

BIULETYN KRAJOWEJ IZBY FIZJOTERAPEUTÓW

# głos fizjoterapeuty

3/2021  
(16)

**Agnieszka Stępień**

Moje życie bez sportu  
byłoby bledsze

**Fizjoterapeuci  
w TOKIO**

**Dlaczego fizjoterapeuci  
się nie szczepią?**

**Ki=**

Krajowa Izba  
Fizjoterapeutów



ISSN 2545-3637

# głos fizjoterapeuty

## WSTĘP

- 3 Szansa, która często się nie zdarza  
- dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

## TEMAT NUMERU

Nasi w Tokio – o pracy fizjoterapeutów podczas IO opowiadają:

- 6 Mikołaj Trześniewski  
8 Karolina Bilecka  
10 Maciej Ryszczyk  
12 Piotr Maliszewski  
13 Piotr Ocyba  
14 Maria Andrejczyk  
16 Prof. dr hab. Bartosz Molik

## COVID-19

- 19 Wyszczepienie medyków: fizjoterapeuci na szarym końcu

## Z DZIAŁAŃ KIF

- 22 Święto fizjoterapeutycznej demokracji

## PASJONACI

- 24 Moje życie bez sportu byłoby blade  
- dr Agnieszka Stępień

## Z DZIAŁAŃ KIF

- 30 ICF – wielopłaszczyznowa dyskusja  
32 Nowy obowiązek czy ugruntowanie pozycji fizjoterapeuty?

## ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE

- 34 Ta sama usługa, ale przeciwstawne oceny  
36 Platforma postcovidowa w Małopolsce  
38 Podwyżka czy zadyszka przed końcem?

## PRAWO W PRAKTYCE

- 41 Obowiązek podpisu pacjenta zniesiony tylko częściowo

## NAUKA

- 43 Motywacja dzieci w fizjoterapii wad postawy

- 45 Zakończyła się ocena przydatności klinicznej testów funkcjonalnych rekomendowanych przez KRF

## ZE ŚWIATA

- 46 Fizjoterapia pierwszego kontaktu w ramach POZ  
48 Światowy Dzień Fizjoterapii

## FIZJO-BLOGOSFERA

- 50 O wzroku, ruchu i tabletach

## COVID-19

- 53 Czuję się dumna i doceniona. Joanna Skalska  
54 Fizjoterapeutki koordynują pracę punktu szczepień. Dorota Kuźmińska, Joanna Pelczar  
56 Małżeństwo fizjoterapeutów otworzyło punkt szczepień. Patrycja i Dawid Liebrechtowie  
57 Szczepienie było ucieczką. Dorian Ciecierski  
58 Wiem, jak wygląda strach duszącego się pacjenta. Piotr Lewartowski  
59 Weekendowe dyżury w punkcie szczepień. Weronika Krzepkowska  
60 Mamy szansę walczyć z pandemią. Michał Witaja  
61 Trudne momenty to te „pierwsze razy”. Magdalena Nastróżna  
62 Mogłem odciążyć lekarzy i pielęgniarki. Mateusz Stec

## WYDARZYŁO SIĘ

- 63 Kronika zgorzeleckich konferencji  
64 AWF i KIF podpisały list w sprawie współpracy  
64 Wspólne działania WUM i KIF

## POZA FIZJO

- 65 Czy post uzdrowi chorych?

## PO GODZINACH

- 66 Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami

### Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,  
Weronika Krzepkowska, 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:** Agnieszka Stępień, Fot. Albert Zawada

### „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: 600 egz.

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

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

Informujemy, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów publikuje komunikaty, wyrażające stanowisko lub opinię Izby wyłącznie na stronie [kif.info.pl](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.



## Szansa, która często się nie zdarza

Ostatnie lata to przyśpieszenie w naszym środowisku. Dziś znów stoją przed nami ważne decyzje. Zapewne wielu z Was pomyślało o wyborach... To też jest oczywiście bardzo istotne, ale tym razem zajmijmy się pieniędzmi. I to takimi do wydania.

Niedawno Ministerstwo Zdrowia ogłosiło wstępne przymiarki do podziału kolejnych unijnych pieniędzy. Wynika z nich, że do środowiska fizjoterapeutów jeszcze w tym roku może trafić nawet kilkadziesiąt milionów złotych. Będą to środki przeznaczone na szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie wsparcia osób po przebytej chorobie COVID-19. Fizjoterapeuci będą mogli bezpłatnie skorzystać ze szkoleń organizowanych przez Izbę. Mamy olbrzymią satysfakcję, że decydenci zauważyli naszą kluczową rolę w procesie leczenia COVID-19. Rozmowy z nimi nie zawsze były łatwe, ale wreszcie nasze argumenty – oparte na faktach – okazały się trafne i przekonujące.

Dla nas te pieniądze mają szczególne znaczenie: przedstawiciele innych zawodów medycznych nie płacą za specjalizacje i mają bezpłatny system szkolenia podyplomowego. Fizjoterapeuci nie mają takich możliwości. Dla mnie od początku pracy w Izbie było jasne, że trzeba zmienić tę sytuację. Dlatego powołałem wiceprezesa, w którego zakresie kompetencji jest pozyskiwanie funduszy zewnętrznych i walczyliśmy od pierwszego dnia działania Izby o fundusze unijne, które pozwolą nam podnosić kwalifikacje i rozwijać się.

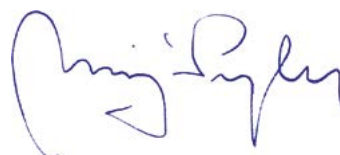
Ważne jest, jak wydamy te fundusze. Musimy określić wspólne cele. Zdecydować, jakie kompetencje są kluczowe dla rozwoju nowoczesnej fizjoterapii. Przecież zdobyte umiejętności zostają z nami na zawsze. Jakiej wiedzy nam brakuje? Czy możliwe jest wyrównanie poziomu wykształcenia wśród różnych grup fizjoterapeutów? Na pewno konieczne jest uzupełnienie naszych twardych umiejętności medycznych – miękkimi, czyli wiedzą z zakresu komunikacji, zarządzania wizerunkiem. Tak, abyśmy potrafili rozmawiać z pacjentami, ale też komunikować się innym medykami. ►

I tu zahaczamy o kolejny problem, który może nam przeszkodzić w wypracowaniu wspólnego programu szkoleń. Nasze środowisko jest podzielone. Martwi mnie, że linie podziału nie są najczęściej w ogóle związane z kwestiami merytorycznymi czy wizją rozwoju naszego zawodu, a opierają się na innej przesłance – chęci władzy. Szerzone są nienawiść i bezpodstawne pomówienia. Kto najgłośniej krzyczy i sieje ferment? Fizjoterapeuci, którzy „nie mają czasu” pracować z pacjentami. Mocni tylko w dyskusjach w mediach społecznościowych i w działaniu „zza firanki”, a nie w bezpośredniej rozmowie. Ci, którzy wyśmiewają wszystko, co inne. Ci, którzy w okresie pandemii zaszyli się i siedzieli cicho, bo niewiele mieli do powiedzenia. A ci, którzy angażują się na rzecz środowiska, w pracę Izby czy własny rozwój zawodowy, nie mają czasu na krzyki i budowanie sztucznych podziałów.

Mamy też problem z tożsamością zawodową. Zazwyczaj myślimy przez pryzmat tego, co robimy – fizjoterapeuci „prywatni” kontra ci „na NFZ”, pracownicy ambulatoriów i szpitali, pracownicy naukowcy, związkowcy, itd. Każdy sobie rzepekę skrobie, a mało kto zastanawia się, co będzie dobre dla całego naszego środowiska.

Wszyscy oczekujemy podniesienia prestiżu i poziomu wynagrodzenia. Ale jednocześnie część z nas unika nabywania nowych kompetencji, wykorzystuje w pracy metody, które nie mają naukowych podstaw czy w końcu lekceważy szczepienia lub podważa fakt istnienia pandemii. Te poglądy i postawy reprezentuje mniejszość z nas, ale ta mniejszość bardzo zwraca na siebie uwagę i może stwarzać wrażenie, że mówi w imieniu całego środowiska.

Pamiętajmy, że szansa na taki zastrzyk finansowy dla środowiska fizjoterapeutów nie zdarza się często. Po prostu ją dobrze wykorzystajmy. Razem.



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



# NASI W TOKIO

Polska kadra narodowa, w liczbie 211 sportowców, wróciła z Japonii w wielkim stylu, zdobywając aż 14 medali. Że sport zawodowy to nie zawsze zdrowie, fizjoterapeuci wiedzą doskonale. Polscy olimpijczycy mogli na miejscu liczyć na wsparcie 35 przedstawicieli naszego zawodu. Fizjoterapeuci, z którymi rozmawialiśmy, przyznają, że prawie całą pracę wykonali przed rozpoczęciem igrzysk – w ciągu ostatnich miesięcy i lat współpracy. Jak się zostaje fizjoterapeutą olimpijczyka, jak wygląda taka praca podczas igrzysk i pomiędzy nimi oraz jak wspominają te ostatnie – opowiedzieli nam tuż po powrocie z Japonii. A o tym, jak postrzega tę współpracę druga strona, czyli sportowiec, powiedziała „GF” Maria Andrejczyk, srebra medalistka w rzucie oszczepem.

PS. Bieżący numer „GF” zamknęliśmy na samym początku walki o medale naszych paraolimpijczyków. O tych niemniej ważnych igrzyskach opowiedział nam doświadczony klasyfikator i fizjoterapeuta – prof. Bartosz Molik, rektor warszawskiej AWF.



# Mikołaj Trzeźniewski

FIZJOTERAPEUTA POLSKICH JUDOKÓW

Same zawody nie są zbyt wymagające dla fizjoterapeutów, przynajmniej w kwestii pracy stricte manualnej. Dużo więcej dzieje się na zgrupowaniach, zwłaszcza tych sparingowych i motorycznych. Podczas igrzysk nie mieliśmy więc dużo obowiązków, szczególnie jeśli porównamy to z naszą normalną pracą, gdy do gabinetu wchodzi pacjent za pacjentem.

Dużą rolę w okresie startowym odgrywa sfera psychiczna i mentalna. Sportowcy mają często pewne swoje rytuały, przyzwyczajenia, które należy uszanować. Uważam, że podczas zawodów fizjoterapeuta powinien być w cieniu wydarzeń, ale zawsze pod ręką i w pełnej gotowości.

W judo często zawodnicy zbijają wagę, żeby zmieścić się w określonych limitach. Wiąże się to z odwodnieniem i wysiłkiem tlenowym na dzień przed startem. Zazwyczaj jest to bieg lub trening na macie w ciepłych ubraniach, w tym czapce, bo przez głowę człowiek traci sporą ilość ciepła. Po takim wysiłku zawodnicy często proszą o klasyczny masaż kończyn dolnych. Staram się, żeby był dynamiczny i nie za długi. Nie chodzi tu o relaks, tylko odciążenie nóg i przygotowanie do walki.

Na dalszym etapie zawodów trudno przewidzieć co się wydarzy. Między walkami zawodniczki i zawodnicy są pod lekką presją czasu. Judo jest sportem kontaktowym, więc zdarzają się nagłe skręcenia, zwichnięcia, krwotoki z nosa lub zwyczajnie przemęczone ramiona i przedramiona, z których staram się w pierwszej kolejności odprowadzić krew do serca. Zaczynam od barków, ramion, przedramion żeby zrobić miejsce dla krwi spływającej z dystalnie położonych części ciała. Później skupiam się na masażu funkcyjnym, stretchingu i... do boju!

Do Tokio pojechałem z grupą sześciorga judoków i judoczek, ale pomagałem również sportowcom z takich dyscyplin jak: boks, gimnastyka, pływanie, podnoszenie ciężarów. Bardzo się z tego cieszę, ponieważ mogłem dostrzec specyfikę kontuzji i proble-

mów sportowców z innych konkurencji olimpijskich.

Na judo Macieju Sarnackim przeciwnik wykonał rzut z dźwignią, co skończyło się bólem łokcia i podejrzeniem zerwania więzadła. Po konsultacji lekarskiej przeprowadzono w naszej miniprzychodni badanie USG, aparat był na wyposażeniu misji. W trakcie mojego pobytu była to najpoważniejsza sytuacja, na szczęście wszystko dobrze się skończyło.

W Tokio natykałem się na znajomych z innych krajów, zarówno sportowców, jak i fizjoterapeutów. Z niektórymi znamy się od lat, widzujemy się na wyjazdach. Mieliśmy teraz kilka okazji, aby wyskoczyć razem na siłownię czy pobiegać. O kwestiach medycznych nie rozmawialiśmy – lubimy się, ale przecież też ze sobą rywalizujemy.

Moja praca w Polskim Związku Judo jest nieprzypadkowa. Jestem z tym sportem związany od wielu lat, dziś także jako trener, a wcześniej zawodnik – w 2010 r. zdobyłem tytuł Mistrza Polski juniorów. Przejście do seniorów zbiegło się z rozpoczęciem studiów fizjoterapeutycznych. Początkowo próbowałem łączyć karierę sportową z nauką, udało mi się zdobyć brąz na mistrzostwach Polski. Z czasem jednak kariera zaczęła wygasać, wiązało się to m.in. z kontuzją.

Gdy zacząłem jeździć na pierwsze zgrupowania z judokami, było mi trochę żal, że jestem tu jako fizjoterapeuta, a nie zawodnik. Rozważałem, czy nie powinienem trochę inaczej pokierować swoim życiem, ale szybko się z tego otrząsnąłem. Dobrze wiem, ile życie sportowca wymaga wyrzeczeń i ciężkiej pracy. Chyba bym już nie był na to gotowy. A poza tym wszystkim, naprawdę kocham judo jako sport. Ogromną przyjemność sprawia mi bliski kontakt z nim, obserwowanie nie tylko naszych, ale też i zagranicznych zawodników, kibicowanie im na zawodach. Dzięki tej pracy poznałem wielu ludzi, zawiązały się przyjaźnie. Bardzo miłe jest też to, że zawodnicy bardzo doceniają naszą pracę, są wdzięczni za to, co dla nich robimy.

AGC



Fot. Arch. prywatne M.Trześniewski

# Karolina Bilecka

FIZJOTERAPEUTKA MŁOCIARZY:

WOJCIECHA NOWICKIEGO I JOANNY FIODOROW

Wojtek Nowicki, którym zajmuję się na co dzień i spędzam z nim więcej czasu niż własną rodziną, zdobył złoty medal. To coś pięknego, emocje cały czas mnie jeszcze trzymają. Jest radość, euforia i duma. Wierzę, że swoją pracą przyczyniłam się do jego sukcesu, bo naprawdę wykonaliśmy kawał dobrej roboty. Wcześniej Wojtek odczuwał różne dolegliwości, np. bóle pleców czy stawów kolanowych. Od października zeszłego roku poświęciliśmy bardzo dużo czasu na wzmocnienie tych partii ciała i – jak widać – dało to fantastyczny rezultat.

W okresie przygotowawczym około trzy miesiące można poświęcić na ćwiczenia, ale potem trzeba powoli zmniejszać ich częstotliwość, bo zawodnik musi skupić się na treningu właściwym. Podczas samych igrzysk nie wykonuje się raczej złożonych interwencji. Jeśli kontuzja by ich wymagała, zawodnik prawdopodobnie musiałby pożegnać się ze startem. Zajmujemy się najczęściej doraźną pomocą. W przypadku Wojtka odciążaliśmy mięśnie skośne brzucha poprzez taping.

Poza Wojtkiem współpracuję na stałe z Joanną Fiodorow, która w Tokio zajęła siódme miejsce. W zeszłym roku przeszła operację kolana, więc dużo pracowałyśmy nad powrotem do formy umożliwiającej

jej start na igrzyskach. Przyznam, że liczyliśmy na wyższą lokatę, ale w przypadku tych zawodów było o wiele więcej czynników wpływających na ostateczne rezultaty niż tylko forma zawodnika: temperatura, zmiana czasu, godziny startów. Z niechęcią przemieszczaliśmy się nawet między budynkami, każdy wolał przebywać w klimatyzowanym pomieszczeniu. Wychodziliśmy tylko na zawody, trening i żeby coś zjeść. Temperatura była uciążliwa szczególnie dla zawodników rzutowych. Nie ukrywajmy, oni ważą o wiele więcej niż np. biegacze, więc i to zmęczenie temperaturą jest u nich o wiele bardziej odczuwalne.

O fizjoterapii sportowców myślałam już w liceum, w którym mieliśmy klasy o profilu koszykarskim. Zanim przeszłam do Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, pracowałam właśnie w klubie koszykarskim. Potem przez pierwsze lata w PZLA zajmowałam się czterystumetrowkami, a dwa lata temu zaczęłam współpracę z zawodnikami rzutowymi. Bardzo lubię tę pracę, chociaż wiem, że nie każdy fizjoterapeuta odnajduje się w niej na dłuższą metę. Wymaga wyrzeczeń, właściwie rezygnuje się z życia prywatnego. Wiele osób rezygnuje z niej po jakimś czasie z powodów rodzinnych i ze zmęczenia takim trybem życia.

AGC





Fot. Arch. prywatne K. Bilecka

# Maciej Ryszczuk

FIZJOTERAPEUTA I TRENER PRZYGOTOWANIA MOTORYCZNEGO  
TENISISTKI IGI ŚWIĄTEK ORAZ PŁOTKARZA DAMIANA CZYKIERY

Do profesjonalnego sportu zawsze mnie ciągnęło – uprawiałem lekkoatletykę, grałem w siatkówkę. Dlatego było dla mnie oczywiste, że będę blisko sportu także jako fizjoterapeuta. Na początku mojej kariery zacząłem pracę w Centrum Rehabilitacji Sportowej, gdzie coraz bardziej wkręcałem się w tę odnogę fizjoterapii. Na początku pod okiem mojego szefa brałem udział w fizjoterapii Tomka Majewskiego, a podczas zgrupowań też innych najlepszych polskich lekkoatletów.

Gdy zaczęła się pandemia i nie można było swobodnie podróżować, musiałem zakończyć współpracę z zagranicznymi tenisistkami. Akurat w tym samym czasie Iga Świątek szukała nowego fizjoterapeuty i trenera przygotowania motorycznego. Kojarzyliśmy się już wcześniej. Gdy zaczęliśmy naszą współpracę, Iga jeszcze nie była tak znana jak teraz, to było kilkanaście tygodni przed jej głośną wygraną wielkoszlemowego Rolanda Garrosa.

Współpracuję także z naszym najlepszym płotkarzem Damianem Czykierem. Fizjoterapia sportowców z dwóch tak odległych dyscyplin nie jest dla mnie trudna. Trzeba zagłębić się w daną dziedzinę, żeby poznać specyfikę i energetykę ruchu, uczestniczyć w treningach i zawodach. Wtedy, znając biomechanikę i inne podstawy, można opracować warsztat pracy z zawodnikiem nowej dyscypliny.

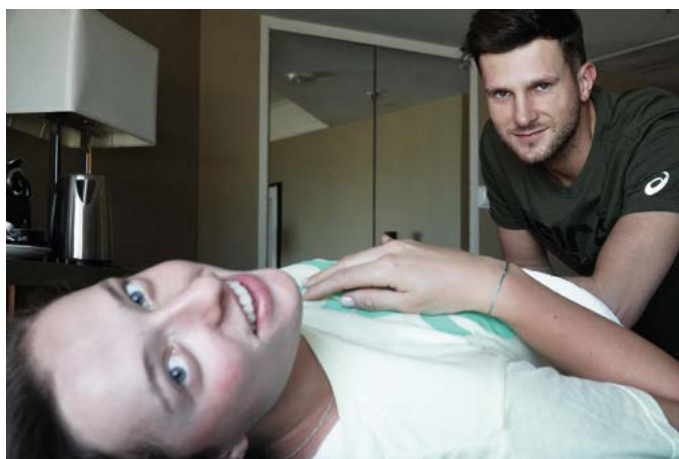
Wyjazd na igrzyska był moim marzeniem. Tegoroczne były specyficzne ze względu na pandemię. Wszystkie te biurokratyczne obowiązki były dla nas męczące, np. po przylocie z lotniska wyszliśmy do-

piero po 6 godzinach. Brak możliwości wydostania się poza wioskę był sporą niedogodnością, ale możliwość przebywania wśród najlepszych sportowców na globie, podpatrywanie ich treningów oraz zachowań prywatnych, były tego warte. Wiem, że będzie to dla mnie niezapomniane przeżycie.

Na igrzyskach wszyscy byliśmy trochę jedną rodziną, razem więc przeżywaliśmy sukcesy i porażki, cieszyliśmy się z medali i smuciliśmy, gdy któremuś z Polaków nie udał się start.

Codziennie staraliśmy się jak najlepiej dbać o formę naszych zawodników, najczęściej były to działania prewencyjne. Do zawodów szykujemy się przez cały sezon, a czasem nawet kilka lat. Pracujemy w tym czasie nad wytrzymałością tkankową zawodnika, żeby osiągał jak najlepsze wyniki oraz nie ulegał kontuzjom. Najcięższa praca wykonywana jest przed zawodami, żeby sportowca w ogóle do nich doprowadzić. Potem możemy co najwyżej delikatnie modulować.

Prawda jest taka, że igrzyska są dla tenisistów trochę niewygodne. Udział w nich jest oczywiście wielkim osiągnięciem i zaszczytem, ale pod względem zawodowym nie da się ich przyrównać do największych turniejów tenisowych. Zawodnik nie otrzymuje podczas nich punktów, nie podnosi swojej pozycji w rankingu. Termin igrzysk jest wciśnięty pomiędzy inne zawody, blisko Wielkich Szlemów, i na przygotowanie do nich jest zawsze bardzo mało czasu, na co zawodnik nie ma wpływu. Szczególnie, że teraz prosto z trawiastego Wimbledonu musieliśmy przejść na



Fot. Arch. prywatne M.Ryszczuk

twardą nawierzchnię, a to wymaga odpowiedniego przygotowania zawodnika, żeby chociażby zapobiec kontuzjom.

Cały czas jesteśmy w rozjazdach, poza domem spędzam ok. 40 tygodni rocznie. Mam grupę stałych pacjentów, którym poświęcam czas pomiędzy zgrupowaniami. To są jednak sporadyczne przypadki. Gdy wreszcie jestem w domu, to staram się spędzić czas z rodziną i odpocząć. Tych chwil dla siebie jest bardzo mało, bo nawet gdy wracamy do Warszawy, to wciąż jesteśmy w trakcie przygotowań do zawodów, czasem pracujemy wtedy nawet ciężiej niż na wyjazdach. Cały czas jesteśmy w trybie czuwania, bo tenis jest bardzo nieprzewidywalnym sportem. Nigdy nie wiadomo, jak długo zawodnik utrzyma się w turnieju ani jak długo będą trwały kolejne mecze – to wszystko w bardzo różnym stopniu może przełożyć się na obciążenie.

To jest taka trochę niezdrowa zależność. Jak zbyt długo się nie wyjeżdża, to brakuje tej adrenaliny, życia w drodze. Ale podczas piątego czy szóstego tygodnia zgrupowania przychodzi takie zmęczenie fizyczne, a przede wszystkim psychiczne, że człowiek marzy o powrocie. Szczególnie ciężko jest od początku pandemii, gdy na wyjazdach jesteśmy zamknięci w tzw. bańkach tenisowych i nie możemy się nigdzie ruszyć, zmienić otoczenia, zobaczyć kawałka kraju, do którego przyjechaliśmy.

Chociaż Iga jest już na kolejnym wyjeździe, ja nie pojechałem, bo właśnie zostałem ojcem. Nowa życiowa rola zapewne będzie wymagała ode mnie pewnej modyfikacji pracy zawodowej, ale nie zamierzam jej porzucać. Mam to szczęście, że moja żona jest bardzo wyrozumiała i wspiera moją pasję. Dzięki niej mogę spełniać swoje zawodowe marzenia.

AGC

# Piotr Maliszewski

KOORDYNATOR FIZJOTERAPEUTÓW  
NA IGRZYSKACH OLIMPIJSKICH W TOKIO

W tym roku za misję medyczną odpowiadaliśmy we dwóch: jej szef, lekarz dr Hubert Krysztofiak oraz ja. Do moich obowiązków należało m.in. przygotowywanie naszego ambulatorium, zebranie kontaktów do wszystkich fizjoterapeutów i rozsyłanie ich do potrzebujących zawodników. Prawie każdy związek przyjeżdża na igrzyska olimpijskie z zatrudnionymi u siebie fizjoterapeutami. Brakuje ich czasem w małych zespołach, jak np. u zawodników wspinaczki sportowej. Nikogo jednak nie zostawialiśmy bez pomocy. Mieliśmy z fizjoterapeutami wspólną grupę na komunikatorze, gdzie wrzucaliśmy informacje o zapotrzebowaniu na fizjoterapeutę dla konkretnego zawodnika. W sumie było ponad 30 fizjoterapeutów, więc zawsze ktoś był wolny i chętny do pomocy, czy to zawodnikowi ze swojego związku, czy innego. Do dyspozycji byłem oczywiście jeszcze ja.

Igrzyska wymagają od misji medycznej o wiele większego przygotowania niż np. na mistrzostwa świata, gdzie kadra jest mniej liczna. Ze sobą przywieźliśmy kilka skrzyń najróżniejszego sprzętu medycznego i leków. Na miejscu była możliwość skorzystania z konsultacji lekarskiej i otrzymania potrzebnych medykamentów, gdybyśmy nie mieli swoich.

Japończycy byli doskonale przygotowani pod względem medycznym. Mieliśmy do dyspozycji rezonans magnetyczny, całą poliklinikę z lekarzami wszystkich specjalności z dentystą włącznie. A także fizjoterapeutami w razie potrzeby. W naszej siedzibie było siedem łóżek oraz dodatkowo kilka przenośnych, gdyby trzeba je było rozstawić w innym pomieszczeniu. Na szczęście kończyło się głównie na podejrzeniach kontuzji, mieliśmy może ze dwa większe urazy. Głównie występowały lekkie urazy tkanek miękkich.

Do Tokio przyleciałem 18 lipca, jednym z pierwszych samolotów. Byliśmy nastawieni na to, że będzie ciężko z powodu obostrzeń covidowych, ale część z nich okazała się kompletnie bez sensu. Trochę przecieraliśmy szlaki i kolejne przylatujące grupy były już przez nas ostrzeżone, jak to wygląda i że np. będą musieli trzy razy wypełnić jakiś formularz, którego i tak potem nikt od nich nie odbierze.

Każdy z nas otrzymywał spersonalizowaną przepustkę, która umożliwiała wejście na wybrane obiekty. Moja pozwalała na dostanie się na wszystkie stadiony, ale większość fizjoterapeutów takich nie miała. Pojawiał się więc problem, gdy trzeba było zająć się zawodnikiem nie ze swojego związku. Wymagało to sporo zachodu, co z jednej strony było denerwujące, ale z drugiej może właśnie dzięki tym rygorystycznym obostrzeniom w wiosce było bardzo mało zakażeń, a w polskiej grupie nikt nie zachorował.

Czytając doniesienia medialne, do ostatniej chwili nie wiedzieliśmy, czy igrzyska się na pewno odbędą. Takie informacje pojawiały się nawet już po naszym przylocie. Było to dość surrealistyczne. Słyszałem, że Japończycy mieli być niezadowoleni z powodu tych igrzysk, ale nikt nie dał nam czegoś takiego odczuć. Przeciwnie – wszyscy byli dla nas bardzo mili, ludzie zbierali się w pobliżu wioski z transparentami życzącymi zawodnikom powodzenia, przyjaźnie trąbili, klaskali. Jedynym minusem była czasem bariera językowa, bo jednak niewielu Japończyków mówi w obcych językach. Ale jeśli ktoś nas nie rozumiał, to zawsze wiedział, kto inny mówi po angielsku, i ostatecznie zawsze udzielano nam pomocy.



