BIBLIOTEKA MEDYCYNY SPORTOWEJ
Redaktor: dr Eugeniusz Łazowski
Zeszyt 23 Rok I

J. BABECKI

Zagadnienie przysposobienia do pracy i produktywnego zatrudnienia inwalidów

79

WARSZAWA 1949
LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

10879 KPiP
1110879

BIBLIOTEKA MEDYCYNY SPORTOWEJ
Redaktor: dr. Eugeniusz Łazowski
Zeszyt 23 Rok I

J. BABECKI

Zagadnienie przysposobienia do pracy i produktywnego zatrudnienia inwalidów

WARSZAWA 1949
LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

ODBITKA
Z „POLSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO"
1949. R. IV. Nr 36.

BIBLIOTEKA M.P.H.
KSIĘGOZBIÓR
S.O.T.
10879

B-90727

Drukarnia Nr 2 „Czytelnik", Marszałkowska 3/5.

Do zadań gospodarki planowej należy niewątpliwie zaliczyć zagadnienie przysposobienia do pracy i produktywnego zatrudnienia wielkiej liczby kalek, inwalidów i fizycznie upośledzonych, nie pracujących lub pracujących niewydajnie albo ze szkodą dla ich zdrowia. Według oceny Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej mamy obecnie w Polsce około 600.000 kalek, inwalidów i różnego rodzaju ciężko i trwale poszkodowanych na zdrowiu, nie licząc ludzi starych, powyżej 65 lat życia, których należy z natury rzeczy na ogół uważać za emerytów. W podanej liczbie 600.000 inwalidów, niepełna zresztą lista obejmuje około 250.000 inwalidów wojennych i około 74.000 inwalidów pracy, otrzymujących renty (wypadkowe) z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Liczba innych inwalidów, ociemniałych, głuchoniemych, kalek bez rąk i nóg, sparaliżowanych, z gruźliczymi ciężkimi zniekształceniami kręgosłupa lub kończyn, dzieci z porażeniami i zniekształceniami, nie jest znana nawet w przybliżeniu. Podana wyżej liczba ogólna 600.000 inwalidów jest raczej oceniona zbyt nisko i jest bardzo znacznie niższa od podobnych statystyk w innych krajach. Wynosi ona w Polsce w stosunku do ogółu ludności 2½%, gdy w W. Brytanii odsetek inwalidów różnego rodzaju i trwale upośledzonych na zdrowiu oceniają na 5 do 6%, a w Stanach Zjednoczonych nawet na 15%.

Daświadczenie i staranne badania lekarskie i społeczne wykazują jednak, że spośród wszystkich inwalidów w wieku poniżej lat 65, nie wyłączając ociemniałych, głuchoniemych, kalek i przewlekle chorych (na gościec, cukrzycę, wady serca, nadciśnienie itp., a nawet na niektóre postacie czynnej gruźlicy) 95% może pracować większą lub mniejszą liczbę godzin dziennie, z wielkim dla siebie i społeczeństwa pożytkiem, pod warunkiem przysposobienia ich do odpowiedniej pracy i znalezienia dla nich takiej pracy.

W chwili obecnej, z ogólnej liczby 250.000 naszych inwalidów wojennych około 7.000 jest przysposobionych do pracy staraniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i pracuje w 200 różnych zakładach przemysłowych. W ich liczbie znajduje się 500 inwalidów ociemniałych, pracujących w zakładach metalurgicznych „Cegielski" w Poznaniu, w fabrykach „Stomil", „Centra" i „Goplana", przy czym przeciętna wydajność inwalidów jest znacznie wyższa niż wydajność pracowników zdrowych. Można to wytłumaczyć tym, że u inwalidów ciężko poszkodowanych rozwija się psychiczny kompleks niższości, który jest przyczyną dążenia do wyższości w innej dziedzinie, jak większa pilność, lepsza dyscyplina pracy, większe poczucie odpowiedzialności i większa wydajność lub lepsza dokładność pracy. Sprawozdania kierownictwa fabryk, zatrudniających inwalidów, oraz opinia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej potwierdzają, zgodnie z doniesieniami z innych krajów, że inwalidzi, przysposobieni do odpowiedniej pracy i zatrudnieni w sposób właściwy, nadają się lepiej od zdrowych do wykonywania niektórych prac precyzyjnych, a w produkcji masowej odsetek wybrakowanych przedmiotów, wykonywanych przez nich, jest niższy niż wykonywanych przez zdrowych. Wreszcie analiza sta-

tystyczna pracy kilkunastu tysięcy inwalidów, zatrudnionych w sposób odpowiedni w zakładach fabrycznych, wykazała co następuje.

