

S P O Ł E C Z N A K O M I S J A Z D R O W I A

ZESZYTY NIEZALEŻNEJ MYSLI LEKARSKIEJ

Numer 1

Marzec 1984

S p i s t r e ś c i

Wstęp	2
Społeczna Komisja Zdrowia	2
Etyka lekarska - przyczyny upadku	3
M.W.Karciński - Lekarze wobec problemu alkoholizmu w Polsce	10
Skutki represji - Stan zdrowia osób pozbawionych wolności	13
Skutki represji - Dokumenty przemocy	19
Dr Irebazo - Epidemiologia niektórych chorób zakaź- nych w Polsce	21
A.Panton - Niektóre aspekty zagrożeń środowiskowych	25
Kilka słów w sprawie psychiatrii	27
Uwagi o stanie pomocy społecznej	30
Jan Farmaceuta - W sprawie wykorzystania leków z darów zagranicznych	33
Janusz Kowalik - Ograniczenia wolności A.D.1984 - próba analizy klinicznej	35

WSTĘP

Przekazujemy dziś do rąk czytelników pierwszy numer "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej" redagowanych przez Społeczną Komisję Zdrowia. "Zeszyty zawierają będą opracowania naukowe, statystyczne lub popularyzatorskie, artykuły publicystyczne, notatki informacyjne oraz teksty wykładów lub odczytów, które nie mogą z przyczyn cenzuralnych ukazać się w oficjalnych wydawnictwach. Materiał w nich zawarty powinien odbijać wszystkie trudne, bolesne i wymagające rozwiązania sprawy związane w najszerszym znaczeniu tego słowa ze zdrowiem naszego narodu. Te sprawy, od których ujawnienia i rozwiązania uchylają się od dawna władze polityczne i administracyjne.

"Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej" przeznaczone są nie tylko dla środowiska lekarskiego, lecz przede wszystkim dla czytelników wszelkich środowisk, którym sprawy przez nas poruszane są bliskie. Wychodzimy z podstawowego założenia, że zdrowie i wolność to dla każdego człowieka najważniejsze sprawy.

A za zdrowie czujemy się odpowiedzialni. Pragnęlibyśmy, aby nasze "Zeszyty" rzeczywiście zainteresowały ludzi, aby wniosły nowe, istotne wartości dla polskiej myśli nie tylko lekarskiej. Słowem - pragniemy, aby były pożyteczne.

Zdajemy sobie sprawę jak trudne jest nasze przedsięwzięcie. Nasz pierwszy numer jest bardzo daleki od tego, czego byśmy sobie życzyli. Stanowi zaledwie sygnał, wstęp do tematów, jakie chcielibyśmy poruszać. Prosimy wszystkich naszych czytelników /nie tylko lekarzy/ o czynny udział w naszym piśmie i przesyłanie nam materiałów gotowych lub stanowiących podstawę do opracowań, tekstów polemistycznych lub informacji. Jeden jest tylko warunek: wszystko, co ma ukazać się w "Zeszytach", musi być wiarygodne, udokumentowane i dokładnie sprawdzone.

Ostateczny kształt "Zeszytów" zostanie wypracowany w trakcie ich publikacji. Być może wprowadzimy kilka różnych nowych działów. Stałym działem będą "skutki represji", oraz "Zagadnienia etyki i tajemnicy lekarskiej".

Na razie prosimy naszych czytelników o wyrozumiałość i pomoc.

Redakcja

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

W dniu 18.02.1984 r powstała Społeczna Komisja Zdrowia. Środowisko lekarskie świadome jest zagrożenia, jakie dla zdrowia społeczeństwa polskiego przynosi kryzys ekonomiczny, niedożywienie najmłodszych i najstarszych, alkoholizm, skażenie środowiska, poczucie zagrożenia i niepewności, stwarzane przez system władzy, a także katastrofalny stan polskiej służby zdrowia.

Chociaż całkowitą winę za istniejący stan rzeczy ponoszą władze polityczne i administracyjne kraju, od lat pogrążające polską medycynę w odmet coraz większego chaosu, niemożności, niedoinwestowania i nędzy, za zdrowie narodu czują się odpowiedzialni polscy lekarze.

Społeczna Komisja Zdrowia kontynuuje działania, podjęte w latach 1980/81 przez NSZZ "Solidarność" i jest niezależna od oficjalnych struktur podporządkowanych politycznej władzy.

Składa się z ludzi o niezaprzeczalnym autorytecie moralnym i zawodowym.

Głównym celem Społecznej Komisji Zdrowia jest opracowanie Raportu o Stanie Zdrowia Narodu i Programu działań niezbędnych dla zmiany istniejącej sytuacji. Zadaniem bieżącymi Społecznej Komisji Zdrowia są:

1. Podejmowanie i opracowywanie tematów "tabu", nie ujawnianych przez władze służby zdrowia przed środowiskiem medycznym i opinią publiczną.
2. Reagowanie na oficjalną dezinformację i dementowanie fałszywych danych dotyczących zdrowia społeczeństwa i stanu służby zdrowia.

3. Analiza i wyjaśnienie przyczyn, powodujących upadek prestiżu zawodu lekarza i pielęgniarki w Polsce.
4. Stworzenie i propagowanie etycznej postawy pracowników służby zdrowia oraz wpływ na dotyczące tej sprawy akty prawne /Izby Lekarskie/.
5. Ujawnianie prawdy o istniejących patologjach społecznych w Polsce /alkoholizm/ i metodach walki z nimi.
6. Podejmowanie i popieranie inicjatyw zmierzających do ochrony zdrowia ludzi represjonowanych.
7. Walka z naruszaniem tajemnicy lekarskiej.
8. Dążenie do stworzenia właściwego systemu opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi.
9. Inicjowanie niektórych zadań badawczych w ścisłej współpracy ze Społecznym Komitetem Nauki.
10. Dążenie do przywrócenia udziału instytucji kościelnych i zakonnych w służbie zdrowia i opieki Kościoła nad lecznictwem w Polsce.

Opracowania Społecznej Komisji Zdrowia będą ukazywać się w "Zeszytach Niezależnej Myśli Lekarskiej". Ponadto wszelkie informacje o jej działalności będą publikowane w niezależnej prasie i regionalnych biuletynach /np. Głos Medyka, Biuletyn Krakowskiej Służby Zdrowia i inne/.

Warszawa, 18.02.1984r.

ETYKA LEKARSKA - PRZYCZYNY UPADKU

"Polska służba zdrowia jest taka, jak całe społeczeństwo" - tym często powtarzanym truizmem steramy się tłumaczyć fatalny poziom moralności i etyki zawodowej środowiska medycznego, ale nie wolno go usprawiedliwiać. Takie tłumaczenie nie zwalnia nas również od prób przeciwstawienia się złu.

Przyczyn tego zjawiska można schematycznie podzielić na 2 grupy:

- I - wynikające z niedoskonałości ludzkiej natury, spotykane w każdej szerokości geograficznej i we wszystkich warunkach ustrojowych,
- II - związane z panującym u nas systemem społeczno-politycznym i jego wynaturzeniami.

Zajmiemy się tutaj tylko drugą grupą przyczyn. Nie sposób omówić wszystkich. Są one bardzo liczne - niektóre wbijają się w świadomość społeczną w sposób ostry i rażący, z innymi żyliśmy się na co dzień do tego stopnia, że ich omel nie dostrzegamy, traktujemy jak stan normalny. Wedliwa organizacja służby zdrowia legła kamieniem węgielnym u podstaw wielu nadużyć etycznych. Potwornie rozbudowana administracja, system sprawozdań, nakazów i zakazów zmierzają do przetworzenia lekarzy i pielęgniarek w funkcjonariuszy państwowych, od państwa całkowicie zależnych i przed nim tylko odpowiedzialnych. Sprzyja temu do pewnego stopnia ogólnoswiatowe zjawisko odhumanizowania medycyny. Wraz z technicznym postępem i rozwojem nauk medycznych maleje bezpośrednia odpowiedzialność lekarza za losy chorego, rozkłada się na innych pracowników służby zdrowia, w tym również administrację. Droga pacjentów do lekarza wydłuża się, kontakt ich jest poprzedzony czynnościami natury formalnej - rejestracją, nieraz nawet zbraniem wywiadu przez pielęgniarkę.

Objęcie bezpłatną opieką medyczną w zasadzie wszystkich grup ludności stwarza fikcyjną fasadę, za którą kryje się brak elementarnej zaplecza diagnostycznego i terapeutycznego. Rejonizacja przypisuje człowieka do ściśle określonej przychodni i szpitala. Poziom fachowy i wyposażenia szpitali w aparaturę i sprzęt medyczny jest bardzo różny. Dlatego już samo miejsce zamieszkania w dużym stopniu determinuje los chorego. Inną szansę przeżycia np. zawału ma pacjent z rejonu szpitala powiatowego, miejskiego, a inną podopieczny stosunkowo dobrze wyposażonej kliniki Akademii Medycznej, że nie wspomnę już o szpitalach resortowych wojska i MSW.

Rygorystyczne przestrzeganie rejonizacji stwarza niejednokrotnie drematyczne powikłania, również w sferze etyczno-moralnej. Np. pogotowie ma obowiązek dostarczyć ciężko chorego internistycznie, lub wymagającego natychmiastowej interwencji chirurgicznej do szpitala rejonowego, nawet, gdy w pobliżu jest inny szpital zdolny udzielić mu pomocy w krótszym czasie.

Z drugiej strony zdarza się, że lekarz dyżurny izby przyjęć odmawia przyjęcia chorego do szpitala spoza rejonu, którego przedłużający się transport naraża na dodatkowe niebezpieczeństwo. Nie musi to oznaczać złej woli. Lekarza dyżurnego tłumaczą przepełnione dostawkami korytarze, konieczność zachowania miejsca dla pacjenta z własnego rejonu, którego żaden inny szpital zapewne nie zechce przyjąć, a także lęk przed wymówkami ze strony ordynatora.

Ofiarami rygorów administracyjnych bywają pacjentki permanentnie remontowanych oddziałów położniczych. Niejednokrotnie już w toku akcji porodowej są odprawiane spod drzwi zamkniętego szpitala i kierowane pod niewłaściwy adres. Znowu nie przyjęte błakają się, aż trafią do szpitala pełniącego zastępstwo. Tu winę ponosi indolencja administracji.

"Spsychoterapię" i technikę "podaj dalej" stosuje się nie tylko wobec indywidualnych pacjentów, lecz również całych dzielnic. Ilustracją może służyć przypadek podwarszawskiej miejscowości Ursus. Ursus znany jest stołecznemu wydziałowi zdrowia jako niechciane dziecko, którego wszyscy chcą się pozbyć. To 50-tysięczne miasto nie posiada własnego szpitala, ani przyzwoicie zorganizowanej sieci podstawowej służby zdrowia, co między innymi jest przyczyną ogromnego zaniedbania pod względem zdrowotnym.

Rejon Ursusa podrzuca się różnym szpitalom warszawskim. Jedne nie są w stanie go przyjąć na dłużej ze względów obiektywnych /mała ilość łóżek, fatalne warunki lokalowe/, inne - bo jest kłopotliwy. Npm znany ze stosunkowo komfortowych warunków hotelowych Szpital Budowlanych pozbył się Ursusa chytrym sposobem. W okresie epidemicznego wzrostu zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby zgodził się przekształcić jedyny zresztą oddział chorób zawodowych na żółtaczkowy w zamian za odebranie im Ursusa. Żółtaczkę przeleżały u Budowlanych kilka tygodni, Ursus zebrano na trwałe. Chorych z tego rejonu hospitalizuje się więc nadal w rozmaitych szpitalach, m.in. Bródnowskim, położonym na drugim końcu stolicy. Transport chorego "R"-ką z Ursusa na Bródnowską trwa w godzinach szczytu około 40 minut. Konsekwencje tego faktu są jasne dla wszystkich, poza ... wydziałem zdrowia.

A jak się jawi organizacja służby zdrowia oczom tzw. "szarego pacjenta"?

Chory ocenia ją przez pryzmat dostępności usług medycznych, sprawności załatwiania wizyty u lekarza, badań dodatkowych itd.

A tymczasem już sam początek drogi do lekarza najeżony bywa trudnościami. Na wstępie trzeba przebrnąć przez "okienko". Pani rejestratorka zazwyczaj nie przeszła żadnego przeszkolenia /najwyżej z zakresu bhp/. Nikt jej nie poinformował o prawidłowym stosunku do chorego, konieczności pewnej dyskrecji, zachowania tajemnicy zawodowej itp. Żąda od pacjenta podania rozmaitych numerków ułatwiających pracę rejestracji, zadaje w obecności przygodnych interesantów żenujące pytania /pani ciężarna, czy ginekologiczna? - woła rejestratorka w kierunku tłumu czekających kobiet w jednej z przychodni warszawskich/.

System klasyfikacji kartotek jest w przychodniach często anachroniczny, niewydolny wobec dużej liczby podopiecznych. Tworzą się korki i krótkie spięcia. Do rejestracji mają pretensje pacjenci i lekarze. Lekarze pragną w niej widzieć bastion powstrzymujący nadmiar chorych, pacjenci usiłują wyprosić, lub wyklócić krótsze terminy badań. W tej sytuacji rejestracja jest najbardziej zapalnym punktem lecznictwa nie tylko podstawowego. Rejestratorki pracują w ciągłym stresie niejednokrotnie dają się "ponieść nerwom" lub wręcz demonstrują wobec pacjentów niechęć i pogardę.

Niektóre z nich uznają się za element władzy socjalistycznej, z prawem arbitralnego udzielenia lub odmawiania przywilejów.

Pouczony przez wszystkich, z którymi kolejno się zetknął, zmęczony i poirytowany chory zostaje w końcu przyjęty przez lekarza i - jak mawiają złośliwi - czasem zbadany. Gwoli ścisłości - trafia do lekarza przypisanego mu z urzędu, bez względu na osobiste odczucia i preferencje. Człowiek w PRL ma prawo powierzyć swoją fryzurę zaufanemu fryzjerowi, lecz nie ma prawa zwrócić się do wybranego lekarza w rejonie. Chyba, że zdecyduje się na wizytę odpłatną w spółdzielni, lub gabinecie prywatnym. Przypuśćmy, że tak właśnie jest - lecz się "naprawdę" prywatnie. Lecz po wszystkie zaświadczenia, zwolnienia itp. musi i tak zwrócić się do rejonu. Stąd konieczność podwójnej dokumentacji, strata czasu pacjenta i lekarza.

Lekarz rejonowy natomiast, obłożony stertami kartotek, bloczków i stempli śpieszący się do drugiej pracy, przytłoczony jarzmem zajęć domowych /jest przecież najczęściej kobieta/, któregoś z rzędu chorego już nie bada, lecz "zakatwia". Wizyta sprowadza się do pytania - "co pani zapisać - pani Kowalska? - i uwiecznienia stosownej adnotacji w kartotece. Albo do wypisania skierowania na badania dodatkowe, po zebraniu pobieżnego wywiadu.

Jest faktem głęboko niemoralnym, lecz typowym dla naszych warunków ustrojowych, że niechlujne zbadanie, lub zaniechanie badania chorego nie jest zwyczajowo traktowane jako zaniedbanie obowiązków służbowych. W odróżnieniu od spóźnienia się do pracy, lub niepodpisania listy obecności... Częściej zdarza się lekarzowi tłumaczyć przed dyrekcją z powodu niegrzecznego potraktowania pacjenta, nawet jeśli został przez niego sprowokowany /co oczywiście naprawdę go nie usprawiedliwia/.

Twierdzi się nie bez racji, że całkowita nieodpłatność świadczeń medycznych powoduje ich nadużywanie, zwłaszcza przez pewne grupy ludzi /emeryci, renciści/. Sprawa odpłatności, lub nieodpłatności /pozornej/ naszej służby zdrowia jest zagadnieniem fundamentalnym, wykraczającym poza ramy tego omówienia.

Warto tylko dodać, że władze czynią wysiłki zmierzające do zdominowania jednej względnie dobrze funkcjonującej u nas gałęzi służby zdrowia, jaką jest spółdzielczość lekarska. Wprowadzenie podatku wyrównawczego spowodowało, że przyjmowanie pacjentów w liczbie przewyższającej pewien pułap finansowy stało się nieopłacalne. Zarządzenie ogranicza dostępność do cieszących się zaufaniem lekarzy. Nie dotyczy natomiast w żadnym stopniu nielegalnych praktyk prywatnych.

W dużych miastach lekarz rejonowy jest często bezimienny. Duża fluktuacja kadr w niektórych przychodniach jeszcze tę bezimiennność pogłębia.

Rzadko dochodzi do zadzierzgnięcia bliższej więzi między pacjentem a lekarzem. Rzetelna praca, zdobywanie zaufania chorych, automatycznie przysparza więcej obowiązków, nie tylko lekarzowi, lecz również pielęgniarce, rejestracji i innym. Nie znajduje to odbicia w większych zarobkach. Nie jest więc w sposób wymierny opłacalne.

W małych miasteczkach ludzie żyją i pracują w tym samym środowisku. Lekarze i pacjenci są często znajomymi i sąsiadami. Postępowanie lekarza jest powszechnie znane i komentowane, z czym musi się on liczyć. To często wpływa na wyższy - wbrew utartej opinii - poziom etyczny służby zdrowia na prowincji niż w wielkich miastach. Z drugiej strony ograniczona liczba lekarzy stwarza "monopolistów", co jednostki nieetyczne wykorzystują w sposób bezwzględny.

Konkludując warto stwierdzić, że w ciągu ostatnich dziesiątków lat dołożono wszelkich starań, aby lecnictwo do końca zinstytucjonalizować. Wstydliwe stały się ludzkie odruchy - uśmiech, życzliwe słowo skierowane do pacjenta nie mieszczą się w praktycznie obowiązującym kodeksie postępowania pracownika socjalistycznej służby zdrowia. Pacjent czuje się szczęśliwy, jeśli lekarz poświęci mu trochę uwagi i nie traktuje jak intruza w przychodni i szpitalu.

Niedoinwestowanie służby zdrowia: brak łóżek szpitalnych, niedobór lekarzy, pielęgniarek i sелowych, niedostateczna ilość, zła jakość i niewłaściwe konserwacja sprzętu medycznego - stwarzają sytuacje groźne z punktu

widzenia etyki zawodowej. Pacjenci z przyczyn obiektywnych, nawet przy najlepszej woli ze strony personelu załatwiani są w sposób niezadawalający. Lekarze i pielęgniarki z braku czasu nie mogą okazać indywidualnemu choremu tyle troskliwości, ile by należało, Rzadko mogą sobie pozwolić na nieśpieszne, serdeczne rozmowy w cztery oczy, których pacjent tak potrzebuje. W warunkach wiecznego zmęczenia i pośpiechu łatwo dochodzi do stępienia wrażliwości na cudze nieszczęścia, do zubożenia i rutyny. Jeśli łączy się z tym niski poziom wiedzy fachowej i niedostateczne poczucie odpowiedzialności - rezultat jest katastrofalny.

Niemal każdy z nas zna koszmara sal i korytarzy szpitalnych, gdzie przechodzący potykają się o leżących na dostawkach chorych, a śmierć odarta jest z wszelkiej intymności i godności. Czasem nawet parawan nie oddziela konającego od obojętnych lub ciekawych oczu przypadkowych świadków. Chorzy z sąsiednich łóżek mają lekcję poglądową własnego umierania.

Brak sprzętu medycznego, wieczne awarie aparatów powodują wydłużanie się kolejek pacjentów oczekujących na badania. Często zdarza się, że po wielotygodniowym oczekiwaniu na termin, w wyznaczonym dniu pacjent dowiadyje się, że aparat właśnie się zepsuł i nie wiadomo kiedy zostanie naprawiony. Chory ma pretensje do lekarza, lekarz obraża się na pacjenta. Z obu stron padają przykre słowa i często usprawiedliwione zarzuty.

Jeszcze gorzej przedstawia się sprawa badań przy użyciu unikalnej aparatury, np. tomografii komputerowej. Szybkie badanie, to wczesna diagnoza, a tym samym szansa życia dla chorego. Kwalifikacją do tego typu badań, ustalanie kolejności, które oczywiście nie może być mechaniczne - stwarza poważne dylematy moralne i pole do nadużyć.

