzywny wynosi od 20 zł do 5000 zł.

Gdzie znajdziesz pomoc?

Wszelkie problemy techniczne napotkane podczas logowania bądź wypełniania wniosku należy zgłaszać bezpośrednio do CEZ:

telefonicznie pod numerami: +48 501 369 856, +48 501 370 599, +48 501 368 812, +48 501 369 795 (w dni robocze, w godzinach 8-16),

w przypadku wątpliwości dotyczących zakresu danych zawartych w sprawozdaniach należy kontaktować się urzędami wojewódzkimi: cez.gov.pl/projekty/statystyka/kontakt-ssoz.

¹(zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 25 września 2020 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 (Dz. U. poz. 2062, z późn. zm.)).

² w art. 56, 57 i 58 Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej



Skierowania już tylko elektronicznie

Od 10 stycznia br. skierowania na rehabilitację leczniczą wystawiane są wyłącznie w postaci elektronicznej. W tym celu należy korzystać z dostępnego szablonu ogólnego w systemach gabinetowych.

Dane, które powinny się znaleźć w e-skierowaniu, a w szczególności na fizjoterapię ambulatoryjną, nie ulegają zmianie. Jeśli niektórych danych nie można wpisać poprzez formularz e-skierowania, a są niezbędne (np. informacja o przeciwwskazaniach do rehabilitacji, punktacja w skali Rankina, komentarze i uwagi lekarza, zlecone zabiegi itp.), należy te informacje wpisać w polu edytowalnym.

Skierowanie powinno przede wszystkim dokładnie określać świadczenia, jakie mają być udzielone pacjentowi, wskazanie rodzaju badania, konsultacji lub leczenia, na które kieruje się pacjenta, rozpoznania ustalonego przez osobę kierującą oraz zamieszczenie innych informacji w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia.

Narodowy Fundusz Zdrowia zaleca, aby wskazany na skierowaniu kod komórki organizacyjnej lub jej nazwa nie były podstawą do odmowy udzielania świadczenia pacjentowi w przypadku, gdy usługodawca ma zarejestrowany inny kod komórki organizacyjnej lub nazwa nie jest spójna z kodem komórki.

Podstawą do przyjęcia skierowania, jak również rozliczenia udzielonych na jego podstawie świadczeń jest jasno określony cel skierowania i warunki realizacji świadczenia.

Szerzej o tym w komunikacie NFZ na:

nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zasady-wystawiania-e-skierowan-rehabilitacyjnych,8130.html.

Polski Ład – co oznacza dla fizjoterapeuty?



Od 1 stycznia 2022 r. obowiązują zmiany w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych, które budzą wiele uzasadnionych pytań o ich stosowanie.

Z myślą o fizjoterapeutach prowadzących działalność gospodarczą oraz tych zatrudnionych na umowę o pracę lub w ramach umowy zlecenia KIF przygotował materiały informacyjne. Pierwszy opisuje zmiany, które dotyczą fizjoterapeutów prowadzących działalność leczniczą w formie: jednoosobowej działalności gospodarczej (jako indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna);

spółki (cywilnej, jawnej albo partnerskiej) jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna) oraz podmiotu leczniczego (jako przedsiębiorca). Drugi przedstawia zmiany w opodatkowaniu pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz zlecenie.

Materiały dostępne są w Centrum Pomoc na stronie KIF (pomoc.kif.info.pl/polski-lad-co-oznacza-dla-fizjoterapeuty).



Rośnie liczba użytkowników wyszukiwarki Znajdź Fizjoterapeutę!

Znajdź Fizjoterapeutę to jeden z bezpłatnych produktów internetowych rozwijanych przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Wyszukiwarka wystartowała wiosną 2019 r. i już niedługo będzie obchodziła trzecią rocznicę funkcjonowania. To dobra okazja do podsumowania wyników serwisu.

KIF od początku zachęca fizjoterapeutów do zakładania profili na Znajdź Fizjoterapeutę, bo to wspiera ich w kontakcie z pacjentami i w świadczeniu usług. Każdy członek samorządu może bezpłatnie stworzyć profesjonalną wizytówkę swojego gabinetu czy praktyki, zawierającą zdjęcia oraz istotne z punktu widzenia pacjenta informacje np. doświadczenie zawodowe, wykształcenie, terapie i schorzenia, w których fizjoterapeuta się specjalizuje. Dodatkowo portal pozwala także zarządzać kalendarzem wizyt, co usprawnia obsługę pacjentów.

Od początku istnienia serwisu wizytówkę w portalu założyło już 11 371 fizjoterapeutów, a 40 proc. z nich uzupełniło dane w wizytówce. Szczególnie ważne jest podanie adresu gabinetu lub świadczenia usług. Wyszukiwarka działa w oparciu o geolokalizację – pokazuje użytkownikowi adresy najbliższe wybranej lokalizacji.

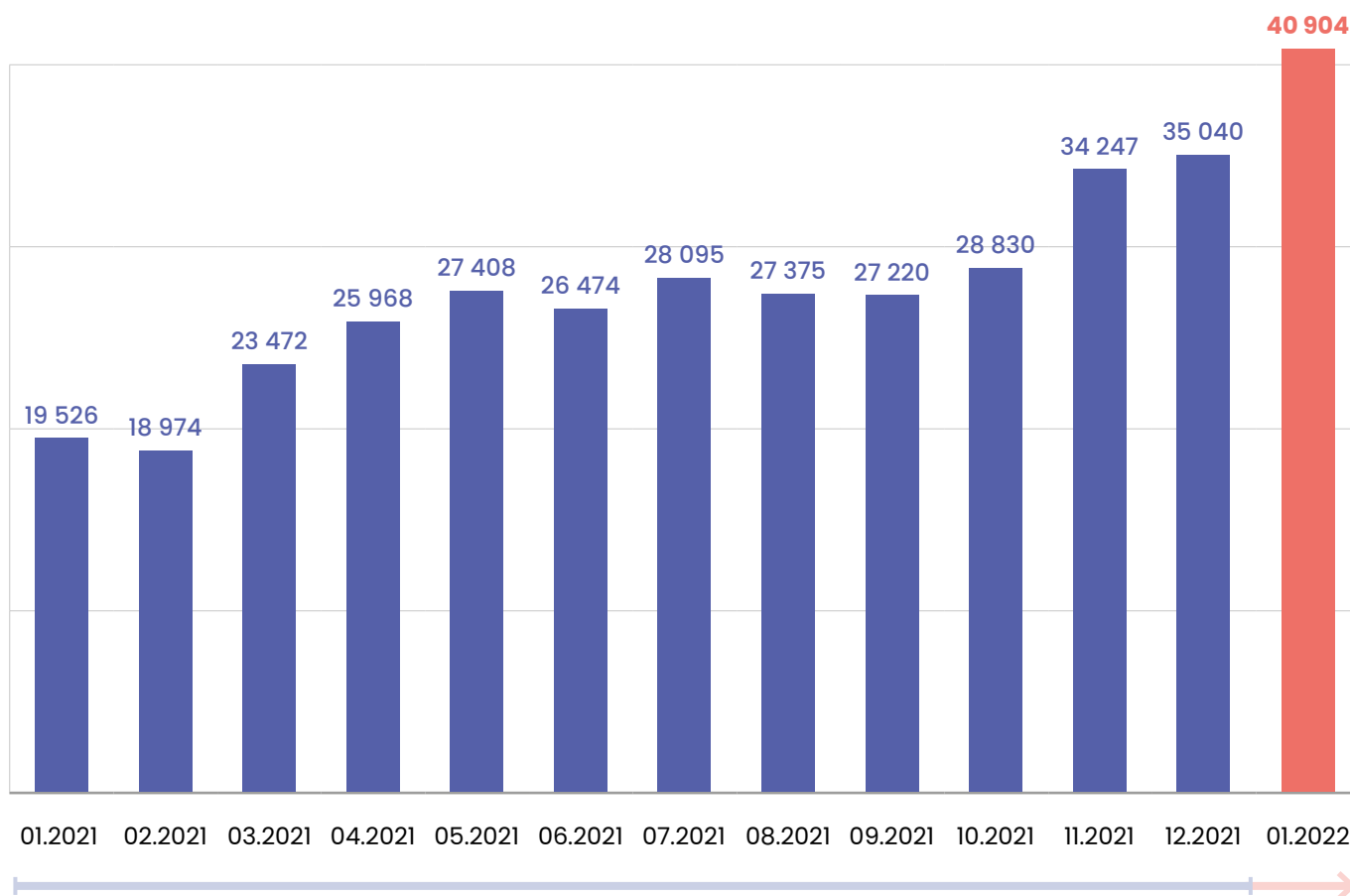
Znajdź Fizjoterapeutę co miesiąc odwiedza kilkadziesiąt tysięcy użytkowników. KIF promuje serwis nie tylko wewnętrznie (np. w newsletterze czy na stronie Izby), ale także w kampaniach zewnętrznych w Google, na YouTube i Facebooku. Kampanie reklamowe przynoszą skutek – w ciągu roku używalność strony (liczba użytkowników) wrosła o ponad 100 proc.!

Oprócz katalogu fizjoterapeutów w serwisie rozwijamy także blog dla pacjentów z poradami dotyczącymi zdrowego trybu życia, fizjoprofilatyki oraz szeroko rozumianej fizjoterapii. Autorami wielu artykułów są fizjoterapeuci-praktycy, którzy na co dzień pomagają pacjentom w powrocie do zdrowia i sprawności.

Wojciech Komosa

Kierownik Działu
Komunikacji i Marketingu



Miesięczna używalność wyszukiwarki znajdzfizjoterapeute.pl*

* Liczba unikalnych użytkowników wg. Google Analytics

Moim zdaniem:

Wizytówka na portalu Znajdź Fizjoterapeutę to ważne narzędzie przede wszystkim dla pacjentów. Pozwala im szybko znaleźć wiarygodnych specjalistów w okolicy. Niestety jeszcze wciąż zbyt mało znane i popularny wśród osób spoza branży fizjoterapeutycznej. Liczę na to, że zyska podobną popularność do wizytówek na portalu Znany Lekarz, które są ikoną wyszukiwania przez pacjentów specjalistów z branży medycznej. Sama ze swojej wizytówki na Znajdź Fizjoterapeutę korzystam od długiego czasu, ale w dość ograniczonym zakresie. Dużym plusem jest możliwość określenia specjalności i stosowanych terapii i jasno wykazane kwalifikacje. Brakuje mi trochę możliwości uzyskiwania opinii od pacjentów. Portal ma zdecydowanie duży potencjał, jest wartościowy zarówno dla fizjoterapeutów, jak i pacjentów, ale brakuje mu popularności co – mam nadzieję – w niedługim czasie się zmieni.

Marzena, fizjoterapeutka z Piekar Śląskich

Rośnie świadomość zawodu fizjoterapeuty



W dniach 8–15 listopada 2021 r. firma Kantar Polska S.A. po raz trzeci przeprowadziła badanie na reprezentatywnej próbie Polaków (1001 osób powyżej 16. roku życia) w celu zbadania społecznej rozpoznawalności zawodu fizjoterapeuty. Metodologia była analogiczna jak w badaniach z 2019 i 2020 r., dzięki czemu uzyskane wyniki są porównywalne.

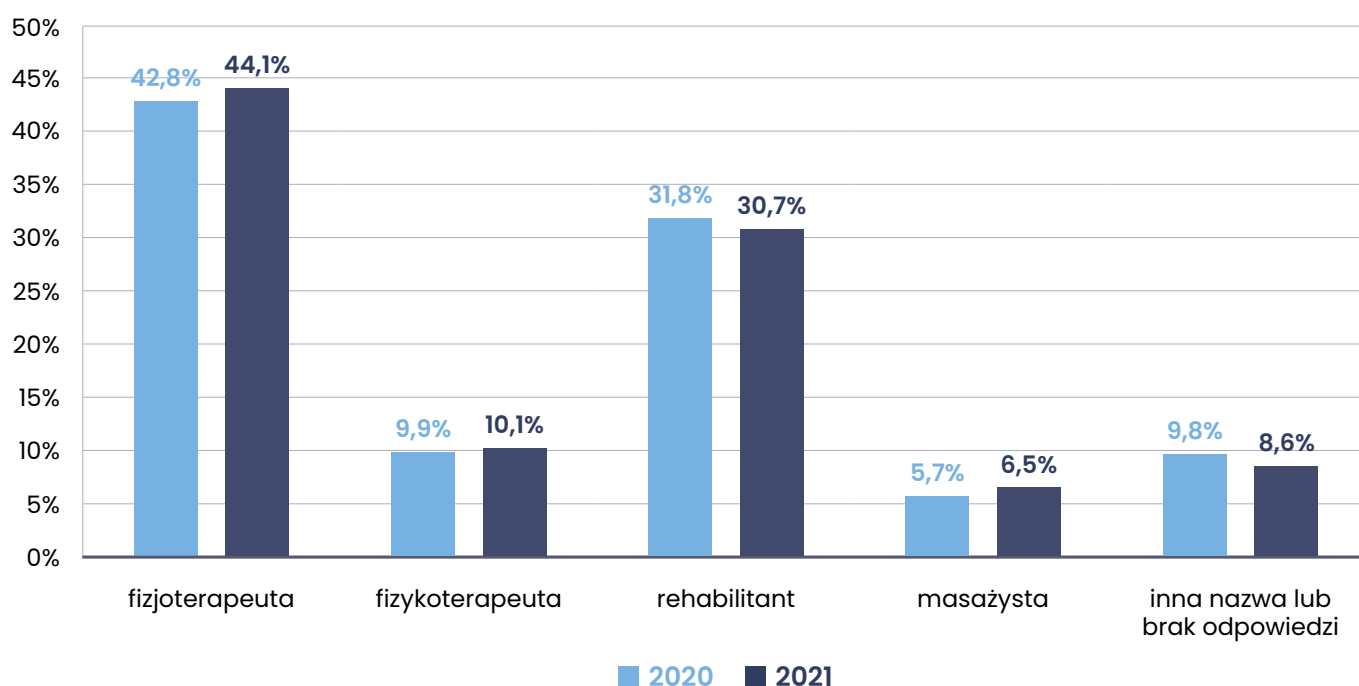
Znajomość zawodu fizjoterapeuty

W badaniu poproszono respondentów o wskazanie, jak powinno się określać „zawód medyczny, w ramach którego wykwalifikowany specjalista świadczy usługi zdrowotne polegające na przywracaniu lub poprawie sprawności ruchowej i fizycznej w sytuacji, gdy jest to konieczne wskutek np. urazów, chorób, bólu, procesu starzenia się lub przez warunki pracy”. Dodano także, że „specjalista taki pomaga pacjentowi poprzez różnego rodzaju czynności lecznicze np. terapię manualną, gimnastykę leczniczą, ćwiczenia

na sprężenie czy wykonywanie zabiegów takich jak laseroterapia, krioterapia, ultradźwięki, elektroterapia, kąpiele lecznicze, masaż”.

