

ROLA FIZJOTERAPEUTY W USTALANIU POZIOMU POTRZEBY WSPARCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI JAKO NOWE KOMPETENCJE DLA ZAWODU

BARTOSZ PAŃCZYSZAK

Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie;
Grupa Scanmed, Szpital Vital Medic w Kluczborku

BARTOSZ WANOT

Zakład Pielęgniarstwa, Collegium Medicum, Uniwersytet
Jana Długosza w Częstochowie

Streszczenie

Niepełnosprawność, niezależnie od jej przyczyny, może prowadzić do trwałych ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym, skutkując wykluczeniem społecznym i zawodowym. W odpowiedzi na te wyzwania system orzekania o niepełnosprawności uwzględnia ocenę funkcjonalną, istotną przy przyznawaniu świadczeń pozarentowych. W tym kontekście rośnie rola fizjoterapeuty jako specjalisty zdolnego do oceny poziomu potrzeby wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Jako zawód medyczny o statusie zawodu zaufania publicznego, fizjoterapeuta wykonuje diagnostykę funkcjonalną, planuje i prowadzi terapię, a także edukuje pacjentów i ich otoczenie w zakresie prozdrowotnym. Posiada również kompetencje w zakresie opiniowania stanu funkcjonalnego, co może stanowić podstawę do ustalenia potrzeb wsparcia. W artykule podkreślono, że nowe kompetencje fizjoterapeuty w tym zakresie wymagają opracowania standardów oraz oparcia na dokumentacji medycznej zgodnej z zasadami zawodu. Włączenie fizjoterapeutów do procesu oceny potrzeby wsparcia osób z niepełnosprawnościami stanowi istotny krok w kierunku interdyscyplinarnego podejścia w zdrowiu publicznym. Mając na uwadze rosnące znaczenie oraz zaangażowanie fizjoterapeutów w systemie opieki zdrowotnej, a także ich szczególne kompetencje w zakresie oceny stanu funkcjonalnego i pracy z osobami z niepełnosprawnościami, zasadne wydaje się rozważenie możliwości formalnego włączenia przedstawicieli tego zawodu do polskiego systemu orzekania o niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, fizjoterapia, polityka społeczna, świadczenie wspierające.

1. Wstęp

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny, charakteru i przebiegu może zakończyć się wyzdrowieniem lub spowodować krótkotrwałe, długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej lub psychicznej. Ograniczenia te mogą rzutować także na sferę życia zawodowego, z której osoby niepełnosprawne są często wykluczone. Z uwagi na powszechność i rozmiar zjawiska jest ono jednym z ważniejszych problemów współczesnego świata. Prawom osób z niepełnosprawnościami poświęcony jest szereg aktów prawnych, które odnoszą się głównie do zakazu dyskryminacji oraz do praw związanych z zapewnieniem tym osobom udziału w szeroko pojętym życiu społecznym. Niepełno-

sprawność fizyczna wiąże się zazwyczaj z tzw. niepełnosprawnością społeczną, czyli niemożnością pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Ponadto czasowa lub stała utrata możliwości samodzielnego zarobkowania nierzadko stanowi jedną z głównych przyczyn ograniczenia aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym osoby dotkniętej upośledzeniem.

Na mocy ustawy o rehabilitacji wprowadzono system orzekania o niepełnosprawności dla celów pozaubezpieczeniowych. Orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności jest adresowane do bardzo szerokiego kręgu podmiotów prawa, gdyż z wnioskiem o ustalenie stopnia mogą występować także osoby posiadające prawomocne orzeczenia organów rentowych ZUS i KRUS. Celem postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności jest dokonanie oceny stanu zdrowia konkretnego wnioskodawcy, zgodnie z obowiązującymi kryteriami medycznymi dla celów pozarentowych, takich jak: odpowiednie zatrudnienie, szkolenie, zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej, uczestnictwa w terapii zajęciowej, konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a także korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia [1].

Postępowanie o ustalenie niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności jest postępowaniem administracyjnym z odrębnościami wynikającymi z ustawy o rehabilitacji i wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności [2,3].

Uwarunkowania medyczne i społeczne niepełnosprawności

Jeszcze w latach 90. ubiegłego wieku niepełnosprawność rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy człowieka, który wymaga odpowiedniej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji prowadzącej do poprawy stanu zdrowia i funkcjonowania organizmu. Nie uwzględniano natomiast aspektów psychospołecznych i problemów z uczestniczeniem w życiu społecznym osób niepełnosprawnych. A więc niepełnosprawność to pojęcie obejmujące różne i w różnym stopniu zaburzenia o stałym lub przejściowym charakterze, dotyczące sfery sensorycznej, fizycznej i psychicznej, ograniczające funkcjonowanie. W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako

jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyższyć w taki sposób, jak inni ludzie.[4,5]

W świetle obowiązującego prawa instytucją odpowiedzialną w Polsce za wspieranie osób z niepełnosprawnością w samodzielnym funkcjonowaniu w społeczeństwie jest pomoc społeczna. Jej zadania są wykonywane przez samorząd terytorialny oraz organy administracji rządowej, które mogą i powinny współpracować z licznymi organizacjami sektora pozarządowego. Prawnym potwierdzeniem niepełnosprawności pozwalającym na zaliczenie chorego do osób niepełnosprawnych jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz orzeczenie o niepełnosprawności. Wyodrębnia się na gruncie ustawy o rehabilitacji trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Natomiast do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub

wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych. W odniesieniu do ograniczeń w zatrudnieniu definicja umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie różni się od definicji stopnia znacznego. W obu przypadkach występuje kryterium niezdolności do pracy lub kryterium zdolności do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej.

