

# Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO

## The Polish model of rehabilitation accepted and recommended by WHO

MARIUSZ LUBECKI

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rehabilitacja medyczna jest dziedziną medycyny wyodrębnioną w połowie XX wieku. Jej rozwój związany był ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych po II wojnie światowej, a następnie epidemią choroby Heinego-Medina. W Polsce prekursorem rehabilitacji był prof. Ireneusz Wierzejewski – poznański ortopeda. Po II wojnie światowej dwa pierwsze ośrodki rehabilitacji kompleksowej powstały w Polsce i w USA (szpital Bellevue w Nowym Yorku i Klinika Ortopedii w Poznaniu). Ich twórcami byli Howard Rusk i Wiktor Dega – pionierzy nowoczesnej rehabilitacji medycznej na świecie. Rusk określił rehabilitację jako III etap leczenia (pierwszy to rozpoznanie, drugi – leczenie podstawowe). W koncepcji Degi rehabilitacja ma wkraczać w leczenie podstawowe i być jego integralną częścią.

W Polsce rehabilitacja wywodzi się z ortopedii. Dega stworzył podstawy naukowe rehabilitacji medycznej oraz pierwszy ośrodek naukowo-szkoleniowy. Działał w kierunku upowszechnienia rehabilitacji w całym kraju. Wraz z potrzebą leczenia dużej liczby kalek wojennych, w tym dzieci, Dega zakładał na początku lat 50. XX w. ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne. Rehabilitacja rozwijała się zakładając, iż ma ona być powszechnie dostępna, wcześniej zapoczątkowana, kompleksowa i ciągła – jest to istota polskiego modelu rehabilitacji medycznej. Do lat 70. XX w. ośrodki rehabilitacyjne były jedynymi placówkami zajmującymi się kompleksowym usprawnianiem leczniczym. Następnie rehabilitacja w oparciu o obowiązujący model została ustawowo wprowadzona jako integralny element leczenia podstawowego. Przez 60 lat swojego istnienia ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne odegrały istotną rolę przywracając niepełnosprawnych do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Współpracując z kliniką ortopedii i rehabilitacji wniosły szereg osiągnięć naukowych w dorobek polskiej i światowej medycyny. Odegrały rolę jako placówki szkoleniowe w zakresie ortopedii i rehabilitacji oraz pedagogiki specjalnej. Profil leczniczych w ośrodkach schorzeń zmieniał się wielokrotnie na przestrzeni lat.

**Słowa kluczowe:** chirurgia narządu ruchu, kompleksowa rehabilitacja medyczna, wrodzona dysplazja biodra, ośrodek rehabilitacyjno-ortopedyczny, dysfunkcja narządu ruchu, Ministerstwo Zdrowia

Medical rehabilitation is a branch of medicine that emerged around the middle of the twentieth century. Its development was connected with the increasing number of the handicapped as the result of WWI along with the epidemic of the Heine-Medina disease. Professor Ireneusz Wierzejewski, an orthopedic surgeon of Poznań, was among the first to promote rehabilitation in Poland. After WWI the two first rehabilitation centers were founded; in the USA, in Bellevue hospital in New York and in Poland, in the Clinic of Orthopedics in Poznań. Their founders were Howard Rusk and Wiktor Dega – the world's two pioneers of modern rehabilitation. According to Rusk's idea, rehabilitation is the third stage of treatment (the first is the diagnosis, the second – the main treatment). According to Dega, rehabilitation must enter the second stage of treatment and thus become an integral part of the main treatment.

In Poland rehabilitation emerged from orthopedic surgery. Dega is the author of scientific foundation of rehabilitation in Poland and of the first scientific and educational centre for medical personnel. At the same time he struggled to introduce rehabilitation all over Poland. Bearing in mind a huge demand on rehabilitation from the WWII casualties, including children, in the 1950's Dega founded and supervised orthopedic-rehabilitation centers throughout the country. Rehabilitation in Poland was developing according to a common program which claimed that rehabilitation must be widely available, early introduced, be complex and persistent – these are the four principles of the Polish model of rehabilitation. Until the 1970's the orthopedic-rehabilitation centers were the only institutions in Poland where complex rehabilitative treatment was available. During 60 years of their existence the orthopedic-rehabilitation centers played an important role in treatment of patients. With the cooperation of the Clinic of Poznań those centers have had many scientific achievements and contributions to Poland's and world's medicine. They also played an important role as teaching centers both in the field of orthopedic surgery and rehabilitation and special education. The profile of orthopedic-rehabilitation centers was changing over the years.

**Key words:** orthopaedic surgery, complex medical rehabilitation, congenital hip dysplasia, orthopaedic and rehabilitation centre, disability, Ministry of Health

© Hygeia Public Health 2011, 46(4): 506-515

www.h-ph.pl

Nadesłano: 18.09.2011

Zakwalifikowano do druku: 13.11.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Mariusz Lubecki

tel. 606-876-782, e-mail: marlub@mp.pl

Artykuł jest trzecią częścią rozprawy na stopień doktora nauk medycznych pt. „Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku; promotor: prof. UM dr hab. med. Roman K. Meissner. Część pierwsza pt. „Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku” została opublikowana w Hygeia Public Health 2011, 46(2): 249-255. Część druga pt. „Rehabilitacja medyczna w Polsce przed rokiem 1950. Profesor Ireneusz Wierzejewski oraz jego uczniowie - Franciszek Raszeja i Wiktor Dega” została opublikowana w Hygeia Public Health 2011, 46(3): 396-400.

Wiktor Dega (ryc. 1) – poznański ortopeda, którego zasługą w II połowie XX wieku było stworzenie, upowszechnienie i wdrażanie w polską i światową medycynę programu walki z dysfunkcjami narządu ruchu – proponując tzw. polski model rehabilitacji medycznej w istotny sposób sprzeciwił się w istotny sposób uwidaczniającej się dehumanizacji medycyny, m.in. polegającej na tradycyjnym traktowaniu kalek. Profesor z całą determinacją walczył o to, by w procesie leczenia podmiotem był człowiek jako całość, a nie trapiąca go jednostka chorobowa [1].



Ryc. 1. Prof. Wiktor Dega

W drodze do opracowania polskiego modelu rehabilitacji ważnymi etapami były bogate doświadczenia zawodowe Degi, które chronologicznie można ująć następująco:

1. praca pod kierunkiem Ireneusza Wierzejewskiego w Zakładzie im B.S.Gąsiorowskiego w Poznaniu;
2. staże i studia podyplomowe w wiodących ośrodkach europejskich, m.in. w: Lyonie, u prof. Gabriela Nové-Josseranda, Paryżu u prof. Louisa Ombredanné'a, Włoszech u prof. Vittorio Putti'ego, Sztokholmie u prof. Patrica Haglunda;
3. praca w Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego;
4. utworzenie i objęcie kierownictwa Oddziału Ortopedycznego w Bydgoszczy.

Doświadczenia te wytyczyły dwa główne kierunki w późniejszej działalności naukowo-klinicznej Degi, którymi były: zagadnienia wrodzonej dysplazji stawu biodrowego oraz rehabilitacji narządu ruchu [2].

