

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

0 5 ΔΕΚ. 2011



ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2010

**ΘΕΜΑ : Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ
ΤΟΝ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΚΟΣΜΟ.
ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ
ΠΛΑΙΣΙΟ**

ΑΔΡΑΚΤΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

009756

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατοχύρωση της επαγγελματικής αυτονομίας αποτελεί προτεραιότητα σε κάθε επάγγελμα. Η ανάπτυξη της αυτονομίας στη φυσικοθεραπεία διαφέρει από χώρα σε χώρα και είναι συνυφασμένη με την εκάστοτε νομοθεσία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να καταγράψει και να συγκρίνει τα επίπεδα της επαγγελματικής αυτονομίας στο χώρο της φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο.

Η παγκόσμια συννομοσπονδία φυσικοθεραπείας (WCPT) κατατάσσει τους φυσιοθεραπευτές στους επαγγελματίες άμεσης πρόσβασης. Επιπλέον, τόσο ο εκπαιδευτικός και θεραπευτικός ρόλος της φυσικοθεραπείας στον τομέα της υγείας, όσο και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, αναγνωρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία ενισχύοντας, έτσι, τη στροφή προς την εκτίμηση του επαγγέλματος όχι μόνο από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ασθενείς και το κράτος.

Παρά το ότι οι φυσιοθεραπευτές στο εξωτερικό κερδίζουν συνεχώς έδαφος στον τομέα της επαγγελματικής αυτονομίας, χάρη στην εξειδικευμένη γνώση, τα επαγγελματικά προσόντα που επιδεικνύουν στη πράξη και τις αυξημένες αρμοδιότητες που έχουν αναλάβει, οι Έλληνες φυσιοθεραπευτές χρειάζονται ακόμη παραπεμπτικό από γιατρό για να δράσουν είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα. Φαίνεται ότι η ποικιλία και η πολυπλοκότητα των ταμείων μαζί με τους εκπαιδευτικούς και κρατικούς περιορισμούς στην Ελλάδα, αποτελούν εμπόδιο στην ανάπτυξη της αυτονομίας του επαγγέλματος στη χώρα μας, με επιπτώσεις και στις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς τους οι φυσιοθεραπευτές. Λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη πόσο έχει αναπτυχθεί η φυσικοθεραπεία στις διάφορες χώρες του κόσμου, ελπίζεται ότι οι Έλληνες φυσιοθεραπευτές και τα θεσμικά τους όργανα θα δράσουν αναλόγως, φροντίζοντας με υπευθυνότητα και συνέπεια να επιβεβαιώνουν με κάθε τους πράξη την πραγματική ανάγκη που υπάρχει για αναβάθμιση στη φυσικοθεραπεία και αυτονομία του επαγγέλματος.

ABSTRACT

The pursuit of professional autonomy has been a priority for professions. The development of autonomy in physiotherapy differs among countries and is bound to current legislation. The purpose of this review is to record and compare the levels of professionals' autonomy of physiotherapy in Greece in relation to the rest of the world.

The World Confederation of Physical Therapy (WCPT) classifies physiotherapists among first-contact practitioners. Furthermore, the educational and the therapeutic role of physiotherapy in healthcare together with the quality of the services provided are recognized worldwide, thus, reinforcing the shift towards the respect of the profession not only by healthcare professionals but also by the patients and the government.

Despite that physiotherapists abroad are constantly gaining ground in professional autonomy, due to the expertise, the professional qualifications they demonstrate in practice and the responsibilities they have undertaken, the Greek physiotherapists still need a doctor's referral in order to act in the private or public sector. The variety and complexity of the public funds as well as the educational and governmental limitations in Greece seem to be an obstacle in the development of autonomy in our country with further consequences in the services provided by physiotherapists. Taking into account the level of physiotherapy development in other countries, it is hoped that the Greek physiotherapists and their official representatives will daily attempt to highlight the real need for physiotherapy upgrade in Greece.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ

- 1.1. Ορισμός της φυσιοθεραπείας
- 1.2 Η ιστορία της φυσιοθεραπείας
- 1.3 Ιστορική αναδρομή της ανάπτυξης της φυσιοθεραπείας στην Ελλάδα
- 1.4 Η ιστορία του πανελληνίου συλλόγου φυσικοθεραπευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

- 2.1 Επαγγελματισμός και αυτονομία
- 2.2 Η διεθνής πορεία προς την αυτονομία
- 2.3 Εκπαίδευση
- 2.4 Εκπαίδευση στην Ελλάδα
- 2.5 Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην αυτονομία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- 3.1 Κατοχύρωση του επαγγέλματος
- 3.2 Η φυσικοθεραπεία σε διαφορετικές χώρες
- 3.3 Επαγγελματικά standards
- 3.4 Νομοθεσία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

- 4.1 Αυτονομία και εκτίμηση της φυσικοθεραπείας ως επάγγελμα
- 4.2 Εκτίμηση από τους επαγγελματίες υγείας
- 4.3 Εκτίμηση από τους ασθενείς
- 4.4 Εκτίμηση από το κράτος

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Η φυσικοθεραπεία είναι ένα παγκοσμίως αναγνωρισμένο επάγγελμα υγείας που εφαρμόζεται μόνο από εξειδικευμένους επαγγελματίες, που έχουν την νόμιμη άδεια να ασκήσουν το επάγγελμα.. (WCPT, 1995, P. 22). Σε πολλές χώρες οι φυσικοθεραπευτές έχουν επαγγελματική αυτονομία και ελευθερία να προωθήσουν θέματα υγείας με σκοπό την πρόληψη, φροντίδα και θεραπεία των ασθενών στα πλαίσια των γνώσεων και των ικανοτήτων τους (WCPT, 1995, p.12).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Φυσικοθεραπείας (WCPT) ορίζει την φυσικοθεραπεία ως παροχή υπηρεσιών με σκοπό την ανάπτυξη, διατήρηση και αποκατάσταση της μέγιστης κινητικής και λειτουργικής ικανότητας του ατόμου. Περιλαμβάνει υπηρεσίες ικανές να αντιμετωπίσουν την έλλειψη της κινητικότητας και λειτουργικότητας του ανθρώπου όταν αυτές απειλούνται λόγω τραυματισμού, ηλικίας ή ασθένειας. Η άσκηση της φυσικοθεραπείας προϋποθέτει την συνεργασία μεταξύ του φυσικοθεραπευτή, του ασθενή και άλλων επαγγελματιών υγείας ώστε να επιτευχθεί στο μέγιστο η καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος του κάθε ασθενή (WCPT, 1999, p.4).

Η κινητική δυσλειτουργία μπορεί να είναι αποτέλεσμα συγγενούς ανωμαλίας, ασθένειας, τραυματισμού ή συνέπεια ψυχολογικής κατάπτωσης. Εφόσον οι κινητικές δυσλειτουργίες είναι άμεσα συνυφασμένες με την δυσκολία του ατόμου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες, ο πρωταρχικός στόχος του φυσικοθεραπευτή είναι να βοηθήσει τον ασθενή να επανέλθει σε αυτές. Για την επίτευξη αυτού του στόχου ο φυσικοθεραπευτής αποσκοπεί στην μείωση του πόνου, στην βελτίωση της ισορροπίας και της μυϊκής ενδυνάμωσης, στον ορθό έλεγχο της κίνησης, στην αύξηση του εύρους της κίνησης και στην ενίσχυση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Επίσης ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή έγκειται στο να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του, ώστε να βελτιωθεί στο μέγιστο η ποιότητα ζωής του (Χατζηχριστοδούλου, Τσάμης,2004)

Κατ' επέκταση, ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή περιλαμβάνει :

- Προαγωγή της υγείας
- Πρόληψη λειτουργικών περιορισμών και ανικανοτήτων που προκύπτουν λόγω ιατρικών, κοινωνικό - οικονομικών ή άλλων παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.
- Αντιμετώπιση της κινητικής δυσλειτουργίας με εκπαίδευση των κινητικών

ικανοτήτων, θεραπευτικές ασκήσεις, κινητοποίηση αρθρώσεων, μάλαξη, υδροθεραπεία και χρήση φυσικών μέσων όπως είναι για παράδειγμα η θερμότητα, η ηλεκτρική διέγερση και ο υπέρηχος. Οι φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι συνήθως μη επεμβατικές και δεν σχετίζονται με φαρμακευτικές θεραπείες. (Twomey et Cole, 1985).

Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή επικαλύπτει και σχετίζεται με άλλες εναλλακτικές θεραπείες όπως είναι ο βελονισμός, η χειροπρακτική και η οστεοπαθητική. Ωστόσο οι τεχνικές αυτές δεν αποτελούν ολοκληρωμένη θεραπεία και κρίνεται απαραίτητη η συμβολή του φυσιοθεραπευτή.

Η φυσικοθεραπεία εδράζεται τόσο σε εμπειρική, όσο και κλινικά τεκμηριωμένη γνώση. Περιλαμβάνει γνώσεις σχετικές με όλα τα άλλα επαγγέλματα υγείας όπως ανατομία, παθολογία, ψυχολογία, βιομηχανική καθώς και εξειδικευμένες γνώσεις που αφορούν μόνο τους φυσικοθεραπευτές. Η εξειδικευμένη αυτή γνώση περιλαμβάνει απόλυτη κατανόηση της φυσιολογικής κίνησης και λειτουργικότητας του ανθρωπίνου σώματος. Χρησιμοποιώντας αυτό το φάσμα γνώσεων, ο φυσικοθεραπευτής, διαμορφώνει μία κλινική ή φυσιοθεραπευτική διάγνωση σχετικά με τη λειτουργική ανικανότητα, και όχι μία ιατρική ή παθολογική διάγνωση (Μπωζίκης,Μαρμαράς 2004).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φυσικοθεραπεία είναι τόσο παλιά όσο η ίδια η ιατρική, που χρονολογείται από την αρχαία Ελλάδα από την εποχή του Ιπποκράτη. Έκτοτε η φυσικοθεραπεία έχει εξελιχθεί από την απλή μάλαξη σε ένα σύνθετο χαρτοφυλάκιο θεραπειών με πολλές εξειδικευμένες εφαρμογές.

Στην Ελλάδα, γύρω στο 460 πχ εφαρμόζεται μια τεχνική που ονομάζεται “υδροθεραπεία”.

Το 1894, το Ηνωμένο Βασίλειο αναγνώρισε τη φυσικοθεραπεία ως ένα εξειδικευμένο κλάδο της νοσηλευτικής. Στις επόμενες δυο δεκαετίες, επίσημα προγράμματα φυσικοθεραπείας ήταν εγκατεστημένα σε άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ν. Ζηλανδίας (1913) και Η.Π.Α (1914).

Το 1921, η Μαρία McMillan διαμόρφωσε την ομοσπονδία φυσικοθεραπείας στις Η.Π.Α που στη συνέχεια μετονομάστηκε σε ΑΡΤΑ. Αυτή η οργάνωση επηρέασε βαθύτατα την ανάπτυξη της φυσικοθεραπείας στην Αμερική.

Η επιδημία της πολιομυελίτιδας τη δεκαετία του 1920 ήταν ένα ορόσημο σημείο καμπής για το επάγγελμα του φυσικοθεραπευτή. Η αδελφή Kinney, της Mayo clinic, έγινε γνωστή

για την εργασία της στα θέματα της πολιομυελίτιδας. Το 1924, ιδρύθηκε το κέντρο Warm Springs για την αντιμετώπιση της επιδημίας της πολιομυελίτιδας, το οποίο παρείχε φυσικοθεραπεία για αυτούς τους ασθενείς.

Μετά την επιδημία της πολιομυελίτιδας, η φυσιοθεραπευτικές πράξεις περιελάμβαναν άσκηση κυρίως, μάλαξη και έλξη. Από το 1950 οι χειροπρακτικοί χειρισμοί εισήχθησαν επίσης στο επάγγελμα, αρχικά στην Μεγ. Βρετανία.

Έκτοτε η φυσικοθεραπεία επεκτάθηκε από τα νοσοκομεία και σε άλλους τομείς της ιατρικής περίθαλψης. Η φυσικοθεραπευτές σήμερα εργάζονται σε κλινικές γηροκομεία, ιδιωτικά ιατρεία κ.α. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 η τεχνολογία έγινε το επίκεντρο των αλλαγών στην φυσικοθεραπεία. Εκείνη την εποχή έκανα την εμφάνιση τους μηχανήματα ηλεκτρικής διέγερσης, οι υπέρηχοι και άλλες νέες συσκευές. (Μαρμαράς Γ.2010).

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το 1946, μετά την απελευθέρωση από τα γερμανικά στρατεύματα της κατοχής, εγκαθίσταται στην Ελλάδα για προσφορά βοήθειας ή UNRA (United Nations Registrant Rehabilitations Administrations) Διεθνές Ίδρυμα για την αρωγή και την αποκατάσταση. Η UNRA σχηματίστηκε στις 09/11/1943 με τη συμφωνία 44 χωρών με σκοπό τη μέριμνα για την ανακούφιση των θυμάτων του Β' Παγκοσμίου πολέμου.