Do znacznego zaś stopnia niepełnosprawności zalicza się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą – w celu pełnienia ról społecznych – stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji [6].

Z terminem „niepełnosprawność” łączy się termin „niezdolność do pracy”, co w rozumieniu przepisów oznacza, że niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy [7]. W praktyce pojawiają się problemy w przypadku, gdy osoba legitymująca się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym przy uwzględnieniu tych samych schorzeń, dostaje odmowę przyznania orzeczenia o niezdolności do pracy. Szersze omawianie tego tematu wykracza poza ramy niniejszego artykułu, jednak warto mieć na uwadze, że taka trudność w podjęciu zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną wpływa niekorzystnie na jej sytuację materialną [8].

2. Rola fizjoterapeuty w zdrowiu publicznym

W ostatnim stuleciu długość ludzkiego życia niemal się podwoiła. Stwarza to ogromne wyzwanie natury medycznej, aby utrzymać ciało jak najdłużej w zdrowiu w sferze psychicznej i fizycznej. Wprowadzenie odpowiednich programów rehabilitacji (jak np. program kompleksowej rehabilitacji w kardiologii) pozwala utrzymać osoby starsze z chorobami współistniejącymi w optymalnym stanie funkcjonalnym, obniżając tym samym ryzyko kolejnych groźnych incydentów zdrowotnych. Na potrzeby niniejszego artykułu warto również omówić terminologię tego zawodu, która bywa dość rozbieżna w zwyczajowym rozumowaniu pojęć. Sama fizjoterapia jest dziedziną, która polega na świadczeniu poszczególnym osobom i populacjom usług powodujących rozwinięcie, utrzymanie lub przywrócenie w jak najpełniejszym zakresie utraconych czynności ruchowych i funkcjonalnych. Przez wprowadzenie do polskiego systemu prawnego samorządu fizjoterapeutów, zawód fizjoterapeuty stał się samodzielnym zawodem medycznym, uzyskując status zawodu zaufania publicznego [9].

Fizjoterapeuci zatem stanowią – obok lekarzy i pielęgniarek – trzecią grupę zawodową w polskim systemie ochrony zdrowia. Zawód ten należy do względnie młodych specjalności medycznych, a pierwsze standardy dotyczące kształcenia weszły dopiero na mocy Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2009 r. Pierwszą regulacją dotyczącą zawodu fizjoterapeuty jest przyjęta w dniu 31.05.2016 r. Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. [10]. Tak późne sklasyfikowanie działań fizjoterapeutycznych nie jest spójne z funkcjonowaniem towarzystw naukowych zrzeszających fizjoterapeutów, czasopism naukowych czy wreszcie finansowaniem świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji, co miało miejsce zdecydowanie wcześniej. Znaczenie fizjoterapii w naukach medycznych wynika z tego, że znajduje ona zastosowanie w prawie każdej specjalności z tej dziedziny. Wykonując zawód o charakterze społecznym, fizjoterapeuta kieruje się w relacjach z pacjentem zasadami okazywania troski, współczucia oraz indywidualności. Fizjoterapeuta nie może powielać schematów pod względem stosowanych środków terapeutycznych, konieczne jest świadome, celowe podejście do leczonych pacjentów w oparciu o kompetencje zawodowe. W ściśle określonych standardach wykonywania zawodu fizjoterapeuta stosuje szeroko pojętą diagnostykę funkcjonalną, badając

stan narządu ruchu oraz innych układów mogących wpływać na ograniczania aktywności motorycznej pacjenta. Dzięki temu kwalifikuje, planuje i prowadzi zabiegi z określonych dziedzin fizjoterapii adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia chorego. Warto dodać, że fizjoterapeuci mają możliwość posługiwania się aparaturą diagnostyczną (USG, EKG) na potrzeby przeprowadzanego przez siebie badania oraz dobierania i zlecania refundowanych wyrobów medycznych [11]. Obok działań leczniczych zakres czynności zawodowych obejmuje prowadzenie kształcenia oraz edukacji prozdrowotnej. Z samej definicji fizjoterapii wynika jednoznacznie, że nie jest ona jedynie częścią kompleksowej rehabilitacji (ogół czynności prowadzonych u pacjenta), lecz również pełni rolę w promocji zdrowia i profilaktyki [12]. Stąd do czynności zawodowych należy zaliczyć też prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej mającej na celu zapobiegać, spowalniać lub cofać skutki nieprawidłowego stylu życia i/lub procesów chorobowych [13].

