

WIKTOR DEGA

## Etyczno-deontologiczne zagadnienia w rehabilitacji osób poszkodowanych na zdrowiu fizycznym

### *Wprowadzenie*

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nakreślił w 1969 r. „Program rozwoju rehabilitacji leczniczej”, który to program włączył rehabilitację jako integralną część w postępowanie lecznicze. W samym Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej Departament Profilaktyki i Lecznictwa zmienił swą nazwę na Departament Ochrony Zdrowia i Rehabilitacji.

II Kongres Nauki Polskiej w 1973 r. uznał rehabilitację za osiągnięcie polskiej socjalistycznej Służby Zdrowia. Ankieta „Trybuny Ludu”, zebrana wśród czytelników, potwierdziła wagę tego osiągnięcia. Dobro chorego wzbogaciło się więc o nowy aspekt mający duże znaczenie społeczne. Jest nim rehabilitacja.

Służba Zdrowia chroniła i chroni obywatela przed chorobami przez odpowiednią profilaktykę i zapewnia mu leczenie, gdy stan jego zdrowia tego wymaga. Postępowanie takie jest wystarczające, gdy chory po wyzdrowieniu może wrócić do domu i do swego zakładu pracy. Są jednak chorzy, u których choroba okazuje się niewyleczalna. Chorym tym Opieka Społeczna zabezpieczała sprawy bytowe, a Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznawał rentę jako środek utrzymania.

Rehabilitacja wniosła zasadnicze zmiany w ten model służby zdrowia. Dąży ona bowiem do zastąpienia zasady „leczenie choroby” zasadą „leczenia chorego człowieka” z uwzględnieniem wszystkich jego potrzeb, jakie choroba wywołała. Dodatkowe potrzeby mają przede wszystkim chorzy zagrożeni kalectwem lub już dotknięci kalectwem.

Mówiąc o chorobach mam na myśli wszystkie stany patologiczne, a więc także wady wrodzone i skutki urazów.

Chorzy, którym grozi kalectwo, sądzą przeważnie, że przepadła im cała przyszłość, pozycja w rodzinie, pozycja społeczna, możliwość powrotu

do pracy itd. Tym chorym przychodzi z pomocą psycholog i pracownik społeczny.

Psycholog pomaga wyjść z depresji, która jest zrozumiała, ale która często jest przyczyną zatargów chorego z otoczeniem i rodziną, jest także dla chorego i jego leczenia wysoce szkodliwa.

Pracownik socjalny stara się rozemnać w sytuacji pracy chorego, wchodzi w kontakt z zakładem pracy, z rodziną i ze środowiskiem chorego i wspólnie z chorym, z lekarzem i z psychologiem starają się ułożyć sytuację życiową chorego. Wspólnie też nakreślają program rehabilitacji chorego.

Rehabilitacja uzupełnia więc lekarską troskę o zdrowie chorego troską o jego los jako członka społeczeństwa.

Rehabilitacja, wprowadzając element czynnej pomocy społecznej w służbę zdrowia, wzbogaca ją.

Doświadczenie wykazało, że najbardziej skuteczna jest rehabilitacja wczesna, tj. powiązana z leczeniem chorego już w czasie leczenia. Nie może ona jednak obciążać lekarza, który prowadzi to leczenie. Jest on swą codzienną pracą lekarską aż nadto obciążony. Toteż u boku jego staje do pomocy tzw. zespół rehabilitacyjny (*rehabilitation team*), w którego skład wchodzi różni specjaliści i technicy zależnie od wieku chorego i rodzaju jego potrzeb rehabilitacyjnych.

Najczęściej potrzebują rehabilitacji leczniczej chorzy oddziałów reumatologicznych, neurologicznych, neurochirurgicznych, ortopedycznych, urazowych, chirurgicznych, kardiochirurgicznych, kardiologicznych, pulmonologicznych, thorako-chirurgicznych, foniatrycznych. Osobnego ujęcia wymaga rehabilitacja w psychiatrii.

Rehabilitacja znalazła już szerokie zastosowanie w licznych ośrodkach i zakładach rehabilitacyjnych rozmieszczonych w całym kraju. Rehabilitację wprowadziły uzdrowiska polskie, lecznictwo przemysłowe oraz spółdzielczość inwalidów. Jeśli nie objęła jeszcze całego naszego lecznictwa — przeważnie z powodu niewiedzy lub niechęci przed nowym czy wygodny — to dziś już jest procesem, który znalazł szerokie upowszechnienie w naszej służbie zdrowia.

Rehabilitacja jest złożonym procesem medyczno-społecznym. Kojarzy ona indywidualny interes jednostki poszkodowanej na zdrowiu z interesem społecznym. Chce przywrócić lub stworzyć jednostce z uszkodzonym zdrowiem szanse godziwego aktywnego życia w społeczeństwie. Rehabilitacja jako zagadnienie wieloaspektowe ma rozliczne powiązania międzyludzkie, ma też ściśle powiązania między różnymi specjalnościami lekarskimi, między różnymi instytucjami i resortami, a także — i to w wysokim stopniu — ze społeczeństwem.

Wszystko to wnosi nowe elementy w dotychczasowe zasady etyczno-deontologiczne obowiązujące lekarzy.

*Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*

Polskie Towarzystwo Lekarskie opracowało je i zaaprobowало w 1967 r. za zgodą lekarskich towarzystw specjalistycznych oraz za zgodą Głównej Sekcji Lekarskiej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zalecił w 1968 r. *Zasady* jako podstawę w rozpatrywaniu lekarskich spraw etyczno-deontologicznych lekarzy.

Są one bardzo szeroko ujęte, przez co nie straciły na aktualności. Wymagają jednak pewnych uzupełnień w związku z uznaniem rehabilitacji za integralną część Służby Zdrowia. Tak więc: Punkt A, 2 *Zasad* mówi o „obowiązku lekarza zapobiegania chorobom”. Tutaj wypadaloby uzupełnić „zapobieganie nie tylko chorobom, ale także kalectwom”. Lekarz ma obecnie obowiązek zatroszczenia się o los chorego, jeśli choroba, wada wrodzona czy skutki nieszczęśliwego wypadku zagrażają kalectwem lub je już spowodowały.

W tym samym duchu należałoby uzupełnić punkt B, 11, według którego „lekarz powinien powiadomić rodzinę, gdy stan chorego nie rokuje wyleczenia lub grozi śmiercią”. Dodać tu należy „grozi śmiercią lub kalectwem”. Punkt ten brzmi dalej: „stan taki nie zwalnia lekarza od obowiązku dalszej opieki nad chorym w granicach możliwości”. Tutaj powinno się wstawić: „a w przypadkach grożących kalectwem lekarz ma obowiązek spowodować zainicjowanie procesu rehabilitacji chorego”.

Z rehabilitacją wiążą się często renty, dodatki za inwalidztwo, zaopatrzenie w aparaty i obuwie ortopedyczne, w protezy, wózki inwalidzkie, dłuższe pobyty w sanatoriach, ośrodkach rehabilitacyjnych, szkoleniowych itp.

Na paryskim Kongresie Moralności Lekarskiej w 1966 r. prof. Gosset z Uniwersytetu Paryskiego powiedział: „Od kiedy społeczeństwo bądź jego reprezentanci przyjęli na siebie ciężar finansowania lecznictwa, lekarze chirurdzy stają się czymś w rodzaju dysponentów wydatków budżetu narodowego”. W tej sytuacji koniecznością staje się też, aby lekarze uświadomili sobie w pełni własną odpowiedzialność ekonomiczną za dysponowanie dochodem narodowym. Jest to szczególnie, z którego nie wszyscy lekarze zdają sobie w wystarczający sposób sprawę. Z tego powodu specjalne podkreślenie tej roli lekarza w zasadach deontologicznych wydaje się uzasadnione.

*Moralny obowiązek wdrażania rehabilitacji w działalność lekarską*

Rehabilitacja obok swych walorów humanistycznych daje efekty ekonomiczne ważne dla gospodarki narodowej. Skraca ona bowiem czas leczenia, poprawia jego wyniki, zmniejsza absencję w zakładach pracy.

Według amerykańskich obliczeń 1 dolar wyłożony na rzecz rehabilitacji daje 13 dolarów zysku. Podobne cyfry, bo 1 na 14 DM, przytaczają statystyki RFN. Z polskich badań wynika również, że rehabilitacja daje wyraźnie dodatnie efekty ekonomiczne.

Wzrastająca stale liczba kalectw spowodowała, że każdy lekarz — na jakimkolwiek stanowisku byłby zatrudniony — spotyka się w swej pracy z ludźmi potrzebującymi rehabilitacji. Musi on przeto przynajmniej orientować się, co to jest rehabilitacja i jakim celom służy.

Jeśli np. lekarz rejonowy podczas wizyty domowej stwierdzi, że osobnik, do którego był przywołany, ma oprócz swej przygodnej choroby jakieś kalectwo, winien się tym kalectwem zainteresować oraz polecić i pomóc w skontaktowaniu się z kompetentną Poradnią Rehabilitacyjną.

Jeśli lekarz specjalista (np. pediatra, internista, neurolog i in.) zauważy u chorego na swym oddziale zagrożenie kalectwem, na przykład pojawienie się przykurczów dużych stawów w toku ogólnej choroby (np.: w zapaleniu opon mózgowych; w połowicznym porażeniu itp.) lub jeśli ma do czynienia z przewlekłą chorobą prowadzącą do kalectwa, winien wejść w kontakt z kompetentnym lekarzem specjalistą do spraw rehabilitacji.

Lekarz-specjalista ma pod tym względem ułatwioną sytuację. Pracuje on bowiem przeważnie w szpitalu wielospecjalistycznym, a te mają już w większości własne oddziały rehabilitacyjne lub też wprowadziły rehabilitację przyłóżkową dla swych chorych.

Pozbawienie chorych oddziałowych rehabilitacji, która może zapobiec kalectwu albo która może poprawić szanse życiowe choremu, trzeba uznać w dobie obecnej za niezgodne z etyką lekarską.

Wypływają stąd następujące konieczności:

1. Wprowadzenie informacji o rehabilitacji w programie nauczania studentów medycyny.
2. Wprowadzenie tematyki o rehabilitacji w programy specjalizacyjne wszystkich specjalności lekarskich w sposób do nich dostosowany.
3. Szerokie stosowanie dokształcania podyplomowego lekarzy w zakresie rehabilitacji.

#### *Lekarz w zespole rehabilitacyjnym*

Zespół rehabilitacyjny jest to grupa specjalistów medycznych i paramedycznych.

