

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 MYŚLI LEKARSKIEJ

Numer 5

wrzesień 1985

Numer specjalny - PO TRAGEDII WE WŁOCŁAWKU

S p i s t r e ś c i

Artykuł redakcyjny - Nie możemy się godzić	2
Piotr Prawecki - Odpowiedzialny jest system/korespondencja z Włocławka dla "Zeszytów"/.	3
Jen Niewczesny - Płyny do infuzji w polskiej pediatrii.	6
Emka - Przepisy i realia	8
SKN - Przed wyborami do sejmu	12

Artykuł redakcyjny NIE MOŻEMY SIĘ GODZIĆ.

Śmierć ośmiorga noworodków spowodowana przetoczeniem zakażonej albuminy w Wojewódzkim Szpitalu we Włocławku skłoniła nas do wydania specjalnego numeru "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej". Nie chodzi nam o przedstawienie szczegółów wydarzenia - rozpisywała się o tym cała rządowa prasa. Nie będziemy też wnikać w sprawę osobistej odpowiedzialności poszczególnej pielęgniarki lub lekarza za przebieg zdarzeń i wnikać w możliwe zawinione przez personel zaniedbania, które stały się bezpośrednią przyczyną śmierci owych dzieci. Nikt z nas nie był tej nocy na Oddziale Noworodków Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego we Włocławku i nie jesteśmy powołani do roztrząsania szczegółów.

Wydarzenia we Włocławku nie jest pierwszą tego rodzaju tragedią. Poprzez dziko ją już wiele przypadków znanych ogółowi. Przypomnimy choćby pożar w Górnej Grupie, który pociągnął za sobą hekatomba bezradnych ofiar - ludzi chorych psychicznie. Traktujemy zatem w tej chwili śmierć niemowląt we Włocławku jako przykład sytuacji, na którą nie można dłużej patrzeć w milczącym przyzwoleniu, bo tragedie takie będą się mnożyć.

Chodzi o to, aby opinia publiczna dobrze rozumiała przyczynę tych zjawisk i kategorycznie domagała się jej usunięcia. Uświadomienie sobie tego jest również potrzebne środowisku lekarskiemu. Gdy wybuchł pożar w Szpitalu Psychiatrycznym w Górnej Grupie - był to rok 1980 - mogliśmy nie tylko głośno, ale i oficjalnie protestować. Zrobiliśmy wówczas znacznie za mało, pochłonięci nawalaniem innych spraw i głęboko przekonani, że będziemy mieli mnóstwo czasu, aby doprowadzić do niezbędnych zmian. Stało się inaczej.

Teraz już nie mamy czasu. Nie stać naszego społeczeństwa na dalsze ofiary bezmyślności systemu i nie stać nas na dalszą demoralizację i upadek podstaw naszego zawodu.

Wszyscy muszą sobie to wyraźnie uprzytomnić: to co się stało we Włocławku mogło stać się wszędzie; pożar może wybuchnąć w setkach rozsypujących się polskich szpitalach. Władze resortu zdrowia doskonale o tym wiedzą, tak jak wiedziały o sytuacji techniczno-sanitarnej szpitala we Włocławku. Wiedzą też najlepiej o tym, że leków brak, co nie przeszkadza nikomu np. bezmyślnie importować albuminę w dużych opakowaniach bezużytecznych dla niemowląt. Sytuacja pogarsza się z miesiąca na miesiąc - o tym też władze służby zdrowia wiedzą od lat.