Edukacyjną rolę fizjoterapeuty w promocji zdrowia łatwo dostrzec na przykładzie kompleksowej rehabilitacji dzieci i młodzieży zmagających się z wadami postawy ciała, w której terapeuta uświadamia rodzicom istotę dysfunkcji oraz sens systematycznego usprawniania. Biorąc czynny udział w programach wspierających zdrowy styl życia w zakresie aktywności ruchowej, korekcji wad postawy, współpracując z pacjentami, fizjoterapeuci wydają się najbardziej predysponowaną grupą zawodową do inicjowania edukacji zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych [14].

Ostatnim zakresem wymagającym omówienia w ramach tego artykułu, jest wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii. Jako dość nowe uprawnienie nie jest ono zbyt szeroko opisane w literaturze, nie powstały też standardowe wzorce postępowania w tym zakresie. Zasadne wydaje się więc odnieść się w przygotowywanej opinii do standardów prowadzenia dokumentacji medycznej, opartej w tym przypadku na wywiadzie, ocenie stanu funkcjonalnego, celach terapii i propozycji usprawniania. Fizjoterapeuta może na rzecz swojego pacjenta wydać zalecanie dotyczące udziału w zajęciach dodatkowych, np. muzykoterapii, konieczności pogłębienia diagnostyki itp. Ważne jest, aby taka opinia nie przekraczała uprawnień zawodowych i odnosiła się do stanu funkcjonalnego pacjenta i przebiegu jego fizjoterapii.

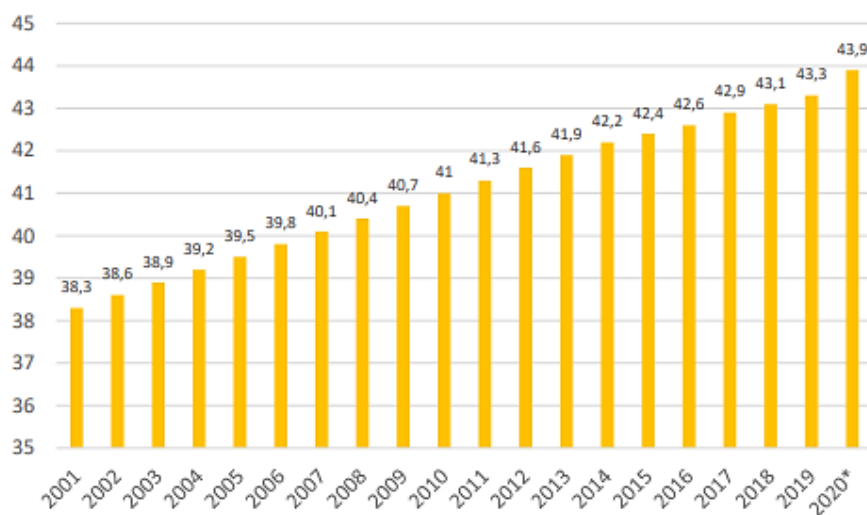
Katalog czynności zawodowych fizjoterapeuty nie ma charakteru zamkniętego. Dodatkowe umiejętności i kompetencje zawodowe można nabyć przez udział w kursach, szkoleniach uzupełniających, podyplomowych, w tym 4-letniej specjalizacji z fizjoterapii zakończonej praktycznym i teoretycznym egzaminem specjalizacyjnym. Również przepisy szczególnie mogą określać dodatkowe uprawnienia do wykonywania określonych czynności medycznych, np. w zakresie kwalifikowania i wykonywania szczepień ochronnych przeciwko COVID oraz ustalania poziomu potrzeby wsparcia, co zostanie szerzej omówione w dalszej części pracy.

3. Świadczenie wspierające w świetle opieki nad osobami z niepełnosprawnościami

W ostatnich dekadach problemem rozwiniętych państw świata stało się znalezienie sprawiedliwych społecznie i efektywnych ekonomicznie metod dostarczania usług zdrowotnych, w tym szczególnie osobom, które z uwagi na stan zdrowia wymagają świadczeń opiekuńczych, m.in. opieki długoterminowej. W rozwiązaniach funkcjonujących w tym zakresie w krajach Unii Europejskiej wskazuje się na dwa, często współistniejące, podejścia, tj. instytucjonalne i pozainstytucjonalne. Rozdzielność ta jest konsekwencją realizowanego modelu polityk publicznych oraz odnosi się do uwarunkowań organizacyjno-prawnych dostarczania usługi. Koncentrując się na drugim kryterium, zauważamy, że instytucjonalna opieka długoterminowa jest świadczona przez wykwalifikowany personel zatrudniony w organi-

zaczaj przeznaczonych dla osób, które potrzebują nadzorowania przez profesjonalistów medycznych przez dłuższy czas, niezależnie od tego, czy ich potrzeby w zakresie opieki wynikają z fizycznej lub psychicznej słabości, niepełnosprawności bądź innych czynników. Może ona być świadczona także w koordynowanej opiece domowej – wtedy świadczenie jest realizowane w domu pacjenta, ale warunkiem realizacji usługi jest posiadanie przez usługodawcę uprawnień do świadczenia opieki medycznej i fakt zatrudnienia w instytucji opiekuńczej. Natomiast pozainstytucjonalna opieka długoterminowa jest zazwyczaj świadczona w domu świadczeniobiorcy przez osoby z jego otoczenia – członków rodziny, przyjaciół lub sąsiadów – które nie są formalnie zatrudnione jako profesjonalni opiekunowie medyczni i świadczą swoje usługi dobrowolnie [15,16].

