



OMT

Orthopaedic Manipulative Therapy

zgodne z normami określonymi przez IFOMPT

***PROGRAM NAUCZANIA DLA FIZJOTERAPEUTÓW,
ORGANIZOWANY PRZEZ PHYSIO-AKADEMIE***

WERSJA GRUDZIEŃ 2019

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	4
Cele szkolenia OMT	5
Profil absolwenta OMT	5
Kodeks etyczny	6
Ciągłe uczenie się	7
Zobowiązanie do ciągłego uczenia się	7
Warunki uczestnictwa	8
Europejskie ramy kwalifikacji	8
Struktura szkolenia	9
Czas trwania szkolenia.....	9
Moduły szkolenia OMT	9
Metody nauczania	10
Stosowane formy nauczania	10
Zapewnienie jakości szkolenia	11
Instruktorzy OMT i treści programowe.....	11
Ewaluacja modułów	12
Zewnętrzne zapewnienie jakości szkolenia (Monitoring IFOMPT).....	12
Zasoby Physio-Akademie gGmbH	14
Biblioteka Physio-Akademie	14
Portal internetowy Physio-Akademie	15
Zgłoszenie	16
Taryfa opłat	17
Porządek egzaminu	18
Portfolio uczestnika	19
Ogólne reguły szkolenia omt	20
Szczegółowe dane o modułach bloków szkoleniowych	21
Terapia manualna, wprowadzenie, powtórki ze szkolenia podstawowego w terapii manualnej, badanie, techniki manualne	21
Pytania i powtórki z modułu I; Kliniczne zastosowanie ICF w terapii manualnej	23
EBM; źródła wiedzy dla terapeuty manualnego.....	25
Manipulacje część I	27
Supervision A	29
Medyczny trening funkcjonalny (MFT)	33

Testy funkcjonalne, myślenie kliniczne (clinical reasoning), dokumentacja fizjoterapeutyczna, prawo medyczne w fizjoterapii	35
Manipulacje część II	37
Wykłady lekarskie; ocena zdjęć RTG	39
Zarządzanie w fizjoterapii.....	41
Supervision B	43
Powtórki ze wszystkich zagadnień poruszanych podczas szkolenia; Przygotowanie do egzaminu; ból głowy	48
Supervision C	50
Przygotowanie do końcowej pracy dyplomowej, egzamin sprawdzający nr 1, egzamin sprawdzający nr 2, egzamin pisemny, egzamin końcowy	55
Praca dyplomowa OMT	61
Cele nauczania pracy dyplomowej OMT	61
Zasady pracy dyplomowej OMT	62
Projekt coachingu pracy dyplomowej	63
Formatowanie pracy dyplomowej OMT	65
Kryteria oceny pracy dyplomowej OMT.....	68
Arkusze oceny: Część egzaminu OMT-praca dyplomowa	69
Załącznik 1: Osoba kontaktowa, dane adresowe & strony internetowe	70
Załącznik 2: Karta badania OMT	71
Załącznik 3: Arkusz autorefleksji.....	75
Załącznik 4: Kwestionariusz oceny bloków modułów szkoleniowych.....	81
Załącznik 5: Życiorysy instruktorów szkolenia OMT.....	83
Curriculum Vitae: Heiko Dahl.....	83
Curriculum Vitae: Uwe Hallmann	87
Curriculum Vitae: Stefan Hegenscheidt	89
Curriculum Vitae: Lothar Jörger	90
Curriculum Vitae: Gunnar Leivseth	91
Curriculum Vitae: Tomas Lihagen	95
Curriculum Vitae: Aleksander Lizak	96
Curriculum Vitae: Beata Pałdyna	99
Curriculum Vitae: Achim Rößler	101
Curriculum Vitae: Agnieszka Wierciak	103

WPROWADZENIE

Od 1989 roku **PHYSIO-AKADEMIE GMBH** oferuje szkolenia z zakresu Ortopedycznej Terapii Manualnej (OMT) zgodnie ze standardami IFOMPT. W ten sposób Physio-Akademie gGmbH zobowiązuje się przyczynić do zapewnienia najwyższych standardów zawodu fizjoterapeuty*/terapeuty manualnego oraz do ich dalszego rozwoju. Ponadto Physio-Akademie gGmbH traktuje zaangażowanie uczestników szkoleń i wspólną odpowiedzialność wobec pacjentów jako obowiązek.

W celu realizacji tych zobowiązań, szkolenie OMT Physio-Akademie gGmbH podlega ciągłemu procesowi krytyczno- analitycznej oceny i rozwoju, w tym środków zapewnienia jakości przez IFOMPT. Obecny stan tego rozwoju znajduje odzwierciedlenie w obecnym programie nauczania OMT Physio-Akademie gGmbH.

Physio-Akademie gGmbH prosi wszystkich uczestników o uważne przeczytanie niniejszego programu nauczania OMT oraz o wyjaśnienie wszelkich nasuwających się pytań/ wątpliwości u odpowiednich osób kontaktowych. Opisany tu regulamin umożliwia wszystkim uczestnikom i wykładowcom osiągnięcie wspólnego celu. W związku z tym przepisy te powinny być przestrzegane przez wszystkie zainteresowane strony na własną odpowiedzialność i należy je traktować jako wiążące.

HEIKO DAHL

*(Rzecznik Physio-Akademie gGmbH
i kierownik szkolenia OMT)*

*W programie nauczania OMT Physio-Akademie gGmbH zastosowane zostały określenia w rodzaju męskim. Nie stanowi to w żaden sposób dyskryminacji, ale służy jedynie ułatwieniu czytania. Wszystkie odpowiednie fragmenty odnoszą się w równym stopniu do osób płci żeńskiej.

CELE SZKOLENIA OMT

Celem szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH jest zapewnienie uczestnikom najwyższych międzynarodowych standardów w zakresie postępowania z pacjentami z dysfunkcjami nerwowo- mięśniowo-szkieletowymi oraz poszerzenia wiedzy naukowej tej profesji, tak jak jest to przedstawione w **EDUCATIONAL STANDARDS INTERNATIONAL FEDERATION OF ORTHOPAEDIC MANIPULATIVE PHYSICAL THERAPISTS (IFOMPT)**. Te standardy edukacji IFOMPT zostały ostatnio zdefiniowane w odpowiednim dokumencie IFOMPT Standards Document w lipcu 2016 r. (www.ifompt.org).

W celu spełnienia tych wysokich standardów, według których oceniany jest fizjoterapeuta OMT, wymagana jest szeroka, specjalistyczna wiedza teoretyczna i praktyczna, umiejętności i kompetencje, jak również odpowiedzialne postępowanie z tymi kwalifikacjami. Celem szkolenia OMT jest przekazanie tej wiedzy, umiejętności i kompetencji oraz stworzenie ram, w których każdy uczestnik może optymalnie zorganizować swoje procesy uczenia się. Jako pomoc, poniżej przedstawiono docelowy profil absolwenta OMT, jak również aspekty etyczne oraz aspekty uczenia się przez całe życie, do których przestrzegania zobowiązali się absolwenci OMT.

PROFIL ABSOLWENTA OMT

Terapeuci OMT są ekspertami fizjoterapeutycznymi w badaniu i leczeniu układu nerwowo-mięśniowo-szkieletowego człowieka.

Jako eksperci kliniczno-praktyczni są oni w stanie przeprowadzić ukierunkowane na klienta i oparte na ewidencji badanie zaburzeń układu nerwowo-mięśniowo-szkieletowego człowieka, którego wyniki stanowią podstawę do odpowiedniego planowania i przeprowadzenia leczenia oraz ocenę powodzenia leczenia, a wyniki tego badania i leczenia sprawdzają przy użyciu standaryzowanych metod pomiarowych w odniesieniu do komponent ICF.

Jako komunikatorzy są w stanie zapewnić pacjentom, ich rodzinom, lekarzom ordynującym, przedstawicielom kasy chorych i innym podmiotom jasną komunikację na temat wyników badań, potrzeb i planowania terapii, prognoz i wyników. Są w stanie dostrzec i przekazać funkcjonalne lub strukturalne wyniki badania w całościowym aspekcie bio-psychospołecznym oraz odpowiednio dostosować się do zmieniających się wymagań komunikacyjnych, np. między laikami a ekspertami. Oprócz komunikowania się w kwestiach terapeutycznych mają oni szczególne kwalifikacje do udzielania porad i wskazówek zorientowanych na pacjenta.

Jako pracownicy/członkowie zespołu są w stanie konstruktywnie współpracować, tak, żeby obsługa klientów znajdowała się w centrum uwagi. Są oni w stanie rozwiązywać konflikty i w pełni przyczyniają się do osiągnięcia celu, jakim jest osiągnięcie jak najwyższej jakości świadczonych usług.

Jako osoby kierujące interwencją fizjoterapeutyczną, są oni w stanie zastosować odpowiednie podejścia terapeutyczne wybrane spośród różnych możliwych podejść opartych na dostępnej zewnętrznej ewidencji, preferencjach poszczególnych pacjentów i własnych doświadczeniach, aby testować hipotezy i, jeśli to konieczne, zmieniać je w celu osiągnięcia najlepszej możliwej indywidualnej opieki nad pacjentem w danych okolicznościach oraz po rozważeniu kosztów i korzyści.

Jako rzecznicy swoich klientów, wykorzystują oni swoje umiejętności zawodowe, komunikacyjne i naukowe, aby w odpowiedni sposób bronić swoich interesów, na przykład przed lekarzami, przedstawicielami kasy chorych i przedstawicielami innych zawodów oraz wykorzystując swoje umiejętności zawodowe, komunikacyjne i naukowe, w celu osiągnięcia jak najlepszej opieki nad swoimi klientami z perspektywy bio-psychospołecznej.

Za każdym razem są oni w stanie z naukowego punktu widzenia krytycznie oceniać swoje założenia, sposób myślenia i postępowanie. Dysponują oni konstruktywnym zestawem narzędzi, które pozwalają im formułować pytania kliniczne, poszukiwać aktualnej literatury, krytycznie oceniać tę literaturę i w miarę możliwości włączać ten stan wiedzy naukowej do codziennej praktyki. Krytycznie oceniają stopień, w jakim ich interwencje osiągają swoje cele i przez to przyczyniają się do rozwoju bazy wiedzy ze swojej profesji poprzez stymulowanie badań naukowych, uczestniczenie w nich lub inicjowanie badań naukowych we własnym zakresie.

Z profesjonalnym zrozumieniem siebie widzą oni możliwości i ograniczenia swojego zawodu i swoich specjalnych kwalifikacji poprzez zintegrowanie odpowiedniego stanu ewidencji. Posiadają oni nowoczesne rozumienie zawodu, w ramach którego postrzegają siebie jako ekspertów-partnerów swoich klientów w osiąganiu wspólnych celów. Są oni świadomi wiedzy fachowej i kompetencji innych zawodów i angażują je w razie potrzeby w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników dla swoich klientów.

KODEKS ETYCZNY

Absolwenci szkolenia Physio-Akademie gGmbH Ortopedyczna Terapia Manualna zgodnie ze standardami IFOMPT są zobowiązani do przestrzegania najwyższych standardów etycznych w swojej praktyce zawodowej. Do szkolenia OMT Grupy Roboczej ds. Terapii Manualnej i jej absolwentów zastosowanie mają zasady etyczne WCPT jako kodeksu etycznego, jak również ogólnie uznane etyczne zasady proceduralne badań naukowych. Absolwenci szkolenia w zakresie terapii manualnej zgodnie ze standardami IFOMPT są zobowiązani w swojej praktyce zawodowej do przestrzegania następujących zasad etycznych:

1. Poszanowania praw i godności każdej osoby.
2. Pracować zgodnie z przepisami i normami regulującymi wykonywanie zawodu w kraju jego wykonywania.
3. Brania odpowiedzialności za decyzje kliniczno-terapeutyczne.
4. Zapewnienia uczciwych, kompetentnych i odpowiedzialnych usług.
5. Świadczenia usług wysokiej jakości zgodnie ze strategiami i celami jakości określonymi przez krajowe organizacje fizjoterapeutyczne.
6. Wymagania należytej opłaty za swoje usługi.
7. Przekazywanie dokładnych informacji na temat fizjoterapii klientom, innym pracownikom służby zdrowia, instytucjom i społeczeństwu.
8. Przyczynianie się do planowania i rozwoju usług fizjoterapeutycznych w ramach opieki zdrowotnej dla społeczeństwa.
9. Prowadzić, wspierać lub wykorzystywać badania naukowe tylko wtedy, gdy podlegają one międzynarodowo uznanym zasadom etycznym. W szczególności przestrzegana jest Deklaracja Światowego Stowarzyszenia Medycznego w sprawie zasad etycznych badań medycznych z udziałem badanych osób (WMA Declaration of Helsinki).

Interpretacja i omówienie tych dziewięciu zasad jest przedmiotem zajęć. Podstawą do tego są m.in. Dokument Policy statement: Ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members. WCPT 2017 (<http://www.wcpt.org/policy/ps-ethical-responsibilities>),

wspomniana już Deklaracja Helsińska w aktualnej wersji z października 2013 r. (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>)

jak również kryteria oceny projektów naukowych Komisji Etyki Niemieckiego Związku Fizjoterapii (ZVK) e. V. w Physio-Akademie gGmbH (http://www.physio-akademie.de/fileadmin/user/franzi/pdf/Menue_3_Forschung_u_Entwicklung/Forschungsfoerderung/Ethikkommission/Ethikkommission_Information_fuer_Antragsteller.pdf).

CIĄGŁE UCZENIE SIĘ

Jedną ze zdefiniowanych cech fizjoterapeuty OMT jest zobowiązanie do **PROCESU CIĄGŁEGO UCZENIA SIĘ**. Zdaniem Physio-Akademie gGmbH taki ciągły proces zgodny z wytycznymi IFOMPT jest niezbędny dla rozwoju indywidualnych umiejętności i całej profesji.

Aby rozwijać i promować ciągłe uczenie się, proces ten jest uwzględniony w różnych modułach tego szkolenia. Uczestnicy uczą się strategii samodzielnego radzenia sobie z własnym rozwojem, np. przy pomocy **ARKUSZA SAMODZIELNEJ ANALIZY** (patrz również załącznik 3). w celu umożliwienia refleksyjnej wymiany pomiędzy uczestnikami szkolenia oraz promowania procesu ciągłego uczenia się po zakończeniu szkolenia został opracowany **PORTAL ONLINE** (patrz poniżej) Physio-Akademie. Ponadto, raz w roku Physio-Akademie gGmbH organizuje **SPOTKANIE SZKOLENIOWE** wyłącznie dla absolwentów szkolenia OMT, w którym poruszane są aktualne tematy zawodowe.

ZOBOWIĄZANIE DO CIĄGŁEGO UCZENIA SIĘ

Zasadniczo absolwenci OMT są zobowiązani do wykazywania regularnego i ciągłego konfrontowania się z tematami związanymi z OMT, aby móc używać na stałe dodatkowego oznaczenia „OMT”. W tym celu wykorzystywany jest system punktów wydajności, który jest oparty na zaawansowanym systemie punktów szkoleniowych dla fizjoterapeutów.

Aby zademonstrować proces ciągłego uczenia się, od absolwentów OMT wymaga się wykazania co najmniej 60 punktów szkoleniowych w okresie czterech lat kalendarzowych, przy czym w ciągu jednego roku można ubiegać się o nie więcej niż 30 punktów szkoleniowych. Obowiązek przedstawienia dowodów zostaje zawieszony na okres urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego oraz w przypadku niezdolności do pracy na okres dłuższy niż dwa miesiące. Okres demonstracji zostaje zatem przedłużony zgodnie z tymi okresami przerwy. Inne ważne powody, które mogą uzasadniać okres przerwy w związku z obowiązkiem dostarczenia dowodów, są ustalane indywidualnie dla każdego przypadku przez kierownictwo szkolenia.

Physio-Akademie gGmbH wysyła coroczne wezwanie dla zarejestrowanych u nich absolwentów OMT do przedstawienia dowodów uzyskanych punktów szkoleniowych. W tym celu należy skorzystać z poniższego formularza „OMT – dowód potwierdzający punkty szkoleniowe”. Jeżeli żądanie to nie zostanie spełnione, Physio-Akademie gGmbH wyśle jednorazowe upomnienie. Jeżeli to drugie wezwanie również nie zostanie

rozpatrzone, dany rok zostanie zarejestrowany z zerowymi punktami szkoleniowymi. Absolwenci OMT, którzy poprzez to nie spełniają wymogów szkolenia (co najmniej 60 punktów szkoleniowych w ciągu czterech lat), zostaną wykreśleni z rejestru OMT Physio-Akademie gGmbH i nie są uprawnieni do dalszego używania dodatkowego oznaczenia „OMT”. W indywidualnych przypadkach kierownictwo Physio-Akademie gGmbH może zdecydować o możliwości i warunkach odzyskania tego prawa.

Dodatkowe punkty szkoleniowe mogą być przyznawane za różne działania, jeśli przyczyniają się one do krytycznej i refleksyjnej dyskusji na tematy istotne dla OMT (o tym warunku decyduje zarząd szkolenia Physio-Akademie gGmbH). Lista możliwych działań wraz z odpowiadającymi im punktami znajduje się w następującym schemacie „OMT – dowód posiadania punktów szkoleniowych”. Zarząd szkolenia decyduje o przyznaniu punktów szkoleniowych na inne działania na wniosek. Jeżeli działania są przedkładane w celu wykazania punktów szkoleniowych, które z punktu widzenia zarządu szkolenia nie są odpowiednie dla wykazania krytyczno-refleksyjnej dyskusji na tematy związane z OMT, odpowiedni absolwenci OMT zostaną o tym odpowiednio poinformowani. Następnie jest możliwość zrekompensowania brakujących punktów szkoleniowych w ciągu następnego roku.

WARUNKI UCZESTNICTWA

Z punktu widzenia Physio-Akademie gGmbH, osiągnięcie poziomu wykształcenia w rozumieniu Standardów Edukacyjnych IFOMPT może być zagwarantowane tylko w określonych ramach czasowych z wystarczającą wcześniej zdobytą wiedzą. Physio-Akademie gGmbH definiuje ją jako **ZEZWOLENIE NA UŻYWANIE TYTUŁU ZAWODOWEGO „FIZJOTERAPEUTA/FIZJOTERAPEUTKA” ORAZ CERTYFIKOWANE SZKOLENIE Z TERAPII MANUALNEJ** zgodnie z wytycznymi centralnych stowarzyszeń kas chorych lub równoważnymi kwalifikacjami. Dlatego też udział w szkoleniu OMT Physio-Akademie gGmbH jest możliwy tylko po przedstawieniu odpowiednich certyfikatów potwierdzających kwalifikacje. Warunkiem przyjęcia na szkolenie OMT jest ukończenie szkolenia podstawowego z zakresu terapii manualnej obejmującej minimum 260 godzin.

Współczesna komunikacja i wykorzystanie aktualnych zasobów wymaga obecnie zastosowania odpowiednich elementów **PROGRAMÓW KOMPUTEROWYCH, INTERNETU I E-MAIL**. Dlatego też konieczne jest korzystanie z tych pomocy w celu wzięcia udziału w tym szkoleniu.

Całe szkolenie OMT odbywa się w języku niemieckim z tłumaczeniem na język polski.

EUROPEJSKIE RAMY KWALIFIKACJI

EUROPEJSKIE RAMY KWALIFIKACJI DLA CIĄGŁEGO UCZENIA SIĘ (EQF) zostały opracowane przez grupę ekspertów w imieniu Europejskiej Komisji Edukacji i Szkoleń Zawodowych. Celem EQF jest stworzenie wspólnych europejskich ram odniesienia, łączących systemy kwalifikacji różnych krajów i działających jako narzędzie przekładu, aby kwalifikacje były bardziej zrozumiałe poza granicami państw i systemów w Europie. Kluczowymi celami są promowanie transnarodowej mobilności obywateli i wspieranie ich ciągłego doskonalenia zawodowego. W kwietniu 2008 r. Komisja Europejska oficjalnie zaleciła, aby państwa członkowskie połączyły swoje krajowe systemy kwalifikacji z EQR do roku 2010.

Zgodnie z tymi zaleceniami program nauczania OMT w Physio-Akademie gGmbH opiera się na wytycznych EQF, które opisują osiem poziomów odniesienia, od podstawowego świadectwa ukończenia szkoły (poziom 1) do doktoratu (poziom 8). Aby móc działać jako wykwalifikowany specjalista w obszarach działania określonych przez IFOMPT, Physio-Akademie gGmbH uważa, że konieczne jest zdobycie odpowiedniej wiedzy, umiejętności i kompetencji na **POZIOMIE 5 DO 7 EQR**. Te poziomy odniesienia tworzą zatem jedną z podstaw rozwoju przedstawionego programu nauczania OMT.

STRUKTURA SZKOLENIA

CZAS TRWANIA SZKOLENIA

Całkowity czas trwania szkolenia wynosi ok. 30 miesięcy, plus 6 miesięcy na pracę dyplomową OMT, w zależności od organizacji pracy uczestnika. Tak więc ukończenie szkolenia jest możliwe najwcześniej po 30 miesiącach.

MODUŁY SZKOLENIA OMT

Szkolenie OMT składa się z następujących **MODUŁÓW (OSOBNE KURSY)**:

- Terapia manualna, wprowadzenie, zastosowanie kliniczne, powtórki ze szkolenia podstawowego w terapii manualnej; screening; badanie; techniki manualne
- Pytania i powtórki z modułu I; kliniczne zastosowanie ICF w terapii manualnej
- Supervision A Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3
- EBM; źródła wiedzy dla terapeuty manualnego
- Manipulacje część I
- Medyczny Trening Funkcjonalny (MFT)
- Testy funkcjonalne, myślenie kliniczne (clinical reasoning), dokumentacja fizjoterapeutyczna, prawo medyczne w fizjoterapii
- Manipulacje część II
- Wykłady lekarskie; ocena zdjęć RTG
- Supervision B Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3
- Zarządzanie w fizjoterapii
- Powtórki ze wszystkich zagadnień poruszanych podczas szkolenia; przygotowanie do egzaminu; ból głowy
- Przygotowanie do końcowej pracy dyplomowej
- Supervision C Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3
- Egzamin sprawdzający nr 1
- Egzamin sprawdzający nr 2
- Egzamin pisemny
- Egzamin końcowy

METODY NAUCZANIA

Metody nauczania w ramach tego szkolenia mają na celu jak najlepsze wsparcie uczestników w procesie poszerzania i specjalizacji wiedzy, umiejętności i kompetencji. Wybór środków dydaktycznych opiera się na wieloletnim doświadczeniu Physio-Akademie gGmbH w szkoleniu, na kompetencjach wykładowców, które zostały nabyte w ramach licznych działań w zakresie kwalifikacji i wielokrotnie analizowanych kompetencji, a także na krytycznej wymianie wykładowców z kolegami wewnątrz i na zewnątrz Physio-Akademie gGmbH.

Formy nauczania wymienione w poszczególnych blokach są przykładami metodyki zwykle stosowanej w tych blokach. Jednak Physio-Akademie gGmbH uznaje indywidualność procesów nauczania i wyraźnie wzywa uczestników szkolenia do krytycznej refleksji nad stosowanymi metodami nauczania oraz, w razie potrzeby, do przedyskutowania z wykładowcami alternatywnych podejść dydaktycznych.

STOSOWANE FORMY NAUCZANIA

Następujące formy nauczania są często stosowane w szkoleniu OMT Physio-Akademie gGmbH. Należy zauważyć, że poniższa klasyfikacja nie odpowiada klasycznemu schematowi pedagogicznemu. Physio-Akademie gGmbH zakłada jednak, że w ten sposób zostanie osiągnięta większa przejrzystość stosowanych metod. W razie potrzeby, oprócz poniższych można zastosować dalsze metody dydaktyczne.

NAUCZANIE W KLASIE

Physio-Akademie gGmbH definiuje nauczanie w klasie jako każdą formę zajęć, w którą zaangażowana jest jednocześnie i wspólnie cała grupa uczestników. Obejmuje ono między innymi:

- **WYKŁADY**, podczas których wykładowca przedstawia uczestnikom przegląd tematu lub konkretnego problemu. Z reguły prezentacje odpowiadają teoretycznym jednostkom dydaktycznym.
- **WYKŁADY IMPULSOWE**, czyli bardzo krótkie prezentacje, które służą na przykład do przekazania pewnej wiedzy w celu pobudzenia późniejszej dyskusji. Z reguły wykłady „impulsowe” odpowiadają teoretycznym jednostkom dydaktycznym.
- **WYKŁADY PROBLEMOWE**, podczas których uczestnicy pracują nad problemem jako całością, a wykładowca kieruje pracą i komunikacją w grupie. **WYKŁADY PROBLEMOWE** może dotyczyć zarówno treści teoretycznych, jak i praktycznych.
- **UCZENIE SIĘ POPRZEC OBSERWACJĘ**, w którym instruktor demonstruje umiejętności, które są obserwowane, a następnie ćwiczone przez uczestników. Uczenie się poprzez obserwację jest w przeważającej mierze zorientowane na praktykę.

NAUCZANIE KOOPERATYWNE

Physio-Akademie gGmbH definiuje nauczanie kooperatywne jako każdą formę partnerskiej pracy lub uczenia się w mniejszych grupach, przy czym wykładowca może być zaangażowany w te grupy. Wszystkie formy nauczania kooperatywnego mogą obejmować zarówno aspekty praktyczne, jak i teoretyczne. Nauczanie kooperatywne obejmuje między innymi:

- **UCZENIE SIĘ ZORIENTOWANE NA PROBLEM**, w którym partnerzy lub małe grupy pracują specjalnie nad rozwiązaniem lub opracowaniem konkretnego problemu.
- **PRZYKŁADY PRZYPADKÓW**, w których partnerzy lub małe grupy pracują nad specjalnym studium przypadku w celu opracowania obszaru tematycznego.
- **UCZENIE SIĘ POPRZEZ NAUCZANIE**, w którym uczniowie poszerzają swoją wiedzę, umiejętności i kompetencje poprzez przyjęcie roli nauczyciela na określony czas i na określone tematy. W ten sposób, na przykład, mogą być przekazywane całej grupie wyniki pracy w małych grupach.
- **EKSPLORATYWNE UCZENIE SIĘ**, w którym nowe treści nauczania są otwierane poprzez „odkrywanie” i procesy refleksyjne.
- **MODERACJA**, jako metoda zapewniająca, że wszyscy członkowie zespołu uczącego się uczestniczą wspólnie w procesie uczenia się.
- **SUPERWIZJA PRAKTYKI**, gdzie superwizor obserwuje sposób postępowania ucznia i bezpośrednio proponuje mu sugestie i dalszy Feedback.
- **OGRYWANIE RÓL**, w których uczniowie muszą podejmować decyzje w sytuacjach uproszczonych (modelowych), a efekty tych decyzji są następnie omawiane.
- **INTERWIZJA**, w którym interkolegialna wymiana doświadczeń i opinii jest wykorzystywana do wspierania procesów uczenia się.

PRACA INDYWIDUALNA

Physio-Akademie gGmbH opisuje jako pracę indywidualną każdą formę uczenia się, którą uczestnik postrzega w sposób odpowiedzialny za siebie i zorganizowany bez bezpośredniego wsparcia wykładowcy. W metodologii nauczania tego szkolenia, indywidualna praca dotyczy treści **SAMOKSZTAŁCENIA**. Każdy uczestnik jest odpowiedzialny za metodyczne opracowanie tego indywidualnego procesu uczenia się. Jednak wszyscy uczestnicy otrzymują wsparcie doradcze w zakresie skutecznych strategii pracy indywidualnej.

ZAPEWNIENIE JAKOŚCI SZKOLENIA

INSTRUKTORZY OMT I TREŚCI PROGAMOWE

ZESPÓŁ DYDAKTYCZNY OMT Physio-Akademie gGmbH składa się obecnie z wykładowców z Niemiec, Norwegii, Szwecji oraz Polski. Ze względu na swoje indywidualne pochodzenie, każdy z tych wykładowców wnosi do zespołu dydaktycznego OMT szeroki zakres wiedzy, umiejętności, kompetencji i doświadczenia. Ta **MIĘDZYNARODOWA WYMIANA DOŚWIADCZEŃ** umożliwia Physio-Akademie gGmbH ciągłe wychodzenie poza własną strefę wpływów, gromadzenie nowych pomysłów i włączanie cennych uzupełnień i innowacji do programu nauczania OMT.

ISTRUKTORZY z zespołu dydaktycznego OMT posiadają szeroki zakres kwalifikacji związanych z przedmiotami i nauczaniem. W przeważającej części są oni zaangażowani w działalność polityki zawodowej, często prezentują aktualne tematy specjalistyczne na krajowych i międzynarodowych kongresach lub są bezpośrednio zaangażowani w projekty

badawcze. Szczegóły dotyczące kwalifikacji i działalności wykładowców OMT można znaleźć w ich **CV** (patrz załącznik 5).

ZAPEWNIENIE JAKOŚCI nauczania odbywa się w ramach szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH poprzez interwizje i zebrania instruktorów. Ponadto wykładowcy mają możliwość wymiany informacji w dowolnym momencie za pośrednictwem portalu internetowego. W ramach **INTERWIZJI**, moduły różnych wykładowców są wizytowane przez innych instruktorów. Po wizytacji ma miejsce dyskusja na temat metodyki nauczania i treści nauczania w celu optymalizacji realizacji celów. Ponadto wykładowcy OMT uczestniczą w **ZEBRANIACH INSTRUKTORÓW** odbywających się w ciągu roku. Podczas tych zebrań instruktorów prowadzone są dyskusje na temat optymalizacji sprawdzonych metod nauczania i integracji innowacyjnych metod nauczania. Ponadto odbywają się seminaria robocze na specjalne tematy, a bieżące osiągnięcia z fachowych badań naukowych są badane, ewaluowane i omawiane. W ten sposób Physio-Akademie gGmbH zapewnia, że zawartość programu nauczania jest aktualna.

EWALUACJA MODUŁÓW

Każdy blok modułu szkoleniowego OMT jest stale oceniany. Do czego Physio-Akademie gGmbH wykorzystuje **KWESTIONARIUSZ OCENY MODUŁÓW** szkoleń Physio-Akademie (patrz załącznik 4).

Na koniec każdego wydarzenia uczestnicy proszeni są o ocenę odpowiedniego bloku modułu szkoleniowego za pomocą tego kwestionariusza. Uwzględnione zostaną różne tematy, w tym ocena jakości szkolenia, zrozumiałości i adekwatności treści, rodzaju i sposobu nauczania oraz ramowych warunków organizacyjnych. Kwestionariusz daje również możliwość uzyskania indywidualnych komentarzy. Udział w ocenie kursu jest dobrowolny i anonimowy dla wszystkich uczestników.

