

głos fizjoterapeuty

ISSN 2545-3637

BIULETYN KRAJOWEJ IZBY FIZJOTERAPEUTÓW

1/2019 (6)

Wielki krok

ku pozytywnym zmianom



Krajowa Izba
Fizjoterapeutów



ISSN 2545-3637

trzecia strona

Jest, co czytać!

Tomasz Borowski

Zamykacie drzwi od gabinetu na klucz od środka, gdy pracujecie z pacjentem? Przeczytajcie, czy jest to zgodne z prawem!

okiem prezesa

Zmiany - szansa czy zagrożenie?

Maciej Krawczyk

Od pierwszego stycznia bieżącego roku obowiązują nas zmiany w tzw. rozporządzeniu koszykowym, które dają większe niż dotychczas uprawnienia fizjoterapeutom i urzeczywistniają tym samym zapisy ustawy o zawodzie fizjoterapeuty

temat numeru

Wreszcie możemy sami decydować

Tomasz Niewiadomski

Jeżeli nie zgadzamy się ze skierowaniem, które wystawił lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji i chcielibyśmy to skierowanie zmienić, to musimy odbyć konsultację z tym lekarzem.

temat numeru

Robimy to dla poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta

Paweł Adamkiewicz

Cieszę się, że działalność fizjoterapeutyczna, zwłaszcza ta prowadzona w miejscu wezwania wyjdzie z podziemia, będzie mieć regulację prawną i – co najważniejsze – będzie też korzystna i bezpieczna dla pacjenta.

fizjoterapeutyczny język polski

Chłopiec czy dziewczynka, czyli utrapienie z (tą) KIF

Tomasz Borowski

Skrótowiec KIF, oznaczający Krajową Izbę Fizjoterapeutów może narażać językowych trudności w poprawnym jego użyciu. Wszystko dlatego, że jego rodzaj gramatyczny jest dwójaki.

ludzie

By pokazać, że można samodzielnie i niezależnie żyć

Rafał Skrzypczyk

Może to dziwić tych, co nie znają specyfiki aktywnej rehabilitacji, bo nie wiedzą, że według tej koncepcji najważniejszym instruktorem jest osoba na wózku.

prawo

Obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę

Anna Rososzczuk

Pacjent ma prawo, aby przy udzieleniu świadczenia zdrowotnego była obecna osoba bliska. Na obecność osoby bliskiej pacjenta nie jest wymagana zgoda osoby wykonującej zawód medyczny.

zagranica

System DAPT, czyli samodzielność zawodowa fizjoterapeuty na świecie

Dalia Woźnica

Termin DAPT oznacza bezpośredni dostęp do fizjoterapii, a także brak obowiązku posiadania przez pacjenta skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne.



okładka: Mirosław Młyński

Jest co czytać!

Tomasz Borowski

Ten numer "Głosu Fizjoterapeuty" rozpoczyna nowe zmiany na lepsze. Nie chodzi mi tylko o to, że nam się nasz "Głos" rozrósł do 32 stron, ale że temat zmian będzie w nim niemal na każdej stronie.

Najpierw Prezes prof. Maciej Krawczyk w swoim felietonie uspokoi nas, że zmiany, choć wywołują u nas zrozumiąły, bo fizjologiczny niepokój, czasem są bardzo potrzebne. A trzeba przyznać, że zmiany, których jesteśmy świadkami są naprawdę historyczne i rewolucyjne.

Opowiedzą o nich dokładnie wiceprezesi Tomasz Niewiadomski i Paweł Adamkiewicz, z którymi udało mi się porozmawiać niemal tuż przed zamknięciem tego numeru, więc to, o czym mówiliśmy mam jeszcze w uszach i - jak się sami przekonacie - są to tematy bardzo gorące i bardzo na czasie.

Zapraszam szczególnie serdecznie do lektury rozmowy Mirosława Młyńskiego z panem Rafałem Skrzypczykiem, wiceprezesem Fundacji Aktywnej Rehabilitacji. Niezwykła to rozmowa. Ale proszę mi absolutnie nie wierzyć na słowo, tylko to sprawdzić, bo jest tam o rzeczach naprawdę niespotykanych.

Gościmy też w tym numerze panią Annę Rososzczuk, która przedstawi nam oczami prawnika obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę. Powiem szczerze, że sam bardzo wiele wyniosłem z jego lektury.

Zamykacie drzwi od gabinetu na klucz od środka, gdy pracujecie z pacjentem? Przeczytajcie, czy jest to zgodne z prawem! Odwiedzacie w szpitalu siostrę, a wchodzący lekarz prosi Was o wyjście z sali chorych, bo chce zbadać swoją pacjentkę. Czy jest to zgodne z prawem? O tym wszystkim w artykule pani mecenas.

Polecam też nieskromnie mój króciusieńki

artykuł o gender w Izbie, czyli o tym, czy jest ona chłopcem czy dziewczynką. Wiem, że brzmi to zagadkowo. Tym bardziej zapraszam do lektury.



TOMASZ BOROWSKI

Redaktor naczelny "Głosu"
Rzecznik prasowy Krajowej Izby
Fizjoterapeutów i członek Krajowej
Rady Fizjoterapeutów.

Dziennikarz i publicysta.

Fizjoterapeuta, psychoterapeuta,
polonista, zajmujący się
wykorzystaniem psychologii
komunikacji i wpływu w fizjoterapii
oraz psycholingwistyką.

Zainteresowania:
muzyka i kultura reggae,
poezja, fotografia.

Licencjonowany przewodnik
po byłym obozie koncentracyjnym
Stutthof.

Zdeklarowany frankofil.

Szefowa działu zagranicznego Dalia Woźnica opowie nam w tym numerze o tym, jak pięknie mają fizjoterapeuci w Wielkiej Brytanii i wspólnie zastanowimy się, co stoi na przeszkodzie, by i u nas było tak samo jak na Wyspach.

Korzystając z okazji, polecam jak zawsze polubienie naszego 'głosowego' profilu. Warto to uczynić, bo piszemy tam, o tym wszystkim, co nie zmieściło się na naszych stronach.

Przygotujcie sobie kawę albo herbatę. A ja życzę miłej lektury. Jest, co czytać!

Tomasz Borowski

Redaktor Naczelny



<https://www.facebook.com/glosfizjoterapeuty>

Zmiany - szansa czy zagrożenie?

Maciej Krawczyk



MACIEJ KRAWCZYK

**Prezes Krajowej Rady
Fizjoterapeutów**

mgr rehabilitacji ruchowej,
doktor nauk o kulturze fizycznej
w dziedzinie rehabilitacji,
doktor habilitowany nauk
medycznych,
specjalista fizjoterapii

Absolwent Wydziału Rehabilitacji
Akademii Wychowania Fizycznego
Józefa Piłsudskiego.

Zainteresowania zawodowe:
neurologia odtwórcza,
antropologia, kinezylogia

Hobby:
gotowanie (także z przymusu),
kolarstwo szosowe, narciarstwo
zjazdowe, literatura piękna

*„Paradoksem jest to, że jednocześnie kochamy
zmiany i je nienawidzimy. Tym, czego napraw-
dę chcemy jest sytuacja, gdy rzeczy pozostają
takie same, ale stają się lepsze”*

Sydney J. Harris

Rozwój współczesnej fizjoterapii przypada-
jący na okres po II wojnie światowej pokry-
wa się z najbardziej dynamicznymi zmiana-
mi i rozwojem ludzkości, zwanymi także
przez niektórych „erą informacji”. Przez
ostatnie 60 lat także nasz zawód ewoluował
w zdumiewającym tempie: od dwuletnich
szkół zawodowych techników fizjoterapii,
poprzez specjalizację z rehabilitacji rucho-
wej dla studentów wychowania fizycznego,
jednolite, czteroletnie studia magisterskie
rehabilitacji ruchowej, dwustopniowe studia
w formule „trzy plus dwa” aż do pięciolet-
nich studiów jednostopniowych. Tak to wy-
glądało dotychczas w Polsce. W Stanach
Zjednoczonych studia fizjoterapii trwają
jeszcze dłużej, a absolwenci uzyskują tytuł
doktora fizjoterapii.

Po skończeniu studiów znamienita więk-
szość polskich fizjoterapeutów, traktując
swoją pracę bardzo poważnie, kształci się
dalej intensywnie, aby zapewnić swoim pa-
cjentom najnowocześniejszą jakość usług

zdrowotnych. Wydłużający się czas trwania
nauki zawodu jest silnym wyznacznikiem
wzrastającej gwałtownie ilości wiedzy i cią-
głej zmiany. W przeciągu kilku najbliższych
lat powstaną specjalizacje kierunkowe w fi-
zjoterapii. W ciągu kilku lat dojdzie także za-
pewne do ujednolicenia wykształcenia fizjo-
terapeutów w całej Unii Europejskiej, co
spowoduje zwiększoną migrację fizjoter-
apeutów, w tym również do Polski.

Zmiany w naszym zawodzie to nieunikniony
znak czasów. Nie dotyczy to tylko nas sa-
mych, ale również placówek fizjoterapeu-
tycznych, zmian w organizacji pracy, w ko-
munikacji z personelem medycznym oraz
w obszarze digitalizacji procesów społecz-
nych. Postęp jest niemożliwy bez zmian.
Od pierwszego stycznia bieżącego roku
obowiązują nas zmiany w tzw. rozporządze-
niu koszykowym, które dają większe niż do-
tychczas uprawnienia fizjoterapeutom i u-
reczywistniają tym samym zapisy ustawy o
zawodzie fizjoterapeuty w ramach usług
refundowanych przez Narodowy Fundusz
Zdrowia. Dotyczy to prawie połowy fizjote-
rapeutów pracujących w Polsce. Zmiany,
jakie wprowadza wspomniane rozporządze-
nie, mogą na początku sprawiać pewne tru-
dności. Wszystko bowiem, co nowe, wyma-
ga czasu na przyswojenie. Wychodźmy na-
przeciw tym zmianom! Przyjmijmy je do
wiadomości i myślimy o nich nie jako o za-
grożeniu, ale jak o kolejnym kroku w rozwo-
ju naszego zawodu.

Każdej wielkiej zmianie towarzyszą emocje,
zarówno te pozytywne, jak i te najmniej-
przez nas chciane. Pielęgnujmy w nas te
pierwsze i nie ulegajmy tym ostatnim. Po-
zyskujemy rzeczowe informacje z pewnych
źródeł. Rozmawiajmy o nich z innymi fizjo-
terapeutami. Dowiadujmy się możliwie jak
najwięcej na temat przyczyn zachodzących
zmian i tego, co dobrego nam one przyno-
szą. Negatywne przekonania, którym towa-
rzązszą odczucia, że „to całe zamieszanie za-

raz się skończy”, „wolę, aby wszystko pozostało po staremu”, „ta zmiana jest wprowadzana w niewłaściwym momencie”, „potrzebny jest okres przejściowy” (to tylko pierwsze z brzegu przykłady wypowiedzi) mogą skutecznie sabotować skuteczność naszych działań. Może się zdarzyć również i tak, że ktoś pod wpływem emocji zacznie nieprzemyślanie siać szkodliwy dla całego naszego środowiska defetyzm.

Może być również i tak, że ktoś będzie widział w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów (albo nawet we mnie!) „winowajcę” sytuacji, która niejako zmusza go do dokonania pozytywnych zmian i porządkuje jego stanowisko pracy. W otrzymanym ostatnio mailu, przeczytałem utyskiwania: „W naszym zakładzie wszystko było do tej pory świetnie poukładane. Wszystkie aparaty były efektywnie rozpisane i wykorzystane. Teraz będzie bałagan”.

Bałaganu na pewno nie będzie. Jedyne, czego możemy się spodziewać to tego, że będzie nam się pracowało lepiej. Bardzo wszystkich proszę - porozmawiajcie z osobami, które mają pozytywne nastawienie do zmian i zobaczcie, co oni robią, aby się do nich dostosować. W pierwszym etapie mogą się pojawić zrozumiałe trudności, pomyłki albo drobne niepowodzenia. Nie poddawajmy się! Obecne zmiany dadzą dużo no-

wych możliwości dla pacjentów i fizjoterapeutów. Szybciej niż nam się wydaje, zobaczymy ich pozytywne aspekty.

To, jaki status miał (i jeszcze, niestety, ma do tej pory) w wielu obszarach nasz zawód, najlepiej określa wypowiedź pewnego właściciela i zawodowego menedżera podmiotu leczniczego, usłyszana przeze mnie w czasie jednej z ostatnich debat: „Zrozumiałe jest dla mnie to, że pacjenci czekają w kolejce do aparatów, ale po co umawiać ich do fizjoterapeuty. To jakiś absurd”. Ten człowiek nie wie albo nie chce zrozumieć tego, kim jest fizjoterapeuta i jaka jest jego rola we współczesnej medycynie. Musimy więc tym bardziej pokazać i udowodnić, że w pełni zasługujemy na swoje miejsce w środowisku medycznym.

Dlatego wierzę niezłomnie, że w niedługim czasie większość z nas pomyśli albo powie: „Nie wyobrażam sobie już powrotu do tego, co było przedtem”.

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

Od pierwszego stycznia bieżącego roku obowiązują nas zmiany w tzw. rozporządzeniu koszykowym, które dają większe niż dotychczas uprawnienia fizjoterapeutom i urzeczywistniają tym samym zapisy ustawy o zawodzie fizjoterapeuty w ramach usług refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

głos fizjoterapeuty

“Głos Fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Adres redakcji: pl. Stanisława Małachowskiego 2, 00-066 Warszawa

Wydawca: Krajowa Izba Fizjoterapeutów

Redakcja:

Tomasz Borowski - redaktor naczelny (tomasz.borowski@kif.info.pl)

Mirosław Młyński - zastępca redaktora naczelnego

Robert Włodarczyk - dział spraw społecznych (robert.wlodarczyk@krf.kif.info.pl)

Dalia Woźnica - dział spraw zagranicznych (dalia.woznica@krf.kif.info.pl)

Łukasz Dobrakowski - digitalizacja i wersja on-line (lukasz.dobrakowski@kif.info.pl)

Żaneta Burczyk - korekta i “świeże oko”

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.