Analiza dostępnych danych statystycznych jednoznacznie potwierdza, że wydłużenie się średniej życia w połączeniu z niskim wskaźnikiem urodzeń prowadzi do znacznego wzrostu ilościowego udziału osób starszych w ogólnej strukturze społeczeństw krajów Unii Europejskiej, co przedstawia wykres 1.



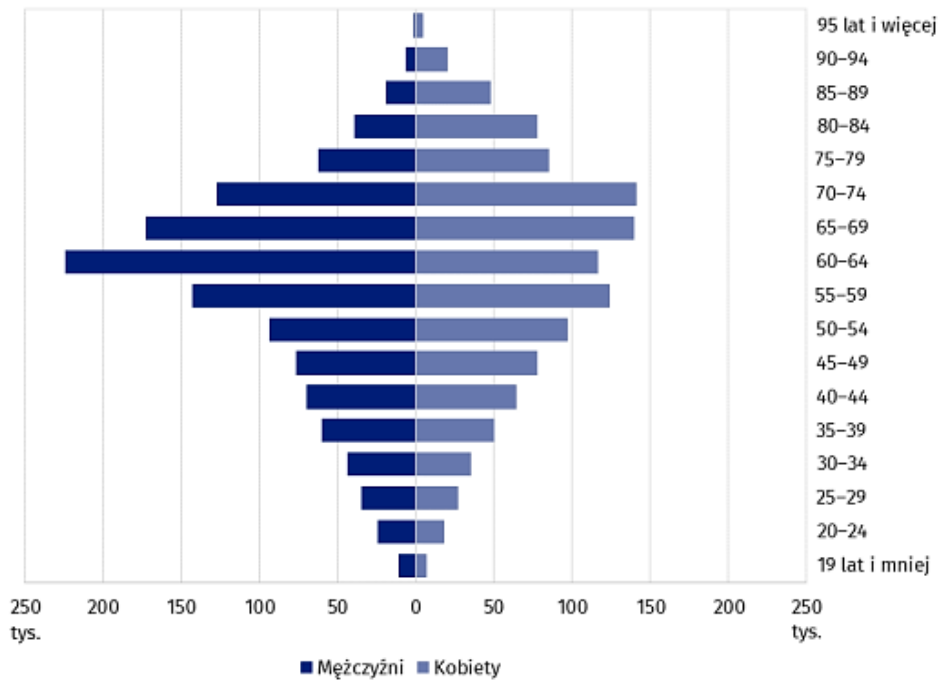
Wykres 1. Średnia wieku populacji w UE 28 w latach 2001–2020, na podstawie danych Eurostat, Population structure indicators at national level [17].

Przedstawione powyżej dane oraz rozkład występowania niepełnosprawności według wieku, przedstawiony na wykresie 2, dowodzą silnej korelacji między starzeniem się społeczeństwa i występowaniem ograniczeń funkcjonalnych. Obserwowane zjawisko budzi słuszny niepokój, prognozuje się bowiem, że wydatki publiczne na opiekę zdrowotną długoterminową będą najszybciej rosnącymi w grupie społecznych wydatków publicznych. W 2014 roku na terenie Polski przebywało 7,7 miliona osób niepełnosprawnych biologicznie, które mierzyły się z poważnymi ograniczeniami (2,5 miliona osób) i mniej poważnymi ograniczeniami (5,2 miliona osób). Przyjmuje się, że w zależności od poziomu ograniczeń populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 4,9 miliona do nawet 7,7 miliona osób. W badaniu tym dowiedziono, iż:

- 42% osób niepełnosprawnych prawnie posiadało orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
- 28% osób posiadało orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- 25% osób posiadało orzeczenie o stopniu lekkim [18].

Według wskaźnika BAEL, czyli Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, w 2018 roku osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w wieku 16+ było ponad 3 miliony, stanowiąc tym samym 10% ogółu populacji w tym wieku. Były to osoby posługujące się znacznym stopniem niepełnosprawności

(813 tysięcy osób), umiarkowanym stopniem niepełnosprawności legitymuje się blisko 1,5 miliona osób, a stopniem lekkim 776 tysięcy osób. Aby sprostać wzrostowi wydatków na służbę zdrowia w przyszłości, wiele państw członkowskich stanie przed wyzwaniem opracowania stabilnych systemów jej finansowania.



Wykres 2. Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub stopniu niezdolności do pracy według płci i grup wieku w 2021 r.