Ταυτοχρόνως στην Ελλάδα έρχεται για τον ίδιο σκοπό το Ίδρυμα Εγγύς Ανατολής (Near East Foundation - NEF). Το NEF είχε ιδρυθεί από το 1915 στη Νέα Υόρκη, κυρίως για να βοηθήσει τα θύματα της γενοκτονίας των Αρμενίων. Λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Σε μία παλιά βίλλα του Ψυχικού που είχε επιταχθεί από τον Ελληνικό Στρατό στεγάστηκε το ΚΑΠΑΨ (Κέντρο Αποκατάστασης Πολιτών Αναπήρων Ψυχικού). Εκεί άρχισαν να ασχολούνται με την αποκατάσταση των αναπήρων. Η ανάγκη για φυσικοθεραπεία ήταν έντονη. Στα τέλη του 1946 ήρθε στην Ελλάδα με τη μεσολάβηση του ιδρύματος NEF η Bell Grievie , πρόεδρος της Διεθνούς Εταιρείας για την προστασία των αναπήρων. Αμερικανίδα φυσικοθεραπεύτρια Σουηδικής καταγωγής. Διαπιστώνοντας ότι στην Ελλάδα δεν υπήρχαν φυσικοθεραπευτές, προσπάθησε να οργανώσει την αποκατάσταση των αναπήρων με γυμναστές και νοσηλεύτριες.

Έκανε έντονα όμως τη σύσταση στους υγειονομικά υπευθύνους της χώρας μας, ότι η Ελλάδα πρέπει να δημιουργήσει Σχολή Φυσικοθεραπείας. Το 1948 από τη NEF δημιουργήθηκε η

πρώτη σχολή ταχύρρυθμης εκπαίδευσης φυσικοθεραπευτών διάρκειας 18 μηνών για γυμναστές και νοσηλεύτριες, υπό τη διεύθυνση της φυσικοθεραπεύτριας κ. Μαρίας Μεγάλου.

Στον "Ευαγγελισμό" της Αθήνας, λειτουργούσε το Ριζάρειο Νοσοκομείο και το Στρατιωτικό Νοσοκομείο για τους τραυματίες πολέμου. Μετά από 18 μήνες εκπαίδευσης αυτοί οι πρώτοι φυσικοθεραπευτές διοχετεύθηκαν στα Νοσοκομειακά Κέντρα Αποκατάστασης Αναπήρων.

Όταν στις αρχές της δεκαετίας του 1950 τα ξένα Ιδρύματα επέμεναν ότι πρέπει να δημιουργηθεί Σχολή Φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα, το ιατροκεντρικό κατεστημένο του Υπουργείου Υγείας, δεν μπορούσε να κατανοήσει πώς κάποιος μπορεί να ονομάζεται θεραπευτής χωρίς να είναι ιατρός. Έτσι ονόμασαν τη σχολή, Βοηθών Φυσικοθεραπείας. Κάτω από τις πιέσεις, του καθηγητή θ.Γαρυφαλλίδη και Ν. Χρηστέα, των εκπροσώπων της UNDRΑ και της ΝΕΦ αλλά και επιφανών Αθηναίων, το 1952 ψήφισαν στη Βουλή το νόμο για την ίδρυση της σχολής Βοηθών Φυσικοθεραπείας, τον οποίο έθεσαν σε εφαρμογή με διαταγμό μετά από 6 χρόνια το 1958.

Ακόμη και σήμερα που η φυσικοθεραπεία είναι αυτόνομο Τμήμα στις Σχολές Επιστημών Υγείας των μεγαλύτερων Πανεπιστημίων του κόσμου (Αμερικής-Ευρώπης-Ρωσίας-Καναδά-Αυστραλίας, κλπ.) και οι πτυχιούχοι τους προχωρούν με ευχέρεια στην απόκτηση μεταπτυχιακών και διδακτορικών διπλωμάτων, στη χώρα μας κάποιος κρατούν ακόμη δέσμια των συμφερόντων τους την επιστήμη της φυσικοθεραπείας.

Όταν ο Γεώργιος Παπανδρέου το 1995 σαν Υπουργός Παιδείας ενέταξε τους δασκάλους, τους γυμναστές, τους νοσηλευτές, τους διαιτολόγους, κλπ. σε Πανεπιστημιακά Τμήματα κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια να μην ενταχθεί η φυσικοθεραπεία, σαν ανεξάρτητο Τμήμα, στις Σχολές Επιστημών Υγείας των Ελληνικών Πανεπιστημίων όπως συμβαίνει σ όλα τα μεγάλα Πανεπιστήμια του κόσμου (Μαρμαράς, Μποζικάκος 2010).

1.4 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών ιδρύθηκε το 1964 με την πρωτοβουλία των πρώτων Ελλήνων Φυσιοθεραπευτών που αποφοίτησαν από τη Σχολή Φυσικοθεραπευτών του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών (Βασιλεύς Παύλος). Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Π.Σ.Φ, με τους Φυσιοθεραπευτές να δουλεύουν κάτω από τη στενή καθοδήγηση και επίβλεψη των θεραπόντων ιατρών διαφαίνονται οι πρώτες δυσκολίες του κλάδου.

Το 1970 η Σχολή Φυσικοθεραπείας ονομάζεται Ανωτέρα Σχολή Φυσικοθεραπείας και

καθορίζεται ως σκοπός της Σχολής η Θεωρητική και η Πρακτική Εκπαίδευση ατόμων που θα «χρησιμοποιούν τα Φυσιοθεραπευτικά Μέσα και Μεθόδους σε αναπήρους εκ πολεμικών γεγονότων και εξ άλλων ατυχημάτων και νόσων ως και επί πασχόντων εξ άλλων παθήσεων δι' ας κατ' ιατρική γνωμάτευση ενδείκνυται η εφαρμογή Φυσιοθεραπευτικών Μέσων και Μεθόδων».

Το **1972** καταρτίζονται τα Δικαιώματα και οι Υποχρεώσεις των Φυσικοθεραπευτών, αναγνωρίζονται οι θεραπευτικές Πράξεις που περιλαμβάνονται στη Φυσικοθεραπεία και τέλος καθιερώνεται το κρατικό τιμολόγιο για όλες αυτές τις πράξεις.

Το **1974** το Υπουργείο Παιδείας ιδρύει τα ΚΑΤΕΕ (Κέντρα Ανωτέρας Τεχνολογικής Εκπαίδευσης) στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.

Το **1978** ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσιοθεραπευτών γίνεται επίσημο μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας στο Παγκόσμιο Συνέδριο της WCPT στον Καναδά.

Το **1975** πλέον ο Φυσιοθεραπευτής μπορεί να εφαρμόζει Φυσιοθεραπευτικές Πράξεις χωρίς την επίβλεψη του ιατρού αλλά μόνο με τις γραπτές οδηγίες του.

Το **1981** γίνεται η ένταξη των αμοιβών των Φυσιοθεραπευτικών Πράξεων στα εκάστοτε Π.Δ. «Περί Κανονισμού Αμοιβών Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων», Το ίδιο έτος ο Π.Σ.Φ, καθορίζεται ως Παρατηρητής της Μόνιμης Επιτροπής Φυσιοθεραπευτικών Συλλόγων χωρών - μελών της Ε.Ο.Κ. (SLCP) και τον επόμενο χρόνο γίνεται πλήρες μέλος της, Σε επίπεδο εκπαίδευσης το 1983 το Υπουργείο Παιδείας καταργεί τα ΚΑΤΕΕ και ιδρύει τα ΤΕΙ (Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα) σε μια προσπάθεια αναβάθμισης των σχολών. Έτσι οι δύο Σχολές Φυσικοθεραπείας του Υπουργείου Παιδείας αναβαθμίζονται και η διάρκεια σπουδών γίνεται επτά εξάμηνα, Παράλληλα η Σχολή του Υπουργείου Υγείας (Ανωτέρα Σχολή Φυσιοθεραπευτών του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών) καταργείται

Το **1987** καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για τη Χορήγηση Αδείας και Λειτουργίας Εργαστηρίου Φυσικοθεραπείας.

Το **1989** καθιερώνεται η αυτόματη ισοτιμία Πτυχιούχων ΚΑΤΕΕ - Ανωτέρας Σχολής Φυσιοθεραπευτών με τους Πτυχιούχους ΤΕΙ. Το ίδιο έτος στο πλαίσιο της ιδρυτικής συνέλευσης της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας \WCPT · EUROPE στο Στρασβούργο, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσιοθεραπευτών εγγράφεται ως ιδρυτικό μέλος ανάμεσα σε 15 χώρες,

Το **1995** καθορίζονται τα Επαγγελματικά Δικαιώματα των Φυσιοθεραπευτών Αποφοίτων ΤΕΙ. Επίσης την ίδια χρονιά ιδρύεται και τρίτη Σχολή Φυσικοθεραπείας στα ΤΕΙ Λαμίας,

Το 1995 εγκρίνεται το Νέο Καταστατικό του Π.Σ.Φ. σύμφωνα με το Νόμο για τις Επαγγελματικές Οργανώσεις και ο Σύλλογος αποκτά τη σημερινή του διοικητική δομή.

Το 2000 με την ενιαία τριτοβάθμια εκπαίδευση προστίθεται στη διάρκεια φοίτησης άλλο ένα εξάμηνο και έτσι η φοίτηση στις σχολές φυσικοθεραπείας των ΤΕΙ γίνεται οκτώ εξάμηνα.

Το 2003 ιδρύεται και 4η σχολή Φυσικοθεραπείας στα ΤΕΙ Πάτρας (Αίγιο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

2.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Το περιεχόμενο των όρων “επάγγελμα” και “επαγγελματίας” αποτελεί ακόμη και στις μέρες μας αιτία διαφωνιών μεταξύ των επιστημόνων κυρίως όσον αφορά στα όρια δράσης και την επαγγελματική αυτονομία σε κάθε επιστήμη/επάγγελμα. Οι διαφωνίες αυτές εντείνονται κατά καιρούς εξαιτίας της αυξανόμενης ανάγκης των επαγγελματιών να παρέχουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών/πελατών τους.(Swiser LS.2005).

Ο όρος “επάγγελμα” είναι πολύπλοκος και η ερμηνεία του συνδέεται με πολλές διαφορετικές έννοιες.(Jones A.2006). Με βάση τη βιβλιογραφία, ο όρος επάγγελμα μπορεί να αποδοθεί σε μια απασχόληση όταν η τελευταία πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις: α) χαρακτηρίζεται από μακροχρόνια περίοδο ακαδημαϊκών σπουδών (τόσο βασικών όσο και μεταπτυχιακών), β) διαθέτει μια ισχυρή βάση γνώσεων και γ) στηρίζεται σε ένα ισχυρό συλλογικό όργανο(Laffin 1986, Australian Physioterapy Association 1999). Επιπλέον, πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι απαραίτητο συστατικό ενός επαγγέλματος είναι: α) ο καθορισμός κώδικα δεοντολογίας τον οποίο θα συμβουλεύονται οι επαγγελματίες, β) η λειτουργία διαδικασίας ελέγχου της δράσης των επαγγελματιών η οποία θα είναι διαφανής και γ) η επίτευξη αυτονομίας ως ένα ικανοποιητικό βαθμό μέσα στο συγκεκριμένο πεδίο της δράσης τους.(Higgs J 2001). Έτσι, οι επαγγελματίες ως μέλη ενός επαγγέλματος θα πρέπει να είναι υπερασπιστές αυτών των συνθηκών έχοντας ως κύρια μέριμνα να ακολουθούν τα πρότυπα που έχουν τεθεί από το κράτος για τη σωστή επαγγελματική δράση χρησιμοποιώντας ως κύριο μέσο τη δια βίου εκπαίδευση.(Health Professions council.2009).

Η επιδίωξη επαγγελματικής αυτονομίας αποτελεί προτεραιότητα σε κάθε επάγγελμα(Sullivan WM 2000). Ο όρος “επαγγελματική αυτονομία” χρησιμοποιείται για να

περιγράψει την ελευθερία ενός ατόμου να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα, καθοδηγούμενο από τον επαγγελματικό του ρόλο.(Australian Physiotherapy Association 1999, Firtz 2005). Η επαγγελματική αυτονομία αποτελεί προνόμιο για τον Sandstrom και διαχωρίζεται σε δυο τύπους: την τεχνική και την κοινωνικοοικονομική. Η πρώτη σχετίζεται με τον έλεγχο της λήψης αποφάσεων αλλά και των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα μέσα στον επαγγελματικό χώρο ενώ τα πρότυπα επαγγελματικής δράσης που καθορίζονται, η πιστοποίηση της δράσης και η άδεια λειτουργίας που χορηγούνται από τους αρμόδιους φορείς σε κάθε χώρα αποτελούν τα μέσα ελέγχου της. Η κοινωνικοοικονομική αυτονομία αναφέρεται στην ικανότητα των επαγγελματιών να κατανέμουν και να ελέγχουν οικονομικούς πόρους ανάλογα με τον επαγγελματικό τους ρόλο, κάτι που όμως έχει περιοριστεί στις μέρες μας αφού το σύστημα υγείας αναθέτει τέτοιες αρμοδιότητες σε γραφειοκρατικούς οργανισμούς, οδηγώντας έτσι, κατά τον Sandstrom, στην εδραίωση της κυριαρχίας ορισμένων επαγγελμάτων εις βάρος κάποιων άλλων.(Sandstrom RW 2007).

