

# głos fizjoterapeuty

1/2021  
(14)

**Roman Olejniczak**

Kiedy praca staje się  
życiową pasją

**Fizjoprofilaktyka**

Leczmy pacjentów ruchem

Jak samorządy mogą  
wspierać osoby po COVID-19

**ki-**

Krajowa Izba  
Fizjoterapeutów



ISSN 2545-3637

## WSTĘP

- 3 *Wciąż naprzód. Słowo wstępu od prezesa KRF dr. hab. n. med. Macieja Krawczyka*

## TEMAT NUMERU

- 5 *Jakie dziś ma znaczenie fizjoprofilaktyka? Dr hab. Monika Grygorowicz m.in. o roli fizjoterapeutów w powrocie do dobrej formy fizycznej po chorobie*
- 8 *Wejść w buty pacjenta. O sojuszu fizjoterapeuty i pacjenta - Maria Libura, specjalistka w dziedzinie komunikacji medycznej*
- 13 *Czy Kowalski potrzebuje bikefittingu? O swojej pracy opowiada Mateusz Naworol, fizjoterapeuta i bikefitter*

## PASJONACI

- 18 *Swoją drogą życiową, która przerodziła się w pasję do pomagania pacjentom, dzieli się z czytelnikami „GF” Roman Olejniczak*

## Z DZIAŁAŃ KIF

- 22 *Jak samorzady mogą wspierać osoby po COVID-19 – o planowanym webinarze dla włodarzy miast. Tomasz Prycel*
- 23 *Eksperci KIF pomogą samorządom w tworzeniu programów z zakresu rehabilitacji. Paweł Adamkiewicz*
- 23 *Pomoc KIF jest konieczna. Marek Wójcik*
- 25 *Pora na samorządowe działania rehabilitacyjne. Prof. dr hab. n. med. Adam Antczak*
- 26 *Wizyta patronażowa fizjoterapeuty u niemowlęcia powinna być obowiązkowa. Dr n. o zdr. Roksana Malak*
- 27 *Czas na modelowe programy. Mateusz Łakomski*

## ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE

- 29 *Fundusz Solidarnościowy: Co poszło nie tak?*

## ZE ŚWIATA

- 30 *Zbadamy dostępność technologii asystujących w Polsce*
- 32 *Niemcy walczą o poprawę statusu zawodu fizjoterapeuty*

## PRAWO W PRAKTYCE

- 34 *Dobra osobiste w działalności członka samorządu zawodowego*

## NAUKA

- 35 *Od angielskiego nie uciekniemy – o zmianach w piśmie naukowym KIF mówi prof. Jakub Taradaj i dr Zbigniew Wroński*
- 38 *Aktywność fizyczna – nowe rekomendacje WHO*
- 42 *Czym są nowoczesne wytyczne praktyki*

## FIZJO-BLOGOSFERA

- 44 *Naszą rolą jest leczenie ruchem. Piotr Piaskowski, fizjoterapeuta ortopedyczny o swojej pracy z pacjentami*

## Z DZIAŁAŃ KIF

- 46 *Znani aktorzy promują zalecenia dot. rehabilitacji po COVID-19*
- 48 *Sukces polskiej wersji poradnika WHO*

## SZKOLENIA

- 49 *Dowiedz się, jak pracować z pacjentami po COVID-19. Weź udział w bezpłatnym szkoleniu KIF*

## POZA FIZJO

- 50 *Czy Hipokrates mógł się mylić?*
- 52 *Biust w ruchu – KONKURS z okazji Dnia Kobiet*

## PO GODZINACH

- 54 *Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami*

### Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,  
Weronika Krzepakowska, Dominika Kowalczyk

### Sekretarz redakcji:

Aleksandra Mróz, [aleksandra.mroz@kif.info.pl](mailto:aleksandra.mroz@kif.info.pl)

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Katarzyna Dobrakowska

Na okładce: Roman Olejniczak, Fot. arch. prywatne R. Olejniczaka

### „Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

#### Adres redakcji:

Pl. Stanisława Małachowskiego 2, 00-066 Warszawa  
tel. +48 22 230 2380, [redakcja@kif.info.pl](mailto:redakcja@kif.info.pl)

#### Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645, nakład drukowany: 550 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](http://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.



## Wciąż naprzód

„Przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka – wiadomo; ale kiedyś kształtowało się ono dużo wolniej. Dziś, kiedy świat nieprawdopodobnie wprost przyspieszył, przyzwyczajenia utwierdzają się błyskawicznie” – napisała niedawno Olga Tokarczuk. Nowa normalność ma już inny wymiar. Pisałem to już rok temu, tyle że dzisiaj coraz częściej zapominamy, że teraz jest jeszcze nowsza. Trzecia fala zaatakowała nas niejako „z marszu”. Czujemy się bezpieczniej, bo wielu z nas zostało zaszczepionych. Jednak to poczucie bezpieczeństwa jest chwilowe i iluzoryczne, bo pandemia zabiera nam podstępnie najbliższych i pacjentów. Doświadczenia tych, którzy chorowali, nauczyły nas respektu i pokory do niewidzialnego wroga.

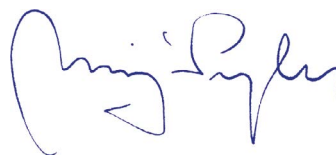
W tych warunkach chcemy pracować i pracujemy „normalnie”. Potrzebują nas nasi pacjenci. Liczne przerwy w terapii i działalności różnych form rehabilitacji spowodowały, że pacjentów przybywa w szybkim tempie. Nawet dziś, kiedy szybko wzrasta liczba zarażonych covidem, zgłaszają się na rehabilitację. To pokazuje, jak dużym wsparciem dla nich jesteśmy i jak jesteśmy potrzebni. To ważny argument w rozmowach z decydentami, którym niestety wciąż zdarza się umniejszać naszą rolę.

Pracujemy. Jak dawniej wielu z nas czerpie z tej pracy satysfakcję. Codziennością stały się trudniejsze warunki, których wymagają reżim sanitarny i odpowiedzialność. Uczymy się, jak sobie radzić ze stresem. Szczepionki, testy, maseczki – to co kiedyś dziwiło, dziś jest standardem postępowania.

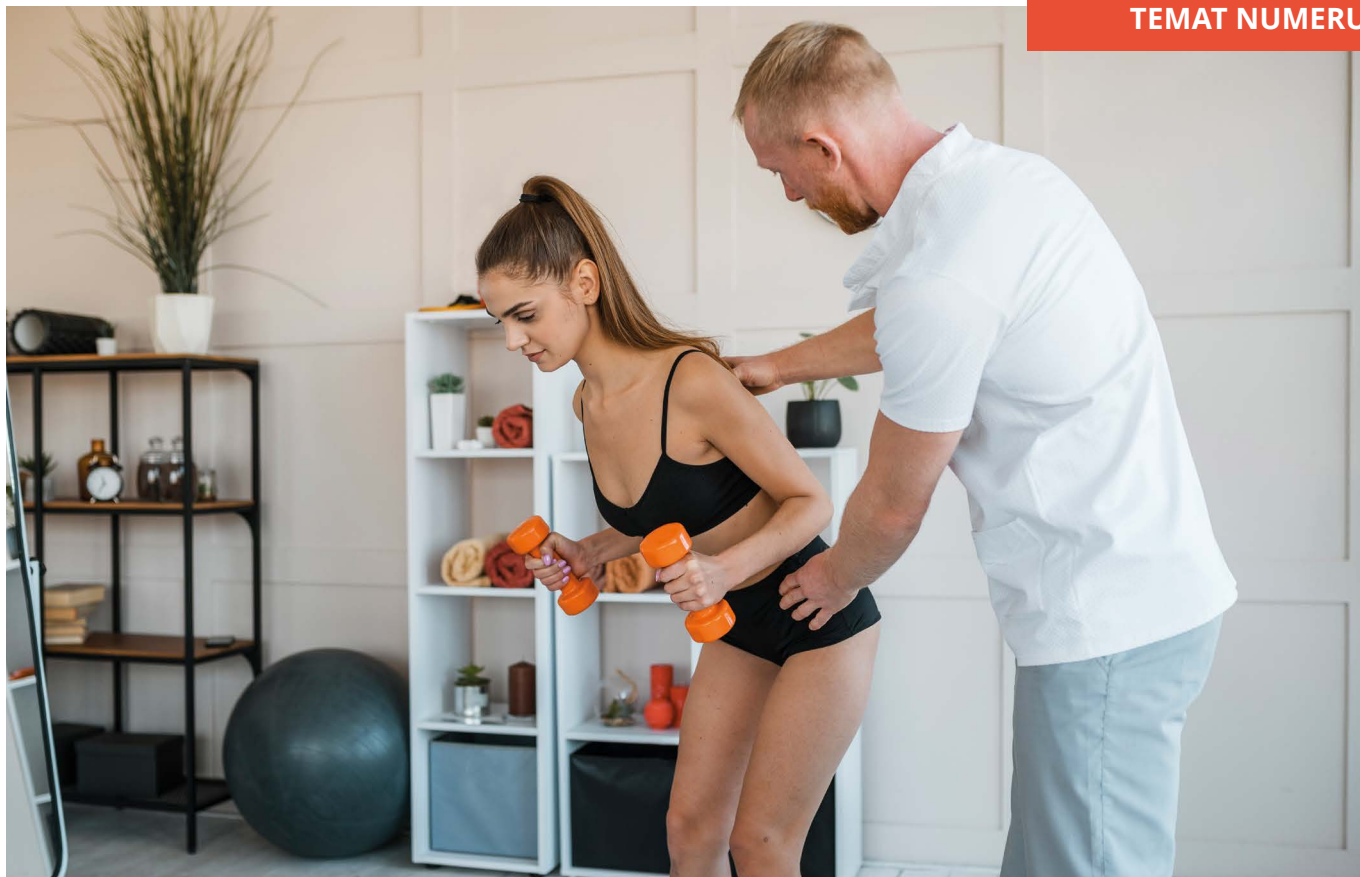
Nasza praca ma inny wymiar i musi to znaleźć swoje odbicie także w wynagrodzeniu. Po raz pierwszy samorząd, choć tylko w roli eksperta, wziął udział w obradach komisji trójstronnej na temat podwyżek. Do tej pory zasiadali tam z mocy prawa przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, związków zawodowych i pracodawców. Musieliśmy innymi drogami, trochę naokoło, walczyć o nasze pieniądze. Na wniosek KIF w Trybunale Konstytucyjnym toczy się sprawa związana z dyskryminacją fizjoterapeutów na tle finansowym. Rozmowy, pisma, nacisk medialny czy w końcu ciągle pokazywanie naszego miejsca w systemie przyniosło pierwsze efekty. Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski przyznał na spotkaniu z nami, że fizjoterapeuci i diagnosty laboratoryjni byli przy podwyżkach pomijani i czas to zmienić. Muszą się znaleźć pieniądze dla fizjoterapeutów – to jest nasze stanowisko. Osoba z wyższym wykształceniem medycznym powinna zarabiać co najmniej dwukrotność średniej krajowej. ►

Niektórzy związkowcy mówią, że Izba nic nie robi, a ja pytam, dlaczego podczas obrad komisji trójstronnej nie zabierają już tak chętnie głosu i wybierają milczenie? Dlaczego, skoro tak walczą, to od 10 lat nic nie wywalczyli? Istnieją przecież znacznie dłużej niż samorząd. Nie jest to atak, to tylko próba uświadomienia, jak trudne, wielowątkowe są rozmowy z decydentami. I jak ważna jest współpraca i granie do jednej bramki. Tym przedstawicielom związków zawodowych, którzy to rozumieją i działają na rzecz dobra środowiska, a nie promują jedynie własne osoby, tak po ludzku i po prostu, bardzo dziękuję.

Teraz szczególnie potrzebne nam jest wsparcie. Wykorzystaliśmy szansę i KRF zwołała Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów I kadencji, którego celem było wyrażenie zgody na podpisanie umowy z MZ, dzięki której trafi do nas 4,5 mln zł! 215 delegatów wyraziło zgodę! Dziękujemy w imieniu fizjoterapeutów, którzy być może już na początku drugiego kwartału będą mogli skorzystać ze szkoleń. Bez względu na to, czy pracują w prywatnej, czy publicznej służbie zdrowia. A tym, którzy próbowali storpedować projekt, proponuję popatrzeć koleżankom i kolegom w oczy i powiedzieć: „przepraszam”.



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



## Jakie dziś ma znaczenie fizjoprofilaktyka?

Fizjoterapeuci w istotny sposób wpływają na zapobieganie lub zmniejszanie niepełnosprawności i poprawę wydolności osób w różnym wieku poprzez kształtowanie i podtrzymywanie ich sprawności.

Wraz z wprowadzeniem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty działalność fizjoprofilaktyczna stała się naszym formalnym obowiązkiem. Do tego momentu, nie przywiązując wagi do formalnego nazywania pewnych czynności, fizjoterapeuci w ogromnym wymiarze realizowali działania fizjoprofilaktyczne – bo tym przecież jest popularyzowanie zachowań prozdrowotnych, które jest tak charakterystyczne dla naszej pracy. W istotny sposób wpływamy na zapobieganie lub zmniejszanie niepełnosprawności i poprawę wydolności osób w różnym wieku poprzez kształtowanie i podtrzymywanie ich sprawności. Właśnie takie zapisy znalazły się w ustawie, w której podkreślono, że prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej mieści się w katalogu realizowanych przez nas świadczeń zdrowotnych.

### Definicja dostosowana do rzeczywistości

I być może pojawia się pytanie: po co takie zapisy, jeśli my to już przecież robiliśmy? Osobiście traktuję ten zapis w ustawie jako usankcjonowanie i podkreślenie naszej roli – jako osób wykonujących zawód medycz-

ny – w systemie ochrony zdrowia w kraju. Stąd też, przy przygotowywaniu definicji fizjoprofilaktyki i jej podziału, wyszliśmy w naszym Zespole Tematycznym ds. Fizjoprofilaktyki z założenia, że powinna się ona wpisywać w funkcjonujące już w administracji państwowej podziały i powinna być też spójna z różniczeniami obecnymi w innych działach medycyny. Stąd, w drodze dyskusji członków Zespołu i członków Krajowej Rady Fizjoterapeutów, przyjęte zostało takie brzmienie definicji fizjoprofilaktyki i jej podział jak w uchwale z dnia 16 maja 2019 r. (patrz str. 6.).

### Zadania zespołu ds. Fizjoprofilaktyki

Nadrzędnym celem powołanego Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki było wypracowanie definicji oraz opracowanie podziału i zakresu prowadzenia działalności fizjoprofilaktycznej, a w dalszej kolejności – przygotowanie programów profilaktycznych, które mogą przyczynić się do restrukturyzacji obecnie świadczonych usług fizjoterapeutycznych. Przytoczyć tu można choćby prace w obszarze diagnostyki

## FIZJOPROFILAKTYKA

Postępowanie fizjoterapeutyczne polegające na przeciwdziałaniu, spowolnieniu, zahamowaniu lub wycofaniu się niekorzystnych skutków nieprawidłowego stylu życia, zmian involucyjnych oraz procesów chorobowych m.in. poprzez popularyzację aktywności fizycznej, edukację zdrowotną, redukcję czynników ryzyka oraz diagnostykę funkcjonalną celem uniknięcia lub zahamowania rozwoju problemów funkcjonalnych lub schorzeń.

## PODZIAŁ FIZJOPROFILAKTYKI

### • Fizjoprofilaktyka wczesna:

Postępowanie fizjoterapeutyczne mające na celu popularyzację aktywności fizycznej jako czynnika redukującego społeczne, ekonomiczne i kulturowe wzorce życia, przyczyniające się do podwyższenia prawdopodobieństwa wystąpienia choroby i/lub problemów zdrowotnych.

Poziom oddziaływania: uniwersalny (skierowany do całej populacji)

### • Fizjoprofilaktyka pierwotna:

Postępowanie fizjoterapeutyczne mające na celu zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem i/lub zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia problemów zdrowotnych poprzez wczesną diagnostykę, kontrolę oraz przeciwdziałanie powstawania wewnętrznych i zewnętrznych czynników ryzyka.

Poziom oddziaływania: selektywny (skierowany do grup osób wysokiego ryzyka)

### • Fizjoprofilaktyka wtórna:

Postępowanie fizjoterapeutyczne obejmujące uzupełnienie leczenia poprzez wdrożenie dostosowanej do dysfunkcji aktywności fizycznej w celu powstrzymania rozwoju negatywnych skutków choroby i/lub problemów zdrowotnych.

Poziom oddziaływania: selektywny

### • Fizjoprofilaktyka III fazy (trzeciorzędowa):

Postępowanie fizjoterapeutyczne mające na celu zapobieganie skutkom przebytej/trwającej choroby/problemu zdrowotnego oraz przeciwdziałanie ich nawrotom, a także minimalizację wtórnych uszkodzeń, komplikacji i/lub kompensacji.

Poziom oddziaływania: selektywny

i leczenia zaburzeń postawy ciała i niskostopniowych skolioz, programów wizyt patronażowych fizjoterapeuty czy dotyczącego nietrzymania moczu i poprawy jakości życia kobiet i mężczyzn nim dotkniętych, oraz opracowanie programu profilaktycznego zmniejszającego ryzyko występowania upadków wśród osób starszych.

Jest to praca bardzo czasochłonna, wymagająca dziesiątek godzin rozmów między nami i ekspertami, dotycząca szczegółów klinicznych i wielu analiz dowodów naukowych. Uczestniczymy w licznych międzysektorowych spotkaniach i rozmowach, gdzie jako członkowie Zespołu informujemy interesariuszy zewnętrznych, czym zajmuje się fizjoterapeuta i w jakich dziedzinach ochrony i profilaktyki zdrowia działa. Ponadto członkowie Zespołu reprezentując nasz samorząd, uczestniczą w wydarzeniach naukowych i edukacyjnych, upowszechniają wiedzę na temat roli i znaczenia fizjoprofilaktyki oraz propagują informacje o działaniach KIF i Zespołu wśród społeczności fizjoterapeutycznej, innych zawodów medycznych, pacjentów oraz ogółu społeczeństwa.

## „Kompedium fizjoprofilaktyki”

Jak widać, działania naszego Zespołu wpisują się w szeroką kampanię informacyjną dotyczącą rozpoznawalności kompetencji fizjoterapeutów. Aby uświadomić szerszemu gronu odbiorców – w tym także decydentom administracji krajowej – naszych umiejętności i możliwości, przygotowaliśmy monografię naukową dotyczącą fizjoprofilaktyki. Ponad półtoraroczne prace, w których udział brało 31 specjalistów z 18 ośrodków, przyczyniły się do wydania „**Kompedium fizjoprofilaktyki**” pod redakcją dr Marty Podhoreckiej i moją. W publikacji zebrano przykłady działań fizjoprofilaktycznych realizowanych w różnych obszarach medycyny<sup>1</sup>.

## Fizjoprofilaktyka w pandemii

Dla nas wszystkich ten rok był czymś, czego nigdy wcześniej nie doświadczyliśmy. Wielu z nas porzuciło aktywność fizyczną. Nie zapominajmy jednak, że regularny ruch przyczynia się do poprawy funkcjonowania układu odpornościowego i pozwala zachować większą sprawność, zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych, ale także poprawia funkcje poznawcze. W związku z tym zadbajmy o to, aby w jak największym stopniu przeciwdziałać negatywnemu wpływowi bezruchu nas samych i naszych pacjentów.



Krajowa Izba Fizjoterapeutów stworzyła dwa programy profilaktyczne dla: seniorów i pracowników biurowych. Filmy z ćwiczeniami dostępne są na stronie [fizjoterapiaporusza.pl](http://fizjoterapiaporusza.pl).

W listopadzie Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała nowe rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej. Zgodnie z nimi dorośli powinni wykonywać aktywność fizyczną przez 150–300 minut tygodniowo o umiarkowanej intensywności lub 75–150 minut o dużej intensywności. Dzieci i młodzież powinny mieć dziennie średnio 60 minut aktywności o umiarkowanej lub dużej intensywności aerobowej. Ruch można uprawiać w różnych miejscach, w przestrzeni ogólnie dostępnej, parkach czy na skwerach. Starajmy się zmniejszać skutki bezruchu właśnie poprzez wykonywanie ćwiczeń dwa lub więcej razy w tygodniu. Ich znaczenie jest kluczowe!

Aktywni powinniśmy być w każdym wieku. Dla osób starszych opracowano, zresztą ze znacznym udziałem członkini naszego zespołu – Marty Podhorec-

kiej, program profilaktyczny Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Ministerstwa Zdrowia „Aktywny senior w domu” – warto pokazać go starszym pacjentom!

Ważne, aby mobilizować do ruchu także dzieci i młodzież, które całe dni spędzają teraz przed komputerem. W tym przypadku bardzo istotne jest wsparcie rodziny młodego pacjenta – o wiele łatwiej będzie go zachęcić do aktywności, jeśli rodzice będą dla niego w tej materii wzorem.

### Ważna rola fizjoterapeutów

Fizjoterapeuci to osoby znające sposoby oceny stanu zdrowia i poziomu aktywności, oraz zasady właściwego doboru ćwiczeń, by proces zwiększania wydolności fizycznej przebiegał i optymalnie, i bezpiecznie. Pamiętając o niebezpieczeństwach, jakie niesie za sobą niekontrolowany „zryw” ku aktywności, to właśnie rolą fizjoterapeutów będzie wskazanie pacjentom i osobom z obniżonym wskutek pandemii poziomem aktywności fizycznej, co i jak robić, aby powrót do lepszej formy fizycznej odbywał się bez niebezpiecznych powikłań. To mądre pokierowanie będzie zarówno istotne w grupie pacjentów, którzy uniknęły zakażenia, ale jeszcze większe znaczenie będzie miało u osób, które przeszły infekcję COVID-19. Czas powrotu do pełnej sprawności fizycznej po przejściu choroby uzależniony będzie od stanu klinicznego pacjenta. O ile świadomość tę mają osoby, które przeszły ją w ciężki sposób, były hospitalizowane, o tyle, część z nas – ci zwłaszcza, którzy być może nawet nie zdają sobie sprawy, że chorowali – może w ogóle nie być świadoma potencjalnych zagrożeń, jakie mogą towarzyszyć zwiększonemu poziomowi aktywności fizycznej.

Dlatego uważam, że rolą także fizjoterapeutów, jako reprezentantów zawodów medycznych, będzie wspieranie pacjentów w diagnostyce stanu zdrowia i planowaniu aktywności, by zagwarantować jak najbezpieczniejszy powrót do dobrej formy fizycznej.

**Monika Grygorowicz**



### Dr hab. Monika Grygorowicz

Adiunkt w Zakładzie Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, kieruje Zespołem Nauk o Sporcie w klinice należącej do elitarnej sieci FIFA Medical Centre of Excellence oraz Zespołem Badawczo-Naukowym ds. Piłki Kobięcej PZPN. Przewodnicząca Zespołu Tematycznego KIF ds. Fizjoprofilaktyki.

**Jeżeli zainteresował Cię temat fizjoprofilaktyki napisz maila na adres: [redakcja@kif.info.pl](mailto:redakcja@kif.info.pl).  
Pierwszym pięciu osobom wyślemy egzemplarze książki „Kompedium fizjoprofilaktyki”.**



# Wejdź w buty pacjenta

Potrzebny jest swoisty sojusz terapeutyczny, w którym pacjent pod przewodnictwem fizjoterapeuty pracuje nad sprawnością – o skutecznej komunikacji między fizjoterapeutą a pacjentem mówi Maria Libura, specjalistka w dziedzinie komunikacji medycznej.

## Systematyczny i słuchający się pacjent to zapewne marzenie niejednego fizjoterapeuty.

Umiejętność słuchania jest fundamentem dobrej komunikacji. Komunikacja jest jednym z podstawowych narzędzi pracy we wszystkich zawodach medycznych. To od niej w dużym stopniu zależy chociażby to, jak szybko uda się prawidłowo zdiagnozować chorego, a następnie skutecznie prowadzić terapię, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, w których bardzo wiele zależy od zachowania samego pacjenta w codziennym życiu. Trzeba przy tym pamiętać, że nie tylko pacjent ma słuchać medyka, ale także medyk pacjenta. Właściwie prawie każdy kontakt z pacjentem rozpoczyna się od wysłuchania, co go sprowadza do danego profesjonalisty.

## Czyli wiedza ze studiów to za mało?

Umiejętności komunikacyjne to absolutna podstawa, uwzględniana zresztą coraz częściej w programach studiów zawodów medycznych. Badania – także do-

tyczące fizjoterapii – potwierdzają, że satysfakcja pacjenta jest bardzo mocno związana ze skuteczną komunikacją, a to się przekłada na efektywność terapii. Pacjent nie tylko chętniej będzie wykonywał zalecenia osoby, z którą ma dobry kontakt, ale przede wszystkim dzięki dobrej komunikacji będzie rozumiał, co ma robić, a czego unikać, żeby sobie pomóc.

