

Ryszard Cieślik, Małgorzata Marć, Teresa Pop

Sprawozdanie z pierwszej inauguracji roku akademickiego 2005/2006 w Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego

10 listopada 2005 roku rozpoczęto pierwszy rok funkcjonowania Wydziału Nauk o Zdrowiu w Uniwersytecie Rzeszowskim. Decyzję w sprawie zmian organizacyjnych na uczelni i utworzenie tej jednostki, po pozytywnej opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej, podjął Minister Edukacji Narodowej i Sportu w dniu 24 lipca 2005 r. Wydział na trzech kierunkach, takich jak: fizjoterapia, pielęgniarstwo i położnictwo kształci ok. 1500 studentów studiów stacjonarnych, zaocznych i wieczorowych.

W Inauguracji uczestniczyły władze Uniwersytetu Rzeszowskiego: JM Rektor prof. dr hab. Włodzimierz Bonusiak, Prorektorzy i Dziekani, ponadto zaproszeni goście, absolwenci kierunków, studenci oraz pracownicy Uniwersytetu.

Uroczyste spotkanie rozpoczął Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. med. Ryszard Cieślik. Następnie serdeczne pozdrowienia do zgromadzonych skierował JE ks. bp Edward Białogłowski, a później dr Marek Koberski odczytał list gratulacyjny, który na ręce Dziekana przesłał Prezydent Rzeszowa Tadeusz Ferenc. Obecny był również poseł do Parlamentu Europejskiego dr Mieczysław Janowski, który zachęcał studentów do podejmowania pracy w kraju zamiast na tzw. emigracji zarobkowej.

Dziekan prof. dr hab. med. Ryszard Cieślik przedstawił historię medycyny akademickiej w Rzeszowie i zaprezentował historyczne uwarunkowania powstania Wydziału Nauk o Zdrowiu. (zał. 1, fot. 1)

Podczas uroczystości wręczono wyróżnienia Dziekana i Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu dla studentów Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa oraz Instytutu Fizjoterapii. Wyróżnienia za szcze-

gólne wyniki w nauce otrzymali: Magdalena Trzeźniowska – kierunek: położnictwo, Magdalena Chuchła, Michał Podgórski i Marcin Jonkisz – kierunek: fizjoterapia.

Wyróżnienia za wzorowe wypełnianie obowiązków i aktywność społeczną otrzymały Agnieszka Matwiej i Dominika Wała – studentki II roku, kierunek: pielęgniarstwo.

Uroczystość stała się okazją do wręczenia dyplomów ukończenia studiów na Wydziale Wydziału Nauk o Zdrowiu najlepszym absolwentom. Prodziekan Teresa Pop wręczyła dyplomy najlepszym absolwentom kierunku: fizjoterapia. Pierwszymi absolwentami Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, które otrzymały dyplomy z rąk prodziekana Małgorzaty Marć były absolwentki studiów licencjackich uzupełniających na kierunku położnictwo. Słowa podziękowania i serdeczne życzenia dla absolwentów skierował prof. dr hab. n. med. Józef Ryżko.

Swój udział w uroczystości mieli również studenci. Możliwości, jakie dają studia na Uniwersytecie Rzeszowskim to nie tylko nauka, wymiana studentów, ale również szereg sposobów wykorzystania czasu wolnego na działalność sportową i artystyczną, do czego zachęcał Paweł Stawarz – przewodniczący Samorządu Studentów UR, Magdalena Chuchła i Agnieszka Matwiej.

Wykład inauguracyjny „O potrzebie rehabilitacji medycznej” wygłosił prof. dr hab. Andrzej Kwolek – dyrektor Instytutu Fizjoterapii. (zał. 2, fot. 2).

Przebieg całej uroczystości zakończył znakomity występ chóru akademickiego pod dyrekcją prof. Marty Wierzbieniec oraz koncert przygotowany przez Instytut Muzyki.



Fot. 1. Prof. dr hab. med. Ryszard Cieřlik – występienie inauguracyjne



Fot. 2 Prof. dr hab. Andrzej Kwolek – wykład



Fot. 3. Wspólne zdjęcie uczestników z zaproszonymi gośćmi po zakończeniu Inauguracji.

ZAŁĄCZNIK 1.

Wystąpienie Inauguracyjne Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. dra hab. med. Ryszarda Cieślika

Otwieram uroczystą inaugurację roku akademickiego 2005/2006 Wydziału Nauk o Zdrowiu. Witam Jego Ekszelencję, Magnificencję, Prorektorów, Członków Wysokiego Senatu, Dziekanów, Wysoką Radę Wydziału i wszystkich wilce szanownych zaproszonych gości oraz, a może przede wszystkim i szczególnie serdecznie, naszych studentów, dla których tu, w Rzeszowie, utworzyliśmy Uniwersytet, a w nim Wydział Nauk o Zdrowiu o charakterze medycznym.

