

głos fizjoterapeuty

3/2022
(21)



**II Krajowy Zjazd
Fizjoterapeutów**

**Krajowa Rada
Fizjoterapeutów
I kadencji zakończyła
swoją misję. Dziękujemy!**

**Miliony z Unii
na szkolenia dla
fizjoterapeutów**

ki-

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

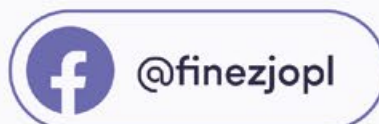


ISSN 2545-3637



Dokumentacja medyczna w fizjoterapii

Bezpłatna • Bezpieczna • Nowoczesna



„To nie jest koniec, to nawet nie jest początek końca. Ale być może, jest to koniec początku!”

Winston Churchill



Zawsze będę przede wszystkim fizjoterapeutą

„Głos Fizjoterapeuty”, który właśnie czytacie to 28. i zarazem ostatni numer wydany w I kadencji Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Dla mnie kadencji bardzo ważnej, bo w jej trakcie spełniło się wiele moich zawodowych marzeń.

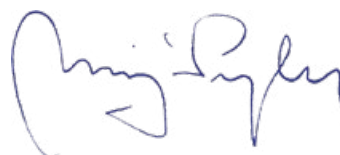
30 lat temu nie sądziłem, że jest możliwe, żeby fizjoterapeuci mieli swój samorząd i byli samodzielnym zawodem zaufania publicznego. A tu proszę: powstał samorząd zawodowy, dzięki któremu możemy jeszcze skuteczniej wzmacniać naszą tożsamość. Każdy fizjoterapeuta tworzy Krajową Izbą Fizjoterapeutów. Wykonując nasz zawód w ramach praktyki prywatnej czy realizując świadczenia refundowane, pomagając pacjentom, ucząc innych, tworzymy nasz wizerunek i budujemy naszą pozycję. Samorząd jest silny naszą siłą. Suma naszych doświadczeń, energii, pomysłów to koło napędowe dla Izby. To w niej musi rodzić się wizja rozwoju i krzewić wola korzystania z różnorodnych doświadczeń środowiska.

Czuję się częścią Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Jestem fizjoterapeutą. I będę nim zawsze w każdej mojej aktywności zawodowej. Zarówno wtedy, kiedy pracuję z pacjentami, wykładam na uczelni, prowadzę szkolenia, jak i wtedy, kiedy jestem przewodnikiem dla młodych adeptów fizjoterapii. I nawet jako prezes KRF przede wszystkim jestem fizjoterapeutą.

II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów to symboliczny początek II kadencji. Kadencji, która będzie nie mniej ważna od poprzedniczki. W pierwszej mierzyliśmy się z wieloma kwestiami organizacyjnymi i merytorycznymi, ale dzięki uporowi udało się nam stworzyć solidne fundamenty. W drugiej kadencji możemy przejść do kolejnego etapu budowy. O ile będziemy chcieli – ja mam taką wolę. I mimo że to powtórzenie, czuję potrzebę podkreślenia, że będę rozwijać samorząd w każdej swojej aktywności zawodowej, czy to prowadząc fizjoterapię z pacjentami, czy pracując w zespole z innymi medykami, ucząc, a być może jako prezes czy członek KRF. Bo zawsze będę przede wszystkim fizjoterapeutą.

Chciałbym Wam podziękować za wspólną pracę na rzecz rozwoju polskiej fizjoterapii. Bardzo wiele się od Was nauczyłem. To było jak jazda z prędkością 100 km/h leśnym duktem, 365 dni w roku, przez kilka ostatnich lat. Prawie każdego dnia byłem zmuszony dokonywać wielu „szybkich” rozstrzygnięć. Podjąłem wiele trudnych decyzji, część z nich okazała się strzałem w dziesiątkę, a niektóre... mogły być lepsze. Więc tak, błędy się zdarzały, ale zawsze wyciągałem z nich wnioski na przyszłość. Niektóre kwestie dziś rozwiązałbym inaczej, ale wierzę, że nie myli się tylko ten, kto nic nie robi.

Czasami bywało trudno, ale wspólnie pokonaliśmy wiele przeszkód i wzmocniliśmy nasze środowisko. Często bywało za to ciekawie i twórczo, a nudno czy prozaicznie nigdy. Z niecierpliwością, ale i wiarą patrzę w przyszłość, bo wiem, że rozwój jest nam pisany.



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

głos fizjoterapeuty

WSTĘP

- 3 Zawsze będę przede wszystkim fizjoterapeutą
– dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

TEMAT NUMERU

- 6 Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów
– organ najwyższej władzy.
Z czego wynika szczególna pozycja KZF,
tłumaczy mec. Włodzimierz Zajac
- 9 Tak tworzy się historia...
– wspomnieniami z I KZF
podzielili się ówcześni delagaci:
- 10 > Katarzyna Maślanko
- 11 > Barbara Cyran-Grzebyk
- 13 > Mirosław Młyński
- 14 > Marcin Błaszcz
- 15 Ostatnie posiedzenie KRF.
W maju 2022 r. członkowie Rady
I kadencji spotkali się po raz ostatni.
- 16 Silna fizjoterapia dla zdrowia
Polaków – wizja rozwoju.
Dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

NASZE BIURO

- 22 Dział Szkoleń: Dopinamy ostatni guzik.
Prezentujemy zadania kolejnego
z działów biura KIF

Z DZIAŁAŃ KIF

- 26 71,5 mln zł z UE na szkolenia
dla fizjoterapeutów

PASJONACI

- 28 Jak fizjoterapia zmieniła ich życie,
opowiadają sami pacjenci:
- 29 > Ulga była ogromna. Damian Popławski
- 30 > Przewodniczka w sprawach kobiecych.
Dominika Anna Kowalczyk
- 31 > Zaryzykowali i pozwolili mi ćwiczyć.
Jacek Rozenek

- 32 > Fizjoterapeuta musi być kreatywny.
Judyta Pożerniuk

- 34 > Brak terapii wywołał spustoszenie.
Agnieszka Józwicka

- 36 > Fizjoterapia pokazała mi, co to jest ból.
Marcin „Borkos” Borkowski

DOBRE PRAKTYKI

- 38 Mentoring – szansa czy konieczność?
- 43 Pacjent najpierw trafia do fizjoterapeuty

FIZJOBLOGOSFERA

- 45 Co fizjoterapeuta powinien wiedzieć
o zespole Chiari typu I?

NAUKA

- 48 Gdzie szukać omówień wytycznych
praktyki klinicznej?

ZE ŚWIATA

- 52 Polskie sekcje tematyczne już działają
- 54 Natura na receptę

Z DZIAŁAŃ KIF

- 56 Jestem kobietą. Jestem fizjoterapeutką
– kulisy powstania filmu z okazji Dnia Kobiet

POZA FIZJO

- 58 Uczłowieczanie się w uważności

WYDARZYŁO SIĘ

- 60 Krajowy Konsultant ds. Fizjoterapii
wybrany na kolejną kadencję
- 60 Gdański Bieg Lekarzy i Fizjoterapeutów
- 61 Fizjoterapeuci będą mieli swojego rzecznika
- 61 Nowe Oddziały Terenowe Biura KIF

PO GODZINACH

- 62 Krzyżówka fizjoterapeutyczna z nagrodami

Zespół redakcyjny:

Paweł Adamkiewicz, Wojciech Komosa,
Weronika Krzepakowska, Dominika Kowalczyk

Sekretarz redakcji:

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

Redakcja: Agnieszka Gierczak-Cywińska

Grafika i skład: Zuzanna Drożdż

Na okładce: Członkowie Krajowej Rady Fizjoterapeutów
podczas ostatniego posiedzenia, maj 2022 r. Fot. Arch. KIF

„Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji:

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

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

ISSN 2545-3645, nakład drukowany: 1000 egz.

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

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

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



Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów – organ najwyższej władzy

Pierwszy KZF przyjął uchwały merytoryczne, które nie mogły być oparte na wiedzy z praktyki działania samorządu, ponieważ wcześniej on nie istniał. Dlatego II KZF to pierwszy „zwykły” zjazd mogący wykorzystać doświadczenia zebrane w praktycznej działalności.

Wśród najważniejszych rozstrzygnięć ustrojowych zawartych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej istotne miejsce zajmują regulacje dotyczące samorządu jako formy wykonywania władzy publicznej przez członków różnych wspólnot. Art. 17 ust. 1 Konstytucji stanowi, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Tylko niektóre zawody spełniają kryteria do nadania tego specjalnego statusu.

Fizjoterapeuci uzyskali go mocą ustawy z dnia 15 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (dalej „ustawa”). Zawód fizjoterapeuty stał się samodzielnym, regulowanym zawodem medycznym. Samorząd zawodowy niezależnie i samodzielnie, poprzez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, kształtuje istotne sprawy dotyczące wykonywania zawodu, kształcenia zawo-

dowego i odpowiedzialności zawodowej. Art. 71 ust. 1 ustawy wprost przesądza, że najwyższym organem samorządu jest Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów (dalej „KZF”).

Z czego wynika szczególna pozycja KZF?

Z istoty samorządności. KZF to kolegialny organ wybierany przez ogół członków samorządu zawodowego spośród wszystkich fizjoterapeutów spełniających ustawowe wymogi wybieralności (biernego prawa wyborczego). Trzeba podkreślić, że samorząd fizjoterapeutów – w przeciwieństwie do większości innych zawodów medycznych – został ukształtowany jednostopniowo. Nie ma on, jak w samorządzie lekarskim czy pielęgniarskim, terenowych (okręgowych) struktur posiadających własne organy i kompetencje, choć ustawa wymaga, aby liczba delegatów ustalana była proporcjonalnie do liczby fizjoterapeutów w danym województwie. Taki kształt ustrojowy, w powiązaniu ograniczoną formą działania, podkre-

śla szczególną odpowiedzialność jego członków za prawidłowe funkcjonowanie samorządu.

Zadania KZF

Rola i pozycja KZF determinują jego zadania polegające na podejmowaniu rozstrzygnięć w sprawach najważniejszych dla samorządu zawodowego w odniesieniu do pozostałych organów Krajowej Izby Fizjoterapeutów w aspektach personalnych, merytorycznych i finansowych. Zadania samorządu z jednej strony dotyczą spraw ogólnych, a z drugiej mają też skutek jednostkowy i należą do nich:

- w zakresie powoływania organów Krajowej Izby Fizjoterapeutów:
 - określenie zasad przeprowadzania wyborów do pozostałych organów samorządu trybu ich odwoływania,
 - ustalenie liczby członków organów kolegialnych,
 - wybór Prezesa Krajowej Rady Fizjoterapeutów, członków Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Komisji Rewizyjnej, Sądu Dyscyplinarnego, Wyższego Sądu Dyscyplinarnego oraz Rzecznika i jego zastępców,
- w zakresie merytorycznym działalności samorządu:
 - uchwalanie wytycznych działania samorządu fizjoterapeutów i jego organów,
 - określanie zasad podejmowania uchwał przez organy samorządu,
 - rozpatrywanie i zatwierdzanie sprawozdań Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Komisji Rewizyjnej, Sądu Dyscyplinarnego, Wyższego Sądu Dyscyplinarnego i Rzecznika,
 - określanie zasad etyki zawodowej fizjoterapeutów.
- w sprawach finansowych:
 - określanie podstawowych zasad gospodarki finansowej KIF,
 - ustalanie funkcji w organach KIF, których pełnienie jest wynagradzane i wysokości wynagrodzenia.

Powyższe zadania są ustawowo zastrzeżone do wyłącznej kompetencji KZF. Przekazanie ich mocą uchwały KZF do innego organu byłoby sprzeczne z prawem. Nie ma organu, który mógłby go zastąpić. Podkreśla to także przewidziana w ustawie możliwość zwrócenia się do KZF przez ministra zdrowia o podjęcie uchwały w sprawie należącej do właści-

wości KZF. Jedynym kryterium oceny prawidłowości treści uchwał przyjętych przez KZF jest ich zgodność z prawem.

Delegaci na zjazd z mocnym mandatem

Członkowie KZF są wybierani przez fizjoterapeutów zamieszkałych na terenie poszczególnych województw w wyborach równych i bezpośrednich. Biorąc pod uwagę podkreśloną wyżej terytorialną jednostopniowość samorządu fizjoterapeutów, należy uznać, że każdy delegat w pierwszej kolejności reprezentuje interesy wszystkich fizjoterapeutów i całej Krajowej Izby Fizjoterapeutów, a jego umocowanie jest zbliżone do umocowania parlamentarzystów czy radnych samorządu terytorialnego, których mandaty określa jako „mandaty wolne”. Nie można uznać, że delegat jest związany instrukcjami wyborców, nie ma też prawnej możliwości odwołania delegata na KZF przed upływem kadencji. Z drugiej strony tak silne umocowanie przekłada się na obowiązek czynnego uczestnictwa w pracach zjazdu, na który delegat został wybrany.

Wpływ delegatów KZF na działalność samorządu nie ogranicza się jedynie do udziału w zjeździe. W wyborach przeprowadzanych w trakcie KZF uczestniczą wyłącznie delegaci na dany zjazd. Przygotowanie do zjazdu delegata nie powinno się ograniczać do zapoznania z merytorycznym brzmieniem projektów uchwał, ale także obejmować podjęcie decyzji, czy będzie kandydował na funkcję w pozostałych organach KIF.

**Szczególna pozycja KZF
wynika z jego samorządności.
KZF to kolegialny organ wybierany
przez ogół członków samorządu
zawodowego spośród wszystkich
fizjoterapeutów mających bierne
prawo wyborcze.**

Tryb obradowania – wewnętrzna kwestia KZF

KZF z założenia obraduje w krótkim czasie i musi podjąć uchwały niezbędne dla działania samorządu przez całą czteroletnią kadencję. Dlatego czas zjazdu musi być wykorzystany w pełni efektywnie i do koń-

ca. Możliwość korekty decyzji podjętych przez delegatów jest trudniejsza niż w przypadku Sejmu czy innych organów stanowiących zbierających się na cykliczne posiedzenia na przez całą kadencję. Jeżeli jakaś uchwała nie zostanie przyjęta, a kwestie nią objęte są już przedmiotem uchwał I KZF, to będą one obowiązywały także w trakcie nowej kadencji.

KZF, jak każdy inny kolegialny organ Krajowej Izby Fizjoterapeutów, podejmuje uchwały zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy delegatów. Oznacza to, że kworum jest konieczne do podejmowania uchwał, ale jego brak nie przerywa zjazdu, przynajmniej do czasu, kiedy ma być przegłosowana uchwała. Należy także przyjąć, że skoro ustawodawca przesądził, że tylko wybory do organów KIF odbywają się w głosowaniu tajnym, to wszystkie inne głosowania muszą być przeprowadzane w trybie jawnym. Pozostałe kwestie pozostawione są do wewnętrznego ustalenia przez delegatów w regulaminie zjazdu. Żaden regulamin nie opisuje jednak wszystkich możliwych scenariuszy i problemów jakie mogą zaistnieć. Niezwykle ważne jest więc sprawne prowadzenie obrad przez przewodniczącego zjazdu, a w przypadkach wątpliwych lub nieuregulowanych podejmowanie rozstrzygnięć w głosowaniach delegatów.

Członkowie KZF są wybierani przez fizjoterapeutów zamieszkałych na terenie poszczególnych województw w wyborach równych i bezpośrednich.

Nadzwyczajny KZF wyłącznie „nadzwyczajny”

Działanie zjazdów kolejnych kadencji ogranicza się do jednokrotnego posiedzenia na początku kadencji z dniem ukonstytuowania się, co w przypadku KZF ma miejsce w dniu jego rozpoczęcia. W przypadku zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności, wymagających podjęcia uchwał należących do właściwości KZF, może być zwołany nadzwyczajny KZF, ale może to nastąpić wyłącznie przez Krajową Radę Fizjoterapeutów z własnej inicjatywy lub na wniosek prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów, Komisji Rewizyjnej lub co najmniej 1/10 członków KIF. Nadzwyczajny KZF powinien być zwołany nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia wpływu wniosku

o jego zwołanie. W praktyce przyjęto, że delegatami na nadzwyczajne zjazdy są delegaci wybrani na zjazd w danej kadencji.

Podkreślić trzeba, że „nadzwyczajność” zjazdu ogranicza zakres spraw jakimi może się on zająć. Nie może obradować w każdej sprawie należącej do właściwości KZF, ale tylko w sprawach, dla których został zwołany. To po raz kolejny podkreśla rolę i funkcję „zwykłego” zjazdu.

Szczególna rola II KZF

Przed delegatami na II KZF trudne zadanie. Pierwszy KZF przyjął uchwały merytoryczne, które nie mogły być oparte na wiedzy z praktyki działania samorządu, ponieważ wcześniej on nie istniał. Dlatego II KZF to pierwszy „zwykły” zjazd mogący wykorzystać doświadczenia zebrane w praktycznej działalności. Dodatkowo część zadań, jak rozpatrywanie kadencyjnych sprawozdań organów KIF, będzie wykonywana pierwszy raz. Nadal istnieją niektóre nieprecyzyjne regulacje ustawowe, jak nie do końca zrozumiałe odwołanie do zasad etyki zawodowej oraz kodeksu deontologii zawodowej. Nadto, przed delegatami stoją wyzwania związane z uwzględnieniem doświadczeń wynikłych w związku z przedłużeniem kadencji. Od sprawnego przeprowadzenia tego zjazdu zależy dalszy właściwy rozwój fizjoterapii.

Post scriptum optymistyczne

Miałem okazję wspomagać od strony prawnej obrady pierwszego KZF. Jego przeprowadzenie było niełatwe dla wszystkich uczestników, a niektórzy w czasie obrad przeciągających się do późnych godzin wieczornych wątpili, czy uda się go zakończyć w pozytywnym skutkiem. Uspokajałem, że na pewno tak, bo determinacja środowiska, która doprowadziła do przyjęcia ustawy musiała wynikać z rzeczywistej potrzeby powstania samorządu fizjoterapeutów, a poza tym fizjoterapia to dziedzina szczególnie wymagająca współpracy fizjoterapeuty i pacjenta, więc fizjoterapeuci wyjątkowo mocno rozumieją konieczność współdziałania i porozumienia dla dobra swojej wspólnoty i pacjentów, którym służą.

Życzę owocnych obrad.



mec. Włodzimierz Zając

Tak tworzy się historia...

W ostatnich dniach 2016 r. w Warszawie odbył się I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów, na który przyjechali delegaci z całej Polski – osoby wybrane w pierwszych w historii polskiej fizjoterapii wyborach do samorządu. Powstanie samorządu fizjoterapeutów było jednym z najistotniejszych zapisów Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, która stanowi podstawową regulację prawną naszego zawodu.

Na Zjazd przyjechało 95% (z 337 uprawnionych do głosowania) delegatów. To wynik niebywały, zważywszy na to, że wydarzenie odbywało się w okresie międzyświątecznym. Dotarli pomimo odległości do pokonania, trudności ze znalezieniem noclegu w tym czasie czy osobistych planów. To wielki dowód ich odpowiedzialności.

Podczas dwóch długich dni obrad delegaci wybrali 64-osobową Krajową Radę Fizjoterapeutów, w skład której weszło po czterech kandydatów z każdego województwa, a także prezesa KRF. Wyłoniono również członków pozostałych organów Krajowej Izby Fizjoterapeutów: Komisję Rewizyjną, Sąd Dyscyplinarny, Wyższy Sąd Dyscyplinarny oraz Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wraz jego dwoma zastępcami.

Poprosiliśmy kilkoro delegatów I KZF o podzielenie się z Czytelnikami „Głosu” swoimi wspomnieniami z tego wydarzenia. A także o wymienienie zadań, jakie stoją przed delegatami II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów, który rozpocznie niebawem drugą kadencję władz naszego samorządu, oraz przed przyszłą Krajową Radą Fizjoterapeutów.



Moje wspomnienia z I KZF



Katarzyna Maślanko

Delegatka na I KZF z woj. mazowieckiego

Moje wspomnienia dotyczące I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów sięgają trochę wcześniej, niż rozpoczął się sam Zjazd. Byłam członkiem Komitetu Organizacyjnego Samorządu Fizjoterapeutów (KOSF). Odbywaliśmy spotkania w całej Polsce, w trakcie których żywo dyskutowaliśmy. Naszym obowiązkiem było zorganizowanie zgrupowań wojewódzkich, a na samym końcu odpowiadaliśmy za organizację I KZF. Ja poszukiwałam wolontariuszy i koordynowałam ich działania, inni sporządzali projekty uchwał, organizowali salę, przygotowywali mandaty dla delegatów, opracowywali porządek obrad i regulamin Zjazdu. Wszystko organizowaliśmy własnymi siłami w niecałe 30 osób.

I KZF odbywał się między Świętami Bożego Narodzenia a sylwestrem w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Był to bardzo intensywny czas i nie obyło się bez silnych emocji. Ja zostałam wybrana na jednego z czterech protokolantów, więc przez dwa dni obrad byłam maksymalnie skupiona, starając się zapisać każde słowo, treść każdego wniosku formalnego, nazwisko każdego zgłoszonego kandydata. W przerwach zamiast odpoczywać, uzupełnialiśmy protokół i konsultowaliśmy wszelkie wątpliwo-

ści z prawnikiem. Wybory do organów KIF odbywały się w formie tradycyjnej, a kandydaci do pełnienia różnych funkcji byli zgłaszani na bieżąco, więc przed każdym głosowaniem musieliśmy przygotować karty do głosowania i je wydrukować. Komisja skrutacyjna dzielnie liczyła wszystkie głosy. Najdłużej trwało liczenie głosów w wyborach do Krajowej Rady Fizjoterapeutów, ponieważ wybieraliśmy aż 64 osoby. W tym czasie pozostali delegaci obradowali w podgrupach na temat zadań, jakie powinny być postawione przed Samorządem w pierwszej kadencji. Oczywiście później wszystkie te zadania musieliśmy spisać w formie uchwał. Pamiętam, że pod sam koniec siedzieliśmy przed aulą na podłodze. Nikt nie miał już siły stać. Tylko kilka razy w życiu byłam aż tak zmęczona jak po I KZF.

Do wyzwań drugiej kadencji z pewnością należy kontynuacja rozmów z decydentami na temat zwiększania wycen świadczeń fizjoterapeutycznych. Chciałabym, aby stale podnoszona była jakość kształcenia przeddyplomowego, a standardy kształcenia były unowocześniane. Ważne jest także wsparcie rozwoju naukowego fizjoterapeutów, co umożliwi udowodnienie skuteczności prowadzonych przez nas terapii.



Fot. Mirosław Młyński



Moje wspomnienia z I KZF

Barbara Cyran-Grzebyk

Delegatka na I KZF z woj. podkarpackiego

Pierwsze wspomnienie to dzień, w którym otrzymałam informację – „ustawa podpisana przez Prezydenta”. Od tego wszystko się zaczęło! Zawsze byłam dumna z tego, że jestem fizjoterapeutką, a regulacja prawna zawodu utwierdziła mnie w przekonaniu, że wreszcie przestaniemy być postrzegani jako „masażystki”, jak było do tej pory, a zostaniemy uznani za profesjonalistów medycznych. Później organizacja wyborów delegatów w regionach była istnym wyzwaniem i niekiedy drogą pod górkę.

Jako delegatka na I KZF z województwa podkarpackiego wraz z grupą innych fizjoterapeutów i delegatów ruszyłam w grudniu 2016 roku w okresie przedsylwestrowym do Warszawy. Cała droga zesłała nam na wspominkach, jak to się działo, jak „walczone” o ustawę i regulację naszego zawodu oraz na planach wybiegających w przyszłość: co się zmieni, jak to będzie. Czuliśmy niepewność, ale też pewność, że udźwigniemy odpowiedzialność za swoje decyzje w pracy zawodowej.