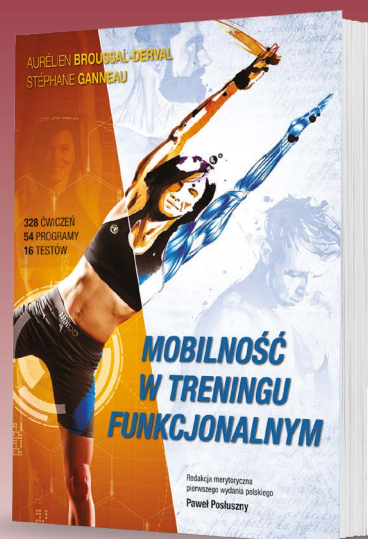
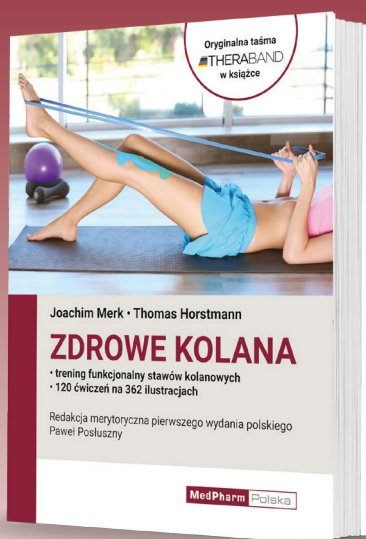
## Czy komunikacji można się nauczyć?

Komunikacja medyczna obejmuje szeroki wachlarz różnych umiejętności i postaw. Niektóre są dość techniczne, często przedstawia się je w postaci swego rodzaju skryptu czy scenariusza, jak np. odpowiednie otwarcie konsultacji, przywitanie się, zebranie wywiadu, przekazywanie informacji, zamknięcie spotkania. Mamy protokoły komunikacji, takie szablony, które pokazują kluczowe elementy tworzące dobre spotkanie terapeutyczne. Nie da się tego jednak oddzielić od naszej postawy wobec drugiego człowieka.



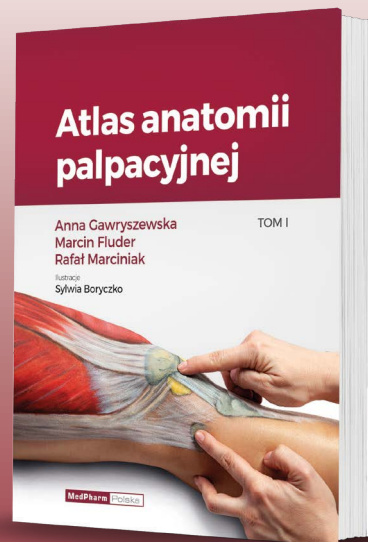
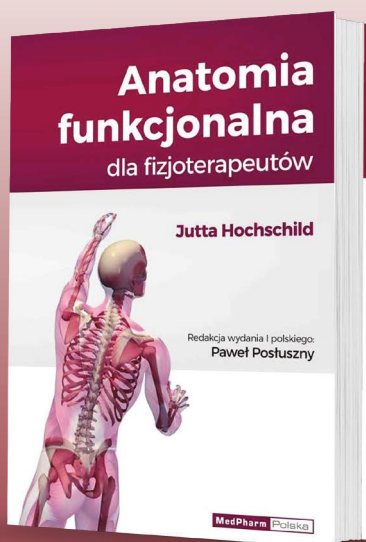
# Wydawnictwo MedPharm Polska

## NOWOŚCI



Używając kodu „**KIF15**” otrzymacie 15% rabatu na książki naszego wydawnictwa

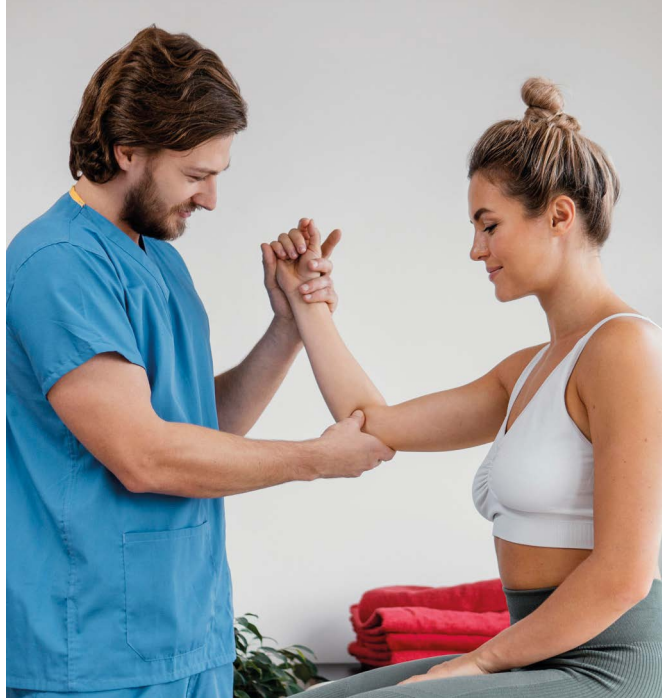
## BESTSELLERY



Zachęcamy do zapoznania się z ofertą na stronie: [medpharm.pl](http://medpharm.pl)  
Do pierwszych 100 zamówień dołączymy prezent książkowy!

MedPharm Polska

WIEDZA • NAUKA • PASJA



*Umiejętność słuchania jest fundamentem dobrej komunikacji. Komunikacja jest jednym z podstawowych narzędzi pracy we wszystkich zawodach medycznych. To od niej w dużym stopniu zależy chociażby to, jak szybko uda się prawidłowo zdiagnozować chorego, a następnie skutecznie prowadzić terapię (...).*

### **Pacjent może wyczuć nieszczerłość między tym, co do niego mówimy a tym, w jaki sposób to robimy?**

Tak, jeśli techniczne aspekty komunikacji odrywa się od postaw, to istnieje ryzyko, że relacja z pacjentem skończy się na jednym spotkaniu, a jak wiemy, podczas jednej wizyty wiele nie da się zrobić. Potrzebny jest swoisty sojusz terapeutyczny, w którym pacjent pod przewodnictwem fizjoterapeuty pracuje nad sprawnością.

### **To czego nie robić?**

Podczas ustalania planu terapii wielkim błędem jest lekceważenie perspektywy pacjenta i kontekstu jego codziennego życia. Trzeba zrozumieć te uwarunkowania, aby ustalić realistyczny plan postępowania. Jakie są motywacje tej osoby, jej wcześniejsze doświadczenia z fizjoterapią, obciążenie innymi obowiązkami, rutyny związane z leczeniem choroby podstawowej lub schorzeń współistniejących? Inna będzie sytuacja osób, które dotąd były aktywne fizycznie niż tych, które ruchu unikały. Np. często łatwiej jest skłonić do systematycznej pracy kogoś, kto kiedyś trenował jakiś sport, bo się przekonał, że czasem na wyniki trzeba ciężko i długo pracować. Ale też nagła utrata sprawności, np. wskutek wypadku, może niezwykle sprawną dotąd osobę frustrować i zniechęcać do pracy, przypominającej boleśnie o stracie. Często pomocna bywa więc współpraca z psychologiem. W sporcie to oczywiste, a w „cywilnej” fizjoterapii też byłoby dobrym standardem.

### **A jak podejść do osoby, która nie ma takich doświadczeń?**

Nie warto od razu narzucać zbyt ambitnego planu, bo jest bardzo prawdopodobne, że temu nie podo-

ła, zniechęci się. Problem narzucania nierealnych planów doskonale obrazują historie rodziców dzieci z niepełnosprawnościami, szczególnie, gdy są one złożone i wymagają wielokierunkowego wspomagania rozwoju. Oto rodzice otrzymują plany terapii od wielu specjalistów, nie tylko zalecenia od lekarza prowadzącego, ale też od fizjoterapeutów, logopedów, pedagogów... O ile ktoś tego nie koordynuje, a o koordynację trudno, gdy dziecko korzysta z pomocy kilku różnych placówek w różnych systemach (zdrowia, oświaty), to często w praktyce nie ma możliwości wtłoczenia tych wszystkich zaleceń w plan dnia. Taka sytuacja skazuje rodzica na ciągłe poczucie winy, że sobie nie radzi. Stąd już tylko krok do wypalenia opiekuna, ale także zmęczenia przetrenowanego dziecka, które pomiędzy terapiami nie ma miejsca na uczestnictwo w zwykłym życiu. Dlatego w nowych modelach wczesnego wspomagania rozwoju tak duży nacisk kładzie się na integrację terapii z codziennymi czynnościami wykonywanymi w zwyczajnym otoczeniu dziecka.

### **Nadmiar obowiązków zawodowych i domowych, do których dorzucimy jeszcze dużo ćwiczeń, może zniechęcić niejednego dorosłego.**

Kryzys może dotknąć każdego, szczególnie jeśli wymaga długotrwałej terapii. Także w przypadku dorosłych jej plan musi dać się pogodzić z innymi obowiązkami, uwzględniać czas na odpoczynek. Wszyscy wysoko cenimy zdrowie, bo ono umożliwia nam realizację życiowych planów. Dobrze jest pokazać pacjentowi tę perspektywę – terapię, jako proces, który pozwoli na większą aktywność na ważnych dla danej osoby polach, a nie tylko – jako żmudny obowiązek pochłaniający czas. Czasem warto zwrócić

uwagę na porę ćwiczenia. Jeśli pacjent np. bierze się za nie wieczorem, to jest duże prawdopodobieństwo, że jest zmęczony, pochłonięty opieką nad dziećmi itp. i ostatecznie odpuści. Tak jak u dzieci, także i u dorosłych bardzo motywujące jest powiązanie hobby pacjenta i ulubionych czynności z planem terapeutycznym. Wiedzą o tym producenci leków i suplementów diety, którzy w reklamach wiążą połyknięcie tabletki z realizacją jakiejś pasji – często jest to praca w ogrodzie, majsterkowanie, zabawa z dziećmi. A przecież w przypadku fizjoterapii ten przekaz jest znacznie bardziej adekwatny – wysiłek w nią włożony zwraca się w postaci lepszej sprawności. Dobrym pomysłem jest podkreślanie, że regularne wykonywanie ćwiczeń pozwoli pacjentowi dłużej żyć tak, jak lubi.

### **Czy terapeuta powinien zaprzyjaźnić się ze swoim pacjentem?**

Nie, to nie o to chodzi. Pacjent oczekuje od terapeuty profesjonalizmu i pomocy, a nie przyjaźni. Natomiast często już sama dobra relacja z terapeutą gwarantuje motywację. Jeśli widzimy, że dla specjalisty nasze zdrowie jest naprawdę ważne, że poświęca nam swój czas i uwagę, to rodzi się w nas poczucie zobowiązania wobec niego. Musimy pamiętać, że każdy terapeuta ma wielu pacjentów, których najczęściej przyjmuje jednego po drugim, ale dla każdego pacjenta jest najczęściej tym jedynym fizjoterapeutą i chce być dla niego ważny.

### **Różne są postawy fizjoterapeutów dotyczące sposobu zwracania się do pacjentów. Z lekarzami raczej nie przechodzimy na „ty”, a z fizjoterapeutami często, szczególnie, jeśli jesteśmy w podobnym wieku. Zdarzają się też wieloletnie relacje, gdzie fizjoterapeuta i pacjent cały czas są ze sobą na „pan/pani”. Któraś wersja jest lepsza?**

Wiele zależy od tego, co akceptuje pacjent. W krajach anglosaskich zaleca się, aby na początku zapytać jak pacjent chce, aby się do niego zwracać, ale to niekoniecznie sprawdzi się w polskiej praktyce. Tu istotny jest kontekst kulturowy – w krajach anglosaskich mówienie sobie po imieniu brzmi trochę inaczej niż u nas.

### **Tylko czy większość z nas na takie pytanie nie odpowie, że dostosuje się do drugiej strony, bo będzie nam głupio powiedzieć, że wolimy pozostać przy bardziej oficjalnej formie?**

Warto zwrócić uwagę, że te relacje są zawsze niesymetryczne – do fizjoterapeuty, jako profesjonalisty, pacjent przychodzi po pomoc, gdyż uznaje, że w kwe-

stii rehabilitacji ten pierwszy ma od niego większą wiedzę i doświadczenie. Zalecałabym więc ostrożność i rozpoczynanie od tradycyjnych form grzecznościowych, szczególnie wobec osób starszych. Na pewno należy unikać zwracania się w formach bezosobowych, typu „a teraz usiądzie i poczeka”, które z niewiadomych powodów są nadal dość popularne w placówkach ochrony zdrowia. To jest całkowicie nienaturalne, normalnie się tak do siebie nie zwracamy, ani w formalnych, ani nieformalnych sytuacjach.

### **Albo stosowanie liczby mnogiej np. „teraz zrobimy ćwiczenie”, a to przecież pacjent sam będzie się z nim męczył.**

Niektórzy pacjenci odbierają to jako paternalistyczne i infantyilizujące, bo tak się mówi do dzieci. To taka forma perswazji, która odbiera nam autonomię. Choć można sobie wyobrazić sytuację, gdy oddaje ona wspólny wysiłek pacjenta i fizjoterapeuty, i jest akceptowalna. W komunikacji wiele zależy od kontekstu.

### **Infantylizacja może pojawić się w kontakcie osobami starszymi lub z zaburzeniami poznawczymi, które zdarza się nam traktować trochę jak małe dzieci.**

W takich sytuacjach chyba najczęściej pojawia się wspomniana forma bezosobowa albo wręcz określenia typu „babcia” czy „kochanieńka”. To taka pseudo-serdeczność, która jednostronnie skraca dystans i bardzo utrudnia pacjentowi komunikację własnego zdania, w szczególności zaś – wyrażenie sprzeciwu czy niezadowolenia. To przejaw paternalistycznego traktowania pacjenta, ciągle żywego w polskiej opiece medycznej.

### **Ale też może to działać w drugą stronę. Starsza pani czy starszy pan może nie traktować nas poważnie, jeśli mamy mniej niż 50 lat, a fizjoterapeuta to statystycznie młody człowiek.**

Tak jak mówiłam, to musi być dwustronna relacja, także pacjent nie może lekceważyć terapeuty, w czym zresztą wspomogą go właśnie tradycyjne formy grzecznościowe i zdrowy dystans, umożliwiający skupienie się na celu zdrowotnym.

### **Czy pytanie pacjenta, czy wykonał w domu nasze zalecenia, to dobry pomysł czy lepiej pozostawić tę sprawę jego sumieniu i nie przepytwać jak ucznia z pracy domowej?**

Ale fizjoterapeuta musi mieć pełny obraz efektów swoich działań, nie tylko tego co robi w gabinecie,

ale też skuteczności zaleceń. Jeśli pacjent nie wykonuje w domu ustalonych ćwiczeń, to warto zrozumieć, dlaczego tak się dzieje. Czy to jakiś kryzys, brak motywacji, nadmiar obowiązków w pracy lub zmiana sytuacji mieszkaniowej? Nie chodzi o to, żeby pacjent czuł się tu rozliczany i oceniany, bo wówczas uruchamiają się schematy niedojrzałych, „szkolonych” relacji i bywa, że dorośli ludzie zachowują się jak uczniacy, bo chcą zrobić dobre wrażenie na terapeutach. Pacjent musi mieć świadomość, że dociekania fizjoterapeuty podyktowane są troską o jego stan zdrowia i chęcią rozwiązania problemu, z którym się sam przecież zgłosił, więc szczerść jest najlepszą taktyką. Oczywiście także terapeuta powinien uważać, by nie wpaść w schemat paternalizmu.

**Może się okazać, że pacjent wstydzi się przyznać, że nie za bardzo pamiętał, jak miał wykonać jakieś ćwiczenie, albo tylko mu się zdawało, że robi to dobrze.**

Ważną częścią komunikacji jest sprawdzenie, czy zalecenia na pewno są dobrze zrozumiane. W komunikacji werbalnej pomaga tu parafraza, czyli powtórzenie zaleceń własnymi słowami. W przypadku ćwiczeń najlepiej zweryfikować ich opanowanie prosząc pacjenta o kilkukrotne ich powtórzenie, bo jednorazowe zaprezentowanie może nie być wystarczające. A już na pewno nie może być tak, że tylko rzucamy hasło, co ma zrobić w domu, gdy już od nas wychodzi. To się nie sprawdza.

**Szczególnie gdy kolejny pacjent już stoi w drzwiach i się denerwuje.**

Odpowiednie planowanie czasu przeznaczonego na wizytę to także część komunikacji. W przypadku zaleceń lekarskich pacjenci zapominają połowę zaleceń lub zapamiętują je źle. Jeśli chodzi o fizjoterapię dodatkowym problemem może być poprawność wykonania zaleceń. Może się okazać, że pacjent z wielką sumiennością będzie niepoprawnie wykonywał ćwiczenie. Teraz na szczęście nie trzeba polegać już wy-

łącznie na takich mało czytelnych kserówkach z ludzikami, można np. nagrać filmik, na którym pacjent poprawnie wykonuje ćwiczenie, żeby zawsze mógł do niego wrócić. Najlepiej telefonem pacjenta, aby nie miał obaw, że coś z tym nagraniem zrobimy, gdzieś udostępnimy.

**Czasem jednak mamy czas, warunki, wiemy co i jak zrobić, ale jakoś tak wychodzi, że jednak odpuszczamy...**

Czyli że pacjent się leni?

**A może tak naprawdę nie zdaje sobie sprawy, jak istotne są zalecenia fizjoterapeuty?**

To może być jedna z przyczyn. Ludzie często spodziewają się, że współczesna medycyna jest w stanie wszystko szybko i prosto naprawić, że wystarczy dać pigułkę, jak we wspomnianych wcześniej reklamach. Ważne jest więc wytłumaczenie, jak istotna jest systematyczność, np. przez podawanie przykładów z własnej praktyki czy badań, żeby pacjent wiedział, co może osiągnąć ćwiczeniami.

**Zniechęcające jest to, że fizjoterapeuta nie może nam nawet obiecać, ile potrwa terapia.**

Powodzenie terapii zależy od wielu czynników. Niezależnie, czy celem jest odzyskanie sprawności, jej utrzymanie, czy spowolnienie procesu chorobowego, nie wolno ani zabierać nadziei, ani dawać fałszywej. Nadzieja musi być realna dla danego pacjenta. W przypadku jednego może to być całkowity powrót do zdrowia, w przypadku innego opóźnienie nieuchronnych zmian. To jest bardzo indywidualna kwestia. Trzeba zawsze patrzeć na to z perspektywy pacjenta, a nie swojej. Trzeba wejść w jego buty, ale nie po to, aby z nim płakać, ale żeby zrozumieć jego sytuację i to, co jest dla niego ważne i wykonalne.

**Rozmawiała Agnieszka Gierczak-Cywińska**



**Maria Libura**

Kierowniczka Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Wiceprezeska Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, działaczka Ruchu Pacjentów na Rzecz Chorób Rzadkich, członkini Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.



## Czy Kowalski potrzebuje bikefittingu?

– Umieemy jeździć na rowerze, bo ktoś w dzieciństwie nauczył nas utrzymywać na nim równowagę. Natomiast tego, jak poprawnie technicznie wykonywać obrót pedałami, jak ustawiać linię pleców, jak prowadzić nogę do wyprostu w kolanie – tego już nikt nas nie uczy – mówi Mateusz Naworoł, fizjoterapeuta i bikefitter.

### Na czym polega pana praca?

Od kilku lat, jako fizjoterapeuta, zajmuję się dość niszową dziedziną, jaką jest bikefitting – to dobór odpowiednich ustawień roweru sportowego do osoby z niego korzystającej oraz ustalenie na podstawie badania biomechanicznego optymalnej pozycji podczas jazdy.

### Czyli nie ma sensu, aby zgłaszał się Kowalski, który tylko jeździ do pracy rowerem?

No właśnie jest sens. Przeciętny Kowalski dojeżdża do pracy na rowerze średnio 20 minut, co będzie się przekładało na 8–10 km dziennie w jedną stronę.

### Niewiele, ciężko się przeciążyć.

Liczymy dalej: 20 km dziennie to ok. 3,5–4 tys. ruchów zgięcia kolana, biodra, stawu skokowego. To już konkretna liczba. Jeżeli Nowak wychodzi z rodziną

przy niedzieli na wolną przejażdżkę przez 1,5 godz., to takie zaawansowane badanie biomechaniczne nie jest mu potrzebne. Ale jeśli rower jest naszym codziennym środkiem lokomocji, to już będzie nam potrzebne, aby zapewnić sobie bezpieczeństwo i profilaktykę dla naszego narządu ruchu. Bikefitting to świetny przykład fizjoprofilaktyki, edukacji i formy poznawania własnego ciała, jego możliwości oraz ograniczeń funkcjonalnych i motorycznych. To droga do samodoskonalenia pod okiem specjalisty fizjoterapeuty zgodna z maksymą, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

### Nie wystarczy kupić roweru w odpowiednim rozmiarze?

Podam przykład z zeszłego roku. Sąsiadka postanowiła, że nie będzie jeździła autobusem do pracy, tylko te 11 km będzie pokonywać rowerem. Jak sama zażartowała, ostatni raz jeździła na rowerze komunijnym.



Przez pierwsze dwa dni oczywiście – jak to mówią pacjenci – „bolał ją cały człowiek”, bo po prostu zaczęła się ruszać. Później, gdy już pokonywała wzniesienia w trochę w zwyczajnym tempie, odezwał się odcinek lędźwiowy kręgosłupa. Potem dało o sobie znać kolano, zaczęły drętwieć dłonie. Ja zawsze powtarzam, że my na rowerze generalnie potrafimy jeździć, bo ktoś nas w dzieciństwie nauczył utrzymywać równowagę. Natomiast tego, jak poprawnie technicznie wykonywać obrót pedałami, jak ustawiać linię pleców, jak prowadzić nogę do wyprostowania w kolanie – tego już nikt nas nie uczy. I coraz więcej osób, dla których jazda rowerem staje się aktywnością regularną, budującą pewne obciążenie dla organizmu, przekonuje się, że coś tu jednak nie gra i zgłasza się do nas po pomoc.

#### **Ma pan za sobą kolarską historię?**

Tak, w 2002 r. zostałem mistrzem Polski w kolarstwie górskim w kategorii młodzik wśród amatorów. Gdy szykowałem się w następnym roku do zawodów, zali-

czyłem dosyć poważny upadek. Przy dużej prędkości wypadłem przez kierownicę. Szczęśliwie dla mnie, gdy upadałem, broniełem się ręką, a nie głową. Niemniej ręka w przedramieniu została dosyć poważnie złamana, przeszedłem dwa zabiegi operacyjne. Rehabilitacja trwała dosyć długo, bo miałem problem z odzyskaniem wyprostowania i prawidłowej funkcji stawu łokciowego. Wielu specjalistów, rehabilitantów pomagało mi w powrocie do pełni sprawności.

#### **I kilka lat później został pan fizjoterapeutą.**

Rzeczywiście tamte wydarzenia się do tego przyczyniły. Po wypadku wróciłem jeszcze na kilka lat do ścigania się na maratonach MTB, ale na studiach przysłowiowo zawiesiłem rower na kołek. Po studiach zająłem się fizjoterapią neurologiczną, pracowałem też ze sportowcami. Gdy dowiadawali się, że rower to moja pasja, to czasem dopytywali, co sądzę od strony fizjoterapeutycznej np. o wkładkach do butów rowerowych. Całe życie jeżdżąc na rowerze, zawsze ustawiałem pozycję intuicyjnie, uczyłem się poprzez praktykę. Zacząłem więc szukać wiedzy na ten temat. Trafiłem na hasło „bikefitting”, w 2013 r. wziąłem udział w pierwszych warsztatach. Prowadził je fitter, który nie jest fizjoterapeutą, ale był pierwszą osobą w kraju, która zaczęła się tym zajmować i miał duże doświadczenie. Wtedy literatury na ten temat było bardzo mało. Stwierdziłem, że skoro sami pacjenci o to pytają, a specjalistów brak, to jest jakaś nisza. Temat sam mi się nasuwał, więc muszę go zgłębić i połączyć moje obie pasje. Gdy Veloart Studio otwierało się w 2015 r. w Warszawie, aplikowałem jako fizjoterapeuta do współpracy przy bikefittingu. Zaliczyłem w siedzibie w Krakowie trzymiesięczne szkolenie oraz praktyki. Miałem podjąć pracę tylko na pół etatu, bo nie chciałem rezygnować z fizjoterapii pacjentów w centrum rehabilitacyjnym. Gdy uruchomiliśmy zapisy, z miejsca zapisało się nam 70 osób, czyli zapełniły grafik na przeszło miesiąc do przodu, więc wszedłem w to na 100 proc. Sześć lat później, pomimo pandemii, chętnych mamy jeszcze więcej.

#### **Chyba właśnie dzięki pandemii?**

Chyba tak. Zeszły rok był totalnie dziwnym rokiem. Przez siedem tygodni mieliśmy zamknięte. Jak startowaliśmy 4 maja, to musieliśmy odrobić wszystkie zaplanowane wcześniej wizyty, bo nikt nie zrezygnował. Do tej pory naszymi klientami byli głównie zawodowcy i mniej bądź bardziej zaawansowani pasjonaci-amatorzy. Natomiast nie mieliśmy takich klientów, jacy zaczęli się trafiać od połowy zeszłego roku. Ludzie byli głodni sportu, a siłownie, baseny, kluby i inne

aktywności ruchowe ograniczono. Do wyboru zostały im ćwiczenie w domu, biegi lub właśnie rower.