Historia medycyny na poziomie akademickim rozpoczęła się w Rzeszowie w 1968 roku po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego przez prof. Lesława Grzegorzczaka, który wówczas był jedynym docentem w tutejszym regionie. Został wtedy zatrudniony przez Akademię Medyczną w Krakowie jako kierownik Zespołu Nauczania Klinicznego w Szpitalu Wojewódzkim przy ul. Szopena. Następnie w 1970 roku Minister Zdrowia powołał Zespół Nauczania Klinicznego w Rzeszowie, a Akademia Medyczna w Krakowie wyraziła zgodę na rozpoczęcie procesu dy-

daktycznego, w tym od 1976 roku stacjonarnego. W 1982 roku Zespół został przekształcony w Katedrę Nauczania Klinicznego, a w 1987 roku w Instytut Medycyny Klinicznej, w którym funkcjonowało siedem klinik i trzy Zakłady Naukowe. W 1985 roku zostało podpisane porozumienie między Ministrem Zdrowia a Rektorem AM w Krakowie i ówczesnymi Władzami Regionu o powołaniu w Rzeszowie Wydziału Lekarskiego po spełnieniu wymogów organizacyjnych i kadrowych.

Jednak w rewolucyjnym okresie transformacji ustrojowej 30 września 1991 roku zlikwidowano Instytut Medycyny Klinicznej, czyli unicestwiono jeden z czterech filarów, takich jak prawo, medycyna, teologia i filozofia, istniejących w każdym europejskim uniwersytecie, ale kto wówczas myślał albo mógł przewidzieć, że i w Rzeszowie powstanie Uniwersytet. W tym trudnym czasie prof. Lesław Grzegorzczak wraz z resztkami ocalałego majątku Instytutu Medycyny Klinicznej przenosi się do Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Rzeszowie. I tu, w 1992 roku

spotkały się nasze drogi. Profesor zaprosił mnie do współpracy. Na moje pytanie, w jakim celu, odpowiedział krótko: aby utworzyć uniwersytet. Wcześniej pięcioletni magisterski kierunek Wychowanie Fizyczne, który firmowali w tamtym czasie profesorowie tytularni L. Grzegorzcyk, R. Cieślik oraz doktorzy habilitowani Z. Garska, S. Hady i J. Przybyłowski jako medycy kierunkowi. Ponadto pracowało trzech doktorów habilitowanych z dziedzin pokrewnych: S. Krawczyk, Z. Wnuk i J. Piórecki. Pomocniczymi doktorami kierunkowymi byli wtedy K. Obodyński, M. Mirkiewicz, a później dr I. Momola i dr S. Cieszkowski. Po uzyskaniu ministerialnej zgody na prowadzenie kierunku prof. L. Grzegorzcyk został pierwszym dyrektorem Instytutu Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego. Słowo „zdrowotnego” usprawiedliwiała obecność pięciu kierunkowych samodzielnych pracowników naukowych w dziedzinie medycyny, którzy promowali magisterski kierunek Wychowanie Fizyczne. W 1994 roku prof. L. Grzegorzcyk przekazuje stanowisko dyrektora K. Obodyńskiemu – który jest już doktorem habilitowanym, a sam obejmuje – z wyboru – funkcję dziekana Wydziału Pedagogicznego, który został utworzony po reorganizacji z Instytutu Pedagogiki, Wychowania Fizycznego i Zdrowotnego oraz Katedry Muzyki. Po upływie drugiej kadencji to ja obejmuję kierownictwo Wydziału, ale zawsze jest obok mnie prof. L. Grzegorzcyk. Przybywają nowe kierunki, takie jak fizjoterapia, pielęgniarstwo i położnictwo, a wcześniej sztuki piękne. Na przełomie lat 1995/1996 ówczesny Minister Zdrowia przyjmuje mnie i prof. L. Grzegorzcyka w Warszawie i wyraża zgodę na utworzenie w Rzeszowie Państwowego Szpitala Klinicznego. Panujący wtedy wojewoda odmawia wysłania stosownego pisma, bo nie wierzy, że w Rzeszowie może kiedykolwiek powstać Uniwersytet. Wydział Pedagogiczny pod moim i prof. L. Grzegorzcyka przewodem – do czasu jego podziału – składał się z siedmiu kierunków, z których wszystkie otrzymały pozytywną opinię Państwowej Komisji Akredytacyjnej. W tym czasie stanowił on prawie 1/3 Uniwersytetu.