2.2 ΔΙΕΘΝΗΣ ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Φυσικοθεραπείας πιστεύει ότι οι φυσικοθεραπευτές θα πρέπει να έχουν την ελευθερία να εφαρμόσουν την επαγγελματική τους κρίση εφόσον δουλεύουν για την προώθηση της υγείας, την πρόληψη και την θεραπεία – αποκατάσταση του ασθενή.

Κάθε φυσικοθεραπευτής είναι υπεύθυνος για τις ενέργειες του. Άρα οι επαγγελματικές αποφάσεις του δεν μπορούν να ελέγχονται από εργοδότες ή άτομα άλλων επαγγελμάτων.

Η ανάπτυξη της αυτονομίας στη φυσικοθεραπεία διαφέρει από χώρα σε χώρα και είναι συνυφασμένη με την εκάστοτε νομοθεσία. Παρακολουθώντας τον αγώνα που κάνουν οι φυσικοθεραπευτές στο εξωτερικό καθώς και τις επιτυχίες που επιτυγχάνουν με την υπομονή και επιμονή τους, σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να καταγράψει και να συγκρίνει τα επίπεδα της επαγγελματικής αυτονομίας στο χώρο της φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο.

Μέχρι και τη δεκαετία του '60 φαίνεται πως υπήρχε μια στασιμότητα στο επάγγελμα στις αναπτυγμένες χώρες με τον φυσικοθεραπευτή να εκτελεί την συνταγή του θεράποντα ιατρού.(Hear R 1950-Qvretveit J 1985). Πρωτοπόροι στη στροφή του κλάδου προς την αναζήτηση της αυτονομίας ήταν οι Αυστραλοί φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι πρώτοι το 1976 έθιξαν την ανάγκη που υπήρχε να προαχθούν σε επαγγελματίες άμεσης πρόσβασης (first - contact practitioners), κάτι το οποίο κατάφεραν, εδραιώνοντας την εφαρμογή φυσιοθεραπευτικών πράξεων χωρίς να απαιτείται

παραπεμπτικό από γιατρό.(Galley P 1976). Το 1979, οι Βρετανοί φυσικοθεραπευτές περιόρισαν ως ένα βαθμό την ιατρική κυριαρχία πετυχαίνοντας τη διαχείριση του κλάδου στο δημόσιο τομέα από φυσικοθεραπευτή και όχι από γιατρό.(Qvretveit J 1985). Παρόμοια θέματα σχετικά με την απόκτηση περισσότερων προνομίων σε ότι αφορά στο πεδίο δράσης των φυσικοθεραπευτών και στην αποσαφήνιση των επαγγελματικών ορίων έχουν τεθεί υπό συζήτηση και σε άλλες χώρες όπως τον Καναδά και στις ΗΠΑ, συμβάλλοντας έτσι στη προώθηση μιας νέας τάξης πραγμάτων στα φυσιοθεραπευτικά δρώμενα.(Hear R 1950-80).

Στις ημέρες μας, η παγκόσμια συνομοσπονδία φυσικοθεραπείας (WCPT) κατατάσσει τους φυσικοθεραπευτές στους επαγγελματίες άμεσης πρόσβασης, στους οποίους “οι ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν άμεσα χωρίς παραπομπή από κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας”.(WCPT 2007). Επιπλέον, τόσο ο εκπαιδευτικός ρόλος της φυσικοθεραπείας στον τομέα της υγείας όσο και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει αναγνωρίζονται από τη διεθνή βιβλιογραφία ενισχύοντας, έτσι, τη στροφή προς την εκτίμηση του επαγγέλματος όχι μόνο από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ασθενείς και το κράτος.(Health Professions Council). Συνεπώς, όλο και περισσότεροι φυσικοθεραπευτές σε ολόκληρο τον κόσμο απολαμβάνουν το προνόμιο της αυτονομίας στη λήψη αποφάσεων ενώ έχουν εδραιώσει νέες διαδικασίες παραπομπής καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ασθενών. Ο ρυθμός με τον οποίο αναπτύσσεται η φυσικοθεραπεία σε μερικές χώρες είναι αρκετά γρήγορος με τους φυσικοθεραπευτές να είναι σε θέση να αναλάβουν καινούριες αρμοδιότητες. Πράγματι, επαγγελματίες με διευρυμένα πεδία δράσης (extended scope practitioners), εξειδικευμένοι κλινικοί και σύμβουλοι έχουν κάνει την εμφάνιση τους πρόσφατα στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη Νέα Ζηλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά αλλά και την Αυστραλία, αναλαμβάνοντας αρμοδιότητες όπως τη συνταγογράφηση φαρμάκων και απεικονιστικών εξετάσεων καθώς επίσης την ενδαρθρική έγχυση φαρμάκων, μετά από συμπληρωματική εκπαίδευση. Επιπλέον, η συνεργασία γιατρών και φυσικοθεραπευτών έχει αναπτυχθεί σε τέτοιο βαθμό, όπου στην Αμερική και στον Καναδά, οι γιατροί προχώρησαν από την πλήρη στην “εν λευκώ” συνταγογράφηση, επιτρέποντας στους φυσικοθεραπευτές να επιλέγουν ελεύθερα τη θεραπεία των ασθενών, ενώ στο ΗΒ οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να αυτό-παραπέμπονται σε φυσικοθεραπευτή της προτίμησής τους.(Chartered Society of Physiotherapy 2001).

Στη χώρα μας, φαίνεται πως επικρατεί μια μικρή σύγχυση ως προς τη θέση και το ρόλο του φυσικοθεραπευτή μέσα στην επιστημονική κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, ανατρέχοντας στο σχετικό προεδρικό διάταγμα που αναφέρεται στα επαγγελματικά δικαιώματα των φυσικοθεραπευτών στην Ελλάδα επισημαίνεται ότι “ο απόφοιτος φυσικοθεραπείας επιλέγει και εκτελεί φυσιοθεραπευτικές πράξεις μετά από γραπτή διάγνωση ή συμβουλή του γιατρού και

σύμφωνα με τις οδηγίες του”. (Προεδρικό Διάταγμα Νο 53). Σύμφωνα με το λεξικό Τριανταφυλλίδη “επιλέγω” σημαίνει “αποφασίζω ανάμεσα σε δύο οι περισσότερες λύσεις, δυνατότητες κτλ” (Τριανταφυλλίδης Μ.1998) και είναι ένας όρος που εμπεριέχει κάποιο βαθμό ελευθερίας. Έτσι, η μοναδική ενδεχομένως ερμηνεία που μπορεί να δοθεί στο παραπάνω κείμενο σχετίζεται με την καθοδήγηση του φυσικοθεραπευτή από τη διάγνωση που προσκομίζεται από το θεράποντα ιατρό και με την ελευθερία επιλογής της παρέμβασης που ο ίδιος θεωρεί ότι είναι καταλληλότερη για τον ασθενή του. Παρόλο που ο τρόπος με τον οποίο έχει συνταχθεί το κείμενο δεν αφήνει περιθώρια παρανόησης, κατά τη γνώμη της συγγραφέως, αρκετοί φυσικοθεραπευτές παραμένουν σήμερα υπό την πλήρη καθοδήγηση των ιατρών, περιορίζοντας το ρόλο τους στην εκτέλεση συνταγής.(Chanou K.2006).

Φαίνεται, λοιπόν, από τα παραπάνω ότι πολλές από τις προσπάθειες των συνδικαλιστικών οργάνων έχουν στεφθεί με επιτυχία σε αρκετούς τομείς του επαγγέλματος. Παρ όλες τις επιτυχίες, οι σύλλογοι αγρυπνούν θέτοντας καινούριους στόχους συνεχώς με σκοπό να βελτιωθεί ακόμη περισσότερο η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή. Για παράδειγμα, ο Αμερικανικός Σύλλογος φυσικοθεραπείας (ΑΡΤΑ) οραματίζεται “πραγματικά αυτόνομους φυσικοθεραπευτές” μέχρι το 2020 και σκοπεύει να νομιμοποιήσει την άμεση πρόσβαση των ασθενών και στις 54 πολιτείες. (Massey BFJr 2001). Ένα τέτοιο όραμα αποκαλύπτει την ισχυρή φωνή που διαθέτει και την πίεση που μπορεί να ασκήσει αυτό το όργανο για την εφαρμογή νέων πολιτικών. Επιπλέον, θέτει υπό αμφισβήτηση το μύθο περί κυριαρχίας της ιατρικής επιστήμης πάνω στα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας. Δυστυχώς, είναι αμφίβολο κατά πόσο ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπείας (ΠΣΦ) αποτελεί ένα τέτοιο ισχυρό όργανο, δεδομένης της αρκετά πρόσφατης ίδρυσης του, μόλις το 1964(ΠΣΦ, η ιστορία του) σε σχέση με άλλες χώρες όπου η ίδρυση των αντίστοιχων συλλόγων όπως του Καναδικού και του Βρετανικού, χρονολογείται αρκετές δεκαετίες παλαιότερα (1929 και 1894, αντίστοιχα). Βέβαια, η πρόσφατη νομιμοποίηση ορισμένων αρμοδιοτήτων στον ΠΣΦ από το κράτος, φαίνεται πως ανοίγει το δρόμο προς την επαγγελματική αυτονομία της φυσικοθεραπείας και στη χώρα μας.

Παρά τον αγώνα που γίνεται από τα περισσότερα αναπτυσσόμενα κράτη για την εδραίωση όσο το δυνατόν περισσότερων προνομίων υπάρχουν κάποιοι που υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερος ο βαθμός αυτονομίας που αποκτά η φυσικοθεραπεία, τόσο περισσότερα προβλήματα δημιουργούνται.(Rothstein JM). Μάλιστα, ο Rothstein θεωρεί ότι ο όρος αυτονομία χρησιμοποιείται λανθασμένα και καταχρηστικά αφού στην πραγματικότητα δεν είναι αυτονομία που επιζητούν οι φυσικοθεραπευτές αλλά η επαγγελματική αναγνώριση και η δυνατότητα εφαρμογής στο μέγιστο βαθμό ικανοτήτων, δυνατοτήτων, προσόντων και γνώσεων τους.(Rothstein JM).

2.3 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Φυσικοθεραπείας αναγνωρίζει το γεγονός ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο κοινωνικό-οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον της κάθε χώρας που επηρεάζουν και τον τρόπο με τον οποίο η φυσικοθεραπεία διδάσκεται. Ο WCPT έχει την αρμοδιότητα να βοηθήσει την κάθε χώρα να αναπτύξει επαγγελματικά standards.

1. Ο στόχος για την εκπαίδευση της φυσικοθεραπείας είναι η συνεχής ανάπτυξη των πτυχιούχων να εφαρμόσουν το επάγγελμα μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο που καθορίζεται από την κάθε χώρα.

2. Το WCPT ορίζει ότι οι σπουδές πρέπει να είναι σε ακαδημαϊκό επίπεδο με ελάχιστο χρόνο φοίτησης τα 4 χρόνια. Υπάρχουν διαβαθμίσεις στην εκπαίδευση με την απόκτηση διάφορων τίτλων όπως ο βασικός τίτλος σπουδών, το μεταπτυχιακό και το διδακτορικό. Το κάθε πρόγραμμα σπουδών ανεξάρτητα από τον χρόνο που διαρκεί θα πρέπει να παρέχει εφόδια που να προσφέρουν στον φυσικοθεραπευτή την απαιτούμενη γνώση για να εξασκήσει το επάγγελμα.

3. Το πρόγραμμα σπουδών θα πρέπει να σχετίζεται με τις κοινωνικές ανάγκες και τις ανάγκες υγείας της κάθε χώρας.

4. Εκτός από την θεωρητική εκπαίδευση απαιτείται και κλινική πρακτική εξάσκηση υπό την επίβλεψη άλλων πιο έμπειρων φυσικοθεραπευτών ή άλλων επαγγελματιών υγείας.

5. Μέσα από το πρόγραμμα σπουδών ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να έρθει σε επαφή με διάφορους χώρους εργασίας όπως νοσοκομεία, ιδρύματα αποκατάστασης, γηροκομεία, ιδιωτική εξάσκηση κ.τ.λ.(WCPT)

6. Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να καταρτιστεί επαρκώς ώστε να μπορεί ακόμα και να επιβλέπει, να εκπαιδεύει και να μεταλαμπαδεύει τις γνώσεις του και σε τρίτους.

7. Θα πρέπει να λειτουργεί βάσει κλινικών ευρημάτων.

8. Το προ-πτυχιακό πρόγραμμα σπουδών πρέπει να περιλαμβάνει μαθήματα μεθοδολογίας έρευνας καθώς επίσης και βασικά μαθήματα όπως είναι η ανατομία, ιστολογία, φυσιολογία, φαρμακολογία κλπ, μαθήματα κοινωνικών επιστημών όπως ψυχολογία και κοινωνιολογία καθώς και εξειδικευμένα μαθήματα φυσικοθεραπείας όπως είναι η κινησιολογία, βιομηχανική κλπ.