<https://www.facebook.com/glosfizjoterapeuty>



TOMASZ NIEWIADOMSKI

**Wiceprezes Krajowej Rady
Fizjoterapeutów ds. świadczeń
gwarantowanych**

Obszar działań w KRF:

- proponowanie i opracowywanie zmian do istniejących aktów prawnych, mających zastosowanie w fizjoterapii refundowanej,
- monitorowanie dostępności do świadczeń gwarantowanych,
- monitorowanie problemów placówek finansowanych ze środków publicznych,
- opracowywanie wytycznych fizjoterapii refundowanej,
- współpraca z AOTMiT, NFZ, KRUS, ZUS, PFRON,
- konsultacje dokumentów programowych funduszy europejskich w zakresie fizjoterapii,
- analizowanie możliwości aplikowania funduszy europejskich w działania związane z rozwojem fizjoterapii

KiF Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
pl. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa
Biuro: +48 22 230 23 80
Rejestr: +48 22 230 20 15 (-16)
www.kif.info.pl

Wreszcie możemy sami decydować

*Z Tomaszem Niewiadomskim wiceprezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów
ds. świadczeń gwarantowanych rozmawia Tomasz Borowski*

Tomasz Borowski: Panie prezesie, pierwszego stycznia weszło w życie nowe rozporządzenie ministra zdrowia tzw. rozporządzenie koszykowe...

Tomasz Niewiadomski: Tak, to prawda. Od początku tego roku obowiązuje nas rozporządzenie z 13 grudnia 2018 roku. To niezwykle ważny dokument dla polskich fizjoterapeutów realizujących świadczenia gwarantowane w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej. Rozporządzenie to zostało doregulowane zarządzeniem prezesa NFZ, które 7 lutego br. zostało opublikowane na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jakie przynosi ono zmiany dla fizjoterapeutów pracujących w ramach NFZ?

Tych zmian jest kilka. Jedną z najbardziej istotnych jest wizyta fizjoterapeutyczna. Wizyta fizjoterapeutyczna jest wykonywana przed cyklem zabiegowym, czyli wtedy, kiedy pacjent trafia do fizjoterapeuty od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Podczas takiej wizyty fizjoterapeuta bada pacjenta. To badanie następuje w miarę dostępności w ciągu 14 dni od dnia wizyty fizjoterapeutycznej zrealizowanej przed cyklem zabiegów.

Czternastu dni?

Tak, myślę, że optymalnie byłoby, gdyby takie badanie odbywało się w pierwszym dniu zabiegowym. Podczas wizyty fizjoterapeutycznej pacjent jest nie tylko badany, ale również ustalany jest plan terapeutyczny. Fizjoterapeuta musi z definicji wizyty fizjoterapeutycznej wykonać minimum jeden z jej elementów, opisać go i na podstawie tego taka wizyta fizjoterapeutyczna może być rozliczona przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejną istotną rzeczą jest ustalenie planu terapeutycznego.

I tu chyba największe zmiany, które do-

tyczą zlecenia lekarskiego na fizjoterapię. Jak to jest z tym zmienianiem tego, co zlecił lekarz?

Przypomnijmy jeszcze raz – obecnie nie ma już obligatoryjnego zapisu, który nakazuje, aby w skierowaniu znalazły się zlecone zabiegi wraz z liczbą poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegowym. Jednakże ich zlecenie nie stanowi błędu w treści skierowania i nie stanowi o nieprawidłowości wystawionego skierowania.

Wyjątek stanowią skierowania wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będącego jednocześnie specjalistą w dziedzinie: rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu zlecone na skierowaniu zabiegi, co do których fizjoterapeuta ma uzasadnioną wątpliwość, fizjoterapeuta może dokonać modyfikacji tych zabiegów po konsultacji z lekarzem kierującym i odpowiednio odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

W przypadku pozostałych skierowań wystawionych przez innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, zlecone zabiegi stanowią jedynie sugestię lekarza, co do planu terapii, ale nie są wiążące dla fizjoterapeuty. Ustalenie planu terapii, co do zasady, leży w kompetencji fizjoterapeuty, który dokonuje tego podczas wizyty fizjoterapeutycznej. Tu należy podkreślić, że rozporządzenie definiuje kto może realizować wizytę fizjoterapeutyczną: magister fizjoterapii z trzyletnim stażem pracy w zawodzie fizjoterapii lub fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia.

Panie prezesie, powtórzmy to raz jeszcze: jeżeli lekarz niebędący specjalistą w dziedzinie rehabilitacji leczniczej wskaże w skierowaniu na fizjoterapię swoje po-

mysły na terapię pacjenta, czy to oznacza, że fizjoterapeuta może się do nich zastosować, ale nie musi tego uczynić?

Dokładnie tak. Jeżeli lekarz, który wypisał skierowanie nie jest specjalistą rehabilitacji, to te zabiegi, które są na skierowaniu nie są dla fizjoterapeuty wiążące. Tak naprawdę nie powinno ich być.

A co, jeśli już trafi do nas pacjent ze skierowaniem z wypisanymi konkretnymi zabiegami?

Ze względu na to, że nie jest to wina pacjenta, że takie zabiegi zostały wypisane, Krajowa Izba Fizjoterapeutów proponuje, by nie odsyłać go z powrotem do lekarza, tylko zweryfikować zlecenie i albo się do niego przychylić, albo je zmodyfikować w oparciu o przeprowadzone badanie fizjoterapeutyczne.

O czym decyduje fizjoterapeuta podczas tak zwanej wizyty fizjoterapeutycznej?

Na tej wizycie fizjoterapeuta decyduje o zabiegach fizjoterapeutycznych, które będą wykonane, jak również o liczbie dni zabiegowych, których maksymalną liczbę definiuje „rozporządzenie koszykowe”. Tutaj fizjoterapeuta ma już dowolność wyboru ilości dni zabiegowych. Mogą to być trzy dni zabiegowe, może tych dni zabiegowych być pięć; ale maksymalnie - dziesięć. Te dni również nie muszą być codziennie, bo terapia nie musi mieć miejsca codziennie, ale może się odbywać co drugi dzień lub nawet raz w tygodniu, ustalony przez fizjoterapeutę plan terapii ma na celu osiągnięcie pozytywnego efektu terapii.

Mówimy o naprawdę przełomowych regulacjach wykonywania naszego zawodu!

A to jeszcze nie wszystko! Kolejną, istotną zmianą jest to, że po cyklu zabiegów fizjoterapeuta ponownie bada swojego pacjenta. Zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia mówi o tym, żeby to było w ostatnim dniu zabiegowym. Fizjoterapeuta bada pacjenta i na podstawie tego badania, ocenia efekty terapeutyczne. Te efekty tera-

peutyczne są zapisywane i przekazywane do lekarza, który skierował do nas pacjenta. Lekarz, który skierował pacjenta do ambulatorium fizjoterapeutycznego musi dostać informację zwrotną o terapii. Jesteśmy do tego zobowiązani.

A ile cykli terapeutycznych w ramach jednego skierowania możemy pacjentowi zlecić?

Krajowa Izba Fizjoterapeutów proponowała, żeby fizjoterapeuta mógł decydować o dwóch cyklach terapeutycznych na podstawie jednego skierowania. Niestety, na chwilę obecną rozporządzenie mówi o jednym cyklu terapeutycznym i takie przepisy nas obowiązują.

Czyli jeden cykl zabiegowy. A ile maksymalnie może on obejmować dni zabiegowych?

Jeden cykl zabiegowy na podstawie jednego skierowania może obejmować nie więcej niż dziesięć dni zabiegowych.

Czy w przypadku każdego pacjenta należy przeprowadzić wizytę fizjoterapeutyczną na początku terapii i na końcu terapii?

Zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dookreśla, że: „wizyta fizjoterapeutyczna jest realizowana na początku i na końcu danego cyklu zabiegów, z zastrzeżeniem, że fizjoterapeuta uzna, że nieprzeprowadzenie tej wizyty nie wpłynie na prawidłowość udzielonego świadczenia”.

My uważamy, że taka wizyta powinna się odbyć na początku i na końcu terapii, bo rozporządzenie nakazuje nam ocenić efekty terapeutyczne, które przesyłamy do lekarza kierującego. Nie wyobrażamy sobie takiej sytuacji, żeby na podstawie jednej wizyty fizjoterapeutycznej można było ocenić efekt naszych działań, bo potrzebujemy porównania stanu pacjenta przed terapią i na koniec terapii, żeby móc ocenić efekt terapeutyczny.

A w jaki sposób przekazujemy lekarzowi kierującemu informację zwrotną, dotyczącą terapii?

Fizjoterapeuta ma już dowolność wyboru ilości dni zabiegowych. Mogą to być trzy dni zabiegowe, może tych dni zabiegowych być pięć; ale maksymalnie - dziesięć.

Te dni również nie muszą być codziennie, bo terapia nie musi mieć miejsca codziennie, ale może się odbywać co drugi dzień lub nawet raz w tygodniu.

Jeżeli nie zgadzamy się ze skierowaniem, które wystawił lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji i chcielibyśmy to skierowanie zmienić, to musimy odbyć konsultację z tym lekarzem.

Są różne formy takiej komunikacji i przesłania informacji. Może się ona odbywać drogą elektroniczną, ale może to być również drogą tradycyjną, papierową. Jako Izba zalecamy, żeby pacjent pokwitował nam odbiór takich dokumentów i przekazał je swojemu lekarzowi kierującemu.

Wszystko, o czym teraz mówimy, dotyczy również komunikacji zwrotnej z lekarzami rehabilitacji?

Do lekarzy rehabilitacji również wysyłamy informacje zwrotną i również naszego pacjenta badamy na początku i na końcu, niezależnie czy zlecone zabiegi na skierowaniu zostały zmodyfikowane, czy zrealizowane zgodnie ze skierowaniem.

A co zrobić ze skierowaniem od lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, w sytuacji, kiedy nie zgadzamy z celowością zleconych przez niego zabiegów?

Jeżeli nie zgadzamy się ze skierowaniem, które wystawił lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji i chcielibyśmy to skierowanie zmienić, to musimy odbyć konsultację z tym lekarzem. Prawodawca nie uregulował formy tej konsultacji, ale taka konsultacja musi być udokumentowana. Lekarz może nam się nie zgodzić na modyfikację takiego skierowania. Oczywiście nie możemy zapominać, również o przepisach wynikających z ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, które mówią o tym, że „w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleceń lekarza w zakresie fizjoterapii, fizjoterapeuta ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania, a także prawo odmowy wykonania określonego świadczenia. Odmowę wykonania świadczenia fizjoterapeuta uzasadnia w dokumentacji medycznej i informuje o niej lekarza zlecającego”.

Czy mamy zawsze obowiązek legalizować konsultację z lekarzem specjalistą rehabilitacji przy uzasadnionych wątpliwościach? A co, jeśli lekarz jest bardzo trudno uchwytany podczas pierwszej wizyty albo, kiedy kontakt z nim jest utrudniony?

Niestety, jeżeli chcemy cokolwiek zmienić w skierowaniu od lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, to musimy się z nim skontaktować. Musimy przynajmniej się do niego dodzwonić i przedstawić mu nasze wątpliwości.

Panie prezesie, a ile wizyt fizjoterapeutycznych można prowadzić w jednym cyklu?

My zalecamy przynajmniej na początku i na końcu, ale w zarządzeniu prezesa NFZ nie ma ściśle określonej liczby tych wizyt. przewidziano jednak sytuacje szczególne i dopuszcza się „w przypadkach medycznie uzasadnionych realizację dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania cyklu zabiegów, z odpowiednim wpisem w indywidualnej dokumentacji medycznej”. Dlatego, jeżeli na przykład po pięciu dniach zabiegowych stan pacjenta nam się poprawi lub ulegnie pogorszeniu, to możemy zmodyfikować nasze zabiegi i zlecić pacjentowi inne. W takim przypadku wizyta fizjoterapeutyczna, czyli badanie wypadnie nam w środku cyklu.

Tu też często pojawiała się w pytaniach, które otrzymywałem, kwestia płatności i rozliczenia tej wizyty fizjoterapeutycznej. Świadczeniodawcy bali się, że nie będą mogli jej rozliczyć jako szóstej procedury, bo w zabiegach fizjoterapeutycznych można było tych procedur rozliczyć tylko pięć. W tej chwili nie ma już żadnego problemu. Systemy informatyczne dostosowano do tego, żeby jako szóstą procedurę rozliczać wizytę fizjoterapeutyczną.

Jak ma wyglądać taka wizyta? Czy testy, wskazane i rekomendowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów są obowiązkowe? Czy też można korzystać z innych testów klinicznych, bardziej dostosowanych do specyfiki pracy konkretnego fizjoterapeuty?

Nie ingerujemy w to, jakich narzędzi diagnostycznych dany fizjoterapeuta używa i jakie stosuje procedury badania. Uważamy, że każdy magister fizjoterapii z trzyletnim stażem lub specjalista fizjoterapii jest wyk-

walifikowaną osobą i potrafi precyzyjnie badać pacjentów. Oczywiście zawsze proponujemy, żeby badanie takie było oparte na wytycznych KIF, ale są to jedynie nasze sugestie.

Czy wizyta fizjoterapeutyczna jest dobrze opłacana?

Krajowa Izba Fizjoterapeutów rozmawia właśnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z Ministerstwem Zdrowia na temat zwiększenia wyceny wizyty fizjoterapeutycznej oraz o zwiększeniu wyceny zabiegów fizjoterapeutycznych.

To, ile konkretnie NFZ płaci za wizytę fizjoterapeutyczną?

Obecnie wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych punktowana jest na 13 punktów, czyli jeżeli chodzi o średnią wycenę złotówkową za punkt, to opłacana od 9 do 13 złotych.

A dla porównania, ile NFZ płaci za wizytę lekarską?

26 punktów za poradę lekarską podstawową w warunkach ambulatoryjnych, czyli od 22 do 34 złotych.

To prawie trzykrotnie mniej...

To nie jest dobra wycena i my jako Izba się z nią nie zgadzamy. Krajowa Izba Fizjoterapeutów proponuje, by punktacja wizyty fizjoterapeutycznej była na poziomie trzykrotności obecnych 13 punktów (czyli 39 punktów). Dlatego właśnie jako Izba podejmujemy stosowne rozmowy z decydentami.

Trzymamy wszyscy kciuki za powodzenie tych rozmów.