Do pełnego składu zespołu rehabilitacyjnego należą oprócz lekarza: psycholog, pracownik socjalny, instruktor gimnastyki leczniczej (mgr w.f.), fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, pedagog specjalny (u dzieci), instruktor—znawca zawodu, technik ortopedyczny i inni w zależności od

potrzeb chorego. U większości chorych wystarczy mały skład zespołu z udziałem psychologa, pracownika socjalnego i instruktora gimnastyki leczniczej oraz pedagoga u dzieci.

Obowiązkiem zespołu jest prowadzenie rehabilitacji chorego w trakcie jego leczenia oraz zabezpieczenie ciągłości rehabilitacji po ukończeniu jego leczenia. Zespół rehabilitacyjny jest ponadto odpowiedzialny za powiązanie rehabilitacji leczniczej z rehabilitacją społeczną i zawodową. Rehabilitacja bowiem jest tylko wtedy w pełni skuteczna, jeśli pomoże choremu uzyskać maksymalną sprawność fizyczną, psychiczną, społeczną i zawodową, na jaką pozwala stopień uszkodzenia zdrowia chorego.

Praca zespołu rehabilitacyjnego jest szczególnie eksponowana na międzyludzkie konflikty zarówno w stosunku do chorych, jak i w stosunku do poszczególnych członków zespołu między sobą. Zespół rehabilitacyjny spełni tym łatwiej swoje zadanie, im wyższe będzie miał wyrobienie moralne.

W okresie leczenia kierownikiem zespołu rehabilitacyjnego jest zawsze lekarz-ordynator, który prowadzi leczenie chorego. On też odpowiada moralnie za rehabilitację leczniczą chorego, którą realizuje zespół rehabilitacyjny.

W dużych jednostkach szpitalnych, w których działa lekarz specjalista w rehabilitacji, ordynator może powierzyć mu prowadzenie rehabilitacji. Nie zwalnia go to jednak z obowiązku udziału w nakreślaniu indywidualnego programu rehabilitacji chorego i w nadzorowaniu jej.

Między ordynatorem a lekarzem — specjalistą w rehabilitacji musi zaistnieć harmonijna współpraca. Przynajmniej takie odczucie musi odczuwać chory. Podobna harmonia winna panować w pracy całego zespołu rehabilitacyjnego. Każdy członek zespołu ma wytyczony własny kierunek działania. To wyraźne rozgraniczenie kompetencji sprzyja zgodnej współpracy w zespole, ale wszyscy członkowie muszą się wzajemnie porozumiewać, a całość musi być koordynowana przez lekarza — kierownika zespołu. Wymaga to dużego taktu i wzajemnego zrozumienia się oraz szacunku dla pracy współczłonków i dużo dobrej woli.

We wszystkich spornych sprawach decydować winno dobro chorego.

#### *Odpowiedzialność moralna w ustalaniu programu rehabilitacji chorego*

Wszelkie wypaczenie lub niewłaściwe ustawienie programu rehabilitacji wyrządza choremu moralną krzywdę i pociąga skutki ekonomiczne i społeczne. Każdy chory zagrożony czy dotknięty kalectwem — bez względu na wiek — musi mieć nakreślony własny program rehabilitacji, który uwzględni całość jego potrzeb spowodowanych chorobą, nieszczę-

śliwym wypadkiem czy wadą wrodzoną. Są to potrzeby natury nie tylko leczniczej, ale także psychicznej (depresje itp.), społecznej i zawodowej. Podstawą programu rehabilitacji jest szczegółowa analiza tych potrzeb w poszczególnych aspektach.

Na każdym członku zespołu spoczywa obowiązek zebrania potrzebnych materiałów dla oceny. Wymaga to stawiania choremu wielu pytań, często powtarzających się, co go łatwo irytuje i wywołuje negatywne postawy. Badający traci łatwo kontakt z chorym. Łatwo dochodzi do konfliktu. Badanie chorego wymaga dużych umiejętności, dużego taktu i cierpliwości. Badany musi być przekonany, że wywiad jest prowadzony wyłącznie w jego interesie, a nie jest aktem statystycznym ani zaspokajaniem cudzej ciekawości.

Każdy członek zespołu rehabilitacyjnego ma za zadanie wybadanie potrzeb chorego z punktu widzenia specjalności, którą reprezentuje.

Lekarz ustala rozpoznanie choroby i program leczenia. Może on przy tym konsultować lekarzy innych specjalności. Wspólnie z instruktorem gimnastyki leczniczej projektuje leczenie funkcjonalne i fizykalne chorego.

Psycholog notuje potrzeby psychiczne, niekiedy z udziałem psychiatry. Prawie zawsze dzieli się swymi sugestiami z pracownikiem socjalnym.

Pracownik socjalny rozpatruje potrzeby społeczne i zawodowe chorego, czasami wspólnie z instruktorem — znawcą zawodu, a często także z rodziną, ze związkiem zawodowym, ze środowiskiem zakładu pracy danego chorego.

Lekarz ordynator może swym sposobem odnoszenia się do członków zespołu rehabilitacyjnego wpłynąć bardzo korzystnie na chorego i jego stosunek do reszty zespołu, jak i na cały zespół. Na nim też jak i na każdym członku zespołu ciąży duża odpowiedzialność.

