

Numer i nazwa Osi priorytetowej: II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji.

Numer i nazwa Działania: 2.20 Wysokiej jakości dialog społeczny w zakresie dostosowania systemów edukacji i szkolenia do potrzeb rynku pracy.

Tytuł projektu: Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów

Część IV - Analiza systemu edukacji i szkoleń fizjoterapeutów w kontekście kluczowych obszarów kompetencyjnych i kwalifikacyjnych fizjoterapeutów

Raport końcowy z rekomendacjami dotyczącymi systemu edukacji i szkoleń fizjoterapeutów

Barbara Juśkiewicz-Swaczyna

Metodyka badania

Cele badania

1. Określenie kluczowych obszarów kompetencyjnych i kwalifikacyjnych fizjoterapeutów (kobiet i mężczyzn), w kontekście potrzeb rynku pracy, wyzwań społecznych, umiejętności i kompetencji miękkich oraz najefektywniejszych metod i modeli fizjoterapeutycznych.
2. Określenie możliwości rozwoju twardych i miękkich kompetencji fizjoterapeutów z wykorzystaniem środków krajowych i zagranicznych, z podkreśleniem optymalizacji wydatkowania środków.
3. Sformułowanie rekomendacji do systemu edukacji fizjoterapeutów na poziomie szkolnictwa wyższego i w trakcie ich kariery zawodowej (kształcenie przez całe życie).

Problemy badawcze

1. Jak kształtuje się samoocena kompetencji miękkich i twardych wspomagających organizację pracy w zależności od stażu pracy w zawodzie fizjoterapeuty w odniesieniu do samooceny studentów ostatnich lat studiów i oceny pracodawców?
2. Czy istnieją znaczące różnice między samooceną absolwentów uczelni polskich i zagranicznych z terenu UE w zakresie kompetencji miękkich wspomagających pracę zawodową?
3. Jaka jest samoocena badanych w zakresie posługiwania się językiem obcym specjalistycznym?
4. Czy fizjoterapeuci są przygotowani do porozumiewania się z niesłyszącymi pacjentami i członkami ich rodzin?
5. Jak kształtuje się samoocena kompetencji do pracy z dziećmi w badanych grupach (studenci, fizjoterapeuci ze stażem do 3 lat i powyżej)?
6. Jaka jest samoocena potrzeb doksztalcania się w zakresie metod, technik oraz obszarów fizjoterapii oraz fizjoprofilaktyki w badanych grupach w kontekście potrzeb własnych oraz potrzeb zgłaszanych przez pracodawców?
7. Czy zakres merytoryczny zainteresowań szkoleniowych studentów i fizjoterapeutów pokrywa się z oczekiwaniami pracodawców w kontekście poszerzenia profilu działania placówek?
8. Jaki jest aktualny poziom udziału badanych grup w doskonaleniu zawodowym?
9. Na jakim poziomie jest zainteresowanie badanych grup udziałem w szkoleniach z zakresu kompetencji miękkich i jakie formy szkoleń są preferowane?
10. Jakie źródła finansowania są wykorzystywane przez fizjoterapeutów?

Materiał badawczy

1. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 300 studentów ostatniego roku studiów wyższych na kierunkach fizjoterapia z uczelni prywatnych i państwowych w łącznej liczbie 44, działających zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty, których kierunki są wpisane do Zintegrowanego Systemu Kształcenia.

2. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 300 absolwentów fizjoterapii, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty bez prawa do samodzielnego wykonywania zawodu w pierwszych 3 latach po ukończeniu studiów.
3. Informacje z 80 pogłębionych wywiadów telefonicznych w grupie młodych fizjoterapeutów (do 3 lat od ukończenia studiów).
4. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 130 absolwentów fizjoterapii ze stażem pracy powyżej 3 lat.
5. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 110 pracodawców zatrudniających fizjoterapeutów z terenu Polski w placówkach obejmujących publiczne przychodnie lecznictwa otwartego, szpitale, ośrodki rehabilitacyjne, ośrodki wsparcia osób niesamodzielných.
6. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 45 pracodawców zatrudniających fizjoterapeutów na terenie Unii Europejskiej w przychodniach lecznictwa otwartego, szpitalach, ośrodki rehabilitacyjne, ośrodki wsparcia osób niesamodzielných.
7. Baza danych ze wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI) 45 fizjoterapeutów pracujących na terenie Unii Europejskiej w przychodniach lecznictwa otwartego, szpitalach, ośrodki rehabilitacyjne, ośrodki wsparcia osób niesamodzielných

W statystycznych analizach porównawczych danych zebranych w ramach badań w częściach 1-3 zastosowano średnie arytmetyczne (M), odchylenie standardowe (SD), oraz poziom istotności (p). Za różnice istotne statystycznie uznano wyniki spełniające wymóg $p \leq 0.05$.

Analiza danych sondażowych zebranych w ramach 2 i 3 części projektu oraz wyników przeglądu istniejących badań, raportów, opracowań, rekomendacji i publikacji dotyczących obszarów zawodu fizjoterapeuty (część 1 projektu) została przedstawiona poniżej w odniesieniu do postawionych problemów badawczych. Po analizie każdego problemu badawczego sformułowane zostały rekomendacje.

Nadmienić należy, że w ramach analizy dokumentów przeprowadzonej w pierwszej części zadania odniesiono się do obowiązującego w chwili badania Narodowego Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 oraz Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Polsce z 2017 r.

Aktualnie obowiązuje Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. z dnia 30 marca 2021 r., poz. 642), oraz Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 (Dz.U. z dnia 27 sierpnia 2021 r., poz. 69). W związku z tym w raporcie końcowym przy interpretacji danych odniesiono się do tych dokumentów.

Raport końcowy z badania

Kształtowanie kwalifikacji i kompetencji fizjoterapeutów, które są dostosowane do oczekiwań rynku świadczeń zdrowotnych oraz wyzwań społecznych, to ważne zadanie w zakresie polityki rynku pracy i dostosowania do jej potrzeb systemów edukacji. Analiza istniejących badań, raportów, opracowań dotyczących bezpośrednio lub odnoszących się do obszarów fizjoterapii dała podstawę do opracowania szczegółowej metodyki badań, których głównym celem była ocena kompetencji twardych i miękkich posiadanych przez studentów polskich uczelni kształcących na kierunku fizjoterapia oraz fizjoterapeutów znajdujących się aktualnie na rynku pracy. Na podstawie analizy danych uzyskanych w badaniach sondażowych dokonano oceny kompetencji fizjoterapeutów, potrzeb szkoleniowych oraz sformułowano rekomendacje do systemu edukacji na poziomie szkolnictwa wyższego i w procesie uczenia się przez całe życie.

1. Jak kształtuje się jest samoocena kompetencji miękkich i twardych wspomagających organizację pracy w zależności od stażu pracy w zawodzie fizjoterapeuty w odniesieniu do samooceny studentów ostatnich lat studiów i oceny pracodawców?

Analiza samooceny kluczowych w zawodzie fizjoterapeuty kompetencji miękkich oraz wspomagających organizację pracy (Tab. 1) wykazała, że wszystkie badane grupy najwyżej (powyżej 4 w 6-stopniowej skali) oceniają umiejętność nawiązywania kontaktów. Nieco niżej, w zakresie 3,5-4 oceniana jest umiejętność komunikacji w grupie, rozumianej jako zespół terapeutyczny. Pozostałe kompetencje są oceniane znacznie niżej we wszystkich grupach.

Studenci ostatnich roczników studiów najwyżej oceniają swoje umiejętności w nawiązywaniu kontaktów (powyżej 5) i współpracę w grupie (powyżej 4). W stopniu dostatecznym oceniają swoją kreatywność w pracy, wiedzę w zakresie etyki zawodowej, umiejętność posługiwania się technologią IT, odpowiedzialność zawodową. Słabymi stronami w ocenie studentów ostatnich roczników są: znajomość praw pacjenta, przedsiębiorczość, zdolności organizacyjne,

prowadzenie dokumentacji medycznej, wiedza w zakresie ubezpieczeń i umiejętność redukcji ryzyka. Nisko (poniżej 2) oceniają natomiast umiejętność rozmowy z pacjentem i jego rodziną, umiejętność rozwiązywania problemów oraz zarządzanie zespołem. Z powyższej analizy wynika, że podstawowe, ogólne umiejętności interpersonalne (nawiązywanie kontaktów i współpraca w grupie) są kształtowane w czasie studiów w sposób właściwy, natomiast na większość z kompetencji miękkich należy zwrócić większą uwagę w procesie kształcenia. Niska samoocena w zakresie kontaktów z pacjentem oraz interdyscyplinarnym zespołem terapeutycznym może rzutować na jakość pracy młodych fizjoterapeutów. W nowych programach studiów na kierunku fizjoterapia, prowadzonych od 2019 roku zgodnie ze standardem kształcenia (Rozporządzenie MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r, Dz.U. poz. 1573) znajdują się wymogi prowadzenia m.in. takich przedmiotów, jak: komunikacja kliniczna, prawo medyczne, prawo pracy, zarządzanie i marketing. W ramach tych zajęć dydaktycznych powinny być osiągnięte przez studentów efekty uczenia się w zakresie analizowanych w badaniu kompetencji miękkich. Na szczególną uwagę zasługuje w tym przypadku komunikacja kliniczna z pacjentem i jego rodziną, która jest światowym trendem wskazywanym jako słaba strona wykształcenia osób z różnymi zawodami medycznymi.

Młodzi absolwenci ze stażem pracy do 3 lat po ukończeniu studiów dość krytycznie oceniają swoje kompetencje miękkie – jako dobrą oceniają swoją umiejętność nawiązywania kontaktów i wiedzę o ubezpieczeniach związanych z wykonywaniem zawodu. Na poziomie dostatecznym oceniają komunikację w zespole, komunikatywność w kontakcie z pacjentem i jego rodziną, zarządzanie zespołem, znajomość etyki zawodowej, odpowiedzialność zawodową, umiejętność redukcji ryzyka zawodowego, umiejętność rozwiązywania problemów, posługiwanie się nowoczesnymi technologiami oraz prowadzenie dokumentacji medycznej. Na niskim poziomie oceniane są: kreatywność w pracy, zdolności organizacyjne, przedsiębiorczość, znajomość praw pacjenta.

Biorąc pod uwagę staż zawodowy widoczna jest wyraźna tendencja wzrostowa w samoocenie posiadanych kompetencji miękkich – wskazuje na to porównanie wyników samooceny w grupie fizjoterapeutów funkcjonujących na rynku pracy do 3 lat i fizjoterapeutów ze stażem powyżej 3 lat (Tab. 1).

Istotnym aspektem analizy jest ocena kompetencji miękkich fizjoterapeutów przez pracodawców. Z danych zamieszczonych w tabeli 1 wynika, że w większości elementów, ocena pracodawców jest zbliżona lub nawet wyższa, niż samoocena fizjoterapeutów (Tab. 1).

Tab. 1. Samoocena kompetencji miękkich i wspomagających organizację pracy przez studentów kierunku fizjoterapia i fizjoterapeutów oraz ocena pracodawców w Polsce (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130	Pracodawcy N=130
Współpraca w grupie	4,18 ± 1,443	2,99 ± 1,402	3,11 ± 1,50	3,85 ± 1,58
Komunikacja w grupie	3,66 ± 1,680	3,45 ± 1,202	4,02 ± 1,65	4,02 ± 1,50
Rozmowa z pacjentem lub jego rodziną	1,93 ± 0,819	3,50 ± 1,152	4,33 ± 1,54	3,74 ± 1,61
Kreatywność w pracy	3,07 ± 1,394	2,66 ± 1,068	3,94 ± 1,66	3,28 ± 1,57
Umiejętność nawiązywania kontaktów	5,11 ± 0,820	4,08 ± 1,429	4,75 ± 1,22	4,01 ± 1,60
Zdolności organizacyjne	2,43 ± 1,075	2,59 ± 1,119	3,97 ± 1,59	3,83 ± 1,68
Umiejętność rozwiązywania problemów	1,88 ± 0,819	2,78 ± 1,431	4,24 ± 1,40	3,62 ± 1,68
Przedsiębiorczość	2,34 ± 1,111	2,62 ± 1,126	3,33 ± 1,63	3,42 ± 1,62

Zarządzanie zasobami ludzkimi	1,88 ± 0,849	3,11 ± 1,381	3,53 ± 1,63	
Umiejętność posługiwania się technologią IT	3,58 ± 1,645	3,33 ± 1,143	3,46 ± 1,66	3,53 ± 1,63
Dokumentacja medyczna	2,65 ± 1,085	3,18 ± 1,361	2,95 ± 1,56	-
Prawa pacjenta	2,02 ± 0,918	2,60 ± 1,139	3,94 ± 1,53	-
Etyka zawodowa	3,10 ± 1,393	3,48 ± 1,126	3,46 ± 1,54	-
Odpowiedzialność zawodowa	2,97 ± ,386	3,30 ± 1,138	4,49 ± 1,31	-
Ubezpieczenie związane z zawodem	2,37 ± 1,180	3,87 ± 1,462	3,93 ± 1,49	-
Umiejętność redukcji ryzyka	2,78 ± 1,395	3,53 ± 1,111	4,62 ± 1,17	-

Długość stażu zawodowego wpływa w widoczny sposób na poprawę samooceny badanych kompetencji. Jedynie w przypadku umiejętności prowadzenia dokumentacji medycznej fizjoterapeuci z większym stażem oceniają się niżej, niż ich młodszy koledzy. Analiza różnic pomiędzy młodymi a bardziej doświadczonymi fizjoterapeutami wykazała, iż w większości badanych cech różnice są istotne statystycznie. Jedynie w przypadkach współpracy w grupie, prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomości etyki zawodowej i ubezpieczeń zawodowych, różnice w samoocenie są nieistotne statystycznie (Tab. 2).

Tab. 2. Porównanie samooceny wybranych kompetencji wspomagających pracę w zawodzie absolwentów kierunku fizjoterapia do 3 lat od ukończenia studiów z grupą fizjoterapeutów z minimum 3 letnim stażem (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130	p
Współpraca w grupie	2,99 ± 1,402	3,11 ± 1,506	0,42206
Komunikacja w grupie	3,45 ± 1,202	4,02 ± 1,654	0,00006
Rozmowa z pacjentem lub jego rodziną	3,50 ± 1,152	4,33 ± 1,542	0,00000
Kreatywność w pracy	2,66 ± 1,068	3,94 ± 1,665	0,00000
Umiejętność nawiązywania kontaktów	4,08 ± 1,429	4,75 ± 1,227	0,00000
Zdolności organizacyjne	2,59 ± 1,119	3,97 ± 1,599	0,00000
Umiejętność rozwiązywania problemów	2,78 ± 1,431	4,24 ± 1,408	0,00000
Dokumentacja medyczna	3,18 ± 1,361	2,95 ± 1,564	0,13724
Prawa pacjenta	2,60 ± 1,139	3,94 ± 1,534	0,00000
Etyka zawodowa	3,48 ± 1,546	3,47 ± 1,546	0,90952
Odpowiedzialność	3,30 ± 1,138	4,49 ± 1,320	0,00000
Ubezpieczenie zawodowe	3,87 ± 1,462	3,93 ± 1,500	0,67881
Umiejętność redukcji ryzyka	3,53 ± 1,111	4,62 ± 1,176	0,00000

Należy podkreślić znaczenie kształcenia kompetencji cyfrowych u fizjoterapeutów. Badanie wykazało, że umiejętność posługiwania się technologią IT respondenci ocenili

średnio na 3,5 w 6-stopniowej skali. Pytania o samoocenę tych kompetencji miały charakter ogólny, nie dają więc podstawy do oceny rzeczywistej umiejętności posługiwania się konkretnymi narzędziami i programami informatycznymi. Cyfryzacja fizjoterapii to wyzwanie niedalekiej przyszłości. *Biała Księga Fizjoterapii Cyfrowej* opracowana i wydana w 2019 r. przez grupę zadaniową reprezentującą Światową Konfederację Fizjoterapii (WCPT) i Międzynarodową Sieć Organów Regulacyjnych ds. Fizjoterapii (INPTRA) wskazuje na potrzebę przygotowania odpowiednich programów edukacyjnych, uczących pracy on-line z pacjentem. Telerehabilitacja ma obejmować szereg usług rehabilitacyjnych – ocenę, monitorowanie, profilaktykę, interwencję, nadzór, edukację i konsultacje. Są to obszary wymagające szkoleń.