Jednak – co najważniejsze – mijały lata od mojego spotkania z prof. L. Grzegorzcykiem. Sły-

szalem piękne hasła wypowiedziane przez wielu znakomitych ludzi, parlamentarzystów, rektorów ościennych uniwersytetów, którzy, niestety, tylko na miarę swoich potrzeb środowiskowych, wyborczych i innych mówili, że Uniwersytet w Rzeszowie powinien powstać i na tych zapewnieniach wszystko się skończyło, ale i nasza cierpliwość miała granice. Na przełomie 2000/2001 w pewnych kręgach zapadła decyzja, aby w Rzeszowie utworzyć Uniwersytet na przekór jego jawnym i ukrytym przeciwnikom. Postanowiono ominąć pseudoopiniodawcze instytucje. Do dziś słychać pomruki niezadowolenia z różnych stron. Jedno jest pewne, prawie całe Podkarpacie było za powstaniem Uniwersytetu, ale nikt nie chciał albo nie umiał tego dokonać. Zrobili to inni, którzy do dziś pozostają w cieniu. I dlatego 7 czerwca 2001 roku Sejm przyjął, a 4 lipca Prezydent podpisał ustawę o utworzeniu UR.

W 2004 roku władze nowo powstałego Uniwersytetu postanowiły dokonać podziału jednostek organizacyjnych, z którego zrodził się Wydział Nauk o Zdrowiu po uzyskaniu pozytywnej Komisji Akredytacyjnej i wydaniu rozporządzenia przez Ministra Edukacji Narodowej dnia 4 lipca 2005 roku. Synonimy nazwy wydziału to Wydział Medyczny i Collegium Medium. W skład Wydziału wchodzi trzy kierunki medyczne, takie jak: fizjoterapia, pielęgniarstwo i położnictwo. Wydział, mimo iż kształci 1500 studentów już w chwili powstawania nie posiada odpowiedniej infrastruktury. Przejawia się to w całkowitym braku sal dydaktycznych oraz własnej bazy naukowo-badawczo-administracyjnej dla Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa. Ponadto nadal nie ma drogi dojazdowej do Instytutu Fizjoterapii przy ul. Warszawskiej. Ale przede wszystkim brak klinik uniwersyteckich, istniejących tu w Rzeszowie przed laty, w których mogliby się kształcić studenci naszych medycznych kierunków. Możemy więc powiedzieć, że o klasie uniwersytetu stanowią nie kolorowe mury, które mogą runąć, lecz ludzie uzbrojeni w najnowszy sprzęt i aparaturę, bo wówczas o wynikach ich badań dowie się cały naukowy świat.

O potrzebie rehabilitacji medycznej

Wykład inauguracyjny prof. UR dra hab. med. Andrzeja Kwolka przedstawiony 10 listopada 2005 roku podczas **Pierwszej Inauguracji w Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Rzeszowskiego** w roku akademickim 2005/2006 – skrót*

*...nieładnym jest uratowanie człowiekowi życia
a potem pozostawienie go samemu sobie.*

Prof. Wiktor Dega

W pierwszej dekadzie XXI wieku mówienie o potrzebie rehabilitacji może wydawać się niepotrzebne lub dziwne. Jednak życie pokazuje, że ciągle nie jest ona dostępna we właściwym momencie i w odpowiednim stopniu dla wszystkich potrzebujących. A przecież wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja medyczna zmniejsza cierpienie, poprawia jakość życia człowieka i co ważne, sama w sobie nie jest powodem powikłań i działań ubocznych tak częstych w farmakoterapii czy przy leczeniu operacyjnym. Rehabilitacja medyczna w Polsce, wbrew powszechnemu przekonaniu, nie jest drogą i to głównie ze względu na niskie płace pracowników, którzy przecież decydują o jakości rehabilitacji, może być więc dostępna dla każdego potrzebującego.

Rehabilitacja medyczna stanowi istotną, początkową część szerokiego procesu określanego jako rehabilitacja, przez który należy rozumieć wielokierunkowy proces społeczny na rzecz koordynacji wysiłków jednostek służby zdrowia, innych instytucji rządowych, samorządowych, pozarządowych i charytatywnych oraz indywidualnych wysiłków w celu przywrócenia osobom potrzebującym maksymalnie możliwego samodzielnego życia w rodzinie, społeczności, zdolności do pracy zawodowej, aktywności społecznej i twórczej.