Uzyskane cząstkowe programy rehabilitacji muszą być skonfrontowane i scalone. Jest to najbardziej odpowiedzialna część działalności lekarza i zespołu rehabilitacyjnego. Wspólne uzgodnienie programu postępowania z chorym odbywa się na wspólnych posiedzeniach, którym przewodniczy lekarz.

Zespołowe omówienie programu rehabilitacji wprowadza korekty w cząstkowe programy. Na program leczenia może np. wpływać opinia psychologa w sposób decydujący, a na dobór metod leczenia opinia pracownika socjalnego. Oczywiście nie można nakreślać programu rehabilitacji bez udziału chorego. Musi on go w pełni zaaprobować, a proces rehabilitacji, zwłaszcza psychologicznej, musi doprowadzić chorego do akceptacji swego kalectwa. Im większy jest autorytet fachowy i moralny zespołu rehabilitacyjnego, tym łatwiej przyjdzie choremu pogo-

dzie się ze swym losem i uzyskać wewnętrzną harmonię, która pozwoli mu żyć i pracować z poczuciem użyteczności społecznej mimo kalectwa. Bez akceptacji kalectwa przez chorego nie ma jego prawdziwej rehabilitacji.

Decyzje zespołu rehabilitacyjnego mają dużą wagę dla losu chorego, dla jego stosunku do rodziny, do otoczenia, do społeczeństwa oraz do swego czynnego zatrudnienia. Decyzje te mają również znaczenie dla czasu trwania leczenia i rehabilitacji oraz dla końcowego wyniku wszystkich wysiłków. Główna odpowiedzialność za decyzje zespołu rehabilitacyjnego ciąży na lekarzu. On jest rzecznikiem zdrowia i dobra chorego, ale także dobra społecznego.

### *Stwierdzenie faktu kalectwa*

Przekazanie choremu informacji, że jest kaleką i że nim pozostanie, jest trudnym zadaniem dla zespołu rehabilitacyjnego.

Określenia „kaleka” czy „inwalida” nakładają w ogólnym jeszcze mniemaniu pewne piętno na człowieka. W świetle obecnej koncepcji rehabilitacji określenia te są niechętnie używane.

Są próby zastąpienia ich takimi określeniami jak „osobnik poszkodowany na zdrowiu” lub „osobnik z naruszoną czy obniżoną sprawnością” lub „osobnik z naruszonym zdrowiem” itp. Określenia te mają tę wadę, że są długie i nieporęczne w potocznym użyciu.

Nowe określenia są jednak bardzo uzasadnione, gdyż osobnik, który mimo swego kalectwa wydajnie pracuje, nie chce być uważany za inwalidę. Pracuje on przecież jak zdrowy człowiek i nie chce być „piętnowany” jako inwalida.

Zagadnienie nowego mianownictwa stało się obecnie szczególnie aktualne w dużych zakładach pracy, w których uszkodzenia zdrowia (np. chemiczne, akustyczne, termiczne itd.) przez wieloletnią pracę zawodową są często notowane u pracowników. Nie mogą oni wykonywać pracy w normalnych warunkach, lecz mogą pracować zupełnie dobrze w zaadaptowanych bądź chronionych warunkach. Pracownicy ci nie chcą za nie nazywać się inwalidami.

### *Ocena stopnia inwalidztwa*

U dorosłych definicja „inwalidztwa” jest ujęta w prawne określenie. Dla dzieci nie ma żadnych prawnych podstaw dla określenia, kiedy można dziecko uznać za kalekę.

Z punktu widzenia prawnego instytucją orzekającą o stopniu inwa-

lidztwa są tzw. KIZ-y (Komisje Inwalidztwa i Zatrudnienia). Ich sposób orzekania musi obecnie w pewnej części przypadków budzić zastrzeżenia w świetle nowych poglądów na etykę. Decyzje KIZ-ów bowiem opierają się zbyt na opinii jednostkowej, zamiast na konsekwentnej zbiorowości. Chcąc ocenić stopień inwalidztwa, należy znaleźć odpowiedź na pytania:

1. Czy mamy do czynienia z dysfunkcją narządów lokalną, czy uogólnioną?

2. Czy dysfunkcja jest trwała, czy przejściowa?

3. Czy trwała dysfunkcja jest stabilna, czy progresywna?

4. Czy progresywną dysfunkcję można zahamować w rozwoju lub zmniejszyć ją przez leczenie bądź zabieg chirurgiczny?

5. Czy dysfunkcja pozwoli na podjęcie wyuczonego zawodu w dotychczasowym zakładzie pracy w normalnych, czy zaadaptowanych warunkach?

6. Czy wymagane jest dla chorego wyuczenie innych czynności zawodowych, pozwalających na zatrudnienie — mimo kalectwa — w normalnym zakładzie pracy, czy w spółdzielczości inwalidów, czy też w warunkach chronionych, zaadaptowanych, czy też chałupniczych?

Oceny stopnia i rodzaju kalectwa oraz jego wpływu na przyszłość zawodową i społeczną osoby poszkodowanej na zdrowiu musi dokonać lekarz. Oceny te są zarazem wyrokami. Od trafności oceny zależy często los osobników, a prawie zawsze skutki finansowe w szerokim znaczeniu tego pojęcia.

Rzecz jasna, że w decyzjach swych lekarz musi brać pod uwagę opinie przede wszystkim psychologa i pracownika socjalnego, a u dzieci także pedagoga. Dzieciom bowiem należy zabezpieczyć naukę szkolną, a także przygotowanie do przyszłego zawodu, gdy są starsze.