**Rower wydaje się bezpieczny, nawet dla osób z nadwagą.**

Owszem. Wiele osób wyszło z tego założenia i się zaczęło. Przychodzi Jan Kowalski na fitting. Narzeka na kolana, do tego od tygodnia ma zdrętwiałe nadgarstki. Oczywiście zaczynamy od wywiadu. Pytam: „Od kiedy pan, panie Janie, jeździ na rowerze regularnie?”. Tu pada standardowa odpowiedź z zeszłego lata: „No, od 2 miesięcy”. Pytam dalej: „A ile pan przejechał kilometrów?”. I – proszę nie spaść z krzesła – pan Jan odpowiada, że... 2 tys. km! No i zaczęli nam się trafiać głównie już nie klienci – tak to często różnicuję – a pacjenci z zespołem bólowym do leczenia fizjoterapeutycznego, a nie do fittingu. I to trwa do dziś.

**Kowalski wyciągnął rower z garażu i się wkręcił w „przekraczanie własnych granic”?**

Niektórzy tak się zająwiają, że kupują co i rusz jakieś nowe, drogie sprzęty. Gorzej, że stawiają sobie zbyt wygórowane cele. Dla przykładu: ja od 2017 roku nie trenowałem, tylko rekreacyjnie jeździłem w wolnym czasie, bo praca, rodzina, dwójka małych dzieci. Natomiast od grudnia znowu regularnie trenuję po 4–5 razy w tygodniu. W maju jadę ultramaraton 160 km, a we wrześniu ultramaraton 500 km. Ja w życiu przejechałem jakieś 70 może 80 tys. km. Nie dalej jak dwa tygodnie temu trafia do mnie klient na badanie bio-

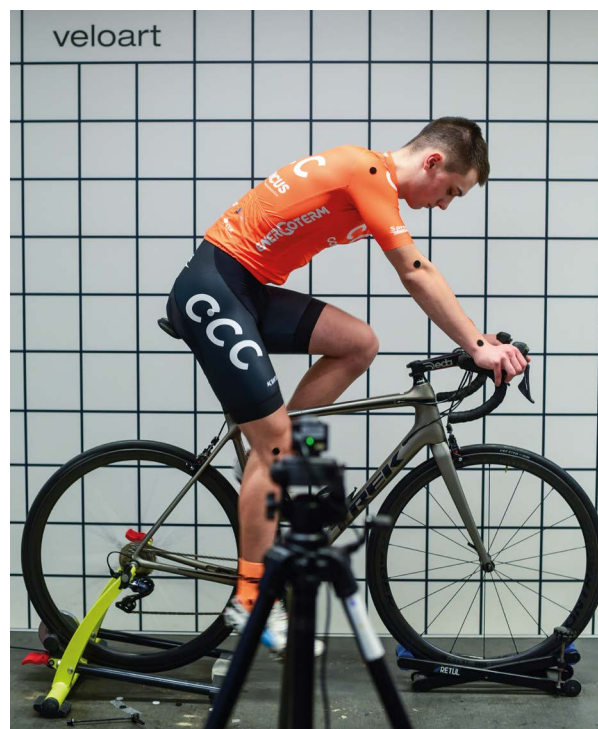
mechaniczne. Jeździ od jesieni. Teraz z racji śniegu nie jeździ od miesiąca. I jaki on ma cel? On już w maju jedzie 500 km. Próbuję tych ludzi trochę ostudzić, gdyż fitting nie jest panaceum na wszystko. Pewnych rzeczy w fizjologii wysiłku nie da się przeskoczyć.

**Lepiej przyjść do Was przed zakupem roweru, żeby uniknąć wyboru np. złego rozmiaru?**

Na ogół już nikt nie popełnia w sklepach rowerowych takich błędów, pracownicy są w stanie dobrać odpowiedni rozmiar. Najlepiej więc już przyjść z zakupionym rowerem. Od razu zaznaczę, że punktem wyjścia do fittingu i odbicia profesjonalnej sesji jest używanie bloków z systemem zatraskowym, to znaczy zaczynamy jeździć w butach kolarskich, które mają punkty zaczepienia.

**Czyli jednak profesjonalny sprzęt i koszty.**

To jest już coraz powszechniejsze, wystarczy zobaczyć, ilu ludzi na światłach się wypina i wpina w taki sprzęt. Podstawowe buty kupimy za 120–150 zł, pedały za 80 zł. Dla nas te buty są warunkiem koniecznym podczas sesji, bo wtedy mamy stabilne, powtarzalne kąty pracy ciała. Takie ustabilizowanie nogi naprawdę robi ogromną różnicę podczas jazdy. Bez tego, z niepoprawnie ustawioną stopą na pedale, można wykonać wiele tysięcy ruchów w złym wzorcu biomechanicznym, nabawić się przeciążeń i stanów zapalnych narządu ruchu.



**A statystyczny fizjoterapeuta nie będzie w stanie mi powiedzieć tego samego co Pan?**

Najczęściej nie do końca. W razie zgłoszenia się pacjenta z jakimś bólem będzie prowadził terapię ukierunkowaną na redukcję objawów. Wiemy, jak ważne jest działanie nie objawowe, a na przyczynę. Statystyczny kolega fizjoterapeuta po przeprowadzeniu wywiadu będzie wiedział, że problem może być pochodną złej sylwetki na rowerze, nie będzie miał jednak najczęściej wiedzy, że np. wysokość siodełka jest nieodpowiednia, a tu czasem decydujący bywa dosłownie centymetr. Mam grono kolegów fizjoterapeutów, którzy podsyłają mi swoich znajomych czy pacjentów, którzy zaczęli więcej jeździć i pojawiły się problemy. Na szczęście jest już coraz więcej lekarzy świadomych bikefittingu, którzy radzą pacjentom się z nami kontaktować. I co ciekawe, to nie tylko ortopedzi i traumatolodzy, ale także urolodzy.

**Słyszałam, że źle dobrane siodełko może przyczynić się do bezpłodności, ale to raczej nie ta specjalizacja.**

Z tą płodnością to nie ma na to dowodów. Prowadzono różne badania, ale teoria się nie potwierdziła i też nie słyszałem, aby znajomi kolarze mieli takie problemy. Z urologią to jednak inna kwestia. U mężczyzn może pojawić się zapalenie gruczołu krokowego od sio-

dełka kolarskiego. Od razu zaznaczam, że nie jestem specjalistą od rehabilitacji uroginekologicznej czy pokrewnej, ale dzięki tzw. matom tensometrycznym mogę dobrać odpowiednie siodełko, które nie będzie wywierało nacisku w okolicach gruczołu krokowego.

**Proszę mi opowiedzieć krok po kroku, jak wygląda taka konsultacja.**

Przychodzi pani, witamy się i idzie się pani przebrać w strój sportowy.

**Nie mogę zostać w jeansach?**

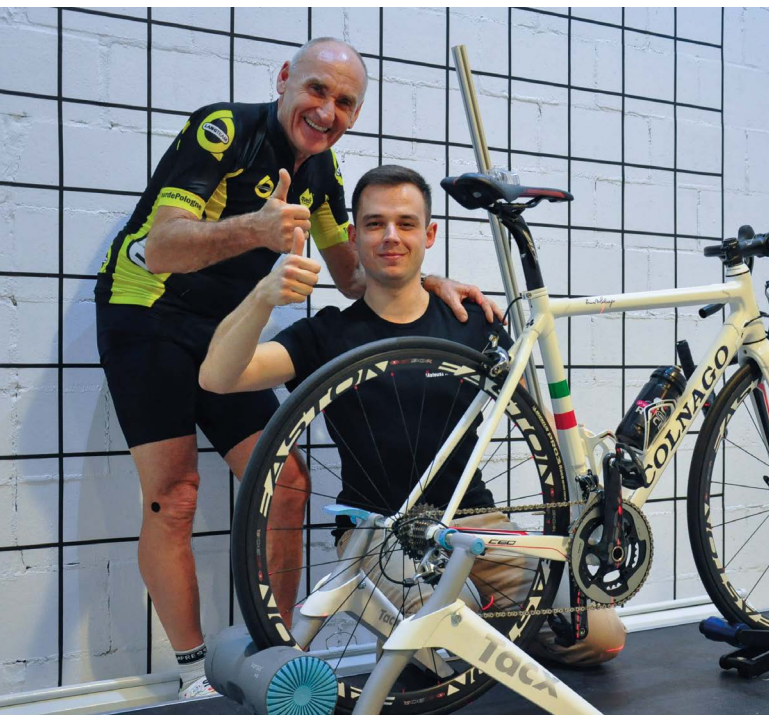
Nie, będzie pani mniej wygodnie, a ja będę miał problem z utrzymaniem powtarzalności pomiarów kątów w ciele. Na takie badanie trzeba przyjść w stroju sportowym, najlepiej możliwie obcisłym – legginsy albo spodenki rowerowe, które odsłonią kończynę. Koszulka może być zwykła, bawełniana.

**No dobrze, wciskam się w legginsy.**

Rozpoczynamy od wywiadu, który trwa jakieś 30 minut. Buduję sobie pani obraz jako sportowca amatora. Zbieram te wszystkie informacje, historię urazową przede wszystkim. Tutaj jest wszystko bardzo istotne, np. mój uraz przedramienia i rozległa blizna rzucają na to, że mam minimalnie ograniczoną funkcję supinacyjno-pronacyjną, więc np. na rowerze z prostą kierownicą zawsze mam problem z dyskomfortem w grupie mięśni prostowników. Gdybym ja, jako klient, tej informacji nie podał fitterowi, to on szukałby przyczyny gdzie indziej, a problem byłby ze strukturą mojego ciała i jego funkcją. Dalej mamy badanie funkcjonalne. To są dwa milowe kroki, po których już dokładnie wiem, jak pani sylwetka może i ma wyglądać na rowerze. Później tylko odpowiednim ustawieniem, poprzesuwaniami wszystkich komponentów, osiągamy tę sylwetkę w przestrzeni. Korzystamy z tzw. systemu wideoanalizy 3D, czyli jest pani oklejona takimi odpowiednimi czujnikami, które dostarczają systemowi informacje na temat pracy kątowej ciała. Dzięki technologii weryfikuję, czy moja ocena funkcjonalna klienta i zalecenia potwierdzają się w biomechanice jego sylwetki.

**Brzmi nowocześnie.**

Badania nad biomechaniką kolarza i metodologia pracy w bikefittingu są rozwijane już przeszło 30 lat. Zbudowana jest cała metodologia postępowania, w tym wyznaczone odpowiednie zakresy kątowe pracy ciała uważane za bezpieczne, ergonomiczne i efektywne. Natomiast to są – zaznaczam – zakresy. Przykładowo wyprost w kolanie powinien oscylować



Na zdjęciu z Czesławem Langiem. „Dotychczas p. Czesława nie ustawił jeszcze żaden bikefitter. Ja byłem pierwszy. Później wracał do mnie wielokrotnie z kolejnymi rowerami. To dla mnie wielka radość i satysfakcja”.



od 42 do 30 stopni. Fitter na podstawie oceny funkcjonalnej decyduje, ile to powinno być. Ze spotkania każdy klient wychodzi z informacjami na temat odpowiedniej sylwetki i zaleceniami co do pracy nad ciałem, aby tę sylwetkę budować, uczyć się jej i rozwijać w prawidłowym wzorcu.

### A czy istotna jest moja waga?

Jeśli nie mówimy o jeździe wyczynowej, to nie, oczywiście przy większej wadze będzie się pani szybciej męczyć. Istotna jest za to proporcja antropometryczna ciała. Ja mam 180 wzrostu i w miarę referencyjną, proporcjonalną długość nóg do wzrostu – 86 cm. Mam kolegę, który jest dokładnie tego samego wzrostu, ale jego nogi są dłuższe o 3 cm. I przy poprawnie ustawionej wysokości siodełka na jego rowerze nie sięgałbym do pedałów. Każdy z nas jest inny, dlatego bikefitting to zawsze bardzo indywidualny proces, ukierunkowany na człowieka jako jednostkę.

### Wspominał Pan, że mam zabrać swój rower.

Tak, bo po wywiadzie wpinamy pani rower w trener. W czasie jazdy sprawdzam wszystkie parametry. Okazuje się, że ma pani 50 stopni wyprostu w kolanie, siedzi absolutnie za nisko i należy się cieszyć, że do nas trafiła w tym momencie, bo zespół przeciążeniowy aparatu wyprostnego kolana już czeka za rogiem.

Pytanie, jak długo organizm by to tolerował? Czy więzadło właściwe rzepki, jej troczki i inne elementy miękkie i chrząstka zaczęłyby być przeciążone? Drugą kwestią jest sprawa stabilności ciała (miednicy na siodełku), którą też oceniamy. Przeciętny Kowalski najczęściej nie ma wyćwiczonych mięśni core, a więc otrzymuje od nas pakiet informacji, jak to poprawić.

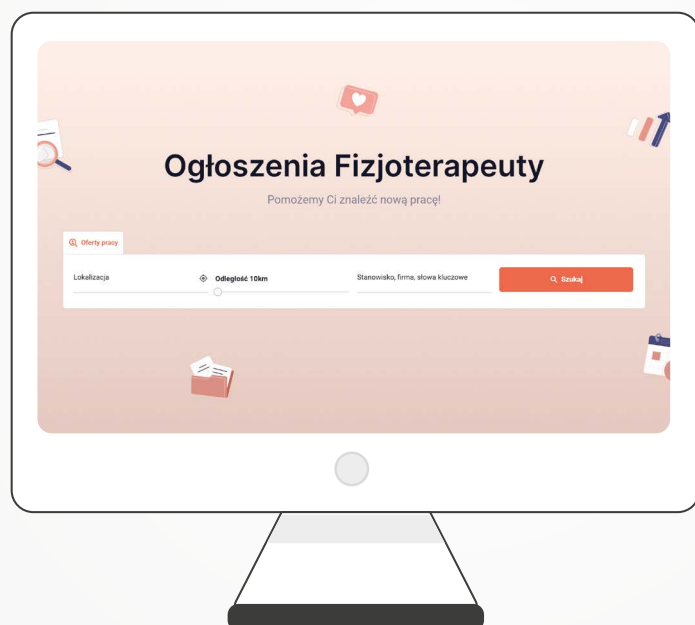
### Właściwie po co przychodzą do Was Michał Kwiatkowski, Maja Włoszczowska, a nawet przyjeżdżają kolarze zza granicy? Przecież tacy uznani sportowcy mają całe sztaby specjalistów.

Oni nie przychodzą na fitting tylko po to, żeby nie bolało ich kolano, bo od tego to mają sztab ludzi. Oni przychodzą po biomechaniczne optimum, więc po to, żeby ich sylwetka była maksymalnie wydajna, żeby ich zakresy i pracy kątowne były jak najbardziej efektywne. Parametry się zmieniają, są zależne np. od stopnia wytrenowania w danym okresie, więc co jakiś czas pojawiają się na kontrolę. Cały czas są w procesie bikefittingu. Człowiek w kolarstwie jest bezpośrednio zależny od sprzętu, od roweru, i musi stanowić z nim integralną całość, żeby osiągać konkretne wyniki.

**Agnieszka Gierczak-Cywińska**

Fot. Veloart / Dominik Rukat

## ogłoszenia fizjoterapeuty



## Nowy serwis KIF z ofertami pracy dla fizjoterapeutów!

### Szukasz pracy?

Wejdź na [ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl](https://ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl) i sprawdź, czy jest oferta dla Ciebie.

### Szukasz fizjoterapeutów do swojej placówki?

Zarejestruj się i dodaj ogłoszenie za darmo!





Fot. Arch. prywatne R. Olejniczak

## Oprócz rodziny nie ma nic piękniejszego niż neurologia

– WSZYSTKO ZACZEŁO SIĘ OD NIESZCZĘŚCIA, JAKIM BYŁ URAZ KRĘGOSŁUPA, DZIĘKI KTÓREMU ODNALAZŁEM SWOJĄ ŻYCIOWĄ DROGĘ, A TA PRZERODZIŁA SIĘ W PASJĘ DO POMAGANIA PACJENTOM – ZACZYNA SWOJĄ HISTORIĘ  
**ROMAN OLEJNICZAK, FIZJOTERAPEUTA NEUROLOGICZNY.**

Od 12. roku trenował taekwondo – to była jego wielka pasja, brał udział w amatorskich zawodach. Przez lata miewał mniejsze i większe kontuzje, ale zawsze wychodził z nich obronną ręką. Do czasu, gdy doszło do poważnego urazu kręgosłupa – wysunięcia się krążka na dwóch poziomach. Lekarze nie mieli wątpliwości, że nie ma innej drogi niż operacja. Poinformowano go, że zabieg, jak każda operacja na kręgosłupie, niesie ze sobą ryzyko. Miał 19 lat. – Spotkałem wtedy trenera lekkoatletyki, który powiedział, abym tego nie robił. Zamiast operacji zaproponował ćwiczenia. Brzmiało to dla mnie sensowniej niż operacja.

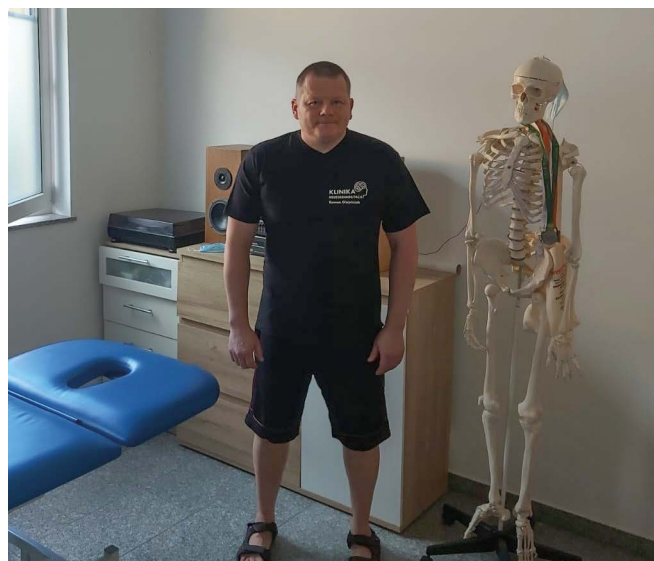
### Trzy lata w gipsie

Przez pierwsze pół roku fizjoterapia Romana była bardzo intensywna. Dopiero po tym czasie, jako tako, wrócił do normalnego życia. Na taekwondo też wrócił, ale po kolejnych sześciu miesiącach i w mniejszym wymiarze niż kiedyś. Raz, że przebyta kontuzja niosła ze sobą ryzyko, a dwa, że w jego życiu pojawiła się nowa pasja. – Zafascynował mnie proces, który we mnie zaszedł i to, że dzięki niemu udało się uniknąć operacji. Nie wiedziałem dotąd, że fizjoterapia może dawać takie rezultaty. A to przecież nic w porównaniu z niesamowitymi postępami, jakie zobaczyłem po latach, gdy sam zostałem fizjoterapeutą.

Okazuje się, że jednego z takich niezwykłych postępów nie był nawet świadom, choć dotyczył jego samego. Fizjoterapii był bowiem poddawany niemalże od urodzenia. Na świat przyszedł z bardzo dużym niedoborem witaminy D, który doprowadził do tego, że miał zwichnięte oba biodra, niedowład kończyny i brak wykształcenia jąder kostnienia. – W tamtych czasach wiele dzieci z takimi objawami nie stawało na nogi – tłumaczy. – Mama jednak trafiła na bardzo dobrego ortopeda, który mnie z tego wyprowadził przy pomocy rehabilitacji i sanatoriów. Jednym z elementów terapii było gipsowanie co dwa tygodnie. Teraz to się wydaje szokujące, ale kiedyś stosowano taką metodę. Trwało to wszystko trzy lata. Dopiero gdy miałem trzy i pół roku, zacząłem stawiać swoje pierwsze kroki.

### Uwięzieni w ciele

Dziś Roman jest już dr. Romanem Olejniczakiem, specjalistą w dziedzinie fizjoterapii neurologicznej z ponad 20-letnim stażem, wykładowcą, właścicielem Kliniki Neurorehabilitacji we Wrocławiu. Na studiach zainteresowały go możliwości, jakie daje fizjoterapia neurologiczna. – W 1996 r. poznałem



Fot. Arch. prywatne R.Olejniczaka

fizjoterapeutę, który jako jeden z niewielu wtedy w Polsce miał skończone specjalizacje z Bobath i PNF. To była wtedy nowość – opowiada. – Zobaczyłem pacjenta, który rozpoczynał fizjoterapię na wózku, a po paru tygodniach był w stanie chodzić. Wcześniej nikt nie dawał mu szans, że będzie chociażby stał. Oprócz własnej rodziny nie ma nic piękniejszego niż neurologia – podsumowuje, a to ostatnie zdanie padnie w naszej rozmowie kilkakrotnie.

Najczęściej jego pacjentami zostają osoby z bardzo dużymi ubytkami neurologicznymi: z porażeniem połowicznym lub czterokończynowym, urazami czaszkowo-mózgowymi. U wielu takich osób dochodzi do problemów z żywieniem, pacjenci nie są w stanie samodzielnie gryźć i połykać, muszą być żywieni pozajelitowo. Niektórzy są w stanie ograniczonej świadomości, bez kontaktu. – To pacjenci, których już nikt nie chce leczyć, wszyscy się poddają. A często nam się tylko wydaje, że oni są bez kontaktu, sugerujemy się porażonym aparatem twarzym. Oni są świadomi, ale uwięzieni we własnym ciele. A my jesteśmy w stanie się z nimi kontaktować przez gałkę oczną.

Chodzi o Metodę CyberOka (ConsciousnessEye – oko świadomości), która została opracowana na Politechnice Gdańskiej. Zadaniem naukowców było stworzenie narzędzia, które można wykorzystywać w diagnozie, rehabilitacji neurologicznej, ale także w codziennej komunikacji z osobami sparaliżowanymi. Gdy na skutek stymulacji dochodzi do uruchomienia mechanizmów naprawczych, możliwe jest również usprawnienie funkcjonowania mózgu.

### Gdy inni się poddają

W ciągu pięciu lat Roman wraz zespołem przebadał tak ponad 100 pacjentów z ograniczoną świadomością – 90 proc. z nich podjęło kontakt za pomocą gałek ocznych. Roman: – Kamera świeci w oczy pacjenta. Obraz zostaje odbity na monitorze i w ten sposób pacjent ruchem gałki ocznej komunikuje się z nami. Początki bywają ciężkie, niektórzy mają trudności z nawiązaniem swobodnej komunikacji, ale – to przecież rehabilitacja – z czasem robią postępy. Najpierw pacjent może być w stanie tylko wskazywać obrazki, ale z czasem zaczyna „pisać” na wirtualnej klawiaturze. W cięższych przypadkach najpierw wgrywamy pacjentowi zdjęcia rodziny, aby rozróżniał najbliższych, a później stopniowo przechodzimy do bardziej skomplikowanych zadań.

To nowa droga w fizjoterapii neurologicznej nie tylko w Polsce. Cztery lata temu jego zespół poleciał do Londynu, aby skonsultować pacjenta leżącego w tamtejszym szpitalu. Stwierdzono uszkodzenie mózgu i ośrodka wzroku, niebawem miał zostać odłączony od aparatury podtrzymującej życie. – W drugiej godzinie wizyty pacjent przemówił przez cyberoko. Po roku udało się nam sprowadzić go do Polski. W tej chwili komunikuje się za pomocą oka lub kciuka, rozwiązuje zadania matematyczne i obstawia mecze ligi angielskiej.

### Potrzeba gryzienia i żucia

Jeden z pacjentów Romana po dwóch latach niemówienia jako pierwszy komunikat zaznaczył „mamo, kocham Cię” – to była dla wszystkich bardzo wzruszająca chwila. – Dziś ten młody człowiek po przebudzeniu włącza sobie okiem ulubioną muzykę, ogląda filmy, czyta ebooki. Udało się przywrócić mu zdolność gryzienia i żucia. Kiedyś powiedział, że chciałby iść do kina. Jego tata od razu zgadł, że zapewne na nowe „Gwiazdne wojny” – pacjent przytaknął. I poszliśmy do kina w sześć osób, bo tyle nas było potrzeba do przetransportowania całego sprzętu i zadbania o podopiecznego poza domem. Było z tym dużo logistyki, ale chłopak był szczęśliwy.

Poznając pacjenta, fizjoterapeuta nigdy nie wie, jak długo będzie wymagał terapii i co się uda dzięki niej osiągnąć. Ponieważ do Romana trafiają osoby w bardzo ciężkim stanie, z niektórymi pracuje kilka, a nawet kilkanaście lat. Z jednym z nich, który osiem lat wcześniej przeszedł poważny uraz czaszkowo-mózgowy, rok temu przebiegł półmaraton. Ale zmiany nieczęsto mogą być aż tak spektakularne. Chociaż



Fot. Arch. prywatne R.Olejniczak

dla pacjentów oraz ich najbliższych już samo przywrócenie częściowej funkcji mowy czy gryzienia i żucia jest niesamowitą ulgą.

### Daj coś z siebie

Roman podkreśla, że bez swoich współpracowników nie byłby w stanie tyle osiągnąć. Udało mu się zgromadzić wokół siebie ludzi z podobnym nastawieniem do życia. Wszyscy są wolontariuszami, pomagają osobom z niepełnosprawnościami w rehabilitacji, urządzeniu mieszkania. Do potrzebujących potrafią pojechać z Wrocławia do Rzeszowa. – Komercja komercją, wiadomo, że żyć z czegoś trzeba, zapłacić rachunki, wszyscy mamy dużo pracy. Jednak chyba nie umielibyśmy inaczej. Wraz z pacjentami, którzy myślą podobnie jak my, założyliśmy fundację „Daj coś od siebie”, bo nasze skromne środki nie wystarczają, potrzebujących jest wielu. Mamy nadzieję, że dzięki fundacji uda nam się pomóc kolejnym osobom.