To była podniosła chwila, kiedy stanęłam przed budynkiem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – serce biło mocno, gdy przekraczałam drzwi budynku. Ogromna liczba ludzi i myśl, że większość z nich to fizjoterapeuci była niesamowita. Pani przy stoliku rejestracyjnym wręczyła plakietkę imienną z napisem „delegat na I KZF” (mam ją do dziś), informując

mnie, że głosować można podnosząc identyfikator.

Na ogromnej auli siedzieli zgrupowani w mniejsze i większe skupiska fizjoterapeuci. Widać było niestety podziały (co mnie nigdy nie napawało dumą, ale cóż zrobić), ludzie zajęci byli rozmowami ze sobą. Rozpoczęcie, przemówienia zaproszonych gości i samo otwarcie obrad pierwszego historycznego Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów było czymś nie do opisanego. W głowie do dziś słyszę długie oklaski dla prof. Macieja Krawczyka, którego wybrano w głosowaniu na pierwszego prezesa KIF.

Atmosfera pierwszego dnia stawała się napięta. Niestety, istniejące od lat podziały naszej grupy zawodowej były coraz bardziej widoczne. Pojawiło się zmęczenie obradami trwającymi ponad 10 godzin oraz niepewność, czy w ogóle uda się stworzyć samorząd zawodowy, czy wszystko przypadnie.

Po pierwszym dniu zjazdu wyszliśmy wykończeni fizycznie i psychicznie, a droga do hotelu przebiegła w milczeniu. Kolejny dzień od samego rana zaczynał się wyborem członków KRF, co trwało niezmiernie długo, gdyż każdy kandydat się prezentował. Następnie liczenie głosów, czekanie, kolejna kawa i dyskusje na korytarzu. Ale to wszystko tylko utwierdzało mnie o ważności sprawy. My – Fizjoterapeuci – tworzymy własny samorząd zawodowy, jak pielęgniarki czy lekarze. Wychowywałam się w świecie lekarskim



Fot. Arch. pryw. B. Cyran-Grzebyk

TEMAT NUMERU

i nieobca mi była znajomość idei i potrzeby istnienia samorządu lekarskiego. Czekałam, kiedy powstanie mój – fizjoterapeutyczny.

Kolejne godziny na salach wykładowych i obserwacja innych delegatów utwierdzały mnie w przekonaniu, że nie można tego zepsuć, że działamy razem. Po północy skończył się drugi dzień obrad i I KZF. Wtedy wzięłam głęboki oddech, a mimo zmęczenia uśmiechałam się. Do tego padający tego dnia w Warszawie śnieg sprawił, że to chwila, którą pamiętam jak dziś i nigdy nie zapomnę.

Samorząd od tego pamiętnego dnia rozpoczął działania i nastąpiły ogromne zmiany, nawet nazwę je rewolucyjnymi. Jak to z rewolucjami bywa, mają swoich zwolenników i przeciwników. Z miesiąca na miesiąc na naszych fizjoterapeutycznych oczach zachodziły zmiany, które zawsze postrzegałam jako dobre. Regulacja prawna zawodu, organizacja biura KIF, rozpoczęcie pracy organów KIF powodowały natłok nowych regulacji i informacji dla fizjoterapeutów. Promocja zawodu, samodzielność zawodowa, rejestr fizjoterapeutów i konieczność wyrobienia własnej pieczętki, wreszcie rozpoczęcie prowadzenia dokumentacji medycznej (potwierdzające czym się zajmujemy) to był początek tego, co się zaczęło dziać. Najbardziej doceniam nieustanne poszerzanie kompetencji fizjoterapeutów – z dumą wypisuję zaopatrzenie ortopedyczne, a pracę z każdym nowym pacjentem rozpoczynam od wizyty fizjoterapeutycznej.

Zmiana niewątpliwie istotna dla fizjoterapeutów dotyczyła również samodzielnego planowania procesu i procedur fizjoterapii pacjentów – staliśmy się decyzyjni. Kolejne lata działalności samorządu, które doceniam, to rozpoczęcie współpracy międzynarodowej oraz szkolenia dla fizjoterapeutów. W 2018–2019 sama przeszkoliłam dużą grupę fizjoterapeutów z Podkarpacia w prowadzeniu dokumentacji

medycznej i, co najważniejsze, do dziś mam kontakt z wieloma Kolegami i Koleżankami Fizjoterapeutami, którzy dzwonią do mnie, jak mają wątpliwości czy pytania.

Przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów powstały liczne zespoły eksperckie, co czyni nasz samorząd rozwojowym i otwartym na potrzeby tak licznej grupy zawodowej. Działa też pomoc socjalna dla fizjoterapeutów – w tej komisji miałam przyjemność czynnie się udzielać w mijającej kadencji. Można wymieniać długo, co było i rozmyślać, co przyniesie nadchodząca kadencja i jakie postawi wyzwania.

Osobiście myślę, że jest jeszcze bardzo dużo do wykonania. Uznaję za konieczność dalszą promocję zawodu fizjoterapeuty w szerokich grupach społecznych, poszerzanie działalności działu szkoleń i tworzenie nowych kursów, nieustanną aktywność w kierunku zmiany wyceny świadczeń i skrócenie ścieżki do fizjoterapii dla pacjentów ze skierowaniem na NFZ oraz zmianę systemu NFZ (płacenie za czas pracy i jej jakość, a nie samo wykonanie procedury). Myślę też o stworzeniu Komisji Sportu. Tyłu z nas, fizjoterapeutów, jest aktywnych sportowo, dlatego nie organizować np. zawodów i spotkań sportowych, podobnych do tych organizowanych przez środowiska lekarskie. A jak już jestem przy temacie lekarzy, to podkreślę konieczność budowania dobrej współpracy między naszymi zawodami. Jakże istotny jest fakt, że uzupełniamy się w procesie leczenia pacjentów. A na koniec dodam, że moim skrytym marzeniem jest brak podziałów w grupie zawodowej, na ile to jest możliwe.

Te ostatnie lata są na gruncie zawodowym nie do opisanego. Powtórzę się – może niektórzy nazwą mnie niepoprawną optymistką – JESTEM DUMNA, ŻE WYKONUJĘ TAKI ZAWÓD i wiem, że fizjoterapeuci to wspaniali i mądry ludzie.



Fot. Arch. pryw. B. Cyran-Grzebyk

Moje wspomnienia z I KZF



Mirosław Młyński

Delegat na I KZF z woj. pomorskiego

Kiedy uzyskałem status delegata po wyborach regionalnych, wiedziałem, że I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów będzie wyjątkowy. To wszak pierwsze dla środowiska fizjoterapeutycznego wydarzenie tej rangi. Czym innym jest jednak wiedzę takową mieć, a czym innym w takim historycznym, z zawodowego punktu widzenia, wydarzeniu uczestniczyć.

To, co utkwilo mi szczególnie w pamięci, to emocje, które towarzyszyły wyborom poszczególnych struktur samorządu. Pamiętam spory na sali obrad, kuluarową atmosferę gorących dyskusji, zarówno o kwestiach formalnych, jak i tych kluczowych, czyli jak ta nasza samorządność ma wyglądać. Przypominam też sobie atmosferę pewnego rodzaju niepewności dotyczącej czasu, jakim dysponowaliśmy. Nie było wiadomo, czy zdążymy wszystko dopiąć i zjazd zamknąć. Czas był szczególnie, bo minister zdrowia zwołał zjazd pomiędzy Świętami Bożego Narodzenia a sylwestrem (stąd swoista presja) i były obawy o to, czy w głosowaniach będzie odpowiednia liczba delegatów, żeby były one ważne.

Jakie zostały ze mną wspomnienia? Przede wszystkim duma, że byłem uczestnikiem czegoś ważnego, że widziałem na własne oczy zaplecze tworzenia się

instytucji, która będzie mi oraz kolegom i koleżankom towarzyszyć w dalszej drodze zawodowej. Jako miłośnik fotografii starałem się wykonać też trochę zdjęć, by dać może jakieś świadectwo tamtych chwil? Osobiście dał mi ten zjazd impuls do zawodowego rozwoju w stronę, której raczej się nie spodziewałem tj. prawa medycznego czy kształcenia fizjoterapeutów. Sądzę, że I Zjazd był dopiero początkiem drogi rozwoju naszego zawodu. Dokonaniem niezaprzeczalnym tamtego zjazdu są podwaliny instytucji, struktur samorządu, w których są podejmowane profesjonalnie działania na rzecz środowiska.

Z pewnością od nowego Zjazdu Krajowego będę oczekiwał odpowiedzialności w podejmowaniu decyzji. Spojrzenia w przyszłość naszej profesji, ale i niezaprzaszczenia tego co już mamy. Z doświadczenia I KZF wiem, że jest to tym trudniejsze, że decyduje się nie tylko o zgromadzonych na zjeździe osobach, ale o życiu zawodowym ponad 70 tysięcy osób w całej Polsce. Osobiście szczególnie mi na sercu leży, co zawsze podkreślam, dążenie do wprowadzenia specjalizacji kierunkowych, bo tędy wiedzie droga ku realnemu rozwojowi poddyplomowemu. Czy uda się to zrealizować za II kadencji? Chciałbym wierzyć, że tak.



Fot. Arch. prywat. M. Młyński

Moje wspomnienia z I KZF



Marcin Błaszcz

Delegat na I KZF z woj. małopolskiego

I Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów był bardzo intensywny. Było dużo emocji, dyskusji, podjęliśmy wiele uchwał i decyzji. Z uśmiechem wspominam sytuację, kiedy spieraliśmy się o to, czy kandydaci na członków Krajowej Rady Fizjoterapeutów powinni się zaprezentować. Ostatecznie większość zagłosowała za prezentacjami. Kiedy każdy kandydat krótko się przedstawił, to okazało się, że prezentacje trwały niewiele dłużej niż dyskusja, czy w ogóle poświęcać na nie czas.

Jeśli chodzi o samorządność, to od powstania KIF coraz częściej jako fizjoterapeuci pojawiajemy się w wielu ważnych instytucjach czy mediach. Powoli to my, fizjoterapeuci, zaczynamy decydować o kształcie fizjoterapii w systemie ochrony zdrowia. Wcześniej,

z tego co wiem, decydowali o tym głównie lekarze i decydenci. Choć z drugiej strony, np. w stacjonarnej rehabilitacji na NFZ, nadal rozliczamy procedury wypisane na zleceniach lekarskich, zamiast efektywnie realizować cele pacjenta, rozliczając się dobrze wycenionym czasem terapii. Mimo że mogłoby się wydawać, że jako fizjoterapeuci mamy wspólne problemy, to w mojej opinii, jako środowisko nie działamy jak jedna drużyna realizująca wspólne cele. Niestety i u nas w grę wchodzi polityka.

Moim zdaniem, największymi wyzwaniem drugiej kadencji będą: wprowadzenie specjalizacji kierunkowych, efektywna reforma publicznej fizjoterapii i rozwój Evidence Based Practice.



Fot. Arch. prywat. B. Cyran-Grzebyk



Fot. Mirosław Młyński



Fot. Mirosław Młyński



Członkowie KRF podczas ostatniego posiedzenia, maj 2022 r. Fot. Arch. KIF

Ostatnie posiedzenie KRF

Podczas ostatniego w I kadencji samorządu posiedzenia Krajowa Rada Fizjoterapeutów uzgodniła m.in. treść projektu uchwały w sprawie kodeksu etyki zawodowej fizjoterapeuty w wersji, która zostanie przedstawiona II Krajowemu Zjazdowi Fizjoterapeutów.

W dniach 11-12 maja odbyło się dwudniowe wyjazdowe posiedzenie Krajowej Rady Fizjoterapeutów. To ostatnie posiedzenie KRF w bieżącej kadencji samorządu. **W programie posiedzenia znalazł się istotny punkt – dyskusja nad projektem kodeksu etyki zawodowej fizjoterapeuty, który został przygotowany przez Zespół tematyczny do spraw etyki. Prace nad kodeksem trwały ponad trzy lata.** Po dyskusji Krajowa Rada Fizjoterapeutów przyjęła zmiany zaproponowane przez Dział Prawny Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Dokument zostanie przedstawiony 27-28 maja br. do rozpatrzenia przez II Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów.

– Kodeksy etyki są niezwykle istotne dla zawodów

zaufania publicznego – stanowią drogowskaz i zbiór dobrych praktyk. Jesteśmy młodym samorządem, dlatego osobiście cieszy mnie fakt, że już w pierwszej kadencji udało się stworzyć projekt naszego. Mam nadzieję, że w kolejną kadencję samorządu wkroczymy z kodeksem etyki, który będzie dla nas źródłem refleksji w codziennej realizacji zadań zawodowych – powiedział Maciej Krawczyk, prezes KRF, tuż po zatwierdzeniu kodeksu.

Podczas ostatniego posiedzenia KRF w pierwszej kadencji prezes podziękował także wszystkim członkom Rady za pięć lat wspólnej pracy.



Silna fizjoterapia dla zdrowia Polaków – wizja rozwoju

Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty to początek, nie koniec. To solidny fundament, na którym możemy dalej budować. Jestem przekonany, że dzisiaj decydujemy o tym, jaka będzie fizjoterapia za 10, 20, 30 lat.

Podczas pracy w KIF spotkałem wiele osób z różnymi poglądami i spojrzeniem. Dzięki temu ewaluowały moje opinie, a działania samorządu to wynik konsensusu. Jednak zdecydowana większość ludzi, z którymi miałem zaszczyt pracować, podziela pogląd, iż bez rozwoju cofniemy się i znowu jako zawód zostaniemy zmarginalizowani.

Jednym z powodów jest to, że musimy dotrzymać kroku innym. Wszystkie pozostałe zawody medyczne rozwijają się w zakresie całego swojego spektrum – od kształcenia przeddyplomowego, poprzez kształcenie ustawiczne, aż do poszerzanie zakresu kompetencji. Dlatego konieczne jest ciągłe inspirowanie i monitorowanie zmian systemowych w ochronie zdrowia także z perspektywy rozwoju naszego zawodu. Nie możemy spuścić z oczu procesów legislacyjnych, które toczą się na poziomie rządowym i parlamentarnym w obszarze szeroko rozumianej opieki zdrowotnej, nauki, finansów, kształcenia młodzieży, przepisów emerytalnych i rentowych i innych. Rów-

nie ważne dla rozwoju naszego zawodu są decyzje podejmowane przez Parlament Europejski i plany oraz działania Komisji Europejskiej.

Wiele kluczowych decyzji wciąż przed nami, ale wierzę, że naszą przyszłość możemy podsumować hasłem „silna fizjoterapia to silna Polska”. My i miliony pacjentów wiemy, że leczenie to nie tylko tabletki i zabiegi chirurgiczne. Trzecim, równorzędnym sposobem leczenia jest fizjoterapia. Przekonało się o tym wiele krajów, a my – dzięki relacjom z kolegami z zagranicy – uczymy się i próbujemy wdrażać w Polsce sprawdzone rozwiązania. Leczenie to także profilaktyka i praca zespołowa wielu specjalistów, w tym fizjoterapeutów. Zaawansowana opieka fizjoterapeutyczna to wzmocnienie zdrowia publicznego. W tym celu konieczne jest podjęcie wielu działań, które dotyczą zmian systemowych oraz ewolucji w naszym środowisku.

Dla mnie konieczne i realne są w najbliższych latach następujące zmiany:

1. Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty w systemie refundowanym



To ważna zmiana w systemie ochrony zdrowia. Powinniśmy dążyć w kierunku, w którym fizjoterapeuta będzie dostępny jako specjalista pierwszego kontaktu. Nasza wiedza i umiejętności pozwalają na wstępnym etapie wychwycić wiele schorzeń i wad rozwojowych i skutecznie im zapobiegać lub ograniczać negatywne skutki. Dzięki temu pacjenci unikają wielu niepotrzebnych, ale i kosztownych procedur chirurgicznych czy farmakologicznych. Oszczędzamy także czas innych specjalistów medycznych, np. lekarzy rodzinnych, którzy mogą się skupić na przypadkach naprawdę wymagających interwencji lekarskiej. Takie działanie jest INWESTYCJĄ w zdrowie społeczne. Pacjenci zbyt późno trafiają do fizjoterapeuty. Zrozumieli to już dawno np. Brytyjczycy, Holendrzy czy Francuzi, którzy przyspieszyli procedurę dostępu do fizjoterapii.

2. Fizjoterapia w nowych obszarach medycznych w systemie refundowanym



To konieczna zmiana w systemie ochrony zdrowia. W wielu obszarach medycznych od dziesięcioleci leczymy pacjentów prywatnie, ale niedostępna jest pomoc w ramach refundowanego systemu. Powinniśmy być na oddziałach położniczych, pediatrycznych, chirurgicznych czy OIOM. Wprowadzenie tych zmian wymaga reformy koszyka świadczeń refundowanych i rozszerzenia go m.in. o usługi fizjoterapii uroginekologicznej, stomatologicznej i w chorobach płuc, a także korekty warunków kontaktowania przez NFZ. Musimy kontynuować dialog ze środowiskiem lekarskim, które może być także ambasadorem postulowanych powyżej zmian.

3. Inwestycja w zdrowie publiczne – finansowanie fizjoprofilaktyki pierwotnej i wtórnej



Bez fizjoterapeuty nie można prowadzić skutecznej profilaktyki, szczególnie w pierwszym okresie życia człowieka. Zapobieganie należy postrzegać jako inwestycję długoterminową, a nie krótkoterminowe łatanie deficytu zdrowotnego. Ważne jest pilne wprowadzenie fizjoterapeutycznej wizyty patronażowej dla niemowląt. Prewencja powinna być realizowana we współpracy z systemem edukacji i fizjoterapeuci powinni trafić do szkół. Dzięki profilaktyce fizjoterapia bywa jedynym lub głównym elementem wspierania jakości życia, np. zmniejszając ból.

Profilaktyka to także działania edukacyjne, szczególnie w zakresie stylu życia i ergonomii pracy. Naturalnym miejscem jej prowadzenia powinny być praktyki fizjoterapeutyczne – w tym celu powinno się je włączyć do systemu refundowanego. Konieczna jest zmiana w realizacji programów profilaktycznych oraz nowelizacja zasad kontraktowania z NFZ.

4. Fizjoterapia – mocny fundament polityki senioralnej



Pożądane jest dofinansowanie dostępu do fizjoterapii dla seniorów. W tym wieku właściwa aktywność jest konieczna zarówno w zakresie profilaktyki, ale także powrotu do zdrowia i funkcjonalności po przebyciu chorób. Kluczowym celem jest utrzymanie mobilności, bo realnie zmniejsza niepełnosprawność, niesamodzielność oraz zapadalność na choroby narządów ruchu i układów oddechowego oraz krążenia. W realizację tego zadania należy włączyć także ministerstwo odpowiedzialne za obszar polityki społecznej, gdyż dysponuje wieloma funduszami, których celem jest aktywizacja seniorów. To inwestycja, która może zwrócić się w perspektywie krótkoterminowej.

5. Fizjoterapia dla zdrowia psychicznego



To obszar, który jest bardzo zaniedbany. Nowoczesne podejście do rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi powinno być kompleksowe, gdyż to skuteczny sposób na poprawę jakości życia. W chorobach takich jak depresja bardzo ważną rolę może odgrywać aktywność fizyczna. Bardzo ważne jest także uznanie korzyści z interwencji fizjoterapeutycznych w leczeniu bólu i chorób przewlekłych, co poprawia dobrostan psychiczny. Dostrzeżenie roli fizjoterapii w tym zakresie to działanie długofalowe, które w pierwszym etapie powinno skupić się na edukacji środowisk medycznych.

6. Inwestycje w edukację sektora zdrowia – promocja kompetencji, wiedzy i umiejętności fizjoterapeuty w środowisku medycznym



To prawdziwe, choć niestety bolesne, że nawet wśród ludzi zajmujących się zawodowo medycyną czy systemem zdrowia są osoby, które wciąż nie rozumieją, czym zajmuje się fizjoterapeuta. Konieczna jest dalsza, ciągła edukacja sektora zdrowia i polityki społecznej, której celem jest zrozumienie roli fizjoterapii w profilaktyce i procesie leczenia. Fizjoterapeuci muszą brać czynny udział w konferencjach naukowych, sympozjach przeznaczonych dla innych zawodów medycznych i okołomedycznych. Należy wdrożyć fizjoterapię jako przedmiot i temat w nauczaniu przeddyplomowym i podyplomowym innych zawodów medycznych.

Musimy wypracować dialog z systemem edukacji i polityki społecznej. Nie możemy zapominać o władzach lokalnych, które realizują samorządowe programy zdrowotne. Wiele z nich obejmuje profilaktykę, jednak fizjoterapia jest w nich pomijana. Za kontakt i edukację samorządów odpowiadać powinni przedstawiciele w regionach, dlatego bardzo ważny jest rozwój KIF w całym kraju.

7. Fizjoterapia dla zdrowia kobiet i dzieci



To bardzo wąsko zarysowany obszar naszego działania. Jednak jest kluczowy ze względu na skutki zaniedbań, skalę występowania problemów oraz koszty z nich wynikające. Brak wystarczającej opieki fizjoterapeutycznej kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, a także noworodków skutkuje negatywnymi konsekwencjami przez wiele lat życia, w tym znaczącym obniżeniem jego jakości, a także przyczynia się do niższej dzietności. Należy zapewnić dostęp do fizjoterapii poprzez obowiązkowe zlecenie konsultacji fizjoterapeutycznej dla wszystkich kobiet w ciąży i do jednego roku po porodzie. Ważna jest także refundacja ze środków publicznych prewencji i leczenia skutków poporodowych (m.in. nietrzymania moczu). Istotne jest także wprowadzenie wizyty patronażowej fizjoterapeuty u noworodka.

8. Równy dostęp do fizjoterapii refundowanej



Zapewnienie równego i powszechnego dostępu do fizjoterapii to jeden z ważniejszych postulatów. Konieczne jest w tym celu realne opracowanie map potrzeb zdrowotnych, a nie opieranie się na danych NFZ, które pokazują tylko działania finansowane ze środków publicznych, bo prywatny rynek jest większy niż obszar refundowany. Równy dostęp można uzyskać poprzez:

- Rozproszenie usług na terenach wiejskich i słabo zurbanizowanych. W tym celu do publicznego systemu należy włączyć jak najszybciej praktyki fizjoterapeutyczne.
- Zapewnienie bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty. W pierwszym etapie można go ograniczyć do określonych wskazań.
- Inwestycje w promocję interwencji mobilnych, na odległość oraz świadczeń domowych.

Te postulaty wymagają zmian w warunkach kontraktowania przez NFZ oraz w procesie taryfikowania przez AOTMIT.

9. Kadra: doskonalenie kształcenia fizjoterapeutów i rozszerzanie kompetencji



Dzisiaj system publiczny nie wykorzystuje w pełni posiadanej wiedzy i umiejętności naszego środowiska. Realne kompetencje rozwijają się znacznie szybciej niż te określone prawem. W dalszym ciągu musimy wspierać działania zmierzające do wzmacniania naszej samodzielności, bo w ten sposób wzmacniamy także nasz prestiż i zaufanie do zawodu. W najbliższych latach powinniśmy się starać o prawne usankcjonowanie kompetencji w zakresie:

- Planowania fizjoterapii w oddziałach rehabilitacyjnych.
- Badań ultrasonograficznych.



- Poprawy jakości fizjoterapii w lecznictwie uzdrowiskowym, m.in. przez realizację samodzielności fizjoterapeutów i zwiększenie indywidualizacji postępowania. W tym celu konieczna jest jak najszybsza zmiana aktów prawnych. Uzdrowiska mogą się szybko stać jednym z kół napędowych rehabilitacji w Polsce, dzięki ogromnemu i unikalnemu potencjałowi, jakim są świetnie wykształceni ludzie, doskonała baza i wyjątkowe walory miejscowości uzdrowiskowych. Potencjał ten jest obecnie w dużej mierze marnowany m.in. przez brak pracy zespołowej, przedmiotowe traktowanie fizjoterapeutów, brak indywidualizacji postępowania i in.
- Możliwość przepisywania i rekomendowania leków.
- Możliwość podawania wybranych produktów leczniczych, w tym w sposób związany z przerywaniem ciągłości skóry. W ostatnich dwóch latach nabyliśmy uprawnienia do kwalifikowania i szczepienia przeciw COVID-19 i grypie, które realizujemy w sposób bezpieczny.
- Możliwość wystawiania zwolnień lekarskich.