Lekarz musi często zasięgać dodatkowych opinii innych specjalistów lekarzy i specjalistów paramedycznych, jak fizjoterapeutów, ergoterapeutów, techników ortopedycznych itd.

W ciężkich kalectwach nie wystarczy wysłuchać opinii poszczególnych członków zespołu. Konieczna jest obserwacja pod kontrolą tegoż zespołu. Obserwacja ta musi rozstrzygnąć na przykład, czy rehabilitacja potrafi uniezależnić chorego od pomocy osoby drugiej, czy chory będzie mógł chodzić samodzielnie bez pomocy aparatów ortopedycznych i kul, czy przy ich użyciu, czy też będzie on skazany na siedzący tryb życia w wózku inwalidzkim.

Decyzje te są nieraz trudne, a zawsze bardzo odpowiedzialne. Niekiedy obserwacja musi trwać dłuższy czas, wymagając okresowego powtarzania badań, jak np. w przypadkach porażen kończyn.



W innych przypadkach jak np. w porażeniach po złamaniach kręgosłupa można niekiedy bardzo szybko orzec na podstawie wysokości uszkodzenia rdzenia i badań dodatkowych, że porażenie jest nieodwracalne.

Szybkie decyzje, ale oczywiście trafne, mają duże znaczenie, skracają czas leczenia i oszczędzają choremu uciążliwych prób nauki chodzenia w aparatach ortopedycznych, które z góry są skazane na niepowodzenie.

KIZ-y winny czuć się moralnie zobowiązane do korzystania ze zbiorowej opinii zespołu rehabilitacyjnego, który dokonał obserwacji danego chorego. Uznanie wyniku obserwacji skróciłoby ponadto proces przyznawania renty. Nieetyczne wręcz jest przeciwstawienie się KIZ-u opinii kompetentnego zespołu rehabilitacyjnego z lekarzem specjalistą na czele.

### *Sposób przekazania choremu informacji o jego kalectwie*

Czy osobnik poszkodowany na zdrowiu winien dowiedzieć się, że jego kalectwo jest nieodwracalne? Ponieważ skuteczność rehabilitacji zależy od akceptacji przez poszkodowanego jego kalectwa, winien on dowiedzieć się pełnej prawdy o swym uszkodzeniu zdrowia.

Pytanie kiedy i w jaki sposób powinien dowiedzieć się tego?

Sposób przekazania informacji o nieodwracalnym kalectwie winien być starannie rozważony przez zespół rehabilitacyjny z lekarzem na czele.

Niewłaściwe przekazanie choremu informacji może wyrządzić mu dużą moralną krzywdę i niekiedy zahamować lub nawet pokrzyżować proces rehabilitacyjny, a czasem także zaburzyć jego stosunki rodzinne (rozwoły itp.).

Informacja o kalectwie nie powinna demobilizować chorego i nie może odbierać mu wiary w jego przyszłość, nawet, gdy chodzi o ciężkie kalectwo. Przez dobór odpowiednich ćwiczeń usprawniających i przez stopniowanie zadań w samousprawnianiu, chory powinien powoli sam poznać kres swych możliwości fizycznych i psychicznych.

Równocześnie z samozorientowaniem o stopniu inwalidztwa, winno iść w parze przygotowanie chorego do przyszłego życia w społeczeństwie i w pracy w sposób dostosowany do jego kalectwa. Jest to zadaniem psychologa i pracownika socjalnego. Przygotowanie to powinno opierać się na konkretnych elementach, a nie tylko na gołosłowych pocieszających wypowiedziach.

*Moralne aspekty w leczeniu chirurgicznym z punktu widzenia rehabilitacji*

Epidemia choroby Heinego-Medina, która nawiedziła nasz kraj w latach 1950 i następnym i która w krótkim czasie dotknęła porażeniami ponad 6 tysięcy osób, przeważnie dzieci, wykazała dobitnie wartość zabiegu chirurgicznego w leczniczej rehabilitacji ofiar epidemii.

Niekiedy przykurcze dużych stawów, odporne na wszelkie leczenie zachowawcze, uniemożliwiały zapoczątkowanie nauki chodzenia. Bez zabiegów chirurgicznych chorzy ci byłiby skazani na żywot w wózku inwalidzkim. U wielu z nich zabieg operacyjny usunął przeszkody i w krótkim czasie otworzył nowe możliwości dla ich rehabilitacji.

U innych chorych z ciężkimi dysfunkcjami zapoczątkowanie rehabilitacji nie byłoby w ogóle możliwe, gdyby zabiegi chirurgiczne nie poprawiły zaburzonej statyki i kinetyki chorych.

W wielu przypadkach zabieg operacyjny może uwolnić chorego od konieczności zaopatrywania się przez całe życie w uciążliwe i kosztowne aparaty ortopedyczne.

Badania inwalidów zatrudnionych w spółdzielniach inwalidów ujawniają często, że wielu inwalidów mogłoby swą pracę łatwiej i wydajniej wykonywać, gdyby poddali się korekcyjnym zabiegom chirurgicznym.

Ścisłe powiązanie chirurgii ortopedycznej z rehabilitacją stało się warunkiem skutecznej rehabilitacji wielu osób.

