

Co robi trener, a co fizjoterapeuta — kto jest Ci potrzebny na którym etapie

Rehabilitacja · 18 sierpnia 2026 · 9 min czytania · Movement Matters

Fizjoterapeuta zajmuje się objawem, trener zdolnością do obciążenia. To nie są alternatywy, tylko dwa zadania ustawione po kolei — a najwięcej osób gubi się dokładnie w momencie wypisu z rehabilitacji.

Po rekonstrukcji więzadła krzyżowego pełny zestaw testów gotowości do sportu zdaje mniej więcej co czwarty amator (Richmond i wsp., 2026). Pozostali wracają do gry tak czy inaczej: bez bólu, z zieloną kartką od specjalisty i z nogą, która wciąż mierzalnie odstaje. Ta statystyka mówi coś więcej. Koniec leczenia i gotowość do obciążenia to dwie różne daty, a między nimi jest kilka miesięcy, w których człowiek zostaje sam z pytaniem, czy to jeszcze fizjoterapia, czy już trening.

Odpowiedź jest mniej spektakularna, niż się wydaje, bo to nie są konkurencyjne usługi dotyczące tego samego. Fizjoterapeuta zajmuje się problemem zdrowotnym: bólem, ograniczeniem, tkanką, która się goi. Trener skupia się na zdolności do obciążenia: sile, mocy i tolerancji na obciążenia związane z życiem lub sportem. Różnią się nie tym, kto jest lepszy, tylko tym, na którym etapie jest dany specjalista potrzebny.

Dlaczego ten podział się rozmywa?

Zamieszanie zaczyna się od narzędzia. Fizjoterapeuta zleca ćwiczenia, trener też prowadzi ćwiczenia, więc na pierwszy rzut oka obaj robią przecież to samo, tylko w innym pomieszczeniu. Różnica nie leży w narzędziu, tylko w mandacie i w pytaniu, na które każdy z nich odpowiada. Fizjoterapeuta pyta „co jest z tą tkanką i jak sprowadzić objawy do poziomu, w którym da się pracować”, trener pyta „ile to ciało dziś uniesie i jak zwiększać to obciążenie tydzień po tygodniu, żeby wytrzymało to, co ma wytrzymać”.

Jest też różnica formalna, o której mało kto mówi wprost, a która sporo zmienia przy wyborze specjalisty. Fizjoterapia w Polsce jest zawodem regulowanym: ustawa z 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2015 poz. 1994), która weszła w życie 31 maja 2016 roku, uczyniła z fizjoterapeuty samodzielny zawód medyczny, z prawem wykonywania zawodu i własnym samorządem. Zawód trenera przeszedł drogę odwrotną — od 23 sierpnia 2013 roku, po ustawie deregulacyjnej, nie ma przepisów określających, jak się uprawnienia trenerskie zdobywa. Praktyczny wniosek jest prosty i niewygodny akurat dla naszej branży: fizjoterapeutę weryfikuje

państwo, trenera musisz zweryfikować sam. Wykształcenie, doświadczenie, to, z kim pracował i czy potrafi powiedzieć, czego nie robi.

Do tego dochodzi zjawisko, które w Rzeszowie widać jak wszędzie: część gabinetów prowadzi trening, część studiów treningowych używa słowa „rehabilitacja”. My też mamy w ofercie **rehabilitację ruchową** i właśnie dlatego mówimy otwarcie, gdzie przebiega granica. W studiu nie wykonujemy terapii manualnej ani masażu i nie stawiamy diagnoz. Pracujemy ruchem i obciążeniem. Kiedy ktoś potrzebuje fizjoterapii, polecamy fizjoterapeutę.

Etap pierwszy: kiedy głównym problemem jest objaw

Jeśli boli teraz, jeśli był konkretny uraz, jeśli pojawił się obrzęk, kolano się blokuje albo bark nie chce unieść ręki nad głowę, pierwsza wizyta powinna prowadzić do służby zdrowia. Na tym etapie potrzebujesz kogoś, kto potrafi zbadać, wykluczyć poważniejsze rzeczy i zdecydować, czy problem wymaga leczenia, czy da się nad nim pracować zachowawczo. To jest praca fizjoterapeuty, w razie potrzeby lekarza.