**Ad 1.** W Zakładzie im B.S.Gąsiorowskiego Dega rozpoczął pracę 1 kwietnia 1924 [3]. Tu pod kierownictwem doświadczonego i życzliwego prof. Wierzejewskiego zdobywał umiejętności w zakresie chirurgii ortopedycznej, które dość szybko pozwoliły jemu na samodzielnie operowanie oraz wprowadzanie własnych technik operacyjnych, a także opracowywanie na podstawie przypadków leczonych w Klinice rozpraw naukowych [4]. Tu też rozpoczął badania nad wrodzoną dysplazją stawu biodrowego stając się z czasem ekspertem na miarę światową w dziedzinie wspomnianej problematyki. Jego metoda osteotomii transiliakalnej dająca pełne pokrycie stropu zreponowanego biodra stała się trwałym dorobkiem światowej ortopedii i jest stosowana do dziś w wielu ośrodkach. Wraz z takimi metodami jak m.in. Zahradniczka-Collony bądź Chiari, plastyka daszka panewki stawu biodrowego wg sposobu Degi weszła do światowej klasyki operacji ortopedycznych [5].

W Klinice Wierzejewskiego, od początku jej istnienia, wzorowo funkcjonował system zaopatrzenia pacjentów w aparaty ortopedyczne – stając się z czasem integralnym elementem kompleksowej rehabilitacji w ujęciu Degi. Wierzejewski również wprowadził ścisłą współpracę lekarza z technikiem ortopedycznym. Jego zdaniem lekarz mógł i powinien projektować aparaty ortopedyczne, co pobudzało do inwencyjności konstruktorskiej lekarza, oraz przyczyniało się do rozwoju nowych technik w zaopatrzeniu ortopedycznym. Ten rodzaj współpracy lekarza i technika zaopatrzenia ortopedycznego również stał się jednym z elementów modelu rehabilitacji Wiktora Degi a następnie został przez niego i jego uczniów przeniesiony do ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych również poza granice Polski. Dzięki wspomnianej współpracy lekarz miał możliwość wyboru najlepszego aparatu, a następnie ocenienia jego funkcjonowania i przeprowadzenia ewentualnych korekt. Model ścisłej współpracy lekarza-technika funkcjonował już w Klinice Wierzejewskiego, w której warsztaty ortopedyczne były „oczkiem w głowie” jej kierownika [6]. Okazało się jednakże, iż mimo wysiłków Degi model zaopatrzenia z czynnym udziałem ortopedy w projektowanie aparatów i następową ich szybką realizacją, ze względu na kłopoty administracyjne, początkowo był mało sprawny. Zdaniem Degi tylko właściwe rozwiązanie tego „prozaicznego” problemu mogło wnieść wiele dobrego do rozwoju ortopedii i istotnie usprawnić leczenie.

Wierzejewski, jako zwolennik gimnastyki ruchowej Linga oraz Zandera jak wspominałem – utworzył w swoim Zakładzie dział kinezyterapii z salą gimnastyczną.

Wynika z tego co wyżej stwierdziliśmy, że plan rozwoju kompleksowej opieki nad kalekami Wierzejewskiego w sposób naturalny stał się inspiracją do jej rozwijania przez inteligentnego ucznia.

Wspomniany model Degi zakładał w całościowym ujęciu podobnie jak u Wierzejewskiego następujące zasadnicze elementy:

- utworzenie klinik ortopedycznych w miastach uniwersyteckich (jako głównych placówek dydaktyczno naukowych z wspomnianej dziedziny);
- utworzenie zakładów leczniczo-wychowawczych w większych aglomeracjach miejskich;
- wprowadzenie nauki szkolnej w czasie leczenia ortopedycznego oraz nauki przyłóżkowej u chorych szpitalnych;
- wprowadzenie opieki psychologicznej w ośrodkach leczniczych;
- wspomaganie niepełnosprawnych w możliwościach otrzymania pracy oraz kształcenie zawodowe niepełnosprawnych.

Wydaje się wprost nieprawdopodobne, ale jest faktem, że Wierzejewski postulował, iż niepełnosprawny powinien być tak kształcony w rzemiośle, zawodzie, by umiejętnościami bezwzględnie przewyższać swojego zdrowego konkurenta. Jego zdaniem tylko takie postępowanie stwarzało szanse na wyrównanie niepełnosprawnemu możliwości uzyskania godziwego zatrudnienia.

Na podstawie zbadanych źródeł, nie mam wątpliwości, że powyższe postulaty Ireneusza Wierzejewskiego zostały przejęte przez Degę i po II wojnie światowej były bardzo umiejętnie wprowadzane na szeroką skalę do polskiej medycyny przez poznańskiego lekarza.

**Ad 2.** Prof. Wierzejewski sam będąc uczniem światowej sławy ortopedów, umożliwiał swoim asystentom (m.in. Dedze i Raszei) wyjazdy na stypendia szkoleniowe do przodujących zachodnioeuropejskich ośrodków ortopedycznych. Z retrospekcji Degi opracowanych przez prof. Stasiewicz-Jasiukową dowiadujemy się, iż nasz lekarz wiele z elementów polskiego modelu rehabilitacji oraz istotną wiedzę ortopedyczną wzorował (oraz modyfikował) opierając się m.in. na bogatym doświadczeniu klinik, w których pracował podczas staży zagranicznych. Był niewątpliwie wnikliwym obserwatorem. Każdy nowy element, który zaobserwował w czołowych klinikach europejskich sumiennie sprawdzał i weryfikował pod kątem przydatności i możliwości jego zastosowania w rodzimej poznańskiej placówce.

Dega m.in. miał możliwość opanowania praktycznej nauki nowoczesnego badania ortopedycznego i leczenia dzieci – odbywając kurs teoretyczny i praktyczny z zakresu chirurgii dziecięcej w Lyonie u prof. Nové-Josseranda, przez którego wkrótce został wprowadzony do Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego oraz Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Dega w Lyonie zapoznał się m.in. z najnowszymi metodami leczenia

zwichnięcia biodra oraz korekcji stopy końsko-szpontowej porażennej po poliomyelitis.

Natomiast w paryskim *l'Hopital des Enfants Malades* Dega poznał i opanował rewelacyjną metodę acetabuloplastyki wg Lance'a w wrodzonym zwichnięciu biodra, którą następnie wprowadził w naszym kraju. W tym okresie zapoznał się również z metodami operacyjnego leczenia gruźlicy kostno-stawowej i porażen po poliomyelitis. Istotą zabiegów w gruźlicy kostno-stawowej było nowatorskie chirurgiczne unieruchomienie zajętych stawów tak, by uwolnić pacjenta od stosowania opatrunków gipsowych i stabilizatorów zewnętrznych. Zaznajomił się również z metodami helioterapii i talassoterapii stosowanych w leczeniu wspomnianego wyżej, a wówczas bardzo częstego schorzenia.

Z kolei w *Instituto Ortopedio Rizolli* w Bolonii Dega zwrócił uwagę na znakomite rozwiązania które w istotny sposób usprawniały pracę naukowo badawczą. Były nimi – z pozoru tak banalne elementy – jak gotowe formularze badania ortopedycznego i formularze historii chorób, odrębne dla każdego schorzenia. Stwarzały one nie tylko możliwość szybkiej porównywalności oceny wyników leczenia, lecz również znacznie usprawniały pracę kliniczną. Dega nowości te wprowadził już w Klinice Wierzejewskiego, a następnie we własnej placówce oraz po wojnie w polskich ośrodkach ortopedycznych. W tamtejszych warsztatach ortopedycznych Dega poznał nowoczesne konstrukcje zaopatrzenia ortopedycznego, m.in. stół operacyjny skonstruowany wg wskazówek Puttiego, który następnie zakupił dla poznańskiej Kliniki. Poznał również wiele metod ortopedycznego leczenia – zarówno zachowawczego jak operacyjnego – które następnie wprowadzał i udoskonalał w naszym kraju.