W ramach edukacji akademickiej konieczne jest stałe monitorowanie i unowocześnianie standardów kształcenia. Bardzo ważne jest także porządkowanie systemu edukacji podyplomowej. W naszym zawodzie nadzwyczajną rolę odgrywa doświadczenie, dlatego bardzo ważne jest budowanie platformy do jego wymiany.

Naturalnym miejscem spotkań fizjoterapeutów powinny być biura regionalne KIF. Podnoszeniu kwalifikacji i związanej z tym odpowiedzialności powinna także towarzyszyć zmiana wyceny pracy fizjoterapeuty.

10. Równoprawność systemu refundowanego i prywatnego



Silna fizjoterapia to taka, która stoi na dwóch nogach: refundowanej w ramach systemu publicznego i prywatnej. Żaden z tych obszarów nie może rozwijać się osobno czy konkurencyjnie, bo ich zadaniem jest właściwe uzupełnianie się. Szczególnie, iż niektóre działania, zwłaszcza w przebiegu ostrym czy wskazania do wczesnej interwencji w procesie leczenia, mogą być realizowane tylko w warunkach szpitalnych. Osłabienie publicznej fizjoterapii to także realne „studzenie” fizjoterapii prywatnej. Głosy o likwidacji sektora publicznego traktuję jako co najwyżej prowokację intelektualną. Odsetek pieniędzy płatnika wydawanych na fizjoterapię musi się stopniowo zwiększać w kierunku większościowego udziału praktyk, który występuje już od lat w krajach zachodniej Europy. Konieczna jest dalsza walka o zmianę i sposób wycen świadczeń fizjoterapii w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz systematyczne podnoszenie wynagrodzeń fizjoterapeutów i wzmacnianie ich pozycji oraz zwiększanie zatrudnienia fizjoterapeutów w systemie refundowanym. Musimy przyzwycząić wszystkich, a głównie władzę ustawodawczą, że fizjoterapia nie jest tania, choć znacznie mniej kosztowna od innych form leczenia.

11. Fizjoterapia wspierana przez nowoczesną technologię



Postępująca informatyzacja i digitalizacja powinny zwiększać indywidualizację postępowania fizjoterapeuty. Agregacja dużej ilości danych, wykorzystanie sztucznej inteligencji to szansa na stworzenie wzorów postępowania w chorobach cywilizacyjnych. Nowoczesna technologia to także szansa na tworzenie zaawansowanych systemów i metod fizjoterapii wspomaganych komputerowo z użyciem automatyki, mechatroniki i robotyki.

Dziś, w roku 2022, wiele z powyższych procesów jest rozpoczętych. Jednak cały czas musimy je monitorować, napędzać i nie odpuszczać ani na krok. My, zwykli fizjoterapeuci, tworzymy dziś przyszłość fizjoterapii. KIF ma szczególne znaczenie – tu muszą powstawać wizje i pomysły i tu musi być wola i chęć ich realizacji. To wypadkowa naszych energii i doświadczeń. Mądrości wynikającej z przepracowanych lat i z fascynacji nowinkami młodego pokolenia. Tu

nie ma miejsca na frustrację, na realizowanie tylko prywatnych ambicji. I przyznam się Wam po cichu: też chciałbym, żeby czasem coś działało się szybciej, łatwiej. Jednak już B. Franklin mówił, że ten, który ma cierpliwość, może mieć wszystko. Pokornie więc każdego dnia pracuję, wierząc, że to co robimy, ma sens, że budowanie solidnych fundamentów po prostu wymaga czasu.

dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

Silna fizjoterapia dla zdrowia Polaków – wizja rozwoju

1. **Bezpośredni dostęp** do fizjoterapeuty w systemie refundowanym
2. Fizjoterapia w **nowych obszarach medycznych** w systemie refundowanym
3. **Inwestycja w zdrowie publiczne:** finansowanie fizjoprofilaktyki pierwotnej i wtórnej
4. Fizjoterapia – mocny fundament **polityki senioralnej**
5. Fizjoterapia **dla zdrowia psychicznego**
6. **Inwestycje w edukację sektora zdrowia** – promocja kompetencji, wiedzy i umiejętności fizjoterapeuty w środowisku medycznym
7. Fizjoterapia **dla zdrowia kobiet i dzieci**
8. **Równy dostęp** do fizjoterapii refundowanej
9. Kadra: **doskonalenie kształcenia fizjoterapeutów** i rozszerzanie kompetencji
10. **Równoprawność systemu** refundowanego i prywatnego
11. Fizjoterapia wspierana przez **nowoczesne technologie.**



Uczestnicy projektu „Rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, Wrocław, 10-12.09.2021 r. Fot. Archiwum KIF

Dział Szkoleń: Dopinamy ostatni guzik

W naszej pracy przyzwyczajeni jesteśmy przede wszystkim do zmian, które mogą nastąpić w każdym momencie – o tym, jak działający od 2018 r. zespół dokonuje niemożliwego, pisze Patrycja Bartnicka-Kamać, kierownik Działu Szkoleń

Skalę projektu zazwyczaj możemy określić dopiero po jego zakończeniu. Naszym pierwszym była organizacja w całej Polsce szkoleń z prowadzenia dokumentacji medycznej. Pierwotnie miało w nich wziąć udział 10 tys. fizjoterapeutów, natomiast szybko okazało się, że zapotrzebowanie jest dużo większe i ostatecznie przeszkolono 17 tys. osób. Większość (ponad 60%) spotkań została zorganizowana w miejscach pracy, m.in. w podmiotach leczniczych, sanatoriach i szpitalach.

Wielki finał

Z biegiem czasu realizowaliśmy kolejne projekty edukacyjne, w tym szkolenia dotyczące prowadzenia badania i planowania terapii w pediatrii i związane z różnicami pomiędzy praktyką zawodową a podmiotem leczniczym, oraz serię warsztatów inicjowanych przez koordynatorów regionalnych i członków

KRF. Organizujemy również wydarzenia na zdecydowanie mniejszą skalę, lecz bardzo istotne pod kątem rangi naszego zawodu. Przykładem jest przeszkolenie blisko 120 fizjoterapeutów do pełnienia funkcji biegłego sądowego.

Dotąd ze stacjonarnych form szkoleń i warsztatów skorzystało ponad 21 tys. uczestników, a w webinarach ponad 4 tys. W celu zapewnienia jednolitego przekazu informacji w trakcie zajęć szkolimy także instruktorów – współpracujemy z blisko 160.

Naszym zadaniem jest przede wszystkim zadbanie o to, aby uczestnicy wzięli udział w szkoleniu najwyższej jakości, zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym, czyli żeby niczego im nie brakowało (począwszy od skryptów przez napoje po certyfikaty) i wszystko sprawnie przebiegało (np. dobrze zaplanowany harmonogram). Na bieżąco reagu-

jemy na decyzje uczestników o nagłych rezygnacjach czy przeciwnie – szukamy w ostatniej chwili wolnych miejsc dla chętnych. Dla uczestników to tylko kilkugodzinne szkolenie, a dla nas to finał czasami wielotygodniowej wyętej pracy. Wszystko musi być dopięte na ostatni guzik.

Oczywiście z całą tą logistyką wiąże się napięcie, ale też zabawne sytuacje, które wspominamy później jako anegdoty, np. gdy odkryliśmy w systemie kurierskim, że nasza przesyłka zamiast dotrzeć na miejsce szkolenia w Polsce, znalazła się... po drugiej stronie globu. Na szczęście okazało się, że to tylko pomyłka, ale zdążyliśmy już opracować plan uratowania szkolenia. Przy okazji warto zaznaczyć, że dotychczas wysłaliśmy w sumie 900 przesyłek z materiałami szkoleniowymi o wadze 8 970 kg.

Dzięki współpracy z Działem Cyfryzacji od maja 2019 r. dysponujemy systemem do rejestracji uczestników. Początki nie były natomiast proste – przez pierwszych kilka miesięcy każde zgłoszenie weryfikowaliśmy ręcznie z Rejestrem Fizjoterapeutów i musieliśmy kontrolować liczbę dostępnych miejsc, a w razie ich braku szybko informować o tym na stronie internetowej oraz mailowo. Obecnie Portal Fizjoterapeuty umożliwia nam prezentowanie oferty edukacyjnej w sposób odzwierciedlający faktyczną liczbę dostępnych miejsc i to w dodatku w przejrzystej formie. Nowe rozwiązania i systemy pozwoliły na automatyzację naszej pracy. Jednak jeśli tylko fizjoterapeuci potrzebują naszego wsparcia w obsłudze systemów informatycznych – zawsze chętnie pomożemy! Jesteśmy do dyspozycji telefonicznie lub mailowo.

Sprint zmian

Dotychczasowe życie każdego z nas zmieniło się wraz z początkiem 2020 r. i pandemią COVID-19. Dotąd nasz zespół był nastawiony przede wszystkim na organizację wydarzeń stacjonarnych, kształcenie w formie online cieszyło się mniejszą popularnością.

Kiedy nastąpił lockdown i świat wdrażał się w pracę zdalną, a fizjoterapeuci nie mogli pracować z pacjentami poza oddziałami szpitalnymi, nasz dział miał niespełna dwa tygodnie na zwrot o 180 stopni i organizację kształcenia wyłącznie online, aby zapewnić fizjoterapeutom niezbędną wiedzę. Wdrożenie w tak szybkim czasie webinarów z zakresu pracy z pacjentami z COVID-19 było dla nas dużym wyzwaniem. Już wcześniej pracowaliśmy nad tego typu projektami, ale była to praca zespołu biurko w biurko, z większym zapasem czasu. Nagle musieliśmy zorganizować mikrobiura we własnych domach i skoordynować wszystkie działania całkowicie zdalnie. Z satysfakcją teraz wspominamy czas, który większości kojarzy się z zastojem – dla nas to był sprint zmian.

Ważnym etapem był dla nas także okres, kiedy fizjoterapeuci zaczęli nabywać uprawnienia do przeprowadzania szczepień przeciw COVID-19 i kwalifikowania do nich. Szkolenia w tym zakresie realizowało Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, natomiast naszym zadaniem było zbieranie zgłoszeń oraz akcja informacyjna o możliwości zdobycia nowych kompetencji zawodowych – dziś kwalifikować do szczepień może 4977 fizjoterapeutów, a wykonywać szczepienia 6427.

Nowa współpraca i nowe fundusze

Pierwsze trzy lata Dział Szkoleń realizował projekty opłacane ze środków KIF, natomiast obecnie skupiamy się na organizacji szkoleń finansowanych ze środków UE. Współdziałanie w tym zakresie otworzyło przed Izbą nowe perspektywy na realizację dużych projektów edukacyjnych, których celem jest podniesienie kompetencji zawodowych członków KIF.

Odpowiadamy również za przeszkolenie fizjoterapeutów, którzy po dłuższej przerwie wracają do wykonywania zawodu. Wspieramy również członków KRF oraz prezesa i prezydium w działaniach mających wpływ na kształcenie podyplomowe, choćby



Sale przygotowane do szkoleń pt. „Badanie i dokumentacja medyczna w fizjoterapii”, Koszalin (styczeń 2020 r.), Gdynia (luty 2020 r.). Fot. Archiwum KIF

w zakresie prac nad ustaleniem trybu weryfikacji merytorycznej treści szkoleń czy też specjalizacji w zakresie fizjoterapii.

Kluczowy jest zespół

Kiedy ktoś obserwuje naszą pracę, to może odnieść wrażenie, że to głównie administracja z domieszką logistyki. W praktyce sytuacja jest diametralnie inna. Wszyscy członkowie naszego zespołu posiadają kluczowe kompetencje, jakimi są umiejętność szybkiego reagowania i poszukiwania rozwiązań, umiejętność pracy pod presją czasu oraz w kontakcie z ludźmi oczekującymi szybkich i satysfakcjonujących rozwiązań. Posiadamy kwalifikacje w zakresie zarządzania projektami, a ponadto część zespołu ma wykształcenie kierunkowe w dziedzinie fizjoterapii, co jest dodatkowym atutem w pracy.

Początkowo, w listopadzie 2018 r., za organizację szkoleń w ramach pierwszego projektu odpowiadała jedna osoba – dzisiejszy kierownik Działu Szkoleń. Zespół rozrastał się wraz z kolejnymi wyzwaniami i dołączały do niego co kilka miesięcy kolejne osoby. Teraz jest nas sześcioro, ale do końca roku będziemy musieli zatrudnić dodatkowe cztery osoby, gdyż pracy wciąż przybywa. Naszym mottem jest: „Rzeczy niemożliwe realizujemy od ręki, na cuda trzeba chwilę poczekać”. Zdarzyło się nam w cztery dni przygotować konferencję dla blisko 100 osób i to z dobrym efektem. W naszej pracy dążymy do budowania sprawnie działających procesów, ale przyzwyczajeni jesteśmy przede wszystkim do zmian, które mogą nastąpić w każdym momencie.

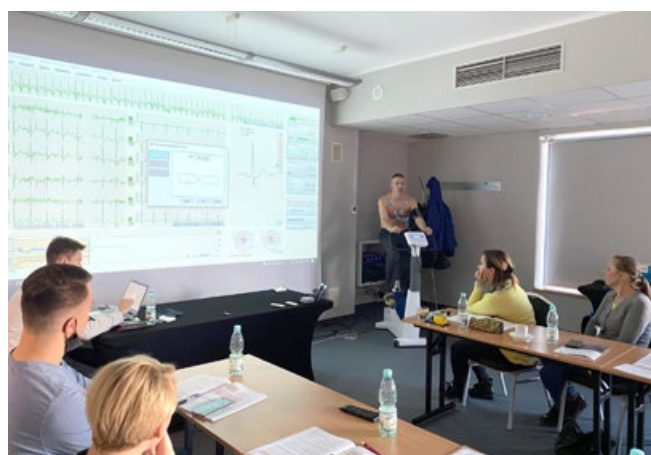
Patrycja Bartnicka-Kamać
Kierownik Działu Szkoleń



Eksperci KIF podczas szkolenia prowadzonego przez wiceprezesa KRF Pawła Adamkiewicza, Warszawa, 2018 r. Fot. Archiwum KIF



Sala przygotowana na szkolenie dla fizjoterapeutów ubiegających się o funkcję biegłego sądowego, Warszawa, 2019 r. Fot. Arch. KIF



Część praktyczna szkolenia w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, Katowice, 2021 r. Fot. Arch. KIF

Projekty realizowane przez DSZ

Rok	Temat szkolenia	Liczba szkoleń	liczba uczestników
2019	„Badanie i dokumentacja medyczna w fizjoterapii”	562	14376
2019	„Szkolenie dla fizjoterapeutów ubiegających się o funkcję biegłego sądowego”	6	119
2019	Warsztaty organizowane w regionach	4	122
2020	„Badanie i dokumentacja medyczna w fizjoterapii”	141	2791
2020	„Ocena funkcjonalna i prowadzenie dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (0-7 lat)”	52	968
2020	„Praktyka zawodowa czy podmiot leczniczy – prowadzenie działalności gospodarczej przez fizjoterapeutów”	1	17
2020	Warsztaty organizowane w regionach	20	453
2020	Webinary	9	4040
2021	„Ocena funkcjonalna i prowadzenie dokumentacji medycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym (0-7 lat)”	76	1198
2021	„Praktyka zawodowa czy podmiot leczniczy – prowadzenie działalności gospodarczej przez fizjoterapeutów	7	82
2021	„Fizjoterapia osób po przebyciu COVID-19”	41	731
2021	Szkolenia finansowane ze środków UE (wsparcie DOP)	22	527
2022	Szkolenia finansowane ze środków UE (wsparcie DOP)	27	653
Razem		968	26077

Zespół Działu Szkoleń



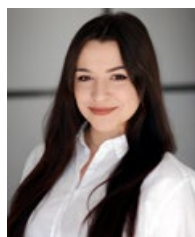
Patrycja
Bartnicka-Kamać



Anna
Tyrka



Natalia
Włochyńska



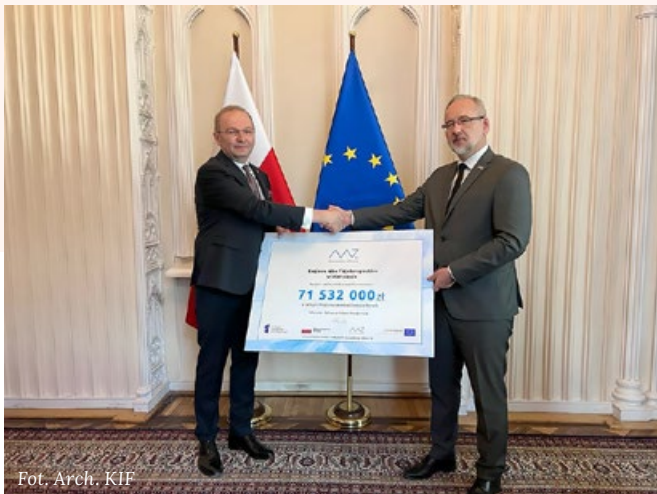
Gabriela
Gdak



Aleksander
Sobczyk



Konrad
Grzywacz



Fot. Arch. KIF



71,5 mln zł z UE na szkolenia dla fizjoterapeutów!

Ze szkoleń będzie mogło skorzystać 20 tys. fizjoterapeutek i fizjoterapeutów z całej Polski bez względu na formę i miejsce zatrudnienia. To największe przedsięwzięcie realizowane ze środków publicznych z myślą o rozwoju fizjoterapeutów i fizjoterapii.

To już trzeci projekt KIF dofinansowany ze środków UE. Dzięki zdobytym wcześniej doświadczeniom udało się pozyskać znacznie większy niż dotychczas budżet na wyjątkowy program edukacyjny.

– Dziś przekazuję największe w historii samorządu fizjoterapeutów środki finansowe przeznaczone na szkolenia. Cieszę się, że mogę w ten sposób wspierać budowanie samodzielności tego zawodu – powiedział Adam Niedzielski, minister zdrowia.

Ze szkoleń będzie mogło skorzystać 20 tys. fizjoterapeutek i fizjoterapeutów, tj. osób posiadających prawo wykonywania zawodu przyznane przez KRF. Znaczenia nie będą miały ani miejsce, ani forma zatrudnienia – szkolenia będą skierowane do osób z całej Polski, prowadzących własną praktykę zawodową (działalność leczniczą) lub pracujących czy współpracujących zarówno z placówkami publicznym, jak i prywatnym, w tym jednostkami świadczącymi usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, np. domami pomocy społecznej, fundacjami.

– Fizjoterapeuci płacą za kształcenie podyplomowe

z własnej kieszeni. Wielu z nas nieustająco się uczy i korzysta ze szkoleń komercyjnych. Dzięki funduszom, które udało nam się wywalczyć, będziemy mogli stworzyć nowoczesną i łatwo dostępną platformę online oraz stacjonarnie przeszkolić kilkadziesiąt tysięcy fizjoterapeutów. Warto pamiętać, że platforma zostanie z nami także po zakończeniu projektu i będzie każdego roku zasilana nowymi szkoleniami. To inwestycja długofalowa i w praktyce nie ma ograniczeń w liczbie fizjoterapeutów, którzy będą mogli z niej korzystać. To największe przedsięwzięcie realizowane ze środków publicznych z myślą o rozwoju fizjoterapeutów i fizjoterapii – powiedział Maciej Krawczyk, prezes KRF.

Podpisanie umowy kończy wielomiesięczny proces starań i przygotowań, w trakcie którego specjaliści KIF opracowali założenia projektu. Jego głównym celem jest podniesienie poziomu kompetencji fizjoterapeutów w zakresie prowadzenia fizjoterapii pacjentów z chorobami zakaźnymi (w szczególności COVID-19), rehabilitacji pochorobowej oraz fizjoprofilaktyki. Zaplanowano przeprowadzenie szkoleń w siedmiu dziedzinach: pulmonologii, ortopedii,



Projekt „FIZJO-LEARNING – większe kompetencje fizjoterapeutów w pracy z pacjentem chorującym na choroby zakaźne, w tym COVID-19” nr POWR.07.01.00-00-0005/22 realizowany w ramach Osi priorytetowej VII. Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, Działanie: 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię Covid-19

neurologii, kardiologii, pediatrii, onkologii, uroginekologii oraz z innych zagadnień, np. fizykoterapii, fizjoterapii na OIT czy komunikacji z pacjentem.

– Wszyscy fizjoterapeuci, którzy czynnie wykonują zawód, wiedzą, że nasza praca bez szkoleń i ciągłego poszerzania wiedzy nie jest możliwa. Pandemia spowodowała, że musieliśmy szybko zdobyć wiedzę z nowego zakresu. Tylko ciągły rozwój naszej profesji pozwoli nam nadążać za potrzebami pacjentów. I oni to w nas cenią: jakość usług fizjoterapeutycznych stale rośnie, a wraz z nią zaufanie pacjentów do naszego zawodu – mówi Tomasz Niewiadomski, wiceprezes KRF.

Założeniem tego kompleksowego projektu edukacyjnego jest przygotowanie fizjoterapeutów do pracy z pacjentami w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych w związku z rosnącym w dobie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 zapotrzebowaniem na usługi fizjoterapeutyczne. Do fizjoterapeutów trafią nie tylko pacjenci, którzy chorowali na COVID-19, ale także osoby, które odczuwają negatywny wpływ na swoje zdrowie np. z powodu długotrwałej pracy w warunkach domowych, nauki w try-

bie zdalnym czy ograniczonej aktywności fizycznej. Warto podkreślić, iż szkolenia będą kłaść nacisk na zdobycie konkretnych umiejętności i kompetencji, które można wykorzystać w praktyce.