Po analizie odpowiedzi respondentów udzielonych w spontanicznym badaniu znajomości nazwy zawodu fizjoterapeuty, jak i w badaniu wspomaganym listą określeń, które mogą kojarzyć się z ww. profesją, poprawną odpowiedź podało 44 proc. badanych, tj. o blisko 1,5 pkt. procentowego więcej niż w badaniu z 2020 r.

Wykres 1. Znajomość nazwy zawodu fizjoterapeuty.



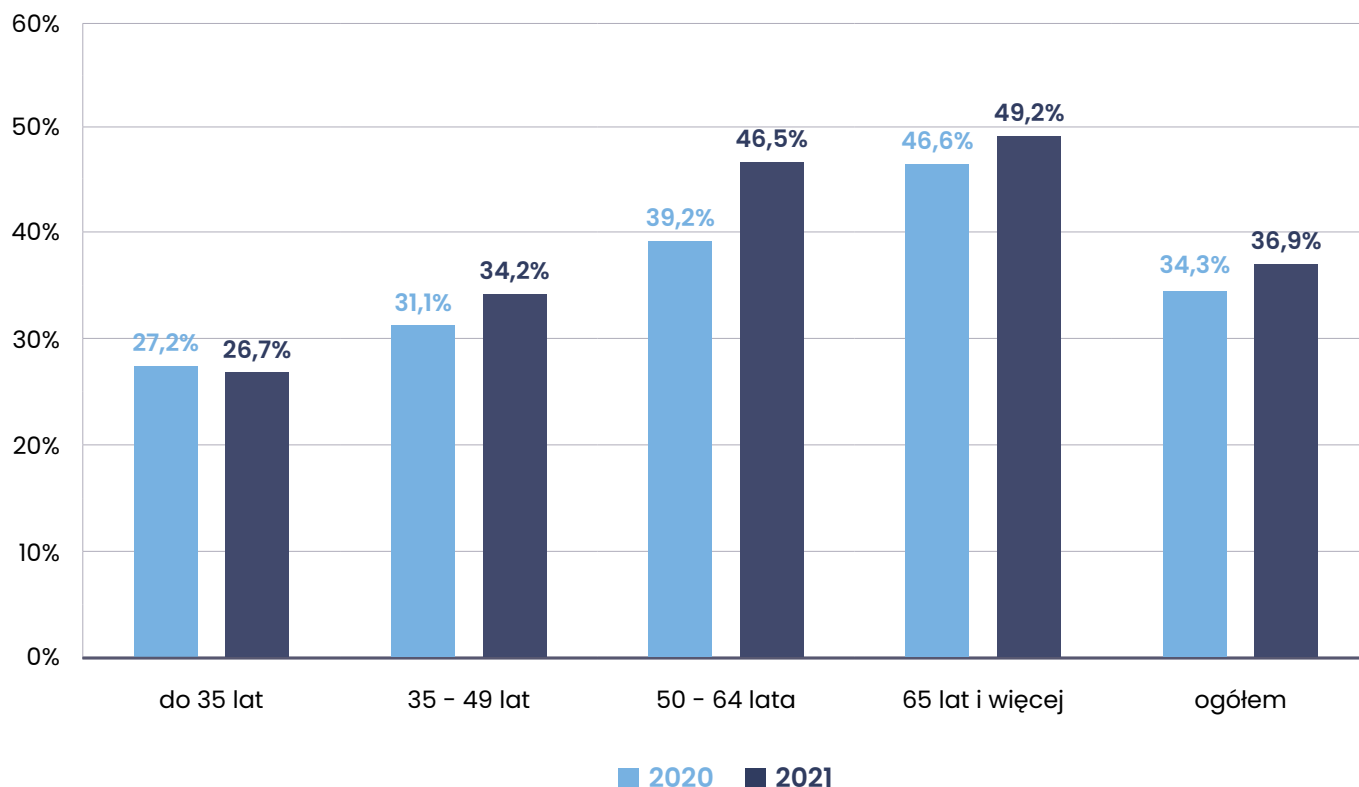
Co trzeci badany, który nie potrafił prawidłowo wymienić nazwy zawodu fizjoterapeuty w badaniu znajomości spontanicznej, uczynił to prawidłowo w badaniu znajomości wspomagananej. Wydaje się to być efektem aktywności KIF w zakresie działań promujących zawód fizjoterapeuty i budowaniu relacji z mediami, przez co znacząca część Polaków „słyszała” o tej profesji, ale wiedza ta wymaga jeszcze utrwalenia. Takie procesy są zawsze, z natury rzeczy, długotrwałe.

Korzystanie z usług fizjoterapeuty

Rok 2021 przyniósł wzrost udziału procentowego populacji deklarującej, iż w swoim życiu co najmniej raz korzystała z usług fizjoterapeutycznych z poziomu 34,3 proc. do 36,9 proc. (w skali całego kraju). Najwyższy wzrost odnotowano wśród osób w wieku przedemerytalnym (z 39,2 proc. do 46,5 proc.), zaś nieznaczny spadek zaobserwowano wśród młodych dorosłych (z 27,2 proc. do 26,7 proc.).



Wykres 2. Korzystanie z usług fizjoterapeuty.

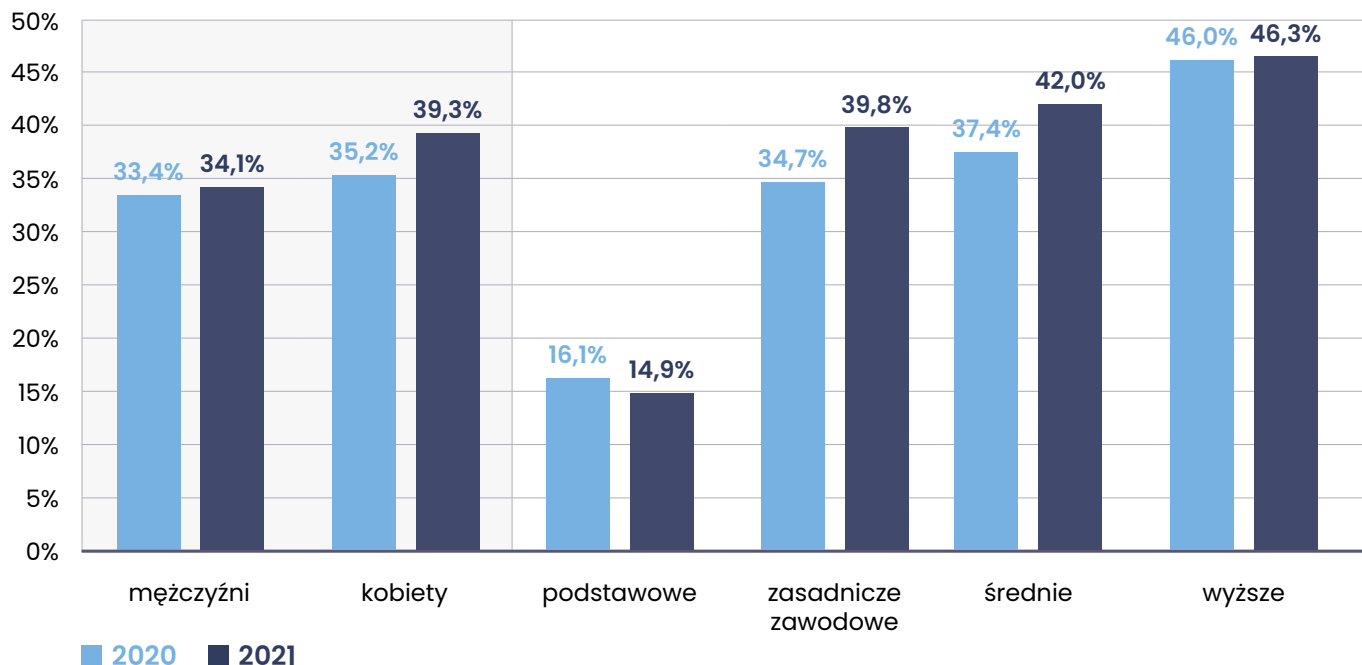


Z DZIAŁAŃ KIF

W latach 2020–2021 zauważalnie wzrósł odsetek korzystających z usług fizjoterapeutycznych wśród kobiet (z 35,2 proc. do 39,3 proc.) oraz wśród osób z wy-

kształceniem zasadniczym zawodowym (z 34,7 proc. do 39,8 proc.) i średnim (37,4 proc. do 42,0 proc.).

Wykres 3. Kto częściej korzysta z usług fizjoterapeuty?



Większość badanych korzystających z usług fizjoterapeutycznych deklaruje zadowolenie z uzyskanego leczenia, przy czym częściej satysfakcję z uzyskanego wsparcia deklaruowały osoby korzystające z fizjoterapii na zasadach komercyjnych. Co szczególnie cieszy, to większość badanych rekomenduje innym korzystanie z usług fizjoterapeutycznych.

Analiza wyników posłuży do planowania działań zwiększających społeczną świadomość zawodu. Pla-

nowane są również kolejne tury badania, z użyciem metodologii umożliwiającej porównywanie wniosków z wcześniejszych lat.

Wojciech Komosa

Kierownik Działu
Komunikacji i Marketingu



Fizjoprofilaktyka bez tajemnic!

ZAMÓW PIERWSZE W POLSCE

KOMPENDIUM NA TEN TEMAT!

kif.info.pl/zamow-kompedium-fizjoprofilaktyki

Prawo profilaktyka czy prawoterapia?

Praca Działu Prawnego Biura KIF od środka

Wbrew pozorom między zawodem fizjoterapeuty a zawodem radcy prawnego czy adwokata istnieją pewne podobieństwa, nie tylko związane z faktem, że są to zawody zaufania publicznego.

W zawodach tych ważna jest zarówno interwencja wczesna, mająca na celu zapobieganie problemom, co w przypadku zawodu fizjoterapeuty nazywa się fizjoprofilaktyką, jak i interwencja, która ma na celu oddziaływanie w związku ze stwierdzonym w wyniku czynności diagnostycznych (diagnostyki funkcjonalnej) problemem, dysfunkcją, czyli terapią. Zarówno fizjoterapeuci, jak i prawnicy z Działu Prawnego Biura KIF, w swojej pracy skupiają się na człowieku, tyle że prawnicy robią to pośrednio, bowiem świadczą pomoc prawną na rzecz jednostki organizacyjnej Krajowej Izby Fizjoterapeutów, która zrzesza wszystkich fizjoterapeutów.

Pracowite początki

Procesy wymagające wsparcia prawnego w związku z powstaniem KIF toczyły się jeszcze przed jej formalnym utworzeniem i ukonstytuowaniem się jej organów, czy

to w związku z pracami nad ustawą o zawodzie fizjoterapeuty, czy to w związku z organizacją I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów i realizacją ustawowych zadań Zjazdu.

**W sumie prawnicy KIF
zaopiniowali 400 projektów
aktów prawnych – ustaw
i rozporządzeń**

W tym celu konieczne było przygotowanie uchwał wyborczych oraz wszystkich uchwał o ustrojowym znaczeniu, określających ramy prawne funkcjonowania samorządu zawodowego fizjoterapeutów, które miał przyjąć I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Po wyłonieniu organów KIF konieczne było zapewnienie ich obsługi prawnej w zakresie realizacji bieżących ustawowych zadań sa-

morządu zawodowego. W początkowym okresie zadania te wykonywały kancelarie prawne. Szybko okazało się jednak, że realizowane przez samorząd zawodowy zadania wymagają skoordynowanych działań prawnych.

Dział Prawny zaczął tworzyć się w połowie 2018 r. Skala zadań związana z obsługą organów KIF i ich posiedzeń, weryfikacją stosowanych procedur administracyjnych (m.in. w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty czy uznawania kwalifikacji zawodowych), opiniowaniem projektów aktów prawnych wpływających w ramach konsultacji publicznych, zawieranych umów czy udzielaniem odpowiedzi na zapytania fizjoterapeutów wpływające mailowo była ogromna. Dział Prawny, początkowo składający się z dwóch osób, z każdym rokiem się rozwija i powiększa. Jest to odpowiedź na potrzeby Izby związane

z podejmowaniem kolejnych inicjatyw i projektów na rzecz fizjoterapeutów.

Specjaliści

Obecnie w Dziale Prawnym stacjonarnie pracuje czworo radców prawnych, aplikantka adwokacka oraz aplikant radcowski. Jest to wykwalifikowany zespół, z dużym doświadczeniem, w tym w zakresie prawa medycznego, procedur administracyjnych czy legislacji, zdobywanym m.in. w Ministerstwie Zdrowia. Należy wskazać, że aby wykonywać zawód radcy prawnego – podobnie jak w przypadku fizjoterapeutów – niezbędne jest uzyskanie prawa wykonywania zawodu. Oprócz ukończenia pięcioletnich studiów magisterskich na kierunku prawo, konieczne jest spełnienie dodatkowych warunków, w szczególności dotyczących ukończenia aplikacji i zdania egzaminu radcowskiego. W zespole jest również dr nauk prawnych. Ponadto niektóre osoby pracujące w Dziale Prawnym ukończyły aplikację legislacyjną czy też wzbogacały swoją wiedzę na studiach podyplomowych.