(uśmiech) Przydadzą się...

Czy coś jeszcze nowego pojawia w związku ze zmianami, o których mówimy?

Wiele pytań pojawia się à propos kolejki oczekujących na zabiegi fizjoterapeutyczne, ponieważ zmiana ta w koszyku świadczeń gwarantowanych powoduje ogromną zmianę organizacyjną. Wcześniej pacjenta zapisywaliśmy w systemie fizjoterapii ambulatoryjnej na poszczególne zabiegi, a nawet u-

rządzenia, np. na laser, masaż, kinezyterapię. Natomiast w tej chwili pacjent powinien być zapisywany do fizjoterapeuty. Jeżeli chodzi o prowadzenie kolejki, to przepisy dotyczące prowadzenia kolejek się nie zmieniły, czyli tę kolejkę prowadzimy do fizjoterapeuty.

Dotychczas mieliśmy do czynienia niekiedy z kilkoma kolejkami wewnętrznymi: inna ko-



fot. Mirosław Młyński

lejka była do masażu, inna na fizykoterapię. Natomiast chcielibyśmy, żeby zabiegi były wykonywane kompleksowo i żeby pacjent korzystał z wszystkich zabiegów, które zostały zaplanowane przez fizjoterapeutę jednocześnie. Żeby nie dochodziło do takich sytuacji, w których pacjent ma kinezyterapię od dziś, a za cztery miesiące będzie miał masaż. Tego chcielibyśmy uniknąć.

Co musi zawierać dokumentacja związana z wizytą fizjoterapeutyczną?

W takiej dokumentacji powinno być skierowanie od lekarza kierującego, karta zabiegowa, na której pacjent albo opiekun prawny tego pacjenta podpisuje, że zabiegi zostały zrealizowane. Co ważne, podpisuje je każdego dnia zabiegowego. Kolejną rzeczą jest karta pacjenta, która obejmuje wszystkie elementy przeprowadzonych badań fizjoterapeutycznych (wizyty fizjoter-

Rozporządzenie daje nam, fizjoterapeutom, ogromne narzędzie samodzielnej pracy, urzeczywistnienie samodzielności, którą daje ustawa o zawodzie fizjoterapeuty i możliwości leczenia naszych pacjentów na poziomie, o którym zawsze marzyliśmy.

peutycznej), dane identyfikacyjne pacjenta, załączone badania, które zostały przekazane oraz informacja zwrotna do lekarza kierującego o efektach terapii. To powinno znaleźć się m.in. w dokumentacji medycznej prowadzonej przez fizjoterapeutę.

Natomiast rozporządzenie nie mówi o tym, jaka ma być szata graficzna, czcionka itp., można to zrobić wedle własnego uznania.

Co powinna zawierać informacja zwrotna do lekarza kierującego? Czy są jakieś wzory druków?

Nie ma takich druków, bo to my decydujemy o tym, co piszemy lekarzowi kierującemu. Wykonujemy oczywiście testy, potwierdzamy ich wykonanie, analizujemy je i opisujemy. Ja bym opisał lekarzowi kierującemu, co zostało zaplanowane, co zostało zrealizowane oraz jaki efekt został osiągnięty w ramach realizacji cyklu zabiegów.

Ktoś mógłby zapytać, po co lekarzowi informacja o efektach terapii...

Odpowiedź jest prosta. To lekarz jest nadrzędną instytucją, jeżeli chodzi o proces rehabilitacji w ambulatorium. Jeżeli nie ma efektów terapeutycznych, to informacja zwrotna dla lekarza, który podejmie decyzję, czy wybrać inny tok leczenia, rozszerzyć diagnostykę itp. Dotychczas taka informacja zwrotna nie była przekazywana lekarzowi kierującemu, co skutkowało przypadkami, w których pacjenci poddawani byli rehabilitacji przez dwieście dni w roku, a nie przynosiła żadnych sensownych rezultatów.

Jak pan, panie prezesie ocenia te zmiany?

Z początku zmiany mogły wydawać się niezbyt przyjemne, lecz są pożyteczne i konieczne. Rozumiem obawę przed tymi zmianami. Natomiast musimy sobie postawić pacjenta jako cel naszych działań. Pacjenta w tym systemie; pacjenta, który czeka w kilku kolejkach; pacjenta, który dostaje nieadekwatne zabiegi do jego aktualnego stanu klinicznego. O to chodziło w tych zmianach, żeby ten pacjent dostał zabiegi, które w danym momencie są mu faktycznie potrzebne.

Oczywiście, może to na początku wprowadzić małe zamieszanie, bo zmiany są rewolucyjne, a niektórym placówkom może być trudno się przeorganizować. Jest to głównie kwestia organizacyjna.

Poza tym, rozporządzenie daje nam, fizjoterapeutom, ogromne narzędzie samodzielnej pracy, urzeczywistnienie samodzielności, którą daje ustawa o zawodzie fizjoterapeuty i możliwości leczenia naszych pacjentów na poziomie, o którym zawsze marzyliśmy. Natomiast z drugiej strony, jest to również duża odpowiedzialność, jaką bierzemy na siebie za terapie, którą pacjentowi proponujemy.

A jakie wymierne korzyści z tych zmian może odnieść fizjoterapeuta pracujący na etacie w przychodni?

Mamy nadzieję, że przekazanie tak ogromnych kompetencji fizjoterapeutom w perspektywie czasu wpłynie również na dochody. Reguła jest bowiem, że zawody, w których jest więcej odpowiedzialności i wymagają one decyzyjności są lepiej opłacane, zarówno przez pracodawcę, jak i płatników publicznych. Decydujemy bowiem o zdrowiu pacjenta, więc na pewno taka praca będzie wkrótce inaczej wyceniana.

Czyli jest pan zadowolony z tych zmian?

Każdy z nas pamięta, że podczas studiów mówiono nam, że to my decydujemy o pacjencie. Ja nigdy w życiu nie chciałem już pracować na zlecenie lekarskie. W prywatnym gabinecie, gdzie w pełni obowiązuje ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, ja mogłem zlecać pacjentowi zabiegi, jakie chciałem bez lekarza. Oczywiście we współpracy z lekarzem, bo dobrze jest, gdy w placówce fizjoterapeutycznej również jest zatrudniony jakiś lekarz i - jeżeli mamy kłopot z pacjentem - to możemy się z tym lekarzem skonsultować. Natomiast w świadczeniach gwarantowanych, przepisy nie dawały takiej możliwości. Ja nie mogłem sam decydować o terapii dla pacjenta.

Podczas każdego mojego spotkania z fizjoterapeutami podkreślałem, że do grudnia

2018 roku, byliśmy niesamodzielnie samodzielni terapeutami. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty dawała nam możliwości badania i decydowania o pacjencie. Natomiast rozporządzenie koszykowe w zakresie rehabilitacji nie dawało nam takiej możliwości. Dlatego tu wielki ukłon w stronę Ministerstwa Zdrowia, że te przepisy dostosowywane są do ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

Często przypominam sobie słowa z pewnego internetowego mema, na którym jakiś uczeń pyta swego guru: "Mistrzu, jak długo trzeba czekać, aby coś się zmieniło na lepsze? Jak będziesz czekał to bardzo długo". Ja zawsze mówię, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów postanowiła nie czekać biernie na reformę rehabilitacji, tylko zrobić już ten pierwszy krok do reformy. Pokazać, że można coś zmieniać na lepsze, na lepsze dla

pacjenta, jak i również dla polskich fizjoterapeutów.

Bardzo dziękuję panu, panie prezesie za rozmowę.

Ja również dziękuję.

Z TOMASZEM NIEWIADOWSKIM

wiceprezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów ds. świadczeń gwarantowanych rozmawiał

Tomasz Borowski

Robimy to dla poprawy jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta

Z Pawłem Adamkiewiczem wiceprezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów ds. promocji zawodu, kontaktów międzynarodowych i gabinetów prywatnych rozmawia Tomasz Borowski

Tomasz Borowski: Panie prezesie, coraz głośniej mówi się ostatnio o nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. Niczego w tym dziwnego, bo nowe zapisy prawne wprowadzają bardzo wiele zmian dla fizjoterapeutów, którzy prowadzą własną działalność.

Paweł Adamkiewicz: Tak, to prawda. Nowelizacja tej ustawy to od dawna wyczekiwany dokument, ponieważ jej zapisy zmieniają też niektóre artykuły innych ustaw, w tym ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

No, właśnie, był tam zapis, który trzeba było zmienić...

Jeszcze jako członek krajowej Rady, nie będąc jeszcze jej wiceprezesem, razem z kolegą Piotrem Szczepańskim oraz wiceprezesem Tomaszem Niewiadomskim podkreślaliśmy konieczność zmiany zapisu art. 4, który mówił o konieczności rejestracji podmiotu leczniczego przez każdego fizjoterapeutę, który prowadzi działalność leczniczą. Będąc kierownikiem podmiotu leczniczego dobrze zdawałem sobie sprawę, jak ten artykuł może negatywnie wpłynąć na indywidualne działalności, ale też na funkcjonowanie wielu podmiotów, które zatrudniają nasze koleżanki i kolegów na kontraktach nie tylko w sektorze prywatnym. Dlatego też już w czasie pierwszych



PAWEŁ ADAMKIEWICZ

Wiceprezes Krajowej Rady
Fizjoterapeutów ds. promocji
zawodu, kontaktów
międzynarodowych
i gabinetów prywatnych

Obszar działań w KRF:

- promocja zawodu fizjoterapeuty w mediach,
- tworzenie strategii marketingu zawodu,
- tworzenie sieci kontaktów międzynarodowych ze stowarzyszeniami, uczelniami i placówkami edukacyjnymi,
- promocja polskiej fizjoterapii zagranicą,
- promocja rozwoju prywatnych praktyk fizjoterapeutycznych,
- opracowywanie projektów z zakresu fizjoprofilaktyki i współpraca z instytucjami państwowymi i pozarządowymi

Ki: Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
pl. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa
Biuro: +48 22 230 23 80
Rejestr: +48 22 230 20 15 (-16)
www.kif.info.pl

posiedzeń Krajowej Rady Fizjoterapeutów prezentowałem propozycje zmiany tego artykułu, które wcześniej omawialiśmy szeroko z działem prawnym oraz zasięgałem opinii innych kancelarii pod kątem interpretacji tego zapisu w naszej ustawie.

W tym miejscu chciałem podkreślić, że pierwszą pisemną propozycję zapisu o tym, aby obok podmiotów leczniczych fizjoterapeuci mogli rejestrować praktyki fizjoterapeutyczne na wzór lekarzy przedstawił kolega Piotr Szczepański członek KRF.

I co? Będziemy mieli tak samo jak lekarze i pielęgniarki?

Nowelizacja ustawy o działalności leczniczej po pierwsze dodaje fizjoterapeutów w każdym artykule, gdzie wymieniani są lekarze i pielęgniarki. To powoduje, że inne ustawy i rozporządzenia muszą się zmienić o zapisy związane z naszym zawodem, również ten niefortunny zapis art. 4 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

Od jakiegoś czasu w Izbie był to bardzo gorący temat, o którym mówiło się bez przerwy. Co dokładnie uzyskaliście panie prezesie?

Tak, jak już wspominałem, obok możliwości tworzenia podmiotów leczniczych, każdy fizjoterapeuta, który prowadzi lub będzie chciał prowadzić działalność gospodarczą, będzie mógł zarejestrować jednoosobową działalność w formie praktyki fizjoterapeutycznej, praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w miejscu wezwania lub praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Będzie też możliwość tworzenia spółki jawnej lub spółki cywilnej jako grupowej praktyki fizjoterapeutycznej. Takie rozszerzenie prowadzenia działalności fizjoterapeutycznej jest analogiczne do praktyk lekarskich i pielęgniarskich; daje również możliwość wyboru prowadzenia działalności fizjoterapeutycznej w danym zakresie.

Ktoś mógłby zapytać, skąd to całe zamieszanie. Dlaczego w naszej ustawie nie były dokładnie uregulowane kwestie, zwią-

zane z dogodnymi dla nas formami prowadzenia działalności leczniczej, a jedynie zapis o możliwości rejestracji podmiotu leczniczego?

Słusznie pan zauważył, że ustawa wspominała jedynie o możliwości rejestracji. Myślę, że właśnie konieczność stworzenia specjalnego rejestru sprawiła, że ustawodawca, nie wiedząc, czy zostanie zaakceptowana forma samorządowej izby, musiał zaproponować jakieś rozwiązanie. Przypomnę, że już na etapie tworzenia projektu ustawy wiedzieliśmy o tym, że będziemy wykonywać usługę leczniczą, która w Polsce podlega przepisom prawa. Dlatego też myślę, że ustawodawca właśnie dlatego zaproponował w pierwszej kolejności rejestr, który funkcjonuje i jest pod kontrolą wojewody. Natomiast zmiana jaka nastąpiła teraz sprawia, że to Krajowa Izba Fizjoterapeutów będzie musiała zarejestrować praktyki fizjoterapeutyczne.

Jak będzie wyglądała taka rejestracja?

Zapisy nowelizacji ustawy o działalności leczniczej przewidywały – zresztą na wyraźną rekomendację naszej Izby – czas, który jest nam potrzebny do wprowadzenia wielu zapisów w rozporządzeniach, ale przede wszystkim do przygotowania takiego rejestru. Czas ten mamy do 1 kwietnia 2019 roku. To również okres, w czasie którego zniesione zostały zapisy art. 4 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty i fizjoterapeuta teraz nie ma obowiązku rejestracji podmiotu, a może jedynie założyć działalność gospodarczą w oczekiwaniu na możliwość zarejestrowania praktyki.

Czasu za wiele nie mamy...

W tym miejscu chciałbym jeszcze podkreślić to, że mimo braku jeszcze podpisanej nowelizacji, wiceprezes Ernest Wiśniewski zabiegał o konieczność przygotowania się przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia do zaimplementowania właśnie możliwości rejestracji praktyk fizjoterapeutycznych w systemach, które już działają dla podmiotów i innych praktyk. Dlatego też jesteśmy już bardzo zaawansowani w tych pracach.

Czyli działamy jak dobrzy szachiści i przygotowujemy się na kilka ruchów na przód?