Niskie płace są często cytowane jako jedna z przyczyn niskiego poziomu etycznego służby zdrowia. To oczywiste, że nie każdy lekarz jest Judymem, a pielęgniarka aniołem. Człowiek musi zarobić na życie, a chciałby żyć przynajmniej tak, jak inni w jego grupie wiekowej, z tym samym poziomem wykształcenia. Stąd nieustanna pogoń za dodatkowymi zarobkami - pólzetatami, dyżurami.

W tych warunkach tylko ogromnym nakładem sił i zdrowia można pozostać dobrym lekarzem. Jednostki słabe moralnie ulegają pokusie nielegalnych zarobków. Korupcji sprzyja katastrofalny brak łóżek szpitalnych i sprzętu medycznego. Pacjent skłonny jest iść na wszelkie sposoby od protekcji poczynając, na olbrzymich łapówkach kończąc, by przyspieszyć termin hospitalizacji, badania, operacji itd. Trudno go za to winić, bo walczy o zdrowie i życie własne lub swoich najbliższych. Z drugiej strony najuczciwszy lekarz czasem pod wpływem przyjaciół zakwalifikuje jako pierwszą w kolejności do leczenia osobę protegowaną. Nie jest to w pełni etyczne - lecz zrozumiałe.

Zjawisko czerpania nielegalnych zysków w służbie zdrowia nie jest tak powszechne, jak usiłuje się sugerować. Mówiąc szczerze - na tle ogólnej demoralizacji społeczeństwa przypadków takich jest mniej, niż można byłoby oczekiwać. Jest jednak wątpliwe, czy nawet znaczne podwyżki płac wyeliminowałyby całkowicie korupcję w służbie zdrowia. Wszystko wskazuje, że pensje personelu medycznego pozostaną daleko w tyle za średnią krajową. Wszak już z końcem lat 40-tych w Sejmie z ust przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia padły słowa: - "lekarzom dużo płacić nie trzeba, zawsze sobie jakoś dorobią".!

Niewłaściwy system kształcenia lekarzy i pielęgniarek. Często upatruje się źródeł złego poziomu etycznego służby zdrowia w braku przedmiotu traktującego o etyce w programie studiów. Rzeczywiście - etyka i deontologia lekarska została wyeliminowana po II wojnie światowej ze studiów medycznych, zapewne jako zbędne lekarzowi w ustroju socjalistycznym. Oczywiście jest to ogromna strata lecz nie oszukujmy się, etyki zawodu nie uczy się na wykładach, ani z podręczników.

Student, a potem młody lekarz obserwuje swoich mistrzów - profesorów, ordynatorów, asystentów. Ich postępowanie stanowi dla niego wzorzec w dalszym życiu zawodowym. Od nich uczy się nie tylko wiedzy fachowej, lecz również podejścia do chorego - delikatności, taktu, troskliwości i dyskrecji.

Z praktycznych obserwacji dowiaduje się, że dobro chorego jest sprawą nadrzędną, ważniejszą niż klejące się ze zmęczenia oczy, nieopłacony czas po godzinach pracy, własny wypoczynek i rozrywka.

A czasem odwrotnie. W potoku sloganów o moralności socjalistycznej dostrzega, że chory - jak klient w sklepie - przeszkadza. Chorzy budzą zainteresowanie o tyle o ile stanowią ciekawe "przypadki", do wykorzystania w pracy naukowej, albo jeśli mogą się przydać. A przydać się mogą zarówno traktowani ze służalczą atencją prominencji, jak ekspedientki od rzeźnika. Młody adept przyswaja sobie nauki praktycznej medycyny: lepszej opieki wymaga ten, od którego można w zamian więcej uzyskać. Na innych szkoda tracić czasu.

Dobry nauczyciel i zwierzchnik musi rozbudzić w młodym koledze ambicję, by dobrze zbadany i leczony pacjent obdarzył go pełnym zaufaniem. Ambicje naukowe, choć niezwykle cenne, muszą ustąpić przed dobrem chorego. Niestety, w praktyce młodzi medycy spotykają się często z traktowaniem chorych jako środka do realizacji własnej kariery naukowej.

Wielu lekarzy trzyma się kurczowo klinik i instytutów. Praca naukowa stała się swoistą nobilitacją naszego zawodu /zjawisko chyba dość charakterystyczne dla krajów tzw. socjalistycznych/. Czasem wydaje się wręcz, że młody człowiek rozpoczynając studia medyczne z góry zakłada, że zostanie naukowcem - nie lekarzem.

Lekarze szeregowi, z przychodni i szpitali miejskich stanowią w przekonaniu elity klinicznej jakby gorszą kastę. Rzeczywiście nadmierne obciążenie pracą uniemożliwia im regularne czytanie fachowej prasy, dokształcanie na kursach itp. Są też tacy, którzy po ukończeniu studiów nie wykazują już żadnego zainteresowania postęпами wiedzy medycznej.

Nie można zmusić lekarza do kształcenia się. Zwłaszcza w lecznictwie otwartym zdobywanie specjalizacji i stopni naukowych odbywa się niesłychanym wysiłkiem, a nie łączy się z żadnym awansem. Zysk finansowy za zdobycie doktoratu wynosi 300 zł.

Grupa lekarzy klinicznych, mniej obciążonych, pozostających w centrach dokształcania zawodowego z pewną pogardą odnosi się do "nieuków" z lecznictwa otwartego. Szczególną arogancją odznaczają się ci, którzy zostali w instytutach nie dla swych zasług naukowych, a w pracy popełniają często rażące błędy.

Te rozważania prowadzą nas do kolejnej niezwykle ważnej przyczyny upadku poziomu etycznego służby zdrowia, jako jest:

Negatywny dobór kadr do wyższych stanowisk fachowych i administracyjnych

Wagi tego czynnika nie sposób przecenić. System robienia karier od dyrektorskich w administracji po profesorskie w instytucjach naukowych stanowi nieograniczone pole do nadużyć władzy.

Każde stanowisko kierownicze musi być obsadzone przez człowieka o sprawdzonej postawie "moralno-politycznej", czyli uległego i w pełni dyspozycyjnego. Nie zawsze jest to człowiek partyjny. Nieocenione usługi oddają władzom ci nieliczni bezpartyjni o pewnej renomie zawodowej, którzy doszli do wysokich stanowisk a można liczyć na ich lojalność nawet w najbardziej haniebnych okolicznościach. Znamy również takich w kręgu luminarzy medycyny.

Grunt pod przyszłą karierę przygotowuje się często już w latach studiów. Działalność w organizacjach młodzieżowych lub PZPR wiedzie dość prostą drogą do asystentury, a dalej - w otwarte wrota kariery naukowej. Czasem skądinąd przyzwoici erdynatorzy i kierownicy klinik ułatwiają takie kariery. Wierzą w "swojego" partyjnego, boją się mu narazić, korzystają z jego poparcia przy załatwianiu rozmaitych spraw administracyjnych i personalnych.

Asystentura, adiunktura, doktorat, habilitacja - wyciągnięte za uszy przez promotorów i recenzentów - i już jest Kimś. Spełnia wszystkie formalne wymogi do zajmowania najwyższych stanowisk i otrzymuje je. Promieniuje swą osobowością na otoczenie, otacza się pochlebcami, decyduje kogo zostawić w pracy, a kogo usunąć, kształtuje oblicze etyczne swych współpracowników, jest nauczycielem młodzieży. Staje się złącznikiem dynastii prominentów - bo i te już obserwujemy.

Wścigi do stanowisk wygrywają czasami również potulne miernoty bez własnego zdania /przynajmniej wypowiedzanego głośno/, a także ludzie z jakimś widocznym "hakien" w przeszłości wstydliwie zatajonym przed otoczeniem, znanym bezpiecze, co gwarantuje ich całkowitą uległość.

Lekarz znany ze swych opozycyjnych przekonań nie ma szans zrobienia kariery. Może najwyżej z największym trudem zachować zajmowane stanowisko. Zwykle prędzej, czy później zostaje go pozbawiony.

Postacią kluczową dla kształtowania moralnej postawy pracowników służby zdrowia jest ordynator, a w przypadku pielęgniarek również siostra oddziałowa. Wszyscy wiemy z własnego doświadczenia, że na oddziale, którym rządzi mądry, uczciwy ordynator, stosunek do chorych nie budzi zastrzeżeń, dobre są układy międzyludzkie, nie zdarzają się przypadki przyjmowania pieniędzy od pacjentów. Odwrotnie - jeśli ordynator "bierze" - biorą również jego podwładni. Pacjent ma ucucie, że jeśli nie zapłaci nie będzie właściwie leczony. Niekiedy nawet daje mu się to do zrozumienia. Na niektórych oddziałach pobiera się opłaty za przyjęcie do szpitala, leczenie, operację... Częściej dotyczy to specjalności zabiegowych.

Niekiedy bardzo znanych chirurgów oskarża się w rozmowach prywatnych za przypuszczeniem, że przed niezawisłym sądem można to udowodnić/, że opłaty za operacje przyjmują wyłącznie w walutach wymiennalnych. Ponieważ te sprawy są bardzo głośne, nie mogą być nieznesne władzom. Stąd wniosek, że osoby te cieszą się poparciem na najwyższych szczeblach korzystają ze specjalnego immunitetu. Są wśród nich również nauczyciele akademicy.

Taka nielegalna praktyka prywatna nie obciążona żadnymi kosztami własnymi, ani podatkami, wykorzystująca placówki społecznej służby zdrowia jako prywatne kliniki i demoralizująca szerokie grono pracowników lecznictwa - jest w pełni tolerowana przez państwo. Od czasu do czasu wyciąga się na światło dzienne przypadki jakiegoś ordynatora z prowincji, który wziął kilka tysięcy złotych za operację, albo lekarza rejonowego, który wydawał zwolnienie z pracy za pieniądze i rzuca się ich na pożarcie opinii publicznej.

Niekiedy takie enuncjacje w prasie mają posmak nagonki na służbę zdrowia podporządkowanej zresztą wyraźnie celom politycznym. Hełaśliwa kampania pod znakiem "bij lekarza!", "Huzia na pogotowie!" - podważa zaufanie pacjentów do lecznictwa i największą krzywdę wyrządza się samym chorym. Ministerstwo Zdrowia z reguły nie zabiera głosu w obronie bezprawnie zniesławionych, a tym, którzy naprawdę zasługują na potępienie - włos z głowy nie spadnie.

Czynnikami ważącym w walce z korupcją w służbie zdrowia mogłyby być autentyczne samorządne Izby Lekarskie z niezawisłymi sądami zawodowymi. Działające obecnie Komisje Kontroli Zawodowej cieszą się zasłużenie złą sławą. Są jak wiadomo, przybudówką administracji służby zdrowia i działają zgodnie z jej wytycznymi. Od Izb Lekarskich można oczekiwać m.in. uregulowania wielu spraw wewnątrzśrodowiskowych, jak choćby mediacji w konfliktach między lekarzami.

Sprawą, która od lat pozostaje niezakończona, jest niemal nagminne, usankcjonowane przez administrację łamanie tajemnicy lekarskiej. Do dokumentacji medycznej ma dostęp każdy - rejestratorki, pielęgniarki, sprzątaczk i wszyscy inni pracownicy poradni czy szpitala. Pacjent na ogół nawet nie wie, że ma prawo żądać zachowania tajemnicy lekarskiej o swojej chorobie.

Zdarzają się przypadki wertowania dokumentacji lekarskiej przez czynniki administracyjne przy okazji kontroli zwolnień z pracy. Każdy zresztą pracownik Działu Kadr może sobie sprawdzić, co oznacza numer choroby wypisany na druku I4 - tajemnica lekarska faktycznie więc nie istnieje. Pacjent nie może mieć do lekarza pełnego zaufania. Zawsze musi się liczyć z możliwością, że wiadomość o jego chorobie, nawet "wstydlivej" wyjdzie poza ściany lekarskiego gabinetu.

Do szczególnie karygodnych należą przypadki ujawniania dokumentacji lekarskiej bez zgody osób zainteresowanych - dla celów politycznych. Pamiętamy artykuł w jednym z dzienników Wybrzeża, omawiający w sposób tendencyjny historię leczenia psychiatrycznego działacza "Solidarności". Nie zapomnimy wystąpienia przed kamerami dziennika telewizyjnego

dr Kaczorowski, lekarza więziennego z Rakowieckiej, który przed ogólnopolską widownią ujawniał szczegóły choroby Jacka Kuronia.

Przypadków takich jest dużo więcej. Lekarze dopuszczający się podobnych wykroczeń winni być pozbawieni prawa wykonywania zawodu na całe życie. Prawdopodobnie dlatego w żadnym z projektów ustawy o Izbach Lekarskich, opracowanych w okresie jawnej działalności "Solidarności" nie udało się przeformować paragrafu o obowiązkowej przynależności do Izby lekarzy z wojska i MSW.

Wywieranie niedopuszczalnych nacisków przez służby bezpieczeństwa na zatrudnionych w więziennictwie lekarzy jest w znacznym stopniu odpowiedzialne za fakt, że - poza nielicznymi wyjątkami - nie mają oni wiele wspólnego z etyką naszego zawodu. Zachowują się w pierwszym rzędzie jak funkcjonariusze SB. Na ich obronę można powiedzieć tylko tyle, że nie upadli do poziomu lekarzy z lat stalinowskich, których haniebne praktyki stanowiły ważny element wymuszania zeznań.

Pełną dyspozycyjność wobec służb bezpieczeństwa wykazują również niektórzy lekarze formalnie nie zatrudnieni przez ten resort. Do ukrytych szczególnie złą sławą należy prof. Zdzisław Marek, kierownik Zakładu Medycyny Sądowej w Krakowie. Jego ekspertyzy w sprawie zamordowania Jana Brożyny, Stanisława Pyjasa i innych przeczą zdrowemu rozsądkowi. Ponieważ, jak się wydaje, nie można mu zarzucić braku wiedzy fachowej - wszystko dowodzi hańbiącej nas wszystkich uległości.

Niektórzy lekarze poddają się atmosferze zastraszenia nawet w sytuacjach nie stwarzających żadnych zagrożeń. Zdarzają się rzadkie /na szczęście/ przypadki odmowy wydania świadectwa lekarskiego osobie aresztowanej /w przeszłości dotyczyło to również internowanych/ mimo posiadania pełnej dokumentacji choroby. Spotyka się sporadyczne przypadki odmowy wydania dokumentu obdukcji lekarskiej osób pobitych przez tzw. siły porządkowe.

Absolutnie kuriozalny przypadek miał miejsce w jednym z ZOZ-ów Przemysłowych w Warszawie. Dyrektor ZOZ-u /lekarz/ dał neganę chirurgowi za udzielenie doraźnej pomocy kobiecie o nazwisku znanym z powodu tragedii, która ją spotkała z rąk SB. Pomoc ta nie miała nic wspólnego ze sprawą zasadniczą, nie wymagała wystawienia żadnych zaświadczeń ani zwolnień, a miała na celu jedynie ulżenie drobnej niedyspozycji fizycznej. Pretekstem nagany był brak zgody dyrekcji na leczenie pacjentki formalnie nie uprawnionej do korzystania z opieki Ośrodka.

Lekarze przemysłowi są również poddawani pewnej presji ze strony czynników nie medycznych. Ich pensje są płatne, co prawda, przez Wydział Zdrowia, lecz dodatkowe premie zależą od dyrekcji zakładu pracy. Dyrekcja jest zainteresowana jak najmniejszą liczbą zwolnień chorobowych i liberalnym traktowaniem przepisów bhp. Od dobrych układów z dyrekcją zależą również inne przywileje, jak np. przydział deficytowych artykułów, wakacje w komfortowych ośrodkach czasowych itp. Dlatego lekarze przemysłowi starają się nie narażać administracji macierzystych zakładów - niektórzy kosztem zdrowia, a nawet życia pacjentów. Znane są przypadki śmierci "symulantów" przy taśmie produkcyjnej.

Sprawą stosunkowo drobną, lecz budzącą wiele przykrych kontrowersji jest problem leków. Leków brak - to oczywiste. Niemniej jednak często spotykamy się z zapisywaniem chorym specyfików zupełnie u nas niedostępnych z uwagą: - "To pani powinna brać, ale tego pani nigdzie nie dostanie". Recepta nierzadko dotyczy leku o wątpliwych wartościach terapeutycznych, lub takiego, który z łatwością można zastąpić innym. Natomiast pacjent wiąże z lekarstwem wygórowane nadzieje i wierzy, że tylko ono może mu pomóc. Czyni rozpaczliwe wysiłki celem zdobycia go - bezskutecznie. Traci wiarę w odzyskanie zdrowia z powodu braku dolarów na sprowadzenie leku z zagranicy. Szczególnie często dotyczy to chorych na przewlekłe, a dotychczas nieuleczalne schorzenie, np. SM.

Inną sprawą bardzo bolesną, a drażliwą jest handel lekami na wolnym rynku. Nie wiemy, skąd leki tam trafiają. Wiele osób prywatnych otrzymuje je w paczkach z zagranicy. Może docierają także innymi drogami. To zjawisko jest nie tylko niemoralne przy istniejącym głodzie leków. Jest przede wszystkim niebezpieczne. Każdy może sobie kupić dowolne lekarstwo i stosować wedle uznania.

Odnosi się nieodparte wrażenie, że władzom to zjawisko nie przeszkadza. Przy osławionych na spekulatów obławach, handlarze lekami wychodzą dotychczas cało.

Może posłużą w swoim czasie do kolejnej prowokacji...

Wszyscy w mniejszym, lub większym stopniu podlegamy korepcji. Nie zdajemy sobie nawet z tego sprawy. Często dotyczy do drobiazgów - zapisujemy bezpłatne leki rodzinom prawników służby zdrowia /bo i tak ich państwo okrada!/, wydajemy zwolnienie lekarskie z wymyślonym numerem choroby /w spisie schorzeń uprawniających do zwolnienia nie ma padania na nos ze zmęczenia/, korzystamy z protekcji, by załatwić bliskim miejsce w szpitalu. Nauczyło nas tego życie w socjaliźmie.

M.W. Karciński

LEKARZE WOBEC PROBLEMU ALKOHOLIZMU W POLSCE

Jak wynika z oficjalnych danych, spożycie alkoholu w Polsce w 1980 r. /przed okresem reglamentacji/ w przeliczeniu na czysty spirytus wynosiła 8,4 l /Polityka z 11.02.84 r/ Odpowiada to ok. 18,6 l 45% wódki na osobę, a po odliczeniu dziesiąt i pewnej liczby dorosłych abstynentów ilość tę można jeszcze podwoić. W ten sposób kraj nasz od paru lat zajmuje pierwsze miejsce w tej wstrząsającej statystyce.

Należy podkreślić, iż nie jest istotne w jakiej postaci alkohol jest pobierany, czy w formie wódki, wina lub piwa, bo decydujące dla zdrowia są przede wszystkim jego globalne ilości. Choćby te skrótowo podane dane o alkoholizmie w społeczeństwie polskim winny pośrednio lub bezpośrednio zmobilizować i uaktywnić całą służbę zdrowia, a przede wszystkim lekarzy, wobec tak palącego problemu.

Niestety, na wstępie tych kilku uwag trzeba uświadomić sobie, że nie należy do rzadkości fakt, iż sami lekarze znajdują się na liście stałych konsumentów alkoholu, stając się nierzadko nałogowymi alkoholikami. Większość lekarzy, którzy nie używają alkoholu lub przyjmują go jedynie okazyjnie i w niewielkich ilościach, jest bierna wobec walki z alkoholizmem, nie podejmuje prób przeciwstawienia się tej pladze społecznej. Odnosi się wrażenie, iż lekarze ci nie są świadomi zagrożeń jakie pociąga za sobą alkohol, a nawet wypowiadają nieudokumentowane opinie o jego rzekomo korzystnym lub leczniczym działaniu.

Czy to jest prawda? Tylko w pewnych wyjątkowych sytuacjach kieliszek alkoholu może przejściowo uśmierzyć ból lub poprawić krążenie krwi. Dlatego w społeczeństwach cywilizowanych jest zwyczaj częstowania zaproszonego gościa tylko jednym kieliszkiem, po czym nikogo nie dziwi, iż resztę alkoholu chowa się do barku na inną okazję. Jaka szkoda, że ten zwyczaj praktycznie u nas nie istnieje. Otwartą butelkę opóźnia się do dna, a często otwiera się potem następne, tak długo aż gość utraci zdolność utrzymania się na własnych nogach.