### Lekarz z igłami

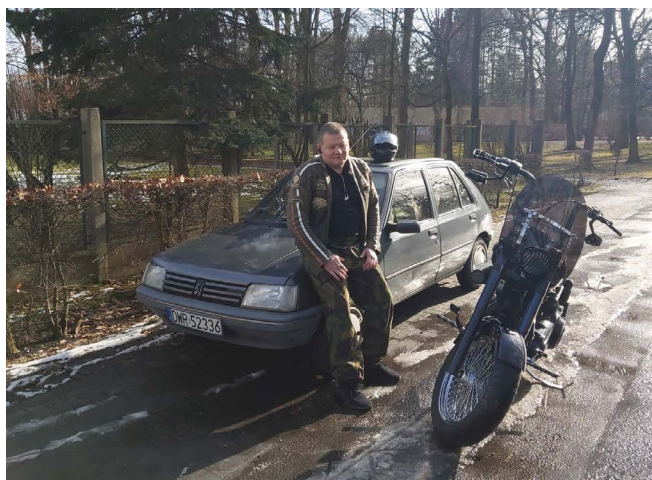
Po 20 latach Roman odnalazł swojego dawnego nauczyciela taekwondo, z którym dziś trenują jego synowie, a córka ma w przedszkolu karate. Sam wciąż interesuje się Dalekim Wschodem. Z tego zainteresowania narodził się pomysł ściągnięcia do zespołu specjalisty od akupunktury. Zatrudniona osoba musiała mieć skończone studia medyczne, medycyny zachodniej – Roman nie oddałby pacjenta neurologicznego komuś bez tego wykształcenia. Po drugie musiała pochodzić z Azji, bo Europejczycy nie znają się tak dobrze na akupunkturze. I po trzecie musiała

mieć skończoną prawdziwą 6-letnią szkołę akupunktury. Tak do zespołu dołączyła pochodząca z Mongolii lekarka, która od lat mieszka w Polsce. – Sam na sobie doświadczyłem skuteczności akupunktury. Wiem, że wciąż wielu medyków nie wierzy w jej skuteczność. Wraz z panią doktor prowadzimy badania dotyczące wpływu akupunktury na poprawę zdrowia pacjentów po wstrząsie mózgu.

## Do Francji!

Taekwondo zamienił na rower, ale – jak mówi – kilometry spadają odpowiednio do liczby dzieci i wieku. Już nie może sobie pozwolić na codzienne dojazdy do pracy 30 km w jedną stronę. Wolnych chwil nie ma więc za dużo. Gdy już się trafią, zajmuje się odrestaurowywaniem swojego 30-letniego Peugota 205 (od zawsze jeździ tylko francuskimi samochodami i rowerami). Kupił go 8 lat temu we Francji w nie najlepszym stanie, ale teraz – ze sprowadzonymi oryginalnymi częściami – może się dumnie prezentować na zjazdach miłośników zabytковых aut. I – jak zaręcza Roman – nawet dziś można nim dojechać do Francji na żabie udka. O to, czy dałoby radę jeszcze nim wrócić – nie dopytuje.

**Agnieszka Gierczak-Cywińska**



Fot. Arch. prywatne R.Olejniczak

## 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](mailto:redakcja@kif.info.pl)

# głos fizjoterapeuty

ONLINE

- Codziennie uzupełnienie miesięcznika „Głos Fizjoterapeuty”
- Wygodny układ treści (nie musisz czytać artykułów w jednym dużym pliku)
- Najświeższe informacje dotyczące naszego zawodu w Polsce i na świecie
- Aktualnie prawie 300 artykułów oraz 19 pełnych i darmowych wydań miesięcznika
- **NOWOŚĆ** – serwis z ogłoszeniami o pracę ([ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl](http://ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl))

[glosfizjoterapeuty.pl](http://glosfizjoterapeuty.pl)



PIĄTE WYDANIE  
SPECJALNE  
POBIERZ

**głos**  
fizjoterapeuty

TEMAT NUMERU

PASJONACI

OKIEM PREZESA

Z DZIAŁAŃ KIF

NAUKA

ZE ŚWIATA



TEMAT NUMERU

**Postcovid to wyzwanie dla fizjoterapeutów**

DR ANNA PYSZORA

29 STYCZANIA 2021 • 4 MIN. CZYTANIA • 0 UDOSTĘPNIEN



TEMAT NUMERU

**Piąte wydanie specjalne „Głosu Fizjoterapeuty” już dostępne!**

REDAKCJA GŁOSU FIZJOTERAPEUTY

27 STYCZANIA 2021 • 1 MIN. CZYTANIA • 0 UDOSTĘPNIEN

# Jak samorządy mogą wspierać osoby po COVID-19

W związku z COVID-19 samorządy muszą modyfikować zaplanowane strategie, również te związane z działaniami w obszarze polityki zdrowotnej. Konieczne stało się wdrażanie lokalnych programów pomocy osobom, które ucierpiały z powodu pandemii.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów bardzo docenia samorządowe zaangażowanie w profilaktykę, widząc również jak wiele lokalnych programów polityki zdrowotnej odniosło sukces. Ponieważ fizjoterapia pacjentów po COVID-19 jest ważnym elementem ich powrotu do zdrowia, KIF zdecydowała się wspomóc działania samorządów w zakresie planowania działań rehabilitacyjnych. Jednostki samorządu terytorialnego, jak żadne inne struktury państwa, mają możliwość szybkiego dostosowywania swoich działań do potrzeb mieszkańców.

KIF wspólnie z „Rynkiem Zdrowia” organizują bezpłatny webinar dla przedstawicieli samorządów oraz osób i instytucji współpracujących z nimi przy realizacji programów polityki zdrowotnej. **Spotkanie „Jak samorządy mogą wspierać powrót do zdrowia w dobie pandemii COVID-19: fakty, pomysły, programy, pieniądze” odbędzie się 19 marca.** W gronie ekspertów omówione zostaną najważniejsze wyzwania związane z pomocą pacjentom po infekcji SARS-CoV-2. W dyskusji zostanie poruszona także sytuacja osób, których najbardziej dotyczą ograniczenia związane z pandemią, m.in. seniorów, osoby pracujące zdalnie oraz uczniów.

Zagadnienia poszczególnych bloków tematycznych dotyczyć będą:

- Opracowania i realizacji programów polityki zdrowotnej dla osób po przebyciu COVID-19, seniorów i osób pracujących zdalnie;

- Roli rehabilitacji w procesie przywracania sprawności ozdrowieńcom;
- Możliwości pozyskania pieniędzy przez samorządy na działania profilaktyczne i prozdrowotne w dobie pandemii;

Zaprezentowane zostaną również projekty multimedialne przygotowane przez KIF, z których samorządy będą mogły skorzystać i rozpowszechnić je wśród swoich mieszkańców.

W programie nie zabraknie także części, podczas której wybitni eksperci odpowiedzą na pytania uczestników spotkania.

Do udziału w webinarze zaproszenie przyjęli m.in.: prof. dr hab. n. med. Anna Piekarska, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM w Łodzi, prof. dr hab. n. med. Adam Antczak, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz Marek Wójcik, pełnomocnik zarządu - ekspert ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich.

O szczegółach webinaru będziemy informować na bieżąco na stronie KIF. Do uczestnictwa w nim zapraszamy również fizjoterapeutów zainteresowanych współpracą z samorządami, tych którzy są radnymi bądź w inny sposób angażują się w realizację lokalnych programów profilaktycznych na swoim terenie.



**Tomasz Prycel**  
Pełnomocnik Prezesa KRF  
ds. Programów Polityki Zdrowotnej

Specjalnie dla czytelników „Głosu” o roli samorządów we wspieraniu programów polityki zdrowotnej wypowiedzieli się: **prof. Adam Antczak i Marek Wójcik oraz dr Roksana Malak i Mateusz Łakomski**, członkowie Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki KIF.

# Eksperci KIF pomogą samorządom w tworzeniu programów z zakresu rehabilitacji

Pandemia zmieniła wiele planów KIF, a jednym z nich było odwołanie II Kongresu Krajowej Izby Fizjoterapeutów. W jego trakcie planowaliśmy zorganizować „sesję samorządową” z wieloma szacownymi gośćmi mającymi wpływ na programy polityki zdrowotnej realizowane w Polsce.

Niestety, jak większość tego typu wydarzeń w 2020 r., spotkanie nie doszło do skutku.

Czteroletnia działalność Izby to w znacznym zakresie uświadamianie decydentom z obszaru polityki zdrowotnej „kim jest fizjoterapeuta”. Wejście w życie Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty samo w sobie nie spowodowało zmian w odbiorze naszego zawodu. Aby do nich doprowadzić konieczna jest żmudna praca i sprawna komunikacja na temat tego, co już zostało osiągnięte.

Dla przykładu, w 2019 r. została w Polsce uregulowana działalność gospodarcza fizjoterapeutów. Każdy, kto rejestruje kod PKD 86.90A, jest zobowiązany do założenia podmiotu lub praktyki zawodowej i rejestracji w RPWDL. Przy tych formach działalności istnieje również konieczność wykupienia obowiązkowego OC. Te regulacje doprowadziły do pojawienia się na rynku nowej zarejestrowanej grupy praktyk zawodowych, które mogą być realizatorami programów zdrowotnych w zakresie rehabilitacji.

Czy władze jednostek samorządu terytorialnego o tym wiedzą? Czy planują swoje działania w oparciu o te nowe zasoby? Chcemy się o tym przekonać i, w obliczu strat jakie spowodował covid, organizujemy spotkanie dla przedstawicieli samorządów. Na przykładzie programu rehabilitacji post-COVID-19, który został napisany przez Zespół ekspertów KIF, pokażemy, że lokalnie realizatorami takich działań powinny być przede wszystkim praktyki fizjoterapeutyczne. Dodatkowo samorządy mogą korzystać z doradztwa ekspertów KIF przy ocenie programów polityki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji. Liczymy na zainteresowanie samorządów taką formą współpracy.

**Paweł Adamkiewicz**

Wiceprezes KRF ds. promocji zawodu i gabinetów prywatnych



Fot. Rynek Zdrowia

## Pomoc KIF jest konieczna

Pandemia tylko unaoczniała nam problemy społeczne, które będą dotyczyć nas w związku ze zmianami trybu życia – o programach polityki zdrowotnej realizowanych przez samorządy mówi Marek Wójcik, pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich ds. legislacyjnych.

Od lat samorządy realizują wiele przedsięwzięć z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia. Robią to w bardzo różnych formach m.in. w postaci samorządowych programów polityki zdrowotnej, najczęściej w obszarze szczepień przeciw grypie, HPV czy pneumokokom. Praktycznie każda gmina ma na koncie podobne działania prozdrowotne, choć niektórzy

realizują je wyłącznie w sferze zadań powiązanych ze słynnym „korkowym”, czyli takich, które można sfinansować z opłat za sprzedaż alkoholu.

### Pole dla samorządów

Ostatnie lata przynoszą w tej sprawie pewne zmiany. Coraz częściej programy tworzone są w reakcji

na zmiany demograficzne. Stąd np. tak dużo przedsięwzięć dla seniorów czy – szerzej – różnych form wsparcia osób niesamodzielnych. Zmierzamy jako społeczeństwo w kierunku coraz dłuższego życia, ale także wzrostu liczby osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych oraz dekonstrukcji więzów rodzinnych. Wielopokoleniowość rodzin mieszkających wspólnie zanika. W związku z tym pojawiać się będzie coraz więcej potrzeb wsparcia osób niesamodzielnych, niepełnosprawnych, starszych i samotnych. A to zadanie dla samorządu.

### Konieczne zmiany systemowe

Niestety obecne regulacje dotyczące pomocy takim osobom były szyte na miarę uwarunkowań społecznych, ale sprzed kilkudziesięciu lat. Nie przystają do naszej rzeczywistości. Co prawda pandemia tylko przyspieszyła to, co i tak już zaczynało przeradzać się w problem społeczny, ale musimy być przygotowani na konsekwencje zmian stylu życia we współczesnym świecie.

Bez rozwiązań w skali krajowej, bez zbudowania mechanizmów prawnych i finansowych działania samorządów będą więc raczej punktowym gaszeniem pożarów. Tymczasem niebawem pojawi się ogromny problem z rosnącą dynamicznie grupą osób potrzebujących pomocy na granicy dwóch systemów: ochrony zdrowia i wsparcia społecznego. I nie dotyczy to tylko osób starszych. Dla przykładu covid unaoczniał nam, co się dzieje z dziećmi i młodzieżą, gdy nie mają wystarczająco dużo ruchu i kontaktów z rówieśnikami. Może wystąpić u nich otyłość, wady postawy, uzależnienie od narzędzi informatycznych czy inne problemy psychiczne. Eksperci ostrzegają też przed znacznym pogorszeniem stanu wzroku uczniów

### Zmiana perspektywy, zmiana finansowania

Wydatki na samorządowe programy polityki zdrowotnej w skali kraju w ostatnich latach wynoszą między 80 a 90 mln złotych (nie liczę prawie 2 mld zł z tzw. korkowego na rozwiązywanie problemów alkoholowych). Zagrożeniem dla przyszłości programów zdrowotnych jest jednak pogarszająca się sytuacja finansowa samorządów terytorialnych, których podłożem są efekty ograniczania ich dochodów oraz skutki kryzysu ekonomicznego wywołanego pandemią COVID-19. W tych warunkach coraz trudniej przychodzi samorządom decydować się na wydatkowanie pieniędzy na programy polityki zdrowotnej.

Pandemia otwiera nam jednak oczy – kwestie zdrowotne są obecnie najbardziej istotne i taką perspektywę należy przyjąć, planując działania w obszarze programów polityki zdrowotnej.

Wydaje się, że w najbliższych latach trzeba będzie przeznaczać znaczne fundusze na trwałe przywracanie ludziom zdrowia po covidzie. Jeżeli komuś się wydaje, że po pandemii szybko i bez dodatkowych programów oraz pieniędzy wrócimy do normalności, to się bardzo myli. Jest masa zjawisk, które czekają na systemowe rozwiązania, jak np. leczenie osób, które ucierpiały z powodu gorszego dostępu do systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii. Fizjoterapia jest jednym z elementów tego systemu wsparcia i może zaryzykować twierdzenie, że różnego rodzaju formy rehabilitacji pojawiają się w co 10 samorządowym programie polityki zdrowotnej. Jednak to, czy zaczną być realizowane specjalne programy dla ozdrowieńców, zależy od wielu czynników.

### Barieri formalno-prawne

Głównym problemem dla jednostek samorządu terytorialnego, zwłaszcza tych mniejszych, jest przygotowanie – zgodnie z wymogami prawnymi – programu, który będzie uzasadniał merytorycznie potrzebę wydatkowania funduszy na ten cel i zawierał gwarancję skuteczności podjętych działań. W przypadku tak „młodej” choroby jaką jest COVID-19 nie jest to łatwe do wykazania. To jest zadanie zdecydowanie dla ekspertów, bo tylko dobrze napisany program ma szansę uzyskać konieczną aprobatę ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. I tu widzę ogromną rolę dla ekspertów KIF. Mówiąc wprost: samorządy potrzebują „wsadu merytorycznego” i wsparcia w uzyskaniu akceptacji programów rehabilitacji ze strony AOTMiT. Ale nawet wtedy proces „od pomysłu do realizacji” może zająć kilkanaście miesięcy.

Dlatego konieczne jest, aby jak najszybciej pojawiły się propozycje rozwiązań dotyczących programów z zakresu rehabilitacji. Liczymy na owocną i pełną zrozumienia współpracę z AOTMiT i nadzwyczajne podejście do tej wyjątkowej sytuacji tak, aby samorządy mogły jak najszybciej zapewnić pomoc fizjoterapeutyczną swoim mieszkańcom.

**Marek Wójcik**

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich,  
ekspert ds. legislacyjnych





Fot. Rynek Zdrowia

# Pora na samorządowe działania rehabilitacyjne

– Nawet kilkadziesiąt tysięcy ludzi może wymagać fizjoterapii po zakażeniu COVID-19. To ogromne wyzwanie dla służby zdrowia i jednostek samorządu terytorialnego – ocenia prof. dr hab. n. med. Adam Antczak, kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Zakażenia COVID-19 są powszechne, a realnie liczba zakażonych osób w Polsce to wielokrotność oficjalnych statystyk. Część pacjentów choruje ciężko i warto pamiętać, że COVID-19 to taki rodzaj zapalenia płuc, który jest właściwie początkiem długiego procesu chorobowego. Większość pacjentów po przebiegu ostrej choroby nadal jest chora, czyli albo ma zejściowe zapalenie płuc, utrzymujące się zmiany śródmiąższowe albo ma inne powikłania pozapłucne: kardiologiczne czy neurologiczne. Częstym neurologicznym powikłaniem jest pokowidowy zespół zmęczenia. Pacjenci nie są w stanie funkcjonować normalnie i wymagają całego zespołu procedur, głównie fizjoterapeutycznych, aby wrócić do normalnej sprawności.

## Skala potrzeb

Nie tylko osoby po ciężkim przebiegu choroby będą wymagać fizjoterapii. Uważam, że w skali Polski osób, które będą potrzebowały większej lub mniejszej interwencji fizjoterapeutycznej po covidzie, mogą być dziesiątki, a nawet setki tysięcy. Niestety systemowo nie jesteśmy do tego przygotowani. O ile jeszcze refundowana fizjoterapia „ruchowa” jako tako funkcjonuje, to już fizjoterapii pulmonologicznej prawie w Polsce nie ma. Są nieliczne pracownie, a osób które mają kompetencje w tej dziedzinie jest naprawdę bardzo niewiele. To wynika między innymi z tego, że wycena czy taryfikacja usług w tym zakresie jest niska i instytucjom służby zdrowia nie opłacało się ich rozwijać. W efekcie stoimy przed ogromnym wyzwaniem, by w obliczu kryzysu pandemicznego te zaległości jak najszybciej nadrobić.

Mamy szczęście, bo w Polsce są rzesze bardzo dobrze wykształconych i świetnie przygotowanych do pracy fizjoterapeutów. Z mojej perspektywy chciałbym tylko, aby więcej z nich specjalizowało się w fizjoterapii pulmonologicznej.

## Samorządy ważnym graczem

Samorządy, które mają w zakresie swoich zadań finansowanie programów zdrowotnych, są wręcz idealnie stworzone do tego, aby tego typu narzędzia zastosować w przypadku rehabilitacji pacjentów pociwidowych. Mają już spore doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych np. związanych z masowymi szczepieniami profilaktycznymi. Teraz jest pora na działania rehabilitacyjne. Musimy tylko na poziomie ogólnopolskim stworzyć „kreatory programów fizjoterapeutycznych”, czyli modele wspomagające samorządy w tworzeniu wniosków do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Pamiętajmy też, że nagle w dobie covidu nie zniknęły inne choroby, które wymagają fizjoterapii. Mamy całe rzesze potrzebujących fizjoterapii seniorów. Mnie najbliższy jest temat chorób układu oddechowego i w tym obszarze widzę ogromną przyszłość fizjoterapii. Na POChP chorują w Polsce 2 miliony ludzi (zdiagnozowanych tylko pół miliona), a fizjoterapia jest jednym ze sposobów niefarmakologicznej opieki nad pacjentem, który może w bardzo istotny sposób poprawić jakość życia. Apelowałbym do decydentów o większe i lepsze wykorzystanie zasobów środowiska fizjoterapeutycznego również w tym obszarze.

I choć covid jest dojmującym doświadczeniem dla nas wszystkich, również w makroskali medycznej, ludzkiej, społecznej czy politycznej, to może być również szansą dla fizjoterapeutów, aby bardziej zaistnieli w systemie opieki medycznej.

**Prof. dr hab. n. med. Adam Antczak**

Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej,  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Przewodniczący Rady  
Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy.



## Wizyta patronażowa fizjoterapeuty u niemowlęcia powinna być obowiązkowa

O programie wizyty patronażowej i roli fizjoterapeuty we wspieraniu rozwoju psychoruchowego dziecka rozmawiamy z dr n. o zdr. Roksaną Malak, fizjoterapeutką pediatryczną i członkinią Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki KIF.

### Czy dzieci, które miałyby trafiać do opracowanego przez Państwa programu, powinny być w jakimś konkretnym wieku?

W ramach prac Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki KIF stworzyliśmy projekt wizyt patronażowych fizjoterapeuty u dzieci, które miałyby odbywać się w dwóch momentach życia: między 10. a 14. tygodniem oraz 20. a 24. tygodniem. Wybranie tych konkretnych okresów wynika z dogłębnej analizy literatury i z naszego doświadczenia. Ocena dokonana w tym czasie pozwala wychwycić nieprawidłowości, a nawet prognozować ich ewentualne konsekwencje. Jeśli zauważymy je tak wcześnie i poddamy interwencji fizjoterapeutycznej, możemy zapobiec długotrwałym i kosztownym procedurom terapeutycznym na późniejszym etapie życia.

### Rozumiem, że program tworzony jest w taki sposób, aby mógł być wdrażany na różnych szczeblach, np. przez jednostki samorządu lokalnego?

Zdecydowanie tak. Naszą ideą jest zachęcenie samorządów do finansowania działań prozdrowotnych przyczyniających się do dobrostanu mieszkańców, ale też finalnie do obniżenia kosztów późniejszego leczenia. Chcemy podążać szlakiem przetartym przez programy szczepień np. przeciw WZW, które obecnie są obowiązkowe, ale początkowo były wprowadzane na poziomie samorządowym. Optymalnym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie naszej wizyty patronażowej dla wszystkich dzieci w kraju.

### Kto będzie mógł świadczyć usługi patronażowe?

Każdy wykwalifikowany fizjoterapeuta. I jest to też szansa na ciekawą współpracę dla prywatnych praktyk fizjoterapeutycznych, które mogłyby być wykonawcami programu lokalnie.

### Czy samorządy są zainteresowane wdrażaniem programu u siebie?

Przed nami jeszcze sporo do zrobienia, zwłaszcza

w obszarze docenienia przez decydentów roli fizjoterapii w profilaktyce zdrowotnej. Chcemy połączyć siły z innymi medykami zajmującymi się dziećmi, czyli np. lekarzami, którzy zrzeszają się odpowiednio w neonatologicznych czy w pediatrycznych środowiskach. Pacjentowi pediatrycznemu zdecydowanie potrzebna jest kompleksowa opieka. Musimy przekonać samorządy, że istotną jej częścią jest ocena rozwoju psychoruchowego przez fizjoterapeutę.

### Czy uważa Pani, że rodzice będą zainteresowani takimi wizytami?

Musimy wciąż uświadamiać rodzicom, czym zajmuje się fizjoterapeuta pediatryczny, i jak wielką wagę ma wspieranie rozwoju dziecka, zwłaszcza na wczesnych etapach życia. Trzeba edukować społeczeństwo, że to właśnie fizjoterapeuci wykonują ocenę rozwoju ruchowego dziecka, wychwytywać nieprawidłowości, a następnie podejmują odpowiednie kroki, aby je zminimalizować. To nie jest tak, że jak za sprawą czarodziejskiej różdżki wszystkie problemy znikają wraz z rozwojem dziecka. Mali pacjenci powinni mieć zagwarantowaną domową wizytę patronażową fizjoterapeuty w systemie refundowanym, podobnie jak dzieje się to w przypadku wizyty położnej czy pediatry.

### To co Pani mówi brzmi trochę jak taka praca u podstaw, którą należy rozpocząć od edukacji społeczeństwa.

Takie mamy zadanie i dużo pracy przed nami. Wiemy jednak, że zysk społeczny będzie olbrzymi. Proszę mi wybaczyć, że to powiem, ale obecnie jako społeczeństwo doświadczamy ogromnej dezinformacji. Rodzic nie będący specjalistą nie ma jasnych wskazówek dotyczących tego, jak powinien wyglądać prawidłowy rozwój jego dziecka. Nie wyłapie też wszystkich nieprawidłowości. Rodzice naprawdę błądzą, szukają na własną rękę rozwiązań, a wiemy dobrze, że nie każda znaleziona w internecie porada jest rzetelna. Rolą fi-

zjoterapeuty jest właśnie dostarczenie wiarygodnych informacji i edukacja rodziców. Może to zapobiec późniejszym nieprawidłowościom, takim jak wady postawy czy otyłość, ale może też ustrzec nas przed tragedią. Dziecko, które się zakrztusi, jest badane w szpitalu pod kątem gastrologicznym, laryngologicznym – wzdłuż i wszerz. Tymczasem zdarza się, że przyczyną zakrztuszenia są błędy pielęgnacyjne rodzica, który nie potrafi prawidłowo ułożyć dziecko do karmienia czy nawet do odbicia. Osobą, która mogłaby go tego nauczyć, jest właśnie wykwalifikowany fizjoterapeuta.

**Czy gdyby teraz jakaś gmina zwróciła się o pomoc we wdrożeniu tego programu u siebie, to jesteście już gotowi?**

Tak, jesteśmy gotowi do wprowadzania programu w życie pod względem merytorycznym i praktycznym.