Μετά την ολοκλήρωση των σπουδών οι φυσικοθεραπευτές είναι πλήρως καταρτισμένοι να εξασκήσουν το επάγγελμα. Οι νέοι επαγγελματίες είναι επιστήμονες υγείας που έχουν φτάσει σε ένα επαρκές επίπεδο ικανότητας και εμπειρίας που απαιτείται στον τομέα τους, καθώς σε μία δια βίου δέσμευση να αναπτυχθούν επαγγελματικά και να εμπλουτίσουν το γνωστικό τους πεδίο.

Παρουσιάζονται πολλές ομοιότητες στην εκπαίδευση των φυσικοθεραπευτών. Στην πλειοψηφία των χωρών απαιτείται η ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την εισαγωγή σε σχολές φυσικοθεραπείας. Παρόλα αυτά, ανά τον κόσμο υπάρχουν διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης. Παραδείγματος χάρη, στις Ηνωμένες Πολιτείες απαιτείται τίτλος διδακτορικού για να εξασκήσει κάποιος το επάγγελμα ενώ στην Ελλάδα απαιτούνται μόνο 4 χρόνια βασικής εκπαίδευσης.

Όπως συμβαίνει και με άλλα επαγγέλματα, τα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών πάνω στην φυσικοθεραπεία είναι ευρέως διαδεδομένα στις αναπτυσσόμενες χώρες και πολύ λιγότερο στις μη ανεπτυγμένες. Αυτά τα προγράμματα έχουν ως κύριο σκοπό την διεξαγωγή ερευνών. Επίσης, πολλές από τις ανεπτυγμένες χώρες προσφέρουν εργαστηριακά προγράμματα σπουδών μεταπτυχιακού επιπέδου με εξειδίκευση στις τεχνικές κινητοποίησης, στις αθλητικές κακώσεις, στην καρδιοαναπνευστική και παιδιατρική φυσικοθεραπεία.

Η δια βίου μάθηση επιτυγχάνεται με την παρακολούθηση εξειδικευμένων σεμιναρίων που οργανώνονται από τους διάφορους οργανισμούς φυσικοθεραπείας σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο. Αυτή η επιμόρφωση ποικίλει από τοπικά εργαστήρια και σεμινάρια μέχρι και παγκόσμια συνέδρια. Σε κάποιες χώρες είναι απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων για την διατήρηση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος, με σκοπό την διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών. Άλλος τρόπος επιμόρφωσης είναι η προσωπική ενασχόληση του εκάστοτε φυσικοθεραπευτή, με το να ενημερώνεται μελετώντας τις τελευταίες εξελίξεις της επιστήμης, μέσα από τα επιστημονικά περιοδικά, συνέδρια και διαδίκτυο.

2.4 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από το 1958 έως το 1984 λειτούργησε η σχολή φυσικοθεραπείας στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Βασιλεύς Παύλος" στο Γουδί. Η σχολή αυτή για 11 χρόνια (1958-1969) έφερε την επωνυμία "Σχολή Βοηθών Φυσικοθεραπείας" και για τα επόμενα 15 χρόνια, την επωνυμία "Ανωτέρα Σχολή Φυσικοθεραπευτών Αθηνών".

Το 1974 δημιουργήθηκε το τμήμα Φυσικοθεραπείας της Αθήνας υπό την εποπτεία του Υπουργείου Παιδείας ως Κέντρο Ανώτερης Τεχνικής Εκπαίδευσης (Κ.Α.Τ.Ε.) Αθηνών το οποίο μετονομάστηκε αργότερα σε Κέντρα Ανώτερης Τεχνικής και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (Κ.Α.Τ.Ε.Ε). Το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος Φυσικοθεραπείας είχε αρχικά διάρκεια επτά εξάμηνα. Με νόμο του 1976 αποφασίστηκε η ισοτιμία των πτυχίων των αποφοίτων του τμήματος φυσικοθεραπείας των Κ.Α.Τ.Ε.Ε και των αποφοίτων της Ανωτέρας Σχολής Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου Αθηνών "Βασιλεύς Παύλος".

Το 1983 καταργούνται τα Κ.Α.Τ.Ε.Ε. και ιδρύονται τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι), όπου η διάρκεια των σπουδών είναι επίσης επτά εξάμηνα. Το 2001 ψηφίζεται νόμος που διαμορφώνει το πρόγραμμα σπουδών σε τετραετές.

Το πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει:

- Μαθήματα Γενικής Υποδομής : Βιοχημεία, Βιοφυσική, Βιομετρία - Βιοστατιστική, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία κα
- Μαθήματα Ειδικής Υποδομής: Ανατομία, Φυσιολογία, Ορθοπαιδική, Παθολογία, Χειρουργική, Νοσολογία, Νευρολογία, Παθοφυσιολογία, Αθλητιατρική.
- Μαθήματα Ειδικότητας: Κινησιοθεραπεία, Κινησιολογία, Αποκατάσταση Νευρολογικών Παθήσεων, Μάλαξη, Υδροθεραπεία, Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία, Καρδιοαναπνευστική Φυσικοθεραπεία.

2.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Η εκπαίδευση αποτελεί ίσως το πιο σημαντικό κριτήριο για την απόκτηση επαγγελματικής αυτονομίας όπως υποστηρίζεται από την διεθνή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το WCPT (2007) "η εκπαίδευση σκοπό έχει να προετοιμάσει τους φυσικοθεραπευτές ώστε να γίνουν αυτόνομοι επαγγελματίες"(World Confederation of Physical Therapy 2007). Πράγματι, υποστηρίζεται ότι οι μεταπτυχιακές σπουδές και η δια βίου εκπαίδευση (LLL) μπορεί να

παρέχουν στους επαγγελματίες τα απαραίτητα προσόντα και τις γνώσεις για να ανεξαρτητοποιηθούν μέσα στα όρια πάντα της επαγγελματικής τους δράσης και να αντεπεξέλθουν σε δυσκολότερους ρόλους. Στην Ελλάδα φαίνεται ότι το επίπεδο των μεταπτυχιακών σπουδών δεν είναι υψηλό, αφού όπως αναφέρουν οι Χατζηχριστοδούλου και συν μελετώντας 53 φυσικοθεραπευτήρια, ενώ το 67,9% των ερωτηθέντων θεώρησε πολλή σημαντική τη μετεκπαίδευση, μόλις το 9,4% και 1,9% κατείχε μεταπτυχιακό και διδακτορικό τίτλο αντίστοιχα. Το μειωμένο ενδιαφέρον των Ελλήνων σε μεταπτυχιακές σπουδές πιθανολογείται ότι οφείλεται στο γεγονός ότι οι τελευταίες μόλις πρόσφατα νομιμοποιήθηκαν για τον κλάδο μας στην Ελλάδα, καθώς επίσης στο ότι οι σπουδές στο εξωτερικό δεν αποτελούν επιλογή για την πλειοψηφία.

Επιπλέον, οι μεταπτυχιακοί και διδακτορικοί τίτλοι στη χώρα μας δεν παρέχονται από τις αντίστοιχες σχολές φυσικοθεραπείας, με εξαίρεση το Α.Τ.Ε.Ι της Λαμίας (που συνεργάζεται με πανεπιστήμιο εξωτερικού), (ΤΕΙ Λαμίας – Μεταπτυχιακά) αλλά από την ιατρική σχολή και τη γυμναστική ακαδημία (Τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής). Μια τέτοια κατάσταση μειώνει τις πιθανότητες για επιτυχία στην επαγγελματική μας αυτονομία αν σκεφτεί κανείς ότι σε πολλά κράτη επιδιώκουν την εδραίωση του διδακτορικού τίτλου στη φυσικοθεραπεία, ενώ στην Ελλάδα δεν έχουν ακόμη κατοχυρωθεί οι μεταπτυχιακές σπουδές σε επίπεδο Master στη φυσικοθεραπεία. (Nall C). Παρόλα αυτά, η συμμετοχή σε σεμινάρια και τέτοιου τύπου δραστηριότητες επιβεβαιώνει ότι οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές εκτιμούν τη σημαντικότητα της δια βίου εκπαίδευσης όχι όμως σε τέτοιο βαθμό όπως σε άλλες χώρες που η τελευταία ενθαρρύνεται ενεργά, αφού αποτελεί υποχρέωση των φυσικοθεραπευτών να συμμετέχουν σε σεμινάρια προκειμένου να διατηρούν την ιδιότητα μέλους στους συλλόγους της χώρας τους αλλά και να συμβάλλουν στη βελτίωση των εκπαιδευτικών προτύπων και στην εκπαιδευτική ανάπτυξη της χώρας τους. (Πετρόπουλος Γ.2004).

Επιπρόσθετα, ο ρόλος της έρευνας στην εδραίωση μιας αξιόπιστης θεωρητικής βάσης γνώσεων φαίνεται πως είναι αρκετά σημαντικός και σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της επαγγελματικής αυτονομίας στη φυσικοθεραπεία. Παρόλο που σε έρευνα τους οι Miller et al βρήκαν ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό ερευνητικών άρθρων (56%) στα 4 μεγαλύτερα εθνικά επιστημονικά περιοδικά (Physical therapy, physiotherapy, physiotherapy canada, australian journal of physiotherapy), το 66% αυτών ασχολούνται μεν με θέματα υγείας αλλά δεν έχουν άμεση σχέση με την πρόγνωση, τη διάγνωση ή την αποκατάσταση παθήσεων. Θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια παρόμοια μελέτη στην Ελλάδα, τουλάχιστον για τα δύο μεγαλύτερα σε κυκλοφορία περιοδικά: "Θέματα Φυσικοθεραπείας" και "Φυσικοθεραπεία", προκειμένου να προκύψουν, εν μέρει, συμπεράσματα ως προς το επίπεδο της έρευνας στη χώρα μας.

Παράλληλα, η χρήση της τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής (EBP) θεωρείται μείζονος σημασίας και για τους συναδέλφους στο εξωτερικό, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η ποιότητα και τα

αποτελέσματα της θεραπείας τους είναι καλύτερα όταν προσφεύγουν σε έγκυρη και σύγχρονη αρθρογραφία και αναφέρουν πως προσπαθούν να βελτιώνουν τα προσόντα τους ως προς τη χρήση βάσεων δεδομένων και την κριτική αξιολόγηση των ερευνών που επεξεργάζονται (Jette, Bacon, 2003). Βέβαια, συνοδοιπόρο της εκπαίδευσης στο μονοπάτι προς την εξέλιξη του φυσικοθεραπευτή ως επιστήμονα αποτελεί ο κλινικός προβληματισμός (reflection). Πράγματι, ο τελευταίος διευκολύνει την κριτική αξιολόγηση του κάθε επαγγελματία αφού προωθεί τη συνειδητή επεξεργασία των επιλογών του σε κλινικό, και όχι μόνο, επίπεδο ενώ παράλληλα τον βοηθά να κρίνει την ορθότητα τους εξετάζοντας τι καλύτερο θα μπορούσε να είχε κάνει για τη θεραπεία του ασθενή του ή πως θα μπορούσε να δράσει μελλοντικά σε παρόμοιο περιστατικό (Shon 1991).

Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο των γνώσεων των φυσικοθεραπευτών είναι τόσο υψηλό ώστε να μπορούν να γίνουν συγκρίσεις με άλλους επαγγελματίες υγείας (Daker-White 1999). Πιο συγκεκριμένα, με αφορμή τη διαμάχη που ξεσπά κατά καιρούς σχετικά με τη φυσικοθεραπευτική και την ιατρική διάγνωση (Rose SJ) πραγματοποιήθηκαν έρευνες στις όποιες αξιολογήθηκαν οι γνώσεις φοιτητών της ιατρικής και ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων πάνω σε μυοσκελετικές παθήσεις. Παράλληλα, οι Childs et al. (Miller PA) μελέτησαν τις γνώσεις των φυσιοθεραπευτών στον ίδιο τομέα. Από τις έρευνες προέκυψε ότι οι φυσιοθεραπευτές παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα γνώσεων σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση μυοσκελετικών παθήσεων σε σχέση με τους φοιτητές ιατρικής και όλες τις ιατρικές ειδικότητες με εξαίρεση τους ορθοπεδικούς (Childs, Whitman 2003). Στην Ελλάδα, ένα από τα θέματα που προέκυψαν πρόσφατα είναι το κατά πόσο οι γιατροί είναι ικανοί να συνταγογραφούν φυσιοθεραπευτικές πράξεις αντί για τους φυσιοθεραπευτές. Ο Κάντας πρόσφατα έκανε μια έρευνα στην οποία μελέτησε τις απόψεις των γιατρών σχετικά με το σύστημα συνταγογράφησης φυσιοθεραπευτικών πράξεων, διανέμοντας ερωτηματολόγια σε 4 ιατρικές ειδικότητες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο των γνώσεων των γιατρών σε ότι αφορά στη φυσικοθεραπεία είναι χαμηλό, με πολλούς να μην έχουν παρακολουθήσει καν μαθήματα φυσικοθεραπείας στη σχολή που φοίτησαν (Π. Καντάς, προσωπική επικοινωνία, 2006). Παρά τα μεθοδολογικά σφάλματα που εντοπίστηκαν, ελαττώνοντας την αξιοπιστία της έρευνας, πιστεύεται ότι η τελευταία μπορεί να προωθήσει τη συζήτηση που έχει ξεκινήσει στη χώρα μας γύρω από την αυτονομία των φυσικοθεραπευτών, προνόμιο το οποίο περιλαμβάνεται από συναδέλφους σε ολόκληρο τον κόσμο ήδη από τον προηγούμενο αιώνα.

