

**Polska szkoła
kompleksowej
rehabilitacji** Analiza
prawnoporównawcza
instytucjonalnych
rozwiązań

**Polska szkoła
kompleksowej
rehabilitacji** Analiza
prawnoporównawcza
instytucjonalnych
rozwiązań

Redakcja naukowa

Piotr Czauderna

Wiesław Koczur

Marek Woch

Małgorzata Wypych



Wydawnictwo Sejmowe

Warszawa 2019

Głosy w dyskusji

w trakcie obrad konferencji naukowej
nt. „Polska Szkoła Kompleksowej Rehabilitacji.
Analiza prawnoporównawcza instytucjonalnych rozwiązań”,
która odbyła się w dniu 20 listopada 2017 r.
w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej:

Małgorzata Wypych, Paweł Kępka,
Marek Woch, Józefa Szczurek-Żelazko,
Gertruda Uścińska, Dorota Habich,
Piotr Czauderna, Grzegorz Błazewicz,
Mirośław Przewoźnik, Ewa Tomaszewska,
Tomasz Lasocki, Jan Filip Libicki,
Agnieszka Stępień, Bogumił Kanik,
Krystyna Księżopolska-Orłowska,
Wiesław Koczur, Danuta Koradecka,
Joanna Bugajska, Wojciech Otrębski,
Jerzy Kiwerski, Piotr Wasilewski,
Maciej Krawczyk, Marek Kiljański,
Jacek Durmała, Andrzej Gabriel,
Greta Kanownik, Krystyna Walendowicz,
Marek Roland, Robert Krzemiński,
Jarosław Gniatkowski, Stanisław Maćkowiak,
Peter Nowak, Jakub Gierczyński,
Elżbieta Neroj, Maciej Rosiński,
Zbigniew Tytko, Wojciech Wiśniewski

Wstęp

Publikacja
nawcza in
o tym san
tej Polskie
w składzie
Bartłomie
Wypych -

Konfer
skiego, a
oraz med
Ministers
Minister I
Minister I
Ministers
Państw
Kasa Roln
Zakład U
Narodow
Agencja C
Rzecznik
Najwyższ
Szkoła Gł
Wyższa S
Polskie T
Konsultar
prof. dr
Konsultar
prof. dr
Parlame
Instytut Z

Dr hab. Wojciech Otrębski,
prof. Katolickiego Uniwersytetu
Lubelskiego, kierownik Katedry Psychologii
Rehabilitacji w Instytucie Psychologii

Dzień dobry państwu. Zacznę podobnie jak moi poprzednicy, od serdecznych podziękowań pod adresem organizatorów za zaproszenie do udziału w konferencji i za umożliwienie mi przedstawienia stanowiska określonej grupy nauk społecznych, tzn. z zakresu psychologii i trochę pedagogiki, ponieważ mają one znaczny udział w całości kształcenia działań związanych z rehabilitacją. Postaram się zmieścić w wyznaczonym limicie czasu.

Szanowni państwo, na początku wyjaśnię, o czym chciałbym państwu opowiedzieć. Skupię się na źródłach, które pozwalają nam zoperacjonalizować, zdefiniować to, co nazywamy rehabilitacją kompleksową. Każdy z nas, kto choćby otarł się o to zjawisko, usłyszał taką lub inną definicję. Część z nich zresztą została dziś przytoczona. Mam na myśli prawny wymiar rehabilitacji. Warto jednak pamiętać, że funkcjonuje coś takiego jak społeczne rozumienie rehabilitacji kompleksowej. Warto się zastanowić, co zrobić, aby rozumienie terminu było wspólne i spójne. Chodzi mi o relacje pomiędzy definicją zamieszczoną w prawnych regulacjach i o społeczne odczucia w tym zakresie.

Proszę państwa, z określonego rozumienia terminu wynikają określone konsekwencje, czyli – inaczej mówiąc – bardzo konkretne zasady realizacji całego procesu. W moim wystąpieniu spróbuję państwu przybliżyć, gdzie znajdują się źródła i zasady, które dotyczą rehabilitacji kompleksowej i które ją określają. Mówiąc o źródłach, odwołam się do teorii rehabilitacji, a mówiąc o zadaniach, przedstawię cele oraz możliwość zbudowania transdyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego.

Punktem wyjścia do wszystkich rozważań na temat rehabilitacji jest myślenie o niepełnosprawności, o osobie niepełnosprawnej. Inaczej mówiąc, rozważamy, czym jest dla nas niepełnosprawność oraz kim jest dla nas osoba niepełnosprawna. Z tego wynika, czym będzie dla nas rehabilitacja i jak będziemy rozumieć rehabilitację kompleksową.