Źródło: Kompleksowy System Informatyczny ZUS

W polskim systemie wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami nie było dotychczas formy pomocy przyznawanej bezpośrednio osobom niepełnosprawnym w celu sfinansowania lub dofinansowania niezbędnego im wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zapewnienie stałej lub czasowej opieki choremu, profesjonalne wsparcie medyczne w zakresie kompleksowej rehabilitacji, opieki lekarskiej, pielęgnarskiej czy też psychologicznej często wykracza poza zakres możliwości czasowych i finansowych samego pacjenta lub jego rodziny. Uchwalona 7 lipca 2023 r. ustawa o świadczeniu wspierającym wprowadza rozwiązanie i jednocześnie zmienia uprawnienia dotychczasowych opiekunów tych osób, dając im m.in. prawo do zarabkowania i zapewniając ochronę praw nabytych [19,20]. Świadczenie wspierające jest stosunkowo nowym instrumentem wsparcia, o które mogą ubiegać się osoby z niepełnosprawnościami w wieku od ukończenia 18. roku życia, które weszło w życie na mocy Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 listopada 2023 r. w sprawie ustalania poziomu potrzeby wsparcia, wypłacanym od 1 stycznia 2024 r. [21]. Jest to rozwiązanie skierowane bezpośrednio do osób z niepełnosprawnościami, tak aby dorosła już osoba z niepełnosprawnością mogła decydować, jak wykorzystywane ma być otrzymywane wsparcie. Jest ono przyznawane według poziomu potrzeby wsparcia ustalanego w skali od 0 do 100 punktów, na podstawie obserwacji, wywiadu bezpośredniego oraz oceny funkcjonowania osoby ubiegającej się o ustalenie potrzeby wsparcia. Czynności ustalające prowadzone są przy zastosowaniu formularza w zakresie ustalania poziomu potrzeby, a także na podstawie informacji wskazanych w kwestionariuszu samooceny trudności w zakresie wykonywania czynności związanych z funkcjonowaniem. Wspomniany formularz przewiduje ocenę zdolności do samodzielnego

wykonywania czynności, rodzaje wymaganego wsparcia i określenie jego częstotliwości wraz z przypisanymi wartościami wag i współczynników. Powyższych zadań dokonuje tak zwany skład ustalający, którego członkowie są specjalistami do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia. Specjalistą do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia może zostać osoba, która ma co najmniej 2-letnie doświadczenie w wykonywaniu pracy w jednym z wymienionych przez ustawodawcę zawodów w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających powołanie na specjalistę do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia. Członkiem składu ustalającego może zostać:

- fizjoterapeuta,
- pedagog,
- pedagog specjalny,
- pracownik socjalny,
- doradca zawodowy,
- pielęgniarka lub pielęgniarz.

Czynności ustalające dokonywane przez specjalistów mają ocenić zdolność samodzielnego wykonywania czynności związanych z 32 obszarami codziennego funkcjonowania, w odniesieniu do niepełnosprawności:

- fizycznej,
- sensorycznej,
- intelektualnej,
- psychicznej.

Co ważne, do składu ustalającego nie można wyznaczyć specjalistów do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia, będących osobami wykonującymi te same zawody. Wydaje się to istotne i właściwe, ponieważ przy tak zróżnicowanej i szerokiej ocenie chorego, specjaliści, łącząc różne specjalizacje i wymieniając się doświadczeniami, gwarantują kompetentny i kompleksowy wynik obserwacji.

4. Spostrzeżenia praktyczne

W trakcie czynności oceniających specjaliści obserwują zdolności niepełnosprawnego w takich obszarach, jak:

- mobilność,
- komunikowanie się,
- nabywanie i stosowanie wiedzy,
- dbanie o siebie i własne zdrowie,
- kontakty interpersonalne,
- aktywność w gospodarstwie domowym,
- funkcjonowanie w społeczeństwie,
- realizowanie zadań i obowiązków.

Postępowanie o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia wymaga od zespołu orzekającego wiedzy merytorycznej oraz aktywnego udziału w wypracowaniu ostatecznej decyzji oceniającej osobę zainteresowaną. Z punktu widzenia fizjoterapeuty, prócz wiedzy z zakresu nauk o drugim człowieku w ujęciu biologicznym, konieczne jest także posiadanie zdolności oceny szerokiego pojęcia, jakim jest funkcjonowanie w społeczeństwie i życiu codziennym. Pierwszy aspekt jest nierozdzielnie związany z podstawowymi kompetencjami zawodowymi dotyczącymi oceny funkcjonalnej człowieka. Diagnostyka funkcjonalna w fizjoterapii pozwala rozpoznać problemy z narządami ruchu, ale też ocenić funkcjonowanie

organizmu holistycznie. Służy więc ona stworzeniu zaleceń w przypadku powrotu do zdrowia i sprawności np. po chorobie lub urazie, ale powinna być również elementem profilaktyki oraz odpowiedzialnego podejścia do aktywności fizycznej i sportu. Zgodnie z wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów badanie funkcjonalne składa się z takich elementów, jak:

- wywiad,
- badanie i analiza ruchu (chodu, biegu, wyskoku), postawy, kształtu oraz ułożenia ciała,
- testy i pomiary.