W Szwecji, która przeżywała na początku XX wieku epidemię Polio, Dega odbywał szkolenie w Klinice Ortopedycznej w Sztokholmie pod kierownictwem prof. Haglunda. Należy pamiętać że Szwecja dzięki osobie Pera Hendrika Linga stała się kolebką współczesnej kinezyterapii. Szwedzka gimnastyka lecznicza była wówczas podstawową metodą leczenia ofiar epidemii Polio, która panowała w tym kraju w ostatniej dekadzie XIX w. Zdaniem Degi Szwecja była wówczas państwem wzorcowym w kwestii opieki nad kalekami – co znajduje potwierdzenie przez innych wybitnych specjalistów. Istniała m.in. zasada kontynuacji leczenia ambulatoryjnie z chwilą wypisania pacjenta ze szpitala po leczeniu operacyjnym lub zachowawczym. Poszpitalne leczenie ambulatoryjne kontynuował lekarz, który operował, badał i prowadził pacjenta na oddziale. Jest to kapitalna i istotna zasada ciągłości rehabilitacji, którą Dega tak udanie wprowadził do „swego” modelu.

Innym elementem przywiezionym przez Degę ze Szwecji i z żelazną konsekwencją stosowaną w poznań-



skiej Klinice a następnie w ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych w Polsce był sposób nowoczesnego prowadzenia dokumentacji medycznej. Poszczególne historie choroby nie były, jak dotychczas, archiwizowane osobno i chronologicznie. Pacjent otrzymywał natomiast stały numer historii choroby, pod którym mieściła się jego ciągła dotychczasowa dokumentacja z wszystkich pobytów w placówce klinicznej. Dokumentacja w formie formularzy badania ortopedycznego była uzupełniana standardowo wykonaną dokładną dokumentacją fotograficzną, która dawała możliwość zachowania pełnego ciągłego pod względem dynamiki procesu obrazu istniejącej deformacji. Dokumentacja fotograficzna, badanie pacjenta, dokumentacja rentgenowska – umieszczane były w jednej kopercie przyporządkowanej temu pacjentowi i opatrzonej jednym numerem. Dawało to możliwość szybkiego wglądu w przebieg choroby, progresję bądź efekty leczenia. Według Degi był to najbardziej optymalny sposób prowadzenia ciągłej dokumentacji medycznej. Dodatkowo ułatwiał on prowadzenie badań naukowych, ocenę odległych efektów leczenia itp. Ten niewątpliwie pracowity sposób „dokumentowania” należy uznać za najbardziej optymalny w leczeniu schorzeń narządu ruchu w których terapia jest zazwyczaj długotrwała, wieloetapowa, wymagająca stałej kontroli progresji schorzenia i skuteczności leczenia.

W czasie pobytu Degi w Szwecji miał miejsce jeden bardzo istotnych precedensowych procesów dotyczących oskarżenia kinezyterapeuty przez Izbę Lekarską o nieprawidłowe stosowanie ćwiczeń w przypadku gruźlicy kręgosłupa, które zaostrzyły proces chorobowy. Orzeciono wówczas niezwykle ważną i stale obowiązującą zasadę że magister kinezyterapii nie ma prawa stosować leczenia ruchem bez uprzedniego badania lekarskiego. Ustalono, iż jedynie lekarz, po ortopedycznym zbadaniu pacjenta, może zlecać określony rodzaj ćwiczeń i ich zakres. Identycznie – w modelu rehabilitacji Degi – lekarz zlecał zakres zabiegów a także odgrywał nadrzędną rolę jako koordynator zespołu (teamu) rehabilitacyjnego.

Po powrocie ze Szwecji i wprowadzeniu przez Degę w Zakładzie im. Gąsiorowskiego system gimnastyki szwedzkiej, zapoczątkował on osobiście systematyczne szkolenia miejscowych pielęgniarek zajmujących się kinezyterapią.

**Ad 3.** W wyniku sugestii Wierzejewskiego w roku 1926 Dega przejął funkcję lekarza Studium Wychowania Fizycznego. Prowadził wykłady z zakresu teorii i praktyki gimnastyki leczniczej i masażu. Pracował w Studium dziesięć lat. Od roku 1928 był również kierownikiem Miejskiej Poradni Sportowo-Lekarskiej. Dzięki pracy w Studium Dega poszerzał swoją wiedzę o zagadnienia ruchu i ćwiczeń w warunkach fizjologicznych. Według Degi było to cenne doświadczenie

dające kompleksowe spojrzenie na narząd ruchu: zarówno pod względem jego fizjologii jak i patologii w aspekcie klinicznym [3]. Działając w Studium Dega równocześnie publikował artykuły poświęcone medycynie i traumatologii sportowej oraz szerokim badaniom populacji dzieci poznańskich mającym na celu wykrywanie wad postawy dzieci. M.in. w następstwie tego w dwu szkołach powszechnych w Poznaniu opracował i wdrożył metody leczenia wspomnianych wad przy pomocy ćwiczeń korekcyjnych (opartych na systemie Linga). Były to pierwsze w Polsce systematyczne i w pewnym sensie masowe zajęcia dla dzieci z gimnastyki korekcyjnej, których ideę następnymi podchwycili i realizowali lekarze warszawscy.

**Ad 4.** W roku 1937, w bydgoskim szpitalu na Bielawkach Wiktor Dega otrzymał możliwość utworzenia oddziału ortopedycznego w pełni zorganizowanego według własnej koncepcji [7]. Wraz z Degą do nowo utworzonej placówki przeniósł się znakomity technik ortopedyczny oraz dr Witold Piotr z Zakładu im. Gąsiorowskiego w Poznaniu.

Dega tworząc od podstaw według własnej idei oddział urządził m.in.:

- salę gimnastyczną wyposażając ją w specjalistyczny sprzęt do ćwiczeń;
- zatrudnił nauczycielki do prowadzenia zajęć szkolnych dla dzieci;
- utworzył warsztaty ortopedyczne, których działanie było zdumiewająco sprawne, bowiem pacjent w ciągu 3 dni otrzymywał potrzebne zaopatrzenie;
- utworzył salę z lampami kwarcowymi, wprowadził helioterapię wzorując się na słynnym w całej Europie Instytucie Gruźlicy w Rzymie;
- wprowadził sumienną fotograficzną dokumentację przypadków;
- zlecił wykonanie wg własnych wskazówek oryginalnego i bardzo praktycznego stołu operacyjnego, który zainstalowano w sali operacyjnej.

Oddział Degi funkcjonował do wybuchu II wojny światowej. Był to jeden z najbardziej nowoczesnych oddziałów w Polsce. Zyskał dużą renomę i zdaniem Degi działał sprawnie m.in. dzięki... motywującemu pracowników systemowi wynagradzania, uwzględniającego procent z dochodów za zabiegi operacyjne oraz za wykonane zaopatrzenie ortopedyczne.