Moralnym obowiązkiem zespołu rehabilitacyjnego, a zwłaszcza instruktorów gimnastyki leczniczej oraz terapeutów zajęciowych jest zasygnalizowanie lekarzowi braku postępu w toku rehabilitacji chorego. Jeśli dokonana u chorego analiza wykaże, że przeszkoda hamująca postęp dałaby się chirurgicznie usunąć, obowiązkiem jest konsultowanie chirurga-ortopedy. Zaniechanie tego obowiązku musi uchodzić za niezgodne z dzisiejszą koncepcją rehabilitacji.

Ze swej strony chirurg-ortopeda musi zdawać sobie wyraźnie sprawę, że nawet najbardziej zręcznie, najbardziej poprawnie wykonany zabieg może być katastrofą dla inwalidy, jeśli wynik jego będzie sprzeczny z czynnościami, których inwalida potrzebuje dla wykonywania pracy zawodowej. Np. usztywnienie kolana u osób, które muszą pracować w pozycji siedzącej lub odwrotnie nieusztywnienie niestabilnego kolana u osób, których zawód wymaga dużo stania i chodzenia itd.

Każdy zabieg chirurgiczny musi więc być starannie rozpatrywany nie tylko z punktu widzenia chirurgicznego, ale musi on także odpowiadać potrzebom zawodowym chorego.

U chorych potrzebujących rehabilitacji zabieg chirurgiczny nie może być — jak u innych chorych — autonomicznym aktem leczenia, sku-

tecznym przez samo wykonanie. W rehabilitacji zabieg chirurgiczny musi być umiejętnie wkomponowany w proces rehabilitacji chorego. Zabieg chirurgiczny należy potraktować jako jedną fazę w procesie rehabilitacji chorego. Z tych względów na chirurga ciąży moralny obowiązek wejścia w kontakt z kompetentnym lekarzem specjalistą w rehabilitacji przed podjęciem decyzji operacji.

Ponieważ zabieg chirurgiczny może w dobranych przypadkach skrócić czas leczenia i czas rehabilitacji, poprawić jej wyniki oraz może zwiększyć wydolność pracy osobnika, a często zmniejszyć jego stopień kalectwa, wykonanie zabiegu chirurgicznego leży nie tylko w interesie chorego i jego rodziny, ale także w interesie społecznym.

Zabieg chirurgiczny stawia tym samym chirurga i zespół rehabilitacyjny w roli dysponentów funduszków publicznych. Nakłada to na nich moralny obowiązek przedstawienia choremu korzyści wynikających dla niego z zabiegu operacyjnego.

Ponieważ każda, nawet najmniejsza operacja wiąże się z ryzykiem dla chorego, żaden zabieg nie może być wykonany bez jego zgody albo bez zgody rodziców, jeśli chodzi o dzieci.

Zadaniem chirurga bądź zespołu rehabilitacyjnego jest odebranie choremu lęku przed operacją. Zwłaszcza zespół rehabilitacyjny ma dużo okazji stopniowego osvajania chorego z myślą o operacji. Najwięcej przemawia przykład innych chorych, którzy przeszli już zabiegi chirurgiczne w analogicznej sytuacji. Skontaktowanie wzajemne chorych zastępuje najlepiej słowną perswazję.

*Lekarz zapisujący zaopatrzenie ortopedyczne jako szafarz  
dobra publicznego*

Jak już była mowa na wstępie, w procesie rehabilitacji lekarz często staje się bezpośrednim szafarzem dobra publicznego, zapisując choremu aparaty ortopedyczne, obuwie, protezy, wózki inwalidzkie, pomoce do samoobsługi inwalidów w czynnościach życia codziennego itp.

Lekarz zapisujący ponosi moralną odpowiedzialność za celowość i przydatność zamówionego zaopatrzenia ortopedycznego, które przeważnie jest bardzo kosztowne.

Niezgodne ze współczesną etyką jest zapisywanie aparatu czy obuwia ortopedycznego choremu, u którego zabieg operacyjny mógłby go uwolnić od uciążliwego, a często szpecącego zaopatrzenia. Obowiązkiem lekarza jest poinformować chorego o takiej możliwości przed zapisaniem zaopatrzenia.

Zaopatrzenie chorego w aparaty ortopedyczne czy też w protezę lub temu podobne bez przygotowania chorego do używania sprzętu uznać na-

leży za duże marnotrawstwo. Bardzo wielu chorych odebrawszy przepisane zaopatrzenie jest nim rozczarowane i odstawia w kącie. Do materialnej szkody dochodzi moralna krzywda chorego, który wiązał z zaordynowanym sprzętem ortopedycznym duże nadzieje dla swej sprawności. Przykładów takich można przytoczyć wiele z praktyki codziennej.

Sytuacja w zaopatrzeniu ortopedycznym chorych poprawiła się przez uznanie zasady, że akt zaopatrzenia ortopedycznego należy uznać za część rehabilitacji.

Chory musi być przygotowany psychologicznie i fizycznie do posługiwania się zaopatrzeniem ortopedycznym. We wszystkich wątpliwych przypadkach lekarz zapisujący zaopatrzenie ortopedyczne winien wejść w kontakt z kompetentnym lekarzem specjalistą w rehabilitacji.

### *Obowiązki zespołu rehabilitacyjnego w odniesieniu do rodziny chorego*

Od sposobu włączenia się rodziny w proces rehabilitacji zależy często jej skuteczność.

