

W/230/2011

Warszawa, dnia 14.06.2011 rok

Szanowny Pan  
Dr hab. n. med. Romuald Krajewski  
Koordynator Konferencji Towarzystw Lekarskich

Szanowni Państwo,

W imieniu członków Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, pragniemy przekazać nasze stanowisko odnośnie tez sformułowanych przez Panią Profesor Jolantę Kujawę, na Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich, która odbędzie się w dniu 27 czerwca 2011r. Chcielibyśmy zwrócić uwagę na kilka poważnych nieścisłości, pojawiających się w opracowanym przez Panią Profesor piśmie. Żadne ugrupowanie Fizjoterapeutów **nie dążyło i nie dąży do przejęcia całokształtu opieki nad pacjentem wymagającym rehabilitacji.** Zajmujemy się częścią tego procesu, a mianowicie fizjoterapią – leczeniem ruchem i bodźcami fizykalnymi. Uważamy, że bliska współpraca z lekarzami specjalistami jest niezbędna dla dobra pacjentów.

Zawód fizjoterapeuty jest zawodem medycznym (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 20.04.1995r.). Jest zaliczany do grupy zawodów specjalistycznych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.09.2002r. Dz. Ust. 173 poz. 1419) wymagających wysokiego poziomu wiedzy zawodowej i umiejętności praktycznych.

Fizjoterapeuci stanowią przeszło 50-tysięczną grupę wykwalifikowanych fachowców. Europejski system edukacji obowiązujący w Polsce, przewiduje w ciągu minimum 5 lat studiów 6120 godzin, w tym: 1545 godzin teoretycznych i 1520 godzin praktycznych, ukierunkowanych na zagadnienia związane z fizjoterapią. Natomiast studia lekarskie przewidują minimum 5700 godzin, w tym: 30 godzin z zakresu rehabilitacji, bez zajęć praktycznych (źródło: Załącznik nr 33 i 54 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Dz. Ust. 164 poz. 1365 2007r., dotyczący standardów kształcenia na kierunku fizjoterapia i lekarskim).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz. Ust. 140 poz. 1145, 2009r.) uważamy, że fizjoterapeuci są grupą zawodową przygotowaną do samodzielnego planowania i prowadzenia procesu fizjoterapii w oparciu o czynnościowe badanie narządu ruchu na podstawie diagnozy lekarskiej, przy ścisłej współpracy ze specjalistami np. ortopedii, neurologii, interny, pediatrii i innych.

Jednocześnie pragniemy nadmienić, że kilkudziesięciu fizjoterapeutów posiada tytuł profesora i doktora habilitowanego, przeszło dwustu tytuł doktora, a ponad dwadzieścia tysięcy kształci się ustawicznie i ukończyło specjalistyczne studia i szkolenia podyplomowe z certyfikatami uznawanymi na całym świecie.

Kierując się wspomnianym dobrem pacjenta pragniemy poinformować, że nie zgadzamy się na stanowisko proponowane przez Panią Profesor Jolantę Kujawę (punkt 2 załącznika nr 2). **Uważamy, że jest ono niebezpieczne i ograniczy pacjentom dostęp do rehabilitacji.** Obecne dane Naczelnej Izby Lekarskiej wskazują, że czynnych zawodowo lekarzy specjalistów rehabilitacji jest 1636. Wg danych NFZ w Polsce zarejestrowanych jest ponad 4000 ZOZ-ów świadczących usługi rehabilitacyjne. Nie jest zatem możliwe, aby lekarz specjalista rehabilitacji medycznej był w stanie sprostać wymaganiom kierowania i nadzorowania procesu usprawniania pacjentów. W tej sytuacji nasuwa się pytanie: o czyje dobro w tym przypadku toczy się dyskusja?

Jeszcze raz pragniemy podkreślić, że będziemy kontynuować wieloletnią, ścisłą współpracę ze wszystkimi specjalistami, uczestniczącymi w procesie rehabilitacji i mamy nadzieję, że podobne inicjatywy nie zaburzą tego procesu.