Nie znalazł się nikt pośród tzw. decydentów w resorcie zdrowia, któryby przeciwstawił się ostro i jawnie postępującym stale, od co najmniej 30 lat, oszczędnościom w zakresie inwestycji w służbie zdrowia; kto by zmienił obłędną politykę w zakresie zaopatrzenia w leki. Przeciwnie, Ministerstwo Zdrowia przyzwoliło na zamknięcie w 70-tych latach szeregu spółdzielni produkujących leki i odczynniki laboratoryjne, akceptowało wstrzymanie produkcji różnych ważnych leków i eksportowanie innych stale brakujących. Nie zorganizowano niczego, co by mogło zapewnić właściwą bazę szpitalną, nawet prawidłowych remontów. Mimo rozbudowanej administracji i systemu kontroli stacji Sanitarно-Epidemiologicznych wykonanie u chorego szybkich prawidłowych badań bakteriologicznych w większości szpitali w Polsce, jest niemożliwe. Same kontrole niczego tu nie ułatwiają, tym bardziej, że resort nie wyciąga żadnych wniosków dla swej działalności z raportów Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych. Wnieski te pociągnęłyby za sobą koszty. Nie zapewniono więc również ani możliwości diagnostyki mikrobiologicznej, ani właściwych środków odkażających i urządzeń do czyszczenia, ani jednorazowego sprzętu do wstrzyknięć, infuzji itd. Jedynym działaniem resortu było opłatywanie służby zdrowia siecią sprzecznych ze sobą, bezmyślnych lub niewykonalnych w tych warunkach przepisów.

Jak w lustrzanym odbiciu mogliśmy zobaczyć konsekwencje tej polityki władz w postaci tragedii we Włocławku. Najwyższą cenę zapłacili za to niewinni ludzie - rodzice zmarłych dzieci, ale także płacą za to "bezpośredni sprawcy" - aresztowany lekarz dyżurny, były ordynator i cała służba zdrowia.

Odpowiedzialność za to, co w tej chwili dzieje się w zakładach służby zdrowia, za bezpośrednie zagrożenie życia chorych, ponoszą władze resortu zdrowia ślepo posłuszne decyzjom władz politycznych z pełną świadomością skutków ograniczające finanse na służbę zdrowia i skazujące na zagładę nasze lecznice.

Nie jest ważne, kto rozpoczął tę politykę - czy Sztachelski za czasów Bieruta, czy jego następcy z czasów Gomułki, Gierka, Jaruzelskiego. Nikt z

nich tego procesu nie zahamował. Dziś - po zawinionej przez władze tragedii we Włocławku min. Tadeusz Szlachowski kandyduje do Sejmu z tzw. listy krajowej; wygłasza takie przemówienia o etyce lekarskiej i o odpowiedzialności, w chwili, gdy on i jego współpracownicy powinni pójść do dymisji wraz z milczącą Radą Naukową przy Ministrze Zdrowia z "gwiazdą telewizyjną" - prof. Jeliaszewiczem - na czele.

Jedynym na razie pociągnięciem administracyjnym było... zamknięcie oddziału Położniczego we Włocławku /w myśl zasady "było źle, będzie jeszcze gorzej"/ i rozesłane telefonogramem zarządzenie, że z jednego opakowania można podać lek tylko jednemu choremu, a niewykorzystaną resztę zniszczyć.

Spółeczeństwo polskie ma prawo żądać od władz resortu zdrowia przyznania się do winy za wszystkie zaniedbania. Ma prawo żądać przedstawienia rzeczowego projektu radykalnej i szybkiej zmiany istniejącej sytuacji.

Żądać tego jest również obowiązkiem lekarzy i pielęgniarek, bowiem w ich rękach jest życie chorych, oni odpowiadają za wszystko co się dzieje. I muszą odpowiadać. Żadnego własnego zaniedbania lekarskiego czy pielęgniarskiego nie wolno niczym tłumaczyć. Wszelkie odstępstwa od zasad etyki lekarskiej i sztuki medycznej muszą być piętnowane i usunięte z naszego życia.

Solidarność Służby Zdrowia i Społeczna Komisja Zdrowia będzie na łamach naszych wydawnictw ujawniać wszelkie fakty takich wykroczeń.