Porównanie pracy inwalidów przysposobionych do pracy i zatrudnionych i pracowników zdrowych (nie inwalidów).

I. Opuszczanie dni pracy:

49% inwalidów opuszczało mniej dni pracy niż zdrowi;
43% inwalidów opuszczało tyleż co zdrowi;
8% inwalidów opuszczało więcej niż zdrowi.

II. Zmiana miejsca zatrudnienia:

58% inwalidów zmieniało rzadziej miejsce pracy;
31% inwalidów zmieniało tak samo jak zdrowi;
11% inwalidów zmieniało częściej miejsce pracy.

III. Wypadki przy pracy:

51% inwalidów miało mniej wypadków przy pracy;
38% inwalidów miało tyleż wypadków przy pracy;
11% inwalidów miało więcej wypadków przy pracy.

IV. Ilościowa lub jakościowa wartość produkcji:

8% inwalidów produkowało lepiej niż zdrowi;
87% inwalidów produkowało tak samo jak zdrowi;
5% inwalidów produkowało gorzej niż zdrowi.

Wobec niedostatecznej rejestracji inwalidów i braku dokładnej statystyki trudno jest ustalić, nawet w przybliżeniu, jakie straty gospodarcze

ponosi państwo wskutek niezatrudnienia lub niewłaściwego zatrudnienia inwalidów. Pewne światło rzucają na to liczby, ogłoszone w roku 1946 w Stanach Zjednoczonych, gdzie w tym czasie przysposobiono w specjalnych ośrodkach 36.106 inwalidów, z których znaczna część (16%) nigdy w życiu nie pracowała. Wszyscy ci inwalidzi razem wzięci, zarabiali przed przysposobieniem 10.800.000 dolarów rocznie, a po przysposobieniu ich (kosztem 11.000.000 dolarów) zarabiają 56.000.000 dolarów. Ale do czysto gospodarczej strony należy dodać niemniej ważne moralne i społeczne, a nawet polityczne oblicze zagadnienia inwalidztwa. Każdy inwalida nie pracujący cierpi na kompleks niższości, czuje się upośledzony, nieszczęśliwy, pokrzywdzony, staje się nerwowy, pobudliwy, uciążliwy dla rodziny i otoczenia i może się stać ośrodkiem zbiorowych, nieuzasadnionych wybuchów niezadowolenia.

Zagadnienie produktywnego zatrudnienia inwalidów ma przeto ogromne znaczenie ogólnospołeczne.

Nie wchodząc w historię rozwoju zagadnienia i w obrazowanie jego stanu w różnych krajach w chwili obecnej, warto wspomnieć, że wiele uwagi poświęcano mu już przed wojną w Związku Radzieckim, gdzie istnieją dziś osobne instytuty naukowo-badawcze, zajmujące się tym zagadnieniem: specjalne ośrodki protezowania, oraz przysposobienia do pracy inwalidów. Statystyka Międzynarodowego Biura Pracy podaje, że już w 1937 roku w 25 wielkich fabrykach w ZSRR zatrudniano 1.500 chorych na gruźlicę (w tym połowa prątkujących) w sposób nie narażający zdrowych towarzyszy pracy. Wielkich osiągnięć dokonano tam także w chirurgii kończyn i protezowaniu kalek.

Zagadnienie przysposobienia do pracy kalek, inwalidów i przewlekle chorych jest bardzo złożone i jego rozwiązanie wymaga współdziałania wielu czynników lekarskich, administracyjnych, społecznych, oświatowych i gospodarczych. Do najważniejszych zadań w tym względzie należy zaliczyć: 1) stwierdzenie stanu inwalidztwa; 2) odpowiednie leczenie w celu przywrócenia inwalidzie lub choremu jak najwięcej sprawności i sił do pracy oraz wypowiedzenie się w sprawie jego przydatności do odpowiedniego (z lekarskiego punktu widzenia) zawodu; 3) zaopatrzenie w protezy lub środki pomocnicze, jeżeli one są potrzebne; 4) przeszkolenie w nowym zawodzie, jeżeli inwalida nie będzie mógł wykonywać swego dawnego zawodu; 5) zatrudnienie we właściwej pracy i odpowiednich warunkach; 6) uregulowanie sprawy wynagrodzenia za pracę.