Warto wiedzieć, że pójście od razu do fizjoterapeuty, bez pośrednictwa lekarza, jest ścieżką dobrze przebadaną. Przegląd systematyczny Gallottiego i współpracowników (2023), obejmujący 28 badań i ponad 42 tysiące pacjentów, porównał model z bezpośrednim dostępem do fizjoterapeuty z modelem prowadzonym przez lekarza. Nie odnotowano w nim zdarzeń niepożądanych, wyniki zdrowotne były podobne, a przy tym pacjenci trafiali na mniej badań obrazowych i rzadziej dostawali leki. Innymi słowy: zaczynanie od fizjoterapeuty przy typowym problemie mięśniowo-szkieletowym nie jest drogą na skróty. Prywatnie skierowanie nie jest do tego potrzebne, więc jedyne, co Cię dzieli od pierwszej oceny, to telefon.

Ten etap ma swój koniec, a wiele osób zostaje w nim dłużej, niż trzeba. Kiedy ból zejdzie do poziomu, przy którym można normalnie ćwiczyć, a zakres ruchu wróci, sam objaw przestaje być głównym tematem. Wtedy pytanie zmienia się z „jak zmniejszyć ból” na „jak zbudować odporność na obciążenie, żeby ból nie wrócił”. To już inna praca.

Kiedy pierwszy krok należy do lekarza

Jest wąska grupa sygnałów, przy których nie zaczyna się ani od trenera, ani od fizjoterapeuty, tylko od lekarza. Ból, który nie odpuszcza w nocy i nie zmienia się od pozycji. Gorączka, dreszcze, niewyjaśniona utrata masy ciała towarzyszące bólowi kręgosłupa. Postępujące osłabienie albo drętwienie kończyny, zaburzenia czucia w okolicy krocza, problemy z kontrolą pęcherza. Uraz o dużej energii i noga, której nie da się obciążyć.

Tu potrzebne jest jedno zastrzeżenie, żeby nie zamienić tej listy w narzędzie do straszenia siebie. Międzynarodowe ramy IFOMPT dotyczące czerwonych flag (Finucane i wsp., 2020) mówią wprost, że dla większości pojedynczych objawów alarmowych brakuje dowodów wysokiej jakości na ich trafność diagnostyczną. Pojedynczy objaw z listy rzadko cokolwiek przesądza. Znaczenie ma obraz całości i to, jak zmienia się w czasie. Dlatego to jest ścieżka rozumowania, a nie test „mam jeden punkt, więc mam problem”. Ból pleców w nocy po ciężkim dniu na

budowie znaczy coś innego niż ból nocny, który narasta od trzech tygodni u kogoś, kto schudł pięć kilo bez powodu.

Osobną kategorią, poza narządem ruchu, są objawy ze strony serca i płuc: ból w klatce piersiowej przy wysiłku, duszność nieproporcjonalna do obciążenia, zasłabnięcia. Tu nie ma etapowania ani zastanawiania się nad specjalistą. To jest wizyta u lekarza w pierwszej kolejności.

Etap drugi: wypis, czyli najbardziej niedoceniany moment całego procesu

Tutaj gubi się najwięcej ludzi. Rehabilitacja się kończy, ból zniknął, wynik badania wygląda dobrze, pacjent słyszy „można wracać do aktywności” i wraca do biegania, do gry w piłkę, do dźwigania w pracy. Problem w tym, że brak bólu i zdolność do obciążenia to nie jest ta sama rzecz i wracają w różnym tempie.

Najlepiej widać to na kolanach po rekonstrukcji więzadła krzyżowego, bo tam pomiar jest najdokładniejszy. Ta jedna czwarta z początku tekstu to nie są ludzie zaniedbani ani leniwi. To pacjenci po odbytej rehabilitacji, którzy czują się dobrze, wracają do biegania i nadal nie spełniają kryteriów siły albo symetrii nóg. Zbiorczo, licząc też zawodowców, kryteria zdawała mniej więcej jedna trzecia. Rozrzut między badaniami był przy tym spory, więc nie traktuj tego jako prognozy dla siebie, tylko jako informację o kierunku. Pisałem o tym szerzej przy okazji [powrotu do sportu po ACL](#), gdzie różnica między „nie boli” a „gotowe” jest różnicą między jednym a drugim rokiem poza grą.