Izba współpracuje również z zewnętrznymi kancelariami, co jest związane z potrzebą uzyskania specjalistycznych usług (np. kancelaria podatkowa), jak również oddzielenia obsługi różnych organów Krajowej Izby Fizjoterapeutów, a przede wszystkim Rzecznika Dyscyplinarnego oraz sądów dyscyplinarnych. Jest to istotne ze względu na tematykę, zadania oraz odmienną funkcję tych organów. Kancelarie prawne wspomagają nas także w sytuacjach, kiedy realizowane są dodatkowe projekty, niezwiązane z bieżącą działalnością Izby, jak organizacja wyborów czy II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów.

Czym się zajmujemy?

Początkowo, gdy samorząd zawodowy fizjoterapeutów dopiero się kształtował, praca Działu Prawnego opierała się na budowaniu określonych struktur, wdrożeniu wymaganych prawem procedur, określeniu wewnętrznych ram prawnych zapewniających działanie Izby na wielu płaszczyznach tak, aby w pełni realizować zadania określone w ustawie. Wszystko to wymagało interwencji prawnych, ale zarazem współpracy wielu osób. Te procesy nadal się dokonują i są udoskonalane.

**W swej bieżącej
pracy stawiamy na
„prawoprofilaktykę”**

Wsparcie prawne jest niezbędne niemalże na każdym polu działalności KIF, zaczynając od obsługi prawnej toczących się postępowań administracyjnych (przyznawanie prawa wykonywania zawodu, uznawanie kwalifikacji zawodowych), obsługi organów Krajowej Izby Fizjoterapeutów (m.in. opracowywanie projektów uchwał i regulaminów), w szczególności Krajowej Rady Fizjoterapeutów, po opiniowanie umów i projektów aktów prawnych z zakresu ochrony zdrowia. W ramach opiniowania projektów aktów prawnych zgłaszamy uwagi i postulujemy konkretne zmiany prawne, dążąc do poszerzenia kompetencji zawodowych fizjoterapeutów, podniesienia wyceny świadczeń rehabilitacji leczniczej i poprawy warunków ich realizacji, uwzględniania przedstawicieli samorządu w gremiach powoływanych przede wszystkim przez ministra zdrowia. W sumie zaopiniowanych zostało już ok. 400

projektów aktów prawnych (ustaw i rozporządzeń). Przedstawiamy także własne wnioski o nowelizację przepisów mających wpływ na wykonywanie zawodu fizjoterapeuty wraz z propozycją merytorycznych rozwiązań. Uczestniczymy w posiedzeniach komisji sejmowych i komisji senackich oraz w spotkaniach z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia czy też innych resortów. Niestety, nie zawsze efekty tych działań widać od razu, zmiany systemu prawnego, przekonanie odpowiednich organów i osób decyzyjnych nie jest proste ani szybkie. Jednak jak na tak młody samorząd wiele udało się już osiągnąć. Najnowszym rozszerzeniem kompetencji fizjoterapeutów, o które wnioskowaliśmy, jest możliwość wykonywania szczepień przeciwko grypie.

Wcześniej udało się wprowadzić praktyki fizjoterapeutyczne funkcjonujące na analogicznych zasadach jak praktyki lekarskie czy pielęgniarckie i położnicze, zwiększyć samodzielność zawodową fizjoterapeutów poprzez ograniczenie wpływu lekarzy na fizjoterapię (lekarz nie wpisuje już w skierowaniu konkretnych zabiegów fizjoterapeutycznych), określić formy prowadzenia dokumentacji medycznej przez fizjoterapeutów, wprowadzić przedstawiciela fizjoterapeutów m.in. do Rady do spraw Zdrowia Publicznego, rozszerzyć kompetencje zawodowe o telerehabilitację i szczepienia przeciw COVID-19.

**Dział Prawny
przygotował około 9 tys.
stanowisk, czyli odpowiedzi
na zapytania prawne!**



Dodatkowo reprezentujemy KIF czy KRF w sprawach sądowych, w szczególności sądowno-administracyjnych, zwracamy się o wyjaśnienia do osób wykonujących czynności fizjoterapeutyczne bez prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty, a niekiedy informujemy organy ścigania i reprezentujemy KIF jako instytucję pokrzywdzoną w sprawach karnych.

Jak możemy Ci pomóc?

Przede wszystkim jednak Dział Prawny odpowiada na pytania prawne fizjoterapeutów. Początkowo zapytania wpływały mailowo. W związku z nową sytuacją prawną i regulacją zawodu, fizjoterapeuci mieli bardzo dużo wątpliwości i pytań, zwłaszcza że nieprecyzyjne przepisy rodziły trudności interpretacyjne. Pytania zadawali fizjoterapeuci, pacjenci czy osoby reprezentujące podmioty lecznicze. Takich zapytań wpływały dziesiątki, jeśli nie setki dziennie. Dotychczas przekazano, czy to w formie mailowej, czy w ramach pomocy prawnej, ok. 9 tys. stanowisk.

Przykładowo w 2020 r. udzielano na ponad 3 tys. zapytań

prawnych, które od maja 2020 r., zgodnie z uchwałą nr 472/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 16 marca 2020 r. w sprawie określenia warunków udzielania pomocy prawnej dla fizjoterapeutów, mogą być składane wyłącznie za pośrednictwem formularza na Portalu Fizjoterapeuty. Ta forma pozwala nam monitorować i właściwie koordynować, a w konsekwencji skrócić proces udzielanych odpowiedzi.

**Dział Prawny KIF to
wykwalifikowany zespół,
z dużym doświadczeniem,
w tym w zakresie prawa
medycznego, procedur
administracyjnych czy
legislacji**

Zakres pomocy prawnej obejmuje uregulowania prawne dotyczące warunków wykonywania zawodu fizjoterapeuty, w tym prowadzenia praktyki zawodowej, w szczególności w zakresie prawa medycznego. Najczęściej pojawiają się

pytania o prowadzenie dokumentacji medycznej, organizację pracy podczas stanu epidemii, kwestie pracownicze, bezczynność w zawodzie i konieczność przeszkolenia, założenie praktyki zawodowej przez fizjoterapeutę, wymogi prawne i lokalowe do jej prowadzenia, wynagrodzenia, zlecenie wyrobów medycznych, kwalifikacje fizjoterapeuty. Wszystkie te tematy wymagają dokładnej analizy. Często pytania są na tyle zawile i skomplikowane, że analiza odpowiednich przepisów, stanu faktycznego wymaga czasu, konsultacji z innymi działami czy specjalistami. Podkreślenia wymaga, że w dużej liczbie sytuacji nie ma jednej właściwej, krótkiej odpowiedzi. Prawnik bazuje tylko na informacjach, które zostały przekazane, nie ma np. dostępu do wszystkich dokumentów, w związku z tym odpowiedź musi być również „ostrożna”, aby nikogo nie wprowadzić w błąd. Utrudnia sytuację fakt, że przepisy prawa, w tym ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, często są niejednoznaczne, a orzecznictwo sądów odnoszące się do fizjoterapeutów jest jeszcze bardzo ubogie. Trzeba też

pamiętać, że w przypadku ewentualnej sprawy sądowej wynik postępowania często jest niepewny i wynika ze splotu różnych okoliczności, w szczególności oceny materiału dowodowego przez sąd oraz efektów często długotrwałego postępowania sądowego. Z tego powodu opinia prawna może wyznaczać kierunek rozwiązań, ale nigdy nie ma pewności, że sąd podzieli argumentację. W wszystko zależy od tego, które argumenty są bardziej przekonujące.

Natomiast warto zaznaczyć, że wielu fizjoterapeutów otrzymało satysfakcjonujące ich odpowiedzi, część opinii Działu Prawnego pozwoliła fizjoterapeutom rozwiązać np. problem z pracodawcą. Każda wiadomość, że udało się nam pomóc bardzo nas cieszy i daje siłę do dalszego działania.

Dziękuję bardzo za wyczerpujące wyjaśnienie mojej sprawy i jest mi niezmiernie miło, że fizjoterapeuci mogą liczyć na taką pomoc z Państwa strony pozdrawiam serdecznie.

Dziękuję za wyczerpującą informację, która pozwoliła mi na uzyskanie minimum – 4186 zł. Pracodawca po przeczytaniu maila od Państwa i przeliczeniu powtórny, podniósł mi stawkę. Jeszcze raz dziękuję bardzo za pomoc.

Jak zwykle jesteście niezastąpieni, profesjonalni i merytoryczni.

Dziękuję bardzo jesteście niezawodni!

Pomoc prawna jest udzielana co do zasady w formie stanowiska w określonej kwestii, ale jest także możliwość spotkania z radcą prawnym lub adwokatem. Wielu fizjoterapeutów skorzystało z takiej możliwości online. W tym kierunku planujemy się rozwijać. Chodzi o to, aby pomoc prawna adwokata lub radcy prawnego była dostępna dla fizjoterapeutów w każdym oddziale terenowym.

Prawoprofilaktyka

Praca Działu Prawnego to ciągle nowe wyzwania związane z coraz „ambitniejszymi” projektami realizowanymi przez Izbę. Początkowo chodziło o stworzenie ram prawnych i weryfikację procedur, później pojawiały się ważne z punktu widzenia fizjoterapeutów projekty, wymagające zaangażowania prawnego, m.in. Finezjo, wniosek do Trybunału Konstytucyjnego, Fizjoterapia Porusza, portal ogłoszeń o pracę, wybory. Do tego dołączyła pandemia i ogromna inflacja prawa przy dużej dynamice zmian (w 2021 roku ogłoszono 119 578 zmian aktów prawnych*). Trzeba było być na bieżąco i informować fizjoterapeutów o istotnych z ich punktu widzenia regulacjach.

Nie sposób wymienić wszystkiego, czym zajmuje się Dział Prawny. Praca ta jest pochodną tego, co dzieje się w Izbie. Trudno również nie wspomnieć o ścisłej współpracy Działu Prawnego z Inspektorem Ochrony Danych, który czuwa w Izbie nad bezpieczeństwem przetwarzania danych osobowych. Praca Inspektora wiąże się z codzienną analizą spraw i projektowanych rozwiązań, umów, prowadzeniem dokumentacji, szkoleń personelu czy oceną ryzyka. Dział Prawny wielokrotnie włączany jest w tym zakresie w inicjatywy ma-

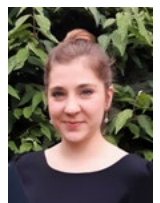
jące na celu podniesienie świadomości w ramach stosowania przepisów o ochronie danych osobowych oraz udzielania niezbędnego wsparcia dla fizjoterapeutów m.in. wypracowania wzorów klauzul obowiązku informacyjnego oraz doradztwa obejmującego obsługę wpływających zapytań.

W swojej bieżącej pracy w Izbie stawiamy na „prawoprofilaktykę”. Dbamy o to, aby wszystkie działania podejmowane w ramach KIF były zgodne z przepisami prawa i aby zminimalizować ryzyko ich zakwestionowania. Wszak uchwały organów KIF mogą zostać zaskarżone przez Ministra Zdrowia do Sądu Najwyższego. Dotychczas taka sytuacja nie miała miejsca, mimo wydania już prawie 700 uchwał przez Krajową Radę Fizjoterapeutów i 23 uchwał przez Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Czasami się „czepiamy” i „wszystko komplikujemy”, ale zawsze lepiej zapobiegać niż leczyć...

Katarzyna Blicharczyk-Ożga
Radca prawny,
Koordynator
Działu Prawnego



Marta Kałuża
Aplikant adwokacki,
Dział Prawny KIF



Współpraca:
Waldemar Laskowski
Radca prawny,
Dział Prawny KIF

Katarzyna Pisarzewska
Inspektor Ochrony Danych

* Raport Poprawmy prawo 2022



Trwa ewaluacja kadr sektora rehabilitacji w Polsce

Pracownicy sektora rehabilitacji to profesjonaliści, którzy dbają o jak najlepszy poziom funkcjonowania pacjentów. Odgrywają kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, wpływając na jakość i efektywność opieki. Aby jednak była na jak najwyższym poziomie, w systemie ochrony zdrowia muszą być zatrudnieni pracownicy, którzy zarówno liczbą, jak i kompetencjami, będą mogli zaspokoić potrzeby populacji.

Jak sytuacja przedstawia się w Polsce? Czy mamy wystarczającą liczbę pracowników rehabilitacji? Czy mają odpowiednie kompetencje? Kim właściwie są? Czy są dostępni, dobrze wykształceni, mogą zapewnić pomoc wszystkim potrzebującym? Jakie obszary wymagają natychmiastowych zmian, a które działają dobrze? Na te i inne pytania odpowiedzi ma przynieść najnowszy projekt Światowej Organizacji Zdrowia, do którego współprowadzenia została zaproszona w zeszłym roku Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Rehabilitacja w Polsce silnie rozwija się w ciągu ostatniej dekady, odnotowując m.in. wzrost w zasobach kadry rehabilitacyjnej. Zawód lekarza jest uregulowany już od wielu lat. Zawód fizjoterapeuty dopiero od kilku. Na zaawansowanym etapie regulacji zawodu są teraz psychologowie. Terapeuci zajęciowi, logopedzi, protetycy i ortotycy pozostają częściowo zrzeszeni w stowarzyszeniach, jednak nadal bez jednolitych standardów kształcenia i uregulowania prawnego.