Reakcja rodziny na kalectwo kogoś z jej członków jest różna. Dziś jeszcze notuje się na wsiach ukrywanie kalekiego dziecka przed oczami sąsiadów na strychu czy w piwnicy. Często kalectwa są przyczyną niesnasek, rozwodów, samobójstw i innych negatywnych reakcji. Odwrotnie, niektóre rodziny reagują przesadną troską, litością, wyręczeniem osobnika kalekiego we wszystkich czynnościach, co pogłębia szkodliwe zależności jego od osób innych.

Rola rodziny w procesie rehabilitacji jest ogromna. Dlatego też zadaniem zespołu rehabilitacyjnego jest ułożenie — w miarę możliwości — harmonijnego stosunku między osobnikiem rehabilitowanym a jego rodziną. Równoległe z rehabilitacją chorego musi odbywać się rehabilitacja rodziny. Czasami rehabilitacja rodziny jest ważniejsza od rehabilitacji osobnika dotkniętego kalectwem. Dziecko, które urodziło się np. z defektami rąk i nóg, nie potrzebuje w pierwszych miesiącach żadnej rehabilitacji. Potrzebuje jej natomiast rozpaczająca matka. Zająć się nią powinien przede wszystkim psycholog i lekarz. Niekiedy pracownik socjalny może przyczynić się do ułożenia nowej sytuacji w rodzinie przez swą interwencję w zakładzie pracy, w urzędzie itp.

Szczególnie ważny jest czynny udział w rehabilitacji dzieci dotkniętych nieodwracalnymi kalectwami, jak np. porażeniami mózgowymi, niedowładami po rozszczepach kręgosłupa z przepuklinami rdzeniowo-oponowymi i innymi. Dzieci te potrzebują w praktyce ścisłej rehabilitacji przez długie lata, a nawet przez całe życie.

Nikt lepiej nie potrafi nauczyć dziecka czynności codziennych jak matka. Toteż dążeniem obecnym jest nauczanie matek rehabilitacji swych dzieci. Są to przeważnie tak proste zabiegi i ćwiczenia dobrane przez zespół rehabilitacyjny, że matka przy dobrej woli i przy odrobinie inteligencji może je bez trudności wykonać z najlepszym skutkiem w domu. Okresowo matka przedstawia dziecko w poradni rehabilitacyjnej do kontroli i dla sprawdzenia postępu w rehabilitacji dziecka oraz dla otrzymania nowych dalszych wskazówek.

Dzieci, których rodzina przejmie na siebie trud rehabilitacji w warunkach domowych, wygrywają swe życie. Ale nie wszystkie rodziny chcą zdobyć się na wysiłek rehabilitacji domowej.

Fakt bezpłatności służby zdrowia skłania wiele osób do ustawicznych starań o umieszczenie osobników kalekich w sanatoriach, w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, przytułkach itd. Rodziny te postępują tak często z nieświadomości i z wiarą, że w ten sposób wyleczą kalectwo. Najczęstszymi jednak motywami są wygoda i chęć ekonomicznego odciążenia siebie z trudu opieki.

Niektórzy starają się wyciągnąć z kalectwa dziecka największe korzyści dla siebie. I tu stoi zespół rehabilitacyjny przed trudnym i odpowiedzialnym zadaniem. Musi on umiejętnie przeciwstawić się tendencjom przerzucania całej opieki rehabilitacyjnej na służbę zdrowia.

Na całym świecie wzrastająca potrzeba rehabilitacji spowodowała prąd przechodzenia z instytucjonalnej rehabilitacji, to jest prowadzonej w klinikach i szpitalach, w zakładach i ośrodkach rehabilitacyjnych na rehabilitację w środowisku domowym. Przemawiają za tym dwa powody: rehabilitacja domowa prowadzona permanentnie jest skuteczniejsza od dorywczo prowadzonej rehabilitacji zakładowej. Drugim powodem jest, że istniejące instytucje rehabilitacyjne nie są w możności zapewnić rehabilitacji wszystkim osobnikom potrzebującym jej. Jest ich za mało, a możliwości finansowe i kadrowe państwa nie pozwalają na szybką budowę ośrodków rehabilitacyjnych, podążającą za potrzebami kraju.

Umiejętnie zorganizowana rehabilitacja środowiskowa może rozwiązać udośćąpienie rehabilitacji szerszemu ogółowi.

Rozwiązanie tego zagadnienia wykracza poza możliwości działania zespołów rehabilitacyjnych. Jest to sprawa władz państwowych i społeczeństwa, które należy informować o znaczeniu rehabilitacji wszelkimi dostępnymi środkami, jak publikacje, prasa, radio i telewizja.

Członkowie zespołów rehabilitacyjnych winni poczuwać się do obowiązku czynnego włączenia się w tę akcję oświaty.

Według definicji podanej przez encyklopedię „etyka socjalistyczna jest etyką odpowiedzialności człowieka za ukształtowanie się życia indywidualnego i społecznego”. Rehabilitację można by nazwać etyką sto-

sowaną w odniesieniu do osób potrzebujących czynnej pomocy społecznej. Wiąże się ona z mnóstwem zagadnień, wymagających odpowiedzialnych decyzji. Jeśli budzą one wątpliwości, to rozstrzygającym czynnikiem winno być sumienie ludzkie i dobro człowieka chorego.