Obok upojenia ostrego, może równoległe rozwijać się alkoholizm przewlekły o groźnych następstwach - kiedy człowiek pobierając alkohol systematycznie, nawet w niewielkich ilościach, zaczyna odczuwać potrzebę jego przyjmowania.

Kilka słów o tych następstwach. Mówiąc o konsekwencjach zdrowotnych alkoholizmu, najczęściej zwraca się uwagę na wątrobę, przez którą alkohol przechodzi po wchłonięciu z przewodu pokarmowego i gdzie w największych ilościach jest metabolizowany. Alkoholowe uszkodzenie wątroby zaznacza się - albo w formie stłuszczenia albo w formie włóknienia, przechodzącego w typową marskość. Dlatego w przewlekłym alkoholizmie, w miarę uszkodzenia wątroby zanikają jej detoksykacyjne funkcje, tolerancja na alkohol zmniejsza się. Wątroba nie utlenia alkoholu należycie i wobec tego nawet niewielkie jego ilości silniej oddziałują na organizm, a przede wszystkim na mózg.

Jak wiadomo, właśnie jednym z najbardziej spektakularnych efektów działania alkoholu jest jego wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, z typowymi, dobrze znanymi objawami. Bezpośrednio po spożyciu alkoholu pojawia się przejściowa faza pobudzenia psychicznego i ruchowego, w związku z zahamowaniem czynności kory mózgowej,

Procesy myślowe są zwolnione, chociaż występuje też gonitwa myśli, zbędne skojarzenia i sądy, dochodzi do ograniczenia ogólnej percepcji zmysłowej. Ruchy stają się coraz bardziej bezwładne, nieskoordynowane, niezborne, zanika zdolność wykonywania precyzyjnych czynności. Po gonitwie myśli pojawia się dalsza faza hamowania, której wyrazem może być utrata świadomości lub półnarkotyczny sen. Duże dawki alkoholu porażają ośrodek oddechowy i stają się przyczyną śmierci.

Istnieje błędne przekonanie, że alkohol jest bardzo efektywnym źródłem energii w organizmie. Występujące po jego spożyciu subiektywne uczucie gorące, jest wynikiem reakcji wegetatywnej rozszerzenia naczyń krwionośnych w skórze przez które np, następuje duża utrata ciepła. Natomiast utlenianie alkoholu do bardziej toksycznego ^{aldehydu} octowego przeprowadza wiele koenzymów w formy zredukowane, podobnie jak na to miejsce w stanie niedotlenienia. Zahamowaniu ulega wiele enzymów, zwłaszcza z lipidowych błon komórkowych i z błon mitochondriów. Wobec tego zostaje ograniczone tworzenie i wykorzystywanie energii. Kompensacyjnie komórki zaczynają tworzyć energię na drodze fermentacyjnej - zmniejsza się ilość glukozy i powstaje kwas mlekowy, który zakwasza organizm.

Te zaburzenia metaboliczne utrzymują się nawet po ustąpieniu objawów ostrych. Przewlekłe obniżenie poziomu glukozy i ATF prowadzi m.in. do upośledzenia funkcji mózgu i do rozwoju encefalopatii poalkoholowej. Ulegają zwyrodnieniu i zanikowi komórki nerwowe, natomiast wtórnie rozrasta się tkanka glejowa. Powoli ulega uwstecznieniu narząd, którego prawidłowe funkcje odróżniają człowieka od zwierzęcia.

Utworzony aldehyd octowy może wprowadzić utlenić się dalej na kwas octowy, ale z niego już cząsteczki glukozy, niezbędne jako jedyne źródło energii dla mózgu, zregenerować się nie mogą. Kwas octowy może więc jedynie spalać się do dwutlenku węgla lub może być wykorzystany do tworzenia kwasów tłuszczowych a z nich lipidów, które odkładają się wówczas w narządach mięsnych, zaburzając ich prawidłowe czynności.

U nałogowych alkoholików występują w ostrym upojeniu szczególnie silne reakcje psychiczne określone jako "delirium tremens". Obok napadów lęku, braku orientacji, różnych urojeń i halucynacji, pojawiają się charakterystyczne drżenia mięśniowe, a nawet drgawki, związane najprawdopodobniej z wyraźnym niedoborem magnezu obserwowanym w nadużyciu alkoholowym.

Alkoholików ocenia się negatywnie, przede wszystkim w kategoriach moralnych. Należy jednak pamiętać, że te poważne zmiany metaboliczne, a nawet organiczne, które powstają w wyniku przyjmowania alkoholu muszą już być zaliczone do stanów chorobowych i wymagających w dodatku niezwykle trudnego i długotrwałego leczenia, przy pomocy inhibitorów, dehydrogenazy alkoholowej, czy innej terapii specyficznej.

Negatywne oceny moralne są dobrze udokumentowane, związane z różnymi konsekwencjami: od agresji w stosunku do słabych, bezbronnych, a więc w pierwszym rzędzie znęcanie się nad członkami własnej rodziny - nad dziećmi, kobietami, pozbawianie ich środków do życia, do zaniechania podjętych własnych obowiązków, wzrost wypadkowości, kalectw, a wreszcie w wyniku upośledzonej sprawności fizycznej i psychicznej - do zmniejszenia wydajności pracy i degradacji społecznej.

O innych znanych w medycynie skutkach alkoholizmu, jak spadek reaktywności immunologicznej, zwiększonym zagrożeniu rozwoju raka, należałoby mówić osobno. Wiadomym jest, iż różne instytucje liczą na wpływy jakie osiąga budżet państwa ze sprzedaży alkoholu. Ale kto ocenia w kategoriach ekonomicznych całość strat spowodowanych tak olbrzymim spożyciem alkoholu? I nawet gdyby udało się to przeliczyć, to bilans strat okazałby się większy nie tylko w miliardach złotych, lecz poprzez degradację "jakości życia" własnego i najbliższego otoczenia.

W zakończeniu kilka uwag ogólnych: Początek alkoholizmu wydaje się być całkiem niewinny. Człowiek lekkomyślnie pozwala się częstować, lub sam częstuje innych, a różnych okazji bywa w naszym życiu coraz więcej. Towarzyszy im często niezdrowa ambicja - kto potrafi wypić więcej? Jedną z powszechnych zachęt do wypicia jest pozytywnie "zakłętwna" sprawa oparta o tzw. bufet. U nałogowych alkoholików, którzy niekiedy podejmują próbę wstrzymania się od alkoholu, wypicie już nawet nie jednego kieliszka ale zakosztowanie paru kropel, przekłamuje najsilniejsze opory woli, tak że spotkanie

towarzystwie musi znów zakończyć się pełnią upojenia alkoholowego. Dlatego tak wielka, moralna odpowiedzialność ciąży na ludziach, którzy namawiają często bardzo usilnie do alkoholu, zapraszając obłudnie tylko na jeden kieliszek, który łatwo potem staje się kamieniem poruszającym lawinę obudzonego głodu alkoholowego.

W ostatnich latach rozwinął się upokarzający zwyczaj obdarowywania lekarzy "z wdzięczności" butelkami peweksowskich koniaków nb. bardzo złego gatunku alkoholu. Jest w tym jakaś ponura ironia. Za opiekę lekarską, za zaangażowanie się lekarza w walce o zdrowie a często i życie pacjenta - spotyka go "nagroda" w postaci butelki trucizny. Co można z tym potem zrobić? Niektórzy podobno je sprzedają, niektórzy ofiarowują innym, ale jest też spora garstka tych, którzy po prostu sami wypijają - chyba w przypływie rozpacz.

Jeśli takie prezenty nie mogą być zabronione, to przynajmniej powinny być uznane za brak taktu i ubliżanie godności lekarza. W tym nie ma cienia przesady, bo kto wreszcie jeśli nie najbardziej świadomi, powinni zacząć dawać dobry przykład zdrowego stylu życia i ratować tę niemałą część społeczeństwa tak nieuchronnie zmierzającą do ruiny psychicznej i fizycznej.

Uwaga redakcji: Powyższy artykuł został ogłoszony na spotkaniu grupy pracowników służby zdrowia, pragnących ślubować wstrzymanie się od alkoholu, zgodnie z akcją Kościoła w Polsce wg następującej przysięgi:

ROTA ŚLUBOWANIA

Biorąc Boga i ludzi na świadków
W intencji Ojczyzny,
godności i wyzwolenia człowieka
uwolnienia uwięzionych,
położenia kresu represjom i nienawiści,
uroczyście przyrzekam trzeźwość
i wyrzekam się wódki
na czas Jubileuszowego Roku Świętego -
Tak mi dopomóż Bóg.

13 listopada 1983 r. w katedrze Świętego Jana w Warszawie pierwsze osoby złożyły przyrzeczenie zachowania trzeźwości w Jubileuszowym Roku Świętym. Wkrótce ślubowanie to składano w kościołach całej Polski.

APEL

Składając dziś przyrzeczenie trzeźwości i wyrzeczenia się wódki na Rok Święty, w intencji Ojczyzny, wyzwolenia człowieka, uwolnienia uwięzionych, położenia kresu represjom i nienawiści, zwracamy się do wszystkich z następującym apelem:

Odrzućmy wódkę! Połóżmy tamę zniewalającemu nas potokowi, czyniąc krok ku odmianie życia jednostki i Narodu, ku odzyskaniu należnych nam praw. W okresie rozbiorów Polacy wielokrotnie podejmowali walkę z rozpiciem Narodu. Kościół inspirował tworzenie Bractw Trzeźwości, ideę trzeźwości podjął polski ruch związkowy. Skuteczną walkę z pijaństwem prowadził Niezależny Samorządny Związek Zawodowy "Solidarność".

Stojmy przed śmiertelnym zagrożeniem. Wypijany dzisiaj dwa razy więcej wódki niż było potrzeba dla zniewolenia Polek w przewidywaniach hitlerowskiego gubernatora okupowanej Polski. Wódka niszczy nas biologicznie i moralnie, grozi utratą tożsamości narodowej. Wobec nieodpowiedzialności tych, którzy winni dbać o zdrowie moralne i fizyczne narodu, raz jeszcze musimy sprawy naszego istnienia brać w swoje ręce. Potrzebne nam są wiara, nadzieje i miłość. Musimy być odważni i trzeźwi, tego wymaga od nas Bóg i Ojczyzna.

Miarą zniewolenia są rozmiary strat spowodowanych przez pijaństwo. Wydatki na wódkę i spowodowane przez nią straty urastają do wielu setek miliardów złotych rocznie. Rozstrzygają się nasze losy jako Narodu. Dlatego wzywamy do otrzeźwienia. Dla odzyskania podmiotowości społeczeństwa wyrzeknijmy się naszej słabości, odrzućmy zło, by zyskać siłę, która zwycięży!

Dnia 13 listopada 1983 r. Katedra Świętego Jena w Warszawie
Tadeusz Sołtyk - prof.konstr.samolotów, Jerzy Mycielski - prof.fiz.
teoretycznej UW, Zdzisław Dubielecki - prac.fiz. SPES, Marek Wojcie-
chowski - pisarz, Eugeniusz Garał - inż.elektronik, Krzysztof Conder -
inż.elektronik, Ryszard Rączka - profesor, Stanisław Michalski - robot-
nik z Ursusa, Jan Józef Lipski - historyk literatury, Aleksander Mała-
chowski - literat, czł.KKR NSZZ Solidarność, Andrzej Tadeusz Tyszka -
redaktor, Karol Szadurski - hutnik warszawski, przew. KZ NSZZ Solidar-
ność, Stanisław Rusinek - członek Prezydium Regionu Mazowsze NSZZ Soli-
darność, Maciej Geller - fizyk przew. KZ NSZZ Solidarność, Zofia Soko-
lewicz - prof.etnologii UW, Krzysztof Byrski - pracownik naukowy UW,
Tomasz Strzembosz - historyk, Stefan Mirowski - komendant Chorągwi War-
szawskiej Szarych Szeregów, Kazimierz Waldemar Olech - alpinista, Jan
Kieniewicz - historyk UW, Jan Szymborski-ksiądz, Zofia Kuratowska -
lekarz, przewodn.KZ NSZZ Solidarność, Jerzy Jastrzębowski - członek KK
NSZZ Solidarność, Julia Tazbir - nauczycielka, Krystyna Kasprzyk - prof.
UW, Stanisław Trybes - docent UW, Krystyna Kamińska Trela - dr hab.
Instytutu Chemii Organicznej PAN - Jacek Wójcik - Instytut Chemii Orga-
nicznej PAN, Andrzej Paszewski - biolog, profesor PAN, Andrzej Robert
Daniewski - docent, dr hab. Instytut Chemii Organicznej PAN, Łukasz Kacz-
marek - adiunkt, Instytut Chemii Organicznej PAN, Jędrzej Mączak - student
PW, Zbigniew Mazurczak - robotnik IChO, Krzysztof Lerski - student PW,
Przemysław Gardias - student PW, Jakub Sito - student UW, Marek Mieczni-
kowski - kierowca, członek Zarządu Regionu Mazowsze NSZZ Solidarność,
Jerzy Konarski- inżynier, Marian Wojnar - dr ekonomii, przedown.KZ NSZZ
Solidarność, Maciej Strzembosz - student UW, Marcin Nawrot - student ATK,
Bohdan Tomaszewski - dziennikarz, Bogdan Trąbiński - ZWAR, Maciej Jankow-
ski - spawacz, członek KZ NSZZ Solidarność, Marcin Przybyłowicz - inżynier,
Andrzej Skieroszewski - filolog, Jacek Fedorowicz, Marcin Frybes - matema-
tyk, Tadeusz Jaroszewski - profesor UW, Emilian Kamiński - aktor, Teresa
Kukułowicz - docent KUL, Andrzej Łapicki - aktor, Janina Leskiewiczowa -
profesor PAN, Jadwiga Puzynina - profesor UW, Joanna Radomska, Marian
Wilk- członek Prezydium NSZZ RI Solidarność woj.warszawskie, Zbigniew
Wójcik - profesor PAN, Arkadiusz Czerwiński, Leszek Mirkowicz - rolnik,
Gabriel Janowski - przewodniczący NSZZ RI Solidarność woj.warszawskie,
Michał Wójcik - rolnik, Józef Broniszewski - członek Prezydium NSZZ RI
Solidarność woj.warszawskie, Romuald Kukułowicz - socjolog, Andrzej
Szczechowski - aktor, Adrianna Godlewska - aktorka, Zdzisław Nowak-
student, Leszek Kieniewicz - historyk, Agata Młynarska - studentka,
Andrzej Kaczanowski - biolog- Kazimierz Pawlikowski - emeryt, Antoni
Mączek - historyk, Marian Gietko - lekarz, Elżbieta Pleszczyńska - statys-
tyk, IPI PAN, Zygmunt Strubiński - student PW, Tomasz Mańkowski - inżynier

SKUTKI REPRESJI - STAN ZDROWIA OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI

1. Stan zdrowia osób internowanych w czasie stanu wojennego.

Nieoczekiwane i bezprawne wyrwanie ludzi z ich naturalnego środowiska na 12 miesięcy i umieszczenie w warunkach ośrodków internowania, a więc w izolacji od rodziny, pracy lub szkoły, przyjaciół i normalnych codzien-nych zajęć stało się dla wszystkich silnym wstrząsem. Wstrząs ten pogłę-
biony był pewnością, że cierpi się za niepopelnione winy oraz stałym po-
czuciem zagrożenia i niepewności, co stanie się w najbliższej przyszłości.
To poczucie zagrożenia wraz ze stałą presją psychiczną wywieraną na inter-
nowanych przez władzę, niepokojem o bliskich, a u wielu internowanych
świadomością odpowiedzialności za losy narodu, musiało odcisnąć swoje
piętno na psychicznym i somatycznym zdrowiu tej grupy ludzi.

Świadomi, iż skutki tego okresu mogą być trudne do odwrócenia przepro-
wadziliśmy badania stanu zdrowia byłych internowanych ze szczególnym zwró-
ceniem uwagi na wpływ jaki wywarł okres internowania na ich zdrowie. Wyni-
ki badań, świadczące o tym, jak silnie negatywny był to wpływ i jak wielu
internowanych cierpi od tego czasu na różne dolegliwości, były dla nas
dużym zaskoczeniem.

Badania dotyczyły osób internowanych, które przebywały w Ośrodkach od
5 do 12 miesięcy.

Tylko w kilku przypadkach uwzględniono osoby, które były internowane przez krótszy okres - np. 3 miesiące - byli to ci ludzie, którzy ze względów zdrowotnych wymagali po opuszczeniu ośrodka odosobnienia szczególnej opieki.

Warunkiem włączenia poszczególnych osób do niniejszego opracowania było stwierdzenie istotnych zmian patologicznych, czynnościowych lub organicznych, na podstawie obiektywnego badania lekarskiego, a także dostarczonej wiarygodnej dokumentacji lekarskiej.

Niniejszego opracowania dokonano w odniesieniu do 988 przebadanych osób. Spośród nich - 368 uznano za całkowicie zdrowe, bez żadnych uchwytanych przy jednorazowym badaniu objawów patologicznych w sferze psychicznej lub fizycznej.

U 620, czyli u ponad 60% badanych, stwierdzono wyraźne odchylenia od normy. Z tych osób 494 były szczegółowo przebadane /około 140 wymagało hospitalizacji dla celów diagnostycznych lub leczniczych, pozostałym zalecono leczenie ambulatoryjne/.

Około połowa osób, których stan zdrowia po okresie internowania budził zastrzeżenia, cierpiała na różne schorzenia o charakterze przewlekłym przed internowaniem, a dolegliwości uległy wybitnemu pogorszeniu w tym okresie. Pozostali nie chorowali przedtem lub też choroba zosława ujawniona w okresie internowania.

Najliczniejszą grupę /ponad 100 osób/ stanowiły schorzenia przewodu pokarmowego występujące nieraz w bardzo ostrej formie - u 55 osób stwierdzono chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy /potwierdzono badaniem rentgenowskim lub fiberoskopowym/. Uderzające jest, że wiele z tych osób przed 13.12.81 nie miało żadnych dolegliwości świadczących o chorobie wrzodowej. W co najmniej kilku przypadkach był to ostry wrzód w burzliwym przebiegu z objawami bólowymi, którzy po 3-5 miesiącach po zwolnieniu z internowania ulegał zagojeniu przy stosowaniu intensywnego leczenia. U dwóch chorych trzeba było wykonać zabieg operacyjny /resekcję żołądka/. U jednego z nich po 3 miesiącach od chwili wypuszczenia z ośrodka internowania, u drugiego po roku - przy czym niewątpliwie wskazania do zabiegu istniały już w czasie internowania, zresztą stan zdrowia przyczynił się nieco do wcześniejszego zwolnienia w celu hospitalizacji. Opóźnienie wykonania operacji wynikało niewątpliwie z błędnej oceny sytuacji przez lekarzy.

U 54 osób stwierdzono choroby narządu ruchu, najczęściej chorobę zwyrodnieniową stawów kręgosłupa, w kilku przypadkach ciężkie reumatoidalne zapalenie stawów i zniekształcające zapalenie stawów kręgosłupa oraz dyskopatię. Choroby te ulegały w czasie internowania bardzo znacznemu pogorszeniu ze względu na ograniczenie ruchu, niemożność stosowania zabiegów rehabilitacyjnych itd. U niektórych chorych dolegliwości z układu kostnego uległy pogorszeniu w związku z warunkami klimatycznymi w jakich przymusowo przebywali /np. Darłówek/.

Liczną grupę stanowiły choroby płuc i oskrzeli /45 osób/. W tej grupie były 4 przypadki świeżej lub uaktywnionej gruźlicy płuc, oraz 1 przypadek zwłóknienia płuc o piorunującym przebiegu prowadzącym do śmierci /p.G.K./

Wśród chorób serca i układu krążenia szczególnie często obserwowano świeżo ujawnione nadciśnienie tętnicze /25 chorych/ oraz chorobę wieńcową w kilku przypadkach nieustabilizowaną. Zazwyczaj po kilku miesiącach objawy wieńcowe ustępowały lub następowała stabilizacja choroby.