Dość niska samoocena umiejętności interpersonalnych i organizacyjnych badanych respondentów jest zbieżna z *Analizą zapotrzebowania na kompetencje w gospodarce i na rynku pracy z 2019*, która wykazała, że deficytowe u specjalistów ds. zdrowia są umiejętności interpersonalne takie jak komunikatywność, współpraca w grupie, komunikacja z pacjentem i rodziną.

Rekomendacje:

1. Należy systematycznie pilotować efekty realizacji nowego programu kształcenia fizjoterapeutów w toku studiów i modyfikować w zależności od uzyskanego poziomu kompetencji miękkich.
2. Odnosząc się do prezentowanych wyników badań, wskazane jest sformułowanie zaleceń do praktycznej nauki zawodu dla uczelni kształcących na kierunku fizjoterapia. Należy podkreślić, że kształcenie kompetencji miękkich jest równie ważne jak kształcenie w zakresie metod fizjoterapii. Kształtowanie kompetencji miękkich jest zapisane w programie praktyk zawodowych, niezbędne jest więc zwrócenie większej uwagi na realizację tych efektów uczenia się.
3. W celu podniesienia poziomu kompetencji wspomagających pracę w zawodzie fizjoterapeuty wskazane jest prowadzenie szkoleń/warsztatów obejmujących analizowane aspekty w ramach doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów.

4. Należy opracować i wdrożyć szeroki program kształcenia kompetencji cyfrowych fizjoterapeutów.

2. Czy istnieją znaczące różnice między samooceną absolwentów uczelni polskich i zagranicznych z terenu UE w zakresie kompetencji miękkich wspomagających pracę zawodową?

Samoocenę wybranych kompetencji miękkich w badaniu fizjoterapeutów wykształconych i pracujących w Polsce oraz absolwentów zagranicznych uczelni z terenu UE przedstawiono w tabeli nr 3. Analiza wykazała wyższe kompetencje fizjoterapeutów zza granicy w zakresie znajomości praw pacjenta, odpowiedzialności zawodowej i umiejętności redukcji ryzyka związanego z wykonywaniem zawodu i różnice te są istotne statystycznie.

Tab. 3. Porównanie samooceny wybranych kompetencji wspomagających pracę w zawodzie fizjoterapeutów polskich i fizjoterapeutów będących absolwentami uczelni zagranicznych na terenie UE (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Fizjoterapeuci w Polsce N= 430	Fizjoterapeuci za granicą N=45	p
Dokumentacja medyczna	3,18 ± 1,361	2,95 ± 1,564	0,13724
Prawa pacjenta	2,60 ± 1,139	3,94 ± 1,534	0,00000
Etyka zawodowa	3,48 ± 1,546	3,47 ± 1,546	0,90952
Odpowiedzialność	3,30 ± 1,138	4,49 ± 1,320	0,00000
Ubezpieczenie zawodowe	3,87 ± 1,462	3,93 ± 1,500	0,67881
Umiejętność redukcji ryzyka	3,53 ± 1,111	4,62 ± 1,176	0,00000

Rekomendacje:

W celu wyrównania różnic w zakresie w/w kompetencji wskazane jest doksztalcanie polskich fizjoterapeutów. Działania te pozwolą na lepsze przygotowanie do wypełniania

obowiązków zawodowych w placówkach na terenie Polski, zwiększą też szanse na zatrudnienie za granicą.

3. Jaka jest samoocena badanych w zakresie posługiwania się językiem obcym specjalistycznym?

Kompetencje wielojęzyczne są zdefiniowane wśród ośmiu kompetencji kluczowych w zaleceniu Rady UE z 22 maja 2019 r. w procesie uczenia się przez całe życie. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono bardzo słabe kompetencje językowe polskich fizjoterapeutów. Zdolność do posługiwania się obcym specjalistycznym językiem zawodowym jest minimalna (Tab. 4), posiada ją poniżej 10% studentów i młodych fizjoterapeutów. Nieco lepiej sytuacja wygląda w grupie fizjoterapeutów z dłuższym stażem zawodowym.

Tab. 4. Język obcy zawodowy – samoocena posiadanych kompetencji studentów kierunku fizjoterapia i fizjoterapeutów

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Język obcy	9%	9%	31%

Warunkiem uzyskania tytułu magistra fizjoterapii jest osiągnięcie zdefiniowanych w programie studiów efektów uczenia się, wśród których są umiejętności językowe na poziomie B2+. Słaba znajomość języka zawodowego deklarowana przez osoby uczestniczące w badaniu świadczy o niskiej efektywności procesu kształcenia w tym zakresie. Jest to zjawisko bardzo niepokojące i niekorzystne, gdyż znacząco ogranicza nie tylko możliwości podjęcia zatrudnienia za granicą, ale także uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym, np. korzystanie z piśmiennictwa naukowego, udział czynny w konferencjach naukowych, specjalistycznych szkoleniach prowadzonych najczęściej w języku angielskim, studiach za granicą.

Podnoszenie kompetencji językowych jest zgodne z Zaleceniami Rady Unii Europejskiej z 22 maja 2019 r., które dotyczą kompleksowego podejścia do nauczania i uczenia się języków. W wizji europejskiego obszaru edukacji, granice nie utrudniają wysokiej jakości edukacji. Kompetencje wielojęzyczne są zdefiniowane wśród ośmiu kompetencji kluczowych w zaleceniu Rady UE w procesie uczenia się przez całe życie.

Rekomendacje:

1. Obszar szkolenia językowego na polskich uczelniach kształcących na kierunku fizjoterapia należy poddać szczególnej uwadze i rzetelnemu audytowi, który pozwoli na szeroką skalę ocenić rzeczywisty poziom kompetencji językowych. Należy zdefiniować przyczyny niskiego poziomu wyszkolenia językowego i wdrożyć mechanizmy naprawcze pozwalające na znaczące podniesienie poziomu wiedzy fachowej w języku obcym. Niezbędna jest i rzetelna weryfikacja osiągniętych efektów uczenia się języków obcych.
2. Kluczowym zadaniem jest zapewnienie fizjoterapeutom funkcjonującym na polskim rynku pracy możliwości podnoszenia kompetencji językowych poprzez organizację i dofinansowanie kursów w ramach ustawicznego uczenia się przez całe życie.

4. Czy fizjoterapeuci są przygotowani do porozumiewania się z niesłyszącymi pacjentami i członkami ich rodzin?

Możliwość porozumiewania się z osobami niesłyszącymi i ich rodzinami jest elementem likwidacji barier społecznych, warunkiem prawidłowej pracy z pacjentem w trakcie diagnostyki funkcjonalnej, terapii i edukacji. Samoocena znajomości języka migowego w badanych grupach jest bardzo niska (Tab. 5).

Tab. 5. Posługiwanie się językiem migowym – samoocena posiadanych kompetencji studentów kierunku fizjoterapia i fizjoterapeutów

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Język migowy	2%	3%	36 %

Za celowością włączenia szkoleń z języka migowego do procesu kształcenia ustawicznego fizjoterapeutów przemawiają następujące fakty:

a) warunkiem prawidłowej pracy z pacjentem jest możliwość porozumienia w trakcie diagnostyki funkcjonalnej, terapii i edukacji;

b) liczba osób niepełnosprawnych w wieku 15-70 lat z wadą słuchu to 850 tys. osób;

c) dostępność do tłumaczy jest minimalna - w Polsce działa tylko ok. 300 tłumaczy SJM (System Językowo-Migowy) i ok. 100 tłumaczy PJM (Polski Język Migowy).

Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 przedstawia prognozę epidemiologiczną, która wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 r. w odniesieniu do 2019 r. w przypadku chorób narządów zmysłów w tym głównie utraty słuchu (wzrost o 10%). Jest to związane z wiekiem oraz innymi przyczynami.

Rekomendacje:

1. Należy zalecić, w miarę możliwości uczelni, wprowadzenie języka migowego jako przedmiotu do programu kształcenia. W związku z niedoborem wykwalifikowanej kadry, która mogłaby prowadzić takie zajęcia, nie można rekomendować wprowadzenia języka migowego jako przedmiotu obowiązkowego. W tym zakresie należy wykorzystać możliwości sektora szkoleniowego i potraktować język migowy jako ważny element uzupełniający proces kształcenia przyszłych fizjoterapeutów.
2. Należy ułatwić fizjoterapeutom możliwość uczestnictwa w kursach języka migowego poprzez finansowanie szkoleń.

5. Jak kształtuje się samoocena kompetencji do pracy z dziećmi w badanych grupach (studenci, fizjoterapeuci ze stażem do 3 lat i powyżej)?

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników badań należy stwierdzić, że stopień przygotowania do pracy w zakresie fizjoterapii pediatrycznej jest dalece niezadowalający. Szczególny niepokój budzi bardzo niska samoocena (poniżej 2 w skali 6-stopniowej) wszystkich badanych grup w zakresie fizjoterapii dzieci z otyłością, czy też profilaktyki wad postawy ciała (Tab. 6). Wymienione problemy są istotnymi zagrożeniami cywilizacyjnymi i przeciwdziałanie im poprzez fizjoterapię i fizjoprofilaktykę ma kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego. O ile w badanych grupach fizjoterapeutów

mogły znaleźć się osoby na co dzień pracujące z dorosłymi pacjentami i to mogło mieć wpływ na niską samoocenę kompetencji do pracy z dziećmi, o tyle bardzo niska samoocena studentów w tym zakresie jest niepokojąca. Zjawisko to może mieć różne podłoża. Jednym z nich jest niewątpliwie większa trudność w zakresie bezpośredniego kontaktu z nieletnim pacjentem. O ile dostęp do dorosłego pacjenta uważany jest jako normalny i praktykowany bez większych przeszkód, o tyle w przypadku dziecka, najczęściej wymagana jest zgoda rodzica, który towarzyszy dziecku w placówce. Jest to przyczyną obserwacyjnego charakteru zajęć, a możliwość bezpośredniej pracy jest sporadyczna. Sytuacja z jaką spotykają się studenci w trakcie zajęć na oddziałach dziecięcych sprawia wrażenie nadmiernie trudnej i stosunkowo niebezpiecznej. Powoduje to zmniejszenie zainteresowania obszarem, lub też unikaniem pogłębiania kompetencji w tym zakresie. Można przyjąć, iż im młodsze jest dziecko i rzadszy problem kliniczny, tym samoocena wiedzy jest niższa. Innym podłożem jest ograniczony dostęp do specjalistycznych placówek, a w ślad za tym, do dzieci ze złożonymi problemami klinicznymi. Można przyjąć, iż niestety fizjoterapia wieku rozwojowego dotyczy najczęściej tematyki mózgowego porażenia dziecięcego, chorób nerwowo- mięśniowych, wad postawy, fizjoterapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (głównie z zespołem Downa). Dużo trudniej jest nawiązać kontakt edukacyjno-zawodowy z dziećmi z chorobami nowotworowymi, po oparzeniach, z chorobami krążeniowo-oddechowymi i innymi. Prawdopodobnie są ośrodki obfitujące w złożone problemy kliniczne dzieci, jednak można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że jest ich mało i niewiele uczelni wyższych ma do nich dostęp. Generalnie fizjoterapia wieku rozwojowego jest obszarem dość mocno wyizolowanym. Fizjoterapeuci pracujący w tym obszarze słabo oceniają swoje umiejętności w fizjoterapii osób dorosłych, zaś fizjoterapeuci pracujący z osobami dorosłymi słabo odnajdują się w fizjoterapii dzieci.

Tab. 6. Samoocena kompetencji do pracy z dziećmi w badanych grupach ($M \pm SD$)

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
PT dzieci z otyłością	1,94 ± 0,850	2,10 ± 0,806	2,76 ± 1,530

PT oddechowa u dzieci	2,07 ± 0,840	2,67 ± 1,119	2,75 ± 1,540
PT dzieci z nowotworami	1,66 ± 0,77	2,56 ± 0,991	2,37 ± 1,160
PT w wadach postawy	2,32 ± 1,100	3,74 ± 1,713	3,79 ± 1,669
Profilaktyka wad postawy	1,89 ± 0,800	1,97 ± 0,809	2,66 ± 1,439
Terapia wad zgryzu i stawów skroniowo-żuchwowych	2,11 ± 0,81	3,10 ± 1,412	2,49 ± 1,393
Terapia blizn u dzieci	2,52 ± 1,14	3,38 ± 1,783	3,15 ± 1,624

Analiza danych w tabeli 7 wykazała przyrost kompetencji wraz ze stażem pracy i różnice istotne statystycznie stwierdzono w zakresie fizjoterapii w otyłości, w wadach rozwojowych, profilaktyce wad postawy oraz terapii wad zgryzu i stawów skroniowo-żuchwowych.

Tab. 7. Porównanie samooceny kompetencji do pracy z dziećmi absolwentów kierunku fizjoterapia do 3 lat od ukończenia studiów z grupą fizjoterapeutów z minimum 3 letnim stażem (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130	p
PT dzieci z otyłością	2,10 ± 0,806	2,76 ± 1,530	0,0000
PT oddechowa u dzieci	2,67 ± 1,119	2,75 ± 1,540	0,5488
PT dzieci z nowotworami	2,56 ± 0,991	2,37 ± 1,160	0,1115
PT wad rozwojowych	2,90 ± 1,449	3,25 ± 1,575	0,0258

PT w wadach postawy	3,74 ± 1,713	3,79 ± 1,669	0,7696
Profilaktyka wad postawy	1,97 ± 0,809	2,66 ± 1,439	0,0000
Terapia wad zgryzu i stawów skroniowo-żuchwowych	3,10 ± 1,412	2,49 ± 1,393	0,0000
Terapia blizn u dzieci	3,38 ± 1,783	3,15 ± 1,624	0,1941

Rekomendacje:

1. W aktualnie obowiązującym standardzie kształcenia na jednolitych studiach magisterskich znajdują się liczne szczegółowe efekty uczenia się nakierowane na kształcenie kompetencji w zakresie fizjoterapii w pediatrii i wieku rozwojowym. Stwarza to realną szansę na prawidłowe kształcenie w tym zakresie.
2. Studentom i fizjoterapeutom zamierzającym specjalizować się w pracy z dziećmi należy umożliwić dodatkowe szkolenia w ramach wykorzystania dostępnych funduszy na poziomie uczelni, placówek medycznych oraz środków regionalnych.

6. Jaka jest samoocena potrzeb doksztalcenia się w zakresie metod, technik oraz obszarów fizjoterapii oraz fizjoprofilaktyki w badanych grupach w kontekście potrzeb własnych oraz potrzeb zgłaszanych przez pracodawców?

Badania wykazały dużą potrzebę doksztalcenia się we wszystkich badanych grupach. Największe zainteresowanie występuje w zakresie terapii manualnej, terapii oddechowej i fizjoterapii w leczeniu otyłości (oceniane średnio na 5 pkt w 6-stopniowej skali). Potrzebę szkoleń w tym zakresie sygnalizują także pracodawcy (Tab. 8). Duże zainteresowanie (średnio 4 pkt) budzą takie obszary, jak: fizjoterapia układu ruchu, wad postawy, fizjoterapia w neurorehabilitacji, terapia przeciwobrzękowa. Znacznie mniejsze jest zainteresowanie podnoszeniem kompetencji w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju, fizjoterapii w geriatric. Biorąc pod uwagę wysokie wskaźniki epidemiologiczne chorób układu krążenia, niepokojące jest małe zainteresowanie (poniżej 3 pkt) kardiorehabilitacją. Najniższe jest zapotrzebowanie wszystkich badanych grup na szkolenia z fizjoterapii w chorobach wewnętrznych (Tab. 8).