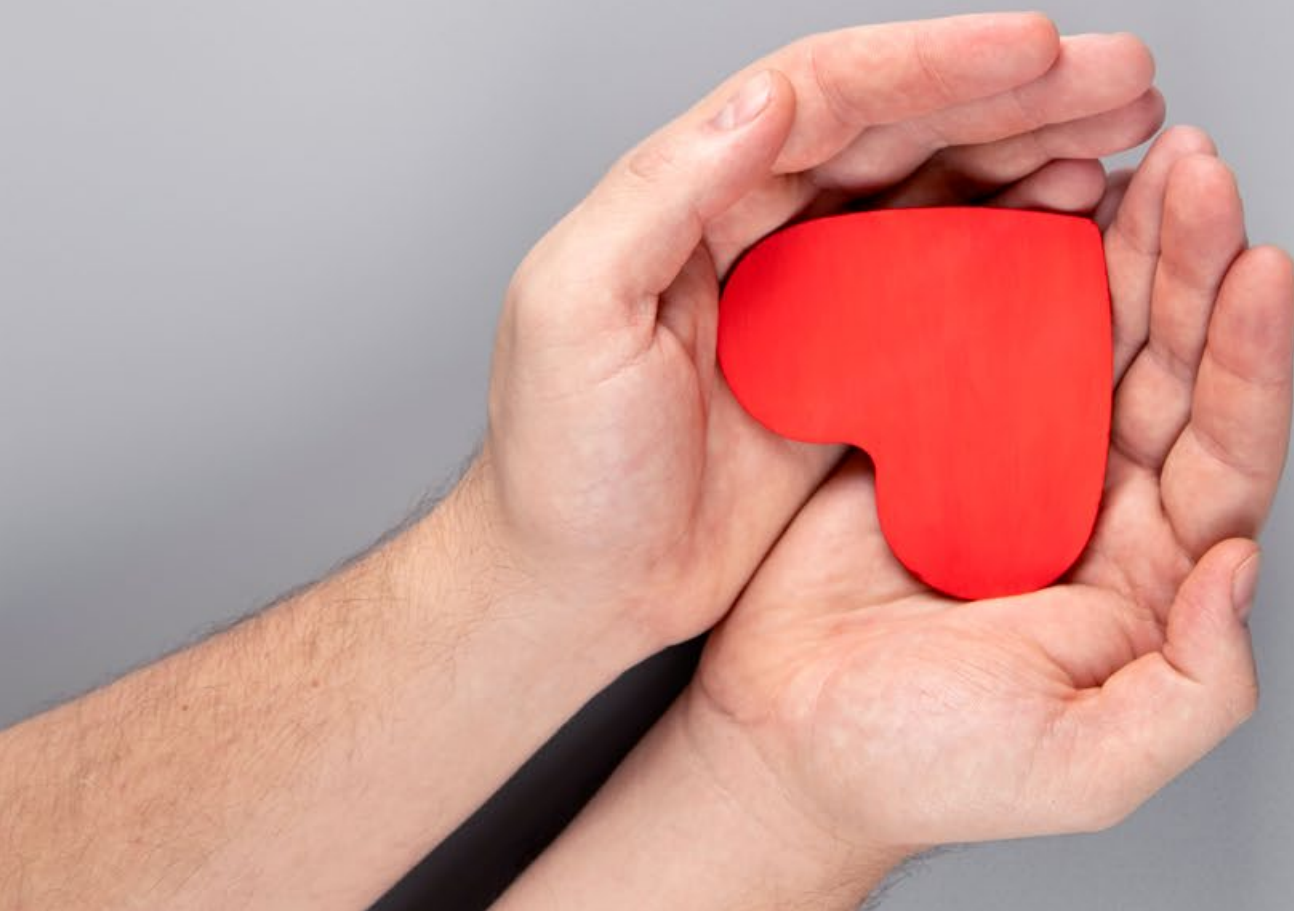
Szkolenie będą się składać ze specjalistycznych modułów i bloków tematycznych sformułowanych w sposób umożliwiający elastyczne tworzenie ścieżek szkoleniowych. Będą podane w przystępny, atrakcyjny wizualnie i multimedialny sposób. Zostaną opracowane przez ekspertów z wieloletnim doświadczeniem akademickim i szkoleniowym.

Każde szkolenie zakończy się egzaminem, którego zdanie będzie wymagało zdobycia min. 70% pkt. Pozytywne złożenie egzaminu potwierdzone zostanie certyfikatem, a jeden fizjoterapeuta będzie mógł wziąć udział w więcej niż jednym szkoleniu. Szkolenia stacjonarne zostaną zorganizowane w każdym województwie.

Pierwsze szkolenie, w formule online, rozpoczną się w lipcu br.; szkolenia stacjonarne ruszą w październiku. Więcej informacji będzie dostępnych na stronie KIF w zakładce Projekty.

Na łamach „Głosu Fizjoterapeuty” wielokrotnie pisaliśmy o nas i o naszej pracy, w tym misji przywracania sprawności pacjentom. Tym razem głos oddaliśmy właśnie im, ludziom, dla których kształcimy się latami i dla dobra których poświęcamy dużą część naszego życia. To ich doświadczenia i opinie świadczą o nas, w ich historiach możemy się przeglądać.

O podzielenie się swoimi opowieściami z czytelnikami „Głosu Fizjoterapeuty” poprosiliśmy sześć osób, które w przeszłości korzystały z fizjoterapii lub robią to do dziś, a być może będą z niej korzystać do końca życia. Staraliśmy się ukazać jak najszerszy obraz fizjoterapii, więc na kolejnych stronach przeczytacie historie dotyczące zarówno ratowania życia, walki o powrót do sprawności, jak i poprawy jakości codziennego funkcjonowania. Każda z nich – niezależnie od wagi problemu i wyjściowego stanu pacjenta – jest równie ważna, bo pokazuje, jak szerokie są możliwości niesionej przez nas pomocy i piękno zawodu fizjoterapeuty.





Fot. Arch. pryw. D. Popławski

Ulga była ogromna

– Fizjoterapeutka dokładnie wiedziała, gdzie ucisnąć. Pierwsze sekundy były ciężkie, a potem ból stopniowo odchodził. Po każdym spotkaniu uzyskiwaliśmy rozwarcie szczęki większe o jeden lub dwa milimetry – wspomina fizjoterapię po operacji szczęki Damian Popławski.

Progenia to wada genetyczna, z którą człowiek się rodzi. W jej wyniku albo dochodzi do niepełnego wykształcenia górnej szczęki albo dolna jest zbyt wysunięta do przodu. Ma wpływ na wiele aspektów życia, wizualne to tylko jedne z nich, np. wysunięta broda, spłaszczone policzki, pociągła twarz czy ostre rysy. Są jeszcze najróżniejsze problemy zdrowotne, w tym: z gryzieniem pokarmów, ze snem, oddechem czy skroniami, bóle głowy, próchnica, a z wiekiem także wypadanie zębów.

Wiele osób, których dotyka progenia, nawet nie zdaje sobie z tego sprawy. O tym, że sam ją mam, dowiedziałem się dopiero w wieku 32 lat od znajomego, który jest chirurgiem twarzowo-szczękowym. Oczywiście byłem świadom nieprawidłowego zgryzu, byłem leczony ortodontycznie, ale nikt wcześniej nie powiedział mi, że to wada genetyczna i że można poddać się operacji, która całkowicie zmienia jakość życia.

Moja operacja odbyła się 6 grudnia zeszłego roku, gdy miałem 37 lat. Najpierw zęby należy przygotować, odpowiednio ustawić do zabiegu, konieczne jest leczenie ortodontyczne. To poważna ingerencja – u mnie górna szczęka została wysunięta o 9 mm do przodu. Rekonwalescencja jest długa, kość musi

się zrosnąć, zregenerować. Przez miesiąc zęby są prawie całkowicie zagumkowane, żeby nie dało się otwierać szczęki. Obowiązuje wtedy dieta płynna.

Po tygodniu od operacji byłem na kontroli u chirurga, który powiedział, że wszystko dobrze się goi i muszę się zgłosić na fizjoterapię, która przyspiesza proces gojenia, pobudza tkanki i na nowo uruchamia aparat mowy. Po zabiegu człowiek jest bardzo opuchnięty i obolały, fizjoterapia okazuje się zbawieniem. Fizjoterapeuta wykonuje masaże, żeby ściągnąć całą limfę i krew. W moim przypadku po dwóch-trzech wizytach ulga była ogromna. Kiedy opuchlizna zaczęła schodzić, fizjoterapeutka wdobyła różne uciski i masaże dziąseł. Początkowo było to trochę bolesne, ale nie jakoś strasznie. Fizjoterapeutka dokładnie wiedziała, gdzie ucisnąć. Pierwsze sekundy były ciężkie, a potem ból stopniowo odchodził. Po każdym spotkaniu uzyskiwaliśmy rozwarcie szczęki większe o jeden lub dwa milimetry, a to wbrew pozorom były zauważalne różnice! Szczerze mówiąc, nie wiem, czy dałoby się przejść przez proces gojenia po takim zabiegu bez fizjoterapii. Na pewno dzięki niej o wiele łatwiej było mi znosić ból i dyskomfort.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. <https://www.freepik.com/>

Przewodniczka w sprawach kobiecych

– Po cesarce czułam, że z moją blizną jest coś nie tak. Wspominałam o tym lekarzowi, ale to zbagatelizował – mówi Dominika Anna Kowalczyk, której w problemami po porodzie pomogła fizjoterapeutka uroginekologiczna.

Stwierdził, że blizna to sprawa tylko estetyczna i wszelkie objawy same miną. Kilka tygodni po porodzie, trochę przez przypadek, dowiedziałam się od koleżanki, że istnieje taka specjalizacja jak fizjoterapia uroginekologiczna. Zaczęłam szukać informacji na jej temat i nawet odkryłam, że w szpitalu, w którym rodziłam, pracują fizjoterapeutki uroginekologiczne! Niestety ich usługi są płatne, więc nie każdy może sobie na nie pozwolić finansowo. Nie mówiąc o tym, że wciąż niewiele kobiet wie o takiej opcji.

Mnie o możliwości skorzystania z fizjoterapii uroginekologicznej nie powiedział nigdy żaden lekarz, a to był już mój drugi poród. Teraz wszystkim koleżankom o tym opowiadam i większość z nich też wcześniej o tym nie słyszała. Sytuacja kobiety po porodzie jest bardzo trudna, szczególnie przy pierwszym dziecku, gdy nic jeszcze nie wiesz. Rodzisz, hormony szaleją i nagle pojawia się jakiś problem, którego się nie spodziewałaś. Ja cały czas odczuwałam dyskomfort wokół blizny. Miałam wstawać, chodzić, a ciągle czułam, że coś mnie ciągnie. Bałam się, że jak pod-

niosę dziecko, to pęknie jakiś szew. Do tego zaczęłam puchnąć od blizny w dół. Nie miałam pojęcia, co może być przyczyną, nie wiązałam tego z samą blizną.

Tymczasem fizjoterapia jest w stanie sobie szybko poradzić z takimi sprawami. Fizjoterapeutka uroginekologiczna pokazała mi, jak pracować z blizną, żeby się nie tylko ładnie, ale i dobrze się goiła, żeby się nic nie sklejało. Dziś nie ma po niej prawie śladu. Okazało się też, że nie muszę czekać, aż puchnięcie wynikające z gromadzenia się limfy samo minie. Wystarczyło kilka drenaży, a już po pierwszym czułam sporą różnicę. Do tego fizjoterapeutka pokazała mi ćwiczenia na mięśnie dna miednicy. Nie oszukujmy się, ciało po porodzie jest już trochę inne i warto je wzmocnić.

Fizjoterapeutka stała się dla mnie taką przewodniczką w sprawach kobiecych, delikatnych, dla niektórych wstydlivych. Bardzo jestem jej wdzięczna za okazane mi wsparcie.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. Arch. pryw. J. Rozenek, FB

Zaryzykowali i pozwolili mi ćwiczyć

– Po wyjściu ze szpitala spędziłem dwa i pół miesiąca w ośrodku rehabilitacyjnym. To było moje wybaczenie – tak ten okres podsumowuje aktor Jacek Rozenek, który trzy lata temu doznał udaru.

Siedziałem w samochodzie. Byłem w jakimś półśnie, czułem się fatalnie, nie mogłem się otrząsnąć z tego stanu. Wiedziałem, że dzieje się ze mną coś bardzo złego, ale nie byłem w stanie się poruszyć. Po jakimś czasie się ocknąłem i zorientowałem, że rękę i nogę mam niesprawną. Nie miałem pojęcia, że to udar, nawet nie znałem jego objawów. Wiedziałem jednak, że muszę wezwać pomoc. Tylko że tkwiłem na parkingu przy autostradzie, z którego nie mogłem wyjechać, bo nie byłem w stanie zmienić biegu. Zauważył mnie pracownik autostrady. Zastukał w szybę, zapytał, czy coś się stało, ale ja tylko bełkotałem. Na szczęście ten pan zadzwonił po pomoc i trafiłem do szpitala w Tczewie, a po jakimś czasie przewieziono mnie do Warszawy.

Lekarze uratowali mi życie, ale nie było mowy o żadnym przywróceniu sprawności. Dopiero po jakimś czasie się dowiedziałem, że stan był krytyczny. Lekarze byli przekonani, że zejdem, dlatego nie pozwalali mi nic robić, półtora miesiąca spędziłem na OIOM. Dopiero po wypisaniu z niego fizjoterapeutka ze szpitala się uparła, aby pozwolono mi ćwiczyć. Zgodzono się warunkowo na pół godziny dziennie. Do szala mnie to doprowadzało, bo chciałem się rehabilitować.

Po wyjściu ze szpitala spędziłem dwa i pół miesiąca w ośrodku rehabilitacyjnym. To było moje wybaczenie. Tamtejsi specjaliści zaryzykowali i pozwolili mi ćwiczyć. Przy każdym ćwiczeniu mierzono mi ciśnienie, sprawdzano tętno. Serce było w tak złym stanie, że początkowo nie byłem w stanie poruszać się o własnych siłach. Po pierwszym tygodniu doszedłem już jednak do pięciu-sześciu godzin ćwiczeń

dziennie. Najbardziej wkurzały mnie niedziele, bo wtedy nie było fizjoterapii!

Od udaru minęły trzy lata, a ja rehabilituję się codziennie! Poza zajęciami w klinice rehabilitacyjnej m.in. ćwiczę z piłką, szarfami, gumami. Uprawiam także jogę, która jest dla mnie idealną aktywnością, bo mam bardzo skrócone mięśnie, ale też mnie relaksuje. Czuję, jak puszczają mi mięśnie i że już niedługo będę mógł wykonywać te rzeczy, których jeszcze nie jestem w stanie. Bogu dziękuję, że ta joga istnieje.

Zawsze byłem aktywny fizycznie. Uprawiałem cross-fit, golf, strzelanie, pływanie – i do wszystkich tych aktywności już wróciłem. Miałem potworną afazję, ale dwa lata po udarze znów zacząłem grać w serialu i w teatrze. Ale w moich standardach jeszcze jestem niepełnosprawny. Czuję, że jest inaczej niż kiedyś. Nagrywam audiobooki, ludzie mówią, że brzmi dobrze, ale ja nie jestem w stanie siebie słuchać. Mój zawód nie wybacza niedoskonałości, ja je słyszę. Często muszę szukać w głowie słów. Mój sposób mówienia jest teraz uzależniony od bardzo wielu czynników: nastroju, pogody, zmęczenia i innych. Tak samo jest z chodzeniem. Są dni, że myślę sobie: „odpuściło mi”. A potem znów „zawijam” nogą. I nie jestem w stanie tego przeskoczyć.

Nie poddaję się i cały czas walczę. Gdy lekarze słyszą, co robię, to są przerażeni. Wiem, że gdybym ich słuchał, to nie uzyskałbym nawet 1/10 tego, co osiągnąłem. A fizjoterapeuci wiedzieli, że jeśli mi powiedzą „nie”, to i tak zrobię, co chcę, więc już lepiej mieć mnie na oku.

Agnieszka Gierczak-Cywińska

Fizjoterapeuta musi być kreatywny



Fot. Arch. prywat. J. Pożerniuk

– Po wypadku z udziałem pijanego kierowcy, w którym doznałam czterokończynowego porażenia, wylądowałam w szpitalu, w którym rehabilitacja była całkowitą pomyłką – mówi Judyta Pożerniuk, PR-owiec, grafik, prawnik, założycielka Fundacji Para-NORMAL Activity.

Porażenia czterokończynowego doznałam w wyniku wypadku samochodowego z udziałem pijanego kierowcy. To było 17 lat temu, gdy miałam 17 lat, więc taką samą część życia chodziłam, co teraz jeżdżę na wózku.

Po wypadku wylądowałam w szpitalu, w którym rehabilitacja była całkowitą pomyłką. Gdy tylko wypisali mnie do domu, zaczęło się szukanie ośrodków rehabilitacyjnych. Najpierw był turnus w Konstancinie, gdzie wreszcie rehabilitowano mnie tak, jak należy to robić w przypadku osób po uszkodzeniu rdzenia. Poznałam tam świetnego fizjoterapeutę, który polecił mi gabinet w Krakowie. Posłuchaliśmy go i wraz z mamą przeprowadziłam się tam na cztery i pół roku z Wrocławia. W szkole otrzymałam indywidualny tok nauczania, co dwa tygodnie jeździłam do domu, gdzie przychodzili do mnie nauczyciele.

W stanie gotowości

W międzyczasie ten mały gabinet w Krakowie rozrósł się do sporej kliniki, w której rehabilituję się do dziś – wciąż u tej samej fizjoterapeutki pani Agnieszki Ochocińskiej. Teraz mieszkam we Wrocławiu, ale jeżdżę tam co jakiś czas na miesiąc. Poza tym trzy razy w tygodniu przychodzi do mnie fizjoterapeuta.

W ciągu lat oczywiście szukałam ośrodka na miejscu, ale nie znalazłam odpowiedniego. W Polsce jest niewiele gabinetów, które są przygotowane na postępowanie z tetraplegikami. Poza tym jestem zwolenniczką fizjoterapii bez maszyn. Mam już 17 lat doświadczenia, niejednego już próbowałam i uważam, że zwykłe ćwiczenia dają o wiele lepsze efekty niż np. egzozoskielety.

Czy miewam kryzysy? Bycie na wózku to jeden wielki kryzys. Jestem dorosła, wiem, że muszę się rehabilitować do końca życia, ale dostosowuję terapię do siebie. Po ciężkich wypadkach czy chorobach człowiek żyje rehabilitacją, ale życie pozostaje gdzieś w tle, bo zdrowie jest najważniejsze. Nigdy nie zrezygnowałam ze szkoły, nawet jak byłam pacjentką leżącą. Skończyłam w sumie trzy kierunki, na studia dojeżdżałam z Krakowa do Wrocławia co dwa tygodnie, bo bardzo mi zależało, żeby w tej fizjoterapii nie zgubić życia. Widziałam takie przypadki. Kiedyś rehabilitacja zajmowała mi większość czasu. W pewnym momencie dotarło do mnie, że osiągnęłam maksimum tego, co się dało i teraz już tylko mogę, a raczej muszę, utrzymywać ten stan. Postępy będą się jeszcze zdarzać, ale nie będą wielkie, bo doznany przeze mnie uraz po prostu na więcej nie pozwoli. Moim głównym celem

jest utrzymywanie się w takim stanie, że jeżeli kiedyś naukowcy wymyślą coś, co by odmieniło moje życie, to moje ciało jest na to gotowe. Nie mam żadnych przerostów, żadnych skostnień, żadnych przykurczów, regularnie jestem pionizowana, mam zadbany pęcherz. Trzymam ciało w stanie gotowości. A nawet jeśli za mojego życia nie uda się przywracać sprawności osobom z przerwany rdzeniem, to będę żyła najlepiej jak się da w tym stanie.

Miliard powtórzeń

W fizjoterapii najważniejsze wydaje mi się dostosowanie ćwiczeń do pacjenta i modyfikowanie ich w trakcie terapii. Fizjoterapeuta musi być kreatywny, bo kwestią bardzo przeszkadzającą w rehabilitacji jest nuda. Ludziom sprawnym się wydaje, że skoro ćwiczenia to dla nas powrót do życia, to nic innego nie robimy, tylko z pełną radością i uśmiechem gnamy na fizjoterapię. A to nieprawda, bo ćwiczenia są bardzo nużące i mimo tego, że zdajemy sobie sprawę, jak bardzo są nam potrzebne, to po wykonaniu miliarda powtórzeń naprawdę człowiekowi się odechciewa. Pani Agnieszka pyta mnie, czego potrzebuję. Na początku było to samodzielne uczesanie się, więc tego się nauczyłyśmy. A potem jak założyć spodnie. Ważne jest, żeby ćwiczenia w jak największym stopniu przekładały się na życie codzienne, a po drugie, żeby nie były nużące. Jasne, że niektóre trzeba wielokrotnie powtarzać, ale pomiędzy należy wplatać coś nowego, co ekscytuje, motywuje, daje kopa do rywalizacji samemu ze sobą.

Wolność

Pierwszy miesiąc po wypadku spędziłam w śpiączce, a przez kolejne miesiące tylko leżałam. Potem nastąpił okres, gdy przez długi czas wózek był niechcianym kolegą. Wiadomo że bez niego nie byłam w stanie się przemieszczać. Ale nie mogłam na niego patrzeć. Nie chciałam nawet, aby stał w tym samym pomieszczeniu, w którym byłam. Gdy już tak naprawdę na niego usiadłam, to zrozumiałam, że daje mi wolność. W Polsce jest on zdemonizowany, mówi się, że ktoś „jest przykuty do wózka”. A to nieprawda. Dzięki niemu mogę gdzieś pójść, coś zobaczyć, zwiedzić. Wyjść sama z domu.

Kiedy rozmawiam z kimś świeżo po wypadku, mówię, aby nie myślał o tym, że będzie chodzić, bo do tego jest bardzo długa droga. Niech myśli o podstawowych rzeczach: chcę sam zrobić herbatę, chcę się sam ubrać, chcę sam wyjść z domu. Te cele krótko-

terminowe pozwalają nam się bardziej zmobilizować. Planując, że znów będą chodzić, przezywają zawód, buntują się, przestają ćwiczyć i tylko opóźniają powrót do społeczeństwa, do życia.

Chyba zawsze będę pamiętać moje pierwsze fizjoterapeutyczne sukcesy. Gdy byłam jeszcze pacjentką leżącą, byłam w stanie zgiąć rękę, ale już nie mogłam jej sama wyprostować. W którymś momencie okazało się, że już mogę. To było niesamowite. Następnym osiągnięciem było to, że dało się posadzić mnie na leżance z nogami w dół i nie musiałam się podpierać, żeby siedzieć.

Kiedy byłam leżąca, ciocia zaprosiła do mnie tetraplegika. Zachwyciło mnie, że był w stanie złapać łyżeczkę i posłodzić sobie kawę, napić się. Byłam w szoku, że można to robić przy czterokończynowym porażeniu. I on powiedział mi: „Ty też będziesz umiała to zrobić, nauczysz się”.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. Arch. prywat. J. Pożerniuk

Brak terapii wywołał spustoszenie



Fot. Arch. prywat. A. Józwicka

– Trzy miesiące bez profesjonalnej fizjoterapii na początku pandemii skutkowały regresami, przykurczami. W nocy synek nie spał z bólu – o intensywnej fizjoterapii sześciolatniego Olinka opowiada jego mama Agnieszka Józwicka.

Kiedy byłam w trzecim miesiącu ciąży, u Olka stwierdzono rozległą wadę układu moczowego. Żeby ratować jego nerki, przeprowadzono siedem operacji wewnątrzmacicznych. Do porodu doszło w 27. tygodniu ciąży. Stwierdzono wylewy do mózgu 2 i 3 stopnia, niedotlenienie, dysplazję oskrzelowo-płucną, retinopatię, niedojrzałość układu pokarmowego i nerwowego, skomplikowaną wadę układu moczowego i wiele innych. Konieczne były kolejne operacje. Do domu wyszliśmy po 4,5 miesiącach.

Kompleksowa opieka

Pierwszą fizjoterapię mieliśmy jeszcze w szpitalu, kiedy syn miał trzy miesiące, czyli wtedy, kiedy dopiero powinien się rodzić. To były bardzo krótkie ćwiczenia, instruktaż, który staraliśmy się z mężem wdrożyć. Prawdziwa fizjoterapia zaczęła się z pięć miesięcy później. To była terapia w ośrodku rehabilitacyjnym przy szpitalu na NFZ, 45 minut raz w tygodniu. Początkowo wyobrażaliśmy sobie, że to będzie wystarczające, ale już po miesiącu zatrudniliśmy fizjoterapeutę, który przyjeżdżał do domu. Gdy Olek miał dwa lata, zaczął uczęszczać do ośrodka, gdzie ma kompleksową opiekę.

Teraz Olinek w ośrodku ćwiczy trzy-cztery razy w tygodniu po dwie godziny przez trzy tygodnie

w miesiącu – ma fizjoterapię, terapię ręki, zajęcia z logopedą i psychologiem. W tych okresach chodzi do przedszkola, gdzie także ma zajęcia (logopedię, fizjoterapię, integrację sensoryczną, dogoterapię i logorytmikę). W ciągu czwartego tygodnia w ośrodku ma turnus rehabilitacyjny, czyli codziennie ćwiczy trzy-cztery godziny. Cały dzień ćwiczy z jednym terapeutą jedną metodą. W tym czasie dokonuje największych postępów. Kolejne trzy tygodnie to podtrzymywanie nowej umiejętności nabytej w trakcie turnusu.