Zaburzenia czynności psychicznej - zwykle typu ciężkich nerwic lub poważnych zaburzeń snu ujawniły się u 26 osób spośród badanej grupy, stanowiąc poważny problem w późniejszym okresie po zwolnieniu.

Specjalne zagadnienie zdrowotne stanowili internowani pobici w okresie internowania lub zatrzymania w komendach MO, u których wystąpiły przemijające lub trwałe skutki urazów - głównie bóle głowy, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, uszkodzenie kręgosłupa, objawy padaczki. Dotyczy to w sumie około 100 osób, w tym objawy będące skutkiem pobicia utrzymujące się kilku lub kilkanaście miesięcy po pobiciu można było obserwować u 10 osób /są to przede wszystkim pobici w Kwidzynie/.

Pośród pozostałych chorych są przypadki choroby nerek, zaburzeń endokrynologicznych /głównie w postaci nadczynności tarczycy/, schorzenia neurologiczne itp.

U internowanych kobiet regułą były zaburzenia miesiączkowania, które występowały lub uległy w tym czasie znacznemu pogorszeniu. Zazwyczaj były to b. obfite krwawienia, czasem krwotoki. W 1 przypadku w kilka miesięcy po internowaniu wykonano zabieg operacyjny z powodu powtarzających się krwotoków stwierdzając nowotwór złośliwy.

Siedem osób przebyło w czasie internowania wirusowe zapalenie wątroby. Większość internowanych cierpiało na grzybicę skóry - dotyczyło to zwłaszcza internowanych w ośrodkach zlokalizowanych na terenie więzień, a kobiety na grzybicę narządów rodnych. Schorzenia te - szczególnie uporczywe - były leczone po zwolnieniu całymi tygodniami.

U 2 internowanych, chorych na łuszczycę nastąpiło wybitne pogorszenie objawów choroby - wymagające hospitalizacji.

Szczególnie dramatycznym /poza wymienioną już zmarłą G.K./ przypadkiem było zachorowanie J.L., u którego w czasie internowania stwierdzono uaktywnienie procesu gruźliczego w płucach. Został przeniesiony do szpitala dopiero po ok. 2 miesiącach od czasu stwierdzenia gruźlicy, pomimo licznych interwencji i wniosków lekarskich, na skutek przypadkowego, ciężkiego oparzenia. Po kilku dniach leczenia przeciwgruźliczego i przeciwoparzeniowego wystąpiła ostra niewydolność nerek i wątroby z zespołem śródnaczyniowego wykrzepienia. Przez kilka tygodni walczył ze śmiercią, uratowany został dzięki dializom i niezwykle intensywnemu leczeniu. W przebiegu wielomiesięcznego leczenia przebył wszczepienne zapalenie wątroby. W chwili obecnej nadal jest w stanie częściowego inwalidztwa, choć wrócił do czynnego życia zawodowego.

Z przedstawionej, z konieczności bardzo pobieżnej analizy można wyprowadzić następujące wnioski:

na podstawie badań ok. 4000 internowanych /co stanowi mniej niż 10% wszystkich internowanych/ należy stwierdzić, iż okres internowania odbił się w istotny, niekorzystny sposób na ich stanie zdrowia. U ponad 60% internowanych wykryto istotne zmiany chorobowe, upośledzające w znacznym stopniu ich sprawność fizyczną lub psychiczną. Najczęstszym schorzeniem jest chroba wrzodowa, choroby narządu ruchu, nadciśnienie i zaburzenia w sferze psychicznej, oraz skutki stosowania przemocy fizycznej.

Znaczna liczba tych ludzi wymaga dalszej pomocy lekarskiej. Wciąż jeszcze nie da się przewidzieć jak długo będą utrzymywać się skutki okresu internowania, tym bardziej, iż schorzenia występujące u tej grupy osób mają charakter przewlekły, upośledzający okresowo w znaczny sposób zdolność do pracy i przystosowanie do trudności codziennego życia. Środowisko lekarskie winno otoczyć wszystkie osoby troskliwą opieką i czujnie obserwować wszelkie objawy patologiczne, szczególnie, że co najmniej część z nich poddawana jest dalszym represjom i zagrożona aresztowaniem.

2. Stan zdrowia osób skazanych i aresztowanych z przyczyn politycznych - spostrzeżenia.

Opracowanie dotyczące stanu zdrowia osób aresztowanych nie może być w obecnej chwili traktowane jako zwarta, kompletna całość. Brak wielu informacji, nie zostały jeszcze przeprowadzone obiektywne badania dużej liczby osób. Tak jak w pierwszej części dotyczącej osób internowanych, uwzględniono w niniejszym opracowaniu tylko dane oparte na wiarygodnych wynikach lekarskich i laboratoryjnych prawidłowo udektumentowanych z pominięciem informacji przekazywanych przez osoby niefachowe, nie popartych odpowiednią dokumentacją.

Opracowanie dotyczy 2 grup uwięzionych: A/ aresztowanych i/lub skazanych w okresie stanu wojennego, którzy zostali zwolnieni z więzienia i przebadani poza zakładem karnym przez niezależnych lekarzy i placówki służby zdrowia, B/ przebywających w zakładach karnych bez przerwy umożliwiającej badanie - w tej grupie można opierać się jedynie na dostępnych danych sprzed okresu aresztowania oraz na informacjach pochodzących od samych aresztowanych i przekazywanych przez rodziny lub adwokatów, w rzadkich przypadkach przez lekarzy zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia.

Przy opracowywaniu stanu zdrowia tej grupy osób pozbawionych wolności zastosowano szczególnie staranne kryteria oceny posiadanych danych. Przeprowadzono 348 osób, które przebywały w więzieniach od 3 do 30 miesięcy. Większość z tych osób była zwolniona na podstawie amnestii z 22 lipca 1983 r. ok. 20% miało przerwę w karze w związku ze złym stanem zdrowia lub z przyczyn rodzinnych, pozostali byli zwolnieni po zakończeniu przewidzianej wyrokiem kary lub na zasadzie "prawa łaski".

Pięćdziesięciu dwóch byłych więźniów, czyli 14,9% badanych nie zgłaszało żadnych dolegliwości, czuło się przed aresztowaniem zupełnie dobrze i nie widziało potrzeby żadnych badań. Uznano ich na podstawie tylko badania podmiotowego za zdrowych.

Niezależnie od ogólnego stanu zdrowia oraz istnienia lub braku objawów chorobowych ok. 85% wszystkich przebywających w więzieniach i aresztach ślędczych przebyło grzybicę skóry /głównie stóp/, a kobiety grzybicę narządów rodnych. Grzybica szerzy się nagminnie również pośród osób nadal pozostających w więzieniach i zależy od warunków sanitarno-higienicznych panujących w zakładach karnych.

Podobnie większość osób uwięzionych co najmniej 1 raz, a niektórzy wielokrotnie ulegali zatruciu pokarmowemu, co było wynikiem złe przechowywanych produktów spożywczych, zanieczyszczeniu ich w czasie rozdawania do poszczególnych cel lub dostarczania do więzień produktów będących już w końcowym lub przekroczonym okresie przydatności do spożycia.

Okolo 80% byłych więźniów ma zaawansowaną paradontozę; u wielu stwierdza się zapalenie przyzębia, częstokroć zmiany ropne. Szczególnie ciężki był przypadek chorego W.N. 1.31, który miał rozległą ropowicę dna jamy ustnej i okolicy dolnej szczęki powstałą najprawdopodobniej w wyniku uszkodzenia śluzówki sondą żołądkową w czasie wielokrotnie powtarzanego brutalnego przymusowego karmienia. Przebywał w tym stanie ponad tydzień w więzieniu nadal przymusowo karmiony z użyciem - pomimo rozdzierającego bólu - rozwieracza szczękowego. Po uchyleniu aresztu został zoperowany w szpitalu poza więzieniem. Po nacięciu i ewakuowaniu ropy z jednoczesną antybiotykoterapią stan chorego ciężki uprzednio, uległ szybkiej poprawie.

Tendencję do tworzenia się trudno gojących się i nawracających zmian ropnych na skórze zaobserwowano u kilkunastu chorych. U kilku z nich pozostały po wygojeniu się ropni głębokie, rozległe blizny. Jest to fakt godny podkreślenia, gdyż dotyczy młodych ludzi, uprzednio zdrowych.

Struktura schorzeń występujących u osób aresztowanych przedstawia się podobnie jak u internowanych. Ponad 60% skarży się na dolegliwości z przewodu pokarmowego, z czego u części chorych tzn. ok. 60% osób udało się wykonać badania dokumentujące chorobę wrzodową dwunastnicy, rzadziej żołądka lub żołądka i dwunastnicy oraz znacznego nieżytu błony śluzowej żołądka. Objawy sugerujące możliwość choroby wrzodowej u wielu chorych występowały już przed aresztowaniem, a uległy znacznemu zaostrzeniu w czasie pobytu w więzieniu. U wszystkich badanych choroba wymaga stałego leczenia, u wielu po okresie hospitalizacji.

Większość byłych więźniów skarży się na zaburzenia w oddawaniu stolca, głównie uporczywe zaparcia, które pojawiły się w więzieniu, najczęściej jako skutek zahamowań psychicznych i utrzymują się nadal.

U 9 badanych stwierdzono patologię wątroby z dolegliwościami dyspeptycznymi i pobolewaniem w prawym podżebrzu lub bez nich i patologicznymi próbami wątrobowymi. Jeden z chorych jest nosicielem antygeny HBs.

Wielu więźniów przed aresztowaniem miało objawy choroby wieńcowej; objawy te ulegały zazwyczaj zaostrzeniu. U wielu młodych mężczyzn rozpoznano dolegliwości typu stenokardii lub zmian w EKG. w 5 jednak przypadkach można bez wątpliwości powiedzieć, iż choroba wieńcowa miała swój początek w zakładzie karnym. U 8 osób pojawiło się nadciśnienie tętnicze, którego przedtem nie było. W sumie chorobę wieńcową wraz ze stenokardią czynnościową stwierdzono u 25% badanych. U 3 chorych wystąpił zawał serca, leczony w 2 przypadkach w szpitalu poza więzieniem, w 1 przypadku w szpitalu więziennym.

Bardzo wielu byłych więźniów skarży się na nagłe osłabienia występujące przy zmianie pozycji, zawroty głowy przy schylaniu się, bóle głowy, których dawniej nie miewali. U tych osób stwierdzono hypotonię /ciśnienie skurczowe poniżej 100 mmHg/. Zasląbnienia/bez utraty przytomności/

związane z wysiłkiem i zmianami pozycji - prawdopodobnie związane z hypotonią ortostatyczną - szczególnie częste były u kobiet i powtarzały się po dłuższym czasie po zwolnieniu, a nawet w paru przypadkach pojawiły się dopiero po zwolnieniu. Objawy te były napewno wyrazem upośledzonej adaptacji układu krążenia do zmiennych warunków otoczenia, obciążenia normalnym ruchem na szerszej przestrzeni oraz przebywaniem w pomieszczeniach bez świeżego powietrza.

Bóle kostno-stawowe występowały, jako zjawisko nowe, lub wybitne zaostrzenie poprzednio istniejących objawów, u przeszło 75% badanych. Najczęściej bóle te dotyczyły kręgosłupa /choroba zwyrodnieniowa stawów kręgosłupa/ i związane były z brakiem ruchu /1 godzina - zwykle niepełna, spaceru na bardzo niewielkim terenie, przebywanie przez większość dnia w niewygodnej pozycji siedzącej/. Bóle innych stawów oraz mięśni występowały u więźniów przebywających w więzieniach w bardzo wilgotnymi murami /Barczewo/, pomieszczeniach piwnicznych /niektóre cele w Strzelcach Opolskich/ lub ziemnych /część cel w więzieniu na Rakowieckiej, w Sieradzu i innych/.

Charakterystyczne i różniące wyraźnie grupę więźniów politycznych od internowanych były częste objawy zaburzeń w sferze psychicznej, zazwyczaj typu nerwicowego, lecz w niektórych przypadkach poważniejsze. Ocena tych zmian jest bardzo trudna, nie można w tej chwili podać żadnych konkluzji. Jak się wydaje zaburzenia nerwicowe różnego stopnia dotyczą ok. 50-60% osób opuszczających więzienia, przede wszystkim młodych do 35 roku życia, znacznie rzadziej obserwowano je u ludzi starszych.

Jeden z byłych więźniów popełnił samobójstwo w parę miesięcy po zwolnieniu, kilku wyrażało myśli samobójcze w czasie pobytu w więzieniu. U jednego z obserwowanych chorych wystąpiło uzależnienie od leków psychotropowych.

U ok. 10% więźniów stwierdzono różne choroby nerek. Często u kobiet - ostre i przewlekłe zapalenie układu moczowego, na ogół nie były właściwie lub wcale nie były leczone w czasie pobytu w zakładzie karnym, wymagającego dłuższego leczenia po zwolnieniu. Napady kolki nerkowej zdarzały się niejednokrotnie, zapewne w związku z niedostatecznym nawadnianiem. U kilku byłych więźniów - w tym 2 po głódówkach - stwierdza się zwiększone stężenie mocznika w surowicy krwi.

Wśród innych schorzeń zanotowano: przewlekające się ropne zapalenie ucha środkowego, zaostrzenie objawów przewlekłego zapalenia oskrzeli z napadami astmatycznymi; częstą skargą jest pogorszenie widzenia związane ze złym oświetleniem pomieszczeń.

ad B/ Według dostępnych danych wielu więźniów politycznych odbywających obecnie "karę" lub znajdujących więź w okresie śledztwa sierpi na różne schorzenia. Należy od razu zaznaczyć, bez wdawania się w szczegóły, że w zakładach karnych w Polsce nie ma żadnych możliwości racjonalnego i systematycznego leczenia chorób o charakterze przewlekłym, rehabilitacji a także nie jest podejmowane, lub tylko sporadycznie - postępowanie diagnostyczne. Ostre, zagrażające życiu schorzenia leczone są albo w szpitalach więziennych /głównie przypadki chirurgiczne/, albo w szpitalach resortu MSW lub w najlepszym razie po interwencji Pogotowia Ratunkowego, w normalnych szpitalach. Chorzy zapadający na ostre schorzenia nie zagrażające bezpośrednio życiu skazani są na ogół na złe, niesystematyczne leczenie w samym więzieniu /podawanie leków, w tym antybiotyków 1 x dziennie w postaci rozpuszczonej, często bez dni świątecznych/x. Lekarze znający chorych i leczący ich na wolności nie mają żadnego wpływu na tok postępowania leczniczego w więzieniu.

Przypomnijmy, że w grupie osób /członkowie KOR, przywódcy "Solidarności"/, które po 12 miesiącach internowania zostały z kolei aresztowane i osadzone w areszcie śledczym przy ul. Rakowieckiej w Warszawie - znajdowali się chorzy, wymagający specjalistycznego leczenia.

x/ Zegadnienie opieki zdrowotnej, jak i warunków sanitarno-higienicznych w więzieniach PRL będzie przedmiotem osobnego opracowania.

I tak u S.J. pod koniec pobytu w ośrodku w Białokłęce wystąpiły ostre objawy choroby wrzodowej utrzymujące się do dziś, pomimo stosowania /bez kontroli zresztą" różnych leków n.in. Tagametu. M.J. został w dniu 22.12.82 aresztowany ze szpitala w Wejherowie, gdzie był od 28.10.82 /jako internowany/ z powodu choroby wieńcowej - obecnie wyraźnie zaostrożonej, wrzodu dwunastnicy oraz zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie z objawami zespołu korzonkowego. J.K. od lat cierpi na chorobę wieńcową i nadciśnienie tętnicze. A.G. był kilkakrotnie hospitalizowany z powodu choroby wrzodowej o ciężkim przebiegu, od lat choruje także na nerki. A.P. był krótko hospitalizowany /1 dobę/ w czasie internowania z powodu bólów w okolicy serca. Stwierdzono wówczas hiperglikemię, co jednak nie przeszkodziło w trzymaniu go w areszcie śledczym bez dalszych badań.

Wśród osób skazanych i aresztowanych jest kilku chorych na padaczkę /np. S.M., Ł./ Wiele osób, poza wymienionymi wyżej, ma aktywną chorobę wrzodową. Drastyczny jest przypadek A.S., u którego specjalnie powołana komisja specjalistów /przez sąd/poważnych gastroenterologów i chirurgów rozpoznała po wykonaniu badań specjalistycznych /art.gastrofiberoskopia/ wypękanie śluzówki żołądka do dwunastnicy z łatwo krwawiącym owrzodzeniem. Rzeczywiście w czasie krótkotrwałej przepustki z więzienia po śmierci ojca A.S. dostał krwotoku z przewodu pokarmowego. Pomimo ciężkiej niedokrwistości został natychmiast po przetoczeniu krwi zabrany ze szpitala i przeniesiony do więzienia w Barczewie, gdzie pozostaje praktycznie bez leczenia.

J.P. - choremu na chorobę węzła zatokowego z utratami przytomności, prowadzącemu w więzieniu głodówkę protestacyjną, odmówiono przerwy na leczenie w specjalistycznym ośrodku pomimo orzeczenia komisji kardiologicznej, stwierdzającej wskazania do wszczęcia rozrusznika po uprzedniej ocenie stanu serca.

Wśród aresztowanych w ostatnich miesiącach znajduje się A.R. po operacji kręgosłupa /usunięcie jądra miazdzystego z powodu dyskopatii dającej poważne objawy neurologiczne/, u której istnieje stale możliwość niebezpiecznego nawrotu choroby z trwałym inwalidztwem. 73-letni T.mającypogruźliczą marskość płuca. E.T. uprzednio internowana, u której tuż przed aresztowaniem stwierdzono patologiczną krzywą wchłaniania glukozy i podejrzewano cukrzycę /obciążenie genetyczne po obojgu rodzicach/. A.W. po operacji raka narządu rodno i radioterapii przed - wprawdzie - kilkunastu laty, lecz mimo uznania ją za wyleczoną nie można wykluczyć nawrotu choroby nowotworowej w warunkach osłabionej odporności.

Szczerze ogólne zagrożenie dla zdrowia stwarzają głodówki prowadzone przez więźniów politycznych w wielu więzieniach - jako słuszny protest przeciw warunkom w więzieniach i wielu niesprawiedliwości. Analiza sytuacji zdrowotnej więźniów w warunkach długotrwałej głodówki zostanie przedstawiona osobno, po zebraniu odpowiedniej ilości obiektywnych danych. Już teraz na podstawie badań przeprowadzonych u pojedynczych głodujących można stwierdzić poważne i długotrzymujące się zaburzenia w metabolizmie u tych osób, a także - poza utratą wagi - wyraźne upośledzenie łaknienia i zmianę czynności trawienia uniemożliwiające wyrównanie niedoborów. Budzi to uzasadniony niepokój.

x x x

Z przedstawionych badań można wyprowadzić wniosek, że pozbawienie wolności w okresie ustaw stanu wojennego wpłynęło w sposób wysoce niekorzystny na stan zdrowia osób - zarówno internowanych, jak tym bardziej aresztowanych. Upośledzenie stanu zdrowia, w większym lub mniejszym stopniu utrzymuje się przez czas dłuższy. W niektórych przypadkach powodując skutki prawdopodobnie nieodrwalne lub zgoła tragiczne. Środowisko lekarskie nie może wobec tego faktu przechodzić obojętnie.

lutym 1984 r

SKUTKI REPRESJI

DOKUMENTY PRZEMOCY / Warszawa/

"...w PRL... ostateczną instancją poza konstytucją, kodeksem, frazeologią polityczną i ideologiczną jest zawsze pałka milicyjna"
Jan Józef Lipski "KOR" Wyd. ANEKS Londyn 1983

Od grudnia 1981 r. do grudnia 1983 r. formy protestu społecznego uległy ewolucji. Demonstracje pokojowe, które osiągnęły szczytowe nasilenie wiosną i latem 1982 r stopniowo ograniczyły swój zasięg na korzyść innych form oporu społecznego. Wydaje się, że spacer ulicą Marszałkowską w Warszawie 16 grudnia 1983 r zaniknął jakiś okres w historii podziemnej "Solidarności".