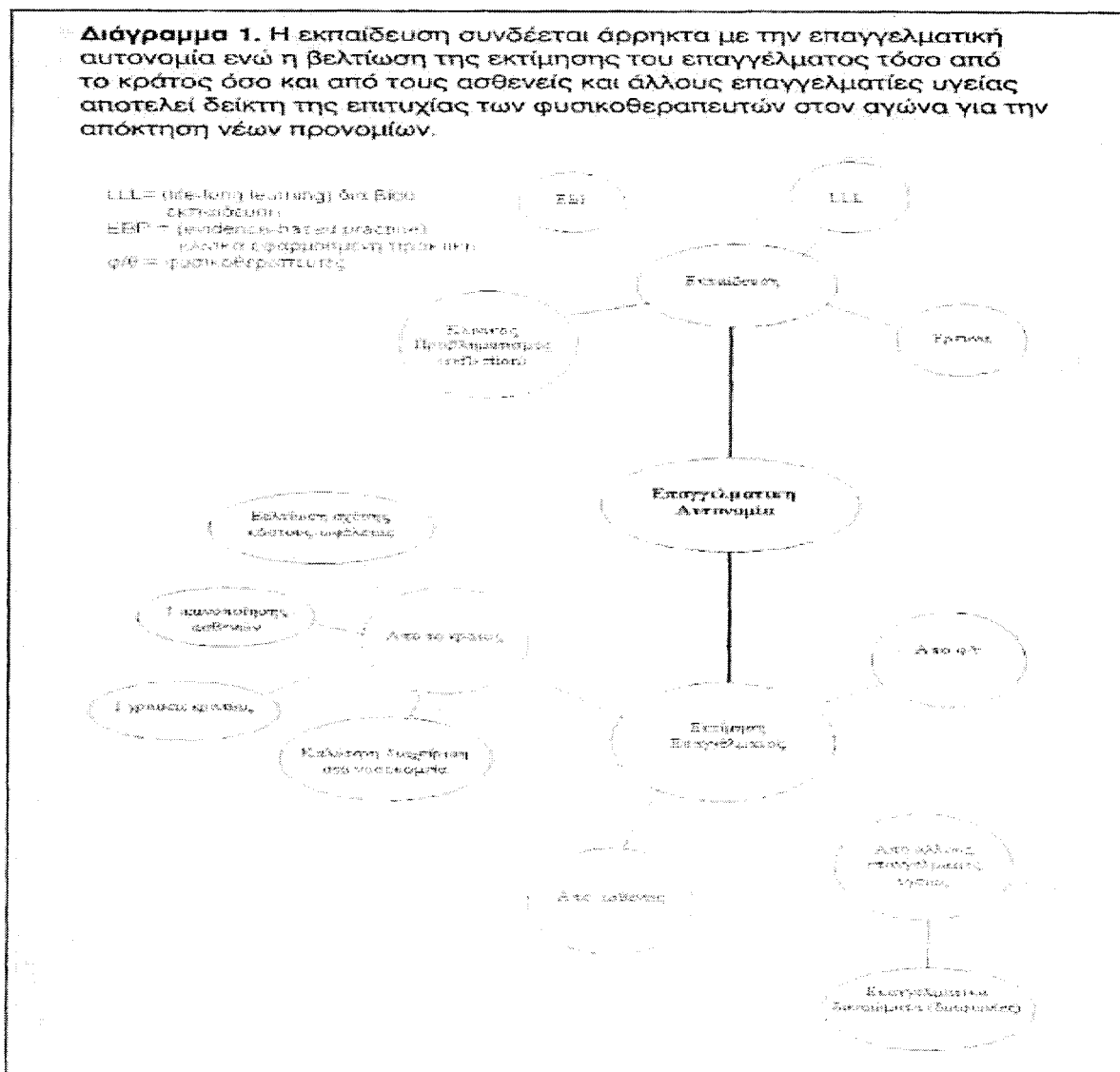
Την τελευταία δεκαετία προωθείται μια στρατηγική από την Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω της οποίας γίνεται μια προσπάθεια να μειωθούν οι ανισότητες στο γνωστικό επίπεδο μεταξύ των αποφοίτων του ίδιου επαγγέλματος στις διάφορες χώρες καθώς επίσης να προωθηθούν οι επαγγελματικές μετακινήσεις μέσα στην Ευρώπη. Αυτή η προσπάθεια επισημοποιήθηκε το 1999 με τη συνθήκη της Μπολόνια, μια σειρά δηλαδή από διαδικασίες και οδηγίες με σκοπό τη δημιουργία

ενός κοινού πλαισίου στην ανώτατη εκπαίδευση όλων των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων της Ευρώπης διασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ποιότητα της γνώσης που παρέχεται σε όλους. Γίνεται έτσι φανερό πως η βελτίωση της ποιότητας στην εκπαίδευση όσο και η προσαρμογή της Ελλάδας στα Ευρωπαϊκά πρότυπα μπορεί να προωθήσει την ανάπτυξη υπεύθυνων και καλά εκπαιδευμένων αυτόνομων επαγγελματιών και στη χώρα μας (Bergen Conference 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

3.1 ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Η φυσιοθεραπεία στις αναπτυγμένες χώρες έχει εδραιωθεί ως επάγγελμα (Brayant, 1976, Luna – Masssey & Smyle, 1982). Αυτό έχει επιτευχθεί μέσα από την απόκτηση προσόντων, αναγνώρισης, την διεύρυνση των γνώσεων και μέσα από την εξέλιξη της κλινικής πρακτικής και



εξειδίκευσης. Ο αριθμός των μελών στους διάφορους οργανισμούς της υγείας συνεχίζει να αυξάνεται (Lanier et al, 1988) προσδίδοντας το μέγεθος που χρειάζεται για την αποτελεσματική λειτουργία του επαγγελματικού κλάδου. Ο χρόνος που απαιτήθηκε να εδραιωθεί η φυσικοθεραπεία ως επάγγελμα καθώς και το μέγεθος και η επιρροή του επαγγέλματος, έχει επίσης επηρεάσει τον βαθμό αναγνωρισιμότητας του και το νομικό του κύρος. Σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η φυσικοθεραπεία είναι ένα νομοθετημένο επάγγελμα. Από την άλλη πλευρά, μόνο το 50% των χωρών της περιφέρειας Ασίας - Δυτικού Ειρηνικού έχουν διαμορφώσει κάποιο νομικό πλαίσιο αναγνώρισης του επαγγέλματος (WCPT, 1996).

Εκτός από την νομική πλευρά, η ουσία της εξάσκησης του επαγγέλματος του φυσιοθεραπευτή εναπόκειται στην επαγγελματική αυτονομία και στην ευθύνη των πράξεων του που απορρέει από αυτή την αυτονομία. Αυτό σημαίνει, ότι ο επαγγελματίας έχει την ευθύνη να παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και είναι καθήκον του να φροντίσει τον ασθενή. Παγκοσμίως, υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση όσον αφορά την αυτονομία στην εξάσκηση του επαγγέλματος. Μόνο στο 50% των χωρών αυτής της περιοχής AWP (WCPT, 1996) οι φυσιοθεραπευτές έχουν το δικαίωμα της αυτονομίας. Σε πολλές χώρες δεν υπάρχει αυτονομία, για παράδειγμα στην Κορέα η ελεύθερη πρακτική απαγορεύεται αυστηρώς. Ακόμη και στην Ευρώπη, οι φυσιοθεραπευτές στην πλειοψηφία των χωρών δεν μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας χωρίς παραπεμπτικό ιατρού. Σε κάποιες χώρες όμως, όπως για παράδειγμα στην Αυστραλία και τον Καναδά, η αυτονομία του επαγγέλματος έχει εδραιωθεί.

3.2 Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Ανά τον κόσμο, η διαφορετικότητα ανάμεσα στους λαούς, τις κουλτούρες και τα διαφορετικά συστήματα υγείας, επηρεάζουν με ποικίλους τρόπους τη φυσικοθεραπεία και τον τρόπο με τον οποίο αυτή εφαρμόζεται. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ορίσει παράγοντες-κλειδιά που ευθύνονται για τις διαφορές στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Αυτοί περιλαμβάνουν οικονομικούς περιορισμούς, πληθυσμούς μεγάλης ηλικίας, επιπτώσεις τεχνολογικής ανάπτυξης (φαρμακευτικά υλικά), αυξημένες καταναλωτικές προσδοκίες και γνώσεις, επιθυμία για βέλτιστη υγεία και αλλαγές στη φροντίδα υγείας με την προσοχή εστιασμένη σε χρόνιες καταστάσεις παρά σε οξείες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, απαιτείται μία προσέγγιση βασισμένη στη μελέτη των πληθυσμών για να οριοθετηθούν οι στόχοι για τη βελτίωση της υγείας (WHO,1985). Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν την παροχή βασικής εκπαίδευσης για την βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, επαγγελματικής ασφάλειας και εξασφάλιση επαρκούς εισοδήματος .

Ο φυσιοθεραπευτής έχει ανταποκριθεί με πολλούς τρόπους σε παγκόσμιο επίπεδο

σε αυτές τις προκλήσεις : έχει μάθει να εργάζεται σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον καθώς και σε ένα κοινωνικό περιβάλλον που αλλάζει συνεχώς και με ταχύρυθμους ρυθμούς. (πχ κοινότητες με αναπτυσσόμενες πολιτισμικές προσμίξεις). Οι φυσικοθεραπευτές πρέπει να είναι κάτι παραπάνω από ικανοί θεράποντες και κλινικοί επιστήμονες, καταδεικνύοντας την υπευθυνότητα και φερεγγυότητα τους (Higgs j. Et al, 1999). Όπως και κάθε επαγγελματίας υγείας, έτσι και ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να μπορεί να συνεργάζεται καλά μέσα σε μία ιατρική ομάδα και να επιδεικνύει τις επαγγελματικές του ικανότητες αλλά και την ικανότητα του να συναναστρέφεται με ένα μεγάλο εύρος ασθενών και συναδέλφων καθώς και να παίρνει αποφάσεις ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση (Higgs et Hunt, 1999a).

Η εφαρμογή της φυσικοθεραπείας παρουσιάζει πολλές ομοιότητες ανά τον κόσμο παρά τις τοπικές διαφοροποιήσεις που υπάρχουν. Υπάρχει ομοιομορφία ανάμεσα σε κάποιες περιοχές, όπως είναι στην Ευρώπη, από ότι σε άλλες όπως είναι η Αφρική και η περιφέρεια Ασίας-Δυτικού Ειρηνικού (AWP). Κάποιες από αυτές τις διαφοροποιήσεις σχετίζονται με την δομή και την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Άλλες σχετίζονται με την ανάπτυξη και το προφίλ του επαγγέλματος. Το ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος που δαπανάται για την υγεία ποικίλει ευρέως στην περιοχή AWP, από 1,6% σε κάποιες χώρες έως και 8% στην Αυστραλία (WCPT, 1996). Σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες αυτό το ποσοστό είναι υψηλότερο, για παράδειγμα στην Σουηδία αποτελεί το 16%. Η φυσικοθεραπεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, όπου οι υπηρεσίες που προσφέρει πληρώνονται είτε από το εθνικό σύστημα υγείας είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία είτε από τους χρήστες.

Η εφαρμογή της φυσικοθεραπείας επηρεάζεται από την αναλογία φυσικοθεραπευτών – πληθυσμού. Ο αριθμός των φυσικοθεραπευτών ανά άτομο ποικίλει πάρα πολύ. Για παράδειγμα, αναλογεί 1: 1,750 στην Αυστραλία, 1: 212,000 στην Ινδία (WCPT, 1996). Στην Αιθιοπία αναλογούν κατά προσέγγιση 14 φυσικοθεραπευτές για 60,000,000 πληθυσμό.

3.3 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ STANDARDS

Υπάρχουν πολλά συστήματα διατήρησης και βελτίωσης του επαγγελματικού επιπέδου των φυσιοθεραπευτών. Πολλές χώρες έχουν ενσωματώσει στο νομικό τους πλαίσιο διεθνείς συμβάσεις για την προστασία δικαιωμάτων του ατόμου, όπως είναι η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν βάσει αυτών των κανονισμών δεοντολογίας.