Zdania rozbieżne

Po narodzinach Olka nie mieliśmy w ogóle świadomości, jaka będzie jego przyszłość, byliśmy przygotowani na najgorsze. Lekarze mówili, że raczej będzie dzieckiem leżącym, bez kontaktu z otoczeniem, prawdopodobnie niewidomym, bo miał bardzo zaawansowaną retinopatię wcześniaczą. Badania słuchu też były niejednoznaczne, podejrzewano, że będzie zależny od podawania tlenu, bardzo długo był karmiony sondą. Nie wiedzieliśmy, z czym się mierzymy, i nie wiedzieliśmy, jak będzie funkcjonował. I po sześciu latach dalej tego nie wiemy, bo porażenie dziecięce to taki worek, do którego wrzuca się najróżniejsze niepełnosprawności ruchowe, jeśli nie

ma innych wytłumaczeń medycznych tych problemów. I często zdarza się, że dziecko, które początkowo źle rokuje, potem całkiem dobrze sobie radzi sprawnościowo. A czasem idzie do przodu, a potem nagle staje i progres się zatrzymuje.

Przez pierwsze dwa lata zdania fizjoterapeutów były rozbieżne – od dziecka leżącego bez kontaktu po dogonienie rówieśników koło drugiego roku życia. Większość twierdziła, że główny problem będzie z rączkami, a z nogami wszystko w porządku. Okazało się, że manualnie jest prawie zupełnie sprawny, a nie chodzi. Jest w normie intelektualnej, choć jego rozwój nie jest harmonijny. Ma umiejętności wykraczające poza wiek, ale są też takie, w których odstaje od zdrowych rówieśników. Pierwsze słowo wypowiedział dzień przed trzecimi urodzinami. Wcześniej wydawał właściwie tylko dwa odgłosy, ale było widać wielką potrzebę kontaktu, więc wprowadziliśmy komunikację alternatywną. Dziś ma ogromny zasób słów, mówi trochę niewyraźnie. Z powodu dużej niedojrzałości i chwiejności emocjonalnej, gdy coś się negatywnego wydarzy w jego życiu, zaczyna się jękać. Ale jak każdy przeciętny sześciolatek mówi non stop.

Spustoszenie

Początek pandemii wspominam jako jeden z najgorszych okresów w jego sześcioletnim życiu, nie licząc tych pierwszych miesięcy. Ośrodki były zamknięte, zostaliśmy z synem w domu i musieliśmy robić to wszystko, co normalnie robili z nim rehabilitanci. Zawsze wiedziałam, że to ciężka praca, ale dopiero wtedy zrozumiałam jak bardzo. Łączylismy się z fizjoterapeutą online, który na lalce pokazywał, co robić. Początkowo jakoś to szło, bo syn był bardzo zaangażowany i ciekawy, to było coś nowego, ale po pewnym czasie przestał współpracować. Dom kojarzy mu się z beztroską i zabawą, a nagle o określonej godzinie musiał wykonywać ćwiczenia. Dla nas wszystkich było to bardzo ciężkie. Gdy tylko zapadła decyzja, że ośrodki zostaną otwarte, to pomimo tego, że go bardzo izolowaliśmy, to wróciliśmy na terapię. Te trzy miesiące bez profesjonalnej fizjoterapii skutkowały regresami, przykurczami. W nocy nie spał z bólu. Musieliśmy kupić platformę wibracyjną za 26 tys. zł, żeby chociaż trochę ulżyć jego cierpieniu. Ta przerwa spowodowała spustoszenie w jego życiu. Oby to nigdy się nie powtórzyło.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. Arch. prywat. A. Józwicka

Fizjoterapia pokazała mi, co to jest ból



Fot. Arch. prywat. M. Borkowski

– W ośrodku, do którego trafiłem na wiele tygodni, fizjoterapia odbywała się sześć razy w tygodniu po trzy godziny. Pierwszego dnia zemdląłem z wysiłku – o ciężkiej i długotrwałej fizjoterapii po wypadku i trzech tygodniach śpiączki opowiada Marcin „Borkoś” Borkowski, ratownik medyczny.

13 października 2021 r., w Dzień Ratownictwa Medycznego, prawie umarłem. Uderzyłem ratowniczym motocyklem w samochód. Po 21 dniach śpiączki zaczęła się przygoda z oglądaniem tego, co się dzieje z pacjentem po wypadku, ale od drugiej strony. Do tej pory to ja ratowałem, a teraz mnie ratowano.

Dziura w pamięci

Pierwsze co pamiętam to oblicze małżonki, która siedziała przy mnie. Pytała, czy ją słyszę, prosiła, żebym zamrugał oczami, ścisnął jej rękę. Nie mogłem się ruszać, byłem całkowicie pozbawiony sił. Dopiero od niej się dowiedziałem, co się stało. Nic nie pamiętałem – nie tylko samego wypadku, ale całego tygodnia przed nim. Mocno mi się przyglądano, sprawdzano, czy poznaję rodzinę, czy kojarzę fakty. Miałem fart, że kręgosłup i mózg nie zostały uszkodzone. W ośrodkach rehabilitacyjnych widuję nieszczęśników, którzy nie mieli tego szczęścia.

Byłem rehabilitowany już na OIOM. Małżonka mówiła, że fizjoterapeuci poruszali moimi kończynami, na ile mogli, bo miałem złamane dwie kości udowe, kość ramienną i staw łokciowy prawej ręki oraz cztery

żebra. Głową nie ruszali z powodu podwichniętego zęba obrotnika – był na granicy złamania, przez miesiąc nosiłem kołnier. Po wybudzeniu przychodził do mnie fizjoterapeuta, który zajmował się głównie nogami, bo w łokieć wdało się zakażenie i walczyli z namnażaniem się bakterii. W 10. dobie dostałem sepsy, dawali mi 4 proc. szans na przeżycie.

Przeszedłem dziewięć operacji, z czego sześć na sam łokieć. Ból po nich nie był dokuczliwy, dopiero fizjoterapia pokazała mi, co to jest ból. Uwalnianie powięzi w miejscach zrostu to masakra, tak jak pogłębianie wszystkich zgięć. Nogi w kolanach zginały mi się na 20 stopni, w szpitalu trochę je pogłębił. Miałem kilka pionizacji, przy balkoniku robiłem pięć kroków – to efekt dwóch miesięcy fizjoterapii w szpitalu, które minęły od wybudzenia do wypisu. Ćwiczenia odbywały się trzy razy w tygodniu po 15 minut.

Ogień

W ośrodku, do którego potem trafiłem na wiele tygodni, fizjoterapia odbywała się sześć razy w tygodniu po trzy godziny. Pierwszego dnia zemdląłem

z wysiłku. Po ćwiczeniach do łóżka wracałem z zakwasami. Do tego stopnia mnie bolało, że musiałem się wspomagać lekami i cały dzień już praktycznie nie wstawałem. Czułem każdy mięsień i każdą kość. Przyjechałem do nich na wózku, nie będąc w stanie samemu z niego zejść, a tam zaczął się ogień. Najpierw robiłem 15 kroków, potem 10 metrów, 30 metrów. Teraz chodzę, jeżdżę sam samochodem, noszę zakupy, choć głównie lewą ręką. Szykuję się do uruchomienia ambulansu szybkiego reagowania, ale już nie motocykla, a samochodu. Żeby móc pracować w pogotowiu, muszę być w stanie uciskać klatkę piersiową poszkodowanego, a na razie nie mogę wyprostować ręki – łokieć się nie zrasta. Jestem po pierwszym ostrzyknięciu osoczem, przede mną jeszcze pewnie dwa.

Fizjoterapeuci muszą mieć w sobie coś z zamordysty, ale w tym pozytywnym słowa znaczeniu. Nie mogą słuchać naszego jęczenia i marudzenia. Widziałem pacjentów, którzy nie chcieli się rehabilitować, poddawali się. Sam skracałem przerwy, chciałem jeszcze i jeszcze. Mówili mi, że tak nie można, a ja cisnąłem, bo mam 3,5-letniego synka i zaraz rodzi mi się córka (urodziła się na początku maja br. – przyp. red.). Do wypadku doszło, gdy żona była w drugim miesiącu ciąży. To jakiś cud, że nie poroniła. Jest ratowniczką medyczną, więc dobrze wiedziała, co oznacza mój stan.

Tzw. influencer

Jestem wdzięczny każdemu od salowej, pielęgniarki, fizjoterapeuty po lekarza. Nie ma co ukrywać, że mnie było stać na prywatny ośrodek rehabilitacyjny, w którym uratowano moją sprawność. Kosztował masę pieniędzy, z pensji ratownika medycznego za nią przecież nie zapłaciłem. Na moją fizjoterapię zrzucali się na zbiórce w internecie obcy ludzie. Kojarzyli mnie, bo jestem tzw. influencerem – prowadzę kanały na Youtube i w innych mediach społecznościowych. Mam armię widzów, którzy nauczyli się ratować życie ludzkie i robią to z powodzeniem. I pomogli też mi.

Oczywiście fizjoterapia państwowa mi się należy, 80 godzin. Termin wyznaczono na czerwiec, wypadek był w październiku.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Fot. Arch. prywat. M. Borkowski



Superwizja Kliniczna Czynna. Fot. Arch. prywat. M. Dębski

Mentoring – szansa czy konieczność?

– Pamiętam czego najbardziej brakowało mi w mojej praktyce klinicznej na początku drogi zawodowej. Zawsze chciałem, aby swoją wiedzą i doświadczeniem wsparł mnie doświadczony specjalista – mówi Mirosław Dębski, organizator szkoleń z Ortopedycznej Terapii Manualnej i mentor dla kolejnych pokoleń fizjoterapeutów.

Jakimi pacjentami zajmuje się Pan najczęściej?

Pracuję z pacjentami ortopedycznymi. Około 80% z nich to osoby ze schorzeniami w obrębie kręgosłupa z odkręgosłupowymi bólami głowy włącznie. Reszta cierpi na schorzenia stawów oraz mięśni w obrębie kończyn. Skutecznie udaje mi się również pomagać pacjentom z łagodnymi położeniowymi zawrotami głowy (BPPV).

Moją pasją jest Ortopedyczna Terapia Manualna. Wymaga ona olbrzymiej precyzji. Okres kształcenia dla osób zdeterminowanych to minimum pięć lat, oczywiście przy całkowitym skupieniu się na ręcznym (manualnym) badaniu i leczeniu pacjentów. Mistrzostwo osiąga się po około 10 latach. Jeśli osoby kształcące się w Ortopedycznej Terapii Manualnej dodatkowo uczą się innych metod oraz zajmują dla przykładu pacjentami neurologicznymi, to ten czas niestety się wydłuża. Tak wynika z mojego 20-letniego doświadczenia w kształceniu fizjoterapeutów w tej dziedzinie.

Podobno bardzo trudno się do Pana dostać, gdyż terminy są odległe.

Tak, to prawda. Mamy koniec kwietnia, a pacjenci, którzy wychodzą z mojego gabinetu np. po pierwszej konsultacji, otrzymują termin kontrolnej wizyty dopiero w listopadzie. Wszystkie wcześniejsze miejsca są już zajęte. Wiem, że wizyta po siedmiu miesiącach to absurd. Zazwyczaj chciałbym zobaczyć pacjenta po trzech dniach, tygodniu lub trzech tygodniach, ale z powodu takiej liczby pacjentów nie jest to możliwe. Przyjmuję zazwyczaj około 10 pacjentów dziennie. Aby zabezpieczyć ciągłość ich leczenia przez innych fizjoterapeutów z naszego zespołu musiałem zunifikować sposób badania i leczenia w różnych przypadkach klinicznych. To było dla mnie olbrzymie wyzwanie, aby przygotować cały zespół do podejmowania podobnych decyzji i do osiągnięcia zbliżonych efektów leczenia.

Jak to się Panu udało?

Mimo że w większości kończyliśmy te same szkolenia, to sposób naszej pracy był jednak różny. Potwierdzali to pacjenci, którzy po wizytach u innych fizjoterapeutów wracali do mnie i nie chcieli już mnie opuścić. Aby wyrównać umiejętności wszystkich pracowników naszej kliniki 15 lat temu rozpocząłem prowadzenie wewnętrznych cotygodniowych szkoleń. Na nasze spotkania zapraszałem czasem pacjentów. Moi współpracownicy mogli wtedy obserwować w praktyce proces wnioskowania klinicznego oraz wykorzystanie w praktyce moich umiejętności. Kiedy zauważyłem, że ta metoda przynosi bardzo dobre efekty, umożliwiłem wszystkim fizjoterapeutom wyszkolonym w terapii manualnej obserwowanie mojej codziennej pracy z pacjentem już bez ograniczeń czasowych. Każdy z nich, za zgodą pacjentów, mógł być obecny podczas wizyt. Czasem odbywało się to w godzinach pracy pracownika, czasem po ich zakończeniu.

Po pewnym czasie, widząc zaangażowanie zespołu i mając już doświadczenie jako instruktor Ortopedycznej Terapii Manualnej Kaltenborn-Evjenth Concept, postanowiłem jeszcze mocniej wesprzeć rozwój koleżanek i kolegów. Poprosiłem o zgodę na przeprowadzenie superwizji ich pracy z pacjentami. Wiem, że wszyscy odczuwali stres z tego powodu. Kierownik zespołu obserwujący podległych pracowników przy podejmowaniu decyzji i wykonywaniu wszystkich technik to naprawdę coś przerażającego. Tym bardziej wtedy, gdy terapeucie nie udaje się poprawić stanu pacjenta. W naszym zespole mamy jednak stosunki partnerskie. Wytłumaczyłem, że nie chodzi o wytykanie błędów, ale o wsparcie w dalszym rozwoju umiejętności.

Udało się? Współpracownicy zgodzili się na superwizję?

Tak, zarówno fizjoterapeuci, jak i prezes naszej kliniki. Codziennie poświęcałem godzinę na zagłębienie do gabinetów z zapytaniem, czy mogę w czymś pomóc. Ten etap szkolenia dał nam najwięcej. Mogłem wtedy na prośbę terapeuty zbadać pacjenta przed i po zastosowanym leczeniu oraz utwierdzić go w przekonaniu, że jego umiejętności są na bardzo wysokim poziomie. W przypadku różnic w ocenie pacjenta odpowiednie techniki badania i leczenia doskonaliliśmy w ramach cotygodniowych półtorgodzinnych szkoleń wewnętrznych.

Mniej więcej od 2018 r. superwizja pracy terapeuty manualnego z pacjentem przyjęła w naszej klinice

formę bardziej zorganizowaną – dwa razy w roku organizujemy Dni Terapii Manualnej. Przez pięć dni terapeuci pracują z tymi samymi pacjentami po pół godziny. Razem z Ewą Badźmirowską, która nieustannie wspomaga mnie w tym przedsięwzięciu, nie przyjmujemy swoich pacjentów, tylko udzielamy wsparcia uczestnikom superwizji. W tym czasie jesteśmy w stanie zasadniczo poprawić stan pacjenta. Każdego roku widać, jak dzięki takiej formie kształcenia mocno poprawia się poziom terapeutów. W mojej ocenie jest to najbardziej efektywna forma kształtowania umiejętności uczestników szkolenia w Ortopedycznej Terapii Manualnej.

Jest Pan jednym z fizjoterapeutów o najdłuższym w Polsce stażu w nauczaniu podyplomowym. Proszę powiedzieć, czego i jak uczy Pan uczestników kursów.

W 1993 r. rozpocząłem pracę w zawodzie fizjoterapeuty i w tym samym roku zacząłem się szkolić w Ortopedycznej Terapii Manualnej wg koncepcji Kaltenborn-Evjenth. Od 2002 r. sam nauczam tej metody polskich fizjoterapeutów. W 2017 r. po zdany międzynarodowym egzaminie uzyskałem najwyższy na świecie tytuł instruktora międzynarodowego Kaltenborn-Evjenth Orthopaedic Manual Therapy (KEOMT). Metoda, której nauczam, jest bardzo trudna do opanowania. Wymaga olbrzymiej precyzji i wielu lat treningu. Uczymy jej od podstaw. Nasz program oprócz technik manualnych badania i leczenia połączeń kręgosłupa, miednicy, stawów kończyn, stawów skroniowo-żuchwowych mięśni oraz układu nerwowego obejmuje również anatomie, biomechanikę, patologię, klinikę oraz wnioskowanie kliniczne. To rozbudowana specjalizacja oparta na fizjoterapii, osteopatii, chiropraktyce, medycynie ortopedycznej i sporcie.

Widząc ciągły postęp w rozwoju umiejętności moich współpracowników, przenieśliem wszystkie swoje doświadczenia do systemu szkoleń w Ortopedycznej Terapii Manualnej Kaltenborn-Evjenth Concept. Bardzo zależało mi na tym, aby po zdaniu egzaminu z Terapii Manualnej umożliwić dalszy rozwój również fizjoterapeutom spoza naszej kliniki.

Jak on przebiega?

„Praktyka kliniczna z pacjentami w Terapii Manualnej”, bo tak nazywa się etap szkoleń po zdany egzaminie, składa się z czterech modułów. Dwa



Zespół COTM z prof. Kaltenbornem. Fot. Arch. pryw. M. Dębski.

pierwsze to Kursy Kliniczne poświęcone badaniu i leczeniu kręgosłupa. Każdorazowo przez trzy dni badam i leczę trzech pacjentów zgłoszonych przez uczestników szkolenia. W przerwach robimy trening ze wszystkich technik z protokołu badania i leczenia. Po Kursach Klinicznych uczestnicy umawiają się na Superwizję Kliniczną Bierną, gdzie przez pięć kolejnych dni obserwują w naszej klinice indywidualną pracę z pacjentami przeprowadzaną przez Ewę Badźmirowską oraz przeze mnie. Ten etap utrwala sposób postępowania przedstawiany podczas Kursów Klinicznych oraz pokazuje naszą skuteczność w pracy z pacjentem. Ostatni etap to Superwizja Kliniczna Czynna. Uczestnicy z zewnątrz przyjeżdżają do naszej kliniki i przez pięć dni badają i leczą pacjentów, ale oczywiście z naszym wsparciem. Szkolenie kończy się otrzymaniem Certyfikatu Jakości Usług Centrum Ortopedycznej Terapii Manualnej im. prof. F. Kaltenborna w Klinice Uzdrawiskowej „Pod Tężniami” (CJU). Wydając go, gwarantujemy pacjentom, że poziom usług uczestników jest jednolity z naszym poziomem pracy. Taką certyfikację rozpoczęliśmy w 2021 r.

Ale to jeszcze nie koniec edukacji?

Nie, edukacja trwa nadal, ale różnica polega na tym, że od tego momentu jest już zupełnie bezpłatna. Odpłatne są wcześniejsze etapy szkolenia w Terapii Manualnej Kaltenborn-Evjenth Concept. Natomiast wszystkie osoby z CJU raz w tygodniu za darmo mogą brać udział online w szkoleniach wewnętrznych naszego zespołu, a raz w roku zaprezentować wykonanie doskonalonych technik na bezpłatnych warsztatach z Ortopedycznej Terapii Manualnej. To następna forma wymiany doświadczeń z praktyki klinicznej w gabinetach.

Osoby posiadające Certyfikat Jakości Usług mają również nieustanną możliwość uczestniczenia w doskonaleniu wnioskowania klinicznego w ramach zamkniętej grupy na Facebooku – Centrum Ortopedycznej Terapii Manualnej im. prof. F. Kaltenborna. Omawiane są tam najciekawsze i najtrudniejsze przypadki kliniczne naszych pacjentów. Każdy bez obaw może podzielić się swoim doświadczeniem. Ta forma doskonalenia jest bardzo przydatna dla osób,

które mają mniejszy staż pracy w zawodzie, ale także dla bardziej doświadczonych terapeutów.

Czy formy nauczania w praktyce, o których Pan wcześniej wspominał, można nazwać mentoringiem?

Myślę, że tak. Pamiętam czego najbardziej brakowało mi w mojej praktyce klinicznej na początku drogi zawodowej. Zawsze chciałem, aby swoją wiedzą i doświadczeniem wsparł mnie doświadczony specjalista. Żeby pomógł mi w prawidłowym wykonaniu tych upierdliwie dokładnych technik, potwierdzeniu wyników badania i leczenia pacjenta, wskazał łatwiejszą drogę oceny, potwierdził, że dany kierunek postępowania jest najlepszy albo pokazał, że można to zrobić zupełnie inaczej. Myślę, że fizjoterapeuci potrzebują tego samego również dzisiaj. Jako instruktor wziąłem na siebie odpowiedzialność za proces kształcenia uczestników szkoleń. Staram się dawać im wsparcie, jeśli tylko zauważą, że po zakończeniu szkolenia nie są jeszcze w tej nowej dla siebie profesji odpowiednio skuteczni. Swoim postępowaniem sam staram się wychodzić im naprzeciw. Miejsce, w którym pracuję, oraz formy przekazu medialnego stworzyły duże możliwości wsparcia w rozwoju zawodowym. Przyszłam się, że odczuwam olbrzymią satysfakcję, gdy widzę, jak moi uczniowie równie skutecznie, a nawet skuteczniej niż ja pomagają swoim pacjentom.

Czy myślę się, twierdząc, że mentoring jako forma edukacji to już dzisiaj rzadkość? Czy dobrze by było dążyć do przywrócenia go w nauczaniu, być może w nowej, nowocześniejszej formie?

Rzeczywiście dziś to rzadkość. Mentor ponosi wielką odpowiedzialność w trakcie edukacji. Poza tym oprócz wiedzy i umiejętności musi mieć odwagę, aby być liderem, i dlatego musi posiadać odpowiednie predyspozycje w kontaktach społecznych. Powodem małej liczby mentorów w naszym środowisku jest również świadomość nauczyciela, że dając wsparcie osobie uczącej się, tworzy tym samym większą konkurencję dla siebie na tym samym rynku pracy. Stoję na stanowisku, że im więcej się daje innym, tym więcej się otrzymuje. Ta życiowa zasada u mnie się sprawdza. Nie każdy jednak posiada podobny światopogląd.

Czy przywrócić mentoring w nauczaniu? Nie wiem. Po części jest on chyba obecny w formie praktyk studenckich podczas studiów, a później w trakcie specjalizacji z fizjoterapii w formie stażów specjalizacyjnych. Ponieważ prawnie nie mamy w zawodzie fizjoterapeuty konkretnych specjalizacji np. ortopedycznej czy neurologicznej, to moim zdaniem men-

toring raczej będzie trudny do wprowadzenia. Nie można znać się na wszystkim na poziomie mistrzowskim. Można leczyć wszystkich pacjentów i tylko trochę znać się na wszystkim. Tak właśnie wygląda proces edukacji w naszym zawodzie. Tak wygląda również samokształcenie fizjoterapeutów polegające na samodzielny kompletowaniu rozmaitych, najczęściej bardzo modnych kursów. Jeszcze raz podkreślę, że można znać się trochę na wszystkim i leczyć wszystkich pacjentów, ale wtedy nie potrzebny jest mentor. Wtedy każdy fizjoterapeuta czuje się mistrzem w swoim gabinecie.

Myślę, że obecność mentora w kształceniu podyplomowym będzie zasadna, jeśli w przyszłości wprowadzone zostaną specjalizacje kierunkowe. Takich mentorów trzeba jednak szukać już dzisiaj. To wielkie wyzwanie dla KIF. W mentoringu możemy się chyba wzorować na środowisku lekarskim. Aby zostać specjalistą, to potrzebny jest okres obserwowania specjalistów (mentorów) w pracy z pacjentami. Dopiero później przychodzi czas, kiedy zaczyna się samodzielnie prowadzić pacjentów, a specjalista (mentor) udziela w tym procesie swojego wsparcia.



Zdobywcy pierwszych Certyfikatów Jakości Usług. Fot. Arch. pryw. M. Dębski

DOBRE PRAKTYKI

Czy Pana zdaniem brakuje jakichś zagadnień w obecnie obowiązujących standardach kształcenia na kierunku fizjoterapia?