Ofiarami funkcjonariuszy ZOMO i SB brutalnie tłumiących demonstracje uliczne padały w dużej liczbie osoby przypadkowe, gapie, przygodni przechodnie. Zmniejszenie się liczby uczestników demonstracji nie obniżyło stopnia agresywności "sił porządkowych", które były wyraźnie nastawione na maksymalne sterroryzowanie i zastraszenie społeczeństwa. Odnosiło się nieodparte wrażenie, że zależało im nie tyle na eliminacji aktywnych oponentów, co na wzbudzeniu powszechnego uczucia zagrożenia i strachu. Tego rodzaju postępowanie świadczy o docenianiu przez władzę faktu, że w sprzyjających okolicznościach każdy Polak dołączy do opozycji.

Niektóre ofiary "przywracania ładu i porządku" trafiają do placówek służby zdrowia. Określenie ich liczby, nawet w przybliżeniu, nie jest możliwe. Osoby maltretowane przez milicję na ogół unikają podania prawdziwych okoliczności zajścia w obawie przed ewentualnymi dalszymi konsekwencjami /kolegium, szykany w pracy, pobicie przez "nieznanych sprawców" itp./ Również lekarze uznając nadrzędne dobro chorego, zazwyczaj nie odnotowują danych z wywiadu wskazujących na związek przyczynowy stwierdzonych obrażeń z działalnością funkcjonariuszy MO. Ograniczają się do wykonania obdukcji /na żądanie pacjenta/, lub jedynie do udzielenia pomocy. Większość lżej poszkodowanych w ogóle nie zgłasza się do lekarza.

Wśród ofiar akcji pacyfikacyjnej w Warszawie 31 sierpnia 1982 r znalazła się 19-letnia uczennica A.M. Została zatrzymana przez patrol ZOMO, kiedy wracała do domu ulicą leżącą poza bezpośrednim zasięgiem demonstracji. Przewieziono ją do jednej z komend dzielnicowych MO, przetrzymywano ją przez 2 doby i przesłuchiowano pod zarzutem atakowania i łżenia patrolu milicyjnego. W czasie przesłuchiwania była bita po twarzy i głowie pałką i ręką, uderzona rękojeścią pałki w potylicę, bita pałką i kopana w nogi i ręce. Wykręcono jej ręce i grożono pocięciem twarzy brzytwą, którą przesłuchujący trzymał w ręku. Podczas przesłuchania oster światło żarówki świeciło jej prosto w oczy. Rezultatem kontaktu z milicją były poważne zaburzenia neurologiczne i długotrwałe leczenie /również operacyjne/ w kilku kolejnych szpitalach, spowodowane odniesionymi urazami głowy i kończyn.

Dysproporcja między spokojnym zachowaniem Warszawiaków a rozbestwieniem służb bezpieczeństwa była szczególnie wyraźna w dniach 10 i 11.11.1982 r

10 listopada około godziny 16.30 z przejeżdżającego Krakowskim Przedmieściem samochodu milicyjnego wytrzelono petardę prosto w stojącego na chodniku 23 letniego W.K. Petarda ugodziła go w twarz i uszkodziła lewe oko. Po przewiezieniu do szpitala usunięto resztki tkwiącej w oczodole łuski petardy wraz ze zniszczoną gałką oczną. Stwierdzono również w EEG objawy nasuwające podejrzenie współistniejących zmian urazowych mózgu.

10.11. wieczorem 29-letni K.S. został zatrzymany na ul. Senatorskiej. Był bity w samochodzie milicyjnym głową o ścianę, oraz pałką po plecach i nogach.

10.11. po południu 17-letni uczeń A.M. przechodzący z ojcem przez Plac Teatralny został zaatakowany przez patrol ZOMO, zabrany do samochodu, a następnie na komendę MO - bity i kopany.

10.11. Z.S. urodzony w 1963 r, uczeń, został zabrany w okolicy Placu Dzierżyńskiego na komendę MO, gdzie funkcjonariusze bili i kopali w głowę, prawe ramię i nogę. W następstwie pobicia wystąpiły

nudności, bóle i zawroty głowy wymagające leczenia. 1 Maja 1983 r. został ponownie pobity przez ZOMO, głównie w głowę. Tym razem stracił przytomność i z licznymi poważnymi obrażeniami, oraz objawami uszkodzenia mózgu został przewieziony do szpitala, gdzie przebywał na leczeniu ponad 2 tygodnie.

10.11. został zatrzymany w Śródmieściu S.S. ur. w 1961 r, absolwent szkoły pomaturalnej. Przy zatrzymaniu uderzono go pałką w twarz - w okolice lewego oka. Po przywiezieniu na komendę, gdzie był przetrzymywany 2 doby, bito go pałką w płoty i okolice nadbrzusza.

11.11. około godziny 20-tej został na ulicy przewrócony i pobity przez ZOMO 27-letni W.A. W czasie oględzin lekarskich stwierdzono wielokrotne powierzchowne kontuzje na plecach i tylnej powierzchni ud; oraz w okolicy kręgosłupa szyjnego /wybroczyny, podbiegnięcia krwawe/.

11.11. został bostialsko pobity Stanisław Królik. W wyniku odniesionych obrażeń zmarł 14 listopada nie odzyskując przytomności.

11.11. M.J. urodzony w 1953 r został pobity przez ZOMO-wców pałkami po głowie i po całym ciele, a następnie zatrzymany na komendzie MO przez blisko 24 godziny. W następstwie urazów wystąpiły nudności i zawroty głowy.

ZOMO-bilo również 1 maja 1983 r. Wśród kontuzjowanych znaleźli się m.in. M.A. lat 27 zatrzymany na ul. Długiej, bity i kopany na ulicy, jak i w "sucie" milicyjnej. S.J. urodzony w 1953 r "zagazowany" i pobity przez ZOMO w okolicach kościoła Świętej Anny. J.G. wyciągnięty przez funkcjonariuszy SB z przedsionka jednego z kościołów na Starym Mieście i pobity.

Kilku młodych ludzi o nieznanym nam personaliach, została również dotkliwie pobitych w okolicy Rynku Nowego Miasta. Była wśród nich m.in. dziewczyna w wieku 18 lat, bardzo zszokowana, bita i kopana po całym ciele, szczególnie mocno w okolice łędźwiową, jej koleżanka kopnięta w twarz i ręce, którymi się osłaniała, młody mężczyzna około 25-letni, który odbił analogiczne obrażenia i inni.

31 sierpnia 1983 r. według naszych wiadomości, miały miejsce pojedyncze przypadki pobić. Wśród nich:

Z.R. urodzona w 1961 pobita przez ZOMO w okolicy kościoła Sw. Krzyża. Bito ją pałkami w okolice łędźwiową i w plecy, wykręcano jej ręce i poduszano ramieniem założonym pod szyję. Następnie w "budzie" przed przewiezieniem na komendę nadal wykręcano jej ręce i kopano. Z aresztu została zwolniona tymczasowo na wniosek lekarza ze względu na współistniejące ostre schorzenie ginekologiczne.

Student P.H. urodzony w 1960 r. wskutek pobicia przez funkcjonariuszy MO doznał urazu głowy z utratą przytomności. Z komendy MO, dokąd go przewieziono został następnie zabrany przez Pogotowie Ratunkowe do szpitala rejonowego. Przebywał tam przez 7 dni z rozpoznaniem wstrząsu mózgu, ran głowy i urazów okolicy krocza.

M.S. urodzony w 1957 szedł ulicą Krakowskie Przedmieście w kierunku kościoła Sw. Krzyża. Za nim szedł patrol MO. Nagle M.S. otrzymał silny cios pałką w okolice łędźwiową, odczuł silny ból, zrobiło mu się ciemno w oczach, zdrętwiały mu nogi, nie mógł się poruszać. Za chwilę otrzymał ponowne uderzenie. Z dużym wysiłkiem zaczął uciekać, nie goniono go. Następnego dnia wystąpił krwimocz, który powtarza się od czasu do czasu do chwili obecnej.

Pobicia mniej, lub bardziej przypadkowych ludzi stały się elementem naszej codzienności. Np.

13.3.1983 r. student M.K. urodzony w 1957 r został na skwerku koło ul. Karowej napadnięty przez osobników w cywilu i bity przez nich pięściami. Gdy udało mu się wyrwać i uciec, zatrzymał go i bił nadal patrol ZOMO. Na ostrym dyżurze laryngologicznym stwierdzono złamanie kości nosa, rany płytkie, tłuczone nosa, prawego policzka oraz owłosionej skóry głowy.

8.6. 1983 r. wieczorem, roznosiciel mleka M.J. został pobity przez 3 funkcjonariuszy KW MO w cywilu. Bity był pięściami w brzuch i głowę stracił przytomność. Przez kilka godzin po pobiciu utrzymywały się nudności, przez około 2 dni - krwioplucie. Pozostały uporczywe bóle głowy.

Nie należy do rzadkości bicie ludzi na komendach MO podczas aresztowania. 29.4.1982 r. został bardzo dotkliwie pobity rolnik K.S. lat 30, na komendzie MO w okolicy Warszawy. Bity był pałkami i pięściami po całym ciele, uderzony głową o ścianę, przewieszono go przez krzesło i wyrwano włosy z brody. Podczas bicia stracił przytomność. Po upływie kilku godzin bity był ponownie - tym razem przez funkcjonariuszy ORMO, następnego dnia przewieziono go do więzienia na Rakowiecką w Warszawie. Po 3 dniach znalazł się na oddziale chirurgicznym szpitala więziennego, gdzie przebywał przez 68 dni. Przez około 2 tygodnie po pobiciu nie mógł się poruszać, wymiotował, miał krwimocz. Na całym ciele wystąpiły podbiegnięcia krwawe, łącznie z okolicą krocową. 10 lipca 1982 r. uchylono mu sankcję. Po zwolnieniu z więzienia wymagał długotrwałej hospitalizacji w jednym z oddziałów urologicznych w Warszawie.

W.B. murarz, urodzony w 1921 r. Były więzień niemieckich obozów pracy, z dużego stopnia niedosłuchem, niedowidzeniem i zanikami pamięci. Aresztowany 1 września 1982 r. na ulicy w Warszawie. Przy zatrzymaniu pobity po głowie, tułowi i kończynach dolnych. Milicjanci twierdzili, że jest pijany. Został oskarżony o stawianie oporu i umieszczony w areszcie. Tam dostał napadu drgawek, wskutek czego przewieziono go do jednego ze szpitali "wolnościowych", lecz wkrótce przeniesiono go do szpitala na Rakowiecką. Zwolniony po kilku miesiącach ze względu na stan zdrowia.

Znany nam jest przypadek pobicia nieletniej dziewczynki podczas przeprowadzania rewizji w mieszkaniu jej rodziców przez funkcjonariuszy służb bezpieczeństwa. 5.3.1982 w jednej z miejscowości podwarszawskich 16-letnia uczennica M.K. była bita w twarz przez przesłuchującego ją funkcjonariusza SB, podczas przeszukania mieszkania. Przesłuchiowano ją w osobnym pokoju /bez rodziców/ i straszono lewatywą z tłuczonego szkła. Wskutek pobicia doznała złamania kości nosa z przemieszczeniem, wymagającego nastawienia przez specjalistę, oraz dużego szoku psychicznego.

Spotyka się również przypadki napaści połączonej z uprowadzeniem i znęcaniem się, które noszą wszelkie znamiona akcji terrorystycznej. Napastnicy z reguły w cywilnych strojach, lecz okoliczności zajścia wskazują niewątpliwie, iż mamy do czynienia z bojówkami wywodzącymi się spośród funkcjonariuszy SB.

Jeden z nich dotyczy J.K., który ukrywał się przez pierwsze miesiące stanu wojennego, a następnie został internowany. 10.1.1983 r. w Warszawie, po pogrzebie znajomego, został uprowadzony spod Pałacu Kultury samochodem przez nieznaną osobę, mężczyznę w cywilu. Wywieziono go do lasu, kazano się rozebrać do naga, rozzuć i położyć na ziemi. Następnie oblane go cieczą wywołującą oparzenie skóry. Tym samym płynem oblane jego ubranie. Wrócił do Warszawy w zmoczonym ubraniu. Tam dopiero udzielono mu pomocy. Ciecz poddana analizie wykazała zawartość lizolu, krezolu oraz wodorotlenku potasu.

Przedstawiono tu opisy części przypadków fizycznej przemocy używanej wobec niewinnych ludzi przez tzw. "służbę porządkową", tych przypadków, które udało się zebrać i udokumentować. Zastanawianie się, czy tych wypadków było dużo czy mało nie ma sensu - jest to na pewno o każdy z nich za wiele i w każdym z nich istniało zagrożenie zdrowia lub życia ofiary.

Dr Irebazo

EPIDEMIOLOGIA NIEKTÓRYCH CHOROÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE

Pomimo ogromnego postępu dokonano w świetle w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, w Polsce - podobnie jak w pozostałych krajach bloku wschodniego - są one nadal poważnym problemem zdrowotnym, 1. Nieswoiste choroby zakaźne.

Około 200-300 tysięcy osób, czyli liczba odpowiadająca prawie połowie rocznego przyrostu naturalnego, zapada każdego roku na wirusowe zapalenie wątroby. Oficjalne statystyki obejmują jednak tylko te przypadki, które przebiegają z żółtaczką.

Pozostałe i nie leczone, ujawniają się nieraz po latach w postaci przewlekłych schorzeń wątroby /przewlekłe zapalenie, marskość, sporadycznie pierwotny rak wątroby/ i obejmują ok. 20% osób dorosłych chorych na wirusowe zapalenie wątroby. Zdarzają się także zgony w ostrym okresie choroby - 1 zgon na 150 chorych.

Według publikowanych danych statystycznych wykazano w Polsce 47.164 zachorowania w roku 1981 i 50.171 w r.1982. Wskaźniki zachorowań na 100 tysięcy ludności wynoszą 131,1 w r.1981 i 138,5 w r.1982. Wskaźniki zbliżone do Polski wykazują wszystkie kraje bloku wschodniego z wyjątkiem NRD. Są one wyższe kilkanaście do kilkudziesięciu razy od wskaźników większości krajów zachodnich. W porównaniu z krajami skandynawskimi przewyższają je kilkakrotnie. Zgodnie z pojęciami współczesnej epidemiologii zjawisko takie określa się mianem chronionej epidemii.

Rekordy tej epidemii biją Rumuni /wskaźnik 251 w r.1982/ i Bułgari /wskaźnik 237 w r.1982/. Związek Radziecki w ogóle nie przekazuje swoich danych do Światowej Organizacji Zdrowia. W Polsce, w drugiej połowie lat 70-tych zaczęło się trochę przejaśniać, ale już jesienią 1981r epidemia zaczęła narastać obejmując początkowo 21 województw, w 1982 r już 26, a w 1983 r - 36 województw. W ciągu tych dwóch lat liczba zachorowań wzrosła o 25%. Badania serologiczne i epidemiologiczne wykazały, że wzrost ten dotyczy wirusowego zapalenia wątroby typu A, z czego prosty wniosek, że zachorowania szerzą się głównie przez zakażoną żywność i wodę.

Natomiast zjawiskiem zupełnie niespodziewanym jest notowane ostatnio. zmniejszenie liczby zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B /"żółtaczka wszczepiczna"/ w niektórych województwach, a zwłaszcza w większych ośrodkach miejskich północno-zachodniej i środkowej Polski: np. w woj.koszalińskim i elbląskim o 15%, w słupskim o 33%, toruńskim o 36%, warszawskim o 13%, gdańskim o 9%. Wobec równoczesnego pogarszania się zaopatrzenia przychodni i szpitali o jednorazowe strzykawki i igły, zjawiska tego nie sposób tłumaczyć inaczej, jak napływającymi z zachodu darami w postaci sprzętu jednorazowego użytku.

Niestety, jednak należy się i tu spodziewać w nadchodzącym czasie wzrostu zachorowań, gdyż krajowe zaopatrzenie - wg oficjalnych danych na rok 1984 na pokryć zaopatrzenie jedynie ośrodków intensywnej opieki medycznej /co zresztą nie jest w praktyce możliwe/, a ilość darów powoli maleje.

Innym poważnym problemem zdrowotnym, nie znajdującym żadnego odzwierciedlenia w oficjalnych statystykach, są zakażenia i zatrucia pokarmowe. Sądząc po liczbie zgonów zakażeniu ulega ok. 150 tys. osób rocznie, z tym ok.60 tys. dzieci w pierwszych dwóch latach życia /oficjalna rejestracja obejmuje ok.30 tys.biegunk dziecięcych rocznie, co stanowi załedwie połowę faktycznych zachorowań/.

Stałym i groźnym zjawiskiem są wewnątrzoddziałowe zakażenia bakteriami z grupy tyfusu w szpitalach dziecięcych należo dziecka - spowodowane złymi warunkami sanitarnymi.

Zakażenia i zatrucia pokarmowe, podobnie jak wirusowe zapalenie wątroby typu A wskazują na standard sanitarny kraju i poziom jego rozwoju gospodarczego. Im są one wyższe, tym mniej zachorowań. Nie znaczy to bynajmniej, by kraje rozwinięte gospodarczo nie miały zatruć pokarmowych. Problem istnieje na całym świecie, tyle, że w krajach rozwiniętych jest on związany głównie z importem pasz i niektórych środków żywnościowych z krajów trzeciego świata, u nas natomiast ma miejsce masowy "import" z rodzimych zakładów mleczarskich, mięsnych, gastronomicznych, wytwórni serów itp. nierzadko też z wodą wodociągową, jak to prawdopodobnie miało miejsce wiosną 1983 r w czasie lokalnej epidemii czerwonki w woj.elbląskim, która objęła zachorowaniami prawie 3000 osób.

Nieco odrębnym zagadnieniem, związanym z gorszym zaopatrzeniem rynku w mięso i inne produkty spożywcze, jest bardzo niepokojący wzrost liczby chorych na zatrucie jadem kiełbasianym - najcięższym z zatruć pokarmowych - przebiegającym z porażeniem nerwów czaszkowych i stosunkowo dużą śmiertelnością. Problem pojawił się w roku 1981, kiedy to liczba chorych gwałtownie wzrosła z 285 w roku poprzednim do 613. W 1982 r. zatruciu uległy aż 742 osoby i obecnie obserwuje się dalszy wzrost.

Sporo chorych podaje w wywiadzie spożycie mięsa lub warzyw z wecków, coraz częściej zdarzają się jednak zatrucia po konserwach fabrycznych, zwykle rybnych lub warzywnych.

Jednym z najpoważniejszych schorzeń o bardzo dużej śmiertelności jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W Polsce rejestruje się ponad 3000 zachorowań rocznie i ponad 500 zgonów. Zjawiskiem niepokojącym pediatrów jest narastanie w ostatnich latach liczby zachorowań u małych dzieci, w tym u noworodków - niemal z reguły zakażonych w brudnych oddziałach noworodkowych.

W 1982r miała miejsce niespotykana dotąd w takich rozmiarach w Polsce epidemia enterowirusowych zapaleń mózgowo-rdzeniowych, w której zachorowało ponad 52 tys. osób, głównie dzieci w wieku szkolnym.

Mówiąc o ważniejszych problemach zdrowotnych związanych z chorobami zakaźnymi, należy również wspomnieć o epidemiach nękających nasz kraj niemal każdego roku. I tak w r. 1981 wystąpiła największa od II wojny światowej epidemia różyczki, w której wykazano ponad 207 tys. zachorowań. Wobec corocznych epidemii różnych chorób wirusowych szerzących się kropelkowo /przez powietrze/ epidemia ta nie byłaby żenującym, gdyby nie fakt, że od 20 już lat istnieje na świecie szczepionka przeciw różyczce i że jest ona od dawna stosowana we wszystkich krajach zachodnich. Wiadomo, że podczas ostatniej epidemii w Polsce chorowało sporo młodych kobiet, nie wiadomo tylko ile spośród nich urodziło w związku z zakażeniem martwe płody lub dzieci z wadami wrodzonymi. Żadna instytucja nie opracowała bilansu tej epidemii.

W przedstawionym materiale ograniczono się do omówienia problemu tych chorób zakaźnych, których sytuacja różni się w sposób zasadniczy od krajów zachodnich i które w Polsce, kraju położonym w środkowej Europie winny być już opanowane.