Są przygotowane tzw. checklisty, skale rozwoju, przykładowe interwencje. Zostały tak opisane, aby każdy fizjoterapeuta miał ten sam schemat działania niezależnie od miejsca realizacji programu. Moim marzeniem jest, aby nasz program stał się standardem w opiece nad dziećmi, bo one na tym bardzo skorzystają.

**Dr n. o zdr. Roksana Malak**

*Fizjoterapeuta, osteopata.*

*Adiunkt w Katedrze i Klinice Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.*

*Członek Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki KIF (pediatria).*

*Członek Zespołu Ekspertów ds. Opracowania Wytocznych do Oceny Pacjentów w Wieku Rozwojowym,*

*Członek Polskiej Akademii Niepełnosprawności Dziecięcej.*



## Czas na modelowe programy

Dzięki merytorycznemu wsparciu KIF fizjoterapeuci mogą stać się inicjatorami programów polityki zdrowotnej w swoich miejscowościach. O możliwości ich realizacji przy współpracy z samorządami opowiada radny Unisławia i fizjoterapeuta Mateusz Łakomski.

Sporo naszych kolegów i koleżanek znajduje zatrudnienie w jednostkach prowadzonych przez samorządy, czyli np. szpitalach czy Gminnych Ośrodkach Zdrowia. To podstawa współpracy, ale nie jedyna możliwość. Samorządy mogą wykorzystywać środki własne do celów ochrony zdrowia w postaci sformalizowanych programów polityki zdrowotnej. Aby program np. profilaktyki wad postawy mógł zostać wdrożony, musi zostać stworzony concept, który zweryfikuje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dopiero jej pozytywna ocena pozwala wprowadzić go w życie. To jest proces czasochłonny i merytorycznie skomplikowany, zniechęcający samorządy, zwłaszcza te mniejsze, do podejmowania tego typu działań na rzecz swoich mieszkańców.

### Modelowy program

Dlatego w Zespole ds. Fizjoprofilaktyki tworzymy pierwszy modelowy program, który może być przez samorządy wdrażany pod merytorycznym patronatem Izby. To program wizyty patronażowej u niemowląt, który zakłada dwa spotkania z fizjoterapeutą w domu pacjenta. Ich celem jest wyłapanie przez specjalistę potencjalnych odchyłań w rozwoju psychoruchowym noworodka oraz edukacja w zakresie stymulowania prawidłowego rozwoju ruchowego dziecka.

Staraliśmy się naszym programem zainteresować samorządy, materiały trafiły m.in. do władarzy Torunia i Chełmna, trwają rozmowy także w mojej rodzinnej gminie Unisław. Temat spotkał się z zainteresowa-

## Z DZIAŁAŃ KIF

niem i wierzę, że już wkrótce uda się go zrealizować. Istotne jest to, że tego typu programy mogłyby realizować każdy fizjoterapeuta, czyli także ten prowadzący prywatną praktykę fizjoterapeutyczną. Zakres świadczeń nie będzie premiował dużych podmiotów leczniczych. Dla przykładu, jeżeli wizyta patronażowa zostałaby wprowadzona w Toruniu, to rocznie obejmowałaby około 1200 dzieci. Jest to obciążenie, które mogą unieść zakontraktowane praktyki fizjoterapeutyczne, a nie tylko duże podmioty.

### Każdy może być inicjatorem

Trwają też prace nad drugim modelowym projektem, który będzie dotyczył zapobiegania wadom postawy u dzieci i młodzieży. Jednym z rozwiązań jest ściślejsza współpraca fizjoterapeutów z POZ i pielęgniarkami szkolnymi, innym - wprowadzenie na określonych zasadach fizjoterapeutów do szkół. Obserwując swo-

ją gminę, uważam to za jak najbardziej sensowne posunięcie. Jest luka kompetencyjna między nauczycielem WF a fizjoterapeutą i byłoby zdecydowanie lepiej, gdyby np. gimnastykę korekcyjną prowadził właśnie fizjoterapeuta. Podobnie jak ocenę postawy dzieci i młodzieży.

A czy fizjoterapeuta, który dostrzega problemy zdrowotne u mieszkańców swojej miejscowości, może stać się inicjatorem działań profilaktycznych? Oczywiście, że tak! Jestem głęboko przekonany, że spotka się to z zainteresowaniem i wsparciem ze strony samorządu.

**Mateusz Łakomski**

Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów z województwa kujawsko-pomorskiego. Należy do Zespołu ds. Fizjoprofilaktyki KIF. Radny gminy Unisław.

# P=

**NOWOŚĆ W PORTALU FIZJOTERAPEUTY!**

## Zobacz szkolenie online o fizjoterapii postcovidowej

[portal.kif.info.pl](https://portal.kif.info.pl) (zakładka szkolenia)

 Szkolenia

Obejrzyj

Przeczytaj więcej na str. 49

# Fundusz Solidarnościowy: Co poszło nie tak?

KIF wystąpiła do NFZ o statystyki dotyczące działań w ramach Funduszu Solidarnościowego w 2020 r. Choć pacjentom z niepełnosprawnościami obiecano na jego realizację prawie 100 mln zł, narzucone warunki doprowadziły do zakontraktowania niespełna 17 mln zł.

Jak już pisaliśmy w poprzednim numerze „Głosu”, realizację świadczeń w ramach programu udało się zrealizować dopiero w grudniu, chociaż decyzja o powstaniu Funduszu Solidarnościowego zapadła jeszcze w 2019 r. Jednym z powodów takiego opóźnienia była decyzja o przeprowadzeniu trybu konkursowego, który niewątpliwie wydłuża procedurę. KIF zabiegała o to, aby podmioty czy praktyki mogły przystępować do programu w trybie wnioskowym, gdyż jest on wiele krótszy. Te dwa powody – krótki okres realizacji i tryb konkursowy – to niejedyne, jakie wpłynęły na małą liczbę fizjoterapeutów wspierających osoby z niepełnosprawnościami w ramach Funduszu Solidarnościowego.

## Wygórowane kryteria

Problemy pojawiły się też na etapie samego konkursu. Nie ma wątpliwości, że pacjenci powinni otrzymywać świadczenia najwyższej jakości, ale część kryteriów, które musieli spełnić wykonawcy, była zbyt wyśrubowana i nierealistyczna. Zwracaliśmy uwagę zarówno przedstawicielom Ministerstwa Zdrowia, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia, na bezzasadność chociażby obowiązkowej laseroterapii skanerowej czy dwóch urządzeń pola magnetycznego wysokiej częstotliwości. Takie usługi i tak zapewne nie byłyby realizowane z uwagi na fakt, że 60% udzielanych świadczeń to kinezyterapia.

## Nierówne województwa

Nasz niepokój wzbudza brak jednolitej dostępności usługi dla pacjentów, np. w województwie kujawsko-pomorskim nie podpisano ani jednej umowy na realizację świadczeń. Tego typu nierówności wyniknęły m.in. z powodu różnego podejścia Oddziałów Wojewódzkich NFZ do procedury wyłonienia wykonawców świadczenia – 9 OW NFZ przeprowadziło konkursy w pojedynczych powiatach, 4 OW NFZ w grupach powiatów, a 3 OW NFZ na obszarze całego województwa. Zdajemy sobie sprawę, że nawet ludzie w pełni zdrowi mieliby problem z codziennym docieraniem do fizjoterapeuty na drugi koniec wojewódz-

stwa, a co dopiero osoby z niepełnosprawnościami, dla których opracowano FS.

## 17,44 proc.

W efekcie z zaplanowanych przez płatnika 2 624 umów z podmiotami leczniczymi i praktykami prywatnymi zawarto w całej Polsce jedynie 350 (na 567 złożonych wniosków). Współczynnik odrzuconych ofert był duży – 36%. Na realizację FS w 2020 r. przeznaczono 97 161 638 zł. Z powodu niewielkiej liczby zawartych umów wydano tylko 17,44 proc. tej kwoty, czyli niecałe 17 mln. Co istotne, wyżej wskazana kwota to wartość zakontraktowanych umów. Jaki jej procent został faktycznie wydatkowany na realizację świadczeń i ile środków z tej kwoty wrócił do budżetu – dziś jeszcze nie wiemy.

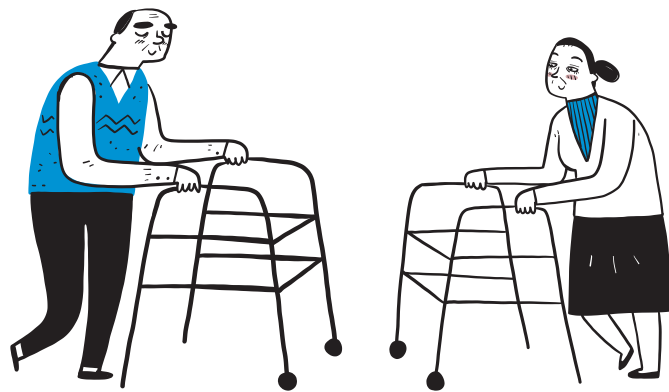
## Rok 2021

Oddziały wojewódzkie NFZ już w styczniu aneksowały umowy dla dotychczasowych wykonawców świadczeń. Jednakże w związku z tym przedłużeniem do chwili obecnej nie zostały wyasygnowane żadne środki finansowe, a zatem świadczeniodawcy nie wiedzą, jakie środki otrzymają i do jakiego limitu mogą realizować Program. Co gorsze, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w tym roku przeznaczy na Fundusz Solidarnościowy jedynie 50 000 000 zł. Oznacza to, że nie ma szans na wyrównanie opisanych nierówności i dostarczanie pacjentom przez cały 2021 r. usług na tym samym poziomie co w grudniu 2020 r.

Zaniepokojeni faktem, że Fundusz Solidarnościowy, mimo ogromnych nakładów finansowych, nie poprawia sytuacji pacjentów w stopniu, w jakim mogłyby to robić, KIF wystosowała pismo do Prezesa Rady Ministrów z apelem o pilną zmianę warunków Programu.

**Tomasz Niewiadomski**  
Wiceprezes KRF  
ds. świadczeń refundowanych





## Zbadamy dostępność technologii asystujących w Polsce

Krajowa Izba Fizjoterapeutów została zaproszona przez Światową Organizację Zdrowia do współpracy przy projekcie na rzecz poprawy dostępności do technologii asystujących.

KIF wraz z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz konsultantem krajowym w dziedzinie fizjoterapii tworzą ekspercką grupę doradczą współpracującą z WHO przy badaniu dostępności technologii asystujących w Polsce. Jego elementem będzie także wykorzystanie i rozpowszechnianie uzyskanych wyników.

### Co to są technologie asystujące?

**Technologie asystujące, wspomagające** (ang. *assistive technology* – AT) to różne sprzęty, które wspomagają lub umożliwiają osobom niepełnosprawnym, w podeszłym wieku czy z chorobami przewlekłymi, lepsze funkcjonowanie i większą niezależność. Obejmują szerszą gamę rozwiązań niż tę, którą znamy pod pojęciem „zaopatrzenia ortopedycznego”. **AT to oprócz wózków, kul, chodzików także np. aparaty słuchowe, okulary, urządzenia wspomagające pamięć czy komunikację.** WHO wyróżnia ich bardzo wiele, a z listą 50 tzw. produktów priorytetowych można zapoznać się tutaj:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207694/WHO\\_EMP\\_PHI\\_2016.01\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207694/WHO_EMP_PHI_2016.01_eng.pdf?sequence=1)

### Co to za projekt?

Według WHO **ponad miliard ludzi na świecie potrzebuje technologii asystujących**, aby móc prowadzić

produktywne, godne życie bez wykluczenia, ale **tylko 1 na 10 osób ma do nich dostęp**. 150 mln ludzi potrzebuje pomocy w poruszaniu się i dostępu do sprzętów takich jak kule czy chodziki, ponad 75 mln wymaga pomocy wózka, 35 mln protezy lub ortezy. Dostęp do technologii wspomagających jest często niezbędny do utrzymania lub poprawy funkcjonowania, zdrowia i dobrego samopoczucia, a także umożliwia edukację, pracę i prowadzenie życia społecznego. W miarę starzenia się społeczeństwa i wzrostu częstotliwości występowania chorób niezakaźnych zapotrzebowanie na AT będzie rosło. **Szacuje się, że w 2030 r. będą ich potrzebowały już 2 miliardy ludzi.**

Rezolucja WHO w sprawie poprawy dostępu do technologii asystujących (WHA71.8) z 2018 r. zaleca działania na szczeblach krajowych, w ramach których wszyscy potrzebujący będą mieć dostęp do wysokiej jakości i przystępnych cenowo AT. Jednak wciąż jest za mało danych na temat obecnego stanu dostępności i zapotrzebowania w poszczególnych państwach – aby uzupełnić te luki zawiązała się globalna inicjatywa **GATE** (ang. *Global Cooperation on Assistive Technology*). Jednym z jej działań jest opublikowanie przez WHO raportu (ang. – **GReAT**), który ma zapewnić państwom członkowskim niezbędne wsparcie techniczne w opracowaniu programów dotyczących AT i przez to także pomóc w realizacji założeń konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.

### Na czym polega badanie?

WHO opracowała specjalną **ankietę rATA** (ang. *Rapid Assistive Technology Assessment*), która ma umożliwić zebranie danych na temat AT, pomóc w ustaleniu priorytetów oraz zwiększeniu świadomości decydentów i społeczeństwa o technologiach asystujących.

## Dzisiaj ponad **1 miliard** ludzi na świecie potrzebuje technologii asystujących,



**970 milionów**  
potrzebuje okularów  
i pomocy dla słabowidzących



**75 milionów**  
potrzebuje wózków



**150 milionów**  
potrzebuje pomocy  
do poruszania się



**94 miliony**  
potrzebuje aparatów słuchowych



**35 milionów**  
potrzebuje protez lub ortez



**150 milionów**  
potrzebuje pomocy  
w porozumiewaniu się  
i zapamiętywaniu

ale tylko **1 na 10** ma dostęp do sprzętu, którego potrzebuje.

Do 2030 roku ponad **2 miliardy** ludzi będzie potrzebowało technologii asystujących.

Badanie umożliwi **uzyskanie informacji, z jakich AT korzystają i jakich potrzebują Polacy, czy mają do nich dostęp, a jeśli nie, to jaka jest tego przyczyna.** Jak wspomniano wcześniej, KIF została zaproszona do grupy doradczej zajmującej się konsultowaniem przebiegu badania w Polsce. Za jego realizację odpowiedzialna będzie agencja badawcza KANTAR, która została wybrana przez WHO w postępowaniu ofertowym. Badanie będzie dotyczyło całej polskiej populacji i w związku z pandemią COVID-19 najprawdopodobniej zostanie przeprowadzone w dominującej części z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych.

W dniach 8–10 lutego 2021 r. odbyły się także warsztaty online dla osób zaangażowanych w realizację badania oceny dostępności technologii wspomagają-

cych, w tym przedstawicieli KIF. Podczas warsztatów dyskutowano m. in. o metodologii badania, wyzwaniach, które mogą się pojawić w trakcie jego realizacji oraz szczegółowych planach jego przeprowadzenia w różnych państwach.

Czekamy na start badania w Polsce, a o kolejnych etapach jego realizacji będziemy informować.

**Weronika Krzepakowska**

Dział ds. Międzynarodowych KIF



### Dowiedz się więcej:

- [https://www.who.int/health-topics/assistive-technology#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/assistive-technology#tab=tab_1)
- <https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/02/08/default-calendar/who-online-master-training-workshop-for-measuring-access-to-assistive-technology>
- [https://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/2206\\_infographic.pdf?ua=1](https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/2206_infographic.pdf?ua=1)

# Niemcy walczą o poprawę statusu zawodu fizjoterapeuty

Najliczniejszą grupę fizjoterapeutów w Europie stanowią Niemcy, których jest aż 200 tys. To blisko 1/4 wszystkich fizjoterapeutów na kontynencie! Mimo swojej liczebności oraz długiej tradycji zawodowej, odstają od innych pod kątem procesu kształcenia, samodzielności oraz nadanych im kompetencji.

Cztery najważniejsze stowarzyszenia fizjoterapeutów\* w Niemczech połączyły siły i rozpoczęły wspólne działania pod nazwą #FairBehandeln (niem. *uczciwe traktowanie*) mające objąć:

- reformę świadczeń fizjoterapeutycznych finansowanych przez kasy chorych,
- uzyskanie samodzielności zawodowej poprzez zwiększenie kompetencji,
- reorganizację stowarzyszeń zawodowych,
- reformę procesu kształcenia fizjoterapeutów.

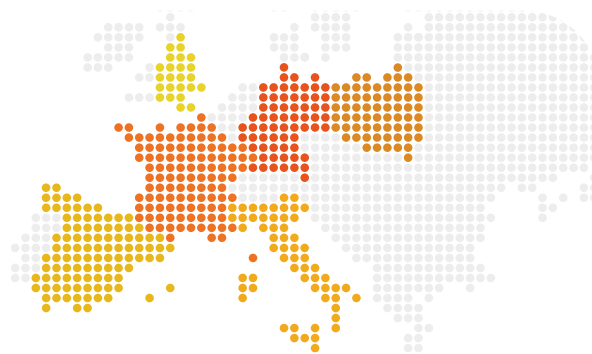
Droga do obranych celów jest jednak długa i wyboista. Niemieckie Ministerstwo Zdrowia wraz ze stowarzyszeniem zrzeszającym kasy chorych (GVK) sprzeciwiają się realizacji żądań fizjoterapeutów. Łatwo odnieść wrażenie, że wszystko to przypomina batalię, którą polscy fizjoterapeuci stoczyli zaledwie sześć lat temu, podejmując walkę o wprowadzenie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

## Refundacja świadczeń fizjoterapeutycznych

W sierpniu 2020 r. przedstawiciele stowarzyszeń fizjoterapeutów zaprezentowali GVK wyniki analizy ekonomicznej dotyczącej ambulatoryjnych praktyk fizjoterapeutycznych w Niemczech (tzw. opinia WAT\*\*). Na jej podstawie zażądano podwyżki o 50,13% wynagrodzenia w obszarze fizjoterapii. Podkreślono, że jest to warunek wstępny, który umożliwi zapewnienie rentowności praktyki, uzyskanie odpowiednich wynagrodzeń dla pracowników oraz odpowiedniego dochodu dla właściciela praktyki.

## Optymalizacja procesu leczenia

Oprócz danych ekonomicznych w WAT opisano także potrzebę usprawnienia procesu leczenia fizjoterapeutycznego, dłuższego i bardziej elastycznego czasu terapii. Obecnie świadczenia opłacane są za 15–25 minut terapii, w zależności od zleconej procedury. W tym czasie zawiera się przygotowanie pacjenta do



Liczebność fizjoterapeutów w wybranych krajach Europy:

Niemcy **200 tys.**

Francja **90 tys.**

Polska **70 tys.**

Włochy **65 tys.**

Hiszpania **58 tys.**

Wielka Brytania **50 tys.**

terapii i opis dokumentacji sporządzony przez fizjoterapeutę. Zażądano wydłużenia go do co najmniej 20 min. samej terapii oraz 10 min. przeznaczonych na przygotowanie dokumentów.

## Samodzielność zawodowa

Fizjoterapeuci w Niemczech niezależnie od prowadzonej formy działalności – w instytucjach państwowych lub prywatnych – pracują z pacjentami na podstawie zlecenia lekarskiego. Jest to obecnie jedyny kraj w Europie, który uniemożliwia samodzielność zawodową tym specjalistom. Związane jest to z formą opieki medycznej w Niemczech. Rynek reguluje świadczenia na podstawie ofert kas chorych, do których przynależność wybiera pacjent. Zatem fizjoterapeuta w swojej praktyce może realizować jedynie to, co refunduje dana kasa. Warto dodać, że oferty nie zawsze zawierają świadczenia rehabilitacyjne lub są one mocno ograniczone. Liderzy fizjoterapeutycznych stowarzyszeń apelują o nadanie kompetencji fizjoterapeutom w kierunku prowadzenia badania funkcjonalnego (diagnostyki fizjoterapeutycznej) oraz edukacji zdrowotnej skupionej głównie na integracji pacjenta ze środowiskami opieki społecznej.



## Fuzja stowarzyszeń – w zespole siła!

FPT (Verband Physikalische Therapie) i ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie), dwie największe organizacje fizjoterapeutyczne w Niemczech, planują połączyć się, by móc wywierać silniejszy wpływ na kształtowanie się zawodu w kraju. Aby uzyskać na to zgodę członków obu stowarzyszeń rozesłano ogólnokrajową ankietę, na podstawie której podjęte zostaną kolejne kroki realizujące założone cele. Badanie zakończono, obecnie wyniki ankiety zebrane od prawie 7 tys. fizjoterapeutów są opracowywane.

## Sojusz „Zawody terapeutyczne na uniwersytetach”

Kształcenie zawodowe fizjoterapeutów w Niemczech odbywa się najczęściej w trybie 2-2,5-letnich szkół zawodowych. Jest to zatem jedyny kraj w Europie wciąż umożliwiający uzyskanie tytułu technika z zakresu fizjoterapii. Studia licencjackie oferuje tylko kilka jednostek edukacyjnych. W celu uzyskania tytułu magistra niemieccy fizjoterapeuci migrują często za granicę (m.in. do Austrii), bo studia II stopnia oferują tylko trzy uczelnie i po prostu brakuje miejsca dla wszystkich chętnych.

Aby zmienić system kształcenia zawiązany został sojusz „Zawody terapeutyczne na uniwersytetach”, który nawołuje do stworzenia kierunków dla zawodów terapeutycznych na wyższych uczelniach. Tworzą go fizjoterapeuci, logopedzi i terapeuci zajęciowi – przedstawiciele zawodów, które w Niemczech uważane są za paramedyczne.

Ustawa o rozwoju zdrowia (GVWG) w 2016 r. zapewniła funkcjonowanie tej formy systemu kształcenia przez kolejne cztery lata. W 2021 r. zdecydowano jednak, że moment wejście zawodów terapeutycznych do systemu edukacji uniwersyteckiej zostanie odroczone aż do 2026 r.. Przedstawiciele sojuszu apeluje o skrócenie tego czasu. Argumentują to tym, że bezpieczeństwo pacjentów można osiągnąć jedynie poprzez powierzenie opieki nad nimi osobom kierującym się w swojej pracy dowodami naukowymi, co można zapewnić jedynie poprzez pełne przeszkolenie terapeutów na poziomie uniwersyteckim [4].

W Europie jednolite 5-letnie studia magisterskie obowiązują w:

**Polsce Belgii Islandii Francji**

## Negocjacje bez porozumienia

Ponieważ wstępne rozmowy z ubezpieczycielami, a także Ministerstwem Zdrowia, nie przyniosły rozwiązania, sprawa roszczeń fizjoterapeutów została skierowana do powołanej w tym celu komisji arbitrażowej. Negocjacje zakończyły się rozczarującym wynikiem. Pomimo obszernych wniosków i długich posiedzeń komisja zdecydowała o podwyżce wycen świadczeń, ale o zaledwie 1,48%, a wnioskowano o 50,13%. To niestety nie koniec złych wiadomości. Stowarzyszenia fizjoterapeutyczne były zmuszone wycofać postulat wydłużenia terapii. Powodem była odpowiedź GVK, które zaproponowały stały wymiar spotkania na 20 minut, ale przy jednoczesnej obniżce (!) wyceny świadczenia o 15%, czyli do 16 euro. Natomiast wprowadzenie nowych kompetencji, np. diagnostyki fizjoterapeutycznej, zostało zdecydowanie odrzucone zarówno przez GVK, jak i komisję arbitrażową.

Postawa firm ubezpieczeniowych jest według inicjatorów negocjacji nie do przyjęcia, zagraża bytowi fizjoterapeutów, a tym samym może pogorszyć się poziom opieki nad pacjentami.

Dział międzynarodowy KIF śledzi doniesienia liderów fizjoterapii w Niemczech. Jeżeli uda im się zrealizować założone cele, będzie to zapewne pierwszy krok do odzyskania pełnej niezależności zawodowej. Biorąc pod uwagę liczebność niemieckich fizjoterapeutów, modernizacja ich archaicznego modelu wpłynie na zmianę koniunktury fizjoterapii w całej Europie. Dzięki temu wszyscy zbliżymy się do ujednoczenia regulacji zawodowych.

**dr Dalia Woźnica**

Dział ds. Międzynarodowych KIF



### Źródła:

- \* IFK, FYSIO-NIEMCY, VDB i VPT
- \*\* [https://ifk.de/fileadmin/News/2020/08\\_August/200805\\_WAT\\_Bericht\\_Physiotherapie.pdf](https://ifk.de/fileadmin/News/2020/08_August/200805_WAT_Bericht_Physiotherapie.pdf)
- <https://www.vpt.de/nc/aktuelles/vpt-meldungen/archiv/meldung/fairbehandeln-gemeinsame-aktion-der-massgeblichen-physio-verbaende/>
- <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise.html>
- <https://physiotherapeuten.de/news/2020/09/fairbehandeln-endspurt-in-den-verhandlungen-fuer-die-versorgung-von-74-millionen-versicherten-der-gesetzlichen-krankenkassen-mit-physiotherapie/?fbclid=IwAR2p7lxadk3CCroLvrTln2x9b9J7kHSXIZOhsLxXXCJ00pKOUwjN4TudXdl>
- [4] <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/pressemitteilung-buendnis-therapieberufe-an-die-hochschulen.html?fbclid=IwAR1useh64mhAhBQ5FhfYlYlYLnadK3YbsCO7GJy7Bx16D6EcuQWBK1mfAWI>

# Dobra osobiste w działalności członka samorządu zawodowego

W ostatnim czasie obserwuje się w przestrzeni publicznej obniżenie poziomu debaty. Zamiast argumentów używa się agresywnego języka, próbuje ośmieszać inne osoby lub wręcz okłamuje opinię publiczną. Problem ten nie jest też obcy członkom samorządu fizjoterapeutów.