W sierpniu 1939 roku, jako lekarz – kapitan, został zmobilizowany. Ranny pod Kutnem dostał się do niemieckiej niewoli i został przekazany do Szpitala Ujazdowskiego. Następnie pracował jako ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej im. Karola i Marii w Stolicy. Podczas Powstania Warszawskiego dodatkowo prowadził punkt opatrunkowy „Sano” przy ul. Lwowskiej. Po ewakuacji Szpitala im. Karola i Marii do Włodzimierzowa pod Piotrkowem, do zakończenia wojny, prowadził tam Oddział Chirurgiczny [8].

Po zakończeniu wojny Dega otrzymał kilka propozycji objęcia kierownictwa katedr ortopedii, m.in. w Warszawie, Wrocławiu i Poznaniu. Zdecydował się na powrót do Poznania, gdzie szybko uzyskał nominację na profesora nadzwyczajnego. Na polecenie Uniwersytetu Poznańskiego zorganizował i prowadził Katedrę i Klinikę Ortopedii. Mieściła się ona przejściowo przy ul. Długiej. Równocześnie rozbudowywał i dostosowywał do potrzeb Kliniki budynku Collegium Marcinkowskiego na Wildzie. Plan Degi stworzenia kompleksowego centrum leczenia schorzeń narządu ruchu został zaakceptowany przez miejscowy Uniwersytet i Dyрекcję Odbudowy Poznania. W latach 1946-1948 dokonano przebudowy i adaptacji Collegium Marcinkowskiego wg wskazówek Degi uwzględniających przedwojenne plany Raszei. Klinikę Ortopedyczną w roku 1948 przeprowadzono do nowego budynku. Nie zrealizowano jednak w całości zaplanowanej rozbudowy, którą przedsięwziął Dega. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej odebrało mianowicie część funduszy, które miały być przeznaczone na stworzenie centrum rehabilitacji oraz kliniki neurologii i neurochirurgii, które Dega zamierzał umieścić przy Klinice Ortopedycznej jako interdyscyplinarnym wysokospecjalistycznym wzorcowym ośrodku o charakterze instytutu. Zdaniem Degi decyzja ministerstwa negatywnie wpłynęła na rozwój rehabilitacji i ochrony zdrowia nie tylko w Poznaniu, ale i w Polsce.

W Klinice Ortopedii w Poznaniu Dział Rehabilitacji został uruchomiony w roku 1948 i był drugim na świecie ośrodkiem opartej na naukowych podstawach kompleksowej zespołowej rehabilitacji medycznej. Zaledwie rok wcześniej pierwszy oddział rehabilitacji medycznej na świecie został uruchomiony jak wspomniano wcześniej w szpitalu Bellevue w Nowym Yorku pod kierownictwem Howarda Ruska (ryc. 2).

Musimy w tym miejscu poświęcić kilka zdań osobie Howarda Ruska. Był on pionierem kompleksowej rehabilitacji medycznej w USA. W swoim kraju przeszedł on do historii jako „ojciec medycyny rehabilitacyjnej”.

Proces prawidłowego leczenia określają wg Ruska trzy etapy:

I – rozpoznanie;

II – leczenie podstawowe (zabieg operacyjny);

III – rehabilitacja prowadzona w odrębnym ośrodku rehabilitacyjnym.

Rehabilitacja według Ruska obejmowała okres leczenia pomiędzy leczeniem podstawowym a powrotem pacjenta do pracy zawodowej. Rehabilitacja, w oparciu o rozwinięcie pozostałych nieuszkodzonych funkcji motorycznych (nie w oparciu na funkcjach nieodwracalnie uszkodzonych) miała chorym umożliwić powrót do życia w społeczeństwie. Etap III – tj. rehabilitacja – odbywała się w oddzielnych od szpitala ośrodkach

rehabilitacyjnych. Takim pierwszym ośrodkiem w USA – jak wspomniano – był szpital Bellevue. Należy podkreślić, że Howard Rusk program rehabilitacji rozwinął już podczas II wojny światowej (początkowo leczył żołnierzy sił powietrznych – *Air Force*). Sukcesy uzyskane poprzez intensywne leczenie usprawniające spowodowały, iż wcześniej zapoczątkowaną rehabilitację upowszechniono w amerykańskich szpitalach wojskowych a następnie szeroko przyjęto w lecznictwie cywilnym.

Jak widać z powyższego Rusk wprowadził rehabilitację jako III fazę leczenia. W latach wojny nastąpił znaczący postęp w intensywnym leczeniu ostrej fazy po urazie (diagnostyka, intensywna terapia, skuteczne techniki operacyjne, antybiotykoterapia). Po tym etapie brakowało kolejnego ogniwa w procesie leczenia, które przywracałoby pacjenta (dzięki chirurgii i intensywnej terapii utrzymanego przy życiu) do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie, mimo nieodwracalnej dysfunkcji pozostałej po fazie intensywnej terapii i zabiegu operacyjnym. Zdaniem Ruska luka ta między fazą obłożną choroby a powrotem pacjenta do warsztatu pracy była polem działania kompleksowej rehabilitacji medycznej – jako III fazy leczenia.

Rusk stosował wczesne uruchamianie pacjentów pooperacyjnych. Pacjenci chorzy obłożnie byli rehabilitowani w łóżku, w procesie rehabilitacji istotną rolę odgrywała pomoc psychologiczna i niedopuszczanie do izolacji osób chorych. Wprowadzana była terapia zajęciowa (ergoterapia). Program leczenia nastawiony był na intensywną eksplorację pozostałych możliwych do wykorzystania sprawności chorego w połączeniu z pomocą psychologiczną. W procesie leczenia rehabilitacyjnego uczestniczył psychiatra, ergoterapeuta, pracownik socjalny, lekarz, chirurg. W procesie leczenia zwracano uwagę na elementy humanizmu – słusznie bowiem uważano, że podmiotem w postępowaniu leczniczym był pacjent jako całość. Rusk uważał, iż rehabilitacja jako III etap powinna być intensywnym czy wręcz agresywnym leczeniem – koniecznie z czynnym udziałem pacjenta, nie zaś bierną rekonwalescencją, skutkiem której dochodzi do negatywnych zmian w psychice chorego. Działania Ruska w początkowej fazie spotykały się z negatywnym nastawieniem środowiska medycznego. Skuteczność medycyny fizykalnej Ruska została wkrótce dostrzeżona. Pierwszą instytucją silnie wspierającą rozwój rehabilitacji medycznej w USA był Związek Weteranów (*The Veterans Administration*).

Wkrótce po wojnie Rusk utworzył pierwszy na świecie oddział Medycyny Fizykalnej (1947 r.), który następnie 2 lata później za jego staraniem został przemianowany na Klinikę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Była ona w latach 50. XX w. miejscem kształcenia amerykańskich kadr specjalistów medycyny fizykalnej. Dynamiczny rozwój rehabilitacji i medycyny fizykalnej (*Physiatry*) w USA nastąpił



w latach 50. – dzięki współpracy Ruska z Mary Switzer, której starania w Kongresie Stanów Zjednoczonych zaowocowały dużymi dotacjami państwa na rzecz rozwoju badań z zakresu medycyny fizykalnej oraz tworzenia ośrodków rehabilitacyjnych [9].