Kiedys myślałem, że studia w pełni powinny przygotować mnie do wykonywanego zawodu. Po ich ukończeniu czułem jednak rozczarowanie. Jeszcze przed podjęciem studiów ukończyłem dwuletnie Medyczne Studium Zawodowe, które w moim przekonaniu dało mi więcej wiedzy i umiejętności praktycznych niż studia dzienne. Przynajmniej tak myślałem na początku mojej drogi zawodowej. W toku kolejnych lat pracy pogląd mój ulegał powoli zmianie. Studia rozpocząłem tylko dlatego, aby być niezależnym w podejmowaniu decyzji związanych z leczeniem pacjentów. Cel został osiągnięty. Patrząc wstecz, myślę teraz, że żadne studia nie przygotowują w pełni do wykonywanego zawodu. Mogą jedynie stworzyć podstawę do rozwinięcia horyzontów młodej osoby, uzbroić w niezbędną wiedzę medyczną oraz przygotować do podjęcia decyzji związanej z wyborem sposobu pracy przy użyciu określonych czynników oddziaływania na organizm.

Dopiero po studiach przychodzi czas na decyzję, co się chce dalej robić i w tym momencie powinny pojawić się specjalizacje kierunkowe. Przygotowanie do specjalizacji powinno się jednak rozpocząć jeszcze podczas studiów. Myślę, że zakres ogólnej wiedzy i umiejętności absolwentów studiów jest obecnie zdecydowanie wyższy niż np. 20 lat temu. Może są oni mniej sprawni ruchowo, ale to jedynie kwestia treningu. Ja studiowałem na AWF-ie w Poznaniu. Przed 30 laty mieliśmy dodatkowo w programie studiów wiele dyscyplin sportowych, co moim zdaniem pomogło mi w wyrobieniu koordynacji ruchowej potrzebnej do opanowania technik Ortopedycznej Terapii Manualnej. Uprawianie sportu zdecydowanie pomaga w nauce tego zawodu. Co do umiejętności specjalistycznych to świat dopiero stoi przed tymi młodymi ludźmi otworem. Jak jednak wybrać szkolenie specjalistyczne w olbrzymiej gamie kursów na rynku? Czym się kierować? Fachową biznesową reklamą? Myślę, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów będzie miała tu dużo do zrobienia w procesie kształcenia podyplomowego i że certyfikacja kursów jest nieunikniona.

**Rozmawiała
Aleksandra Mróz**



Fot. Arch. pryw. M.Dębski

Mirosław Dębski

Kierownik Centrum Ortopedycznej Terapii Manualnej im. prof. F. Kaltenborna w Klinice Uzdrawiskowej „Pod Tężniakami” w Ciechocinku. Specjalista „Orthopaedic Manual Physical Therapy”. Instruktor międzynarodowy „Kaltenborn-Evjenth Orthopaedic Manual Therapy”. Organizator szkoleń z Ortopedycznej Terapii Manualnej.



Pacjent najpierw trafia do fizjoterapeuty

- Co może zrobić lekarz w przypadku nieswoistego bólu pleców? Przepisać leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, przedstawić zasady postępowania w bólu pleców oraz skierować do fizjoterapeuty – mówi Anna Jarosz, dyrektor ds. rehabilitacji w Grupie LUX MED, opowiadająca o programie pilotażowym, który doprowadził do powstania poradni bólu pleców w każdej placówce, w której prowadzona jest fizjoterapia

W zeszłym roku Małgorzata Kiliańska, dyrektorka pionu medycznego opieki ambulatoryjnej w Grupie LUXMED, postanowiła przyjrzeć się naszym standardom kierowania do specjalistów pacjentów z dolegliwościami z obszaru układu ruchu. Wiedzieliśmy, że wielu z nich trafia nie tam, gdzie powinni, krążą między lekarzami. A my chcemy tak nimi pokierować, żeby jak najszybciej uzyskali pomoc.

Pierwszą grupą pacjentów, jakich wzięliśmy pod lupę, były osoby zmagające się z bólami pleców. U 90 proc. z nich wynikają one z przeciążeń, trybu życia, „zużywania się” kręgosłupa. Kiedy kogoś bolą plecy, najpierw szuka lekarza – ortopedy, neurologa, cza-

sem internisty czy nawet neurochirurga. Co może zrobić lekarz w przypadku nieswoistego bólu pleców? Przepisać leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, przedstawić zasady postępowania w bólu pleców oraz skierować do fizjoterapeuty po zalecenia dotyczące ćwiczeń, odpowiedniej aktywności fizycznej, ergonomii pracy. Czyli z punktu widzenia pacjenta taka wizyta jedynie wydłuża czas zmagania się z bólem i otrzymania adekwatnej do problemu pomocy.

Tylko jedna wizyta

Zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie programu pilotażowego, do którego wyselekcjonowaliśmy 714 pacjentów z nieswoistymi bólami pleców, bez czer-

wonych flag (m.in. stanów po urazie, objawów neurologicznych, gwałtownej utraty masy ciała, chorób nowotworowych, przewlekłych stanów gorączkowych). Kierowaliśmy się rozpoznaniem, a nie np. wiekiem. Pilotaż trwał od października do grudnia 2021 r. Pacjenci od początku kierowani byli od razu do fizjoterapeuty – 70 proc. z nich potrzebowało tylko tej jednej wizyty! Radzili sobie dalej sami, dzięki przekazanej im wiedzy i zaleconym ćwiczeniom. Byli bardzo zadowoleni z efektów. Po czterech tygodniach średnio oceniali, że ich poziom bólu zmniejszył się o 2,5 punktu w skali VAS (wcześniej było to ok. 5–6). To znaczna poprawa. Mieliśmy sporo informacji zwrotnych typu: „wreszcie ktoś mi wytłumaczył, skąd te bóle” lub „teraz już wiem, czemu bóle nawracają”. Część pacjentów kontynuowała u nas terapię z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii nie stosowaliśmy.

Nowa ścieżka dla pacjenta

Na podstawie pilotażu wprowadziliśmy zmiany dotyczące pomocy w przypadku bólu pleców. Teraz, gdy pacjent umawia się na wizytę przez portal pacjenta bądź call center, odpowiada na kilka pytań dotyczących dolegliwości, z jakimi się zgłasza. Najpierw wykluczane są czerwone flagi. Jeśli nie mamy z nimi do czynienia, pacjent jest kierowany na konsultację do fizjoterapeuty. W jej trakcie zbieramy wywiad dotyczący czynników wyzwalających ból, tego co go nasila, określamy jego charakter i długość, oceniamy aktywność fizyczną. Potem następuje badanie fizykalne i ponowne wykluczenie czerwonych flag. Jeśli nie występują, analizujemy sytuację pacjenta i wyjaśniamy mu jego stan, edukujemy, jak zapobiegać zgłaszanym dolegliwościom. Dostosowujemy indywidualny zestaw ćwiczeń, który pacjent wykonuje z fizjoterapeutą podczas tej wizyty oraz dostaje go w formie wydruku do domu. Jeśli w wyniku spotkania otrzymuje tylko zalecenia do pracy własnej, prosimy, aby zgłosił się do nas po czterech tygodniach na kontrolę.

10 zabiegów, bo tak

Główne międzynarodowe wytyczne kliniczne uznają obecnie, że wiele osób z nieswoistym bólem pleców wymaga niewielkiego formalnego leczenia lub wręcz żadnego. Jeśli według fizjoterapeuty pacjent potrzebuje terapii czy konsultacji z innymi specjalistami, to oczywiście są mu zlecane. Jednak w przypadku fizjoterapii w nieswoistym bólu pleców nie wysyłamy pacjenta od razu na 10 spotkań, bo w żadnych badaniach naukowych nie udowodniono, że 10 ćwiczeń czy laserów jest lepszych niż 5 czy 12. Staramy się

planować terapię w krótszych odcinkach, np. dwóch najbliższych wizyt. Obserwujemy postępy pacjenta oraz objawy z jakimi do nas się zgłosił i na bieżąco dostosowujemy proces fizjoterapii. Światowe wytyczne mówią, że najważniejszy jest ruch i ćwiczenia profilaktyczne, a zabiegi z fizykoterapii, tak u nas powszechne, nie są w ogóle zalecane, ponieważ dowody na ich skuteczność w nieswoistym bólu pleców są niewystarczające. Skierowanie na fizykoterapię odwraca uwagę pacjenta od realizacji ćwiczeń i nie ma uzasadnienia medycznego.

Staramy się edukować nasz zespół, powołując się na wyniki badań. Uczulamy także, aby pracownicy nie ulegali pacjentom, którzy przyzwyczaili się do długich serii zabiegów rehabilitacyjnych. Doskonale wiemy, że nie od ilości, a jakości zabiegów zależy powodzenie procesu fizjoterapeutycznego. Proces zmiany podejścia do terapii nieswoistych bólów pleców będzie jeszcze trwał. Na szczęście mamy spore wsparcie wśród naszych lekarzy.

Fizjoterapeuta w każdej placówce

W efekcie wniosków płynących z pilotażu zadecydowaliśmy o zorganizowaniu poradni bólu pleców we wszystkich naszych placówkach, w których prowadzimy fizjoterapię oraz w tych, w których nie ma pracowni rehabilitacyjnych, ale odbywają się konsultacje fizjoterapeutyczne. Ten proces właśnie się kończy. Projektując nowe przestrzenie, zwracamy uwagę na odpowiednią liczbę gabinetów konsultacyjnych dla fizjoterapeutów. Zmiany wymagają zatrudnienia nowych fizjoterapeutów, a szczególnie osób mających doświadczenie w konsultowaniu, żeby dostarczyć pacjentom usługi najwyższej jakości.

Wraz z pionem medycznym planujemy selekcję kolejnych grup pacjentów, którzy również w pierwszej kolejności powinni trafić do fizjoterapeuty, zanim zaczną szukać porad lekarskich. Kolejną grupą pacjentów, którymi w pierwszej kolejności może zająć się fizjoterapeuta, mogą być osoby cierpiące na zespół zamrożonego barku, u niektórych pacjentów powodujący wielomiesięczne, a nawet kilkuletnie dolegliwości i upośledzenie sprawności.



Anna Jarosz
dyrektor ds. rehabilitacji
w Grupie LUX MED



Co fizjoterapeuta powinien wiedzieć o zespole Chiari typu I?

Zespół Chiari to dysfunkcja dość rzadka, jednakże bardzo istotna szczególnie w kontekście diagnostyki bólów i zawrotów głowy.

Zespół Chiari polega na przemieszczeniu części tyłomózgowia do kanału kręgowego. Możemy wyróżnić jego cztery podstawowe typy różniące się stopniem zaburzeń rozwojowych. W tym artykule skupimy się na typie I, najczęściej występującym, gdy dochodzi do obniżenia (ektopii) migdałków mózdzku poniżej otworu wielkiego czaszki. Taką sytuację możemy zaobserwować na obrazach rezonansu magnetycznego głowy i odcinka szyjnego.

Diagnostyka

Pacjenci z zespołem Chiari niejednokrotnie latami poszukują przyczyn swoich dolegliwości. Ze względu na niespecyficzne objawy

w trakcie diagnostyki trafiają do wielu specjalistów tj. neurologów, neurochirurgów, ortopedów, laryngologów, internistów, ale także fizjoterapeutów. Rozpoznanie najczęściej zostaje postawione około 30.-40. roku życia, co prawdopodobnie ma związek z pojawieniem się szczytu nasilenia objawów choroby w tym okresie.

Zespół Chiari typu I diagnozujemy w sytuacji, gdy obniżenie migdałków mózdzku wynosi minimum 5 mm poniżej otworu wielkiego. Aby ocenić położenie migdałków na obrazie rezonansu magnetycznego, radiolog wyznacza tzw. Linie McRae, która wskazuje poziom otworu wielkiego. Pomimo że ba-

dania obrazowe wykazują ektopię migdałków mózdzku nawet u 2-3% społeczeństwa, pełnoobjawowy zespół Chiari pojawia się dużo rzadziej – u 1-3 na 10 000 osób. Co więcej naukowcy i lekarze podkreślają, że wielkość obniżenia migdałków nie koreluje bezpośrednio z nasileniem objawów. Część pacjentów pozostaje bez lub skąpoobjawowa nawet przy obniżeniu wynoszącym 8-10 mm, podczas gdy inni już przy 5 mm doświadczają silnych dolegliwości. Skąd takie różnice? W ostatnich latach opublikowano prace badawcze, które analizują ten problem. Podejrzewa się, że objawy wynikające z zespołu Chiari mogą być związane z dodatkową obec-

nością innych dysfunkcji na poziomie złącza czaszkowo-szyjnego. Kolejna teoria mówi, że badania w pozycji leżącej nie pokazują rzeczywistego obniżenia migdałków i w przyszłości standardem będzie wykonywanie badań w pozycji pionowej. Niestety temat nie jest w pełni wyjaśniony.

Przyczyny zespołu Chiari typu I

Patomechanizm zespołu Chiari jest związany głównie z wrodzoną zbyt małą objętością tylnego dołu czaszki, która ma podłoże genetyczne. W wyniku braku miejsca mózdek przemieszcza się do otworu wielkiego w kierunku kanału kręgowego. Nie jest to jedyna przyczyna. W etiologii schorzenia bierze się także pod uwagę inne patologie doprowadzające do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego np. wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego czy zakotwiczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym.

Zespół Chiari typu I wywołuje różnorodne i złożone objawy w wyniku kilku mechanizmów. Po pierwsze, obniżenie migdałków mózdku powoduje zaburzenie krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego (między przestrzenią wewnątrzczaszkową a przestrzenią wewnątrz kanału kręgowego), oraz wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Po drugie, obniżone migdałki mogą uciskać pień mózgu, co wpływa na dysfunkcje nerwów czaszkowych oraz dróg nerwowych czuciowych i ruchowych. Zespół Chiari może wywołać także dysfunkcje samego mózdku.

Warto także dodać, że w wyniku zablokowania przepływu pulsacyjnego płynu mózgowo-rdzeniowego u 30–70% pacjentów z zespołem Chiari dochodzi do przenikania płynu do wnętrza

rdzenia kręgowego i powstawania tzw. jamistości rdzenia. W konsekwencji uszkodzeniu mogą ulec drogi nerwowe, co powoduje dodatkowe objawy u pacjenta.

Zespół Chiari typu I wraz z jamistością rdzenia kręgowego na obrazie rezonansu magnetycznego odcinka szyjnego można zobaczyć online (doi.org/10.1016/j.jemer-med.2017.04.029).

Objawy zespołu Chiari typu I

Jak widzimy, zespół Chiari wywołuje różnorodne zaburzenia, które w konsekwencji mogą powodować dość złożone objawy. Jednym z najczęstszych, jakie zgłaszają pacjenci, są bóle głowy, głównie w okolicy potylicy. Co charakterystyczne, do ich nasilenia najczęściej dochodzi w czasie czynności wywołujących wzrost ciśnienia tj. kichanie, ziewanie, śmiech czy ćwiczenia fizyczne. Bóle głowy w przebiegu zespołu Chiari mogą mieć różne nasilenie i czas trwania – od krótkotrwałych, kilkuminutowych ataków, po dolegliwości trwające nawet kilka dni. U części pacjentów mają one charakter ciągły lub przypominają charakterystyczne migreny. Jednym z najczęstszych objawów zespołu Chiari są także zawroty głowy. Dodatkowo część pacjentów zgłasza uporczywe bóle karku i ramion.

Kolejnym dość często występującym objawem zespołu Chiari są parestezje, które pojawiają się w kończynach i tułowi. Zazwyczaj przyjmują one charakter mrowienia lub przeczulicy skóry. Warto dodać, że w wyniku współistniejącej jamistości może dojść do tzw. rozszczepionych zaburzeń czucia pojawiających się głównie w kończynach górnych. W takich przypadkach pacjent odczuwa dotyk skóry, ale nie odczu-

wa temperatury i bólu na skórze, co może doprowadzać np. do nieumyślnych poparzeń.

W wyniku ucisku struktur nerwowych i jamistości rdzenia u części pacjentów z zespołem Chiari pojawiają się zaburzenia siły mięśniowej. Oczywiście w skrajnych przypadkach może wystąpić niedowład kończyn, niemniej jednak wielu pacjentów zgłasza jedynie wrażenie osłabienia, które trudno zdiagnozować podczas badania klinicznego. Jeżeli dojdzie do zaburzeń funkcji mózdzku, pacjenci skarżą się dodatkowo także na problemy z równowagą, mową i wzrokiem. W konsekwencji złożonych dysfunkcji może pojawić się zaburzenie chodu. Oczywiście w cięższych przypadkach jest ono dostrzegalne przez lekarza czy bliskich, nie zawsze jednak otoczenie chorego zauważa problem. Z moich obserwacji wynika, że część osób zgłasza wrażenie ciężkości nóg lub braku koordynacji podczas chodzenia, które jest tylko subiektywnym odczuciem lub pojawia się okresowo.

Dość charakterystyczne dla zespołu Chiari są także problemy związane z psychiką. Mogłoby się



Na zdjęciu: Obniżenie migdałków mózdku na obrazie MRI odcinka szyjnego. Fot. Arch. prywatne E. Prekiel

wydawać, że u ich podłoża leży trudna sytuacja pacjentów zmagających się z chorobą. Warto jednak wiedzieć, że objawy natury psychicznej mogą być wywołane przez dysfunkcje na poziomie mózgowia, do jakich dochodzi w związku z obniżeniem migdałków mózdzku. Pacjenci skarżą się na wrażenie mgły mózgowej, obniżenie funkcji intelektualnych, bezsensowność. Mogą pojawiać się także zaburzenia nastroju, przewlekłe zmęczenie i objawy depresyjne. W mojej pracy zawodowej spotkałam kilku pacjentów, którzy w wyniku obniżenia migdałków mózdzku doświadczali bardzo silnego zmęczenia i osłabienia, które czasowo uniemożliwiało im wykonywanie codziennych czynności. Co ciekawe, objawy te dość szybko ustąpiły po zabiegu operacyjnym.

W kontekście zespołu Chiari mo-

żecie znaleźć także informacje na temat poznawczo-emocjonalnego zespołu mózdzkowego, który charakteryzuje się zaburzeniami emocjonalnymi i poznawczymi, problemami z pamięcią czy mową. Problemy poznawcze i psychologiczne mogą także wynikać ze wzrostu ciśnienia śródczaszkowego, a także z dysfunkcji nerwu błędnego.

Powyżej wymieniłam jedno z najczęstszych symptomów zespołu Chiari typu I, ale obniżenie migdałków mózdzku może spowodować wiele innych objawów, tj. bóle i parestezje twarzy, niedowład języka, problemy z połykaniem, chrypkę, bezdech senny, zaburzenia w oddawaniu moczu, a nawet problemy jelitowe. Tak naprawdę każdy z pacjentów doświadcza tej dysfunkcji w nieco inny sposób. Różnorodny jest także nasilenie

objawów. Możemy spotkać przypadki z bardzo ciężkim przebiegiem neurologicznym, które ze względu na objawy dość szybko trafiają do neurologów i neurochirurgów, a także osoby z łagodnym przebiegiem, które latami poszukują przyczyn dolegliwości. Do fizjoterapeutów najczęściej zgłaszają się pacjenci z bólami i zawrotami głowy, parestezjami, mgłą mózgową, którzy ze względu na swoje niespecyficzne objawy odwiedzają różnych specjalistów. W takich przypadkach niejednokrotnie badanie kliniczne i neurologiczne nie pokazuje znacznych odchyień od normy.



Ewelina Prekiel
fizjomind.pl

Literatura:

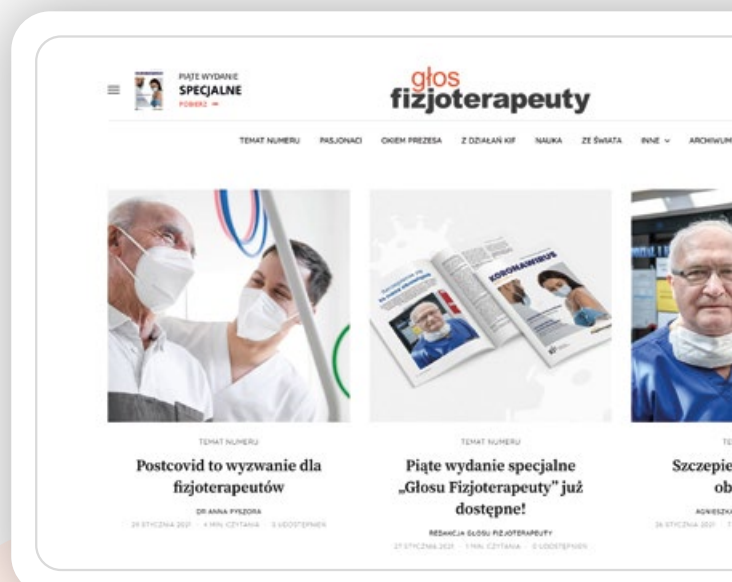
1. Cody A. et al. Current Concepts in the Pathogenesis, Diagnosis, and Management of Type I Chiari Malformations, Recent Advances in Neurosurgery.
2. Bezuidenhout AF, et al. Headache in Chiari Malformation. Neuroimaging Clin N Am. 2019 May;29(2):243-253.
3. Labuda R, et al. A new hypothesis for the pathophysiology of symptomatic adult Chiari malformation Type I. Med Hypotheses. 2022;158:110740.
4. Fernández AA. et al. Malformations of the craniocervical junction (Chiari type I and syringomyelia: classification, diagnosis and treatment). BMC Musculoskelet Disord. 2009 Dec 17;10.

głos fizjoterapeuty

ONLINE

- > Codziennie uzupełnienie miesięcznika „Głos Fizjoterapeuty”
- > Najświeższe informacje dotyczące naszego zawodu w Polsce i na świecie
- > Aktualnie prawie 430 artykułów oraz 26 pełne i darmowe wydania miesięcznika
- > **NOWOŚĆ** – serwis z ogłoszeniami o pracę (ogloszenia.glosfizjoterapeuty.pl)

glosfizjoterapeuty.pl





Gdzie szukać omówień wytycznych praktyki klinicznej?

Fizjoterapeuci mają do dyspozycji 30 opracowań wytycznych praktyki klinicznej podzielonych na osiem obszarów tematycznych. Materiały są dostępne po polsku i są bezpłatne.

W 2020 r. rozpoczął się projekt „PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej”, którego partnerem jest KIF. Przedsięwzięcie skierowane jest głównie do fizjoterapeutów. Ma dostarczyć narzędzi do zwiększania wiedzy o opiece zdrowotnej, ułatwić wybór najlepszej terapii dostosowanej do konkretnego przypadku i pomóc wprowadzić procedury oparte na sprawdzonych dowodach do codziennej praktyki zawodowej.

W ramach projektu powstała strona internetowa, na której można znaleźć wiele interesujących materiałów, m.in. przewodniki dotyczące korzystania z badań naukowych, słowniczek, który obejmuje tłumaczenia i wyjaśnienia pojęć często pojawiających się w publikacjach naukowych, infografiki, a także opracowania z najlepszych zagranicznych wytycznych praktyki klinicznej. Tych ostatnich powstało aż 30. Są opublikowane w wolnym dostępie w języku polskim. Wszystkie omówienia zostały przygotowane według podobnego schematu, w każdym znaleźć można informację o dokumencie źródłowym, o tym, do kogo adresowane są wytyczne, jakich pacjentów dotyczą, jaki jest typ dokumentu źródłowego i w jaki sposób powstawał. Zawierają też krótkie instrukcje, w jaki sposób korzystać z wytycznych, informację o poziomach dowodów z badań naukowych i stopniach rekomendacji, szczegółowe wytyczne oraz komentarz autora. Dokumenty z różnych dziedzin opracowali eksperci z całej Polski: dr Marzena

Adamczyk, mgr Wioleta Chwalewska, dr Agnieszka Ćwirlej-Sozańska, dr Daniel Karaszewski, dr Adrian Kuźdżał, dr Grzegorz Magoń, dr Roksana Malak, dr hab. prof. AWF Maciej Płaszewski, mgr Sebastian Siemakowski, dr Marcin Starzak, mgr Grzegorz Szlachta, prof. dr hab. Jakub Taradaj, mgr Joanna Tokarska, dr Zbigniew Wroński oraz dr Aleksander Zagórski.