Po otrzymaniu kwestionariuszy dla uczestników o bloku modułu szkoleniowego, są one sprawdzane pod kątem poważnych anomalii, które wymagają natychmiastowego działania. W takim przypadku podejmowane są odpowiednie środki. W przeciwnym razie wszystkie otrzymane kwestionariusze dla uczestników zostaną w pełni ocenione na koniec roku szkoleniowego. **WYNIKI NINIJSZEJ EWALUACJI** są przekazywane kierownikowi szkolenia oraz wszystkim wykładowcom i innym osobom zaangażowanym w organizację. Wyniki zostaną również omówione na następnym zebraniu instruktorów (patrz wyżej), a wszelkie niezbędne konsekwencje zostaną zainicjowane. Sukces tych podjętych środków zostanie określony podczas ewaluacji w kolejnym roku.

ZEWNĘTRZNE ZAPEWNIENIE JAKOŚCI SZKOLENIA (MONITORING IFOMPT)

Jako organizator szkoleń OMT zgodnie ze standardami IFOMPT, Physio-Akademie gGmbH podlega zewnętrznej procedurze zapewniania jakości IFOMPT, tzw. monitoringowi. W ramach tej procedury zawartość i metody nauczania OMT są sprawdzane przez obserwacje niezależnych osób i porównywane z wymaganiami standardów IFOMPT. Wyniki tych wizyt monitorujących są zapisywane na piśmie i przekazywane do Physio-Akademie gGmbH i IFOMPT. W przypadku stwierdzenia potrzeby podjęcia działania wydawane są odpowiednie instrukcje działania, a następnie sprawdzane jest, czy wdrożono odpowiednie środki.

Zapewnienie jakości szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH

Dokumentacja zastosowania cyklu Deminga

Obecni:

Data:

Rok referencyjny:

Informacje wstępne:

- Podsumowanie feedbacku od uczestników z roku referencyjnego (arkusze oceny kursu, inny pisemny feedback i opinie ustne):
- Podsumowanie feedbacku od wykładowców z roku referencyjnego (feedback w formie pisemnej i ustnej, w tym potrzeby szkoleniowe wykładowców):
- Podsumowanie zewnętrznego feedbacku (np. monitorowanie IFOMPT):

Dokonanie przeglądu realizacji planu działania z poprzedniego roku:

Dokonanie przeglądu efektów zeszłorocznego planu działania:

Nowy plan działania:

ZASOBY PHYSIO-AKADEMIE GGMBH

Razem z **PHYSIO-AKADEMIE GGMBH** w ośrodku szkolenia OMT w Polsce ma do dyspozycji partnera, który oferuje w pełni wyposażone sale szkoleniowe do zajęć teoretycznych i praktycznych. Częścią wyposażenia są zasoby **NOWOCZESNEJ DYDAKTYKI**, np. rzutnik, dostęp do internetu W-LAN, komputer itp., jak również **ŚRODKI KLASYCZNE** szkoleń z terapii manualnej, np. leżanki terapeutyczne, kształtki i modele anatomiczne. Ponadto dostępne są dalsze zasoby, takie jak urządzenia do **TERAPII TRENINGU MEDYCZNEGO**, sprzęt do **SPECJALISTYCZNEGO POMIARU WYNIKÓW** (np. elektroniczne pomiary czasu kontaktu z podłogą) oraz **PORTAL EDUKACYJNY ONLINE** Physio-Akademie, który opisano w osobnym akapicie.

BIBLIOTEKA PHYSIO-AKADEMIE

Physio-Akademie gGmbH posiada obszerną **BIBLIOTEKĘ** w porozumieniu z firmą Physio-Akademie gGmbH. Ta własna biblioteka znajduje się w biurze Physio-Akademie we Wremen (D-27639 Wurster Nordseeküste) i będzie udostępniona w Krakowie.

W trakcie szkolenia uczestnicy mogą zazwyczaj uzyskać **DOSTĘP** do biblioteki Physio-Akademie gGmbH na swoją prośbę skierowaną do instruktora prowadzącego szkolenie. Podczas pobytu na danym szkoleniu uczestnik będzie mógł zamówić wybrane pozycje, które zostaną mu dostarczone na kolejne szkolenie. Książki z biblioteki Physio-Akademie można wypożyczyć na okres czterech miesięcy. Na wniosek możliwe jest przedłużenie okresu wypożyczenia o kolejne cztery tygodnie. Nie ma możliwości wypożyczenia czasopism fachowych, są one dostępne do wglądu tylko i wyłącznie w bibliotece.

Uczestnicy potwierdzają podpisem, że pożyczyci książki. Są oni również odpowiedzialni za prawidłowy i terminowy **ZWROT** książek w stanie porównywalnym do tego, jaki był w momencie ich wypożyczenia. Uczestnicy otrzymają pisemny dowód zwrotu wypożyczonych książek. Zdecydowanie zaleca się zachowanie tych dowodów zwrotu przez dłuższy okres, ponieważ Physio-Akademie gGmbH może wymagać ich okazania przez okres do trzech lat po ukończeniu szkolenia OMT. W przypadku nieprawidłowego lub spóźnionego zwrotu lub uszkodzenia wypożyczonych książek, uczestnicy mogą zostać obciążeni kosztami ich wartości.

ZASÓB KSIĄŻEK

Biblioteka Physio-Akademie gGmbH dysponuje obecnie zasobami około **450 RÓŻNYCH KSIĄŻEK FACHOWYCH** w języku niemieckim i angielskim na różne tematy ogólne i specjalne. Ten zasób książek jest stale poszerzany i wiele pozycji dostępnych jest w kilku egzemplarzach.

Kompleksy tematyczne obejmują specjalne obszary **TERAPII MANUALNEJ** (np. interwencje diagnostyczne i terapeutyczne), **STOSOWANE METODY TERAPEUTYCZNE** (np. osteopatia, leczenie punktów spustowych, koncepcja Mulligana), **CENTRALNE I ROZSZERZONE POWIĄZANE OBSZARY FUNKCJONALNE** (np. praktyka oparta na ewidencji, znormalizowane procedury testowania, nauczanie i uczenie się), a także różne **TEKSTY ŹRÓDŁOWE** (np. wytyczne).

ZASOBY CZASOPISM FACHOWYCH

Biblioteka Physio-Akademie gGmbH dysponuje zasobami specjalistycznych czasopism w języku angielskim i niemieckim, z których większość jest wydawana w sposób ciągły. Do tych czasopism należą:

- Manual Therapy
- Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics
- Manuelle Therapie
- Manuelle Medizin
- Der Schmerz
- Der Orthopäde
- Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete
- Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin
- Sportorthopädie/Sporttraumatologie
- Leistungssport
- Gesundheitssport und Sporttherapie
- Zeitschrift für Physiotherapeuten
- PhysioPraxis
- PhysioScience
- Terapia manualna

PORTAL INTERNETOWY PHYSIO-AKADEMIE

Portal internetowy Physio-Akademie to **PLATFORMA E-LEARNINGOWA**, do której dostęp mają wszyscy uczestnicy podczas i po szkoleniu OMT Physio-Akademie gGmbH, jeśli mają dostęp do Internetu. Portal ten oferuje różne możliwości wymiany i rozwoju.

FORA DYSKUSYJNE promują krytyczno-refleksyjną wymianę informacji pomiędzy fizjoterapeutami OMT na specjalne tematy. **UPLOADS**, czyli informacje przekazywane przez osoby fizyczne wszystkim użytkownikom portalu, umożliwiają ciągłą wymianę informacji. **WIRTUALNE KLASY** umożliwiają wykładowcom szkolenia OMT wspieranie i stymulowanie przyszłych fizjoterapeutów OMT poprzez konkretne pytania i lekcje online. W razie potrzeby, **OSOBY UCZESTNICZĄCE GOŚCINNIE** mogą być zapraszani na portal dotyczący poszczególnych tematów.

OPIEKA NAD PORTALEM dotycząca poziomu treści przeprowadzana jest przez wykładowców szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH. Wsparcie techniczne zapewnia administrator systemu Physio-Akademie.

ZGŁOSZENIE**KROK 1**

Ze strony internetowej Physio-Akademie physio-akademie.de/zertifikate-weiterbildungen/omt-in-polen należy pobrać kartę zgłoszeniową, wypełnić ją oraz wysłać faxem pod numer telefonu +49 4705 95 18 10 lub mailem na adres: INFO@PHYSIO-AKADEMIE.DE

KROK 2

Na podstawie danych podanych w karcie zgłoszeniowej, Physio-Akademie przygotuje umowę w dwóch egzemplarzach, którą podpisaną oraz opieczetowaną wyśle do wnioskodawcy. Proszę poświęcić wystarczająco dużo czasu na przeczytanie tych dokumentów i wyjaśnienie wszelkich pytań, które mogą Państwo mieć do nas. Wszystkie zapytania prosimy kierować do biura Physio-Akademie w języku niemieckim lub angielskim:

Physio-Akademie gGmbH
Dr. Eva-Maria Wolber
Wremer Specken 4
27639 Wurster Nordseeküste
Germany

Telefax: +49 4705-951810
E-Mail: e.wolber@physio-akademie.de

KROK 3

W celu wiążącej rejestracji należy przesłać do biura Physio-Akademie gGmbH dwa podpisane egzemplarze umowy szkoleniowej oraz kopię certyfikatu ukończenia szkolenia podstawowego z zakresu terapii manualnej i wykonać płatność opłaty rejestracyjnej w wysokości 200,00 EUR. Opłata rejestracyjna zostanie w późniejszym terminie zaliczona na poczet opłaty za moduł pierwszy i musi zostać uiszczona przelewem bankowym na konto Physio-Akademie gGmbH. W przypadku przelewów bankowych należy skorzystać z poniższego konta:

Physio-Akademie gGmbH
IBAN: DE20 2926 5747 0180 0000 00
BIC: GENODEF1BEV

KROK 4

Po otrzymaniu umowy szkoleniowej i opłaty rejestracyjnej przez Physio-Akademie gGmbH, miejsca na kurs zostaną przydzielone w kolejności rejestracji. Otrzymają Państwo podpisaną przez nas egzemplarz umowy jako dokument dla Państwa, pisemne potwierdzenie miejsca na kursie oraz wskazówki dotyczące lokalizacji kursu. Jeśli Physio-Akademie gGmbH nie jest w stanie zaoferować Ci wolnego miejsca na kurs, opłata rejestracyjna zostanie zwrócona w całości.

TARYFA OPŁAT

OGÓŁEM KOSZTY szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH wynoszą **10.441 €**. Te całkowite koszty są podzielone w następujący sposób:

Kurs wzgl. pozycja	Dni / ilość godzin	Kwota
Terapia manualna, wprowadzenie, zastosowanie kliniczne, powtórki ze szkolenia podstawowego w terapii manualnej; screening; badanie; techniki manualne	4 / 32	685 €
Pytania i powtórki z modułu I; kliniczne zastosowanie ICF w terapii manualnej	4 / 32	685 €
EBM; źródła wiedzy dla terapeuty manualnego	4 / 32	685 €
Manipulacje część I	4 / 32	685 €
Medyczny Trening Funkcjonalny (MFT)	4 / 32	685 €
Testy funkcjonalne, myślenie kliniczne (clinical reasoning); dokumentacja fizjoterapeutyczna; prawo medyczne w fizjoterapii	4 / 32	685 €
Manipulacje część II	4 / 32	685 €
Wykłady lekarskie; ocena zdjęć RTG	3 / 24	513 €
Zarządzanie w fizjoterapii	4 / 32	685 €
Powtórki ze wszystkich zagadnień poruszanych podczas szkolenia; przygotowanie do egzaminu; ból głowy	4 / 32	685 €
Przygotowanie do końcowej pracy dyplomowej	4 / 32	685 €
Supervision A Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3	5 / 40	855 €
Supervision B Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3	5 / 40	855 €
Supervision C Grupa 1, Grupa 2, Grupa 3	5 / 40	855 €
Egzamin sprawdzający Nr 1	2 / 10	w cenie szkolenia
Egzamin sprawdzający Nr 2	2 / 10	w cenie szkolenia
Egzamin pisemny	1 / 10	150 €
Egzamin końcowy	2 / 10	363 €
Suma	65 / 504	10.441 €

ZASADY PŁATNOŚCI

Poniższe zasady płatności są wiążące dla wszystkich uczestników szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH. Indywidualne rozwiązania mogą być możliwe po osobistej konsultacji w myśl rozwiązań w pojedynczych przypadkach.

NALEŻNOŚĆ ZA POJEDYNCZE BLOKI SZKOLENIOWE są płatne za każdy kurs. W przypadku nie zaliczenia egzaminu, istnieje możliwość powtórnego przystąpienia do niego. Opłaty egzaminacyjne kształtują się wtedy następująco: pierwsza poprawka – bezpłatna, druga poprawka – opłata zgodnie z obowiązującym cennikiem.

SPOSOBY PŁATNOŚCI

W odpowiednim czasie uczestnicy szkolenia otrzymają rachunek za należne opłaty. Rachunki te zostaną zapłacone w terminie wskazanym na fakturze.

PORZĄDEK EGZAMINU

W trakcie tego szkolenia każdy uczestnik przechodzi przez różne oceny, które służą różnym celom (patrz poniżej). Uczestnicy są zobowiązani do zbierania pisemnego feedbacku lub wyników tych ocen w swoim portfolio uczestników w celu zwiększenia przejrzystości procesu uczenia się dla wszystkich uczestników. Oceny tego szkolenia są zasadniczo podzielone na oceny sumatywne i formatywne.

OCENA SUMATYWNA

OCENA SUMATYWNA służy porównaniu docelowego i rzeczywistego stanu wiedzy, kompetencji i umiejętności, a tym samym zapewnieniu jakości. Oznacza to, że w pewnych momentach należy osiągnąć pewne standardy, aby osiągnąć cele edukacyjne w trakcie szkolenia. Wyniki sumatywne mogą być również włączone do innych kolejnych wyników sumatywnych. Podobnie, egzamin OMT, jako ocena końcowa podsumowująca, gwarantuje, że absolwenci spełniają wysokie standardy IFOMPT.

OCENA I POWTARZANIE OCEN SUMATYWNYCH

Oceny sumatywne są zazwyczaj oceniane jako „zaliczone”; lub „niezaliczone”. Oceny są przyporządkowane zgodnie z poniższym kluczem (zobacz następną stronę).

Aby zdać, we wszystkich ocenach sumatywnych należy uzyskać co najmniej 60% możliwych do osiągnięcia punktów. Jeśli student nie zda, nie można powtórzyć ocen sumatywnych kursu mentoringu klinicznego. Ocena sumatywna egzaminu końcowego OMT może być powtórzona do dwóch razy. Po trzech niepowodzeniach, odpowiednia część egzaminu ostatecznie nie zostanie zaliczona. Dalsze informacje na temat odpowiednich ocen, w tym kryteriów oceny, przedstawiono szczegółowo w odpowiednich opisach bloków.

OCENY FORMATYWNE

OCENY FORMATYWNE służą dostarczaniu uczniom i nauczycielom informacji na temat stanu procesu uczenia się. Wspierają one wszystkich uczestników w ciągłym doskonaleniu tego procesu. Wyniki formatywne nie są uwzględniane w ocenach sumatywnych. Przykładem są praktyczne egzaminy ustne, które odbywają się po pierwszym i drugim roku kształcenia ustawicznego.

OCENA I POWTARZANIE OCEN FORMATYWNYCH

Udział w ocenach formatywnych jest obowiązkowy. Egzaminy te nie są jednak oceniane kategoriycznie ani klasyfikowane, ale informacje uzyskane dzięki nim są wykorzystywane do ukierunkowanej kontroli dalszego procesu uczenia się. Powtarzanie ocen formatywnych nie jest zasadniczo planowane, ale może być rekomendowane przez wykładowców w celu wsparcia osiągnięcia celów edukacyjnych. Odpowiednie oceny formatywne są przedstawione w odpowiednich opisach bloków.

Procent	Ocena	Procent	Ocena	Procent	Ocena	Procent	Ocena	Procent	Ocena
49,0	6,0	59,5	5,0	70,0	3,9	80,5	2,9	91,0	1,9
49,5	6,0	60,0	4,9	70,5	3,9	81,0	2,9	91,5	1,8
50,0	5,9	60,5	4,9	71,0	3,8	81,5	2,8	92,0	1,8
50,5	5,9	61,0	4,8	71,5	3,8	82,0	2,8	92,5	1,7
51,0	5,8	61,5	4,8	72,0	3,7	82,5	2,7	93,0	1,7
51,5	5,8	62,0	4,7	72,5	3,7	83,0	2,7	93,5	1,6
52,0	5,7	62,5	4,7	73,0	3,6	83,5	2,6	94,0	1,6
52,5	5,7	63,0	4,6	73,5	3,6	84,0	2,6	94,5	1,5
53,0	5,6	63,5	4,6	74,0	3,5	84,5	2,5	95,0	1,5
53,5	5,6	64,0	4,5	74,5	3,5	85,0	2,5	95,5	1,4
54,0	5,5	64,5	4,5	75,0	3,5	85,5	2,4	96,0	1,4
54,5	5,5	65,0	4,4	75,5	3,4	86,0	2,4	96,5	1,3
55,0	5,4	65,5	4,4	76,0	3,4	86,5	2,3	97,0	1,3
55,5	5,4	66,0	4,3	76,5	3,3	87,0	2,3	97,5	1,2
56,0	5,3	66,5	4,3	77,0	3,3	87,5	2,2	98,0	1,2
56,5	5,3	67,0	4,2	77,5	3,2	88,0	2,2	98,5	1,1
57,0	5,2	67,5	4,2	78,0	3,2	88,5	2,1	99,0	1,1
57,5	5,2	68,0	4,1	78,5	3,1	89,0	2,1	99,5	1,0
58,0	5,1	68,5	4,1	79,0	3,1	89,5	2,0	100,0	1,0
58,5	5,1	69,0	4,0	79,5	3,0	90,0	2,0		
59,0	5,0	69,5	4,0	80,0	3,0	90,5	1,9		

PORTFOLIO UCZESTNIKA

Physio-Akademie gGmbH rozumie portfolio uczestników jako indywidualną teczkę, w której każdy uczestnik szkolenia przechowuje ważne dokumenty. Każdy uczestnik jest zobowiązany do stworzenia takiego portfolio, do zachowania go przy sobie w czasie zajęć oraz do przedstawienia obowiązkowych treści wykładowcom szkolenia OMT na żądanie.

ZAWARTOŚĆ OBOWIĄZKOWA

Obowiązkowa zawartość portfolio uczestników to wszystkie oceny sumatywne i ich oceny, jak również wszystkie pisemne opracowania i pisemny feedback dotyczący ocen formatywnych.

ZAWARTOŚĆ OPCJONALNA

Physio-Akademie gGmbH zaleca wszystkim uczestnikom zebranie w swoim portfolio wszystkich dokumentów istotnych dla ich procesu uczenia się, np. arkuszy refleksji. Takie dokumenty mogą stanowić cenne wsparcie dla indywidualnego rozwoju i dlatego powinny być dostępne w razie potrzeby.

Ponadto, każdemu uczestnikowi zaleca się niezależne archiwizowanie wszelkiej korespondencji z Physio-Akademie gGmbH, w tym e-maili, które są istotne dla udowodnienia wszelkiego rodzaju wyników egzaminów, aby w razie potrzeby móc je przedstawić.

OGÓLNE REGUŁY SZKOLENIA OMT

ODPOWIEDZIALNOŚĆ UCZESTNIKÓW

Wyraźnie zaznacza się, że przestrzeganie ustalonych terminów i innych przepisów należy do obowiązków uczestników. Ponadto należy zauważyć, że nieprzestrzeganie tych terminów może skutkować tym, że dalsze części szkolenia i związane z tym koszty, trzeba będzie ponownie uiścić przed dopuszczeniem do egzaminu OMT.

ZACHOWANIE PODCZAS ZAJĘĆ

Od uczestników oczekuje się, że przyjadą punktualnie na zajęcia i będą pracować odpowiedzialnie pod każdym względem w sposób odpowiadający sytuacji w edukacji dorosłych. Należy unikać wszelkiego rodzaju zakłóceń w nauczaniu. W szczególności zabronione jest używanie telefonów komórkowych i laptopów do celów innych niż nauczanie.

NIEOBECNOŚCI

Nieobecność zagraża osiągnięciu celów szkoleniowych. Podczas gdy obecność w niektórych modułach jest uważana za krytyczną dla sukcesu w nauce, nieobecność w innych modułach może być kompensowana przez intensywne samokształcenie. To następuje:

MENTORING KLINICZNY: Obecność na tych blokach modułów szkoleniowych jest uważana za decydujący wkład w osiągnięciu celów szkoleniowych. W związku z tym, nieobecności na tych blokach modułowych są niedozwolone, względnie bloki, które zostały opuszczone muszą być powtórzone w celu dopuszczenia do egzaminu OMT.

INNE BLOKI MODUŁÓW SZKOLENIOWYCH: Dla wszystkich pozostałych bloków modułów szkoleniowych, każdy uczestnik może mieć maksymalnie 32 godziny lekcyjne nieobecności. Odpowiada to około 5% czasu zajęć z wyłączeniem mentoringu klinicznego. Jeżeli czas nieobecności uczestnika przekroczy ten limit, komisja egzaminacyjna może odmówić dopuszczenia do egzaminu OMT, w przypadku, gdy czas nieobecności nie został nadrobiony.

UZNANIE ZDOLNOŚCI ZDOBYTYCH NA INNYCH SZKOLENIACH

Physio-Akademie gGmbH z zadowoleniem przyjmuje transfer zdolności z kursów w zakresie szkolenia pomiędzy różnymi programami kwalifikacji. Jednocześnie Physio-Akademie gGmbH jest zobowiązany do zagwarantowania jakości szkolenia OMT zgodnie

ze standardami IFOMPT. W związku z tym decyzja o zaliczeniu innych zdolności w zakresie szkolenia na poczet szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH może zostać podjęta dopiero po sprawdzeniu odpowiednich dokumentów i na indywidualny wniosek.

MATERIAŁY DYDAKTYCZNE

Uczestnicy otrzymują materiały dydaktyczne dla różnych jednostek dydaktycznych, głównie w formie skryptów. Materiałów dydaktycznych nie wolno powielać ani rozpowszechniać. Prawa autorskie do tych materiałów należą do odpowiednich autorów lub Physio-Akademie gGmbH.

PRZEDSTAWICIELE KURSU

W celu umożliwienia efektywnej komunikacji pomiędzy organizatorem szkolenia a uczestnikami szkolenia, uczestnicy zobowiązani są do wybrania spośród swoich szeregów przedstawiciela kursu podczas dwóch pierwszych bloków modułów szkoleniowych. W dalszym toku kursu przyjmuje on na siebie rolę mediatora i służy jako osoba kontaktowa dla swoich kolegów i dla kierownictwa szkolenia.

SZCZEGÓŁOWE DANE O MODUŁACH BLOKÓW SZKOLENIOWYCH

Poniżej szczegółowo opisane są poszczególne moduły szkolenia OMT. Podana tu kolejność niekoniecznie odpowiada kolejności chronologicznej podczas szkolenia.

	TERAPIA MANUALNA, WPROWADZENIE, POWTÓRKI ZE SZKOLENIA PODSTAWOWEGO W TERAPII MANUALNEJ, BADANIE, TECHNIKI MANUALNE
Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Czas trwania	⌚ Zajęcia: 32 godz. lek. ⌚ Samokształcenie: 34 godz. lek
Słowa kluczowe	Clinical Reasoning; komunikacja, trening manualny, model bio-psycho społeczny, anatomia, biomechanika, fizjologia;
Opis	Blok ten ma na celu promowanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. W centrum uwagi znajdują się procedury terapii manualnej oraz rola terapeutów manualnych jako osób podejmujących decyzje kliniczne, komunikujących się i uczących. W oparciu o posiadaną podstawową wiedzę ze szkolenia certyfikowanego w zakresie terapii manualnej, uczestnicy rozwijają zaawansowaną wiedzę na temat mechanicznych, neurofizjologicznych i psychospołecznych aspektów typowych i nietypowych prezentacji pacjentów oraz szkolą swoje umiejętności skutecznego komunikowania się z innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny.

Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Wykorzystać szeroki zakres klasycznych i specjalistycznych umiejętności manualnych, których czułość i specyfika umożliwia skuteczne badanie i leczenie typowych i nietypowych prezentacji pacjentów w kontekście terapii manualnej. ⊗ Korzystać z szerokiej bazy wiedzy biomedycznej, klinicznej, behawioralnej i specjalistycznej, która umożliwia analityczną interpretację objawów, symptomów i informacji. ⊗ Zastosować oparty na ewidencji i krytycznie refleksyjny Clinical Reasoning, dzięki któremu fizjoterapeuta może określić odpowiednie metody i procedury radzenia sobie z konkretnymi i abstrakcyjnymi problemami, a jednocześnie rozpoznać potrzebę procesu ciągłego uczenia się. ⊗ Wykorzystać zaawansowane umiejętności komunikacyjne, które pozwalają na pełną odpowiedzialność za wyniki leczenia pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu w zakresie obowiązków fizjoterapeuty. 	
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i></p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i></p> <p><i>Praca indywidualna:</i></p>	<p>wykłady problemowe, wykłady impulsowe, uczenie się przez, obserwację</p> <p>uczenie się zorientowane na problemy, studium przypadków.</p> <p>samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Zaawansowana anatomia funkcjonalna, biomechanika i fizjologia. 📁 Podstawowe aspekty modelu biopsychospołecznego. 📁 Clinical Reasoning w zaawansowanej ocenie diagnostycznej i planowaniu terapii. 📁 Szkolenie w zakresie wrażliwych i specyficznych technik manualnych. 📁 Komunikacja wewnątrz- i między zawodową. 	
Ocena	<p>Formatywna. Praktyczne ustne opracowanie przykładu przypadku, które jest opracowywane na podstawie diagnozy i demonstrowane przed grupą.</p> <p><i>Feedback:</i> bezpośredni/ustny.</p>	
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Boyling, J.D., Jull, G. (Eds.) (2004). <i>Grieve's Modern Manual Therapy</i> (3.Ed. Elsevier). 📖 Frisch, H. (1998). <i>Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates</i> (7.Ed., Springer). 📖 Klinke, R., Pape, H.-C., Silbernagl, S. (Eds.) (2005). <i>Physiologie</i> 	

(5.Ed., Thieme).

- 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). *Manipulation der Wirbelsäule* (4.Ed., Springer).
- 📖 Neumann, D.A. (2002). *Kinesiology of the Musculoskeletal System* (Mosby/Elsevier).

Materiały
pomocnicze

- 🔗 Skrypt Physio-Akademie.
- 🔗 *Media drukowane*: Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie.
- 🔗 *Sprzęt*: Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner.
- 🔗 *Oprogramowanie*: Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych.
- 🔗 *Materiał prezentacji*: rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.

Wykładowca

Heiko Dahl, MSc.

Ewaluacja modułu

Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy (patrz również załącznik 4) oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

PYTANIA I POWTÓRKI Z MODUŁU I; KLINICZNE ZASTOSOWANIE ICF W TERAPII MANUALNEJ

Tryb

Kurs stacjonarny (4 dni)

Czas trwania

- 🕒 Zajęcia: 32 godz. lek.
- 🕒 Samokształcenie: 34 godz. lek

Słowa kluczowe

Współpraca multidyscyplinarna;

Opis

Blok ten ma na celu promowanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. Koncentruje się na szkoleniu wskazań terapeutycznych i roli terapeuty manualnego jako osoby podejmującej decyzje kliniczne i działającej na rzecz zdrowia w oparciu o ICF.

Uczestnicy rozwijają specjalistyczną wiedzę na temat ICF w terapii manualnej. Nauczane jest planowanie, wdrażanie i adaptacja odpowiednich programów oraz szkolona jest ich ocena.

Cele dydaktyczne

Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:

- 🎯 Wykorzystać szeroki zakres klasycznych i specjalistycznych umiejętności manualnych w codziennej praktyce klinicznej w oparciu o ICF. Ich wrażliwość i specyfika umożliwiają skuteczne badanie i leczenie typowych i nietypowych prezentacji pacjentów w kontekście terapii manualnej.