Στις χώρες που είναι μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Φυσικοθεραπείας (WCPT) το νομικό πλαίσιο ποικίλει ανάλογα με τους νόμους της κάθε χώρας και τις διάφορες επιρροές από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, υπάρχουν τρεις κατηγορίες νομοθεσίας. Η ποινική νομοθεσία εφαρμόζεται όταν κάποιος παρανομήσει. Για τα επαγγέλματα υγείας αυτό ισχύει σε περίπτωση ιατρικής αμέλειας ή σεξουαλικής παρενόχλησης. Άλλη κατηγορία νομοθεσίας που προσφέρει λύσεις σε διαφωνίες ανάμεσα στα άτομα είναι η αστική νομοθεσία. Εφαρμόζεται για παράδειγμα όταν παρουσιάζονται επιπλοκές είτε από αμέλεια, είτε μετά την εφαρμογή θεραπειών χωρίς τη συναίνεση του ασθενή. Η τρίτη κατηγορία νόμων περιλαμβάνει ειδικούς περιορισμούς για τα επαγγέλματα που έχουν ευθύνη για τη δημόσια υγεία κ ασφάλεια. Εκτός των νομικών πλαισίων υπάρχουν συχνά κυβερνητικές πολιτικές που μπορούν να επιβάλλουν κυρώσεις σε αυτούς που δεν συμμορφώνονται. Συνεπώς η επαγγελματική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να ρυθμίζεται από πολιτικές που αφορούν την πρόσβαση σε ιατρικούς φακέλους και προσωπικά δεδομένα.

Η φυσικοθεραπεία, εκτός από τις κυβερνητικές πολιτικές που τη διέπουν, είναι, όπως και κάθε επάγγελμα, αυτορυθμιζόμενο. Οι οργανισμοί φυσικοθεραπείας έχουν εδραιώσει ένα κώδικα δεοντολογίας για να διασφαλίσουν την ορθή πρακτική του επαγγέλματος, να διασφαλίσουν μία κοινή πλατφόρμα συμπεριφοράς και να εδραιώσουν ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον φυσιοθεραπευτή. Η σοβαρότερη κύρωση που μπορεί να υποστεί ένας φυσιοθεραπευτής είναι να διαγραφεί από τον σύλλογο, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι παύει να εξασκεί το επάγγελμα.

Επίσης, πολύ σημαντική είναι η επαγγελματική συμπεριφορά και η υιοθέτηση του κώδικα δεοντολογίας. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εκπαιδεύονται ανάλογα πριν και μετά την αποφοίτηση. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για έναν αυτόνομο επαγγελματία.

3.4 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Το νομοθετικό φάσμα ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Στην Ευρώπη οι περισσότερες χώρες έχουν κάποια μορφή νομικού πλαισίου (SPEK,1996). Παρόλα αυτά στις AWP(WCPT,1996), λιγότερο από το 50% των χωρών έχουν νομοθεσία για το επάγγελμα. (Υπάρχουν οι κυβερνήσεις που ρυθμίζουν ανειδίκευτα άτομα που καταλαμβάνουν υπεύθυνες θέσεις, που δεν έχουν την ικανότητα να ανταπεξέλθουν στις υπηρεσίες φροντίδα.) Όλες αυτές οι νομοθετικές ρυθμίσεις πρέπει να αποβλέπουν στη διαμόρφωση ενός συνόλου φυσικοθεραπευτών

που μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο και ικανό να παρέχει σωστά τις υπηρεσίες υγείας.

Κάθε σύλλογος έχει ένα σύστημα στο οποίο εγγράφεται ο κάθε φυσικοθεραπευτής. Αυτό δίνει τη δυνατότητα ενημέρωσης σχετικά με τη φύση του επαγγέλματος. Για να εγγραφεί κάποιος στο σύστημα απαιτούνται κάποιες εξετάσεις ή κατοχή συγκεκριμένων και αναγνωρισμένων προσόντων. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, για να γραφτεί κάποιος στο σύλλογο, πρέπει να έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του στα Τ.Ε.Ι, ενώ σε άλλες χώρες όπως ο Καναδάς έχουν εφαρμόσει ετήσια διεξαγωγή εξετάσεων για τη διατήρηση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος. Επιπλέον κάποιες επικίνδυνες μέθοδοι θεραπείας, όπως χορήγηση φαρμάκων, εκτέλεση χειρισμών στη σπονδυλική στήλη, επιτρέπονται μόνο σε όσους είναι εγγεγραμμένοι στο σύστημα. Αυτό το μέτρο είναι ιδιαίτερος σημαντικό καθώς ο σκοπός ύπαρξης αυτού του συστήματος εγγραφής είναι η προστασία του ασθενή.

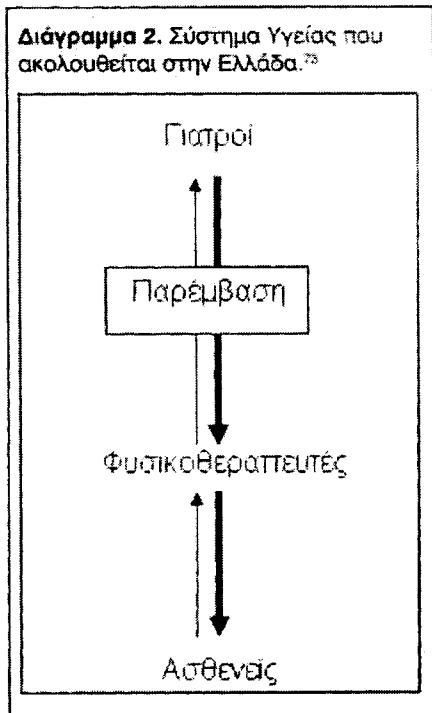
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

4.1 ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Η αυτονομία συνδέεται άρρηκτα με την εκτίμηση του επαγγέλματος (διάγραμμα 1) τόσο από τους ίδιους τους φυσιοθεραπευτές όσο και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας αλλά και από τους ασθενείς και το κράτος. Συνεπώς, όσο υψηλότεροι είναι οι δείκτες ικανοποίησης όλων αυτών των “κριτών” τόσο πιο πολύ εκτιμάται το επάγγελμα τις φυσικοθεραπείας. Επιπλέον, η αναγνώριση της πολύτιμης συνεισφοράς του κλάδου στον τομέα της υγείας μπορεί να αποτελέσει απόδειξη των δυνατοτήτων της φυσικοθεραπείας αλλά και αφορμή για την άσκηση πιέσεων για την απόκτηση περισσότερων προνομίων και στη χώρα μας.

4.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι φυσικοθεραπευτές είναι ενεργά μέλη ομάδων που αποτελούνται από διάφορους επαγγελματίες υγείας και συνεργάζονται για να παρέχουν στον ασθενή την μέγιστη ποιότητα υπηρεσιών. Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Φυσικοθεραπείας απαιτεί από τους φυσικοθεραπευτές να κατανοούν τον ρόλο και την λειτουργία των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας εκτιμώντας τις



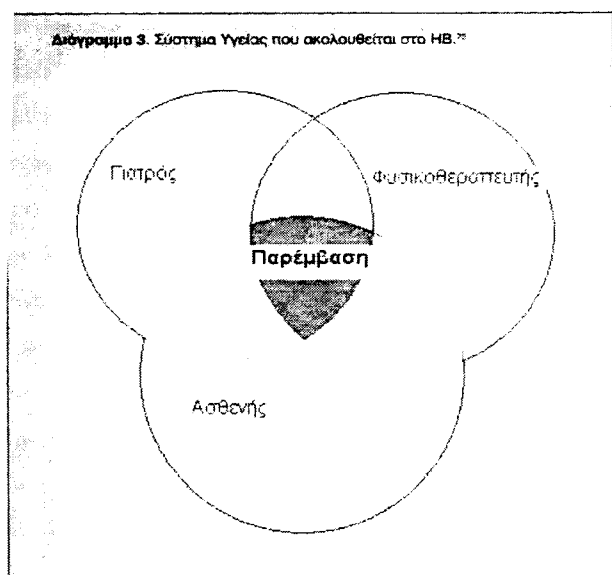
διαφορές και τους κοινούς στόχους.

Είναι ευθύνη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Υγείας και των συλλόγων των φυσικοθεραπευτών να εξηγούν τον ρόλο και την λειτουργία της φυσικοθεραπείας και να προωθούν την αποτελεσματικότητά της. Σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί απευθείας στον φυσικοθεραπευτή χωρίς να απαιτείται εντολή από τον γιατρό. Σε περιπτώσεις όπου απαιτείται ιατρικό παραπεμπτικό, αυτό θα πρέπει να εμπεριέχει λεπτομερείς ιατρικές πληροφορίες.

Ασχέτως αν απαιτείται παραπεμπτικό από τον ιατρό, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα προσόντα ώστε να εξετάσει τον ασθενή, να κάνει «φυσικοθεραπευτική» διάγνωση, να σχεδιάσει το θεραπευτικό

πρόγραμμα και να εκτιμήσει το αποτέλεσμα της θεραπείας.

Στις διάφορες χώρες επικρατεί διαφορετική σχέση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και ως προς τον ασθενή, ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Στην Ελλάδα επικρατεί το κλασικό ιεραρχικό μοντέλο στο οποίο όλοι οι επαγγελματίες υγείας ελέγχονται από τους γιατρούς, οι οποίοι με την σειρά τους υπακούουν σε συγκεκριμένες



κρατικές πολιτικές. Σε αυτό το μοντέλο ο ασθενής δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία του (διάγραμμα 2). Σε αντίθεση, το σύστημα συνταγογράφησης σε άλλες χώρες είναι ανθρωποκεντρικό και βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία όλων των επιστημόνων υγείας για την επιτυχημένη διάγνωση, παρέμβαση και αποκατάσταση του ασθενή (διάγραμμα 3). (Julkaisupalvelut P). Σε αυτή τη περίπτωση φαίνεται η δυναμική θέση που κατέχει η

φυσικοθεραπεία στο χώρο της υγείας σε κάποιες χώρες, παρά το φόβο που εκφράζεται από την αναγνώριση στην Ευρώπη της ιατρικής ειδικότητας στη Φυσική και Ιατρική Αποκατάσταση. (Clemence ML). Στη χώρα μας φαίνεται ότι οι σχέσεις των φυσιοθεραπευτών με τους γιατρούς ποικίλουν. Κάποιοι συνάδελφοι υποστηρίζουν ότι η συνεργασία τους με τους γιατρούς είναι καλή,

ανεξάρτητα από το αν εμπλέκονται οικονομικές συναλλαγές, ενώ άλλοι θεωρούν ότι το “μεγαλύτερο ποσοστό γιατρών δεν προωθεί τη φυσικοθεραπεία”. (White Book 2006). Κάτι τέτοιο αποτελεί σοβαρό ζήτημα για τους φυσιοθεραπευτές όταν οι γιατροί που παραπέμπουν ασθενείς για φυσικοθεραπεία δεν έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητες του φυσιοθεραπευτή. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν αφού η τελευταία πραγματοποιήθηκε σε μικρό δείγμα και σκοπό είχε απλά να θέσει ανοικτά τις ανησυχίες κάποιων συναδέλφων και όχι ολόκληρης της φυσιοθεραπευτικής κοινότητας.

Ο Jones αναφέρεται σε άλλους κινδύνους που απειλούν το επάγγελμα της φυσικοθεραπείας. Συγκεκριμένα, αναφέρει την προσπάθεια άλλων επαγγελματιών να επεκτείνουν τη σφαίρα των δραστηριοτήτων τους στη φυσικοθεραπεία. (Jones A.2006) Για παράδειγμα ο Hear, αναφέρει μακροχρόνιους διαπληκτισμούς μεταξύ φυσικοθεραπευτών και χειροπρακτικών στον Καναδά ως προς τα επαγγελματικά τους δικαιώματα κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60.(HearR.1950-80). Ένας τέτοιος κίνδυνος είναι ορατός και στην Ελλάδα αφού οι φυσικοθεραπευτές αντιμετωπίζουν προβλήματα ως προς τα επαγγελματικά τους δικαιώματα σε σχέση με εκείνα των καθηγητών φυσικής αγωγής και βοηθών φυσικοθεραπείας.(Πετρόπουλος Γ 2004). Η προσπάθεια κάποιων επαγγελματιών να αποκτήσουν περισσότερα προνόμια εις βάρος της φυσικοθεραπείας μπορεί να οφείλεται σε επικαλύψεις που εμφανίζονται στην εκπαίδευση, αφού π.χ το μάθημα της κινησιολογίας διδάσκεται τόσο στη σχολή της φυσικοθεραπείας όσο και στη γυμναστική ακαδημία, έχοντας φυσικά διαφορετική βαρύτητα στην κάθε σχολή (2 εξάμηνα έναντι ενός, αντίστοιχα) , ενώ δεν αποτελεί αντικείμενο σπουδών για τους βοηθούς φυσικοθεραπείας.(Υπουργική Απόφαση αρ.Δ 2635).

Επιπλέον, υπάρχουν βοηθοί φυσικοθεραπείας οι οποίοι καταπατούν τα επαγγελματικά δικαιώματα των φυσικοθεραπευτών και αναλαμβάνουν φυσικοθεραπείες κατ' οίκον χωρίς επιτήρηση όπως υποχρεούνται βάση νόμου.(Προεδρικό Διάταγμα Νο 53). Μάλιστα, πολλές φορές συμβαίνει ο ασθενής να μη γνωρίζει το επίπεδο γνώσεων του θεραπευτή ή ακόμη χειρότερα να μην τον ενδιαφέρει να το μάθει. Δυστυχώς στη χώρα μας δεν υπάρχει κάποιος μηχανισμός ελέγχου των φυσικοθεραπευτών και προστασίας των ασθενών όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες(Τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού) ενώ παράλληλα δεν υπάρχει κατάλληλη παιδεία των ασθενών σχετικά με τη ενεργή συμμετοχή τους στη θεραπεία τους. Έτσι, υπάρχει κίνδυνος λανθασμένες θεραπευτικές επιλογές να αποδίδονται άδικα στον κλάδο των φυσικοθεραπευτών από έναν μη ικανοποιημένο (και ταυτόχρονα μη ενημερωμένο) ασθενή, μειώνοντας με αυτό το τρόπο το κύρος του επαγγέλματος μας και περιορίζοντας κάθε προσπάθεια για ανέλιξη. Παρόμοια ζητήματα ως προς τη γνώση των ασθενών σχετικά με το ποιος εκτελεί τη φυσικοθεραπεία και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τη μη επιτηρούμενη παρέμβαση έχουν τεθεί και σε άλλες χώρες

παρουσιάζοντας ταυτόχρονα τη διαφορετική εικόνα που υπάρχει για τους βοηθούς φυσικοθεραπείας και την προστασία του κλάδου από το κράτος.(Chase L 1993).