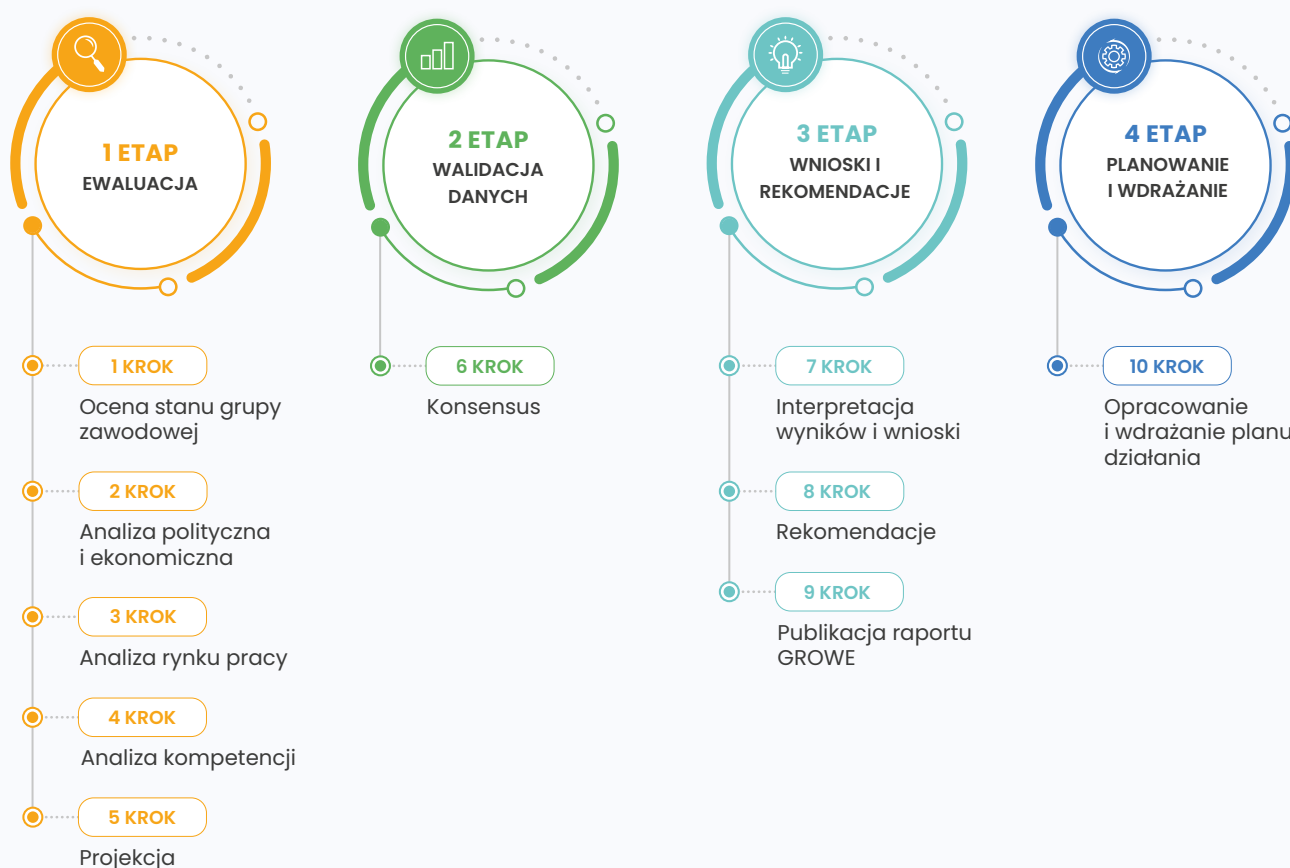
W ciągu ostatnich kilku lat nastąpił szereg zmian w regulacjach prawnych definiujących kadrę rehabilitacji. Dziś odnotowujemy wzrost świadomości społeczeństwa na temat rehabilitacji i zaufania pacjentów oraz coraz częstsze korzystanie z usług rehabilitacyjnych. Jesteśmy w Polsce w trakcie reformy rehabilitacji, więc jest to doskonały czas na przeprowadzenie ewaluacji, zwłaszcza w kontekście zmian zachodzących w ciągu ostatnich kilku lat.

We współpracy z WHO, Polska od sierpnia 2021 r. przeprowadza kompleksową ewaluację kadry zajmującej się rehabilitacją w celu opracowania krajowego planu działania. Realizowana jest zgodnie z metodologią WHO GROWE (Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation). Ewaluacja jest projektem pilotażowym, ściśle wspieranym i finansowanym przez Departament ds. Rehabilitacji WHO. Polska to pierwsze państwo na świecie, w którym wdrażany jest projekt GROWE!

Do udziału w projekcie zostali zaproszeni kluczowi interesariusze rehabilitacji, w tym przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Rzecznika Praw Pacjenta, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przedstawiciele społeczności akademickiej, a także konsultanci krajowi w dziedzinie rehabilitacji

i fizjoterapii, którzy pomagają w identyfikacji danych, uczestniczą w procesie wyciągania wniosków i formułowania rekomendacji. Powołana została również Grupa Zadaniowa (Poland Rehabilitation Workforce Task Team), składająca się z przedstawicieli lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, logopedów, psychologów klinicznych oraz ortotyków i protetyków narządu ruchu. To właśnie te sześć powyższych grup zawodowych zostało poddanych wnikliwej analizie.

Projekt składa się z kilku etapów przedstawionych na poniższym schemacie.



- **Etap 1 (sierpień 2021–grudzień 2021 r.)**
czyli ewaluacja, jest najbardziej rozbudowany. To pogłębione analizy oraz zbieranie szczegółowych danych, zarówno ilościowych, jak i jakościowych, dotyczących stanu danej grupy zawodowej, sektora edukacji, rynku pracy (w tym podaży, popytu i absorpcji), a także analiza kompetencji. Etap ten szczegółowo przedstawia osobny schemat.

- **Etap 2 (styczeń 2022 r.)**
to walidacja zebranych danych.
- **Etap 3 (styczeń 2022–marzec 2022 r.)**
to czas na wyciąganie wniosków, formułowanie rekomendacji oraz opracowanie raportu.
- **Etap 4 – końcowy**
służy opracowaniu planu działania i jego wdrożenia.

Do tej pory zostały zrealizowane etapy 1 i 2. Trwa etap 3, tj. przygotowywanie raportu. Z pewnością będziemy informować, gdy będzie już gotowy. Ewaluacja grupy zawodowej fizjoterapeutów będzie stanowić jego znaczną część!



Weronika Krzepakowska

Kierownik projektu
Konsultantka Światowej
Organizacji Zdrowia
Dział Współpracy
Międzynarodowej KIF

Warto przeczytać!

Czy wiesz, że blisko połowa wszystkich zgonów w Polsce jest spowodowana czynnikami behawioralnymi, tj. paleniem tytoniu, piciem alkoholu oraz brakiem aktywności fizycznej?



Poniżej prezentujemy listę polecanych przez Dział Współpracy Międzynarodowej KIF światowych raportów i wyników badań na temat zdrowia człowieka.

1. „State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2021”



W raporcie znajdziesz kluczowe informacje dotyczące stanu zdrowia i systemu ochrony zdrowia w Polsce. Spodziewaj się takich informacji, jak stan zdrowia ludności, czynniki ryzyka oraz analizy systemu ochrony zdrowia w kraju. Raport dotyczy 2021 r., więc informacje są aktualne.

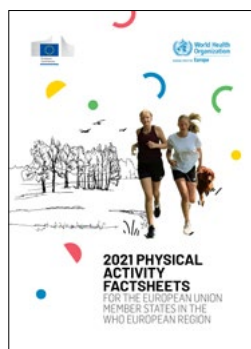
Język: polski

Poziom trudności czytania: ● ○ ○ ○ ○

Link do dokumentu:

https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf

2. „2021 Physical Activity Factsheets for the European Union Member States in the WHO European Region”



Obszerny raport dotyczący różnych aspektów aktywności fizycznej w krajach Unii Europejskiej, w tym w Polsce. Znajdziesz tu m.in. informacje na temat sportu, zdrowia, edukacji, ale też planowania przestrzeni i środowiska pracy.

Język: angielski

Poziom trudności czytania: ● ● ● ○ ○

Link do dokumentu:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345335/WHO-EURO-2021-3409-43168-60449-eng.pdf>

3. „Policy brief on disability-inclusive health systems”



W Europie jest ok. 135 milionów osób z niepełnosprawnościami, z wieloma z nich spotykamy na co dzień. Dane pokazują, że odznaczają się 2-3 razy wyższą śmiertelnością we wszystkich grupach wiekowych w stosunku do osób bez niepełnosprawności. Z tego raportu dowiesz się, dlaczego tak jest i jak można temu przeciwdziałać.

Język: angielski

Poziom trudności czytania: ● ● ● ○ ○

Link do dokumentu:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350143/WHO-EURO-2021-4367-44130-62275-eng.pdf>

4. „Consultation on assistive technology in the WHO European Region”



Światowa Organizacja Zdrowia prowadzi projekt, w ramach którego bada dostępność technologii asystujących dla osób z niepełnosprawnościami, które umożliwiają ich niezależność. Według ONZ dostęp do tych technologii należy do podstawowych praw człowieka. „Consultation...” to raport podsumowujący spotkanie konsultacyjne w regionie europejskim WHO na ten temat, w którym znajdziesz konkretne rekomendacje.

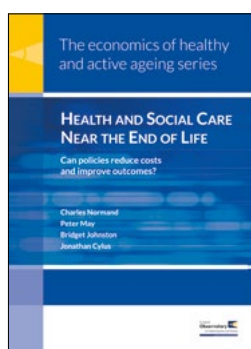
Język: angielski

Poziom trudności czytania: ● ● ● ● ○

Link do dokumentu:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350648/WHO-EURO-2021-4207-43966-61970-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. „Health and social care near the end of life: can policies reduce costs and improve outcomes?”



Badania pokazują, że na zaledwie 10 proc. osób w końcowym okresie życia wydatkowane jest ponad 60 proc. środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną i społeczną seniorów. Z tego raportu dowiesz się, dlaczego problem ten będzie w najbliższych latach narastał oraz poznasz możliwe sposoby na jego zmniejszenie. W tym procesie istotną rolę odgrywa rehabilitacja.

Język: angielski

Poziom trudności czytania: ● ● ● ● ○

Link do dokumentu:

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-and-social-care-near-the-end-of-life-can-policies-reduce-costs-and-improve-outcomes>



Milej lektury!

Joanna Tokarska
Dział Współpracy Międzynarodowej KIF





Fizjoterapia dzieci z wadami kończyn dolnych

Wady kończyn dolnych wpływają na całą postawę ciała, ograniczają sprawność fizyczną, przyczyniają się do powstawania bólów i kontuzji. Niestety to coraz powszechniejsze zjawisko wśród przedszkolaków i uczniów – jak im zaradzić, piszą mgr Dorota Matczak, mgr Aleksandra Dobrzyńska, dr n. med. Daniel Karaszewski.

Wysoki odsetek wad kończyn dolnych u dzieci jest niepokojący. Z badań przeprowadzonych w wybranych przedszkolach aglomeracji łódzkiej wady stóp odnotowano u 87,5 proc. 5- i 6-latków, natomiast wady kolan u 45,63 proc. 5-latków i 55,26 proc. 6-latków¹. Wykonane przez nas badanie na 620 dzieciach z Warszawy w wieku 5–13 lat pokazało, że koślawość stóp dotyczyła 36 proc. z nich. Dodatkowo sprawdzona oś kończyn dolnych w dynamice wykazała zaburzenie chodu u 31 proc.². Rodzice najczęściej nie umieją rozpoznawać wad kończyn dolnych u dzieci oraz nie mają wiedzy na temat czynników ryzyka, profilaktyki, terapii oraz konsekwencji braku leczenia³. Dlatego uważamy, że przeprowadzanie badań przesiewowych wśród przedszkolaków i uczniów jest niezbędne.

Zalecane postępowanie

Wady kończyn dolnych w znacznym stopniu wpływają na całą postawę ciała, ograniczają sprawność fizyczną, przyczyniają się do powstawania bólów i kontuzji. Do najczęstszych zaliczamy: kolana koślawe, kolana szpotawe, stopę płaską, stopę płasko-ko-

ślawą oraz stopę wydrążoną⁴. Duże zainteresowanie badaczy budzi płaskostopie, z którym najczęściej spotykają się w swojej praktyce zawodowej⁵. Nawet drobne schorzenia stopy mogą wpływać na cały łańcuch biokinematyczny dziecka oraz zaburzać jego równowagę w pozycji stojącej⁶. Prawidłowo ukształtowana stopa opiera się o podłoże trzema punktami: kością piętową oraz głowami I oraz V kości śródstopia. Punkty podparcia kształtują łuki stopy, dzięki którym jest ona sprężysta i prawidłowo funkcjonuje.

Niestety, w fizjoterapii brak jest jednej obiektywnej, rzetelnej, powtarzalnej oraz dokładnej metody badania kończyn dolnych. Najczęściej procedura zawiera wywiad z rodzicem pacjenta, wykonanie i analizę badań za pomocą dostępnych w gabinecie urządzeń (np. videografia, podoskan, platforma padobarometryczna). Fizjoterapeuta wykonuje również testy funkcjonalne, aby ocenić aparat ruchowy oraz sprawność fizyczną pacjenta⁷. Dopiero po wykonaniu tych czynności możliwe jest postawienie diagnozy oraz zaplanowanie programu terapeutycznego i określenie celów.

Podczas indywidualnej terapii fizjoterapeuta stosuje m.in. techniki mięśniowo-powięziowe, dobiera odpowiedni zestaw ćwiczeń, uczy autokorekcji oraz odpowiednich nawyków ruchowych. Początkowo autokorekcja odbywa się z kontrolą wzrokową pacjenta, co stymuluje układ nerwowo-mięśniowy. Bardzo ważne jest wtedy prawidłowe obciążanie i ustawianie kończyn dolnych.

Do najskuteczniejszych ćwiczeń usprawniających pacjenta z wadami kończyn dolnych należą: półprzysiad, sumo squat, stanie na jednej nodze, wymach nogą w bok, marsz oraz wykrok w bok. Angażują mięśnie obręczy biodrowej, szczególnie pośladkowe oraz napinacz powięzi szerokiej, które pełnią bardzo ważną rolę w kształtowaniu prawidłowej osi biodro-kolano-stopą, pomagają w równoważeniu miednicy, utrzymaniu prawidłowej postawy oraz stabilności kolana. Ich praca jest niezbędna w trakcie chodzenia, biegania, skakania i wspinaczki.