Fot. Arch. prywatne P.Maliszewski

# Patryk Ocypa

FIZJOTERAPEUTA MARATOŃCZYKÓW I CHODZIARZY,  
W TYM DAWIDA TOMALI, ZŁOTEGO MEDALISTY W CHODZIE

Przez osiem lat trenowałem pchnięcie kulą, więc gdy dowiedziałem się o naborze fizjoterapeutów do Polskiego Związku Lekkiej Atletyki, chętnie skorzystałem, złożyłem papiery i zostałem przyjęty. Współpracę rozpocząłem pięć lat temu, najpierw stacjonarnie, a od 2018 r. jeżdżę na zgrupowania. Ponieważ nie doczekałem się jeszcze swojego zawodnika na stałe, czyli zdobywcy medalu olimpijskiego lub mistrzostw świata, któremu osobisty fizjoterapeuta przysługuje, to pomagam sportowcom z różnych dyscyplin. Aczkolwiek mając pod swoją opieką medalistę, nadal współpracujemy z innymi zawodnikami.

W obecnym sezonie najwięcej pracowałem z rzucającym oszczepem Marcinem Krukowskim, ale w czerwcu zapadła decyzja, że na igrzyskach będę opiekował się maratończykami i chodźcami, więc skupiłem się na nich. Wtedy u Dawida Tomali podczas zgrupowania pojawiły się problemy z mięśniem dwugłowym uda. Musieliśmy nad nim popracować. Tak naprawdę tylko zaleczaliśmy, a nie leczymy, bo nie było już czasu na stopowanie treningów. Nie wyglądało to najlepiej, dlatego nawet dla nas jego wspólny finał był zaskoczeniem. Cieszę się, że choć trochę przyczyniłem się do jego sukcesu.

W Tokio widziałem tylko lotnisko, a w wiosce spędziliśmy tylko jedną noc tuż przed powrotem. Naszą bazą było Sapporo, gdzie odbywały się zawody maratończyków i chodźców. Z dala od wioski w ogóle nie było czuć atmosfery igrzysk. Do tego stopnia, że gdy Dawid Tomala zdobył złoty medal, to stwierdził, że czuł się, jakby wygrał jakieś lokalne zawody w Polsce. Jak ktoś mówi, że w wiosce żył jak w więzieniu – to przesadza. Nie wie co to znaczy siedzieć dwa tygodnie w hotelu bez możliwości pójścia na spacer. Mogliśmy tylko jeździć na treningi, ale ponieważ moim zadaniem było przekazywanie próbek covidowych, to nawet na to nie mogłem sobie pozwolić.

Dzień zaczynaliśmy od zebrania próbek. Następnie śniadanie i oddanie pojemniczków do badania. Właściwą pracę ze sportowcami zaczynałem koło południa i kończyłem o północy. Byłem jedynym fizjoterapeutą na 10 zawodników, a jest to grupa sportowców

dość wymagająca. Pracy terapeutycznej było niewiele, ale za to trzeba było ich dużo masować. Gdy zaczęły się starty, było jeszcze ciężiej, bo pracę wciąż kończyłem koło północy, a musieliśmy wstawać bardzo wcześnie – zazwyczaj około czwartej. Na start chodźców drugiego dnia musiałem wstać o 2.15. Te nocne godziny były wymuszone warunkami atmosferycznymi. Było tak gorąco, że wielu sportowców nie radziło sobie i schodziło z trasy. Sam widziałem ludzi upadających na ziemię, wymiotujących. A musimy pamiętać, że to są przecież nie amatorzy, a najlepsi zawodnicy na świecie.

Jestem szczęśliwy, że mogę wspierać lekkoatletów w osiąganiu sukcesów. Nie było i nie ma we mnie żalu, że sam już nie jestem sportowcem. Mój powód zakończenia kariery jest chyba najpowszechniejszym w Polsce – rachunki do opłacenia. Można być już na wysokim poziomie sportowym, ale jeszcze nie takim, aby na tym zarabiać. Przekroczyć ten próg jest bardzo ciężko, sporo osób wtedy rezygnuje.

O fizjoterapii myślałem od gimnazjum. Po maturze jeszcze trenowałem, więc ciężko byłoby mi to połączyć ze studiami. Najpierw poszedłem więc do dwuletniej szkoły masażu, a dopiero po jakimś czasie zdecydowałem się na studia fizjoterapeutyczne. W sumie – dobrze to wszystko wyszło.

AGC



Arch. prywatne P.Ocypa

# Z fizjoterapeutą musimy być jednym teamem

– Dziś wiem, że fizjoterapeuta, który wie, na czym polega moja konkurencja, rozumie ten ruch, wie, czego potrzebuję na tym poziomie sportu, to must have każdego zawodnika – mówi Maria Andrejczyk, srebrna medalistka w rzucie oszczepem na igrzyskach w Tokio.

## Proszę powiedzieć jak bark? Pod koniec igrzysk wspominała Pani, że bóle wróciły.

Bóle tak naprawdę nie ustąpiły od maja. Po tym moim rekordowym rzucie na 71,40 m podczas pucharu Europy w Splicie były tak potężne przeciążenia, że gdy adrenalina zaczęła ze mnie schodzić, pojawiło się uczucie, jakby ktoś mi bark obił kijem baseballowym czy skopał. Do tego był też pozakwaszany. Tłumaczyłam to sobie tym, że to był naprawdę ciężki start i ma prawo mnie wszystko boleć. Jednak gdy z czasem ból nie mijał, zrobiłam USG i rezonans. Okazało się, że mam popękanań torebkę stawową, ponadrywane mięśnie – skutki tego czuję przez cały sezon. Na szczęście udało mi się wrócić do rywalizacji sportowej.

## Mimo tego, że bark się nie zagoił?

Tak, on by się zagoił, gdybym odpuściła sezon, a nie mogłam tego zrobić.

## Bo igrzyska?

Tak, bo igrzyska. Dam mu odpocząć dopiero po zakończeniu sezonu, wtedy przyjdzie czas na pełną regenerację. Teraz nie mogę sobie na nią pozwolić, bo przede mną jeszcze trzy starty: 21 sierpnia w szwajcarskim Bernie w ramach Diamentowej Ligii, 5 września na

memoriale Kamili Skolimowskiej na Stadionie Śląskim, a potem jeszcze finał Diamentowej Ligii w Zurychu. To ważne dla mnie starty. Udział w finale Diamentowej Ligii to duża nobilitacja dla sportowca, a memoriał będzie wspaniały, bo odbędzie się przy udziale polskiej publiczności. Ale dłużej już bym nie pociągnęła. Bark jest znacznie słabszy niż przed początkiem sezonu i tą kontuzją. Rzeźbię na resztkach sił.

## Jak udaje się Pani trenować w takiej sytuacji?

Bez rehabilitacji byłoby to niemożliwe. Teraz najbardziej pomogły mi zabiegi wspomagające regenerację tkanek. Nie czuję, aby bark był silniejszy czy mięśnie się ładnie posklejały, ale zabiegi uśmierzyły mi ten ból. Z fizjoterapeutami robiliśmy wszystko, co tylko się dało, abym mogła wystartować na igrzyskach, naprawdę wykorzystałam wszyst-



Fot. Paweł Skraba, FB <https://www.facebook.com/mm.andrejczyk>



Fot. FB <https://www.facebook.com/mm.andrejczyk>

kie dostępne możliwości. To był wyścig z czasem. Staw barkowy jest niezwykle skomplikowany, a rzut oszczepem niesamowicie go przeciąża, więc bardzo łatwo o ciężkie kontuzje.

#### Po Rio było gorzej, prawda?

Tak, bez porównania. Skończyło się na tym, że pod koniec 2016 r. przeszłam operację obróbka barkowego. Obecna kontuzja jest o wiele łagodniejsza, ale jak każda odcisnie piętno na stawie. Czuję dyskomfort, większe spięcie i ścignięcie stawu, a przy rzucie muszę mieć luźny bark. Teraz tego nie ma. Cały czas wykonuję ćwiczenia rehabilitacyjne.

#### Dla tak młodej zawodniczki musiał to być poważny cios.

Nie ukrywam, że było bardzo ciężko. Byłam wtedy dzieciakiem, nie miałam pojęcia, jak to wszystko będzie wyglądać. Po raz pierwszy w życiu usłyszałam, że jakaś

część mnie jest na tylko uszkodzona, że konieczna jest operacja. To był szok i cios psychiczny, ale wiedziałam, że to jedyne sensowne rozwiązanie. Bark tak mnie bolał, że nie mogłam podnieść ręki, o rzucaniu nie było w ogóle mowy. O śnie też. Nie miałam wtedy zapewnionego fizjoterapeuty, byłam zagubiona. Dziś wiem, że fizjoterapeuta, który wie, na czym polega moja konkurencja, rozumie ten ruch, wie czego potrzebuję na tym poziomie sportu, to must have każdego zawodnika.

#### Ale po operacji korzystała Pani ze wsparcia fizjoterapeutów?

Tak. Teraz mam już w domu dwoje fizjoterapeutów. Wtedy była tylko moja mama, a dziś jest jeszcze mój brat. Wtedy mama bardzo mi pomogła ze wszystkim. Korzystałam też z zabiegów w poradni rehabilitacyjnej w moich rodzinnych Sejnach. Opiekę w rodzinnych stronach mam zawsze zapewnioną.

#### Teraz współpracuje Pani na stałe z fizjoterapeutą?

Do igrzysk nie miałam przydzielonego stałego fizjoterapeuty. Od maja do igrzysk współpracowałam z Maciejem Włodarczykiem. Jestem mu niesamowicie wdzięczna, bo dzięki jego zaangażowaniu udało mi dość tu, gdzie jestem, zapanować nad kontuzją. Od nowego sezonu przygotowawczego fizjoterapeuta – nie lubię tego określenia – już mi będzie przysługiwał. I będę tego oczekiwać, bo fizjoterapeuta dla mnie to nie tylko osoba, do której pójść pod koniec dnia na obozie, żeby mnie rozmasował. To musi być osoba, która mi będzie towarzyszyć na treningach, wspólnie ze mną szukać tego, co można poprawić treningowo i deficytów do uzupełnienia. Żebym czuła, że jesteśmy jednym teamem, który wie, dokąd idzie.

Rozmawiała  
Agnieszka Gierczak-Cywińska

# Jestem takim trochę „złym glina”

O tym, jak wygląda klasyfikacja paraolimpijczyków i jak Brytyjczykom udało się zmienić wizerunek osób z niepełnosprawnościami – mówi prof. dr hab. Bartosz Molik, fizjoterapeuta, klasyfikator międzynarodowy i rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

## Fizjoterapeuci na igrzyskach paraolimpijskich mają takie same zadania jak podczas igrzysk olimpijskich?

Podczas igrzysk paraolimpijskich na ogół mamy trzy zadania. Część z nas pełni funkcję szkoleniową i trenerską, np. trenerem naszej kadry pływackiej jest fizjoterapeuta. Jest to jednak coraz mniej liczna grupa. Od jakiegoś czasu mamy za to coraz więcej na igrzyskach fizjoterapeutów sportowych z prawdziwego zdarzenia, którzy zajmują się przygotowaniem, regeneracją i odnową zawodników. Trzecia funkcja, którą ja pełnię, to klasyfikator. To taki oficjal,

który bierze udział w klasyfikowaniu i testowaniu sportowców. Zajmuję się diagnozą funkcjonalną, wykonuję proste testy oceny siły mięśniowej, zakresów ruchów w stawach, pomiarami długości kikutów kończyn, ale przede wszystkim oceną funkcjonalną – bardzo specyficzną, sprofilowaną na potrzeby w danym sporcie. Wymaga to od fizjoterapeuty sporego doświadczenia, wiedzy, umiejętności obserwacyjnych.

## Klasyfikacja odbywa się przed igrzyskami?

Teraz już tylko przed. Przed laty dochodziło do sytuacji, że zawod-

nik przyjeżdżał na igrzyska i już w ich trakcie zmieniano mu klasę, co mogło niszczyć całe przygotowanie i karierę sportową. Aktualnie podczas igrzysk możliwe są jedynie protesty i odwołania. Wówczas możemy dokonywać podczas zawodów dodatkowej obserwacji, ale jej wynik jest podawany i wdrażany dopiero po zakończeniu zawodów.

Aktualnie w mediach głośna jest historia naszego niewidomego pływaka Wojtka Makowskiego. Oficjalnie powiedział, że jeden z jego niderlandzkich konkurentów nie jest osobą niewidomą, jak został sklasyfikowany, tylko niedowidząca. Ma nagrane filmy, na których m.in. tamten zawodnik wskakuje do wody na główkę, a wcześniej rozgląda się, czy ktoś nie płynie na jego torze. Jeśli to prawda, to mamy do czynienia z poważnym oszustwem.

## Jak wygląda klasyfikowanie uczestników?

Każda dyscyplina ma swoje kryteria, odpowiem na podstawie tej, którą ja się zajmuję, czyli koszykówką na wózkach. Najpierw oceniamy, czy kandydat na zawodnika posiada jedno z siedmiu ograniczeń: deformację lub amputację kończyn, ograniczenie ruchomości w stawach, ograniczenie siły mięśniowej, różnicę w długości kończyn, ataksję, atozę oraz hipertonię mięśniową. W kolejnym kroku sprawdzane



Tokio 2021. Fot. Arch. prywatne B.Molika



jest, czy posiada tzw. minimalne kryteria niepełnosprawności kwalifikujące do udziału w zawodach w określonej dyscyplinie sportu. Trzecim, najważniejszym, etapem jest analiza funkcjonalna, podczas której przydzielane są zawodnikowi punkty od 1 do 4,5. Im mniej punktów, tym większe ograniczenia funkcjonalne posiada zawodnik. Osoba na pograniczu niepełnosprawności otrzymuje 4,5 pkt.

**To oznacza, że jest wiele poddyscyplin koszykówki na wózkach? Dla samych 1, 2, 3 itd.?**

Nie, w przypadku koszykówki na wózkach trener ma obowiązek wystawić pięciu zawodników, których suma punktów nie może przekraczać 14. Jak to ustawi, to już kwestia taktyki i możliwości drużyny. Dlatego w koszykówce na wózkach mamy jednego zwycięzcę w kategorii kobiet i mężczyzn. To sprawia, że dyscyplina należy do najbardziej prestiżowych podczas igrzysk, a finał rozgrywany jest na zakończenie zawodów.

**A jak jest w innych dyscyplinach?**

W samym pływaniu dla osób z grupy dysfunkcji narządu ruchu mamy aż 10 klas startowych. Komitet paraolimpijski próbuje je ograniczać, ale nie da się ich połączyć ze względu na zróżnicowanie funkcjonalne, więc przed każdymi igrzyskami Międzynarodowy Komitet Paraolimpijski ogłasza, które z klas będą rywalizować w jakich konkurencjach. Bywały lata, że np. w konkurencji pchnięcia kulą było po 20 czy nawet 30 klas startowych, czyli 20–30 złotych medalistów paraolimpijskich w konkurencji.

**To się zmienia?**

Tak, doprowadziła do tego sama

klasyfikacja funkcjonalna i głównie my, fizjoterapeuci. Jeszcze w latach 90. dominował system tzw. klasyfikacji medycznej. Dla fizjoterapeuty osoba z obustronną amputacją kończyny dolnej z krótkimi kikutami udowymi, osoba z niskim poziomem uszkodzenia rdzenia kręgowego oraz osoba z przepukliną oponowo-rdzeniową z dobrą stabilizacją tułowia to przedstawiciele tej samej grupy, gdyż ich możliwości funkcjonalne są podobne. Z kolei dla lekarza to osoby z trzech różnych grup niepełnosprawności, które powinny rywalizować oddzielnie o inny komplet medali paraolimpijskich. Klasyfikacja funkcjonalna umożliwiła redukcję klas, uporządkowanie i podniesienie poziomu sportowego i rangi zawodów paraolimpijskich. Wcześniej były klasy, w których startowało dosłownie kilku zawodników. Teraz zakwalifikowanie się do igrzysk to już duże osiągnięcie.

**Zapewne nie wszystkim zawodnikom się to podoba.**

Z jednej strony jest presja zawodników, aby każda klasa brała udział w igrzyskach, ale z drugiej jest presja widzów, sponsorów, osób promujących sport. Dla odbiorców obejrzenie zawodów, podczas których obserwujemy rywalizację 30 klas jest po prostu nudne. Coś za coś. Na zawodach niższego szczebla jest więcej klas. Na igrzyskach paraolimpijskich jest presja widowiska – tu jest sport elitarny, wyczynowy.

**Wspomniał Pan o sponsorach. Duże firmy są zainteresowane igrzyskami paraolimpijskimi?**

Zainteresowanie jest coraz większe. Przełomem były igrzyska w Londynie 2012 r. Anglicy zmienili kompletnie podejście do osób



Tokio 2021. Fot. Arch. prywatne B.Molika

z niepełnosprawnością. Wcześniej panowało takie samo, jakie możemy zaobserwować jeszcze u nas – nazywam je podejściem martyrologicznym. Zgodnie z nim OzN jest smutna, biedna, roszczeniowa, cierpiąca, potrzebująca pomocy. W Wielkiej Brytanii zmiana zaczęła się już przed igrzyskami, kiedy to w telewizji w godzinach wieczornych zaczęto nadawać najpierw program „Adam Hills Tonight”, a potem „The Last Leg”. Ich głównym prowadzącym był australijski komik Adam Hills, który urodził się bez prawej stopy. W „The Last Leg” towarzyszył mu jeszcze m.in. prezenter po amputacji kończyny dolnej. Programy przypominają trochę naszego Kubę Wojewódzkiego. Brytyjczycy zaczęli pokazywać osoby z niepełnosprawnościami w całkiem innym świetle niż dotąd. A poza tym ciągle podkreślano, że zaraz mamy igrzyska olimpijskie, a dwa tygodnie później paraolimpijskie. I jedni, i drudzy zawodnicy walczą o medale dla kraju, pod naszą flagą, więc musimy ich wspierać.

**I poskutkowało?**

Paradoksem było to, że na niektórych konkurencjach obłożenie tych samych obiektów sportowych było większe na igrzyskach paraolimpijskich niż olimpijskich.

**Może bilety były tańsze?**

Tak, to też pewnie miało znaczenie, a także fakt, że to już był wrzesień, więc ludzie wrócili z wakacji. Jednak naprawdę coś się zmieniło. Przed Londynem nie spotkałem się z tak wielkim zainteresowaniem igrzyskami paraolimpijskimi, dotąd one były jakby obok. Już przed pandemią wiedzieliśmy, że biletów w Tokio sprzedało się o wiele więcej niż w Londynie, że będą to rekordowe igrzyska. Ale przyszedł covid, więc niestety odbędą się bez widzów.

**Czy podczas igrzysk paraolimpijskich będzie Pan też pełnił funkcję fizjoterapeuty?**

Nie, nie mógłbym. Zostałem za to oficerem covidowym. Jestem odpowiedzialny za stan zdrowia wszystkich przydzielonych mi oficjeli (sędziów, komisarzy, delegatów technicznych) z różnych kontynentów, uczestniczących w zawodach koszykówki na wózkach. W sumie to około 100 osób. Mam specjalne aplikacje, na których już teraz zbieram dane dotyczące zdrowia. Jestem odpowiedzialny za odpowiednie reagowanie, gdyby działo się z nimi coś niepokojącego

**Dlaczego zajął się pan akurat klasyfikacją koszykarzy?**

Klasyfikacja w koszykówce jest najbardziej zbliżona do tego, co realizuje fizjoterapeuta – dokonuje diagnostyki funkcjonalnej. Od czasów studenckich jestem związany z koszykówką na wózkach i pozostaję jej wierny.

**Muszę więc zapytać, skąd zainteresowanie tym sportem.**

Na fizjoterapię poszedłem, bo chciałem połączyć medycynę ze sportem. Na studiach od samego początku zaangażowałem się w działalność aktywnej rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Najpierw byłem wolontariuszem, potem odbyłem praktyki z pacjentami z paraplegią. Z czasem zrobiłem kurs klasyfikatora, zostałem też trenerem koszykówki na wózkach. Mój zespół wygrał puchar i mistrzostwo Polski, a także uczestniczył w pucharach Europy. Po ośmiu latach postanowiłem się na coś zdecydować, poszedłem drogą klasyfikacji międzynarodowej i aktualnie sam szkolę klasyfikatorów na całym świecie. I tak trwa to już ponad 20 lat.

**Nie wolałby Pan pracować ze zdrowymi sportowcami?**

Nie, jako fizjoterapeutę zafascynowało mnie klasyfikowanie. To taka czysta diagnostyka funkcjonalna, a ja nigdy nie lubiłem stosowania dla mnie nie do końca rzetelnego sprzętu, takiego jak np. goniometr. W koszykówce na wózkach trzeba mieć wiedzę, doświadczenie, wyczucie i być dobrym obserwatorem. Podczas diagnozy w szpitalu pacjent stara się pokazać swoje maksymalne możliwości. W sporcie zazwyczaj jest odwrotnie – zawodnicy udają, że są mniej sprawni niż to jest w rzeczywistości. To taka trochę gra między nami. Muszę wychwycić, gdy sportowiec oszukuje, poznać triki, wykazać się sprytem.

**Brzmi to jak rola „złego gliny”?**

I tak pewnie jesteśmy oceniani przez zawodników. Ale mógłbym odbić piłeczkę i powiedzieć, że mam do czynienia również ze

„złymi zawodnikami”, którzy próbują oszukiwać. Są nacje, które są bardzo uczciwe, a inne mocno dają nam w kość. Pamiętam historię, gdy chciano wykazać, że grupa osób z porażeniem mózgowym ma o wiele większe napięcie mięśni niż ma w rzeczywistości, więc... umieszczono je w pojemnikach z lodem.

W sumie około połowy koszykarzy ma funkcję lokomocji przy np. częściowym niedowładzie czy jednostronnej amputacji. A zdarza się, że przez dwa tygodnie podczas trwania zawodów nie schodzą z wózka. Wtedy obserwujemy ich, gdzie się da – podczas wjeżdżania do autobusu, przy szwedzkim stole w restauracji.

**Sprawdzacie wpisy w mediach społecznościowych?**

Raczej nie, ale zdarza się, że osoby trzecie dają nam znać, że ktoś nie jest z nami szczery. W razie wątpliwości co do konkretnego zawodnika kontaktujemy się z klasyfikatorami z jego kraju i wymieniamy się informacjami.

**Fizjoterapeuci garną się do pracy ze sportowcami z niepełnosprawnościami?**

Praca ze pełnosprawnymi cieszy się o wiele większym powodzeniem, ale powoli się to zmienia, bo sport paraolimpijski mocno poszedł do przodu. Trzeba go oddzielić od tego uprawianego hobbystycznie czy terapeutycznie. Wtedy fizjoterapeuta jest bardziej animatorem i jego działania są ukierunkowane na terapię i promocję zdrowia. I nie jest to sport zawodowy, który jest na całkiem innym poziomie – wówczas potrzebujemy najlepszych specjalistów.

**Rozmawiała**

**Agnieszka Gierczak-Cywińska**



## Wyszczepienie medyków: fizjoterapeuci na szarym końcu

W pełni zaszczepionych przeciw COVID-19 w Polsce jest ponad 93 proc. lekarzy, niemal tyle samo diagnostów laboratoryjnych. Około 90 proc. poziomem zaszczepienia mogą się pochwalić lekarze dentyści, położne, pielęgniarki i farmaceuci. Na tym tle 63 proc. fizjoterapeutów wygląda wręcz fatalnie.

Ministerstwo Zdrowia co kilka tygodni udostępnia aktualne dane dotyczące poziomu zaszczepienia pracowników medycznych – ostatnie pochodzą z początku sierpnia. Wynika z nich, że zdecydowana większość pracowników medycznych szczepienie przeciw COVID-19 ma już za sobą, a ponieważ kolejne komunikaty pokazują jedynie niewielkie zmiany, jest oczywiste, że medycy zaszczepili się w znakomitej większości tak szybko, jak tylko mieli dostęp do szczepionek, czyli – jeszcze zimą. W kolejnych tygodniach i miesiącach szczepienie rozpoczynali tylko ci, którzy z jakichś przyczyn, najczęściej zdrowotnych, bardzo często związanych z przechorowaniem COVID-19 w fali jesienno-zimowej, musieli swoje szczepienie odłożyć.

Fizjoterapeuci nie są najsłabiej wyszczepioną grupą zawodową: niechlubne miejsce lidera okupują felczerzy. Tych jednak w skali kraju jest tak niewielu, że trudno na nich koncentrować uwagę. Fizjoterapeutów – przeciwnie. To znacząca liczbowo grupa

pracowników medycznych, której stosunkowo niski poziom zaszczepienia może być nie tylko wizerunkowym, ale realnym problemem dla systemu ochrony zdrowia, pracodawców, współpracowników i – last but not least – pacjentów.

### Problemy z dostępem

Powody, dla których fizjoterapeuci nie są tak dobrze zaszczepieni jak pozostałe grupy zawodowe są, jak się wydaje, dwa. Po pierwsze, to (obok ratowników, o których zaszczepieniu Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie milczy) najmłodsza grupa pracowników medycznych. Świadomość wagi szczepienia i przede wszystkim osobiste poczucie zagrożenia w młodszych grupach wiekowych jest znacząco niższa. Ale to nie jest, ani całe, ani nawet wystarczające wyjaśnienie. Z rozmów z samymi fizjoterapeutami (tymi, którzy się zaszczepili!) wynika, że ich dostęp do szczepień przeciw COVID-19, mimo skierowania dla grupy zero i rzekomo priorytetowego traktowania, był znacznie



*Fizjoterapeuci nie są najstabiliej wyszczepioną grupą zawodową: niechlubne miejsce lidera okupują felczerzy. Tych jednak w skali kraju jest tak niewiele, że trudno na nich koncentrować uwagę. Fizjoterapeutów – przeciwnie.*

trudniejszy niż np. lekarzy i pielęgniarek. Przypominają, jak przebiegały szczepienia grupy zero w styczniu. – Szczepionek było mało. Szpitale, które miały szczepić wszystkich pracowników zerówki, szczepiły najpierw swoich. Ci fizjoterapeuci, którzy pracują w szpitalach, mieli szansę, ale i tak byli często na samym końcu kolejki – mówią. Wielu fizjoterapeutów pracuje jednak poza szpitalami, więc – po otrzymaniu skierowania z etapu zero – mogli tylko szukać na własną rękę placówki, dysponującej wolnymi terminami.

W drugiej połowie stycznia szczepienia „zerówki” zresztą wstrzymano, by nie zakłócać harmonogramu szczepień najstarszych seniorów. A gdy na przełomie lutego i marca wreszcie ruszyły, okazało się, że osoby ze skierowaniami z etapu zero będą szczepione nie preparatami mRNA, a szczepionką AstraZeneca. Tu zaś pojawił się kolejny problem: co prawda Rada Medyczna postanowiła, że szczepionka ta – ze względu na brak danych dotyczących skuteczności – będzie dostępna dla osób do 69. roku życia, ale doniesienia z innych krajów wskazywały, że to właśnie młodsze osoby częściej doświadczają poważnych niepożądanych skutków poszczepiennych, z incydentami zakrzepicy włącznie. – Wielu z nas ze szczepienia po prostu zrezygnowało i to w poczuciu dużego rozgoryczenia – mówi fizjoterapeutka, która ostatecznie zaszczepiła się preparatem mRNA wiosną, korzystając z uwolnienia dostępu do Narodowego Programu Szczepień dla swojej grupy wiekowej i poprawy dostępności szczepionek. Jak sama mówi, i jak potwierdzają dane ministerstwa, część jej kolegów i koleżanek o szczepieniu, wraz z końcem kolejnej fali, „zapomniała”.