Εκτός από τους παραπάνω εξοπαγγελματικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πρόοδο της επιστήμης της φυσικοθεραπείας, σε ποιοτικού τύπου έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 10 εργαστηριούχους φυσικοθεραπευτές στην Αθήνα επισημάνθηκε επίσης η αρνητική συνδρομή ορισμένων φυσικοθεραπευτών στην εξέλιξη του κλάδου.(White Book 2006). Πράγματι, κάποιοι από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι υπάρχουν συνάδελφοι που δείχνουν διστακτικότητα στην ανάληψη πρωτοβουλιών για τη θεραπεία του ασθενή τους. Μάλιστα, στην περίπτωση αυτή δε θέτουν την έλλειψη γνώσεων ως αιτία της διστακτικότητας, αλλά αντίθετα όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας συνάδελφος: “υπάρχουν κάποιοι που ικανοποιούνται με την κατάσταση {που επικρατεί σήμερα στον κλάδο} αφού το να εκτελείς παραπεμπτικά είναι πιο εύκολο από το να παίρνεις εσύ τις αποφάσεις (...) έχεις πάντα το άλλοθι ότι ο γιατρός μου είπε να το κάνω.

4.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί από τους σημαντικότερους δείκτες της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης των φυσικοθεραπευτών και αποτελεί έναυσμα για την προσπάθεια απόκτησης περισσότερων προνομίων. Οι φυσικοθεραπευτές είναι υπόλογοι στους ασθενείς τους και η επιτυχία ενός προγράμματος παρέμβασης μπορεί να μετρηθεί από αυτούς. Οι Durant et al. σε έρευνα τους διερεύνησαν την άποψη των ασθενών πάνω στο πόλο των φυσικοθεραπευτών ως επαγγελματιών άμεσης πρόσβασης. Η πλειοψηφία θεωρούσε ικανούς τους φυσικοθεραπευτές να ασχοληθούν με την αποκατάσταση τους χωρίς εντολή γιατρού. Βέβαια, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άτομα που ακολουθούσαν τη δεδομένη στιγμή θεραπευτική παρέμβαση. Θα ήταν χρήσιμο να γίνουν παρόμοιες έρευνες σε άτομα που δεν έχουν κάνει ποτέ ή είχαν κάνει στο παρελθόν φυσικοθεραπεία για να διαπιστώσουμε διαφορές στον τρόπο σκέψης τους.

Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών απέναντι στην ποιότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές χρησιμοποιούσαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε ένα δείγμα 350 ατόμων. Ο δείκτης ικανοποίησης αξιολογήθηκε ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ερωτηθέντων, αντίστοιχα. Παρά τις ελλείψεις πληροφορίες ως προς τη μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα υπηρεσιών που λάμβαναν από ιδιωτικές κλινικές και ιδρύματα. Η κοινωνική και

οικονομική κατάσταση του δείγματος φαίνεται πως έπαιξε σημαντικό ρόλο στο επίπεδο ικανοποίησης, με τους πλουσιότερους συμμετέχοντες να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από το δημόσιο σύστημα υγείας. (Durant TL 1986). Εφόσον το εύρος της ηλικίας ποίκιλλε σημαντικά στη έρευνα, θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί αν προκύπτουν διαφορετικά συμπεράσματα κατά τη σύγκριση της ικανοποίησης διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.

Δυστυχώς, στη χώρα μας δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια μελέτη που να απευθύνεται συγκεκριμένα στη φυσικοθεραπεία είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό επίπεδο. Στην έρευνα των Chanou και Sellars αναφέρεται από συναδέλφους ότι υπάρχουν ασθενείς που δεν εμπιστεύονται τους φυσικοθεραπευτές και θεωρούν πως ο ρόλος τους έχει καθαρά εκτελεστικό χαρακτήρα.(White Book). Παρόλα αυτά, οι παραπάνω απόψεις αφορούν σε συμπεράσματα των φυσικοθεραπευτών μέσα από την κλινική τους εμπειρία και όχι σε αντιλήψεις αυτών καθ' αυτών των ασθενών.

4.4 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ

Από όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι η βελτίωση της εκπαίδευσης έχει θετικές επιδράσεις τόσο στην ανάληψη νέων καθηκόντων, έστω και άτυπα, όσο και στην ικανοποίηση των ασθενών ενώ ενδέχεται να δημιουργεί προβλήματα στη σχέση των φυσικοθεραπευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας. Φαίνεται ότι η εκτίμηση της φυσικοθεραπείας σε κάποιες χώρες αυξήθηκε όταν παρατηρήθηκε ότι η απασχόληση των φυσικοθεραπευτών σε εκτεταμένα πεδία επαγγελματικής δράσης αλλά και η χρήση τους ως επαγγελματίες άμεσης πρόσβασης στα νοσοκομεία έλυσε ως ένα βαθμό τα προβλήματα μεγάλων αναμονών των ασθενών (Gahimer JE 1996) και της καθυστερημένης παραπομπής τους για φυσικοθεραπεία.(CPS London 2004). Δυστυχώς, τα παραπάνω ζητήματα σε ότι αφορά σε καθυστερήσεις υπάρχουν και στη χώρα μας, κυρίως εξαιτίας των γραφειοκρατικών διαδικασιών που είναι υποχρεωμένος να ακολουθήσει ο ασφαλισμένος προκειμένου να κάνει φυσικοθεραπείες. Παρόλο που η ενοποίηση των ταμείων(Σουλιώτης K.2003) ανακούφισε το φυσικοθεραπευτή από τη γραφειοκρατία και βελτίωσε την οικονομική του κατάσταση, συνεχίζει να υπάρχει πρόβλημα για τους ασθενείς οι οποίοι ταλαιπωρούνται καθημερινά σε ουρές έξω από τα ιατρεία και τα ασφαλιστικά ταμεία προκειμένου να γράψουν κάποιο παραπεμπτικό για φυσικοθεραπεία.

Φυσικά, δε θα πρέπει ξεχνάμε τους περιορισμούς που υφίστανται οι ασθενείς από τα ασφαλιστικά ταμεία στο όνομα της “εξυπηρέτησης των πραγματικών αναγκών των ασφαλισμένων” όταν δικαιούνται φυσικοθεραπείες πχ. 2 φορές το χρόνο (Υπουργική Απόφαση Νο 151096,2007) και τους δικαιολογούνται μόνο συγκεκριμένες φυσιοθεραπευτικές πράξεις. Έτσι, λοιπόν, εκτός από το ότι τα ταμεία “επιτρέπουν” στους ασθενείς να αρρωστήσουν μόνο 2 ή 3 φορές το χρόνο,

καθορίζουν και τη θεραπευτική παρέμβαση a priori. Οι ασθενείς και οι φυσιοθεραπευτές, θα ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι εάν δεν υπήρχε τόσο μεγάλος φόρτος γραφειοκρατίας. Τα πράγματα θα ήταν πιο απλά αν οι φυσιοθεραπευτές είχαν στα χέρια τους την απόφαση για τη φυσιοθεραπευτική παρέμβαση, έχοντας εξακριβωμένη τη διάγνωση από τους ιατρούς. Επίσης, η λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων θα ήταν πιο αποτελεσματική αν όριζαν κάποιο ποσό για τη φυσιοθεραπευτική επίσκεψη και δεν παρέμεναν στην κοστολόγηση “κατά πράξη και περίπτωση”.(Προεδρικό Διάταγμα Νο53). Αυτά τα ερωτήματα θα παραμένουν αναπάντητα όσο δεν υπάρχουν συνάδελφοι να ασχοληθούν με αυτό το ερευνητικό και διεκδικητικό πεδίο.

Επιπλέον, οι γνώσεις των φυσικοθεραπευτών έχουν προχωρήσει σε τέτοιο βαθμό ώστε να βοηθήσουν σε ότι αφορά στη σχέση κόστους – ωφέλειας στον κλάδο τους, βοηθώντας στη μείωση των εξόδων του κράτους διατηρώντας παράλληλα υψηλή την ποιότητα των υπηρεσιών στους ασθενείς τους. Το σύστημα συνταγογράφησης θα έπρεπε να καθοδηγείται από το μέγεθος της ωφέλειας συγκρινόμενο με το κόστος της παρέμβασης αυτής καθ' εαυτής ή σε σχέση με μια άλλη παρέμβαση. (Εγκύκλιος Νο 3925,2000). Η σχέση κόστους – ωφέλειας θα έπρεπε επομένως να συμπεριλαμβάνεται στους σκοπούς του συστήματος υγείας για την ανάπτυξη ενός ισχυρού και αξιόπιστου συστήματος συνταγογράφησης στην περίπτωση που η επιλογή της φυσιοθεραπευτικής παρέμβασης παραμένει στα χέρια των γιατρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν διαφορές από χώρα σε χώρα όσον αφορά στο νομοθετικό πλαίσιο, τα επαγγελματικά δικαιώματα του φυσιοθεραπευτή καθώς και στη διάρκεια των σπουδών όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 1**.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, το επάγγελμα του φυσιοθεραπευτή ουσιαστικά δεν είναι αυτόνομο, αφού οι φυσιοθεραπευτικές πράξεις πραγματοποιούνται κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης. Σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα στην Αυστραλία και τον Καναδά, ο φυσιοθεραπευτής είναι επαγγελματίας άμεσης πρόσβασης. Επίσης στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει περιοριστεί σημαντικά η εξάρτηση του φυσιοθεραπευτή από τον ιατρό.

Παράλληλα διαπιστώνουμε σημαντικές διαφορές ως προς τα επαγγελματικά δικαιώματα, αφού σε Αυστραλία, Βρετανία, Καναδά - ΗΠΑ, οι φυσιοθεραπευτές έχουν το δικαίωμα ακόμα και να συνταγογραφούν φάρμακα ή ακόμα και να παραπέμπουν τον ασθενή για απεικονιστικό έλεγχο. Άρα υπάρχει πλήρης επαγγελματική αυτονομία, ενώ στην Ελλάδα κάτι τέτοιο δεν είναι προς το παρόν εφικτό.

Τέλος, επισημαίνουμε ότι, όσον αφορά στην εκπαίδευση, παρ' όλο που τα προγράμματα

και η διάρκεια σπουδών είναι παρεμφερή από χώρα σε χώρα, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές, αφού για παράδειγμα στις ΗΠΑ είναι απαραίτητος ο τίτλος διδακτορικού, ώστε να αποκτηθεί η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

Πίνακας 1

	Νομοθεσία	Επαγγελματικά δικαιώματα	Εκπαίδευση
Ελλάδα	Φ/Θ - με ιατρική γνωμάτευση. Δεν υπάρχει επαγγελματική αυτονομία.	Δικαίωμα εφαρμογής αποκλειστικά φυσιοθεραπευτικών πράξεων.	4 έτη σπουδών
Αυστραλία	Φ/Θ - χωρίς παραπεμπτικό ιατρού. Επαγγελματική αυτονομία.	Δικαίωμα συνταγογράφησης φαρμάκων και απεικονιστικών εξετάσεων.	4 έτη σπουδών
Βρετανία	Φ/Θ - χωρίς παραπεμπτικό ιατρού. Επαγγελματική αυτονομία.	Δικαίωμα συνταγογράφησης φαρμάκων και απεικονιστικών εξετάσεων.	4 έτη σπουδών
Καναδάς - ΗΠΑ	Φ/Θ - χωρίς παραπεμπτικό ιατρού. Επαγγελματική αυτονομία.	Δικαίωμα συνταγογράφησης φαρμάκων και απεικονιστικών εξετάσεων.	5 έτη σπουδών. Απαραίτητος ο τίτλος διδακτορικού για απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι η φυσιοθεραπεία είναι μια λειτουργία ξεχωριστή, αυτόνομη με μεγάλο ιστορικό επιστημονικό και επαγγελματικό βάθος με μεγάλη εξέλιξη τα τελευταία χρόνια με αναγνωρισιμότητα, ενσωμάτωση τεχνολογίας και αναφορά σε τράπεζες πληροφοριών. Οι φυσιοθεραπευτές είναι Επαγγελματίες Υγείας, βασικός πλέον συντελεστής για την επίτευξη του στόχου καλύτερης ποιότητας ζωής, ταχείας και ασφαλούς εξόδου

και επανένταξης στη παραγωγική διαδικασία μετά ασθένεια ή ατύχημα, με την ανάλογη βεβαίως θετική οικονομική συνέπεια.