	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Rozpoznawać problemy pacjentów z bólem kręgosłupa lędźwiowego na poziomach: aktywności , struktury / funkcji ciała /uczestnictwa. ⊙ Zastosować odpowiednie testy oraz prowadzić dokumentację pacjenta. ⊙ Przeprowadzać badanie różnicowe na poziomie struktury i funkcji ciała. ⊙ Zastosować odpowiednie rozwiązania / propozycje terapii istniejących problemów. ⊙ Wykorzystać zaawansowane umiejętności komunikacyjne w codziennej praktyce klinicznej, które pozwalają na pełną odpowiedzialność za wyniki leczenia pacjentów z dysfunkcją układu mięśniowo-szkieletowego w zakresie obowiązków fizjoterapeuty.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady problemowe, uczenie się przez obserwację</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> studium przypadków.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 ICF jako model badania i dokumentacji zalecany przez WHO. 📁 Problemy pacjentów z bólem kręgosłupa lędźwiowego na poziomach: aktywności, struktury / funkcji ciała/ uczestnictwa. Testy, dokumentacja, czerwone flagi w fizjoterapii. 📁 Badanie różnicowe kręgosłupa lędźwiowego na poziomie struktury i funkcji ciała, propozycje terapii. 📁 Analiza chodu wg. prof. J. Perry 📁 Badanie różnicowe struktur: staw biodrowy vs kręgosłup lędźwiowy, kręgosłup lędźwiowy vs stawy krzyżowo – biodrowe, kolano vs stopa. Propozycje terapii. 📁 Badanie niestabilności na przykładzie kręgosłupa lędźwiowego i szyjnego. Propozycje terapeutyczne. 📁 Dokumentacja elektroniczna w fizjoterapii.
Ocena	<p>Formatywna. Praktyczne ustne opracowanie przykładu przypadku, które jest opracowywane na podstawie diagnozy i demonstrowane przed grupą.</p> <p><i>Feedback:</i> bezpośredni/ustny.</p>
Polecana literatura	📖 Wydawca Hogrefe (vorm. Verlag Hans Huber), (2017). <i>ICF-CY</i>
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Skrypt Physio-Akademie. 🔗 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 🔗 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 🔗 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i

	technik manualnych.
	☞ <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor
Wykładowca	Aleksander Lizak
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.
EBM; ŹRÓDŁA WIEDZY DLA TERAPEUTY MANUALNEGO	
Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Czas trwania	⌚ Zajęcia: 32 godz. lek. ⌚ Samokształcenie: 50 godz. lek
Słowa kluczowe	Ewidencja; badania kliniczne; badania literackie; przegląd literatury; ważność badań naukowych; samodzielne uczenie się
Opis	<p>Celem tego bloku jest zapoznanie uczestników z podstawami praktyki opartej na ewidencji oraz potrzebą ciągłego procesu uczenia się. Koncentruje się na recherche, dostarczeniu i jakościowej ocenie badań klinicznych, jak również na roli terapeuty manualnego jako podmiotu podejmującego decyzje kliniczne i uczenia.</p> <p>Będzie to wprowadzenie do pojęć naukowych i sposobów myślenia. Ponadto trenowane jest formułowanie pytań klinicznych i ćwiczone jest praktyczne wyszukiwanie literatury. Po omówieniu projektów badań klinicznych i epidemiologicznych opracowywane są kryteria oceny jakości metodologicznej badań i ich zastosowania. W każdej sekcji tematycznej tego bloku określone są dalsze i indywidualne potrzeby edukacyjne uczestników.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ W kontekście praktyki opartej na ewidencji, korzystać z dostępu do szerokiej bazy wiedzy, która umożliwi analityczną interpretację danych. ☉ Wykorzystać szeroki zakres umiejętności poznawczych, które w ramach ogólnych wytycznych pozwalają na w pełni odpowiedzialne zarządzanie jakością i ilością wyników badań. ☉ Określić odpowiednie metody naukowe, które są odpowiednie w powszechnych i nietypowych kontekstach, w celu zmierzenia się z konkretnymi i częściowo teoretycznymi problemami. ☉ Przejąć odpowiedzialność za indywidualny rozwój i wyniki działań grup docelowych poprzez samodzielne uczenie się.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady, wykłady problemowe,</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> uczenie się zorientowane na problemy,</p>

	moderacja.
	<i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Podstawowe definicje terminów naukowych. 📁 Naukowe modele myślenia w porównaniu rzeczywistości badawczej z rzeczywistością praktyczną. 📁 Znaczenie ewidencji w praktyce klinicznej i formułowanie konkretnych pytań klinicznych. 📁 Praktyczne i ukierunkowane na cel recherche literatury w bazach danych PEDro, PubMed i OT-Seeker oraz zamówienia na badania kliniczne przez Subito. 📁 Projekty badań klinicznych i epidemiologicznych. 📁 Konstrukcja teoretyczna i praktyczna ocena ważności badań klinicznych. 📁 Systematyczna identyfikacja indywidualnych potrzeb edukacyjnych.
Ocena	<p>Formatywna. Wykazanie zdolności do szukania badań klinicznych w bazie danych, uzyskania pełnego tekstu i oceny jego ważności badań naukowych (sprawozdanie pisemne, od 500 do 1000 słów).</p> <p><i>Feedback:</i> Opóźniona/ustnie.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Antes, G., Bassler, D., Forster, J. (Eds.) (2003). <i>Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM</i> (Thieme). 📖 Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J., Hagen, K.B. (2009). <i>Practical Evidence-Based Physiotherapy</i> (2.Ed. Butterworth-Heinemann). 📖 Scherfer, E. (2006). <i>Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis</i> (Pflaum).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Skrypt Physio-Akademie. 📁 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 📁 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 📁 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych. 📁 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Stefan Hegenscheidt, MSc.
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

MANIPULACJE CZĘŚĆ I	
Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Czas trwania	⌚ Zajęcia: 32 godz. lek. ⌚ Samokształcenie: 34 godz. lek
Warunki przyjęcia	👉 Przedłożenie aktualnych zdjęć rentgenowskich całego kręgosłupa przez każdego z uczestników.
Słowa kluczowe	Manipulacja; Clinical Reasoning; trening manualny; rozwój poznawczy; biomechanika; fizjologia; interwencje manualne
Opis	<p>Blok ten ma na celu rozszerzenie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. W centrum uwagi znajdują się interwencje manualne, w tym klasyczne manipulacje oraz rola terapeuty manualnego jako osoby podejmującej decyzje kliniczne i jako ucznia.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę uczestnicy będą trenować zaawansowaną wiedzę na temat odpowiednich interwencji mechanicznych i poznawczych w typowych i nietypowych prezentacjach pacjentów oraz rozwijać zrozumienie dla potrzeby ciągłego procesu uczenia się.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Wykorzystać szeroki zakres klasycznych i specjalistycznych umiejętności manualnych, w tym technik manipulacyjnych, których czułość i specyfika pozwalają na skuteczne interwencje w typowych i nietypowych prezentacjach pacjentów w kontekście terapii manualnej. ⊙ Korzystać z szerokiej bazy wiedzy biomedycznej, klinicznej, behawioralnej i specjalistycznej, która umożliwia analityczną interpretację objawów, symptomów i informacji. ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytycznie refleksyjny Clinical Reasoning, dzięki któremu fizjoterapeuta może określić odpowiednie interwencje manualne i poznawcze w rozwiązywaniu konkretnych i abstrakcyjnych problemów, a jednocześnie rozpoznać potrzebę procesu ciągłego uczenia się. ⊙ Pracować w sposób ukierunkowany na osiągnięcie celu i odpowiedzialnie również w ramach samodzielnych działań oraz przejmować odpowiedzialność za wyniki pracy w ramach ogólnych funkcji specjalisty.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady problemowe, wykłady impulsowe, uczenie się przez obserwację</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> uczenie się zorientowane na problemy, studium przypadków.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>

Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Przegląd spektrum fizjoterapeutycznych form interwencji. 📁 Cele i skutki biologiczne interwencji manualnych. 📁 Symptomatyczne, funkcjonalne i hipotetyczne efekty manipulacji. 📁 Wpływ interwencji manualnych i poznawczych na postrzeganie bólu. 📁 Mechaniczne aspekty manipulacji trakcją, gappingiem i manipulacji ślizgowych. 📁 Wskazania i przeciwwskazania do określonych interwencji manualnych. 📁 Odmiany klasycznych technik terapii manualnej mięśni, nerwów i stawów. 📁 Trening w zakresie wrażliwych i specyficznych technik manualnych (głównie manipulacje).
Ocena	<p>Formatywna. Praktyczne ustne opracowanie przykładu przypadku, które jest opracowywane na podstawie diagnozy i demonstrowane przed grupą.</p> <p><i>Feedback:</i> bezpośredni/ustny.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Dvořák, J., Dvořák, V., Schneider, W., Spring, H., Tritschler, T. (1997). <i>Manuelle Medizin: Therapie</i> (3.Ed., Thieme). 📖 Frisch, H. (1998). <i>Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates</i> (7.Ed., Springer). 📖 Laekeman, M., Kreutzer, R. (2009). <i>Großer Bildatlas der Palpation. Anatomische Strukturen gezielt lokalisieren und begreifen</i> (Springer). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Niethard, F.U., Pfeil, J. (2005). <i>Orthopädie</i> (5.Ed. Thieme).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Skrypt Physio-Akademie. 🔗 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 🔗 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 🔗 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych. 🔗 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Tomas Lihagen
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

SUPERVISION A	
Tryb	Kurs stacjonarny (5 dni)
Czas trwania	⌘ Zajęcia: 40 godz. lek.
	⌘ Samokształcenie: 64 godz. lek
Słowa kluczowe	Clinical Reasoning; komunikacja; model biopsychospołeczny; ocena; dokumentacja; refleksja
Opis	<p>Blok ten ma na celu rozwijanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. Koncentruje się na wdrożeniu umiejętności w codziennej praktyce i roli terapeuty manualnego jako decydenta klinicznego, komunikatora i ucznia.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę podstawową uczestnicy szkolą swój Clinical Reasoning na podstawie rzeczywistych kontaktów z pacjentem z typowymi i nietypowymi problemami układu ruchowego oraz doskonalią swoje umiejętności skutecznego porozumiewania się werbalnie i niewerbalnie z innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny. Przekazane zostanie znaczenie ciągłej refleksji nad własnymi procedurami klinicznymi i odpowiadającymi im technikami autorefleksji.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Wykorzystać szeroki zakres klasycznych i specjalistycznych umiejętności manualnych w codziennej praktyce klinicznej. Ich wrażliwość i specyfika umożliwiają skuteczne badanie i leczenie typowych i nietypowych prezentacji pacjentów w kontekście terapii manualnej. ⊙ Poprzez dostęp do szerokiej bazy wiedzy biomedycznej, klinicznej, behawioralnej i specjalistycznej w codziennym życiu klinicznym, potrafi analitycznie interpretować objawy, symptomy i informacje. ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytycznie refleksyjny Clinical Reasoning w codziennym życiu klinicznym, dzięki któremu fizjoterapeuta może określić odpowiednie metody i procedury postępowania z konkretnymi i abstrakcyjnymi problemami, a jednocześnie uznać konieczność ciągłego uczenia się. ⊙ Wykorzystać zaawansowane umiejętności komunikacyjne w codziennej praktyce klinicznej, które pozwalają na pełną odpowiedzialność za wyniki leczenia pacjentów z dysfunkcją układu mięśniowo-szkieletowego w zakresie obowiązków fizjoterapeuty.
Metody dydaktyczne	<i>Nauczanie kooperatywne:</i> superwizja praktyki, uczenie się zorientowane na problemy.
	<i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.

Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Systematyka diagnostyki i dokumentacji klinicznej. 📁 Wdrożenie modelu biopsychospołecznego w praktyce klinicznej. 📁 Clinical Reasoning stosowany w badaniu, planowaniu, wykonaniu, progresji i regresji manualnych interwencji terapeutycznych. 📁 Pisemna dokumentacja badania i interwencji. 📁 Komunikacja werbalna/niewerbalna pomiędzy terapeutą a pacjentem. 📁 Wykorzystanie autorefleksji w praktyce klinicznej w celu wspomagania procesu ciągłego uczenia się.
Organizacja	<p>Ten blok modułu szkoleniowego odbywa się w małych grupach (stosunek uczestnik – mentor ok. 4:1) w miejscach, gdzie można zapewnić kontakt z prawdziwymi pacjentami. Instytucje partnerskie (praktyki, szpitale itp.) organizują dobrowolne uczestnictwo pacjentów ze złożonymi problemami systemu ruchu. Każdy uczestnik bada i leczy co najmniej jednego pacjenta dziennie, ale zazwyczaj od dwóch do trzech pacjentów. Może się to wiązać z początkowym kontaktem i kontaktem z pacjentem w dalszej fazie leczenia. Każdy kontakt z pacjentem trwa od 45 do 60 minut, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie natychmiastowego feedbacku od mentora.</p> <p>Uczestnicy są odpowiedzialni za zapewnienie, żeby każda mała grupa miała do dyspozycji zwykle pomoce do badania i leczenia, tzn. muszą one być dostarczone przez co najmniej jednego uczestnika z każdej grupy (młotek neurologiczny, radełko do badania czucia, centymetr, goniometr, klin do mobilizacji, pas trakcyjny). Ponadto każdy uczestnik jest zobowiązany do noszenia odzieży spełniającej wymagania profesjonalnego kontaktu z klientem w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto, na czas trwania mentoringu klinicznego, należy nosić identyfikator wydawany na początku dalszego szkolenia. Korzystanie z telefonów komórkowych, laptopów itp. jest dozwolone tylko w porozumieniu z wykładowcą.</p>
Ocena	<p>Formatywna: Ocena umiejętności wykazanych na pacjencie.</p> <p>Sumatywna: Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta ze złożonymi problemami nerwowo-mięśniowo- szkieletowymi.</p> <p><i>Feedback</i> (formatywna): natychmiastowa/ustna.</p> <p><i>Feedback</i> (sumatywna): opóźniona/pisemna i ustna.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier). 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme). 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer).

	<p>📖 Petty, N.J., Moore, A.P. (2001). <i>Neuromusculoskeletal Examination and Assessment. A Handbook for Therapists</i> (2.Ed. Churchill Livingstone).</p>
Materiały pomocnicze	<p>🔌 <i>Sprzęt:</i> Komputer.</p> <p>🔌 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe.</p> <p>🔌 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.</p>
Wykładowca	Lothar Jörger
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

INFORMACJE NA TEMAT SUMATYWNEJ OCENY TEGO BLOKU:

Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta z problemami nerwowo-mięśniowymi, w tym udokumentowana autorefleksja, jest oceniana jako sumatywna ocena tego bloku. Dokumentacja ta musi zostać przesłana przez uczestnika w formie elektronicznej w formacie Microsoft Word lub PDF nie później niż osiem tygodni po zakończeniu tego modułu (dozwolone jest skanowanie dokumentacji napisanej odręcznie). Zgłoszenia dokonuje się drogą elektroniczną na adres: Stefan Hegenscheidt. (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Pacjent wybrany do dokumentacji musi być w stanie przedstawić procedurę i plan postępowania uczestnika w przypadku skomplikowanego problemu, dlatego też dolegliwości powinny obejmować co najmniej dwa obszary anatomiczne (np. kręgosłup lędźwiowy i kończyna dolna). W udokumentowanym Clinical Reasoning należy odnieść się do aktualnej ewidencji, z której każda zawiera odpowiednie i właściwe odniesienia do literatury naukowej w obszarach wywiadu, badań funkcjonalnych i leczenia. Odpowiednie badania naukowe muszą być różne w różnych modułach mentoringu klinicznego. Należy podkreślić związek między badaniem naukowym a wybranym przypadkiem pacjenta, aby wykazać efekt uczenia się. Można to zrobić w bardzo krótkiej formie, na przykład:

„Autorzy badania XY stwierdzają, że VAS jest niezawodnym narzędziem do pomiaru bólu. W związku z tym moje zastosowanie VAS w tym przypadku pacjenta uważam za rozsądne i zamierzam nadal korzystać z tego narzędzia w ten sposób w przyszłości”.

Wykorzystane badania naukowe/prace muszą być nazwane zgodnie z poniższym wzorem z pełnym odniesieniem do literatury:

- A) Artykuły w czasopiśmie branżowym:
- Nazwisko, M. (2016). Prezentacja danych o literaturze w pracy naukowej. Nazwa magazynu, numer 11.
- B) Książka fachowa:
- Nazwisko, M. (2016). Jak napisać dyplomową pracę naukową. Wydawca, wydanie trzecie.
- C) Strona internetowa:

- Nazwisko, M. (2016). Wyszukaj i znajdź źródła w Internecie. www.nazwastrony-intrnetowej.de; dostęp 08. 03. 2019.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących źródeł, które mogą różnić się od tych wzorów, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy ze Stefanem Hegenscheidtem (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Nie jest konieczne dołączanie pełnego tekstu wybranych badań do dokumentacji badania.

Wraz z upływem czasu trwania szkolenia oczekuje się, że uczestnicy będą coraz bardziej krytycznie odnosić się do wartości informacyjnej i jakości metodologicznej wykorzystywanej literatury. Ten aspekt wyboru literatury jest zatem również brany pod uwagę przy ocenie dokumentacji.

Do dokumentacji należy wykorzystać kartę badania i kartę autorefleksji Physio-Akademie gGmbH. Formularze te można pobrać z niniejszego programu nauczania (patrz załącznik) lub z internetowego portalu edukacyjnego OMT. Ocena przedłożonej dokumentacji dokonywana jest na podstawie poniższego arkusza oceny i klucza przedstawionego w regulaminie egzaminacyjnym niniejszego programu nauczania. Ocena tej oceny sumatywnej stanowi 2,5% oceny z praktycznego egzaminu ustnego OMT.

FEEDBACK

Uczestnicy otrzymają kopię swojej pisemnej oceny. Ponadto mocne i słabe strony oraz potrzeby edukacyjne uczestników są określane ustnie na życzenie, a także opracowywane są strategie przeciwdziałania im.

KWESTIONARIUSZ OCENY MENTORINGU KLINICZNEGO

Uczestnik: _____

Oznaczenie kursu: _____ Data ukończenia: _____

Bezwzględne kryteria oceny:

Dokumentacja została uzupełniona na czas i w całości (łącznie z arkuszem refleksji) przedłożone tak / nie

Dokumentacja jest czytelna (jakość pisma wraz z wielkością) tak / nie

Opisana problematyka odpowiada specyfikacjom objaśnionym w opisie bloku. tak / nie

Względne kryteria oceny	Max. ilość punktów	Otrzyma no
Pełna informacja formalna w dokumentacji (nazwisko terapeuty, data powstania).	2,0	
Anonimizacja chronionych danych pacjenta (nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania itp.)	2,0	
Jakość i ilość informacji zebranych w wywiadzie na temat klasycznych kategorii hipotez.	12,5	

Krótką, przejrzystą i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji w wywiadzie.	5,0	
Jakość i ilość informacji zebranych w ramach oglądania & badania funkcjonalnego w odniesieniu do klasycznych kategorii hipotez.	12,5	
Krótką, jasną i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji z oglądania i badania funkcjonalnego.	5,0	
Właściwa prezentacja wyboru, dawkowania i jeśli dotyczy progresji/redukcji interwencji terapeutycznych.	10,0	
Spójność podjętych decyzji na podstawie informacji przedstawionych w dokumentacji.	5,0	
Formułowanie konkretnych, realistycznych, wymiernych i określonych w czasie celów z uwzględnieniem różnych poziomów problemów w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójne zastosowanie i przejrzysta prezentacja wyników standaryzowanych pomiarów na wszystkich zdefiniowanych poziomach problemowych w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójna prezentacja dalszego planowanego, w razie potrzeby interdyscyplinarnego postępowania z pacjentem.	5,0	
Włączenie ewidencji do Clinical Reasoning w odniesieniu do aktualnego przypadku pacjenta.	9,0	
Kompletność formalnych danych o źródłach do wykorzystanej ewidencji.	3,0	
Znaczenie i metodyczna jakość wykorzystanej ewidencji.	9,0	
Suma	100	

W CELU POZYTYWNEGO PRZEJŚCIA TEJ OCENY SUMATYWNEJ NALEŻY SPEŁNIĆ WSZYSTKIE KRYTERIA OCENY OSTATECZNEJ I UZYSKAĆ CO NAJMNIEJ 60 % MOŻLIWYCH DO OSIĄGNIĘCIA PUNKTÓW.

Złożona dokumentacja jest oceniona jako

zdane (ocena _____).

niezdane (ocena _____).

Data: _____ Podpis ewaluatora _____

MEDYCZNY TRENING FUNKCJONALNY (MFT)

Tryb Kurs stacjonarny (4 dni)

Czas trwania ☞ Zajęcia: 32 godz. lek.

☞ Samokształcenie: 40 godz. lek	
Słowa kluczowe	Adaptacja tkanek; rozwój poznawczy; procesy gojenia się; właściwości mięśni; redukcja bólu; biomechanika; model biopsychospołeczny;
Opis	<p>Blok ten ma na celu promowanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. Koncentruje się na szkoleniu wskazań terapeutycznych i roli terapeuty manualnego jako osoby podejmującej decyzje kliniczne i działającej na rzecz zdrowia.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę podstawową zdobytą na certyfikowanym kursie terapii manualnej, uczestnicy rozwijają specjalistyczną wiedzę na temat zależnych od obciążenia stanów tkanek. Nauczane jest planowanie, wdrażanie i adaptacja odpowiednich programów oraz szkolona jest ich ocena.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☉ Wykorzystać wysoce wyspecjalizowane umiejętności z treningu terapeutycznego w złożonych, zmiennych i specjalistycznych kontekstach. ☉ Poprzez posiadanie dogłębnej bazy wiedzy o treningu terapeutycznym, potrafi wykorzystać całe spektrum procedur treningu terapeutycznego. ☉ Zastosować oparte na dowodach i krytyczno-refleksyjne środki treningu terapeutycznych, które umożliwiają fizjoterapeucie opracowanie odpowiednich rozwiązań dla istniejących problemów tematycznych i częściowo abstrakcyjnych. ☉ W ramach możliwej różnorodności funkcjonalnej specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia, potrafi zająć się w sposób ukierunkowany i odpowiedzialny fundamentalnym znaczeniem aktywności fizycznej w kontekście wyzwań związanych z uwarunkowaniami społecznymi, środowiskowymi i biologicznymi.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady problemowe, wykłady impulsowe, uczenie się przez obserwację</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> uczenie się zorientowane na problemy, studium przypadków.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Biomedyczne, biomechaniczne i biopsychospołeczne efekty aktywnej rehabilitacji. ☞ Aspekty poznawcze i strategie aktywnej rehabilitacji. ☞ Fizjologiczne procesy adaptacji różnych struktur tkankowych do braku aktywności oraz aktywności ogólnej i specyficznej. ☞ Fizjologiczne gojenie tkanki i reakcja uszkodzonej tkanki na bodźce obciążenia.

	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Zasady wpływania na właściwości mięśni, czyli siłę, moc, mobilność, szybkość, wytrzymałość i koordynację. 📁 Zmniejszenie bólu poprzez aktywację. 📁 Planowanie, wdrażanie, modyfikacja, progresja, regresja i ocena szkoleniowych środków terapeutycznych.
Ocena	<p>Formatywna. Prezentacja wyników pracy w małych grupach.</p> <p><i>Feedback</i>: bezpośredni/ustny.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Bös, K. (2001). <i>Handbuch Motorische Tests</i> (2.Ed., Hogrefe). 📖 Neumann, D.A. (2002). <i>Kinesiology of the Musculoskeletal System</i> (Mosby/Elsevier). 📖 Petty, N.J. (2004). <i>Principles of Neuromusculoskeletal Treatment and Management</i> (Churchill Livingstone). 📖 Van den Berg, F. (Ed.) (2003) <i>Angewandte Physiologie 1: Das Bindegewebe des Bewegungsapparates verstehen und beeinflussen</i> (2.Ed., Thieme). 📖 Wass, A., (1994). <i>Promoting Health: The Primary Health Care Approach</i> (W.B. Saunders – Baillière Tindall).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Skrypt Physio-Akademie. 🔗 <i>Media drukowane</i>: Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 🔗 <i>Sprzęt</i>: Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 🔗 <i>Oprogramowanie</i>: Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych. 🔗 <i>Materiał prezentacji</i>: rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Uwe Hallmann
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.
<p>TESTY FUNKCJONALNE, MYŚLENIE KLINICZNE (CLINICAL REASONING), DOKUMENTACJA FIZJOTERAPEUTYCZNA, PRAWO MEDYCZNE W FIZJOTERAPII</p>	
Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Zas trwania	<ul style="list-style-type: none"> 🕒 Zajęcia: 32 godz. lek. 🕒 Samokształcenie: 50 godz. lek
Słowa kluczowe	Standaryzacja; Ocena; Procedura testowania; ICF; Model biopsychospołeczny; Praktyka oparta na ewidencji

Opis	<p>Blok ten ma na celu promowanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. W centrum uwagi znajduje się standaryzowany pomiar wyników w powiązaniu z modelem biopsychospołecznym oraz rola terapeuty manualnego jako decydenta klinicznego, pracownika i kierownika.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę uczestnicy rozwijają specjalistyczną wiedzę na temat doboru, stosowania i interpretacji standaryzowanych procedur oceny w odniesieniu do typowych i nietypowych prezentacji pacjentów. Specjalizują się oni w decydowaniu o ograniczonych zasobach i budowaniu równorzędnych partnerstw w zespołach multidyscyplinarnych.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Zastosować wysoko wyspecjalizowane umiejętności wybrane z całego zakresu, specyficznych dla zawodu, procedur oceny oraz wykorzystać je w złożonych, zmiennych i specjalistycznych kontekstach. ⊗ Planować podejścia oparte na ewidencji i krytyczno-refleksyjne, wdrażać je z efektywnym przydziałem zasobów i odpowiednio ustalać priorytety zadań, biorąc na siebie pełną odpowiedzialność za identyfikację i osiągnięcie znaczących celów. ⊗ Analizować i interpretować również abstrakcyjne dane i koncepcje, a tym samym opracować odpowiednie rozwiązania dla istniejących problemów zawodowych i częściowo abstrakcyjnych. ⊗ Współpracować ze wszystkimi innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny w sposób ukierunkowany, odpowiedzialny i skuteczny w ramach możliwej różnorodności funkcjonalnej specjalisty w dziedzinie ochrony zdrowia.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady problemowe.</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> uczenie się zorientowane na problemy, studium przypadków, eksploratywne uczenie się.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Możliwości i ryzyko związane z praktyką opartą na ewidencji. 📁 Hierarchia ewidencji. 📁 Poziom różnych metod pomiarowych. 📁 Motywacja do przeprowadzenia standaryzowanych testów i kryteriów wyboru odpowiednich procedur. 📁 Jakościowa i ilościowa metodologia ocen standaryzowanych. 📁 Ogólne kryteria jakości pomiaru wyników. 📁 Ocena funkcjonalna, obiektywna i subiektywna. 📁 Ocena biomedyczna, biomechaniczna i biopsychospołeczna.

	📁 Specjalne biomechaniczne aspekty oceny układu ruchu.
Ocena	<p>Formatywna. Pisemna praca domowa (500-1000 słów) opisująca zbieranie i opisowo-statystyczną ocenę danych co najmniej dziesięciu pacjentów z codziennej praktyki uczestnika. Dane powinny być odpowiednie do oceny interwencji zarówno na poziomie strukturalnym/funkcjonalnym, jak i na poziomie aktywności/uczestnictwa.</p> <p><i>Feedback:</i> bezpośrednia/ustna</p>
Polecana literatura	<p>📖 Bös, K. (2001). <i>Handbuch Motorische Tests</i> (2.Ed., Hogrefe).</p> <p>📖 Øvretveit, J. (2002). <i>Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen</i> (Hans Huber).</p> <p>📖 Physio-Akademie (2006). <i>Handbuch Standardisierte Ergebnismessung</i> (Eigendruck).</p> <p>📖 Rentsch, H.P., Bucher, P.O. (2006). <i>ICF in der Rehabilitation</i> (2.Ed., Schulz-Kirchner).</p>
Materiały pomocnicze	<p>📁 Skrypt Physio-Akademie.</p> <p>📁 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie.</p> <p>📁 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner.</p> <p>📁 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych.</p> <p>📁 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.</p>
Wykładowca	Aleksander Lizak; Uwe Hallmann.
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

MANIPULACJE CZĘŚĆ II

Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Czas trwania	<p>⌚ Zajęcia: 32 godz. lek.</p> <p>⌚ Samokształcenie: 34 godz. lek</p>
Słowa kluczowe	Clinical Reasoning; Struktura badania; przekazywanie wyników; przygotowanie do egzaminu.
Opis	Blok ten ma na celu dalsze wzmocnienie umiejętności uczestników w zakresie postępowania z dysfunkcjami układu nerwowo-mięśniowo-szkieletowego oraz utrwalenie bezpiecznego postępowania z procedurami terapii manualnej. Opierając się na wiedzy i

	<p>umiejętnościach zdobytych w trakcie dotychczasowego szkolenia, uczestnicy rozwijają coraz większą pewność siebie w radzeniu sobie i wykazywaniu zaawansowanej wiedzy na temat mechanicznych, neurofizjologicznych i psychospołecznych aspektów typowych i nietypowych prezentacji pacjentów oraz szkolą swoje umiejętności skutecznego komunikowania się z innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny. Szczególne aspekty poszczególnych obrazów klinicznych są powtarzane i omawiane.</p>	
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego modułu uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Bezpiecznie stosować szeroki zakres specjalistycznych umiejętności manualnych nawet w sytuacjach stresowych oraz łączyć nietradycyjne procedury w celu skutecznego badania i leczenia typowych i nietypowych prezentacji pacjentów. ⊙ Poprzez dostęp do szerokiej i częściowo szczegółowej bazy wiedzy biomedycznej, klinicznej, behawioralnej i OMT, potrafi wykonać analityczną interpretację i ocenę objawów, symptomów i informacji. ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytycznie refleksyjny Clinical Reasoning, dzięki któremu fizjoterapeuta może określić i skutecznie wykorzystać odpowiednie metody i procedury w postępowaniu z bardzo zmiennymi problemami. ⊙ Wykorzystać zaawansowane umiejętności komunikacyjne, które umożliwiają pełną odpowiedzialność za cele i wyniki zarządzania pacjentami z dysfunkcją układu ruchu w zakresie tradycyjnych obowiązków specjalisty OMT. 	
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i></p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i></p> <p><i>Praca indywidualna:</i></p>	<p>wykłady problemowe, wykłady impulsowe, uczenie się przez obserwację</p> <p>uczenie się zorientowane na problemy, studium przypadków.</p> <p>samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Zaawansowana anatomia funkcjonalna, biomechanika i fizjologia. 📁 Aspekty modelu biopsychospołecznego. 📁 Clinical Reasoning w zaawansowanej ocenie diagnostycznej i planowaniu terapii. 📁 Szkolenie w zakresie wrażliwych i specyficznych technik manualnych. 📁 Komunikacja wewnątrz- i między zawodowa. 	
Ocena	<p>Formatywna: Praktyczne ustne opracowanie studium przypadku, które jest opracowywane na podstawie diagnozy i przedstawiane przed grupą.</p> <p><i>Feedback:</i> bezpośrednia/ustna</p>	
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Frisch, H. (1998). <i>Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates</i> (7.Ed., Springer). 📖 Klinke, R., Pape, H.-C., Silbernagl, S. (Eds.) (2005). <i>Physiologie</i> 	

	(5.Ed., Thieme).
	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer). 📖 Neumann, D.A. (2002). <i>Kinesiology of the Musculoskeletal System</i> (Mosby/Elsevier).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Skrypt Physio-Akademie. 📖 <i>Media drukowane</i>: Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 📖 <i>Sprzęt</i>: Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 📖 <i>Oprogramowanie</i>: Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych. 📖 <i>Materiał prezentacji</i>: rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Thomas Lihagen
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.
WYKŁADY LEKARSKIE; OCENA ZDJĘĆ RTG	
Tryb	Kurs stacjonarny (3 dni)
Czas trwania	<ul style="list-style-type: none"> 🕒 Zajęcia: 24 godz. lek. 🕒 Samokształcenie: 42 godz. lek
Słowa kluczowe	Fizjologia mięśni; biomechanika; fizjologia bólu; percepcja bólu; patofizjologia kręgosłupa; epidemiologia
Opis	<p>Blok ten ma na celu rozwijanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. W centrum uwagi znajdują się nauki biomedyczne i rola terapeutów manualnych jako osób podejmujących decyzje kliniczne, uczących się i ekspertów.</p> <p>Opierając się na posiadanej wiedzy, uczestnicy rozwijają specjalistyczną wiedzę z zakresu fizjologii i biomechaniki układu ruchu oraz ugruntowują głębokie zrozumienie potrzeby ciągłego rozwoju wiedzy przez nich jako jednostki oraz jako zawodu.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 🎯 Zastosować wysoce specjalistyczną wiedzę w złożonych, zmiennych i specjalistycznych kontekstach oraz uznać potrzebę ciągłego rozwoju tej wiedzy. 🎯 Poprzez pokazanie procesu ciągłego uczenia się, który umożliwia posiadanie stale aktualnej, szczegółowej wiedzy merytorycznej,

interpretować analitycznie i oceniać częściowo abstrakcyjne znaki, symptomy i informacje.

- ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytycznie refleksyjnym Clinical Reasoning, dzięki któremu fizjoterapeuta jest w stanie opracować odpowiednie rozwiązania istniejących problemów tematycznych, etycznych i czasami abstrakcyjnych, jednocześnie uznając potrzebę dalszego uczenia się.
- ⊙ Przyczyniać się w sposób ukierunkowany, odpowiedzialny i skuteczny do dalszego rozwoju poziomu wiedzy o swoim zawodzie w ramach możliwej różnorodności funkcjonalnej specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia.

Metody dydaktyczne	<i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady, wykłady problemowe, uczenie się przez obserwację <i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Specjalna fizjologia mięśni. 📁 Biomechanika kręgosłupa i znaczenie jego lokalnej stabilizacji. 📁 Specjalna fizjologia bólu 📁 Wymiary, przetwarzanie i postrzeganie bólu. 📁 Klasyfikacje, epidemiologia i etiologia bólu szyi, pleców i obręczy miednicy. 📁 Patofizjologia, progresja i czynniki prognostyczne bólu szyi, pleców i obręczy miednicy. 📁 Konserwatywne i chirurgiczne leczenie bólu szyi, pleców i obręczy miednicy.
Ocena	Na tym bloku nie ma osobnej oceny.
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Brinckmann, P., Frobin, W., Leivseth, G. (2000). <i>Orthopädische Biomechanik</i> (Thieme). 📖 Van den Berg, F. (Ed.) (2000). <i>Angewandte Physiologie 2: Organsysteme verstehen und beeinflussen</i> (Thieme). 📖 Petty, N.J. (2004). <i>Principles of Neuromusculoskeletal Treatment and Management. A Guide for Therapists</i> (Churchill Livingstone). 📖 Siebert, H. (2006). <i>Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung</i> (Ziel).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 🔗 Skrypt Physio-Akademie. 🔗 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 🔗 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 🔗 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych.

☞ *Materiał prezentacji:* rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.

Wykładowca Prof. Dr. Gunnar Leivseth

Ewaluacja modułu Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

ZARZĄDZANIE W FIZJOTERAPII

Tryb Kurs stacjonarny (4 dni)

Czas trwania ☞ Zajęcia: 32 godz. lek.
☞ Samokształcenie: 50 godz. lek

Słowa kluczowe Praca dyplomowa, ewidencja, etyka badawcza, badania kliniczne, zarządzanie zasobami, samokształcenie;

Opis Blok ten ma na celu pogłębienie wiedzy i umiejętności uczestników w praktyce opartej na faktach oraz zainicjowanie procesu ciągłego indywidualnego uczenia się. W centrum uwagi znajduje się coaching pracy dyplomowej OMT oraz rola terapeuty manualnego jako osoby podejmującej decyzje kliniczne, menedżera i ucznia.

Znane treści są pogłębiane i konsolidowane w celu umożliwienia zarządzania pacjentami w oparciu o ewidencję również z perspektywy wiodących funkcji. Uczestnicy rozwijają świadomość w zakresie oceny, zbierania i rozszerzania bazy wiedzy zawodowej oraz konkretnie planują procedurę w ramach swojej pracy dyplomowej OMT.

Cele dydaktyczne Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:

- ☉ Korzystać ze specjalistycznej bazy wiedzy w kontekście praktyki opartej na ewidencji, która to wiedza umożliwi analityczną interpretację i ocenę abstrakcyjnych danych i koncepcji.
- ☉ Wykorzystać wysoko wyspecjalizowane umiejętności w złożonych i zmiennych kontekstach, które w ramach roli kierowniczej umożliwiają w pełni odpowiedzialne podejście do jakości i ilości wyników pracy jednostek lub grup.
- ☉ Określić odpowiednie metody naukowe, za pomocą których fizjoterapeuta jest w stanie opracować odpowiednie rozwiązania dla istniejących problemów tematycznych, etycznych i częściowo abstrakcyjnych oraz rozpoznać konieczność dalszego uczenia się.
- ☉ Planować samodzielnie określone procedury oparte na dowodach i krytyczno-refleksyjne, wykonywanie ich z efektywną alokacją zasobów i odpowiednie ustalanie priorytetów zadań.

Metody dydaktyczne *Nauczanie w klasie:* dyskusje, wykłady problemowe.
Nauczanie kooperatywne: eksploratywne uczenie się, moderacja

	odgrywanie ról.
	<i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Przegląd i pogłębienie treści bloków Praktyka oparta na ewidencji A+B, w szczególności projektów badań i kryteriów ważności. 📁 Etyczne aspekty badań. 📁 Ogólna struktura pracy naukowej i stylów cytowania 📁 Realistyczne wymagania wobec pracy dyplomowej OMT i omówienie przykładów prac z innych projektów OMT. 📁 Pomoc i możliwości w kontekście programu coachingowego pracy dyplomowej Grupy Roboczej ds. Terapii Manualnej. 📁 Opracowanie przybliżonej koncepcji pracy indywidualnej (pytanie, projekt studiów, kryteria ważności, wstępny podstawowy recherche podstawowe, rozważania na temat konsekwencji etycznych, planowanie dalszych kroków, w tym zarządzanie zasobami i ustalanie priorytetów przyszłych zadań).
Ocena	<p>Formatywna. Zgłoszenie exposé na temat przygotowania pracy dyplomowej OMT.</p> <p><i>Feedback:</i> ustnie jako część projektu coachingowego dla pracy dyplomowej OMT.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Antes, G., Bassler, D., Forster, J. (Eds.) (2003). <i>Evidenz-basierte Medizin. Praxis-Handbuch für Verständnis und Anwendung der EBM</i> (Thieme). 📖 Neugebauer, E., Mutschler, W., Claes, L. (2004). <i>Von der Idee zur Publikation: Eine Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten</i> (Thieme). 📖 Scherfer, E. (2006). <i>Forschung verstehen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Praxis</i> (Pflaum). 📖 Schnell, M.W., Heinritz, C. (2006). <i>Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft</i> (Huber).
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Skrypt Physio-Akademie. 📖 <i>Media drukowane:</i> Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie. 📖 <i>Sprzęt:</i> Komputer, aparat cyfrowy, drukarka, ksero, skaner. 📖 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe, oprogramowanie edukacyjne w zakresie anatomii i technik manualnych. 📖 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Stefan Hegenscheidt, MSc. ; Heiko Dahl, MSc.
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy

oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

SUPERVISION B

Tryb	Kurs stacjonarny (5 dni)
Czas trwania	<p>⌘ Zajęcia: od 40 godz. lek.</p> <p>⌘ Samokształcenie: 64 godz. lek</p>
Słowa kluczowe	Clinical Reasoning; komunikacja; model biopsychospołeczny, przeprowadzanie badania, dokumentacja, refleksja.
Opis	<p>Blok ten ma na celu rozwijanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. Koncentruje się na wdrażaniu specjalistycznych umiejętności w codziennej praktyce oraz roli terapeutów manualnych jako decydentów klinicznych, komunikatorów i współpracowników.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę uczestnicy specjalizują swoje Clinical Reasoning w typowych i nietypowych prezentacjach pacjentów poprzez rzeczywisty kontakt z pacjentami oraz doskonalą swoje umiejętności skutecznego komunikowania się werbalnie i niewerbalnie z innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny. Szkolona jest umiejętność osiągania znaczących wyników wspólnie z pacjentami i zespołami multidyscyplinarnymi.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Wykorzystać szerokie spektrum specjalistycznych umiejętności manualnych w codziennym życiu klinicznym, nawet w niestandardowych kombinacjach, których czułość i specyfika umożliwia sprawne badanie i leczenie typowych i nietypowych prezentacji pacjentów w kontekście terapii manualnej. ⊙ W codziennym życiu klinicznym korzystać z szerokiej i częściowo szczegółowej bazy wiedzy biomedycznej, klinicznej, behawioralnej i specjalistycznej, która umożliwia analityczną interpretację i ocenę objawów, symptomów i informacji. ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytycznie refleksyjny Clinical Reasoning w codziennym życiu klinicznym, który uznaje również znaczenie różnych dyscyplin i metod terapeutycznych oraz poprzez który fizjoterapeuta może określić odpowiednie procedury postępowania z bardzo zmiennymi konkretnymi i abstrakcyjnymi problemami. ⊙ Wykorzystać specjalistyczne umiejętności komunikacyjne w codziennym życiu klinicznym, które w kontekście zarządzania pacjentem umożliwiają pełną odpowiedzialność za wyznaczanie celów i osiąganie ich w ramach możliwej różnorodności funkcjonalnej specjalistów.

Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> superwizja praktyki, uczenie się zorientowane na problemy.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> 📁 Specjalistyczna diagnoza kliniczna i dokumentacja. 📁 Wdrożenie modelu biopsychospołecznego w praktyce klinicznej. 📁 Clinical Reasoning stosowany w badaniu, planowaniu, wykonaniu, progresji i regresji manualnych interwencji terapeutycznych. 📁 Pisemna dokumentacja badania i interwencji. 📁 Komunikacja werbalna/niewerbalna. 📁 Uwzględnienie różnych dyscyplin terapeutycznych w celu optymalnego osiągnięcia celów w postępowaniu z pacjentem.
Organizacja	<p>Ten blok modułu szkoleniowego odbywa się w małych grupach (stosunek uczestnik – mentor ok. 4:1) w miejscach, gdzie można zapewnić kontakt z prawdziwymi pacjentami. Instytucje partnerskie (praktyki, szpitale itp.) organizują dobrowolne uczestnictwo pacjentów ze złożonymi problemami systemu ruchu. Każdy uczestnik bada i leczy co najmniej jednego pacjenta dziennie, ale zazwyczaj od dwóch do trzech pacjentów. Może się to wiązać z początkowym kontaktem i kontaktem z pacjentem w dalszej fazie leczenia. Każdy kontakt z pacjentem trwa od 45 do 60 minut, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie natychmiastowego feedbacku od mentora.</p> <p>Uczestnicy są odpowiedzialni za zapewnienie, żeby każda mała grupa miała do dyspozycji zwykle pomoce do badania i leczenia, tzn. muszą one być dostarczone przez co najmniej jednego uczestnika z każdej grupy (młotek neurologiczny, radełko do badania czucia, centymetr, goniometr, klin do mobilizacji, pas trakcyjny). Ponadto każdy uczestnik jest zobowiązany do noszenia odzieży spełniającej wymagania profesjonalnego kontaktu z klientem w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto, na czas trwania mentoringu klinicznego, należy nosić identyfikator wydawany na początku dalszego szkolenia. Korzystanie z telefonów komórkowych, laptopów itp. jest dozwolone tylko w porozumieniu z wykładowcą.</p>
Ocena	<p>Formatywna: Ocena umiejętności wykazanych na pacjencie.</p> <p>Sumatywna: Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta ze złożonymi problemami nerwowo-mięśniowo- szkieletowymi.</p> <p><i>Feedback</i> (formatywna): natychmiastowa/ustna.</p> <p><i>Feedback</i> (sumatywna): opóźniona/pisemna i ustna.</p>
Polecana literatura	<ul style="list-style-type: none"> 📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying serious pathology of the spine</i> (Churchill Livingstone). 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). <i>Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie</i> (Elsevier).

	<p>📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). <i>Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen</i> (Thieme).</p> <p>📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). <i>Manipulation der Wirbelsäule</i> (4.Ed., Springer).</p> <p>📖 Petty, N.J., Moore, A.P. (2001). <i>Neuromusculoskeletal Examination and Assessment. A Handbook for Therapists</i> (2.Ed. Churchill Livingstone).</p>
Materiały pomocnicze	<p>🔌 <i>Sprzęt</i>: Komputer.</p> <p>🔌 <i>Oprogramowanie</i>: Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe.</p> <p>🔌 <i>Materiał prezentacji</i>: rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.</p>
Wykładowca	Heiko Dahl, MSc.; Lothar Jörger; Wolfgang Ruhrmann; Stefan Hegenscheidt, MSc.
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

INFORMACJE NA TEMAT SUMATYWNEJ OCENY TEGO BLOKU:

Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta z problemami nerwowo-mięśniowymi, w tym udokumentowana autorefleksja, jest oceniana jako sumatywna ocena tego bloku. Dokumentacja ta musi zostać przesłana przez uczestnika w formie elektronicznej w formacie Microsoft Word lub PDF nie później niż osiem tygodni po zakończeniu tego modułu (dozwolone jest skanowanie dokumentacji napisanej odręcznie). Zgłoszenia dokonuje się drogą elektroniczną na adres: Stefan Hegenscheidt. (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Pacjent wybrany do dokumentacji musi być w stanie przedstawić procedurę i plan postępowania uczestnika w przypadku skomplikowanego problemu, dlatego też dolegliwości powinny obejmować co najmniej dwa obszary anatomiczne (np. kręgosłup lędźwiowy i kończyna dolna). W udokumentowanym Clinical Reasoning należy odnieść się do aktualnej ewidencji, z której każda zawiera odpowiednie i właściwe odniesienia do literatury naukowej w obszarach wywiadu, badań funkcjonalnych i leczenia. Odpowiednie badania naukowe muszą być różne w różnych modułach mentoringu klinicznego. Należy podkreślić związek między badaniem naukowym a wybranym przypadkiem pacjenta, aby wykazać efekt uczenia się. Można to zrobić w bardzo krótkiej formie, na przykład:

„Autorzy badania XY stwierdzają, że VAS jest niezawodnym narzędziem do pomiaru bólu. W związku z tym moje zastosowanie VAS w tym przypadku pacjenta uważam za rozsądne i zamierzam nadal korzystać z tego narzędzia w ten sposób w przyszłości”.

Wykorzystane badania naukowe/prace muszą być nazwane zgodnie z poniższym wzorem z pełnym odniesieniem do literatury:

- A) Artykuły w czasopiśmie branżowym:
- Nazwisko, M. (2016). Prezentacja danych o literaturze w pracy naukowej. Nazwa magazynu, numer 11.
- B) Książka fachowa:

- Nazwisko, M. (2016). Jak napisać dyplomową pracę naukową. Wydawca, wydanie trzecie.

C) Strona internetowa:

- Nazwisko, M. (2016). Wyszukaj i znajdź źródła w Internecie. www.nazwastrony-intrnetowej.de; dostęp 08. 03. 2019.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących źródeł, które mogą różnić się od tych wzorów, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy ze Stefanem Hegenscheidtem (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Nie jest konieczne dołączanie pełnego tekstu wybranych badań do dokumentacji badania.

Wraz z upływem czasu trwania szkolenia oczekuje się, że uczestnicy będą coraz bardziej krytycznie odnosić się do wartości informacyjnej i jakości metodologicznej wykorzystywanej literatury. Ten aspekt wyboru literatury jest zatem również brany pod uwagę przy ocenie dokumentacji.

Do dokumentacji należy wykorzystać kartę badania i kartę autorefleksji Physio-Akademie gGmbH. Formularze te można pobrać z niniejszego programu nauczania (patrz załącznik) lub z internetowego portalu edukacyjnego OMT. Ocena przedłożonej dokumentacji dokonywana jest na podstawie poniższego arkusza oceny i klucza przedstawionego w regulaminie egzaminacyjnym niniejszego programu nauczania. Ocena tej oceny sumatywnej stanowi 2,5% oceny z praktycznego egzaminu ustnego OMT.

FEEDBACK

Uczestnicy otrzymają kopię swojej pisemnej oceny. Ponadto mocne i słabe strony oraz potrzeby edukacyjne uczestników są określane ustnie na życzenie, a także opracowywane są strategie przeciwdziałania im.

KWESTIONARIUSZ OCENY MENTORINGU KLINICZNEGO

Uczestnik: _____

Oznaczenie kursu: _____ Data ukończenia: _____

Bezwzględne kryteria oceny:

Dokumentacja została uzupełniona na czas i w całości (łącznie z arkuszem refleksji) przedłożone tak / nie

Dokumentacja jest czytelna (jakość pisma wraz z wielkością) tak / nie

Opisana problematyka odpowiada specyfikacjom objaśnionym w opisie bloku. tak / nie

Względne kryteria oceny	Max. ilość punktów	Otrzyma no
Pełna informacja formalna w dokumentacji (nazwisko terapeuty, data powstania).	2,0	
Anonimizacja chronionych danych pacjenta (nazwisko, data	2,0	

urodzenia, miejsce zamieszkania itp.)		
Jakość i ilość informacji zebranych w wywiadzie na temat klasycznych kategorii hipotez.	12,5	
Krótką, przejrzystą i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji w wywiadzie.	5,0	
Jakość i ilość informacji zebranych w ramach oglądania & badania funkcjonalnego w odniesieniu do klasycznych kategorii hipotez.	12,5	
Krótką, jasną i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji z oglądania i badania funkcjonalnego.	5,0	
Właściwa prezentacja wyboru, dawkowania i jeśli dotyczy progresji/redukcji interwencji terapeutycznych.	10,0	
Spójność podjętych decyzji na podstawie informacji przedstawionych w dokumentacji.	5,0	
Formułowanie konkretnych, realistycznych, wymiernych i określonych w czasie celów z uwzględnieniem różnych poziomów problemów w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójne zastosowanie i przejrzysta prezentacja wyników standaryzowanych pomiarów na wszystkich zdefiniowanych poziomach problemowych w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójna prezentacja dalszego planowanego, w razie potrzeby interdyscyplinarnego postępowania z pacjentem.	5,0	
Włączenie ewidencji do Clinical Reasoning w odniesieniu do aktualnego przypadku pacjenta.	9,0	
Kompletność formalnych danych o źródłach do wykorzystanej ewidencji.	3,0	
Znaczenie i metodyczna jakość wykorzystanej ewidencji.	9,0	
Suma	100	

W CELU POZYTYWNEGO PRZEJŚCIA TEJ OCENY SUMATYWNEJ NALEŻY SPEŁNIĆ WSZYSTKIE KRYTERIA OCENY OSTATECZNEJ I UZYSKAĆ CO NAJMNIEJ 60 % MOŻLIWYCH DO OSIĄGNIĘCIA PUNKTÓW.

Złożona dokumentacja jest oceniona jako

zdane (ocena _____).

niezdane (ocena _____).

Data: _____ Podpis ewaluatora _____

POWTÓRKI ZE WSZYSTKICH ZAGADNIĘŃ PORUSZANYCH PODCZAS SZKOLENIA; PRZYGOTOWANIE DO EGZAMINU; BÓL GŁOWY	
Tryb	Kurs stacjonarny (4 dni)
Czas trwania	⌘ Zajęcia: 32 godz. lek. ⌘ Samokształcenie: 14 godz. lek
Słowa kluczowe	Ból głowy; zawroty głowy; zarządzanie objawami; diagnostyka różnicowa.
Opis	Treści tego czterodniowego kursu to klasyfikacja i diagnostyka różnicowa różnych typów bólu głowy i zawrotów głowy, związek między dysfunkcją układu mięśniowo-szkieletowego a obecnymi objawami, a w szczególności praktyczne podejście do diagnostyki i leczenia tych kompleksów objawowych w fizjoterapii/terapii manualnej.
Cele dydaktyczne	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Klasyfikacja specyficznych terminów fachowych odnoszących się do zespołu objawów bólu głowy i zawrotów głowy. ⊙ Wyjaśnienie neurofizjologicznych i biomechanicznych mechanizmów powstawania. ⊙ Identyfikacja czerwonych flag i różnicowanie od struktur dających objawy. ⊙ Opisywanie i ocena wybranych procedur oceny w fizjoterapii. ⊙ Zrozumienie i zastosowanie różnicujących procesów Clinical Reasoning w złożonych obrazach klinicznych, a zwłaszcza w przewlekłych schematach bólu. ⊙ Przedstawienie metod leczenia fizjoterapeutycznego/manualnego oraz strategii postępowania z objawami. ⊙ Ocena i omówienie studiów przypadku. ⊙ Zastosowanie aktywnych i pasywnych środków leczniczych, trening zawrotów głowy, automobilizacja i stabilizacja, pomoc w samopomocy.
Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie w klasie:</i> wykłady problemowe.</p> <p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> uczenie się zorientowane na problemy, studia przypadku, eksploratywne uczenie się.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie</p>
Treści	<p>Kurs dotyczy m. in. następujących zagadnień:</p> <ul style="list-style-type: none"> 📁 Jakie specyficzne manewry podczas badania mogą zastosować w tych regionach w odniesieniu do odpowiednich objawów? 📁 Czy jako terapeuta mogę pomóc pacjentowi poprzez strategię leczenia, czy też muszę skierować pacjenta dalej?

	<ul style="list-style-type: none">📁 Jakie prognozy mogę postawić po dokładnym badaniu? Czy mogę osiągnąć poprawę u pacjenta po krótkim okresie leczenia czy raczej po dłuższym okresie czasu?📁 Jakie środki terapeutyczne wybieram, jak je stosować i jakie rezultaty można oczekiwać?📁 Które testy i sposoby terapii są skuteczne w oparciu o ewidencję?
Ocena	Nie przewiduje się oceny tego kursu.
Polecana literatura	📖 O poleceniu literatury można poprosić wykładowcę w trakcie kursu.
Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none">📁 Skrypt Physio-Akademie.📁 <i>Media drukowane</i>: Specjalistyczna biblioteka Physio-Akademie.📁 <i>Materiał prezentacji</i>: rzutnik, flipchart, tablica, tablica, projektor.
Wykładowca	Heiko Dahl, MSc.;
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

INFORMACJE NA TEMAT OCENY FORMATYWNEJ TEGO BLOKU:

W ramach oceny formatywnej tego bloku, oczekuje się pisemnego opracowania exposé na temat planowanej pracy dyplomowej OMT. Niniejsze exposé musi zawierać treści przedstawione poniżej, a exposé musi zostać otrzymane przez Stefana Hegenscheidta pocztą elektroniczną (s.hegenscheidt@physio-akademie.de) co najmniej tydzień przed ustną i praktyczną częścią egzaminu OMT. Złożenie tego exposé jest warunkiem wstępnym dla coachingu podczas przygotowywania pracy dyplomowej OMT (patrz rozdział Projekt coachingowy w załączniku). W ramach tego projektu coachingowego, trenerzy projektu udzielają również ustnego feedbacku na temat przygotowanego exposé.

Wymagana zawartość exposé na temat pracy dyplomowej OMT

- 1) Nazwisko uczestnika szkolenia jako kierownika projektu i ew. innych zaangażowanych osób.
- 2) Dane kontaktowe kierownika projektu.
- 3) Tymczasowy tytuł projektu.
- 4) Pytania/cele wstępne realizowane w ramach projektu.
- 5) Wyjaśnienie korzyści płynących z tego projektu w odniesieniu do ortopedycznej terapii manualnej.
- 6) Krótki opis dotychczasowego research dotyczących stanu badań związanych z tematem.
- 7) Opis planowanej metodyki.
- 8) Ocena ryzyka planowanego projektu z uwzględnieniem planowanych środków bezpieczeństwa.
- 9) Planowane środki w zakresie ochrony danych.

- 10) Przedstawienie możliwych konfliktów interesów.
- 11) Projekt informacji dla uczestników.
- 12) Projekt deklaracji zgody dla uczestników.
- 13) Przegląd czasowego zaplanowania przebiegu projektu

SUPERVISION C	
Tryb	Kurs stacjonarny (5 dni)
Czas trwania	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Zajęcia: od 40 godz. lek. ⌘ Samokształcenie: 40 godz. lek
Słowa kluczowe	Clinical Reasoning; komunikacja; model biopsychospołeczny, przeprowadzanie badania, dokumentacja, refleksja
Opis	<p>Blok ten ma na celu rozwijanie umiejętności uczestników w zakresie radzenia sobie z dysfunkcjami układu nerwowo-szkieletowego. Koncentruje się na wdrażaniu specjalistycznych umiejętności w codziennej praktyce oraz roli terapeutów manualnych jako decydentów klinicznych, komunikatorów i współpracowników.</p> <p>W oparciu o posiadaną wiedzę uczestnicy specjalizują swoje Clinical Reasoning w typowych i nietypowych prezentacjach pacjentów poprzez rzeczywisty kontakt z pacjentami oraz doskonalą swoje umiejętności skutecznego komunikowania się werbalnie i niewerbalnie z innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny. Pogłębia się zrozumienie potrzeby ciągłego rozwijania indywidualnych umiejętności i standardów umiejętności w zawodzie.</p>
Cele dydaktyczne	<p>Po zakończeniu tego bloku, uczestnik potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Wykorzystać szeroki zakres wysoko wyspecjalizowanych umiejętności manualnych w złożonych, zmiennych i specjalistycznych kontekstach praktyki klinicznej oraz uznanie potrzeby ciągłego rozwoju tych umiejętności. ⊙ Pokazać proces ciągłego uczenia się, który umożliwia posiadanie stale aktualnej, szczegółowej wiedzy merytorycznej, umożliwiającej analityczną interpretację i ocenę częściowo abstrakcyjnych objawów, symptomów i informacji w codziennym życiu klinicznym. ⊙ Zastosować oparty na dowodach i krytyczno-refleksyjny Clinical Reasoning w codziennym życiu klinicznym, dzięki któremu fizjoterapeuta jest w stanie opracować odpowiednie rozwiązania dla wysoce zróżnicowanych, etycznych i częściowo abstrakcyjnych problemów oraz rozpoznać konieczność dalszego uczenia się. ⊙ Niezależnie, celowo i skutecznie komunikować się ze wszystkimi innymi stronami zaangażowanymi w proces zdrowotny w ramach możliwej różnorodności funkcjonalnej specjalistów w systemie opieki

zdrowotnej, a tym samym osiągać cele większych grup docelowych.

Metody dydaktyczne	<p><i>Nauczanie kooperatywne:</i> superwizja praktyki, uczenie się zorientowane na problemy.</p> <p><i>Praca indywidualna:</i> samokształcenie.</p>
Treści	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Specjalistyczna diagnostyka kliniczna i dokumentacja złożonych dysfunkcji układów organizmu. ☞ Skuteczne wdrożenie modelu biopsychospołecznego w praktyce klinicznej. ☞ Skuteczne Clinical Reasoning w badaniu, planowaniu, wykonaniu, progresji i regresji specjalistycznych interwencji terapeutycznych. ☞ Skuteczna dokumentacja pisemna badań i interwencji. ☞ Specjalistyczna komunikacja na kilku poziomach. ☞ Znaczenie zaangażowania na rzecz najwyższych, indywidualnych standardów wydajności i dalszego rozwoju standardów zawodowych.
Organizacja	<p>Ten blok modułu szkoleniowego odbywa się w małych grupach (stosunek uczestnik – mentor ok. 4:1) w miejscach, gdzie można zapewnić kontakt z prawdziwymi pacjentami. Instytucje partnerskie (praktyki, szpitale itp.) organizują dobrowolne uczestnictwo pacjentów ze złożonymi problemami systemu ruchu. Każdy uczestnik bada i leczy co najmniej jednego pacjenta dziennie, ale zazwyczaj od dwóch do trzech pacjentów. Może się to wiązać z początkowym kontaktem i kontaktem z pacjentem w dalszej fazie leczenia. Każdy kontakt z pacjentem trwa od 45 do 60 minut, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie natychmiastowego feedbacku od mentora.</p> <p>Uczestnicy są odpowiedzialni za zapewnienie, żeby każda mała grupa miała do dyspozycji zwykle pomoce do badania i leczenia, tzn. muszą one być dostarczone przez co najmniej jednego uczestnika z każdej grupy (młotek neurologiczny, radełko do badania czucia, centymetr, goniometr, klin do mobilizacji, pas trakcyjny). Ponadto każdy uczestnik jest zobowiązany do noszenia odzieży spełniającej wymagania profesjonalnego kontaktu z klientem w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto, na czas trwania mentoringu klinicznego, należy nosić identyfikator wydawany na początku dalszego szkolenia. Korzystanie z telefonów komórkowych, laptopów itp. jest dozwolone tylko w porozumieniu z wykładowcą.</p>
Ocena	<p>Formatywna: Ocena umiejętności wykazanych na pacjencie.</p> <p>Sumatywna: Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta ze złożonymi problemami nerwowo-mięśniowo- szkieletowymi.</p> <p><i>Feedback</i> (formatywna): natychmiastowa/ustna.</p> <p><i>Feedback</i> (sumatywna): opóźniona/pisemna i ustna.</p>
Polecana literatura	<p>📖 Greenhalgh, S., Selfe, J. (2006). <i>Red Flags: A Guide to identifying</i></p>

serious pathology of the spine (Churchill Livingstone).

- 📖 Jones, M.A., Rivett, D.A., Tautenhahn, U, (2006). *Clinical Reasoning in der Manuellen Therapie* (Elsevier).
- 📖 Klemme, B., Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning: Therapeutische Denkprozesse lernen* (Thieme).
- 📖 Maitland, G., Hengeveld, E., Banks, K., English, K. (2008). *Manipulation der Wirbelsäule* (4.Ed., Springer).

Materiały pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> 🔌 <i>Sprzęt:</i> Komputer. 🔌 <i>Oprogramowanie:</i> Dostęp do Internetu, wewnętrzne forum internetowe. 🔌 <i>Materiał prezentacji:</i> rzutnik, flipchart, tablica, projektor.
Wykładowca	Heiko Dahl, MSc.; Lothar Jörger; Wolfgang Ruhrmann; Stefan Hegenscheidt, MSc.
Ewaluacja modułu	Ewaluacja przez uczestników za pomocą anonimowych kwestionariuszy oraz przez wykładowców za pomocą wewnętrznej interwizji.

INFORMACJE NA TEMAT SUMATYWNEJ OCENY TEGO BŁOKU:

Pisemna dokumentacja badania i leczenia pacjenta z problemami nerwowo-mięśniowymi, w tym udokumentowana autorefleksja, jest oceniana jako sumatywna ocena tego bloku. Dokumentacja ta musi zostać przesłana przez uczestnika w formie elektronicznej w formacie Microsoft Word lub PDF nie później niż osiem tygodni po zakończeniu tego modułu (dozwolone jest skanowanie dokumentacji napisanej odręcznie). Zgłoszenia dokonuje się drogą elektroniczną na adres: Stefan Hegenscheidt. (s.hegenscheidt@physio-akademie.de).