Do tego dochodzi rzecz, o której pacjent nie ma prawa wiedzieć: sam „wypis” nie ma jednej, twardej definicji. Badanie ankietowe wśród brytyjskich fizjoterapeutów pokazało, że praktyki kończenia terapii bólu kręgosłupa różnią się między gabinetami, a stopniowane wygaszanie opieki z sesjami przypominającymi stosuje mniejszość. Nie jest to zarzut wobec fizjoterapeutów, tylko opis realiów systemu, w którym liczba wizyt bywa ograniczona przez finansowanie, a nie przez stan pacjenta. Skutek dla Ciebie jest natomiast konkretny: koniec terapii oznacza „objaw opanowany”, a nie „ciało odbudowane”.

Etap trzeci: kiedy problemem jest zdolność do obciążenia

To jest moment, w którym pojawia się trener, i to jest w zasadzie cała odpowiedź na pytanie z tytułu. Nie chodzi o to, że trener jest tańszą albo szybszą wersją fizjoterapeuty. Chodzi o inne zadanie: systematycznie zwiększać obciążenie tak, żeby ciało nadążyło się adaptować, i mierzyć, czy nadąża.

Praktycznie wygląda to nudniej, niż brzmi. Ustala się punkt startowy, dobiera ćwiczenia, które da się progresować, i przez kilka miesięcy dokłada się objętość i ciężar w tempie, które nie wywołuje reakcji zapalnej i nie budzi objawów. Kiedy da się to zmierzyć, mierzymy. U nas służy do tego między innymi platforma dynamometryczna VALD, która pokazuje różnice między nogami i jakość lądowania, [czego lustro i samopoczucie nie pokażą](#). Kiedy się nie da, zostają kryteria prostsze: czy dokładanie ciężaru nie budzi objawów następnego dnia, czy technika utrzymuje się przy zmęczeniu, czy wracasz do tych aktywności, przez które w ogóle przyszedłeś.

Wartość takiej pracy nie polega na tym, że ktoś stoi obok i liczy powtórzenia; o samej roli trenera pisałem osobno w tekście o tym, [co właściwie robi trener personalny](#). Polega na tym, że ktoś pilnuje dawki. Tyle. Za mało obciążenia to stagnacja i nawrót przy pierwszym prawdziwym wysiłku, za dużo to przecież przeciążenie i powrót do punktu wyjścia. Ta wąska ścieżka między jednym a drugim to jest dokładnie to, za co się płaci, i to jest treść naszej pracy przy [powrocie po kontuzji](#).

Jest też argument, który lubię najbardziej, bo pokazuje, że po zakończeniu leczenia najwięcej zależy od tego, czy ruch zostaje w życiu na stałe. W badaniu WalkBack (Pocovi i wsp., 2024, „Lancet”) ludzie po epizodzie bólu krzyża dostawali zwyczajny, stopniowo zwiększany program chodzenia z edukacją. Mediana czasu do nawrotu wydłużyła się z około 112 do 208 dni. Zwykłe chodzenie, sensownie dawkowane, prawie podwoiło czas spokoju. Trening siłowy działa na tej samej zasadzie, tylko z większym marginesem: buduje zapas, z którego korzystasz wtedy, gdy życie sygnalizuje coś nieplanowanego.

Gdzie te role naprawdę się nakładają

Byłoby nieuczciwe udawać, że granica jest ostra. Nie jest. Fizjoterapeuci prowadzą treningi siłowe i robią to dobrze, część z nich ma w tym więcej doświadczenia niż niejeden trener. Trenerzy z kolei pracują z ludźmi, którzy mają za sobą historię urazu, bo takich osób są miliony i nie da się ich odesłać z powrotem do gabinetu na zawsze. Nakładanie się kompetencji jest normalne i akurat dla Ciebie korzystne, bo zwiększa szansę, że trafisz na kogoś, kto ogarnia oba końce procesu. Chyba nawet częściej trafisz na taką osobę niż na czystego specjalistę od jednego etapu.