Porównując polski model rehabilitacji Degi i koncepcję medycyny fizykalnej Howarda Ruska należy zwrócić uwagę na inne uwarunkowania, w których obie koncepcje powstawały. Ogromnisze zniszczenia dokonanych w Polsce i populacji polskiej podczas II wojny światowej był niewspółmierny z jej skutkami w Stanach Zjednoczonych. W USA kalectwo dotyczyło głównie inwalidów wojskowych, w Polsce całej populacji z dużym udziałem dzieci. Polskie kadry lekarzy odniosły w wyniku wojny olbrzymie straty [10]. Również status majątkowy obu państw był nieporównywalny. Polska w latach powojennych stała w obliczu braku wszelkich środków. Brakowało zarówno kadr jak i bazy szpitalnej oraz środków finansowych.

Przypomnijmy – u Howarda Ruska leczenie rehabilitacyjne rozpoczynało się wówczas, gdy kończyła się faza kliniczna leczenia tj. faza zabiegu operacyjnego lub po pewnej przerwie, którą pacjent miał spędzić w domu. Dega natomiast, budując Klinikę Ortopedyczną w Poznaniu, miał koncepcję rehabilitacji interdyscyplinarnej i kompleksowej (zespołowej). Interdyscyplinarny instytut miał zawierać w sobie te kliniki, które zajmują się leczeniem operacyjnym bądź zachowawczym narządu ruchu a więc: neurologię, neurochirurgię, ortopedię i dział rehabilitacji – kinezyterapię i fizykoterapię. Inna od amerykańskiej jest tym samym polska koncepcja organizacji placówki rehabilitacyjnej.

W modelu Ruska rehabilitacja to kontynuacja leczenia podstawowego – III faza leczenia. W modelu Degi rehabilitacja wkracza w fazę II czyli w leczenie podstawowe i staje się integralnym elementem leczenia podstawowego. Według Degi zabieg operacyjny w chirurgii narządu ruchu jest częścią procesu rehabilitacyjnego – mamy tu więc pewne odwrócenie stereotypowych pojęć: rehabilitacja nie jest doleczaniem pacjenta po zabiegu. Rehabilitacja jest całościowym kompleksowym leczeniem pacjenta a operacja jedynie ogniwem tegoż leczenia. Według Degi operacja jako ogniwo procesu rehabilitacji kompleksowej powoduje nowy układ statyczno-kinetyczny w narządzie ruchu, który jest nowym punktem wyjścia do ćwiczeń ruchowych (ryc. 2).

Model prof. Degi i model dr. Ruska łączy kilka elementów (ryc. 2). Pierwszym – zwracającym uwagę i nadrzędnym – jest głęboki humanizm zawarty w obu koncepcjach. Obaj lekarze postulowali by podmiotem w leczeniu był całościowo pojęty pacjent ze wszystkimi aspektami jego choroby, nie zaś dotknięty chorobą narząd. Kolejnym wspólnym elementem było pojęcie rehabilitacji społecznej i zawodowej a więc zapobieganie

izolacji osób niepełnosprawnych z udziałem pomocy psychologa oraz umożliwienie pacjentom podjęcia pracy zawodowej dzięki rozwinięciu odpowiednich funkcji zastępczych narządu ruchu i ewentualnego przekwalifikowania.

**Rehabilitację medyczną według polskiego modelu Degi cechowały cztery przymiotniki: powszechna, wczesna, kompleksowa i ciągła.**

**Powszechność**, czyli dostępność dla wszystkich chorych, odnosi się również do pojęcia interdyscyplinarności – rehabilitacja musi obejmować wszystkie dziedziny medycyny.

**Wczesne zapoczątkowanie** – rozumiane jako usprawnianie pacjenta zarówno przed planowym zabiegiem operacyjnym jak i zaraz po zabiegu w postaci ćwiczeń w łóżku (ćwiczeń oddechowych, izometrycznych, biernych, wspomaganym, czynnych). Wczesne zapoczątkowanie jest również istotną podstawą rehabilitacji wszystkich innych, m.in. neurologicznej – po udarach mózgowych.

Zestawienie chronologiczne najważniejszych wydarzeń w życiu i pracy zawodowej ojców współczesnej rehabilitacji w Polsce i w USA. Porównanie modelu współczesnej rehabilitacji według dra Howarda Ruska i prof. dr Wiktora Degi

			
rok	Howard Rusk	rok	Wiktor Dega
1927	Ukończenie studiów medycznych na Uniwersytecie Pensylwania ( <i>University of Pennsylvania</i> )	1924	Ukończenie studiów na Uniwersytecie Poznańskim. Uzyskanie tytułu doktora wszech nauk lekarskich. Rozpoczęcie specjalizacji z chirurgii ortopedycznej
1927	Rozpoczęcie specjalizacji internistycznej	1924	
1949	Misja medyczna dr. Ruska do Polski; Warszawa, Piekary Śląskie, Świebodzin, Poznań.		
1951	Otwarcie Stałego Instytutu Rehabilitacji Medycznej Uniwersytecie Nowego Jorku ( <i>New York University</i> ) z biblioteką, salą gimnastyczną, basenem terapeutycznym	1949	Współorganizator, jednego z pierwszych w Polsce, ośrodka rehabilitacyjnego dla dzieci w Świebodzinie
1953	Przewodniczący Zarządu Fundacji Amerykańsko-Koreańskiej	1950	Zostaje mianowany Krajowym Specjalistą d/s Rehabilitacji
1955	Założyciel i prezydent Światowego Funduszu Rehabilitacyjnego	1957-1967	Powołany na eksperta Światowej Organizacji Zdrowia ds. rehabilitacji
1957	Ponowna wizyta w Polsce i spotkanie z dr Dega	1959-1962	Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu
1952	Otrzymanie najwyższej światowej nagrody w dziedzinie rehabilitacji przyznanej przez Fundację Alberta i Mary Laskera	1966	Otrzymanie najwyższej światowej nagrody w dziedzinie rehabilitacji przyznanej przez Fundację Alberta i Mary Laskera

Ryc. 2. Zestawienie porównawcze najistotniejszych wydarzeń z życia zawodowego pionierów współczesnej rehabilitacji – wg prof. Romana Meissnera

Fig. 2. Comparison of most important events in professional lives of both pioneers of modern rehabilitation – according to prof. Roman Meissner

**Kompleksowość.** Rehabilitacja znacznej części pacjentów ma charakter leczenia funkcjonalnego – zleconej przez lekarza kinezyterapii, oraz zabiegów fizykalnych, po których pacjent odzyskuje sprawność i powraca do funkcjonowania. W przypadku, gdy uraz bądź schorzenie całkowicie zmienia sytuację życiową chorego należy wprowadzać rehabilitację kompleksową prowadzoną przez zespół (team) rehabilitacyjny. Na rehabilitację kompleksową zdaniem Degi składa się m.in. kinezyterapia, fizykoterapia, zajęcia z logopedą, zaopatrzenie ortopedyczne, pomoc psychologiczna, pomoc socjalna, ergoterapia, nauka szkolna w przypadku dzieci i młodzieży, pomoc instruktora zawodowego. Kompleksowa rehabilitacja wiąże się więc z pojęciem interdyscyplinarności czyli zakłada udział lekarzy różnych specjalności w zależności od potrzeb: neurologa, ortopedy, neurochirurga, reumatologa, kardiologa itd.