Stosunki pomiędzy fizjoterapeutami powinny opierać się na wzajemnym szacunku i lojalności. Nieuzasadniona krytyka lub obraźliwe sformułowania mogą stanowić m. in. naruszenie dóbr osobistych. Prawo do ochrony dóbr osobistych jest podstawowym prawem każdego człowieka. Stosownie do art. 23 Kodeksu cywilnego dobra osobiste, jak w szczególności wolność, cześć, nazwisko lub wizerunek, pozostają pod ochroną prawa. Również dobra osób prawnych, takich jak Krajowa Izba Fizjoterapeutów, pozostają pod ochroną prawną.

## Naruszenie dóbr osobistych

Każdy jest narażony na naruszenie swoich dóbr. Bez znaczenia jest forma takiego naruszenia. Może to być wpis na portalu społecznościowym lub komentarz na stronie internetowej. Naruszenie dóbr osobistych może mieć dwojaki charakter: opisowy lub oceniający. Do naruszenia w sposób opisowy może dojść poprzez wypowiedzenie się na temat faktów o danej osobie lub jej zachowaniu w sposób niezgodny z prawdą. Jeżeli jednak opisanie jakiegoś zdarzenia jest zgodne z prawdą, to nie jest ono bezprawne.

Co do naruszenia o charakterze oceniającym, to opinia ze swej istoty ma charakter subiektywny. Nie można zatem stwierdzić, czy jest prawdziwa lub fałszywa. Należy tu mieć na uwadze rzetelność krytyki w kontekście zasad współżycia społecznego, w tym zasad kultury. Opinie są bowiem dozwolone, jeśli są wyrażane w ramach konstruktywnej krytyki. Obrażanie jednak kogoś, ośmieszanie, używanie niecenzuralnych sformułowań i wyzwisk, stanowi zatem ewidentne naruszenie prawa.

Za naruszenie dóbr grożą konsekwencje, takie jak żądanie zaniechania bezprawnego działania oraz złożenia stosownego oświadczenia. Można również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Jeżeli skutek naruszenia dobra osobistego została wyrzą-

dzona szkoda majątkowa, przysługuje także odszkodowanie.

## Zasady obowiązujące fizjoterapeutów

W stosunku do osób wykonujących zawód zaufania publicznego, a takim jest zawód fizjoterapeuty, wymagania co do poszanowania prawa oraz języka debaty są wyższe. Każda z takich osób podlega bowiem również odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Fizjoterapeutów obowiązują zasady etyki przyjęte uchwałą nr 20/I KZF/2016 przez I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Wyróżnić można zasadę, iż relacje między fizjoterapeutami opierają się na wzajemnym szacunku oraz świadomości społecznej rangi wykonywanego zawodu. Fizjoterapeuta ma prawo oczekiwać współpracy i pomocy zawodowej ze strony innych fizjoterapeutów. Adekwatna jest również zasada, stosownie do której fizjoterapeuta postępuje tak, aby budzić zaufanie i szacunek swoją nienaganną postawą.

Fizjoterapeuci są zatem odpowiedzialni za swój samorząd. Samorząd jako reprezentant fizjoterapeutów również ponosi konsekwencje niewłaściwych zachowań swoich członków, godzi bowiem w wizerunek pozostałych fizjoterapeutów i pośrednio obciąża samorząd. Każdy członek samorządu ma obowiązek szacunku wobec swojego samorządu i jego członków. Co więcej, naruszenie dóbr osobistych członków organów Izby, również traktowane może być jako naruszenie dóbr Izby.

Podsumowując, członkowie samorządu zawodowego powinni ze szczególną starannością prowadzić działalność, która godzić może w prawa swoich koleżanek i kolegów oraz samorządu zawodowego.

**Waldemar Laskowski**

Radca prawny,  
Dział Prawny KIF





# Od angielskiego nie uciekniemy

Nowa nazwa i layout, nowy zespół redakcyjny, szacowna Rada Naukowa to dopiero początek ambitnej i trudnej drogi rozwoju „Physiotherapy Review”, kwartalnika naukowego KIF. O wyzwaniach i planach opowiadają redaktor prowadzący Zbigniew Wroński oraz redaktor naczelny Jakub Taradaj.

## Dlaczego KIF angażuje się w rozwój pisma?

ZW: Rozwój zawodu fizjoterapeuty to jedno z ustawowych zadań działania samorządu. Również I Krajowy Zjazd, który wybrał nas na tę kadencję, narzucił taki kierunek działań. Nie da się rozwijać zawodu medycznego bez rozwoju badań naukowych. Pismo ma być formą stymulacji środowiska do stawiania pierwszych kroków w dziedzinie prowadzenia badań naukowych i publikacji wyników.

## Co już zostało zrobione w „Physiotherapy Review”?

ZW: W 2019 r. przejęliśmy czasopismo z ponad 30-letnią tradycją, które dotąd nosiło tytuł „Medycyna Manualna”. Od początku patrzyliśmy szerzej na tematy, które mogłyby być poruszane na jego łamach, dlatego też zdecydowaliśmy się na zmianę nazwy na „Physiotherapy Review”. „Medycyna Manualna” na razie zostaje zawieszona, mam dużą na-

dzieję, że z czasem powróci jako część tego pisma lub może nawet osobne czasopismo Izby.

Wraz ze zmianą nazwy, graficznej makiety oraz strony internetowej powołano nowy zespół redakcyjny, a stanowisko redaktora naczelnego powierzono Jakubowi Taradajowi.

## Jakie są Pana plany związane z czasopismem?

JT: Mogę powiedzieć jedynie o moich prywatnych planach jako redaktora naczelnego, a właściwie osobistych marzeniach, które chciałbym, żeby się spełniły.

Sądzę, że nasze plany możemy podzielić na dwie kategorie: bliskie i bardziej odległe. Do tej pierwszej zaliczyłbym przyziemne, lecz niezbędne z dziennikarskiego punktu widzenia kwestie, czyli ustabilizowanie pozycji periodyku na rodzimym rynku wydawniczym, a więc regularność ukazywania się

## Physiotherapy Review

„Physiotherapy Review” to recenzowane czasopismo naukowe. Celem czasopisma jest promowanie i rozpowszechnianie wiedzy na temat nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych wśród lekarzy i fizjoterapeutów. Powyższy cel realizowany jest poprzez publikację oryginalnych prac eksperymentalnych, kazuistycznych, recenzji, prac poglądowych, przeglądów badań i literatury, w tym przeglądów systematycznych oraz metaanaliz – przedstawiających wyniki badań naukowych obejmujących wszystkie dziedziny fizjoterapii. Czytelnicy mają zapewniony dostęp do aktualnej wiedzy o najlepszych rozwiązaniach diagnostycznych i terapeutycznych stosowanych na całym świecie.

W Komitecie Naukowym czasopisma zasiadają naukowcy i praktycy z wielu krajów świata, reprezentujący różne specjalizacje, w tym w szczególności fizjoterapię i rehabilitację medyczną w różnych dziedzinach medycyny, takich jak: ortopedia, traumatologia, neurologia, neurofizjologia, biomechanika. Ta grupa ekspertów gwarantuje wysoki poziom merytoryczny opublikowanych prac.

Magazyn jest wydawany jako kwartalnik. Dostępny jest w wersji elektronicznej (bezpłatnie) oraz drukowanej (płatnej).

Artykuły w tym czasopiśmie publikowane są w otwartym dostępie (OA) na stronie:

[termedia.pl/Czasopismo/  
Physiotherapy\\_Review-161](http://termedia.pl/Czasopismo/Physiotherapy_Review-161)

Wersja PDF dostępna jest w bibliotece KIF:

[kif.info.pl/biblioteka/](http://kif.info.pl/biblioteka/)

kwartalnika, usprawnienie procesu recenzji złożonych manuskryptów, zapewnienie właściwej liczby ciekawych i różnorodnych publikacji do każdego numeru. Nie ukrywam, że przy obecnej punktacji naukowej czasopism nie jest to proste, ale wiążemy tu duże nadzieje związane ze współpracą z tak poważnym wydawnictwem jakim jest Termedia. Nie będzie to takie łatwe, gdyż istnieje już wiele czasopism o podobnej tematyce, a naukowcy są zmuszeni do kierowania się punktacją w trakcie podejmowania decyzji o wyborze pisma, do którego będą wysyłać swoją pracę.

Następnymi krokami byłoby zaistnienie periodyku w bazach indeksacyjnych i wzrost współczynników cytowań, a następnie włączenie nas do ministerialnej listy czasopism naukowych. Wtedy punktacja pisma wzrosłaby, co rozszerzyłoby potencjalne grono autorów i zwiększyło szansę na większą liczbę składanych do recenzji artykułów. Zakończeniem tego pierwszego etapu byłoby zaistnienie czasopisma w bazie SCOPUS. Wszystkie powyższe zagadnienia to perspektywa kilku najbliższych lat.

### A bardziej dalekosiężne plany?

To indeksacja naszego periodyku w tak prestiżowych bazach jak PUBMED i Web of Science, co po kilku latach przebywania w tzw. Poczekalni, pozwoliłoby na uzyskanie współczynnika Impact Factor. Byłoby to wielkie osiągnięcie, gdyż obecnie nie ma polskiego czasopisma w zakresie fizjoterapii o takiej pozycji międzynarodowej. Wymaga to jednak wielu lat ciężkiej i mozolnej pracy w budowaniu wizerunku, a także – o czym nie można zapomnieć – również znacznych nakładów finansowych. To perspektywa około kilkunastu, może nawet ponad 20 lat kontynuacji dzisiejszej myśli i strategii działania.

### Do kogo skierowane jest pismo?

ZW: Pismo publikujemy w języku angielskim – tego wymaga nowoczesne podejście do nauki. Celujemy jednak w każdego fizjoterapeutę w naszym kraju, może również tych pracujących za granicą. W razie potrzeby ciekawsze artykuły będą tłumaczone na język polski, a ich skróty lub streszczenia będą pojawiały się w „Głosie Fizjoterapeuty”. Od angielskiego jednak nie uciekniemy. Może to niektórym wydaje się niezrozumiałe, ale obecnie nie da się rozwijać zawodowo bez znajomości języka angielskiego, który ma takie znaczenie jak kiedyś łacina. Informacje naukowe najpierw pojawiają się w języku

angielskim, z czasem, zwykle z dużym opóźnieniem, pewne elementy są tłumaczone. Angielski zawodowy na początku może wydawać się trudny, ale zaręczam, że jest on do opanowania. Postawienie na tę formę to także stymulacja do rozwoju naszego środowiska, która jest zadaniem Izby.

### **A kto będzie mógł zostać autorem artykułów w „Physiotherapy Review”?**

JT: Jesteśmy otwarci na każdego, kto kocha naukę i jest ciekawy zgłębiania tajemnic tego świata. Naszym celem z pewnością nie jest zamykanie się tylko na autorów z największych ośrodków badawczych. Mówię poważnie. Chcemy być postrzegani jako czasopismo, które nie jest oderwane od rzeczywistości i codziennej praktyki terapeutycznej. Pragniemy publikować artykuły przydatne i zrozumiałe dla zwykłego praktyka. Dlatego też zapraszamy do współpracy każdego, kto uważa, iż ma coś ciekawego do przekazania innym fizjoterapeutom, niezależnie od wieku i miejsca pracy, stopnia lub tytułu naukowego, osiągnięć i doświadczenia zawodowego. Mimo że będziemy wydawać artykuły w języku angielskim, to chcemy być czasopismem, które jest bliskie każdemu fizjoterapeucie. Wielu periodykom naukowym zarzuca się, iż są oderwane od codziennego życia klinicznego, że są kierowane jedynie do wąskiej grupy odbiorców, a ukazujące się w nich publikacje przesycone są informacjami teoretycznymi i mało atrakcyjnymi dla zwykłego praktyka. Zresztą pamiętajmy, że nasz periodyk wywodzi się z czasopisma „Medycyna Manualna”, które przez wiele lat wyśmienicie wypełniało właśnie taką misję. Warto kontynuować tę spuściznę, bo uważam to za wartościowy kierunek. Należy też pamiętać, że nasze pismo jest wydawane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, czyli my wszyscy powinniśmy mieć wpływ na jego kształt i rozwój. Podsumowując, czekamy na Wasze prace i mamy nadzieję, że grono czytelników będzie się poszerzać. Co godne podkre-

ślenia czasopismo jest ogólnodostępne, publikacja artykułów bezpłatna, a prace zaakceptowane w języku polskim zostaną przetłumaczone na język angielski na koszt redakcji.

### **Czego możemy się spodziewać w najnowszym numerze?**

JT: Na pewno chcemy być bardziej różnorodnym, wielowątkowym czy wręcz „wielobarwnym” pismem niż dotychczas. Wydaje się to naturalnym zabiegiem, gdyż właśnie taka jest dzisiejsza i nowoczesna fizjoterapia. W pierwszym numerze będzie trochę o wciąż kontrowersyjnych metodach fizykalnych, lecz także wątki uroginekologiczne czy z zakresu medycyny sportowej. Nie mogę więcej zdradzić, zapraszam po prostu do lektury. Powiem jedynie, że każdy kolejny numer będzie coraz bardziej tematycznie „kolorowy”.

### **Dlaczego zgodził się Pan objąć to stanowisko?**

JT: Każdy kto mnie zna prywatnie, to ma świadomość, że jestem zmienny, kapryśny i szybko się nudzę. Powyższe przywary powodowały, iż nieraz „pakowałem” się w poważne tarapaty, zwłaszcza w życiu miłosnym (obecnie już nie, gdyż jestem statecznym dżentelmenem w średnim wieku), ale akurat w sferze naukowej i zawodowej niniejsze cechy charakteru chyba są pozytywne. Dlatego też moja odpowiedź będzie dość kuriozalna: bo pojawiło się ogłoszenie w sieci, iż KIF poszukuje kogoś na stanowisko redaktora. Pomyślałem: „czemu nie?!”. Mam pewne kwalifikacje i doświadczenie redaktorskie sprzed lat, stąd stwierdziłem, że to ciekawe przedsięwzięcie, które może urozmaicić moje i tak barwne życie zawodowe. Po prostu lubię nowe wyzwania i jak wspomniałem chwilę temu, bardzo nie lubię się nudzić... a najbliższe lata w „PR” zapowiadają się niezwykle ciekawie.

**Wysłuchała Dalia Woźnica,**  
redaktor zarządzająca „PR”



**Jakub Taradaj**

Redaktor naczelny  
„Physiotherapy Review”



**Zbigniew Wroński**

Redaktor prowadzący  
„Physiotherapy Review”



## Aktywność fizyczna – nowe rekomendacje WHO

**Można by zapobiec od czterech do pięciu milionom zgonów rocznie na świecie, gdyby ludzie byli bardziej aktywni fizycznie!**

Po 10 latach, pod koniec listopada 2020 r., Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała nowe wytyczne dotyczące aktywności fizycznej. Zalecenia kierowane są do różnych grup wiekowych: dzieci, młodzieży, osób dorosłych i seniorów. Dodatkowo wyróżniono także kobiety w ciąży i w połogu, osoby z niepełnosprawnościami oraz przewlekle chore.

Nowe wytyczne mają umożliwić opracowanie, opartych na dowodach naukowych, krajowych polityk zdrowotnych i dalsze wdrażanie Globalnego Planu Działania WHO dotyczącego aktywności fizycznej na lata 2018–2030.

### **Każda aktywność ma znaczenie**

Regularna aktywność fizyczna może zapobiegać chorobom serca, cukrzycy typu 2 i nowotworom, które są przyczynami prawie trzech czwartych zgonów na całym świecie i pomóc w ich leczeniu. Pozytywnie wpływa również na zmniejszanie objawów depresji i lęku oraz usprawnia myślenie, uczenie się i ogólne samopoczucie.

Jakakolwiek ilość aktywności fizycznej jest lepsza niż jej brak, a im więcej, tym lepiej, oczywiście w granicach rozsądku.

Każda aktywność fizyczna ma znaczenie – może być wykonywana podczas pracy, sportu i rekreacji lub transportu (chodzenie, jazda na rowerze itp.), a także domowych obowiązków.

Każdy odniesie korzyść ze wzmacniania siły mięśniowej.

Zbyt długie przebywanie w pozycji siedzącej może być niezdrowe, zwiększając ryzyko chorób serca, nowotworów i cukrzycy typu 2.

Każdy, łącznie z kobietami w ciąży i po porodzie, osobami przewlekle chorymi i z niepełnosprawnościami, może odnieść korzyść ze zwiększenia aktywności fizycznej i ograniczenia siedzącego trybu życia.

## Rekomendacje w zakresie aktywności fizycznej

### Dzieci i młodzież (5–17 lat)

Co najmniej 60 minut dziennie przez cały tydzień – ćwiczenia o umiarkowanej lub dużej intensywności, głównie aerobowe.

Co najmniej 3 razy w tygodniu – włączenie ćwiczeń aerobowych o dużej intensywności i wzmacniających mięśnie i kości.

U dzieci i młodzieży zbyt częstsze przebywanie w pozycji siedzącej wiąże się ze zwiększoną otyłością, gorszym metabolizmem, mniejszą sprawnością fizyczną, gorszym zachowaniem oraz krótszym snem.

### Dorośli (18–64 lata)

Co najmniej 150–300 minut w tygodniu – aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności; lub

Co najmniej 75–150 minut w tygodniu – aktywność fizyczna aerobowa o dużej intensywności; lub

kombinacja powyższych w ciągu całego tygodnia.

2 lub więcej dni w tygodniu – ćwiczenia wzmacniające mięśnie (angażujące wszystkie główne grupy mięśni) o umiarkowanej lub dużej intensywności.

Dla dodatkowych korzyści zdrowotnych zaleca się zwiększenie aktywności fizycznej aerobowej o umiarkowanej intensywności do ponad 300 minut lub o dużej intensywności do ponad 150 minut w tygodniu.

Dorośli powinni ograniczyć przebywanie w pozycji siedzącej i być w ruchu, gdy tylko jest to możliwe.

### Starsze osoby (65 lat i więcej)

Co najmniej 150–300 minut w tygodniu – aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności; lub

Co najmniej 75–150 minut w tygodniu – aktywność fizyczna aerobowa o dużej intensywności; lub

kombinacja powyższych przez cały tydzień.

2 lub więcej dni w tygodniu – ćwiczenia wzmacniające mięśnie (angażujące wszystkie główne grupy mięśni) o umiarkowanej lub dużej intensywności.

Dla dodatkowych korzyści zdrowotnych zaleca się zwiększenie aktywności fizycznej aerobowej o umiarkowanej intensywności do ponad 300 minut lub o dużej intensywności do ponad 150 minut w tygodniu.

3 lub więcej dni w tygodniu w ramach powyższych aktywności – różnorodne ćwiczenia fizyczne równowagi i siłowe o umiarkowanej lub większej intensywności w celu poprawy funkcjonowania i zapobiegania upadkom.

Osoby starsze powinny ograniczyć przebywanie w pozycji siedzącej i być w ruchu, gdy tylko jest to możliwe.

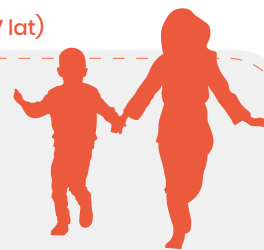
#### Dzieci i młodzież (5–17 lat)

Co najmniej

60

minut dziennie

Ćwiczenia o umiarkowanej lub dużej intensywności, głównie aerobowe



#### Dorośli (18–64 lata)

Co najmniej

150 - 300

minut w tygodniu

Aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności



#### Dorośli (18–64 lata)

Co najmniej

75 - 150

minut w tygodniu

Aktywność fizyczna aerobowa o dużej intensywności



#### Starsze osoby (65 lat i więcej)

Co najmniej

150 - 300

minut w tygodniu

Aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności



#### Starsze osoby (65 lat i więcej)

Co najmniej

75 - 150

minut w tygodniu

Aktywność fizyczna aerobowa o dużej intensywności

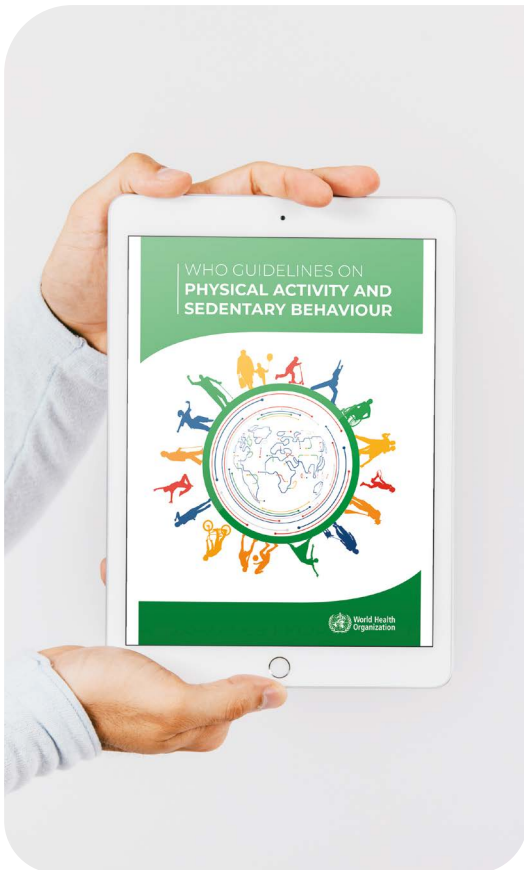


Kobiety w ciąży i okresie połogu



Przynajmniej  
**150**  
minut w tygodniu

Aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności



To tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za jego treść lub dokładność. Oryginalne wydanie angielskie jest jedynym wiążącym i autentycznym.

**Źródła:**

- <https://bjsm.bmj.com/content/54/24/1451>
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336657/9789240015111-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**Kobiety w ciąży i okresie połogu**

Zaleca się, aby kobiety w ciąży i po porodzie, o ile nie ma przeciwwskazań, podejmowały regularną aktywność fizyczną przez cały ten okres.

Co najmniej 150 minut w tygodniu – aktywność fizyczna aerobowa o umiarkowanej intensywności, z włączeniem ćwiczeń wzmacniających mięśnie oraz delikatnego rozciągania.

Kobiety w ciąży i połogu powinny ograniczać czas spędzany w pozycji siedzącej. Zastąpienie siedzącego trybu życia aktywnością fizyczną o dowolnej intensywności (w tym także o lekkiej intensywności) będzie korzystne dla zdrowia.

**Dorośli (18 lat i więcej) z chorobami przewlekłymi**

Wszystkie osoby dorosłe z poniższymi schorzeniami przewlekłymi powinny podejmować regularną aktywność fizyczną.

Nowotwory – aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko nawrotów choroby oraz ryzyko śmiertelności.

Nadciśnienie – aktywność fizyczna poprawia jakość życia, zmniejsza ryzyko progresji chorób układu krążenia i zmniejsza ryzyko śmiertelności z ich powodu.

Cukrzyca typu 2 – aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko śmiertelności, wpływa na obniżenie poziomu hemoglobiny glikowanej, lipidów, wskaźnika BMI.

HIV – aktywność fizyczna poprawia jakość życia, wpływa pozytywnie na ogólny stan zdrowia, obniżenie poziomu lęku i depresji, nie wpływa na przyspieszenie progresji choroby.

Zalecenia aktywności fizycznej, o ile tylko jest to możliwe, są takie same jak dla grupy dorosłych i seniorów.

**Dzieci i młodzież (5–17 lat) z niepełnosprawnością**

Nie ma poważnych zagrożeń dla dzieci i młodzieży żyjących z niepełnosprawnością, które podejmują aktywność fizyczną, jeśli jest ona odpowiednia dla aktualnego poziomu możliwości dziecka, jego stanu zdrowia i stanu funkcjonowania. Korzyści zdrowotne przeważają nad ryzykiem.

**Dorośli (18 lat i więcej) z niepełnosprawnością**

Wszystkie osoby dorosłe z niepełnosprawnością związaną np. ze stwardnieniem rozsianym, urazem rdzenia kręgowego, niepełnosprawnością intelektualną, chorobą Parkinsona, udarem, schizofrenią czy ADHD powinny podejmować regularną aktywność fizyczną. Aktywność fizyczna jest uważana za bezpieczną i korzystną.

Zalecenia aktywności fizycznej, o ile tylko jest to możliwe, są takie same jak dla grupy dorosłych i seniorów. Zalecana jest konsultacja z profesjonalistą medycznym.

**Weronika Krzepakowska**

Dział ds. Międzynarodowych KIF



# **Znajdź Fizjoterapeutę**

Wyszukiwarka usług fizjoterapeutycznych  
wspierana przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów



Stwórz profesjonalną wizytówkę w internecie.



Zwiększ swoje szanse na pozyskanie nowych klientów.



Udostępnij kalendarz wizyt i daj pacjentom możliwość zapisów online.

**Kalendarz** Widok kalendarza Ustawienia kalendarza Krzysztof


Suchaj...