Z wyrazami szacunku

Zarząd Główny Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska

*Jacek Kowalewski, Marcin Krawczyk,  
Aleksander Lisak, Agnieszka Stępkiewicz,  
Bartłomiej Sikorski, Tomasz Florkowski,  
Ernest Nisinkiewicz*

---

**Załączniki:**

- nr 1. *Tezy do dyskusji na forum konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich*
- nr 2. *Projekt stanowiska Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich w sprawie roli specjalistów rehabilitacji medycznej oraz interdyscyplinarnej współpracy w dziedzinie rehabilitacji medycznej*

**Do wiadomości:**

1. Minister Zdrowia
2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej
4. Krajowi Konsultanci podstawowych specjalizacji lekarskich
5. Profesor Jolanta Kujawa

## Załącznik nr 1

### Tezy do dyskusji na forum Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich

Wraz z rozwojem cywilizacji zwiększają się potrzeby rehabilitacyjne chorych przewlekle oraz osób z niepełnosprawnościami, będącymi następstwem urazów i radykalnego leczenia chorób nowotworowych. Prognozy demograficzne wskazują, iż zwiększy się liczba osób ze zmianami przeciążeniowo-zwyrodnieniowymi układu ruchu, jak i inwolucyjnymi w zakresie innych układów w związku ze starzeniem się społeczeństwa wynikającym ze zwiększania się średniej długości życia i zmniejszenia liczby urodzeń. Coraz większe są oczekiwania pacjentów w stosunku do narodowego systemu opieki zdrowotnej. Miejsce i rola rehabilitacji medycznej, jako niezależnej dyscypliny medycyny - podstawowej specjalizacji lekarskiej są wciąż niedoceniane. W imieniu środowiska lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej zgłaszam do dyskusji poniższe zagadnienia:

#### 1. **Rehabilitacja medyczna, jako samodzielna dziedzina medycyny.**

Rehabilitacja medyczna zajmuje się całokształtem opieki medycznej wraz z aspektami psychologiczno-społecznymi chorych po urazach, z niepełnosprawnościami oraz przewlekłymi chorobami. Jej celem jest przywrócenie możliwości funkcjonowania w społeczeństwie w jak najwięcej, możliwym do uzyskania zakresie.

W czasie sześcioletnich studiów medycznych oraz pięcioletnich specjalizacyjnych lekarz nabywa umiejętności i uzyskuje kwalifikacje do sprawowania kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem oraz kierowania dynamicznym zespołem rehabilitacyjnym, składającym się z przedstawicieli profesji medycznych oraz pozamedycznych (np. pedagogy), których wiedza i umiejętności są na danym etapie niezbędne w realizacji procesu rehabilitacji. Ze względu na specyfikę wielokierunkowych potrzeb pacjenta i stosowanych środków terapeutycznych, rehabilitacja medyczna została wyodrębniona, jako podstawowa specjalizacja lekarska w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej mają swoje gremium w Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych: UEMS PRM Section and Board.

Interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny ma do dyspozycji szereg środków terapeutycznych, m.in. farmakologicznych, fizjoterapeutycznych, logopedycznych, psychologicznych. Ocena obciążenia psychofizycznego związanego z całością działań leczniczych, ustalenie hierarchii ważności potrzeb chorego, ustalenie okresów obiektywizacji oraz oceny uzyskiwanej poprawy klinicznej i funkcjonalnej, a także ustalenie prognozy końcowego stanu funkcjonalnego należą do zakresu kompetencji lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

Program specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej, zapewnia możliwość optymalizacji wykorzystania środków przeznaczanych na świadczenia zdrowotne w tym zakresie. Specjalista w tej dziedzinie posiada wiedzę i umiejętności zapewniające dokonanie prawidłowej oceny zdolności organizmu (w danym stanie zdrowia chorego, często z licznymi chorobami współistniejącymi) do wytworzenia oczekiwanej odpowiedzi na stosowane bodźcowe leczenie środkami terapii fizykalnej i kinezyterapii oraz oceny tolerancji wysiłku fizycznego. Praktyczna znajomość metod leczniczych, na tym poziomie, nie jest dostępna lekarzom innych specjalności. Należy podkreślić, iż umiejętność przewidywania, czy oczekiwana reakcja nie przekracza możliwości organizmu w danym stanie funkcjonalnym jest podstawą zapewnienia choremu bezpieczeństwa. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej jest przygotowany do współpracy ze specjalistami w innych dziedzinach medycyny i do podejmowania decyzji w trybie konsyliarnym.

#### 2. **Nieprawidłowe nazewnictwo w dokumentach UE.**

Rehabilitacja medyczna nie jest jednoznacznie rozpoznawana przez przedstawicieli zawodów medycznych i pozamedycznych. Na niekorzyść obydwu środowisk zawodowych rehabilitacji i

fizjoterapii nazwa „fizjoterapia” jest stosowana w licznych przepisach dotyczących kwalifikacji zawodowych lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, m.in. w dyrektywie 2001/19/WE oraz pokrewnych wskazujących na uznawanie kwalifikacji zawodowych wymiennie z „rehabilitacją medyczną”.