(śmiej) Ciekawe spostrzeżenie. No i komplement dla wiceprezesa Wiśniewskiego.

Panie prezesie, ale zdążymy z tym nowym rejestrem na czas?

Proszę zauważyć, jak Biuro Krajowej Izby Fizjoterapeutów bardzo sprawnie poradziło sobie z rejestracją prawie 60 tysięcy fizjoterapeutów! Dlatego też jestem spokojny o to, że krajowa Izba, przejmując teraz rejestr praktyk fizjoterapeutycznych pod kierownictwem Joanny Dawidowskiej poradzi sobie co najmniej tak samo sprawnie i rzetelnie.

Kiedy w takim razie będzie można rejestrować swoje praktyki?

Rejestracja praktyk będzie się odbywała w terminie od 1 kwietnia do 31 października 2019 roku.

W praktyce jak fizjoterapeuta ma się do takiej rejestracji przygotować?

Każdy fizjoterapeuta, który zakłada działalność gospodarczą (lub jeśli już taką ma) powinien przemyśleć to, w jakiej formie chce zarejestrować praktykę, aby bezpiecznie wykonywać świadczenia zdrowotne. W pierwszej kolejności musi wiedzieć, czy chce pracować w praktyce indywidualnej czy w grupowej. Po drugie, wybierając formę indywidualną musi stwierdzić, w jakiej formie chce ją prowadzić. W mojej opinii najbardziej korzystna jest forma rejestracji praktyki w podmiocie leczniczym, który jest przede wszystkim w pierwszej kolejności ubezpieczony na większe kwoty obowiązkowe i dostosowany do liczby faktycznie pracujących osób. Podmiot bierze na siebie w pierwszej linii zawsze sprawy związane z dokonaniem szkody, jest też odpowiedzialny za tworzenie dokumentacji zbiorczej, indywidualnej wewnętrznej i zewnętrznej. Podmiot leczniczy też zobligowany do przechowywania dokumentacji, która jest poddawana cyklicznej kontroli. Oczywiście, każdy fizjoterapeuta po wejściu ustawy jest zobligowany do tworzenia dokumentacji

pacjenta, ale w przypadku praktyki w podmiocie dotyczy to tworzenia dokumentacji wewnętrznej.

Stosując inną formę praktyki, a zwłaszcza tej wyłącznie w miejscu wezwania to fizjoterapeuta jest zobligowany do obowiązkowego ubezpieczenia, tworzenia i przechowywania dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej. Taką informację o przechowywaniu dokumentacji trzeba będzie podać w czasie rejestracji.

Dla sporej części fizjoterapeutów rejestracja może być wyzwaniem. Czy planuje pan jakieś działania informacyjne dla fizjoterapeutów, by ułatwić im cały proces?

Na pewno na ten temat będziemy szeroko informować fizjoterapeutów na naszej stronie, w mediach społecznościowych, jak i również w korespondencji indywidualnej na skrzynkę e-mail. W miarę dostępności będziemy chcieli też organizować spotkania bezpośrednie albo w formie webinaryjnej.

Spore przedsięwzięcie. Wyspiański powiedziałby: „teatr mój widzę ogromny”...

(uśmiej) To wspólna, zespołowa praca bardzo wielu osób. Ja z racji mojego stanowiska jako wiceprezes czuwam nad tym procesem i czuję się za niego odpowiedzialny. Jak wspominałem, wiele osób pracowało nad zmianami; teraz wiele pracuje nad ich wdrożeniem. W styczniu powołałem zespół ds. prywatnych praktyk fizjoterapeutycznych. Zespół pod przewodnictwem kolegi Marka Sewastianika wypracował już rekomendacje wytycznych do zmiany rozporządzenia, odnośnie wymogów sanitarno-epidemiologicznych i urzędów w pomieszczeniach, gdzie wykonywana jest działalność fizjoterapeutyczna. Zespół pracuje nad propozycją regulaminu praktyk, wytycznych do dokumentacji medycznej w praktyce, wysokości ubezpieczenia obowiązkowego oraz uczestniczy w spotkaniach trójstronnych z Ministerstwem Zdrowia i z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Zespół ściśle współpracuje również z działem prawnym krajowej Izby. Wielkim wsparciem dla nas w tej sprawie jest pani mecenas

***Rejestracja praktyk
będzie się odbywała
w terminie
od 1 kwietnia
do 31 października
2019 roku***

*Cieszę się,
że działalność
fizjoterapeutyczna,
zwłaszcza
ta prowadzona
w miejscu wezwania
wyjdzie z podziemia,
będzie mieć regulację
prawną
i – co najważniejsze -
będzie też korzystna
i bezpieczna
dla pacjenta.*

Katarzyna Blicharczyk-Ożga.

Kim są członkowie zespołu, o którym pan mówi?

Członkowie zespołu to osoby, które od wielu lat pracują w sektorze komercyjnym, prowadząc swoje działalności gospodarcze, więc dobrze znają ten rynek. Podobnie jak ja, wszyscy zdajemy sobie sprawę, że dostosowanie obecnych przepisów ma dać nam możliwość kontynuowania naszej działalności i nie zatrzymywać pracy tysięcy fizjoterapeutów, którzy w sektorze komercyjnym pracują w większej liczbie niż w świadczeniach gwarantowanych. Jednak biorąc pod uwagę wszystkie ustawy i rozporządzenia, musimy przygotować wszystko tak, aby móc bezpiecznie, a przede wszystkim bardzo transparentnie wykonywać nasze usługi.

Panie prezesie, wszyscy fizjoterapeuci pracujący „na własny rachunek” na was liczą i wam kibicują. Życzę więc panu i wszystkim zaangażowanym osobom sił i wytrwałości.

Bardzo dziękuję za te słowa i przekażę je wszystkim. Pragnę jednak dodać na końcu, że jest to dla mnie wielki zaszczyt pracować

z takimi ludźmi. Zaszczyc, że po 25 latach pracy zawodowej – pracując przede wszystkim w gabinecie prywatnym, a teraz prowadząc podmiot leczniczy – mogę dzielić się własnymi doświadczeniami i je wdrażać. Cieszę się również, że działalność fizjoterapeutyczna, zwłaszcza ta prowadzona w miejscu wezwania wyjdzie z podziemia, będzie mieć regulację prawną i – co najważniejsze - będzie też korzystna i bezpieczna dla pacjenta. Nie możemy zapomnieć, że wszystko, co teraz robimy jako Izba, robimy dla poprawy usług i bezpieczeństwa pacjenta.

Dziękuję panu dziękuję za rozmowę.

Ja również dziękuję.

Z PAWŁEM ADAMKIEWICZEM

*wiceprezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów
ds. promocji zawodu, kontaktów
międzynarodowych i gabinetów prywatnych
rozmawiał*

Tomasz Borowski

fizjoterapeutyczny język polski — odc. 1

Chłopiec czy dziewczynka, czyli utrapienie z (tą) KIF

Skrótowiec KIF, oznaczający Krajową Izbę Fizjoterapeutów może nastroczać językowych trudności w poprawnym jego użyciu. Wszystko dlatego, że jego rodzaj gramatyczny jest dwojaki. Biorąc pod uwagę kryterium rodzajowości wyrazu nadrzędnego w rozwiniętej, pełnej nazwie (w przypadku KIF jest nim „izba”), skrótowiec nabiera cech gramatycznych wspomnianego wyrazu nadrzędnego. Tak więc zgodnie z tą zasadą KIF jest rodzaju żeńskiego („ta KIF”). KIF jest jednocześnie skrótowcem zakończonym spółgłoską, więc zgodnie z tym kryterium, jest również rodzaju męskiego („ten KIF”).

Który więc rodzaj gramatyczny wybrać do prawidłowego użycia? W mowie potocznej, mówionej można stosować oba rodzaje gramatyczne; natomiast w języku oficjalnym, a zwłaszcza pisanym zdecydowanie wypada nam stosować formę żeńską (np. „KIF opłaciła zdolnym, młodym naukowcom wyjazd na kongres WCPT do Genewy”).

Tak samo postępujemy w przypadku podobnych skrótowców: KRF, AWF czy AOTMiT.

Tomasz Borowski

By pokazać, że można samodzielnie i niezależnie żyć

Z Rafałem Skrzypczykiem, wiceprezesem zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji rozmawia Mirośław Młyński

W 2018 roku Fundacja Aktywnej Rehabilitacji obchodziła 30. rocznicę istnienia. Warto zatem przedstawić w kilku słowach jej historię, bieżące poczynania oraz dalsze plany. Instytucja ta ma w polskiej fizjoterapii ustaloną markę, a z jej działalnością spotkało się na swej drodze zawodowej wielu fizjoterapeutów, w tym piszący te słowa autor artykułu. Zapraszam zatem do mojej rozmowy z wiceprezesem zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji panem Rafałem Skrzypczykiem.

Mirośław Młyński: Panie prezesie: 30 lat, jubileusz w tym roku. To dużo czy mało?

Rafał Skrzypczyk: I dużo, i mało. To zależy, jak na to spojrzeć. Z punktu widzenia jednostki to dużo. Dla mnie to 30 lat zaangażowania w aktywną rehabilitację i z mojej perspektywy to bardzo dużo. Czas jest jednak rzeczą względną i wydaje się, że całkiem niedawno zaczynaliśmy. Dużo, bo z punktu widzenia zmian jakie nastąpiły w systemie wsparcia osób doświadczających niepełnosprawności, wiele się zmieniło od 1988 roku. Uważam, że aktywna rehabilitacja miała dosyć istotne znaczenie w tych zmianach.

Jak trafił Pan zatem do Fundacji Aktywnej Rehabilitacji?

Zupełnie przez przypadek. Koleżanka fizjoterapeutka zadzwoniła do mnie, gdy przeprowadzała nabór wolontariuszy na obóz prowadzony przez Szwedów dla osób z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Nic, szczerze mówiąc, więcej nie wiedziałem, gdy mi to zaproponowała. Obóz planowany był w sierpniu, a ja nie miałem nic specjalnego do roboty. Był rok 1988 i pomyślałem, że jeśli na obozie są osoby z zagranicy, to pewnie się czegoś tam nauczę.



Tak więc, zaważyła ciekawość?

W pewien sposób tak. Patrzyłem raczej na tę propozycję nie tylko jako pomoc osobom z uszkodzonym rdzeniem czy angażowania się w jakąś działalność. Nawet nie wiedziałem, że jest taki pomysł, żeby to się rozwinęło w jakąś strukturę organizacyjną. Przeważała w tym wszystkim chęć nauki, zdobycia doświadczenia i zwiększenia potencjału zawodowego.

Spodziewał się pan w 1988 roku, że przetrwa pan 30 lat w tej branży?

Skądże! Ja jechałem na ten obóz jako wolontariusz, nawet bez specjalnej myśli, że będę kiedyś w przyszłości tym się zajmował. Uważałem raczej to za działanie jednorazowe. Dostyć szybko jednak włączono mnie w zajęcia organizacyjne, bo już przed obozem pamiętam, że pisałem jakieś pisma i gdzieś je wiozłem. Uczestniczyłem w przygotowaniu kadry i sam do niej należałem. Byłem w jednej z pierwszych grup jakie przyjechały do Lublina, gdzie obóz się odbywał. Tak więc, nie bardzo się do końca orientowałem w czym uczestniczę. Fascynacja pojawiła się już w trakcie obozu i tuż po nim.

RAFAŁ SKRZYPCZYK

Fizjoterapeuta,
wiceprezes zarządu Fundacji Aktywnej Rehabilitacji,
członek zarządu Polskiej Federacji Zatrudnienia Wspomaganego.

Współtwórca systemu Aktywnej Rehabilitacji w Polsce.
Koordynator i realizator projektów aktywizujących zawodowo i społecznie osoby niepełnosprawne w Polsce i zagranicą.

Uczestnik misji Polskiej Akcji Humanitarnej skierowanej do osób niepełnosprawnych w Kosowie.

Wykładowca na podyplomowych studiach z zakresu doradztwa i planowania kariery osób niepełnosprawnych.

Propagator sportów dla osób niepełnosprawnych.
Koordynator rozwoju rugby na wózkach w Polsce oraz pierwszy trener reprezentacji narodowej.

Członek Komisji Sportu Osób Niepełnosprawnych, Komisji Sportu dla Wszystkich Polskiego Komitetu Olimpijskiego, Polskiego Komitetu Paraolimpijskiego.

Czy doświadczenia i wykształcenie jako fizjoterapeuty się przydały?

Uważam, że tak. Ale też i przeszkadzały, co jest związane z charakterem aktywnej rehabilitacji. W naszym programie najważniejsze jest wsparcie instruktora na wózku – wzorca osobowego. Rola takich osób jak ja ma często tylko charakter pomocniczy.



fot. Mirosław Młyński

Co udało się, a czego nie udało się dokonać przez te 30 lat?

Trudno stwierdzić, co się udało lub, co się nie udało, dlatego że 30 lat temu startowaliśmy z zupełnie innej półki. Teraz łatwiej nam jako organizacji powiedzieć, ile rzeczy nam się przez te 30 lat jeszcze nie udało; pewnie dlatego, że w tamtym czasie myśleliśmy nawet nie planowali. To, co można uznać za takie niepowodzenie (i pewnie nie ma w tym naszej winy) to niewypracowanie standardu, którym mogliśmy wpływać na obowiązujące zasady w klasycznie pojętej rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Jest to niestety w pewien sposób poza naszymi możliwościami, bo dotyczy struktur organizacyjnych służb ochrony zdrowia i wszystkich zmian, jakie w niej zachodzą.

Jako drugą porażkę mogę uznać to, iż nie doprowadziliśmy do sytuacji, w której mamy pełną wiedzę na temat tego, ile osób każdego roku ulega uszkodzeniom rdzenia kręgo-

wego i ile, w wyniku tego, jest zmuszone do korzystania z wózka inwalidzkiego z powodu para- i tetraplegii. Od samego początku o to zabiegaliśmy, by monitorować wszystkie ośrodki. To zadanie z różnych powodów nas nieco przerosło. Paradoksalnie, obecnie jest nam trudniej docierać do osób świeżo poszkodowanych, identyfikować miejsca, w których one przebywają. Traktuję to jako porażkę, choć wiem, że jako organizacja jesteśmy jedną z nielicznych, mających bardzo dużą bazę danych osób z uszkodzonym rdzeniem. I chyba jako jedyni wiemy mniej więcej, ile takich osób jest w Polsce.