Na zakończenie warto dodać, że na tzw. klasyczne choroby zakaźne /tj. bez zapaleń płuc i wielu innych zakażeń narządowych/ choruje każdego roku w Polsce ok. miliona osób, a w latach z epidemią grypy ok. 2-3 miliony. Umiera ok. 7-8 tys. chorych. Liczba ta, stosunkowo niewielka w porównaniu ze zgonami z powodu chorób serca czy nowotworów, nabiera jednak innego wyrazu przy uwzględnieniu faktu, że zgony te dotyczą w ogromnej większości małych dzieci i młodych, uprzednio zdrowych ludzi.

2. Gruźlica.

Szczególne sytuacja panuje w Polsce w zakresie zachorowań na gruźlicę. Okres wojny i pierwsze lata po wojnie przyniosły ogromną liczbę zachorowań na gruźlicę, przede wszystkim płuc, opon mózgowo-rdzeniowych, lecz również węzłów chłonnych i nerek. Duża część ludności Polski zakażona była gruźlicą już w okresie 20-lecia międzywojennego, kiedy medycyna była bezsilna wobec tej choroby. Niewyleczona gruźlica płuc wlokła się za większością z tych osób przez lata wojny i później. Statystyka zgonów z powodu gruźlicy w latach 1940-49 przedstawiała się przerażająco.

Poczynając od końca lat czterdziestych rozpoczęto intensywne leczenie gruźlicy - początkowo głównie metodami operacyjnymi, później farmakologicznie. Śmiertelność zaczęła spadać, zmniejszyła się wyraźnie liczba ostrych postaci choroby, a pozostały postaci przewlekłe, leczone latami. Bez przesady można powiedzieć, że generacja Polaków urodzonych w latach 1900-1930 w ponad 60% przeszła w różnych formach zakażenie gruźlicze.

Działania profilaktyczne wprowadzone w Polsce po wojnie i w pewnym okresie rygorystycznie i konsekwentnie przeprowadzane przyniosły zdecydowaną poprawę w zakresie a/ zapadalności na gruźlicę, szczególnie wśród dzieci i młodzieży i b/ wczesnego wykrywania zachorowań na gruźlicę.

Służyły temu obowiązkowe szczepienia ochronne i masowe badania rentgenograficzne, do czego przyczyniła się w poważnym stopniu pomoc krajów skandynawskich - szczególnie Danii i Szwecji. W tym czasie dokonano wiele w zakresie organizacji walki z gruźlicą i specjalistycznego leczenia poprzez gęstą sieć Poradni "G", specjalne oddziały szpitalne ftyzjatryczne z szybkim izolowaniem chorych na gruźlicę od innych chorych z oddziałów ogólnointernistycznych, oraz liczne sanatoria.

Prowadzona była również szeroka akcja uświadamiająca, a w programie studiów medycznych sporo godzin poświęcono wykładom i ćwiczeniom z zakresu ftyzjatrii.

Sytuacja ta uległa jednak zasadniczej zmianie w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Początkowo zaczęto likwidować istniejące szpitale i oddziały dla chorych na gruźlicę i zmieniać profile sanatoriów, co tylko w części mogło być uzasadnione rzeczywistym zmniejszeniem się zapadalności na tę chorobę i nowymi ambulatoryjnymi metodami leczenia.

Główną przyczyną tych poczynań miała podłoże ideologiczno-propagandowe. Gruźlica nie pasowała do obrazu kraju "z rozmachem budującego socjalizm" - mogła istnieć jako pozostałość "ponurych czasów sanacji" lub okresu wojny, po 20 latach po wojnie winna była zniknąć. Zaczęto fałszować statystyki, podawać nieprawdziwe liczby chorych na gruźlicę. Głośny był przypadek pozbawienia stanowiska dyrektora Instytutu Gruźlicy, wybitnego ftyzjetry prof. Wiwy Jaroszewicz za przedstawienie na krajowym zjeździe prawdziwych danych dotyczących gruźlicy w Polsce i obrony interesów lecznictwa ftyzjatrycznego.

Coraz mniej też czasu poświęcono gruźlicy w programie studiów. Typowe stało się, że młody lekarz lat siedemdziesiątych różnicując przyczyny wysiękowego zapalenia płucnej na ostatnim miejscu, często przyciskany do muru, wymieniał gruźlicę.

Prowadzono jeszcze stosunkowo intensywne badania profilaktyczne za pomocą zdjęć małobrazkowych klatki piersiowej. W ostatnich latach natężenie tej akcji wybitnie zmalało. Tak np. wykonano zdjęć małobrazkowych w całej Polsce:

w roku 1968	- 9,6 mln.	w tym w ramach badań masowych	6,4 mln.
1970	- 10,2 mln.		6,6 mln.
1972	- 11,2 mln.		7,3 mln.
1974	- 10,8 mln.		6,8 mln.
1976	- 9,2 mln.		4,2 mln.
1977	- 9,0 mln.		4,0 mln.
1980	- 8,9 mln.		4,0 mln.
1981	- 7,2 mln.		2,5 mln.
1982	- 8,2 mln.		2,6 mln.

W związku ze zmniejszeniem liczby badań profilaktycznych świeże przypadki gruźlicy lub taostżenia już przedtem istniejącej coraz częściej wykrywane są niejako przypadkowo - w szpitalach, przy okazji innych chorób lub ciężkiej fazie choroby, którą zmusza chorego do zgłoszenia się do lekarza lub szpitala.

Statystyka nowych zachorowań na gruźlicę /obejmująca tylko przypadki rejestrowane/ w ostatnich 8 latach przedstawia się następująco:

lata	liczby bezwzględne	na 100 tys.
1976	25070	73,0
1977	26796	77,2
1978	26801	76,6
1979	26857	76,0
1980	25807	72,5
1981	24087	67,1
1982	23685	65,4

1983 - w pierwszym półroczu zanotowano o 900 przypadków więcej niż w pierwszej połowie roku 1982.

Zarejestrowana w ten sposób mniejsza liczba zachorowań na gruźlicę w latach 80-82, którą lubi się chwalić przy każdej okazji minister zdrowia, wynika najprawdopodobniej z tego, iż na skutek mniejszej liczby masowych badań małobrazkowych pogorszyła się wykrywalność świeżych zachorowań.

W ostatnich latach znaczna większość przypadków gruźlicy zostaje wykryta na podstawie objawów klinicznych, czyli często w późniejszym, nieraz zaawansowanym okresie choroby.

Przykładowo można podać, iż odsetek przypadków wykrytych na podstawie objawów klinicznych przedstawia się w poszczególnych latach następująco:

1971 - 40%	1973 - 45%	1980 - 58%	1982 - 62%
1972 - 46%	1979 - 60%	1981 - 63%	

Jednocześnie mnożą się doniesienia, iż w ciągu ostatniego roku obserwuje się dużo bardzo ciężkich przypadków gruźlicy. Szczególne nasilenie tego zjawiska dało się zaobserwować w ciągu ostatnich kilku miesięcy roku 1983. Niepokoi znaczna zachorowalność na gruźlicę wśród młodzieży akademickiej i w starszych klasach licealnych, a także ujawnienie czynnej gruźlicy u ludzi starych.

Gruźlica w Polsce w 40 lat po wojnie istnieje jako poważne, niepokojące zjawisko. Historia walki z gruźlicą w PRL jest jednocześnie pouczającym przykładem groźnego wpływu, jaki na zdrowie społeczeństwa wywierają czynniki "ideologiczne". Przeraża fakt posłuszeństwa tym czynnikom ludzi, którzy z racji swoich stanowisk i zawodu winni dbać o zdrowie.

A. Panton

NIEKTÓRE ASPEKTY ZAGROŻEŃ ŚRODOWISKOWYCH

Poniższy artykuł przedstawiający bardzo ogólnie niebezpieczeństwa związane z zanieczyszczeniem środowiska naturalnego traktujemy jako wstęp do cyklu szczegółowych artykułów na ten temat. Zapraszamy wszystkich dysponujących wiarygodnymi danymi, a w szczególności Społeczny Komitet Ochrony Środowiska, do nadsyłania nam opracowań i głosów w dyskusji

Redakcja

W wieku XX, a właściwie w ostatnim dziesięcioleciu, w wyniku niekontrolowanej rozbudowy przemysłu, bez urządzeń ochronnych i oczyszczających, doszło do niespotykanego dotąd w dziejach naszego narodu skażenia naturalnego środowiska, co poważnie zagroziło zdrowiu społeczeństwa. Dość gęste rozmieszczenie różnych zakładów przemysłowych od Tatr do Bałtyku wskazuje, że niewiele obszarów pozostało wolnych od zanieczyszczeń.

W powietrzu występują toksyczne gazy - dwutlenek siarki, tlenki azotu, amoniak, tlenek węgla, fluorowodór, pary różnych rozpuszczalników organicznych w pyłach - tlenki metali ciężkich: ołowia, kadmu, cynku, rtęci, chromu, baru. Niektóre związki przenikają łatwo do wody, inne skażają gleby, inne gromadzą się w organizmach roślin, zwierząt i docierają do człowieka. Nawet oddalone od centrów przemysłowych wsie nie są już obecnie wolne od zanieczyszczeń - głównie w wyniku akumulacji na tych terenach toksycznych środków ochrony roślin. Środowisku zagrażają również różne czynniki fizyczne - hałas, wibracje różnego rodzaju promieniowania i pola elektromagnetyczne. Pod wpływem tych czynników zmienia się środowisko biologiczne, w którym zaczynają dominować różne grzyby i pleśnie chorobotwórcze. Zmieniają się też relacje międzyludzkie - ustawiczny stress i brak możliwości wytchnienia - to dodatkowe psychofizyczne zagrożenie człowieka.

Oficjalnie stwierdza się, że ok. 75% Polaków mieszka na ekologicznie zagrożonych terenach, ale równocześnie podaje się, że to jest nieunikniona cena jaką płaci się za postęp techniczny, za przyszłościową wizję dobrobytu, a nawet za pojawienie się na rynku pewnej ilości produktów przemysłowych. Bo takie muszą być rzekomo prawa ekonomii i gospodarki.

Ale trzeba z całym naciskiem podkreślić, że również praw biologicznych nie da się też odmienić. Dla zdrowia i życia potrzebne jest środowisko wolne od zanieczyszczeń chemicznych i zagrożeń fizycznych. Wszelkie obecne w środowisku toksyny życie degradują, sprzyjają rozwojowi patologii somatycznej, psychicznej i społecznej, wywołują przedwczesną śmierć jednostek i całych populacji, a nawet zagrażają zdrowiu przyszłych pokoleń.

Nikt przy zdrowych zmysłach, korzystając z pracy człowieka czy zwierzęcia nie zakwestionuje konieczności zaspokojenia jego podstawowych życiowych potrzeb, dostępu do powietrza, zaopatrzenia w wodę, w zdrową żywność, zabezpieczenia godziwych warunków wypoczynku. Bo jeśli te warunki nie zostaną spełnione, to zamiast wydajnej pracy można oczekiwać nieuniknionej, przedwczesnej śmierci.

W grupie niezbędnych dla zdrowia i życia warunków mieści się właśnie to, co określa się mianem czystego środowiska: powietrze - ale z dostateczną ilością tlenu, bez dwutlenku węgla i bez chemicznych dodatków. Woda - też czysta, zawierająca tylko te pierwiastki, których ustrój do życia potrzebuje, a wreszcie żywność - również naturalna, bez chemicznych dodatków.

Jest poważnym nieporozumieniem uzależnienie postępu technicznego od świadomego skazania środowiska na zniszczenie. Bo postęp techniczny może dokonywać się w taki sposób, że środowisku nie będzie zagrażać. Wiele państw już ten postulat realizuje, ale na ochronę środowiska, na instalowanie urządzeń oczyszczających i na pochłanianie toksycznych substancji wymagane są nakłady finansowe.

A jeśli się tego nie realizuje, mówiąc, że nas nie stać na tego typu działalność, to utrzymując ten stan zanieczyszczenia, wydaje się wyrok skazujący na choroby i przedwczesne śmierci tysięcy a nawet miliony ludzi. Nie będą oni umierać w sposób spektakularny - padając gdzieś przy pracy lub na ulicach, lecz zaczną chorować na różne przewlekłe choroby, które od dawna już zna medycyna.

Lekarze powinni więc być świadomi konsekwencji zaistniałych zagrożeń. Niespotykana dotąd w historii społecznej służby zdrowia na obszarach uprzemysłowionych liczba różnych skarg na dolegliwości, absencji chorobowych, kolejek do badań lub przyjęć do szpitala, to nie wyraz nadmiernej troski o zdrowie, hipochondrii lub bumelanctwa, ale wyraz coraz większego upośledzenia zdrowia fizycznego i psychicznego ludności i równoległe z tym narastających zjawisk patologii społecznej.

I tak, występujące masowo np. w okolicy Krakowa, bóle stawów, kości, a zwłaszcza kręgosłupa, które na ogół są przez lekarzy utożsamiane z bólami reumatycznymi, mogą być spowodowane wchłonięciem ze środowiska i odłożeniem w organizmie nadmiernych ilości fluoru.

Udowodniono też, że w okręgach przemysłowych, z powietrzem zanieczyszczonym dwutlenkiem siarki, bardzo duży procent ludzi cierpi na przewlekłe nieżyty oskrzeli. Leczenie tych stanów antybiotykami, które też nie są dla człowieka obojętne, można wtedy uznać za błąd sztuki, bo dla wyleczenia potrzebne jest po prostu czyste powietrze i usunięcie drażniącego czynnika.

W cywilizowanych i uprzemysłowionych krajach narasta ilość chorób psychicznych i dolegliwości nerwowych. Jest to wynik nie tylko przemęczenia, stresów, hałasu, hipokinezy, ale wynik akumulacji związków ołowiu, rtęci oraz wpływu różnych narkotycznie działających substancji organicznych zanieczyszczających powietrze. Na tym tle rodzi się patologia społeczna. Ograniczenie sprawności umysłowej przyczynia się do rozwoju alkoholizmu i narkomanii, doprowadza do ośpienia człowieka, do stanów depresji lub agresji.

Do chorób zależnych od czynników środowiskowych zalicza się też nowotwory, których liczba gwałtownie narasta, chociaż informacje na ten temat skrzętnie się tuszuje, rzekomo aby nie wywołać paniki. Nie przeszkadza to w emisjach różnych substancji rakotwórczych - organicznych i nieorganicznych. Większość z nich ma właściwości mutagenne, co stwarza potencjalne zagrożenie zdrowia także przyszłych pokoleń, w związku z możliwością pojawienia się różnych wrodzonych wad rozwojowych.

Również wiele innych chorób i stanów patologicznych może być uzależnionych od obecności substancji toksycznych w środowisku - nadciśnienie, niezdźzyca, zawały serca, poronienia u kobiet, bezpłodność.

Zanieczyszczenie środowiska to zagrożenie dla całego ekosystemu. Zniszczeniu ulegają rośliny, giną gatunki zwierząt, ginie piękno krajobrazu, a wreszcie giną bezcenne relikty przeszłości, pamiątki historii, zabytki architektury i sztuki. Nigdzie na całym obszarze Polski zjawisko tej dewastacji nie wystąpiło na taką skalę, jak w Krakowie.

Okazuje się bowiem, że zgromadzone w nim bezcenne, zerowej klasy pamiątki nie mają żadnej wartości w konkurencji z brudną i ciężką, surowcową produkcją huty stali lub innych zakładów, często deficytową. Miesto zasypują tysiące ton pyłów, substancje chemiczne powodują niemal na naszych oczach rozsypywanie się budowli, które przetrwały całe wieki i dopiero teraz gwałtownie niszczeją. Przyczynił się do tego

W tej sytuacji wypowiedź prof. Stefana Jarzembskiego w "Polityce/ /nr 8 z 25.2.84/, że zamknięcie działu elektrolizy w Skawinie było błędem, świadczy albo o ignorancji, która nie godzi się z Urzędem Ochrony Środowiska, albo o cynicznym lekceważeniu prawdziwych wartości jakie reprezentuje to miasto i zdrowie jego mieszkańców. A takich zagrożonych miast w Polsce jest więcej.

Jakie są zadania lekarzy? Poza uświadomieniem sobie grozy sytuacji poza uwzględnieniem w etiologii chorób także przyczyn środowiskowych, niewątpliwie zmienić muszą ulegać sposoby leczenia, bo to, co np. leczy reumatyzm, nie będzie leczyło fluorozy. Oprócz tego wymagane są jakieś próby przeciwstawienia się temu totalnemu niszczeniu środowiska życia - realizowanemu z jednej strony przez przedstawicieli świata techniki, którzy jako wascy specjaliści nie widzą ujemnych biologicznych skutków swej działalności, a z drugiej strony przez egzekwujących te działania decydentów. Chociaż mogą oni i powinni widzieć całość zagadnienia, problemowi temu nie przeciwstawiają się - bo albo nie chcą, albo są też całkowicie bezradni i bezsilni i mimo woli nasuwa się sugestia, że są w tym wszystkim też jakimś pozbawionym decyzji narzędziem.

Mimo, że w rozwoju prawodawstwa, medycyny i różnych dziedzin społecznych życie człowieka posiada rangę wartości najwyższej i podlega należytej ochronie, bo jak przestępców traktuje się wszystkich tych, którzy temu życiu zagrażają, to w dziedzinie zagrożeń środowiskowych, gdy wchodzi w grę sprawa osobistej odpowiedzialności, powstaje tysiąc barier i przeszkód i trudno jest znaleźć winnych. Każdy, kto świadomie, lub nawet nieświadomie przykłada rękę do dewastacji środowiska i degradacji sił ludzkich, których wartość - abstrahując od innych wartości - nawet w kategoriach ekonomicznych jest niezaprzeczalna, musi być uznany za winnego.

W tej dramatycznej sytuacji społeczeństwo oczekuje od lekarzy zajęcia wyraźnego stanowiska i podjęcia skutecznych środków zaradczych.

KILKA SŁÓW W SPRAWIE PSYCHIATRII

Statystyka leczenia psychiatrycznego

	1972	1980	1981	1982
Leczenie ogółem w tys.	528,0	499,1	474,4	505,5
Leczeni I raz w tys.	170,2	155,3	138,5	156,8
Leczeni ogółem na 1000 ludności	15,9	14,0	13,2	14,0
Leczeni I raz na 1000 ludności	5,1	4,4	3,9	4,3

Statystyki odnotowały w 1981 r. spadek świadczeń zarówno w stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych zakładach leczniczych. W psychiatrii spadek ten był szczególnie znaczny: gdy w całym lecznictwie stacjonarnym liczba leczonych zmalała w 1981 r. w porównaniu z rokiem 1980 o 5%, to w lecznictwie psychiatrycznym spadek wynosił 13%.

Zapadalność, która jest sumą pierwszorazowych zgłoszeń do Poradni Zdrowia Psychicznego, poradni odwykowych i zakładów lecznictwa stacjonarnego w 1981 r. wynosiła 520 przypadków na 100 tys. ludności, w 1980 r. wynosiła 643 przypadki na 100 tys. ludności.

W liczbach bezwzględnych stanowi to 42,6 tys. osób zgłoszonych pierwszy raz do leczenia psychiatrycznego. Tak duży spadek - 19% - nie zdarzył się dotychczas w psychiatrii. W najgłębszym stopniu dotknął on poradnie odwykowe - o 42% pierwszorazowe hospitalizacje - o 20%, pierwszorazowe wizyty w poradniach zdrowia psychicznego - o 12%.

Struktura rozpoznań:

Spadek zapadalności w 40% spowodowała populacja osób nadużywających alkoholu, w 20% chorzy na psychozy, w 17% leczeni z powodu nerwicy i 7% osoby z innymi niepsychotycznymi zaburzeniami.

Warunki leczenia psychiatrycznego.

Podstawą leczenia psychiatrycznego w Polsce jest szpital, najdroższa z punktu widzenia ekonomicznego forma leczenia. W naszym kraju 48% szpitali ma ponad 1000 łóżek, a dane WHO donoszą, iż efekty leczenia są odwrotnie proporcjonalne do wielkości szpitala /z 1266 szpitali regionu europejskiego zaledwie 9% ma ponad

1000 łóżek - WHO/.