Nieprzekraczalne pozostają dwie rzeczy. Trener nie diagnozuje i nie leczy — jeśli ktoś na sali mówi Ci, co masz z kręgosłupem na podstawie tego, jak stoisz, to jest sygnał ostrzegawczy, a nie dowód kompetencji. Druga rzecz: trener musi umieć odesłać. Ból, który nie mieści się w tym, czego się spodziewaliśmy, obrzęk po treningu, drętwienie, blokowanie się stawu — przy takich objawach sesja się kończy, a praca wraca o etap wstecz. Przecież to nie jest porażka, tylko poprawne działanie systemu.

W drugą stronę działa to tak samo. Jeśli od pół roku chodzisz na terapię z tym samym problemem i za każdym razem jest lepiej na trzy dni, a potem wraca, to chyba nie brakuje Ci kolejnej sesji terapii, tylko systematycznego, progresywnego obciążenia. Bardzo podobny mechanizm opisywałem przy [bólu pojawiającym się na treningu](#): jeśli tkanka nie jest przygotowana na to, co jej dajesz, żadna terapia tego za nią nie odrobi.

Jak to poukładać u siebie

Zacznij od trzech pytań, na które odpowiadasz sam sobie, zanim gdziekolwiek zadzwonisz. Czy był konkretny uraz i kiedy. Czy ból jest teraz, w spoczynku, czy tylko przy określonych ruchach. Czy jest coś z listy sygnałów alarmowych: noc, gorączka, drętwienie, osłabienie, niemożność obciążenia nogi.

Jeśli którykolwiek z sygnałów alarmowych jest na tak, to najpierw lekarz i tyle. Jeśli jest świeży uraz albo ból w spoczynku, zaczynasz od fizjoterapeuty. Jeśli ból pojawia się tylko przy wysiłku, jest powtarzalny i przewidywalny, a Ty od miesięcy nie robiłeś nic, co by systematycznie budowało siłę, to najprawdopodobniej brakuje Ci treningu, nie terapii. A jeśli jesteś po zakończonej rehabilitacji i masz wrócić do sportu albo do ciężkiej pracy fizycznej, potrzebujesz etapu trzeciego, którego rehabilitacja zwykle nie obejmuje.

Na pierwszą wizytę, gdziekolwiek pójdziesz, zabierz dokumentację: opis operacji, wyniki badań obrazowych, zalecenia od fizjoterapeuty. Nie po to, żeby ktoś je odczytywał jak wyrok, tylko żeby wiedzieć, co się goiło i jak długo. U nas pierwsza sesja zaczyna się od wywiadu i oceny tego, jak się ruszasz, a nie od gotowego planu — dopiero z tego wynika, czy w ogóle jesteśmy właściwym adresem na tym etapie.

Jest jeszcze jedna rzecz, o którą warto zapytać wprost każdego specjalistę, u którego się pojawiaasz: czego nie robi. Odpowiedź jest bardziej diagnostyczna niż lista certyfikatów na ścianie. Ktoś, kto potrafi nazwać granicę swoich kompetencji i powiedzieć, do kogo Cię wtedy odeśle, zwykle wie, co robi w środku tej granicy. Wykształcenie i doświadczenie ludzi, którzy prowadzą [nasze treningi](#), są opisane wprost, a o samej granicy mówimy na pierwszym spotkaniu, bo to oszczędza czas obu stronom.

Granica jest rozmyta, kolejność już nie

Nie ma badania, które wyznaczyłoby dzień, w którym kończy się rehabilitacja i zaczyna trening — i podejrzewam, że takiego badania nie będzie, bo ta granica przebiega inaczej u każdego. Jest natomiast dość jasna kolejność zadań: najpierw wyklucza się to, co wymaga leczenia, potem opanowuje się objaw, a na końcu buduje się zdolność do obciążenia, której nikt za Ciebie nie zbuduje w gabinecie. Problemy zaczynają się prawie zawsze wtedy, gdy któryś z tych etapów zostaje pominięty: kiedy ktoś z ostrym urazem trafia na sztangę albo kiedy ktoś rok po zaleczonym urazie wciąż leczy się z czegoś, co dawno przestało być kwestią medyczną, a stało się kwestią siły.