Το επίπεδο γνώσεων και η αυτονομία του επαγγέλματος θα περάσουν μέσα και από την αναβάθμιση του επιπέδου σπουδών σε ΑΕΙ με δυνατότητα εκπόνησης μεταπτυχιακού και διατριβής μέσα από τις ίδιες σχολές φυσικοθεραπείας. Θεσμοθέτηση της δια βίου εκπαίδευσης.

Επέκταση του αριθμού των φυσιοθεραπευτικών τμημάτων των δημοσίων Νοσοκομείων και αύξηση του αριθμού των φυσικοθεραπευτών (επαγγελματίες θεραπευτές άμεσης πρόσβασης). Η άμεση ολοκληρωμένη υψηλή ποιοτική προσφορά υπηρεσιών θα βελτιώσει το επίπεδο και θα μειώσει το κόστος για τον ασφαλισμένο και το ταμείο του. Μέσα από την αναβάθμιση, την αυτονομία, την αλλαγή του θεσμικού πλαισίου θα περάσει και η πραγματική κοστολόγηση και η αποτύπωση της τελικής σχέσης κόστους – οφέλους υπέρ βεβαίως του επαγγέλματος λειτουργήματος της φυσικοθεραπείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Παρόλο που μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, η οργάνωση και η λειτουργία του συστήματος υγείας ήταν ανάμεσα στις προτεραιότητες πολλών Ευρωπαϊκών χωρών, δεν ίσχυε το ίδιο για την Ελλάδα αφού βρέθηκε αντιμέτωπη με πολλές δυσμενείς καταστάσεις. Από το 1833 ως το 1974, η χώρα υπέφερε από τις επιπτώσεις εμφυλίων πολέμων, δικτατοριών και οικονομικών ανισοτήτων, που της στέρησαν τη ευκαιρία να αναπτυχθεί μαζί με την υπόλοιπη Ευρώπη. Οι παραπάνω αναταραχές μπορούν εν μέρει να δικαιολογήσουν την καθυστερημένη εξέλιξη που παρατηρείται στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα σήμερα. Παρά το ότι οι φυσικοθεραπευτές στο εξωτερικό κερδίζουν συνεχώς έδαφος στον τομέα της επαγγελματικής αυτονομίας, χάρη στην εξειδικευμένη γνώση, τα επαγγελματικά προσόντα που επιδεικνύουν στην πράξη και στις αυξημένες αρμοδιότητες που έχουν αναλάβει, (Sandstrom RW, 2007) οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές χρειάζονται ακόμη την παραπομπή από γιατρό για να δράσουν είτε στον ιδιωτικό είτε στο δημόσιο τομέα. (Προεδρικό Διάταγμα Νο53). Φαίνεται ότι η ποικιλία και η πολυπλοκότητα των δημοσίων ταμείων μαζί με τους εκπαιδευτικούς και κρατικούς περιορισμούς στην Ελλάδα, δύναται να εξασθενήσουν την τεχνική, κυρίως, αυτονομία κάτι που μπορεί να έχει επιπτώσεις και στις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς τους οι φυσικοθεραπευτές.

Στον αγώνα τους για επαγγελματική αναγνώριση οι Έλληνες συνάδελφοι δε θα πρέπει να ξεχνάνε πως το πρώτο βήμα είναι να καθορίσουν την παρούσα κατάσταση και να θέσουν μικρούς και πραγματοποιήσιμους στόχους. (Fritz J, 2005). Φυσικά, όλοι οι στόχοι που τίθενται για

την απόκτηση περισσότερων προνομίων θα πρέπει να έχουν ως οδηγό την προσπάθεια για προσφορά καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών φυσικοθεραπείας στους ασθενείς.(Sandstrom RW,2007). Μιας και το παρόν σύστημα υγείας βρίσκεται υπό αναδόμηση,(Κυριόπουλος Ι,2003) τώρα είναι η ευκαιρία οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές να προωθήσουν τις ικανότητες τους και να παλέψουν για την αναγνώριση και την καταξίωση του επαγγέλματος. Μπορεί το παρόν περιβάλλον να μην επιτρέπει στην πρακτική άμεσης πρόσβασης να ευδοκιμήσει αλλά πιστεύεται ότι είναι δυνατό να διασφαλιστούν κάποια προνόμια όπως είναι τουλάχιστον η κλινική απόφαση για την αποκατάσταση των ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψη το πόσο έχει αναπτυχθεί η φυσικοθεραπεία στις διάφορες χώρες του κόσμου, ελπίζεται ότι οι Έλληνες φυσικοθεραπευτές και τα θεσμικά τους όργανα θα αντιληφθούν το μέγεθος της πιθανής συνδρομής τους στην ανάπτυξη του επαγγέλματος μας και θα δράσουν αναλόγως έχοντας ως σύμμαχο όλους εμάς οι οποίοι καθένας ξεχωριστά και όλοι μαζί θα φροντίσουμε με υπευθυνότητα και συνέπεια να επιβεβαιώνουμε με κάθε μας πράξη την πραγματική ανάγκη που υπάρχει για αναβάθμιση της φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Εγκύκλιος Νο.3925 (2002)προς τον οίκο του Ναύτου. Φυσικοθεραπείες.
2. Ιατρική σχολή πανεπιστημίου Ιωαννίνων . Μεταπτυχιακές σπουδές.
<http://medlab.cs.uoi.gr/medicalschoo/postgraduategr.htm>
3. Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ. (2003). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Αθήνα
4. Μαρμαράς Γ., Μποζικάκος Π. (2010). Η φυσικοθεραπεία στην Ελλάδα.
5. Μέγας Χ. (2007) Πως θα γίνει η ενοποίηση ταμείων.
6. Μπωζίκης Π., Μαρμαράς Π. (2004).Η φυσικοθεραπεία στην Ελλάδα.
7. Νόμος υπ' αρ.3599.ΦΕΚ 176 Α:3741-3748 (2007).Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών.
8. Πετρόπουλος Γ.(2004). Φυσικοθεραπεία «Ατενίζοντας το μέλλον.» φυσικοθεραπεία
9. Σουλιώτης Κ.,Δολγέρας Α., Κυριόπουλος Ι.(2003).Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας-ποσοτικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας. Αθήνα
10. Προεδρικό διάταγμα Νο 53 ΦΕΚ(1995). Επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων του τμήματος Φυσικοθεραπείας της Σχολής επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΙ.
11. Προεδρικό διάταγμα Νο 219 ΦΕΚ 476B /5711-5718 (2006). Περί καθορισμού των όρων και των προϋποθέσεων ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών γυμναστηρίων ή ιδιωτικών σχολών εκμάθησης μαθημάτων.
12. Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπείας. *Η Ιστορία του*.
<http://www.psf.org.gr/history.php>
13. Τριανταφυλλίδης Μ.Λεξικό Κοινής γλώσσας. Θεσσαλονίκη, Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών,1998
14. Χατζηχριστοδούλου Α.,Τσάμης Ν., Πράσιнос Δ., Καπρέλη Ε.,(2004). Οργάνωση και διοίκηση των εργαστηρίων φυσικοθεραπείας στην Ελλάδα. Πιλοτική μελέτη.
Φυσικοθεραπεία
15. Υπουργική απόφαση αρ.Δ'2635(2008). Λειτουργίας της νέας ειδικότητας «Βοηθός Φυσικοπεραπευτή –Υπάλληλος Εργαστηρίου Φυσικοθεραπείας ».
16. Υπουργική απόφαση Νο 151096 (2007). Ενταξη και κοστολόγηση νέων φυσιοθεραπευτών πράξεων TENS και BIOFEEDBACK .

17. Τεχνολογικό Ίδρυμα Αθήνας Τμήμα Φυσικοθεραπείας. Προπτυχιακές σπουδές. www.teiah.gr/seyp/physiotherapy/demo/mathimata.php
18. Τεχνολογικό Ίδρυμα Λαμίας. Μεταπτυχιακές σπουδές. <http://splitsitephd.teilam.gr>
19. Τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Προπτυχιακές σπουδές. Πρόγραμμα Σπουδών. www.pe.uth.gr/academic/ustudies/ustudies_new.htm
20. Τμήμα Επιστημών Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού. Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών. www.pe.uth.gr

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Australian Physiotherapy Association(1999). *Role of definition in physiotherapy practice*. In: *APA Code of Conduct*. Melbourne
2. Bergen Conference. From Berlin to Bergain.(2005). General Report of the Bologna Follow-up Group to the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education.
3. Brown E., Fitzner K.,(1999). Cost –effectiveness and coverage policy. *Health Care Technology*.25:75-77
4. Chanou K.(2008). Physiotherapy in Greece: Underved or under development.12:28 *Physiotherapy Frontile*
5. Chanou K., Sellars (2009). The perceptions of Athenian physiotherapists on the referral service in Greece and its impact on professional autonomy. *Physiother Res Int*
6. Chase L., Eikins J.A., Readinger G., Shepard K.F., (1993). Perceptions of physical therapists toward patient education.73: 787-796 *Physical Therapy*
7. Chartered Society of Physiotherapy. The history of CSP. www.csp.org.uk/director/about/thecsp/history.cfm
8. Chartered Society of Physiotherapy. (2002) *Specialisms and specialists:Guidance for the development the clinic specialist role*. London:CSP
9. Chartered Society of Phusiotherpy.(2004).*Self-referral to physiotherapy services*.London.CSP
10. Childs JD., Whittman JM. (2005). Advancing physical therapy practice :the accountable practitioner .35:624-627 *Orthop Sports Phys Iher*
11. Clemence M.L., Seamark D.A.(2003). GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions –a qualitative study.
12. Confederation of EU Rector’s Conferences and the Association of European

Universities. *The Bologna declaration on the European space for higher education: an explanation*. <http://ec.europa.eu/education/>

13. Daker-White G, Carr AJ, Hervey , Woolhead G, Bnnister G,(1999). A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Epidemiol Community Health*.53:643-650
14. Durant TL, Lord LJ, Domhold E.,(1989). Outpatient views on direct access to Indiana.69:850-857
15. Firtz J ,Flynn TW. (2005). Autonomy in physical therapy: Less is more.35:696-698
16. Galley P. Patient referral and the physiotherapist.(1976). *Aust J Physiother*.12:117-120
17. Gahimer JE, Domhold E.(1996). Amount of patient education in physical therapy practice and perceived effects..76:1089-1096
18. Health Professions Council. About us_ www.hpc-uk.org/aboutus/
19. Health Professions Council. *Standards of proficiency Physiotherapists*. www.hpc-uk.org/publications/standards
20. Heap R.(1995). Physiotherapy's quest for professional status in Ontario, 1950-80.12:69-99
21. Higgs J, Hunt A, Higgs C, Neubauer D.(1999). Physiotherapy education in the changing international health care and educational contexts.1:17-26
22. Higgs J, Refshauge K, Ellis E. (2001). Portrait of the physiotherapy profession.15:79-89
23. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Heminway RD(2003). Evidence-based practice: Beliefs, attitudes, knowledge and behaviours of physical therapists. *Physical therapy*.83:786-806
24. Julkaipalvelut P. *Standards and Guideless for Quality Assurance in the European Higher Education Area*. www.enqa.eu/files/BergenReport210205
25. Jones A.(2006). Editorial-Is physiotherapy profession under treat.11:1-3
26. Laffin M.(1986) *Professions in the central-local government relationship*.
27. Lies R, Davinson M.(2006). Evidence based practice: A survey of physiotherapists' current practice.2 :93-103
28. Massey BFJr (2002). APTA presidential address. *What is the fuss about direct address?* *Physiotherapy*.82:1120-1123
29. Massey BFJr (2005). APTA presidential address. *For the sake of our patients, it is the right thing to do*. *Physiotherapy*.85:1238-1242
30. Massey BFJr (2001). APTA presidential address. *We have arrived?* *Physiotherapy*.81:180-183

31. Miller PA, McKibbin KA, Haynes RB.(2003).A quantative analysis of research publications in physical therapy journals.83 :123-133.
32. Nai C.(2006).Looking back, looking for achievements of physiotherapy in Australia.
33. Qvertveit J.(1985).Medical dominance and the development of professional autonomy in physiotherapy. *Scociol Health Illn*.7:76-93
34. Rose SJ.Physical Therapy Diagnosis: role and function.
35. Rothstein JM.(2002). Autonomy and Dependency. *physical therapy*.82:750-751
36. Rothstein JM.(2002). Autonomy of Profesionalism. *physical therapy*.83:206-207
37. Sandstrom RW (2007).The meanings for physical therapy. *Physiotherapy*.87:98-106
38. Shon D.(1991). *The refective practioner-how professionals think in action*. Arena Ashgate Publishing.
39. Sullivan WM.(2000).Medicine under threat: professionalism and profession identity.Can Med Association.162:673-675
40. Swisher LS, Page CG(2005).*Professionalism in Physical therapy History, Practice and Development* .Edinburg: Elsevier Saunders
41. White Book(2006).White book on physical and rehabilitation medicine in europe.42:287-332
42. World Confederation for Physical Therapy(2007). *Declarations of principle*. London