Na slajdzie przedstawiam ujęcie historyczne problemu. Widać wyraźnie, co możemy znaleźć w teorii rehabilitacji, kiedy zastanawiamy się nad zdefiniowaniem osoby niepełnosprawnej. W tym ujęciu historycznym w pewnym miejscu pojawi się także polska szkoła rehabilitacji, która miała ogromne znaczenie i silnie oddziaływała na pomysły Światowej Organizacji Zdrowia w konceptualizacji zjawiska niepełnosprawności.

Jeżeli przyjmujemy biologiczny lub – inaczej mówiąc – medyczny sposób myślenia, to w takim przypadku kompleksowość będzie znaczyć przede wszystkim kompleksowość rehabilitacji leczniczej. Jeśli tak, to rzeczywiście koordynatorem procesu powinien być specjalista, lekarz rehabilitacji, który koordynowałby współpracę ze wszystkimi pozostałymi specjalistami. Jeżeli jednak przyjmujemy myślenie czysto społeczne, proponowane głównie w latach 80. ubiegłego wieku, które było podejściem skrajnie społecznym, to wypadałoby uznać, że rehabilitacja kompleksowa to przede wszystkim dostosowanie środowiska fizycznego i społecznego do potrzeb osób niepełnosprawnych. W takim przypadku potrzebujemy głównie specjalistów z dziedziny architektury, z obszaru kształtowania postaw społecznych, zmian w ludzkiej mentalności itd.

Od relatywnie niedawna, gdzieś od przełomu wieków, można przyjąć, że od 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia upubliczniła kolejny podręcznik klasyfikacyjny, który w skrócie jest znany w Polsce, jako tzw. ICF, ten skrót pochodzi od angielskiej nazwy, w którym bazą do klasyfikacji została uczyniona koncepcja niepełnosprawności określana jako tzw. niepełnosprawność biopsychospołeczna. Już z samej nazwy można zauważyć, że jest to próba połączenia dwóch wcześniejszych skrajnych nurtów. Z jednej strony mamy to, co było kiedyś czysto biologiczne, z drugiej coś, co było czysto społeczne, ale spotykamy się gdzieś pośrodku i dołączamy do tego, co było, nowy element, tzw. psychospołeczny.

Jeśli przyjmujemy takie rozumienie niepełnosprawności, to kompleksowość będzie oznaczać coś innego. Definicja kompleksowości w ujęciu ICF lub – inaczej mówiąc – w odniesieniu do biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności pozwala nam sięgnąć do bardzo znaczące-

go, źródła, jakim jest polska szkoła rehabilitacji. Z tym że wspomniany wcześniej jeden z ojców polskiej szkoły rehabilitacji, prof. Dega, rzeczywiście skupiał się na tym, że kompleksowość składa się z dwóch elementów, przede wszystkim chodziło o aspekt leczniczy i aspekt społeczno-zawodowy. Dzisiaj, według mnie, takie podejście już nie wystarcza. To jest za mało. Dzisiaj kompleksowość to coś więcej. Musimy bowiem pamiętać w tym kontekście o edukacji, czyli o aspekcie pedagogiczno-wychowawczym, który dla bardzo wielu osób z niepełnosprawnością jest podstawowym źródłem świadczeń przez dwadzieścia kilka lat ich życia.

Szanowni państwo, w koncepcji biopsychosocjalnej mamy specyficzne rozumienie niepełnosprawności. Gdybyśmy chcieli je trochę przybliżyć, to na co należy zwrócić uwagę? Co stanowi o specyfice takiego podejścia, a czego nie było wcześniej? Pierwsza nowa rzecz, która pojawia się w tym ujęciu, a której nie było wcześniej, to spojrzenie na człowieka w sposób, który niektórzy nazywają holistycznym, ale ja używałbym raczej określenia „integralny”. Chodzi o to, że w tym samym momencie człowiek jest zarówno organizmem, osobą ludzką oraz pełni określone role społeczne. Inaczej być nie może i dlatego działania rehabilitacyjne nie mogą ignorować faktu, że w tym samym czasie człowiek jest wszystkim, co go konstytuuje. W planie działania rehabilitacyjnego musi to znaleźć swój oddźwięk. Dlatego mamy działania wywierające wpływ na ewentualnie nieprawidłowo funkcjonujące struktury organizmu lub na nieprawidłowo działające funkcje organizmu. Takie działania mieszczą się w kategorii działań leczniczych. Oprócz nich potrzebujemy jednak także działań wspomagających aktywność każdego człowieka z niepełnosprawnością i jego uczestnictwo w życiu społecznym. Dopiero wtedy będziemy mówić o oddziaływaniu integralnym, czyli skierowanym na całą osobę ludzką, a nie tylko na jej fragment.