Dobór metody i warunków badania, ale przede wszystkim forma lub rodzaj aktywności ruchowej, który chcemy badać wynika ze zdefiniowanego w wywiadzie problemu. Ocenie poddawane są ruchy całego ciała, kiedy pacjent wstaje i zmienia pozycje, schyla się lub jak chodzi, siedzi czy też stoi. Można także skupić się na ruchach i pozycjach selektywnych takich jak manipulacja dłońią czy też ruchy w pojedynczych stawach [22].

Na potrzeby świadczenia wspierającego ocena funkcjonalna odbywa się w dużej mierze w oparciu o obserwację i wywiad dotyczący codziennego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Wymaga to od specjalistów wysokich umiejętności przedstawiania całościowej oceny funkcjonowania, wykazywania związku pomiędzy rozpoznanymi ograniczeniami w samodzielnej egzystencji i pełnieniu ról społecznych a proponowaną wysokością poziomu wsparcia – zgodnie z definicjami ustawowymi. W tym miejscu warto dodać, że składy orzekające dokonują swoich czynności w miejscu pobytu zainteresowanego, lub w siedzibie właściwego urzędu, do której pacjent dociera samodzielnie. W pierwszym przypadku możliwości prowadzenia obserwacji są mocno uzależnione od warunków mieszkaniowych chorego i jego stanu chorobowego. Spora część spośród osób, które z różnych przyczyn nie są w stanie dotrzeć do siedziby właściwego urzędu, to osoby wymagające stałej opieki, leżące, nierzadko z dużymi dysfunkcjami psychicznymi i fizycznymi. Niejednokrotnie składy ustalające spotykają się z sytuacjami szczególnymi, takimi jak: agresja ze strony chorego, brak możliwości uzyskania odpowiedzi na pytania od osoby zainteresowanej czy żądania wykraczające poza ramy programu, stawiane przez rodziny i opiekunów. Rolą fizjoterapeuty jest też zatem znajomość tego, czy i w jakim zakresie osoba niepełnosprawna może liczyć na pomoc i konieczne wsparcie ze strony rodziny lub jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a także instytucji i organizacji pozarządowych działających na rzecz pomocy osobom i rodzinom. Niestety, obserwuje się brak przygotowania specjalistów w zakresie prowadzonych szkoleń tego programu, na reagowanie w sytuacjach szczególnych. Skład ustalający musi wykazać się wtedy wysokimi umiejętnościami interpersonalnymi, aby w poszanowaniu etyki opanować sytuację lub wezwać odpowiednie służby w przypadku narastającego napięcia ze strony zainteresowanego lub jego najbliższych. Ocena prowadzona w siedzibie właściwego urzędu pozwala na pewne łączenie faktów z zakresu mobilności chorego, jego zdolności przemieszczania się różnymi środkami transportu czy uczestniczenia w życiu społecznym, biorąc pod uwagę fakt zdolności do opuszczenia mieszkania i stawiennictwa na komisję.

Postępowanie o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia to również ocena chorego pod kątem zdolności poznawczych i społecznych. Fizjoterapeuta powinien zatem posiadać umiejętności w zakresie właściwej oceny zdolności komunikowania się, myślenia przyczynowo-skutkowego, zdolności chorego do podejmowania decyzji czy też pełnienia ról społecznych, łącznie z utrzymywaniem i nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych. Posiadanie zdolności w wyżej wymienionych aspektach w dużej mierze uzależnione jest od stopnia naruszenia sprawności organizmu, ograniczając tym samym jakość samodzielnej egzystencji pacjenta. Stopień niezdolności do niej jest więc ważnym kryterium oceny społecznej w postępowaniu o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia, która w dużej mierze ogranicza możliwości pełnienia ról społecznych, a związek taki powinien wynikać z opinii specjalistów.

5. Świadczenie wspierające i fizjoterapeuci w liczbach

Według danych Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu (WZOoN) i stanu na 18.07.2024 r. w Polsce wpłynęło ponad 300 tys. wniosków o ustalenie poziomu potrzeby wsparcia, z czego wydano ponad 69 tys. decyzji. Szczegółowe dane uwzględniające dodatkowo liczbę specjalistów zaangażowanych w proces kwalifikacyjny przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 1. Raport Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu z funkcjonowania świadczenia wspierającego w okresie 1 stycznia do 18 lipca 2024 r.

WZOoN	Data	Liczba wniosków	Liczba wydanych decyzji	Skuteczność realizacji decyzji w % (decyzje\wnioski)	Liczba osób powołanych na członków WZOoN w roli specjalistów
Województwo Opolskie	18.07.2024	6594	2792	42,3%	116
Polska Ogółem	18.07.2024	309 476	69 781	22,5 %	1681

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WZOoN Opole.