Z powyżej wymienionych ćwiczeń to przysiad jest ćwiczeniem fundamentalnym! Wykonywany jest przez nas wielokrotnie w ciągu dnia np. podczas siadania i wstawania z krzesła. W celach fizjoterapeutycznych uczymy dziecko robić przysiad poprzez zginanie stawów kolanowych i biodrowych. Stopy powinny być ustawione na szerokość bioder. Linia kolana nie wychodzi nadmiernie za linię stóp, środek kolana celuje na drugi palec stopy. Stopień kąta zgięcia stawów kolanowych określa typ przysiadu, który jest ogólnie klasyfikowany jako miniprzysiad (140–150 stopni), półprzysiad (120–140 stopni), półprzysiad (80–110 stopni) i głęboki przysiad (<80 przysiad).

Inną formą przysiadu jest tzw. sumo squat, który różni się od tradycyjnej wersji przede wszystkim ułożeniem stóp. Nogi ustawione są szeroko, a palce stóp ustawione na zewnątrz na ok. 45 stopni. Bez względu na wybraną formę ćwiczenia należy wykonać powoli i w kontrolowany sposób, aby utrzymać trzy punkty podparcia stopy. To fizjoterapeuta decyduje i indywidualnie dobiera stopień kąta zgięcia.

Motywacja pacjenta

Terapia wad kończyn dolnych najczęściej trwa od kilku miesięcy do dwóch lat. Jeśli pacjent systematycznie wykonuje ćwiczenia, poprawę można zauważyć bardzo szybko. Dlatego zaleca się, aby spotkania z fizjoterapeutą odbywały się raz lub dwa razy w tygodniu, ale przy założeniu, że pacjent będzie codziennie stosował zalecony instruktaż w domu. Wymienione wyżej ćwiczenia wydają się proste, ale dla dzieci mogą być dużym wyzwaniem. Każde powtórzenie powinno być dokładnie wykonane – niektórzy pacjenci będą umieli wykonać to od razu, a innym może to zająć nawet kilka tygodni. Regularne ćwiczenia to ciężka praca zarówno dla dziecka, jak i rodzica. Wymaga to od nich dyscypliny i zaangażowania. Do każdego przypadku fizjoterapeuta powinien podejść indywidualnie, a do terapii wprowadzać element motywacyjny. Zachęcane dziecko będzie chętniej ćwiczyć, co usprawni cały proces leczenia.

Bibliografia:

1. Dix Jack i in.; The relationship between hip muscle strength and dynamic knee valgus in asymptomatic females: A systematic review; Phys Ther Sport Maj 2019;37:197-209.
2. Duszka Kinga; Poziom wiedzy rodziców na temat wad postawy w obrębie kończyn dolnych u dzieci – koślawość i szpotawość kolan; Praca magisterska 2019.
3. Gołębiowska-Sosnowska Justyna i in.; Występowanie wad kończyn dolnych u dzieci w wybranych przedszkolach Aglomeracji Łódzkiej; Rehabilitacja pourazowa Ortop. 31.12.2019; 21(6):447-456.
4. Szczepanowska-Wolowiec Beata i in.; Feet deformities and their close association with postural stability deficits in children aged 10-15 years; BMC Musculoskelet Disord; 13 Listopad 2019;20(1):537.
5. Świdarska Karolina; Diagnostyka stóp w podologii – wybrane metody; Kosmetologia Estetyczna / 3 / 2012 / vol. 1, str. 220-223.
6. Vukasinović Zoran i in.; Flat feet in children; Srp Arh Celok Lek, Maj-czerwiec 2009;137(5-6):320-2.
7. Wrona Agata; Ocena kończyn dolnych w populacji dziecięcej; Praca magisterska 2017.
8. Zulkifley Mohd Asyraf i in.; Squat Angle Assessment Through Tracking Body Movements; IEE Access v.7, 2019.

¹Justyna Gołębiowska-Sosnowska i in.; Występowanie wad kończyn dolnych u dzieci w wybranych przedszkolach Aglomeracji Łódzkiej; Rehabilitacja pourazowa Ortop. 31.12.2019; 21(6):447-456.

²Badania własne przeprowadzone przez podmiot leczniczy Active Place.

³Duszka Kinga; Poziom wiedzy rodziców na temat wad postawy w obrębie kończyn dolnych u dzieci – koślawość i szpotawość kolan; Praca magisterska 2019.

⁴Wrona Agata; Ocena kończyn dolnych w populacji dziecięcej; Praca magisterska 2017.

⁵Zoran Vukasinović i in.; Flat feet in children; Srp Arh Celok Lek, Maj-czerwiec 2009;137(5-6):320-2.

⁶Beata Szczepanowska-Wolowiec i in.; Feet deformities and their close association with postural stability deficits in children aged 10-15 years; BMC Musculoskelet Disord; 13 Listopad 2019;20(1):537.

⁷Świdarska Karolina; Diagnostyka stóp w podologii – wybrane metody; Kosmetologia Estetyczna / 3 / 2012 / vol. 1, str. 220-223.

Etyka ponad wszystko

Żadne czasopismo naukowe nie opublikuje już artykułu powstałego na bazie badania niezatwierdzonego przez komisję etyczną – o zadaniach Zespołu ds. Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów rozmawiamy z jego przewodniczącym dr. hab. Tomaszem Halskim.

Panie profesorze, pod koniec zeszłego roku pod egidą KIF rozpoczął pracę Zespół ds. Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów. Jest Pan przewodniczącym tego zespołu, liczącego 16 ekspertów. Na uczelniach wyższych działają podobne komisje zajmujące się etyką w badaniach naukowych. Czy konieczne jest formowanie kolejnej struktury?

Tak, na wielu uczelniach działają podobne komisje, ale są to raczej komisje bioetyczne. Stwierdziłszy, że podobnie jak w akademiach wychowania fizycznego, czyli tam, gdzie prowadzone są kierunki fizjoterapia i wychowanie fizyczne zauważalna jest potrzeba prowadzenia nie tyle komisji bioetycznej, a bardziej komisji etyki badań naukowych.

Wyjaśni Pan, czym różni się komisja bioetyczna od etycznej?

Komisja bioetyczna funkcjonuje przede wszystkim zgodnie z przepisami o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz obejmuje eksperymenty medyczne, które zdefiniowane są w stosownej ustawie. Szefem takich badań może być wyłącznie lekarz lub lekarz dentysta. I to jest duże ograniczenie dla fizjoterapeutów, którzy często prowadzą różne badania niekoniecznie w formie eksperymentu medycznego, tylko tzw. eksperymentu poznawczego na ludziach. Nie podlegają oni wytycznym komisji bioetycznej. Takimi eksperymentami zajmuje się właśnie zespół, któremu przewodzę.

Jaki jest zatem główny cel działania Zespołu?

Umożliwienie fizjoterapeutom prowadzenia badań naukowych. Jest to z pewnością odpowiedź na strategię Izby związaną z promowaniem EBP. Chcemy, aby każdy fizjoterapeuta, także niezwiązany ze środowiskiem naukowym, jeżeli tylko ma umiejętności i chęci, mógł prowadzić badania naukowe zgodnie ze standardami etycznymi.

A co to znaczy, że badania są etyczne?

Można by na ten temat wygłosić serię wykładów, ale pokrótce: badanie, aby było etyczne, musi być przede wszystkim oparte o aktualnie obowiązujące prawo. Ale z punktu widzenia praktycznego interesuje nas przede wszystkim dobro uczestników badania. Chodzi o zabezpieczenie ich przed sytuacjami, które mogą być dla nich niekorzystne. Dla przykładu porządek prawny nakłada na badacza obowiązek udostępniania pełnej informacji o badaniu oraz respektowanie praw uczestnika badania np. jego możliwości wycofania się.

Czy mógłby Pan podać przykład hipotetycznego nieetycznego zachowania, do jakiego mogłoby dojść w trakcie badań naukowych dotyczących fizjoterapii?

Przywołany już brak informacji dla osoby badanej. Każda osoba włączana do procesu badawczego musi wyrazić na to zgodę na piśmie. Ale co ważne, treść musi być napisana w języku zrozumiałym dla badanego. Oczywiście jako Zespół patrzymy na projekt badania także pod kątem tego, jak badacz ocenia korzyści lub niebezpieczeństwa dla pacjenta zapraszanego do badań. Ważne jest, aby można było mówić o wyraźnej przewadze korzyści. Generalnie badacz ma obowiązek opisanie ryzyka, a my oceniamy, czy rzeczywiście zostało ono odpowiednio skalkulowane. Weźmy sytuację, w której badacz zamierza sprawdzać wytrzymałość stawów kończyn dolnych na zeskok z wysokości półtora metra. Może się wydawać, że skoro planuje przeprowadzić badanie na wysportowanych studentach AWF, to nie jest to dla nich niebezpieczne. Naszym zadaniem byłoby zweryfikowanie tego założenia.

Oceniamy również badanie, a przede wszystkim jego cel, pod kątem tego, czy ma ono sens naukowy czy np. nie zostało już wykonane i zweryfikowane przez inne zespoły badawcze i nie ma już potrzeby prze-

prowadzania ich ponownie, narażając uczestników czy nie zapewniając im żadnych korzyści.

Badamy też na przykład to, jak planowana jest realizacja procesu, czyli czy osoby, które mają przeprowadzić badania, mają do tego kwalifikacje. Mówię tu o sytuacji, w której badacz część zadań zamierza powierzyć np. studentom, którzy nie mają jeszcze uprawnień i umiejętności pozwalających na ocenę, czy badanie zostało poprawnie przeprowadzone. Jeśli osoba wykonująca badanie nie ma takich kompetencji, całość badania może zostać podważona. Oczywiście można sobie z taką sytuacją poradzić, np. dokładnie opisując rozdzielanie zadań zgodnie z kompetencjami członków zespołu badawczego, ale to już inna kwestia.

Czyli oceniają Państwo wniosek szerzej niż tylko pod kątem zgodności z prawem?

Tak. I powiem więcej, chociaż naszym zadaniem nie jest rozpatrywanie projektu pod względem merytorycznym, to wykorzystując naszą wiedzę i doświadczenie, staramy się udzielić wnioskującym ewentualnych porad związanych z ulepszeniem założeń. Tak, aby projekt miał większą wartość naukową i praktyczną. Właśnie dlatego w naszym zespole są nie tylko naukowcy, ale też praktycy oraz prawnik. Deklarujemy, że będziemy pomagać naszym koleżankom i kolegom, także w tym względzie. Będzie to zapewne szczególnie przydatne tym fizjoterapeutom, którzy nie są związani na co dzień ze środowiskiem akademickim.

Plusem jest także to, że złożenie wniosku jest bezpłatne?

Z całą pewnością. Na uczelniach wyższych bezpłatnie rozpatrywane są tylko wnioski pracowników. Pozostałe, od osób z zewnątrz, wiążą się z dodatkowymi kosztami. Jedną z przesłanek związanych z powołaniem naszego zespołu była aktywizacja środowiska fizjoterapeutycznego – aspekt finansowy nie jest bez znaczenia, jeśli chodzi o zachęcenie potencjalnych badaczy do pracy naukowej.

Czy uzyskanie opinii Zespołu ds. Etyki w Badaniach Naukowych Fizjoterapeutów jest obligatoryjne przed rozpoczęciem badań?

Nie, ale jeżeli przeprowadzamy badania na własną rękę, musimy liczyć się z konsekwencjami. Niespełnienie podstawowych warunków prowadzenia eksperymentów poznawczych z udziałem ludzi może w przyszłości wiązać się z prawnymi kłopotami. Je-

żeli przedmiotem badania jest obserwacja czy analiza dokumentacji medycznej, to sytuacja jest prostsza. Ale jeżeli wyniki pracy mają służyć nie tylko badaczowi, to nie warto pomijać złożenia wniosku o ocenę etycznych aspektów. W tej chwili żadne czasopismo naukowe nie opublikuje już artykułu powstałego na bazie badania niezatwierdzonego przez komisję etyczną.

Czy Zespół miał już okazję dokonać pierwszych ocen?

Tak, wpłynęły już pierwsze cztery wnioski i zostały ocenione. Trzy decyzje są pozytywne, czwarta sprawa jest w toku – poprosiliśmy wnioskodawcę o pewne modyfikacje w założeniach projektu.

Bardzo zależy nam, aby koleżanki i koledzy fizjoterapeuci nie obawiali się składać do nas wniosków – nie ma zbyt „prostych” badań. Każda osoba, która dąży do zweryfikowania w naukowy sposób skuteczności stosowanych przez siebie metod pracy, może liczyć na naszą życzliwą ocenę i radę. A przecież nieustanne kształcenie się i dążenie do rozwoju jest wpisane w ten zawód.

Rozmawiała Aleksandra Mróz



Dr hab. Tomasz Halski
prof. Uniwersytetu Opolskiego

Autor ponad 60 publikacji naukowych oraz współautor kilku podręczników w zakresie fizjoterapii.

Członek międzynarodowej grupy badawczej Fascia Research Group. Redaktor Gościenny Wydania Specjalnego „Physiotherapy in Muscle Pain: Current Updates from Theory to Clinical Practice” czasopisma „Journal of Clinical Medicine” (IF 4,242). Członek Rady Naukowej punkowanego (40 pkt.) czasopisma „Medical Science Puls”.

Alkohol a gojenie tkanek. Czy naprawdę jest tak szkodliwy?

Na pierwszy rzut oka fizjoterapia i alkohol są jak dwa przeciwne bieguny kuli ziemskiej. Niby nie mają ze sobą kompletnie nic wspólnego, jednak patrząc z doświadczenia, nie zliczę ile razy w swojej praktyce z pacjentami spotkałem się z pytaniami „czy spożycie alkoholu mocno opóźni mój proces rehabilitacji?” lub „czy lampka wina do obiadu to coś złego po mojej operacji?”.