### **Stanowisko ekspertów**

Jest więcej niż prawdopodobne, że otrzymają przypomnienie: eksperci Polskiej Akademii Nauk już od dłuższego czasu apelują, by rząd wprowadził obowiązek szczepień dla wybranych grup, najbardziej narażonych na zakażenie koronawirusem, w tym – w pierwszej kolejności – dla pracowników medycznych. Takie rozwiązanie wprowadziło już kilka krajów europejskich, w tym Francja, Włochy i Grecja. W Stanach Zjednoczonych poszczególne miasta i stany (m.in. Nowy Jork) również wymagają od pracowników placówek ochrony zdrowia certyfikatu poświadczającego szczepienie. Powód jest oczywisty – pracownicy medyczni szczepią się dla siebie, ale zwiększając swoje bezpieczeństwo chronią również pacjentów, z których część – ze względu na stan zdrowia i proces leczenia, na przykład przyjmowane leki – może mieć osłabioną odporność lub jej wręcz nie mieć. Pacjent, korzystając z opieki szpitalnej czy ambulatoryjnego świadczenia medycznego, ma prawo czuć się bezpiecznie.

### **Co postanowi rząd?**

W tej sprawie sygnały z rządu są dwa: po pierwsze, Ministerstwo Zdrowia poinformowało w połowie sierpnia, że praktycznie gotowa jest nowelizacja przepisów, która pozwoli pracodawcy na pozyskiwanie informacji o statusie zaszczepienia pracowników przeciw COVID-19. W przypadku pracowników medycznych oznacza to, że pracodawca będzie miał prawo domagać się od pracownika ujawnienia faktu zaszczepienia (bądź nie), oraz – jeśli pracownik za-

szczepiony nie jest – w grę będą wchodzić decyzje dotyczące, na przykład, zmiany warunków pracy. Odsunięcie od pracy z pacjentami jest tylko jedną z opcji – warto wspomnieć, że w krajach, które już wprowadziły obowiązek szczepienia, mowa jest również o odsunięciu niezaszczepionych pracowników od świadczenia pracy łącznie z pozbawieniem prawa do wynagrodzenia.

Po drugie, minister zdrowia wprost zapowiada, że niezależnie od przebiegu kolejnej fali, pracownicy medyczni oraz pracownicy zamkniętych placówek opiekuńczych muszą się liczyć z wprowadzeniem dla nich obowiązku szczepień ze względu na bezpieczeństwo pacjentów. Na razie zmian w przepisach nie ma, ale w Sejmie na rozpatrzenie czeka rządowy projekt nowelizacji ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym. Tam, w formie autopoprawki lub poprawki poselskiej, może obowiązek szczepień przeciw COVID-19 zostać dopisany w każdej chwili. Czy Sejm go uchwali? W tej sprawie nie ma żadnych wątpliwości: za takim rozwiązaniem w trakcie debat poświęconych walce z pandemią już wielokrotnie opowiadały się praktycznie wszystkie kluby parlamentarne. Przeciwni są jedynie posłowie Konfederacji i kilkunastu, może dwudziestu kilku posłów – głównie zresztą z klubu Prawa i Sprawiedliwości.

### **Wykształcenie zobowiązuje!**

Niezależnie od tego, czy obowiązek szczepień przeciw COVID-19 dla pracowników medycznych (czy też dla zatrudnionych w ochronie zdrowia) zostanie wprowadzony, czy nadal będzie obowiązywać rekomendacja z silnym domniemaniem wysokiego poziomu zaszczepienia, organizacje zrzeszające fizjoterapeutów chcą działać na rzecz podwyższenia poziomu zaszczepienia w tej grupie zawodowej. Dla bezpieczeństwa pacjentów, dla bezpieczeństwa samych fizjoterapeutów i osób z nimi współpracujących, ale też w przekonaniu, że tak duża różnica między tą grupą zawodową a pozostałymi zawodami medycznymi sprawia wrażenie, jakby fizjoterapeuci byli medykami „gorszego sortu”, a ich wykształcenie medyczne nie wystarczało do podejmowania decyzji zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.

### **Małgorzata Solecka**

Dziennikarka portalu mp.pl  
i miesięcznika „Służba Zdrowia”

Zespół Rzecznika Dyscyplinarnego przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów zaapelował o szczepienie się przeciw COVID-19. Podkreśla, że fizjoterapeuci jako osoby wykonujące zawód medyczny, zawód zaufania publicznego czynnie uczestniczą w przeciwdziałaniu tej groźnej chorobie wraz z lekarzami, pielęgniarkami, ratownikami medycznymi i innymi osobami, które często z narażeniem własnego bezpieczeństwa podejmują heroiczną walkę o zdrowie i życie pacjentów. „Z dotychczasowych obserwacji wynika, że w przypadku fizjoterapeutów liczba zakażeń wirusem SARS-CoV-2 to ponad 11 tys. osób (dane MZ z dn. 24.07.2021 r.). Skala ta wynika ze specyfiki pracy, ponieważ fizjoterapeuci udzielają świadczeń w bezpośrednim i wyjątkowo długim kontakcie z pacjentem” – czytamy w stanowisku.

Zespół zaznacza, jak ważnym elementem walki z COVID-19 są dobrowolne szczepienia. „Z tego względu należy podkreślić, że zgodnie z przepisami regulującymi wykonywanie zawodu oraz zasadami etyki zawodowej, fizjoterapeuta jest zobowiązany wykonywać zawód z należytą starannością i wykorzystywać wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną szczepionka przeciw COVID-19 ogranicza ryzyko zachorowania, zaś w razie wystąpienia choroby istotnie łagodzi jej przebieg i minimalizuje możliwość wystąpienia niebezpiecznych powikłań. Zwiększenie liczby osób zaszczepionych w całej populacji niweluje rozprzestrzenianie się choroby i, co się z tym wiąże, pojawienie się ewentualnych nowych mutacji wirusa SARS-CoV-2. W związku z powyższym, przyjęcie szczepionki nie wpływa jedynie na indywidualną sytuację zdrowotną jednostki, lecz ma znaczenie dla bezpieczeństwa epidemicznego całego społeczeństwa” – głosi stanowisko, którego autorzy apelują do wszystkich, u których nie występują przeciwwskazania medyczne, „aby zaszczepili się przeciwko COVID-19, wykazując się w tych trudnych warunkach pandemii odpowiedzialnością oraz rozwagą i skorzystali z jednej z największych zdobyczy medycyny, jaką są szczepionki”.



Członkowie Krajowej Komisji Wyborczej. Od lewej: Bogusława Łudczak, członek KKW; Agnieszka Matfin, członek KKW; Radosław Grzywacz, przewodniczący KKW; Anna Komornicka, członek KKW; Beata Smolarek, wiceprzewodnicząca KKW. Fot. Archiwum KIF

## Święto fizjoterapeutycznej demokracji

**Za nami wybory delegatów na II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Było to ogromne wydarzenie organizacyjne, które udało się sprawnie przeprowadzić dzięki zaangażowaniu i wytężonej pracy kilkuset osób – o przebiegu wyborów w relacji Radosława Grzywacza, przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej.**

Przygotowania do wyborów rozpoczęły się już na początku 2020 r. i były prowadzone przez biuro KIF. Wiązało się to m.in. ze znalezieniem 64 odpowiednich lokali wyborczych w 58 miastach oraz rekrutacją ponad 330 członków Komisji Rejonowych.

1 czerwca 2020 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej, która została powołana w oparciu o Uchwałę nr 508 Krajowej Rady Fizjoterapeutów. Wtedy do przygotowań wyborczych dołączyli fizjoterapeuci wybrani do Krajowej Komisji Wyborczej (na zdjęciu), a ja objąłem zaszczytne miejsce jej przewodniczącego.

Do naszych głównych zadań należało: przygotowanie list fizjoterapeutów uprawnionych do głosowania, rejestracja kandydatów na delegatów, powołanie członków i przewodniczących Komisji Rejonowych. A już w czasie kolejnych tur wyborów sprawowanie nadzoru nad ich prawidłowością i rozpatrywanie ewentualnych protestów związanych z ich przebiegiem.

Do udziału w wyborach na delegatów zgłosiło się 778 kandydatów na 332 miejsca. Uprawnionych do głosowania było 69 291 fizjoterapeutek i fizjoterapeutów. Średnia frekwencja dla wszystkich rejonów głosowania wyniosła 9,45%.

W trakcie wyborów nie wpłynęły do Krajowej Komisji Wyborczej żadne informacje na temat zakłóceń przebiegu głosowania w poszczególnych Komisjach Rejonowych.

Dzięki dobremu przygotowaniu przez biuro KIF wyborów pod względem organizacyjnych oraz zaangażowaniu członków i przewodniczących Komisji Rejonowych, a także członków Krajowej Komisji Wyborczej udało się przeprowadzić sprawnie i bez zakłóceń to olbrzymie przedsięwzięcie.

I choć cały proces przebiegł bez problemów, to korzystając ze zdobytego doświadczenia, można postulować o wprowadzenie „ulepszeń” w kolejnych kadencjach.

## Wybory odbyły się w 4 terminach

### I termin

23 maja 2021 r., województwa: dolnośląskie, lubuskie, opolskie, śląskie.  
W tym rejonie średnia **frekwencja** wyniosła **6,32%**.  
Najwyższa była w Bolesławcu (11,33%), najniższa w Rybniku (3,09%).

### II termin

30 maja 2021 r., województwa: kujawsko-pomorskie, pomorskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie.  
W tym rejonie średnia **frekwencja** wyniosła **7,59%**.  
Najwyższa była w Słupsku (20,75%), najniższa w Koszalinie (2,68%).

### III termin

13 czerwca 2021 r., województwa: lubelskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie.  
W tym rejonie średnia **frekwencja** wyniosła **12,23%**.  
Najwyższa była w Rzeszowie (19,52%), najniższa w Białej Podlaskiej (5,50%).

### IV termin

20 czerwca 2021 r., województwa: łódzkie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie.  
W tym rejonie średnia **frekwencja** wyniosła **11,19%**.  
Najwyższa była w Łomży (20,26%), najniższa w Elblągu (1,94%).

Moim zdaniem głównym zadaniem na przyszłość powinno być dążenie do przeprowadzania we wszystkich Komisjach Rejonowych wyborów w formie elektronicznej. W zasadniczy sposób ułatwiłoby to nie tylko głosowanie, ale i usprawniłoby, i przyspieszyło proces wyłaniania delegatów (zliczania głosów). Ważne jest także podejmowanie działań na rzecz podniesienia frekwencji, chociaż na tle innych samorządów zawodowych nie odbiega ona od średniej, a w niektórych przypadkach jest nawet wyższa. Niemniej, ponieważ jesteśmy najmłodszym samorządem medycznym, kluczowe wydaje się prowadzenie ciągłej kampanii informacyjnej mającej na celu umacnianie świadomości roli samorządu zawodowego, członkiem jest przecież każdy z nas. Aby każde kolejne wybory i udział w nich był postrzegany jako nasz

obowiązek i aby było to święto naszej fizjoterapeutycznej demokracji.

Korzystając z okazji, chciałbym podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w pracę przy organizacji wyborów: pracownikom biura KIF, członkom i przewodniczącym Komisji Rejonowych, moim koleżankom z Krajowej Komisji Wyborczej oraz pogratulować nowo wybranym delegatom.

**Radosław Grzywacz**  
Przewodniczący Krajowej  
Komisji Wyborczej





Fot. Albert Zawada

## Moje życie bez sportu byłoby lepsze

– WIEM, CO TO JEST EKSTREMALNY WYSIŁEK – O TYM, JAK  
DOŚWIADCZENIE ZDOBYTE W SPORCIE PRZEKŁADA SIĘ NA PRACĘ  
Z PACJENTEM I DLACZEGO FIZJOTERAPEUTKI NIE CHCĄ SIĘ BIĆ,  
OPOWIADA **DR AGNIESZKA STĘPIEŃ.**



### **Jak się zdobywa najwięcej głosów w Polsce (ponad 70% na Mazowszu) spośród kandydatów na delegatów na II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów?**

Ciężką pracą i wielką pasją. Myślę, że jeśli człowiek przez lata coś robi, zdobywa zaufanie innych, to staje się rozpoznawalny w środowisku. Ja nie zabiegałam o te głosy, nie spodziewałam się, że uzyskam taki wynik. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy na mnie zagłosowali.

### **Wśród fizjoterapeutów to kobiety stanowią większość, prawda?**

Tak, 75 proc. przedstawicieli naszego zawodu to kobiety.

### **Jednak na liście delegatów spośród 10 osób, które otrzymały największą liczbę głosów, jest aż sześciu mężczyzn.**

To wynika z tego, że kobiety nie chcą się bić.

### **Nie chcą czy nie potrafią?**

Myślę, że to kwestia innych wartości, są bardziej pokojowe, mniej nastawione na rywalizację. Kobiety mają mnóstwo obowiązków: pranie, sprzątanie, gotowanie, opieka nad dziećmi, a często i rodzicami. A do tego pracę zawodową. Wiem sama po sobie – nie chcę się bić, inne rzeczy są dla mnie istotniejsze niż władza i kariera. Mam wiele innych obowiązków i celów, których realizacja ma dawać coś innym. To nie tylko kwestia fizjoterapeutek. To mężczyźni stoją na czele zarządów, a kobiety są schowane. Nie mają czasu, żeby się pokazywać.

### **To dlaczego zdecydowała się Pani zostać prezesem Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska?**

Współzakładałam stowarzyszenie, przez osiem lat byłam członkiem zarządu. Byłam tam jedyną kobietą, co było ciekawym doświadczeniem. Nieraz byłam świadkiem „męskich” rozmów. No, czasem było ostro – ożywione dyskusje, ścieranie się poglądów. Mój głos był spokojniejszy. Gdy doszło do kompletowania nowego zarządu, okazało się, że jestem osobą z największym doświadczeniem.

### **Ile jest teraz kobiet w zarządzie?**

Mam jedną koleżankę, a pozostała trójka to mężczyźni. Bycie prezesem stowarzyszenia to naprawdę ciężka praca. Poświęca się na to mnóstwo czasu, trzeba mieć wiele pomysłów i umieć je zrealizować, mieć dobre kontakty z różnymi ludźmi. Nie otrzymuje się

za to pieniędzy, a odpowiada się za wpływy składek członkowskich, żeby mieć z czego utrzymać stowarzyszenie.

### **Ile poświęca Pani czasu na pracę w stowarzyszeniu?**

Wczoraj już poświęciłam dwie godziny, dziś czeka mnie sporo telefonów w związku z wykładami dla studentów – to pewnie kolejne dwie godziny. I tak właściwie codziennie. Cały zarząd ciężko pracuje na rzecz stowarzyszenia.

### **Działalność naukowa SFP w czasie pandemii jest imponująca. Zorganizowaliście ponad 70 webinarów ze wszystkich dziedzin medycyny, w których wzięło około 7 tysięcy fizjoterapeutów. To musiał być bardzo intensywny czas.**

Tak, to prawda. Początkowo była to nasza reakcja na lockdown. Wiele naszych koleżanek i kolegów, ze względu na odgórne ograniczenie usług fizjoterapeutycznych, pozostało w domach, inni mierzyli się z nowymi wyzwaniami. Webinary miały wspomagać rozwiązywanie przez fizjoterapeutów nowych problemów medycznych, a zarazem zapewnić wsparcie psychiczne i oderwanie od ponurej rzeczywistości. To był ogromny wysiłek, taki jak organizacja kilku



Wakacyjny trening, 2021. Fot. Arch. prywatne A.Stępień

konferencji naukowych. Pandemia trwa, a my siłą rozpędu i dobrych emocji kontynuujemy nasze działania.

Tak rozumiem powinność towarzystwa naukowego. Musimy być drogowskazem dla innych. Jestem bardzo wdzięczna całemu zarządowi głównemu, zarządom oddziałów oraz wszystkim członkom stowarzyszenia i wykładowcom, którzy zaangażowali się dla dobra innych. Od września zapraszamy na kolejne webinary! Jako towarzystwo naukowe swoją wiedzą wspieraliśmy też organizacje pacjentów, które zwróciły się do nas z prośbą o pomoc. To także było nowe doświadczenie oraz olbrzymia satysfakcja.

### **Skoro nie da się być tylko prezesem, to czym jeszcze Pani się zajmuje?**

W 2004 r. założyliśmy z mężem Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej ORTHOS. Pracuje tu ponad 30 osób, co przekłada się na sporą ilość pracy organizacyjnej – na faktury czas mam dopiero wieczorem. Codziennie przyjmuję swoich pacjentów. Mniej więcej 70 proc. z nich to dzieci i młodzież, w tym spora część w ciężkim stanie – z zanikami mięśni, korzystające z respiratorów. Praca z nimi wymaga silnej psychiki i dużo uśmiechu.

### **Bo powodzenie terapii w takich przypadkach jest niepewne?**

Nie tylko. W gabinetach widzimy tragedie całych rodzin, ich problemy, konflikty między rodzicami. Zdarza się, że mama prosi mnie, abym pomogła jej wciągnąć w opiekę nad dzieckiem ojca, bo mąż się nie angażuje. To są sytuacje, które wymagają wiele ener-

gii. Na studiach nie szkolono nas do rozwiązywania takich problemów psychologicznych. A ludzie się do nas z tym zwracają pewnie dlatego, że spędzamy ze sobą wiele czasu, często przychodzą do nas latami. Niektórzy uważają nas za członków rodziny. Nieraz fizjoterapeuta zna więcej tajemnic niż partner.

### **Drzwi zamykają się za pacjentem, ale ich problemy z Panią zostają?**

Mam wrażenie, że czasem się nie zamykają, bo niektórzy pacjenci wymagają, aby być w kontakcie także po tej godzinnej wizycie. Proszę pamiętać, że wiele dzieci, którymi się opiekujemy, cierpi na poważne choroby. To jest część mojego życia. Jednak choć to może brzmieć dość obciążająco, to ja uwielbiam tę pracę. Rodzi się z niej wiele wspaniałych chwil i inicjatyw. Np. mamy pacjenta z bardzo rzadką chorobą. Namawiałam jego rodziców, żeby założyli stowarzyszenie albo fundację, bo dzięki temu będzie im o wiele łatwiej uzyskać np. dostęp do specjalistów. Oni są bardzo zajęci, ale kilka dni temu zadzwonili i powiedzieli: „dojrzelśmy do tego”. A to już kolejna organizacja, na którą pomysł zrodził się w naszym gabinecie, a teraz będzie wspierać wielu chorych.

### **Dobro idzie dalej?**

Tak! To jest fantastyczna część mojego życia zawodowego, ale chciałabym też może opowiedzieć coś o moim życiu prywatnym.

### **Właśnie chciałam zapytać, jak mając tyle obowiązków, zakłada się rodzinę, wychowuje dzieci.**

Gdy dzieci były małe, moje życie było trochę mniej intensywne. Mam dwóch, już dorosłych, wspaniałych synów. Jeden właśnie został lekarzem, a drugi ukończył studia magisterskie z fizjoterapii. W rodzinie jest więc dwoje fizjoterapeutów i dwóch lekarzy, bo jeszcze lekarzem jest mój mąż.

### **Chcieliście, aby dzieci poszły w wasze ślady?**

Nie namawialiśmy ich, to samo tak wyszło, nasiąkali tym od urodzenia. Myślę, że zrealizują się w tych zawodach, ale wiem też, ile będzie to wymagało zaangażowania, pracy. A do tego przez co najmniej pierwsze lata będą za to bardzo słabo wynagradzani. Przecież pensja około 3 tys. zł jest po prostu uwłaczająca, inaczej tego nazwać nie można. Dobrze pamiętam to uczucie. Gdy dzieci były małe, nie było nas stać na pampersy, a zupy w słoiczkach były nieosiągalnym luksusem. A do tego nie zawsze miałam dla nich czas, często siedziałam po nocach z nosem



Debata w czasie konferencji Fundacji SMA, 2019.  
Fot. Arch. prywatne A.Stępień



1. Zakończenie studiów magisterskich, AWF Warszawa, 2007. Fot. Arch. prywatne A.Stepień  
2. Wyróżnienie przyznane przez studentów AWF Warszawa, 2021. Fot. Arch. prywatne A.Stepień

w książkach. Synowie wiedzieli więc, ile ta praca będzie ich kosztować. Ale dziś mają bardziej otwarte głowy, niż my mieliśmy, więcej możliwości rozwoju. Tak samo zresztą jak moi studenci. Żeby tylko chcieli się rozwijać.

**A nie chcą?**

Studenci?

**Tak.**

Uczę studentów od 25 lat. Myślę, że chcą, ale czasem życie im nie pozwala. Tu znów wracamy do tematu kobiet. Miewałam bardzo ambitne studentki, które chciały się rozwijać, ale zachodziły najpierw w jedną, a potem drugą ciążę i porzucały te plany. W życiu kobiety jest taki okres, kiedy bardzo ciężko robić kilka rzeczy równocześnie. Ale wielu się to udaje, bo są pracowite i mądre. Studenci fizjoterapii są naprawdę wyjątkowi. Są otwarci, bezpośredni, dociekliwi, wspaniali. Po studiach entuzjastycznie rzucają się w wir pracy, ale nie można zapomnieć o swoim dobrostanie psychicznym. Przestrzegam studentów przed nawiązywaniem zbyt dużej bliskości z pacjentami, bo może to prowadzić do wypalenia. Mam wielu znajomych fizjoterapeutów, którzy leczą się na depresję. Pojawiły się badania, mówiące o tym, że 25 proc. fizjoterapeutów z powodu bliskiego kontaktu jest wypalonych zawodowo. A wtedy nie ma siły, aby z kimś się dzielić. Pacjentom, którzy za bardzo sami będą przekraczać granicę, należy powiedzieć „stop” – to jest moja strefa prywatna, nie wolno tu wchodzić.

**Skąpy strój pacjenta, który jest potrzebny, aby fizjoterapeuta mógł go zbadać czy przeprowadzić swoje zabiegi, może sprzyjać złemu odczytaniu intencji?**

Zdarzało mi się, że rozebrany pacjent, którego dotykałam, dawał mi informację zwrotną, że wchodził mi – jego zdaniem – w jakąś relację. Zaczęłam o tym rozmawiać z innymi fizjoterapeutami i okazało się, że wielu z nich spotyka się z taką sytuacją na co dzień. Musimy na to bardzo uważać, ponieważ cielesność jest dla fizjoterapeutów czymś innym niż dla reszty ludzi. Dotyk jest istotną częścią naszego leczniczego oddziaływania, charakterystyczną dla naszego zawodu już od pierwszych lat edukacji.

**Przydałyby się zajęcia z psychologii?**

One są na studiach, ale teoria to za mało. Fizjoterapia jest wyzwaniem. Jest złożona z wielu elementów – z jednej strony mamy wiedzę, czyli to czego uczymy się na studiach i podczas kształcenia podyplomowego. Potem kompetencje związane z kontaktem z drugim człowiekiem – jak z nim rozmawiać, prowadzić tę relację, sprawić, aby szczerze opowiadał o swoich problemach. Dochodzi cała sfera psychologiczna – jak reagować, gdy moim pacjentem jest dziecko, a w gabinecie nagle „rozsypuje się” jego mama. Nie mogę jej jakoś nie wesprzeć, bo bez silnej mamy, nie będzie silnego dziecka. To wszystko stawia nas bardzo wysoko pod względem stopnia bliskości z pacjentami. To jest bardzo fajne, ale też i trudne.



Konferencja Wiosna z fizjoterapią, WUM, 2017.  
Fot. Arch. prywatne A.Stępień

**Brzmi to jak duże wyzwanie stojące przed fizjoterapią, żeby przedstawiciele zawodu byli lepiej przygotowywani do pracy pod względem właśnie psychologii.**

To już się na szczęście dzieje. W mojej uczelni, Akademii Wychowania Fizycznego, trwają badania dotyczące bliskości i komunikacji. Myślę, że dość szybko pojawi się wiedza naukowa, ale to coś innego niż praktyka. Wszyscy fizjoterapeuci będą musieli sami przez to przejść. Ale muszą mieć od kogo się uczyć. Ja miałam swojego mentora. W czasie egzaminowania studentów stałam przy boku prof. Andrzeja Seyfrieda. Jaki on miał kontakt z pacjentami! Jak czarował, kłaniał się – on był cały dla pacjenta, pochłonięty jego problemem i uczył nas tego. Obecnie często brakuje nam na to czasu.

**Szczególnie jak pracuje się np. w sanatorium, gdzie co 20 minut wchodzi kolejny pacjent.**

Jestem pełna podziwu dla tych ludzi, którzy tam pracują i są w stanie to wszystko ogarnąć. U mnie konsultacja trwa 45 minut i nigdy się nie wyrabiam. Optymalnie dla mnie byłoby, gdyby wizyty trwały 1.5 godziny. Wtedy na spokojnie zbadalabym pacjenta, przeprowadziła wywiad, wytłumaczyła wszystko, wykonała działania terapeutyczne, zadała ćwiczenia do domu i uzupełniła dokumentację medyczną.

**Bez tej papierkowej roboty na koniec nie byłoby prościej? Miałaby Pani więcej czasu dla pacjenta.**

Dokumentacja medyczna jest dla dobra pacjenta. Gdy mamy wielu chorych, najzwyczajniej mogą zacząć nam się mylić. Nie ma możliwości, abyśmy zapamiętali szczegóły dotyczące każdej osoby. Ja bardzo dużo piszę w dokumentacji medycznej, to jest niezwykle ważne pod względem klinicznym. W momencie gdy



Zarząd Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska 2017-2021. Od lewej mgr Michał Kłosek, mgr Anna Boguniecka, dr Agnieszka Stępień, mgr Filip Windak, mgr Arseniusz Burkiewicz. Fot. Arch. prywatne A.Stępień

coś zapisuję, nagle sobie uświadamiam, że to może wynikać z tego, co opisałam pięć minut wcześniej. Jeśli te dwa elementy mi się łączą, od razu to zapisuję, bo potem mogę nie powiązać tych faktów.

Dokumentację prowadzę nieprzerwanie od 15 lat. To jest mój skarb. Przychodzi do mnie pacjent, którego nie widziałam od roku. Badam go, zaglądam do jego karty i od razu wiem, co się zmieniło w jego ciele i na czym muszę się skupić. Myślę, że też dlatego pacjenci do mnie wracają. Pracuję w zawodzie ponad 20 lat. Pod opieką mam całe rodziny, od babć, przez rodziców, po małe dzieci. Po 15 latach mogę wyciągnąć kartę z archiwum i zobaczyć, czy matka nie miała zmian, które teraz pojawiają się u jej dziecka.

**Skąd w Pani życiu pomysł na fizjoterapię?**

Rodzice od małego wdrażali mnie i brata w sport. Jak byłam przedszkolakiem, to w telewizji w niedziele o godz. 13 oglądaliśmy zawody pięściarskie. Znałam wszystkich bokserów! Chodziłam też z rodzicami na mecze piłkarskie Legii. Od 4 klasy uprawiałam przez lata lekkoatletykę. To była moja największa pasja. Gdy miałam 17 lat zostałam akademicką wicemistrzynią Polski w rzucie oszczepem, byłam też medalistką w skoku w dal. W klasie maturalnej zerwałam na zawodach miesiąc i kariera sportowa w lekkoatletyce legła w gruzach. Całe liceum trenowałam też siatkówkę, byłam niezłą. Ale – według ówczesnego trenera AZS AWF – za niska na siatkarkę, więc mnie nie przyjął. Jestem do dzisiaj na niego wściekła. Za to moi synowie grają w siatkówkę i jestem ich oddanym kibicem.