Tab. 8. Ocena potrzeb doksztalcania się z obszaru fizjoterapii (PT) w opinii studentów kierunku fizjoterapia, fizjoterapeutów i pracodawców (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130	Pracodawcy N=45
Terapia manualna	5,12 ± 0,847	5,03 ± 0,782	4,75 ± 1,24	4,8 ± 1,24
PT w geriatricii	3,05 ± 1,417	3,24 ± 1,767	3,01 ± 1,54	2,8 ± 1,57
PT we wczesnym wspomaganiu rozwoju	2,74 ± 1,448	3,34 ± 1,675	3,25 ± 1,71	-
PT układu ruchu u dzieci	3,67 ± 1,779	4,12 ± 1,400	3,61 ± 1,57	4,3 ± 1,50
PT w chorobach wewnętrznych	2,01 ± 0,828	2,32 ± 1,063	2,76 ± 1,50	-
PT wad postawy	4,13 ± 1,476	4,46 ± 1,151	3,73 ± 1,68	-
PT w neurorehabilitacji	4,13 ± 1,421	4,91 ± 0,951	3,12 ± 1,68	4,3 ± 1,41
PT w kardiorehabilitacji	2,7 ± 1,152	3,10 ± 1,420	3,52 ± 1,73	2,6 ± 1,57
PT układu ruchu	4,63 ± 1,157	5,08 ± 0,833	5,31 ± 0,82	3,6 ± 1,78
PT w obrzękach	4,07 ± 1,429	4,98 ± 0,89	4,57 ± 1,34	-
PT w leczeniu otyłości	4,92 ± 0,812	5,03 ± 0,819	4,81 ± 1,08	4,7 ± 1,19

PT oddechowa	5,04 ± 0,857	5,00 ± 0,824	4,48 ± 1,17	-
--------------	--------------	--------------	-------------	---

Na podstawie przeprowadzonych badań można zaobserwować tendencję wzrostową zainteresowań doksztalaniem w zakresie fizjoprofilaktyki wraz ze wzrostem stażu pracy (Tab. 9). Wynika to z posiadanych doświadczeń zawodowych a wskazywane kierunki są odzwierciedleniem epidemiologii chorób. Tego typu sytuacja wskazuje, iż doświadczenie w pracy z pacjentem ukazuje zupełnie dodatkowy obszar pracy jakim są działania profilaktyczne. Otwierają one również nowe miejsca pracy w klubach fitness, ośrodkach sportu i rekreacji, klubach seniora, klubach aktywności fizycznej dla dzieci. Opiszana jako nowa kompetencja zawodowa fizjoterapeutów prawdopodobnie będzie stopniowo wdrażana z coraz większymi sukcesami, co będzie skutkowało zapotrzebowaniem na pozyskiwanie nowych narzędzi i metod pracy terapeutycznej.

Tab. 9. Ocena potrzeb doksztalania się w zakresie fizjoprofilaktyki (PP) w opinii studentów kierunku fizjoterapia i fizjoterapeutów (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
PP urazów	3,96 ± 1,384	4,37 ± 1,057	5,28 ± 0,68
PP wad postawy	3,80 ± 1,659	4,53 ± 1,126	4,68 ± 1,14
PP bólu kręgosłupa	3,35 ± 1,671	4,17 ± 1,099	5,33 ± 0,79
PP otyłości dzieci	3,58 ± 1,711	4,36 ± 1,111	4,77 ± 1,07
PP otyłości osób dorosłych	3,91 ± 1,416	5,08 ± 0,796	4,23 ± 1,42

Największe zainteresowanie podnoszeniem kompetencji w zakresie diagnostyki funkcjonalnej i oceny efektów rehabilitacji stwierdzono w grupie czynnych fizjoterapeutów (Tab. 10). Potrzeba doksztalania w tym zakresie jest również wskazywana jako bardzo ważna przez grupę pracodawców (ocena na ponad 5 pkt. w 6-stopniowej skali).

Tab. 10. Ocena potrzeb doksztalcania się w zakresie umiejętności z zakresu diagnostyki funkcjonalnej i oceny efektów leczenia w opinii studentów kierunku fizjoterapia i fizjoterapeutów (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Diagnostyka funkcjonalna	3,99 ± 1,376	4,15 ± 1,380	5,44 ± 0,70
Umiejętność oceny efektów leczenia	3,64 ± 1,705	5,33 ± 0,654	5,44 ± 0,66

Analiza zainteresowań zawodowych w badanej populacji jest zróżnicowana w zależności od grupy (Tab. 11, Ryc. 1). Powyżej 50% studentów deklaruje chęć doszkalania się w zakresie anatomii palpacyjnej, kompleksowej terapii manualnej, terapii blizny i modelu pracy na powięzi FDM. Młodzi fizjoterapeuci ze stażem do 3 lat interesują się głównie kompleksową terapią manualną, anatomią palpacyjną, modelem FDM, kompleksową fizjoterapią w ortopedii. Natomiast grupa fizjoterapeutów z dłuższym stażem pracy deklaruje swoje dalsze zainteresowania głównie fizjoterapią w ortopedii, diagnostyką funkcjonalną, terapią manualną, modelem FDM.

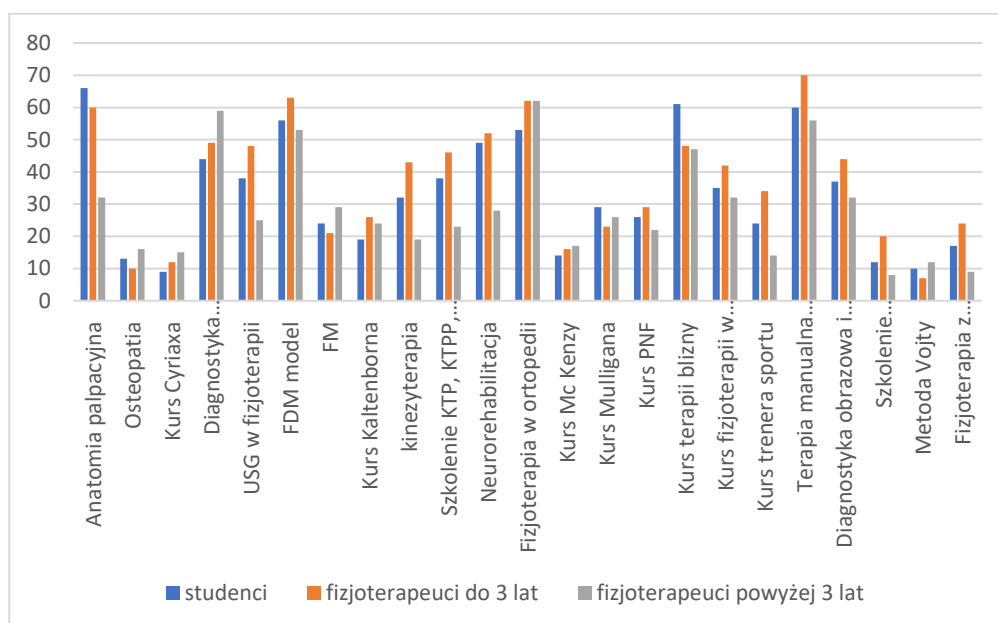
Tab. 11. Procentowe zestawienie wyników w zakresie przyszłych zainteresowań zawodowych

Zainteresowania zawodowe	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Anatomia palpacyjna	66	60	32
Osteopatia	13	10	16

Kurs Cyriaxa	9	12	15
Diagnostyka funkcjonalna	44	49	59
USG w fizjoterapii	38	48	25
FDM model	56	63	53
FM	24	21	29
Kurs Kaltenborna	19	26	24
kinezyterapia	32	43	19
Szkolenie KTP, KTPP, KTO, limfa	38	46	23
Neurorehabilitacja	49	52	28
Fizjoterapia w ortopedii	53	62	62
Kurs McKenzy	14	16	17
Kurs Mulligana	29	23	26
Kurs PNF	26	29	22
Kurs terapii blizny	61	48	47
Kurs fizjoterapii w otyłości	35	42	32
Kurs trenera sportu	24	34	14
Terapia manualna	60	70	56



Diagnostyka obrazowa i kliniczna	37	44	32
Szkolenie wielometodyczne	12	20	8
Metoda Vojty	10	7	12
Fizjoterapia z pacjentem bariatrycznym	17	24	9



Ryc. 1. Zainteresowania szkoleniowe w zakresie kompetencji twardych w badanych grupach respondentów

Celem strategicznym Narodowego Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 było wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Należy podkreślić, że aktualny Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 jest zorientowany na następujące obszary: profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne oraz wyzwania demograficzne (w tym zdrowie prokreacyjne i poprawę

związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych). Nadrzędnym celem programu jest zwiększenie wśród Polaków liczby lat przeżytych w zdrowiu poprzez profilaktykę promowania postaw prozdrowotnych. W realizację celów szczegółowych Narodowego Program Zdrowia wpisuje się fizjoterapia w zakresie: profilaktyki nadwagi i otyłości, kształtowania postaw prozdrowotnych, wspierania zdrowia osób starszych, opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy.

W NPZ na lata 2016-2020 w ramach zadań służących realizacji celu operacyjnego „*Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*” zalecane było prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych. Również NPZ na lata 2021-2025 kontynuuje działania w tym zakresie. Wydłużenie życia osób starszych w zdrowiu i dobrym stanie funkcjonalnym to duże wyzwanie dla fizjoterapii i fizjoprofilaktyki opartej o najnowszą wiedzę. Niestety badania w ramach projektu *Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów* wykazały słabe zainteresowanie pogłębianiem i poszerzaniem kompetencji w tym zakresie (we wszystkich badanych grupach, także pracodawców, oceniono potrzeby szkoleniowe średnio na 3 punkty w 6-stopniowej skali).

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 zakłada m.in. rozwój kompetencji różnych grup pracowników, w tym ochrony zdrowia w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze. Z Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 wynika, że w przypadku zaburzeń depresyjnych spodziewany jest wzrost o 17,46%, szczególnie dotyczyć to będzie mężczyzn (wzrost o 30,13%), w mniejszym stopniu kobiet (12,18%).

Ocena kompetencji studentów i fizjoterapeutów w zakresie fizjoterapii w psychiatrycznej nie była uwzględniona w badaniach w ramach projektu *Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów*. Analiza obowiązującego od 2019 roku standardu kształcenia na kierunku fizjoterapia wykazała, że zdefiniowane w nim efekty uczenia się odnoszące się do pracy z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi są nieliczne i dość ogólne (w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie: B.W1. psychologiczne i socjologiczne uwarunkowania funkcjonowania jednostki w społeczeństwie; B.W2. psychologiczne i społeczne aspekty postaw i działań pomocowych; B.W5. podstawowe metody psychoterapii; D.W3. etiologię, patomechanizm, objawy i przebieg najczęstszych chorób w zakresie (...) psychiatrii; D.W4. zasady diagnozowania oraz ogólne zasady i sposoby

leczenia w najczęstszych chorobach w zakresie (...) psychiatrii). Można więc przyjąć założenie, że absolwenci kierunku fizjoterapia w czasie studiów uzyskają podstawową wiedzę na temat chorób psychicznych. Biorąc jednak pod uwagę interwencyjny charakter NPZ, niewątpliwie należałoby wyposażyć absolwentów w praktyczne umiejętności diagnozowania symptomów zachowań samobójczych. Celowe jest w tej sytuacji przeprowadzenie przez doświadczonych praktyków (psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów) obligatoryjnych szkoleń o charakterze warsztatowym.

Takimi obowiązkowymi szkoleniami powinni być także objęci czynni fizjoterapeuci. W czasie wykonywania swojej pracy zawodowej mają oni najczęściej długotrwały kontakt z pacjentami w różnym wieku i z różnymi chorobami, dlatego jeśli zostaną wyposażeni w odpowiednią wiedzę i narzędzia do wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych, staną się ważnym ogniwem w procesie profilaktyki.

Z Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 wynika, że najwyższe wartości wskaźnika DALY (wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa, wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby) odnotowano w 2019 roku w przypadkach: choroby niedokrwiennej serca, udaru, bólu dolnego odcinka kręgosłupa, nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc a także cukrzycy. Podobne wartości zostały odnotowane w całej UE, jedynie zamiast cukrzycy wśród 5 największych problemów zdrowotnych są zespoły bólów głowy. Prognoza epidemiologiczna dla Polski wskazuje na spodziewany największy wzrost wartości chorobowości w 2028 w przypadku cukrzycy i chorób nerek (wzrost o blisko 15%), na trzecim miejscu plasować się będą choroby układu mięśniowo-szkieletowego.

Należy więc zwrócić uwagę fizjoterapeutów na celowość podnoszenia kompetencji w zakresie fizjoterapii w chorobach wewnętrznych (zainteresowanie takimi szkoleniami jest niewielkie, oceniane na 2-3 pkt w 6-stopniowej skali).

Rekomendacje:

1. Priorytetem w doksztalcaniu czynnych fizjoterapeutów powinna być diagnostyka funkcjonalna i ocena efektów rehabilitacji. W tym zakresie odczuwane są największe potrzeby.

2. Z analizy zainteresowań zawodowych i planów rozwoju badanych grup wynika, że największe jest zapotrzebowanie na kursy w zakresie: terapii manualnej (56-70%), modelu FDM (53-63%) i fizjoterapii w ortopedii (53-62%).
3. Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu krążenia, ważnym zadaniem jest propagowanie wśród fizjoterapeutów szkoleń w zakresie kompetencji w kardiorehabilitacji, szczególnie telerehabilitacji kardiologicznej powiązanej z monitorowaniem pacjenta i reagowaniem na sytuacje nietypowe. Wyszkolenie personelu w zakresie stosowania metod z wykorzystaniem nowoczesnych technologii stworzy możliwość objęcia rehabilitacją większej grupy pacjentów, będzie odpowiedzią na zapotrzebowanie systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku istotne jest także wyposażenie placówek w odpowiedni sprzęt do telerehabilitacji.
4. Duże tempo procesu starzenia się społeczeństwa a jednocześnie mała liczba lekarzy specjalistów geriatrici, to czynniki stwarzające konieczność szkolenia w tym zakresie fizjoterapeutów. Należy przygotować program szkoleń przygotowujących do prowadzenia fizjoterapii z uwzględnieniem wielochorobowości, fizjoprofilaktyki upadków, fizjoterapii długoterminowej i paliatywnej.
5. Należy podkreślić kluczową rolę podnoszenia kompetencji w zakresie prowadzenia fizjoprofilaktyki. Powinno to być równie ważne jak podnoszenie umiejętności w zakresie rehabilitacji. Dobrze prowadzona fizjoprofilaktyka daje realną szansę na poprawę stanu funkcjonalnego społeczeństwa, przez to mniejsze zapotrzebowanie na specjalistyczną rehabilitację, co będzie miało istotny wpływ na zmniejszenie kosztów leczenia.
6. Należy objąć zarówno studentów, jak i czynnych fizjoterapeutów szkoleniami w formie warsztatów w zakresie rozpoznawania symptomów zachowań samobójczych towarzyszących depresji.
7. Badania ankietowe nie obejmowały tematyki radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Biorąc jednak pod uwagę realia pracy fizjoterapeuty, w tym niedobory kadrowe oraz narażenie na skutki ekspozycji na stres opisywane w literaturze, należy podkreślić potrzebę szkolenia fizjoterapeutów w formie warsztatów z zakresu technik radzenia sobie ze stresem, rozbudowy zasobów emocjonalnych.

7. Czy zakres merytoryczny zainteresowań szkoleniowych studentów i fizjoterapeutów pokrywa się z oczekiwaniami pracodawców w kontekście potrzeb poszerzenia profilu działania placówek?

Oczekiwania pracodawców dotyczące potrzeby podnoszenia kompetencji zatrudnianych przez nich fizjoterapeutów przedstawiono w tabeli nr 8. Wynika z niej, że kluczowe obszary (ocenione na blisko 5 pkt w skali 6-stopniowej) to terapia manualna i fizjoterapia w leczeniu otyłości. Na podobnym poziomie ocenione zostały potrzeby doksztalcania w tym zakresie także przez studentów i czynnych fizjoterapeutów. Oprócz tego pracodawcy widzą potrzebę poszerzenia obszarów działania placówek głównie o fizjoterapię domową (Tab. 12), a tym samym istnieje potrzeba doksztalcania pracowników w tym zakresie.