Виктор Дега

#### ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКИМИ НЕДУГАМИ

В 1969 г. Министр здравоохранения и социального обеспечения определил программу развития лечебной реабилитации, относя ее к неотъемлемой части лечения. Это изменяет существовавшее до сих пор добровольное отношение медицинской службы к реабилитации.

Тем самым расширяются также этико-деонтологические принципы, разработанные Польским врачебным обществом в 1967 г.

В соответствии с этими принципами до сих пор долгом врача было предотвращение болезней. Теперь он обязан также предотвращать увечья. До сих пор врач был обязан известить семью больного, если его состояние угрожало летальным исходом. Теперь же к этому следует добавить: „если состояние больного угрожает увечьем”.

Каждый врач должен чувствовать себя морально обязанным приступить к реабилитации таких больных, которым угрожает увечье или у которых оно уже наступило.

Реализация инициативы такой реабилитации является теперь возможной путем установления контакта с компетентным врачом-специалистом по реабилитации, работающим в системе данного Комплекса здравоохранения („ЗОЗ”). Это может быть заведующий отделением реабилитации Воеводской больницы или амбулатории, а также консультации по реабилитации, действующих в данном районе.

Реабилитация больных это сложный, имеющий много аспектов, процесс. Поэтому коллектив по реабилитации должен уделять особое внимание межчеловеческим конфликтам как в своей работе с больными, так и внутри коллектива.

Коллективу по реабилитации тем легче будет выполнить свою задачу, чем выше будут его морально-этические принципы.

В реабилитации мы в недостаточной степени отдаем себе отчет в том, что врач является дарителем общественных благ.

Врач прописывает пациентам дорогостоящие ортопедические аппараты, протезы и инструменты, облегчающие инвалидам самообслуживание, направляет больных в реабилитационные лечебные учреждения и санатории, решает вопрос о сроке пребывания больного в этих учреждениях.

Выдает заключение в Комиссиях по инвалидности и занятости („КИЗ”) о группе инвалидности и размере пенсии и т.д. Любое действие врача в сфере реабилитации связано с его полной ответственностью как в материальном, так и моральном отношениях.

Все эти действия требуют подробного анализа с морально-этической точки зрения.

Приобщение всего общества к деятельности по реабилитации является одной из обязанностей реабилитационных коллективов. Общество должно отдавать себе отчет в том, что лица, страдающие физическим недугом, вышли из этого общества и имеют право вернуться обратно и найти в нем надлежащие условия жизни, несмотря на свое увечье.

Растущее из года в год число лиц — детей и взрослых — нуждающихся в реабилитации, создает трудные ситуации, ведущие к конфликту с принципами справедливого распределения.

Весьма желательно, чтобы специалисты из области прикладной этики разработали директивы, как следовало бы поступать в данном отношении. Такую потребность ощущают не только врачи, но и юристы, архитекторы и вообще все, кто формирует модель реабилитации в нашей стране.

Wiktor Dega

ETHICAL AND DEONTOLOGICAL PROBLEMS IN REHABILITATION OF PERSONS  
WITH PHYSICAL DISABILITY

The Minister of Health and Social Welfare outlined in 1969 a program of medical rehabilitation development and recognized medical rehabilitation as an integral part of medical treatment. These decisions ended the voluntary approach of the National Health Service to problems of rehabilitation.

Consequently, ethical and deontological principles adopted in 1967 by the Polish Medical Association need to be revised. It has heretofore been considered a doctor's duty to prevent incidence of disease. Now this duty has a wider scope and embraces prevention of disability. The doctor was obliged to advise the family of a patient if his condition seemed to be fatal. Now he is obliged also to advise them of the fact that "a patient's condition may lead to disability". Every doctor should be morally obliged to initiate rehabilitation for those injured patients who are susceptible to disability, and for those who have actually become disabled. This initiation consists in getting in touch with a rehabilitation specialist, a member of the local Health Care Assembly. The specialist may happen to be employed in the rehabilitation ward of a voivodeship hospital or in an outpatient clinic, or, in some cases, in the specialistic rehabilitation establishments.

Rehabilitation of injured persons is a multi-faceted process which can best be conducted by a rehabilitation team. The rehabilitation team has to be sensitive not only to the medical problems but also to the inter-personal relations of the injured patients as well as to the problems of interaction within the team. The rehabilitation teams will be better able to fulfil their duties if their moral attitudes be highly praiseworthy. We are still not sufficiently aware of the fact that physicians distribute public goods. They prescribe prosthetic apparatus, and implements for the self-care of the disabled, they refer them to rehabilitation sanatoria and make decision on the length of their stay therein. In Disability and Employment Committees physicians evaluate the degree of disability and make decisions concerning the size of benefits. Every activity of a physician involved in rehabilitation has much bearing on financial and moral questions of the society.

These activities need to be studied from the ethical point of view. It is a duty of the rehabilitation team to increase the general social activity for the benefit of the disabled. The public must understand that the injured people belong in the society and have the right to return to the places which they were forced to leave; and finding themselves in these places again they should be assured satisfactory conditions of living in spite of their limitations.

The annually increasing number of children and adults who must undergo rehabilitation leads to difficult situations and creates conflicts with the principle of distributive justice. Specialists in applied ethics should help to solve these problems or indicate a method of finding the right solutions. The need for the right solutions to these problems is urgent and perceived in common by physicians, lawyers, architects, and various other specialists who work toward the creation of a new rehabilitation model in Poland.