Co do studiów to wiedziałam, że chcę iść na AWF, z czasem zainteresowałam się konkretnie rehabilitacją. Po zdaniu matury zostałam wezwana na dywanik do pani dyrektor, gdzie czekała już nauczycielka

matematyki. Zabroniły mi iść na rehabilitację, mówiły że marnuję taki potencjał, że powinnam iść na matematykę albo ekonomię. A co teraz robię? Liczę, mierzę, badam odchylenia kątowe, napisałam doktorat z biomechaniki oraz kilka prac naukowych na jej temat. I tu się zrealizowała moja wiedza matematyczna.

### **Sport sprzed lat pomaga Pani dziś w pracy?**

Wiem, co to jest ekstremalny wysiłek. Wiem, co to znaczy wymiotować po treningu. Wiem, co to znaczy być tak zmęczonym, żeby nie być w stanie wstać z łóżka. I to doświadczenie zdobyte przez ciało przekładam na pacjentów. Bo gdy prowadzi się pacjenta z SM czy zanikiem mięśni, to wiadomo, co złego można mu zrobić, gdy się go przeciąży. Takiego doświadczenia nie mają osoby, które nie trenowały. Ubolewam, że treningów sportowych w uczelniach medycznych jest coraz mniej.

### **Podczas rozmów niektórzy fizjoterapeuci podkreślają, że nie są po AWF, tylko po uniwersytecie medycznym, jakby to było bardziej nobilitujące.**

Cóż mogę powiedzieć... Moje życie bez sportu byłoby bledsze i za nic w świecie nie zamieniłabym AWF na inną uczelnię. Wiem, że studenci AWF mogą wydawać się bardziej wyluzowani, bo np. nie mają problemu, aby się przebrać na środku korytarza. Ale to nic dziwnego, skoro mając sportowe doświadczenia, wiedzą, jak to jest, gdy na pięć sekcji przypada jedna szatnia. To właśnie w akademiach wychowania fizycznego wykształcili się pierwsi magistrowie rehabilitacji, a następnie fizjoterapii. Studia fizjoterapii w innych uczelniach rozpoczęły się dopiero w tym wieku. Absolwenci AWF pracują na wszystkich kontynentach. To piękna tradycja, a należy dodać, że pracuję w najstarszym wydziale rehabilitacji w Europie i jestem z tego bardzo dumna.

### **Lubi Pani uczyć innych?**

Pewnie, uwielbiam moich studentów. Praca ze studentami napędza i rozwija. Trzeba odpowiadać na wiele wymagających pytań. A potem można się cieszyć, gdy nasi uczniowie się rozwijają. Jeden z nich jest już doktorem, postacią znaną w środowisku. Poprosiłam go niedawno, aby otworzył konferencję, którą organizowałam. I on tam powiedział publicznie, że jest zaszczycony, że go o to poprosiłam i... że uczyłam go w zeszłym stuleciu! Ale taka prawda, jestem już trochę dinozaurem. Nawet na liście kandydatów na delegatów widziałam wielu moich byłych uczniów, którzy sami są teraz super wykładowcami, pracują

klinicznie i naukowo. Nauczyciele wpływają na nasze życie. W pracy ze studentami kieruję się dewizą wspomnianego prof. Seyfrieda, który nam mówił: „Przekazuję wam swoją wiedzę, ale wiem, że wszystkiego nie przyjmiecie. Musicie zdobyć swoje doświadczenie”. Jestem wdzięczna także moim innym nauczycielom. Prof. Zbigniew Trzaskoma, prof. Janusz Domaniecki, prof. Andrzej Wit prowadzili mnie po ścieżce naukowej. Miałam też szansę współpracować z wieloma fantastycznymi ludźmi w zespołach naukowych w Polsce i z granicą. To wielki dar trafić na takich mądrych przewodników. Niektórych nie ma już między nami, ale pozostali w naszej pamięci.

### **A nie żałuje Pani, że nie zdecydowała się na karierę za granicą?**

Gdy pod koniec studiów otrzymaliśmy z koleżankami i kolegami propozycję wyjazdu do pracy w USA, ja nie chciałam jechać, ale część z nas się zgodziła. Nie wiem, czy dziś są szczęśliwymi ludźmi, ale wiem, że są bogatymi specjalistami. Nie żałuję tej decyzji, bo polska fizjoterapia dogoniła amerykańską. Widać to chociażby w przypadku koncepcji PNF, której uczę, a która to powstała właśnie w USA. Teraz dla studentów jest oczywiste, że fizjoterapeuci mają swoją ustawę, samodzielność zawodową, odpowiedzialność. Ale tego nie było pięć-sześć lat temu! Polska zrobiła olbrzymi postęp w stosunku do innych krajów. Przeskoczyliśmy je o epokę. Z racji bycia członkiem organizacji międzynarodowej instruktorów mam kontakt z kolegami z wielu krajów, więc wiem, jak to u nich wygląda. Wydaje mi się, że osoby krytykujące wprowadzane w ostatnich latach w Polsce zmiany, nie mają tej świadomości. Praca w Polsce dała mi jeszcze jeden cenny dar. Mam tu wielu przyjaciół fizjoterapeutów, na których zawsze mogę liczyć.

### **Ale rację mają też ci, którzy mówią, że jest jeszcze wiele rzeczy do zmiany.**

Oczywiście i uważam, że należy kontynuować rozpoczęte prace. Nie wszystko da się zrobić w pięć minut czy nawet podczas pięciu lat, gdy zaczyna się od zera. Potrzebujemy szerokiego spojrzenia na nasz zawód, które nie dotyczy tylko podniesienia zarobków. Bo żeby je podnieść, trzeba zwiększyć zaufanie społeczne do nas. Trzeba mieć wizję rozwoju, promować zawód. Dbać o edukację fizjoterapeutów. Troszczyć się o pacjentów. I pamiętać, że dobro rodzi dobro.

*Rozmawiała  
Agnieszka Gierczak-Cywińska*



## ICF – wielopłaszczyznowa dyskusja

W maju br. minęło dokładnie 20 lat od opublikowania Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). ICF jest powszechnie znaną na świecie klasyfikacją służącą do opisu stanu funkcjonowania człowieka. WHO podkreśla, że funkcjonowanie powinno być trzecim, obok śmiertelności i zachorowalności, wskaźnikiem zdrowia opartym właśnie o ICF. Klasyfikacja znana jest już od wielu lat, ale nadal jej stosowanie rodzi wiele pytań i wątpliwości. Dlaczego? Jedną z prawdopodobnych przyczyn braku jej stosowania jest to, że jest modelem teoretycznym, którego używanie w praktyce klinicznej może być trudne i czasochłonne.

Wiosną tego roku, z inicjatywy Krajowej Izby Fizjoterapeutów i przy wsparciu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji, odbyła się konferencja online „ICF w polskim systemie opieki zdrowotnej – fakty, mity, realne potrzeby”. Celem spotkania była dyskusja na temat zabezpieczenia potrzeb funkcjonalnych społeczeństwa polskiego dzięki wspólnej interpretacji i jednolitemu wdrażaniu narzędzi opartych na ICF, a w konsekwencji także integracji usług ochrony zdrowia z innymi usługami publicznymi w zakresie polityki społecznej, edukacji i rynku pracy. Korzyści z jednolitego wdrażania ICF wiążą się z możliwością uzyskania pełnego „opisu” osoby, a co za tym idzie – możliwością realizacji kluczowego celu, jakim jest poprawa jej funkcjonowania. Docelowo na podstawie gromadzonych danych na temat zachorowalności (ICD-10, a w niedalekiej przyszłości ICD-11) oraz stanu funkcyjowa-

nia społeczeństwa (ICF), a także interwencji medycznych (ICD-9) możliwe będzie efektywne planowanie programów polityki zdrowotnej, w tym m.in. niezbędnych nakładów finansowych, realnej wyceny świadczeń, zapotrzebowania na personel medyczny czy technologii asystujących.

Do debaty zaproszeni zostali eksperci specjalizujący się w ICF zarówno z zagranicy, jak i z Polski. Podczas debaty poruszano takie tematy, jak:

- Główne założenia inicjatywy Rehabilitacja 2030 i trzeci wskaźnik zdrowia – funkcjonowanie. Korzyści płynące ze stosowania ICF i WHODAS 2.0 – Nenad Kostanjsek – przedstawiciel WHO ds. klasyfikacji ICD-11 i ICF, współautor kwestionariusza WHODAS 2.0;
- ICF w systemie ochrony zdrowia oraz jej znaczenie dla korzyści ekonomicznych państwa. – Prof. Jerome Bickenbach – przedstawiciel ICF Research Branch, Wydział Nauk o Zdrowiu i Polityki Zdrowotnej na Uniwersytecie w Lucernie;
- ICF w edukacji – Elżbieta Neroj – radca generalny w Departamencie Wychowania i Kształcenia Integracyjnego, Ministerstwo Edukacji i Nauki;
- Dobre praktyki ICF. Od opieki zdrowotnej po aktywizację zawodową i społeczną – Robert Jagodziński – wiceprezes Fundacji Aktywnej Rehabilitacji;
- ICF w praktyce klinicznej. Przykłady wdrożeń. Rehabilitacja jako inwestycja – Ernest Wiśniewski – wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Pośród uczestników byli przedstawiciele m. in. Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Edukacji i Nauki, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy, a także przedstawiciele uczelni wyższych oraz World Physiotherapy i WHO.

KIF stoi na stanowisku, że rozpowszechnianie ICF jest niezwykle ważne i potrzebne, ale – aby było skuteczne i przynosiło oczekiwany efekt – musi odbywać się w pełnym zrozumieniu oraz we współpracy międzyresortowej na wielu płaszczyznach.

– ICF jest swoistym słownikiem, który pozwala pracownikom ochrony zdrowia opisywać stan funkcjonowania, ale aby efektywnie z niego korzystać, musimy przekształcić go w różnego rodzaju kwestionariusze czy formularze oceny – podkreślał prof. Jerome Bickenbach.

Dlatego też debata odbyła się w gronie przedstawicieli różnych instytucji, z którymi wymiana doświad-

czeń i dobrych praktyk jest kluczowa. Wspólne i jednolite wdrażanie ICF do polskiego systemu ochrony zdrowia, a także innych usług publicznych, musi odbywać się w sposób skoordynowany. Dyskusja pokazała, jak bardzo ważne jest wprowadzenie uniwersalnego języka, który pozwala przekazywać informacje o stanie funkcjonowania człowieka w systemach opieki medycznej, społecznej i edukacji. Rozmawiano także o tym, co należy zrobić, aby katalog realnych korzyści wynikających z systemowego wprowadzania ICF był jak najbardziej obszerny.

Pełna retransmisja z debaty dostępna jest dla wszystkich na kanale YouTube Krajowej Izby Fizjoterapeutów lub bezpośrednio pod tym linkiem:

<https://youtu.be/pOrL7ZZ7KiM>



**Weronika Krzepkowska**  
Dział ds. Międzynarodowych KIF

 finezjo

# Dokumentacja medyczna w fizjoterapii

Bezpłatna • Bezpieczna • Nowoczesna

 finezjo.pl

# Nowy obowiązek czy ugruntowanie pozycji fizjoterapeuty?

Od 1 lipca br., po trwającym 10 lat okresie przejściowym, przedstawiciele zawodów medycznych mają obowiązek sprawozdawania na rządową platformę P1 informacji o zdarzeniach medycznych.

Regulacja ta, choć była zapowiadana, spowodowała liczne pytania i obawy w środowisku fizjoterapeutycznym. Wyjaśniamy zatem najważniejsze fakty związane z elektronicznym raportowaniem danych medycznych.

## Po co zbiera się dane medyczne?

Sprawozdawanie informacji o zdarzeniach medycznych jest częścią ogólnopolskiego Systemu Informacji Medycznej (SIM), ale także, co bardzo ważne, składową światowych systemów informacji o zdrowiu (ang. *Health Information Systems - HIS*). Systemy te zostały zaprojektowane, aby ułatwić zarządzanie danymi zdrowotnymi w celu podejmowania racjonalnych decyzji z zakresu polityki zdrowotnej na poziomie krajowym, jak i globalnym.

W Polsce SIM służy do przetwarzania danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców. W ramach tego systemu realizowane są już np. e-recepty i e-skierowania.

Inne elementy systemu zarządzania informacją w ochronie zdrowia to platformy P1 i P2. System P1 to elektroniczna platforma usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, która ma umożliwić gromadzenie, analizowanie i udostępnianie informacji o zdarzeniach medycznych w zakresie zgodnym z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Platforma P2 – w dużym uproszczeniu – gromadzi, przetwarza, weryfikuje i udostępnia informacje o rejestrach podmiotów wykonujących działalność leczniczą. To również Rejestr Aptek i Hurtowni Farmaceutycznych, Rejestr Produktów Leczniczych, Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów, lekarzy, diagnostów itd.

Docelowo na podstawie gromadzonych danych na temat zachorowalności, stanu funkcjonowania polskiego społeczeństwa, a także interwencji medycznych możliwe będzie efektywne planowanie programów polityki zdrowotnej, w tym m.in. poziomu niezbędnych nakładów finansowych, realnej wyceny świadczeń, zapotrzebowania na personel medyczny czy technologie asystujące.

Fizjoterapeuci, dostarczając dane statystyczne do systemów informacji zdrowotnych, po raz pierwszy mogą mieć realny wpływ na planowanie i kreowanie polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb polskiego społeczeństwa w zakresie rehabilitacji. To kolejny krok w ugruntowaniu pozycji fizjoterapii w systemie ochrony zdrowia.

## Jak działa Platforma P1

W systemie P1 przechowywane są informacje o zdarzeniach medycznych dotyczących usługobiorców, czyli pacjentów. Każdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy (np. rodzic) ma z kolei dostęp do informacji o własnym zdrowiu, swoich dzieci lub osoby, która go do tego upoważniła poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKP).



Wprowadzanie danych do IKP to obowiązek lekarzy, pielęgniarek, diagnostów medycznych oraz oczywiście fizjoterapeutów. Precyzyjnie wybrane dane są pobierane z prowadzonej przez nich dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i wysyłane do zasobów platformy. Aby raportować dane konieczna jest tylko integracja z systemem P1 poprzez pobranie klucza dostępu do systemu, nie jest wymagane prowadzenie odrębnych rejestrów.

Wysyłane do platformy P1 dane nie są „fizycznie” nigdzie przenoszone czy zapisywane. W uproszczeniu, pozostają one na serwerach dostawców programów do dokumentacji medycznej (np. w Finezjo), ale system P1 dostaje o nich informację i w razie potrzeby „wskazuje” lokalizacje konkretnych zapisów.

### **Dlaczego należy podawać kod ICD-10?**

Dane uzupełniane w dokumentacji medycznej (wywiad, opis i wyniki badania) są informacją merytoryczną przeznaczoną dla pacjenta i pracownika ochrony zdrowia. Natomiast w systemach informatycznych tekst rozpoznawany jest jako ciąg znaków, nie będących kodem – to powoduje, że słowny zapis jest zrozumiały dla człowieka, ale nie pozwala na porównywanie danych przez system.

Aby wypełnić analityczne i statystyczne zadania, jakie kryją się za obowiązkiem raportowania danych do systemów informacji o zdrowiu, konieczne było wprowadzenie do zapisów dokumentacji medycznej kodów. Obecnie stosowane są do tego celu ICD-10 i ICD-9. Niebawem spodziewane jest wprowadzenie nowej zaktualizowanej klasyfikacji ICD-11, która zastąpi obecną ICD-10.

Dlatego do zakresu obowiązków fizjoterapeutów wprowadzono uzupełnianie dokumentacji medycznej o kod ICD-10. Ma on odpowiadać przyczynie zgłoszenia się pacjenta na rehabilitację, a nie stanowić rozpoznanie choroby. Jest to nowość dla niektórych fizjoterapeutów, zwłaszcza pracujących w praktykach prywatnych, do których trafiają najczęściej pacjenci bez skierowań. W tej sytuacji, zgodnie z potwierdzeniem uzyskanym z MZ<sup>1</sup>, fizjoterapeuta powinien uzupełnić w dokumentacji kod ICD-10, będący daną identyfikującą powód zgłoszenia się pacjenta.

#### **Przykład:**

*Pacjent z niedowładem połowicznym lewostronnym zgłasza się na rehabilitację bez skierowania.*

*Przyczyna zgłoszenia się pacjenta wg ICD-10: G81 – porażenie połowiczne.*

Podany kod ICD-10 nie stanowi o rozpoznaniu, nie mówi o przyczynie powstałego niedowład. Wskazuje jedynie przyczynę zgłoszenia się pacjenta do fizjoterapeuty. Postawienie diagnozy bezsprzecznie pozostaje w kompetencji lekarza.

### **ICD-10 a ICF**

Oprócz kodu określającego przyczynę zgłoszenia się pacjenta na rehabilitację, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku, fizjoterapeuci w prowadzonej dokumentacji medycznej muszą zawierać także opis stanu funkcjonowania pacjenta wg klasyfikacji ICF.

Zatem analogicznie dokonujemy na podstawie wywiadu i badania zwięzłego opisu stanu funkcjonowania i wprowadzamy adekwatne kody ICF.

#### **Posługując się powyższym przykładem:**

*Pacjent z niedowładem połowicznym lewostronnym, główny problem stanowi chodzenie na długi dystans.*

*Przyczyna zgłoszenia się pacjenta wg ICD-10: G81 – porażenie połowiczne.*

*Ograniczenie stanu funkcjonowania wg ICF np.: d4501 – chodzenie na duże odległości.*

### **Dlaczego musimy wprowadzać do dokumentacji medycznej więcej danych niż jest sprawozdawanych?**

Do platformy P1 wysyłane są dane fizjoterapeuty, pacjenta, data wizyty oraz kody ICD-10 i ICD-9. Obecnie nie jest jeszcze sprawozdawany stan funkcjonowania pacjenta (kody ICF).

Jak mówi Ernest Wiśniewski, wiceprezes KRF ds. rozwoju, zarządzania finansami i współpracy międzynarodowej: – Potrzeby w zakresie analizowania danych o stanie funkcjonowania Polaków wyprzedziły możliwości ich faktycznego gromadzenia w systemach informatycznych i przetwarzania. Z tego względu obowiązek ustawowy na ten moment nie obejmuje kodowania ICF. Pozostaje jednak obowiązek słownego opisu stanu funkcjonowania w oparciu o klasyfikację ICF. Trwają też prace nad opracowaniem ujednoliconego systemu kodowania z wykorzystaniem ICF dla potrzeb sprawozdawczych. Naszą intencją jest stworzyć taki system, aby był zarówno w stanie dostarczać danych do analiz porównawczych na poziomie populacyjnym, jak i był prosty w użyciu klinicznym.

**Opracowała Aleksandra Mróz**

<sup>1</sup> <https://kif.info.pl/informacje/szczegolowa-lista-danych-raportowanych-do-systemu-p1/>

# Ta sama usługa, ale przeciwstawne oceny

Program fizjoterapii pocovidowej stworzony przez KIF jest refundowany z pieniędzy województwa mazowieckiego oraz NFZ. Choć to ten sam projekt, AOTMiT zajęła wobec niego dwa stanowiska.

W czerwcu 2020 r. rozmawialiśmy z zarządem województwa mazowieckiego i marszałkiem o stworzeniu programu dla pacjentów z powikłaniami po przejściu COVID-19. Program na 2021 r., który powstał w KIF, został przyjęty przez samorządowców uchwałą z 5 lipca 2021 r. Władze województwa ogłosiły konkurs na wybranie świadczeniodawców, którzy będą realizować program. Konkurs cieszył się dużym powodzeniem, ostatecznie wybrano 21 placówek. Są to zarówno podmioty lecznicze, jak i – po raz pierwszy – praktyki zawodowe, które będą mogły realizować świadczenia refundowane dla pacjentów z województwa mazowieckiego. Marszałek do 31 grudnia br. przeznaczył na ten cel prawie 2 mln zł. Dobrze by było, gdyby ta kwota była wyższa, ale musimy pamiętać, że rozmowy zaczęły się w momencie, gdy już nie było wolnych środków w budżecie, więc to i tak naprawdę spora suma. Szczególnie, że zostanie podzielona na 21 placówek.

Marszałek zapewnił KIF, że jeśli program będzie się cieszył powodzeniem i będzie nadal potrzebny – zostanie też zrealizowany w 2022 r. Na razie otrzymujemy informacje, że urząd marszałkowski jest bardzo zadowolony z projektu. Liczymy, że inne województwa także będą nim zainteresowane.

## Różne oceny i wyceny

Jako KIF ten sam program, co do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, złożyliśmy także do Ministerstwa Zdrowia, które zleciło NFZ jego wykonanie. Zgodnie z procedurą oba wnioski zostały skierowane do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pierwszy został oceniony pozytywnie pod kątem przygotowanej przez nas wyceny świadczeń, w drugim – wycena świadczeń otrzymała negatywną ocenę AOTMiT. Niestety nie dostaliśmy jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej tego braku konsekwencji. Jedyne wyjaśnienia, jakie otrzymaliśmy, związane są z dążeniem decydentów do utrzymania podobnego poziomu wycen świad-

czeń rehabilitacyjnych „standardowych” i związanych z fizjoterapią pocovidową. Niestety – jak wiemy – od lat wyceny świadczeń rehabilitacyjnych są daleko niedoszacowane.

Program fizjoterapii pocovidowej może być finansowany z pieniędzy NFZ, ale bez możliwości jego realizacji przez praktyki zawodowe i na gorszych warunkach finansowych. W konsekwencji placówki wolą go realizować z bieżących świadczeń (np. fizjoterapii domowej), bo chociaż i tak są nisko opłacane, to jednak lepiej płatne niż usługi fizjoterapii pocovidowej w ramach programu. Co istotne, wprowadzona do programu modyfikacja wykluczyła wielu pacjentów, wprowadzając jako podstawowe kryterium włączenia warunek przechorowania COVID-19 nie później niż pół roku przed zgłoszeniem się do programu.

## Niskie wyceny to niskie pensje

Wydaje się, że temat wycen świadczeń fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych nie ma końca. Szczególnie teraz jest bardzo gorący m.in. ze względu na podwyżki płac w ramach ustawy o minimalnym wynagrodzeniu dla zawodów medycznych. Niestety docierają do nas doniesienia, że świadczeniodawcy nie są w stanie zwiększyć pensji przedstawicielom naszego zawodu właśnie z powodu zbyt niskich wycen realizowanych przez nich świadczeń. Mamy już udokumentowanych kilka przykładów całkowitej rezygnacji z usług fizjoterapeutycznych refundowanych przez NFZ w placówkach na rzecz przeniesienia działalności w sferę komercyjną.

Czekamy na zmianę wyceny fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, która ma wejść w życie od października. Przedstawiliśmy w tym zakresie, w ramach opiniowania do AOTMiT, naszą propozycję rozliczania czasowego pracy fizjoterapeuty, a nie płacenia za wykonanie poszczególnych procedur. Uważamy, że jest ona o wiele bardziej uczciwa. Obecna powoduje obniżenie jakości udzielanych świadczeń, bo nawet jeśli Fundusz zdejmuje limity na poszczególne grupy

pacjentów, np. osoby z niepełnosprawnością znaczną czy dzieci, to otrzymane kwoty są tak niskie, że placówka musi iść w ich ilość, żeby zarobić na pensje pracowników.

Liczymy, że propozycje zmiany wyceny świadczeń rehabilitacyjnych zostaną opublikowane jak najszybciej, aby KIF miał czas na ustosunkowanie się do nich, a placówki na zorganizowanie swojej pracy od października.

### **Istotne zmiany w zasadach realizacji świadczeń od 1 września 2021:**

1. Zniesienie obowiązku potwierdzania przez pacjentów podpisem zrealizowanych świadczeń w ambulatorium i oddziałach dziennych. Brak uzasadnienia prawnego dla pozostawienia wymogu uzyskania podpisu świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego lub faktycznego w fizjoterapii domowej. Więcej przeczytasz o tym na str. 41

2. Zgodnie z postulatem KRF zostają wprowadzone obowiązkowe wizyty fizjoterapeutyczne na początku i na końcu cyklu, które pozwalają ocenić postępy pacjenta oraz są miernikiem skuteczności przeprowadzonej fizjoterapii.

3. Dostosowanie taryfy świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorych ze śpiączką (ICD-10 R40.2) do zaproponowanej przez AOT-MiT (obwieszczenie z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1n do zarządzenia).



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

## Zapisz się na bezpłatne szkolenie!

Trwa rekrutacja na specjalistyczne szkolenia dla fizjoterapeutów realizowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego<sup>1</sup>.

W ramach projektu odbędzie się 80 spotkań, podczas których przeszkolonych zostanie 2 tys. fizjoterapeutów. Szkolenia będą realizowane bezpłatnie we wszystkich miastach wojewódzkich, a organizator pokryje koszty zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu.

Program przewiduje 60 godz. szkoleń podzielonych na dwa moduły. Obligatoryjny zostanie poświęcony badaniu i dokumentowaniu zgodnie z ICF, a fakultatywny – wybierany podczas procesu rekrutacji – jednej spośród czterech podstawowych dziedzin fizjoterapii: ortopedycznej, neurologicznej, kardiologiczno-oddechowej, pediatrycznej. Zajęcia szkoleniowe będą miały w 70 proc. charakter praktyczny.

Osoby zainteresowane udziałem w szkoleniu zapraszamy na Portal Fizjoterapeuty. Tam też znajduje się „Regulamin rekrutacji i uczestnictwa”.

Więcej informacji:

Portal Fizjoterapeuty,  
logowanie.kif.info.pl

e-mail: projekty@kif.info.pl,

tel. + 48 22 230 20 32.



<sup>1</sup> W ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój pt. „Rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” – umowa nr POWR.05.04.00-00-0001/20-00/3404/2021/60.

# Platforma postcovidowa w Małopolsce

O tworzonemu na terenie tego województwa kompleksowym systemie rehabilitacji osób po przebyciu COVID-19 rozmawiamy z prof. dr. hab. n o zdr. Romanem Nowobilskim, współtwórcą i opiekunem naukowym projektu.

**Panie Profesorze, co się kryje pod nazwą „platforma postcovidowa”?**

Pod egidą Urzędu Marszałkowskiego w Małopolsce opracowany został program rehabilitacji postcovidowej dla pacjentów z naszego regionu. Ma on na celu odpowiednią dystrybucję pacjentów do placówek, którymi dysponujemy w zależności do stanu i potrzeb chorego, profilu ośrodka, dostępności miejsc. W ramach działania platformy część miejsc rezerwowana jest dla „ciężkich” pacjentów umieszczanych w placówkach rehabilitacji bezpośrednio po zakończeniu leczenia na oddziałach covidowych.

**Może Pan przybliżyć czytelnikom swoją rolę w tym projekcie?**

Jestem autorem pomysłu i współkoordynatorem projektu. Pełnię też rolę opiekuna naukowego i dbam o to, aby nasze działania były zgodne z aktualnym stanem wiedzy, opartym na wynikach badań naukowych. Bardzo się cieszę, bo program ten jest też okazją do realizacji celów naukowych. Już kilka ośrodków podjęło z nami współpracę, dzięki czemu możemy zbierać i analizować dane dotyczące stanu pacjentów. Oceniamy np. procent wyszczepienia chorych.

**Jakie ośrodki tworzą zaplecze tego przedsięwzięcia?**

Zaczeliliśmy od porozumienia i ścisłej współpracy z kilkoma placów-



Fot. Archiwum Kopalni Soli „Wieliczka”

kami. W skład platformy wchodzi: wiodący w rehabilitacji pulmonologicznej Szpital Specjalistyczny w Jaroszowcu pod Krakowem, Szpital Rehabilitacyjny w Zakopanem, Uzdrowisko Kopalni Soli w Wieliczce oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie z oddziałem covidowym.