Jak to w końcu jest z tym alkoholem w trakcie rekonwalescencji? Czy faktycznie jest tak szkodliwy dla procesu gojenia tkanek, że warto go ograniczyć lub całkowicie odstawić na czas powrotu do zdrowia po urazie lub operacji? Temat niby wszystkim znany i oczywisty, jednak na tyle powszechny, że w końcu doczekał się również konkretnego podsumowania od strony fizjoterapeutycznej. Dziś odpowiem na pytanie: czy spożywanie alkoholu to faktycznie gwóźdź do trumny gojenia tkanek? A może jest to wielki mit, którym nie warto się zbytnio przejmować?

Wpływ alkoholu na zrost kostny.

Złamania są jednymi z najczęstszych urazów ortopedycznych. Ich gojenie zależy od bardzo wie-

lu czynników, takich jak wiek pacjenta, miejsce złamania, rodzaj uszkodzonej kości czy nawet poziom aktywności fizycznej sprzed urazu. Warto również pamiętać, iż jednym z kluczowych czynników przyspieszających zrost kostny jest prawidłowo zbilansowana dieta.

Wiadomo nie od dziś, że spożycie alkoholu oraz innego rodzaju używek w nadmiernych ilościach powoduje w naszym organizmie kaskadę niekorzystnych skutków metabolicznych (i nie tylko). Jednym z nich jest znaczne opóźnienie, a w skrajnych przypadkach zatrzymanie, zrostu złamanej kości w początkowej fazie jego powstawania¹. Alkohol w tym przypadku jest absolutnym liderem jeśli chodzi o komplikacje procesu gojenia złamań. Pisząc krótko:

czy spożywanie alkoholu opóźnia zrost kostny? Jak najbardziej! Czy zaleca się całkowitą abstynencję w przypadku złamania? Jak najbardziej. Czy jest to konieczne do zrostu kości? Nie do końca, ale na pewno dzięki odstawieniu alkoholu przynajmniej na kilka tygodni będzie ona miała bardziej korzystne warunki do regeneracji.

Warto również pamiętać, iż spożywanie alkoholu nie tylko opóźnia procesy gojenia kości, ale jest bardzo częstym czynnikiem powodującym np. upadki oraz urazy i komplikacje. W swojej praktyce bardzo często spotykam pacjentów, np. o kulach, którzy nawet na trzeźwo w czasie powrotu do sprawności ulegają kolejnemu urazowi. Dodatkowe spożycie alkoholu staje się w takim przypad-

ku ogromnym czynnikiem ryzyka, w szczególności u pacjentów potrzebujących pomocy zewnętrznej w poruszaniu się.

Alkohol, a urazy tkanek miękkich

Oczywiście ortopedia to nie tylko złamania, ale również uszkodzenia tkanek miękkich, ich rekonstrukcje oraz inne zabiegi operacyjne. Czy w tym przypadku również warto znacznie ograniczyć spożywanie alkoholu? Według opublikowanego w 2011 r. artykułu „Alcohol Exposure and Mechanisms of Tissue Injury and Repair”² spożycie nadmiernej ilości alkoholu znacznie opóźnia nie tylko zrost kostny, ale również gojenie praktycznie wszystkich tkanek miękkich, w tym ścięgien, więzadeł i ran skórnych. Zmiany te przypisuje się metabolizmowi alkoholu i wytwarzaniu toksycznych metabolitów, które bezpośrednio wpływają na normalne funkcje komórek, niezbędne do skutecznej naprawy. Jak już wspomniałem, u pacjentów pod wpływem alkoholu częściej dochodzi również do urazów towarzyszących. Wiele z nich to urazowe rany skórne, które wykazują korelację między zatruciem alkoholem a powikłaniami w fazie gojenia. Na przykład poziom alkoholu we krwi (BAL) > 200 mg/dl jest powiązany z 2,6-krotnym wzrostem częstości zakażeń związanych z ranami³. Czy w takim razie nie warto jednak przemyśleć i zaplanować okresu abstynencji w przypadku takich urazów?

Operacje. Abstynencja nie tylko po, ale również przed

Pisząc o ortopedii nie można pominąć również zabiegów operacyjnych. W przypadku operacji „na ostro” oczywiście nie jesteśmy w stanie zaplanować kresu abs-

tynencji przed interwencją chirurgiczną, jednak zdecydowana większość operacji naprawczych w ortopedii to zabiegi planowane na kilka tygodni, a nawet miesięcy do przodu. W takich przypadkach badania również są bezwzględne: odstawienie alkoholu oraz innych używek (zwłaszcza tytoniu) na kilka tygodni przed zabiegiem chirurgicznym oraz przez kilka tygodni po, znacząco redukuje ryzyko powikłań pooperacyjnych i skracając czas rekonwalescencji. Osoby, które planują operację w najbliższej przyszłości zdecydowanie powinny rozważyć drastyczne zmniejszenie lub całkowite ograniczenie spożycia alkoholu.

„Jeden jeszcze nikomu nie zaszkodził”. Czy faktycznie?

Oczywiście medycyna zna przypadki pozytywnych wyników stosowania niewielkiej ilości alko-

holu w diecie. Jednym z nich jest udowodniony naukowo korzystny wpływ tej substancji na układ krwionośny. Osobiście uważam również, że wypicie jednej lampki wina do kolacji raz na 3–4 dni nikomu w niczym nie zaszkodzi. Z doświadczenia (tak, własnego 😊) wiem też, że czasem ciężko jest odstawić do barku otwartą butelkę świetnego Pinot Noir, z którego wypiliśmy tylko jeden kieliszek. Może warto jednak zostawić ją jako zwieńczenie i nagrodę za zakończenie ciężkiego okresu rehabilitacji? 😊

Piotr Piaskowski

Fizjoterapeuta
ortopedyczny,
Autor bloga
fizjologia.pl



Fot. Arch. prywatne



¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117956/pdf/nihms-246548.pdf>

² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117956/pdf/nihms-246548.pdf>

³ Gentilello i wsp., 1993.



Fot. Julia Knap

Ziarna prawdy i błędy poznawcze

– Ewolucja, która przebiegała przez ponad 100 tys. lat na sawannie, nie jest w stanie błyskawicznie wyposażać nas w nowe narzędzia, które byłyby przydatne w epoce cyfrowej – o tym, jak ulegamy błędom poznawczym i zaczynamy wierzyć w teorie spiskowe – mówi popularyzatorka nauki Aleksandra Stanisławska, współprowadząca (wraz z mężem) blog Crazy Nauka.

Czy słusznie myślę, że pandemia poza wszelkimi zdrowotnymi problemami zafundowała nam także wysyp fake newsów, z jakim nie mieliśmy jeszcze do czynienia?

Od początku pandemii zauważamy wzrost fake newsów związanych ze zdrowiem. Jednak już kilka lat wcześniej obserwowaliśmy narastanie liczby fake newsów, które czasem zahaczały o zdrowie, ale niekoniecznie, np. „5G szkodzi”, „Ziemia jest płaska” oraz oczywiście tych związanych ze szczepieniami. Bardzo popularny był też wątek Amerykanów, którzy nie wylądowali na Księżycu, a to, co nam pokazano w telewizji, nakręcono w studiu. Teraz te tematy wyraźnie przycichły, choć całkowicie nie zniknęły. Głównym wątkiem fake newsów jest teraz COVID-19.

Te covidowe wątki też się zmieniały w zależności od etapu pandemii, nowe wypierały wcześniejsze. Najpierw pojawiały się komentarze, że covid nie istnieje, potem że to tylko „taka grypka”.

Akurat ten o braku zjadliwości covidu wciąż trzyma się mocno, ale teraz wszystko kręci się wokół szczepionek. Ta narracja przeciwników szczepień prowadzona była od samego początku, odkąd tylko pojawiły się pierwsze doniesienia o pracy nad szczepionkami. Nie było o tym bardzo głośno, bo też antyszczepionkowcy nie mieli specjalnych argumentów, skoro szczepionek jeszcze nie było. Gdy tylko się pojawiły – zaczęło się. Uderzyli ze zwielokrotnioną mocą, rozsiewając różne fałszywe informacje, które częściowo też podchwyciły media. Mam tu na myśli przede wszystkim fake news, który wciąż świetnie

się trzyma, mówiący, że szczepionki zostały opracowane zbyt szybko, więc w efekcie nie zostały wystarczająco przebadane pod kątem skuteczności i – co jeszcze bardziej porusza opinię publiczną – bezpieczeństwa. W domyśle: są dla nas niebezpieczne!

I są „eksperymentem medycznym”.

Tak mówi antyszczepionkowa narracja, ale warto podkreślić, że ten wątek rozciągnięto na wszystkie dostępne na rynku szczepionki. Przeciwnicy szczepień głoszą, że ludzie, którzy się szczepią, dobrowolnie poddają się eksperymentowi medycznemu i są zwykłymi szczurami doświadczalnymi. Dokonują przy tej okazji tzw. wzniesienia chochoła. To taki chwyt erystyczny mający na celu zdyskredytowanie przeciwnika w dyskusji. Ktoś podaje jakiś argument, a my przeinaczamy to, co powiedział i zaczynamy atakować oponenta za powiedzenie czegoś, czego wcale nie powiedział. Tym razem ktoś wyczytał, że wszystkie szczepionki są w trakcie badań czwartej fazy. To oznacza, że zbierane są od zaszczepionych informacje o wszelkich możliwych NOP-ach, czyli niepożądanych odczynach poszczepiennych.

Mówimy nie tylko o szczepionkach na COVID-19, ale także o wszystkich pozostałych, włącznie z tymi, które są od kilkudziesięciu lat na rynku, np. przeciw polio, różyczce czy śwince?

Tak. Pytanie o to, czy to prawda, że szczepionki podawane w ramach Programu Szczepień Ochronnych podlegają czwartej fazie badań klinicznych, zostało skierowane przez antyszczepionkowców w otwartym liście do Ministerstwa Zdrowia, które – zgodnie z prawdą – odpisało, że wszystkie szczepionki wchodzące do kalendarza szczepień ochronnych podlegają badaniom klinicznym czwartej fazy. I tu wzniesiono chochoła: skoro to jest faza badań medycznych – to bierzemy udział w eksperymencie medycznym! A to nieprawda, bo wszystkie badania dotyczące produktów leczniczych, w tym leków i szczepionek, są prowadzone do trzeciej fazy, po której zostaje podjęta decyzja, czy zostanie dopuszczony do obrotu, czy nie (decyzja o niewprowadzaniu może oczywiście zostać podjęta jeszcze wcześniej). A potem, dla naszego bezpieczeństwa, efekty szczepień są nadal monitorowane – i to jest właśnie czwarta faza badań klinicznych.

Szczepionki przeciw COVID-19 przeszły bardzo gruntowne, precyzyjne badania. Zsumowałam liczbę osób przebadanych w ramach trzeciej fazy obu szczepionek mRNA (Pfizer i Moderna). W sumie

wzięło w nich udział ponad 80 tys. osób, byli to dorośli, młodzież i dzieci. To jest ogromna grupa. Normalnie badania nie są prowadzone na aż tak szeroką skalę. Można więc powiedzieć, że jest przeciwnie niż mówią antyszczepionkowcy: to jedno z najlepiej przebadanych substancji w historii.

Muszę się przyznać, że w pierwszej połowie 2020 r. sama byłam mocno sceptyczna co do tego tempa opracowywania szczepionek. Kiedyś brałam udział w badaniu klinicznym leku – cały proces trwał ok. 10 lat.

Te akurat szczepionki padły ofiarą własnego sukcesu. Tak jak mówisz, zazwyczaj badania medyczne trwają latami. Natomiast tutaj dokonano nadzwyczajnego wysiłku łącznie z tym, że naukowcy pracowali 24 godz. na dobę, a instytucje zatwierdzające, zazwyczaj nieskore do pośpiechu, pracowały w trybie rolling review, czyli nie czekano na zakończenie całej fazy badań, tylko na bieżąco oceniano kolejne mikroetapy. Po to, by ludzie jak najszybciej mogli się szczepić.

Mamy tu ziarna prawdy: szczepionki są w czwartej fazie badań klinicznych, ale to oznacza zupełnie co innego, niż ludziom się wydaje, oraz system zadziałał szybciej, niż powinien w wyobrażeniu zwykłego człowieka. A do tych ziaren dobudowano całą narrację, jak to, że szczepionki są niebezpieczne, mają modyfikować nasze DNA, powodować niepłodność i truć. I to działa jak odstraszacz na te blisko 50 proc. niezaszczepionych Polaków.

Większość ludzi, którzy teraz protestują przeciw szczepieniom i nie chcą zaszczepić swoich dzieci, sami zostali zaszczepieni w dzieciństwie przeciw tym wszystkim chorobom, których skutków na szczęście nie było im dane oglądać (wyjątkiem jest Janina Ochojska, która przeszła polio, zanim szczepionka trafiła do Polski). I chyba dotąd też nie doświadczyli efektów ubocznych tych wszystkich szczepień.

Prawda? To jest hipokryzja do sześcianu, bo sami są zaszczepieni przeciw chorobom wieku dziecięcego, ale swoich dzieci nie szczepią i namawiają innych do tego samego. Uważam to za wyjątkowo amoralne. Inna sprawa, że w prywatnych rozmowach zakaźnicy przyznają, że zdarzają się antyszczepionkowcy, którzy gdy chcą wyjechać do kraju, w którym niektóre szczepienia są wymagane, to szczepią się, tylko głośno się do tego nie przyznają. I zupełnie im to nie przeszkadza głosić poglądy antyszczepionkowe.

Dlaczego tak łatwo wielu z nas, którzy sami kiedyś szczepili swoje dzieci, dało się teraz tak zmanipulować?