Odpowiedź na pytanie z tytułu brzmi więc mniej efektownie, niż by się chciało. Nie „trener albo fizjoterapeuta”, tylko obaj — w odpowiedniej kolejności i z jasnym momentem przekazania. Jeśli po lekturze wiesz przynajmniej, na którym etapie jesteś i o co zapytać, to ten tekst zrobił swoje.

Artykuł ma charakter edukacyjny i nie zastępuje konsultacji ze specjalistą. Przed rozpoczęciem nowego planu treningowego skonsultuj się z lekarzem lub fizjoterapeutą, zwłaszcza jeśli masz problemy zdrowotne lub wracasz po kontuzji.

[FIZJOTERAPEUTA](#)[TRENER PERSONALNY](#)[REHABILITACJA](#)[POWRÓT PO KONTUZJI](#)[TRENING PO REHABILITACJI](#)[BÓL](#)[RZESZÓW](#)

Najczęstsze pytania

Do kogo iść najpierw po urazie — do fizjoterapeuty czy do trenera?

Jeśli był konkretny uraz, jest obrzęk albo ból pojawia się w spoczynku, pierwsza wizyta należy do fizjoterapeuty lub lekarza. Przegląd systematyczny Gallottiego i wsp. (2023), obejmujący 28 badań i ponad 42 tysiące pacjentów, pokazał, że pójście od razu do fizjoterapeuty przy problemach mięśniowo-szkieletowych jest bezpieczne i daje podobne wyniki zdrowotne jak ścieżka przez lekarza. Trener wchodzi później — kiedy objaw jest opanowany, a zadaniem staje się odbudowa siły i tolerancji na obciążenie.

Skończyłem rehabilitację i nic mnie nie boli. Czy to znaczy, że jestem gotowy do sportu?

Niekoniecznie. Brak bólu i zdolność do obciążenia wracają w różnym tempie. Metaanaliza Richmonda i wsp. (2026) zebrała wyniki testów gotowości do powrotu do sportu po rekonstrukcji więzadła krzyżowego i wykazała, że zdaje je około jedna trzecia badanych, a wśród sportowców nie-zawodowych mniej więcej jedna czwarta — mimo zakończonej rehabilitacji. Koniec terapii oznacza „objaw opanowany”, a nie „ciało odbudowane”.

Czym rehabilitacja ruchowa w studiu treningowym różni się od fizjoterapii?

Rehabilitacja ruchowa to praca ćwiczeniem i obciążeniem: siła, mobilność, kontrola ruchu, stopniowe zwiększanie tolerancji na wysiłek. Fizjoterapia to zawód medyczny — badanie, postawienie diagnozy funkcjonalnej, terapia manualna i zabiegi. W naszym studiu nie wykonujemy terapii manualnej ani masażu i nie stawiamy diagnoz; jeśli ktoś potrzebuje fizjoterapii, polecamy fizjoterapeutę.

Kiedy z bólem trzeba iść do lekarza, a nie do fizjoterapeuty ani trenera?

Sygnaly, przy których zaczyna się od lekarza, to między innymi ból nocny, który narasta i nie zmienia się od pozycji, gorączka lub niewyjaśniona utrata masy ciała towarzysząca bólowi kręgosłupa, postępujące osłabienie albo drętwienie kończyny, zaburzenia czucia w okolicy krocza i problemy z kontrolą pęcherza, a także uraz o dużej energii i niemożność obciążenia nogi. Międzynarodowe ramy IFOMPT (Finucane i wsp., 2020) zastrzegają przy tym, że pojedynczy taki objaw rzadko o czymś przesądza — znaczenie ma cały obraz i to, jak zmienia się w czasie.

Czy trener personalny może prowadzić osobę po operacji?