Model ten jest oczywiście otwarty. Zaprosiliśmy do włączenia się wszystkie małopolskie szpitale oraz uzdrowiska posiadające oddziały rehabilitacyjne, również te, które nie miały wcześniejszych doświadczeń w walce z COVID-19 i fizjoterapią postcovidową. Oczywiście personel tych placówek musi zostać przeszkolony, a same ośrodki wymagają dodatkowego

sprzętu, a my oferujemy możliwość odbycia szkolenia w zakresie fizjoterapii postcovidowej w bardziej doświadczonych ośrodkach, głównie w szpitalu w Jaroszowcu.

**Czyli można uznać, że projekt jest wciąż w fazie rozwoju?**

Jak najbardziej. To projekt dynamiczny. W czasie naszych cotygodniowych spotkań online, w gronie realizatorów, przedstawicieli władz województwa i Ministerstwa Zdrowa omawiamy ważne dla jego realizacji kwestie związane m.in. z przyłączaniem do platformy kolejnych ośrodków.

Wskazując jako priorytetową potrzebę zapewnienia rehabilitacji chorym po cięższym i ciężkim

przebiegu COVID-19, podnosimy też problem zbyt niskiej wyceny świadczeń fizjoterapeutycznych w przypadku pacjentów w stanie wymagającym szeregu dodatkowych konsultacji, np. kardiologicznych, neurologicznych. Jestem w tej kwestii dobrej myśli. Małopolscy fizjoterapeuci pracujący na oddziałach covidowych i w rehabilitacji postcovidowej są dostrzegani i doceniani przez kierownictwo i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Nasza ranga w systemie wzrasta i przynajmniej u nas, w Małopolsce, dużo mówi się o roli fizjoterapii, o odwadze i zaangażowaniu fizjoterapeutów w czasie pandemii. Mam nadzieję, że ostatecznie pójdą za tym lepsze warunki pracy i wynagrodzenia.

**Niestety, jak na razie, pacjent w stanie ciężkim jest znacznym obciążeniem dla ośrodka, który go przyjmie?**

To prawda. Wiadomo, że „najlepiej” prowadzi się fizjoterapię pacjentów, którzy przeszli covid w stopniu lekkim. Nie wymagają dużej osłony medycznej po opuszczeniu szpitala, a koszty fizjoterapii nie są znaczne. Inaczej wygląda dochodzenie do sprawności pacjenta, który ma szereg powikłań. Wymaga on zaawansowanych działań leczniczych, osłony tlenowej, licznych konsultacji. Czyż to rehabilitację nie tylko specjalistyczną, ale także kosztowną, do prowadzenia której nie ma już tak wielu chętnych ośrodków.

Nasi pacjenci – mówię o chorych ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie – trafiają bezpośrednio z oddziału covidowego na rehabilitację do szpitala w Jaroszewcu. Za pacjentem podąża dokumentacja medyczna, ale jesteśmy w ciągłym kontakcie z tym drugim szpitalem i jeżeli jest taka

potrzeba, to jesteśmy w kontakcie w sprawie stanu zdrowia chorego. Taki wypracowaliśmy model współpracy w cięższych przypadkach.

**A jaki jest model opieki nad pacjentami, którzy źlej przeszli chorobę?**

Po przechorowaniu COVID-19 stan pacjenta może być bardzo różny. Mamy pacjentów wymagających dalszej hospitalizacji i takich, którzy mogą być leczeni i rehabilitowani w warunkach ambulatoryjnych lub na dziennych oddziałach rehabilitacyjnych. Są też tacy, którzy wracają do domów, ale potrzebują wsparcia np. poprzez systemy telemedyczne. Wybór ścieżki leczenia jest indywidualny, a nasza platforma obejmuje je wszystkie.

Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na sytuację, która nie powinna mieć absolutnie miejsca. Zdarza się, że pacjent opuszcza oddział covidowy i trafia do domu, w którym jest sam, nie będąc w pełni socjalnie samodzielny, bo np. mieszka na trzecim piętrze budynku bez windy. To jest też często pacjent o pewnym podwyższonym ryzyku upadku w warunkach domowych. Ważne, aby zapewnić mu opiekę, nie tyle medyczną, co socjalną i tym powinny się zająć instytucje w tym celu powołane.

U nas działa na szczęście program „Małopolski Tele-Anioł”. Pracownicy „Anioła” docierają z pomocą do potrzebujących w domach lub działają osłonowo, czyli przejmują opiekę nad osobami, kierując ich do ośrodków do tego stworzonych. Takie działania bardzo odciążają służbę zdrowia.

**Czy dzięki powstaniu platformy pacjenci rozpoczęli już rehabilitację?**

Tak, oczywiście. Zaczęliśmy od transferów szpitalnych, ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie do Szpitala w Jaroszewcu. Teraz pracujemy nad poszerzeniem zakresu działania platformy, aby włączyć w nią wszystkie szpitale specjalistyczne mające oddziały rehabilitacji w Małopolsce.

Poza transferem bezpośrednim, tworzona jest także lista pacjentów oczekujących. Przykładowo, w Szpitalu w Jaroszewcu na liście jest między 400 a 500 czekających pacjentów w stanie stabilnym, na 50 miejsc. Oprócz tego szpital dysponuje miejscami dla pacjentów „ciężkich”, którzy w związku ze swoim stanem trafiają na rehabilitację bezpośrednio z oddziału covidowego. Staramy się skrócić czas oczekiwania na rehabilitację i pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego kierujemy m.in. na turnusy rehabilitacyjne do Uzdrowiska Kopalni Soli w Wieliczce. Tam trafiają tzw. lżejsze przypadki. Na 135 m. poniżej poziomu morza, w niezmiennym mikroklimacie, wdychając aerozol bogaty w potas, na każdym turnusie rehabilituje się około 50 osób.

**Rozmawiała Aleksandra Mróz**



Prof. dr hab. n o zdr. Roman Nowobilski, Zakład Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych CM UJ, Wydział Nauk o Zdrowiu, Szpital Uniwersytecki Klinika Pulmonologii w Krakowie

# Podwyżka czy zadyszka przed końcem?

Walka o podwyżki dla fizjoterapeutów jest dłuższa niż niejedna brazylijska telenowela. Te zazwyczaj kończą się jakimś happy endem, u nas jak dotąd sukcesu brak.

Za sukces nie można uznać ostatnich zmian w Ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wprowadzone zmiany nie usatysfakcjonowały nikogo.

– Problemów ze zmianą wskaźnika jest kilka. Najważniejszy to ten, że podwyżka z 1 lipca to pseudopod-

wyżka. Nie zostały na nią przeznaczone nowe środki i nie drgnęły wyceny, które od lat są niedoszacowane. Ciężar podwyżek spadł na pracodawców, którzy tych pieniędzy nie mają. Efekt: wielu fizjoterapeutów dostało figę z makiem – mówi Tomasz Niewiadomski, wiceprezes KRF. – Refundowana ze środków publicznych fizjoterapia dyszy ostatkiem sił – dodaje.

Tab. 1 Wprowadzone zmiany

Grupa		Stan do 30.06.2021 r.	Przyjęta przez Sejm propozycja MZ, popierana przez OZZPF od 1 lipca 2021 r.	Odrzucone poprawki Senatu, propozycja KIF i innych samorządów zawodowych, organizacji związkowych, pracodawców od 1 lipca 2021 r.
średnie wykształcenie (technik fizjoterapii)	Wskaźnik	0,64	0,73	0,9
	Kwota	3 147,63 zł	3 772 zł	4 651 zł
wyższe wykształcenie bez specjalizacji (mgr fizjoterapii bez specjalizacji)	Wskaźnik	0,73	0,81	1,0
	Kwota	3 590,26 zł	4 186 zł	5 167,47 zł
wyższe wykształcenie ze specjalizacją (mgr fizjoterapii ze specjalizacją)	Wskaźnik	1,05	1,06	1,2
	Kwota	5 164,08 zł	5 478 zł	6 201 zł

## Różne oceny i wyceny

Podwyżki dotyczą tylko i wyłącznie fizjoterapeutów zatrudnionych na umowę o pracę w publicznym systemie ochrony zdrowia, czyli refundowanym przez NFZ. Warunkiem koniecznym jest fakt zatrudnienia na dzień 31 maja 2021 r. Czyli zatrudnieni od 1 lipca br. i później nie mogą liczyć na dofinansowanie przez

NFZ różnicy w celu osiągnięcia minimum określonego w Ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia. – Realnie podwyżka dotyczy bardzo niewielkiej liczby fizjoterapeutów, to mniej niż 7 tys. osób, a usługi refundowane świadczy przecież około 30 tys. Większość osób pracuje na innych umowach niż o pracę i nie są objęci tymi podwyżkami – podkreśla Tomasz Niewiadomski.

## Magister zarabia jak technik

Problemem jest też to, że podwyżki nie odnoszą się do realnie posiadanego dyplomu, a do wymaganego przez pracodawcę na danym stanowisku wykształcenia. Efekt: fizjoterapeuta z tytułem magistra może zarabiać jak technik. To niezwykle demotywuujące.

## Zrównanie

Niewielkie podniesienie wskaźników w Ustawie nie usatysfakcjonowało nie tylko fizjoterapeutów, ale w zasadzie żadnej medycznej grupy zawodowej. Nie-sprawiedliwe jest także bezrefleksyjne „zrównywanie” zarobków bez względu na staż, kompetencje, itd. To zabija motywację do dalszego rozwoju. A te podwyżki są właśnie proporcjonalne do wcześniejszych zarobków, czyli osoby zarabiające najmniej, dostaną teraz najwięcej.

## Pieniądże czary-mary

W związku z tymi zmianami, nikt nie rozmawia z pracodawcami. A ci szukają rozwiązań, które pozwolą im przetrwać. W efekcie dziś fizjoterapeuci są zwalniani z pracy lub zmuszani do zmiany formy świadczenia pracy. To skutek zwiększenia wynagrodzeń dla fizjoterapeutów zatrudnionych tylko i wyłącznie na podstawie umowy o pracę, braku podniesienia wyceny świadczeń fizjoterapeutycznych i zapewnienia źródła finansowania tych podwyżek niezależnie od formy zatrudnienia. Apelowaliśmy wielokrotnie w tej sprawie do ministra zdrowia i premiera. Niestety, wciąż bez skutku. Niektóre środowiska, które pierwotnie były bardzo zadowolone z podwyżek, dziś również zaczynają się obawiać problemów i braku środków finansowych.

Rentowność jednostek publicznej ochrony zdrowia zatrudniających fizjoterapeutów pozostaje obecnie w granicach 3-5 proc. Bez dodatkowych środków szukają możliwości przetrwania i najczęściej:

- rezygnują z kontraktów;
- zamykają oddziały rehabilitacyjne;
- przeprowadzają zwolnienia;
- czasem zatrudniają pracownika „ponownie” na innym stanowisku. Przypominamy, że podwyżki dotyczą tylko zatrudnionych na dzień 31 maja 2021 r.
- wymuszają zmianę formy umowy łączącej ich z pracownikami z umowy o pracę na umowy cywilno-prawne.

### Fizjoterapeuta i pracodawca w jednym, prowadzi działalność od 15 lat

„Chciałabym wyrazić swój sprzeciw i oburzenie zaistniałą sytuacją dotyczącą braku środków na podniesienie wynagrodzeń dla fizjoterapeutów. W placówce, którą prowadzę wykazane są 3 etaty fizjo, a środków nie otrzymujemy nawet na 2 osoby (9 tys. punktów na miesiąc), nie mówiąc już o kosztach związanych z eksploatacją sprzętu i utrzymania lokalu. Nie zgadzam się na dalsze finansowanie fizjoterapii ze środków pochodzących z innej działalności medycznej, na absurdalne obniżanie wartości punktowej fizykoterapii, na tworzenie fikcyjnych umów zatrudnienia lub zwalnianie pracowników”.

### Fizjoterapeuta i pracodawca w jednym

„Prowadzę 2 małe gabinety z podpisanymi kontaktami z NFZ. Na dzień dzisiejszy kontrakty są tak niskie, że ledwo wystarcza na pokrycie kosztów zatrudnienia, które wynika z wymagań stawianych przez NFZ. Wprowadzenie ustawowych podwyżek dla fizjoterapeutów bez dodatkowego źródła finansowania jest niemożliwe. Będziemy zmuszeni albo zmienić formę zatrudnienia pracowników albo zakończyć działalność leczniczą”.

### Fizjoterapeutka

„Pracuje w przychodni rehabilitacyjnej, która posiada umowę z NFZ. Mam umowę o pracę na czas nieokreślony. Dostałam informację od szefa, że dopóki nie dostanie pieniędzy na podwyżki z ministerstwa to nie podniesie nam pensji”.

### Fizjoterapeuta

„Jestem pracownikiem sanatorium, zatrudnionym na stanowisku masażyisty. Posiadam wykształcenie wyższe fizjoterapeutyczne. Dyrektor proponuje mi wynagrodzenie 3770 zł. na poziomie technika tłumacząc, że pracuje na stanowisku nie wymagającym wyższego wykształcenia”.

### Fizjoterapeuta

„Pracuje w przychodni w XXXXX z kontraktem NFZ i nie otrzymaliśmy podwyżki od 1 lipca 2021 roku, ani nie podpisaliśmy żadnego aneksu do umowy. Dostaliśmy za to propozycje przejścia na 3/4 etatu lub umowę zlecenie, ewentualnie zwolnienie pracownicze. Jest to sytuacja bardzo niepokojąca i stresująca dla nas jako pracowników, że NFZ pozwolił na wprowadzenie obligatoryjnych podwyżek nie zapewniając finansowania”.

### Fizjoterapeuta

„Pracodawca poinformował mnie, że nie będzie go stać na utrzymanie mnie przy obecnej umowie o pracę. Najprawdopodobniej moja umowa o pracę zostanie przekształcona w umowę zlecenie, co nie będzie w żadnym stopniu korzystne dla mnie, jako pracownika. Wprowadzona ustawa bardzo komplikuje naszą przyszłość (fizjoterapeutów). "Wyróżnienie", jakie nas spotkało, niestety ma się nijak do rzeczywistości. Wraz ze wzrostem płacy etatowego fizjoterapeuty, maleją jego szanse na kontynuowanie pracy na umowie o pracę”.

### Fizjoterapeutka i pracodawca w jednym

„Zatrudniam 30 fizjoterapeutów na umowę o pracę i te podwyżki mnie zniszczą. Jeśli nie będą szły za tym pieniądze to jestem zmuszona zmniejszyć godziny pracy z 7,35 h do 5 h. Nie chcę zwalniać moich fizjoterapeutów, z którymi pracuję 20 lat”.

### Fizjoterapeutka

„W naszej przychodni nie weszło to niestety w życie, prawdopodobnie spowodowane jest to brakiem podwyżki wycen świadczeń”.

### Grupa wspólnie pracujących fizjoterapeutów

„Pracodawca przekazał nam, że NFZ nic w tym temacie nie wie (!), a teraz unika jakichkolwiek rozmów grożąc, że jeśli mają być podwyżki to zlikwiduje kilka etatów”.

### KIF sprawdza

Izba wspólnie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Fizjoterapii zwróciła się do swoich członków, zarówno pracowników, jak i pracodawców o informacje dotyczące tego, jak naprawdę zrealizowano u nich obowiązek podniesienia płac. Okazało się, że problemów jest sporo. Prezentujemy tylko kilka z bardzo wielu maili, które do nas wpłynęły. Ze względu na obawy ich autorów przed utratą pracy czy kontraktu z NFZ wypowiedzi są zanonimizowane.

### Rehabilitacja wycen

Ponad 90 proc. fizjoterapeutów wchodzących po studiach na rynek pracy w ogóle nie zatrudnia się w systemie refundowanym ze środków publicznych. Zakładają prywatne praktyki fizjoterapeutyczne, ponieważ system publicznej ochrony zdrowia nie jest w stanie zaspokoić ich podstawowych potrzeb, oferując zbyt małe wynagrodzenia. Niektórzy po jakimś czasie odchodzą z zawodu. Zmiany, które są dokonywane, jak np. zonglowanie czasem zabiegów, pakiety zabiegów czy inne pomysły, to tylko estetyka. Nie będzie prawdziwej reformy bez podniesienia wycen za świadczenie fizjoterapeutyczne.

Reformy są konieczne, ale muszą być one powiązane z adekwatną zapłatą za pracę fizjoterapeutów. Urealnienie wycen to podstawa. Pozwoli ona na wzmocnienie indywidualnej pracy z pacjentem, a taka nowoczesna fizjoterapia daje najlepsze efekty medyczne i jest zgodna z międzynarodowymi standardami.

**Dominika Kowalczyk**

### Fizjoterapeuta pracodawca w jednym

„W związku z wejściem w życie „Ustawy z dnia 28 maja 2021 r.” (...) nie jestem w stanie samodzielnie pokryć zwiększonych kosztów pracy. Bez wsparcia ze strony budżetu Państwa grozi nam zamknięcie placówki, zwolnienie wszystkich pracowników i uniemożliwienie naszym pacjentom korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych”.





## Obowiązek podpisu pacjenta zniesiony tylko częściowo

Krajowa Izba Fizjoterapeutów niemal od początku swojego istnienia walczyła o zniesienie absurdu wymogu potwierdzania realizacji świadczenia przez fizjoterapeutę podpisem świadczeniobiorcy lub jego opiekuna w dokumentacji medycznej.

Ogłoszone w dniu 2 sierpnia 2021 r. zarządzenie Prezesa NFZ<sup>1</sup> wprowadza zmiany w tym zakresie, ale niestety nie są one w pełni satysfakcjonujące. Znosi wprawdzie obowiązek składania przez pacjentów podpisów w dokumentacji medycznej jako potwierdzenia realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i świadczeniach realizowanych w oddziałach dziennych, natomiast nadal z niezrozumiałych względów pozostawia wymóg uzyskania podpisu świadczeniobiorcy, jego opiekuna prawnego lub faktycznego w rehabilitacji domowej.

### Konieczność weryfikacji wykonanych procedur

Zabieg ten dziwi, gdyż argumenty, które przemawiały za usunięciem regulacji dotyczących wymogu

podpisu w fizjoterapii ambulatoryjnej i w oddziałach dziennych, tj. dokumentacja w postaci elektronicznej oraz dodatkowe funkcjonalności informatyczne (Internetowe Konto Pacjenta) – dotyczą również fizjoterapii domowej. W uzasadnieniu do omawianego zarządzenia jako powód wprowadzonej zmiany wskazano bowiem, że „rozporządzenie ministra obowiązuje podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, dla której uchylane przepisy nie przewidują rozwiązań w zakresie sposobu potwierdzenia realizacji zabiegów oraz uruchomienie dodatkowych funkcjonalności informatycznych (Internetowe Konto Pacjenta), dają możliwość weryfikacji rozliczonych świadczeń ze stanem faktycznym”.

Nie jest przekonujące stwierdzenie uzasadniające według NFZ pozostawienie tego wymogu w odnie-

<sup>1</sup> Zarządzenie nr 138/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2.08.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

sieniu do fizjoterapii domowej, że „ze względu na charakter świadczenia, realizowany poza miejscem udzielania świadczeń, podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna jest dla płatnika jedynym potwierdzeniem odbytego świadczenia. Poza podmiotem leczniczym nie ma bowiem instrumentów weryfikujących wykonane procedury.”

Na początek należy odpowiedzieć sobie na pytanie, czy takie instrumenty są rzeczywiście konieczne, zgodne z prawem i faktycznie najlepsze z punktu widzenia celu, któremu mają służyć.

### Odpowiedzialność fizjoterapeuty

Warto przypomnieć, że pozostawiony wymóg odnosi się do świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutów – osoby wykonujące medyczny zawód zaufania publicznego – zobligowanych przepisami do dokumentowania udzielanych świadczeń w prowadzonej dokumentacji medycznej, **ponoszących odpowiedzialność dyscyplinarną za wykonywanie zawodu niezgodnie z przepisami**. Oznacza to, że fakt udzielenia świadczenia każdorazowo musi znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej, a więc to właśnie wpisy w dokumentacji medycznej stanowią przede wszystkim potwierdzenie wykonania świadczenia, czego NFZ zdaje się nie dostrzegać.

### Sprzeczność z przepisami

Co więcej rozwiązanie forsowane przez NFZ nie uwzględnia regulacji zawartych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wydanym na podstawie tej ustawy Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które nie przewidują wpisów w dokumentacji medycznej dokonywanych przez pacjenta czy też opiekuna. Za niezgodne z przepisami prawa należy uznać nałożenie na pacjenta (opiekuna prawnego lub faktycznego) obowiązku potwierdzania uzyskania świadczenia swoim podpisem w drodze zarządzenia – aktu prawa o charakterze wewnętrznym dotyczącego warunków wymaganych od świadczeniodawców, a więc nie mającego wprost zastosowania do pacjenta lub jego opiekuna. W tym kontekście należy wskazać, że zgodnie z ww. rozporządzeniem dokument nie może

być jednocześnie prowadzony w postaci elektronicznej i papierowej.

Trudno również uznać, aby pacjent, czy też jego opiekun mieli wiedzę medyczną pozwalającą zweryfikować, że konkretne świadczenie zdrowotne zostało udzielone. W sposób oczywisty narusza to zasadę samodzielności zawodowej wynikającą z art. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

Aktualne pozostają problemy związane z brakiem narzędzi do weryfikacji, czy dana osoba jest rzeczywiście opiekunem faktycznym lub prawnym. Wobec osoby składającej podpis nie jest realizowany m.in. obowiązek informacyjny wynikający z RODO, pomijając fakt, że często nie ma możliwości faktycznej weryfikacji, czy to jest podpis. Zarządzenie nie wymaga bowiem wskazania danych osobowych osoby składającej podpis. Powyższe czyni to potwierdzenie iluzorycznym, gdyż wystarczający jest jakikolwiek podpis, a nawet parafka.

Pojawia się też problem natury faktycznej, jak zmusić pacjenta lub jego opiekuna, aby potwierdzili wykonanie świadczenia, jeśli odmawiają złożenia podpisu.

### Krok w dobrym kierunku

Niewątpliwie zniesienie wymogu podpisu pacjenta w przypadku świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i w oddziałach dziennych stanowi krok w dobrym kierunku, ale daleko jeszcze do pełnej satysfakcji. Wobec wprowadzenia z jednej strony samodzielności zawodowej fizjoterapeuty, a z drugiej obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej przez fizjoterapeutów nie ma żadnych przesłanek uzasadniających utrzymanie takiego wymogu. Wręcz przeciwnie, wobec sprzeczności z obowiązującymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego takie rozwiązanie, nawet w zakresie ograniczonym do fizjoterapii domowej, nie powinno się ostać.



**Katarzyna Blicharczyk-Oźga**

Radca prawny,  
Koordynator Działu Prawnego

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2021 r. poz. 849).

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666, z późn. zm.).



## Motywacja dzieci w fizjoterapii wad postawy

W Polsce i na świecie stwierdza się duży odsetek dzieci z wadami postawy. Ich leczenie to długotrwały proces oparty m.in. na fizjoterapii i ćwiczeniach zleczanych pacjentom do wykonywania w domu. Istotne jest więc utrzymanie motywacji dziecka do ćwiczeń. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest wprowadzanie nowoczesnej technologii do rehabilitacji np. z wykorzystaniem gier komputerowych.

Do gabinetów fizjoterapeutycznych coraz częściej zgłaszają się rodzice dzieci, u których zauważono nieprawidłowości w budowie ciała. Według różnych źródeł wady postawy dotyczą od 50 do 90% dzieci. W Polsce przeprowadzono dużo badań przesiewowych w omawianym obszarze. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka (dr P. Michalski, 2013) podaje, że 90% dzieci ma wady postawy, a szczególnie dotyczą one kręgosłupa, stóp oraz kolan. W raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji (2014) wskazano, że wady postawy występują u 50–60% dzieci w wieku rozwojowym [9]. Ocena postawy ciała w szkołach podstawowych w Pabianicach wskazuje na występowanie nieprawidłowości u ponad 50% uczniów [5]. Podobne wyniki uzyskano na Słowacji w grupie wiekowej 6–8 lat. Najbardziej podatnymi częściami ciała, które uległy patologii, były łopatki i barki. Nieprawidłowości w tych segmentach przekraczają 80%. Występowanie płaskostopia dotyczyło 65% badanych [2],[10]. Z badań przeprowadzonych w Chinach dowiadujemy się, że problem ten dotyka 65,3% dzieci, a około 3,7% uczniów zostało

skierowanych na badanie radiologiczne [13]. Tak duże zróżnicowanie wyników częstotliwości występowania wad postawy ciała związane jest z mnogością metod i narzędzi diagnostycznych, które utrudniają standaryzację oceny. Niemniej na podstawie przytoczonych publikacji można stwierdzić, iż jest to duży problem w społeczeństwie i dlatego należy podjąć odpowiednie działania mające mu zapobiegać. Nielezione wady postawy mogą prowadzić do ograniczeń sprawności fizycznej i motorycznej, bólów oraz rozwoju ciężkich deformacji kręgosłupa [3].

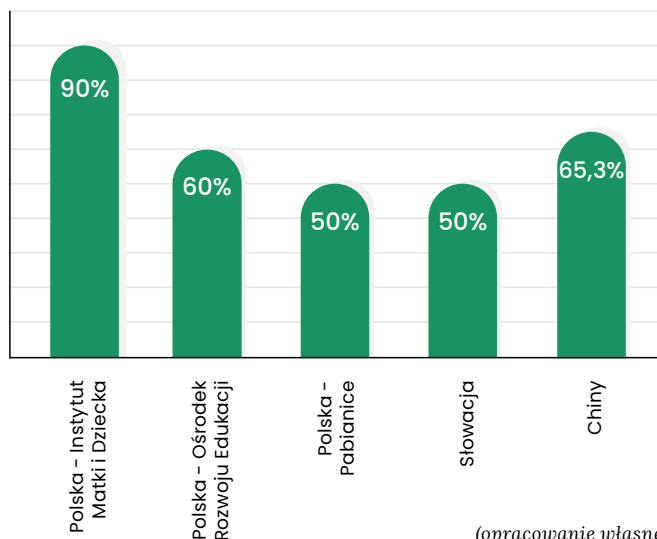
Duże zainteresowanie badaczy budzą wady kończyn dolnych, w tym płaskostopie, stopy płasko-koślawe oraz koślawość kolan. Konsekwencją nielezionej nieprawidłowości w budowie stopy jest przede wszystkim zaburzona praca stawu kolanowego [12]. Nawet drobne schorzenia stopy mogą wpływać na jej ruchomość i oddziaływać na cały łańcuch biokinematyczny. Zmiany strukturalne w jej obrębie mogą również zaburzać równowagę w pozycji stojącej i przyczyniać się do częstszych kontuzji u dzieci [11]. Wiele badań pokazuje, że koślawość kolan powoduje przeciążenia

struktur narządu ruchu oraz może doprowadzić do uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego (ACL) [7] lub zespołu bólu rzepkowo-udowego (PFPS)[1].