ZADANIA SŁUŻBY ZDROWIA

Spośród wyżej wymienionych punktów większa część zadań spada na służbę zdrowia, na zakłady lecznicze i przede wszystkim na lekarza.

Współczesny lekarz, rozpoznający i leczący chorobę lub uraz nie może się ograniczyć do samego postępowania leczniczego, ale musi rozpoznać przyczynę choroby i przewidzieć dalsze losy chorego oraz orzec, czy odzyska on zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, a jeśli nie, to winien wskazać, do jakiego rodzaju pracy chory lub kaleka będzie się nadawał, bez szkody dla zdrowia. Nie może się on zadowolić zagojeniem rany, usunięciem przyczyny choroby i jej wyleczeniem, ale obowiązany jest doprowadzić chorego do odzyskania możliwie największej sprawności i siły i zdolności do pracy. Chory, leżący w łóżku nawet przez krótki stosunkowo czas, tra-

BIBLIOTEKA M. O. S. O. KSIĘGOZBIÓR

ci prawidłową prężność mięśni, właściwe napięcie nerwowe, sprawność ruchów i zdolność do pracy. Ponadto leżąc w łóżku, chory ulega w pewnym stopniu psychicznemu załamaniu się, traci wiarę w swe siły i w przyszłe powodzenie w życiu. Staje się nerwowy, pobudliwy, gorzej sypia, jego odżywienie się i różne czynności życiowe ulegają pogorszeniu.

Aby zapobiec tym ujemnym zjawiskom leżenia w łóżku, nowoczesne szpitale stosują lub powinny stosować niemal we wszystkich przypadkach gimnastykę leczniczą w łóżku nawet u obłożnie chorych, choćby ona musiała się ograniczać do niewielkiej liczby ruchów kończyn zdrowych i ćwiczeń oddechowych, celem lepszego rozprowadzenia krwi, zapobiegania zwiotczeniu i zanikowi mięśni, podnoszenia napięcia mięśni i nerwów, poprawienia trawienia, snu i stanu psychicznego. Ćwiczenia takie, ograniczone do kilku lub kilkunastu minut dziennie, prowadzą zwykle, według wskazań lekarza, odpowiednio przeszkolone do tego pielęgniarki. Stosuje się je często już na drugi dzień po nałożeniu gipsu lub operacji. Jednakże gimnastyka lecznicza szybko nuży chorych i nie może być stosowana przez czas dłuższy. Skoro to tylko stanie się możliwe, należy ją zastąpić przez leczenie pracą. Leczenie pracą, wprowadzone dziś w niektórych krajach we wszystkich większych szpitalach, oddaje ogromne usługi, zarówno doraźne, lecznicze jak i społeczne. Ma ona na celu: a) w przypadkach, gdy chory będzie mógł po wyzdrowieniu wrócić do dawnego zajęcia — dostarczenie mu rozrywki, zajęcia umysłu i zapewnienia pewnej dozy ćwiczeń i pracy fizycznej bez znużenia oraz, w razie potrzeby, nauczenia go rzeczy przyjemnych i użytecznych, które mogą wzbogacić jego czas wolny od pracy w przyszłości i stać się często ulubioną rozrywką; b) w przypadku,

gdy chory po zakończeniu leczenia nie będzie mógł wrócić do swego zawodu, leczenie pracą ma na celu wstępne przygotowanie go, za pomocą odpowiednio dobranych zajęć, przyrządów i narzędzi, przed właściwym przysposobieniem do nowego zawodu. Liczba różnorodnych zajęć leczniczych, wzorów, robót, warsztatów, przyrządów i narzędzi, które mogą być stosowane w łóżku dla chorych leżących oraz przy łóżku i w specjalnych pomieszczeniach dla chorych mogących wstawać, wynosi już dziś wiele dziesiątków i stale się powiększa.