Pacjent wybrany do dokumentacji musi być w stanie przedstawić procedurę i plan postępowania uczestnika w przypadku skomplikowanego problemu, dlatego też dolegliwości powinny obejmować co najmniej dwa obszary anatomiczne (np. kręgosłup lędźwiowy i kończyna dolna). W udokumentowanym Clinical Reasoning należy odnieść się do aktualnej ewidencji, z której każda zawiera odpowiednie i właściwe odniesienia do literatury naukowej w obszarach wywiadu, badań funkcjonalnych i leczenia. Odpowiednie badania naukowe muszą być różne w różnych modułach mentoringu klinicznego. Należy podkreślić związek między badaniem naukowym a wybranym przypadkiem pacjenta, aby wykazać efekt uczenia się. Można to zrobić w bardzo krótkiej formie, na przykład:

„Autorzy badania XY stwierdzają, że VAS jest niezawodnym narzędziem do pomiaru bólu. W związku z tym moje zastosowanie VAS w tym przypadku pacjenta uważam za rozsądne i zamierzam nadal korzystać z tego narzędzia w ten sposób w przyszłości”.

Wykorzystane badania naukowe/prace muszą być nazwane zgodnie z poniższym wzorem z pełnym odniesieniem do literatury:

- A) Artykuły w czasopiśmie branżowym:
- Nazwisko, M. (2016). Prezentacja danych o literaturze w pracy naukowej. Nazwa magazynu, numer 11.

B) Książka fachowa:

- Nazwisko, M. (2016). Jak napisać dyplomową pracę naukową. Wydawca, wydanie trzecie.

C) Strona internetowa:

- Nazwisko, M. (2016). Wyszukaj i znajdź źródła w Internecie. www.nazwastrony-intrnetowej.de; dostęp 08. 03. 2019.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących źródeł, które mogą różnić się od tych wzorów, prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy ze Stefanem Hegenscheidtem (s.hegenscheidt@physio-akademie.de). Nie jest konieczne dołączanie pełnego tekstu wybranych badań do dokumentacji badania.

Wraz z upływem czasu trwania szkolenia oczekuje się, że uczestnicy będą coraz bardziej krytycznie odnosić się do wartości informacyjnej i jakości metodologicznej wykorzystywanej literatury. Ten aspekt wyboru literatury jest zatem również brany pod uwagę przy ocenie dokumentacji.

Do dokumentacji należy wykorzystać kartę badania i kartę autorefleksji Physio-Akademie gGmbH. Formularze te można pobrać z niniejszego programu nauczania (patrz załącznik) lub z internetowego portalu edukacyjnego OMT. Ocena przedłożonej dokumentacji dokonywana jest na podstawie poniższego arkusza oceny i klucza przedstawionego w regulaminie egzaminacyjnym niniejszego programu nauczania. Ocena tej oceny sumatywnej stanowi 2,5% oceny z praktycznego egzaminu ustnego OMT.

FEEDBACK

Uczestnicy otrzymają kopię swojej pisemnej oceny. Ponadto mocne i słabe strony oraz potrzeby edukacyjne uczestników są określane ustnie na życzenie, a także opracowywane są strategie przeciwdziałania im.

KWESTIONARIUSZ OCENY MENTORINGU KLINICZNEGO

Uczestnik: _____

Oznaczenie kursu: _____ Data ukończenia: _____

Bezwzględne kryteria oceny:

Dokumentacja została uzupełniona na czas i w całości (łącznie z arkuszem refleksji) przedłożone tak / nie

Dokumentacja jest czytelna (jakość pisma wraz z wielkością) tak / nie

Opisana problematyka odpowiada specyfikacjom objaśnionym w opisie bloku. tak / nie

Względne kryteria oceny	Max. ilość punktów	Otrzyma no
Pełna informacja formalna w dokumentacji (nazwisko terapeuty, data powstania).	2,0	

Anonimizacja chronionych danych pacjenta (nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania itp.)	2,0	
Jakość i ilość informacji zebranych w wywiadzie na temat klasycznych kategorii hipotez.	12,5	
Krótką, przejrzystą i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji w wywiadzie.	5,0	
Jakość i ilość informacji zebranych w ramach oglądania & badania funkcjonalnego w odniesieniu do klasycznych kategorii hipotez.	12,5	
Krótką, jasną i ogólnie zrozumiałą prezentacją informacji z oglądania i badania funkcjonalnego.	5,0	
Właściwa prezentacja wyboru, dawkowania i jeśli dotyczy progresji/redukcji interwencji terapeutycznych.	10,0	
Spójność podjętych decyzji na podstawie informacji przedstawionych w dokumentacji.	5,0	
Formułowanie konkretnych, realistycznych, wymiernych i określonych w czasie celów z uwzględnieniem różnych poziomów problemów w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójne zastosowanie i przejrzysta prezentacja wyników standaryzowanych pomiarów na wszystkich zdefiniowanych poziomach problemowych w rozumieniu ICF.	10,0	
Spójna prezentacja dalszego planowanego, w razie potrzeby interdyscyplinarnego postępowania z pacjentem.	5,0	
Włączenie ewidencji do Clinical Reasoning w odniesieniu do aktualnego przypadku pacjenta.	9,0	
Kompletność formalnych danych o źródłach do wykorzystanej ewidencji.	3,0	
Znaczenie i metodyczna jakość wykorzystanej ewidencji.	9,0	
Suma	100	

W CELU POZYTYWNEGO PRZEJŚCIA TEJ OCENY SUMATYWNEJ NALEŻY SPEŁNIĆ WSZYSTKIE KRYTERIA OCENY OSTATECZNEJ I UZYSKAĆ CO NAJMNIEJ 60 % MOŻLIWYCH DO OSIĄGNIĘCIA PUNKTÓW.

Złożona dokumentacja jest oceniona jako

zdane (ocena _____).

niezdane (ocena _____).

Data: _____ Podpis ewaluatora _____

PRZYGOTOWANIE DO KOŃCOWEJ PRACY DYPLOMOWEJ
EGZAMIN SPRAWDZAJĄCY NR 1
EGZAMIN SPRAWDZAJĄCY NR 2
EGZAMIN PISEMNY
EGZAMIN KOŃCOWY

Tryb	Kurs stacjonarny
Warunek dopuszczenia	Ukończenie wszystkich kursów OMT
Opis	<p>Egzamin OMT składa się z pisemnej i ustnej (praktycznej) części jak również z pracy dyplomowej. Wszystkie części egzaminu odbędą się oddzielnie</p> <p>CZĘŚĆ PISEMNA EGZAMINU: <i>Czas trwania 240min.</i> Uczestnicy odpowiedzą pisemnie na pytania dotyczące wszystkich obszarów tematycznych OMT. Może to być dowolna kombinacja pytań otwartych, pytań otwartych typu wymień i pytań wielokrotnego wyboru. Korzystanie z notatek i innych środków pomocniczych jest niedozwolone.</p> <p>PRZYKŁAD PYTANIA OTWARTEGO: Do czego służy stwierdzenie ważność (Validität) w praktyce opartej na ewidencji?</p> <p>PRZYKŁAD PYTANIA OTWARTEGO TYPU WYMIĘŃ: Nazwij wszystkie struktury segmentu ruchowego kręgosłupa, które są unerwione nocyceptywnie.</p> <p>PRZYKŁADOWE PYTANIE WIELOKROTNEGO WYBORU: Proszę zaznaczyć wszystkie prawidłowe odpowiedzi: Efekt pełzania (Creep) mięśniowej tkanki łącznej</p> <p>A) ... opisuje reakcję tkanki na trwałe bodziec rozciągający. B) ... rozpoczyna się natychmiast po zastosowaniu działającej siły. C) ... prowadzi do strukturalnej zmiany długości tkanki mięśniowej. D) ... może być stosowany w leczeniu dysfunkcji mięśni.</p> <p>CZĘŚĆ PRAKTYCZNA EGZAMINU USTNEGO: <i>Czas trwania 120min.</i> Uczestnicy najpierw spędzają 60 minut w obecności egzaminatora z pacjentem, który ma złożoną dolegliwość nerwowo-mięśniowo- szkieletową. Czas ten jest przeznaczony na kompleksowe badanie, w razie potrzeby na leczenie próbne i przygotowanie planu terapii, a także na przygotowanie prezentacji pacjenta przed komisją egzaminacyjną. Egzaminator jest tutaj biernym obserwatorem procesu diagnostycznego.</p> <p>Wszyscy pacjenci uczestniczący w badaniu są z wyprzedzeniem informowani przez członków komisji egzaminacyjnej o szczególnych cechach sytuacji wynikających z przeprowadzanego egzaminu. Wszystkie pomoce wymagane w typowej sytuacji klinicznej (arkusze dokumentacji, kształtki, młotek neurologiczny, goniometr itp.) są do dyspozycji.</p> <p>Druga połowa badania ma na celu prezentację pacjenta (ok. 45 minut)</p>

komisji badawczej, co obejmuje również demonstrację wybranych technik badania i leczenia, a także demonstrację technik High-Velocity (manipulacji) na innych egzaminowanych uczestnikach oraz interpretację przykładowych zdjęć rentgenowskich.

PRACA DYPLOMOWA: Jest to praca końcowa OMT, którą należy złożyć. Szczegółowy opis wszystkich aspektów tej pracy można znaleźć poniżej w osobnej części programu nauczania OMT.

Cele	<p>Egzamin OMT służy zapewnieniu najwyższych standardów umiejętności w ortopedycznej terapii manualnej zgodnie z wytycznymi International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT).</p> <p>Jeżeli wszystkie części egzaminu OMT zostały pomyślnie zaliczone, uczestnik ma prawo tytułować się określeniem „OMT”.</p>
Ocena	<p>Poszczególne części egzaminu OMT są z reguły oceniane jako „zdane” lub „niezdane”. Ponadto przydzielana jest ocena na podstawie skali ocen przedstawionej w regulaminie egzaminacyjnym tego programu nauczania.</p> <p>Ocena części egzaminu składa się z następujących elementów:</p> <p>CZĘŚĆ PISEMNA EGZAMINU: 100% z testu pisemnego. Aby zdać egzamin, należy uzyskać co najmniej 60% możliwych do uzyskania punktów w tej części egzaminu.</p> <p>CZĘŚĆ PRAKTYCZNA USTNA EGZAMINU: W tej części egzaminu od uczestnika oczekuje się wykazania zdolności do pełnienia wszystkich ról specjalisty OMT określonych przez IFOMPT na poziomie odpowiadającym poziomowi 7 Europejskich Ram Kwalifikacji. W szczególności należy wykazać podstawowe kompetencje (wymiar) fizjoterapeuty OMT określone przez IFOMPT (zob. również załącznik 5).</p> <p>W tej części egzaminu można uzyskać następujące punkty:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) maksymalnie 12 punktów z oceny sumatywnej bloków modułów szkoleniowych OMT Mentoring kliniczny A-D (tj. po 3 punkty z oceny tych bloków Mentoringu klinicznego). b) maksymalnie 108 punktów na podstawie wrażenia z egzaminu praktycznego ustnego. <p>Punkty w części b) przyznawane są przez trzech egzaminatorów. Każdy egzaminator samodzielnie przydziela maksymalnie 36 punktów za praktyczny egzamin ustny, podzielony na obszary wywiadu, prowadzenia badania, prowadzenia leczenia, technik manipulacyjnych, oceny zdjęcia rentgenowskiego i prowadzenia pacjentów. Punkty osiągnięte w poszczególnych obszarach są przedstawione w „<i>Protokole oceny terapii manualnej</i>”(patrz poniżej).</p> <p>Wyniki od trzech egzaminatorów są łączone i dodawane do wyników osiągniętych w mentoringu klinicznym. Łącznie w tej części egzaminu można uzyskać maksymalnie 120 punktów. Aby zdać egzamin, należy uzyskać co najmniej 60% możliwych do uzyskania punktów w tej części</p>

	<p>egzaminu.</p> <p>PRACA DYPLOMOWA: 100 % z przedłożonej pracy dyplomowej (zob. również s. 61 i nast.). Aby zdać egzamin, należy uzyskać co najmniej 60% możliwych do uzyskania punktów w tej części egzaminu.</p>
Komisja egzaminacyjna	<p>Komisja egzaminacyjna składa się z co najmniej trzech członków spośród tych wymienionych poniżej:</p> <p>Heiko Dahl, MSc.; Carl Johan Fresk; Prof. Dr. Gunnar Leivseth; Lothar Jörger; Wolfgang Ruhrmann; Stefan Hegenscheidt, MSc.</p> <p>W razie potrzeby (np. w przypadku choroby) do komisji egzaminacyjnej mogą zostać przyjęci kolejni doświadczeni wykładowcy Physio-Akademie gGmbH.</p>
Feedback	<p>Uczestnicy otrzymują następujący Feedback dotyczący części egzaminu:</p> <p>CZĘŚĆ PISEMNA EGZAMINU: Z reguły uczestnicy otrzymują pisemne powiadomienie o swojej ocenie w ciągu 4 tygodni od tej części egzaminu.</p> <p>PRAKTYCZNA CZĘŚĆ USTNA EGZAMINU: W dniu egzaminu uczestnicy otrzymują ustny feedback na temat swoich wyników oraz z reguły, w ciągu czterech tygodni pisemne powiadomienie o swojej ocenie.</p> <p>PRACA DYPLOMOWA: W zasadzie uczestnicy otrzymują pisemne powiadomienie o swojej ocenie w ciągu 8 tygodni od złożenia pracy dyplomowej.</p>

INFORMACJE DOTYCZĄCE EGZAMINU OMT

DOPUSZCZENIE DO EGZAMINU OMT

O dopuszczeniu do egzaminu OMT decyduje komisja egzaminacyjna Physio-Akademie gGmbH. Aby zostać dopuszczonym do egzaminu OMT, uczestnicy muszą w szczególności:

- Udokumentować pełną obecność na blokach mentoringu klinicznego od A do E oraz w modułach kluczowych.
- Być w stanie wykazać wystarczającą obecność w pozostałych blokach (tj. zazwyczaj związaną z nieobecnością w czasie trwania zajęć wynoszącą mniej niż 34 godz. lek)
- Udowodnić wykonanie zadań zawartych w ocenie sumatywnej bloków mentoringu klinicznego A do D.
- Przedłożyć dowód terminowego opłacenia wszystkich kosztów szkolenia poniesionych do tego momentu, w tym opłaty za egzaminy końcowe OMT.
- Przedstawić exposé o przygotowaniu pracy dyplomowej OMT zgodnie ze specyfikacją.

PROBLEMY INDYWIDUALNE

Głównym celem wykładowców szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH jest doprowadzenie uczestników do sukcesu w szkoleniu i egzaminie. Jeżeli w trakcie szkolenia okaże się, że uczestnik ma trudności z osiągnięciem celów edukacyjnych, to we wspólnym interesie uczestników należy na wczesnym etapie przekazać poufnie tą informację i wspólnie poszukiwać rozwiązania. Komisja egzaminacyjna zastrzega sobie

prawo do zachęcenia uczestnika do zaprzestania dalszego szkolenia OMT lub do powtórzenia części szkolenia.

POWTARZANIE CZĘŚCI EGZAMINU

W przypadku niepowodzenia wszystkie trzy części egzaminu OMT można powtórzyć do dwóch razy. Takie powtarzanie ma miejsce w terminie od czterech do dwunastu miesięcy po niezdanej części egzaminu. Termin powtarzania musi być uzgodniona z kierownikiem szkolenia OMT. Po trzykrotnym niezdaniu egzaminu OMT, egzamin uważa się za ostatecznie niezdany.

Jeśli praca dyplomowa OMT zostanie oceniona jako „niezaliczona” w określonym terminie musi zostać napisana nowa praca lub oryginalna praca musi zostać odpowiednio zmieniona. Obie możliwości są uważane za powtórzenia tej części egzaminu OMT.

PROTOKÓŁ OCENY TERAPII MANUALNEJ

Nazwisko: _____

Data: _____

1. Wywiad:

Czy pytanie jest zorientowane na problem?

2. Prowadzenie badania:

a) Czy problem pacjenta został rozpoznany?

b) Wybór i kolejność badania

c) Wykonanie badania

3. Prowadzenie leczenia w oparciu o ustalony problem pacjenta

a) Wybór i kolejność

b) Wykonanie leczenia

4. Techniki manipulacyjne

5. Ocena zdjęcia rentgenowskiego

6. Prowadzenie pacjenta

Suma punktów

_____ (Podpis egzaminatora)

PROTOKÓŁ EGZAMINU KOŃCOWEGO Z T.M.
Egzamin praktyczny dnia: _____

Nazwisko: _____

100 % = 120 punktów

Aby zdać: 60% = 72 punkty

Z czego z Mentoringu Klinicznego maksimum do osiągnięcia:

- 12 punktów (3 badania po 4 punkty)

Z czego z praktycznej części ustnej maksimum do osiągnięcia:

- 108 punktów (3 egzaminatorów po 36 punkty)

Zdobyte punkty:

Z mentoringu klinicznego: _____

Z praktycznego egzaminu ustnego : _____

W sumie: _____

Wynik:

Zdane 0 (ocena _____)

Niezdane 0 (ocena _____)

 (Podpis)

 (Podpis)

 (Podpis)

PRACA DYPLOMOWA OMT

Pisząc pracę dyplomową OMT, uczestnicy szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH wykazują się umiejętnością pracy z metodami naukowymi w sposób refleksyjny w danym okresie czasu nad istotną z punktu widzenia terapeutycznego kwestią. Praca dyplomowa jest zatem istotną częścią kwalifikacji terapeuty OMT, szczególnie w odniesieniu do obszarów działania fizjoterapeuty OMT jako osoby podejmującej decyzje kliniczne, menedżera i ucznia.

Do pracy naukowej można wybrać różne projekty metodyczne. Z reguły należy wybrać metodologię eksperymentalną obejmującą statystyczną ocenę wyników. Minimalnym wymogiem jest tutaj przygotowanie Single-Case-Study (studium pojedynczego przypadku). Alternatywnie można wybrać projekty nieeksperymentalne, takie jak przeglądy systematyczne i metodologie z badań jakościowych. Inne formy działania wymagają zgody trenerów projektu Grupy Roboczej ds. Terapii Manualnej (patrz Projekt coachingowy) i muszą być ona uzyskana przez uczestnika przed złożeniem wymaganego exposé do pracy dyplomowej (patrz blok modułu szkoleniowego Kurs coachingu pracy dyplomowej).

CELE NAUCZANIA PRACY DYPLOMOWEJ OMT

ODDAJĄC PRACĘ DYPLOMOWĄ UCZESTNICY POTRAFIĄ:

- ⊙ Rozróżniać wiedzę tradycyjną od własnych doświadczeń i od sprawdzonej wiedzy oraz dostrzegać znaczenie i ograniczenia każdej z tych form zdobywania wiedzy.
- ⊙ Uczestniczyć w procesie profesjonalizacji w fizjoterapii poprzez rozwijanie naukowych sposobów myślenia i działania.
- ⊙ Stosować praktykę refleksyjną i opartą na dowodach naukowych.
- ⊙ Krytycznie kwestionować opublikowane prace i inną literaturę specjalistyczną poprzez transfer doświadczeń myślowych i działania, które miały miejsce w trakcie pracy dyplomowej.

Te nadrzędne cele edukacyjne osiągnięte zostaną przez prowadzenie uczestników podczas szkolenia OMT, jak również w czasie Projektu coachingowego Physio-Akademie gGmbH ...

- stworzenie zapytania dotyczącego przedmiotu zainteresowania, które to może zostać wdrożone i rozpatrzone w ramach istniejących możliwości.
- wyszukiwanie, zdobycie i ocena odpowiedniej/stosownej opublikowanej literatury
- opracowanie protokołu ze zbierania danych dotyczących tego zagadnienia i wdrożenie go w praktyce
- wybór odpowiednich metod oceny i prezentacji danych.
- przedstawianie wyników swojej pracy w sprawozdaniu (praca dyplomowa) zgodnie z kryteriami naukowymi, a w szczególności krytycznej ewaluacji granic zdobytej wiedzy.
- jak również formułowania dalszych pytań.

Osiągnięcie celów w ramach pracy dyplomowej jest w przeważającej mierze promowane przez treść bloków szkoleniowych: Praktyka oparta na ewidencji, Zaawansowane zarządzanie terapią i Kurs coachingu pracy dyplomowej. W celu dalszego wsparcia, Physio-Akademie gGmbH oferuje **PROJEKT COACHINGOWY PRACY DYPLOMOWEJ OMT** (patrz poniżej). Każdy uczestnik ma możliwość dobrowolnego wzięcia udziału w tym *projekcie coachingowym*.

ZASADY PRACY DYPLOMOWEJ OMT

Praca dyplomowa OMT jest jedną z trzech części egzaminu ze szkolenia OMT i podlega następującym przepisom:

- 1) Przygotowanie tej samej pracy dyplomowej OMT przez **KILKU UCZESTNIKÓW SZKOLENIA** wymaga zgody trenera projektu w ramach Kursu coachingowego pracy dyplomowej.
- 2) Warunkiem koniecznym do uczestnictwa jest terminowe złożenie **EXPOSÉS PLANOWANEJ PRACY DYPLOMOWEJ** (patrz blok modułu szkoleniowego Kursu coachingu pracy dyplomowej).
- 3) **RAMY CZASOWE:** Ostateczna wersja pracy dyplomowej musi zostać przekazana trenerowi projektu Physio-Akademie gGmbH najpóźniej sześć miesięcy po praktycznym egzaminie ustnym (patrz Projekt coachingowy). W uzasadnionych wyjątkowych przypadkach (np. dłuższa choroba) można złożyć pisemny wniosek o przedłużenie maksymalnie o 6 miesięcy. Trenerzy projektu decydują o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku w porozumieniu z kierownikiem szkolenia.

Jeśli zgłoszona praca zostanie oceniona jako „niezaliczona” uczestnik otrzymuje pisemną informację zwrotną na temat braków w tej pracy. Rozpoczyna się nowy okres 3 miesięcy, podczas którego uczestnik będzie miał możliwość poprawienia niedociągnięć i ponownego przedłożenia pracy.

Jeżeli w wyznaczonym terminie nie zostanie przedłożona żadna praca, to poprzedni temat nie może być dalej rozpatrywany. W takim przypadku należy uzgodnić z trenerami projektu nowy temat, a do jego opracowania stosuje się nowy termin sześciu miesięcy (od końca pierwszego terminu). Jednocześnie praca, która nie została złożona, zostanie oceniona jako „niezaliczona”.

- 4) Ostateczna praca dyplomowa musi zostać złożona w **PODWÓJNEJ WERSJI** jedna wydrukowana w wersji oprawionej lub zbindowanej oraz dodatkowo w formie elektronicznej jako dokument PDF.
- 5) Konstrukcja pracy dyplomowej musi być zgodna ze **SPECYFIKACJĄ FORMATU** Physio-Akademie gGmbH (patrz poniżej).
- 6) **OCENA** pracy dyplomowej jest przeprowadzana przez trenera projektu Physio-Akademie gGmbH (patrz Projekt coachingowy) na podstawie zdefiniowanych kryteriów (patrz poniżej, Kryteria oceny pracy dyplomowej OMT). Oceny dokonuje się na podstawie klucza oceny przedstawionego w regulaminie egzaminacyjnym niniejszego programu nauczania. Jeśli ewaluator określi wynik jako „niezaliczone”, drugi ewaluator (trener projektu) przeprowadza dalszą ewaluację. Jeśli wyniki obu ekspertów są sprzeczne, konsensus osiąga się poprzez zaangażowanie kierownika szkolenia Heiko Dahl (MSc.).

- 7) **WYNIK** tej części egzaminu (ocena pracy dyplomowej OMT) zostanie przekazany uczestnikowi na piśmie i/lub ustnie. Każdy uczestnik ma prawo otrzymać pisemną wersję swojego arkusza oceny.
- 8) **PUBLIKACJA:** Zawierając umowę szkoleniową, uczestnicy uzgadniają, że Physio-Akademie gGmbH może opublikować ich ostateczną pracę dyplomową stworzoną w ramach szkolenia OMT zgodnie z wytycznymi IFOMPT w elektronicznej bazie danych Physio-Akademie lub ich odpowiednich partnerów do współpracy.

W przypadku, gdy taka publikacja utrudniłaby kolejną publikację, np. w czasopiśmie branżowym, Physio-Akademie gGmbH całkowicie zrezygnuje z umieszczenia tej pracy w elektronicznej bazie danych.

PROJEKT COACHINGU PRACY DYPLMOWEJ

PROJEKT COACHINGU PRACY DYPLMOWEJ PHYSIO-AKADEMIE GGBH służy zaoferowaniu uczestnikom szkolenia OMT skutecznego wsparcia w przygotowaniu pracy dyplomowej w ramach egzaminu OMT. Projekt coachingowy nie zastępuje wsparcia w ramach bloków modułów szkoleniowych OMT, w szczególności bloku Kurs coachingu pracy dyplomowej, ale jest pomyślany jedynie jako uzupełnienie.

Korzystanie z projektu coachingowego jest zalecane wszystkim uczestnikom szkolenia OMT, ale jest dobrowolne. Z projektu coachingowego można korzystać tylko wtedy, gdy przestrzega się wyżej wymienionych przepisów i przestrzega się następujących wymogów.

RAMY CZASOWE

Projekt coachingowy można rozpocząć po ukończeniu bloku Kurs coachingu pracy dyplomowej. Trenerzy projektu są dostępni dla każdego uczestnika w ramach pracy dyplomowej przez łącznie 120 minut w sytuacji 1:1 (tj. jeden uczestnik i jeden trener projektu). W celu uzyskania maksymalnych korzyści zaleca się rozłożenie tego czasu na różne fazy coachingu.

Coaching rozpoczyna się od nieformalnej ustnej lub pisemnej prośby uczestnika do trenera projektu.

Projekt coachingowy kończy się automatycznie wraz z oficjalnym złożeniem pracy dyplomowej, najpóźniej sześć miesięcy po części praktycznej egzaminu ustnego OMT.

KOMUNIKACJA

Komunikacja pomiędzy uczestnikami OMT a trenerami projektu może odbywać się za pomocą poczty elektronicznej, telefonu lub osobiście. Pisemne wnioski przekazywane pocztą nie mogą być rozpatrywane.

Zapytania drogą elektroniczną są zazwyczaj przetwarzane w ciągu 14 dni. Bezpośrednia konsultacja jest możliwa tylko po wcześniejszym uzgodnieniu terminu spotkania.

Uczestnicy sami są odpowiedzialni za przestrzeganie kolejnych faz coachingu w ramach *projektu coachingowego*. Pytania wykraczające poza te fazy coachingu nie mogą być rozpatrywane w ramach *projektu coachingowego*.

FAZY COACHINGU

Aby proces coachingowy w ramach pracy dyplomowej OMT przebiegał sprawnie i efektywnie, należy ściśle przestrzegać kolejności i treści kolejnych faz coachingowych. Nie ma możliwości coachingu pojedynczych faz, np. tylko fazy 3/4 bez fazy 1/2, ponieważ zawartość tych faz opiera się na sobie nawzajem.

Treści wszystkich faz są przedstawiane i rozwijane w blokach modułów szkoleniowych Praktyka oparta na ewidencji i Kurs coachingu pracy dyplomowa. Dlatego też można wykorzystać różne materiały z tych kursów, w szczególności materiały z bloku Kurs coachingu pracy dyplomowej.

FAZA 1: OMÓWIENIE UPREDNIO ZŁOŻONEGO EXPOSÉS PRACY DYPLOMOWEJ

Etap ten powinien odbyć się nie później niż cztery tygodnie po ustnej części praktycznej egzaminu. Zaleca się jednak zwrócenie uwagi na ten etap przed egzaminem. Faza zostaje zakończona, gdy uczestnik przygotuje konkretnie opracowane exposé, użyteczną informację dla uczestnika i deklarację zgody, a także posiada konkretnie zaplanowaną dalszą procedurę dla swojego projektu.

FAZA 2: PIERWSZA FAZA OPRACOWANIA

W tej fazie przeprowadzany jest niezbędny wstępny recherche, rekrutacja osób badanych i zbieranie danych. Coaching koncentruje się tutaj na kwestiach praktycznego wdrażania i rozwiązywania pojawiających się problemów. Trenerzy projektu nie wykonują żadnych zadań za uczestników OMT, takich jak np. przeglądanie potencjalnie istotnej literatury. Ponieważ jednak zaleca się, aby wszyscy uczestnicy rozpoczęli pisanie fragmentów tekstu wcześniej (np. Wstęp pracy), prowadzący może dać informację zwrotną do tych pierwszych szkiców tekstu.

FAZA 3: DRUGA FAZA OPRACOWANIA

Statystyczna ocena zebranych danych, interpretacja wyników i integracja wyników w szerszym kontekście (w razie potrzeby z dalszym recherche). Coaching w tej fazie koncentruje się na indywidualnych niejednoznacznościach i pytaniach uczestników dotyczących oceny zebranych danych.

FAZA 4: PISANIE

W tej fazie coaching koncentruje się na takich kwestiach, jak struktura, sposób cytowania, projektowanie tabel, lista literatury, formatowanie tekstu itp., a także na stylu pisania, który spełnia kryteria naukowe.

Przykłady ogólnego stylu pisania:

- Należy zwrócić uwagę na to, aby pisać tak, jakby projekt był zgłaszany publiczności. Oznacza to, że jeśli opisywane jest coś, co wydarzyło się w przeszłości, należy również wybrać formę przeszłą.
- Niepotrzebnie skomplikowany język nie czyni tekstu bardziej naukowym. Oczywiście terminy fachowe są nie tylko pożądane, ale nawet konieczne. Niemniej jednak teksty muszą być jasne i łatwe do zrozumienia.

TRENER PROJEKTU & KONTAKT

Stefan Hegenscheidt
Physio-Akademie gGmbH
Wremer Specken 4
D-27639 Wurster Nordseeküste

Fon: +49 4705-951823

E-Mail: s.hegenscheidt@physio-akademie.de

Osobami pomagającymi ze strony polskiej będą:

1. Agnieszka Wierciak, E-Mail: agawierciak@interia.pl
2. Beata Pałdyna, E-Mail: beatapaldyna@gmail.com

FORMATOWANIE PRACY DYPLOMOWEJ OMT

Ostateczna praca dyplomowa w ramach szkolenia OMT Physio-Akademie gGmbH zgodnie ze standardami IFOMPT musi być sformatowana zgodnie z poniższymi specyfikacjami:

STRONA TYTUŁOWA

Należy zastosować podaną stronę tytułową (patrz poniżej).

ZSZYWANIE/ OPRAWIANIE

Kopie do druku, które należy dostarczyć, muszą być oprawione lub zbindowane. Można wykorzystać dowolne bindowanie lub oprawę, ale tytuł pracy i rok jej ukończenia muszą być widoczne na zewnątrz (np. poprzez przezroczysty front lub np. nadruk tytułu/roku na twardej okładce)

OGÓLNA STRUKTURA

Struktura tekstu jest zgodna z międzynarodowym schematem IMRaD: Wprowadzenie – Metody – Wyniki i dyskusja. Dopuszczalne są uzasadnione odstępstwa i podziały tego schematu, np. w celu włączenia definicji.