Rehabilitację medyczną (lecniczą) definiuje się zaś jako postępowanie, które umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i plastyczności (dla układu nerwowego) oraz zmniejszenie następstw ustrojowych i psychicznych spowodowanych przez chorobę lub uraz.

W dalszych rozważaniach ograniczę się do rehabilitacji medycznej, przez co należy rozumieć oczywiście jej pełny wymiar i wszystkie składowe a w tym między innymi fizjoterapię, balneoterapię, neuropsychoterapię, ergoterapię, zaopatrzenie ortopedyczne. Rehabilitację medyczną możemy

bowiem pojmować tylko w takim szerokim zakresie, a nie ograniczać (utożsamiać) jej tylko do fizjoterapii i, co jeszcze gorsze, do fizykoterapii.

Ustawa z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych określa rehabilitację osób niepełnosprawnych jako „zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej”.

Jeszcze dwadzieścia lat temu znajomość problemów rehabilitacji i problemów osób niepełnosprawnych była w naszym społeczeństwie żenująco niska. Nawet organizatorzy życia społecznego, często pracownicy ochrony zdrowia, nie rozumieli, na czym polega nowoczesna rehabilitacja oraz nie doceniali jej wielkiego znaczenia. Aktualnie zjawiskiem niezmiernie korzystnym jest fakt, że społeczeństwo docenia znaczenie rehabilitacji i dopomina się o rehabilitację. Jest to słuszne, gdyż rehabilitacja jest integralną częścią nowoczesnego leczenia i zgodnie z naszymi przepisami prawnymi, w tym Konstytucją RP każdemu pacjentowi, który jej potrzebuje, należy się, i w tym czasie, kiedy jest potrzebna. To ostatnie wiąże się z pojęciem wczesności, ale i powszechności rehabilitacji. Chodzi też i o to, aby działania rehabilitacyjne nie miały charakteru przypadkowości i jednorazowości, zwłaszcza w schorzeniach przewlekłych. Bez wątpienia ostatnie lata aktywizacji społeczeństwa, tworzenie organizacji i stowarzyszeń osób niepełnosprawnych, działających na rzecz tych osób oraz rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych w sposób radykalny wpłynęły na poprawę podejścia i stosunku do osób niepełnosprawnych. Korzystne okazały się w tym zakresie

* Pełny tekst wykładu jest wydrukowany w piśmie „Zamojskie Studia i Materiały”, seria Fizjoterapia, WSZiA, Zamość 2005, 7, 2 (17).

niektóre inicjatywy rządowe, działania środków społecznego przekazu, artystów, Caritas i różnych stowarzyszeń oraz akcje uświadamiające i mobilizujące społeczeństwo, jak przykładowo Wojewódzkie Sejmiki Rehabilitacyjne w Rzeszowie organizowane corocznie już od 14 lat. Nie znaczy to jednak, że sytuacja w tym zakresie jest już unormowana, a wręcz przeciwnie, wzrastające stale zapotrzebowanie na szeroko pojmowaną rehabilitację zmusza do wielokierunkowych działań w celu jej zapewnienia każdemu potrzebującemu. Ciągłe jeszcze w niektórych środowiskach medycznych, a zwłaszcza wśród części decydentów można się niestety spotkać z opiniami kwestionującymi niezbędność rehabilitacji.

Trzy główne składowe wskazują na konieczność stałego rozwoju i zwiększanie dostępu do rehabilitacji.

– **postęp medycyny**, która ratuje życie często w stanach bardzo ciężkich i jeszcze nie tak dawno niedających szans na przeżycie; od wcześniaków z bardzo niską masą urodzeniową, poprzez medycynę ratunkową, transplantologię, nowoczesną chirurgię realizowaną w każdym wieku, onkologię i geriatrię. Te sukcesy medycyny powodują jednak, że stale zwiększa się liczba pacjentów wymagających rehabilitacji.

– **dane demograficzne** i utrzymujące się tendencje wskazujące na systematyczne starzenie się naszego społeczeństwa, co również powoduje szybkie zwiększanie się liczby osób wymagających rehabilitacji.

– **dane statystyczne** GUS, a zwłaszcza pełne wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, z których wynika, że liczba osób niepełnosprawnych wynosiła w 2002 roku 5456,7 tys., co stanowiło 14,3% ogółu ludności kraju, podczas gdy jeszcze w roku 1988 wynosiła 3735,5 tys., czyli 9,9% ogółu ludności kraju. Te dane wskazują na stały bezwzględny wzrost liczby osób niepełnosprawnych, jak też wskaźników procentowych. W 2002 roku już co siódmy mieszkaniec Polski był osobą niepełnosprawną.