Tak, na etapie odbudowy obciążenia i po zakończeniu leczenia, we współpracy z prowadzącym fizjoterapeutą lub lekarzem. Trener nie diagnozuje, nie leczy i nie prowadzi ostrej fazy po urazie. Musi natomiast umieć odesłać z powrotem, kiedy pojawi się ból wykraczający poza spodziewany, obrzęk po treningu, blokowanie się stawu albo objaw neurologiczny.

Czy zawód trenera personalnego jest w Polsce regulowany?

Nie. Zawody instruktora i trenera sportu zostały zderegulowane 23 sierpnia 2013 roku i dziś nie ma przepisów określających, jak zdobywa się uprawnienia trenerskie. Fizjoterapia działa odwrotnie — ustawa z 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. 2015 poz. 1994), obowiązująca od 31 maja 2016 roku, uczyniła z niej samodzielny zawód medyczny z prawem wykonywania zawodu. W praktyce oznacza to, że kompetencje trenera musisz zweryfikować samodzielnie: wykształcenie, doświadczenie i to, czy potrafi powiedzieć, czego nie robi.

Źródła

1. [Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review](#) — Gallotti M, Campagnola B, Cocchieri A, Mourad F, Heick J, Maselli F, 2023
2. [Pass Rates of Return to Sport Test Batteries Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis](#) — Richmond D, White C, Gomulko T, 2026
3. [International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies](#) — Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, Beneciuk JM, Leech RL, Selfe J, 2020
4. [Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia \(WalkBack\): a randomised controlled trial](#) — Pocovi NC, Lin CC, French SD, Graham PL, van Dongen JM, Latimer J, Merom D, Tiedemann A, Maher CG, Clavisi O, Tong SYK, Hancock MJ, 2024
5. [Musculoskeletal physiotherapists' discharge practices for people treated with low back pain: A United Kingdom survey](#) — Smith T, Singh G, Mcnamee G, Newton C, 2023
6. [Low rates of patients meeting return to sport criteria 9 months after anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective longitudinal study](#) — Welling W, Benjaminse A, Seil R, Lemmink K, Zaffagnini S, Gokeler A, 2018
7. [Optimising the Late-Stage Rehabilitation and Return-to-Sport Training and Testing Process After ACL Reconstruction](#) — Buckthorpe M, 2019
8. [2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern](#) — Arden CL, Glasgow P, Schneiders A, Witvrouw E, Clarsen B, Cools A i wsp., 2016
9. [Fifty-five per cent return to competitive sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: an updated systematic review and meta-analysis including aspects of physical functioning and contextual factors](#) — Arden CL, Taylor NF, Feller JA, Webster KE, 2014
10. [WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings](#) — World Health Organization, 2023
11. [Exercise therapy for chronic low back pain \(Cochrane systematic review\)](#) — Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW, 2021
12. [Supervised Versus Unsupervised Exercise for the Improvement of Physical Function and Well-Being Outcomes in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials](#) — Gómez-Redondo P, Valenzuela PL, Morales JS, Ara I, Mañas A, 2024
13. [Effectiveness of supervised physiotherapy versus home exercise in subjects with rotator cuff disorders treated surgically: A systematic review and meta-analysis](#) — Gutiérrez-Espinoza H, Araya-Quintanilla F, Olguín-Huerta C, Valdés-Orrego I, Sepúlveda-Osses O, 2022
14. [Strength training as superior, dose-dependent and safe prevention of acute and overuse sports injuries: a systematic review, qualitative analysis and meta-analysis](#) — Lauersen JB, Andersen LB, Andersen LL, 2018
15. [Mixed comparison of intervention with eccentric, isometric, and heavy slow resistance for Victorian Institute of Sport Assessment Patella Questionnaire in adults with patellar tendinopathy: A systematic review and network meta-analysis](#) — Li Y, Sun D, Fang Y, Lu Z, Shi F, Liu G, Gu Y, 2024

Movement Matters — Studio Treningowe

Cały artykuł, więcej materiałów i kontakt: movementmatters.pl/blog/trener-czy-fizjoterapeuta-kto-na-ktorym-etapie