JĘZYK

Tekst jest w języku niemieckim lub angielskim.

FORMATOWANIE TEKSTU

Czcionka:	Arial
Rozmiar czcionki:	12
Interlinia:	min. 1,3; max. 2,0
Wyrównanie:	Wyjustowany
Marginesy	górny/lewy/prawy 2,5cm, dolny 2cm

AKAPITY

Należy unikać akapitów wprowadzających, tzn. pisanie zdania, a następnie natychmiastowego rozpoczęcia nowej linii klawiszem „wróć”. Akapit powinien reprezentować jedną zakończoną myśl. Z reguły akapit składa się z kilku zdań. Jeżeli, na przykład, kryteria włączenia i wyłączenia dla osób uczestniczących w badaniu są przedstawione w akapicie dotyczącym metody, wówczas będzie to akapit. Większość artykułów publikowanych w czasopiśmie branżowych jest tego wzorcowym przykładem.

Pomiędzy dwoma akapitami należy wstawić pustą linię. To tworzy strukturę tekstu i ułatwia czytanie.

SPOSÓB CYTOWANIA

W odniesieniu do źródeł i listy literatury/odniesień należy stosować albo metodę Harvarda lub Vancouvera.

SKRÓTY

Skróty zwyczajowe (np., itd. , tzn., etc.) nie wymagają wyjaśnienia. Należy jednak wyjaśnić specjalne skróty, takie jak VKB, CVI lub PNF. W tym celu należy przygotować listę skrótów. Ponadto, termin fachowy, gdy jest stosowany po raz pierwszy w tekście, musi być rozwinięty, a dopiero po nim następuje skrót terminu w nawiasie. Od tego momentu w tekście można używać tylko tego skrótu.

TABELE I WYKRESY

Z jednej strony tabele, a grafiki, diagramy, zdjęcia z drugiej strony wymagają osobnej numeracji i tytułów. Lista ilustracji oraz lista grafik powinna być również dołączona do pracy. W tekście będą odniesienia do odpowiedniej ilustracji. W przypadku zdjęć, grafik itp. nietworzonych samodzielnie, prawo użytkowania musi być wyjaśnione i, jeśli to konieczne, uzyskane pozwolenie na użytkowanie.

WZÓR STRONY TYTUŁOWEJ PRACY DYPLOMOWEJ OMT



Bildungswerk Physio-Akademie gGmbH
des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK)

OMT

Szkolenie w zakresie ortopedycznej terapii manualnej
zgodnie ze standardami IFOMPT

Praca specjalistyczna

<Temat pracy dyplomowej>

przedłożona przez

<Imię i nazwisko>

Grupa szkoleniowa <numer>

w <miesiąc rok>

KRYTERIA OCENY PRACY DYPLOMOWEJ OMT

Uczestnik: _____ Oznaczenie kursu: _____

Definitywne kryteria oceny:

 Praca dyplomowa została przedłożona w terminie tak / nie

Względne kryteria oceny	Max. Ilość punktów	Uzyskano
Czy okładka jest zgodna ze specyfikacją formatu?	2	
Czy język i układ tekstu są zgodny ze specyfikacją formatu?	2	
Czy sposób cytowania i skróty są zgodne ze specyfikacją formatu?	2	
Czy tabele i grafiki są zgodne ze specyfikacją formatu?	2	
Czy ortografia, interpunkcja i gramatyka są akceptowalne?	2	
Czy styl językowy odpowiada stylowi ćwiczeń naukowych?	2	
Czy praca rozwija i odpowiada na pytanie, które jest istotne dla OMT?	5	
Czy przedmiot i podstawowe pojęcia w pracy są wystarczająco wyjaśnione ew. zdefiniowane?	5	
Czy metodologia właściwa dla danego zagadnienia została opracowana i wdrożona w sposób zrozumiały (z uwzględnieniem ograniczeń czasowych, którym podlega praca dyplomowa dla danego kursu)?	16	
Czy struktura odpowiada schematowi IMRaD? Jeśli nie, to czy te odchylenia mają znaczenie?	5	
Czy projekt opiera się na wystarczającej liczbie źródeł zewnętrznych? Czy ustalenia z dowodów zewnętrznych są wystarczająco krytycznie odzwierciedlone w odniesieniu do ich jakości metodologicznej, w razie potrzeby z wykorzystaniem znormalizowanego instrumentu oceny?	16	
Czy praca posiada solidną bazę danych w postaci literatury, wywiadów lub własnych pomiarów? Czy w wystarczającym stopniu do projektu włączone zostały wyniki pochodzące ze standaryzowanych pomiarów wyników?	10	
Czy wyniki własnej pracy są odpowiednio interpretowane i krytycznie rozważane, również biorąc pod uwagę to w jakim stopniu odpowiedziano na początkowe?	16	

Czy krytyczna refleksja na temat wybranego podejścia dotyczy tego, jak można było pracować w sposób bardziej zorientowany na cel lub oparty na ewidencji? Czy są formułowane wnioski dla przyszłych projektów?	10	
Czy opracowywane są nowe, bardziej zaawansowane pytania?	5	
Suma	100	

W CELU POZYTYWNEGO PRZEJŚCIA TEJ OCENY SUMATYWNEJ NALEŻY SPEŁNIĆ WSZYSTKIE KRYTERIA OCENY OSTATECZNEJ I OSIĄGNĄĆ CO NAJMNIEJ 60 % MOŻLIWYCH DO OSIĄGNIĘCIA PUNKTÓW.

Przedłożona praca dyplomowa oceniona została jako

zdana (ocena _____).

niezdana (ocena _____).

Data: _____ Podpis ewaluatora _____

ARKUSZ OCENY: CZĘŚĆ EGZAMINU OMT-PRACA DYPLOMOWA

Uczestnik (Nazwisko/ Imię): _____

Uczestnik (Data urodzenia): _____

Oznaczenie kursu: _____

Tytuł pracy dyplomowej: _____

Miesiąc i rok przedłożenia pracy: _____

Przedłożona praca dyplomowa oceniona została jako

zdana (ocena _____).

niezdana (ocena _____).

Uzasadnienie: _____

Data: _____ Podpis ewaluatora _____

ZAŁĄCZNIK 1: OSOBA KONTAKTOWA, DANE ADRESOWE & STRONY INTERNETOWE

<p>KIEROWNICTWO SZKOLENIA</p> <p>HEIKO DAHL</p> <p>Physio-Akademie gGmbH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Germany</p> <p>Telefon: + 49 4705-95180</p> <p>E-Mail: h.dahl@physio-akademie.de</p>	<p>ADMINISTRACJA I EDUKACYJNY PORTAL INTERNETOWY</p> <p>DR. EVA-MARIA WOLBER</p> <p>Physio-Akademie gGmbH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Germany</p> <p>Telefon: + 49 4705-951825</p> <p>E-Mail: e.wolber@physio-akademie.de</p>
<p>PRAKTYKA OPRATA NA EWIDENCJI, MENTORING KLINICZNY, PROJEKT COACHINGOWY, PRACA DYPLOMOWA, STUDIA MAGISTERSKIE</p> <p>STEFAN HEGENSCHIEDT</p> <p>Physio-Akademie gGmbH Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen) Germany</p> <p>Telefon: +49 4705-951823</p> <p>E-Mail: s.hegenscheidt@physio-akademie.de</p>	<p>PROJEKT COACHINGOWY, PRACA DYPLOMOWA</p> <p>STEFAN HEGENSCHIEDT (Germany)</p> <p>Telefon: +49 4705-951823</p> <p>E-Mail: s.hegenscheidt@physio-akademie.de</p> <p>AGNIESZKA WIERCIAK (Poland)</p> <p>E-Mail: agawierciak@interia.pl</p> <p>BEATA PAŁDYNA (Poland)</p> <p>E-Mail: beatapaldyna@gmail.com</p>
<p>BIBLIOTEKA</p> <p>BIURO PHYSIO-AKADEMIE GGMBH</p> <p>Wremer Specken 4 27639 Wurster Nordseeküste (Wremen)</p> <p>Telefon: +49 4705-95180</p> <p>E-Mail: info@physio-akademie.de</p>	<p>ADRESY INTERNETOWE</p> <p>PHYSIO-AKADEMIE www.physio-akademie.de</p> <p>INTERNETOWY PORTAL EDUKACYJNY PHYSIO-AKADEMIE www.physio-lernportal.de</p> <p>IFOMPT www.ifompt.org</p>

ZAŁĄCZNIK 2: KARTA BADANIA OMT



**Dokumentacja fizjoterapeutyczna
Badanie i leczenie**



Dokumentation der Physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung

Imię i nazwisko:
Urodzony/a:
Diagnoza lekarska:

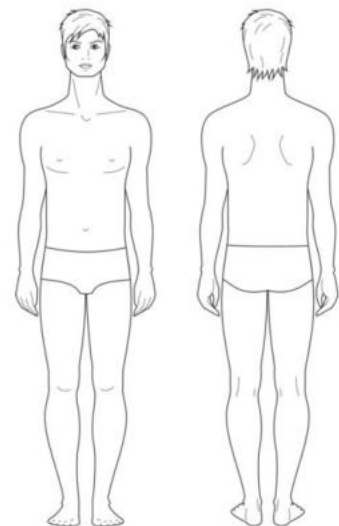
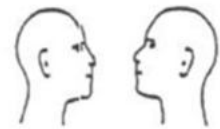
Data:
Zawód:
Aktualne zajęcie:
Terapeuta:
Lekarz:

Diagnoza fizjoterapeutyczna:

Uwaga!

1. Wywiad:

a) Zachowanie objawów:



Ból/skala dolegliwości pacjenta:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Legenda: ↑/↑↑/↑↑↑ zwiększenie

↓/↓↓/↓↓↓ zmniejszenie

📍 ból

Ⓜ/Ⓛ prawa/lewa

+ /++ /+++ więcej

- /- /-/- mniej (np. ROM)

© AG Manuelle Therapie im Deutschen Verband für Physiotherapie (DVP) e.V.

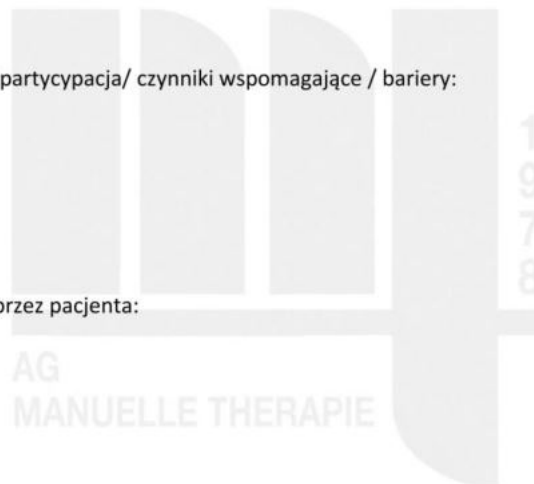
b) Historia choroby/ diagnoza lekarska/ terapie:

c) Czynniki ryzyka / wcześniejsze choroby/ leki:

d) Aktywność:

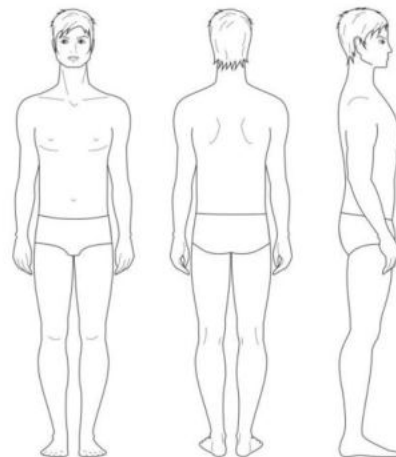
e) Aktywność społeczna/ partycypacja/ czynniki wspomagające / bariery:

f) Szacowanie problemu przez pacjenta:



© AG Manuelle Therapie im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

2. Oglądanie w spoczynku i w ruchu:



Dokumentation der Physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung

Strona 2

Legenda: ↑/↑↑/↑↑↑ zwiększenie
+ /++ /+++ więcej

↓/↓↓/↓↓↓ zmniejszenie
- /-- /--- mniej (np. ROM)

↔ ból

®/Ⓛ prawa/lewa

3. Badanie funkcji:

badanie orientacyjne:

badanie szczegółowe:

4. Diagnoza fizjoterapeutyczna: (notatka na stronie 1)

5. Cel leczenia określony przez pacjenta (aktywność/ partycypacja):

6. Prognoza terapeuty:

Legenda: ↑/↑↑/↑↑↑ zwiększenie
+ /++ /+++ więcej

↓/↓↓/↓↓↓ zmniejszenie
- /- /-/- mniej (np. ROM)

📍 ból

Ⓜ/Ⓛ prawa/lewa

Strona 3

7. Plan terapii

Mierzalne cele częściowe: (funkcja, aktywność, partycypacja)	Środki terapeutyczne:	Środki pacjenta:

8. Próbne leczenie i wynik

Protokół dalszego przebiegu:

terapia	Data:	Terapeuta:	Pomiary przed terapią:	Leczenie:	Efekty:
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

9. Badanie końcowe

Cele terapii/ środki:	Pomiary na początku:	Pomiary na koniec:	Cel terapii: osiągnięty:	nieosiągnięty:

Ocena:

ZAŁĄCZNIK 3: ARKUSZ AUTOREFLEKSJI

ARKUSZ REFLEKSJI

Rozdział 1: Refleksja po wywiadzie

Niniejsza część ma na celu rozważenie, w jakim stopniu informacje zebrane podczas wywiadu są wystarczające do opracowania wstępnych hipotez dotyczących przyczyny problemów pacjenta oraz zaplanowania dalszych procedur/badań. W tej pierwszej części odzwierciedlone są przemyślenia, które powinny mieć miejsce PO wywiadzie, ale PRZED rozpoczęciem dalszego badania.

Ocenia rodzaju objawów

W jakiej kategorii można najlepiej sklasyfikować problemy w chwili obecnej?

- Problemy obwodowe
- Problemy centralnego układu nerwowego
- Problemy autonomicznego/wegetatywnego układu nerwowego
- Problemy z przeważającym wymiarem psycho-emocjonalnym

Rozpoznawanie wzorców

Czy problemy mają typowy wzór, który można przypisać do znanego typu problemu? (np. przepuklina dyskowa z podrażnieniem korzenia nerwowego; artroza; zespół bólu pod barkowego; zachowanie związane z unikaniem, lękiem itp.) Jeśli tak, to jaki typ problemu wskazuje ten wzór w tym przypadku?

W jakim stopniu pacjent jest dotknięty problemami?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Uzasadnienie:

Zależności problemów (w przypadku kilku różnych problemach)

1. Czy początkowo problemy te miały wspólną przyczynę pojawienia się?
2. Czy problemy rozwijały się synchronicznie czy asynchronicznie w czasie?
3. Czy rozwój dotychczasowych problemów odpowiada aktualnej wstępnej hipotezie przyczynowej?

Spodziewana reakcja objawów

Czy należy spodziewać się nagłego i/lub gwałtownego nasilenia objawów, np. podczas pewnych ruchów/czynności? Jak bardzo jest to prawdopodobne?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Uzasadnienie:

Jaki jest udział aspektów mechanicznych/zapalnych w tym problemie?

Aspekty mechaniczne:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Uzasadnienie:

Aspekty zapalne:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Uzasadnienie:

Czy w dalszym przebiegu badania należy wziąć pod uwagę coś szczególnego?

1. Czy istnieją bezwzględne lub względne przeciwwskazania dla niektórych etapów badania, np. dla niektórych manewrów/czynności?
2. Czy należy sprawdzić coś specjalnego? (np. integralność kręgosłupa szyjnego, szczegółowe pytania dotyczące dalszych czynników ryzyka lub dalsze badania przeprowadzane przez inne osoby, takie jak lekarze lub psychologdy). Jeśli tak, to dlaczego?
3. Czy należy spodziewać się opóźnionego rozpoczęcia i/lub długotrwałych dolegliwości? Jeśli tak, to dlaczego?

Jaki rodzaj prowokacji objawów jest zaplanowany w dalszym przebiegu badania?

Dla badającego, cenne informacje często wynikają z pełnego oddziaływania (100% prowokacji/redukcji) wszystkich objawów i promieniowania. Ze względu na zgodę pacjenta oraz względy fizjologiczne i etyczne często jednak pojawia się tu konflikt interesów. Wywiad powinien dać wskazówki, jak rozwiązać ten konflikt w konkretnym przypadku.

W odniesieniu do wszelkich możliwych objawów i promieniowania:

1. Czy powinny być one prowokowane czy raczej odciążone? Dlaczego?
2. Jak mocno powinny być one zreprodukowane? (np. 100%, do pierwszej zmiany symptomów, 0%, itp.). Dlaczego?

Jak zaplanowane jest wykonywanie ruchu w dalszym przebiegu badania?

Rodzaj informacji, na które liczy się podczas kontroli ruchu, jest bardzo zmienny i może zależeć od konkretnego przypadku. Do niego powinno być dostosowane wykonanie ruchu.

1. Jak należy wykonywać aktywne ruchy? Która część zakresu ruchu ma zostać zbadana? (np. początek ruchu, cały zakres ruchu, koniec ruchu). Proszę uzasadnić.

2. Jak należy wykonywać ruchy bierne? Która część zakresu ruchu ma zostać zbadana? (np. początek ruchu, cały zakres ruchu, koniec ruchu, koniec ruchu z dociskiem). Proszę uzasadnić.

Jakie są oczekiwania w odniesieniu do oznak, które mają być przyporządkowane w dalszym przebiegu?

Czasami badanie rozwija się inaczej niż oczekiwano w dalszym przebiegu po wywiadzie. Aby móc lepiej reagować w takich przypadkach, sensowne jest świadome porównanie oczekiwań ze stanem FAKTYCZNYM. W przypadku spodziewanych trudności, pozwala to również, w razie potrzeby, na opracowanie dodatkowych pytań, które mogą dostarczyć cennych informacji.

„Po pierwszej części badania (wywiadzie) oczekuję, że...”

1. Dalsze przypisywane oznaki w badaniu orientacyjnym będą łatwe/ trudne do znalezienia, ponieważ...
2. Dalsze przypisywane oznaki w badaniu szczegółowym będą łatwe/ trudne do znalezienia, ponieważ ...

Rozdział 2: Refleksja po badaniu/pierwszym leczeniu

W tej części przedstawiono tymczasowe oszacowanie i ocenę problemu oraz własną procedurę w trakcie leczenia. Powinien on zostać przetworzony w ramach pierwszych trzech kontaktów z pacjentem.

Ocena problemu zgodnie z wytycznymi ICF

Na jakich poziomach znajdują się wpływy zdrowotne w sensie ICF i jak właściwie wyglądają?

1. Poziom struktury i funkcji

- np. ucisk prawego korzenia nerwowego C5 (struktura) z obniżonym rozwojem siły prawego M. biceps brachii przez zaburzenie przewodzenia nerwowego (funkcja).

2. Poziom aktywności

- np. ograniczenie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem prawego ramienia.

3. Poziom uczestnictwa

- np. obecnie niemożliwe jest uczestnictwo w życiu zawodowym jako ślusarz przemysłowy i ograniczony udział w hobby kręgielni.

4. Poziom środowiska (bariery i czynniki wspomagające)

- Np. duża presja społeczna na szybki powrót do pracy (czynnik bariery).
- Możliwość bezpłatnego i nadzorowanego treningu w sąsiednim studio fitness znajomego (czynnik wspomagający).

W odniesieniu do wyżej wymienionej oceny skutków zdrowotnych w rozumieniu ICF ...

1. Jak ta ocena wpływa na prognozę? Proszę uzasadnić.

2. Jak ta ocena wpływa konkretnie na dalsze zaplanowane zarządzanie? Proszę uzasadnić.

Streszczenie Clinical Reasonings tego przypadku

Poniższa tabela zawiera przegląd powodów, które były brane pod uwagę w całym procesie Clinical Reasoning za lub przeciw włączeniu różnych możliwych przyczyn. Jest to kluczowe narzędzie do refleksji nad uzasadnionymi i nieuzasadnionymi założeniami, ponieważ może ujawnić dominujące lub zrównoważone argumenty za i przeciw. Zaleca się szczegółową edycję tej tabeli i może być konieczne jej odpowiednie rozszerzenie. Format może być dowolnie dostosowywany.

Problem (względnie numer badania)	Domniemana przyczyna (zaczynając od najbardziej prawdopodobnej)	Za	Przeciw
Przykład: Bóle karku (1)	Kompresja korzenia nerwowego C5 bezpośrednio przez dysk międzykręgowy	<ul style="list-style-type: none"> • Poprzednia przepuklina dyskowa C5 znana. • towarzyszący strzelający ból do ręki. • Badanie wykazuje postawę obronną do otwarcia otworu. • Cierpienie w dermatomie C5 • itd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak wpływu ibuprofenu. • Odruch ze ścięgna Biceps b.z. • Leczenie przez trakcję bez pozytywnego efektu • itd.
Bóle karku (1)	Hipomobilność stawu międzywyrostkowego C5 po prawej stronie	<ul style="list-style-type: none"> • itd. 	<ul style="list-style-type: none"> • itd.
Bóle karku(1)	Zaburzenia czynności lokalnych mięśni przykręgosłupowych	<ul style="list-style-type: none"> • itd. 	<ul style="list-style-type: none"> • itd.

W odniesieniu do przedstawionego powyżej Clinical Reasoning, który(-e) główny(-e) problem(-y) może(-ją) zostać sformułowany(-e) dla tego pacjenta?

Jakie są najważniejsze ustalenia, które potwierdzają tę hipotezę?

Które czynniki mogły przyczynić się do rozwoju problemu lub mogły przyczynić się negatywnie do jego utrzymania?

Przykłady: Hipomobilność odc. piersiowego jako czynnik przyczyniający się do problemów z barkami; siedzenie przy biurku przez wiele godzin z problemami szyjnymi; nacisk na wydolność przy zbyt krótkich fazach regeneracji u sportowców wyczynowych.

Czy prognoza w tym przypadku jest zła (0) czy dobra (10)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Uzasadnienie (nazwij przynajmniej 4 czynniki):

Czy w tym przypadku należy się spodziewać powolnego (0) czy szybkiego (10) sukcesu terapii?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Uzasadnienie (nazwij przynajmniej 4 czynniki):

Czy w tym przypadku możliwe jest całkowite wyleczenie (Restitutio ad Integrum)?

1. Jeśli tak, to dlaczego?
2. Jeśli nie, co prawdopodobnie zostanie jeszcze?

Czy wszystko idzie zgodnie z planem?

1. Czy w dotychczasowym przebiegu badania/leczenia są jakieś ustalenia lub wyniki, których nie można przypisać?
 - Jeśli tak, to jakie i jak należy się nimi posługiwać w dalszym toku badania/leczenia?
2. Czy dotychczasowe wyniki leczenia odpowiadają oczekiwaniom?
 - Jeśli tak, to dlaczego?
 - Jeśli nie, jakie mogą być tego przyczyny i jaki wpływ ma to na dalsze planowanie terapii?

Rozdział 3: Autorefleksja

Ten rozdział daje możliwość zastanowienia się nad własnymi działaniami niezależnie od konkretnego przypadku, a przede wszystkim uzyskania zaleceń dotyczących działań dla siebie. Szczególnie drugi aspekt ma kluczowe znaczenie dla ciągłego, niezależnego procesu rozwoju. Refleksja nad tą trzecią sekcją powinna zatem nie tylko odzwierciedlać „sprawozdawczość”; z własnego podejścia, ale powinna również wskazywać konkretne działania mające na celu podjęcie lub poprawę pozytywnych lub problematycznych aspektów w innych kontaktach z pacjentami.

Refleksja nad szczegółami, na które należy zwrócić uwagę w tym przypadku

Przykład: Badania wykazały zmianę siły mięśni w zależności od pozycji wyjściowej – być może z powodu wpływu grawitacji na korzeń nerwowy lub na otwór międzykręgowy? Wydaje się konieczne, sprawdzić informacje na temat tego rodzaju oddziaływaniach.

Refleksja nad ogólnym sposobem postępowania w badaniu i leczeniu

Przykład: Zauważyłem, że na badanie neurologiczne (odruchy, siła, czucie) potrzeba mi bardzo dużo czasu. Dlatego zawsze mam opóźnienia z takimi pacjentami. Powinienem trenować, by przyspieszyć to badanie.

Refleksja w celu uchwycenia problemu w tym konkretnym przypadku

Przykład: W tym konkretnym przypadku, wywiad był pod dużym wpływem wyrazu emocjonalnego, który mnie rozpraszał. Jak sprawić, by myśl przewodnia mojego badania została zachowana nawet w takich przypadkach? Może pomoże mi tutaj wymiana z doświadczonymi kolegami.

Refleksja w celu ogólnego uchwycenia problemu

Przykład: W tym przypadku bardzo łatwo było mi rozpoznać wzorzec. Może dlatego, że dobrze znam ten wzór? Możliwe, że wzorce dla innych problemów są również dość jasne, ale nie tak dobrze mi znane. Mogę przejrzeć pięć najczęstszych diagnoz w mojej praktyce w odniesieniu do typowych wzorców, również za pomocą wyników badań naukowych.

Refleksja nad zarządzaniem czasem

Przykład: Moje zarządzanie czasem było tu doskonałe, ponieważ pacjent z własnej inicjatywy udzielał krótkich odpowiedzi. Ale nie zawsze tak jest, a potem mam problemy z czasem. Jakie są strategie prowadzenia pacjentów w przyjazny, ale zdecydowany sposób?

Refleksja nad ogólną postawą, wobec tego pacjenta

Przykład: Ten pacjent od samego początku miał u mnie dobre karty, bo potem miałem już wolne i dlatego byłem w dobrym humorze. Jednak to uświadomiło mi, jak bardzo moje postępowanie z pacjentami i moje zaangażowanie zależą od mojej sytuacji. Może powinienem częściej zastanawiać się nad „trudnymi” pacjentami, kto w tym momencie jest trudny i dlaczego...

Refleksja nad postawą wobec problemu tego pacjenta.

Przykład: Nienawidzę pacjentów z problem stawu krzyżowo-biodrowego! Podczas badania i leczenia problemów ze stawem krzyżowo-biodrowym, zawsze czuję się jak początkujący, który nie ma pojęcia i nie może się o niczym dowiedzieć. Wszystko pozostaje niepewne. Czy ktoś jeszcze czuje to samo? Albo kto nie czuje, dlaczego nie czuje?

Refleksja nad możliwym wpływem postaw wobec pacjenta i problemu na proces badania/leczenia.

Przykład: W tym przypadku wyraźnie zauważyłem, że początek badania był na pół gwizdka. Ponieważ był to pacjent w podeszłym wieku „z małym bólem pleców”, na początku nie traktowałem jego problemu wystarczająco poważnie. Okazało się jednak, że nadal był bardzo aktywny i mobilny i że go to ograniczało. Moje skojarzenia PRZED tym, zanim zobaczę pacjenta, wpływają na to, co z nim najpierw robię. Potrafię nad tym popracować, np. świadomie neutralizować wcześniej wszystkich pacjentów.

ZAŁĄCZNIK 4: KWESTIONARIUSZ OCENY BLOKÓW MODUŁÓW SZKOLENIOWYCH

Kwestionariusz oceny

Kursów Fizjo-Akademii gGmbH

Kurs/temat..... dnia.....

Szanowne uczestniczki i uczestnicy,
chcielibyśmy prowadzić nasze szkolenia tak dobrze, jak to tylko możliwe i w każdym przypadku zaspokoić Państwa potrzeby. Dlatego też prosimy, aby na końcu kursu oddać ten wypełniony kwestionariusz.

Do osoby Osobą wykonującą wolny zawód Fizjoterapeutą (kierownikiem)
Jestem Zatrudnionym Nauczycielem

Moje doświadczenie zawodowe wynosi 0-5 lat 16-20 lat
 6-10 lat 21-25 lat
 11-15 lat 26 lat i więcej

Jestem aktywny w głównej mierze w dziedzinie Ortopedii Pediatrii
 Chirurgii Geriatrii
 Traumatologii Gerontopsychiatrii
 Medycynie wewnętrznej Psychiatrii
 Neurologii Ginekologii/położnictwie
 Choroby serca, krążeniom, trawienia, transplantacje Inne _____

Jakość szkolenia była Bardzo dobra 1 2 3 4 5 6 zła

Treści szkolenia Teoria bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
To szkolenia było dla mnie szczególnie bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
 bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
• Interesujące
• Zrozumiałe
• Zorientowane na praktykę
Praktyka bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
 bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
 bardzo 1 2 3 4 5 6 mało
• Nteresujące
• Zrozumiałe
• Zorientowane na praktykę

Moje oczekiwania co do treści zostały spełnione 1 2 3 4 5 6 niespełnione

Treści były dla znane 1 2 3 4 5 6 nieznanne

Zakres był Teoria za wysoki 1 2 3 4 5 6 za niski
Praktyka za wysoki 1 2 3 4 5 6 za niski

Przekazane treści mogą w mojej codziennej pracy wykorzystać 1 2 3 4 5 6 nie wykorzystać

Kompetencje Referent A _____ odznaczał się przez swoją fachowość bardzo wysoko 1 2 3 4 5 6 nisko
Referent B _____ odznaczał się przez swoją fachowość bardzo wysoko 1 2 3 4 5 6 nisko

Proszę odwrócić!

Kwestionariusz oceny

Dydaktyczno-metodyczne formy
przekazu/materiały naukowe

Przekaz referenta A _____
odebrałem dla mojego
procesu naukowego
pod względem

Struktury
Metod dydaktycznych
Użycia mediów
Poprawek

bardzo dobrze 1 2 3 4 5 6 źle
bardzo odpowiednie 1 2 3 4 5 6 nieodpowiednie
bardzo pomocne 1 2 3 4 5 6 mało pomocne
bardzo pomocne 1 2 3 4 5 6 mało pomocne

Przekaz referenta B _____
odebrałem dla mojego
procesu naukowego
pod względem

Struktury
Metod dydaktycznych
Użycia mediów
Poprawek

bardzo dobrze 1 2 3 4 5 6 źle
bardzo odpowiednie 1 2 3 4 5 6 nieodpowiednie
bardzo pomocne 1 2 3 4 5 6 mało pomocne
bardzo pomocne 1 2 3 4 5 6 mało pomocne

Atmosfera pracy

Referent A _____
reagował
na zadawane pytania
dotyczące treści

Referent B _____
reagował
na zadawane pytania
dotyczące treści

Podczas tego kursu
byłem/byłam

Atmosferę kursu
odbieram jako

Odpowiednio
 Za często
 Za rzadko

Odpowiednio
 Za często
 Za rzadko

bardzo aktywna/y 1 2 3 4 5 6 nieaktywna/y

Życzliwą 1 2 3 4 5 6 niezyczliwą

Organizacyjne warunki
ramowe

Czas trwania kursu

Podział czasu uważam za

Opiekę uważam za

Wyposażenie Sali

Proces zapisów na kurs

Stosunek ceny do jakości

Odpowiedni
 Za długi
 Za krótki

Bardzo przyjemny 1 2 3 4 5 6 nieprzyjemny
Bardzo dobrą 1 2 3 4 5 6 złą
Bardzo dobre 1 2 3 4 5 6 złe
Bardzo dobry 1 2 3 4 5 6 zły
Bardzo odpowiedni 1 2 3 4 5 6 zły

Osobiste uwagi,
życzenia, pochwała,
krytyka
Na następny kurs
życzę sobie

.....