Tab. 12. Ocena innych potrzeb doszkalania fizjoterapeutów w opinii pracodawców (M ± SD)

Rodzaj kompetencji	Średnia ± odchylenie standardowe
Fizjoterapia osób z niepełnosprawnością intelektualną lub sensoryczną	3,1 ± 1,70
Fizjoterapia osób z niepełnosprawnością afektywną	2,7 ± 1,52
Fizjoterapia niemowląt	3,6 ± 1,77
Fizjoterapia dzieci z chorobami układu krążenia	2,8 ± 1,58
Terapia onkologiczna i długoterminowa	2,8 ± 1,58
Fizjoterapia domowa	4,2 ± 1,594

Rekomendacje:

1. W ofercie kształcenia ustawicznego skierowanej do fizjoterapeutów wskazane jest umieszczenie kursu fizjoterapii domowej. Wykształcenie specjalistów w tej dziedzinie pozwoli na poszerzenie profilu działalności placówek, będzie odpowiedzią

na zapotrzebowanie społeczne - zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Umożliwi szersze korzystanie z fizjoterapii przez pacjentów, którzy wymagają takiej opieki a nie są w stanie korzystać z formy ambulatoryjnej. Dodatkowo szkolenie takie powinno wyposażyć fizjoterapeutów w wiedzę z zakresu zasad bezpieczeństwa, organizacji stanowiska pracy, ergonomii pracy w warunkach nietypowych.

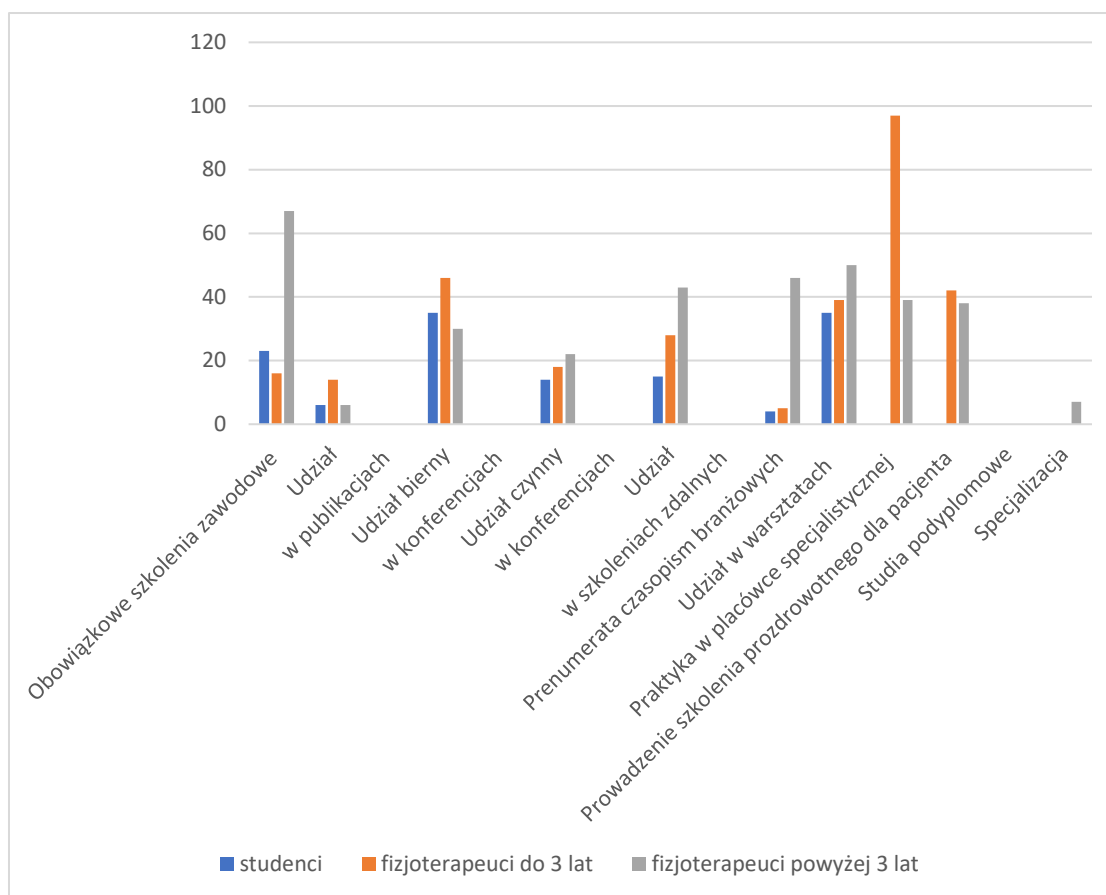
8. Jaki jest aktualny poziom udziału badanych grup w doskonaleniu zawodowym?

Zasady i kryteria ciągłego doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów w Polsce określone zostały przez KIF (Uchwała nr 227/I KRF z dnia 29 maja 2018 r.). Badania wykazały, że tylko 18% ankietowanych zna ten dokument. Można przyjąć założenie, że słaba znajomość w/w zasad przekłada się na podejmowanie realnych działań w zakresie doskonalenia zawodowego przedstawionych w tabeli nr 13 i na rycinie nr 2. Na poziomie średnio 17% odnotowano udział w warsztatach, a średnio 15% badanych uczestniczyło w obowiązkowych szkoleniach i brało bierny udział w konferencjach naukowych. 97% młodych fizjoterapeutów ze stażem pracy poniżej 3 lat odbyło praktykę w specjalistycznej placówce, natomiast w grupie ze stażem powyżej 3 lat, ta forma jest podejmowana znacznie rzadziej (poniżej 40%). W formie jednostkowych przypadków stwierdzono czynny udział ankietowanych w konferencjach naukowych (średnio na poziomie 7%). Na podobnym poziomie plasuje się prenumerata czasopism branżowych, przy czym największe zainteresowanie tą formą doskonalenia zadeklarowali fizjoterapeuci ze stażem powyżej 3 lat. Fizjoterapeuci nie wykazują zainteresowania studiami podyplomowymi i w bardzo niewielkim stopniu podejmują starania o uzyskanie specjalizacji.

Tab. 13. Procentowe wyniki uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym

Formy doskonalenia zawodowego	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Obowiązkowe szkolenia zawodowe	23	16	67

Udział w publikacjach	6	14	6
Udział bierny w konferencjach	35	46	30
Udział czynny w konferencjach	14	18	22
Udział w szkoleniach zdalnych	15	28	43
Prenumerata czasopism branżowych	4	5	46
Udział w warsztatach	35	39	50
Praktyka w placówce specjalistycznej	0	97	39
Prowadzenie szkolenia prozdrowotnego dla pacjenta	0	42	38
Studia podyplomowe	0	0	0
Specjalizacja	0	0	7



Ryc. 2. Formy doskonalenia zawodowego podejmowane przez badane grupy respondentów

Rekomendacje:

1. Wskazane jest popularyzowanie zasad i form doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów nie tylko kursów, szkoleń i warsztatów poszerzających i pogłębiających kompetencje twarde, ale również motywowanie do udziału w życiu naukowym (tworzenie publikacji, udział w konferencjach naukowych).

Jest to niezbędny warunek do wdrażania Fizjoterapii Opartej na Dowodach Naukowych (Evidence Based Physiotherapy, EBP).

2. Należy przygotować ofertę atrakcyjnych merytorycznie studiów podyplomowych, które pozwolą na solidne pogłębienie wiedzy i umiejętności praktycznych.

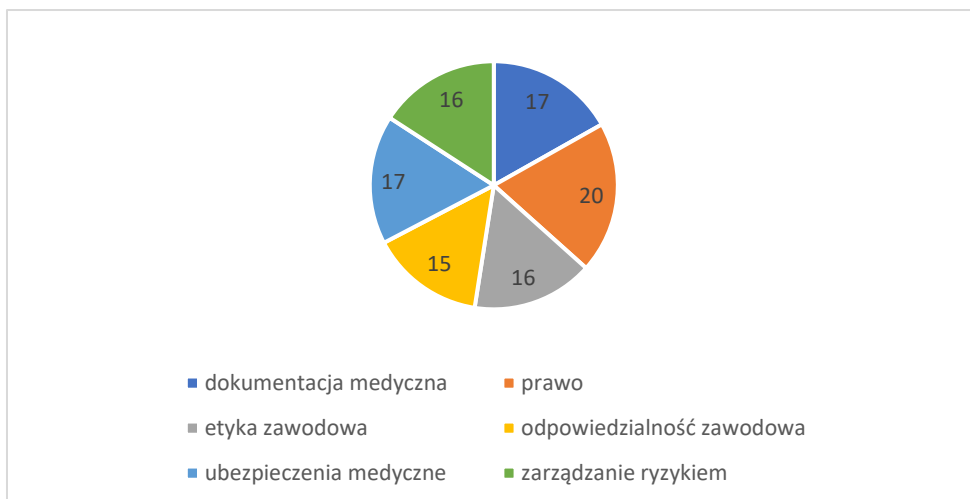
9. **Na jakim poziomie jest zainteresowanie badanych grup udziałem w szkoleniach z zakresu kompetencji miękkich i jakie formy szkoleń są preferowane?**

Ankietowane osoby zgłosiły porównywalne procentowo zainteresowanie szkoleniami podnoszącymi kompetencje miękkie w zakresie organizacji pracy fizjoterapeuty (Tab. 14, Ryc.3). Na pierwszym miejscu w rankingu szkoleń znalazła się tematyka prawna, pozostałe szkolenia mają podobne zainteresowanie. Analiza wykresu (Ryc. 4) wskazuje, że grupą najbardziej otwartą na doksztalcanie są studenci. Biorąc jednak pod uwagę wskaźnik deklaracji w przeliczeniu na 1 osobę, to fizjoterapeuci z minimum 3-letnim stażem deklarują udział średnio 1,5 szkolenia. Dla porównania ten wskaźnik w grupie studentów wyniósł 1,2 a w grupie młodych fizjoterapeutów 0,8.

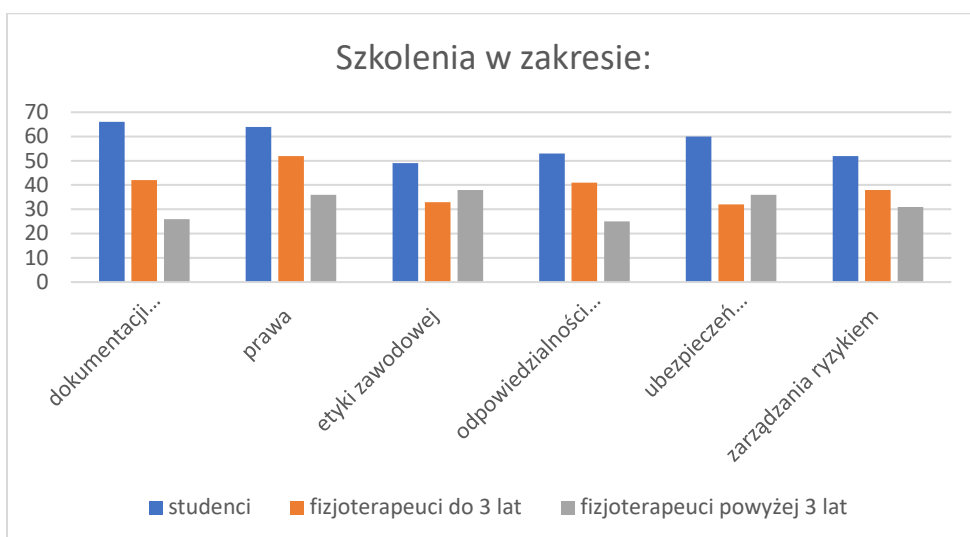
Prawo, etyka zawodowa, prowadzenie dokumentacji medycznej, odpowiedzialność zawodowa - są to zagadnienia znajdujące się zarówno w programach kształcenia na studiach licencjackich, magisterskich jak i jednolitych magisterskich. Zastanawiające są więc wysokie odsetki procentowe w zakresie zainteresowania studentów tą tematyką w ramach dodatkowych szkoleń - średnio powyżej 50% (Tab.14). Świadczy to o poczuciu studentów słabego przygotowania w tym zakresie.

Tab. 14. Procentowe wyniki zainteresowania tematami szkoleń z zakresu działania organizacyjnego w pracy fizjoterapeuty

Szkolenia w zakresie	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
dokumentacji medycznej	66	42	26
prawa	64	52	36
etyki zawodowej	49	33	38
odpowiedzialności zawodowej	53	41	25
ubezpieczeń medycznych	60	32	36
zarządzania ryzykiem	52	38	31



Ryc. 3. Tematyka szkoleń preferowanych przez badane grupy respondentów (w %)

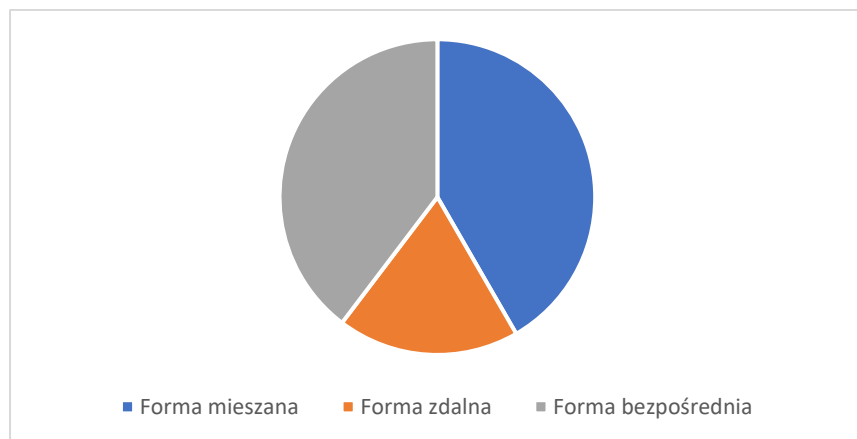


Ryc. 4. Zainteresowania szkoleniowe w zakresie kompetencji miękkich w aspekcie badanych grup respondentów

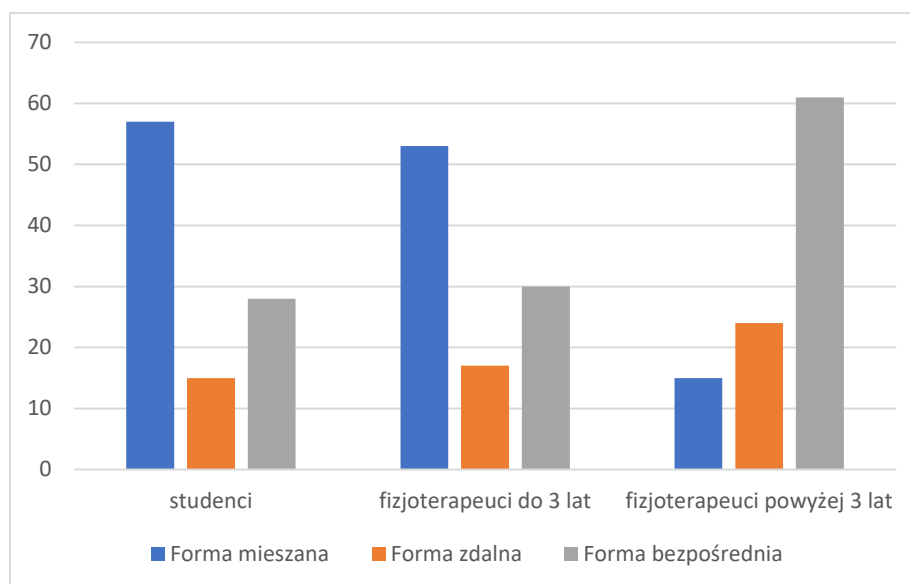
Wybór potencjalnej formy szkoleń przedstawiono w tabeli nr 15 oraz na rycinach nr 5 i 6. Ogólnie najmniejsze jest zainteresowanie formą zdalną szkoleń a zdecydowanie większe formą bezpośrednią i mieszaną. Studenci wybierają formę mieszaną, na drugim miejscu są szkolenia bezpośrednie, najmniejsze jest zainteresowanie formą w pełni zdalną. Podobne relacje obserwuje się w grupie fizjoterapeutów ze stażem do 3 lat. Natomiast fizjoterapeuci z dłuższym stażem pracy zdecydowanie wybierają formę bezpośrednią, dopuszczają także możliwość uczestnictwa w szkoleniach zdalnych i w formie mieszanej (Ryc. 6).