Porozmawiajmy teraz o historii powstania FAR w Polsce. Skąd się u nas ona wzięła? Jakie są jej cele?

Mówiąc o FAR, myślimy raczej o historii całego ruchu aktywnej rehabilitacji. Warto więc powiedzieć o tym, skąd się wziął pomysł na jakąkolwiek formę organizacyjną, wzorowaną na organizacji szwedzkiej. Otóż w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku młody chłopak z Polski Andrzej Chojnacki ulega wypadkowi. Uszkodził rdzeń w odcinku szyjnym i siada na wózek. Jego rodzina zaczyna szukać pomocy. Historia taka, jak i dzisiaj ma niejednokrotnie miejsce i wiele takich można spotkać w mediach, zwłaszcza, gdy dotyczy to znanych osób.

Na historię tego chłopaka nakłada się klimat lat osiemdziesiątych: izolacja kraju na arenie międzynarodowej, marna kondycja polskiej służby zdrowia. Na całe szczęście jego rodzice poprzez kontakty prywatne znajdują lekarza w Szwecji. Pierwsza myśl była taka, że jeśli Polacy nie dają rady pomóc, to może szwedzka medycyna da radę i postawi chłopaka na nogi. Lekarz specjalista w Szwecji (notabene z pochodzenia Polak), do którego się zgłosili, stwierdził, że on osobiście w takim przypadku niewiele zdziała, ale może skierować ich do osoby, która działa w organizacji, zajmującej się takimi osobami. Okazała się nią również Polka, od kilkunastu lat mieszkająca w Szwecji, która była salową.

Historia niemal sensacyjna...

(śmiech) Ta opowieść w tamtym czasie dość mnie szokowała i miała zabarwienie nieco humorystyczne. No, bo jak to - dość znany lekarz prosi o pomoc salową, pracującą na oddziale rehabilitacji? Zrobił to jednak dlatego, że wiedział, iż ona poza swoją pracą w szpitalu (zaczynała też w tamtym czasie studia medyczne w Szwecji), zaangażowała się też w tamtejszy Ruch Aktywnej Rehabilitacji (Rekryteringsgruppen for Aktiv Rehabilitering). Pierwszy pomysł po prostu był taki, by sprowadzić tego chłopaka do Szwecji. Gdy wrócił stamtąd, opowiadał wszystkim, że osoby z niepełnosprawnością aktywnie żyją i są w znacznym stopniu samodzielne. Ba! Uprawiają nawet sport, grają w tenisa, a nawet pływają w basenie! Wzbudził tym oczywiście spore zainteresowanie, a wieść o tym, jak rehabilituje się w takich przypadkach po drugiej stronie Bałtyku szybko się rozeszła w środowisku osób niepełnosprawnych w Polsce. Zaczęto się interesować tym tematem. Nawet kilka osób pojechało do Szwecji. Dostyc szybko ta dziewczyna (już mogę powiedzieć, że to dr Katarzyna Trok) oraz ów lekarz ze Szwecji (dr Karol Żyto) stwierdzili, że przyjazdy Polaków po pomoc za granicę są dość drogie i za mało efektywne i lepiej będzie „przeszczepić” tamtejszą ideę usprawniania na grunt polski.

Jak poszło?

Pierwsze próby, jakie podjęto, były realizowane przez lekarzy i fizjoterapeutów w Polsce. Niestety, nie odniosły zbyt wielkiego sukcesu. Nawet zaproszono niektóre osoby z Polski do Szwecji, ale na niewiele to się zdało. Uznano, że w ten sposób nie rozwiąże się problemu. Te doświadczenia skłoniły ich do powołania struktury organizacyjnej, podobnej do tej szwedzkiej, która mogłaby stanowić wzorzec dla takiej pracy. Trzeba się było jednak zmierzyć z problemami, związanymi z ówczesnymi przepisami prawnymi i organizacyjnymi. Podjęto się zatem próby utworzenia Grupy Aktywnej Rehabilitacji w Polsce na wzór szwedzki.

Skąd wiadomo, jak to robić?

No właśnie, w tym celu w 1987 roku kilka osób pojechało do Szwecji i to oni stanowili podstawę kadry polskiej pierwszego obozu, w który to i mnie zaangażowano do tego, abym pełnił rolę wolontariusza. Nie bez znaczenia była też rola kadry szwedzkiej, która była wtedy obecna i służyła pomocą. Dobór uczestników tego pierwszego obozu był przeprowadzony w sposób bardzo planowy, z myślą o tym, żeby to były te osoby, które w przyszłości udźwigną cały Ruch. Wydawałoby się, że to nieco dziwnym; wszak to kadra powinna być tym motorem napędowym. Może to dziwić tych, co nie znają specyfiki aktywnej rehabilitacji, bo nie wiedzą, że według tej koncepcji najważniejszym instruktorem jest osoba na wózku. On to właśnie przekazuje doświadczenia innym. Na tym właśnie polega model szwedzki. Wszyscy pozostali, nawet najwięksi specjaliści lekarze, fizjoterapeuci, czy pielęgniarki pełnią rolę pomocniczą w tym całym procesie usprawniania. Są bardzo ważni, są niezbędni, ale nadal najważniejszym elementem jest wzorzec osobowy, tj. ta osoba, która uwiarygadnia swoją długotrwałą i ciężką pracą to, że można osiągnąć dużą samodzielność. To jest główny sukces: pokazać, że można samodzielnie i niezależnie żyć. To jest cel aktywnej rehabilitacji, a nie akceptacja poruszania się na wózku. Dlatego tak istotny był dobór kadry zarówno tej „wózkowej”, jak i tej „chodzącej”. W przyszłości mieli oni stanowić załążek aktywnej rehabilitacji w Polsce.

Rzucone ziarno zakiełkowało panie prezisie?

Okazało się, że te koncepcje były słuszne. Kolejne, późniejsze obozy także organizowano według tych zasad, ale stopniowo rola zagranicznych instruktorów zaczęła się zmniejszać. Szybko się zatem usamodzielniliśmy. Powstały Fundacja Aktywnej Rehabilitacji i Stowarzyszenie Aktywnej Rehabilitacji; pojawiły się też podmioty, które czerpią wiedzę z tych doświadczeń, ale pod trochę innymi nazwami.

Może to dziwić tych, co nie znają specyfiki aktywnej rehabilitacji, bo nie wiedzą, że według tej koncepcji najważniejszym instruktorem jest osoba na wózku.

***Współpraca
z lekarzami,
fizjoterapeutami,
pielęgniarkami
i z wszystkimi
pracującymi w służbie
zdrowia jest konieczna,
bo my nie jesteśmy
alternatywą,
czy też jak sądzono
- tą lepszą rehabilitacją,
ale uzupełnieniem tych
działań, które się
realizuje w ośrodkach
rehabilitacyjnych
i w ośrodkach
szpitalnych.***

Ki: Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
pl. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa
Biuro: +48 22 230 23 80
Rejestr: +48 22 230 20 15 (-16)
www.kif.info.pl

Jak to wygląda dziś? Czy dzisiaj te związki z fizjoterapią są znacznie ściślejsze, czy nadal są podobne do tych na początku powstania aktywnej rehabilitacji w Polsce?

Rzeczywiście są ściślejsze i to też uważam za znaczący sukces. Może to mieć wydźwięk nieco anegdotyczny, ale warto o tym powiedzieć, że w momencie, gdy przyjęliśmy nazwę „aktywna rehabilitacja” to spotkało się to z pewnym...

Opozem?

Może nie tyle opoziem, ale bardziej chyba z niezrozumieniem. No, bo co to znaczy „aktywna rehabilitacja”? Że to właśnie my zajmujemy się „aktywną” rehabilitacją, a pozostali fizjoterapeuci w Polsce skutecznieją „bierną”, w domyśle – tę gorszą.

Myślę, że wciąż tak niektórzy to pojmują...

Tłumaczę to po prostu najprawdopodobniej błędem tłumaczenia ze szwedzkiego na polski. Trudno byłoby nazywać się grupą rekrutującą do aktywnej rehabilitacji. Mimo tych nieporozumień, współpraca ze środowiskiem medycznym była konieczna i niezbędna. Na to też uczulili nas Szwedzi. Współpraca z lekarzami, fizjoterapeutami, pielęgniarkami i z wszystkimi pracującymi w służbie zdrowia jest konieczna, bo my nie jesteśmy alternatywą, czy też jak sądzono - tą lepszą rehabilitacją, ale uzupełnieniem tych działań, które się realizuje w ośrodkach rehabilitacyjnych i w ośrodkach szpitalnych. Poza tym, że jest to uzupełnienie, to poza dobrymi stosunkami z personelem medycznym, istotne jest też to, by kształtować inne postawy tego środowiska jako naturalnego zaplecza naszej działalności z szczególnym naciskiem na grupy studentów - szczególnie studentów fizjoterapii. To oni bowiem będą w przyszłości stanowili kadrę i to niekoniecznie kadrę aktywnej rehabilitacji, ale dobrze przygotowaną kadrę na oddziałach lub tam, gdzie w przyszłości będą pracować. Od samego początku, poprzez dobór wolontariuszy, potem program praktyk studenckich w dość krótkim - bo dziesięcioletnim - czasie udało nam się doprowadzić do zintegrowa-

nego programu szkolenia kadry medycznej, dzięki czemu udało się wyszkolić znaczną liczbę osób z szeroko pojętej służby zdrowia.

Jest pan w stanie powiedzieć, ilu fizjoterapeutów przez ten program się przewinęło?

Mamy oczywiście bazy danych i taka statystyka byłaby możliwa, ale bez tych obliczeń mogę stwierdzić, że dziś większość kadry „chodzącej”, która zaangażowana była w pracę fundacji to fizjoterapeuci i można śmiało powiedzieć, że są to raczej tysiące osób, dwa tysiące, a może nawet więcej.

Z mojego doświadczenia może i nawet więcej...

(uśmiech) A może i więcej! Ale mówimy wyłącznie o tych osobach, które czynnie były zaangażowane w działania fundacji. Nie mówię o tych, które brały udział w działaniach zmierzających do popularyzacji naszej idei podczas prezentacji na uczelniach czy spotkaniach. Dobrym przykładem miejsca takich zajęć jest na przykład Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, gdzie już w latach 90. profesor Tomasz Tasiemski prowadził zajęcia z aktywnej rehabilitacji, dzięki czemu wielu studentów przyjeżdżało do nas na praktyki. Podobnie było też z AWF w Warszawie i na innych uczelniach, w których nasi ludzie się pojawiają. Dziś nasi byli praktykanci zajmują wiele czołowych miejsc w polskiej rehabilitacji i fizjoterapii. Kształcą innych i przekazują tę wiedzę dalej. Mamy teraz kontakt z większością uczelni, kształcących fizjoterapeutów w naszym kraju.

Co zatem daje tak konkretnie fizjoterapeucie współpraca z FAR i co jest w niej najważniejsze?

Mogę opowiedzieć o tym ze swojej perspektywy, co najważniejszego mi ona dała, poza tym, że mogłem się zafascynować tym zagadnieniem i to, że dała mi ostatecznie ciekawą pracę. To właśnie na obozie aktywnej rehabilitacji spotkałem się z osobą niepełnosprawną jako partnerem w pracy, a nie jako pacjentem. Do sierpnia 1988 roku w mojej głowie osoba z tetraplegią lub para-

plegią była po prostu pacjentem. To tu nagle spotkałem się z kuriozalną dla mnie na początku sytuacją, że taka osoba może być partnerem. A wszystko to jest bardzo istotne w perspektywie myślenia o właściwym włączaniu i udziale w usprawnianiu osób z niepełnosprawnościami do normalnego funkcjonowania w życiu. Teraz pewnie nie robi to jakiegos większego wrażenia, ale trzydzieści lat temu to było Coś.

Dziś też to jest Coś.

Owszem, tego typu doświadczenia są potrzebne wszystkim członkom środowiska medycznego, bo pokazują, jaki cel możemy osiągnąć. Można to zobaczyć na przykładzie naszych instruktorów. Ich ostatni kontakt z lekarzami w rozumieniu rehabilitacji odbywał się na samym początku usprawniania, pół roku albo rok po wypadku. Ci lekarze nie widzieli ich już później na oddziałach szpitalnych. Nawet nie wiedzą, jaki pozytywny efekt oni uzyskali. Dotyczy to oczywiście członków całego zespołu rehabilitacyjnego.

Brakuje pełnej współpracy i komunikacji?

Sądzę, że proces rehabilitacji w pewnym sensie jest u nas bardzo ułomny. Ogranicza się do zabezpieczenia funkcji życiowych, do tego co daje nam NFZ, a potem przepływ informacji zanika. Lekarz lub fizjoterapeuta w tej pierwszej placówce nawet nie wie, co się po tych trzech miesiącach z taką poszkodowaną osobą dzieje w czwartym, piątym albo szóstym miesiącu. Nie ma też w związku z tym odpowiedniego kontaktu z jego rodziną czy otoczeniem. Do dziś się spotykamy z takimi sytuacjami, że na pytanie o przyszłość uzyskuje taki człowiek odpowiedź: „Najważniejsze, że żyjesz”.

Trudno sobie wyobrazić, by to wystarczało...

Taka odpowiedź wynika z braku wiedzy. A jak ma funkcjonować dalej? Może teraz jest już nieco lepiej, ale nadal widzę wielkie braki i pole do popisu dla organizacji takich, jak nasza, a kontakt z nami jest jak najbardziej wskazany dla całego środowiska medycznego. By pokazać, czym jest kontynuacja reha-

bilitacji, na czym polega jej ciągłość. Wszystkie te ideały polskiej szkoły rehabilitacji moim zdaniem tu w pełni się mieszczą. To jest ta rehabilitacja społeczna, o której się u nas dużo mówi, a nie do końca się rozumie. To środowisko tej osoby przejmując później rolę „rehabilitanta”, nie fizjoterapeuty - bo go nie zastąpi. By mogło to zadziałać, musi być współpraca.



Jak ocenia pan zmiany, które mają miejsce w polskiej fizjoterapii? Teraz po wejściu w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty?