Obejtny tydzień < 28 sty - 3 lut 2019 > Dzień Tydzień

	Poniedziałek 29.01	Wtorek 30.01	Środa 31.01	Czwartek 31.01	Piątek 01.02	Sobota 02.02	Niedziela 03.02
7:00 - 7:30	Aleksandra Knot						
7:30 - 8:00							
11:00 - 12:00					Krzysztof Tomaszewski		

**Profil** Dane zostały zapisane!

**Twoje dane**

 **Zmień zdjęcie**

Usur

Imię	Paweł	Nazwisko	Nowak
Nr wykonywania zawodu	3068829923	Tytuł zawodowy	Fizjoterapeuta
Tytuł naukowy	Magister	Specjalizacja	Specjalista Fizjoterapii

Powyższych danych nie możesz edytować. Zostały pobrane wraz z numerem Twojego prawa do wykonywania zawodu. Aby je zmienić, skontaktuj się z administratorem.

[znajdzfizjoterapeute.pl](http://znajdzfizjoterapeute.pl)



@znajdzfizjoterapeute

# Czym są nowoczesne wytyczne praktyki

Opracowania określane mianem **wytycznych** albo **wytycznych praktyki**, albo **wytycznych praktyki klinicznej**, zawierają **rekomendacje** i **zalecenia** dla prowadzenia praktyki zawodowej. W ostatnich latach, także w zakresie fizjoterapii i w obszarach związanych z fizjoterapią – jak w promocji zdrowia i kultury fizycznej – rozwinęto standardy tworzenia i publikowania wytycznych.

## Standardy i kryteria nowoczesnych wytycznych

Tradycyjne zbiory wytycznych oparte na opiniach ekspertów (*opinion / consensus-based guidelines*) są zastępowane publikacjami przygotowanymi przez wielodyscyplinarne zespoły, w oparciu o syntezę (przeglądy systematyczne, metaanalizy) dostępnych danych naukowych (*evidence-based, systematically developed guidelines*). Wiarygodne, aktualne

i przydatne wytyczne powinny być opracowywane z zachowaniem standardów przejrzystości (w tym w zakresie konfliktów interesów), z udziałem różnych grup interesariuszy (w tym pacjentów), poddane recenzji zewnętrznej i cyklicznie aktualizowane. Rekomendacje powinny być sformułowane konkretnie i jednoznacznie, z zastosowaniem stopniowania ich kierunku, siły i pewności, np. zgodnie z metodologią GRADE [1-6].

Wytyczne mogą dotyczyć terapii, leczenia, promowania zdrowego stylu życia, innych działań edukacyjnych, badań przesiewowych, testów diagnostycznych. Każdy z typów wytycznych ma swoją specyfikę, natomiast główne składowe warsztatu i sposobu opracowania są wspólne. Przykład – kryteria Evidence Based Medicine Working Group dla wytycznych dotyczących badań przesiewowych<sup>1</sup> [6, 7] (Tabela).

**Tabela.** Jak korzystać z wytycznych i rekomendacji dotyczących badań przesiewowych – kryteria Evidence-Based Medicine Working Group [6, 7].

- Czy rekomendacje są aktualne?
- Czy są dostępne dowody z kontrolowanych badań randomizowanych, że wcześniejsza interwencja działa?
- Czy dane zostały odnalezione, wybrane i zestawione w sposób niestronniczy / niezafałszowany?
- Jakie są rekomendacje i czy będą pomocne w opiece nad twoimi pacjentami?
- Jakie są korzyści?
- Jakie są szkody?
- Jaki jest stosunek korzyści i szkód u różnych osób i w różnych strategiach badań przesiewowych?
- Jakie jest oddziaływanie na wartości i preferencje osób?
- Jaki jest wpływ niepewności?
- Jaka jest efektywność kosztowa?

<sup>1</sup>Zbiór kryteriów zaproponowany jeszcze w latach 90 XX w. [6], wciąż stanowiący punkt odniesienia [7].

## Ocena jakości wytycznych i ich adaptacja do kontekstu lokalnego

Podstawowe cechy nowoczesnych wytycznych i problemy wynikające z publikowania i stosowania niskiej jakości opracowań zostały streszczone we wprowadzeniu do stosowania narzędzia oceny jakości procesu tworzenia i jakości publikacji wytycznych praktyki AGREE II [5]:

Wytyczne praktyki klinicznej (...) to opracowane w sposób systematyczny zalecenia, które mają pomóc lekarzowi<sup>2</sup> i pacjentowi w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w określonych sytuacjach klinicznych, (...) mogą odgrywać istotną rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej (...), a ich zakres może ewoluować, dostosowując się do tematów związanych z ciągłością opieki zdrowotnej (np. promocja zdrowia, badania przesiewowe, rozpoznanie).

Potencjalne korzyści płynące ze stosowania wytycznych zależne są od jakości samych wytycznych. (...) Jakość wytycznych bywa bardzo różna, a niektóre z nich mogą nie spełniać podstawowych standardów w tym zakresie.

Narzędzie oceny wytycznych AGREE II [5]

<sup>2</sup>W oryginale „practitioner”



### dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski

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

Projekt „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej” dofinansowany z programu „Społeczna odpowiedzialność nauki” Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020.  
<https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>



Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego



### Piśmiennictwo

1. Kredt T, Bernhardsson S, Machingaidze S, i wsp. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *Int J Qual Health Care* 2016;28:122-8.
2. Shekelle PG. Clinical practice guidelines: what's next? *JAMA* 2018;320:757-8.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines, Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, i wsp., red. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
4. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, i wsp.; Board of Trustees of the Guidelines International Network. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 2012;156:525-31.
5. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, i wsp.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182:E839-42 [aktualizacja 2017 r.; oficjalne tłumaczenie na j. polski dostępne na stronie AOTMiT].
6. Barratt A, Irwig L, Glasziou P, i wsp. Users' guides to the medical literature: XVII. How to use guidelines and recommendations about screening. *Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA* 1999;281:2029-34.
7. McCaffery KJ, Jacklyn GL, Barratt A, i wsp. Recommendations About Screening. [w:] Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, red. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, 3rd ed. McGraw-Hill Education 2015, ss. 593-608.
8. Weggemans RM, Backx FJG, Borghouts L, i wsp.; Committee Dutch Physical Activity Guidelines 2017. The 2017 Dutch physical activity guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018;15:58; <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0661-9>.
9. Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist A, i wsp. Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med* 2019;53:383-8.
10. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Guidelines for Americans*, 2018. [https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical\\_Activity\\_Guidelines\\_2nd\\_edition.pdf](https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf).
11. Pedersen BP, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015;(Suppl. 3)25:1-72.
12. Statystyki PEDro. <https://pedro.org.au/polish/learn/pedro-statistics/>. Wyświetlono 04.03.2021 r.
13. TRIP Database. <https://www.tripdatabase.com/>.

# Naszą rolą jest leczenie ruchem

Nigdy nie mówię pacjentowi, że „czegoś nie wolno mu robić”. Mówię: „możesz to zrobić, ale w inny sposób” – o swojej pracy z pacjentami wracającymi do aktywności sportowej rozmawiamy z Piotrem Piaskowskim, fizjoterapeutą specjalizującym się w rehabilitacji urazów ortopedycznych oraz autorem bloga Fizjologia.

**Za nami rok pandemicznej izolacji, dla większości oznaczający zmniejszenie aktywności fizycznej i deklarowaną, przynajmniej przez niektórych, tęsknotę za sportem. Czy wraz z nadchodzącą wiosną spodziewa się Pan większej liczby pacjentów w swoim gabinecie?**

Myślę, że ten rok nie będzie wyjątkowy. Zawsze okres wiosenny to jest czas, w którym pacjenci budzą się, jak niedźwiedzie z zimowego snu i podejmują aktywności, które ich zdaniem pozwolą im odzyskać formę przed latem. Niestety nie zawsze w bezpieczny sposób. Niektórzy mimo że nigdy nie ćwiczyli albo spędzili ostatni rok przy biurkach, stwierdzą, że zostaną maratończykami albo porwą się na udział w triathlonie. To moi potencjalni pacjenci. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że powrót do aktywności to długotrwały proces. Adaptacja organizmu nie trwa 2-3 tygodnie, a kupienie nowych butów czy roweru nie załatwi sprawy. Warto zacząć od treningu mobilności i odbudowania swoich zakresów ruchu, zamiast od razu zafundować organizmowi ekstremalny wysiłek. Rolą fizjoterapeuty jest uświadomienie tego pacjentom.

**Zdarza się, że pacjent przychodzi do Pana po to, aby pomóc mu w tym procesie?**

Niestety rzadko i są to najczęściej te osoby, które doświadczyły już kontuzji i wracają z pytaniem o wybór konkretnej aktywności zgodnej z możliwościami ich organizmu.



**Więc jak dotrzeć z taką wiedzą do ludzi?**

Jako fizjoterapeuci mamy wiele możliwości. Ja wykorzystuję nie tylko kontakty face to face, ale również media społecznościowe, gdzie przemycam treści edukacyjne.

**A jak to zrobić, żeby pacjenci nas słuchali, tzn. stosowali się do naszych zaleceń?**

Jest to kwestia budowania swojego autorytetu jako profesjonalisty. Nie da się go oczywiście wypracować w ciągu dwóch miesięcy. To proces wymagający czasu i zaangażowania, ale dla fizjoterapeuty może być satysfakcjonujące to, że pacjenci obserwują jego poczynania w social mediach i je doceniają.

**Często słyszę, jak fizjoterapeuci narzekają, że pacjenci nie wykonują zalecanych im ćwiczeń. Czy ma Pan podobne doświadczenia?**

Mam swoje złote zasady, jeśli chodzi o ćwiczenia, które zadaję pacjentowi. Przede wszystkim on musi tę aktywność lubić. Moją rolą jest dowiedzieć się, jakie są jego preferencje i zdecydować, które z nich są realne do wprowadzenia. Druga zasada: ćwiczenia nie mogą być ani za łatwe, bo pacjent szybko z nich zrezygnuje, ani zbyt trudne, bo to również doprowadzi do porzucenia zadania. Nie powinny być też monotonne i nudne. Trening musi być urozmaicony, najlepiej jakby pacjent mógł zmieniać rodzaje aktywności tak, aby nie był to np. tylko nordic walking czy bieg. Warto uzupełnić plan o różne aktywności np. trening

mobilności, jogę, pilates etc. Dobrze też, gdyby zlecana pacjentowi aktywność nie wymagała od niego specjalistycznego sprzętu bądź szkolenia – proponujemy mu sporty, w których nie trzeba wydać 5 tys. zł na ubrania czy rower. No i niech pacjent nie musi jechać na siłownię godzinę w jedną stronę, bo zrobi to raz i prawdopodobnie szybko straci zainteresowanie.

### **Prowadzi Pan pacjentów, którzy proszą o prowadzenie ich w planowaniu treningów?**

Tak, przygotowuję pacjentów do osiągnięcia celów sportowych, które sobie wymarzyli. Zresztą często jest tak, że w trakcie naszej pracy, pacjenci modyfikują swoje cele i coś, co w pierwszym momencie jest celem głównym, później okazuje się tylko przystankiem do następnych aktywności. Przykładem są tu rekreacyjni biegacze, którzy pierwotnie po prostu chcieli pokonać 10 km, ale wraz ze wzrostem formy nabierali apetytu na więcej, nawet na pokonanie maratonu. Jeden z moich pacjentów aktualnie przygotowuje się do Ironmana. Co prawda przez pandemię udział w zawodach się odwleka, ale finalnie uprawia on totalnie inny sport i ma inne cele niż te, z którymi rozpoczął treningi.

### **To długi proces?**

W tym konkretnym przypadku półtora roku. Ale w maratonie wziął udział wcześniej. Na marginesie, moim zdaniem 6 miesięcy to wy starczący czas, aby amator przygotował się do dystansu maratońskiego

i dobiegł do mety bez kontuzji. Oczywiście z założeniem, że nie będzie próbował go przebiec w szalonym tempie.

### **Co jest Pana zdaniem najważniejsze w pracy fizjoterapeuty w kontekście fizjoprofilaktyki?**

Bardzo ważne jest to, abyśmy pacjentom nie zakazywali ruchu. Naszą rolą jest leczenie ruchem, a nie zakazywanie aktywności. Powiedzenie pacjentowi, aby najlepiej nie robił tego czy owego i nie zaproponowanie innej aktywności, to jest największy błąd, który robimy.

### **Słynne powiedzenie „jak boli kręgosłup, to proszę się położyć”?**

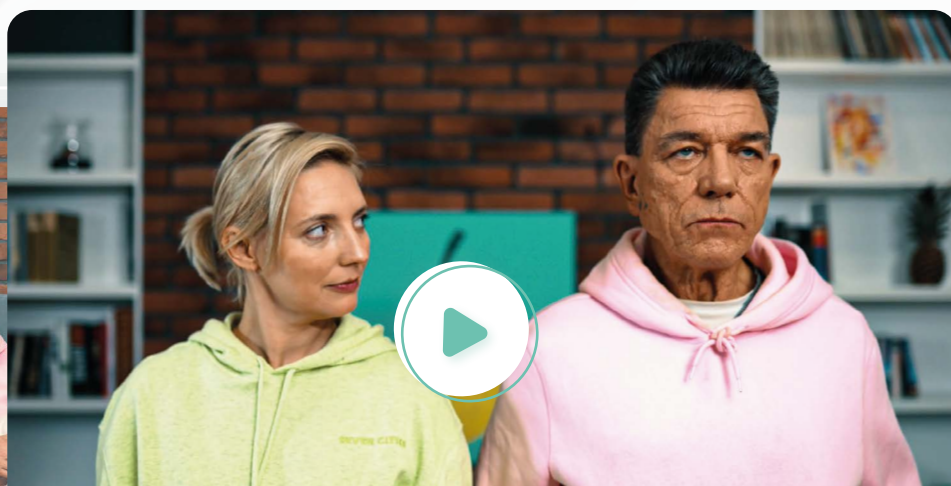
Trochę tak. A to przecież prowadzi do błędnego koła. To prawidłowy dobór aktywności jest istotny, a nie jej wykluczanie. Staram się swoim pacjentom nigdy nie mówić, że czegoś nie mogą zrobić. Mówię: „możesz to zrobić, ale w inny sposób” albo „zaczynj troszeczkę łatwiej, dojdziemy do tego co chcesz robić, ale małymi krokami”. Dla efektu końcowego ważne jest, aby pacjent rozumiał, jaki proces mu proponujemy, zgadzał się z kolejnymi etapami dojścia do założonego celu. Rozłożenie pracy na dłuższy czas daje większą szansę powodzenia i tego, że nasi pacjenci nie będą się „zrywać” do aktywności na wiosnę, a będą się zdrowo ruszać cały rok.

**Rozmawiała Aleksandra Mróz**

## Edukacja pacjentów i fizjoprofilaktyka

Wejdź na [fizjoterapiaporusza.pl](http://fizjoterapiaporusza.pl)

The image shows a screenshot of the website [fizjoterapiaporusza.pl](http://fizjoterapiaporusza.pl). The website has a white header with the logo 'ki FIZJOTERAPIA PORUSZA' on the left and navigation links 'Nasz cel', 'Ćwiczenia i programy', 'Znajdź fizjoterapeutę', and 'Konk...' on the right. Below the header is a white sidebar with a list of categories: 'Dla seniorów', 'Dla pracowników biurowych', 'Zaufaj fizjoterapeucie', and 'Fizjoterapia porusza'. The main content area has a red background with the title 'Samodzielna rehabilitacja po COVID-19' in white. Below the title, it says 'Projekt zrealizowany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO)'. There are also decorative icons of a virus and a person.



## Znani aktorzy promują zalecenia dot. rehabilitacji po COVID-19

„Poradnik do samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z COVID-19” to zbiór ćwiczeń i wskazówek dla pacjentów, którzy mają za sobą zakażenie koronawirusem. Jest to materiał przygotowany przez Biuro Regionalne WHO dla Europy, przetłumaczony i dostosowany dla polskich pacjentów przez ekspertów KIF. Wydrukowaliśmy i rozdaliśmy (na koszt KIF) do szpitali, przychodni i gabinetów ponad 70 tys. poradników. Przedstawiciele WHO, zachęceni sukcesem dystrybucji poradnika i zaangażowaniem KIF w ten projekt, poprosili nas o nakręcenie filmów z ćwiczeniami i zaleceniami.

„Przebycie zakażenia COVID-19 może wiązać się z różnymi komplikacjami. Zarówno osoby, które przeszły chorobę łagodnie, jak i te, które wymagały hospitalizacji, mogą doświadczać znacznego pogorszenia sprawności i samopoczucia. Kluczem do fizycznego, ale i emocjonalnego powrotu do zdrowia jest rehabilitacja. To naprawdę ważne, aby docierać z pomocą do wszystkich pacjentów, którzy potrzebują wsparcia. Cieszę się z solidarnego i głębokiego zaangażowania KIF w walkę z konsekwencjami pandemii” – podkreśla dr Paloma Cuchi, przedstawicielka Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce.

Teraz na stronie [fizjoterapiaporusza.pl](https://fizjoterapiaporusza.pl) poradnik dostępny jest w formie trzech filmów, których scenariusz powstał w Dziale Komunikacji i Marketingu KIF, na podstawie polskiej wersji poradnika. Przed rozpo-

częciem nagrania odbyło się także kilka merytorycznych konsultacji online z przedstawicielami WHO. W sesji filmowej wzięli udział znani aktorzy, dla których udział w kampanii poruszającej tak istotny dziś temat okazał się ważnym przeżyciem.

Poradnik w formie wideo został podzielony na trzy filmy: pierwszy z nich dotyczy technik oddychania i pozycji łagodzących duszność, drugi to ćwiczenia poprawiające sprawność pacjenta, a w trzecim znajdziemy wskazówki, jak radzić sobie z codziennymi aktywnościami.

Filmy są teraz szeroko promowane zarówno na stronach i profilach KIF, jak i w mediach (informacja o kampanii pojawiła się w wielu serwisach informacyjnych m.in. Radia ZET, TOK FM, Polskiego Radia, Gazety Wyborczej, Głosu Wielkopolskiego, a także na stronach poświęconych zdrowiu czy reklamie i marketingowi). Planujemy dystrybucję za granicą, w różnych wersjach językowych. **Zachęcamy do szerokiego udostępniania filmów na profilach w mediach społecznościowych, aby dotarły do jak najliczniejszej grupy pacjentów.**

**Wojciech Komosa**  
Kierownik Działu Komunikacji  
i Marketingu KIF





Mirosław  
Zbrojewicz

## To mnie postawiło na bacność

Rola cierpiącego faceta nie jest typową w moim repertuarze, więc to było ciekawe wyzwanie. Zaskoczyło mnie, że covidowe objawy trzeba grać na aż tak elementarnym poziomie. Nie wiedziałem, że po tej chorobie można mieć problem z tak prostą czynnością jak wejście dwóch stopni po schodach. W ogóle nie zdajemy sobie sprawy, że to tak wygląda. Te materiały oczywiście bardzo przydadzą się osobom, które ciężko przeszły koronawirusa. Myślę też, że one mają pewną dodatkową wartość – po ich obejrzeniu zaczniemy się bacniej obserwować. Ilu z nas nawet nie wie, że już przechorowało covid, który teraz jest przyczyną jakiś problemów? Teraz szybciej zapali się nam czerwona lampka. A osoby niechętnie noszące maski, jednak je założą, gdy sobie pomyślą, że po covidzie mogą mieć problem z przejściem od kanapy do łazienki.

W listopadzie na covid zmarł mój przyjaciel Giovanni Castellanos, kolumbijski reżyser od lat żyjący w Polsce – 41 lat, zero nałogów, zero chorób, półsportowiec. Zmarł w tydzień. Rozmawialiśmy ze sobą codziennie. Jednego dnia nie mogłem, byłem czymś zajęty. Następnego dowiedziałem się, że to już koniec. To mnie postawiło na bacność. Wcześniej covid to była dla mnie jakaś abstrakcja, nie znałem nikogo, kto by chorował. A teraz to już chyba każdy ma wśród bliskich kogoś, kto otarł się o tę chorobę.

**Mirosław Zbrojewicz** – niezwykle popularny aktor, znany z wielu ról tzw. „twardych facetów” w filmach i serialach sensacyjnych, ale także komediowych, na czele ze słynną rolą Gruchy z „Chłopaki nie płaczą”.



Katarzyna  
Zielińska-Jaworska

## Takie filmy są bardzo potrzebne

Sama wielokrotnie korzystałam z usług fizjoterapeutów. Uratowali mi kręgosłup, który uszkodziłam sobie w pracy. W teatrze lubiłam grać role wymagające ode mnie małych „akrobacji”, np. spadania ze stołu. Nie brałam pod uwagę, jakie to może mieć konsekwencje dla mojego kręgosłupa. Na szczęście udało się go wzmocnić i teraz o niego dbam, ćwiczę. Dzięki temu mogłam nawet wrócić na snowboard.

Mam poczucie, że publikacja takich filmów jest teraz bardzo potrzebna. Wiele osób starszych i nie tylko, unika kontaktu z lekarzem z powodu lęku przed zakażeniem. Tymczasem one już mogły przejść covid i nawet tego nie wiedzieć, a odczuwane przez nich obecnie osłabienie to pocovidowe zmęczenie. Taki instruktaż może im pomóc wzmocnić organizm. Kręcenie filmów było bardzo przyjemnym doświadczeniem. Przed spotkaniem mieliśmy telefoniczne konsultacje, zanim zaczęliśmy nagrywać, odbyły się próby. Praca na planie była dobrze zorganizowana. Mam tu na myśli nie tylko ekipę filmową, ale też wspierających nas fizjoterapeutów, którzy wiedzieli, czego chcą, mieli sprecyzowane oczekiwania. Dzięki temu nam, aktorom, pracowało się komfortowo.

**Katarzyna Zielińska-Jaworska** – aktorka teatralna i filmowa, znana z seriali (np. „BrzydUla”, „W głębi lasu”, „Diagnoza” czy „M jak miłość”) i filmów („Jesteś Bogiem”, „Pręgi” czy obrazów Marka Koterskiego).

Wysłuchała AGC

# Sukces polskiej wersji poradnika WHO

Poradnik „Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z COVID-19”<sup>1</sup> w polskiej wersji językowej w ciągu ostatnich sześciu miesięcy zyskał dużą popularność na świecie.

Pobrano go w sumie **126 666** razy i zajmuje tym samym **6.** miejsce na liście najczęściej pobieranych plików z repozytorium WHO na świecie z ostatnich sześciu miesięcy (stan na 10.03.2021<sup>2</sup>).

W regionie Europy plasuje się zaś na **1.** miejscu z liczbą pobrań **119 829** razy (stan na 10.03.2021<sup>2</sup>).

Dokładne statystyki repozytorium WHO<sup>3</sup> pokazują także państwa, w których zanotowano najwięcej pobrań poradnika w polskiej wersji językowej. Polska – ponad 107 tys., Niemcy – blisko 6 tys., USA – 2,2 tys., Hong Kong – 1,3 tys. oraz Wielka Brytania wraz z Irlandią Północną – również ponad 1,3 tys. pobrań! Nasza broszura największą popularnością cieszyła się w listopadzie 2020 r.

Warto dodać, że poradnik w wersji drukowanej rozdys-trybuowaliśmy w kraju w nakładzie 70 tys. egzemplarzy.

WK

<sup>1</sup><https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333818/WHO-EURO-2020-855-40590-54773-pl.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

<sup>2</sup><https://apps.who.int/iris/most-popular/item#>

<sup>3</sup><https://apps.who.int/iris/handle/10665/333818>



ŚWIAT

**126 666**

pobrań ▲

EUROPA

**119 829**

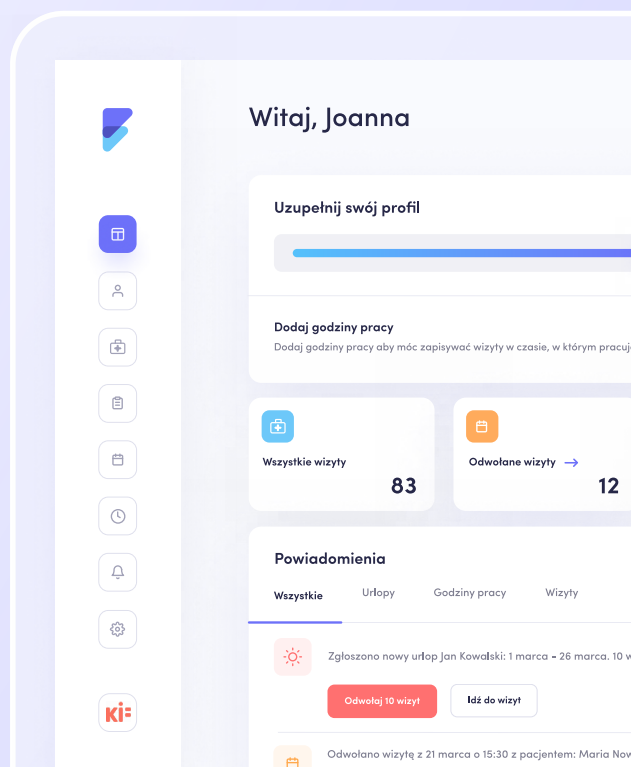
pobrań ▼



Bez opłat | Bezpiecznie | Nowocześnie

## Dokumentacja medyczna dla praktyk fizjoterapeutycznych i podmiotów leczniczych

finezjo.pl





# Dowiedz się, jak pracować z pacjentami po COVID-19

Powiększająca się z każdym dniem grupa ozdrowieńców o kolejne tysiące osób to prawdziwe wyzwanie dla fizjoterapeutów. Dlatego KIF zaprasza na bezpłatne szkolenia w ramach cyklu edukacyjnego „Fizjoterapia osób po przebyciu COVID-19”<sup>1</sup>, który opracowali eksperci w tej dziedzinie.