Tab. 15. Procentowe wyniki preferencji w zakresie formy szkoleń

Forma szkoleń	Studenci N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Forma mieszana	57	53	15
Forma zdalna	15	17	24
Forma bezpośrednia	28	30	61



Ryc. 5 Wybór formy szkoleń przez respondentów



Ryc. 6. Wybór formy szkoleń w badanych grupach respondentów

Rekomendacje:

1. Należy zwrócić uwagę uczelni kształcących na kierunku fizjoterapia na rzetelną realizację zajęć i weryfikację efektów uczenia się w zakresie prawa, etyki zawodowej, prowadzenia dokumentacji medycznej, odpowiedzialności zawodowej. Jest to najprostszy sposób kształcenia istotnych dla przyszłych fizjoterapeutów kompetencji miękkich.
2. Wskazana jest organizacja w szerokim zakresie szkoleń kompetencji miękkich związanych bezpośrednio z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty.
3. Forma szkoleń może być zróżnicowana, najlepiej mieszana, natomiast należy unikać wyłącznie formy zdalnej.

10. Jakie źródła finansowania są wykorzystywane przez fizjoterapeutów?

Rzeczywiste wykorzystanie możliwości finansowania z różnorodnych źródeł doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów należy uznać za niedostateczne (Tab. 16). Podstawowym źródłem finansowania szkoleń są środki własne, dotyczy to 21% fizjoterapeutów ze stażem do 3 lat i 28% respondentów z dłuższym stażem. Bardzo małe jest wsparcie ze strony Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS), Europejskiego Funduszu Szkoleniowego (EFS), urzędów pracy (14%) i zakładów pracy (poniżej 10%). Znamienny jest brak pozyskiwania

środków z funduszy szwajcarskich lub norweskich. Badania w grupie studentów wykazały duże oczekiwania tej grupy w zakresie finansowania przyszłych szkoleń i jednocześnie znacznie mniejszą gotowość do samodzielnego ponoszenia kosztów doksztalcania. Badanie nie obejmowało pytań pozwalających uzyskać odpowiedź na pytanie o rzeczywisty stan wiedzy dotyczącej sposobów pozyskiwania środków finansowych na szkolenia. W związku z tym podstawę do analiz mogą stanowić dane uzyskane z badania czynnych fizjoterapeutów.

Tab. 16. Procentowe wyniki w zakresie poszukiwania wsparcia finansowego szkoleń*

Źródło z jakiego uzyskano wsparcie	Studenci – oczekiwania N=300	Absolwenci do 3 lat od ukończenia studiów N=300	Fizjoterapeuci z min. 3 letnim stażem N=130
Wsparcie ze strony zakładu pracy	69	8	9
Środki KFS, EFS, urzędy pracy, BUR	85	14	14
Samodzielne finansowanie szkoleń	11	21	28
Fundusze szwajcarskie lub norweskie	80	0	0

*w przypadku studentów dane dotyczą starań podejmowanych w przyszłym miejscu pracy

Przy tak małym wykorzystaniu wsparcia finansowego na cele szkoleniowe istotne jest poszukiwanie przyczyn takiego stanu. Z wywiadu pogłębionego przeprowadzonego w grupie 80 młodych fizjoterapeutów wynika, że 94% respondentów nie zna mechanizmów pozyskania takiej pomocy. Dotyczy to nie tylko doksztalcania się, ale również rozwoju prowadzonej działalności lub utworzenia nowej.

Rekomendacje:

1. Skala dofinansowania szkoleń fizjoterapeutów powinna zdecydowanie ulec szybkiej poprawie. Oczekiwania systemu opieki zdrowotnej oraz pacjentów wobec fizjoterapii są wysokie, dlatego podnoszenie kompetencji jest kluczowym zadaniem. Biorąc pod uwagę ograniczone własne możliwości finansowe, szczególnie młodych fizjoterapeutów, tę grupę należy potraktować priorytetowo.

Podsumowanie

Wg WHO optymalizacja funkcjonowania społeczeństw jest nadrzędnym celem rehabilitacji i znacząco wpływa na zdrowie publiczne. Rehabilitacja została uznana przez WHO za najlepszą z możliwych inwestycji w zdrowie publiczne i strategię zdrowia na XXI wiek. Podnoszenie kompetencji fizjoterapeutów, zarówno twardych, jak i miękkich jest kluczowe dla systemu opieki zdrowotnej. Profesjonalna i efektywna fizjoterapia może znacząco wpłynąć na tzw. hospitalizacje możliwe do uniknięcia, których pacjent, szczególnie chory przewlekle mógłby uniknąć w przypadku efektywnie działającego systemu opieki zdrowotnej.

Mapa Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 prognozuje wzrost zapotrzebowania na rehabilitację ambulatoryjną, co jest związane ze zmianami demograficznymi, tzn. zwiększającą się liczbą ludności w wieku poprodukcyjnym. Dokument ten wskazuje jednocześnie na potrzebę głębszej reformy rehabilitacji leczniczej, która nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowana do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Wg AOTMiT w Polsce jest nieprawidłowa struktura udzielanych świadczeń w zakresie zabiegów w rehabilitacji ambulatoryjnej. W szczególności problemem jest zbyt duża liczba zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii. Pomimo tego, że z początkiem 2019 r. fizjoterapeuci uzyskali możliwość ustalania planu terapii w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych, struktura przeprowadzanych zabiegów zmieniła się tylko nieznacznie.

Ministerstwo Zdrowia rekomenduje następujące kierunki działań:

1. Konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów

- terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie, np. pacjenci onkologiczni.
2. Należy dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności. W celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów.
 3. Istotne jest ograniczenie liczby zabiegów fizykoterapii i popularyzacja kinezyterapii.
 4. Należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.
 5. Ważne jest dalsze rozpowszechnianie rehabilitacji w warunkach domowych.
 6. Należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem fizjoprofilaktyki i rehabilitacji.
 7. Zalecane jest dalsze upowszechnienie telerehabilitacji/fizjoterapii zdalnej, zwłaszcza w aspekcie monitorowania jakości stosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych.
 8. Rekomenduje się wprowadzenie obowiązku sprawozdawania do Ministerstwa Zdrowia informacji o liczbie pacjentów oraz udzielonych świadczeniach przez wszystkich świadczeniodawców działających w obszarze rehabilitacji.

Odnosząc się do rekomendacji MZ, na podstawie analizy badań przeprowadzonych w ramach projektu *Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów* należy stwierdzić, że wskazane w raporcie deficyty kompetencji i potrzeby szkoleniowe wpisują się w program naprawczy rehabilitacji w Polsce. Niepodważalna rola fizjoterapii i fizjoprofilaktyki wymaga wzmocnienia kompetencyjnego fizjoterapeutów.

Stanowiska w zakresie polityki rynku pracy i dostosowania do jego potrzeb systemów edukacji i szkolenia z uwzględnieniem dostępnych źródeł finansowania

Stanowiska 1-18 dotyczą głównych kierunków i potrzeb szkoleniowych różnych grup – studentów, młodych absolwentów (ze stażem do 3 lat) i doświadczonych fizjoterapeutów funkcjonujących na rynku pracy powyżej 3 lat. Stanowiska te zostały sformułowane na podstawie analizy wyników badań przeprowadzonych w Zadaniach 1-4.

Stanowiska 19-35 odnoszą się do regionalnych potrzeb edukacyjnych fizjoterapeutów. Opracowane zostały z uwzględnieniem diagnozy poszczególnych województw, wyzwań systemu opieki zdrowotnej oraz rekomendowanych kierunków działań zawartych w załącznikach do *Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026* (Dz.U. z dnia 27 sierpnia 2021 r., poz. 69 – Zał. 1-16).

Ponadto dla stanowisk 19-35 została opracowana komplementarna, wspólna rekomendacja dotycząca zdiagnozowanych krajowych i europejskich źródeł finansowania szkoleń podnoszących kwalifikacje i kompetencje fizjoterapeutów w trakcie ich kariery zawodowej (kształcenie przez całe życie):

Rekomendacja komplementarna dla stanowisk 19-35:

- **Ad. Krajowy Fundusz Szkoleniowy**

W niniejszym raporcie oraz wynikach badania „Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów” zaprezentowano dużą potrzebę podnoszenia kwalifikacji i kompetencji polskich fizjoterapeutów w holistycznie badanych obszarach ich kariery zawodowej (kształcenie przez całe życie).

W związku z powyższym zwracamy się do wszystkich członków Rady Rynku Pracy z rekomendacją podjęcia działań na etapie określania priorytetów wydatkowania środków KFS na rok 2023 i lata następne (*ustalane przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy*), których rezultatem będzie wpisanie do listy w/w priorytetów pozycji dotyczącej wsparcia kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży fizjoterapii.

Obecnie takie zapisy są stosowane z powodzeniem w uzasadnionych przypadkach, np.: priorytet dotyczący branży motoryzacyjnej, zawarty w priorytetach wydatkowania środków KFS w roku 2022 ustalonych przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy.

- **Ad. Krajowy Plan Odbudowy**

w czasie powstawania projektu „Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów”, jego autorzy nie mogli przypuszczać, że od 2020r. w Polsce i Unii Europejskiej będziemy zmagać się ze skutkami społecznymi i ekonomicznymi powstałymi na skutek epidemii Sars Cov-2. W związku z tą nadzwyczajną sytuacją UE wdrożyła dotychczas niespotykaną formę wsparcia dla krajów członkowskich w postaci Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (RRF). Polska w ramach działań programowych stworzyła Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (dalej: KPO).

Postulujemy możliwość finansowania poruszanych w stanowiskach aspektów dotyczących podnoszenia kwalifikacji i kompetencji fizjoterapeutów w trakcie ich kariery zawodowej (kształcenie przez całe życie), które wpisują się w następujące wyzwania zidentyfikowane w KPO:

a) Filar IV RRF - Spójność społeczna i terytorialna oraz Filar VI RRF - Polityki na rzecz następnego pokolenia, dzieci i młodzieży, takie jak edukacja i umiejętności

W związku ze zmianami demograficznymi, cyfryzacją i automatyzacją występującą w wielu obszarach życia oraz transformacją gospodarki polskiej w kierunku „zielonej” i niskoemisyjnej, dużym wyzwaniem pozostaje zwiększenie uczestnictwa osób dorosłych w kształceniu i innych formach zdobywania umiejętności i kwalifikacji. Możliwości uczenia się w miejscu pracy są nadal niewystarczające.

Działanie wpisuje się w cel szczegółowy A3. Doskonalenie systemu edukacji, mechanizmów uczenia się przez całe życie w kierunku lepszego dopasowania do potrzeb nowoczesnej gospodarki, wzrostu innowacyjności, zwiększania transferu nowych technologii oraz zielonej transformacji. Prognozowane wsparcie całego tego komponentu jest na poziomie 400 mln EUR.

- **Ad. Europejski Fundusz Społeczny na lata 2021-2027**

Środki finansowe z EFS w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027 będą możliwe do wykorzystania z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS) - następcą Programu Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). Główne obszary działania FERS to: praca, edukacja, zdrowie oraz dostępność. Program będzie wspierał projekty z zakresu: poprawy sytuacji osób na rynku pracy, zwiększenia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, zapewnienia opieki nad dziećmi, podnoszenia jakości edukacji i rozwoju kompetencji, integracji społecznej, rozwoju usług społecznych i ekonomii społecznej oraz ochrony zdrowia.

Na chwilę tworzenia niniejszego raportu, prace nad FERS jeszcze trwają, i trwać będą do czasu podpisania między Polską a Komisją Europejską Umowy partnerstwa. Obecnie jednym z założonych celów szczegółowych jest rozwój ofert formalnego i pozaformalnego kształcenia i uczenia się dorosłych. Działanie to będzie uzupełniać interwencję realizowaną w programach regionalnych gdzie przewiduje się upowszechnianie lokalnych inicjatyw na rzecz uczenia się osób dorosłych. Uruchomiony zostanie instrument finansowy, dzięki któremu możliwe będzie sfinansowanie w formie zwrotnej udziału uczestnika w różnych formach kształcenia osób dorosłych, podejmowanych z własnej inicjatywy, np. studiach podyplomowych, kursach, szkoleniach oraz innych formach kształcenia oferowanych przez krajowe i zagraniczne podmioty (z wyjątkiem studiów I, II i III stopnia).

1. **Stanowisko w zakresie dostosowania procesu kształcenia na kierunku fizjoterapia do potrzeb rynku pracy – kompetencje „twarde”**

W aktualnie obowiązującym standardzie kształcenia na jednolitych studiach magisterskich znajdują się liczne szczegółowe efekty uczenia się nakierowane na kształcenie kompetencji w zakresie fizjoterapii w pediatrii i wieku rozwojowym. Stwarza to realną szansę

na prawidłowe kształcenie w tym zakresie. Studenci badani w zadaniu 3 nisko ocenili swoje potrzeby doksztalcania w zakresie fizjoterapii we wczesnym wspomaganii rozwoju (na 2,7 w skali 1-6), co oznacza, że czują się dobrze przygotowani. Większe potrzeby szkoleniowe studenci widzą w zakresie terapii układu ruchu u dzieci (ocena 3,7) i wad postawy (ocena 4) z dziećmi. Studentom zamierzającym specjalizować się w pracy z dziećmi należy umożliwić dodatkowe szkolenia w ramach wykorzystania dostępnych funduszy na poziomie uczelni, placówek medycznych oraz środków regionalnych.

W związku ze zwiększającym się zapotrzebowaniem na fizjoterapię osób starszych cechujących się wielochorobowością, należy zwrócić uwagę na konieczność kształcenia kompetencji w tym zakresie. Ponadto w procesie kształcenia należy podkreślić rolę praktycznych szkoleń przygotowujących do prowadzenia opieki domowej nad pacjentem oraz fizjoterapii długoterminowej i paliatywnej. Świadomość potrzeb kształcenia w tym zakresie jest wśród studentów dość niska (w skali 1-6 oceniają na 2 potrzebę doszkalania się w fizjoterapii w chorobach wewnętrznych, na 3 w fizjoterapii w geriatric). Duże jest zapotrzebowanie studentów na szkolenia w zakresie fizjoterapii w otyłości (ocena 4,9) oraz fizjoterapii oddechowej (ocena 5 w skali 1-6). Niezbędne jest również szkolenie w zakresie szerokiej fizjoprofilaktyki. Studenci taką potrzebę określają poniżej 4 w skali 1-6.

2. Stanowisko w zakresie dostosowania procesu kształcenia na kierunku fizjoterapia do potrzeb rynku pracy – kompetencje „miękkie”

Należy systematycznie pilotować efekty realizacji nowego programu kształcenia fizjoterapeutów w toku studiów i modyfikować w zależności od uzyskanego poziomu kompetencji miękkich. Odnosząc się do prezentowanych wyników badań w zadaniu 3, wskazane jest sformułowanie zaleceń do praktycznej nauki zawodu dla uczelni kształcących na kierunku fizjoterapia. Należy podkreślić, że kształcenie kompetencji miękkich jest równie ważne jak kształcenie w zakresie metod fizjoterapii. Kształtowanie kompetencji miękkich jest zapisane w programie praktyk zawodowych, niezbędne jest więc zwrócenie większej uwagi na realizację tych efektów uczenia się. Studenci w samoocenie nisko oceniają swoje umiejętności w zakresie rozmowy z pacjentem i jego rodziną (1,9 w skali 1-6). Nisko oceniają również swoją umiejętność rozwiązywania problemów związanych z wykonywaniem zawodu oraz zarządzanie zasobami ludzkimi (średnio 1,9). Prawa pacjenta, etyka zawodowa, przedsiębiorczość, to przedmioty obligatoryjne w programach studiów, stąd niepokój budzi niska samoocena w tym zakresie (poniżej

dostatecznej). Należy zwrócić uwagę uczelniom kształcącym na kierunku fizjoterapia na poprawę jakości w realizacji zajęć i weryfikacji efektów uczenia się w zakresie prawa, etyki zawodowej, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz odpowiedzialności zawodowej. Jest to najprostszy sposób kształcenia istotnych dla przyszłych fizjoterapeutów kompetencji miękkich. Niewątpliwie do podniesienia poziomu kompetencji mogą się przyczynić dodatkowe szkolenia. Należy zalecić wprowadzenie języka migowego jako przedmiotu dodatkowego do programu studiów na kierunku fizjoterapia w związku z prognozą wzrostu w Polsce liczby chorób narządu słuchu.