Aby zostać specjalistą do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia kandydaci są zobowiązani do odbycia szkolenia przeprowadzonego przez Pełnomocnika zgodnie z opracowanym programem i zakończonego egzaminem. Skład orzekający składa się z minimum dwóch specjalistów posiadających różne wykształcenie z pośród określonych przez ustawodawcę zawodów, wymienionych we wcześniejszej części. Na uwagę zwraca fakt, że jedna osoba może posługiwać się dwoma dyplomami zawodowymi, co w poruszanej tematyce ma często miejsce wśród pedagogów, pracowników socjalnych oraz doradców zawodowych. Dla lepszego zobrazowania tego, warto się przyjrzeć poszczególnym kwalifikacjom zawodowym prezentowanym przez 116 specjalistów do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia, pracujących na terenie województwa opolskiego (tab. 3). Wśród fizjoterapeutów zjawisko posługiwania się dodatkowymi kwalifikacjami odpowiadającymi na potrzeby świadczenia wspierającego jest zdecydowanie rzadsze. Zapewne przyczynia się do tego fakt posiadania dość rozbieżnych kompetencji przedstawicieli zawodów uprawnionych do roli specjalistów. Medycy swoje kwalifikacje zawodowe w dużej mierze opierają na znajomości anatomii i fizjologii ludzkiego ciała, natomiast przedstawiciele zawodów pozamedycznych cechują się zbliżonymi umiejętnościami w zakresie oceny i wsparcia w sferze społecznej osób z niepełnosprawnościami. Nie bez znaczenia pozostaje forma rekrutacji specjalistów oraz mały zasięg informacji docierających do poszczególnych grup zawodowych, co w przypadku fizjoterapeutów obrazuje spora dysproporcja czynnie zaangażowanych osób w tę funkcję. Jak udało się ustalić zwiększenie liczby medyków wśród specjalistów ustalania poziomu potrzeby wsparcia przyczyniłoby się do możliwości tworzenia większej liczby składów orzekających, tym samym skracając czas przyznawania świadczeń od momentu złożenia wniosku.

Tabela 2. Liczba zawodów, w których wykształcenie posiadają specjaliści do ustalania poziomu potrzeby wsparcia na terenie województwa opolskiego.

Zawód	Liczba zawodów wykonywanych przez specjalistów
Pracownik socjalny	73
Doradca zawodowy	56
Pedagog	48
Fizjoterapeuta	8

Tabela 2. Liczba zawodów, w których wykształcenie posiadają specjaliści... (cd.)

Zawód	Liczba zawodów wykonywanych przez specjalistów
Pielęgniarka	8
Psycholog	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych WZOnN Opole.

6. Podsumowanie

Fizjoterapeuta to zawód medyczny unormowany obecnie ustawowo. Skutkuje nowymi prawami, jak też obowiązkami dla tej grupy zawodowej. Do roku 2015 roku w polskim prawodawstwie nie widniała ustawa, która regulowałaby wszechstronnie status prawny fizjoterapeutów. Dopiero podpisanie przez Prezydenta RP ustawy o zawodzie fizjoterapeuty unormowało wiele kwestii związanych z tym zawodem. Ponadto powołała ona samorząd zawodowy fizjoterapeutów, wyznaczyła jego zadania oraz prawa i obowiązki jego członków (art. 1 ust. 2 u.z.f. – ustawa o zawodzie fizjoterapeuty). Nowe regulacje prawne obejmujące powyższe kwestie skłoniły do rozważań nad sytuacją prawną zawodu fizjoterapeuty. Charakter i zróżnicowanie wykonywanych zadań w sferze medycznej, posiadanie nieprzeciętnych zdolności interpersonalnych wymagające wysokich kwalifikacji (zarówno wiedzy, jak i umiejętności), pozwalają uznać fizjoterapię za zawód zaufania publicznego [23]. Pierwszym warunkiem uznania zawodu za zawód zaufania publicznego jest stwierdzenie, iż jego wykonywanie polega na świadczeniu pomocy innym ludziom z reguły w sytuacjach występowania zagrożenia dla rozmaitych dóbr o istotnej dla nich wartości. Zatem świadczenie tego rodzaju pomocy traktowane jest jako funkcja publiczna. Po drugie, wykonywanie tego zawodu jest nierozdzielnie związane z przyjmowaniem informacji dotyczących sfery życia osobistego, a nawet intymnego innych ludzi. Zatem istotne są nie tylko kwalifikacje, lecz zawód ten cechować ma również wysoki poziom etyczny [24]. Role, zadania i cele stawiane przed fizjoterapeutami spowodowały, iż ustawodawca słusznie przydzielił tej specjalności możliwość udziału w ocenie przydzielenia świadczeń dla osób z niepełnosprawnościami. Warto tutaj wspomnieć, że do tej pory fizjoterapeuci nie byli widziani w systemie przyznawania wsparcia finansowego, nie byli członkami zespołów decyzyjnych w zakresie poziomu pomocy socjalnej. Ustawodawca w każdym przypadku przywiązuje istotną wagę do kwalifikacji formalnych (wykształcenia) odpowiednich grup zawodowych, którym powierzane są funkcje o wymiarze społecznym, z czego fizjoterapeuci właściwie się wywiązują. Aktualne wymagania stawiane fizjoterapeutom są coraz wyższe i poza specjalistyczną wiedzą należy posiadać umiejętności oraz predyspozycje personalne z uwagi na fakt, że rola fizjoterapeuty jako członka składu ustalającego poziom potrzeby wsparcia jest wielopoziomowa. Warto docenić, że osoby zaangażowane w pracę socjalną akceptują potrzebę kształcenia i doskonalenia oraz wyrażają chęć kontynuacji edukacji zawodowej w formie studiów wyższych, kursów specjalistycznych czy też studiów podyplomowych. Biorąc pod uwagę rozszerzającą się rolę i zaangażowanie fizjoterapeutów w systemie opieki zdrowotnej, szczególne predyspozycje zawodowe do oceny i pracy z niepełnosprawnościami, warto pochylić się nad tematem możliwości włączenia tej grupy zawodowej w polski system orzekania o niepełnosprawności. Taki model zapewniłby ciągłość i kompleksowość udziału fizjoterapeuty od momentu oceny stopnia niepełnosprawności po rodzaj i poziom przyznania, zgodnie z obowiązującymi kryteriami medycznymi, wsparcia. Wobec pojawiającej się krytyki dotyczącej polskiego systemu orzekania o niepełnosprawności, Rekomendacji Komitetu Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ dla Polski z 2018 r., zakładającej konieczność wprowadzenia w Polsce jednolitego systemu orzekania o niepełnosprawności wypracowanego z udziałem licznych organizacji działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, powyższe argumenty znajdują swoje umocowanie [25,26].