**Ciągłość.** Rehabilitacja ma być nieprzerwana, jednocześnie ma być prowadzona rehabilitacja medyczna, zawodowa, społeczna. Pojęcie ciągłości rehabilitacji oznacza również kontynuację leczenia po opuszczeniu ośrodka szpitalnego, czyli rehabilitację środowiskową.

Pierwszym w Polsce ośrodkiem kompleksowej rehabilitacji był stworzony przez Degę Dział Leczniczego Usprawniania w Klinice Ortopedii w Poznaniu. Dega w obliczu niedoboru środków finansowych nie mógł rozwijać rehabilitacji III fazy z powodu braku odpowiedniej infrastruktury. Dzięki pomysłowości Degi rehabilitacja została włączona wcześniej w poznańskiej Klinice Ortopedycznej. Tym samym doszło do połączenia fazy II z III. Rehabilitacja prowadzona była na salach chorych, przyłóżkowo, i w dostępnych pomieszczeniach. Następnie zostały zbudowane odpowiednie sale gimnastyczne, pływalnia, wprowadzono zabiegi fizykalne, ćwiczenia w wodzie, terapię zajęciową oraz uruchomiono warsztaty ortopedyczne.

Dega rozpoczął wówczas organizowanie pierwszych zespołów rehabilitacyjnych, w których skład wchodził:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej – ordynator oddziału (warto podkreślić, że specjalność ta wówczas formalnie jeszcze nie istniała, kierownictwo Działu Rehabilitacji objęły dr Janina Tomaszewska oraz dr Kazimiera Milanowska). Istotą było to, że lekarz specjalista rehabilitacji został koordynatorem zespołu rehabilitacyjnego i podlegli mu:
- rehabilitanci a więc magistrowie rehabilitacji oraz związani z nimi podlegli technicy fizjoterapii;
- inżynier i technik zaopatrzenia ortopedycznego;
- psycholog kliniczny;
- ergoterapeuta;
- pracownik socjalny.

Dodatkowo, w przypadku rehabilitacji dzieci<sup>1/</sup>, do zespołu należeli również: nauczyciele, wychowawcy oraz przedszkolanki.

Zdaniem Degi rehabilitacja kompleksowa wymagała stworzenia odrębnej specjalizacji – lekarza rehabilitacji medycznej. Wiadomo było bowiem, że lekarz ortopeda zajmując się stroną zabiegową leczenia nie był w stanie koordynować jednocześnie procesu rehabilitacji kompleksowej z jej aspektami psychologicznymi, społecznymi, zawodowymi.

Rehabilitacja kompleksowa w polskim modelu rehabilitacji rozpoczynała się więc od ustalenia planu leczenia przez konsylium lekarskie składające się z lekarzy ortopedów, lekarzy rehabilitacji medycznej, pediatrów, neurologów oraz innych specjalistów. Konsylium poprzez swój interdyscyplinarny skład zapewniało najlepsze efekty rehabilitacji. Konsylium biorąc pod uwagę bilans uszkodzeń narządu ruchu określało:

- rokowanie chorego co do możliwości samodzielnego poruszania;
- rodzaj i zakres zabiegu chirurgicznego;
- rodzaj i zakres ćwiczeń oraz zabiegów fizykalnych;
- rokowanie co do możliwości chorego do podjęcia dotychczasowej pracy bądź zmiany stanowiska pracy;
- rodzaj możliwego do zastosowania aparatu ortopedycznego czy protezy.

Plan leczenia był przekazywany zespołowi rehabilitacyjnemu oraz pacjentowi, który powinien go zaakceptować. Zakres zabiegów fizykalnych i kinezyterapii dla danego pacjenta był zlecany rehabilitantom na indywidualnej karcie rehabilitacyjnej chorego. Istniała ścisła współpraca między oddziałem a warsztatami ortopedycznymi. Rodzaj aparatu ortopedycznego zlecał lekarz technikowi bądź inżynierowi pracującemu w przyklinicznych warsztatach ortopedycznych. Aparat w stanie półsurowym był następnie oceniany przez lekarza, usuwano usterki, dokonywano niezbędnych poprawek i wykończenia. Ścisła współpraca ortopedy oraz lekarza rehabilitacji z technikiem ortopedycznym umożliwiała wprowadzanie i projektowanie nietypowych aparatów według własnych modyfikacji. Pacjent był następnie przeszkolony w zakresie posługiwania się aparatem oraz przygotowywany psychicznie do jego wyglądu i stosowania.

Podczas wizyty ogólnej przeprowadzanej raz w tygodniu oddział wizytowany był przez cały team rehabilitacyjny wraz z rehabilitantami i technikiem zaopatrzenia ortopedycznego. Wizyta ogólna miała na celu ocenę efektów leczenia oraz modyfikację postępowania.

<sup>1/</sup> Wg Degi termin rehabilitacja w odniesieniu do dzieci jest niewłaściwy gdyż nie zachodzi tu odzyskiwanie utraconej funkcji, lecz nabywanie jej de novo. (Rehabilitacja medyczna PZWL Warszawa 1983 s. 20). Współcześnie wprowadzono pojęcie rehabilitacji rozwojowej, które odnosi się do leczenia dzieci z wrodzonymi dysfunkcjami narządu ruchu.



Miała ona również zadanie dydaktyczne w odniesieniu do uczestniczących w tzw. „obchodzie”.

Godnym podkreślenia był fakt, że rehabilitacja była wówczas pojęciem niemal nieznanym lekarzom, dyrektorom szpitali ani decydom MZiOS. Był to bowiem dział medycyny tworzony *de novo*. Podobnie nie istniały odpowiednie kadry zarówno w odniesieniu do lekarzy rehabilitacji medycznej jak i fizjoterapeutów oraz psychologów klinicznych i pracowników socjalnych. Istotne było to, że nie przewidywano etatów na wspomniane nowo powstałe stanowiska.

W latach 1946-1973 tworzenie rehabilitacji medycznej miało charakter wolontarny, tzn. nie istniał ustawowy obowiązek prowadzenia rehabilitacji, organizowania ośrodków rehabilitacji i szkolenia odpowiednich kadr. Rehabilitacja w tych latach rozwijała się wyłącznie dzięki działającym bezinteresownie społecznikom.

Drugim ośrodkiem po poznańskim, w którym rozwijała się rehabilitacja medyczna stał się Konstancin w oparciu o Centralny Instytut Traumatologiczny (późniejszą Klinikę Ortopedyczną) w Warszawie. Rozwój ośrodka w Konstancinie był zasługą prof. Mariana Weissa uważanego za współtwórcę sukcesów polskiej rehabilitacji. Weiss został oddelegowany w roku 1949 przez znakomitego prof. Adama Grucę z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie w celu utworzenia 100-łóżkowego ośrodka rehabilitacji w Konstancinie, który początkowo funkcjonował w Szpitalu Chirurgii Kostnej. Następnie dzięki działalności dr. Weissa powstało w latach 1959-1963 w Konstancinie Stołeczne Centrum Rehabilitacji – całkowicie nowy obiekt szpitalny na 450 łóżek.

W roku 1950 w obliczu rozpoczynającej się epidemii Polio mianowano pierwszego konsultanta krajowego w zakresie rehabilitacji, którym został prof. W. Dega.