Dopóki nie było covidu, walczono ze szczepionkami na odrę, świnkę i różyczkę. Zapoczątkował to w latach 90. XX w. Andrew Wakefield, który w sposób nierzetelny wykonał badania, których wyniki zmanipulował, mając na celu – to trzeba podkreślić – osiągnięcie korzyści finansowych. Miały one potwierdzić, że ta szczepionka wywołuje autyzm. Mimo że ta bzdura została wielokrotnie obalona, a praca Wakefielda wycofana z „The Lancet” – to i tak do dzisiaj wiele osób w to wierzy. Kilka miesięcy temu słuchałam sondy ulicznej, w której pytano ludzi, czego najbardziej boją się w związku ze szczepieniami. Na jednym z pierwszych miejsc był autyzm.

Wszystkie te doniesienia bazują na ludzkim strachu o coś, co jest dla nas fundamentalne – czyli o nasze zdrowie i życie. Wykorzystują błędy poznawcze, które każdy z nas popełnia, bo wszyscy mamy określoną konstrukcję psychiczną. To są błędy wynikające z wadliwego działania naszego mózgu, który jest przyzwyczajony do działania w warunkach, w których ewoluował. Ta ewolucja, która przebiegała przez ponad 100 tys. lat na sawannie, nie jest w stanie błyskawicznie wyposażać nas w nowe narzędzia, które byłyby przydatne w epoce cyfrowej. Nie jesteśmy przygotowani ani na zalew informacji, ani na różne sposoby ich podawania.



Jakie to błędy?

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych, który zadziałał teraz na korzyść antyszczepionkowców, jest efekt autorytetu. To niezła ironia, bo on powinien akurat wspierać naukowców w czasach pandemii.

Dlaczego w takim razie zadziałał na odwrót?

Z perspektywy czasu oczywiście łatwo mi to oceniać, ale widać, że została ze strony nauki zaniedbana kampania informacyjna. Już w czerwcu 2020 r. powinna być rozpowszechniona informacja, że tym razem badania kliniczne zostały bardzo przyspieszone i możemy się spodziewać nie cudu, ale wielkiego osiągnięcia nauki. Ludzie nie dostali takiego komunikatu, dla wielu szczepionki pojawiły się z dnia na dzień. Tę lukę wykorzystali antyszczepionkowcy ze swoimi pseudoautorytetami. Niektórzy z nich to ludzie z dyplomami lekarskimi lub stopniami naukowymi z dziedzin niemających nic wspólnego z medycyną. W każdym środowisku zdarza się ktoś, kto ma inne cele, gra tylko na siebie, gada bzdury. Ludzie bardzo często wolą wierzyć takim osobom, a nie naukowcom, bo ci pierwsi niejednokrotnie mają duży talent do tego, żeby tę swoją opinię popularyzować. Mówią prostym językiem, który jest nasycony emocjonalnie, używają wielu wykrzykników. Ich przekaz jest pełen emocji, a nauka jest z emocji wyprana. A człowiek jest istotą emocjonalną. Działamy pod wpływem emocji, opieramy na nich relacje z innymi. To do nas przemawia. Dajemy się im ponieść i nie zauważamy, że ktoś przekazuje nam opinie, a nie fakty.

I to hasło: każdy ma prawo do własnej opinii!

Naukowiec opowiada, że z przeprowadzonych randomizowanych, powtórzonych przez ileś zespołów badań wynikają takie wnioski, a ktoś niemający pojęcia o nauce wyskakuje z tym stwierdzeniem, że ma prawo do swojej opinii i że waga jego przemyśleń jest równoznaczna z wiedzą naukowca. Jakby się zebrało sto czy nawet tysiąc osób, które mówią coś innego niż to, co wynika z badań, to ich zdanie nie będzie równoważne z tym, co twierdzi nauka. Opinię to każdy może mieć na temat tego, czy krawat w kwiatki jest ładniejszy od tego w paski. Powinniśmy być uczeni w szkole, na czym polega metoda naukowa, dlaczego wyniki badań są takie, jakie są, i w jaki sposób są uzyskiwane.

Dodatkowo mamy mocno zakorzeniony ten archetyp bohatera, który jeden staje przeciw całemu światu, sprzeciwia się ludziom trzymającym władzę i pieniądze, i choćby miałby paść na placu boju, to będzie walczył o prawdę do końca. A tym wrogiem może być – to określenie niestety musi paść w tej rozmowie – Big Pharma.

Oczywiście, uwielbiamy filmy o superbohaterach, którzy ratują świat przed jakimś zagrożeniem. Natomiast przenoszenie tego jeden do jednego do codziennego życia nie ma sensu. I tak, absolutnie musi to tutaj wybrzmieć: tzw. Big Pharma ma swoje za uszami. Miała mnóstwo bardzo nieetycznych zagrań, wiele badań było przeprowadzanych niezgodnie z jakimikolwiek zasadami. To jest kolejne ziarno prawdy i woda na młyn dla tych, którzy chcą się nauce sprzeciwiać. W czasach, w których żyjemy, oczywiście zawsze mogą się zdarzyć szwindle, ale sito jest o wiele gęstsze niż kiedyś. Metody kontroli firm farmaceutycznych i całego procesu tworzenia leków czy szczepionek są tak restrykcyjne, że na rynek nie wejdzie nieprzebadany produkt. Do tego mamy jeszcze swoje niezależne gremia oceniające go na poziomie zarówno europejskim, jak i państwowym. Za dużo ludzi i instytucji jest w to zaangażowanych, żeby dało się ich wszystkich wciągnąć do spisku. Ale jeśli ktoś będzie bardzo chciał znaleźć na niego dowód, to go sobie znajdzie w czeluściach internetu. Tzw. efekt potwierdzenia to błąd poznawczy polegający na tym, że nie szukamy informacji rzetelnych, ale takich, które potwierdzają nasz punkt widzenia, a wszystkie przeciwnie odrzucamy. I tu dochodzą pozorne korelacje, czyli dostrzeganie związków przyczynowo-skutkowych w zdarzeniach od siebie niezależnych. To prowadzi do bardzo szkodliwego fake newsa o nagłych śmierciach osób, które rzekomo miałyby umrzeć z powodu przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19.

Szczególnie intensywnie rozchodzą się informacje o zgonach sportowców, czyli z założenia zdrowych, krzepkich ludzi.

A jak się prześledzi doniesienia z lat przed pandemią, to się okazuje, że takie nagłe śmierci młodych sportowców też miały miejsce. Szczególnie często związane są z układem sercowo-naczyniowym. Niestety, sport wyczynowy jest ogromnym zagrożeniem dla zdrowia, każdy lekarz to przyzna. Natomiast w tej chwili każdy taki przypadek jest cynicznie wykorzystywany przez grupy antyszczepionkowców do tego, aby potwierdzać, że „szczepionki zabijają”. To łączenie w ciąg przyczynowo-skutkowy zdarzeń, które nie



mają ze sobą związku, też jest właściwością ludzkiego mózgu. Dzięki niej jesteśmy w stanie sprawniej funkcjonować, np. ktoś zjadł na sawannie jakieś jagody, a potem zmarł, więc kolejny już ich nie będzie jadł. Jednak tutaj wyciągane są nieuprawnione wnioski, bo często nawet nie wiadomo, czy dany człowiek był zaszczepiony.

Co nam daje taka gimnastyka umysłowa?

W wierze w teorie spiskowe – bo one stanowią silny komponent poglądów antyszczepionkowych – istotne jest złudzenie ponadprzeciętności, czyli błędne przekonanie o byciu lepszym od innych. Jestem mądrzejsza, bo wniknęłam w ten system, byłam w stanie go rozpracować. Nie wierzę temu, co mówi Ministerstwo Zdrowia, WHO, Europejska Agencja Leków – wszystkie te instytucje są elementem ogólnoświatowego spisku, którym rządzi Bill Gates i Big Pharma. A ja, zwykła kobieta, połączyłam te kropki. Poczucie wyjątkowości cechuje wielu ludzi wierzących w teorie spiskowe.

Zastanawiam się, jak to się dzieje, że medyk nagle przechodzi na tę drugą stronę i zaczyna głośno zaprzeczać całej wiedzy naukowej, którą zdobył w ciągu lat ciężkich studiów, a potem pracy zawodowej. Może zbyt idealizujemy przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, którzy mogą postępować tak samo nieetycznie jak inni ludzie?

To prawda, że w dziedzinie zdrowia to właśnie lekarze dotychczas cieszyli się największym zaufaniem społecznym. Nasza wiara w to, że profesor jest nieomylny, mogła też doprowadzić do tego, że on sam w to uwierzył. Istnieje coś takiego jak syndrom noblisty – człowiek po otrzymaniu Nagrody Nobla myśli, że jest tak mądry, że zaczyna się wypowiadać na tematy w ogóle nie związane z jego dziedziną. James Watson, szanowany genetyk uhonorowany Noblem za odkrycie podwójnej helisy DNA, wygłasza poglądy rasistowskie i homofobiczne, które się w głowie nie mieszczą. Ale ten syndrom dotyczy ludzi z wieloma tytułami naukowymi. A dlaczego wielu medyków przechodzi na „ciemną stronę mocy”? Nie wiem. Nie jestem socjologiem i wolę nie spekulować.

W odróżnieniu od niektórych...

Myślę, że ważne jest, żeby umieć powiedzieć, dokąd nasza wiedza nie sięga.

**Rozmawiała
Agnieszka Gierczak-Cywińska**



Fot. Julia Knap

Aleksandra i Piotr Stanisławscy

blogerzy z wyboru, dziennikarze naukowcy i radiowcy z powołania. O nauce piszą i mówią od blisko 20 lat. Laureaci nagród Popularyzator Nauki i POP Science. Współtwórcy bloga Crazy Nauka – największego bloga popularnonaukowego w Polsce, i audycji „Homo Science” w radiu TOK FM. Autorzy książki „Fakt, nie mit”, w której rozprawiają się z najpopularniejszymi mitami naukowymi, m.in. związanymi ze zmianami klimatu czy telefonią 5G.



Fizjoterapeuta członkiem Rady ds. Zdrowia Publicznego

18 stycznia 2022 r. dr hab. n. med. Maciej Krawczyk, prezes KRF, został powołany przez ministra zdrowia na członka Rady ds. Zdrowia Publicznego. To pierwszy fizjoterapeuta, który dołączył do tego szacownego gremium.

Zdrowie publiczne to najprościej mówiąc zapobieganie chorobom, przedłużanie życia, promowanie zdrowia i sprawności fizycznej w wymiarze szerszym niż jednostkowy, czyli społecznym i środowiskowym. Wszystkie te cele są zbieżne z działaniami fizjoterapeutów – fizjoprofilaktyka jest przecież jednym z fundamentów naszej pracy. Zdrowie publiczne to także działania podejmowane w celu wczesnego roz-

poznawania, zapobiegania i leczenia, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i wzmacnianie zdrowia. To również credo fizjoterapii. Fizjoterapia jest dzisiaj jedną z podstaw nowoczesnej ochrony zdrowia w bardzo wielu krajach. Niestety w Polsce musimy ciągle podkreślać jej rolę jako ważnego i niezastępowalnego etapu leczenia oraz narzędzia profilaktyki. Dlatego bardzo ważne jest, aby perspektywa i głos naszego środowiska były widzialne i słyszalne w tak istotnym merytorycznie zespole.



Mamy pełnomocnika ds. rehabilitacji leczniczej po COVID-19

Prof. Jan Szczegielniak, konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii został powołany na to stanowisko 10 stycznia 2022 r. przez ministra zdrowia.

Prof. Jan Szczegielniak jest specjalistą fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej oraz członkiem Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Koordynuje także program rehabilitacji pocovidowej, który realizowany jest w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA im. św. Jana Pawła II w Głucholazach.

Rolą pełnomocnika jest przedstawiać ministrowi zdrowia analizy, oceny i wnioski związane z realizacją

zadań dotyczących rehabilitacji pocovidowej, ale także prezentować własne propozycje rozwiązań i działań w tym zakresie. Do jego zadań należy również opracowywanie nowych programów rehabilitacji dla pacjentów po COVID-19.

9 lutego br. prof. Szczegielniak został również członkiem powołanego przez prezesa Rady Ministrów nowego organu – Rady ds. COVID-19.

Serdecznie gratulujemy!