Wraz ze stwierdzeniem u dziecka licznych nieprawidłowości w budowie ciała, w tym wad kończyn dolnych, rehabilitacja jest nieunikniona. Zagrożenia prawidłowej postawy ciała występują podczas tzw. skoków wzrostowych, które najczęściej występują w wieku 6-7 i 12-16 lat, gdy na badanego wpływa wiele czynników zewnętrznych, a rozwój układu mięśniowego nie nadąża za szybkim wzrostem kości [6]. Leczenie wad postawy opiera się na fizjoterapii, ćwiczeniach zadanych do domu (instruktażu), prawidłowych nawykach ruchowych oraz codziennej aktywności fizycznej. Należy układać plan terapii indywidualnie, ponieważ każde dziecko jest inne pod względem wady, wieku, charakteru, sprawności fizycznej oraz upodobań. Istotnym problemem jest utrzymanie motywacji do ćwiczeń. Leczenie wad postawy to nierzadko proces długotrwały, dziecko uczęszcza na terapię od kilku do kilkunastu miesięcy. Obecnie fizjoterapeuci wspomagają się różnymi akcesoriami, sprzętem sportowym i fizjoterapeutycznym, aby młodzi pacjenci chętniej uczestniczyli w procesie rehabilitacji. Często nie jest to jednak łatwe. Jak zatem sprawić, aby ćwiczenia nie były nudne i monotonne dla dzieci?

Przegląd literatury pokazuje, że coraz częściej pojawiają się publikacje z zakresu wykorzystania najnowszych rozwiązań technologicznych w fizjoterapii i rehabilitacji w różnych jej specjalizacjach [4]. Dynamiczny rozwój nauki otwiera przed fizjoterapią nowe możliwości. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu podjął próbę uatrakcyjnienia ćwiczeń fizjoterapeutycznych w wadach postawy, wykorzystując gry komputerowe oraz czujnik ruchu. [8]. Zauważono, że dla dzieci taka forma jest atrakcyjniejsza niż metoda konwencjonalna, ale zwrócono uwagę na

Częstotliwość występowania wad postawy w zależności od źródła przeprowadzonych badań



brak dokładności podczas wykonywania ćwiczeń. Badacze chcą kontynuować prace w celu zastosowania algorytmu bądź markerów, dzięki którym możliwe będzie zauważanie błędnie wykonywanych ruchów. Ciekawym rozwiązaniem są dostępne w Polsce urządzenia, które po podłączeniu do telewizora pozwalają na wzbogacenie fizjoterapii wad kończyn dolnych o gry wideo sterowane ruchem dziecka. Dzięki temu terapia jest urozmaicona i zwiększa zaangażowanie pacjenta. Istotne jest to, iż urządzenia te monitorują i dodatkowo weryfikują poprawność wykonywania ćwiczeń dzięki algorytmom sztucznej inteligencji. Zastosowane rozwiązania stworzone zostały przez zespół fizjoterapeutów i programistów.

**Dorota Matczak, Daniel Karaszewski**

#### Bibliografia:

- Emamvirdi M., Letafatkar A., Khaleghi Tajzi M., „The Effect of Valgus Control Instruction Exercises on Pain, Strength, and Functionality in Active Females With Patellofemoral Pain Syndrome”, *Sports Health*. May/June 2019;11(3):223-237.
- Kolarova M., Kutiš P., Rusnak R., Hrkčková Z., Hudáková Z., Lysá L., Luliak M., Babela R. „Analysis of body segments and postural state in school children”, *Neuro Endocrinol Lett*. 2019 Oct 8;40(Suppl1):17-23.
- Latański M., Bylina J., Fatyga M., Repko M., Filipovic M., Jarosz M.J., Borowicz K.B., Matuszewski L., Trzpis T., „Risk factors of postural defects in children at school age”, *Ann Agric Environ Med*. 2013;20(3):583-7.
- Mikołajewski D., Mikołajewska E., Nowak J., Nedashkovskyy M. „Interdyscyplinarność i nowoczesne technologie w fizjoterapii”, *Studia i Materiały Informatyki Stosowanej*, 2018, (1), 9-12.
- Motylewski S., Zientala A., Pawlička-Lisowska A., Poziomska-Piątkowska E. „Assessment of body posture in 12- and 13-year-olds attending primary schools in Pabianice”, *Pol Merkur Lekarski*, 2015 Dec;39(234):368-71.
- Najwyższa Izba Kontroli, „Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w Szkołach Publicznych”, Nr ewid. 24/2020/P/19/078/LKR.
- Numata H., Nakase J., Kitaoka K., Shima Y., Oshima T., Takata Y., Shimozaki K., Tsuchiya H. Two-dimensional Motion Analysis of Dynamic Knee Valgus Identifies Female High School Athletes at Risk of Non-Contact Anterior Cruciate Ligament Injury. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2018 Feb;26(2):442-447.
- Prusińska V., Strugarek J., Wieczorek J., „Wykorzystanie gier komputerowych z czujnikiem ruchu typu Kinect w ćwiczeniach korygujących wady postawy”, *Studia Edukacyjne* Mar. 2021; (60), 279-292.
- Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego, Wczesne wykrywanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019-2021, Załącznik do uchwały nr 769/18 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 9 maja 2018 r., s. 6.
- Rusnák R., Kolarová M., Aštaryová I., Kutiš P. „Screening and Early Identification of Spinal Deformities and Posture in 311 Children: Results from 16 Districts in Slovakia”, *Rehabil Res Pract*. 2019 Mar 17.
- Szczepanowska-Wolowiec B., Sztandera P., Kotela I., Zak M., „Feet deformities and their close association with postural stability deficits in children aged 10-15 years”, *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Nov 13;20(1):537.
- Vukasinović Z., Živković Z., Vucetić C., „Flat feet in children”, *Srp Arh Celok Lek*. May-Jun 2009;137(5-6):320-2.
- Yang L., Lu X., Yan B., Huang Y. „Prevalence of Incorrect Posture among Children and Adolescents: Finding from a Large Population-Based Study in China”, *iScience*. 2020 May 22;23(5).

# Zakończyła się ocena przydatności klinicznej testów funkcjonalnych rekomendowanych przez KRF

To pierwsza wśród zawodów medycznych weryfikacja testów stanu funkcjonowania stanowiąca istotny element wdrożenia założeń światowego projektu Rehabilitacja 2030.

Test funkcjonalny, aby był uznawany za wiarygodne narzędzie diagnostyczne i aby można było wyciągać z jego wyników wnioski kliniczne, musi być zweryfikowany pod kątem rzetelności. Proces ten polega m.in. na ocenie tzw. powtarzalności wewnętrznej (ocena rzetelności badań prowadzonych przez jednego badacza) oraz zgodności (ocena rzetelności badań prowadzonych przez więcej niż jednego badacza) pomiarów. Dlatego z inicjatywy Ernesta Wiśniewskiego, autora wytycznych KRF do udzielania świadczeń zdrowotnych i opisywania ich w dokumentacji medycznej, w listopadzie 2019 r. KRF podjęła uchwałę inicjującą projekt badawczy walidacji testów.

Pod koniec 2019 r. w drodze konkursu wyłoniono 12 trzyosobowych zespołów badawczych (koordynator i dwóch badaczy) pod kierownictwem dr hab. Dariusza Czaprowskiego, prof. OSW.

W marcu, po analizie piśmiennictwa oraz szkoleniu koordynatorów rozpoczęto pierwsze badania. Niestety, w związku z wybuchem pandemii COVID-19 realizacja projektu została zawieszona, a prace wznowiono w czerwcu 2020 r. Po zakończeniu badań (listopad 2020) przystąpiono do analizy statystycznej uzyskanych wyników, a następnie do opracowania końcowego raportu. Obszerny raport został zamknięty pod koniec kwietnia bieżącego roku.

Metodyka badania obejmowała ocenę powtarzalności (intra-rater reliability), zgodności (inter-rater reliability) oraz poziomu rzetelności (intraclass correlation coefficient, ICC). Dodatkowo wyznaczano wartość błędu pomiaru oraz tempo uczenia się co ma istotne znaczenie przy posługiwaniu się ocenianymi testami w warunkach klinicznych.

Każdy z testów otrzymał dwie rekomendacje. Pierwsza oparta była o analizę piśmiennictwa i dotyczyła oceny czy dotychczas opublikowane dane są wystarczające do weryfikacji rzetelności danego testu, czy też konieczne jest przeprowadzenie własnej oceny rzetelności danego testu. Druga rekomendacja została opracowana na podstawie badań własnych

i odnosiła się do oceny powtarzalności – weryfikacji rzetelności oceny przeprowadzonej przez jednego badacza, oraz oceny zgodności – weryfikacji rzetelności oceny przeprowadzonej przez trzech badaczy. Ponadto, w rekomendacji tej zawarto informacje dotyczące wartości błędu pomiaru charakterystycznego dla danego testu.

Ostatecznie każdy z testów został zakwalifikowany do jednej z trzech grup: **1) testy spełniające zarówno kryterium powtarzalności i zgodności, 2) testy spełniające kryterium powtarzalności lub kryterium zgodności oraz 3) testy nie spełniające tych kryteriów lub wymagające dalszej oceny.**

Projekt został zrealizowany w oparciu o standardy naukowe obowiązujące w tego typu badaniach. Poza wartością naukową ma on jednak przede wszystkim istotne znaczenie kliniczne. Umożliwił on bowiem zweryfikowanie jaka jest rzeczywista wartość diagnostyczna weryfikowanego testu.

Najważniejsze wnioski i korzyści dla fizjoterapeutów:

- wyznaczenie poziomu rzetelności testów funkcjonalnych, mających na celu weryfikację skuteczności postępowania fizjoterapeutycznego,
- opracowanie wytycznych dla fizjoterapeutów jak interpretować wyniki testów funkcjonalnych w celu zapewnienia wiarygodnej oceny skuteczności leczenia,
- opracowanie zaleceń metodycznych jak prowadzić diagnostykę funkcjonalną aby zapewnić jej rzetelność,
- stworzenie narzędzi do realnej oceny skuteczności fizjoterapii, a co za tym idzie budowanie prestiżu zawodu w oparciu o Evidence-Based Physiotherapy Practice).

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

Kierownik projektu



<sup>1</sup> nr 440/I KRF.

<sup>2</sup> [https://kif.info.pl/biblioteka/#dfliip-df\\_3688/1/](https://kif.info.pl/biblioteka/#dfliip-df_3688/1/); Ocena rzetelności testów funkcjonalnych rekomendowanych przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej (12.2019–04.2021). Testy dostępne są także w aplikacji Finezjo.



## Fizjoterapia pierwszego kontaktu w ramach POZ

Wielka Brytania stawia na innowacyjny model podstawowej opieki zdrowotnej, w którym fizjoterapeuci pierwszego kontaktu będą przyjmować pacjentów w przychodniach lekarzy rodzinnych.

Dzięki rządowemu programowi Additional Roles Reimbursement Scheme\* przychodnie zatrudniają pracownika w ramach tzw. innych zawodów medycznych objętych refundacją, dostają za każdy stworzony etat zwrot w wysokości 726 tys. funtów rocznie. Celem tego programu jest utworzenie Sieci Pierwszego Kontakt, gdzie nie tylko lekarze, ale też przedstawiciele innych zawodów medycznych zajmą się pacjentami. Działanie to ma nie tylko wesprzeć medyków pracujących w ramach POZ, ale też wpłynąć na postrzeganie innych zawodów medycznych i w długoterminowym planie spowodować oszczędności systemowe. Wymienione w programie „dodatkowe stanowiska pracy” zostały wybrane na podstawie dostępnych dowodów naukowych wskazujących na ich znaczne korzyści dla systemu. Oprócz fizjoterapeutów (FCP – First Contact Physiotherapist) można również zatrudniać na tych zasadach: dietetyka, psychologa, terapeutę zajęciowego i farmaceutę.

### Kompetencje FCP

FCP to fizjoterapeuta przeszkolony pod kątem samodzielnego i kompleksowego zarządzania procesem terapeutycznym pacjenta z chorobami mięśniowo-szkieletowymi (MSK) oraz ryzykiem wynikającym z leczenia. Posiada kompetencje zaawansowanego rozumowania klinicznego, może zlecać i interpreto-

wać badania, wypisywać leki oraz wystawiać skierowania do innych specjalistów (także na specjalistyczną fizjoterapię).

### Programy pilotażowe

#### Studium przypadku 1 (Nottingham) [ 1 ]

Skierowanych na wizytę u ortopedy pacjentów przekierowywano za ich zgodą do skorzystania z konsultacji u fizjoterapeuty (12% wszystkich wizyt). Przez rok trwania pilotażu dwóch FCP przyjęło łącznie 555 pacjentów.

Wnioski z pilotażu:

- 98% przyjętych pacjentów z MSK leczono bez wsparcia lekarza pierwszego kontaktu.
- Już po jednej wizycie 54% pacjentów zakończyło terapię, nie wymagało dalszych wizyt.
- 27% pacjentów zostało skierowanych przez FCP na fizjoterapię w ramach opieki specjalistycznej, 2% do lekarza pierwszego kontaktu, 3% do dalszej diagnostyki, a 1% bezpośrednio do ortopedy.
- Powyższa redukcja z 12% do 1% w skierowaniu do ortopedy przyniosła oszczędności w wysokości 3085 funtów na pacjenta.
- 70% pacjentów na rewizycie po 6 miesiącach zgłosiło poprawę.

## Studium przypadku 2 (West Cheshire) [ 1 ]

Pilotaż trwający 12 miesięcy obejmował 36 przychodni. Wnioski z pilotażu:

- 60% pacjentów MSK po pierwszej wizycie u FCP nie wymagało kontynuacji leczenia i dalszych wizyt.
- 99% pacjentów oceniło usługę FCP jako dobrą lub doskonałą i deklarowało dalszą chęć skorzystania z niej.
- O 20% zmalała liczba skierowań do szpitali i innych specjalistycznych usług związanych z MSK, co skutkowało skróceniem czasu oczekiwania i oszczędnościami rzędu 650 tys. funtów.
- Szacuje się, że bez wdrożenia pilotażu 84% pacjentów spotkałoby się z lekarzem rodzinnym. Zmiana usługi na FCP przyniosła oszczędności w wysokości 540 tys. funtów.

- Zlecono o 4% mniej skierowań do obrazowania MSK, co pozwoliło na oszczędności w wysokości 11,5 tys. funtów.
- Wykonano o 5,9% mniej zdjęć rentgenowskich, co pozwoliło oszczędzić 28 tys. funtów.
- Wystawiono o 2% mniej skierowań do lekarza ortopedy, co dało oszczędności rzędu 70 tys. funtów.



**dr Dalia Woźnica**

Dział ds. Międzynarodowych KIF

\*Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) – to element rządowego programu w Wielkiej Brytanii mający na celu wsparcie i rozwój tzw. Sieci Pierwszego Kontakt (PCN – Primary Care Network). PCN składa się z przychodni lekarzy rodzinnych, instytucji środowiskowych i społecznych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, aptek, szpitali. Łączy koordynację opieki pierwszego kontaktu z tą specjalistyczną. ARRS przewiduje zwrot kosztów dla placówki PCN, która utworzy etat dla jednego z ośmiu wymienionych w programie przedstawicieli tzw innych zawodów medycznych (Allied Health Profession). Są to samodzielne stanowiska pracy specjalistów pierwszego kontaktu.

Źródła:

1. <https://firstcontactpractitioner.org.uk/pilot-studies>,
2. <https://www.csp.org.uk/professional-clinical/improvement-innovation/first-contact-physiotherapy/fcp-patient-reception>,
3. <https://www.england.nhs.uk/wp/expanding-our-workforce>.

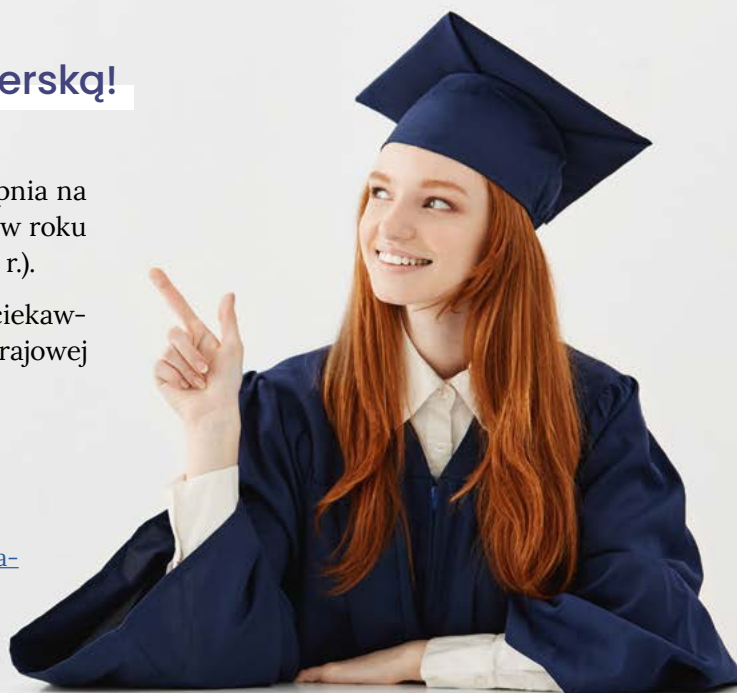
## Konkurs na najlepszą pracę magisterską!

Konkurs skierowany jest do absolwentów studiów II stopnia na kierunku fizjoterapia, którzy obronili pracę magisterską w roku akademickim 2020/2021 (najpóźniej do 30 września 2021 r.).

Dla laureatów przewidziane są nagrody finansowe, a najciekawsze prace będą publikowane w czasopiśmie naukowym Krajowej Izby Fizjoterapeutów „Physiotherapy Review”.

Prace można zgłaszać do 29 października br.

Regulamin konkursu: <https://kif.info.pl/konkurs-na-najlepsza-prace-magisterska-z-zakresu-fizjoterapii-2021/>



# Światowy Dzień Fizjoterapii

Świętujesz 8 września? Jeśli nie, to najwyższy czas zacząć. W tym roku mija 25 lat od momentu ustanowienia Światowego Dnia Fizjoterapii, podczas którego organizowane są różnego rodzaju aktywności podkreślające rangę naszego zawodu.

Dlaczego akurat 8 września? Odpowiedź na to pytanie wymaga przedstawienia głównego bohatera tej historii, czyli organizacji World Physiotherapy (dawniej WCPT, czyli Światowej Konfederacji Fizjoterapii). To jedyna organizacja na świecie, która zrzesza tak wielu fizjoterapeutów. Liczy ponad 660 tys. członków ze 125 krajów, co oznacza duży mandat zaufania w kwestii reprezentowania profesji na arenie usług zdrowotnych. Nie jest to organizacja młoda. Trzeba jednak podkreślić, że pomimo emerytalnego wieku, z każdym rokiem działa prężniej, a efekty tej pracy są widoczne na całym świecie. World Physiotherapy powołano do życia 8 września 1951 r., czyli w tym roku obchodzi 70. urodziny.

## Światowy Dzień Fizjoterapii w Polsce

Polska od początku bierze udział w obchodach tego święta. Początkowo aktywności opierały się na pracy osób zaangażowanych w działalność Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. Drukowano plakaty, w placówkach ochrony zdrowia organizowano akcje typu „Sobota z fizjoterapią”. Tematowi Światowego Dnia Fizjoterapii poświęcano również część corocznej Konferencji PTF, na którą zapraszano członków zarządu World Physiotherapy.

Obecnie przedstawicielem Polski w strukturach WP jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów, która także aktywnie włącza się w obchody #WorldPTDay. Każdy fizjoterapeuta może skorzystać z materiałów publikowanych z okazji Światowego Dnia Fizjoterapii. Mają nie tylko wartość popularyzującą profesję, ale również niosą treści merytoryczne. Od 2019 r. KIF tłumaczy materiały WP na język polski i rozpowszechnia je wśród swoich członków, a fizjoterapeuci chętnie z nich korzystają. Polska wersja plakatów na temat terapii bólu przewlekłego była najczęściej pobieranym materiałem ze wszystkich tłumaczeń na całym świecie!

W zeszłym roku z okazji obchodów po raz pierwszy wydano anglojęzyczny numer „Głosu Fizjoterapeu-

ty”, który spotkał się z ciepłym przyjęciem na całym świecie. Publikację można pobrać tutaj: <https://kif.info.pl/voice-of-physiotherapist-special-issue-on-the-occasion-of-the-world-pt-day-2020/>.

## #worldPTday2021

W tym roku motywem przewodnim obchodów Światowego Dnia Fizjoterapii jest rola fizjoterapeutów i rehabilitacji w leczeniu osób dotkniętych long covid. Na stronach World Physiotherapy dostępne są materiały w języku polskim, które można rozpowszechniać wśród pacjentów oraz przedstawicieli środowisk medycznych. Oto niektóre tematy:

- Long covid jako jednostka chorobowa,
- rehabilitacja w long covid,
- zmęczenie i powysiłkowe zaostrzenie objawów,
- zarządzanie tempem wysiłkowym.

Materiały można pobrać pod adresem:

[https://world.physio/wptday/toolkit?lang=999&year=971&toolkit\\_type=All](https://world.physio/wptday/toolkit?lang=999&year=971&toolkit_type=All).

## Do dzieła!

- Pobierz materiały i rozdaj je swoim pacjentom cierpiącym z powodu long covid,
- udostępnij grafiki z przesłaniem kampanii Światowego Dnia Fizjoterapii 2021 na używanych przez siebie platformach,
- użyj hashtagu #WorldPTDay w mediach społecznościowych,
- korzystaj z wiedzy i rzetelnie pomagaj pacjentom cierpiącym na long covid.



**Joanna Tokarska**  
Dział ds. Międzynarodowych






 **Long COVID i rehabilitacja**   World PT Day 2021




**Zmagasz się z Long COVID? Dowiedz się, jak fizjoterapeuta może Ci pomóc.**

Należy ostrożnie podchodzić do zlecania ćwiczeń w przypadku Long COVID, aby zminimalizować ryzyko oraz zapewnić regenerację i nie pogarszający objawów program ćwiczeń. Rehabilitacja powinna mieć na celu zapobieganie desaturacji tlenu podczas wysiłku. Fizjoterapeuta oddechowy może pomóc w przypadku objawów hiperwentylacji i zaburzeń rytmu oddychania. Nie należy stosować terapii opartej na stopniowanej intensywności ćwiczeń, szczególnie w przypadku powysiłkowego zaostrzenia objawów.

 World Physiotherapy  
[www.world.physio/wptday](http://www.world.physio/wptday)

 **World PT Day 2021**  **World PT Day 2021**  **World PT Day 2021**

 **Problemy z pamięcią i koncentracją**

**4** Cwiczenie oddechowe w pozycji stojącej

Stój prosto i połóż ręce po bokach brzucha.

W głębokich wdechach – zachowaj równowagę. W wydechu – pozwól powietrzu delikatnie kraść w to wysiłku ani poczuć rozluźnienie podczas

**Cwiczenie nowe**

Stój na stabilnym krześle. Zamknij oczy i poczuj, jak ciężki jest Twój nos. Zwróć uwagę, jak ciężki jest Twój nos i poczuj, jak ciężki jest Twój nos. Zwróć uwagę, jak ciężki jest Twój nos i poczuj, jak ciężki jest Twój nos.

**8 września – Światowy Dzień Fizjoterapii**

Pobierz bezpłatne materiały i udostępnij je swoim pacjentom!

[www.world.physio/wptday](http://www.world.physio/wptday)

# O wzroku, ruchu i tabletach

Zmysł wzroku jest jednym z najbardziej skomplikowanych układów ciała człowieka. Przy prawidłowo działającym narządzie wzroku człowiek jest w stanie w ułamku sekundy zauważyć drobne szczegóły lub nagłe zmiany w otoczeniu, widzieć w ciemności oraz odróżnić blisko 10 milionów odcieni.

Zmysł odpowiada za ponad 80% informacji, które do nas docierają. Wszystko to dzieje się automatycznie i niezwykle szybko dzięki perfekcyjnie zsynchronizowanej pracy gałki ocznej i mózgu. Gałka oczna odpowiada za odbiór bodźca wzrokowego, a ośrodki w mózgu mają za zadanie przesyłać, analizować i zrozumieć to, co się widzi. Człowiek patrzy oczami, ale widzi mózgiem.

Informacja wzrokowa jest największą motywacją do podjęcia ruchu. Jego pierwszą składową jest najczęściej spojrzenie w kierunku celu. Wzrok służy jako punkt odniesienia przy utrzymywaniu równowagi, podczas chodu i biegu lub w orientacji przestrzennej. Dzięki obserwacji człowiek uczy się przez naśladownictwo. Zmianym jest więc, że dzieci niewidome są opóźnione ruchowo o ok. 3 miesiące w porównaniu do zdrowych rówieśników. Brak u nich tak ważnej wzrokowej motywacji oraz wspomnianej już możliwości nauki przez naśladownictwo. Doświadczają często niechęci lub lęku przed ruchem. Jest on spowodowany brakiem samodzielnej oceny otoczenia oraz brakiem możliwości szybkiej reakcji na przeszkodę. Według badań WHO osoby z zaburzeniami widzenia są dwukrotnie bardziej narażone na upadek podczas chodu oraz są trzykrotnie bardziej narażone na udział w kolizji pojazdów silnikowych.

Wzrok to także narzędzie do nawiązywania relacji społecznych. Już od pierwszych dni życia noworodek skupia spojrzenie na rodzicu, zapoczątkowując z nim więź emocjonalną. Wzrok towarzyszy nauce rozumienia mowy oraz interpretacji gestów, mimiki czy mowy ciała.

Umiejętność widzenia intensywnie się rozwija dzięki licznym stymulacjom i doświadczeniom wzrokowym przez początkowe 7 lat życia. W tym czasie kluczowe jest pierwsze pół roku, ponieważ wtedy pojawiają się i rozwijają wszystkie funkcje i parametry wzrokowe. Są to między innymi: śledzenie, akomodacja, konwergencja czy widzenie obuoczne. Okuliści, optometryści i ortoptycy dziecięcy zalecają, aby pierwszą wizytę okulistyczną niemowlak odbył około 4. miesiąca życia.



Wady wzroku u dzieci są trudne do zaobserwowania. Dziecko nie wie, jak przebiega prawidłowe widzenie, nie ma punktu odniesienia, przez co uznaje swoje widzenie za normę. Wada wzroku może być również maskowana przez bardzo dobrze działającą akomodację, czyli umiejętność oka do wyostrażania obrazu w momencie patrzenia na różne odległości. Zaburzenia widzenia są najczęściej kojarzone tylko z powszechnie znanymi wadami wzroku: krótkowzrocznością, nadwzrocznością i astygmatyzmem. Do zaburzeń widzenia zaliczamy jednak wiele innych mniej oczywistych do zdiagnozowania stanów, takich jak m. in.: niedowidzenie, zaburzenia konwergencji oraz akomodacji, zaburzenia widzenia obuocznego, podwójne widzenie czy zaburzenia motoryki gałki ocznej. Powszechne przesiewowe badania wzroku są niewystarczające, aby zdiagnozować wyżej wymienione problemy, które mogą rzutować na funkcjonowanie i naukę w szkole.

Dzieci z niezdiagnozowanymi zaburzeniami widzenia są często postrzegane jako uczniowie z proble-

mami z nauką, koncentracją, zaburzeniami zachowania czy niechęcią do sportu. Zajęcia w szkole są w dużej mierze oparte na umiejętnościach wzrokowych lub koordynacji wzrokowo-ruchowej. Duża część zadań wymaga ciągłej pracy w bliży. Przykładowo, przepisywanie z tablicy wymaga dobrej ostrości wzroku, umiejętności wodzenia oraz częstego wyostrzenia widzianego obrazu naprzemiennie z bliży do dali. Dziecko z zaburzeniami tego typu szybko się męczy, dekoncentruje i frustruje. Zdarza się, że nie umie usiedzieć w miejscu lub dokończyć zadania, nad którym pracuje. Sprawia to, że pojawia się u niego niechęć do nauki.