Materiały są sformułowane konkretnie i porządkują wiedzę. Przykładowo z opracowania dotyczącego postępowania u dzieci z kręcem szyi można dowiedzieć się, jakie dokładnie elementy powinny zostać uwzględnione podczas oceny fizjoterapeutycznej dziecka. Między innymi rekomenduje się, aby noworodek był oceniany w pierwszych dwóch dniach życia w kierunku obecności asymetrii. W terapii kręczy skuteczne okazują się: rozluźnianie miokinezyjne mięśnia mostkowo-obończykowo-sutkowego, elektrostymulacja (NMES), kinesiotaping, mobilizacja tkanek miękkich i symetryczne pozycjonowanie w czasie karmienia czy podczas snu. Zwraca się uwagę, że oprócz zapewnienia prawidłowych zakresów ruchów w obrębie szyi i tułowia oraz dbania o symetryczne wzorce w rozwoju motorycznym niezwykle ważna jest adaptacja środowiska, która wspiera symetrię, a także edukacja rodziców. W dokumencie dostępne są także ścisłe kryteria mówiące o tym, kiedy można zakończyć interwencję fizjoterapeutyczną oraz rekomendacja, by w przypadku braku poprawy po 4–6 tygodniach terapii zalecić konsultację u innych specjalistów.

Gdzie szukać wytycznych?

Wszystkie omówienia wytycznych praktyki klinicznej podzielono na osiem obszarów tematycznych (rozdziałów). Opracowania można znaleźć na stronie internetowej projektu PRO-EBP:

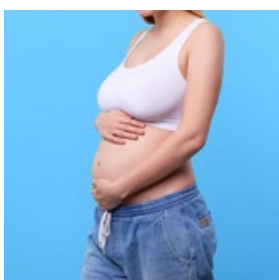
 pro-ebp.awf-bp.edu.pl

Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży



1. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Akademii Fizjoterapii Dziecięcej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczące postępowania fizjoterapeutycznego u dzieci z **zaburzeniami koordynacji rozwojowej (DCD)**,
2. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej fizjoterapii dla **dzieci z cukrzycą**. Wytyczne Brytyjskiego Narodowego Systemu Zdrowia i Opieki Zdrowotnej, NICE,
3. Omówienie wytycznych praktyki terapeutycznej dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego u **dzieci ze spektrum autyzmu**. Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Nowej Zelandii,
4. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Akademii Fizjoterapii Pediatricznej przy Amerykańskim Towarzystwie Fizjoterapii dla **dzieci z kręczem szyi**,
5. Omówienie wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego po **operacjach kończyn dolnych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i z innymi zaburzeniami układu nerwowego**.

Zdrowie kobiet



6. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej z zakresu leczenia zachowawczego **nie-trzymania moczu** w przypadku kobiet opracowany przez Komitet Uroginekologiczny przy Kanadyjskim Towarzystwie Położniczym i Ginekologicznym,
7. Omówienie wytycznych Kanadyjskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczących **aktywności fizycznej kobiet w ciąży**.

Zdrowie osób starszych



8. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej International Conference on Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) dotyczącej identyfikacji i leczenia **zespołu słabości u osób starszych**,
9. Omówienie rekomendacji praktyki klinicznej US Preventive Services Task Force (USPSTF) dotyczących interwencji mających na celu zapobieganie **upadkom u osób starszych** mieszkających w społeczności.

Problemy neurologiczne



10. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Międzynarodowego Towarzystwa Rdzenia Kręgowego dotyczących ćwiczeń dla **osób po urazie rdzenia kręgowego**,
11. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego po **wstrząśnieniu mózgu / łagodnym urazie mózgu**,
12. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii postępowania fizjoterapeutycznego dotyczącego poprawy funkcji lokomotorycznych w stanie przewlekłym **po udarze mózgu, niekompletnym uszkodzeniu rdzenia kręgowego oraz po urazach czaszkowo-mózgowych**,
13. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej w zakresie leczenia **zwężenia kanału kręgowego części lędźwiowej kręgosłupa**.

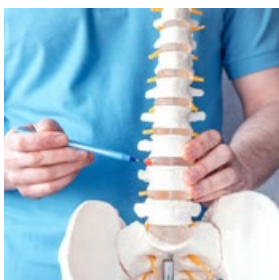
Zdrowie sercowo-naczyniowe



14. Omówienie wytycznych American College of Cardiology / American Heart Association dotyczących **pierwotnego zapobiegania chorobom układu krążenia**,
15. Omówienie wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii (APTA) dotyczących postępowania z osobami z **niewydolnością serca**,
16. Omówienie wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących kardiologii sportowej i **ćwiczeń fizycznych u pacjentów z chorobami układu krążenia**,
17. Omówienie wytycznych Komitetu Doradczego ds. Wytycznych i Protokołów (GPAC) Kolumbii Brytyjskiej dotyczących postępowania w **nadciśnieniu tętniczym**.

Projekt PRO-EBP realizuje Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Filia AWF w Białej Podlaskiej w partnerstwie z Krajową Izbą Fizjoterapeutów oraz PEDro Partnership. Projekt jest dofinansowany w ramach programu „Społeczna odpowiedzialność nauki” Ministra Edukacji i Nauki, SONP/SP/461408/2020.

Plecy i kręgosłup



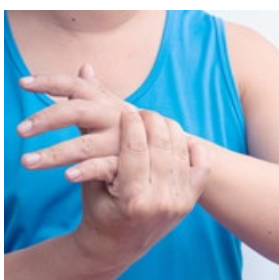
18. Omówienie wytycznych Północnoamerykańskiego Towarzystwa Kręgosłupa w zakresie postępowania multidyscyplinarnego w **leczeniu kręgosłupa**,
19. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego towarzystwa Fizjoterapii dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego w leczeniu **ostrego i przewlekłego bólu pleców**,
20. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii (sekcji ortopedycznej) postępowania fizjoterapeutycznego w **bólach szyi**.

Kończyny



20. Omówienie wytycznych dotyczących fizjoterapii zachowawczej i pooperacyjnej u pacjentów z **uszkodzeniem łąkotek i chrząstki stawowej stawu kolanowego**,
21. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia opracowanych przez Akademię Fizjoterapii Ortopedycznej i Amerykańską Akademię Fizjoterapii Sportowej dotyczących **profilaktyki urazów stawu kolanowego i więzadła krzyżowego przedniego** opartej na ćwiczeniach,
22. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczących postępowania fizjoterapeutycznego w **bólu rzepkowo-udowym**,
23. Omówienie przeglądu tematycznego dotyczącego postępowania fizjoterapeutycznego w **tendinopatii więzadła rzepki** (kolano skoczka),
24. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii dotyczącej postępowania fizjoterapeutycznego w **całkowitej alloplastyce stawu kolanowego**,
25. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii dotyczącej postępowania fizjoterapeutycznego: **ból dłoni i deficyty czuciowe w zespole cieśni kanału nadgarstka**,
26. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej dotyczących postępowania **po złamaniu kości udowej**.

Problemy mięśniowo-szkieletowe całego ciała



27. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej dotyczących najlepszego postępowania chiropraktycznego u pacjentów z **przewlekłym bólem mięśniowo-szkieletowym**,
28. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej dotyczących postępowania przy **fibromialgii**,
29. Omówienie wytycznych praktyki klinicznej dotyczących aktywności fizycznej osób z **zapaleniem stawów i chorobą zwyrodnieniową stawów**.

Katarzyna Maślanko
Dział Komunikacji i Marketingu KIF

Polskie sekcje tematyczne już działają

Przedstawiamy pierwsze trzy z ośmiu sekcji tematycznych powołanych przez KIF pod koniec 2021r.

Utworzone sekcje tematyczne¹ to niezależne organizacje promujące postęp w fizjoterapii oraz wymianę wiedzy naukowej w swojej dziedzinie. Opisane poniżej mają status „zrzeszonych” lub „aplikujących” do podgrup światowych w ramach World Physiotherapy.

Zapraszamy do śledzenia działań interesującej Was sekcji na ich profilach na FB. Niebawem przedstawimy też szczegółowe informacje dotyczące kolejnych.



Fizjoterapia neurologiczna pozostaje w obszarze zainteresowań wielu fizjoterapeutów, dlatego SFN została powołana tak szybko, aby ułatwić fizjoterapeutom dostęp do aktualnej wiedzy medycznej, umożliwić budowanie kontaktów zawodowych, a także by była pomostem pomiędzy światem nauki a codzienną praktyką kliniczną.

– Wierzę, że dzięki działalności członkiń i członków korzyści odniosą nie tylko fizjoterapeuci, ale przede wszystkim pacjenci, dla których często to właśnie fizjoterapia jest podstawowym czynnikiem umożliwiającym powrót do sprawności – podkreśla Joanna Tokarska, przewodniczącą SFN.

Polska Sekcja Fizjoterapii w Neurologii należy do International Neurological Physical Therapy Association (INPA). To działająca w ramach World Physiotherapy organizacja reprezentująca narodowe grupy

fizjoterapeutów zainteresowanych neurologią. INPA ma na celu wspieranie krajowych organizacji oraz indywidualnych fizjoterapeutów, którzy są zainteresowani poszerzaniem wiedzy. Robi to poprzez wspieranie i ułatwianie badań, praktyki opartej na dowodach, specjalizacji klinicznej, wymiany danych, współpracy międzyzawodowej i międzynarodowej oraz promowanie partnerstwa z pacjentami i opiekunami.

Cele krajowe SFN to zrzeszenie fizjoterapeutów zainteresowanych neurologią, standaryzacja pracy oraz stworzenie podstaw do specjalizacji kierunkowych. A cele międzynarodowe to promocja polskiej fizjoterapii, wymiana kadry zawodowej oraz doświadczeń i wiedzy.



facebook.com/SFwNeurologii

¹ Więcej informacji: kif.info.pl/informacje/powolano-nowe-sekcje-tematyczne-ktore-zapoczatkują-wspolprace-fizjoterapeutow-z-polski-i-ze-swiata.



Sekcja Fizjoterapii ds. prywatnych praktyk

Group of Private Practice
in Physiotherapy Poland

Sekcja powstała, by łączyć fizjoterapeutów – przedsiębiorców i przedsiębiorczynie – prowadzących praktykę fizjoterapeutyczną lub podmiot leczniczy albo zarządzających placówkami medycznymi. W Polsce zarejestrowanych jest ponad 15 tys. indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych. Warto integrować to środowisko, tworząc forum do dyskusji, wymiany doświadczeń oraz bazę wiedzy. Fizjoterapeuta-przedsiębiorca najczęściej musi godzić pracę kliniczną z zarządzaniem placówką, co wymaga olbrzymich nakładów pracy.

Sekcja promuje także ścieżkę kariery fizjoterapeuty w biznesie, fizjoterapeuty menadżera. To przygotowuje przedstawicieli naszej grupy zawodowej do zasiadania

w gronie decydentów sektora zdrowia, co – mamy nadzieję – przełoży się na rozwój fizjoterapii w Polsce.

Sekcja Fizjoterapii ds. prywatnych praktyk zrzeszona została z podgrupą The International Private Physical Therapy Association (IPPTA), której celem jest wsparcie niezależnych prywatnych praktyk zawodowych na całym świecie, rozwój ścieżek komunikacji i tworzenie bazy danych oraz statystyk w tym obszarze.

 private.physio

 facebook.com/SFwPrywatnaPraktyka



Sekcja Fizjoterapii w chorobach zawodowych i medycynie pracy

Occupational Health and Ergonomics
Physiotherapy Group Poland

Sekcja powstała z myślą o wypromowaniu fizjoterapeuty i jego udziału w szerokim zagadnieniu, jakim jest bezpieczeństwo, higiena i ergonomia pracy, a także zainteresowanie fizjoterapeutów tą dziedziną zawodową. Zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy pracodawca ma obowiązek zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznej opieki medycznej. Warto uświadamiać pracodawców i pracowników, że nie musi się ten obowiązek ograniczać tylko do cyklicznych badań profilaktycznych.

Na świecie fizjoterapeuta specjalizujący się w medycynie pracy (occupational health physiotherapist, OHPT) jest częścią zespołu BHP i współpracuje z pracownikiem oraz pracodawcą od momentu projektowania stanowiska pracy, poprzez tworzenie programów zdrowotnych, na pomocy doraźnej kończąc. Ponieważ w Polsce fizjoterapia w chorobach zawodowych i medycynie pracy wciąż dopiero raczkuje, ważne jest, aby Sekcja była częścią globalnej instytu-

tuji, dzięki czemu jej członkinie i członkowie będą uczyć się dobrych praktyk. Członkostwo w podgrupie The International Federation of Physical Therapists working in Occupational Health and Ergonomics (IFPTOHE) otwiera przed nami zasoby wiedzy i doświadczeń w prowadzeniu zarówno kształcenia w tym kierunku, jak i standardów pracy dla OHPT.

 ifptohe.wixsite.com/ifptohe

 facebook.com/SFErgonomia

Joanna Tokarska

Dział ds. Międzynarodowych KIF

Dr Dalia Woźnica

Dział ds. Międzynarodowych KIF



Fot. parkrx.org/parkrx-toolkit

Natura na receptę

Badania pokazują, że dzieci i dorośli, którzy spędzają więcej czasu na łonie natury, są szczęśliwsi i zdrowsi. A gdyby naturę przepisywać na receptę? Amerykańscy i kanadyjscy medycy już to robią.

„Kampinos, 2 razy w tygodniu, 60 min przed jedzeniem” – być może tak wyglądałaby recepta na wizyty w Kampinoskim Parku Narodowym, gdyby przełożyć na polski grunt inicjatywę, którą już od 10 lat wdrażają organizacje w Ameryce Północnej. PaRx oraz ParkRx to inicjatywy realizowane przez medyków, którzy chcą poprawić stan zdrowia swoich pacjentów poprzez zachęcanie ich do kontaktu z naturą.

Jak to działa?

W programie PaRx może wziąć udział każdy licencjonowany pracownik ochrony zdrowia w USA i Kanadzie – od pielęgniarek, przez lekarzy, po fizjoterapeutów. Aby medyk mógł przepisywać wizyty w parkach narodowych, musi zarejestrować się w odpowiednim systemie. Potem otrzymuje plik z kodami do recept i gotowe! Pacjenci realizują zalecenia, odwiedzając dowolne stanowe parki narodowe. Jeśli to wizyta

jednorazowa wchodzi za darmo. Gdy planują częstsze wizyty, mogą zaopatrzyć się w roczny karnet ze specjalną zniżką.

Naturalnie każdy kontakt z naturą jest cenny. Korzyści zdrowotne są obserwowane niezależnie od tego, czy spędzamy czas w parku narodowym, czy miejskim. Planowanie „zielonego czasu” powinno być zawsze dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta. A to oznacza, że owym „parkiem” może być każda „zielona” przestrzeń dla niego dostępna.

Czy w Polsce to możliwe?

W naszym kraju zalecenia dotyczące spędzania czasu na łonie natury na razie stanowią jedynie element ogólnych porad dotyczących aktywności fizycznej. Jeżeli fizjoterapeuta chce włączyć tego typu zalecenia do swojej codziennej praktyki, warto aby skorzystał z porad ParkRx.

5 rad ParkRx dotyczących „przepisywania natury” na receptę:

1. Czas na łonie natury czwartym filarem zdrowia

Gdy udzielasz porad dotyczących stylu życia, diety, ćwiczeń fizycznych i nawyków dotyczących snu, dodaj do nich czas spędzany na łonie natury.

2. Spersonalizuj zalecenia

- Dowiedz się, gdzie mieszka i pracuje pacjent, żeby polecić mu pobliskie tereny zielone, po których można np. chodzić lub jeździć na rowerze.
- Poleć wprowadzenie „zielonych zmian” do codziennej rutyny – pomóż zaplanować wizytę z rodziną w parku lub trening cardio na szlaku.
- Udzielaj informacji, przedstawiając dowody naukowe.
- Rozpoznaj i pomóż pacjentowi pokonać jego bariery. Pamiętaj, że prawie każdy może zwiększyć ilość czasu spędzanego na łonie natury bez względu na swoje możliwości fizyczne i miejsce zamieszkania.

3. Zapisz zalecenia

Podobnie jak w przypadku wizyty u lekarza czy spotkania przy kawie, jesteśmy bardziej skłonni do dotrzymywania zobowiązań, jeśli zostaną zapisane na kartce.

4. Monitoruj

Sprawdź postępy pacjenta podczas następnej wizyty.

5. Bądź zmianą!

Pacjenci, którzy wiedzą, że ich medycy wprowadzają w swoje życie zalecenia dotyczące kontaktu z naturą, są bardziej zmotywowani do zmiany swoich zachowań.

„Badania medyczne wyraźnie wskazują na korzyści zdrowotne wynikające z kontaktu z naturą. Ta ekscytująca współpraca z PaRx jest przełomem w leczeniu problemów zdrowia psychicznego i fizycznego. Nie mogła rozpocząć się w lepszym momencie, ponieważ nadal zmagamy się z wpływem pandemii COVID-19 na nasze codzienne życie”.

Steven Guilbeault

kanadyjski minister środowiska i zmian klimatu.



Joanna Tokarska

Dział ds. Międzynarodowych KIF

Who: _____ Date: _____

Rx:

Sig:

Dispense:

Refills:

Signature: _____

Fot.: parkrx.org/parkrx-toolkit



Fot. W. Komosa

Jestem kobietą. Jestem fizjoterapeutką

– kulisy powstania filmu z okazji Dnia Kobiet

75% osób wykonujących zawód fizjoterapeuty to kobiety. Na co dzień widzimy je w różnych rolach – rzecz jasna najczęściej opiekują się pacjentami, ale wiele z nich pracuje naukowo lub uczy studentów tego pięknego zawodu. Niektóre zarządzają podmiotami leczniczymi, zaś inne pracują w organach samorządu lub wykonują inne prace na rzecz całej społeczności. Z myślą o uhonorowaniu wszystkich fizjoterapeutek powstał film, który w założeniu miał pokazać różne oblicze kobiet wykonujących ten zawód.

Zdjęcia zostały nakręcone w kilku podmiotach i gabinetach (zarówno działających w systemie publicznej ochrony zdrowia, jak i komercyjnie), na warszawskiej AWF oraz w biurze Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Sesja została zorganizowana przez Dział Komunikacji i Marketingu 23 lutego – dosłownie na dzień przed wybuchem wojny w Ukrainie. Mieliśmy długą dyskusję, czy publikować ten film 8 marca – w ciągu 2 tygodni sytuacja w naszym kraju zmieniła się o 180 stopni. Do Polski zaczęły trafiać tysiące uchodźców, w przeważającej części były to właśnie kobiety – same lub z dziećmi. Fizjoterapeutki, którym dedykowaliśmy ten film, same włączyły się w akcję pomocy

osobom uciekającym ze strefy objętej regularną wojną. Gdyby ta sesja miała późniejszy termin realizacji, z dużym prawdopodobieństwem nie zrobilibyśmy jej wcale, zajęci nowymi, znacznie poważniejszymi wyzwaniami. Mając jednak gotowe ujęcia, zdecydowaliśmy się na publikację – w ten sposób powstał jedyny w swoim rodzaju filmowy hołd złożony wszystkim kobietom, które wykonują zawód fizjoterapeutki. W niedalekiej przyszłości chcemy go opublikować także w wersji anglojęzycznej – premiera nowej odsłony przewidziana jest na wrzesień 2022 r., gdy będzie obchodzony Światowy Dzień Fizjoterapii.

Tymczasem zapraszamy do obejrzenia galerii zdjęć z planu zdjęciowego, a także do udostępniania filmu „Jestem kobietą. Jestem fizjoterapeutką” przez kanały społecznościowe (film dostępny jest na Facebooku i YouTube¹ KIF).

Wojciech Komosa
Kierownik Działu
Komunikacji i Marketingu





Fot. W. Komosa



Uczłowieczanie się w uważności

Żeby praktykować uważność nie musisz mieć uświęconego certyfikatu i błogosławieństwa mistrza. Możesz zacząć to robić od razu – idź do parku i zobacz, jak się czujesz. Każdy może to zrobić, to jak patrzeć w niebo.

O mindfulness, czyli świeckiej praktyce uważności, zrobiło się w Polsce głośno już dobrych parę lat temu. Upatrujemy w nim szansy na uporanie się z dręczącym nas stresem zarówno na polu prywatnym, jak i zawodowym. To nie psychoterapia, ale może być w jej trakcie wykorzystywany, szczególnie przy zaburzeniach lękowo-depresyjnych. Jego skuteczność potwierdzono także w problemach somatycznych, np. podczas terapii onkologicznej. Termin mindfulness rozpowszechnił amerykański naukowiec Jon Kabat-Zinn, który zalecał praktykę uważności m.in. na oddziałach szpitalnych. Może być także narzędziem do regulacji emocji u dzieci.

Nie oszukuj się

Mindfulness kojarzymy głównie z programem MBSR (ang. Mindfulness-Based Stress Reduction), którego celem jest nauka redukcji stresu. Podczas kilkutygodniowego kursu uczestnicy skupiają się m.in. na praktykach medytacyjnych. Terminy „uważność” i „medytacja” nam się złąły, a nie są tożsame. Uważność jest dużo szersza, a medytacja jest tylko jednym z narzędzi, dzięki któremu możemy ją osiągnąć.

– Uważność to stopniowe rozszerzanie naszej uwagi na to, jak funkcjonujemy, co na nas wpływa, w tym czynniki będące poza naszym wpływem, jak fizjologia czy społeczeństwo. Dzięki praktykowaniu uważności możemy zauważyć, czym jesteśmy powodowani, np. że mamy różne uprzedzenia, preferencje, upodobania, oceny – mówi dr Julia Wahl, psycholożka, nauczycielka i propagatorka mindfulness w Polsce.

– To zaprzestanie samooszukiwania się, zaznajamianie z samym sobą. Praktykę uważności nazwałabym uczłowieczaniem się, czyli zobaczeniem siebie z różnych perspektyw, np. czasem zachowuję się pięknie, wspierająco, czule, ale w innych sytuacjach potrafię być cyniczna, złośliwa.

Uczestnicy kursów w czasie nauki medytacji często narzekają na natłok myśli. Słyszą wtedy, żeby nie podążać za nimi i ich nie oceniać. Ale jak tu nie oceniać, gdy nagle przypomni nam się, że ktoś postąpił wobec nas podle lub że zawaliliśmy egzamin czy termin w pracy? Jak podkreśla Julia Wahl, nie da się tak po prostu nie oceniać i nie myśleć, to dla nas naturalne czynności i nie o rezygnację z nich chodzi.

– Nieocenianie w praktyce uważności to brak automatycznego zawierzania wszystkiemu, co się pojawia w naszej głowie, czy to myśl, czy wyobrażenie. Nie jesteśmy w stanie nie oceniać, ale róbmy to mądrze. Weryfikujmy, czy dana myśl jest dla nas wspierająca, czy nie.

Uważność nie rozwiąże wszystkich naszych problemów, chociażby dlatego, że nie żyjemy odizolowani od społeczeństwa i świata. Jak mocno jesteśmy powiązani z innymi ludźmi, także tymi, których nigdy nie widzieliśmy na oczy, pokazały nam dobitnie ostatnie wydarzenia, pandemia i wojna w Ukrainie, które wywoływały i wywołują w nas stres i lęk. Praktyka nie sprawi też, że w pewnym momencie osiągniemy wieczny stan uważności, ale nauczymy się powracać do uważności.

Potrafisz patrzeć w niebo?