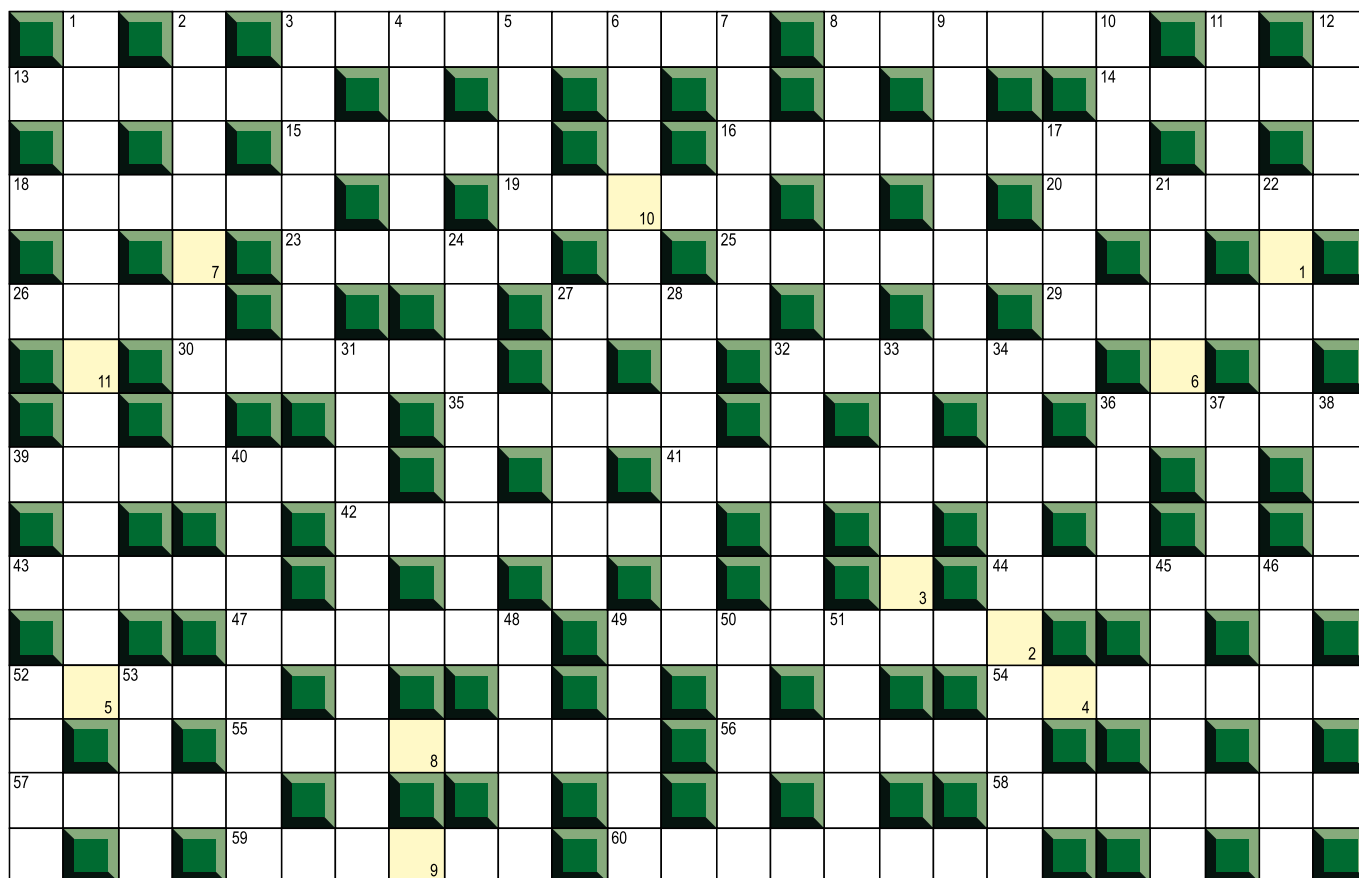
Nowe biura KIF

Na łamach „Głosu” pisaliśmy już o powstających na terenie całej Polski terenowych biurach KIF. W ostatnim czasie lista ta powiększyła się o kolejne. Miło nam poinformować, że obecnie działają już biura w województwach: dolnośląskim, lubelskim, małopolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim. Niedługo do tej listy dołączą województwa: lubuskie, mazowieckie, opolskie oraz śląskie.

Rozbudowanie struktury oddziałów terenowych po-

zwoli lepiej poznać i w pełni wesprzeć lokalne działania fizjoterapeutów w regionach, ale także usprawni współpracę KIF z przedstawicielami samorządów, instytucji medycznych i naukowych w całej Polsce. Początkowo działania biur terenowych koncentrują się głównie na organizowaniu szkoleń dla fizjoterapeutów.

Zapraszamy do odwiedzin działających już biur. Na stronie KIF znajdują się szczegółowe adresy oraz godziny otwarcia placówek (kif.info.pl/regiony).



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

POZIOMO:

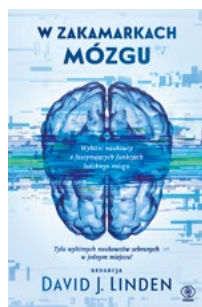
- *3) niby ospa, ale na żebrach,
 8) styl ozdobnikami kapiący,
 *13) fizjoterapeuci mogą też szczepić przeciw ...,
 *14) wirusowy celebryta od 2019 roku,
 15) pewność z przytupem,
 16) rezydują w domowym kurzu,
 18) ciemniejsza koleżanka maliny,
 19) z liśćmi w dreszczach,
 20) gry zawodzi kurczliwość mięśni,
 23) zachwyca gadaniem,
 25) w ciemno stawia się na niego,
 26) bieliźniane owoce,
 27) łączy kelnera z kościelnym,
 29) kapelusz lampy,
 30) sobotnie święto żydowskie,
 32) rozpięty między śledziami,
 35) z fotkami lub nagraniami,
 *36) drobnoustrój, który łączy większość haseł „medycznych” w tej krzyżówce,
 39) wybitny hiszpański kubista,
 41) grzybowy inspirator fryzury,
 42) odważna w matematyce,
 43) szkodnik piękności,
 44) sporo krzyżyków na grzbiecie,

- 47) roratowy okres,
 49) serwuje i przebija,
 52) z aksamitem zbratany,
 54) nie ptak a gwizdze,
 55) groźna dla paznokci,
 56) odwiedzany przez babę,
 *57) powoduje chorobę Heinego-Medina,
 58) szpital szkoleniowy,
 59) odmiana dżinsu,
 *60) enterowirus ze stanu Massachusetts.

PIONOWO:

- *1) rhinowirus w natarciu, zwłaszcza jesienią,
 2) widzi na różowo,
 3) huczna fajność,
 4) rozmowa żagli z wiatrem,
 5) żyje z udawania,
 6) szpikulec wieży,
 7) rozdęta u konia,
 8) gruba mąka,
 9) zapisy dla potomności,
 10) płyn siedmiu złodziei,
 11) marka kosmetyków o światowym zasięgu,

- *12) stanowi granicę i zapobiegamy jej szczepieniami,
 17) muzulmański podatek,
 21) krewniak żyrafy,
 22) japoński samochód,
 24) nieprzemakalny na płaszcze i kurtki,
 27) ma wiersze i kolumny,
 28) gorzkawy aperitif,
 *31) wirus, który powoduje raka szyjki macicy,
 *32) potocznie jelitówka, medycznie ...,
 33) poszukiwana przez biedronkę,
 *34) jak z nią pocałujesz, w prezencie pęcherzyki na ustach sprezentujesz,
 36) nie do znalezienia w ideale,
 37) pora zabójcza dla wampira,
 38) rybacka nie na muchy,
 40) nieprzyjemna dla ucha paplanina,
 45) wiódł spór o mur,
 *46) choroba, ale i zwierzątko,
 48) przed jurą,
 49) sezamowe dobro,
 50) wielofunkcyjny dla atlety,
 51) w masie czekoladowej,
 52) obecny w kościach i w gipsie,
 53) wystrojona i wypacykowana.



W zakamarkach mózgu

David J. Linden, przekład: Bożena Jóźwiak

Wydawca: Dom Wydawniczy REBIS Sp. z o.o.
360 stron, rok wydania: 2021

Wybitni naukowcy o fascynujących funkcjach ludzkiego mózgu!

Profesor Linden i zaproszeni przez niego autorzy otwierają nowe okno

na krajobraz ludzkiego mózgu oraz świat błyskawicznie rozwijającej się neuronauki. To fascynująca lektura zarówno dla profesjonalistów, jak i miłośników nauki.



Leczenie blizn pourazowych. Podstawowe zasady, praktyka i techniki terapii manualnej

Catherine Ryan, Nancy Keeney-Smith

Wydawca: Edra Urban & Partner Sp. z o.o.
272 strony, rok wydania: 2021

Leczenie tkanki bliznowatej to duże wyzwanie dla fizjoterapeutów. Badania wykazały, że odpowiednie techniki terapeutyczne mogą przynieść znaczące rezultaty. Ten praktyczny podręcznik daje jasne wskazówki terapeutyczne, co robić (a czego nie robić) w postępowaniu z pacjentami z bliznami pourazowymi.

Książka ta jest jedną z najciekawszych i najbogatszych merytorycznie publikacji, z jakimi miałem do

Autorzy specjalizujący się w takich dziedzinach, jak zachowanie, genetyka molekularna, biologia ewolucyjna i anatomia porównawcza, poruszyli całą gamę interesujących tematów, od osobowości przez percepcję, uczenie się i piękno po miłość i seks, a nawet co neuronauka może powiedzieć o marketingu i reklamie. A wszystko po to, by objaśnić biologiczne podstawy naszego życia psychicznego i społecznego oraz sposoby, w jakie wchodzą one w interakcje z doświadczeniem pojedynczego człowieka, z kulturą, nieustającym procesem ewolucji i jak same są przez nie kształtowane. I szczerze mówią, co już wiadomo, a czego nie.

czynienia. Choć jej tematyka krąży wokół leczenia blizn urazowych, to treść sięga na tyle głęboko i szeroko, że może stanowić inspirację i pomoc w rozwoju warsztatu zawodowego fizjoterapeutów (...). Liczne uwagi kliniczne i rozważania dotyczące zagadnień patofizjologicznych odnoszą się zawsze do rozwiązywania realnych problemów w pracy z pacjentami. Autorki wykazały się obszerną znajomością najnowszych trendów naukowych i klinicznych z pogranicza neuronauki, medycyny, terapii powięziowych, pracy z ciałem i psychologii. Co więcej, książka jest przejrzysta i przystępnie napisana (...). Niniejsza publikacja to obowiązkowa pozycja w bibliotece każdego klinicysty – rekomenduje fizjoterapeuta Marek Barna, redaktor polskiego wydania książki.



www.facebook.com/chomikiemirysikiem

NAGRODA

Pierwsze pięć osób*, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzyma książkę „Leczenie blizn pourazowych. Podstawowe zasady, praktyka i techniki terapii manualnej” (2 egz.) lub „W zakamarkach mózgu” (3 egz.). Maile zawierające hasło prosimy kierować na adres redakcja@kif.info.pl.

Z laureatami (fizjoterapeuci z PWZFz, regularnie opłacający składki) skontaktujemy się mailowo.

*Nagrodę książkową można otrzymać raz na kwartał.

Nagrody książkowe ufundowali:

edra
URBAN & PARTNER

REBIS

Nagrody książkowe za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru otrzymują: Jakub, Mateusz, Anna, Diana, Patrycja, Maciej. Gratulujemy!

Znajdź Fizjoterapeutę

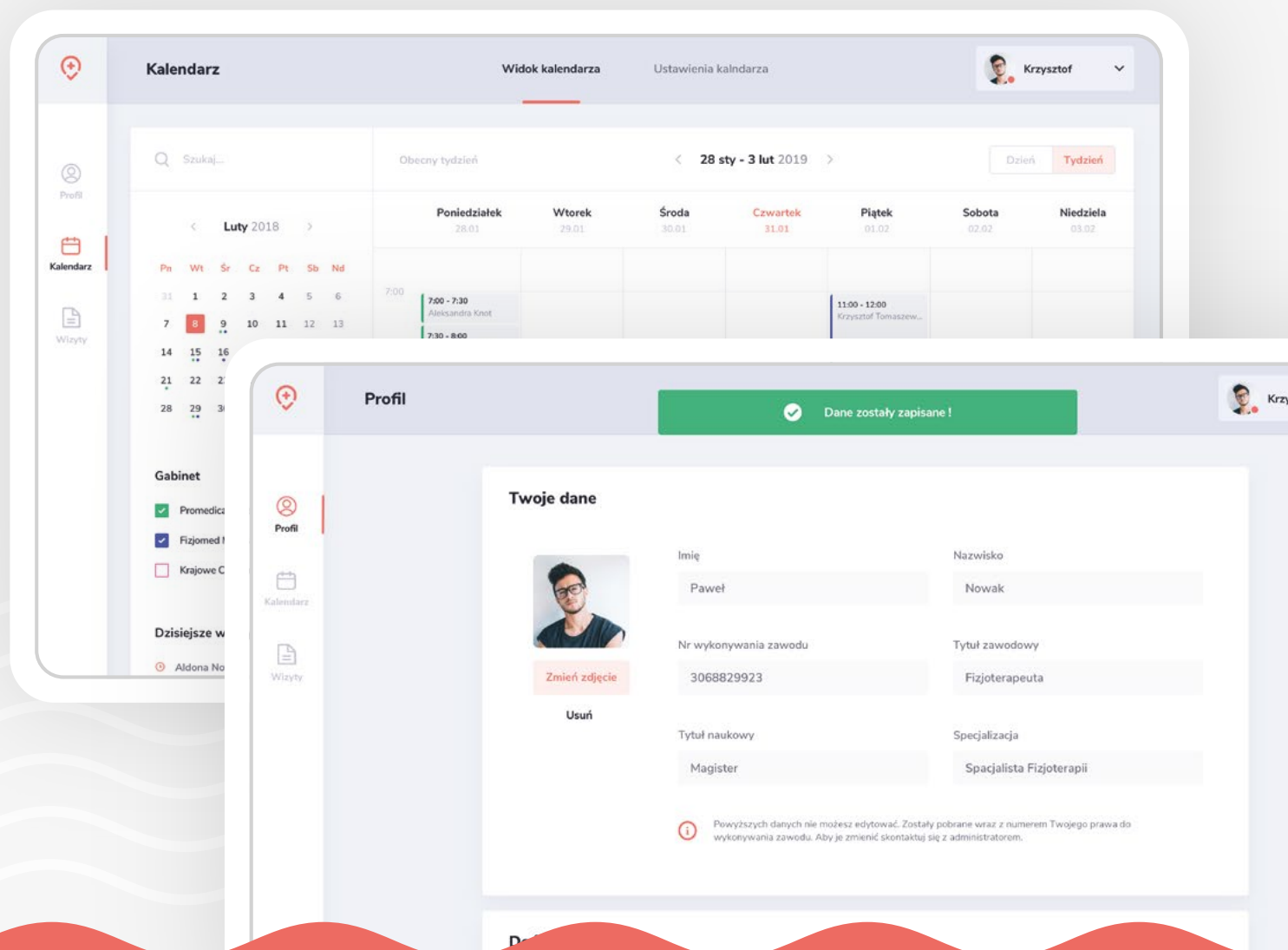
Wyszukiwarka usług fizjoterapeutycznych
wspierana przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów

Dołącz
do nas!

>> Stwórz profesjonalną wizytówkę w internecie.

>> Zwiększ swoje szanse na pozyskanie nowych klientów.

>> Udostępnij kalendarz wizyt i daj pacjentom możliwość zapisów online.



znajdzfizjoterapeute.pl



@znajdzfizjoterapeute