Aby aktywnie ćwiczyć na lekcjach WF dziecko musi mieć np. prawidłową ostrość wzroku (lub skorygowaną okularami), pełne pole widzenia oraz sprawną motorykę gałek ocznych. Śledzenie jest umiejętnością płynnego utrzymywania wzroku na poruszającym się obiekcie. Dzięki tej zdolności dziecko może podążać wzrokiem za piłką podczas gry. Ćwiczenia równoważne wymagają skupienia wzroku w miejscu dla utrzymania pozycji. Uczeń, który ma z tym problem, może – ze względu na liczne porażki i frustracje – unikać zajęć ruchowych. Ciągłe niewyjaśnione trudności i w związku z tym błędne szufladkowanie ucznia przez nauczycieli może skutkować również obniżoną samooceną u dziecka. W celu uniknięcia wielu przykrych problemów zaleca się wykonanie profilaktycznego badania u okulisty i ortoptysty około półtora roku przed rozpoczęciem edukacji.

**WAŻNE!** Jeśli dziecko ma już korekcję okularową, to powinno nosić ją również podczas zajęć ruchowych. Zdejmowanie dziecku okularów jest błędem i pozbawianiem go prawidłowego widzenia.

Powszechna dostępność elektronicznych ekranów i gadżetów to już codzienność naszych czasów. Kontakt dzieci z technologią jest nieunikniony. Naukowcy jednak przestrzegają przed nadmierną ekspozycją na ekrany elektroniczne, których negatywne konsekwencje to m.in.: spowolnienie rozwoju mowy, problemy ze snem, zaburzenia zachowania, zaburzenia pamięci czy osłabienie funkcji poznawczych. W normalnych warunkach człowiek mruga średnio raz na 3 sekundy. Przed ekranem dzieje się to po połowę rza-

dziei i dodatkowo oczy narażone są na promieniowanie światła niebieskiego.


Oczywistą konsekwencją nadużywania elektroniki jest również niedostateczna ilość bezcennego dla dzieci ruchu, czego wtórną konsekwencją jest nadwaga lub otyłość. Ruch wspomaga wiele obszarów rozwoju dziecka w tym wzrok. Dzięki aktywności fizycznej dziecko ćwiczy wszystkie funkcje wzrokowe, w tym widzenie przestrzenne. Polskie Towarzystwo Okulistyczne oraz Pediatryczne jasno ostrzegają, że dzieci spędzają coraz mniej czasu na świeżym powietrzu w naturalnym oświetleniu, co jest udowodnionym czynnikiem rozwoju i postępu krótkowzroczności. Światowa Organizacja Zdrowia ze względu na powyższe konsekwencje ogłosiła wytyczne, zgodnie z którymi dzieci do ukończenia 2. roku życia nie powinny spędzać w ogóle czasu przed ekranem elektronicznym. Natomiast dzieci pomiędzy 2. a 4. rokiem życia mogą spędzać przed nim maksymalnie jedną godzinę (im mniej tym lepiej).

Zważywszy na kluczowe znaczenie wzroku w rozwoju i życiu człowieka warto o niego dbać. Każdy człowiek powinien raz na 2 lata odbyć profilaktyczną wizytę u okulisty. Jeśli ma obciążony wywiad rodzinny, wizyty powinny być częstsze (wg zaleceń lekarza). Jest to niezwykle istotne, gdyż szacuje się, że 81% z zaburzeń widzenia można by uniknąć, gdyby zostały zdiagnozowane i leczone odpowiednio wcześniej. Problem ten ma również swoje konsekwencje finansowe. W skali świata roczne straty gospodarcze związane z nieskorygowanymi wadami wzroku szacuje się na co najmniej 202 mld dolarów amerykańskich.

Biorąc pod uwagę nierozzerwalną więź wzroku z aktywnością fizyczną pamiętajmy o tym, aby naszą rolę promotorów zachowań prozdrowotnych wypełniać, zachęcając pacjentów do profilaktycznych badań wzroku.



**Alicja Wojtasiewicz**

 Oczkoblog Fizjoterapeuty

#### Źródła:

1. <https://www.pto.com.pl/wytyczne-Stanowisko-Expertow-Polskiego-Towarzystwa-Okulistycznego-oraz-Polskiego-Towarzystwa-Pediatrycznego-w-sprawie-przesiewowych-badan-wzroku-u-dzieci>.
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> Blindness and Vision Impairment.
3. [https://www.who.int/health-topics/blindness-and-vision-loss#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/blindness-and-vision-loss#tab=tab_1) Eye Care, vision care, vision impairment and blindness.
4. <https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more> To grow up healthy, children need to sit less and play more.
5. Walkiewicz-Krutak M.: Funkcjonowanie wzrokowe małych dzieci słabowidzących. Warszawa: wyd. APS, 2009.
6. <https://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2019/05/media-use-childhood?fbclid=IwAR0EX99xIUmnI0g5JNC7MHYi3xjFYFDKGxqFLeUAjh75FI7u5NMIMO6UTug> American Psychological Association: Media use in childhood: Evidence-based recommendations for caregivers.

## SZCZEPIĄCY FIZJOTERAPEUCI

Kiedy w grudniu 2020 r. trafiły do nas pierwsze dostawy szczepionek przeciw COVID-19, okazało się, że szybkie zaszczepienie prawie 40-milionowego narodu jest prawdziwym wyzwaniem dla kadr medycznych, dodatkowo obciążonych zwalczaniem skutków pandemii. Rozwiązaniem było poszerzenie zastępów personelu szczepiącego o inne zawody medyczne, które na co dzień nie miały do czynienia z igłą i strzykawką. I tak narodził się pomysł specjalnych szkoleń dla medyków z innych profesji – w tym gronie nie mogło zabraknąć i fizjoterapeutów. Łącznie w szkoleniach z kwalifikacji do szczepień wzięło udział 4694 przedstawicieli naszego zawodu, a 6104 nauczyło się je wykonywać.

Dziś przedstawiamy historie kilku fizjoterapeutek i fizjoterapeutów, którzy wykorzystali zdobytą wiedzę w praktyce. Dowiedzmy się, dlaczego zdecydowali się wziąć udział w akcji szczepień, z jakimi problemami się zetknęli i jak oceniają przydatność nowych kompetencji.

# Czuję się dumna i doceniona

– Jest w tym też chyba poczucie misji i wyróżnienia, z powodu zaufania, jakim obdarzono naszą grupę zawodową – o swoich motywacjach i doświadczeniach związanych z udziałem w akcji szczepień opowiada Joanna Skalska.

W maju br. rozpoczęłam współpracę z Punktami Szczepień Powszechnych w powiecie bielskim na Podlasiu. Początkowo odpowiadałam za punkt mieszczący się w malutkim, niespełna czterotyśięcznym miasteczku. Teraz dołączyłam do zespołu w stolicy powiatu – Bielsku Podlaskim. PSP mieści się na terenie POZ przy miejskim szpitalu.

## Nowe możliwości

Zdecydowałam się podjąć to wyzwanie głównie z powodów osobistych. Potrzebowałam zadbać o siebie, może również odpocząć od tego, czym zajmuję się na co dzień. Ucieszyła mnie możliwość zmiany charakteru pracy, nawet jeśli dotyczy to tylko czasu pandemii. Od blisko 10 lat pracuję jako fizjoterapeutka dziecięca. Moimi pacjentami w większości są dzieci niepełnosprawne, głównie z MPD i mnóstwem najróżniejszych zespołów genetycznych. Jest to praca niezwykle interesująca, ale jednocześnie wyczerpująca fizycznie i psychicznie.

Cieszy mnie, że zostaliśmy włączeni do grupy zawodów medycznych, które mają uprawnienia do szczepienia. Jako fizjoterapeutka czuję się doceniona i dumna. Jest w tym też chyba poczucie misji i wyróżnienia, z powodu zaufania, jakim obdarzono naszą grupę zawodową.



Fot. Arch. prywatne J.Skalska

Nauczyłam się wielu nowych rzeczy i nie myślę tu wyłącznie o technice iniekcji domięśniowych. Z gabinetu prywatnego przeszłam do dużej placówki, weszłam w struktury szpitala, poznałam wielu nowych ludzi ze środowiska medycznego. Moimi pacjentami teraz są dorośli, którzy przychodzą do mnie na chwilę i w bardzo konkretnej sprawie.

Samo zdobywanie uprawnień też wspominam pozytywnie, jako rozszerzenie, uzupełnienie wiedzy, możliwość zadawania pytań czy powtórzenie kursu pierwszej pomocy. Z tego ostatniego miałam już możliwość skorzystać nawet poza punktem. Widzę, że zdecydowanie dodało mi to pewności siebie.

Jeżeli chodzi o zakres moich obowiązków to bywało z tym różnie. Obecnie na swoich dyżurach odpowiadam za wszystkie czynności od umawiania pacjentów i wpisywania ich do e-rejestracji, przez kwalifikację, aż po wykonanie szczepienia. Mam ich na koncie na pewno kilkaset, ciężko policzyć.

Oprócz kilka mniejszych czy większych kłótni między pacjentami i pracownikami punktu, kolejek pacjentów, które czasami wydawały się nie mieć końca, to większych trudności nie zanotowałam. Może to specyfika regionu czy małego miasteczka. Nie wiem jak jest w innych miejscach, ale ze swojej strony gorąco polecam innym fizjoterapeutom podjęcie się pracy w punkcie szczepień.

## Fizjoterapeutki koordynują pracę punktu szczepień

O nowych wyzwaniach zawodowych opowiada Dorota Kuźmińska, która wraz z Joanną Pelczar, podjęła się zadania zorganizowania pracy Powszechnego Punktu Szczepień na warszawskiej Białołęce.

W maju br. zaproponowano nam zorganizowanie pracy jednego z czterech Warszawskich Powszechnych Punktów Szczepień, zlokalizowanego w Białołęckim Ośrodku Sportu. Na co dzień pracujemy w ZOZ-Warszawa-Targówek. Jestem koordynatorką rehabilitacji w Poradni Rehabilitacyjnej dla Dorosłych, a Joanna Pelczar zastępczynią kierownika Przychodni Rehabilitacyjnej dla Dzieci i Młodzieży. Obie ukończyłyśmy studia podyplomowe w kierunku zarządzania w ochronie zdrowia. Zapewne stąd wziął się pomysł, aby to nam powierzyć funkcje kierownicze w otwieranym z inicjatywy miasta bardzo dużym punkcie szczepień przeciw COVID-19.

### Nowe obowiązki

Początki były trudne, wszystko trzeba było zbudować od podstaw. Do naszych obowiązków należało takie organizowanie procesu szczepień, aby przebiegał sprawnie i zgodnie z procedurami. Odpowiadałyśmy za rekrutację personelu medycznego, asystentów medycznych oraz współpracę z Białołęckim Ośrodkiem Pomocy Społecznej odpowiedzialnym za wolontariat.

Zorganizowanie zespołu szczepiennego – pomimo tak szczytnego celu – wcale nie było łatwe. Okazywało się, że ludzie mają różne życiowe i zawodowe



Fot. Arch. prywatne D.Kuźmińska, J.Pelczar

zobowiązania, co utrudniało organizację całodzienną pracę w sytuacji pracy „na zlecenie”. Nie jest to łatwe tym bardziej, gdy punkt szczepień jest pod lupą mediów oraz wnikliwą oceną społeczeństwa.

Obecnie nasze zadania to głównie prace organizacyjne, ale dzięki odbytym szkoleniom w zakresie kwalifikacji i szczepień ochronnych przeciw COVID-19 w razie potrzeby same też szczepimy i kwalifikujemy.

### Fizjoterapeuta zawsze da radę!

To że fizjoterapeuci mają możliwość szczepienia i kwalifikowania pacjentów oceniamy jako dużą szansę dla naszego zawodu. Uzyskaliśmy nowe uprawnienia i zostaliśmy włączeni do grupy specjalistów medycznych wspierających tak szczytny cel, jakim jest walka z pandemią. Bardzo zależało nam na tym, aby zaprosić do współpracy jak najwięcej fizjoterapeutów – i to się udało, mamy w zespole kilkanaście osób z tym wykształceniem. Bardzo cenimy sobie współpracę z nimi, są rzetelni, sumienni i punktualni. Odnosimy wrażenie, że fizjoterapeuta to taki fachowiec, który sprawdza się w każdym powierzonym mu zadaniu. Nasi współpracownicy dają z siebie 100 procent.

W naszym Punkcie oprócz fizjoterapeutów zatrudniamy także diagnostów, laborantów, farmaceutów, pielęgniarki, lekarzy i ratowników medycznych. To właśnie ratownik medyczny, Dawid Gajos, jest trzecim koordynatorem Punktu.

### Tysiące dziennie

Pracujemy nieprzerwanie od 14 maja. Przez 3,5 miesiąca, które minęły od otwarcia Punktu, trudno zliczyć ile osób zostało u nas zaszczepionych. Na początku szczepiliśmy ok. 1,5 tys. osób dziennie, ale zdarzały się dni, kiedy mieliśmy ok. 3 tys. pacjentów. Z racji skali działania konieczna była precyzyjna organizacja „przepływu pacjentów”. W najgorętszych momentach co 5 min. na teren ośrodka wchodziły czterdziestoosobowe grupy. Ruchem pacjentów kierują wolontariusze – ich pomoc i zaangażowanie są nieocenione!

Na pokładzie mamy też osoby nie będące medykami. Pełnią funkcje asystentów osób szczepiących, odpowiadają za rejestrację pacjentów i inne konieczne formalności. Taka organizacja pracy znacznie przyspiesza cały proces i skraca czas pobytu w Punkcie. Nie dopuszczamy do gromadzenia się pacjentów w większych grupach. Po szczepieniu czuwa nad nimi zespół ratownictwa medycznego. Jest też do dyspozycji karetka pogotowia, w razie potrzeby gotowa do natychmiastowego wyjazdu.

Czy były w naszej pracy jakieś trudne momenty? Oczywiście, że tak. Ale były to raczej kwestie związane ze sprawami organizacyjnymi np. zbyt mała liczba lekarzy niezbędnych do pracy w punkcie szczepień czy konieczność zapanowania nad emocjami pacjentów.



Fot. Arch. prywatne D.Kuźmińska, J.Pelczar

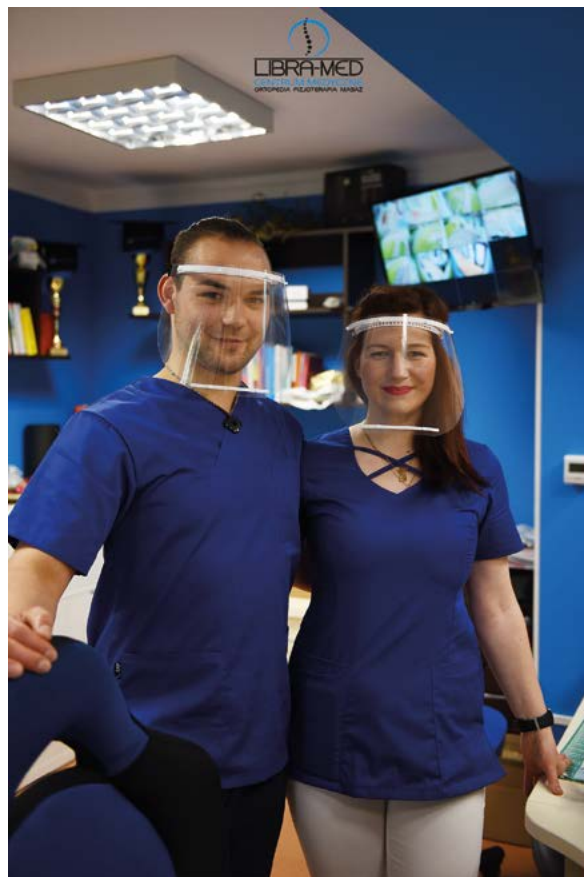
# Małżeństwo fizjoterapeutów otworzyło punkt szczepień

– W naszej gminie początkowo nie mieliśmy punktu szczepień. Było to dużym kłopotem zwłaszcza dla osób, które nie miały możliwości dojazdu do sąsiedniej gminy – mówią Patrycja i Dawid Liebrechtowie, którzy podjęli się zorganizowania punktu szczepień.

Ponieważ prowadzimy już Centrum Medyczne, otrzymaliśmy zapytanie od władzy miasta, czy nie podjęlibyśmy się wyzwania stworzenia punktu szczepień w naszej gminie. Musimy przyznać, że nie było to najłatwiejsze zadanie.

Najpierw podjęliśmy odpowiednie kroki w celu uzyskania uprawnień do szczepień oraz złożyliśmy odpowiednie dokumenty w oddziale NFZ. I pozostało nam czekać. A czekaliśmy długo – dopiero po siedmiu tygodniach skontaktowano się z nami telefonicznie. Kolejnym krokiem była wizytacja kontrolna, na podstawie której oceniano, czy stworzony przez nas punkt spełnia wszystkie wymogi. I znów... czekaliśmy. Tym razem na otrzymanie pozytywnej decyzji NFZ, dostępu do internetowego Systemu Dystrybucji Szczepionek, Systemu e-rejestracji i e-gabinetu. Finalnie otworzyliśmy Punkt Szczepień Populacyjnych w gminie Krajenka w województwie wielkopolskim.

Pierwsze szczepienia w naszym punkcie odbyły się 21 lipca 2021 r. Musieliśmy powołać zespół kwalifikująco-szczepiący, w skład którego wchodzi: lekarz i magister farmacji, którzy kwalifikują pacjentów oraz my, dwoje magistrów fizjoterapii. Dawid szczepi pacjentów, Patrycja zajmuje się całą resztą (rejestracją pacjentów, prowadzeniem dokumentacji, wydawaniem zaświadczeń i certyfikatów, kierowanie ruchem podczas szczepień, kontrolą nad pacjentem bezpośrednio po szczepieniu).



Fot. Arch. prywatne P. i D.Liebrechtowie



Do połowy sierpnia br. zostało zaszczepionych u nas prawie 300 osób. Ponieważ zainteresowanie pacjentów jest naprawdę duże, przewidujemy, że do końca sierpnia zaszczepimy drugie tyle.

Jesteśmy zadowoleni z możliwości wykonywania szczepień przez fizjoterapeutów. Tym bardziej, że pomogliśmy wielu osobom zaszczepić się w miejscu zamieszkania.

Zdarzył nam się tylko jeden nieprzyjemny incydent – na szczepienie zgłosił się pacjent pod wpływem alkoholu. W związku z ostatnimi wydarzeniami w Polsce (dewastacja punktów szczepień) mamy zapewnione wsparcie policji. Liczymy, że nigdy z tej formy pomocy nie będziemy musieli korzystać.

## Szczepienie było ucieczką

– Zanim podjąłem się szczepień, pracowałem na oddziale covidowym. Liczba zgonów, cierpienie i ta ogólna bezsilność były przytłaczające – opowiada Dorian Ciecierski.

Możliwość zajęcia się szczepieniami była swego rodzaju ucieczką, ponieważ czułem, że sytuacja zaczyna mnie powoli przerastać. Liczba zgonów, cierpienie i ta ogólna bezsilność były przytłaczające. Poza tym, nie ukrywam, że ważny jest również czynnik finansowy. Praca w punkcie szczepień jest dużo lepiej płatna niż praca jako fizjoterapeuta na NFZ.

Cieszę się, że jako fizjoterapeuci zostaliśmy choć trochę zauważeni. Jest to krok w dobrym kierunku prowadzący do zwiększenia kompetencji przedstawicieli naszego zawodu. Mam tylko nadzieję, że po zakończeniu kryzysu nie zostanie to zapomniane.

Szczepię w Szczecinie i okolicach. Aktualnie pracuję w dwóch prywatnych punktach, które świadczą usługi stacjonarne oraz dojazdowe do pacjentów. W jednym jestem sam z osobą rejestrującą – wówczas kwalifikuję oraz wykonuję szczepienia. W drugim punkcie jest nas więcej: rejestratorka, dwie osoby kwalifikujące i dwie szczepiące. Moja rola w tym punkcie zależy od ustaleń ze współpracownikami oraz potrzeb danego dnia. Czasem kwalifikuję przez całą zmianę, a czasem szczepię. Parę razy zastępo-



Fot. Arch. prywatne D.Ciecierski

wałem również koleżanki rejestrujące pacjentów, ponieważ – jak się okazało – miałem największe doświadczenie w pracy z systemem. Jeżdżę również do domów osób, które nie są w stanie samodzielnie do nas dotrzeć. Wówczas wykonuję całą pracę: kwalifikacja, przygotowanie szczepionki, szczepienie oraz wprowadzenie do systemu niezbędnych informacji.

Moja praca przebiega spokojnie. Jedyne trudniejsze sytuacje, jakie się zdarzają, to zasłabnięcia pacjentów z powodu nadmiaru emocji, które czasem towarzyszą podczas szczepień.

## Wiem, jak wygląda strach duszącego się pacjenta

- Szczepię w NZOZ, w którym na co dzień pracuję jako fizjoterapeuta – mówi Piotr Lewartowski z Radzyna w województwie lubuskim.

Sam zdecydowałem się zaszczepić w styczniu br. i od tej pory namawiam do tego samego każdego mojego pacjenta i wszystkich znajomych. Niestety niektórych za późno. W pracy zajmuję się typową rehabilitacją ambulatoryjną, ale – jak większość z nas – mam też drugi etat. Jest nim opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie w warunkach domowych. Wiem, jak wygląda respirator, koncentrator tlenu, ssak. I wiem, jak wygląda pacjent z panicznym strachem w oczach, bojący się, że się udusi, łapiący z trudem kolejny wdech powietrza.

Po rozmowach z właścicielką NZOZ postanowiliśmy uruchomić punkt szczepień. W tym czasie byłem już w trakcie szkoleń dla fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych chcących wykonywać szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 i przeprowadzać badania kwalifikacyjne. Ruszyliśmy ze szczepieniami na początku maja. Dwa gabinety zabiegowe: w jednym ja, w drugim koleżanka pielęgniarka. Do naszych zadań należy kwalifikacja pacjentów i na jej podstawie wykonywanie szczepień.

Do tej pory w naszym punkcie zaszczepiliśmy ok. 3 tys. osób. Kilku pacjentów musieliśmy niestety z powodów zdrowotnych odesłać do punktu szczepień w POZ w celu konsultacji lekarskiej. Pierwsze dwa miesiące pracowaliśmy od wtorku do soboty, potem liczba chętnych zaczęła spadać, więc szczepiliśmy tylko w soboty. Ci, co chcieli, są już zaszczepieni, a pozostali są przecież... nieśmiertelni. 14 sierpnia był naszą ostatnią roboczą sobotą w punkcie szczepień.

W związku z małym zainteresowaniem szczepieniami zmieniamy strategię i tworzymy punkt mobilny, by dotrzeć bliżej miejsca zamieszkania pacjentów.



Fot. Arch. prywatne P.Lewartowski

## Weekendowe dyżury w punkcie szczepień

– Zdecydowałam się włączyć w akcję szczepień z dwóch powodów. Pierwszym jest możliwość rozszerzenia kompetencji – wykonuję czynności, do których do tej pory fizjoterapeuci w Polsce nie mieli prawa – mówi Weronika Krzepakowska, fizjoterapeutka z Warszawy.

Szczepię od połowy maja w niektóre weekendy w małej podwarszawskiej przychodni. Zaszczepiłam już kilkaset osób, zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe. Kontakt z pacjentem trwa kilku minut. Pacjent wchodzi do gabinetu z wypełnionym kwestionariuszem kwalifikacyjnym. Moim obowiązkiem jest jego sprawdzenie i zakwalifikowanie do szczepienia. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości odsyłam pacjenta do gabinetu lekarskiego znajdującego się obok. Zakwalifikowanego pozytywnie pacjenta „wpisuję” do systemu gabinet.gov.pl, uzupełniam wszystkie dane oraz informacje na temat szczepionki. Następnie wykonuję zastrzyk. Na koniec składam elektroniczny podpis w systemie potwierdzający wykonanie szczepienia. Oprócz tego do moich obowiązków należy wcześniejsze przygotowanie stanowiska pracy i dawek szczepionki.

Cała procedura przygotowania dawek, uzupełniania danych i samego szczepienia wymaga naprawdę dużej koncentracji. Dla osoby, która nie ma na co dzień kontaktu z igłami i strzykawkami to może być na początku dość duże wyzwanie. Ale przy nastym pacjencie człowiek jest już z tym oswojony. Najtrudniejszymi dla mnie momentami jest chyba szczepienie zestresowanych osób – ich stan wyczuwa się od razu. Wtedy ważna jest nasza siła spokoju. Z drugiej strony nie zapomnę najmielszego momentu, który spotkał mnie podczas szczepień – od jednego z pierwszych pacjentów usłyszałam: „To już? Nic nie czułem. Ręka fachowca!”.

Zdecydowałam się włączyć w akcję szczepień z dwóch powodów. Pierwszym jest możliwość rozszerzenia kompetencji – wykonuję czynności, do których do tej pory fizjoterapeuci w Polsce nie mieli prawa. Przede wszystkim jednak jest to dla mnie okazja do aktywnego włączenia się w walkę z pandemią i dołożenie mojej małej cegiełki dla wspólnego dobra.



Fot. Arch. prywatne W.Krzepakowska

# Mamy szansę walczyć z pandemią

Z czteroosobowego zespołu fizjoterapeutów w placówce jako jedyny zdecydowałem się na odbycie szkoleń i zdobycie uprawnień w zakresie szczepień przeciw COVID-19 – mówi Michał Witaja z Łodzi.

Jestem bardzo zadowolony z możliwości wykonywania szczepień przez fizjoterapeutów. W ten sposób możemy pokazać społeczeństwu, że jesteśmy przedstawicielami zawodu medycznego i jeśli trzeba, możemy przejąć niektóre obowiązki innych medyków. Zdecydowałem się na wykonywanie szczepień, ponieważ od początku widziałem w tym szansę na większe zaangażowanie w walkę z pandemią i niesienie pomocy. Kwestia wykonania iniekcji nie budzi we mnie żadnych obaw.

Szczepienia wykonuję w niedużej prywatnej przychodni, w której pracowałem do tej pory na stanowisku fizjoterapeuty. Z czteroosobowego zespołu fizjoterapeutów w placówce jako jedyny zdecydowałem się na odbycie szkoleń i zdobycie uprawnień w zakresie szczepień przeciw COVID-19. Do moich obowiązków należy zarówno kwalifikacja do szczepień, jak i samo wykonanie iniekcji. Dzięki zaangażowaniu pozostałego personelu przychodni wypracowaliśmy system pracy pozwalający wykonać mi te dwie złożone czynności sprawnie i z należytą starannością.

Szczepić zaczęliśmy na przełomie maja i czerwca. W sumie zaszczepiłem i zakwalifikowałem prawie 1,5 tys. pacjentów, przy czym nie porzuciłem swoich wcześniejszych obowiązków i dalej pracuję z pacjentami w ambulatorium.

Podczas pracy miałem już do czynienia z zagorzałymi sceptykami szczepień. Do tej pory poza kilkoma zasłabnięciami na widok igły nie wydarzyło się nic, co nazwałbym trudnym momentem. Zdarzały się szczepienia dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, które były przerażone całą sytuacją i trzeba było poświęcić im więcej czasu. Ostatecznie zawsze udawało się wyjść z kryzysu obronną ręką.



Fot. Arch. prywatne M.Witaja

## Trudne momenty to te „pierwsze razy”

– Bardzo pomogły koleżanki pielęgniarki. To one mnie podszkoliły, pokazały, jak ułatwić sobie pracę i nie zrobić krzywdy. Bo nie ma co się oszukiwać, co innego szkolenie, a co innego praca na żywym człowieku – relacjonuje Magdalena Nastróżna.