W Polsce 3 szpitale stosują leczenie pracą z pomocą kilku wyszkolonych instruktorek. Właściwe jednak rozwiązanie tego zagadnienia wymaga osobnego rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia, wprowadzającego stopniowo we wszystkich szpitalach gimnastykę leczniczą oraz przeszkolenie w tym kierunku personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Na instruktorki gimnastyki leczniczej nadają się dobrze liczne pielęgniarki, które powinny w tym celu przejść krótki kurs specjalny. Na kierowniczki leczenia pracą nadają się również wybrane pielęgniarki, przeszkolone w jednym z już istniejących oddziałów tego leczenia w Poznaniu, przy klinice chirurgicznej profesora D e g i i w Warszawie, w szpitalu Ubezpieczalni Społecznej. W każdym szpitalu jeden z lekarzy powinien być wyznaczony, jako odpowiedzialny za prawidłowe wyposażenie i prowadzenie gimnastyki leczniczej i leczenia pracą, zgodnie ze wskazaniami ordynatorów.

P r o t e z o w a n i e. Wielki postęp w dziedzinie protezowania pozwala dziś zaopatrzyć inwalidów w sztuczne kończyny takiej doskonałości, że kaleka bez obu nóg może chodzić swobodnie bez laski, tańczyć, a nawet jeździć na rowerze, a osoby pozbawione obu rąk mogą same jeść, go-

lić się i wykonywać liczne zawody, nie wyłączając rolnictwa, ogrodnictwa, mechaniki, ślusarstwa, stolarstwa, kreślenia, a nawet pisania na maszynie, jeżeli są zaopatrzone w odpowiednie do każdego rodzaju pracy protezowe końcówki wymienne. (Praca kalek w fabrykach wymaga często ponadto nieznacznych przystosowań siedzeń przy warsztatach i obrabiarkach).

Dopasowanie dobrej protezy kończyn wymaga jednak odpowiedniego chirurgicznego przygotowania kikutów, a przez to ścisłej współpracy chirurgów operujących i nadzorujących leczenie pooperacyjne z technikami, sporządzającymi protezy. Ponieważ liczba doświadczonych chirurgów, wyszkolonych w tym zakresie, będzie zawsze niewielka, należy zorganizować oddziały chirurgii kończyn w wielkich miastach, przy szpitalach wojewódzkich i klinikach, a do pooperacyjnego leczenia amputowanych kikutów utworzyć 1 lub 2 właściwe ośrodki protezowania inwalidów przy jednym lub dwóch szpitalach, gdzie chirurg i technik protezowy pracowaliby wspólnie nad przystosowaniem odpowiedniej protezy, pozwalającej inwalidzie na wykonywanie pracy.

Przysposobienie do pracy. Większość inwalidów po wyleczeniu i odzyskaniu dostatecznej sprawności ustroju, oraz zaopatrzeniu w razie potrzeby w odpowiednie protezy może wrócić do dawnego zawodu bezpośrednio lub po parotygodniowym pobycie w domu ozdrowieńców. Domy ozdrowieńców mają wielkie znaczenie zarówno jeżeli chodzi o uzupełnienie i utrwalenie uzyskanej w szpitalu sprawności, jak i o odpowiednie psychiczne i społeczne przestrojenie inwalidy, skierowanego tam po dłuższej chorobie. Domy ozdrowieńców zmniejszają też koszty leczenia, gdyż pozwalają na krótszy pobyt

i wcześniejsze wypisanie ze szpitala. Jest to tym ważniejsze tam, gdzie daje się odczuwać brak miejsc w szpitalach. Z uwagi na psychiczne przygotowanie inwalidów do pracy, pożądane jest, aby w domach ozdrowieńców byli oni w swojskim środowisku, wśród ludzi zbliżonych im zainteresowaniami. Dlatego szczególnie pożądane jest tworzenie domów ozdrowieńców przez związki zawodowe.

Szczególnie korzystne jest łączenie domów ozdrowieńców z ośrodkami właściwego przysposobienia do pracy, organizowanymi przez instytucje państwowe, samorządowe lub społeczne (ubezpieczeniowe, zawodowe itp.).