Sprawa Włocławska unacznika chyba lekarzom, że nie mamy moralnego prawa brania milczącego udziału w tym co stworzyły władze. Nie wolno nam nawet pozornie zgadzać się z nierealnymi lub szkodliwymi przepisami i cicho je omijać. Trzeba po prostu jawnie odmawiać ich wykonania. Codziennie głośno lub na piśmie domagać się zapewnienia właściwych warunków do pracy, godnego bytowania chorych w szpitalu, zaopatrzenia we właściwe leki /nie tylko asortymentowo ale i we właściwą dla określonych potrzeb postać/ i niezbędny sprzęt, nie godzić się na personel nie nadający się do pracy przy chorych/"bo innego nie ma"/, naruszanie tajemnicy lekarskiej, oszczędzanie na dyżurach itp.

Jeżeli my nie wymusimy tego wszystkiego - nie będzie niczego. Trzeba mieć odwagę głośno i solidarnie odmówić pracy w warunkach zagrażających bezpieczeństwu chorych. Nie ma się kogo bać - niższych funkcjonariuszy administracji państwowej, Partii i SB? Pamiętajmy, jeżeli coś się stanie - odpowiedzialny będzie lekarz, on pójdzie do więzienia, nie oni! Bać się musimy tylko tego, że przez rzekome działanie dla dobra sprawy, choremu stanie się nieodwracalna krzywda.

Czas już przyszedł, aby to wszystko wyraźnie sobie uświadomić i zażądać od władz, nie tylko rozliczenia, ale przede wszystkim konkretnych rozwiązań.

Redakcja

Piotr Prawecki

ODPOWIEDZIALNY JEST SYSTEM

/ korespondencja z Włocławka dla "Zeszytów"/.

Gdy pewnego dnia we włocławskim szpitalu zmarło pięcioro noworodków, a w ciągu kilku następnych dni dalszych troje, w całej Polsce rozległ się szum: Co się stało? Jak to możliwe? Sprawą zajął się prokurator, komisja Ministerstwa Zdrowia. Posypały się kary administracyjne. Zwolniono dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, w którym wydarzyła się tragedia, ordynatora oddziału noworodków i siostrę oddziałową. Wszystkich, którzy ponosili odpowiedzialność z urzędu. Z urzędu w tym szpitalu.

Skoro jednak ordynatora oddziału noworodków nie uratowało to, że był na urlopie, Ministra Zdrowia nie powinno uratować to, że był w Warszawie. Jeśli już bowiem szukać ludzi imiennie odpowiedzialnych za sprawę, on to właśnie znajduje się na pierwszym miejscu. Oczywiście w tym ustroju każda odpowiedzialność jest umowna. Rzeczywistą winę za nieszczęścia, które coraz częściej nawiedzają służbę zdrowia - pożar szpitala psychiatrycznego w Górnej Grupie, śmierć 4 kobiet w Skubicach, śmierć 8 noworodków we Włocławku - ponosi system, który hojnie przeznaczają pieniądze na zbrojenia, skąpiąc ich na ochronę ludzkiego zdrowia. Także system i ludzie, którzy mu służą.

Koszmar Włocławka polega na tym, że nikt naprawdę nie jest winien. Ośmioro dzieci zmarło w ciągu tygodnia, pięcioro jednej nocy i nie ma kogo za to ukarać. Mówię o karach sprawiedliwych. Aresztowanie zastępcy ordynatora oddziału, który owej strasznej nocy pełnił dyżur, świadczy o tym, że być

może poza karami administracyjnymi będą i inne. Ale jeśli tak się stanie, to ukarani spełnią rolę kozłów ofiarnych. Oby ich nie było.

Tej nocy, z 8 na 9 sierpnia, dwie pielęgniarki, które pełniły dyżur w jednym z dwóch pododdziałów oddziału noworodków, miały pod opieką 40 niemowląt i siedmioro noworodków, które właśnie przyszły na świat. Wśród nich dzieci chore i zdrowe. Każde trzeba przewinąć i napoić, niektórym podać lekarstwa.

Jest to właściwie praca nie do wykonania. A jednak wykonują ją już 20 lat. Co czwarty dzień. Dyżury wypadają często, ponieważ w szpitalu brak 120 pielęgniarek. Opłata za przepracowaną noc wynosi 300 zł. Średnia pensja pielęgniarki z 20-letnim stażem - 13 tys. zł.