Obecnie wczesne wprowadzanie rehabilitacji jest zalecane w każdej specjalności medycznej. Prowadzenie leczenia bez rehabilitacji można uznać za niepełne, a zatem nieprawidłowe. W medycynie urazowej, zabiegowej, w neurologii, kardiologii wczesną rehabilitację (rehabilitację przyłożkową) powinno się wprowadzać od pierwszej doby. Z licznych obserwacji i badań naukowych wynika, że takie postępowanie zwiększa szansę na przeżycie pacjenta (zmniejszenie śmiertelności) i na poprawę jakości życia, możliwości kontynuowania rehabilita-

cji i ostatecznie zmniejsza ogólne koszty związane z zachorowaniem czy urazem.

W ogromnym, z konieczności, skrócie przedstawie potrzeby w zakresie rehabilitacji w niektórych specjalnościach medycznych, chociaż jestem przekonany, że żadna z nowoczesnych specjalności lekarskich nie może „być nowoczesną” bez rehabilitacji.

Rehabilitacja w chorobach i urazach u dzieci stanowi jedno z najważniejszych wyzwań, a to ze względu na największe możliwości adaptacyjne i kompensacyjne oraz potencjał rozwojowy dziecka. W leczeniu dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, przepukliną oponoworodzeniową, z chorobami mięśni, wadami rozwojowymi rehabilitacja stanowi główną i podstawową część postępowania medycznego. Pozbawienie dzieci rehabilitacji jest moim zdaniem niehumanitarne, gdyż odbiera im możliwość, przynajmniej zbliżonego do prawidłowego rozwoju i stanowi istotny błąd. Takie zaniedbania rzutują istotnie na całe życie dziecka, a tym samym i na społeczeństwo.

Choroby układu krążenia stanowią aktualnie główny problem dla nowoczesnych społeczeństw, a tym samym i dla medycyny. Choroba niedokrwienna serca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i powikłania neurologiczne, w tym głównie udary mózgu są główną przyczyną śmiertelności. Kardiologia, kardiochirurgia nie mogą się teraz obejść bez rehabilitacji, a jej włączenie w kompleksowe postępowanie przynosi wymierne korzyści dla każdego pacjenta i powoduje wyraźne zmniejszenie kosztów ponoszonych przez całe społeczeństwo. Udary mózgu, czyli właśnie powikłania miażdżycy, nadciśnienia i chorób serca, ze względu na ich konsekwencje stały się impulsem dla środowiska polskich neurologów i rehabilitantów, które w ślad za Deklaracją Helsingborską z 1995 roku przedstawiło rządowi RP Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu, który został przyjęty, a następnie przyjęto też program POLKARD. Obecnie każdy pacjent, nawet z podejrzeniem udaru musi być jak najszybciej hospitalizowany i równolegle rehabilitowany.

Zespół metaboliczny, właśnie ze względu na współistnienie wielu manifestacji zespołu, często złożony jego obraz i trudności w leczeniu wymagają wprowadzania rehabilitacji dla większości pacjentów.

W chorobach układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego aktualnie nie jest możliwe nowoczesne leczenie bez rehabilitacji. Jak wspomniałem wcześniej, rehabilitacja jest już powszechnie uznaną i stosowaną składową w lecze-

niu udaru mózgu. Dzięki wprowadzeniu rehabilitacji w ostatnich kilkudziesięciu latach znacznie wydłużył się czas życia i jakość życia osób ze stwardnieniem rozsianym. Rehabilitacja jest niezbędna w leczeniu choroby Parkinsona, zespołów parkinsonowskich innych chorób układu pozapiramidowego i w chorobach zwyrodnieniowych układu nerwowego. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego, oprócz epizodycznego leczenia ortopedycznego sprowadza się do rehabilitacji. W leczeniu zespołów korzeniowych i rzekomo korzeniowych, uszkodzeń nerwów obwodowych, neuropatiach, miopatiach pominięcie rehabilitacji należy traktować jako błąd.

Rehabilitacja w chorobach układu oddechowego zyskuje należną, wyższą rangę ze względu na coraz większą zapadalność na choroby układu oddechowego, z drugiej zaś strony okazało się, że w niektórych chorobach jest ona niezbędna. Dotyczy to zarówno dzieci (wady rozwojowe układu oddechowego, niedodma, osłabienie mięśni oddechowych na różnym podłożu, astma oskrzelowa, mukowiscydoza) jak też osób dorosłych. Rehabilitacji pulmonologicznej wymagają chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, rozedmą, w różnych etapach chorób nowotworowych układu oddechowego, w stanach zapalnych oraz w okresach przygotowawczych do leczenia i po leczeniu operacyjnym.