Gdy tylko usłyszałam informację na temat szczepień, to wiedziałam, że jeżeli tylko będzie taka możliwość, będę chciała je wykonywać. Jestem bardzo zadowolona, że się udało. Tym bardziej, że tak naprawdę praca sama mnie znalazła. Zaraz po tym, jak ukończyłam kurs, zaproponowano mi pracę.

Placówka, w której szczepię, to gminna przychodnia w Osiu (woj. kujawsko-pomorskie). Tam też pracuję na co dzień jako fizjoterapeutka. Szczepienia wykonuję od maja br., ale nie kwalifikuję. Moje obowiązki to: przygotowanie szczepionek, wpisanie pacjenta do systemu po szczepieniu i oczywiście samo szczepienie – i ta ostatnia czynność sprawia mi największą satysfakcję.

Od poniedziałku do piątku pracuję jako fizjoterapeutka, więc na szczepienia pozostają mi tylko weekendy. Jestem bardzo wdzięczna mojemu pracodawcy, że udało się to tak zorganizować. Nie jestem w stanie określić, ile osób udało mi się zaszczepić, ale wiem, że na terenie gminy zaszczepiono już ok. 42% mieszkańców.

Trudne momenty to te „pierwsze razy”. Trzeba było przełamać swoje opory, wdrożyć się. Bardzo pomogły koleżanki pielęgniarki. To one mnie podszkoliły, pokazały, jak ułatwić sobie pracę i nie zrobić krzywdy. Bo nie ma co się oszukiwać, co innego szkolenie, a co innego praca na żywym człowieku.

Podsumowując, jestem bardzo zadowolona z tego, że mogę szczepić. Staram się rozluźnić i uspokoić pacjentów, aby wiedzieli, że żadna krzywda im się nie dzieje. Wielką satysfakcją jest dla mnie uśmiech pacjenta wychodzącego z punktu szczepień.



Fot. Arch. prywatne M.Nastróżna

## Mogłem odciążyć lekarzy i pielęgniarki

– W najlepszym okresie szczepiliśmy ok. 250 pacjentów dziennie – o swojej przygodzie ze szczepieniami mówi Mateusz Stec.

Szczepiłem w Krakowie w prywatnym podmiocie leczniczym. W nim też na co dzień pracuję w przychodni ambulatoryjnej. Zdecydowałem się odbyć kurs szczepień z dwóch powodów. Jednym był wzrost zachorowań – uznałem więc, że pomocne będzie odciążenie pielęgniarek i lekarzy w tym zakresie. Drugim powodem była chęć nabycia nowym umiejętności i pobudzenia szarych komórek.

Cieszę się, że fizjoterapeuci zyskali taką możliwość, ponieważ zwiększa to nasze kompetencje, a być może otwiera drzwi na nabycie kolejnych np. uprawnień do szczepienia przeciwko grypie czy sformalizowanie suchego igłowania. Poza tym placówka, w której pracuję, zaofiarowała bardzo korzystne wynagrodzenie za szczepienia pacjentów.

W punkcie szczepień pracowaliśmy w parach w kilku gabinetach. W najlepszym okresie szczepiliśmy ok. 250 pacjentów dziennie. Pielęgniarka zajmowała się wykonaniem samego szczepienia i kwalifikowaniem pacjenta. Moim zdaniem były wprowadzanie informacji do systemu, wypisywanie zaświadczeń



Fot. Arch. prywatne M.Stec

o szczepieniu oraz drukowanie kodów QR. Sporadycznie, w sytuacjach niejednoznacznych, konsultowaliśmy się ze sobą, czy nie należy odsyłać pacjenta do kwalifikacji przez lekarza. Osobiście pomagałem w zaszczepieniu ok. 300 osób.

Jednymi sytuacjami, które mogły być w jakiś sensie stresujące, były płaczące nastolatki, które bały się igieł, choć wyraziły zgodę na szczepienie, a także nieufność niektórych pacjentów co do marki szczepionki oraz dwie reakcje poszczepienne. Na szczęście skończyło się na chwilowych omdleniach i zaburzeniach czucia w obrębie języka.

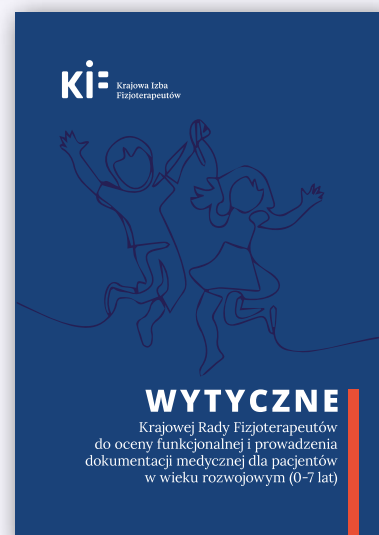
### Zapisz się na bezpłatne szkolenie „Ocena funkcjonalna i prowadzenie dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (0-7 lat)”

Zyskaj umiejętność prowadzenia oraz dokumentowania badania i leczenia dzieci w oparciu o funkcjonalny model ICF-CY oraz zapoznaj się z metodyką oceny funkcjonowania dziecka w wieku 0-7 lat oraz interpretacją uzyskanych wyników.

Jesienna edycja szkoleń odbędzie się w wielu miastach Polski. Do wyboru masz: Wrocław, Przemyśl, Rzeszów, Białystok, Łódź, Inowrocław, Toruń, Nowy Sącz, Kraków, Katowice, Tychy, Gdańsk, Warszawę i Poznań.

Zapisy na szkolenie dokonywane są wyłącznie przez **Portal Fizjoterapeuty**.

Więcej informacji: [portal.kif.info.pl](http://portal.kif.info.pl)



# Kronika zgorzeleckich konferencji

Liczący ponad 300 stron album pod redakcją prof. Zbigniewa Śliwińskiego i dr. Grzegorza Śliwińskiego to unikatowy zapis 25 edycji konferencji naukowych pt. „Życie bez bólu” organizowanych w Zgorzelcu z okazji Międzynarodowego Dnia Inwalidy\*.

To już trzecie wydawnictwo poświęcone temu cyklowi wydarzeń, ale pierwsze, w którym autorzy pokusili się o rocznicowe podsumowania. Ponad 1200 starannie wyselekcjonowanych fotografii dokumentuje rozwój projektu od 1991 r., obrazując jak z niewielkiej środowiskowej konferencji przeradzała się ona w międzynarodowy kongres z udziałem naukowców, praktyków fizjoterapii i lekarzy.

*Spiritus movens*, zarówno cyklu konferencji, jak i kolejnych publikacji o nich, prof. dr hab. n. med. i dr n. kf. Zbigniew Śliwiński mówi, że choć pandemia uniemożliwiła zorganizowanie zeszłorocznej i tegorocznej edycji, to dzięki niej znalazł czas na podsumowania. Było to dużym wyzwaniem. Jego archiwum liczy ponad 20 tys. zdjęć, z których tylko (albo aż!) 1241 wraz z opisami trafiło do rocznicowego albumu.

Konferencja w Zgorzelcu na stałe wpisała się w kalendarz wydarzeń związanych z fizjoterapią w Polsce. W latach 1991 – 2019 z inicjatywy prof. Śliwińskiego i pod egidą Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii oraz przy wsparciu władz lokalnych odbyło się 25 konferencji naukowych, w których udział wzięło wielu znamienitych gości. Statystyki są imponujące. Łącznie do Zgorzelca przyjechało 139 naukowców z 36 krajów z 6 kontynentów. Nawet z tak odległych zakątków jak: Australia, Nowa Zelandia, Chile, Malezja, Indonezja, Indie, Chiny czy Tajwan.

Najliczniej reprezentowana była oczywiście Europa, a w Zgorzelcu gościli przedstawiciele władz WCPT (obecnie WP). W konferencjach zawsze chętnie brali udział przedstawiciele uniwersytetów m.in. z Berlina, Lipska, Drezna, Hanoweru, Barcelony, Londynu, Cambridge czy z uczelni belgijskich, rumuńskich, ukraińskich i rosyjskich.

„Każde takie spotkanie wiązało się z wystąpieniem naukowym, które nie tylko poszerzało wiedzę zebranych, ale też sprawiało, że zmieniało się nasze spojrzenie na fizjoterapię. Szczególnie wspominam wizyty wieloletniej przewodniczącej WCPT Regionu Europa prof. Sarah Bazin i dyskusje z nią w czasach, kiedy nie mieliśmy jeszcze w Polsce ustawy o zawdzie fizjoterapeuty i zastanawialiśmy się, jak usankcjonować prawnie nas zawód – wspomina prof. Zbigniew Śliwiński.

Czy niebawem odbędzie się 26. konferencja „Życie bez bólu”? Z powodu pandemii niestety niewiele można planować, należy brać pod uwagę nie tylko bezpieczeństwo uczestników, ale także możliwości przybycia gości z odległych regionów świata.

Jak deklaruje prof. Śliwiński: „Choć sam uczestniczę w wielu wydarzeniach naukowych online, nie chciałbym, aby zgorzeleckie spotkania przybrały taką formę. Nic nie zastąpi spotkań face to face, atmosfery



Książka pod redakcją prof. Zbigniewa Śliwińskiego i dr. Grzegorza Śliwińskiego z przedmową m.in. prof. Aleksandra Sieronia

\*Międzynarodowy Dzień Inwalidy – święto obchodzone corocznie w trzecią niedzielę marca ustanowione przez Międzynarodową Organizację Pracy, afiliowaną Agencję ONZ. Wydarzeniem inicjującym ustanowienie tego dnia była katastrofa górnicza, która zdarzyła się 8 sierpnia 1956 r. w kopalni węgla kamiennego w Belgii, w wyniku której śmierć poniosło 262 górników pochodzących z 12 krajów, a wiele osób doznało poważnych obrażeń. Prawdopodobnie jest to najstarsze święto poświęcone osobom niepełnosprawnym w wyniku wypadków przy pracy. Na obchody MOP wybrał pierwsze dni wiosny, symbol odradzającej się przyrody.

Źródło: Wikipedia

## WYDARZYŁO SIĘ

związanej z nawiązywaniem bezpośrednich kontaktów i wymiany poglądów również z przedstawicielami innych środowisk. W przypadku naszych konferencji tradycją jest też, że biorą w niej udział osoby niepełnosprawne oraz seniorzy działający na Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Trudno byłoby przenieść te wydarzenia w przestrzeń internetu. Także czekamy z niecierpliwością na możliwość zorganizowania konferencji w tradycyjnej formule. Taki model jest nam najbliższy”.

AM

### O zgorzeleckich konferencjach można również przeczytać w tomach:

- „Współpraca Towarzystwa Walki z Kalectwem na płaszczyźnie międzynarodowych konferencji naukowych >>Życie bez bólu<<”,
- „Międzynarodowy Dzień Inwalidy >>Życie bez bólu<< (1991-2019). Who's Who in the World of Physiotherapy”.



Fot. Agata Przewoźna

## AWF i KIF podpisały list w sprawie współpracy

Warszawska AWF i KIF zamierzają rozwijać współpracę na rzecz rozwoju kształcenia zawodowego fizjoterapeutów. 17 sierpnia 2021 r., w siedzibie Akademii Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, rektor prof. dr hab. Bartosz Molik oraz prof. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów podpisali list intencyjny. Porozumienie zakłada działania w obszarach obejmujących fizjoterapię m. in. w kardiologii, chirurgii, pulmonologii, pediatrii i onkologii.



Fot. KIF

## Wspólne działania WUM i KIF

3 sierpnia 2021 r. prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i prof. Maciej Krawczyk, prezes KRF, podpisali list intencyjny dotyczący woli współpracy na rzecz rozwoju kształcenia zawodowego fizjoterapeutów. W spotkaniu uczestniczył również dr Zbigniew Wroński, wiceprezes KRF ds. nauki i edukacji. Inicjatorem podpisania dokumentu byli dziekan Wydziału Medycznego WUM dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski, prof. WUM oraz prof. Maciej Krawczyk.



# Czy post uzdrowi chorych?

Zapewnia o tym dr Ewa Dąbrowska, która zaleca terapię warzywno-owocową. Szczególna kusząca teraz, gdy mamy tak szeroki dostęp do świeżych lokalnych produktów.

Post dr Ewy Dąbrowskiej, lekarki chorób wewnętrznych, to nietracąca na popularności od przeszło 30 lat metoda odżywiania. Zakłada, że przez sześć tygodni spożywamy tylko warzywa niskoskrobiowe i owoce niskocukrowe, najlepiej surowe. Dzienna porcja kaloryczna nie może przekraczać 800 kalorii. Elementem kuracji ma być ruch fizyczny, a wspomóc mogą ją także „naturalne terapie oczyszczające, takie jak: lewatywy, hydrokolonoterapia”.

Z postem Dąbrowskiej jest ten sam problem co z teoriami spiskowymi. Na pierwszy rzut oka wszystko wydaje się logiczne, poparte badaniami i autorytetami oraz świadectwami zwykłych ludzi. „Współczesny styl życia nie służy zdrowiu, o czym świadczy zatrważająca ilość osób chorych” – pisze dr Dąbrowska na swojej stronie, z czym ciężko się nie zgodzić. Lekarka przedstawia przerażającą diagnozę i od razu daje receptę: „Za główną przyczynę chorób współczesnej cywilizacji uważa się toksyny i niedobory mikrośladków. Post warzywno-owocowy może temu zaradzić”.

Co możemy wyleczyć postem? Mniej więcej wszystko: nadciśnienie, otyłość, zakrzepicę, choroby tarczycy i zwyrodnieniowe, astmę, alergię, miażdżycę, cukrzycę, a nawet niepłodność. „Te fenomenalne zdolności organizmu wiążą się z procesami autofagii, które post aktywuje i znacznie przyspiesza” – pisze Dąbrowska i dodaje, że za to odkrycie prof. Yoshinori Ohsumi otrzymał Nagrodę Nobla.

Rzeczywiście prof. Ohsumi za badania nad autofagią otrzymał Nobla. Tylko że dotyczyły one drożdży. Człowiek jest jednak bardziej złożony. I niestety, organizm pozbawiony wystarczającej ilości substancji odżywczych nie zaczyna żywić się zgromadzonym tłuszczem – jak twierdzi Dąbrowska. Paliwem jest białko, więc jeśli już chcemy mówić o zjedaniu czegośkolwiek, to raczej własnych mięśni, a nie oponki na brzuchu.

Dla wielu osób decydujących się na post głównym celem jest utrata kilogramów. Spożywając 800 kalorii dziennie, schudniemy. Dr Dąbrowska zaleca taką samą kaloryczność dla wszystkich – bez względu na wiek, płeć, wzrost, wagę, styl życia, stan zdrowia. To porcja poniżej wymaganej do podtrzymania podstawowych funkcji życiowych statystycznego dorosłego człowieka. A jak zachowa się organizm, któremu odbierzemy pokarm? Zacznie spowalniać metabolizm. I owszem, schudniemy, ale gdy skończymy post, nie tylko będzie groził nam efekt jo-jo, ale też długotrwałe zaburzenie metabolizmu. Rozchwianie hormonalne też może powodować przybieranie na masie ciała, a w zająsci w ciąży też na pewno nie pomoże.

Początki postu bywają bardzo ciężkie: bóle głowy, brak sił, rozdrażnienie, problemy jelitowe, a nawet gorączki i omdlenia. Ma to być dowód na... oczyszczanie organizmu z toksyn! Podobno po kilku dniach jest lepiej, wręcz przybywa energii. Organizm trochę nie ma wyjścia, musi się dostosować do nowych warunków, np. spowalniając metabolizm. Nie da się też pominąć efektu psychologicznego – przetrwaliśmy najgorszy okres, kilogramy lecą! I powiedzmy sobie szczerze, przetrwanie 42 dni na poście jest łatwiejsze niż racjonalne odżywianie przez całe życie, dzień po dniu. Tylko że jeśli ktoś już wcześniej miał problem z rozsądnym jedzeniem, to jak się zachowa, gdy wreszcie będzie mógł rozszerzać menu?

Dr Dąbrowska podkreśla, że jej słowa potwierdzone są badaniami, ale nie precyzuje jakimi. W ciągu przeszło 30 lat działalności sama przeprowadziła tylko jedno – na kilkunastu mężczyznach.

Artykuł w obszerniejszej wersji znajdziesz na stronie [www.glosfizjoterapeuty.pl](http://www.glosfizjoterapeuty.pl)

**Agnieszka Gierczak-Cywińska**

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
12			2										9						13			
											14				4							
15					16		17													18		
											19	20		21		22						
23			24			25		26		27									28		29	30
					31								32									
33							34										35					
					36							37			38							
39		40						41										42	43		44	
					45		46					47	48									
49							50		51	52		53							54			
					55							56										
57									58											59		
					60																	
62									63											64		

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

### POZIOMO:

- \*6) P1 lub tensometryczna,
- \*12) Znajdź... (czy już masz tam profil?),
- 13) pociecha dziadków,
- 14) metamizol, lek przeciwbólowy,
- \*15) trzeci wskaźnik zdrowia,
- 16) najskuteczniejszy na świeżym powietrzu,
- 19) okólnik na hali,
- 23) pukania, aczkolwiek nie do drzwi,
- 25) koncentrowa z występami,
- 28) skóra z meszkiem,
- 31) do wyprowadzania naiwnych,
- 32) wyodrębniający się obszar,
- \*33) nie bity w nie, kto zaradny,
- 34) wyściełany mebel z wałkami,
- 35) pozioma belka podporowa,
- 36) ślepy może być szczęśliwy,
- 37) dziedziczny wyróżnik,
- 39) rodzaj płachty,
- 41) pochyła odmiana pisma,
- 42) dla biegacza lub dla kotka,
- 45) zeszyt żaka,
- 47) sprężynujący zaczep,
- 49) i w barszczu, i w filiżance,
- 50) klonowy do panekjków,
- 54) pociąg nie do odparcia,
- 55) czepne zapięcie,

- 56) precyzyjny myśliciel,
- 57) z grzecznością nie ma nic wspólnego,
- 58) matkuje łośzakowi,
- \*59) mitologiczny heros w naszych kończynach dolnych,
- 60) masowa emigracja,
- 61) konwulsja płaczki,
- 62) wystrychnięty bałwan,
- \*63) rzucali nim na Olimpiadzie,
- 64) gdy paciorkowce panoszą się w gardle.

### PIONOWO:

- 1) parkietowy wygibas,
- 2) odmierzona lub odważona,
- 3) siedzisko monarchy,
- 4) złącze spod palnika,
- 5) wczasowy etap,
- 6) pamiątka po urodzinach,
- 7) gobelin jak obraz,
- 8) bąbelkowa do pakowania,
- 9) dotknęła bankruta,
- 10) uraz maszyny,
- \*11) ...tendinis musculi flexoris hallucis longi,
- 16) marzenie ślepej kuchni,
- \*17) robią szpulki w kręgosłupie,

- 20) drąg z hakiem drwala, kantak,
- 21) siedzi pod miedzą,
- 22) od gongu do gongu,
- 23) kasza z całych ziaren,
- 24) sensoryjny pocisk,
- 26) tropikalna gruszka,
- 27) inicjuje nowy wiersz,
- \*28) dr House przeszedł go w mięśniu czworogłowym uda,
- 29) krewniak rezusa,
- 30) świt dla nietoperzy,
- 31) tramwajowej nie zaciśniesz,
- \*38) obóz dla hipopotamów,
- 40) skutki poulewowe,
- 43) walczy z rakiem,
- 44) typ samouka,
- \*45) znajdziesz go w ogrodzie lub kanale kręgowym,
- 46) zadaje śmiertelny cios bykowi,
- 48) iguana,
- \*49) sympatyczny, kumpel oddechowego,
- 51) królik o brązowej sierści i stojących uszach,
- \*52) Endera,
- 53) silny bije po oczach,
- 54) skacze, kłuje i ssie.



## Serce w dobrym stylu. Jak świadomie zarządzać swoim zdrowiem

Anna Słowikowska, Tomasz Słowikowski

Wydawnictwo: Anna Słowikowska ATS PUBLISHING

336 stron, rok wydania: 2021

### Naucz się być zdrowym!

Światowe rejestry dotyczące zdrowia są jednoznaczne – około 80 proc. chorób sercowo-naczyniowych i 40 proc. nowotworów jest

do uniknięcia. Jak podaje raport NIZP-PZH z lutego 2021 r., Polacy przedwcześnie tracą sprawność i umierają z przyczyn, którym można z powodzeniem zapobiegać lub które można skutecznie leczyć.

### Dlaczego tak się dzieje?

Dr n. med. Anna Słowikowska, kardiolog i specjalista chorób wewnętrznych, autorka książki „Serce w dobrym stylu. Jak świadomie zarządzać swoim zdrowiem”, stawia tezę, że wynika to z braku wiedzy o podstawowych procesach toczących się w organizmie. Jej konsekwencją jest brak motywacji do racjonalnego działania na rzecz własnego zdrowia. Aby podejmować współpracę z lekarzem, fizjoterapeutą czy pielęgniarką trzeba rozumieć jej sens – uważa autorka książki.

Praca w Klinice Kardiologii WUM pozwoliła dr Słowikowskiej spojrzeć na problem zdrowia z unikalnej perspektywy. Wielokrotnie słyszała od pacjentów liczne pytania m.in. jak uchronić się przed kolejnym zawałem serca, czy fizjoterapia ma sens, jak zadbać o siebie, aby nie doznać udaru mózgu. Stąd wziął się pomysł na książkę, która uczy zarządzania własnym zdrowiem, nie odbierając przy tym radości życia.

„Serce w dobrym stylu” to 40 unikalnych, bogato ilustrowanych rozdziałów. Z jednej strony publikacja spełnia kryteria książki popularnonaukowej, ale z drugiej została napisana zrozumiałym, miejscami zabawnym językiem. Oprócz rozdziałów czysto medycznych, dotyczących m.in. leczenia przeciwzapalnego, fizjoterapii etc., znalazło się też miejsce na zagadnienia związane z aktywnością seksualną w kontekście chorób serca, szpitalny savoir-vivre czy nawet rolę sztuki w medycynie.

To lektura obowiązkowa dla leczących i leczonych! Niezależnie od profesji wszyscy bywamy pacjentami. Książkę można kupić na [atspublishing.com](http://atspublishing.com), gdzie znajdują się również dodatkowe bezpłatne materiały.

## NAGRODA

Pierwsze trzy osoby\*, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzymają książkę „Serce w dobrym stylu”. Maile zawierające hasło prosimy kierować na adres: [redakcja@kif.info.pl](mailto:redakcja@kif.info.pl).

Z laureatami (fizjoterapeuci z PWZfz, regularnie opłacający składki) kontaktujemy się mailowo.

\*Nagrodę książkową można otrzymać raz na kwartał.

Trzy książki pt. „Serce w dobrym stylu” dla czytelników ufundował wydawca Anna Słowikowska ATS PUBLISHING.

Nagrody rzeczowe – karty upominkowe o wartości 500 zł każda za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki z 2/2021 „GF” otrzymali:  
Joanna, Klaudia, Anna, Marta, Rafał.

Gratulujemy!

„Potraktuj tę publikację jak rozmowę z przyjaciółką, która jest kardiologiem i której na serio zależy na Twoim zdrowiu”.

Pomysł na ilustrację: Anna Słowikowska. Ilustrator: Maciej Maćkowiak.



# Znajdź Fizjoterapeutę

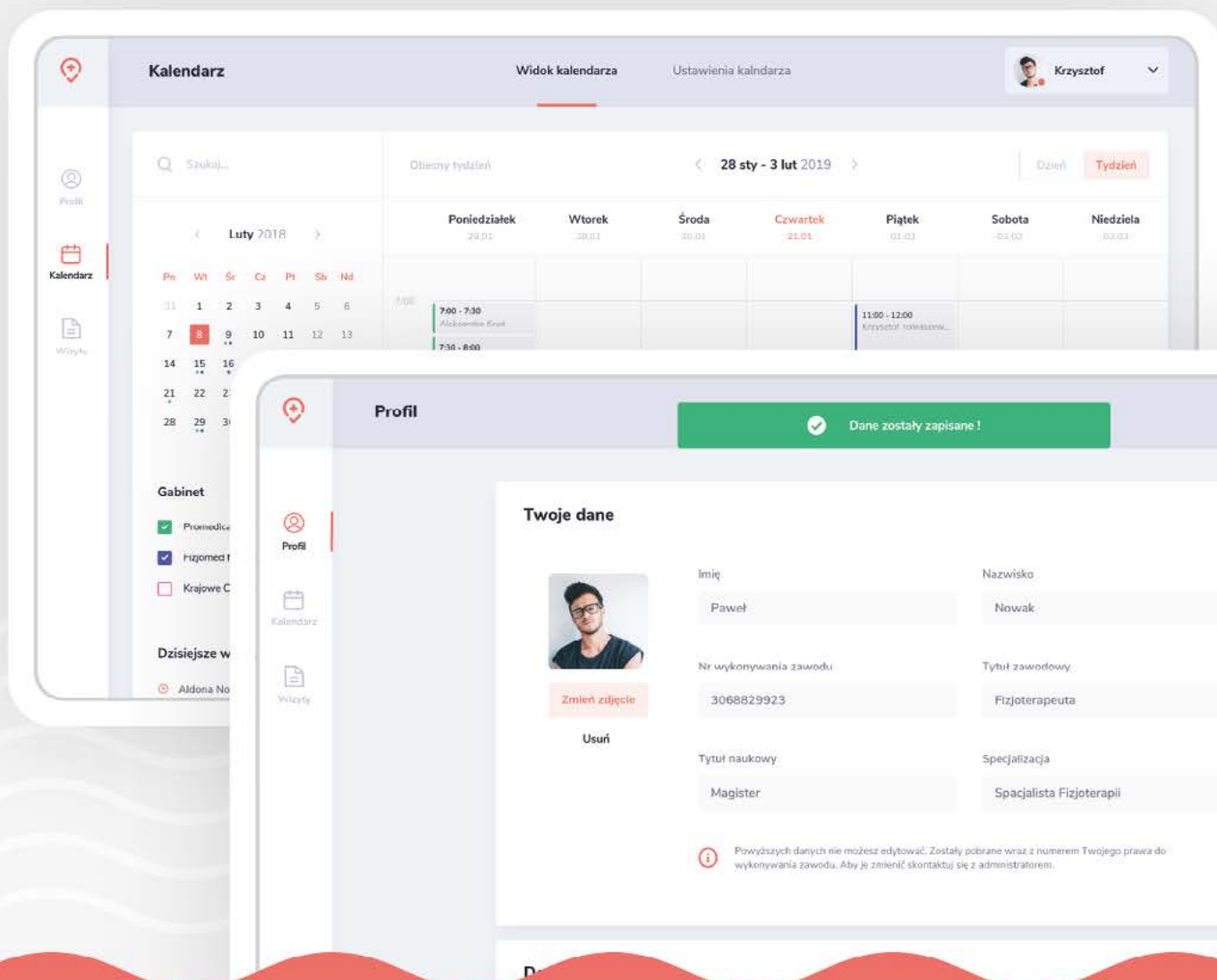
Wyszukiwarka usług fizjoterapeutycznych  
wspierana przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów

Dołącz  
do nas!

>> Stwórz profesjonalną wizytówkę w internecie.

>> Zwiększ swoje szanse na pozyskanie nowych klientów.

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




**Kalendarz** Widok kalendarza Ustawienia kalendarza Krzysztof

Szukaj... Obejrzany tydzień < 28 sty - 3 lut 2019 > Dzień Tydzień

	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
28.01	29.01	30.01	31.01	01.02	02.02	03.02	04.02
7:00 - 7:30					11:00 - 12:00		
7:30 - 8:00					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

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

znajdzfizjoterapeute.pl

 @znajdzfizjoterapeute