Wkrótce po uruchomieniu kliniki rehabilitacji w Poznaniu rozpoczęto organizowanie terenowych ośrodków rehabilitacyjnych. Pierwsze ośrodki ortopedyczno-rehabilitacyjne prof. Dega utworzył w Świebodzinie oraz w Poświętnem (1949 r.). Kolejne powoływał wraz z narastającą liczbą ofiar epidemii choroby Heinego-Medina. Ośrodki zajmowały się wówczas leczeniem porażen wcześniej zapoczątkowaną kinezyterapią w oparciu o metodę Kenny. Dega postulował powołanie konsultantów wojewódzkich, którzy pełniliby nadzór nad ośrodkami rehabilitacyjnymi, koordynowali i tworzyli zręby rehabilitacji leczniczej w terenie na poziomie szpitali wojewódzkich i powiatowych (analogicznie jak to miało miejsce z nadzorem wojewódzkim w zakresie innych specjalizacji np. interny, chirurgii, itd.). Odmowna decyzja MZiOS i brak zrozumienia dla potrzeb rozwoju rehabilitacji spowodowały, iż Dega powierzył funkcje specjalistów

(konsultantów) wojewódzkich sześciu specjalistom rehabilitacji medycznej ze swojej Kliniki, którzy zgodzili woluntarnie rozwijać rehabilitację w terenie. Znakomite wyniki ich pracy zostały przedstawione MZiOS i zaowocowały w roku 1962 powołaniem przez ministerstwo dwunastu specjalistów wojewódzkich z dziedziny rehabilitacji.

W latach 50. i 60. stworzone zostały przez Dega merytoryczne podstawy naukowe pod rozwój nowoczesnej rehabilitacji, stworzony ośrodek wzorcowy i szkoleniowy w Klinice Poznańskiej, powołana Katedra Rehabilitacji w Poznaniu w roku 1960, oraz w Warszawie w roku 1961 (w oparciu o ośrodek w Konstancinie). Wykształcona została kadra specjalistów, których w roku 1968 było w Polsce 90 z I i II stopniem w rehabilitacji oraz 67 osób w trakcie specjalizacji z rehabilitacji. Jednocześnie została wykształcona na polskich Akademiach Wychowania Fizycznego kadra magistrów gimnastyki leczniczej oraz po maturalnych szkołach techników fizjoterapeutów. Należy jednak podkreślić, że mimo solidnego fundamentu merytorycznego rehabilitacja powszechna, dostępna dla wszystkich chorych i wcześniej zapoczątkowana ... w Polsce nie istniała. W istocie była ograniczona do Kliniki w Poznaniu, Warszawie i kilku ośrodków terenowych jak Świebodzin, Konstancin, Poświętne i kilku sanatoriach. Natomiast w szpitalach powiatowych i większości wojewódzkich rehabilitacja nie była znana. Ideą Dega było rozpowszechnienie rehabilitacji tak, by była dostępna na poziomie każdego szpitala i przychodni. Wg Dega zastosowanie rehabilitacji miało się stać odruchem każdego lekarza wyposażonego w „minimum rehabilitacyjne”, czyli podstawową wiedzę z tego zakresu przekazaną na poziomie studiów medycznych.

W związku z dotychczasowym brakiem podstaw prawnych w kierunku stworzenia rehabilitacji powszechnej i ogólnodostępnej została przeprowadzona w dniu 3 maja 1968 r. w ośrodku rehabilitacyjnym w Świebodzinie konferencja ministerialna z uczestnictwem ministra zdrowia dr. Jerzego Sztachelskiego (1911-1975), prof. W. Dega, prof. M. Weissa i dr. Lecha Wierusza, specjalistów wojewódzkich ds. rehabilitacji oraz przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Argumentami Weissa i Dega były udowodnione na podstawie precyzyjnych i obiektywnych wyliczeń, ogromnych oszczędności płynących z zastosowania rehabilitacji wcześniej zapoczątkowanej już na poziomie leczenia podstawowego. Dega postulował, by w każdym szpitalu włączano rehabilitację równoległą z leczeniem podstawowym. Przeciwdziałał stereotypowi istniejącemu wśród lekarzy polegającemu na oddzielaniu leczenia od rehabilitacji, prowadzeniu jej po zakończeniu leczenia podstawowego i przekazywaniu pacjentów do specjalistycznych ośrodków rehabilitacji wówczas, gdy w narzędzie ruchu i psy-



chice chorego dokonały się nieodwracalne zmiany. Postulował konieczność wprowadzenia działów rehabilitacji, gabinetów fizykoterapii w każdym szpitalu lub tam gdzie nie ma odpowiedniej bazy lokalowej rehabilitacji przyłóżkowej [11]. Podczas konferencji ministerialnej w Świebodzinie, olbrzymim sukcesem polskich pionierów nowoczesnej rehabilitacji leczniczej było uznanie jej jako obowiązującej integralnej części leczenia w społecznej służbie zdrowia PRL. Wkrótce rehabilitacja została ustawowo włączona w proces leczenia zarówno narządu ruchu jak i chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz chorób psychicznych. Rok później MZiOS wprowadziło rozporządzenie o tworzeniu w każdym województwie przychodni rehabilitacyjnych oraz sieci poradni rehabilitacyjnych w mniejszych miastach. Profilaktyka kalectw i zastosowanie rehabilitacji w przypadku zaistnienia zagrożenia kalectwem stały się nowymi obowiązkami deontologicznymi lekarza.

W roku 1969 powstało Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem wspierające rozwój rehabilitacji.

W latach 1973-1975 MZiOS ustaliło strukturę organizacyjną rehabilitacji medycznej w kraju.

W ramach wprowadzonej Ustawy o zespolonej opiece zdrowotnej każdy zespół opieki zdrowotnej otrzymał ustawowy obowiązek zapewnienia pacjentom rehabilitacji poprzez zorganizowanie w szpitalu pionu rehabilitacji lub rehabilitacji przyłóżkowej, oraz poradni rehabilitacyjnej – pod kierownictwem lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. Szpital wojewódzki miał zorganizować oddział rehabilitacji bądź dział rehabilitacji i w razie potrzeby zapewnić pacjentowi rehabilitację funkcjonalną lub kompleksową.

W miastach lub ośrodkach większych powstały wojewódzkie specjalistyczne zespoły rehabilitacyjne jako połączenie wojewódzkiej przychodni rehabilitacyjnej ze specjalistycznym zamkniętym zakładem rehabilitacyjnym. Co było bardzo ważne – zespół taki był odrębną jednostką budżetową, której dyrektorem musiał być lekarz specjalista rehabilitacji.

Wraz z nowym podziałem administracyjnym liczba specjalistów wojewódzkich została zwiększona do 46.

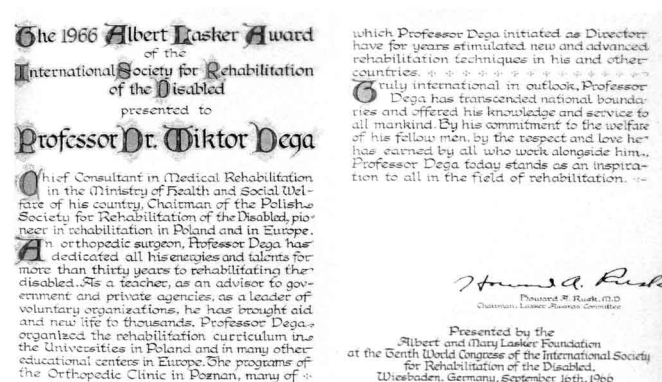
Instytucją nadrzędną w stosunku do konsultanta wojewódzkiego był Regionalny Nadzór Specjalistyczny prowadzony przez Akademię Medyczną, która koordynowała pracę kilku podlegających jej województw.