W ginekologii i położnictwie rehabilitacja jest niezbędna w kompleksowym leczeniu kobiet. W ginekologii wykorzystuje się rehabilitację w zaburzeniach miesiączkowania, w klimakterium, niewydolności przepony moczowo-płciowej i bólach w obrębie miednicy i kręgosłupa. W położnictwie kinezystymulacja stanowi doskonały element przygotowania kobiety do porodu i jest ona nieodzowną składową tzw. szkoły rodzenia.

W narastającej **epidemii wypadków i urazów** nowoczesny system powiadamiania i transportu, oddziały ratownictwa medycznego, nowoczesna diagnostyka i leczenie operacyjne oraz intensywna opieka medyczna powodują, że szanse na przeżycie, nawet ofiar ciężkich wypadków są coraz większe. Powoduje to dramatyczne zwiększanie się liczby osób, zwłaszcza po ciężkich urazach, wymagających wcześniej, bo prawie równolegle prowadzonej z całym postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym, rehabilitacji, która też dla wielu z nich powinna być prowadzona w sposób ciągły, głównie jednak w środowisku zamieszkania (rehabilitacja środowiskowa).

Choroby układu ruchu, a w tym choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa, zespoły

bólowe tkanek miękkich, choroby układowe tkanki łącznej i zapalne choroby stawów, które są domeną reumatologii stanowią głównie, ze względu na masowość ich występowania, o potrzebach rehabilitacji. Jeżeli zgodzimy się z doniesieniami licznych autorów, że zespoły bólowe kręgosłupa dotyczą, w różnym stopniu, około 90% populacji, to już ten fakt świadczy o zapotrzebowaniu na rehabilitację. Bezsporne jest również to, że w chorobach układu ruchu leczenie operacyjne jest niezbędne, ale dotyczy tylko części pacjentów i stanowi przeważnie ważny, ale tylko epizodyczny fragment leczenia, oraz że ograniczenie leczenia tylko do farmakoterapii można uznać za błąd. Z drugiej zaś strony choroby układu ruchu, a w tym choroby zaliczane do chorób reumatycznych, przeważnie mają charakter przewlekły, a potrzeba rehabilitacji, przeważnie ciągłej, w tej grupie pacjentów nie jest kwestionowana i to też świadczy o zapotrzebowaniu na nią.

Stały rozwój onkologii, przy równoczesnym postępie w zakresie diagnostyki, powoduje wyraźne zmniejszenie śmiertelności i zwiększenie liczby osób wymagających coraz szerszego wprowadzania wczesnej, a często ciągłej rehabilitacji. Nie tylko kobiety po mastektomii, ale wszyscy chorzy leczeni onkologicznie, poczynając od dzieci wymagają rehabilitacji, która nie tylko poprawia rokowanie ale też wpływa na jakość ich życia.

Laryngologia, to nie tylko wykorzystywanie zabiegów fizykalnych w chorobach górnych dróg oddechowych, ale też przykładowo rehabilitacja chorych po laryngektomii i bardzo spektakularne, ale już stające się metodą coraz częściej stosowaną wszczepianie ślimaka, w której rehabilitacja jest niezbędna. Rehabilitacja osób niedosłyszących i głuchych ma już od wielu lat trwałe miejsce w kompleksowym leczeniu.

Jak wspomniano wcześniej nieodwracalny **proces starzenia się społeczeństwa** stanowi jedną z głównych przyczyn rosnącego zapotrzebowania na rehabilitację. Człowiek w starszym wieku narażony jest bowiem na częstsze występowanie wielu chorób, ograniczeń i urazów. W starszym wieku stosowanie wielu leków powinno być też ograniczane ze względu na gorszą tolerancję i liczne działania uboczne leków, natomiast dobrze zaplanowana rehabilitacja jest pozbawiona skutków ubocznych, a wiele jej elementów spełnia istotną rolę w profilaktyce upadków i niesprawności. W konsekwencji rehabilitacja poprawia jakość życia i zmniejsza ogólne koszty ponoszone przez osobę starszą i społeczeństwo.