Proszę państwa, w dalszym wywodzie okaże się, że nie wystarcza oddziaływanie na osobę, ale potrzebne jest jeszcze oddziaływanie na środowisko. Dlatego koncepcja biopsychosocjalna uwzględnia dodatkowo kontekst, czyli czynniki środowiskowe i czysto osobowe.

Jeżeli chodzi o polską szkołę rehabilitacji, to we wcześniejszych wystąpieniach były przypomniane główne zasady jej efektywności. Dziś faktycznie możemy się zastanawiać, co się z tym stało, dlaczego te zasady do końca nie są współcześnie obecne w naszych działaniach rehabilitacyjnych. Myślę, że najmniej obecna jest aktualnie powszechność, czyli inaczej mówiąc dostępność. Niektóre grupy niepełnosprawnych mają naprawdę bardzo ograniczony dostęp do rehabilitacji. Nie mam na myśli rehabilitacji leczniczej, ale rehabilitację kompleksową, rozumianą zgodnie z wymienionymi przeze mnie wcześniej zasadami.

Teraz, jeśli państwo pozwolicie, kilka uwag na temat zadań. Trzeba zacząć od tego, że zadanie wynika przede wszystkim z celu rehabilitacji. O celu była już dzisiaj mowa, ale postaram się to zagadnienie trochę rozbudować. Celem rehabilitacji jest jakościowa zmiana funkcjonowania człowieka z niepełnosprawnością oraz jego środowiska. Oznacza to, że musimy wspierać taką osobę w przystosowaniu się do życia jako osobę niepełnosprawną. Jednocześnie musimy wspierać środowisko w przystosowaniu się do życia z taką osobą. Bardzo różne środowiska wchodzi w grę na różnym etapie życia osób niepełnosprawnych, w zależności od ich roli społecznej itd. na jedną sprawę trzeba koniecznie zwrócić uwagę, szanowni państwo. Jakościowa zmian na plus wcale nie oznacza, że czegoś jest więcej. Bardzo dobrze wiemy, że istnieją takie niepełnosprawności, w których ograniczenie zaburzonego zachowania, czyli posiadanie czegoś mniej, jest jakościową zmianą na lepsze. Dopiero w takiej sytuacji można mówić o pełniejszej aktywności i rzeczywistym uczestniczeniu danej osoby w życiu swojego środowiska.

Na zakończenie ważna uwaga. To zadanie, o którym powiem, jest ogromnie trudne do zrealizowania. Pokazują to zarówno wcześniejsze wypowiedzi, jak i przykłady, które można podać z praktyki. Chodzi mi o transdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny. Świadomie używam określenia transdyscyplinarny, a nie interdyscyplinarny czy multidyscyplinarny. Krótko wyjaśnię dlaczego. Posługuję się pojęciem transdyscyplinarny, ponieważ w transdyscyplinarności występuje przenikanie się różnych dyscyplin, a nie ich

bycie obok siebie. Dzisiaj sytuacja wygląda tak, że posiadamy wszystkie potrzebne elementy, tyle, że istnieją one oddzielnie, niejako obok siebie. One się nie przenikają, a tym samym nie występuje pożądana kompleksowość. Po prostu zespół nie działa jako komórka transdyscyplinarna. W centrum uwagi powinien znajdować się koordynator prac zespołu. To jest jego główny punkt. Słyszeliśmy dziś opinię, że koordynatorem powinien być lekarz. Moje zdanie jest nieco inne. Uważam, że w rehabilitacji medycznej, kiedy wiodącą potrzebą danej osoby jest rehabilitacja lecznicza, lekarz jako koordynator jest rozwiązaniem uzasadnionym. Jednak w przypadku rehabilitacji społecznej, zawodowej i w edukacji koordynatorem nie musi być lekarz, a powiem więcej: nawet nie powinien być lekarz. Koordynatorem powinna być osoba odpowiadająca dynamice potrzeb rehabilitacyjnych.