3. Stanowisko w zakresie udziału fizjoterapeutów w doskonaleniu zawodowym

Niska znajomość zasad i kryteriów ciągłego doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów określonych przez KIF (Uchwała nr 227/I KRF z dnia 29 maja 2018 r.) stwierdzona w badaniach w zadaniu 2 (tylko 18% badanych fizjoterapeutów zna ten dokument) jest wskazaniem do popularyzowania zasad i form doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów - nie tylko kursów, szkoleń i warsztatów poszerzających i pogłębiających kompetencje twarde, ale również motywowanie do udziału w życiu naukowym (tworzenie publikacji, udział w konferencjach naukowych). Jest to niezbędny warunek do wdrażania fizjoterapii opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Physiotherapy, EBP). Należy przygotować ofertę atrakcyjnych merytorycznie studiów podyplomowych, które pozwolą na solidne pogłębienie wiedzy i umiejętności praktycznych.

4. Stanowisko w zakresie edukacji fizjoterapeutów w ramach kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem potrzeb rynku pracy – kompetencje „twarde”

Priorytetem w doksztalcaniu czynnych fizjoterapeutów powinna być diagnostyka funkcjonalna i ocena efektów rehabilitacji. W tym zakresie odczuwane są największe potrzeby. Z analizy zainteresowań zawodowych i planów rozwoju badanych grup wynika, że największe jest zapotrzebowanie na kursy w zakresie: terapii manualnej (56-70%), modelu FDM (53-63%) i fizjoterapii w ortopedii (53-62%) - należy ułatwić fizjoterapeutom możliwość uczestnictwa w tych kursach poprzez finansowanie szkoleń.

Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu krążenia, ważnym zadaniem jest propagowanie wśród fizjoterapeutów szkoleń w zakresie kompetencji w kardiorehabilitacji, szczególnie telerehabilitacji kardiologicznej. Wyszkolenie personelu w zakresie stosowania metod z wykorzystaniem nowoczesnych technologii stworzy możliwość objęcia rehabilitacją większej grupy pacjentów, będzie odpowiedzią na zapotrzebowanie systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku istotne jest także wyposażenie placówek w odpowiedni sprzęt i oprogramowanie do telerehabilitacji.

Duże tempo procesu starzenia się społeczeństwa a jednocześnie mała liczba lekarzy, specjalistów geriatrici, to czynniki stwarzające konieczność szkolenia w tym zakresie fizjoterapeutów. Należy przygotować program szkoleń przygotowujących do prowadzenia kompleksowej fizjoterapii pacjentów w starszym wieku, fizjoprofilaktyki upadków, fizjoterapii długoterminowej i paliatywnej.

Analiza świadczeń udzielonych w kraju w 2019 r. wykazała duże potrzeby w dziedzinie rehabilitacji dziennej kardiologicznej, w zakresie zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wzroku oraz pulmonologii. Podnoszenie kompetencji fizjoterapeutów w tym zakresie jest kluczowym czynnikiem umożliwiającym zwiększenie efektywności rehabilitacji.

5. Stanowisko w zakresie edukacji fizjoterapeutów w ramach kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem potrzeb rynku pracy – kompetencje „miękkie”

Należy opracować i wdrożyć szeroki program kształcenia kompetencji cyfrowych fizjoterapeutów, co jest wyzwaniem dla fizjoterapii. Ciągłe niedostateczna dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych będzie w najbliższych latach wymuszać stosowanie na coraz większą skalę świadczeń z wykorzystaniem nowoczesnych technik komunikacji na odległość (diagnostyka, telerehabilitacja). W związku z niską znajomością języka migowego wśród fizjoterapeutów i jednocześnie prognozą wzrostu w Polsce liczby chorób narządu słuchu, należy ułatwić fizjoterapeutom możliwość uczestnictwa w kursach języka migowego lub komunikacji alternatywnej poprzez finansowanie szkoleń. Za celowością włączenia szkoleń z języka migowego lub komunikacji alternatywnej do procesu kształcenia ustawicznego fizjoterapeutów przemawiają następujące fakty: a) warunkiem prawidłowej pracy z pacjentem jest możliwość porozumienia w trakcie diagnostyki funkcjonalnej, terapii i edukacji zdrowotnej; b) liczba osób z niepełnosprawnościami w wieku 15-70 lat z wadą słuchu to 850 tys. osób; b) dostępność do tłumaczy jest minimalna - w Polsce działa tylko ok. 300 tłumaczy

SJM (System Językowo-Migowy) i ok. 100 tłumaczy PJM (Polski Język Migowy). Wskazana jest organizacja w szerokim zakresie szkoleń kompetencji miękkich związanych bezpośrednio z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty. Forma szkoleń może być zróżnicowana, najlepiej mieszana, natomiast należy unikać formy wyłącznie zdalnej.

6. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych wynikających z rekomendacji AOTMiT w sprawie zmiany struktury udzielanych świadczeń w rehabilitacji ambulatoryjnej

Na podstawie przeprowadzonych konsultacji z ekspertami medycznymi oraz analizy literatury branżowej AOTMiT wnioskuje, że w Polsce jest nieprawidłowa struktura udzielanych świadczeń w zakresie zabiegów w rehabilitacji ambulatoryjnej. Obecnie fizjoterapia ambulatoryjna opiera się głównie na fizykoterapii, która stanowi 68,3% liczby wszystkich zabiegów, kinezyterapia stanowi 23,4%, a masaż 8,3%. Wykonywanych jest zbyt duża liczba zabiegów fizykoterapii względem kinezyterapii. Ponadto aż 56,8% pacjentów rozpoczynających fizjoterapię w pierwszej połowie 2019 r. nie uzyskała zabiegów kinezyterapii. AOTMiT deklaruje, że dowody naukowe oraz wytyczne kliniczne rekomendują przede wszystkim stosowanie kinezyterapii oraz tylko wybranych zabiegów fizykoterapii przy określonych problemach zdrowotnych, np. zabiegi ciepłne i TENS (przy zmianach zwyrodnieniowych stawów), elektrostymulacja i krioterapia (w bólach kręgosłupa) oraz hydroterapia (po przeszczepie komórek do stawu kolanowego). Wraz z początkiem 2019 r. fizjoterapeuci uzyskali możliwość ustalania planu terapii w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych, jednak struktura przeprowadzanych zabiegów zmieniła się tylko nieznacznie.

Zmniejszenie udziału fizykoterapii w strukturze świadczeń rehabilitacyjnych wymagać będzie poszerzenia kompetencji fizjoterapeutów pracujących w rehabilitacji ambulatoryjnej. Fizjoterapeuci powinni być przygotowani do prowadzenia fizjoterapii multidyscyplinarnej. W badaniu przedstawionym w zadaniu 2, pracodawcy jako deficyty kompetencyjne wskazali terapię manualną i masaż (85%), drenaż limfatyczny manualny (79%), metody specjalne fizjoterapii (74%), kinezyterapię (70%).

Podniesienie jakości rehabilitacji ambulatoryjnej wymaga także kształcenia fizjoterapeutów w zakresie umiejętności prowadzenia diagnostyki funkcjonalnej oceny efektów leczenia.

Potrzebę takich szkoleń wskazują fizjoterapeuci (w skali 1-6 oceniają zapotrzebowanie powyżej 5).

7. Stanowisko w zakresie kompetencji językowych

Obszar szkolenia językowego na polskich uczelniach kształcących na kierunku fizjoterapia należy poddać szczególnej uwadze i rzetelnemu audytowi, który pozwoli na szeroką skalę ocenić rzeczywisty poziom kompetencji językowych. Należy zdefiniować przyczyny niskiego poziomu wyszkolenia językowego (znajomość języka angielskiego zawodowego deklaruje tylko 9% studentów, inne języki – pojedyncze deklaracje) i wdrożyć mechanizmy naprawcze pozwalające na znaczące podniesienie poziomu wiedzy fachowej w języku obcym. Niezbędna jest rzetelna weryfikacja osiągniętych efektów uczenia się języków obcych. W przypadku fizjoterapeutów funkcjonujących na polskim rynku pracy, kluczowym zadaniem jest zapewnienie możliwości podnoszenia kompetencji językowych poprzez organizację i dofinansowanie kursów w ramach ustawicznego uczenia się przez całe życie. Aktualny stan kompetencji językowych znacząco ogranicza nie tylko możliwości podjęcia zatrudnienia za granicą, ale także uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym, np. korzystanie z piśmiennictwa naukowego, udział czynny w konferencjach naukowych, specjalistycznych szkoleniach prowadzonych najczęściej w języku angielskim, studiach za granicą. Podnoszenie kompetencji językowych jest zgodne z Zaleceniami Rady Unii Europejskiej z 22 maja 2019 r., które dotyczą kompleksowego podejścia do nauczania i uczenia się języków. W wizji europejskiego obszaru edukacji, granice nie utrudniają wysokiej jakości edukacji. Kompetencje wielojęzyczne są zdefiniowane wśród ośmiu kompetencji kluczowych w zaleceniu Rady UE w procesie uczenia się przez całe życie.

8. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do pracy z dziećmi

Stosunkowo niskie zainteresowanie doksztalcaniem zanotowano w obszarze fizjoterapii wieku rozwojowego wśród studentów ostatnich roczników (wczesne wspomaganie 2,73, układ ruchu u dzieci 3,67). Młodzi absolwenci również nisko ocenili zainteresowanie doksztalcaniem w obszarze wczesnego wspomagania (nieco powyżej 3), natomiast wyraźnie wyżej fizjoterapię układu ruchu (powyżej 4). Równocześnie z brakiem zainteresowania szkoleniem, fizjoterapeuci stosunkowo słabo oceniają swoje kompetencje do prowadzenia leczenia dzieci.

Choć w większości przypadków można przyjąć niemalże liniowe zwiększanie wyników wraz z latami pracy w tym zakresie, to jednak nawet wśród dojrzałych fizjoterapeutów ocena ta przekracza 3 jedynie w terapii wad postawy i terapii blizn.

Szeroka i dokładna ocena kompetencji fizjoterapeutów do pracy z dziećmi jest bardzo trudna, a jednocześnie konieczna. Trudność ta wynika w dużej części z braku możliwości praktykowania nauczanych technik i metod na organizmie dziecka. Z jednej strony ograniczeniem jest dostęp do specjalistycznych i różnorodnych placówek klinicznych, z drugiej ograniczenia związane są ze zgodą rodziców na prowadzenie terapii przez uczących się studentów. W przypadku małych grup istnieje możliwość bliskiej obserwacji, jednak w przypadku uczelni, które grupy kliniczne zorganizowały zbyt duże, takie możliwości radykalnie maleją. Kształcenie dzieci odbywa się ponadto w różnych grupach wiekowych, wraz ze swoją specyfiką oraz, co jest oczywiste, w różnych grupach dyspanseryjnych. Taka krzyżówka tworzy niejednokrotnie sytuację z założenia pomijającą niektóre poddziały kliniczne, zwłaszcza te, które wymagają specjalistycznego i zindywidualizowanego podejścia. Fizjoterapia dzieci jest bardzo mocno związana z kształceniem podyplomowym w kilku kluczowych metodach, które wyrobiły sobie istotne miejsce w procesie leczenia. Jednak również na tym polu, zajęcia choć intensywne, odbywają się z użyciem manekinów (lalek), albo są rejestrowane na wideo i omawiane w późniejszym czasie. Choć jest to poszukiwanie słuszne, to jednak nadal nie bezpośrednie.

Rekomendacja

- fizjoterapia dzieci, podobnie jak fizjoterapia osób dorosłych powinna być nacechowana różnorodnością oddziałów (wczesne wspomaganie, ortopedia dziecięca, a w niej wady postawy ale również kardiologia dziecięca, pulmonologia dziecięca, chirurgia dziecięca, nefrologia, onkologia, terapia twarzoczaszki)

- szkolenie praktyczne w zakresie pediatrii powinno odbywać się w małych grupach (najlepiej ukierunkowanych na indywidualne staże, na których istnieje możliwość stworzenia warunków do praktykowania pod bezpośrednią, indywidualną opieką doświadczonego fizjoterapeuty)

- ważnym elementem kształcenia fizjoterapeutów powinna być fizjoprofilaktyka, a w niej kształtowanie prawidłowych nawyków postawy i aktywności wśród populacji dzieci,
- powinno wdrażać się do programu terapii interaktywne narzędzia, również IT w celu zwiększenia zainteresowania i zaangażowania w proces leczenia,

- należy zwiększyć nacisk na monitorowanie i bieżącą analizę zmian wynikających z prowadzonego programu usprawniania.

9. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do stosowania diagnostyki funkcjonalnej

Rozszerzenie uprawnień fizjoterapeutów wpłynęło w 2019 roku na skokowy wzrost liczby wizyt fizjoterapeutycznych. Aktualnie obowiązujące Zarządzenie nr 138/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 02.08.2021 r. wprowadza obowiązek przeprowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej na początku i na końcu cyklu, ponieważ pozwala to ocenić postępy pacjenta oraz jest miernikiem skuteczności przeprowadzonej fizjoterapii. Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje m.in. ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta przed rozpoczęciem procesu fizjoterapii (zgodnie z rekomendacjami KIF) i odnotowanie jego wyniku w dokumentacji medycznej, kwalifikację świadczeniobiorcy do procesu fizjoterapii oraz określenie celu terapii (krótkoterminowego i długoterminowego) i odnotowanie go w dokumentacji medycznej, zaplanowanie procesu fizjoterapii w oparciu o postawione cele (krótkie oraz długie) i odnotowanie go w dokumentacji medycznej. Uzyskanie przez fizjoterapeutów możliwości samodzielnego ustalania planu terapii nie wpłynęło jednak w sposób zauważalny na zmianę struktury zabiegów w rehabilitacji ambulatoryjnej. Zadania stawiane przed fizjoterapeutą wymagają posiadania przez niego szerokich kompetencji w zakresie diagnostyki funkcjonalnej oraz programowania rehabilitacji. Ocena potrzeb szkoleniowych w tym zakresie wynikająca z badania w zadaniu 2 wskazuje, że jest to ważne zadanie. Zapotrzebowanie na te szkolenia w grupie fizjoterapeutów uprawnionych do prowadzenia wizyt fizjoterapeutycznych oceniono na 5,4 w skali 1-6. Diagnostyka funkcjonalna i ściśle z nią związana umiejętność oceny efektów leczenia powinny być priorytetem w planowaniu szkoleń dla fizjoterapeutów. Jest to szczególnie istotne w sytuacji zmniejszania się w Polsce liczby lekarzy ze specjalnością rehabilitacji medycznej.

10. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do stosowania fizjoprofilaktyki

W 2019 roku z rehabilitacji w Polsce skorzystało 8,8 % ogółu mieszkańców. Zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., choroby i urazy układu nerwowego i narządu ruchu będą dominować w starzejącym

się społeczeństwie. Kolejny element zwiększający niepełnosprawność w Polsce będą stanowiły nowotwory. Szacuje się, że psychofizyczne następstwa leczenia nowotworów są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych. Obecny system ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej nie funkcjonuje poprawnie i nie jest dopasowany do rzeczywistych potrzeb pacjentów. W tej sytuacji należy zwrócić szczególną uwagę na fizjoprofilaktykę. Dobrze prowadzona fizjoprofilaktyka daje realną szansę na poprawę stanu funkcjonalnego społeczeństwa, przez to mniejsze zapotrzebowanie na specjalistyczne leczenie a następnie rehabilitację, co będzie miało istotny wpływ na zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej. Innym ważnym zadaniem, które powinni realizować m.in. fizjoterapeuci jest edukacja pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem rehabilitacji. Należy podkreślić kluczową rolę podnoszenia kompetencji w zakresie prowadzenia fizjoprofilaktyki. Powinno to być równie ważne jak podnoszenie umiejętności w zakresie rehabilitacji.