Trudno mi jeszcze to ocenić. Oczekiwania są duże, ale należy poczekać na rezultaty. Przypomina mi to sytuację aktywnej rehabilitacji na początku jej istnienia. To jeszcze zbyt krótki czas, by odczuć realnie zmiany. Ustawa je wprowadziła, ale mają one jeszcze w mojej ocenie na razie charakter kosmetyczny. Życie dopiero pokaże, na ile ma wpływ na nie Izba - bo to jest najważniejsza chyba rzecz. Środowisko jest w końcu zintegrowane, a Izba jest jego reprezentantem i może w końcu walczyć o to, by fizjoterapia miała właściwe miejsce. Zmiany wymagają czasu. Dwa lata to bardzo krótki czas. Widzę w tej materii wielki ruch i nadzieję na wiele dobrych rzeczy, które się wydarzą, ale z perspektywy osób z którymi ja się stykam, zwłaszcza pacjentów jeszcze tego nie widać.

Plany na przyszłość? Czego można życzyć Fundacji?

fot. Mirosław Młyński

**Pacjenci
z niepełnosprawnością
wychodzą w życie
poszpitalne
z najważniejszym
dla nich w takiej chwili
problemem:
"nie chodzę"**

(milczenie) Plany na przyszłość... Przy okazji dwudziestolecia odpowiadałem na takie pytania. Nawet mamy to gdzieś udokumentowane na filmach lub innych materiałach i mógłbym do nich sięgnąć...

To co się spełniło?

Wiele rzeczy się nie udało, ale one są po części poza nami i są to sprawy głównie organizacyjne. W Polsce dość dobrze funkcjonuje się organizacjom, zajmującym się szeroko pojętą rehabilitacją społeczną i zawodową. Nasze działania, w związku z ich charakterem, skalą działania i kompleksowością, jednak nie do końca mieszczą w schematach ogłaszanych konkursów o dofinansowanie i tutaj widzę dużą stratę w stosunku do tego, co było przed dziesięciu laty.

Czyli nic nie powie pan o planach? (uśmiech)

(śmiech) Mam różne pomysły i nie wiem, czy nie są one szaleństwem, łącznie z tworzeniem własnego ośrodka kompleksowej rehabilitacji. Takie ośrodki powstają, więc musimy przeanalizować sytuację, czy jest sens ich działania dublować. Może warto zastanowić się, czy nie zostać w sferze społecznej i środowiskowej. Tu chyba dalej jest coś do zrobienia i wciąż aktualna jest idea, która mieliśmy przed trzydziestu laty – czyli jak najwcześniej docierać do szpitali, utrzymywać dobre kontakty z personelem medycznym – bo jesteśmy jedną z nielicznych organizacji, jakie wpuszcza się na oddziały. Świadczy to chyba o tym, że dobrze nas się tam ocenia. Trzeba to utrzymać i starać się, by te osoby do których docieramy mogły aktywnie i niezależnie żyć. To jest nadal niezmiennie. Staramy się docierać do stu procent osób poszkodowanych w Polsce.

Udaje się to zamierzenie?

W tej chwili nie udaje nam się to jeszcze z różnych przyczyn. To traktuję nieco jako porażkę. Kolejne wyzwania to problemy tych osób, które nie były dotychczas w sferze największego naszego zainteresowania – bo skupialiśmy się na zagadnieniach problematyki, związanej z uszkodzeniami rdzenia kręgowego. Fundacja się rozwinęła i nie

mamy wśród beneficjentów naszej pomocy tylko osób z uszkodzonym rdzeniem, ale też na przykład dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz osoby z innymi schorzeniami. Dotarliśmy też do punktu, w którym byli nasi przyjaciele instruktorzy z Szwecji sprzed piętnastu lat. Stawiali sobie oni pytanie, co z osobami, które mają uszkodzony rdzeń kręgowy, ale na wózek nie trafiły i chodzą. One są poza wszelkimi kategoriami wsparcia. Co z ich problemami? Co z zagadnieniem nietrzymania moczu i szeregiem dolegliwości charakterystycznych dla tej grupy osób? Nie postrzega się ich przez pryzmat wózka, są niedostrzegane, niemal przezroczyste dla systemu. Są pozostawione same sobie. Nie ma organizacji, która by je skupiała i im pomagała. Coraz więcej pojawia się w Polsce głosów, że dla nich też powinniśmy coś robić.

Wróćmy do życzeń...

Można nam życzyć tego, byśmy wytrwali w tym, co robimy w tej chwili. Owszem korci mnie, by wybiegać w nowe projekty. Sam jestem zwolennikiem nowych pomysłów, nowych aktywności sportowych, ale ważne, byśmy nie zapomnieli o tej podstawie, o swoich korzeniach. Musimy pamiętać o tym, że dalej będą się pojawiać osoby, które ulegają wypadkom, które pozostawiane są same sobie po wyjściu ze szpitala po tej intensywnej, początkowej rehabilitacji. Musimy nadal pamiętać o ich rodzinach, niewiedzących jak funkcjonować w zmienionym radykalnie życiu i o tym, że naszym głównym celem jest dawanie im wszystkim wiedzy na temat tego, z czym wiąże się ten niepełnosprawność na co dzień i jakie są rzeczywiste problemy ich bliskich. Pacjenci z niepełnosprawnością wychodzą w życie poszpitalne z najważniejszym dla nich w takiej chwili problemem: "nie chodzę".

Co możemy im zaproponować?

To właśnie najczęściej pojawiające się pytanie: co zrobić, by przywrócić chód? Utrata chodu jest dla nich czymś najważniejszym. Te osoby nie do końca sobie zdają sprawę, że to, czy ta czynność wróci, jest sprawą przyszłości, bo na dziś medycyna jeszcze za

wiele nie może w tej materii zaoferować. Trzeba jednak uczynić z naszej strony wszystko, by te osoby jak najlepiej funkcjonowały po wypadku. Problemy, które wydawałyby się, że już są opanowane, nadal się przewijają. Dysfunkcje związane z układem moczowym czy odleżynami nadal są najczęstszą, przedwczesną przyczyną śmierci w tej grupie osób. Związane jest to niestety z brakiem profilaktyki, a brak profilaktyki jest pochodną braku należytej pracy z pacjentem. Brak jest systemowych rozwiązań, jak to zorganizować. Widzę tu wielką rolę Krajowej Izby Fizjoterapeutów i samych fizjoterapeutów w kreowaniu tej profilaktyki. Zdaję sobie sprawę, że lekarz prowadzący ma największy kontakt z rodziną, ale odpowiedzialność zawodowa fizjoterapeuty musi się włączyć. Poczucie obowiązku nie powinno dopuścić do zwolnienia z przekazania wiedzy z zakresu fizjoterapii pacjentowi i rodzinie. Możliwa jest bowiem sytuacja, że tej wiedzy nie uzyska on już od nikogo albo, że taka okazja nie nadarzy się już nigdy, a brak takiej wiedzy powoduje dodatkowe problemy.

Jak widzi pan przyszłość Fundacji?

Oczywiście cały czas się rozwijamy! Działamy na terenie wszystkich szesnastu województw, staliśmy się małą korporacją. Zatrudniamy bardzo wiele osób. Dalszy rozwój w tym kierunku chyba nie jest najistotniejszy. Ważne jest to, byśmy byli dla wszystkich, którzy naszej pomocy potrzebują. Byśmy byli skuteczni i tego nam można życzyć.

Dziękuję bardzo za rozmowę.

Ja również.

Z RAFAŁEM SKRZYPCZYKIEM

*wiceprezesem zarządu Fundacji Aktywnej
Rehabilitacji
rozmawiał*

Mirosław Młyński

Obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę

Anna Rososzczuk

Udzielenie świadczenia zdrowotnego przez fizjoterapeutę powinno nastąpić nie tylko z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej i z należytą starannością, ale również z poszanowaniem praw pacjenta. Obowiązek przestrzegania praw pacjenta przez fizjoterapeutę został przewidziany w art. 4 ust. 1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Katalog praw pacjenta został zawarty w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

dalej UPP. Wśród tych praw znajdują się prawo do poszanowania intymności oraz prawo pacjenta do godności. Art. 20 ust. 1 UPP stanowi, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Stosownie do art. 22 ust. 1 UPP w celu realizacji tego prawa osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.



ANNA ROSOSZCZUK

Doktor nauk prawnych

(rozprawa: "Odpowiedzialność majątkowa za szkodę wyrządzoną pacjentowi przez lekarza pracownika - podmiotu leczniczego przy wykonywaniu jego obowiązków").

Radca prawny, prowadzi kancelarię radcy prawnego w Lublinie.

Autorka publikacji naukowych poświęconych zagadnieniom prawa medycznego, cywilnego oraz prawa pracy i ubezpieczeń społecznych.

Wykładowca prawa (m. in. na kierunku fizjoterapia).

Prowadzi bloga:
fizjoterapeutaiprawo.pl

Poszanowanie intymności pacjenta

Definicja pojęcia intymność została sformułowana przez A. Kopffa. W jego opinii, sfera intymności „obejmuje ten zakres faktów dotyczących jednostki i jej przeżyć, który w zasadzie nie jest przez nią ujawniony nawet osobom najbliższym, i którego odsłonięcie przed kimkolwiek wywołuje zawsze uczucie wstydu, zakłopotania i udręki”.

Zasadniczym warunkiem dla poszanowania prawa do intymności jest stworzenie pacjentowi przez podmiot leczniczy (z dniem 1 kwietnia 2019 r. także fizjoterapeutę wykonującego zawód w ramach praktyki zawodowej) właściwych warunków. Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w osobnych pomieszczeniach. Ważną kwestią jest również przeprowadzanie wywiadu czy przekazywanie pacjentowi informacji z poszanowaniem jego intymności, w taki sposób by inne osoby nie słyszały przebiegu rozmowy. Gabinet powinien zostać tak wyposażony, by osoby postronne nie mogły obserwować przebiegu procesu udzielania świadczeń (m. in. poprzez zamontowanie rolet w oknach, które uniemożliwiają obserwację z zewnątrz). Zalecanym rozwiązaniem jest również zastosowanie drzwi zamykanych od wewnątrz lub sygnalizacji przed wejściem do gabinetu informującej o wykonywaniu w danym momencie zabiegu, tak by wyeliminować ryzyko wejścia do niego nieupoważnionych osób.

W sytuacji, gdy pacjent przebywa na sali chorych, w której znajdują się inni hospitalizowani, świadczenia zdrowotne powinny być przeprowadzane w warunkach pozwalających na zachowanie intymności (np. poprzez wykorzystanie parawanów).

Nakaz poszanowania prawa do intymności wiąże się również z obowiązkiem zapewnienia

takich warunków sanitarno-higienicznych, aby prawo to nie doznało istotnego uszczerbku. Przykładowo, w celu zapewnienia pacjentom korzystającym z łazienki warunków gwarantujących poszanowanie intymności, należy zastosować rozwiązania uniemożliwiające ogląd z zewnątrz (poprzez zamontowanie rolet, zasłon, matowych szyb). Drzwi w łazience powinny zostać wyposażone w zamek wewnętrzny, tak by pacjent nie był narażony na przypadkowe wkroczenie osoby trzeciej. Wydawać by się mogło, że są to rozwiązania standardowe, jednakże w raporcie Najwyższej Izby Kontroli, dotyczącym przestrzegania praw pacjenta do intymności i godności w szpitalach wskazano na uchybienia w tym zakresie.

Przy omawianiu prawa do intymności pacjenta, wspomnieć należy także o dopuszczalności stosowania monitoringu wizyjnego w podmiocie leczniczym. Monitorowanie za pomocą kamer nie jest co do zasady dopuszczalne w pomieszczeniach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. W rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012, poz. 739) oraz z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2016, poz. 2218) dopuszczono prowadzenie obserwacji pacjentów przy użyciu kamer tylko w niektórych oddziałach i pomieszczeniach szpitala (pomieszczenie dla położnic i noworodka, oddział dziecięcy, oddział psychiatryczny, stacji dializ, oddział anestezjologii i intensywnej terapii), bez możliwości rejestracji obrazu z kamer.

W miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych nie może być wykorzystywany monitoring dla innych celów niż wskazane w wyżej powołanych rozporządzeniach. Na zasadach ogólnych może być stosowany monitoring w miejscach ogólnodostępnych (np. ciągi komunikacyjne, ale nie w miejscach, w których pacjent ma prawo oczekiwać poszanowania jego intymności takich jak pomieszczenia sanitarne czy przebieralnie). W przypadku gdy np. kamery zainstalowane są na korytarzach, obraz z nich nie może swoim zasięgiem obejmować hospitalizowanych pacjentów przebywających na sali chorych. W uzasadnieniu wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 maja 2017 r. wskazane zostało, że „instalowanie kamer w pomieszczeniach enumeratywnie niewymienionych w przywołanych wyżej rozporządzeniach, a jedynie na zasadach ogólnych, powinno być dokonywane z poszanowaniem godności i intymności pacjentów. Zgoda na wkroczenie w sferę intymności poprzez rejestrowanie obrazu i dźwięku podczas udzielania świadczeń medycznych powinna być wyrażona w sytuacji swobodnej oraz dobrowolnie”.

Przejawem poszanowania intymności pacjenta jest także obowiązek ograniczenia liczby osób wykonujących zawód medyczny obecnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jedynie do tych które te świadczenia realizują. Stosownie do art. 22 ust. 2 UPP osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Nie uzasadnia natomiast obecności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych jedynie okoliczność, że dana osoba przynależy do personelu medycznego. Jako przykład naruszenia prawa pacjenta do intymności wskazuje się wchodzenie do gabinetu, w którym przeprowadzane jest badanie pacjenta, pracowników rejestracji celem dostarczenia dokumentacji medycznej albo personelu medycznego, aby pobrać po-

trzebny im sprzęt (zob. D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 467). Na uczestnictwo i obecność innych osób, których obecność nie jest niezbędna (pojęcie „inne osoby” nie obejmuje osób bliskich) wymagane jest łączne wyrażenie zgody przez pacjenta (w przypadku pacjenta małoletniego zgodę wyraża jego przedstawiciel ustawowy) i osobę wykonującą zawód medyczny udzielającą świadczenia zdrowotnego.