Wszyscy przyzwyczaili się do tego, że można pracować w warunkach, w których właściwie nic nie powinno się robić. I dlatego, gdy o godzinie 22.40 zmarło pierwsze dziecko /poprzednich dwoje zmarło na oddziale intensywnej terapii, i od początku nie rokowano dużej nadziei na życie/, w szpitalu przyjęto tę wiadomość spokojnie. Zdarza się, że zdrowe dziecko umiera. Gdy jednak w dwie godziny później zmarło następne, a o czwartej nad ranem trzecie, pielęgniarki wpadły w popłoch. Były przerażone i bezradne. Lekarz też.

Dzieci wykazywały objawy wstrząsu toksyczno-septycznego. Od razu podejrzewano, że taki skutek mogła wywołać albumina, ponieważ innych zastrzyków dożylnych nie otrzymały.

Jest sprawą niejasną, czy lekarze i pielęgniarki wiedzieli o tym, że albuminę należy wylać po czterech godzinach od nakłucia butelki, czy też o tym nie wiedzieli, ponieważ jednak nie ma to znaczenia, ponieważ nikt o zdrowych zmysłach nie będzie wylewał lekarstwa, którego brak. Chyba, że jest to człowiek bardzo ostrożny i obdarzony dużą wyobraźnią. Podobno był we Włocławku jeden taki, ale zwrócono mu uwagę na niewłaściwe zachowanie.

Albuminę sprowadzamy z Anglii i Austrii w dużych, 250 ml opakowaniach. Noworodkowi daje się 10 do 50 ml lekarstwa. Bardzo cennego, po które kierowniczka apteki szpitalnej we Włocławku jeździła, bywało karetką pogotowia do innych miast. Nie podać albuminy to skazać dziecko mające wysokie stężenie bilirubiny we krwi na uszkodzenie mózgu. I jak w tej sytuacji stosować się do wskazań producenta?

Albuminę oszczędza się. A ponieważ nikt dotąd z tej oszczędności nie umarł, nikomu też do głowy nie przyszło, aby postępować inaczej, niż zwykle. Pozostaje więc pytanie, dlaczego akurat te dwie butelki, których zawartość uśmierciła ośmioro dzieci, były zakażone?

Można odpowiedzieć na to pytanie wprost: tragiczny zbieg okoliczności, w warunkach, który go prowokował. Na czym ów zbieg okoliczności polegał - dlaczego akurat tego dnia bakterie zebrały się w butelkach z albuminą - nikt na razie nie ustalił i pewnie nie ustali.

Szpital starał się o względnie przyzwoite warunki sanitarne i Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna nie zgłaszała do niego większych zastrzeżeń. Wiadomo jednak, że o aseptyce nie można tam było marzyć. Po wypadku przeprowadzono kontrolę sanitarną znajdując gronkowca na słuchawce lekarskiej... Tam było i tak bardzo czysto, jak na warunki techniczne tego szpitala - mówi dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.

Jak na warunki... Wypadek we Włocławku wstrząsnął opinią publiczną. Ale przecież codziennie w Polsce nie jeden człowiek umiera z brudu. Odchodzi cicho "na zakażenie", "na zapalenie płuc", "na infekcję wirusową", "na żółtaczkę zakaźną". Umierają w nędzy. W nędznych szpitalach, na oczach nędznie opłacanej i coraz bardziej obojętnej służby zdrowia.

Uodporniamy się. Umarł, bo musiał. Ileż razy, lekarze zadowolają się tym komentarzem zagłuszając w sobie głos sumienia, który mówi: "Nie musiał, umarł, bo zgadzamy się pracować w warunkach, w których możliwość wyleczenia człowieka coraz częściej stawać się będzie szczęśliwym przypadkiem".