Z kierunków profilaktyki określonych w *Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026* wynika, że zapotrzebowanie na szkolenia dotyczą następujących obszarów: 1) oparte na dowodach naukowych promowanie zdrowego stylu życia, budowanie kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka, ale także pozostałych grup czynników ryzyka na utratę lat życia w zdrowiu i zgony; 2) promowanie badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych; 3) profilaktyka związana z konsekwencjami nadwagi i otyłości; 4) profilaktyka związana z paleniem tytoniu i nadużywania alkoholu.

11. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do stosowania telerehabilitacji

W ostatnim czasie liczne kraje (głównie Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Holandia) zaczęły stawiać duży nacisk na rozwój telerehabilitacji, czyli ćwiczeń wykonywanych przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy. Takie rozwiązanie jest korzystne szczególnie dla pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń, a ponadto niweluje ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. W dobie pandemii Covid-19, telerehabilitacja jest często jedyną możliwą formą prowadzenia usprawniania pacjentów. Dlatego ważnym zadaniem jest przygotowanie merytoryczne i organizacyjne szerokiej grupy fizjoterapeutów do prowadzenia tej formy

rehabilitacji. Niezbędne jest prowadzenie specjalistycznych kursów i szkoleń z udziałem firm zajmujących się cyfryzacją.

12. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do stosowania cyfryzacji, robotyzacji w fizjoterapii

Skuteczność i wzrost dostępności diagnostyki i leczenia, w tym fizjoterapii są zależne od wdrożenia nowoczesnych rozwiązań i technologii. Do takich rozwiązań należy zastosowanie robotyki w procesie rehabilitacji. Wykorzystanie robotów dotyczy głównie pacjentów neurologicznych i ortopedycznych pozwalając na uzyskanie jak największych korzyści w możliwie najkrótszym czasie. Nowoczesne podejście do rehabilitacji to również odejście od założenia, że roboty to systemy dedykowane dla nielicznej grupy ludzi. Na dzień dzisiejszy dane prezentowane przez jedną z firm wskazują, że takiej formie terapii poddawane są dziesiątki tysięcy osób [Bartodziej J. Robotyka a nowoczesne metody rehabilitacji. <https://meden.com.pl/artykuly/robotyka-nowoczesne-metody-rehabilitacji>]. Wykorzystywanie robotów do rehabilitacji to wyzwanie przyszłości. Wymaga to jednak podniesienia kompetencji fizjoterapeutów. W dotychczasowym systemie kształcenia brakowało praktycznej nauki umiejętności w tym zakresie.

13. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji umożliwiających rozwiązywanie aktualnych problemów demograficznych

Aktualnie kluczowym problemem demograficznym jest starzenie się społeczeństw. W Polsce, jak również w całej UE, starzenie się społeczeństwa wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności. Polska w 1967r. przekroczyła próg starości demograficznej, a w 1980 r. próg zaawansowanej starości demograficznej. Sytuacja ta zwiększa zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne i fizjoprofilaktykę w celu jak najdłuższego utrzymania stanu funkcjonalnego osób starszych na takim poziomie, aby zapewnić samodzielną egzystencję. Koncepcja pozytywnego starzenia się (healthy ageing, successful ageing, active ageing) to proces polegający na unikaniu chorób i niepełnosprawności, wykazywaniu się fizyczną i kognitywną sprawnością, zaangażowaniem społecznym i produktywną aktywnością. Na tym polu ogromną rolę powinni pełnić fizjoterapeuci wyposażeni w najnowszą wiedzę oraz umiejętności praktyczne do pracy

z osobami starszymi. Wskazane są szkolenia w zakresie zalecanego trybu życia, form aktywności fizycznej, zapobiegania ograniczeniom wynikającym ze stanu zdrowia a także korzystania przez osoby starsze z telemedycyny, teleopieki oraz e-zdrowia.

14. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji umożliwiających rozwiązywanie aktualnych problemów epidemicznych

Pandemia Covid-19 stworzyła nową sytuację w zakresie zapotrzebowania na specyficzną fizjoterapię. Dotychczasowe przygotowanie ośrodków rehabilitacji do szeroko pojętej fizjoterapii oddechowej należy ocenić jako dalece niewystarczające. Świadczyć o tym może fakt, że rehabilitacja dzienna w zakresie pulmonologii odbywała się w 2019 r. tylko w województwie małopolskim. Analiza potrzeb w poszczególnych województwach wskazuje na konieczność przygotowania dużej grupy fizjoterapeutów do udzielania tego typu świadczeń. W dobie pandemii Covid-19 kluczowe znaczenie odgrywa nie tylko rehabilitacja oddechowa, ale także ogólnoustrojowa.

15. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji umożliwiających udział w deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej

Deinstytucjonalizacja jest to proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które mają wyeliminować potrzebę opieki. Istnieją dowody, że skutkiem opieki instytucjonalnej jest najczęściej gorsza jakość życia osób (w porównaniu do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych), prowadząca do wykluczenia społecznego i izolacji do końca życia. Kierunkiem działań służącym deinstytucjonalizacji powinno być zwiększenie udziału liczby pacjentów otrzymujących pomoc w opiece domowej. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej pożądanymi i cenionymi przez pacjenta opiekunami, a dom chorego jest często najlepszym i najbardziej pożądanym przez pacjentów środowiskiem opieki. Dlatego tak ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne. Badania wskazują, że przejście od formalnej opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu lub na poziomie społeczności lokalnej wiąże się z poprawą jakości życia osób objętych opieką [*Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, 2015,

http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf

Zgodnie z raportem OECD [*Health at a Glance 2019 OECD Indicators*, OECD, 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09->

[en.pdf?expires=1588682016&id=id&accname=guest&checksum=E7EC6091B7BCEC3E15659CC2DC4C8B7E](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1588682016&id=id&accname=guest&checksum=E7EC6091B7BCEC3E15659CC2DC4C8B7E)] w 2017 r. Polska miała najniższą wśród 25 krajów OECD wartość wskaźnika osób w wieku od 65 lat wzwyż objętych opieką długoterminową (0,9%). Wartość ta jest ponad dziesięciokrotnie niższa niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%). W krajach UE obserwuje się coraz częstszą tendencję do rozwijania usług opieki domowej oraz dziennych form wsparcia, podczas gdy dąży się do zmniejszenia opieki instytucjonalnej. Opieka w domach pacjentów ma na celu promocję lub ochronę zdolności do samodzielnego życia i samoopieki. Opieka domowa prowadzona jest też przez ośrodki opieki dziennej, które oferują kompletny pakiet usług, takich jak zapewnienie posiłków, codzienna pielęgnacja, usługi edukacyjne i rehabilitacyjne oraz integracja osób starszych [B. Lipszyc, E. Sail, A. Xavier, *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf].

Ważnym ogniwem opieki długoterminowej jest opieka nieformalna, sprawowana przez osoby najbliższe, najczęściej rodzinę. przewiduje się, że na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki niż obecnie. Prognozuje się, że zmiany takie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi związane z opieką długoterminową finansowane ze środków publicznych [*Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, 2015, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf].

W najbliższej przyszłości niezbędne będzie stworzenie wielokierunkowych form wsparcia i pomocy dla opiekunów nieformalnych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne mające na celu podnoszenie wiedzy i kompetencji opiekuńczych. Do tego zadania powinni dostać przygotowani fizjoterapeuci poprzez poszerzenie ich kompetencji w zakresie świadczeń udzielanych pacjentowi w jego domu oraz edukowania opiekunów nieformalnych. Z badań w zadaniu 2 projektu wynika, że fizjoterapia domowa jest obszarem pomijanym w rankingu

preferencji szkoleniowych fizjoterapeutów. Potrzebę taką widzą natomiast pracodawcy, oceniając potrzeby szkoleniowe na 4,2 w skali 1-6.

16. Stanowisko w zakresie kształtowania kompetencji do identyfikowania symptomów zachowań samobójczych towarzyszących depresji

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 zakłada m.in. rozwój kompetencji różnych grup pracowników, w tym ochrony zdrowia w zakresie wczesnego wykrywania symptomów samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze. Z Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026 wynika, że w przypadku zaburzeń depresyjnych spodziewany jest wzrost o 17,46%, szczególnie dotyczyć to będzie mężczyzn (wzrost o 30,13%), w mniejszym stopniu kobiet (12,18%).

Ocena kompetencji studentów i fizjoterapeutów w zakresie fizjoterapii w psychiatrycznej nie była uwzględniona w badaniach w ramach projektu *Dialog społeczny w kształtowaniu strategii umiejętności fizjoterapeutów*. Analiza obowiązującego od 2019 roku standardu kształcenia na kierunku fizjoterapia wykazała, że zdefiniowane w nim efekty uczenia się odnoszące się do pracy z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi są nieliczne i dość ogólne (*w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie: B.W1. psychologiczne i socjologiczne uwarunkowania funkcjonowania jednostki w społeczeństwie; B.W2. psychologiczne i społeczne aspekty postaw i działań pomocowych; B.W5. podstawowe metody psychoterapii; D.W3. etiologię, patomechanizm, objawy i przebieg najczęstszych chorób w zakresie (...) psychiatrii; D.W4. zasady diagnozowania oraz ogólne zasady i sposoby leczenia w najczęstszych chorobach w zakresie (...) psychiatrii*). Można więc przyjąć założenie, że absolwenci kierunku fizjoterapia w czasie studiów uzyskują podstawową wiedzę na temat chorób psychicznych. Biorąc jednak pod uwagę interwencyjny charakter NPZ, niewątpliwie należałoby wyposażać absolwentów w praktyczne umiejętności diagnozowania symptomów zachowań samobójczych. Celowe jest w tej sytuacji przeprowadzenie przez doświadczonych praktyków (psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów) obowiązkowych szkoleń o charakterze warsztatowym.

Takimi obowiązkowymi szkoleniami powinni być także objęci czynni fizjoterapeuci. W czasie wykonywania swojej pracy zawodowej mają oni najczęściej długotrwały kontakt z pacjentami w różnym wieku i z różnymi chorobami, dlatego jeśli zostaną wyposażeni

w odpowiednią wiedzę i narzędzia do wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych, staną się ważnym ogniwem w procesie profilaktyki.

Należy objąć zarówno studentów, jak i czynnych fizjoterapeutów szkoleniami w formie warsztatów w zakresie rozpoznawania symptomów zachowań samobójczych towarzyszących depresji.

17. Stanowisko w zakresie kształtowania umiejętności radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

Badania ankietowe prowadzone w ramach projektu nie obejmowały tematyki radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zjawisko to ma charakter ogólny i narastający. Aktualne dane świadczą o tym, że 65% czynnych zawodowo Polaków odczuwa wypalenie zawodowe. Realia pracy fizjoterapeuty oraz narażenie na skutki ekspozycji na stres wskazują na potrzebę szkolenia fizjoterapeutów w formie warsztatów z zakresu technik radzenia sobie ze stresem, rozbudowy zasobów emocjonalnych.

18. Stanowisko w zakresie stabilizacji i rozwoju kadry fizjoterapeutów

Niedostateczna i stale zmniejszająca się liczba lekarzy rehabilitacji jest poważnym zagrożeniem dla opieki zdrowotnej. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej są starsi niż przeciętnie wszyscy lekarze innych specjalizacji. Szacuje się, że w najbliższych latach na emeryturę może przejść o 91 lekarzy rehabilitacji więcej, niż ukończy specjalizację, nie będzie więc naturalnego zastępstwa pokoleniowego. Zmniejszenie zainteresowania tą specjalizacją wynika w dużym stopniu ze zbyt małej transparentności określenia roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w procesie leczenia pacjenta i zdeprecjonowaniu go do roli lekarza zlecającego zabiegi fizjoterapeutyczne [Raport Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z dnia 30 marca 2019 r.].

Fizjoterapeuci są specyficzną grupą kadr medycznych uczestniczących w prowadzeniu rehabilitacji. Usamodzielnienie zawodu fizjoterapeuty i podniesienie jego rangi spowodowało duże zainteresowanie tym zawodem. Według danych KIF w Polsce jest duża liczba młodych fizjoterapeutów, średnia wieku w maju 2020 r. wynosiła 37 lat (dla porównania średnia wieku lekarzy w 2019 r. to 49 lat, lekarzy rehabilitacji medycznej – 55 lat, a specjalistów balneologii i medycyny fizykalnej – 60 lat). Fizjoterapeuci są więc młodszą grupą na rynku pracy,

inwestowanie w ich rozwój zawodowy będzie więc procentowało przez dłuższy czas w ochronie zdrowia. Niekwestionowana rola fizjoterapii w utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa powinna przełożyć się na lepsze finansowanie podnoszenia kompetencji zawodowych.

Liczba fizjoterapeutów, a co za tym idzie dostępność do świadczonych przez nich usług jest nierównomiernie rozłożona na terenie Polski. Najwięcej fizjoterapeutów jest w województwie mazowieckim, śląskim i małopolskim, najmniej w lubuskim, warmińsko-mazurskim i podlaskim. Biorąc pod uwagę wskaźnik liczby pacjentów rehabilitowanych w ramach NFZ w 2019 r. na jednego fizjoterapeutę, najmniejszą wartość odnotowano w województwie podkarpackim, dolnośląskim i opolskim, największą w warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim i pomorskim. Warunkiem utrzymania zatrudnienia fizjoterapeutów w regionach deficytowych jest poza sferą materialną (która wymaga pilnej interwencji), możliwość podwyższania kompetencji. Wartym rozważenia jest system dofinansowania kursów, szkoleń, w pierwszej kolejności obejmujący fizjoterapeutów zatrudnionych na obszarach deficytowych, jeśli chodzi o dostępność rehabilitacji.

19. Stanowiska w zakresie regionalnej polityki rynku pracy i dostosowania do jego potrzeb systemów edukacji i szkolenia z uwzględnieniem dostępnych źródeł finansowania

W opracowaniu stanowisk, w części opisującej stan obecny i wyzwania stojące przed szeroko rozumianą rehabilitacją w poszczególnych województwach, wykorzystano dane z *Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla Polski na okres 2022-2026* (Dz.U. z dnia 27 sierpnia 2021 r., poz. 69 – Zał. 1-16) prezentującej stan rehabilitacji w roku 2019 oraz wyzwania na kolejne lata.

Z analizy danych z 2019 roku na temat rehabilitacji w Polsce określanych wskaźnikiem liczby rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności, dostęp do świadczeń jest zróżnicowany w poszczególnych województwach. Największy wskaźnik występuje w województwie podkarpackim, kujawsko-pomorskim i mazowieckim, a najmniejszy w zachodniopomorskim, wielkopolskim i opolskim. Ponadto obserwuje się większą liczbę rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności w miastach na prawach powiatu niż poza nimi, co oznacza, że pacjenci mieszkający w dużych miastach są częściej rehabilitowani. Wysokie wskaźniki w wyżej wymienionych województwach nie oznaczają jednak wystarczającej dostępności

do świadczeń rehabilitacyjnych, co potwierdza przedstawiona poniżej analiza regionalna. Popyt na rehabilitację jest znacznie większy, niż podaż świadczeń. Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na rehabilitację, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,5%), inne choroby niezakaźne (0,9%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że na rehabilitację trafiało bardzo mało pacjentów (w stosunku do ogólnej liczby chorych) z chorobami układu krążenia oraz z nowotworami. Zgodnie z analizami AOTMiT, w związku ze zmianami demograficznym (zwiększająca się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym) w kolejnych latach będzie wzrastało zapotrzebowanie w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczeń domowych i opieki długoterminowej. Są to kierunki wymagające poszerzenia kompetencji fizjoterapeutów i potrzebę szkoleń.

20. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie dolnośląskim

Stan obecny i wyzwania:

Ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego. Brak jest wystarczającej dostępności do świadczeń ukierunkowanych na rehabilitację po nowotworową i pulmonologiczną. Brak dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji dla osób z dysfunkcją narządu wzroku. Konieczna poprawa dostępności do opieki długoterminowej stacjonarnej i zwiększenia udziału opieki domowej [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 1].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych, oraz pacjentów z chorobami nowotworowymi, w tym zwalczania obrzęku limfatycznego.
- Szkolenia w zakresie terapii oddechowej i pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku,

- Szkolenia w zakresie rehabilitacji domowej i długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

21. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie kujawsko-pomorskim

Stan obecny i wyzwania:

Stwierdzono wyższą o 21% od średniej krajowej wartość wskaźnika liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach rehabilitacji medycznej na 100 tys. ludności w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej. W pozostałych formach wskaźniki były niższe od średniej krajowej (w rehabilitacji dziennej o 45 %, a w stacjonarnej o 24 %, w domowej był niższy o 44%). W rehabilitacji stacjonarnej niewystarczająca dostępność do świadczeń w zakresie: kardiologii, pulmonologii, rehabilitacji ogólnej, neurologicznej i śpiączki. Konieczne jest także zapewnienie kompleksowej rehabilitacji dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, po udarach oraz po urazach osób w wieku podeszłym. Niewystarczająca dostępność do opieki długoterminowej. Zabezpieczenie w kadre fizjoterapeutów jest niewystarczające [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 2*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych, opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie terapii oddechowej i pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

22. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie lubelskim

Stan obecny i wyzwania:

Pomimo wysokiego wskaźnika liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej, który jest wyższy o 16% od średniej krajowej (w zakresie kardiologii), pozostałe dane potwierdzają niewystarczającą dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych (szczególnie neurologii). Niewystarczająca dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych dla dzieci. Konieczne jest zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej dla osób dorosłych i dzieci oraz rehabilitacji domowej. Z uwagi na rozpoznania oraz grupę najczęstszych chorób kwalifikujących do rehabilitacji należy poprawić dostępność do świadczeń po urazach, zabiegach operacyjnych i udarach. Niewystarczająca opieka długoterminowa w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych oraz długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie. [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 3].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych, opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie metod fizjoterapii neurologicznej i pourazowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Kursy rehabilitacji dzieci.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

23. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie lubuskim

Stan obecny i wyzwania:

Niższa niż średnia krajowa liczba pacjentów na 100 tys. ludności przy wyższej liczbie ośrodków na 100 tys. ludności może świadczyć o zbyt małej liczbie pacjentów (limitach) przyjmowanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. Dostępność do rehabilitacji ambulatoryjnej

jest niska, głównie do poradni rehabilitacyjnych, które znajdują się w większości w dużych aglomeracjach, a w powiatach występuje ich niedobór. Poważnym problemem zdrowotnym dzieci i młodzieży są schorzenia kręgosłupa. Nie udziela się świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku. Brakuje stacjonarnej opieki długoterminowej dla dzieci. Wyzwaniem jest uruchomienie nowego produktu NFZ jakim jest rehabilitacja geriatryczna oraz rozpowszechnianie edukacji pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem rehabilitacji. Ponadto konieczne jest wdrażanie w skali województwa programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla dzieci, młodzieży, osób pracujących. Poprawa dostępności do szybkiej rehabilitacji od razu po pobycie pacjenta na oddziale, w szczególności w zakresie: neurologii, chirurgii urazowo ortopedycznej, kardiologii i kardiochirurgii, reumatologii, onkologii. Upowszechnianie telerehabilitacji. [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 4*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych, opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej dzieci i dorosłych.
- Szkolenia w zakresie metod fizjoterapii neurologicznej i pourazowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Kursy rehabilitacji dzieci.
- Szkolenia w zakresie fizjoprofilaktyki.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

24. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie łódzkim

Stan obecny i wyzwania:

Województwo należy do najszybciej starzejących się regionów w Polsce i według prognoz demograficznych proces ten będzie się pogłębiał, a co za tym idzie zwiększy się udział osób z niepełnością. Inne najważniejsze problemy to rehabilitacja po udarach mózgu i rehabilitacja onkologiczna. Niezbędna jest poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji

medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych, dziennych (zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji słuchu i mowy u dzieci, zaburzeń wieku rozwojowego oraz rehabilitacji ogólnej), rehabilitacji długoterminowej. Konieczność zwiększenia dostępności do rehabilitacji domowej (w części powiatów brak takiej formy) [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 5*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych.
- Kursy i szkolenia w zakresie fizjoterapii po udarach mózgu.
- Kursy i szkolenia w zakresie fizjoterapii onkologicznej, zwalczania obrzęku limfatycznego.
- Kursy i szkolenia w zakresie fizjoterapii w zaburzeniach wieku rozwojowego.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

25. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie małopolskim

Stan obecny i wyzwania:

Najsłabsza dostępność do świadczeń rehabilitacji medycznej, realizowanych w warunkach stacjonarnych w 2019 r. występowała w zakresie rehabilitacji kardiologicznej (poniżej średniej dla kraju o 33%) oraz neurologicznej (poniżej średniej dla kraju o 1%). Najtrudniejszy dostęp do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Wskaźnik dostępności ośrodków rehabilitacji domowej na 100 tys. ludności w 2019 r. był niższy o 22% w stosunku do średniej dla Polski. Niewystarczająca dostępność do świadczeń długoterminowej opieki [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 6*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

26. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie mazowieckim

Stan obecny i wyzwania:

Popyt na świadczenia ogólnie przewyższa podaż w zakresie wszystkich form rehabilitacji. Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. była to wartość niższa od ogólnopolskiej o 8%. Konieczne zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (Mazowsze jest jednym z dwóch województw o najniższym poziomie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej). Konieczne zwiększenie rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 7*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, w tym telerehabilitacji.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

27. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie opolskim

Stan obecny i wyzwania:

Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji na 100 tys. ludności był w roku 2019 jednym z wyższych w Polsce, mimo tego nie są udzielane świadczenia rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku i pulmonologii. Jednocześnie udziela się mało świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie kardiologii. Niedostateczna liczba ośrodków z rehabilitacją stacjonarną. Dobra sytuacja w zakresie opieki długoterminowej – wskaźnik liczby ośrodków opieki domowej przypadających na 100 tys. ludności wyniósł 122% w stosunku do średniej dla Polski, a wskaźnik dostępności ośrodków stacjonarnych wyniósł 43% powyżej średniej). [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 8].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, w tym telerehabilitacji.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie fizjoterapii w zaburzeniach wzroku.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

28. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie podkarpackim

Stan obecny i wyzwania:

Dostępność do fizjoterapeutów wyższa o 26% niż średnia dla Polski. Podtrzymanie pozytywnych tendencji w zakresie dostępności do fizjoterapeutów. Wysoka dostępność do rehabilitacji ambulatoryjnej (113% powyżej średniej dla Polski) i dziennej (80% powyżej średniej krajowej). Słabo rozwinięta na tle kraju rehabilitacja stacjonarna i domowa. Bardzo długi przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację pulmonologiczną oraz ogólnoustrojową dla przypadków stabilnych w warunkach stacjonarnych. Planowany wzrost zapotrzebowania na fizjoterapię długoterminową [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 9].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

29. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie podlaskim

Stan obecny i wyzwania:

Brak ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej. Liczba pacjentów, którym udzielono stacjonarnych świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej najmniejsza w kraju (o 31% mniej od średniej krajowej), z zakresu rehabilitacji neurologicznej natomiast – druga najmniejsza wartość w kraju (o 24% mniej od średniej krajowej). Na dobrym poziomie rehabilitacja kardiologiczna (4 m-ce w Polsce, o 31% więcej od średniej krajowej). Dostępność do rehabilitacji ambulatoryjnej o 55% niższa niż średnia w kraju. Bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji dziennej, mimo większej niż średnio w kraju liczby miejsc pobytu dziennego na 100 tys. mieszkańców. Dostępność do rehabilitacji domowej niższa o 51% niż średnia a do opieki długoterminowej niższa o 23% od średniej w Polsce [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 10*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

30. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie pomorskim

Stan obecny i wyzwania:

Obecna infrastruktura jest niewystarczająca do zaspokajania aktualnych oraz przyszłych potrzeb osób wymagających rehabilitacji w każdym jej zakresie i rodzaju – pod względem liczby świadczeniodawców województwo zajmuje przedostatnie miejsce w kraju (30% poniżej średniej). Zmieniająca się struktura demograficzna społeczeństwa będzie wymuszać rozwój opieki długoterminowej. Wskazany jest dalszy rozwój rehabilitacji domowej, w szczególności w powiatach województwa, w których ten rodzaj świadczeń nie jest jeszcze dostępny – aktualnie wskaźnik o 67% niższy od średniej krajowej (ostatnie miejsce w Polsce). [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 11].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

31. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie śląskim

Stan obecny i wyzwania:

Niższa niż w skali ogólnopolskiej dostępność do wybranych świadczeń szczególnie w zakresie rehabilitacji dziennej (niższa o 25%, jeden z najniższych wskaźników w kraju) i domowej (niższa o 26%). Znaczne zróżnicowanie w dostępie do świadczeń rehabilitacji, szczególnie w warunkach ambulatoryjnych i w warunkach domowych dla mieszkańców poszczególnych powiatów. Rosnąca liczba osób starszych powoduje zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 12].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji geriatrycznej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

32. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie świętokrzyskim

Stan obecny i wyzwania:

Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji na 100 tys. mieszkańców wyższy o 54% od średniej krajowej. Z rehabilitacji korzystają głównie pacjenci ortopedyczni. Zabezpieczone są potrzeby w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej, ale dostępność w różnych powiatach jest nierównomierna. Świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego zabezpieczone są jedynie w pięciu powiatach. W województwie notowany jest brak w chwili obecnej zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów w zakresach: rehabilitacja pulmonologiczna oraz rehabilitacja dzieci i dorosłych ze śpiączką. Dążenie do zwiększenia dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym oraz w warunkach stacjonarnych. Wzrasta zapotrzebowanie na rehabilitację długoterminową [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 13*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie telerehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Kursy w zakresie fizjoterapii w wieku rozwojowym.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.

33. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie warmińsko-mazurskim

Stan obecny i wyzwania:

W roku 2020 wartości współczynnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności w różnych formach rehabilitacji był znacząco niższy względem wartości dla Polski (rehabilitacja ambulatoryjna - niższy o 9%, w opiece stacjonarnej niższy o 3%, domowej niższy o 40% oraz dziennej niższy o 13%). Potrzeby w zakresie rehabilitacji medycznej mieszkańców województwa stale rosną, związane są przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa oraz wypadkami i urazami osób oraz rosnącą liczbą zachorowań na nowotwory. W obecnej sytuacji demograficznej nastąpiło zwiększenie zapotrzebowania na rehabilitację neurologiczną po ostrych incydentach mózgowych oraz rehabilitację ogólnoustrojową po planowanym leczeniu operacyjnym alloplastyki dużych stawów. Niedostateczne jest zapewnienie dostępu do długoterminowej opieki. Ponadto rozległość terytorialna województwa i duże odległości do pokonania przez mieszkańców do ośrodków opieki zdrowotnej, utrudnia organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji. Jako rekomendowane kierunki działań wymienia się m.in. utworzenie Centrum Medycznego i Przyrodoleczniczego z Rehabilitacją Kardiologiczną oraz rozbudowę bazy rehabilitacyjnej w wiodącym w regionie szpitalu rehabilitacyjnym dla dzieci w Ameryce. Z uwagi na występowanie na terenie województwa złóż naturalnych i geotermalnych tworzone są obszary ochrony uzdrowiskowej, w celu ochrony potencjalnych i rzeczywistych wartości uzdrowiskowych dających możliwości prowadzenia leczenia uzdrowiskowego [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 14*].

Województwo warmińsko-mazurskie przygotowuje się do wprowadzenia inteligentnej specjalizacji regionu pod nazwą „Zdrowe życie”. Dziedziny wpisujące się w ten obszar obejmują usługi: medyczne, uzdrowiskowe, opiekuńcze, rehabilitacyjne i fizjoterapeutyczne, dla seniorów; profilaktykę zdrowia, produkcję sprzętu medycznego, produkcję farmaceutyków, biotechnologię, inżynierię medyczną i materiałową na potrzeby medyczne i około medyczne, technologie ICT na potrzeby medyczne, produkty i usługi związane z profilaktyką zdrowotną, produkty i usługi związane z obniżaniem emisyjności na rzecz poprawy jakości środowiska. [<https://www.wmarr.olsztyn.pl/component/k2/zdrowe-zycie-inteligentna-specjalizacja-regionu>].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii osób starszych, fizjoterapii układu ruchu, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, onkologicznej oraz pediatrycznej.
- Przygotowanie merytoryczne jak największej grupy fizjoterapeutów do przejścia od (formalnej) opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w domu pacjenta.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji umożliwiające objęcie opieką fizjoterapeutyczną osoby zamieszkujące tereny oddalone od specjalistycznych placówek.
- Szkolenia poszerzające kompetencje w zakresie balneoklimatologii jako element przygotowania do pracy w placówkach rehabilitacji w miejscowościach uzdrowiskowych.
- Kursy i szkolenia przygotowujące do obsługi programu inteligentnej specjalizacji regionu w zakresie: teleinformatyki (technologii przetwarzających, gromadzących i przesyłających informacje w formie elektronicznej), diagnostyki fizjoterapeutycznej, robotyzacji procesu rehabilitacji, stosowania metod specjalnych fizjoterapii.
- Podnoszenie kwalifikacji w zakresie języków obcych (angielski, niemiecki, języki skandynawskie) – niezbędny element przygotowania fizjoterapeutów do pracy z klientami zagranicznymi.

34. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie wielkopolskim

Stan obecny i wyzwania:

Występuje centralizacja ośrodków rehabilitacji w dużych miastach, co wpływa na duży wskaźnik migracji pacjentów. Nierównomierny dostęp do świadczeń opieki długoterminowej, szczególnie w zakresie pacjentów wentylowanych mechanicznie (taką opiekę realizuje tylko 6 podmiotów na terenie województwa). Należy zwiększyć dostępność do świadczeń w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna i telerehabilitacja kardiologiczna hybrydowa w warunkach stacjonarnych [Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 15].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji geriatrycznej.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.
- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji, głównie kardiologicznej w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.

35. Stanowisko w zakresie potrzeb szkoleniowych fizjoterapeutów w świetle wyzwań w województwie zachodniopomorskim

Stan obecny i wyzwania:

Brakuje zabezpieczenia świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku. W województwie problemem jest mała liczba ośrodków wykonujących rehabilitację dzienną, głównie specjalistyczną (rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitację mowy i słuchu, rehabilitację kardiologiczną i brak rehabilitacji wzroku). Rehabilitacja domowa realizowana w 19 na 21 powiatów w województwie, zapotrzebowanie wzrastające. Najslabiej rozwinięta rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych w skali kraju. Utrudniony dostęp do opieki długoterminowej. Zbyt mała liczba fizjoterapeutów [*Mapa potrzeb zdrowotnych, zał. 16*].

Rekomendacje w zakresie szkoleń fizjoterapeutów:

- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii pulmonologicznej.
- Kursy i szkolenia podnoszące kwalifikacje w zakresie fizjoterapii w dysfunkcjach narządu wzroku.
- Kursy i szkolenia w zakresie rehabilitacji geriatrycznej.
- Kursy w zakresie fizjoterapii w wieku rozwojowym.
- Szkolenia w zakresie opieki fizjoterapeutycznej w domu pacjenta oraz fizjoterapii długoterminowej.



- Szkolenia w zakresie efektywnych metod rehabilitacji ogólnoustrojowej.
- Szkolenia w zakresie telerehabilitacji w celu zwiększenia zakresu opieki fizjoterapeutycznej.