W moim przekonaniu należałoby się odnieść pozytywnie do krytyki systemu orzekania o niepełnosprawności płynącego ze środowiska tych osób, a wprowadzenie dodatkowej, kompetentnej grupy zawodowej mogłoby znacznie go usprawnić.

Literatura

1. Maciejko, W. (2006). Sądowa kontrola rozstrzygnięć w sprawach niepełnosprawności. *Administracja: Teoria, Dydaktyka, Praktyka*, 1(2), 66–78.
2. Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 426, art. 6 ust. 1, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
3. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 53).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 2020 r., poz. 266.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Art. 4 ust. 2.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Art 4 ust.1.
7. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 53).
8. Pławucka, H. (2012). Niezdolność do pracy i niepełnosprawność w przepisach prawa socjalnego, W: M. Seweryński, J. Stelina (red.), *Wolność i sprawiedliwość w zatrudnieniu. Księga pamiątkowa poświęcona Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Profesorowi Lechowi Kaczyńskiemu*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
9. Jacek, A. (2019). *Standard wykonywania zawodu fizjoterapeuty-ocena przyjętego stanu prawnego*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
10. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz.U. 2015 poz. 1994.
11. Pałac, M., Rutka, M., Wolny, T., Podgórski, M., & Linek, P. (2022). Ultrasonography in assessment of respiratory muscles function: a systematic review. *Respiration*, 101(9), 878–892.
12. Mikołajewska, E. (2011). Fizjoterapia a rehabilitacja medyczna – problemy semantyczne z nazewnictwem w fizjoterapii/Physical therapy versus medical rehabilitation-semantic problems with nomenclature in physical therapy. *Physiotherapy*, 19(4), 54–64.
13. Uchwała 384/I KRF dnia 16 maja 2019 r. w sprawie przyjęcia definicji oraz zakresu prowadzenia działalności fizjoprofilaktycznej.
14. Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
15. Frączkiewicz-Wronka, A., & Kozak, A. (2018). Identyfikacja czynników sprzyjających powstaniu ko-produkcji w kreowaniu usług społecznych w środowisku lokalnym-perspektywa Rad Seniorów. *Polityka Społeczna*, 45(4), 10–18.
16. Frączkiewicz-Wronka, A. (2021). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
17. Drzazga B. (2022). *Identyfikacja wyzwań w zakresie opieki długoterminowej w Europie. Współczesne problemy zarządzania opartego na dowodach w sektorze publicznym*, Kraków: Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
18. Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), prowadzonego przez GUS od 1992 roku.

19. Uścińska, G. (2023). Nowe rozwiązania wspierające osoby z niepełnosprawnościami – Ustawa z 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 12, 33–39.
20. Mędrzycki, R., & Małecka-Łyszczek, M. (2021). *Osoby ubogie, niepełnosprawne i bezdomne w systemie pomocy społecznej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
21. Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 listopada 2023 r. w sprawie ustalania poziomu potrzeby wsparcia, *Dziennik Ustaw* 2023 r. poz. 2581.
22. Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej. Uchwała nr 142/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 1 marca 2018 r.
23. Biuro Analiz i Dokumentacji. Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza funkcjonowania i aktualne problemy. Kancelaria Senatu, Listopad 2013.
24. Miruć, A. (2020). Rola pracownika socjalnego w orzekaniu o stopniu niepełnosprawności. W: A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, (s. 41–56). Białystok: Temida 2, przy współpracy i wsparciu finansowym Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.
25. Committee on the Rights of Persons with Disabilities Concluding observations on the initial report of Poland. General 21, Wrzesień 2018.
26. Zadrozny, J. (2015). *Społeczny raport alternatywny z realizacji konwencji o prawie osób z niepełnosprawnościami w Polsce*. Warszawa: Fundacja KSK.