Szpitala psychiatryczne są w katastrofalnym stanie technicznym. Duża część budynków powstała na początku tego stulecia lub nawet w ubiegłym. Zużyte są budynki, ich instalacje elektryczne, ciepłne, wodno-kanalizacyjne. Niewydolne zaplecze gospodarcze /kuchnie, pralnie/ nie można sprostać zadaniom jakie winno spełniać, wobec w dodatku nadmiernie zagęszczonych oddziałów, mieszczących zwykle dwa razy tyle osób, niż były to przyjęte w założeniach. W zimie w części oddziałów temperatura z trudem osiąga 10°, posiłki są złej jakości stale brak czystej bielizny. Szczególne niebezpieczeństwo stwarza stałe zagrożenie pożarem wobec wadliwej instalacji elektrycznej i niemożności przestrzegania podstawowych przepisów przeciwpożarowych. Każdej chwili grozi katastrofa wymiaru pożaru w szpitalu w Górnej Grupie w 1980 roku.

Oddziały są nadmiernie zagęszczone, w niektórych przypada 2-3-4m² na osobę przy przyjętej 6m². Jest to powodem narastania napięć wśród pacjentów, bywa, że prowadzi do ataków agresji. Część starych oddziałów nie nadaje się do eksploatacji i powinna być remontowana, a o części są dane, że nawet do remontu się nie kwalifikują /24 szpitale podają, że 17 oddziałów nie nadaje się do remontu/.

W końcu 1982 r. liczba łóżek psychiatrycznych wynosiła 28,8 tys. Pokrywała 73% zapotrzebowania szacunkowego na 39 tys. Niedobór wynosi więc ponad 10 tys. łóżek. Biorąc pod uwagę ubytek łóżek wynikający ze zniszczenia starych budynków zapotrzebowanie jest większe, natomiast możliwość realizacji znikoma. Wynika to z ogólnej niewielkiej możliwości inwestycyjnych w służbie zdrowia, z ogólnego zapotrzebowania również w innych specjalnościach medycznych, które zwykle wygrywiają rywalizację o finanse na nowe inwestycje. W wielu województwach zrezygnowano z budowy nowych budynków przeznaczonych dla potrzeb psychiatrii, budowa wielu innych jest opóźniona.

Wydaje się, że rewindykacja nowopowstałych budynków budowlanych dla władz administracyjnych, partyjnych różnych szczebli, lub dla milicji poprawi sytuację w szpitalach i domach opieki. Niestety, po grudniu 1981 r. wszystkie działania rewindykacyjne zostały wstrzymane, a niektóre decyzje, nawet podjęte już wcześniej - cofnięte.

Jeszcze trudniejsze niż w szpitalach psychiatrycznych są warunki w domach opieki społecznej, gdzie przebywa ok. 60 tys. osób, z których 53% stanowią osoby niepełnosprawne z powodu zaburzeń psychicznych /33%/ przewlekłe psychozy, 59% upośledzenia umysłowe, 8% inne zaburzenia niepsychotyczne/. W domach tych często bywa tak, że pielęgniarka stanowi cały fachowy personel, istnieje więc możliwość zabezpieczenia jedynie najbardziej podstawowych potrzeb biologicznych.

Opieka ambulatoryjna prowadzona jest w kraju przez 520 poradni zdrowia psychicznego, ale co czwarta z nich czynna jest jedynie 1-2 razy w tygodniu. Obsługuje ją lekarz w niepełnym wymiarze godzin i pielęgniarka, która zazwyczaj jest wyłącznie rejestratorką. W tej sytuacji poradnie tylko w minimalnym stopniu są w stanie sprostać oczekiwaniom pacjentów i ograniczają się do stosowania nie zawsze dobrze przemyślanych leków.

Kadra lekarska

Prowadzony system sprawozdawczości dotyczy kadr pielęgniarskich i lekarskich nie daje możliwości uzyskania pełnego obrazu stanu i dynamiki zmian personelu psychiatrycznego. W ostatnich latach widoczne jest zmniejszenie dopływu nowych osób, a w niektórych grupach zawodowych obserwuje się nawet obniżenie stanu osobowego. Brak jest danych odnośnie zatrudnienia psychologów i asystentów socjalnych dla celów leczenia psychiatrycznego. Według tych nieprecyzyjnych danych, ogólna liczba psychiatrów w końcu 1980 r. wynosiła 1691 osób, co stanowi 3,6% ogółu pacjentów, a 4,8% lekarzy tej specjalności na 100 tys. osób.

Liczba specjalistów psychiatrów wzrosła w latach 70-tych o 72%, ale od 1977 r. widoczny jest spadek przyrostu psychiatrów.

W 1974-77 - ilość psychiatrów wzrosła o 148 osób

W 1977-80 - ilość psychiatrów wzrosła o 72 osoby.

Bardzo różne jest nasycenie specjalistami psychiatrii w różnych regionach kraju. Najwięcej jest ich w woj. stołecznym, gdzie wypada 7,1 psychiatrów na 100 tys. mieszkańców, najgorzej jest w woj. konińskim gdzie 1 psychiatra przypada na 134,2 tys. ludności, jeden psychiatra na 100 tys. ludzi przypada w województwach: krosnieńskim, ostrołęckim, pilskim, włocławskim, piotrkowskim. Bardzo nierównomierne jest nasycenie psychiatrami szpitali. Np. w Sieniawce, Stroniu Śl., Lubiążu, Kochorowie, Ciborzu - liczba łóżek przypadających na lekarza wynosi ponad 100, w wielu pozostałych szpitalach braki są równie drastyczne. W 27 szpitalach brak jest 300 psychiatrów.

Również w poradniach zdrowia psychicznego sytuacja jest katastrofalna. Z powodu braku lekarzy psychiatrów, wielu poradniom grozi likwidacja lub przynajmniej skrócenie czasu pracy i tak już niewystarczającego. Szacuje się, że w poradniach brakuje około 100 psychiatrów. Niepokojące jest, iż młodzi lekarze nie specjalizują się w psychiatrii. Aż 28% psychiatrów na ponad 20-letni staż pracy, a więc braki kadrowe w najbliższych latach mogą się zaostrzyć jeszcze bardziej. Średnia płaca lekarzy psychiatrów wynosiła w połowie 1982 r. 10,9 tys. zł., kształtowała się więc na poziomie zbliżonym do średniej krajowej. Małe zróżnicowanie płacy, między średnio 9 tys. zł. dla młodszego asystenta, a 12,3 tys. zł. które zarabia ordynator, jest słabym czynnikiem motywującym do pracy i podnoszenia kwalifikacji.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Praca na ostatnią wersją ustawy trwała ponad 10 lat. Od 1977 r. władze odkładały przekazanie projektu do Sejmu i zdecydowały się na nie na przełomie 1980/81 r. Wówczas na wniosek MKZ Gdańsk wstrzymano prace, wyrażając obawę, iż ustawa przewiduje odstępstwo od dotychczasowej zasady dobrowolności badania i leczenia psychiatrycznego. Zaszło tu duże nieporozumienie, gdyż dotychczas te bardzo istotne problemy wolności osobistej regulowane są przez obowiązującą od 1952 r. instrukcję Ministra Zdrowia, a więc prawo bardzo niskiej rangi.

W tej sytuacji praktycznie decyzje o badaniu i hospitalizowaniu są indywidualnymi decyzjami lekarza, nie istnieje przepis umożliwiający pacjentowi odwołanie się od nich. Ustawa miała gwarantować pacjentowi ochronę jego swobód i ograniczać przymus. Oczywiście może to nastąpić jedynie przy pełnej praworządności, przy prawdziwie niezależnych sądach.

Projekt ustawy poza powyższymi sprawami formułował przepisy ochrony zdrowia psychicznego, ochrony praw pacjentów psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Zobowiązał administrację lokalną do zapewnienia warunków do leczenia, rehabilitacji i profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Obecnie przywrócono do wcześniejszych koncepcji, sprzed 1977 r. tzn. do rezygnacji z odrębnej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Minister Zdrowia przygotowuje się do złożenia w Sejmie projektu ogólnej ustawy o ochronie zdrowia, w której wspomniane powyżej problemy zdrowia psychicznego zawarte zostaną jedynie w paru bardzo ogólnych artykułach. A więc znów tak ważne sprawy wolności, praw psychicznie chorych pozostaną praktycznie bez regulacji prawnej.

Od Redakcji:

Według wstępnych informacji w 1982 r. wzrosła w porównaniu z 1981 r. ilość przyjęć do szpitali psychiatrycznych żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową z powodu reakcji sytuacyjnych depresyjnych, lękowych, po próbach samobójczych, samouszkodzeniach. Fakt ten odnotowany był przez wiele szpitali, w rejonie których stacjonują jednostki wojskowe. Brak jednak ścisłych liczbowych danych, w jednym ze szpitali, w którym uzyskano takie dane liczba przyjętych pacjentów tego typu podwoiła się - z 15 w 1981 r. do 29 w 1982 r.

Zagadnienie zwiększenia się w okresie stanu wojennego przypadków samobójstw, ostrych reakcji nerwicowych i psychotycznych, o których donoszą psychiatrzy z różnych stron kraju, będzie przedmiotem osobnego opracowania.

Wydaje się, że ochrona zdrowia psychicznego naszego społeczeństwa i leczenia ludzi z zaburzeniami psychicznymi jest jedną z najbardziej palących i bolących spraw, z którymi mamy do czynienia. Obecna sytuacja grodzi eksterminacją psychicznie chorych i musi budzić najwyższe zaniepokojenie. Dlatego też do tych spraw wracać będziemy wielokrotnie.

UWAGI O STANIE POMOCY SPOŁECZNEJ

Poza zapisem konstytucyjnym, przyznającym obywatelom PRL prawo do pomocy na wypadek choroby, starości lub niezdolności do pracy próżno by szukać ustawowej regulacji pomocy społecznej. Nie ma zatem ustawowo określonego miejsca pomocy społecznej w organizacji całego społeczeństwa, praw i obowiązków zawodowej służby socjalnej i - co najważniejsze - minimalnego standardu życiowego obywateli.

Wedle oficjalnej polityki w tym zakresie podstawową grupę osób, którymi zajmuje się pomoc społeczna, stanowią ludzie starzy i niepełnosprawni. W praktyce oznacza to, iż o podstawowy typ świadczeń pomocy społecznej - zasiłki pieniężne - mogą ubiegać się jedynie osoby w wieku emerytalnym lub osoby posiadające odpowiednie zaświadczenie lekarskie o niezdolności do pracy. Przy czym jest rzeczą znamionną, iż udzielenie świadczeń pieniężnych nie ma charakteru obligatoryjnego ale fakultatywny, co oznacza, że przyznanie pomocy pieniężnej zależy od swobodnego uznania organu administracji państwowej.

Należy do tego dodać, iż w pierwszej kolejności - zgodnie z obowiązującym prawem alimentacyjnym - obowiązek zapewnienia opieki osobie żyjącej w niedostatku i niezdolnej do pracy spoczywa na najbliższej rodzinie. Państwo zatem może ale nie musi przyjść z pomocą tylko wtedy, gdy dana osoba bądź nie ma najbliższej rodziny, bądź najbliższa rodzina sama żyje w niedostatku.

Fakt, że pomoc społeczna nastawiona jest przede wszystkim na udzielanie pomocy materialnej wynika głównie z niewydolności systemu emerytalno-rentowego. Emeryci i renciści stanowią najskłabszą ekonomicznie warstwę społeczną - i co w tej sytuacji naturalnie - najbardziej narażoną na skutki kolejnych podwyżek cen.

Nie mniej wydaje się, iż formuła - którą przyjęły władze, a polegająca na nierozwiązywaniu problemu rent i emerytur z jednej strony, z drugiej zaś - ratowaniu sytuacji za pomocą zasiłków z pomocy społecznej, jest dla władz po prostu najtańsza.

W jakim stopniu potrzeby materialne emerytów i rencistów są zaspokajane - nie sposób określić. Można jedynie szacować, iż z zasiłków pieniężnych korzysta nie więcej niż 200 tys. osób.

Drugą podstawową formą aktywności pomocy społecznej są usługi socjalne dotyczące w zasadzie tylko osób, które są samotne i ze względu na stan zdrowia są na trwałe "przywiązane" do łóżka bądź stopień ich sprawności pozwala tylko na ograniczone czynności w obrębie własnego mieszkania. Usługi te polegają na wykonywaniu podstawowych czynności domowych /zakupy, sprzątnięcie itp/ i - jeśli to konieczne - podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych. Usługi takie są wykonywane co dzień lub co drugi dzień w wymiarze jedno-dwugodzinnym na osobę.

Rzeczą jednak znamionną jest, iż usług tych nie prowadzą instytucje państwowe, lecz organizacje społeczne: Polski Komitet Pomocy Społecznej i - na terenach miejskich - Polski Czerwony Krzyż. Z usług prowadzonych przez te organizacje korzysta około 60-70 tys. osób. Organy pomocy społecznej znają z imienia i nazwiska dalsze 30-40 tys. osób, którym taka pomoc jest potrzebna. Tymczasem jednak są podstawy by szacować, iż samych tylko osób starczych zdanych na opiekę innych jest około 300 - 400 tysięcy.

Ponadto ponad 4 tys. osób sprawnych na tyle, iż może opuścić swoje mieszkanie, korzysta z tzw. dziwnych domów pomocy społecznej, które zapewniają całodienne wyżywienie, opiekę lekarską oraz organizują imprezy o charakterze kulturalnym.

Na dobrą sprawę innego typu usług socjalnych w skali ogólnopolskiej nie ma. W zależności od aktywności oddziałów PKPS i PCK, pracowników socjalnych oraz innych organizacji społecznych gdzieś tam są usługi pralnicze, donoszenie obiadów do domu czy zorganizowanie sprzątnia.

Niewątpliwie skąpa ilość i jakość usług socjalnych - oprócz innych przyczyn zwiększa zapotrzebowanie na te placówki, która sprawuje całodobową opiekę nad ludźmi starymi i niesprawnymi. W Polsce występuje sześć typów pomocy społecznej: dom rencisty - dla osób sprawnych oraz domy dla przewlekle chorych, domy dla niewidomych, domy dla osób ze schorzeniami układu nerwowego oraz domy dla umysłowo upośledzonych dzieci i dorosłych. Pod koniec 1982 r. liczba miejsc w domach pomocy społecznej wszystkich typów kształtowała się na poziomie 62 tys. przy czym uważa się, że aby zaspokoić podstawowe potrzeby w tym zakresie brakuje dalszych 25 tys. miejsc.

Na miejsca w domach pomocy społecznej oczekiwało pod koniec 1981 r. ogółem 14.155 osób, przy czym były to osoby, które już złożyły dokumenty o przyjęcie. Przypuszcza się, iż liczba osób, które powinny być umieszczone w tego typu domach jest znacznie większa. Ponad 6 tys. osób przewlekle i nieuleczalnie chorych przebywało w szpitalach z powodu braku miejsc w domach pomocy społecznej.

Z ogólnej liczby osób zakwalifikowanych w 1981 r. do domów opieki społecznej umieszczonych zostało tylko 41,9% / w 1980 - 46,2%/. Pozostałe 58,1% osób w dalszym ciągu oczekuje na umieszczenie. Niepokojące jest, iż wskaźnik zaspokojenia potrzeb zmniejszył się w 1981 r. we wszystkich typach domów, a najniższy jest w domach dla umysłowo chorych i w domach dla przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego.

Stan techniczny znacznej większości domów pomocy społecznej jest w całym kraju bardzo zły. Zaniedbania w realizacji planów inwestycyjnych spowodowały, że obecnie jedynie 18.300 miejsc / tj. 30,5% ogólnej liczby miejsc / znajduje się w budynkach wzniesionych po II wojnie Światowej. Około 42 tys. miejsc znajduje się w budynkach starych, nieprzystosowanych i często nie nadających się do przystosowania.

Według zebranych danych około 25% miejsc mieści się w budynkach nadających się do likwidacji, z czego 8% - do likwidacji bezzwłocznej. Szczególnie trudna sytuacja występuje w domach dla przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego - 23,5% miejsc nadaje się do likwidacji dalszej, a 19,4% w najbliższej kolejności. Podobnie przedstawia się baza miejsc w domach dla umysłowo opóźnionych dorosłych.

Ogólnie można powiedzieć, iż obiekty stare nie zapewniają właściwych warunków mieszkańcom i personelu domów. Charakteryzują się one zwykle wieloosobowymi sypialniami, brakiem układu korytarzowego, niedostateczną liczbą i powierzchnią pomieszczeń sypialnych i terapeutycznych, niedostosowaniem do potrzeb urządzeń sanitarnych, brakiem dźwigów, a także niedostosowaniem co do wymogów przeciwpożarowych.

Powyżej opisana sytuacja skłania do kilku refleksji.

Podstawową sprawą jest - jak się wydaje - wąski zakres działania pomocy społecznej. Jeśli przyjąć, że pomoc społeczna jest instytucją życia społecznego, która ma ułatwić ludziom życie, stwarzać grupom żyjącym w trwałej deprymacji szansę na większy dobrobyt i rozwój, wówczas jasne jest, że przedmiotem jej zainteresowania nie mogą być tylko ludzie starzy i niepełnosprawni.

Rodziny wielodzietne, rodziny niepełne, rodziny patologiczne - to tylko przykłady tych kategorii, które jedynie marginalnie mogą liczyć na wsparcie ze strony pomocy społecznej. Być może jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest koncentracja pomocy społecznej głównie na potrzebach materialnych.

Uzasadnione wydaje się twierdzenie, że w tej sytuacji nie rozwiązuje ona problemów nawet tych grup, o które w teorii troszczy się najbardziej.

Bo przecież niezaspokojenie potrzeb materialnych jest tylko jednym z wielu braków, które ograniczają szansę jednostki na dobrobyt i rozwój. I dlatego można też powiedzieć, że pomoc społeczna działa nie tylko wąsko ale i płytko. Na dobrą sprawę trudno byłoby w Polsce trafić na ślady tego, co zwykle się nazywa pracą socjalną.

Inna sprawa, że rozwojowi pracy socjalnej nie sprzyjają przyjęte w Polsce sposoby zwalczania takich problemów społecznych, jak alkoholizm i narkomania, a polegająca głównie na działaniu na objawy o charakterze represji karnej.

Niewątpliwie sytuacja ta, tzn. brak lub bardzo ograniczony zakres pracy socjalnej i bardzo słabo rozwinięte usługi socjalne, a z drugiej strony brak zainteresowania innymi niż ludzie starzy i niesprawni kategoriami żyjącymi w trwałej deprecji, powoduje w konsekwencji, iż najpierw pomoc społeczna pozwala na niczym nieskrepowany "rozwój" i nawarstwianie się problemów a potem, kiedy wkracza, sytuacja jest na tyle skomplikowana, że pomoc może przynieść tylko bardzo ograniczone efekty.

Jest zrozumiałe, że taki stan rzeczy jest wyraźnie konsekwencją przyjętego modelu pomocy społecznej i bez jego zmiany nie należy liczyć się z możliwością poprawy sytuacji. Nie mniej można się spodziewać, że pewne efekty przynieść by mogła zmiana istniejących rozwiązań organizacyjnych, albowiem obecny stan rzeczy w tym zakresie powodując znaczne rozproszenie sił i środków, wznacza ograniczenia związane z przyjętym modelem.

Najistotniejszą sprawą jest sposób przyznawania świadczeń pomocy społecznej; obowiązuje zasada że pracownicy socjalni rozpoznają jedynie potrzeby, zaś samo przyznawanie świadczeń znajduje się w rękach administracji państwowej /zasilki pieniężne/ bądź organizacji społecznych /usługi/. W znacznym stopniu sytuacja ta utrudnia racjonalne gospodarowanie i tak niewielkimi zasobami. Przedsiębrane w 1983 r. próby przekazania świadczeń pod kontrolę pracowników socjalnych z niewiadomych przyczyn spełzły na niczym.

Inną, równie ważną sprawą jest kwestia kwalifikacji kadr. Otóż ponad połowa pracowników socjalnych nie posiada jakiegokolwiek przygotowania zawodowego. Przygotowania nie posiadają również działacze organizacji społecznych, którym wyznaczono istotną rolę w systemie pomocy społecznej. Sytuacja ta, poza oczywistymi skutkami, sprzyja woluntaryzmowi i biurokratyzowaniu się kontaktów z ludźmi potrzebującymi pomocy.