No dobrze, ale jak się do tego zabrać? Musimy zapisać się na kurs, kupić świetną poduszkę do medytacji, zapalić kadzidła, skropić pokój olejkiem z paczuli, geranium czy chociaż lawendy?

Julia Wahl: – Jest wiele form medytacji, do której nie potrzebujemy ani uświęconych certyfikatów, ani magicznej poduszki. Możemy usiąść tam, gdzie nam wygodnie albo stać lub leżeć. Możemy praktykować na spacerze, przez kontakt ze sztuką czy drugim człowiekiem. Medytacja nie jest magicznym narzędziem dla wtajemniczonych, to dość naturalna czynność. To jakbyśmy usiedli i popatrzyli w niebo. Każdy z nas to potrafi.

Sama uważność nie zredukuje stresu, ale pokaże, jak się czujemy w danym momencie. Często zajęci różnymi czynnościami – w które rzuca nas życie lub sami w nie wchodzimy – nie mamy czasu i przestrzeni, żeby zobaczyć, co się z nami dzieje. Cały czas jesteśmy aktywni, w trybie działania, dążenia do czegoś, w biegu.

– To samo w sobie nie jest złe, ale chodzi o to, żebyśmy wiedzieli, czy to nam służy i na pewno na tym nam zależy w życiu. Zatrzymajmy się na chwilę i przyjrzyjmy się temu. Czasem umożliwia nam to urlop, gdy nagle mamy tę przestrzeń na bycie ze sobą i innymi, gdy nie musimy gnać, wykonywać rutynowych obowiązków. Niespodziewanie możemy wrócić z wakacji z trochę innym spojrzeniem na swoje życie.

Głodne duchy

Skoro formą praktyki uważności może być spacer, to może także coś bardziej energetycznego? W końcu jeden lubi jogę, a drugi sport bardziej wysiłkowy. Cross-fit lub bieg na przełaj jako forma uważności? To zależy. Jeśli to dla nas kolejny sposób na osiągnięcie wyników, bicie własnych „życiówek”, czyli rywalizowanie nie tylko z innymi, ale nawet z samym sobą – to raczej nie doprowadzi nas do uważności.

– Nasza edukacja jest oparta na modelu ekonomicznym związanym z ilością i efektywnością, monoli-

tycznością, ciągłym działaniu, zyskiwaniu bez zastanawiania się, po co to robimy. Po czym kiedyś można było rozpoznać człowieka sukcesu? Po tym, że nic nie musiał robić. A teraz jest na odwrót – musimy ciągle coś robić, pracować, mieć super hobby i – jak pisze w książce „Przemysł szczęścia” William Davies – być szczęśliwi, cokolwiek to znaczy. Nawet szczęście stało się opresyjne! Jesteśmy ciągle głodnymi duchami, które nie są w stanie się najęść. Jedzą i jedzą, ale tylko połykają powietrze.

Otwieramy puszkę Pandory

No dobrze, wiosna w rozkwicie, więc idziemy na spacer. Siadamy na ławce i nic nie robimy. Telefon w kieszeni, książka w domu. Zadajemy sobie pytania o samopoczucie psychiczne i fizyczne. Gdy już uda nam się opanować panikę wynikającą z nic nierobienia, okazuje się, że tu nas boli, a tam strzyka, a poza tym to jesteśmy zmęczeni i wkurza nas mąż/partnerka/dziecko/matka/szef/rząd i boimy się wojny/pandemii/inflacji. Pięknie, otworzyliśmy puszkę Pandory i co mamy teraz z nią zrobić, jeśli nie szybko zamknąć?

– To nie jest tak, że ja mam coś z tym zrobić, bo wszystko zależy tylko ode mnie. No, na szczęście nie wszystko. Jeśli zauważę te myśli i emocje, to może dobrze by mi zrobiło, gdybym z kimś o tym porozmawiała. Nie potrzebuję od razu iść na terapię. Kiedyś te funkcje, które teraz przejęły formy terapeutyczne czy rozwojowe, pełniły społeczności wokół nas. Jaką mamy dziś drugą pandemię? Pandemię izolacji, osamotnienia, którą zresztą koronawirus tylko pogłębił. Ale też COVID-19 pokazał nam, jak ważne są relacje międzyludzkie. Oczywiście jeśli się okaże, że doskwiera nam coś poważniejszego, to idźmy do specjalisty. Jednak dopóki sami się na chwilę nie zatrzymamy i nie przyjrzymy sobie, to nawet nie zauważymy, że coś się złego z nami dzieje i będziemy to w sobie dusić latami. A od tego to nie zniknie. Uważność to tylko narzędzie i od nas zależy, jak je wykorzystamy.

Agnieszka Gierczak-Cywińska



Dr Julia E. Wahl

Psycholożka, trenerka podejścia uważności i współczucia, wykładowczyni, założycielka i dyrektorka The Mind Institute oraz Polskiej Szkoły Uważności, kierowniczka i pomysłodawczyni Podyplomowych Studiów Uważności i Współczucia na SWPS, Szkolenia z Compassion-Focused Therapy/Compassionate Mind Training i Szkolenia Ekoterapii w Polsce. Współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Mindfulness. Stworzyła program wsparcia dla pacjentów onkologicznych na podstawie podejścia współczucia w ramach doktoratu na University of Derby.

Krajowy konsultant ds. fizjoterapii wybrany na kolejną kadencję



Fot. Arch. KIF

Z przyjemnością informujemy, że prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak będzie kontynuował swoją misję na stanowisku Krajowego Konsultanta w dziedzinie fizjoterapii przez kolejne lata.

Prof. Szczegielniak jest członkiem Krajowej Rady Fizjoterapeutów I kadencji. Obecnie jest kierownikiem Działu Usprawniania Leczniczego Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach oraz

kierownikiem Katedry Fizjoterapii Klinicznej, dyrektorem Instytutu Fizjoterapii. Od lat jest związany z Wydziałem Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej.

Pełni funkcje eksperckie i doradcze w specjalistycznych zespołach obejmujących obszar fizjoterapii, działających przy Ministerstwie Zdrowia, Polskiej Komisji Akredytacyjnej, Centrum Medycznym

Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jest autorem i współautorem ponad 280 artykułów oraz 40 pozycji zwartych z dziedziny fizjoterapii.

Panu prof. Janowi Szczegielniakowi składamy serdeczne gratulacje i życzenia powodzenia w wypełnianiu zadań Krajowego Konsultanta w dziedzinie fizjoterapii!

Gdański Bieg Lekarzy i Fizjoterapeutów



Agata Wasilewska. Fot. D. Woźnica

15 maja br. na terenie kampusu AWFIS w Gdańsku odbyła się kolejna edycja tego biegu. Tegoroczne zawody były wyjątkowe, ponieważ po raz pierwszy poszerzono je o bieg fizjoterapeutów. W ramach imprezy zawodnicy pokonywali dystans 5 km lub 10 km. Odbył się też Bieg Malucha dla dzieci do 10. roku życia na dystansie ok. 200 m.

Zawody w kategorii fizjoterapeutów wygrała Agata Wasilewska z Gdańska. W kategorii student fizjoterapii najlepszy czas osiągnął Jakub Struniawski. Serdecznie gratulujemy zwycięzcom!

Pomorski Oddział Terenowy biura KIF był współorganizatorem zawodów wraz z Okręgową Izbą Lekarską oraz Akademią Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku. Krajowa Izba Fizjoterapeutów objęła patronatem to wydarzenie.



Fot. <https://www.freepik.com/>

Fizjoterapeuci będą mieli swojego rzecznika

Coraz częściej do Izby trafiają zarówno sygnały, jak i konkretne prośby o pomoc prawną w rozwiązaniu konfliktów w miejscu pracy, w szczególności w zakresie: opisu stanowiska, właściwego wynagrodzenia oraz warunków pracy. Sprawy te nie są ściśle związane z działalnością organów Izby ani nie są kierowane do określonych komórek organizacyjnych Biura. Stąd też z inicjatywy i na wniosek członków KRF stworzono możliwości prawne do powołania osoby Rzecznika Praw Fizjoterapeutów. Organ został powołany na wzór rzeczników, którzy z powodzeniem funkcjonują w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych oraz w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Nasz rzecznik będzie odpowiedzialny za monitorowanie zagrożeń związanych z godnością zawodową

i dobrym imieniem oraz czynne wsparcie każdego fizjoterapeuty w przypadku powstania wątpliwości, czy godność ta nie została naruszona – szczególnie w kontaktach z organami władzy i administracji publicznej, pracodawcami, pacjentami i reprezentującymi pacjentów organizacjami. Jego zadaniem będzie także ochrona w przypadku naruszeń przepisów prawa związanych z zatrudnieniem fizjoterapeutów.

Rzecznik zostanie wybrany w II kadencji KRF. Kandydaturę zgłosi prezes KRF na wniosek co najmniej pięciu członków KRF. O kryteriach, jakie musi spełnić fizjoterapeuta, który zechce sprawować funkcję rzecznika, można przeczytać na stronie KIF.

kif.info.pl/fizjoterapeuci-beda-mieli-swojego-rzecznika

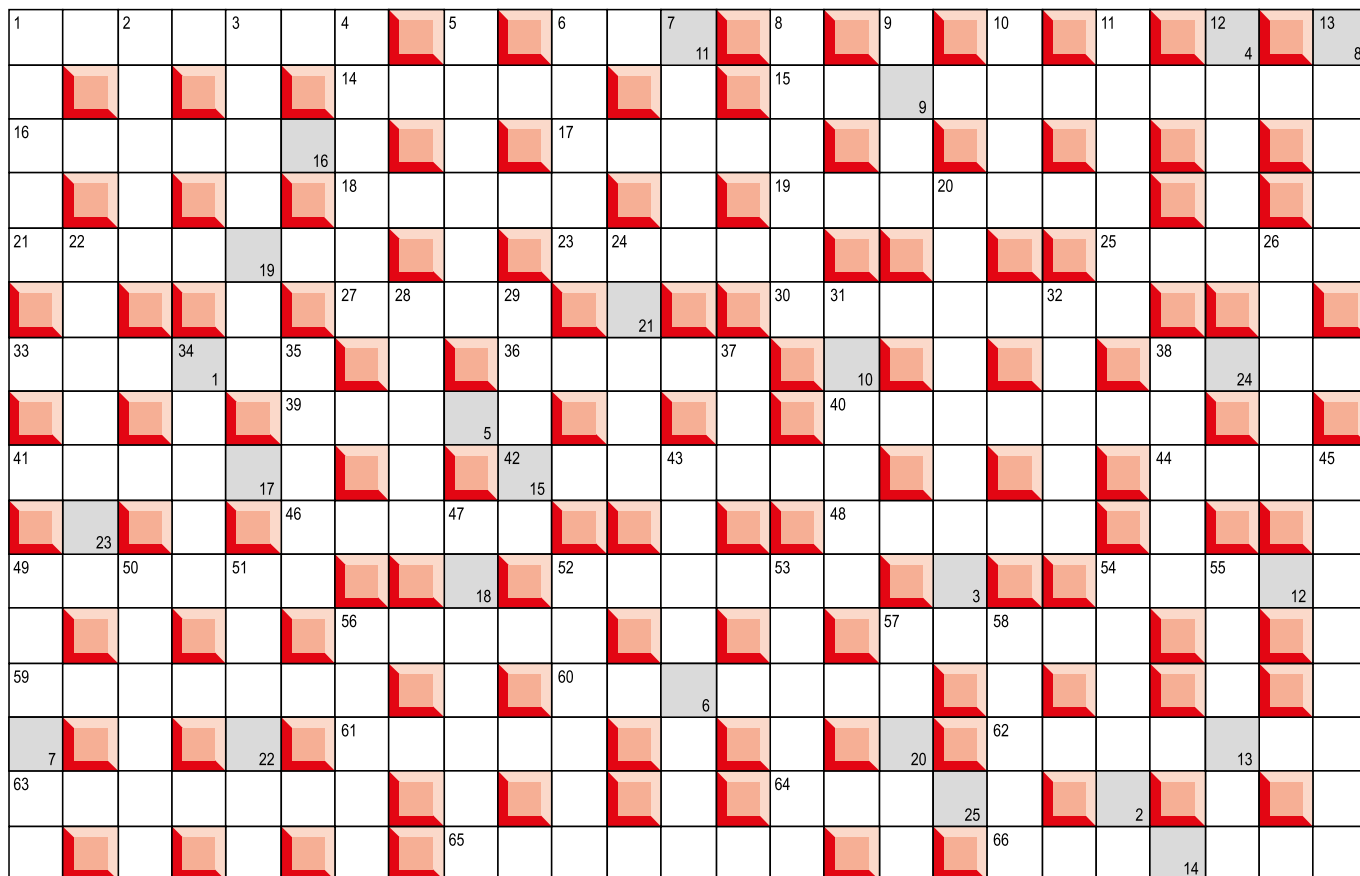


Fot. Arch. KIF

Nowe Oddziały Terenowe Biura KIF

W pierwszych miesiącach 2022 r. udało się otworzyć trzy kolejne placówki. Od teraz zapraszamy fizjoterapeutów także do biur w Kielcach, Gdańsku i Poznaniu.

Na stronie kif.info.pl/informacje-kategorie/regiony dostępne są informacje o wydarzeniach organizowanych dla fizjoterapeutów w różnych częściach Polski, a także ogłoszenia o ciekawych warsztatach i spotkaniach.



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

POZIOMO:

- 1) zdolna łamać drzewa,
- *6) ciało ustawodawcze KIF,
- 14) pozyskiwanie rekrutów,
- *15) łączy wejście do domu, serce i ucho wewnętrzne,
- 16) skutecznie działa na byka,
- 17) produkt wyobraźni,
- 18) antylopa z Etiopii,
- 19) w czarną można popaść,
- 21) kanapa w stylu retro,
- 23) nadobność lic,
- 25) czerwony pod zieloną skórką,
- 27) elegancja z wysokiej półki,
- 30) wisi na kobiecym ramieniu,
- 33) lekki but z pasków,
- *36) w ciele lub w samorządzie,
- *38) centralna jednostka obliczeniowa naczelnych,
- 39) era archaiczna,
- 40) celowa złośliwość,
- *41) Physiotherapy ...
- czasopismo naukowe KIF,
- 42) maszyna do dzianin,
- *44) można go oddać lub wydać z siebie, jest też Fizjoterapeutą,
- 46) w dobie długopisów już nie grozi,
- 48) w sam raz na płatki,
- 49) autobusowa lub czołowa,

- 52) majątkiem nie grzeszy,
- 54) pasiak na ścianie,
- 56) szybszy od żabki,
- 57) bulgoce w piekielnym kotle,
- 59) szklana fiołka z lekiem,
- 60) symbol przynależności do organizacji,
- 61) świńska trawa,
- 62) genialny, natchniony poeta,
- *63) wyłoniony w czerwcowych wyborach w 2021 roku,
- 64) potrafi nie zostawić suchej nitki,
- 65) prześladowca,
- 66) krzyżowy układ torów.

PIONOWO:

- 1) musujące łagodzi objawy alergii,
- 2) wysoka czpka ułańska,
- *3) akt woli,
- 4) owocowy łobuz,
- *5) czas spędzany na dyskusjach i podejmowaniu decyzji na zjazdach i zebraniach,
- 6) gorejący w Biblii,
- 7) świat zwierząt,
- 8) tlenowy dla nurka,
- 9) szczelina po pile,
- 10) wysoce „zakaźna” rzeka,
- 11) promień światła,
- 12) można nim kpieć,

- 13) wydzielony obszar wodny,
- *20) grupa osób wyłoniona spośród uczestników zgromadzenia, kierująca jego pracami,
- 22) szczególnie ustronne miejsce,
- 24) tatrzańskie lasy,
- 26) perskie do puszczenia,
- 28) mielone na mąkę,
- 29) orzech dla bogaczy,
- 31) ucieczka przed ciosem,
- 32) zaczyna ujęcie filmowe,
- 34) rzecz niezwykła, чудо,
- 35) w klasie i parku,
- *37) rzeka w Afryce oraz skrótowiec,
- 38) przyprawa o smaku umami,
- *43) ... praw fizjoterapeuty,
- *45) decyduje o sprawach istotnych dla danej grupy zawodowej, rządu,
- 47) słonawe, kruche ciasteczko,
- *49) ... Fizjoterapeutę - portal KIF, gdzie można zaprezentować swoje usługi,
- 50) szybko rosnące, strzeliste drzewo,
- 51) blisko spokrewniona z bieługą,
- 52) karciana młódka,
- 53) ozdobna osłona na lampę,
- 54) heretyk, odszczepieniec,
- 55) robakowata larwa,
- 56) płatnicza do konta,
- 57) rozbraja miny,
- 58) wodny wyciąg z ziół.



Strażnicy wolności

Jacek Hugo-Bader

Wydawca: Wydawnictwo Agora S.A.
240 stron, rok wydania: 2022

Właśnie ukazała się brawurowa reporterska opowieść o polskich antyszczepionkowcach i wyznawcach teorii spiskowych napisana przez znanego reportażystę Jacka Hugo-Badera

Słyszeliście o C19? Nie, to nie jest rakietą balistyczną do przenoszenia głowic atomowych ani kryptonim gazu bojowego. C19 to grupa osób, które kwestionują ogólnoswiatową strategię walki z chorobą COVID-19, jedna z najaktywniejszych grup polskich antyszczepionkowców.

Są zadeklarowanymi wyznawcami teorii spiskowych, w tym tej najnowszej, o globalnym zamachu stanu, ogólnoswiatowym spisku, którego początkiem jest zaplanowana przed kilku laty pandemia COVID-19.

Ale za nic w świecie nie pozwalają nazywać siebie antyszczepionkowcami, bo przecież oni walczą o wolność, są więc wolnościowcami, a nawet - strażnikami wolności. Co ich łączy? Jak się organizują? Komu ufają, jak uzasadniają swoje racje?

Jacek Hugo-Bader zanurza się w trzewia tego ruchu i zdaje relację z tego, co tam usłyszał, zobaczył i poczuł, a poczuł i zdziwienie, i wściekłość, i obezwładniającą bezradność. Jak sobie z nią poradzić? O tym również jest ta książka.



Fot. Arch. Wyd. Agora

Jacek Hugo-Bader

Dziennikarz i reportażysta, od lat 90. związany z "Gazetą Wyborczą". Na rowerze pokonał całą Azję Środkową, pustynię Gobi, Chiny, Tybet. Kajakiem przepłynął jezioro Bajkał. W kręgu jego zainteresowań prym wiedzie Rosja i byłe republiki sowieckie, w których w sumie spędził prawie cztery lata. Laureat licznych nagród literackich.



www.facebook.com/chomikiemirysikiem

NAGRODA

Pierwsze trzy osoby*, które nadeślą prawidłowe rozwiązanie krzyżówki, otrzymają książkę „Strażnicy wolności” Jacka Hugo-Badera. Maile zawierające hasło prosimy kierować na adres redakcja@kif.info.pl.

Z laureatami (fizjoterapeuci z PWZfz, regularnie opłacający składki) skontaktujemy się mailowo. *Nagrodę książkową można otrzymać raz na kwartał.

Nagrody książkowe ufundowało:
Wydawnictwo Agora S.A.

Znajdź Fizjoterapeutę

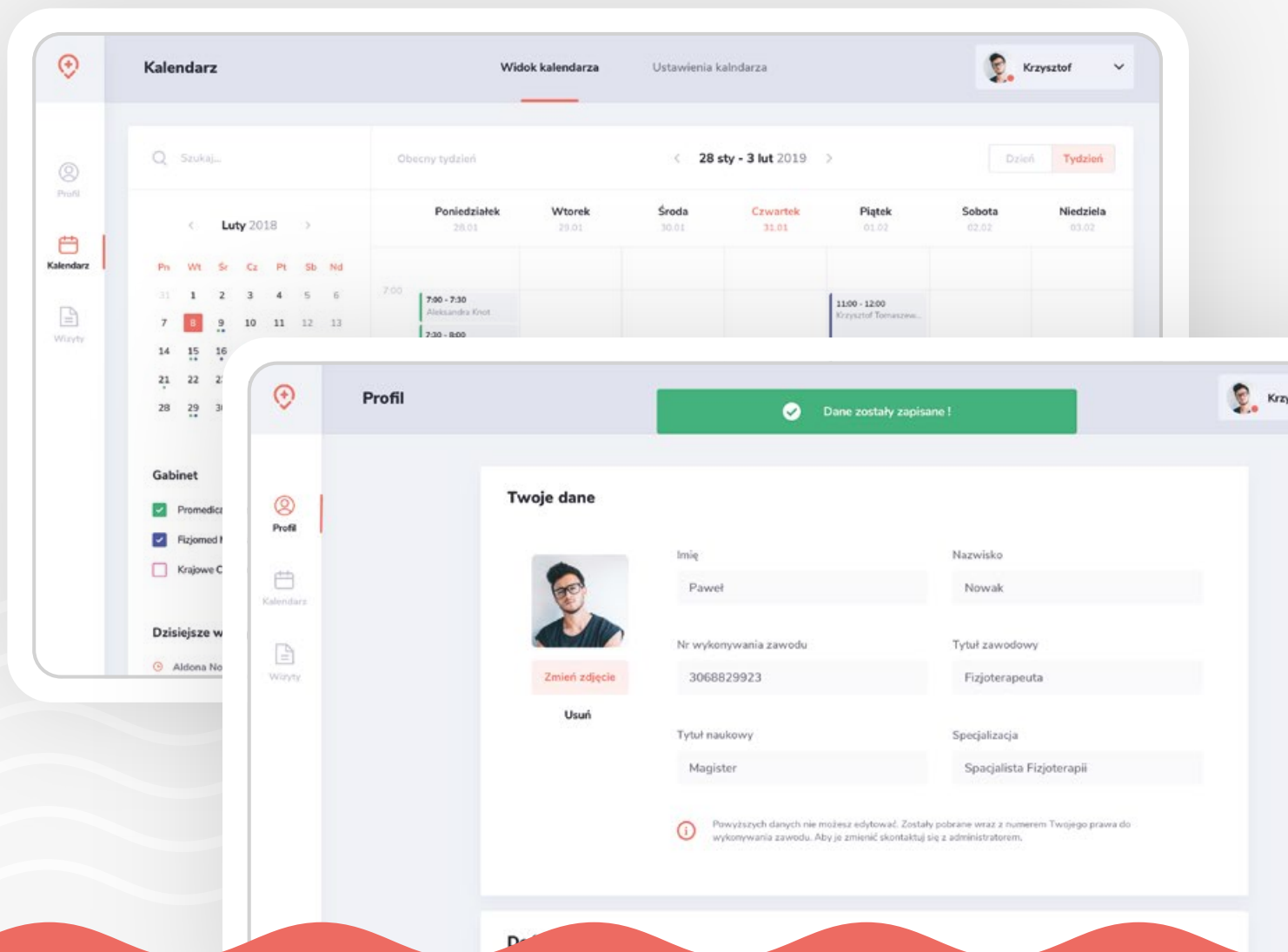
Wyszukiwarka usług fizjoterapeutycznych
wspierana przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów

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

Obecny tydzień: Poniedziałek 28.01, Wtorek 29.01, Środa 30.01, Czwartek 31.01, Piątek 01.02, Sobota 02.02, Niedziela 03.02

7:00 - 7:30 Aleksandra Knot
7:30 - 8:00
11:00 - 12:00 Krzysztof Tomaszewski

Profil Dane zostały zapisane!

Twoje dane

Imię: Paweł Nazwisko: Nowak

Nr wykonywania zawodu: 3068829923 Tytuł zawodowy: Fizjoterapeuta

Tytuł naukowy: Magister Specjalizacja: Specjalista Fizjoterapii

Usuń

Powyzszych danych nie mozesz edytowac. Zostaly pobrane wraz z numerem Twojego prawa do wykonywania zawodu. Aby je zmienic skontaktuj sie z administratorem.

znajdzfizjoterapeute.pl



@znajdzfizjoterapeute