Od jednoosobowej instytucji specjalisty krajowego nadzór krajowy przejął tzw. Krajowy Zespół Specjalistyczny ds. Rehabilitacji (o 4-letniej kadencji), w którego skład wchodziłi specjaliści rehabilitacji w poszczególnych dziedzinach: kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, przemysłowej, rehabilitacji uzdrowiskowej, ekspert w dziedzinie



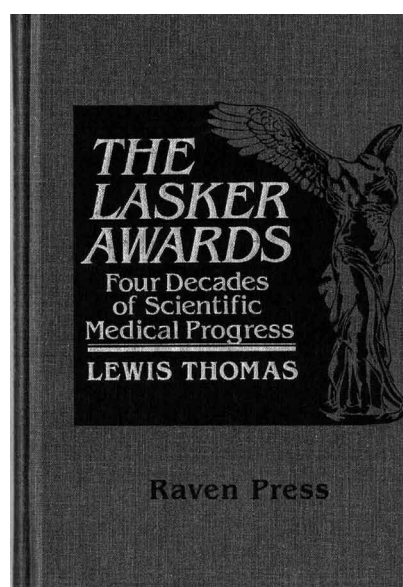
Ryc. 3. Prof. Wiktor Dega otrzymuje najwyższą światową nagrodę w dziedzinie rehabilitacji przyznaną przez fundację Laskera

Fig. 3. Prof. Wiktor Dega receiving the highest world award for achievements in rehabilitation, granted by the Lasker Foundation



Ryc. 4. Dyplom nadania prof. Wiktorowi Dedze nagrody fundacji Alberta Laskera

Fig. 4. The Lasker Foundation diploma for prof. Dega



Ryc. 5. Zbiór biogramów laureatów nagrody fundacji Alberta Laskera (na s. 87 pod datą 1966 notka o W. Dedze)

Fig. 5. Collection of CVs of the Lasker Foundation laureates (with the note on W. Dega on page 87, under the date of 1966)

zaopatrzenia ortopedycznego oraz przedstawiciel Towarzystwa Walki z Kalectwem.

Dzięki działalności Wiktora Degi w latach do 1973 roku powstał w Polsce ogólnokrajowy zorganizowany program walki z dysfunkcjami narządu ruchu i szeroko pojętą niepełnosprawnością. Program ten stał się przedmiotem zainteresowania a następnie wzorcem dla innych państw. Kraj nasz stał się miejscem licznych wizyt lekarzy zagranicznych chcących poznać organizację i sposób funkcjonowania rehabilitacji. Ukoronowaniem działalności Degi było utworzenie w roku 1960 pierwszej na świecie Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej w ramach Akademii Medycznej w Poznaniu, pod kierownictwem doc. Janiny Tomaszewskiej.

Zwieńczeniem pracy Degi było uznanie polskiego modelu rehabilitacji medycznej przez Światową Organizację Zdrowia za model godny naśladowania. Oficjalnie polski model rehabilitacji medycznej został zaakceptowany na posiedzeniu Biura Europejskiego WHO w roku 1970.

Warte jest podkreślenia, że ramy organizacyjne systemu określanego jako polski model rehabilitacji medycznej stworzone przez Degę i współpracowników stanowiły spójną konstrukcję wzajemnie współpracujących i hierarchicznie powiązanych komórek z ich określonymi działaniami i kompetencjami. Jedyna niedoskonałość systemu w praktyce spowodowana była niedostatkami fachowych kadr i wyposażenia placówek rehabilitacyjnych zwłaszcza w pewnych częściach kraju <sup>2/</sup>. Miarę

dysproporcji ilustruje przykładowa tabela z wybranymi danymi dotyczącymi zatrudnienia specjalistycznych kadr rehabilitacyjnych wg stanu na rok 1984.

Województwo	Lekarze z I st. specjalizacji w rehabilitacji	Lekarze z II st. specjalizacji w rehabilitacji	Magistrowie rehabilitacji	Technicy fizjoterapii
Zielona Góra	2	3	9	42
Poznań	8	27	147	162
Wrocław	15	13	79	193
Katowice	45	33	181	279
Lublin	7	7	53	144
Gorzów Wlkp	–	1	52	92
Siedlce	–	–	4	30
Legnica	1	1	26	41
Piła	–	3	29	35

Z powyższej tabeli niezbitnie wynikało, iż istniała większa liczba wykwalifikowanych kadr w województwach posiadających placówki akademickie. Wyjątkiem było tu województwo zielonogórskie gdzie specjalistyczne kadry skupiał Wojewódzki Zespół Rehabilitacyjny w Świebodzinie.

Zwraca uwagę, że największe wysycenie specjalistami z zakresu rehabilitacji posiadały kolejno województwa katowickie, poznańskie i wrocławskie. Ze względów oczywistych wiązało się to z różnym rozwojem przemysłu na obszarach Polski. Należy zauważyć, że w dostępnych nam materiałach nie znaleźliśmy danych dotyczących innych województw (np. stołecznego).

<sup>2/</sup> Informator o Placówkach Rehabilitacyjnych w Polsce, Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, pod redakcją prof. dr hab. med. Kazimierza Szawłowskiego, Poznań 1986 s. 17.

## Piśmiennictwo / References

1. Gałkowski T, Kiwerski J (red). Encyklopedyczny słownik rehabilitacji. PZWL, Warszawa 1986: 216-217.
2. Meissner R. The Known and the Unknown Wiktor Dega [w:] Wiktor Dega znany i nieznan. Stasiewicz-Jasiukowa I (red). AM, Poznań 2000: 163.
3. Bogutyn H. Wiktor Marian Dega, ein grösser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St. Vincenz-Hospitals Brakel/Westfalen 1985: 8, 11-12.
4. Dega W. O bezprzypadkowym leczeniu wiotkich porażań kończyn dolnych. Polska Gazeta Lekarska 1928, 4: 22.
5. Król J, Łempicki A, Czubak J. Leczenie wrodzonego zwłknięcia stawu biodrowego w latach 1946-2002. [w:] 90 lat poznańskiej ortopedii. Łempicki A (red). Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003:158-160.
6. Kalinowski S. Ireneusz Wierzejewski 1881-1930. Rozprawa doktorska. AM, Poznań 1999: 196-238.
7. Umowa zawarta między Gminą miasta Bydgoszczy a Panem Docentem Dr. Wiktorem Degą w sprawie stosunku służbowego. Bydgoszcz, dnia 30 lipca 1937 r. Zarząd Miejski w Bydgoszczy.
8. Meissner R, Gadzinowski J. Wiktor Dega (1896-1995) [w:] Księga pamiątkowa w 80-lecie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu. Meissner RK (red). Poznań 2001: 113-126.
9. [www.physiatry.org/about/history.html](http://www.physiatry.org/about/history.html)
10. Rusk HA. Medical Mission to Poland. An informal report on Rehabilitation of the Disabled New York City, March 1950, w zbiorach promotora.
11. Humanitaryzm na usługach ekonomiki. Służba Zdrowia, maj 1968.
12. Szawłowski K (red). Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce. Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, Poznań 1986: 17.