Powyżej opisano podstawowe cechy pomocy społecznej w Polsce i główne jej problemy. Jasne jest, iż stan pomocy społecznej jest wysoce niezadawalający. Pewien obraz potrzeb wykonać się może z następujących danych:

- ok. 12% ogółu Polaków stanowią ludzie w wieku emerytalnym,
- średnia emerytura wynosi taledwie 42% średniej płacy w gospodarce uspołecznionej,
- ok. 40% ludności w wieku emerytalnym nie ma stałego niezależnego źródła dochodu,
- ok. 14% ogółu ludności stanowią ludzie niepełnosprawni,
- ok. 14% ogółu ludności to osoby nadużywające lub uzależnione od alkoholu,
- ok. 1% do 3% /wedle różnych szacunków/ ogółu ludności to osoby uzależnione od narkotyków.

Mimo to należy cieszyć się, że pomoc społeczna w ogóle jest. Na jej obronę ponadto można powiedzieć, że stosunkowo młoda; w PRL pojawiła się dopiero pod koniec lat 50-tych pierwsze szkoły pracowników socjalnych powstały niespełna 20 lat temu.

Nie mniej jasne jest, iż rząd nie przywiązuje do pomocy społecznej zbyt wielkiej wagi i dostrzega ją tylko wtedy, gdy potrzebna mu jest do celów propagandowych. W tej sytuacji, choć państwo wzięło na siebie odpowiedzialność, ludzie rozwiązując swoje problemy mogą liczyć w zasadzie tylko na siebie.

Powyższe uwagi miały na celu po pierwsze - ukazanie ogólnego obrazu pomocy społecznej w Polsce, a po drugie - w sposób bardzo orientacyjny - wskazać stopień jej adekwatności/ a w zasadzie jej nieadekwatności/ w stosunku do potrzeb społecznych.

Wobec znikomości informacji i danych - sprawozdawczość i statystyki służą bardziej potrzebom administracji niż opisowi rzeczywistości społecznej - przyjęta tu formuła opisu, choć sama w sobie wysoce nieprecyzyjna, wydawała się jednak jedyną możliwą do zastosowania.

Jan Farmaceuta

W SPRAWIE WYKORZYSTANIA LEKÓW Z DARÓW ZAGRANICZNYCH

Od Redakcji:

Uwagi Jana Farmaceuty stanowią wstęp do możliwie obszernego omówienia zagadnienia darów zagranicznych i ich wykorzystania w naszych placówkach leczniczych, a także sprawy zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny. Redakcja "Zeszytów" apeluje do wszystkich zajmujących się lekami z darów o przygotowanie opracowań tych spraw. W szczególności interesuje nas jaki procent stosowanych leków w danej placówce pochodzi z darów zagranicznych. Według wstępnych szacunków w niektórych szpitalach zapotrzebowanie na leki, których dystrybucja w kraju jest niedostateczna, pokryta jest w 20-40% z darów, a w zakresie drobnego sprzętu jednorazowego użytku nawet w 50-60%.

W następnym numerze "Zeszytów" umieścimy specjalne podziękowanie dla tych ofiarodawców zagranicznych, którzy okazali naszym chorym największą pomoc w trudnych dla nas czasach.

Jest sprawą ogólnie znaną, że zaopatrzenie zarówno szpitali jak i lecznictwa otwartego w leki jest więcej niż niewystarczające. Na szczęście ten deficyt leków jest od trzech lat skutecznie wyrównywany lekami z darów, które przychodziły w bardzo dużych ilościach. Obecnie ilość darów bardzo zmalała. Leki z darów stosowane są na odpowiedzialność lekarzy, którzy je przepisują, gdyż są to leki nie figurujące w Urzędowym Spisie Leków i niedopuszczone do obrotu w Polsce. Istnieje jednak konieczność stosowania ich, gdyż:

1/ Dostawy leków polskich, szczególnie w niektórych asortymentach, w niewielkim stopniu pokrywają zapotrzebowanie /5-20%/. Do leków tych należą preparaty potasowe /np. Kaliumeffervescens, brak zupełnie tabletek z solami potasu nie drażniących przewodu pokarmowego, wolnodziałających/, dipirydamol /Curentyl/, leki żółciopędne /przede wszystkim Raphacholin/, węgiel leczniczy, enzymy trzustkowe. Niedobór ten dotyczy także leków sprowadzanych z krajów bloku wschodniego jak Prolectin /Węgry/, Dopegyt /Węgry/, a zwłaszcza Corinfar /NRD/.

2. Jeszcze mniejsze pokrycie zapotrzebowania występuje w grupie leków sprowadzanych z krajów strefy dolarowej, głównie z Jugosławii, a rozprowadzanych przez wytypowane apteki, prowadzące tzw. "reglamenty". Leki reglamentowane są dostarczane do tych aptek w sposób bardzo nierytmiczny /czasem brakuje ich przez szereg miesięcy/, a ilości pokrywają jedynie małą część zapotrzebowania. Leki z darów stosowane są stale dla zastąpienia niedoborów Vita-jodurołu czy innych kropli do oczu stosowanych w zaciem, preparatów Talusin i Brinerdin oraz Voltarenu.

3/ Asortyment leków produkowanych w Polsce jest bardzo wąski. Leki z darów rozszerzają ten asortyment o leki ogólnie uznane za skuteczne jak: emioderon /Corderone/, disopyramid /Rythomodan/, pentoksyfilina /Trental/, Ketotifen /Zediten/ oraz o nowe antybiotyki, co jest szczególnie ważne w związku z wytwarzaniem się szczepów bakteryjnych na antybiotyki dotychczas stosowane w Polsce. W grupie antybiotyków szczególnie cennymi okazały się amokscylina, sonycyna, tobranycyna, amikacyna oraz cefalospiryny nowych generacji, zwłaszcza w postaciach nadających się do stosowania pozajelitowego. Antybiotyki z darów uratowały życie wielu chorym z ciężkimi zakażeniami wywołanymi przez drobnoustroje odporne na stosowane w Polsce antybiotyki. Wśród darów znajduje się wiele form farmaceutycznych nie produkowanych w Polsce, które ułatwiają racjonalną farmakoterapię. Są to np. leki bakteriobójcze w formie aerozolu do rozpylenia w gardle /Locabiotol/ oraz formy o przedłużonym działaniu, szczególnie ważne w przypadkach schorzeń przewlekłych leczonych lekiem o krótkim działaniu. Bardzo dobre w działaniu okazały się azotyny o przedłużonym działaniu stosowane w chorobie wieńcowej i pochodne teofiliny stosowane w astmie oskrzelowej.

Sprawą nieco kontrowersyjną jest skuteczność organopreparatów nieprodukowanych w Polsce, a dostarczanych z darami. Preparaty te bardzo poszukiwane przez lekarzy i pacjentów /Rumalon, Cerebrolizyna, Vasolastyna/, zostały przez niektóre kraje zachodnie zarzucone z powodu małej przydatności leczniczej.

4/ Leki z darów znajdują również zastosowanie w tych przypadkach, gdy zdaniem lekarzy, polskie odpowiedniki nie są równoważące z preparatami zagranicznymi. Takim lekiem są np. preparaty witamin D. Witamina ta nie jest produkowana w Polsce w postaci nadającej się do wstrzyknięcia, a wielu lekarzy uważa to drogę za najlepszą w przypadku konieczności zastosowania dawek uderzeniowych. Polskie preparaty doustne, według obiegowej opinii, są źle wchłaniane, co nie znajduje jednak potwierdzenia w wynikach badań przeprowadzonych i publikowanych przez przemysł farmaceutyczny. Również opracowany przez przemysł farmaceutyczny preparat Enzymix nie znalazł uznania klinicytów i uważany jest za gorszy od importowanej poprzednio Mexasy.

5/ Leki z darów ułatwiają otrzymanie leku dostępnego w PRL jedynie w drodze tzw. importu docelowego. Otrzymanie leku tą drogą wymaga zmuszonych formalności^{x/}. Leki te są odpłatne, a ceny nie dla każdego dostępne. Zdarzają się też dość częste przypadki nieotrzymania leku zamówionego jako import docelowy lub realizacji zamówienia po wieloniesięcznym oczekiwaniu, co stawia pod znakiem zapytania celowość terapii. W chwili obecnej trudno ustalić w jakim procencie brakujące leki lekośpisowe są zastąpione przez leki pochodzące z darów państw zachodnich. Obserwuje się również zjawisko swoistej "mody" na pewne leki zagraniczne poza lekami mającymi istotne znaczenie terapeutyczne. Zdarza się, że chorzy wolą lek zagraniczny o składzie obiektywnie gorszym niż odpowiedni preparat polski. Reasumując tych kilka uwag opartych o nasze własne obserwacje i doświadczenie, należy stwierdzić, że pomoc zagraniczna w postaci dostaw leków jest w obecnej sytuacji gospodarczej kraju nadal konieczna. Poczujemy się również do obowiązku wyrażenia naszej głębokiej wdzięczności i podziwu dla tych wielu setek ludzi na Zachodzie, którzy nie szczędzą środków materialnych, a często także poświęcają wiele własnego czasu z urlopu, aby tę pomoc zorganizować. Czy zdajemy sobie sprawę z tego, ile trzeba wysiłku, aby te leki zebrać od osób prywatnych, aptek lub z zakładów przemysłu farmaceutycznego, potem je zapakować i wyeksportować do Polski? Często te same osoby konwojują transporty narażając się na granicy polskiej na szereg przykrości a nawet szykan z przetrzynywaniem godzinami na mrozie, poleceniem wyładowania całego transportu w komorze celnej, tak aby celnicy mogli grzebać w pudłach z lekami szukając... broni!

O tych wspaniałych ludziach i organizacjach charytatywnych zachodnich trzeba koniecznie napisać szerzej w najbliższej przyszłości.

Janusz Kowalik

OGRANICZENIA WOLNOŚCI A.D.1984 - PRÓBA ANALIZY KLINICZNEJ

Mówiąc o ograniczeniach wolności mamy na ogół na myśli ograniczenia zewnętrzne, mające swoje źródła w sytuacji politycznej.

Treścią poniższych uwag jest próba wskazania, że wolność jednostki ograniczać mogą także mechanizmy psychologiczne danej osoby. Dzisiejsze rzeczywistość społeczna wydaje się być odpowiednim tłem do tych rozważań, tym bardziej, że pytanie, jak tym zjawiskom przeciwdziałać nie jest jedynie podyktowane ciekawością badacza.

Perspektywa kliniczna, a więc bezpośredni kontakt z drugą osobą oraz próba wnikięcia w jej przeżycie uzasadniają analizę trzech sytuacji: a/ sytuację człowieka działającego w nielegalnej opozycji, b/ sytuację osoby sprawującej władzę, c/ sytuację człowieka w małym stopniu uczęszczającym w życiu społecznym umownie - "szarego człowie-

x/ Red. - ostatnio import ten został jeszcze bardziej ograniczony przez znaczne zawężenie listy preparatów dopuszczonych do zamawiania tą drogą.

ka". W każdej z tych sytuacji na jednostkę ludzką czyhają niebezpieczeństwa, których wspólnym efektem jest ograniczenie wolności.

1. Pułapki emocjonalne czyhające na działacza opozycji:

a/ casus "Narcyz". Osoba, której zależy na ekspozycji własnego "ja", na uznaniu i poklasku, a więc osoba, u której dominuje element narcyzmu skazana jest na działanie, które w szybkim czasie wiedzie do dekonspiracji. Motyw miłości własnej i szukania szybkiej sławy sprawiają, że możliwość realizowania wyznaczonych zadań zostaje ograniczona. Można przypuszczać, że w gruncie rzeczy nie wartości wyznaczyły kierunek działania, a właśnie potrzeba ekspozycji samego siebie.

b/ casus "Sensytywny Konspirator". Towarzyszące działaczowi opozycji stałe poczucie zagrożenia prowadzi może do narastającej nieufności wobec innych. Niechęć lub agresja do kogoś drugiego szybko wiedzie do donysków, które stopniowo mogą stać się przekonaniem, że owa osoba jest inwigilatorem, prowokatorem, czy pracownikiem urzędu bezpieczeństwa. W ten sposób poczucie zagrożenia może utrudnić realistyczne spostrzeganie rzeczywistości, a w efekcie ograniczyć wolne działanie. Mechanizm rzutowania agresji połączony z poczuciem zagrożenia wiedzie do sensytywności. Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że tego typu zjawisko może mieć miejsce także wtedy, kiedy podejrzenia np, że jest się śledzonym nie są bezpodstawne.

c/ casus "Konrad". Mickiewiczowski Konrad mówił: "Ja czuję nieśmiertelność; nieśmiertelność tworzę". Podobne przeżycia, choć nieraz na poziomie podświadomym mogą towarzyszyć działaczowi opozycji, kiedy przekonany jest o swej misji, o zadaniu wobec społeczeństwa. Problem powstaje wtedy, kiedy frustruje go i zniechęca brak bezpośrednich, trwałych sukcesów. Z kogoś, kto chciał społeczeństwu służyć staje się kimś, kto wobec społeczeństwa czuje silną agresję, a niekiedy wrogość. Do tych przeżyć dołącza się poczucie smutku i depresja, która z punktu widzenia mechanizmu powstania może być po prostu autoagresją.

d/ casus "Bij komucha". Jeśli u działacza opozycji głównym motywem działania jest agresja i wrogość, niezdolność odróżnienia struktur od ludzi oraz głęboko uwarunkowana potrzeba destrukcji, wówczas jest on nie tylko nieefektywny w swoim działaniu, ale i sam cierpi. Efekt może być podobny jak w poprzednim przypadku: depresja, narastające zniechęcenie i wrogość do otoczenia, uniemożliwiająca wolne wybory i działanie.

2. Mechanizmy psychologiczne spostrzegane u osób sprawujących władzę. Na osobę sprawującą władzę czyha niebezpieczeństwo zatracenia poczucia rzeczywistości, narastające niekiedy do poziomu paranoidalnego nieufności /"oni chcą mnie władzy pozbawić"/, czy nastawienie posłannicze /"gdyby nie ja..."/ Często występuje mechanizm zaprzeczenia - wypieranie ze świadomości tego wszystkiego, co w jakiś sposób kłóci się z "bezpieczną dla autoportretu" wizją siebie samego i otaczającej rzeczywistości. Mechanizm szukania grupy wsparcia pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy wiele wskazuje na to, że nie jest się akceptowany przez otoczenie.

Spośród innych mechanizmów immanentnie związanych z jednostką sprawującą władzę zwraca uwagę dominujący, a ujawniony niekiedy w formie drastycznej motyw: "Oddanie władzy innym byłoby dla wszystkich wielkim nieszczęściem". Na patologię władzy zwrócił uwagę w swym przenikliwym studium prof. dr Antoni Kępiński zmarły przed ponad 10 laty psychiatra /Kępiński 1972/. Praca ta, a także liczne biografie tzw. wybitnych polityków dobrze ilustrują tezę, że sprawowanie władzy jest nierozłącznie związane z najwyższym ryzykiem utraty wolności wewnętrznej.

3. Mechanizmy psychologiczne spostrzegane u tzw. "szarego człowieka".

Każda osoba potrzebuje znaleźć jakieś wyjaśnienie aktualnej sytuacji oraz umieścić w niej w sposób sensowny siebie samego. Lecz obok poczucia rzeczywistości towarzyszy człowiekowi potrzeba bezpieczeństwa nie tylko biologicznego, ale i psychologicznego i społecznego. Kiedy to poczucie jest zagrożone /np. gdyby z poczucia rzeczywistości wyznawanych wartości wynikało, że obowiązkiem jest działać, a działanie naraża na represje/, wówczas w sukurs temu poczuciu bezpieczeństwa przychodzi tzw. mechanizmy obronne, będące swoistym samookłamywaniem się. W jednostce ludzkiej

dochodzi do racjonalizacji, powstaje koncepcja zadośćczyniąca potrzebie posiadania pozytywnego autoportretu. Jest więc taka sytuacja źródłem szeregu pułapek, oddalających od wolnego myślenia i wolnego działania. Oto przykłady:

- Pułapka "Wallenroda". Racjonalizacja ta polega na zgodzie wewnętrznej na nierealizowanie własnych wartości przez jakiś czas, przy założeniu, że w sprzyjających okolicznościach nastąpi powrót do nich i to z pasją. Motyw ten był dość częsty w okresach, kiedy popularna była iluzja o "socjaliźmie z ludzką twarzą" i owocował np. wstępowaniem tzw. uczciwych ludzi do partii. Z oczywistych względów w obecnym okresie racjonalizacja ta funkcjonuje rzadko, znacznie rzadziej, niż motyw podobny: "Jeśli ja nie zgodzę się przyjąć stanowiska X, to przyjdzie jakaś kanalia i wtedy dopiero będzie nieszczęście".

- Pułapka "Wszystko już było". Motyw ten w pewnym stopniu podobny do pułapki "Titanic" owocuje poddaniem się, kapitulacją przed Historią. Argument, że "jak świat światem zawsze było wiele zła i niesprawiedliwości" jest często stosowany przy usprawiedliwieniu siebie samego w roli biernego przedmiotu, bez wpływu na rzeczywistość. Taka postawa wydaje się być szczególnie silnym zagrożeniem wolności podmiotu.

- Pułapka "Coś w tym jest". U ludzi nieuwrażliwionych na nowo-mowę jest to jedna z reakcji na nachalną propagandę. Siła słowa pisanego i mówionego oraz propaganda jako oręż w procesie zniczawiania umysłów jednostek jest zagadnieniem szerokim i wykraczającym poza rany niniejszych uwag. Warto jednak wspomnieć, że w pułapce "Coś w tym jest", a więc dawanie wiary, że nawet w największym kłamstwie jest ziarno prawdy, wpada się na poziomie podświadczym, co czyni to niebezpieczeństwo jeszcze groźniejszym. Niepoddawanie się nowo-mowie jest jednym z podstawowych wymogów higieny psychicznej.

- Pułapka "Marchewki". Do kanonów wiedzy pedagogicznej należy prawda, że nagrody są bardziej skuteczne niż kary. Prawdliwość tę można zilustrować przykładami ludzi, którzy nie poddawali się najcięższemu represjom, a ulegli pochlebstwom, nagrodom czy zaszczytóm. Przejmujący opis takiej sytuacji daje Aleksander Wat /Wat 1977/ opisujący dzieje Broniewskiego. Nagroda wiąże, zwłaszcza nagradzanego a to wiązanie przybiera nieraz charakter zniewolenia. Tym bardziej złowieszczą wymowę mają zamieszczone niemal codziennie w prasie oficjalnej listy coraz to nowych osób odznaczonych przeróżnymi medalami czy dyplomami. Sam fakt, że ma to często charakter groteskowy nie zmniejsza samego problemu.

- Pułapka "Wszyscy kradną". Jest znamienne, że sytuacja społeczna w Polsce tak jest skonstruowana, że na każdym kroku jest okazja do drobnych przynajmniej nieuczciwości. Cienka granica między tym, co uczciwe, a tym co "trochę nieuczciwe" może wieść do odwrócenia moralnego a w swojej konsekwencji do zgody na coraz większy zakres zła, "bo przecież ja też nie mam czystych rąk". Efekty takiej postawy dramatycznie ukazuje Borys Lekickij /Lewickij 1965/.

Wyżej przedstawione pułapki czy mechanizmy obronne nie stanowią pełnego zestawu niebezpieczeństw natury psychologicznej i nigdy nie występują w formie "czystej" bez domieszek innych przeżyć, czy zachowań. Arbitralnie tu wybrane mają jedynie uświadomić fakt, że niebezpieczeństwo zniewolenia umysłu jest powszechne, oraz że uwrażliwienie się na to zagrożenie może być choćby częściowym antidotum.

Wyjście z błędnego koła: "lęk - postawa defensywna" jest możliwa, kiedy jednostka przejmuje orientację na wartości, określone wartości wybiera dobrowolnie, a z tego wynika ich realizacja. Wówczas mechanizmy psychologiczne mogą w mniejszym stopniu ograniczać wolę. Życie danej osoby nie stanie się może bardziej przyjemne czy łatwiejsze, lecz stanie się bardziej godne.

- A. Kepiński: "Psychopatologia władzy" W: Rytm Życia, Kraków 1972

- A. Wat: "Mój wiek, Pamiętnik mówiony" Londyn 1977

- B. Lewickij: "Terrore i Rewolucje" Paryż 1965a