.....

.....

.....

Ogólnie jestem z kursu

Bardzo zadowolony
 Zadowolony
 Niezadowolony

Bardzo dziękujemy! Niemieckie Towarzystwo Fizjoterapii (ZVK) i Fizjo-Akademia gGmbH

ZAŁĄCZNIK 5: ŻYCIORYSY INSTRUKTORÓW SZKOLANIA OMT

CURRICULUM VITAE: HEIKO DAHL

Życiorys zawodowy

2005 – 2006	Szkolenie PG-Cert PDAL (dydaktyka); Teesside University, Middlesbrough/UK
2004 – dzisiaj	Rzecznik zarządu (przewodnictwo) kuratorium „Fundacja ZVK wspierająca badania i ewaluację w fizjoterapii”; ZVK e.V., Wremen
2000 – dzisiaj	Dyrektor zarządzający i współnik; Physio-Akademie gGmbH, Wremen
1998 – 2000	Rzecznik komitetu "Kształcenie i szkolenia"; ZVK e.V., Wremen
1994 – 1995	Konsultant specjalistyczny; Akademii Medycyny Manualnej, Münster
1991	Międzynarodowy egzamin z terapii manualnej wg wytycznych IFOMPT
1989 – dzisiaj	Kierownik szkolenia wg wytycznych IFOMPT; AG Terapii Manualnej w ZVK e.V.
1987 – 1998	Rzecznik Rady; ZVK e.V., Wremen
02.1985	Certyfikat z terapii manualnej
05.1984	Międzynarodowy egzamin z mobilizacji w terapii manualnej wg wytycznych IFOMPT; Örebro/ Szwecja
1983 – 1993	Kierownik szkolenia fizjoterapeutów i instruktorów; Stowarzyszenie lekarzy DGMM FAC Hamm
1983	Egzamin z mobilizacji kończyn
1981 – 2010	Pracujący na własny rachunek z własnym gabinetem (od 1992 w spółce z Jörg Cordes); Bremerhaven
1979 – dzisiaj	Kierownik grupy roboczej; AG Terapia Manualna w ZVK e.V., Wremen
1978 – 1983	Szkolenie instruktorów; Niemieckie Stowarzyszenie Medycyny Manualnej
1978 – 1981	Certyfikowane szkolenie z terapii manualnej; Hamm
11.1978	Szkolenie z fizjoterapii sportowej; Ludwigsburg
1978	Członek – założyciel AG Terapia Manualna; ZVK e.V., Wremen
1977 – 1981	Pracujący na własny rachunek z własnym gabinetem (głównie neurologia i ortopedia); Essen
09.1976	Szkolenie – fizjoterapia sportowa; Bad Bevensen
1975 – 1977	Służba zastępcza jako fizjoterapeuta; Essen
1974 – 1975	Fizjoterapeuta ; Klinika rehabilitacji Höxter
1973 – 1974	Rok uznawania; Rehaklinik Höxter
09.1973	Państwowy egzamin na fizjoterapeutę

Wykłady

(wymienione są tylko wykłady od roku 2002-2011)

- Dahl H. (11.2011) "Szkolenie z główką". Forum dla osób rozpoczynających pracę zawodową, Freiburg
- Dahl H. (11.2011) "Możliwości dofinansowania szkoleń". Forum dla osób rozpoczynających pracę zawodową, Freiburg
- Dahl H. (02.04.2011) "Zmieniona biomechanika stawów głowy jako przyczyna bólów głowy". Kongres Fizjoterapii, Warszawa/ Polska
- Dahl H. (02.2011) "Szkolenie z główką". Forum Zrzeszenia Kraju Związkowego Nordrhein-Westfalen w ZVKe.V. dla osób rozpoczynających pracę zawodową, Bochum
- Dahl H. (21.09.2010) "Urazy w sporcie i ich (pierwsze) leczenie". Szkolenie dla trenerów, Langen
- Dahl H. (17.09.2010) "Sukces w zawodzie. Droga powstaje wtedy, kiedy się nią idzie. Planowanie przyszłości, formułowanie celów.". Forum dla osób rozpoczynających pracę zawodową, Leipzig
- Dahl H. (05.11.2010) "Staw kolanowy w fizjoterapii. Badanie i leczenie". Berlin
- Dahl H. (03.10.2009) "Jak zdecydujesz?" Kongres federalny ZVK e.V., Leipzig
- Dahl H. (12.09.2009) "Leczenie fizjoterapeutyczne w sztywności barku". Niemiecki Kongres Lekarski, Berlin
- Dahl H. (09.05.2009) "Neurodynamika co, kiedy, jak, gdzie". Düsseldorf
- Dahl H. (15.11.2008) "State of the Art w badaniu i leczeniu bólów kręgosłupa". Dresden
- Dahl H. (15.11.2008) "Przegląd problemu chronicznych bólów krzyża w Niemczech – liczby i fakty". Dresden
- Dahl H. (22.-25.10.2008) "Metody fizjoterapeutyczne w bólach kręgosłupa". Niemiecki Kongres Ortopedii i Chirurgii Wypadkowej, Berlin
- Dahl H. (07.06.2008) "Bóle i zawroty głowy". Uniwersytet Ludwiga-Maximilians, Monachium
- Dahl H. (05.2008) "Konserwatywna terapia sztywności stawu barkowego". 15-sty kongres Niemieckiego Stowarzyszenia Chirurgii Barku i Łokcia e.V., Hannover
- Dahl H. (04.2008) "Standaryzowany pomiar wyników w fizjoterapii". Targi terapeutyczne, Leipzig
- Dahl H. (04.2008) "Leczenie bólu ostrego i przewlekłego i przynależąca do tego fizjoterapia", Targi terapeutyczne, Leipzig
- Dahl H. (09.2007) "OMT Ortopedyczna Manualna Terapia, struktura, cele, wyzwania". Wykład przy okazji zjazdu/ konferencji w Krakowie/ Polska
- Dahl H. (09.2007) "Badanie i leczenie zaburzeń funkcjonalnych odcinka lędźwiowego kręgosłupa z punktu widzenia terapii manualnej ". Kraków/ Polska
- Dahl H. (07.07.2007) "Chroniczne bóle pleców w gabinecie fizjoterapeutycznym. Granice i możliwości". Monachium

- Dahl H. (07.07.2007) "Przegląd problemu chronicznego bólu krzyża w Niemczech – liczby i fakty". Monachium
- Dahl H. (01.-02.06.2007) "Problem przypadku – sztywny łokieć". Roczny Kongres Niemieckiego Stowarzyszenia Chirurgii Barku i Łokcia, Münster
- Dahl H. (2007) "Czy fizjoterapeuci potrzebują dodatkowych kwalifikacji do pierwszego kontaktu?" Kongres DFAMT, Göttingen
- Dahl H. (2007) "Stawy głowy. Kliniczne badanie i leczenie z punktu widzenia terapii manualnej". Niemiecki Kongres Lekarski
- Dahl H. (2007) "Region czaszkowo-żuchwowy badanie i leczenie. Zależności funkcjonalne pomiędzy stawami głowy i regionem czaszkowo-żuchwowym". Niemiecki Kongres Lekarski
- Dahl H. (04.11.2006) "State of the Art. W badaniu i leczeniu bólów pleców". Münster
- Dahl H. (04.11.2006) "Przegląd problemu chronicznych bólów krzyża w Niemczech – liczby i fakty". Münster
- Dahl H. (04.11.2006) "Chroniczne bóle pleców w gabinecie fizjoterapeutycznym. Granice i możliwości". Münster
- Dahl H. (10.2006) "Badanie i leczenie w zaburzeniach funkcjonalnych odcinka szyjnego kręgosłupa z punktu widzenia terapii manualnej ". Kraków/ Polska
- Dahl H. (04.03.2006) "Fizjo- Fit". Roczne walne zgromadzenie Zrzeszenia Kraju Związkowego Hessen w ZVK e.V.
- Dahl H. (18.02.2006) "Standaryzowane procedury pomiaru i testowania". Spotkanie członków Zrzeszenia Kraju Związkowego Nordrhein-Westfalen w ZVK e.V.
- Dahl H. (2006) "Frozen Shoulder". Uniwersytet Ludwiga-Maximilians, Monachium
- Dahl H. (2006) "Fizjoterapeutyczny sposób leczenia po operacji barku". Niemieckie Stowarzyszenia Chirurgii Barku i Łokcia
- Dahl H. (2006) "Frozen shoulder. Badanie i leczenie". Niemieckie Stowarzyszenia Chirurgii Barku i Łokcia
- Dahl H. (2006) "Standaryzowane procedury pomiaru i testowania". w Berlin, Arnstadt, Leipzig, Dresden, Chemnitz, Halle i dla związku nauczycieli kierujących szkołami fizjoterapii
- Dahl H. (2006) "Bazowanie na ewidencji i wytyczne w fizjoterapii". Roczne walne zgromadzenie ZVK e.V.
- Dahl H. (2006) "Przepuklina dyskowa – fizjoterapia". Niemiecki Kongres Ortopedii i Chirurgii Wypadkowej
- Dahl H. (2006) "Fizjoterapia w chorobach i urazach łokcia". Niemiecki Kongres Ortopedii i Chirurgii Wypadkowej
- Dahl H. (2006) "Konserwatywna terapia niestabilności barku". Niemiecki Kongres Ortopedii i Chirurgii Wypadkowej
- Dahl H. (22. – 23.10.2005) "Chroniczne bóle pleców w gabinecie fizjoterapeutycznym. Granice i możliwości ". Kongres AG Terapii Manualnej w ZVK e.V., Göttingen

- Dahl H. (04.03.2005) "Fizjo Fit". Roczne walne zgromadzenie ZVK Zrzeszenia Kraju Związkowego Nordrhein-Westfalen, Hamburg/Schleswig-Holstein i Niedersachsen
- Dahl H. (19.02.2005) "Fizjo Fit. Trening w dobrych rękach". Zgromadzenie ustawodawcze sieci, Fulda
- Dahl H. (2005) "Badanie i leczenie w zaburzeniach funkcyjnych odcinka szyjnego kręgosłupa z punktu widzenia terapii manualnej". Kongres Fizjoterapii, Kraków/Polska
- Dahl H. (2005) "Bóle barku. Leczenie konserwatywne – możliwości fizjoterapeutów". Münster
- Dahl H. (08.12.2004) "Manual therapeutic examination of patients with Musculo-skeletal problems. The Leivseth/Dahl approach". School of Health and Social Care, University of Teesside, Middlesbrough/UK
- Dahl H. (16.06.2004) "Fizjoterapia po operacjach barku". Bark – Sympozjum Kliniki Ortopedycznej Hildesheim
- Dahl H. (06.06.2004) "Badanie i leczenie odcinka piersiowego kręgosłupa". Sympozjum "Ból klatki piersiowej" AG Krażenie Wieńcowe w ZVK e.V. i Physio-Akademie gGmbH, Bad Oeynhausen
- Dahl H. (05.05.2004) "Leczenie bólów głowy pochodzenia szyjnego z punktu widzenia terapii manualnej". Niemiecki Kongres Lekarski, Berlin
- Dahl H. (05.05.2004) "Manipulacje a mobilizacje – działanie i granice". Niemiecki Kongres Lekarski, Berlin
- Dahl H. (03.2004) "Cel terapeutyczny zorientowane postępowanie przy chorobach kręgosłupa". Roczny Kongres ZVK e.V. "Człowiek i fizjoterapia", Ulm
- Dahl H. (03.2004) "Fizjoterapia- terapia bólu". Niemieckie Stowarzyszenie Chirurgii Łokcia i Barku, Köln
- Dahl H. (03.2004) "Fizjoterapeutyczny sposób leczenia przy pierwotnej i wtórnej sztywności barku". Niemieckie Stowarzyszenie Chirurgii Łokcia i Barku, Köln
- Dahl H. (23.11.2003) "Fizjoterapia- terapia bólu?". Medica, Düsseldorf
- Dahl H. (23.11.2003) "Fizjo-Fit". Medica, Düsseldorf
- Dahl H. (23.11.2003) "Leczenie barku". Medica, Düsseldorf
- Dahl H. (23.11.2003) "Zrozumieć naukę". Medica, Düsseldorf
- Dahl H. (12.11.2003) "Frozen Shoulder – fizjoterapeutyczne sposoby leczenia w dolegliwościach barku". Sympozjum Bark "state of the art", Klinika Uniwersytecka, Münster
- Dahl H. (25.10.2003) "TM jako terapia bólu". Kongres Elektroterapii ZVK e.V., Koblenz
- Dahl H. (11.10.2003) "Praca naukowa w fizjoterapii". 75 lecie Szkoły Fizjoterapii Friedrichshein, Frankfurt
- Dahl H. (15. – 17.05.2003) "Porównanie TM i osteopatii". Leipzig
- Dahl H. (15. – 17.05 2003) "Fizjo-Fit". Leipzig
- Dahl H. (31.03.2003) "Badanie i leczenie odcinka szyjnego kręgosłupa z punktu widzenia terapii manualnej". Kraków/ Polska

- Dahl H. (31.03.2003) "OMT – struktura, cele, wyzwania". Kraków/ Polska
- Dahl H. (21. – 23.03.2003) " Badanie i leczenie odcinka szyjnego kręgosłupa z punktu widzenia terapii manualnej". Kongres Niemiecko- Polski, Görlitz
- Dahl H. (21. – 23.03.2003) "Badanie i leczenie odcinka lędźwiowego kręgosłupa". Kongres Niemiecko- Polski, Görlitz
- Dahl H. (11.2002) "Zawroty głowy – działanie fizjoterapeutyczne". Medica, Düsseldorf
- Dahl H. (01.06.2002) "Manualne techniki mobilizacji stawu barkowego". Niemieckie Stowarzyszenie Chirurgii Łokcia i Barku, Neuss
- Dahl H. (05.2002) "Chroniczni pacjenci bólowi". Kongres opieki nad osobami starszymi, Hannover
- Dahl H. (26. – 28.04.2002) "Programowe badanie regionu szyjnego odcinka kręgosłupa i jego interpretacja" Kongres AG Terapia Manualna w ZVK e.V., Hameln
- Dahl H. (02.2002) "Odcinek lędźwiowy kręgosłupa – badanie i leczenie". Szkoła Fizjoterapii, Leipzig

Publikacje

- Physio-Akademie gGmbH (Hrsg.) (2006) "Podręcznik – standaryzowane pomiary wyników w gabinecie fizjoterapeutycznym" ("Handbuch – Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie-Praxis"). Niemiecki Związek Fizjoterapii ZVK e.V., Wremen
- Dahl H. (2005-2012) Skrypt szkoleniowy na kurs z terapii manualnej w Polsce
- Dahl H., Rößler A. (1999) "Podstawy terapii manualnej"("Grundlagen der Manuellen Therapie"). wydawnictwo Thieme, Stuttgart
- Leivseth G., Dahl H. (1994) Skrypt szkoleniowy na lekarski kurs chiroterapii w Akademii Medycyny Manualnej na Uniwersytecie Westfälischen Wilhelms Münster; Krajowa Izba Lekarska Westfalen Lippe
- Dahl H. (1994) Skrypt szkoleniowy AG terapii manualnej na kurs z terapii manualnej jako pozycji certyfikowanej (od tego czasu dalej rozwijany)

CURRICULUM VITAE: UWE HALLMANN

Życiorys zawodowy

2009 – dziś	Niezależny fizjoterapeuta własny gabinet w Strömstad/Szwecja
1998 – 2008	Niezależny fizjoterapeuta własny gabinet Örebro/Szwecja
1994 – 1995	Szkolenie na instruktora Medycyny Sportowej
1992	Szkolenie Fizjoterapia Sportowa
1992	Egzamin na instruktora Terapii Manualnej, AG Manuelle Therapie w ZVK e.V., Wremen
1990 – dziś	Nauczyciel Terapii Manualnej, IFOMPT
1988 – dziś	Niezależny instruktor (Terapia Manualna, Medycyna Sportowa)

1988 – 1992	Wykładowca różnych szkół fizjoterapii w Szwecji, m.in. Göteborg, Boden, Lulea
1987 – dziś	Nauczyciel Terapii Manualnej, AG Manuelle Therapie w ZVK e.V., Wremen
1985 – dziś	Nauczyciel Terapii Manualnej dla lekarzy i fizjoterapeutów, Loka Medicinska Kursenhet, Loka/Szwecja
1985 – 1990	Kierownik kliniki rehabilitacji, Loka Rehab, Loka Brunn/Szwecja
1983	Certyfikat jako instruktor Terapii Manualnej, Oslo/Norwegia
1979 – 1985	Niezależny fizjoterapeuta, Moss/Norwegia
1978 – 1983	Szkolenie z Terapii Manualnej, Institute of Gunnari and Evjenth, Oslo/Norwegia
1978 – 1979	Fizjoterapeuta, Klinika rehabilitacji, Karlskoga/Szwecja
1978 – 1979	Skompletowanie wymagań nostryfikacyjnych do rejestracji jako fizjoterapeuta w Norwegii
1977 – 1978	Skompletowanie wymagań nostryfikacyjnych do rejestracji jako fizjoterapeuta (RPT) w Szwecji
1976 – 1977	Rok nostryfikacji, Szpital Uniwersytecki Eppendorf, Hamburg
1974 – 1976	Szkolenie na fizjoterapeutę, Szkoła fizjoterapii, Szpital Uniwersytecki Eppendorf, Hamburg

Wykłady

- Hallmann U. (06.-07.07.2006) "Znaczenie terapii manualnej w przewlekłych bólach krzyża ". AGMT-Kongres, Monachium
- Hallmann U. (22.-23.10.2006) " Znaczenie terapii manualnej w przewlekłych bólach krzyża ". AGMT-Kongres, Göttingen
- Hallmann U. (23.-24.10.2005) " Znaczenie terapii manualnej w przewlekłych bólach krzyża". AGMT-Kongres, Göttingen
- Hallmann U. (2005) "Do we measure what matters or does it matter what we measure". Jahrestagung der Svensk Ortopedisk Förening, Örebro/Szwecja
- Hallmann U. (05.05.2004) "Gimnastyka chorych na urazach. Możliwości w fizjoterapii". 53. niemiecki kongres lekarski, Berlin
- Hallmann U. (05.05.2004) "Chroniczny ból pleców, chroniczny problem". 53. niemiecki kongres lekarski, Berlin
- Hallmann U. (12.11.2003) "Frozen Shoulder – fizjoterapeutyczne możliwości leczenia w dolegliwościach barku". Interdyscyplinarne sympozjum – Bark, Münster
- Hallmann U. (27.04.2002) "Programowe badanie regionu odc. lędźwiowego i jego interpretacja". AGMT-Kongres, Hameln
- Hallmann U. (29.10.2000) "Zastosowanie aktywnej rehabilitacji w chronicznych bólach krzyża". Nadzwyczajny kongres ZVK "Fizjoterapia – na pulsie czasu", Leipzig

CURRICULUM VITAE: STEFAN HEGENSCHIEDT

Życiorys zawodowy

2011 – dzisiaj	Doktorant University of Brighton/UK
2009	Wykładowca Szkoła Wyższa 21, Buxtehude
2007 – dzisiaj	Wykładowca Teesside University, Middlesbrough/UK
2007 – 2009	Kierownik zakładu Health Centre Daimler AG; HGM Hanseatic Gesundheits Management GmbH, Bremen
2006 – dzisiaj	Współpracownik naukowy Physio-Akademie gGmbH, Wremen
2006 – dzisiaj	Wykładowca terapii manualnej (OMT), AG Manuelle Therapie w ZVK e.V.
2006 – 2007	Wykładowca Uniwersytetu Nauk Stosowanych i Sztuki, Hildesheim
2006	Master of Science (Neuromusculoskeletal Therapy), University of Brighton/UK
2005	Fizjoterapeuta głównie ortopedyczny, Centrum Fizjoterapii (The Physiotherapy Centre), Waterlooville/UK
2005	Studia podyplomowe „Pracownicy służby zdrowia jako wychowawcy” (“Health Professionals as Educators”), University of Brighton/UK
2003 – 2004	Fizjoterapeuta głównie neurologiczny, Ambulatoryjne Centrum Leczenia (Ambulantes Behandlungs Centrum), Bremen
2001 – 2003	Kierownik fizjoterapii, Fizjoterapia Jonscher (Physiotherapie Jonscher), Bremen
2000 – 2001	Fizjoterapeuta, Gabinet masażu i kinezyterapii Rabe (Massage- und Krankengymnastikpraxis Rabe), Eschwege
2000	Uzyskanie tytułu fizjoterapeuty, Szkoła fizjoterapii Bernd Blindow, Bad Sooden Allendorf

Wykłady

- Hegenscheidt S. (2011) „Bezpośredni dostęp pacjenta do fizjoterapeuty: Możliwości i ryzyka (przyszłej) współpracy ortopedów i fizjoterapeutów” Niemiecki Kongres Ortopedii i Chirurgii Wypadkowej, Berlin
- Hegenscheidt S. (2011) "Evidence based exercise prescription: raising the standard of delivery". World Conference Physical Therapy, Amsterdam/Holandia
- Hegenscheidt S. (2011) "The scope of neurodynamics in applied manual Therapy". Krajowa konferencja fizjoterapii Polska, Warszawa/Polska
- Hegenscheidt S. (2010) „Fizjoterapia: Niesystematyczny przegląd tradycji, niemożliwości i zmiany”; Jubileuszowa impreza 20 lat Związku Zawodowego Saksonia-Anhalt w Stowarzyszeniu Zawodowym ZVK, Halle
- Hegenscheidt S. (07.05.2010) „Ekonomia zdrowia ambulatoryjnego – lub dlaczego efektywność nie jest spacerem po parku”. Kongres w stolicy Medycyna i Zdrowie, Berlin

- Hegenscheidt S., Dahl H. (03.10.2009) „Jak Państwo zdecydują? Wytyczne dotyczące zastosowania klinicznego”; Kongres Federalny Fizjoterapia – Kongres Jubileuszowy 60 lat ZVK, Leipzig
- Heigenscheidt S. (23.11.2008) „Główny kontakt dla OMT'ler. Retrospektywa”; Jubileuszowy Kongres 30 lat grupy roboczej ds. terapii manualnej, Bochum
- Hegenscheidt S. (06.06.2008) „H0 odrzucony – Możliwości fizjoterapii opartej na dowodach naukowych jako interwencji w przypadku bólu pleców”. Kongres w stolicy Medycyna i Zdrowie, Berlin
- Hegenscheidt S. (19.01.2008) „Randomizacja w rutynie klinicznej? Włączenie aspektów naukowych do praktyki fizjoterapeutycznej”; Symposium ZVK „Piękny, nowy świat fizjoterapii”; Frankfurt nad Menem
- Hegenscheidt S. (05.10.2007) „Czy fizjoterapeuci potrzebują dodatkowych kwalifikacji do bezpośredniego dostępu?”; Walne zgromadzenie ZVK Saksonia-Anhalt, Chemnitz
- Hegenscheidt S. (22.06.2007) „Czy fizjoterapeuci potrzebują dodatkowych kwalifikacji do bezpośredniego dostępu?”; Kongres w stolicy Medycyna i Zdrowie, Berlin
- Hegenscheidt S. (20.04.2007) "Push it! – o dynamice manualnych technik badania". Obchody z okazji 25. rocznicy powstania Szkoły Wyższej Fizjoterapii w Szkole Wyższej 21 Buxtehude, Buxtehude
- Hegenscheidt S. (28.10.2006) "Reliability of Diagnostic B-mode ultrasound in assessing longitudinal movement of the sciatic nerve during active ankle dorsiflexion". Konferencja Manipulation Association of Chartered Physiotherapists (MACP), London/UK

CURRICULUM VITAE: LOTHAR JÖRGER

Kwalifikacje akademickie

2007 UCPD "Planning Delivery and Assessment of Learning in the Health Professions" The University of Teesside, Middlesbrough, UK

Kwalifikacje zawodowe

1982 Fizjoterapeuta School of Physiotherapy, Fribourg/ Germany

Kwalifikacje OMT

1991 AG Terapia Manualna w ZVK e.V. (DFAMT)

Doświadczenie zawodowe

Od 2000 Prywatna praktyka (właściciel) samozatrudnienie
 1989 – 2000 Kierownik wydziału fizjoterapii Klinika Bavaria
 1985 – 1989 Fizykoterapia Praktyka Schauer

Doświadczenie w nauczaniu i kwalifikacje

- od 1997 Kierownik kliniczny i wykładowca IFOMPT zatwierdził szkolenie OMT dla Sekcji Specjalistów Podręcznik Terapii Fizjoterapeutów w Niemczech (ZVK e. V.).
- lata 1986-2000 Wykładowca terapii manualnej w różnych szkołach fizjoterapeutycznych. Freiburg; Würzburg; Drezno

Członkostwo w uznanym stowarzyszeniu zawodowym IFOMPT.

- 1990 Członek PHYSIO-AKADEMIE GGMBH, Stowarzyszenia Fizjoterapeutów Niemieckich (ZVK e.V.).

Inne istotne działania, osiągnięcia i kwalifikacje

- 1990: Delegat PHYSIO-AKADEMIE GGMBH w DFAMT, Niemieckie Stowarzyszenie IFOMPT. Druga kadencja prezydencji w DFAMT.
- 1995: Delegat DFAMT do spraw stosunków międzynarodowych.
- 2005: Członek wykonawczy IFOMPT.

Obszary zawodowe o szczególnym znaczeniu

- Anatomia
- Biomechanika
- Rozumowanie kliniczne
- Dokumentacja i klasyfikacja

CURRICULUM VITAE: GUNNAR LEIVSETH

Kwalifikacje akademickie

- 2002 Egzamin z pedagogiki uniwersyteckiej Norweski Uniwersytet Techniczno-Przyrodniczy (NTNU), Trondheim
- 1995 Specjalista w dziedzinie medycyny fizycznej i rehabilitacji Uniwersytet Tromsø
- 1992 Habilitacja jako doktor med. Uniwersytet Tromsø
- 1989 Medyczny egzamin państwowy Uniwersytet Tromsø

Kwalifikacje zawodowe

- 1974 Fizjoterapeuta Uniwersytet Oslo

Kwalifikacja OMT

- 1978 Norweski Związek Fizjoterapeutów

Doświadczenie zawodowe

- od 2000 Profesor I Instytut neuromedycyny, fakultet medyczny, Norweski Uniwersytet Techniczno-przyrodniczy (NTNU), Trondheim

od 2000	Ordynator Klinika medycyny fizykalnej i rehabilitacji, Szpital Uniwersytecki St. Olavs Hospital HF, Trondheim
1999 – 2000	Ordynator Norweskie Centrum Rehabilitacji i Kompetencji Reumatologicznej (NRRK), Hospital Diakonhjemmet sykehus, Oslo
1998 – 1999	Ordynator (zastępstwo) Dział Badań i Rozwoju, Szpital Sunnaas sykehus
1996 – 1998	Ordynator Oddział Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Szpital Uniwersytecki Nordnorwegen
1995 – 2000	Wykładowca uniwersytecki Instytut medycyny klinicznej, Uniwersytet Tromsø
1993 – 1995	Dyrektor akademii Akademia Medycyny Manualnej na Uniwersytecie Wilhelmsa w Westfalii. Münster
1991 – 1992	Ordynator Norweski Instytut Medycyny Sportowej (NIMI), Oslo
1991 – 1992	Wykładowca uniwersytecki Katedra ortopedii, Uniwersytet Tromsø
1984 – 1989	Stypendysta naukowy Katedra fizjologii medycznej, Uniwersytet Tromsø
1984 – 1989	Własna praktyka fizjoterapeutyczna Tromsø
1975 – 1978	Fizjoterapeuta (pracownik) Hans & Olaf Fysioterapi, Oslo
1974 – 1975	Fizjoterapeuta (pracownik) Oddział fizykalny, Szpital regionalny Tromsø

Członkostwo w uznanym stowarzyszeniu zawodowym IFOMPT.