Kilka słów podsumowania. Szanowni państwo, proces rehabilitacji kompleksowej to proces złożony i dynamiczny, który obejmuje działania wobec jednostki i grupy, mający charakter powszechny, wczesny, ciągły i kompleksowy, traktujący osobę niepełnosprawną jako podmiot, a nie jako przedmiot działań. Taka osoba lub jej reprezentant jest członkiem zespołu rehabilitacyjnego, nie jest natomiast poddawana rehabilitacji. Chodzi o uzyskanie zupełnie innej mentalnej perspektywy. W realizacji zadań rehabilitacyjnych są wykorzystane w pełnym zakresie wszystkie zasoby formalne, czyli instytucjonalne, i nieformalne, które istnieją w lokalnej społeczności, bo w niej rehabilitacja powinna być prowadzona. Dziękuję państwu za uwagę.

**Prof. dr hab. n. med. Jerzy Kiwerski –
rektor Wyższej Szkoły Rehabilitacji
w Warszawie**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jak wielokrotnie zostało już podkreślone, współczesna rehabilitacja jest procesem złożonym i wieloaspektowym, który wymaga współdziałania wielu specjalistów, o których mówiła pani prof. Księżopolska. W tej sytuacji nie będę ich ponownie wymieniał. Wspomniany proces przebiega w naszym kraju zgodnie z zasadami zawartymi w tzw. polskim modelu rehabilitacji wypracowanym

i rozpropagowanym w kraju i na świecie i wdrażanym przez twórców współczesnej polskiej rehabilitacji, prof. Wiktora Degę z Poznania i prof. Mariana Weissa z Konstancina. Koncepcja ta została przedstawiona na posiedzeniu Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia w 1970 r. odbywającego się na Malcie. Zyskała ona międzynarodową akceptację i uznano ją za godną upowszechnienia w innych krajach Europy.

Wspomniana koncepcja opiera się na czterech podstawowych zasadach: powszechności, wczesnym wdrażaniu, kompleksowości i ciągłości procesu rehabilitacji. Chciałbym państwu przybliżyć te pojęcia i warunki, w których one powstawały. Pod pojęciem powszechności kryją się dwa aspekty tego zagadnienia. Przede wszystkim chodzi o dostępność do wszystkich form świadczeń rehabilitacyjnych bez względu na miejsce zamieszkania i status społeczny pacjenta. W owym czasie było to istotne zagadnienie, ponieważ pomimo istnienia dość obszernej sieci świadczeń socjalnych nie byli nimi objęci rolnicy indywidualni działający poza strukturami PGR-ów oraz indywidualni rzemieślnicy. Taka sytuacja rzutowała na fakt, iż tego rodzaju problem został wtedy poruszony. Szczegółowo mówiąc, kwestia jest cały czas aktualna, gdyż liczba osób nieubezpieczonych jest obecnie kilka razy większa niż była w tamtych czasach.

Drugi aspekt tego zagadnienia to upowszechnienie rehabilitacji we wszystkich dziedzinach medycyny klinicznej. Rehabilitacja poświęcona była pierwotnie głównie kwestiom rehabilitacji ruchowej. Mogło to wynikać po trochu z faktu, że twórcy polskiej szkoły rehabilitacji, profesorowie Dega i Weiss byli ortopedami. Naturalnym odruchem z ich strony wydaje się chęć zabezpieczenia tej dziedziny medycyny, na której się znali.

Jednak nie tylko to odgrywało rolę. Uwarunkowania wówczas były takie, że zachęcały do takiego podejścia. Pamiętajmy, że były to czasy powojenne. Polska szkoła rehabilitacji rodziła się w latach 1950–1960. Po wojnie pozostała duża liczba osób niepełnosprawnych i inwalidów. Szacowało się, że na świecie ogółem było wówczas ok. 160 mln osób niepełnosprawnych. Dlatego wyzwaniem było olbrzymie. Ci ludzie oczekiwali usprawnienia, zaprotezowania itd., a to mogła zapewnić im rehabilitacja. Drugi ważny czynnik, który

wtedy wyst...
czyli tzw. p...
z tysiącami...
Wśród duży...
się niedowł...
nia kończy...
Pamiętajmy...
ki. Jedynie...
gliwości i...
ceniom or...
ortotyczne...

Proszę p...
zdawali sob...
bilitacji są...
nie działali...
kierunkach...
teraz, tzn. r...
logiczną, ba...
cięcą, rehab...
logii i poło...
i niedostys...
cych.

Kolejny...
wdrożenie...
mentów po...
znalazła się...
habilitacji e...
litację uzna...
okresie dia...
makologiczn...
dopiero mys...
głównie z r...
wiskowym...
w przypadk...
osoby z u...
z ciężkimi...
czy to na tle...
dowały się...
trwało cały...
się dostać d...
habilitacji, t...
siacach, a na...
sto trafiali...
skrajnego w...
kami mięśn...
mi moczowy...
nych. Wczes...
czymś niez...
element w po...