Ośrodki przysposobienia do pracy są przede wszystkim przeznaczone dla tych inwalidów, którzy uzyskali już przez leczenie gimnastyką i pracą możliwe do osiągnięcia maksimum sprawności fizycznej, ale nie są zdolni do wykonywania dotychczasowego zawodu. Mają więc one na celu przeszkolenie inwalidów w nowym, odpowiednim dla nich zawodzie. Pierwszą w tym względzie rzeczą jest wybór takiego zawodu, jaki musi uwzględniać i upodobania inwalidy i odpowiadać równocześnie warunkom jego ogólnego stanu fizycznego. Wybór ten musi być dokonany przy współudziale lekarza, instruktora wyszkolenia i samego inwalidy. Ogromne przy tym usługi oddaje szczegółowa analiza czynnościowa stanu fizycznego i psychicznego inwalidy oraz warunków pracy i czynności niezbędnych w obranym zawodzie i przyszłym miejscu pracy. Przysposobienie do pracy obejmuje nie tylko inwalidów z utrwalonymi brakami fizycznymi ale i wielką liczbę chorych przewlekle, mogących pracować z korzyścią dla nich samych i dla ogółu. Zaliczyć tu należy wielu chorych na serce, gościec przewlekły, cukrzycę, nadciśnienie, choroby nerek, nadnerczy,

tarczycy i innych, nie wyłączając niektórych postaci czynnej gruźlicy. Bardzo często wymagają oni przysposobienia i przeszkolenia do nowego zawodu, którego wybór wymaga z reguły starannej analizy czynnościowej. Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na zamierzone lub już prowadzone przez Państwowy Instytut Przeciwgruźliczy, masowe badania w kierunku gruźlicy wszystkich nauczycieli szkół podstawowych, w liczbie ponad 70.000. Sądząc z dotychczasowych wiadomości, można oceniać, że około 1.000 spośród nich cierpi na czynną gruźlicę płuc i wielu nie będzie mogło pracować w zawodzie nauczycielskim, chociaż będą mogli pracować w innym zawodzie, do jakiego trzeba będzie ich przysposobić.

Wspomniana wyżej analiza czynnościowa jest nowym działem medycyny społecznej, który osiągnął już duży rozwój. Bliższe omówienie tego przedmiotu zajęłoby tu zbyt wiele miejsca. Analiza czynnościowa oddaje ogromne usługi przy przyjmowaniu do zakładów pracy nowych pracowników, nie tylko inwalidów i powinna być z reguły stosowana przez lekarzy przemysłowych i fabrycznych.

Zatrudnianie inwalidów. Najtrudniejszą do niedawna częścią całego zagadnienia przywrócenia do pracy produktywnej (rehabilitacji) przewlekle chorych i inwalidów było umieszczenie już przysposobionych do pracy w odpowiednim zakładzie pracy. Przed wojną, prywatne zakłady pracy, nawet obowiązane ustawowo do zatrudnienia pewnej liczby inwalidów (w Polsce każdy zakład pracy obowiązany był zatrudnić jednego inwalidę wojennego na każdych 33 pracowników zdrowych), starały się uchylać od tego obowiązku lub przydzielać im pracę niefachową, niesystematyczną lub po prostu traktowały ich jako zbędny ciężar, który należało opłacać i zostawić

w spokoju. To oczywiście demoralizowało inwalidów i pogarszało ich stan fizyczny i psychiczny. Szczególnie niechętnie patrzono na chorych na przewlekłą gruźlicę płuc. Było to, między innymi powodem, że w niektórych krajach próbowano organizować osiedla dla gruźlików, na podobieństwo słynnego w W. Brytanii Papworth[1]) lub specjalnych tzw. chronionych warsztatów przy wielkich zakładach pracy. Warsztaty chronione, organizowane w Z.S.R.R. już przed wojną, przeznaczone są zwłaszcza dla chorych na gruźlicę, nawet prątkujących. Chorzy pracują od 1 do 8 godzin dziennie, w zależności od ich stanu zdrowia, w dobrych warunkach higienicznych, z zapewnieniem im dodatkowego odżywienia i pomieszczenia na noc „w sanatorium nocnym", zorganizowanym w tym celu w pobliżu fabryki, gdzie mają stałą opiekę lekarską.