Rehabilitacja psychiatryczna jest problemem złożonym i trudnym, aczkolwiek bardzo ważnym. Już w połowie lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku pomimo wprowadzenia nowoczesnych leków antypsychotycznych okazało się, że sama farmakoterapia nie wystarcza i konieczne jest stosowanie innych dodatkowych form w celu umożliwienia odzyskania przedchorobowego stanu funkcjonowania chorego. Te inne, poza farmakoterapią formy, to oddziaływanie zawodowe, ogólne i społeczne, z wykorzystaniem ergoterapii, terapii rekreacyjnej, uczenia umiejętności społecznych i wsparcia społecznego. Przy obserwowanych trendach częstszego występowania chorób psychicznych potrzeby rehabilitacji w tym zakresie też są coraz większe.

Chorzy we wszystkich **specjalności zabiegowych** wymagają fizjoterapii w planowanych zabiegach operacyjnych przed operacją, a zawsze po zabiegach planowanych i ostrych, czy w urazach. Szybkie jej wprowadzanie jest istotną składową profilaktyki powikłań w układzie naczyniowym, w tym żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej i zatorowości płucnej oraz powikłań w układzie oddechowym.

Obecnie, pomimo licznych głosów krytycznych, obserwuje się korzystne zjawisko, że rzeczywiście cechy ustalone przez wielkich mistrzów naszej Polskiej Szkoły Rehabilitacji są coraz bardziej realizowane, a dotyczy to w moim przekonaniu przede wszystkim powszechności rehabilitacji. Przez powszechność należy rozumieć dostępność do rehabilitacji dla wszystkich potrzebujących, w czasie kiedy jest ona potrzebna i w takim wymiarze, w jakim jest powinna być prowadzona.

Rehabilitacja medyczna, jak wspomniano, jest istotnym, powiedzieć można podstawowym i początkowym etapem, chociaż stanowi jednak zaledwie część szerokiego procesu rozumianego jako rehabilitacja. Stanowi ona obecnie integralną część leczenia. Jest to dorobek Polskiej Szkoły Rehabilitacji, a rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1972 roku takie podejście usankcjonowało. Kolejne ustawy, rozporządzenia i inne dokumenty na czele z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej stanowią o obowiązku i możliwościach prowadzenia rehabilitacji medycznej. Konstytucja RP jako jedną z zasad ogólnych dotyczących wolności, praw i obowiązków człowieka i obywatela, ustanawia równość wszystkich wobec prawa i prawo wszystkich do równego traktowania przez władze publiczne. Jednocześnie stwierdza, że nikt nie może być dyskryminowany

w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny (art. 32). Konstytucja RP stanowi też, że obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy (choroba, inwalidztwo, wiek) lub gdy pozostaje bez pracy nie z własnej woli i nie ma innych środków utrzymania (art. 67), zaś osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz w komunikacji społecznej (art. 69). Te ustalenia to przecież nic innego jak fragment szeroko rozumianej rehabilitacji. Ustawa z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i jej modyfikacje określają podstawowe uprawnienia osób niepełnosprawnych dotyczące rehabilitacji zawodowej i społecznej przy udziale środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Ustawa określa podstawowe formy rehabilitacji społecznej, tj. warsztaty terapii zajęciowej, turnusy rehabilitacyjne, zespoły ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo, rekreacyjnych i sportowych oraz inne zespoły aktywności społecznej, zgodnie z potrzebami osób niepełnosprawnych. Ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zawiera ważne zapisy o zapobieganiu niepełnosprawności i jej ograniczaniu, rehabilitacji leczniczej, zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne. W myśl ustawy ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków. Wprowadzone w mocy ustawy od 1 stycznia 1999 roku Kasy Chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązane są też do udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, zaopatrzenia w leki i materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne. Reforma administracyjna zobowiązuje gminy do działań dotyczących zabezpieczenia potrzeb w zakresie rehabilitacji medycznej i stwarza zarazem podstawowe warunki do ich realizacji.

O rehabilitacji medycznej i perspektywach dalszego jej rozwoju, niezależnie nawet od sytuacji ekonomicznej, decydują poniższe czynniki:

- zapotrzebowanie na rehabilitację
- ustawodawstwo, w tym obowiązujące w Unii Europejskiej
- świadomość i znajomość rehabilitacji w społeczeństwie
- specjalistyczna kadra medyczna

- aktywność towarzystw naukowych
- baza dla rehabilitacji szpitalnej, ambulatoryjnej i środowiskowej
- znajomość rehabilitacji wśród lekarzy innych specjalności
- aktywność organizacji i stowarzyszeń pozarządowych
- różnorakie bariery rehabilitacji