Pierwsza część cyklu obejmuje cztery szkolenia online, na które składa się siedem filmów już dostępnych **na Portalu Fizjoterapeuty w zakładce szkolenia**. Wykładowcami są twórcy programu: Anna Pyszora, Sebastian Szyper, Dariusz Banik i Tomasz Maciążek. Omawiają problemy, z jakimi zmagają się ozdrowieńcy, prezentują zakres i możliwości ich fizjoterapii oraz zasady badania i kwalifikacji do fizjoterapii po przebyciu COVID-19. W ostatnim bloku przedstawiają przykłady treningu fizycznego oraz zagadnienia związane z edukacją pacjentów.

Nagrania mają charakter wykładów z obszerną prezentacją wizualną oraz filmami instruktażowymi. Każdy trwa około 20-40 minut. Dostępne są bezpłatnie po zalogowaniu do Portalu Fizjoterapeuty i można je wielokrotnie odtwarzać.

Drugim elementem cyklu edukacyjnego będzie webinar z udziałem twórców programu oraz innych zaproszonych gości. W jego trakcie eksperci będą odpowiadać na pytania nadesłane przez uczestników wykładów. Szczegóły dotyczące webinaru, w tym jego daty, dostępne będą na Portalu Fizjoterapeuty.

Ostatnim elementem cyklu edukacyjnego będą stacjonarne spotkania szkoleniowe, które zostaną poświęcone organizacyjnemu i prawnym aspektom realizacji programu „Fizjoterapia osób po przebyciu COVID-19”. W jego planie znajdują się m.in.: kryteria prowadzenia programu w miejscu wezwania i w warunkach ambulatoryjnych, podpowiedzi dotyczące możliwych form finansowania programu, wskazówki odnośnie prowadzenia dokumentacji medycznej ozdrowieńców oraz informacje na temat refundacji zaopatrzenia medycznego.

Spotkania rozpoczną się w drugim kwartale roku i będą bezpłatne. Zachęcamy do udziału przede wszystkim fizjoterapeutów prowadzących praktyki zawodowe i podmioty lecznicze.



**Patrycja Bartnicka-Kamac**  
Kierownik Działu Szkoleń KIF

*Zachęcam do zapoznania się z materiałami zawartymi w cyklu edukacyjnym na temat fizjoterapii osób po przebyciu COVID-19. Każdego dnia przybywa od kilku do kilkunastu tysięcy ozdrowieńców – to dla fizjoterapeutów ogromne wyzwanie. Wymaga skrupulatnej oceny wstępnej, kwalifikacji do fizjoterapii opartej na wynikach uzyskanych w badaniu oraz indywidualnego programu terapii, którego integralną częścią jest edukacja. Myślę, że mamy bardzo dużo do zaoferowania osobom, które przebyły COVID-19. Stąd pomysł na stworzenie cyklu edukacyjnego, dostępnego bezpłatnie dla wszystkich fizjoterapeutów. Gorąco zachęcam do oglądania i – co ważne – przesyłania pytań, abyśmy w najbliższym czasie mogli na ich temat podyskutować na specjalnym webinarze „Pytania i odpowiedzi”.*

**Dr Anna Pyszora**

Bardzo dobry pomysł ze szkoleniami online dotyczącymi postępowania z pacjentami po przebyciu COVID-19! Czekam na kolejne.

 **Olga Kowalska, fizjoterapeutka**

Wiedza została przedstawiona w trakcie szkoleń online w jasny i usystematyzowany sposób, dzięki czemu wdrożenie programu fizjoterapii u pacjentów po przebyciu COVID-19 w pracy fizjoterapeuty okazało się o wiele łatwiejsze.

 **Marcin Wikszemski, fizjoterapeuta**

<sup>1</sup><https://glosfizjoterapeuty.pl/2021/02/wsparcie-ozdrowienkow-jest-konieczne/>



## Czy Hipokrates mógł się mylić?

Kąpiele w zimnej wodzie miał już zalecać ojciec medycyny, choć chyba nie precyzował, jak bardzo zimna ma być. I prawdopodobnie żyjąc nad Morzem Egejskim, miał inną skalę porównawczą niż Polak nad Bałtykiem w lipcu, o styczniu nie mówiąc.

Kwestia tego, co rozumiemy pod terminem „zimna woda” jest oczywiście sprawą indywidualną, ale w przypadku morsowania uznaje się, że jej temperatura nie może przekraczać 15 stopni C. Jest to zgodne z zaleceniami Światowej Federacji Pływackiej – według której – dopuszczalna temperatura wody podczas zawodów na otwartej przestrzeni to 16–31 stopni C.

### Walcz lub uciekaj!

Zimno jest dla organizmu potężnym stresorem, który uruchamia w nas mechanizm walki lub ucieczki. Do tego potrzebujemy uderzenia hormonów, które intensywnie pobudzą nas do działania, więc dochodzi do wyrzutów noradrenaliny, kortyzolu, kortykotropiny, wazopresyny. Organizm, żeby przyspieszyć metabolizm, potrzebuje zwiększonej ilości tlenu – stąd „z zimna aż nam tchu brakuje” i zaczynamy gwałtownie oddychać. Żeby uniknąć utraty ciepła przez skórę, kurczą się płytko położone naczynia krwionośne, a gwałtowne pobudzenie układu współczulnego przyspiesza pracę serca (skaczą tętno i ciśnienie). A to wszystko dzieje się w krótszym czasie, niż zajmuje przeczytanie tego akapitu.

Chociaż brzmi groźnie, jest to naturalna odpowiedź

naszego organizmu. Czy to oznacza, że nasze ciało jest mądrzejsze niż znajomi z Facebooka, którzy zaczęli nas zalewać fotkami z zamrożonych akwenów? Czy reakcja organizmu to dowód na to, że morsowanie jest dla nas niebezpieczne? I tak, i nie, bo to zależy. Jeśli mamy jakiegokolwiek problemy kardiologiczno-naczyniowe – prawie na pewno usłyszymy od lekarza, że morsowanie może nas doprowadzić do zawału, zatrzymania akcji serca, a do tego wywoływać arytmie i spowodować powstawanie zakrzepów – czyli może się skończyć nawet śmiercią. Niebezpieczna jest też hiperwentylacja, która w skrajnych przypadkach może skutkować spadkiem CO<sub>2</sub> we krwi (hipokapnia). Bezdech wywoła niedotlenienie mózgu lub migotanie komórek. Mroczki przed oczami czy zawroty głowy wydają się przy tym tylko drobnostką, ale jeśli dojdzie do nich jeszcze w wodzie, może być niebezpieczne. Już sama hiperwentylacja połączona z napadem paniki w tych warunkach nie wróży niczego dobrego.

### Zimna woda zdrowia doda?

Prawdziwy boom w Polsce na jesienno-zimowe kąpiele nastąpił w pandemii, ale grupy i kluby morsów funkcjonują u nas od lat. Ich członkowie zapewniają,

że odkąd morsują, przestali się przeziębzać, a do tego są szczęśliwsi. To tylko efekt placebo? Niekoniecz- nie. Największy problem z odpowiedzią na tytułowe pytanie polega na tym, że wbrew zamiłowaniu np. Skandynawów do morsowania, nie przeprowadza się nad tą aktywnością zbyt wielu badań, a z tym, które powstały, można wiele zarzucić. Dwie najważniejsze kwestie związane są z niewielką liczbą uczestników oraz ich wyjściowym dobrym stanem zdrowia. Nie- rzadko przeprowadza się je na sportowcach, którzy i tak korzystają ze sposobów gwałtownego schładza- nia mięśni po wysiłku, dzięki czemu zapewniają szyb- szą regenerację.

Wśród najróżniejszych zalet morsowania najciekaw- sze wydaje się hartowanie, a dzięki temu podnoszenie swojej odporności. Wiele dowodów na ten temat to dowody anegdotyczne – ktoś dotąd często przezię- biał się w sezonie jesienno-zimowym, a odkąd mor- suje, to zapomniał co to kaszel i katar. Doniesienia z tego i zeszłego roku z założenia trzeba by odrzu- cić, bo – co pokazują chociażby statystyki dotyczące grypy – łapiemy mniej infekcji, bo po prostu ograni- czyliśmy kontakty z ludźmi. Rozważając starszych stażem morsów, musielibyśmy zwrócić uwagę na kil- ka innych czynników, jak chociażby to, że przed wej- ściem do wody zaleca się porządną rozgrzewkę na świeżym powietrzu, a mors jest roznegliżowany, czyli wystawia prawie całe ciało na wpływ witaminy D. To już dwa czynniki wpływające na podniesienie odpor- ności. Do tego, jeśli ktoś decyduje się na tak ekstre- malne przeżycie, jak wejście do Bałtyku w styczniu, to jest prawdopodobne, że dba o swoje zdrowie także na inne sposoby. Zmiennych mogących wpływać na wynik badania jest całe mnóstwo.

### Zamiast sterydów?

Niektóre badania potwierdzają, że dzięki mobilizacji organizmu, który dostaje wcześniej wspomnianego szoku, możliwe jest zahamowanie procesu zapalne- go. Tylko nie wiemy, jakie z tego można wyciągnąć wnioski i kiedy zastosować taką metodę. Bo czy ko- goś z infekcją należałoby potraktować zimną wodą czy organizm sam powinien ją zwalczyć (co często kończy się gorączką)? Prof. Łukasz Małek, kardiolog

sportowy z Narodowego Instytutu Kardiologii uwa- ża, że najciekawsze wydaje się zbadanie tej kwestii w kontekście chorób autoimmunologicznych i porów- nuje takie hamowanie rozwoju stanu zapalnego do stosowania sterydów. W przypadku np. RZS czy SM wiemy, że proces trzeba jak najszybciej zastopować, a leki do tego stosowane niestety poza pożytkiem przynoszą też szkodę. Wydaje się to bardzo kuszące, ale z drugiej strony lekarze dotąd przestrzegali osoby z autoagresywnymi chorobami przed doprowadza- niem do wyrzutów kortyzolu i dlatego odradzali np. intensywny wysiłek fizyczny. Pytanie więc, czy odpo- wiednie instytucje w ogóle wyraziłyby zgodę na prze- prowadzenie badań klinicznych na takich pacjentach.

### Odrobina szczęścia

A czy to możliwe, że po kąpieli w zimnej wodzie czu- jemy się szczęśliwsi? Zapewne, bo przecież organizm zostaje postawiony w stan zagrożenia, które jednak udaje mu się pokonać – ulga i wyrzut hormonów szczęścia gwarantowane. A poza tym dochodzi poc- zucie przekraczania pewnych granic, robienia cze- goś tylko dla twardzieli, zyskania możliwości zoba- czenia uznania w oczach znajomych lub otrzymania od nich lajków w mediach społecznościowych. Nie ma co ukrywać, że jest to miłe, a obfotografowanie każ- dego wejścia do wody i udostępnienie zdjęć nie słu- ży tylko do lepszego zapamiętania własnych przeżyć. Morsowanie w pandemii daje nam jeszcze coś teraz niezwykle ważnego – możliwość spotkania się z ludź- mi w warunkach, w których jesteśmy w stanie zabez- pieczyć się przed covidem.

Iść za radą Hipokratesa czy nie iść? Można próbo- wać, pod warunkiem, że uczciwie porozmawiamy o tym wcześniej z lekarzem (zdrowi dla bezpieczeń- stwa mogą wykonać podstawowe badania kardiolo- giczne, bo zawsze możemy nie być świadomi jakie- goś problemu), a naszą przygodę rozpoczniemy pod okiem doświadczonej osoby, nigdy w pojedynkę!

**Agnieszka Gierczak-Cywińska**

### Źródła:

Tomasz Stawiszyński, #34 Czy morsowanie jest zdrowe? Rozmowa z prof. Łukaszem Małkiem. Skądinąd [podcast] 24.02.2021 [dostęp: 3.03.2021]. <https://open.spotify.com/episode/4wfgiws6jNRSC30XjAWtvPhttps://physoc.onlinelibrary.wiley.com/.../10.1113/EP086283>.  
M. J. Tipton, N. Collier, H. Massey, J. Corbett, M. Harper, Cold water immersion: kill or cure?. The Physiological Society [online] 23.08.2017 [dostęp: 3.03.2021]. [https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1113/EP086283?fbclid=IwAR1gAu\\_Kc5XpKK6r4FoCszFOw59Oczfqsz3CR-MiWNLbEtu-6fS70MXLonY](https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1113/EP086283?fbclid=IwAR1gAu_Kc5XpKK6r4FoCszFOw59Oczfqsz3CR-MiWNLbEtu-6fS70MXLonY).

# Biust w ruchu

Izabela Sakutova, międzynarodowy ekspert brafittingu Panache wyjaśnia, jak właściwie zapewnić podtrzymanie piersiom w trakcie aktywności fizycznej.

Nikogo nie dziwi, że, aby efektywnie, bezpiecznie i komfortowo uprawiać sport, trzeba mieć odpowiednio dobrane obuwie sportowe. Pomaga ono uniknąć kontuzji. Ale w ruchu pozostaje całe nasze ciało, w tym również piersi – dlatego równie istotne jest ćwiczenie w dobrze dopasowanym biustonoszu sportowym.

## Dlaczego nie możemy ćwiczyć w zwykłym, codziennym biustonoszu?

Nienoszenie specjalistycznego biustonosza sportowego w czasie uprawiania sportu, a korzystanie z bieliznianego może doprowadzić do powstania bolesnych otarć oraz narazić piersi na pogorszenie się ich kondycji. Dzieje się tak, gdyż konstrukcja codziennych biustonoszy nie jest zaprojektowana do powstrzymania gwałtownych ruchów biustu w czasie wzmożonej aktywności fizycznej. Ruch ten może rozciągnąć mechanizm podtrzymujący i kształtujący piersi, którym są struktury więzadeł i powięzi. Są one wytrzymałe, ale i elastyczne. Ulegają wydłużeniu pod wpływem systematycznego bodźca rozciągającego, jakim jest siła ciężenia (grawitacji), nasilana podczas biegania, skakania w postaci falowania piersi (siły odśrodkowej).

## Czym powinien charakteryzować się dobry biustonosz sportowy?

1. **Zakres rozmiarów** – nie uprawiaj sportu w topach sportowych, które są numerowane XS, S, M, L, XL. Takie nie zapewnią optymalnego podtrzymania biustu. Dobry biustonosz sportowy powinien mieć rozmiar obwodu i rozmiar miseczki, czyli np. 65G.
2. **Profilowana miseczka** – wybieraj te wykonane metodą enkapsulacji polegającą na ukształtowaniu i podtrzymaniu każdej z pier-

si w oddzielnej miseczce, bez przyciskania ich do klatki piersiowej. Takie biustonosze znajdziesz w ofercie Panache Sport. Nie kupuj spłaszczających piersi staników kompresyjnych, tworzących ciężko opadającą z każdym ruchem „monopiers”. W takim biustonoszu będziesz odczuwać ból piersi oraz zwiększasz ryzyko tworzenia się odparzeń pomiędzy piersiami.

3. **Fiszbiny** – dają dodatkowe podtrzymanie i kobiecy kształt biustu. Rewelacyjnym rozwiązaniem są niewyczuwalne fiszbiny zatopione w silikonie występujące w Panache Sport.
4. **Wygodne ramiączka** – szerokie, miętko podsyte, rozkładające nacisk na ramiona, z możliwością krzyżowego spięcia, co poprawia postawę i zwiększa podtrzymanie, dodatkowo zbierając biust.
5. Wybieraj staniki wykonane z **oddychającego materiału**, odprowadzającego wilgoć od ciała.

Wyżej opisanymi cechami charakteryzują się enkapsulacyjne biustonosze **Panache Sport**, dostępne aż do miseczki J. Adresy sklepów znajdziesz na: [www.panache-lingerie.pl](http://www.panache-lingerie.pl) w zakładce Sklepy.

## Jak dobrać rozmiar w biustonoszu sportowym?

Zacznij od wyboru obwodu pasa biustonosza. Zapewnia on piersiom aż 80% podtrzymania. Wybierz mniejszy obwód niż twój rzeczywisty wymiar klatki piersiowej – jeśli np. twój obwód pod biustem to 79 cm, wypróbuj rozmiar 75.

Miseczki powinny zakrywać całą pierś bez efektu wyrzuteń nad górną częścią miseczki lub pod pachami. Piersi powinny być uniesione, zaokrąglone i oddzielone od siebie. Fiszbiny mają okolicę piersi u ich podstawy i nie wbijać się w nie.



Ramiączka - to mit, że głównie one unoszą biust. Zapewniają jedynie 15-20%, a reszta to stabilnie dobrany obwód stanika. Nie powinny być mocno naciągnięte i wbijać się w ramiona, ale też nie mogą zsuwać się z nich.

### Brafitting na Twoich warunkach!

Potrzebujesz porady w doborze biustonosza? Spotkaj się z brafitterką online na **BEZPŁATNEJ WIRTUALNEJ KONSULTACJI BRAFITTINGOWEJ** w komfortcie swojego domu - wygodnie i bezpiecznie. Wszystko, czego potrzebujesz to telefon z kamerą i centymetr. Całą resztą zajmie się profesjonalna brafitterka.

Umów się na [bit.ly/bezplatnybrafitting](https://bit.ly/bezplatnybrafitting).

**panache**  
SPORT 

## Konkurs

**FIZJOTERAPEUTKO!**  
**WYGRAJ REWELACYJNY**  
**BIUSTONOSZ SPORTOWY**  
**PANACHE SPORT**  
**I INDYWIDUALNĄ PORADĘ**  
**WIRTUALNEGO BRAFITTINGU!**  
**10 ZESTAWÓW CZEKA.**

[glosfizjoterapeuty.pl/konkurs-panache](https://glosfizjoterapeuty.pl/konkurs-panache)

	1	2	3		4		5	6	7	8		9		10		11	12	
13			12			14	9									15		17
			16			2				17								
18		11				19				6								
									21		22							
			23	24		25		8						26	27		28	
29		15	30				31	32		33			34					
						35	36						37				10	38
39			40		41		42			43								
							44	45										
		4			46		7					47	48		49		50	
51		52		53				54		55		56						
		3		57		58		59				60						
61										62								
				63								64						
65			14							66								

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

### POZIOMO:

3) odpowiedzialne za wymianę gazową,  
 \*8) kolejowa lub w osi stawu,  
 \*13) Rubik miał ich wiele, a jedną nawet wynalazł,  
 \*14) powinieneś mieć tam konto (podpowiedź w pozycji 1 pionowo),  
 15) kartacz na talerzu,  
 16) fasetowy na diamentcie,  
 17) szablon twórcy,  
 \*18) ... tendinis musculi flexoris hallucis longi,  
 19) unieruchomi staw,  
 20) namiot na prerii,  
 21) okręt wikingów,  
 23) wyrób tkanin,  
 26) ortodontyczny na zębach,  
 29) czarna odmiana chalcedonu,  
 \*31) dużego Azję wbili na pał, a małego na...,  
 35) liturgiczna szata kapłana katolickiego,  
 37) szczególnie wrażliwiec,  
 \*39) słowo stosowane w metodzie NDT Bobath określające sposób obchodzenia się z pacjentem,

43) uniesiony w geście aprobaty,  
 44) siostra ojca lub matki,  
 46) nikt już go nie wymyśli,  
 47) trucizna w tojadzie,  
 51) dmie w nią Kaszub,  
 54) złoży w łożę,  
 57) wśród fordów,  
 \*60) sensoryczna zabawa na firmowym wyjeździe,  
 61) ład tyranii,  
 62) zimna tratwa,  
 \*63) łacińska gruszka,  
 \*64) czynna lub bierna, byle do góry,  
 65) tętniący pień,  
 66) na wiosnę ma kotki.

### PIONOWO:

\*1) medyczna tylko elektroniczna (w formie),  
 2) gładkolicy kamyk,  
 3) model volkswagena,  
 4) w rodzinie karpowatych,  
 5) umowa kompensacyjna,  
 6) w menu lwa,  
 7) niezbędny kopaczowi,  
 8) opera Pucciniego,  
 9) pochodzi z dalekiej przeszłości,  
 10) z wirtualnej opadu nie będzie,

11) zwiastuje depresję,  
 \*12) zasadził dziadek w ogrodzie,  
 22) biały lider mleka,  
 24) jeden drugim wybijany,  
 25) graniczny haracz,  
 27) miejsce hodowli żmij,  
 28) wyścigi niemożliwe bez wiatru,  
 30) budulec słupa zdumienia,  
 32) uprzywilejowany rezultat,  
 33) forma rozliczeń bezgotówkowych,  
 34) wiedzie prym w czekoladzie,  
 \*36) może zastąpić wiele leków, ale nie ma leków, które go zastąpi,  
 38) dwukadłubowiec,  
 40) koronkowe niewymowne,  
 41) ślepa uliczka w negocjacjach,  
 42) owocowe gremium,  
 45) papieroplastyka,  
 48) jon naładowany dodatnio,  
 49) sypialniany strój,  
 50) dłużnik wekslowy,  
 \*51) ukochana Bobatha,  
 52) dobry nigdy się nie spóźnia,  
 53) foka obrączkowana,  
 55) długość do kostek,  
 56) refleksem nie grzeszy,  
 58) twarzowe zaszycie,  
 59) prowadzi psa za nos.



www.facebook.com/chomikiemirysikiem

Do wygrania  
2 atlasy



**Prometeusz. Atlas anatomii człowieka. Tom I. Anatomia ogólna i układ mięśniowo-szkieletowy. Nomenklatura łacińska**

**Michael Schünke, Eric Schulte, Udo Schumacher**

Ilustracje: Markus Voll, Karl Wesker  
Redakcja wydania II polskiego: Jerzy Stanisław Gielecki, Anna Żurada  
Wydawnictwo: Medpharm  
616 stron, rok wydania: 2013

„Must have” każdego fizjoterapeuty. Atlas łączy informacje kliniczne z prezentacją wiedzy anatomicznej przy pomocy znakomitych ilustracji. W porównaniu z pierwszym wydaniem to jest obszerniejsze o ponad 80 stron i wzbogacone o 340 nowych ilustracji. Wydanie w nomenklaturze polskiej i angielskiej.

## NAGRODA

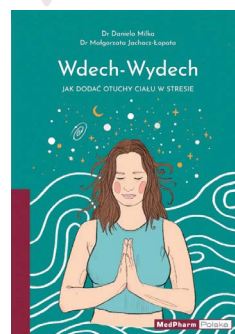
Pierwsze trzynaście osób\*, które nadesłają prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzymają jedną z nagród książkowych opisanych powyżej. Maile zawierające hasło oraz tytuł preferowanej lektury (w miarę możliwości postaramy się spełnić tę prośbę) prosimy kierować na adres

**redakcja@kif.info.pl.**

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

\*Nagrodę książkową można otrzymać raz na kwartał.

Do wygrania  
10 książek



**Wdech-Wydech. Jak dodać ciałał otuchy w stresie**

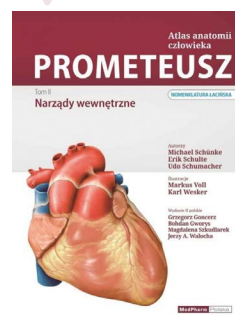
**Daniela Milka, Małgorzata Jachacz-Łopata**

Wydawnictwo: MedPharm  
224 strony, rok wydania: 2020

Jeżeli jesteś przemęczona, nie wysypiasz się, odczuwasz ból, walczysz z depresją albo masz objawy natury autoimmunologicznej to może być pozycja dla Ciebie.

**To książka od kobiet dla kobiet!** Pełna wiedzy i praktycznych informacji dotyczących pracy z ciałem i umysłem dla poprawy jakości życia.

Do wygrania  
1 atlas



**Prometeusz Atlas anatomii człowieka. Tom II. Narządy wewnętrzne. Nomenklatura łacińska**

**Michael Schünke, Eric Schulte, Udo Schumacher**

Ilustracje: Markus Voll, Karl Wesker  
Wydanie II polskie: Grzegorz Goncerz, Bohdan Gworys, Magdalena Szkudlarek, Jerzy A. Walocho  
496 stron, rok wydania: 2017

Drugi tom „Prometeusza Atlas anatomii człowieka” został poświęcony narządom wewnętrznym. Zawiera wybrane przypadki kliniczne, kompleksowy przegląd anatomii, morfologiczne podstawy problemów klinicznych. Całość zobrazowana ponad tysiącem ilustracji anatomicznych. Wydanie w wersji dla amatorów łaciny.

Książki o tematyce fizjoterapeutycznej dla czytelników ufundowało  
Wydawnictwo Medyczne  
i Farmaceutyczne MedPharm Polska

**MedPharm Polska**

WIEDZA • NAUKA • PASJA

Nagrody książkowe za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z 4/2020 „GF” otrzymali:  
Mateusz i Karol. Gratulujemy!



# BTL SIS

## FIZJOTERAPIA ODDECHOWA

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