Pacjent ma prawo, aby przy udzieleniu świadczenia zdrowotnego była obecna osoba bliska. Na obecność osoby bliskiej pacjenta nie jest wymagana zgoda osoby wykonującej zawód medyczny. Decyzję w tej kwestii podejmuje wyłącznie pacjent, chyba, że jest on osobą, która nie ukończyła 13 lat, wówczas decyzję podejmuje jego przedstawiciel ustawowy. Natomiast po ukończeniu 13. roku życia, pacjent ma prawo do współdecydowania o obecności osoby bliskiej. Przez pojęcie osoby bliskiej należy rozumieć małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP). Prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej może zostać wyłączone przez odmowę zgody na jej obecność wyrażoną przez osobę wykonującą zawód medyczny, udzielającą świadczeń zdrowotnych temu pacjentowi jedynie w dwóch przypadkach: istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowa podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 21 ust. 2 UPP).

Poszanowanie godności pacjenta

Pojęcie godności pacjenta wchodzi w zakres szerszego pojęcia godności człowieka. Ochronie godności człowieka został poświęcony art. 30 Konstytucji RP, w którym wskazano, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Pacjent ma prawo, aby przy udzieleniu świadczenia zdrowotnego była obecna osoba bliska.

Na obecność osoby bliskiej pacjenta nie jest wymagana zgoda osoby wykonującej zawód medyczny.

**O tym,
czy w danym wypadku
doszło do naruszenia
dobra osobistego
decydujące znaczenie
ma nie subiektywne
odczucie danej osoby,
ale kryteria obiektywne.**

Godność jest definiowana jako „poczucie własnej wartości” (*Słownik języka polskiego PWN*). W wyroku z dnia 25 kwietnia 1989 r. Sąd Najwyższy wskazał, że „godność osobista jest tą sferą osobowości, która konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych osób”.

Naruszenie godności stanowi traktowanie pacjenta w sposób lekceważący, upokarzający czy instrumentalny. Godność może zostać naruszona także przez używanie wobec pacjenta obraźliwych określeń.

Godność i intymność jako dobro osobiste

Godność oraz prawo do poszanowania intymności stanowią dobra osobiste podlegające ochronie prawnej. Dobra osobiste są „wartościami niemajątkowymi, wiążącymi się z osobowością człowieka, uznanymi powszechnie w danym społeczeństwie” (A. Szpunar, *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979, s. 106).

O tym, czy w danym wypadku doszło do naruszenia dobra osobistego decydujące znaczenie ma nie subiektywne odczucie danej osoby, ale kryteria obiektywne. W uzasadnieniu wyroku z dnia 13 września 2013 r. Sąd Apelacyjny w Białymstoku zwrócił uwagę na to, że „ocena, czy w konkretnej sytuacji naruszenie dóbr osobistych rzeczywiście nastąpiło, nie może być dokonywana według miary indywidualnej wrażliwości (ocena subiektywna) zainteresowanego, ta bowiem może być szczególnie duża ze względu na cechy osobowe, np. z powodu szczególnej drażliwości i przewrażliwienia”.

W celu stwierdzenia, czy nastąpiło naruszenie dobra osobistego, należy odwołać się do przyjętych w społeczeństwie ocen. W uzasadnieniu wyroku z dnia 8 października 2009 r. Sąd Najwyższy wskazał, że „dla stwierdzenia naruszenia godności wystarczy, jeśli w obiektywnej ocenie społecznej (ocenie rozsądnych osób trzecich) określone zachowanie danej osoby (podmiotu) narusza wartość innego człowieka”. Natomiast w uzasadnieniu wyroku z dnia 28 października 2010 r. Sąd Apelacyjny w Krakowie

stwierdził, że „nie każda dolegliwość w postaci doznania przykrości stanowi o naruszeniu dóbr osobistych, ale tylko taka, która wedle przeciętnych ocen przyjmowanych w społeczeństwie przekracza próg dozwolonych zachowań i nie jest małej wagi”.

Roszczenia przysługujące pacjentowi w razie naruszenia jego praw

W przypadku naruszenia przez fizjoterapeutę dóbr osobistych, pacjent może dochodzić roszczeń na podstawie art. 24 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, dalej KC. Pacjent, którego dobro osobiste zostało zagrożone bezprawnym działaniem, może wystąpić z powództwem o zaniechanie (orzeczenia przez sąd zakazu dalszego naruszania jego dobra osobistego poprzez wskazanie ściśle zindywidualizowanych czynności, które mają być zaniechane). Wystąpienie z takim roszczeniem będzie zasadne w przypadku zagrożenia naruszenia dobra osobistego albo gdy nastąpiło naruszenie i istnieje uzasadniona obawa, że będzie ono kontynuowane. W razie dokonanego naruszenia pacjent może także żądać, aby osoba, która dopuściła się naruszenia dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności, ażeby złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie.

Oświadczenie to może polegać m. in. na przeproszeniu za naruszenie dóbr osobistych np. poprzez skierowanie przez fizjoterapeutę na adres zamieszkania pacjenta pismem o oświadczenia o określonej treści. Treść oświadczenia (sformułowanie tekstu przeprosin) oraz jego forma (np. wysłanie listu poleconego, opublikowanie przeprosin w prasie) powinny zostać skonkretyzowane przez osobę, której dobro osobiste naruszono. Sposób realizacji roszczenia będzie podlegał ocenie sądu orzekającego w sprawie pod kątem tego, czy żądana treść i forma są odpowiednie i celowe dla usunięcia skutków naruszenia. Przykładowo, gdy zdarzenie, w toku którego doszło do naruszenia dóbr osobistych nie jest znane szerszemu gronu osób, a pacjent wystąpił z żądaniem zamieszczenia przeprosin w prasie, sąd

może uznać, że upublicznienie przeprosin nie jest niezbędne dla zadośćuczynienia krzywdy doznanej przez pacjenta i odpowiednim środkiem do usunięcia skutków tego naruszenia będzie przesłanie na adres pacjenta oświadczenia zawierającego przeprosiny.

Uzyskanie przez pacjenta ochrony jest możliwe jedynie wówczas, gdy dane działanie jest bezprawne, czyli sprzeczne z porządkiem prawnym, a więc z normami prawnymi lub z zasadami współżycia społecznego. Przepis art. 24 § 1 KC wprowadza domniemanie bezprawności naruszenia dóbr osobistych. Oznacza to, że pacjent nie musi tej przesłanki udowadniać. To na osobie, która dobro osobiste naruszyła ciąży obowiązek wykazania, że jej działanie było zgodne z prawem. Fizjoterapeuta zatem, aby zwolnić się od odpowiedzialności ma obowiązek wykazania okoliczności wyłączających bezprawność, czyli istnienie okoliczności usprawiedliwiających jego działanie (wskazać należy, że wzajemne naruszenie godności przez pacjenta i fizjoterapeutę nie pozbawia pacjenta prawa do ochrony naruszonego dobra). Natomiast na pacjentce spoczywa ciężar dowodu, jakie konkretnie dobro osobiste zostało zagrożone lub naruszone oraz wskazanie, przez jakie działania pozwanego.

Zgodnie z art. 24 § 1 zd. 3 KC na zasadach przewidzianych w kodeksie ten, czyje dobro osobiste zostało naruszone, może również żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny. Przepis ten odsyła m. in. do art. 448 KC, który stanowi, że w razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.

Pokrzywdzony może dochodzić jednego z tych roszczeń (przyznania zadośćuczynienia na swoją rzecz albo zasądzenia okreś-

lonej kwoty pieniężnej na wskazany cel społeczny) albo obu równocześnie (domagać się części zadośćuczynienia dla siebie i części na cel społeczny). Wybór celu społecznego, na który mają zostać przeznaczone środki pieniężne dokonywany jest przez pokrzywdzonego. Zadośćuczynienie na rzecz pokrzywdzonego pełni przede wszystkim



funkcję kompensacyjną. A. Szpunar wskazuje, że suma pieniężna przyznana tytułem zadośćuczynienia „powinna wynagrodzić doznane przez poszkodowanego cierpienia fizyczne i psychiczne oraz utratę radości życia. Ma mu wreszcie ułatwić przezwycięzenie ujemnych przeżyć (...). Dzięki temu zostaje przywrócona – przynajmniej częściowo – równowaga, która została zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego” (zob. A. Szpunar, *Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową*, Bydgoszcz 1999, s. 78).

Zasądzenie określonej kwoty na cel społeczny także w pewnym zakresie spełnia funkcję kompensacyjną, gdyż umożliwia pokrzywdzonemu uzyskanie satysfakcji z faktu, że naruszenie dobra osobistego, spotkało się z odpowiednią reakcją oraz z tego, że zasądzona kwota będzie stanowiła wsparcie dla wybranego przez niego podmiotu, lecz podstawową jego funkcją jest funkcja represyjna i prewencyjno-wychowawcza. W przypadku wystąpienia z żądaniem zasądzenia zadośćuczynienia, pokrzywdzony powinien udowodnić naruszenie konkretnego dobra

fot. Mirosław Młyński

osobistego, winę sprawcy, szkodę niemajątkową oraz istnienie adekwatnego związku przyczynowego między tym czynem a szkodą niemajątkową. Ustalając wysokość zadośćuczynienia sąd bierze pod uwagę rodzaj naruszonego dobra osobistego, rozmiar i intensywność doznanej krzywdy, stopień nasilenia i czas trwania ujemnych przeżyć oraz stopień winy sprawcy.

Pacjent może dochodzić zadośćuczynienia na podstawie art. 4 ust. 1 UPP. Zgodnie z tym przepisem w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 KC.



fot. Mirosław Młyński

W przypadku wystąpienia z tym roszczeniem na pacjencie spoczywa ciężar wykazania naruszenia prawa pacjenta określonego ustawą oraz winy fizjoterapeuty (podmiotu leczniczego).

W sytuacji, gdy naruszenie praw pacjenta stanowić będzie jednocześnie naruszenie dobra osobistego (np. w przypadku naruszenia prawa do intymności lub godności), do pacjenta należy wybór, czy będzie dochodził zadośćuczynienia na podstawie art. 448 KC czy na podstawie art. 4 ust. 1 UPP. Nie jest możliwa kumulacja wskazanych wyżej roszczeń o zadośćuczynienie na podstawie odrębnych podstaw prawnych.

Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta

Pacjent może także poinformować Rzecznika Praw Pacjenta o naruszeniu jego praw, składając wniosek zawierający opis stanu faktycznego. Do kompetencji rzecznika należy podjęcie sprawy i samodzielne prowadzenie postępowania wyjaśniającego lub zwrócenie się o zbadanie sprawy lub jej części do właściwych organów. Jeżeli, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, rzecznik nie stwierdzi naruszenia praw pacjenta, informuje o tym wnioskodawcę oraz podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, którego sprawa dotyczy. W przypadku stwierdzenia naruszenia praw pacjenta, rzecznik może skierować wystąpienie do podmiotu, w działalności którego stwierdził naruszenie praw pacjenta (w wystąpieniu tym rzecznik formułuje opinie lub wnioski, co do sposobu załatwiania sprawy, jak również może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych). Rzecznik może się też zwrócić do organu nadrzędnego nad danym podmiotem z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych przepisami prawa. W ustawie o prawach pacjenta wskazano, że Rzecznik Praw Pacjenta jest uprawniony do niepodjęcia sprawy. Rzecznik może także poprzestać na wskazaniu pacjentowi przysługujących mu środków prawnych.

dr n. praw. Anna Rososzczuk

radca prawny

System DAPT, czyli samodzielność zawodowa fizjoterapeuty na świecie

Dalia Woźnica

24 listopada 2018 roku odbył się I Kongres Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Wydarzenie nie dość, że intensywne, to jeszcze na bardzo dobrym poziomie. Podczas kongresu w panelu dyskusyjnym pt. „Jakie kompetencje fizjoterapeuci mają dziś i dokąd zmierzamy”, obok członków prezydium i innych wybitnych fizjoterapeutów, gościliśmy dwie koleżanki po fachu - Agnieszkę Lewko i Ewę Jaraczewską. Obie są fizjoterapeutkami z wieloletnim doświadczeniem pracy zawodowej w USA i Wielkiej Brytanii. Wypowiedzi obu pań stanowią idealny wstęp do tematu, jaki chcę poruszyć w tym numerze „Głosu Fizjoterapeuty”, czyli o samodzielności zawodowej fizjoterapeuty.

Ewa Jaraczewska omówiła badania przedstawiające korzyści finansowe (sic!) dla szpitali w USA z tytułu zatrudniania fizjoterapeutów. Agnieszka Lewko rozpoczęła swoje wystąpienie w optymistycznym tonie: „ukończyłam edukację zawodową w Polsce, moje wykształcenie nie różni się od waszego”. Dodała też następnie, że kieruje samodzielnie oddziałem dziennej rehabilitacji pulmonologicznej w Londynie, na którym nie ma na stałe zatrudnionego lekarza.

W Wielkiej Brytanii oraz USA od ponad 30 lat docenia się i wykorzystuje szerokie kompetencje fizjoterapeutów. Agnieszkę Lewko przedstawiono jako jedyną fizjoterapeutkę spośród zgromadzonych na kongresie, mającą prawo wypisywania recept na wybrane leki. Niestety, więcej nas różni od fizjoterapeutów w Wielkiej Brytanii.

Wielka Brytania z rynkiem 45 tysięcy zrzeszonych fizjoterapeutów jako jedyny kraj w Europie daje zarejestrowanym fizjoterapeutom pełne prawa w zakresie tzw. „advance scopes of practice” (rozszerzone kompetencje). Oznacza to, że na podstawie prawnych regulacji mogą oni: przerywać

ciągłość skóry pacjenta, kierować samodzielnie oddziałem rehabilitacji dziennej, wypisywać skierowania na pewne grupy leków oraz pełne zaopatrzenie ortopedyczne, wypisywać skierowania do innego specjalisty lub na badania obrazowe, niektóre badania obrazowe mogą przeprowadzać samodzielnie oraz opisywać w dokumentacji. Zarówno na rynku publicznym, jak i prywatnym pracują jako specjaliści pierwszego kontaktu, przyjmując pacjentów bez wymogu wcześniejszej dokumentacji medycznej, czyli w systemie DAPT.