**3. Wskazanie problemów i zagrożeń praktyki lekarskiej lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, a w związku z tym potencjalne pogorszenie jakości opieki nad pacjentem.**

W związku z niejednoznacznym nazewnictwem lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów oraz brakiem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty w Polsce, ta grupa zawodowa wyraża silne dążenia do przejęcia całokształtu opieki nad pacjentem wymagającym rehabilitacji. Jednakże fizjoterapeuci nie są przygotowani oraz nie mają uprawnień do stawiania diagnozy medycznej, w szczególności rozpoznawania i leczenia chorób mogących mieć istotne znaczenie dla modyfikacji postępowania rehabilitacyjnego. Ponadto nie mają uprawnień, do zalecania farmakoterapii, kierowania na badania diagnostyczne, niezbędne konsultacje lekarskie. Nie są uprawnieni do opiniowania o stanie zdrowia pacjenta, w szczególności w celach urzędowych. Ze względu na inny kierunek wykształcenia fizjoterapeutów, nie są i nie będą oni przygotowani do pełnienia tych zadań w trakcie opieki nad pacjentem.

Ponadto fizjoterapeuci nie mają obowiązku ubezpieczenia cywilnego w związku z błędami w sztuce, w szczególności za błędną lub opóźnioną diagnozę medyczną oraz zastosowanie nieodpowiedniej terapii. Dotychczas odpowiedzialność za wdrożone przez fizjoterapeutów formy terapii spoczywa na lekarzu kierującym chorego do fizjoterapeuty. Uznanie prawa fizjoterapeutów do zlecania fizjoterapii oraz farmakoterapii, zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych jest niemożliwe w obecnym stanie prawnym.

Istotnym problemem jest także utrudniony dostęp do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej i często brak możliwości zasięgnięcia jego opinii w przypadku skierowania pacjentów na rehabilitację po ostrych zachorowaniach oraz ograniczenie możliwości lekarzy specjalistów rehabilitacji do diagnostyki poprzez niedofinansowanie świadczeń.

**4. Potrzeba określenia zasad współpracy członków interdyscyplinarnych zespołów medycznych i wzajemnego poszanowania kompetencji.**

Ze względu na szeroko rozumiane dobro pacjenta podkreślić należy konieczność upowszechnienia konsultacji lekarskich przy wdrażaniu rehabilitacji na innych oddziałach szpitalnych, np. kardiologicznych, ortopedycznych, neurologicznych, w celu ustalania programu usprawniania w stanach ostrych. Lekarz rehabilitacji ma niezbędne umiejętności i kwalifikacje do oceny stanu klinicznego pacjenta, przejęcia nad nim opieki w stabilnym stanie, modyfikacji leczenia podstawowego w trakcie intensywnego usprawniania ruchowego oraz rozpoznania zagrożeń i chorób współistniejących. Lekarz rehabilitacji w trakcie szkolenia specjalizacyjnego uzyskuje odpowiednie kompetencje do oceny obciążenia psychofizycznego związanego z całością działań leczniczych i kierowania zespołem rehabilitacyjnym, zgodnie z zalecaną przez WHO (1970) Polską Szkołą Rehabilitacji.

**Stanowisko Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich**

**z dnia .....**

**w sprawie roli specjalistów rehabilitacji medycznej oraz interdyscyplinarnej współpracy w dziedzinie rehabilitacji medycznej**

Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich:

- uznając zwiększające się potrzeby polskiego społeczeństwa w zakresie rehabilitacji,
- rozumiejąc interdyscyplinarny charakter procesu rehabilitacji,
- dostrzegając problemy związane z organizacją, realizacją i finansowaniem świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, szczególnie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych,
- dostrzegając starania środowiska lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej o nadanie właściwej rangi tej dziedzinie medycyny i uznanie ich roli oraz właściwego miejsca wśród innych specjalistów,
- obserwując problemy związane z dostępem do wysokiej jakości świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia,

przyjmuje następujące stanowisko:

1. Należy zapewnić łatwiejszy dostęp do świadczeń lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego chorych, wymagających rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, szczególnie w oddziałach o innym niż rehabilitacja profilu (neurologicznych, kardiologicznych, pediatrycznych, pulmonologicznych, onkologicznych etc).
2. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej powinni pełnić rolę kierownika i koordynatora działań zespołów rehabilitacyjnych.
3. Należy przestrzegać poszanowania kompetencji i uznawania odpowiedzialności zawodowej członków interdyscyplinarnych zespołów rehabilitacyjnych, zgodnie z ich kwalifikacjami i obowiązującym prawem.

KPTL deklaruje aktywny udział w pracach nad tworzeniem przepisów prawnych regulujących powyższe kwestie.