Z przedstawionych wcześniej uwag wynika, że zapotrzebowanie na rehabilitację stale się zwiększa i zjawisko takie obserwowane jest w Polsce i w całym świecie. Świadomość społeczeństwa dotycząca rehabilitacji medycznej stale się zwiększa i to w korzystnym kierunku. Sami ludzie niepełnosprawni, ich rodziny, opiekunowie, rodzice dzieci niepełnosprawnych doskonale już wiedzą, że rehabilitacja jest bardzo istotnym czynnikiem w kompleksowym leczeniu i że zgodnie z przepisami z naszym ustawodawstwem, słusznie im się należy. Dlatego wszelkie naciski na decydentów, na organizacje rządowe, pozarządowe, samorządowe mogą korzystnie wpływać na ułatwienie dostępu do rehabilitacji. Stale też zwiększa się liczba dobrze przygotowanej do prowadzenia rehabilitacji kadry specjalistycznej i jest to czynnik, który korzystnie rzutuje na perspektywy.

Właśnie tylko dobrze przygotowana kadra specjalistów może zabezpieczyć pełną realizację kompleksowej rehabilitacji i na każdym poziomie. Klasycznym i sprawdzonym w Polsce i w świecie, a w moim przekonaniu jedynym sposobem realizacji programu kompleksowej rehabilitacji w każdej grupie wiekowej jest postępowanie w zespole rehabilitacyjnym, którego kierownikiem jest lekarz specjalista w rehabilitacji medycznej. Fizjoterapeuta oprócz innych specjalistów jest nieodłącznym członkiem każdego zespołu rehabilitacyjnego i bez jego udziału nie można realizować rehabilitacji medycznej. Dlatego zawód fizjoterapeuty należy, moim zdaniem, obok lekarza i pielęgniarki do głównych zawodów medycznych.

W procesie rehabilitacji medycznej pacjent (osoba niepełnosprawna) zawsze musi być postrzegana jako podmiot, a działania rehabilitacyjne dotyczyć muszą wszystkich problemów medycznych pacjenta. Rehabilituje się bowiem człowieka, a nie jakiś narząd czy układ. Udział różnych specjalistów – członków zespołu rehabilitacyjnego – pozwala (powinien pozwalać) na rozwiązywanie

kompleksowe problemów pacjenta (osoby niepełnosprawnej). Takie są założenia i dobre doświadczenia polskiego modelu rehabilitacji i tak powinny postrzegać rolę rehabilitacji medycznej wszystkie podmioty, na czele z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz instytucje odpowiedzialne za stan zdrowia społeczeństwa.

W mojej ocenie wyraźnie zwiększyła się obecnie dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych na różnym poziomie. Dążyć jednak należy do podnoszenia poziomu świadczeń rehabilitacyjnych i dalszej poprawy dostępności. Krytyka dotycząca ciągle małej dostępności do rehabilitacji jest przejawem przede wszystkim większej świadomości społeczeństwa, znającego lepiej swoje prawa i rozumiejącego znaczenie rehabilitacji. Gdy porówna się jednak sytuację sprzed kilkunastu lat z obecną to jest ona teraz zdecydowanie lepsza. Powstało wiele niepublicznych zespołów opieki zdrowotnej, które realizują też świadczenia z zakresu rehabilitacji w środowisku zamieszkania pacjenta. Jest też nowa forma świadczeń kontraktowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tzw. rehabilitacja środowiskowa. Jest to bardzo potrzebny kierunek, gdyż wiele problemów rehabilitacyjnych może i powinno być realizowanych w środowisku pacjenta.

Nowoczesną i bardzo przydatną formą jest rehabilitacja prowadzona przez ZUS w ramach tzw. prewencji rentowej, a także przez KRUS. Chodzi o to, żeby osoba, która zachorowała, która miała wypadek nie przechodziła na rentę, tylko żeby wracała do pracy. Rehabilitacja ta prowadzona jest w ośrodkach rehabilitacyjnych, w których ZUS kontraktuje corocznie świadczenia, posiadając własne ośrodki rehabilitacyjne. Są to ośrodki na bardzo dobrym poziomie, z fachową kadrą, bardzo dobrze wyposażone i spełniające wymogi nowoczesnej rehabilitacji neurologicznej.

Zachodzące przemiany społeczne i demograficzne, trendy obserwowane w krajach bogatszych od Polski, nasze członkostwo w Unii Europejskiej i niezwykle dynamiczny rozwój medycyny jednoznacznie wskazują na nieunikniony rozwój rehabilitacji medycznej. Aktualnie przestaje być ona tylko pewną dowolną koncepcją czy życzeniem, ale staje się wymogiem nowoczesnej medycyny i zintegrowanego społeczeństwa.