1974 Norweski Związek Fizjoterapeutów

Członkostwo w innych stowarzyszeniach zawodowych

1989 Norweski Związek Lekarzy

Obszary zawodowe o szczególnym znaczeniu

- badania kręgosłupa
- rdzeń kręgowy
- głowa

Dodatkowe publikacje

Dokumenty naukowe

(publikowane w czasopismach dotyczących wzajemnej weryfikacji)

- Fimland M, Helgerud J, Gruber M, Leivseth G, Hoff J. Functional maximal strength training induces neural transfer to single-joint tasks. Eur J Appl Physiol (2009) 107:21-29
- Juvet L, Elvsaaas , Leivseth G et al. Rehabilitation of breast cancer patients: A systematic review. Norwegian Knowledge Center for the Health Services 2009 (2)

- Kolstad F, Nygaard OP, Leivseth G. Anterior Cervical Arthrodesis Using a "Stand Alone" Cylindrical Titanium Cage: Prospective Radiographic Analysis of Biomechanical Parameters. *Spine* 2009 (in press)
- Tørhaug T, Brurok B, Helgerud J, Hoff J, Leivseth G. Does arm crank and wheelchair ergometry produce similar VO₂peak values in spinal cord injured paraplegics? *Spinal Cord* 2009 (submitted)
- Hoff J, Brurok B, Karlsen T, Leivseth G, Helgerud J. Spinal cord injured individuals improves VO₂peak and stroke volume of the heart from aerobic high intensity interval hybrid training. *Spinal Cord* 2009 (submitted)
- Fimland M, Helgerud J, Gruber M, Leivseth G, Hoff J. Enhanced neural drive after maximal strength training in multiple sclerosis patients. *J Neurophysiol* 2009 (submitted)
- Fimland MS, Helgerud J, Knutsen A, Ruth H, Leivseth G, Hoff J. Effects of caffeine on neuromuscular recovery after maximal fatiguing contractions; association between EMG and V-wave. *Eur J Appl Physiol* 2009 (submitted)
- Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. Calculating the 2-D motion of lumbar vertebrae using splines. *J Biomech* 2007; 40(14): 3294-5.
- Kolstad F, Nygaard ØP, Leivseth G. Segmental Motion Adjacent to Anterior Cervical Arthrodesis: A prospective study. *Spine* 2007; 32(5): 512-7
- Leivseth G, Braaten S, Frobin W, Brinckmann P. Mobility of Lumbar Segments Instrumented with a ProDisc II Prosthesis: A Two-Year Follow-up Study. *Spine* 2006; 31(15):1726-1733
- Kolstad F, Leivseth G, Nygaard ØP. Transforaminal steroid injections in the treatment of cervical radiculopathy. A prospective outcome study. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005 Jun 9
- Kolstad F, Myhr G, Kvistad KA, Leivseth G. Height of cervical discs measured from radiographs compared with degeneration and height classified from MR- images. *Eur J Radiol* 2005; 55(3): 415-20
- Leivseth G, Kolstad F, Zoëga B, Frobin W, Brinckmann P. Comparing precision of distortion-compensated (DCRA) and stereophoto-gram-metric Roentgen (RSA) analysis when monitoring fusion in the cervical spine. *Eur Spine J* 2006; 15(6): 774-9
- Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W. Fusion of the cervical spine affects adjacent segments. Observation of the long term natural course from spines with congenital formation of block vertebrae. *Clin Biomech* 2005; 20(7): 669-74
- Verelst M, Leivseth G. Are fatigue and disturbances in pre-programmed activity of pelvic floor muscles associated with female stress urinary incontinence? *Neurol Urodyn* 2004; 23(2): 143-7
- Verelst M, Leivseth G. Force-length relationship in the pelvic floor muscles under transverse vaginal distension: a method study in healthy women. *Neurol Urodyn* 2004; 23(7): 662-7
- Verelst M, Leivseth G. Force and stiffness of the pelvic floor as a function of muscle length: A comparison between women with and without stress urinary incontinence. *Neurol Urodyn* 2007; 26(16): 852-7

- Kristjansson E, Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W. Increased sagittal plane segmental motion of the lower cervical spine in women with chronic whiplash associated disorders, grades I-II: A case control study using a new measurement protocol. *Spine* 2003; 28(19): 2215-21
- Stack BC, Gregory E, Gjerde G, Hanssen JI, Leivseth G. Modified meniscoplasty for treatment of chronic disc displacement without reduction: 60 patients, 117 joints. *AJPM* 2002; 12(2):53-65
- Stack BC, Gregory E, Gjerde G, Hanssen JI, Leivseth G. TMJ splint therapy combined with open joint surgery. *Funct Orthod* 2001; 18(4):24-36
- Leivseth G, Hjorth AG, RaugstadBU, Kvien TK. Performance based ADL testing of patients with rheumatoid arthritis (RA) compared with self-reported disability measures in a case control design. *Arthritis Rheum* 2001; 44(suppl):186
- Frobin W, Leivseth G, Biggemann M, Brinckmann P. Vertebral height, disc height, posteroanterior displacement and dens- atlas gap in the cervical spine: precision measurement protocol and normal data. *Clin Biomech* 2002b; 17:423-31
- Frobin W, Leivseth G, Biggemann M, Brinckmann P. Sagittal plane segmental motion of the cervical spine. A new precision measurement protocol and normal data of healthy adults. *Clin Biomech* 2002a; 17:21-31
- Leivseth G, Salvesen R, Hemminghytt S, Brinckmann P, Frobin W. Do human lumbar discs reconstitute after chemonucleolysis? A seven year follow-up study. *Spine* 1999; 24(4):342-8
- Leivseth G, Brinckmann P, Frobin W, Johnsson R, Strömquist B. Assessment of sagittal plane segmental motion in the lumbar spine. A comparison between distortion compensated (DCRA) and stereophotogrammetric Roentgen (RSA) analysis. *Spine* 1998; 23(23):2648-55
- Leivseth G, Drerup B. Spinal shrinkage during work in a sitting posture compared to work in a standing posture. *Clin Biomech* 1997; 12(7/8):409-18
- Frobin W, Brinckmann P, Leivseth G, Biggemann M, Reikerås O. Precision measurement of segmental motion from flexion-extension radiographs of the lumbar spine. *Clin Biomech* 1996; 11(8): 457-65
- Jones DB, Leivseth G, Tenbosch J. Mechano-reception in osteoblast- like cells. A review. *Biochem Cell Biol* 1995; 75: 197-206
- Leivseth G, Reikerås O. Changes in muscle fibre cross-sectional area and concentrations of Na/K-ATPase in patients with impingement syndrome of the shoulder. *J Orthop Sports Phys Ther* 1994; 19(3): 146-49
- Leivseth G, Clausen T, Everts ME, Bjordahl E. Effects of reduced joint mobility and training on Na, K-ATPase and Ca-ATPase in skeletal muscle. *Muscle & Nerve* 1992; 15(7):843-89
- 31. Leivseth G, Reikerås O. Thigh muscle atrophy after femoral shortening. Vastus intermedius cross-section studied in osteotomized rats. *Acta Orthop Scand* 1992; 63(4):427-29
- 32. Leivseth G, Torstensson J, Reikerås O. Effect of passive muscle stretching in osteoarthritis of the hip. *Clin Sci.* 1989; 76(1):113-17

- 33. Leivseth G, Tindall A, Myklebust R. Changes in guinea pig muscle histology in response to reduced mobility. *Muscle & Nerve* 1987; 10(5):410-14

Dalsze publikacje naukowe

- Leivseth G. Muscular adaptations to changes in mobility. Dissertation, Universität Tromsø, 1992
- Leivseth G. Wirkung der passiven Muskeldehnungen bei Osteoarthrosis der Hüfte. *Krankengymnastik* 1990; 1:6-11
- Leivseth G. Factors leading to musculo-skeletal disorders. *Fysioterapeuten* 1992; 7:24-27
- Jones DB, Leivseth G. Application of homogenous defined strain to cell cultures. In: *Biomechanics and Cells*. Eds. Lyall and El Haj. Experimental Biology Series. Cambridge University Press, 1994: 321-65
- Jones DB, Leivseth G. Strain transduction in non-excitabile cells. *NATO ASI Series H Cell Biology* 1994; 84:453-58
- Jones DB, Leivseth G. Mechanical signal transduction in skeletal tissue. In: *Biochemistry and exercise*. Eds. Maughan and Shirreffs, Human Kinetic 1994; 44:545-56
- Jones DB, Leivseth G, Tenbosch J. Osteoblast intracellular free calcium measurements in microgravity by ratio imaging and photometry. In: *Prov. ESA and CNES parabolic flight campaigns ESA WPP-90*, 1995:363-82
- Burton K, Leivseth G. Manipulative therapy for lumbar segmental instability? In: Szpalski M, Gunzburg R, Pope MH, eds. *Lumbar segmental instability*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998:153-58
- Monografie
Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. *Orthopädische Biomechanik*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2000. ISBN 3-13-1266317
- Brinckmann P, Frobin W, Leivseth G. *Musculoskeletal Biomechanics*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2002, ISBN 3-13-130051-5

CURRICULUM VITAE: TOMAS LIHAGEN

Kwalifikacje zawodowe

1977 Fizjoterapeuta Lund, Szwecja

Kwalifikacja OMT

1985 OMT-Szwecja

1990 egzaminator OMT w Szwecji

Doświadczenie zawodowe

od 1989 Prywatna praktyka fizjoterapii Samozatrudnienie

1986 – 1989 Nauczyciel fizjoterapii Loka Brunn, Sweden

1980 – 1986 Prywatna praktyka fizjoterapii Samozatrudnienie

1977 – 1980 Fizjoterapeuta Örebro University Hospital

Doświadczenie w nauczaniu i kwalifikacje

od 1992 Nauczyciel medycyny sportowej podczas kursów dla fizjoterapeutów w różnych organizacjach i na różnych kongresach.

od 1988 Nauczyciel medycyny sportowej na Uniwersytecie w Örebro

od 1989 Nauczyciel terapii manualnej na wszystkich poziomach w Szwecji i w Niemczech.

Członkostwo w uznanym stowarzyszeniu zawodowym IFOMPT.

1984 OMT-Szwecja

Członkostwo w innych stowarzyszeniach zawodowych

1984 Szwedzka organizacja zajmująca się medycyną sportową

2002-2006 / 2012 2016 Uczestnictwo w zarządzie nauczycieli OMT w Szwecji. SFAIM (stowarzyszenie na rzecz ćwiczeń i medycyny sportowej), Członek zarządu w SFAIM

Publikacje i działalność badawcza w ciągu ostatnich 10 lat

2014 książka: Training of the back

Obszary zawodowe o szczególnym znaczeniu

- Terapia manualna
- Szkolenie medyczne/ćwiczenia medyczne
- Fizjoterapia sportowa

CURRICULUM VITAE: ALEKSANDER LIZAK

Terapeuta OMT (od 2010 r.)

Wykształcenie:

10/1986 Nostryfikacja dyplomu w Niemczech – Statlich geprüfter Krankengymnast

1982 – 1985 Medyczne Studium Zawodowe Nr 1 w Zabrze – kierunek Fizjoterapia Egzamin końcowy z wynikiem bardzo dobrym

1978 – 1982 II Liceum Ogólnokształcące w Zabrze, Matura 1982

1970 -1978 Szkoła Podstawowa Nr 43 w Zabrze

Jestem fizjoterapeutą i organizatorem pierwszych kursów z akredytacją międzynarodową w Polsce między innymi z: PNF, NDT Bobath dla dorosłych, Cyriax i wiele innych. Moim nieprzerwanym celem od roku 1997 jest organizacja szkoleń podyplomowych na najwyższym międzynarodowym poziomie, poprawa jakości fizjoterapii dla polskich

pacjentów oraz podnoszenie kwalifikacji polskich fizjoterapeutów w porównaniu z innymi krajami Europy i świata.

Doświadczenie zawodowe

- 2000 – nadal Firma Reha Plus – właściciel, organizacja międzynarodowych szkoleń podyplomowych oraz kongresów naukowych dla fizjoterapeutów i lekarzy.
- Przeprowadzenie około 130 kursów podstawowych PNF w krajach takich jak: Polska, Niemcy, Brazylia, Korea Południowa, Japonia, Rosja, Austria, Szwajcaria.
- W latach 2003-2009 przeprowadzenie około 45 kursów rozwijających PNF w krajach takich jak: Polska, Niemcy, Brazylia, Korea Południowa, Japonia.
- Przeprowadzenie kursów podyplomowych poświęconych: koncepcji PNF w skoliozach i analizie chodu.
- 1994 – 2000 Prywatny gabinet Fizjoterapii Muelheim an der Ruhr – Niemcy – fizjoterapeuta
- 1992 – 1994 Oddział Rehabilitacji i Fizjoterapii ST. Josef Hospital Oberhausen Niemcy – kierownik Oddziału, nadzór nad 16 fizjoterapeutami
- 1990 – 1996 Szkoła Fizjoterapii AMT Recklinghausen Niemcy – nauczyciel metody PNF i rehabilitacji neurologicznej, dodatkowo w latach 1994 – 1996 koordynator pracy nauczycieli
- 1986 -1992 St. Josef Hospital Oberhausen Niemcy – staż kliniczny, fizjoterapeuta
- 1984 – 1985 Szpital Kliniczny Nr 2 w Zabrze – fizjoterapeuta
- 1982 – 1984 Izba Przyjęć Szpitala Klinicznego Nr 2 w Zabrze – sanitariusz

Szkolenia podyplomowe

- 2003 – 2004 Cykl szkoleń terapii manualnej, zakończony międzynarodowym egzaminem, dającym tytuł OMT-Therapist (1000 godzin).
- 2000 – 2004 Cykl szkoleń Medycyny Ortopedycznej wg Dr. Jammes’a Cyriax’a, zakończony egzaminem międzynarodowym, dającym tytuł International Cyriax Therapist (260 godzin).
- 2003 Egzamin międzynarodowy dający tytuł IPNFA Advanced Instructor.
- 1994 Kurs NDT – Bobath dla dorosłych (120 godzin).
- 1988 – 1992 Cykl szkoleń – Funkcjonalna Analiza Ruchu wg Susanne Klein-Vogelbach (150 godzin).
- 1985 – 1999 Cykl szkoleń i asystentur w metodzie PNF, zakończonych uzyskaniem tytułu Instruktora IPNFA – pierwszy polskojęzyczny Instruktor metody PNF (około 3000 godzin).
- Łącznie około 4500 godzin szkoleń podyplomowych.

Praca edukacyjna i polityczna

Publikacje

- Rozdział pt.: „Metoda PNF” w Rehabilitacja Medyczna, red. Andrzej Kwolek, Urban and Partner; 2003.
- Skrypt „ Kurs podstawowy PNF” – używany przez około 15 Instruktorów w Polsce.

Wykłady nt. metody PNF:

2005	High School of Physiotherapy in Tokyo
2004	University of Seoul
2003	University of Rio di Janeiro
2002	Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
2001	Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu
1999	Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie
1998	Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach
1997	Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

Kongresy i sympozja naukowe

- 10/2016 Meeting IPNFA Monachium, wykład pt. „Obiektywna dokumentacja na bazie ICF z wykorzystaniem systemu Muscle Lab”.
- 10/2013 Meeting IPNFA Seul, wykład pt. „Opis przypadku wraz z dokumentacją filmową Pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym”.
- 10/2012 Meeting IPNFA Budapeszt, wykład pt. „Najczęstsze zaburzenia polskich pacjentów na poziomie ograniczonej aktywności po analizie 1400 kart badań na kursach PNF”.
- 10/2009 Meeting IPNFA Rio de Janeiro, wykład pt. „Wpływ podłoża na parametry chodu u pacjentów neurologicznych”.
- 08/2008 PNF AG Deutschland, wykład pt. „Dokumentacja w Fizjoterapii”.
- 07/2008 PTF Kraków, wykład pt. „ Konieczność dokumentacji w fizjoterapii zgodnie z wytycznym ICF”.
- 05/2008 I Klinika Ortopedii i Traumatologii w Warszawie, wykład pt. „Podstawy analizy chodu z użyciem systemu VICON”.
- 03/2007 PTF Lublin, wykład pt.„ Konieczność dokumentacji w fizjoterapii zgodnie z wytycznym ICF”.
- 02/2007 PTF Zielona Góra, wykład pt. „Konieczność dokumentacji w fizjoterapii zgodnie z wytycznym ICF”.
- 09/2006 Dni Fizjoterapii PTF Pabianice, wykład pt. „Dokumentacja Pacjenta po udarze mózgu zgodnie z wytycznymi ICF”.
- 10/2005 Kongres IPNFA Tokyo (Japonia), wykład pt.: „Dokumentacja fizjoterapeutyczna zgodna z wytycznymi ICF”.
- 10/2004 Kongres IPNFA Bad Nauheim (Niemcy), wykład pt. „Zastosowanie koncepcji PNF w rehabilitacji pacjentów ze skoliozą idiopatyczną”.

- 03/2004 Kongres ZVK Kolonia (Niemcy), wykład pt. „Zastosowanie metody PNF w terapii pacjentów ze skoliozą”.
- 10/2002 Kongres IPNFA Kraków, wykład pt. „Strategie fizjoterapeutyczne stosowane w terapii przeprostu stawu kolanowego u pacjentów po udarze mózgu”
- 06/2001 Kongres niemieckiego związku Fizjoterapii ZVK Ulm (Niemcy), wykład pt. „Obiektywny pomiar funkcji kończyny górnej”, prowadzony wraz z Dr. Wiesławem Chwałą.
- 07/1999 Kongres niemieckiego związku Fizjoterapii ZVK Lipsk (Niemcy), wykład pt. „Analiza chodu u pacjentów po udarze mózgu za pomocą systemu VICON”, prowadzony wraz z Dr. Wiesławem Chwałą.

Przynależność do Organizacji

2016 – 2018	Członek pierwszej Krajowej Rady Fizjoterapeutów (KRF), Wiceprezes Prezydium KRF do kontaktów międzynarodowych, marketingu i prywatnych placówek Fizjoterapii do 2018.
2013 – nadal	Członek założyciel i członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Uroinekologicznego (PTUG).
2010 – nadal	Założyciel i członek OMT (Ortopedic Manipulativ Therapy) Poland.
2009 – nadal	Członek założyciel i członek Zarządu Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska.
2006 – nadal	Założyciel i Prezes IPNFA Poland do 2014, obecnie Członek Honorowy.
1999 – 2009	Członek Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, do 2006 Sekretarz Oddziału Małopolskiego.
1997 – nadal	Członek IPNFA (International PNF Association), w latach 2002 – 2005 Sekretarz Stowarzyszenia.
1997 – 2007	Członek Niemieckiej grupy Instruktorów PNF – PNF AG Deutschland.
1986 – nadal	Członek związku fizjoterapeutów niemieckich ZVK.

CURRICULUM VITAE: BEATA PAŁDYNA

Wykształcenie:

2002-2007	Magisterskie studia Fizjoterapii na Akademii Wychowania Fizycznego im. Józefa Piłsudskiego w Warszawie
1999-2002	Medyczne Studium Zawodowe nr 6 Warszawa

Ukończone kursy doształcające:

2019	Instruktor Terapii Manualnej
2019 – 2015	Asystent na kursach TM Szkoła Niemiecka
2015	kurs „Trójwymiarowa, manualna terapia stóp na podłożu neurofizjologicznym”
2014	uzyskanie tytułu Międzynarodowego Terapeuty Manualnego

2013	Kineziotaping podstawowy
2012 – 2014	szkolenie OMT(Ortopedyczna Terapia Manualna) w Niemczech
2011	kurs „PNF w pediatrii”
2010	kurs „Skoliozy z punktu widzenia terapii manualnej”
2008	kurs medyczny „I sesja IAO w Polsce ortodoncja a staw skroniowo-żuchwowy”
2008	kurs „komunikacja z pacjentem”
2007	kurs kliniczny koncepcji PNF – PNF w ortopedii
2007	kurs podstawowy i rozwijający „kineziotaping”
2006	certyfikat terapii manualnej szkoły niemieckiej
2004 – 2005	dyplom terapeuty koncepcji PNF
2004 – 2006	szkolenie terapia manualna szkoła niemiecka

Doświadczenie zawodowe:

2010 – ...	Własny gabinet rehabilitacji Beta-Reh.
2017 – ...	Prowadzenie grupowych zajęć usprawniająco-rehabilitacyjnych w placówkach Caritas na terenie Warszawa Wawer.
2006 – ...	Praca w Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej "Orthos" w Warszawie Rehabilitacja dzieci i młodzieży z wadami postawy; rehabilitacja pacjentów z dysfunkcjami w obrębie aparatu ruchu człowieka(dzieci i dorośli);rehabilitacja pacjentów z obniżonym napięciem mięśniowym.
2006 – ...	tłumacz na szkoleniach TM i PNF.
2006 – 2009	Praca w Centrum Rehabilitacji Sportowej w Warszawie Rehabilitacja przypadków ortopedycznych dorośli i dzieci.
2004 – 2006	Praca w Centrum Medycznym Enel-Med. Miesięczna praktyka zawodowa w Niemczech Bochum w szpitalu klinicznym St. Josef Hospital w 2004 roku.

Specjalności:

- terapia pacjentów ze skoliozą w czasie wzrostu i po jego zakończeniu
- wykorzystanie TM u pacjentów w każdym wieku z zaburzeniami aparatu ruchu
- fizjoterapia w pediatrii
- bóle głowy, zawroty głowy pochodzenia szyjnego
- terapia stóp u małych dzieci
- terapia ręki

Cel prowadzonych przez mnie szkoleń: zarazić pasją do rozwiązywania zagadek zdrowotnych małych i dużych pacjentów; nauczyć kursantów patrzenia na problem pacjenta wieloaspektowo.

Opinia własna: ciągłe doszkąlanie, czerpanie wiedzy z doświadczeń własnych i innych, otwarty umysł i optymizm pozwalają rozwijać się zawodowo i przyczyniać do dalszego rozwoju fizjoterapii.

Wykłady

- „Diagnostyka różnicowa zespołów górnego otworu klatki piersiowej” II Ogólnopolska Konferencja Rehabilitacji, (Neuro)ortopedii i Komunikacji Medycznej w Łodzi
- „Techniki terapii manualnej w leczeniu zaburzeń barku, w zależności od postawionej diagnozy funkcjonalnej” VIII Konferencja Prof. Andrzeja Seyfrieda w Warszawie

Publikacje:

- The trunk-Pelvis-Hip Angle Test is a Reliable Measurement of the Range of the Lower Trunk-Pelvis Rotation in Adolescents

CURRICULUM VITAE: ACHIM RÖBLER

Kwalifikacje akademickie

2008 UCPD "Planning Delivery and Assessment of Learning in the Health Professions" The University of Teesside, Middlesbrough, UK

Kwalifikacje zawodowe

1980 fizjoterapeuta Szkoła fizjoterapii "Voglerschule" Berlin

Kwalifikacja OMT

1991 AG Manuelle Therapie im ZVK e.V. (DFAMT)

Doświadczenie zawodowe

od 2006 Właściciel Fizjoterapeutyczne Centrum Szkoleniowe

1986 – 2006 Dyrektor szkoły Szkoła Fizjoterapii Fundacji św. Elżbiety Bochum

1982 – 1985 Wykładowca fizjoterapii Szkoła Fizjoterapii "Dortmund-West" Dortmund

1980 – 1982 Fizjoterapeuta kliniczny Klinika Rehabilitacji "Godeshöhe" Bonn

Doświadczenie w nauczaniu i kwalifikacje

od 1984 Instruktor AG Manuelle Therapie im ZVK e. V. (kursy terapii manualnej CPD)

od 2006 Instruktor w ramach zatwierdzonego przez IFOMPT programu CPD w terapii manualnej (OMT).

od 2009 Gościnny wykładowca na Uniwersytecie w Buxtehude.

1982 – 2006 Wykładowca fizjoterapii w Wyższej Szkole Fizjoterapii "Dortmund-West" w Dortmundzie.

od 1986 Gościnny wykładowca w różnych szkołach fizjoterapii w Niemczech, m. in. w Berlinie, Bad Rothenfelde, Erlangen, Grünstadt, Kolonia.

Członkostwo w uznanym stowarzyszeniu zawodowym IFOMPT

od 1986 ZVK e.V. Germany

Członkostwo w innych stowarzyszeniach zawodowych

1986 – 1997 Grupa robocza nauczycieli zarządzających

1997 – 2006 Stowarzyszenie Nauczycieli Seniorów VLL w Szkołach
 Fizjoterapeutycznych

Publikacje i działalność badawcza w ciągu ostatnich 10 lat

- Prezentacje konferencyjne znajdują się poniżej.
- Dahl H, Röblier A (1999). Grundlagen der Manuellen Therapie; Thieme, Stuttgart.
- Co-author of „Orthopädie“ J. Krämer (1998); Springer, Berlin.
- Co-author of "Die Rückenschule" Nentwig(1999); Enke, Stuttgart.
- Co-author of „Neurologische Rehabilitation“ Welter (1997); Fischer, Stuttgart.

Inne istotne działania, osiągnięcia i kwalifikacje

- 1986 – 2004 członek zarządu ZVK-Bund.
- 1997 założyciel VLL i członek zarządu (1997-2001).
- Członek sekcji specjalistycznej terapii manualnej w ramach stowarzyszenia zawodowego ZVK e. V. , od 1988 r. , a od 2001 r. wiceprzewodniczący tej sekcji.
- Od 2008 r. prezydent DFAMT.
- Instruktor terapii manualnej.

Obszary zawodowe o szczególnym znaczeniu

- Metody nauczania terapii manualnej.

Prezentacje konferencyjne

- Pooperacyjne leczenie fizjoterapeutyczne po operacjach w okolicy lędźwiowej, Centralny Kongres Asystentów Medycznych, Augsburg Germany, Oktober 28-30, 1988 Die postoperative Nachbehandlung
- "Die Bochumer Rückenschule" – połączenie pomiędzy kliniką a miejscem zamieszkania 10. Seminarium weekendowe w Neutrauchburg na temat terapii ruchowej, Isny-Neutrauchburg, Germany April 15.-16.1989
- Ortopedyczna szkoła pleców Roczny kongres ZVK Hamburg, Germany Juni 1.-3.1989
- Pooperacyjne leczenie aesji tkanek miękkich stawu barkowego Centralny Kongres Asystentów Medycznych, Augsburg Germany, Oktober 20-22, 1989
- Terapia ruchowa z punktu widzenia fizjoterapii, 6 Konferencja na temat sportu i terapii sportowej w Kolonii, Köln, Germany September 22.-24. 1989
- Techniki mobilizacyjne stawów Lymphologica 95, Bochum, Germany Oktober 27.-28. 1995

- Możliwości terapii manualnej przy zachorowaniach reumatycznych Konferencja regionalna Niemieckiego Towarzystwa Reumatologicznego, Düsseldorf, Germany, September 19.-21.1997
- "Fizjoterapeutyczne badanie diagnostyczne" Kongres roczny ZVK Ulm, Germany November 13.-16.1997
- Praca z programem nauczania terapii manualnej w szkołach fizjoterapeutycznych Kongres Grupy Roboczej ds. terapii manualnej w ZVK, Halle, Germany Oktober 02.-04.1998
- Strategie zapobiegania przewlekłym bólowi pleców Niemiecki Kongres Ortopedyczny, Wiesbaden, Germany, October 11.-15.2000
- Badanie programowe regionu braku i jego interpretacja Kongres Grupy Roboczej ds. terapii manualnej w ZVK, Hameln, Germany April 26.-28.2002

CURRICULUM VITAE: AGNIESZKA WIERCIAK

Edukacja:

2005 – 2007	Uniwersytet Jagielloński, Wydział Ochrony Zdrowia, Kierunek Fizjoterapia (studia magisterskie)
2001 – 2004	Uniwersytet Jagielloński, Wydział Ochrony Zdrowia, Kierunek Fizjoterapia (studia licencjackie)

Doświadczenie zawodowe:

2012 – obecnie	Prywatne Centrum Rehabilitacji Reha Plus, własna działalność
2009 – 2012	Prywatne Centrum Medyczne gr Lux Med
2008 – 2009	Prywatne Centrum Rehabilitacji – Fizjomed, Kraków
2007 – 2008	Prywatny gabinet fizjoterapeutyczny AS Studio
2007	Reha Plus praca jako tłumacza i koordynatora kursów specjalistycznych z dziedziny fizjoterapii, medycyny ortopedycznej, medycyny sportowej, PNF z dwóch j.obcych. Redagowanie artykułów medycznych, przygotowywanie skryptów i materiałów naukowych na szkolenia itd.
2007	Praca jako opiekun osób starszych w Angli (Care Assistant, Nursing Home, Hartcliffe , Bristol) Pomoc w czynnościach życia codziennego osób starszych, (w tym niepełnosprawnych z różnym stopniem niepełnosprawności ruchowej i mentalnej)
2005	Praca jako wolontariusz w Koloni (Niemcy) Praca w międzynarodowym teamie Opieka nad osobami różnej grupy niepełnosprawności Praca w biurze informacji osób niepełnosprawnych
2002 – 2004	Praca jako wolontariusz w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Prokocimiu (Kraków)

Opieka nad dziećmi chorymi
 Organizowanie dzieciom czasu wolnego
 Czynności pielęgnacyjne

W skład doświadczenia zawodowego wchodzi wszelkie praktyki zawodowe odbyte w trakcie trwania kształcenia zawodowego w latach 2001- 2007. (do wglądu)

Dodatkowe kwalifikacje :

2019	Instruktor Terapii Manualnej
2016	Egzamin Triggerpoint Therapy, dry needling, Simons Academy
2015	Clinical neurodynamics Shacklock
2015	Triggerpoint Therapy, dry needling course, Simons Academy
2015	„PNF i skoliozy”
2014 – aktualnie	Prezes Polskiego Towarzystwa Ortopedycznej Terapii Manualnej OMT POLAND
2014	CMD, szkolenie zaburzenia stawów skroniowo-żuchwowych
2014 – obecnie	Asystentura z terapii manualnej, Szkoła Niemiecka
2013	Dno miednicy cz 1
2012	Kwalifikacje instruktorskie Kinesio taping
2012 – 2014	OMT szkoła Niemiecka, Niemcy
2011	Kurs Medycyny Ortopedycznej wg Cyriax’a moduł egzaminacyjny
2010	Kurs terapii manualnej wg Szkoły niemieckiej cz. 5,6,7 (UW2, OW3, egzamin)
2010 – 2012	Asystentura kinesiotalping
2009	Kurs terapii manualnej wg Szkoły niemieckiej cz. 4 (UW1)
2009	Kurs Medycyny Ortopedycznej wg Cyriax’a moduły 2, 4, 6
2009	Kurs Kinesiotalping, certyfikat
2008	Kurs terapii manualnej wg Szkoły niemieckiej cz. 2 (OW 2)
2008	Kurs Medycyny Ortopedycznej wg Cyriax’a moduły 1, 3
2007	Kurs PNF rozwijający, certyfikat
2007	Kurs terapii manualnej wg Szkoły niemieckiej cz. 1 (OW 1)
2007	Szkolenie: „Podstawy neurofizjologii” cz.1, prof. N. Anunciato, Kraków
2006	Kurs pierwszej pomocy, Stuttgart (Niemcy)
2006	Kurs PNF podstawowy, certyfikat
2005	Kurs masażu klasycznego, dyplom
2004	Kurs Thera-band z piłkami, certyfikat
2002	Kurs podstawowy języka migowego

Kongresy i sympozja naukowe:

2008	Udział w Kongresie Jubileuszowym z okazji 30-lecia AG Manuelle Therapie. Temat wiodący: „Ile terapii potrzebuje człowiek”, a także warszaty dotyczące bólu głowy i jego terapii z punktu widzenia fizjoterapii, 22-23.11.2008 Bochum (Niemcy)
2012	Litwa, wykładowca
2015	Joint Preservation Cngress, wykładowca
2015, 2016	Wiosna z fizjoterapią, wykładowca

Przynależność do organizacji

- Członkostwo w WOPR Kraków 2002/2003
- Członkostwo w Studenckim Towarzystwie Naukowym CMUJ, działając w Studenckim Kole Naukowym Rehabilitacji Medycznej i Medycyny Rozwoju w latach 2003/ 2004
- Członkostwo w Polskim Towarzystwie Fizjoterapii od 2006r.
- Członkostwo w Stowarzyszeniu fizjoterapeutów Fizjoterapia Polska od 2010 r

Publikacje:

- „Formy leczenia zachowawczego przewlekłej tendinopatii Achillesa” (2010)
Czasopismo Fizjoterapia praktyczna