Termin DAPT (direct access to physiotherapy), używany wymiennie z PSR (patient self-referral) oznacza bezpośredni dostęp do fizjoterapii, a także brak obowiązku posiadania przez pacjenta skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne. Stawia to fizjoterapeutę właśnie w świetle specjalisty pierwszego kontaktu. Regulacje prawne systemu DAPT zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym mają w Europie takie państwa jak: Holandia, Finlandia, Irlandia, Łotwa, Luxemburg, Norwegia, Szwecja, Szwajcaria i Wielka Brytania.

Liczne i długofalowe badania naukowe związane z terminem DAPT określają jasno korzyści wdrożenia takiej ścieżki w system zdrowia:

- udrożnienie dostępu do fizjoterapii, a więc zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenie;
- poprawa statusu zawodowego fizjoterapeutów i świadomości społecznej;
- przerzucenie na pacjenta odpowiedzialności za swoje zdrowie (tzw. self-management);
- odciążenie pracy lekarzy pierwszego kontaktu;
- oszczędności sięgające 60% całkowitych kosztów leczenia pacjenta, najczęściej



DALIA WOŹNICA

Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Redaktor działu zagranicznego

Przewodnicząca zespołu ds. międzynarodowych (International Cooperation Committee)

Entuzjastka odbudowy potęgi polskiej fizjoterapii na świecie. Z zamiłowaniem do śledzenia dynamiki międzynarodowego rynku zawodowego, otworzyła przewód doktorski, porównując w nim zagraniczne systemy. Pracując w Niemczech, Anglii czy Irlandii zrozumiała jak potrzebne jest ujednolicenie zawodu w Europie.

Zajmuje się fizjoterapią dzieci i młodzieży.

Zna język angielski i niemiecki, a z zamiłowaniem i bezskutecznie uczy się arabskiego.

**Termin DAPT
oznacza bezpośredni
dostęp do fizjoterapii,
a także brak obowiązku
posiadania
przez pacjenta
skierowania na zabiegi
fizjoterapeutyczne.**

z tytułu zmniejszenia podejmowania dodatkowych wizyt lekarskich, dodatkowych badań obrazowych, interwencji chirurgicznych oraz aplikacji środków farmakologicznych.

„Moje wykształcenie nie różni się od waszego” - powiedziała Agnieszka Lewko. Ja dodałabym: „ale system i regulacje prawne są odmienne”.

Fizjoterapeutom w Wielkiej Brytanii zaufano, zwiększono im kompetencje i samodzielność, nie ingerując w proces kształcenia.

Dalia Woźnica

**Redaktor działu zagranicznego
Przewodnicząca zespołu ds. międzynarodowych
(International Cooperation Committee)**

PS: Zachęcam do dwóch krótkich quizów:

1) znajdź różnice w poniższej tabelce:

państwo	status zawodu	izba zawodowa	obowiązkowy rejestr	kształcenie	ECTS	studia III stopnia	specjalizacja	egzamin państwowy	obowiązek praktyk
UK	paramedyczny	TAK	TAK	3 + 2	240	NIE	NIE	NIE	NIE
PL	medyczny	TAK	TAK	5	300	TAK	TAK	TAK	TAK

2) wskaż trzy z wymienionych poniżej barier, które według ciebie stanowią najczęstszą przeszkodę przy wprowadzeniu systemu DAPT:

- negatywna opinia lekarzy,
- negatywna opinia polityków,
- negatywna opinia społeczeństwa,
- brak regulacji prawnych,
- brak regulacji zawodowych w firmach ubezpieczeniowych,
- niewystarczające kompetencje fizjoterapeutów.

(prawidłowe odpowiedzi na stronie 30)

WIZYTA GOŚCI Z UKRAINY

Nasz zespół podczas kongresu był odpowiedzialny za organizację i koordynowanie spotkania w siedzibie KIF delegacji z Ukrainy (w tym przedstawicieli ukraińskiego Ministerstwa Zdrowia) wraz z przedstawicielami polskiego ministerstwa.

Tematyka spotkania, które odbyło się 23 listopada 2018 w Warszawie, obejmowała kierunki rozwoju fizjoterapii jako nowej profesji na Ukrainie. Strona polska przedstawiła rozwiązania, jakie zastosowano podczas tworzenia systemu kształcenia fizjoterapeutów, koszyka świadczeń oraz obowiązujących procedur w Polsce w ciągu ostatnich lat.

Porównano sytuację fizjoterapeutów w Polsce w chwili obecnej do planowanego statusu fizjoterapeutów na Ukrainie. Strona polska zadeklarowała wsparcie dla strony ukraińskiej w dziedzinie doradztwa co do tworzonego systemu opieki fizjoterapeutycznej.

Ukraińskie Ministerstwo Zdrowia reprezentowali: szefowa resortu zdrowia odpowiedzialna za reformę rehabilitacji na Ukrainie **Olena Kolomiichuk** oraz *project menagerowie* odpowiedzialni za reformę rehabilitacji na Ukrainie - **Anastasiia Boichuk** i **Oleh Dudin**.

Przedstawiciele Stowarzyszenia Fizjoterapeutów Ukrainy UPTA (Ukrainian Physical Therapy Asociacion):

- **Yaropolk Pshyk** - fizjoterapeuta, kierownik Medycznego Centrum Fizjoterapii i Leczenia Bólu „Innovo” we Lwowie,
- **dr Kateryna Tymruk-Skoropad** - fizjoterapeutka, kierownik zakładu Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej Akademii Wychowania Fizycznego we Lwowie,
- **dr Oleg Bilianskyi** - fizjoterapeuta, kierownik Zakładu Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej na Katolickim Uniwersytecie na Ukrainie.

(opracowanie: Joanna Tokarska)



TRWAJĄ INTENSYWNE PRZYGOTOWANIA DO KONGRESU WCPT W GENEWIE

Miło nam donieść, że członkini naszego zespołu **Weronika Krzepkowska** objęła funkcję koordynowania przygotowań do kongresu w Genewie.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów prof. **Maciej Krawczyk** wraz z wiceprezsem **Ernestem Wiśniewskim** i **Dalią Woźnicą** wezmą udział w spotkaniu Rady Zarzą-

du Głównego WCPT, które odbędzie się przed kongresem, w dniach 8-10 maja 2019. Na spotkaniu obecni będą przedstawiciele izb i stowarzyszeń fizjoterapeutów z całego świata. W tym roku spotkanie to będzie szczególnie ważne, gdyż obok spraw bieżących, przeprowadzone zostanie głosowanie nad nowelizacją ustawy i statutu WCPT.

IZBA WSPIERA MŁODE, NAUKOWE TALENTY

Cieszymy się nadsyłanymi zgłoszeniami udziału naszych fizjoterapeutów w kongresie WCPT. Z końcem roku 2018 komisja kongresowa WCPT rozesłała informacje o akceptacji nadesłanych abstraktów. Osoby, których prace zostały zakwalifikowane zgłaszały się do naszego zespołu w celu wsparcia finansowego. Zgodnie z ogłoszo-

nym konkursem, Krajowa Izba Fizjoterapeutów sfinansuje lot oraz pobyt uczestników kongresu, których prace zostały zaakceptowane zarówno do sesji plakatowej, jak i ustnej. Po weryfikacji kryteriów przez nasz zespół, wsparcie finansowe uzyskało 13 osób. Serdecznie wszystkim gratulujemy!

SPOTKANIE KRAJOWEJ IZBY FIZJOTERAPEUTÓW Z WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) POLSKA

16 stycznia 2019 odbyło się spotkanie w siedzibie WHO Polska w Warszawie przedstawicieli Krajowej Izby Fizjoterapeutów z przedstawicielem World Health Organization (WHO) Polska. W spotkaniu udział wzięli: prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów dr hab. n. med. **Maciej Krawczyk**, członkini zespołu ds. międzynarodowych

Weronika Krzepkowska oraz dyrektor biura WHO w Polsce dr **Paloma Cuchi**.

Prezentowano misję, główne obszary działań oraz cele Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz zachęcono do dalszej współpracy.

(opracowanie: Weronika Krzepkowska)

ODPOWIEDZI DO QUIZU

ze strony 28:

1. negatywna opinia polityków
2. negatywna opinia lekarzy
3. brak regulacji prawnych

zagranica

ZAŻALENIE DO NIEMIECKIEGO STOWARZYSZENIA ZVK NA TEMAT ZŁEGO TRAKTOWANIA FIZJOTERAPEUTÓW Z POLSKI

Do pani **Andrei Rädlein**, szefowej stowarzyszenia fizjoterapeutów w Niemczech (ZVK) wysłane zostało oficjalne pismo Krajowej Izby Fizjoterapeutów, opracowane przez nasz zespół, w którym składamy zażalenie na złe traktowanie fizjoterapeutów z Polski, ubiegających się o nostryfikację dyplomu w Niemczech. Jesteśmy informowani o przedłużającym się bezpodstawnie czasie procedowania dokumentów, nieadekwatnych do

posiadanych kwalifikacji orzeczeń, wymogu zdawania drogich egzaminów, mimo spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych oraz o niesprawiedliwym traktowaniu. Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów **Maciej Krawczyk** apeluje w liście o zajęcie stanowiska w tej sprawie i prosi o jasny komunikat skierowany do urzędów oraz, że oczekuje pisemnego wyjaśnienia przyczyn zgłaszanych nam problemów.

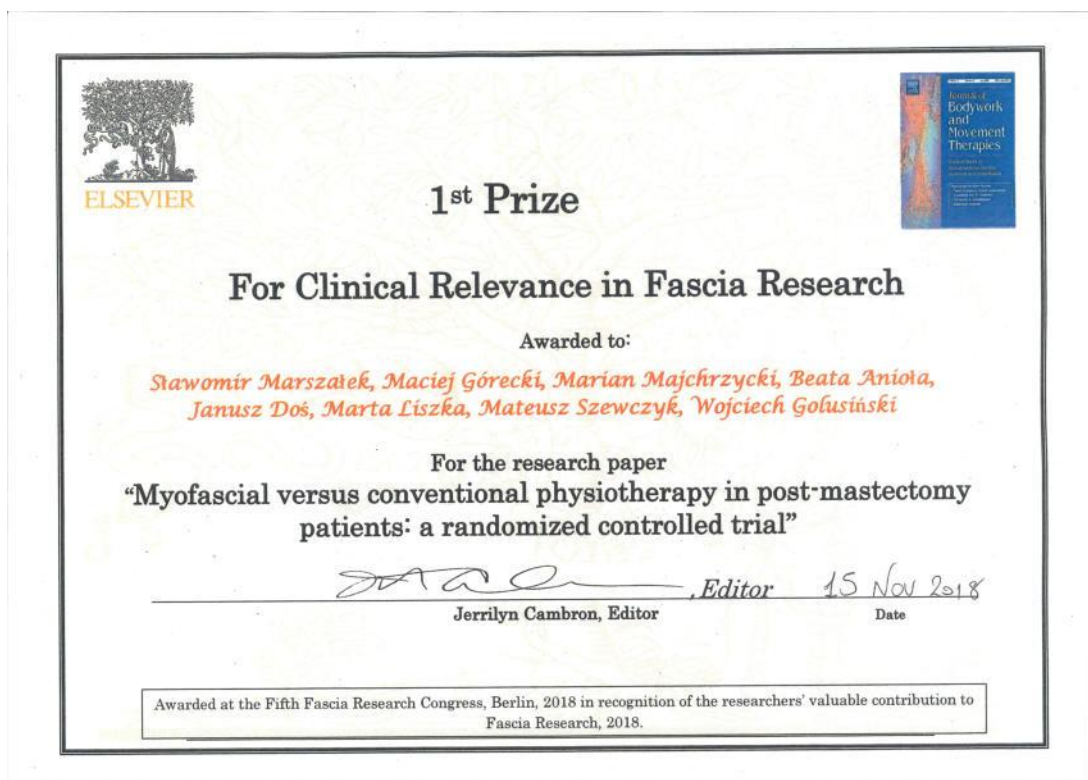
PIERWSZA NAGRODA ZA NAJLEPSZĄ PRACĘ BADAWCZĄ

W dniach 13-15 listopada 2018 roku w Berlinie odbył się "5th Fascia Research Congress". Miło nam poinformować, że podczas tego najważniejszego, cyklicznego spotkania naukowców i praktyków zajmujących się tkanką łączną, praca badawcza pod kierownictwem **dra hab. Sławomira Marszałka** dotycząca terapii mięśniowo-powięziowej u kobiet po mastektomii zdobyła pierwszą nagrodę za najlepszą pracę badawczą dotyczącą powięzi.

Ponadto, dr hab. Sławomir Marszałek oraz **mgr Maciej Górecki**, jako jedyni prelegenci

z Polski zostali zakwalifikowani do prezentacji ustnych i wygłosili referaty dotyczące prowadzonych przez nich badań dotyczących roli technik mięśniowo-powięziowych w fizjoterapii po mastektomii oraz po operacjach onkologicznych w rejonie głowy i szyi.

Składamy najszczerze gratulacje oraz życzymy dalszych, równie owocnych sukcesów naukowych!



KiF

PATRONAT

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów



Fizjoterapia
Polska



POLSKIE TOWARZYSTWO
FIZJOTERAPII

23 LUTEGO BARKA BATORY
KRAKÓW

IV KARNAWAŁOWY BAL FIZJOTERAPEUTY

Zapewniamy:

wspaniałą zabawę z DJ'em,
konkursy z cennymi nagrodami

3 daniowa kolacja,

drugie ciepłe danie

bufet szwedzki,

ciepłe i zimne napoje,

butelka wódki i 2 butelki wina na 8 osób

Bilety: ZDZICHU 606373696

GRZEGORZ 535 453 632

FACEBOOK.COM/SFPMALOPOLSKA

Cena regularna: 165 zł. Dla pierwszych 50 osób 150 zł. Dla członków

Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska i Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii 130 zł.

BILETY W SPRZEDAŻY OD 14.01 DO 10. 02

SPONSORZY



OrtoKursy

szkolenia dla fizjoterapeutów



Udanej zabawy życzy zespół Meden-Inmed



S-NET
GRUPA TOYA





**Krajowa Izba
Fizjoterapeutów**

Krajowa Izba Fizjoterapeutów

pl. Stanisława Małachowskiego 2

00-066 Warszawa

Biuro: +48 22 230 23 80

Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów:

+48 22 230 20 15 (-16)

www.kif.info.pl