Dziś wprowadzono w wielu krajach przymus zatrudniania pewnej liczby inwalidów (zwykle 3 lub 4% ogólnej liczby zatrudnionych), którzy muszą być wybrani z listy inwalidów, prowadzonej przez właściwe urzędy państwowe. W związku z tym w krajach tych powołano urzędy powiatowe do spraw rejestracji inwalidów oraz przysposobienia ich do pracy i produktywnego zatrudnienia. Rejestracja wszystkich inwalidów jest podstawowym elementem całego zagadnienia i powinna być w Polsce uznana za potrzebę bardzo ważną i pilną. Ułatwiłaby ona zwrócenie dostatecznej uwagi na całokształt zagadnienia i pozwoliłaby na szybsze rozwiązanie go z wielką korzyścią dla ogromnej liczby obywateli, trwale poszkodowanych na zdrowiu, i dla całego społeczeństwa w okresie planowej gospodarki.

---

[1]) Opinie co do społecznej wartości takich osiedli są dotychczas podzielone; poza W. Brytanią nie znajdują one na ogół uznania.

Koszty przysposobienia do pracy i opłacanie inwalidów pracujących. Koszty przysposobienia inwalidów do pracy ubezpieczonych, powinny być pokrywane przez instytucje ubezpieczeniowe — innych — przez osoby lub instytucje, obowiązane do tego z jakiegokolwiek tytułu prawnego lub przez skarb państwa.

Wynagradzanie za pracę inwalidów pracujących musi być takie samo jak i pracowników zdrowych, wykonywających tę samą pracę. Jednakże inwalidzi nie zawsze mogą pracować pełną liczbę godzin, przewidzianą dla pracowników zdrowych i ich zarobki mogłyby nie wystarczać na ich potrzeby. W Z.S.R.R. różnicę zarobków inwalidy pokrywają ubezpieczalnie społeczne. Renty, przysługujące inwalidom pracy, powinny im być zawsze wypłacane, niezależnie od właściwych ich zarobków z pracy.

Całokształt zagadnienia przysposobienia do pracy i produktywizacji inwalidów jest bardzo złożony i wymaga współdziałania różnorodnych czynników, nowych postanowień prawnych, przygotowania kadr personelu lekarskiego, technicznego, administracyjnego i społecznego, zebrania różnych statystyk, opracowania instrukcji fachowych, norm i nadzoru fachowego. Wszystko to, jak się zdaje, najłatwiej byłoby rozwiązać przez powołanie państwowego instytutu do spraw przywrócenia do pracy inwalidów, na czele którego powinien stanąć zarząd, złożony z fachowców i przedstawicieli Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Zdrowia, Oświaty, Przemysłu i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Instytut ten nie powinien jednak zajmować się bezpośrednio żadną administracją różnych etapów przysposobienia inwalidów do pracy lub zatrudniania ich, a ograniczać się wyłącznie do badań

naukowych, opracowywania wniosków, norm i instrukcji, przeszkalania lub nadzorowania przeszkolenia kadr personelu i do ściśle fachowego nadzoru działalności ogólnokrajowej organizacji i działalności przywracania inwalidów do pracy produktywnej.

Na zakończenie tego krótkiego ujęcia bardzo obszernego zagadnienia należy dodać, że w Polsce Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej poczyniło dotychczas bardzo pomyślne kroki w zakresie organizacji przysposobienia do pracy niektórych kategorii inwalidów i stworzyło niejako podwaliny pod przyszłą, szerszą działalność w tej dziedzinie. Znawcami tego zagadnienia w Polsce są w szczególności ob. T. Ćwik sekretarz C.R. Związków Zawodowych i ob. Lancmański, dyrektor Departamentu Inwalidzkiego w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej. Świat lekarski od nich przede wszystkim oczekuje bliższego zobrazowania obecnego stanu omawianego zagadnienia ze strony nielekarskiej.

Przed Ministerstwem Zdrowia stoi natomiast szczególnie ważne i pilne zadanie rejestracji dzieci inwalidów, okaleczonych wskutek wojny i chorób, jak gruźlica kości, choroba gośćcowa, porażenie dziecięce i inne, powiększenie liczby zakładów leczniczo-wychowawczych dla tych dzieci, wprowadzenie na szeroką skalę gimnastyki leczniczej i leczenia pracą i analizy czynnościowej w szpitalach, udział w wyborze zawodu, przysposobienia do pracy inwalidów różnego rodzaju, oraz przeszkolenie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do tych zadań.

Otrzymano 3.VI.1949; adres: Warszawa, ulica Niemcewicza 9, m. 10.

BIBLIOTEKA M.P.H.S. KSIĘGOZBIÓR

10879 KPiP
1110879