Szpital we Włocławku zbudowany został 20 lat temu na 427 łóżek. Obecnie mieści się w nim 749 łóżek. Tzw. wskaźnik zaplecza /powierzchnia pomieszczeń zaplecza w stosunku do powierzchni pomieszczeń leczniczych/ przekroczony jest ponad dwukrotnie. Nikt mi nie wmówi, że w takim szpitalu może być czysto.

Wózki z brudną bielizną mijają się na korytarzu z tymi, które wiozą chorym talerze z zupą. Lekarze wędrują w płaszczach przez cały budynek, aby rozebrać się w prowizorycznej szatni w podziemiach.

W aptece nie ma digestorium, a w stacji krwioudostwa krzesel /ani miejsca na nie/. Woda nie dochodzi na pierwsze piętro. W sali operacyjnej jeszcze niedawno odpadał tynk, jedzenie dla niemowląt gotuje się obok w pralni. Za to bardzo ładnie szpital wygląda z zewnątrz. Można go pokazywać w telewizji. Zielone klomby, sadzawka, sadzewione alejki. Na przeciwko las. Cisza.

Były dyrektor naczelny dwukrotnie w ciągu półtora roku swego urzędowania wysyłał do władz pisma alarmujące. Na żadne nie otrzymał odpowiedzi. Zdołał tylko na oddział noworodków zwabić kilku lekarzy, którym wojewoda załatwił mieszkania.

Dyżury na oddziale noworodków od niedawna lekarze pełnili przypadkowo. Na położnictwie dyżur pełnił tylko jeden lekarz, powinno ich zaś być trzech.

Trudno nie wiązać tych faktów ze wskaźnikami umieralności niemowląt. Szpital osiągał pod tym względem jeszcze gorsze wskaźniki niż województwo, a województwo plasowało się na ostatnich miejscach polskiej statystyki. W roku 1982 Włocławek osiągnął rekordowy wskaźnik umieralności niemowląt - 26,6 promile i znalazł się na 49 miejscu w Polsce. Wskaźnik dla całej Polski wynosił wówczas 19,8 promile. W roku 1983 dla całej Polski wskaźnik umieralności niemowląt wynosił 19,3 promile, dla Włocławka 21,2 promile.

Kobiety unikały Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego. I jeśli tylko mogły rodzić dziecko poza nim - wyjeżdżały, nieraz po prostu do izby porodowej na wieś.

Fatalne wskaźniki umieralności niemowląt we Włocławku obarczają szpital tylko w pewnym stopniu. U kobiet w ciąży na tym terenie często występują urazy biochemiczne spowodowane niedotlenieniem wewnątrzmacicznym. Poradnia Matki i Dziecka wiąże to ze szkodliwym wpływem środowiska, które już dawno przestało być naturalne.

Na 120 tys. mieszkańców Włocławka przypada wiele zakładów przemysłowych, m.in. Celuloza, Zakłady Azotowe, Lakiery, Zakłady Koncentratów Spożywczych, Ceramika. Jeśli do tego dodać niską kulturę medyczną ludności i to, że kobiety ciężarne nagminnie unikają lekarzy-porodów z komplikacjami, które się często zdarzają i śmierć niemowląt przestają tak bardzo dziwić.

Włocławek jest po prostu jednym z zaniedbanych, zapyziałych miast polskiej prowincji, które z powodu wewnątrzpartyjnych rozgrywek Gierka nie wiedzieć czemu otrzymało rangę województwa. I mają rację lekarze włocławskiego szpitala, gdy tłumaczą, że wskaźnik umieralności pogarsza się na skutek roli, jaką pełni szpital-opieka nad całym rejonem - roli, do której nie jest przygotowany.

Ale czy to kogoś obchodzi? Czy władza zastanawia się nad tym, że mury szpitali nie są z gumy? Że lekarz naprawdę, choćby stanął na głowie, nie uzdrowi pacjentów, nie mając lekarstw, pielęgniarek, a nawet łóżek szpitalnych, mając natomiast limity oszczędności?

Ministerstwo Zdrowia zaleca by wysokość wypłacanej tzw. premii motywacyjnej dla lekarzy uzależnić od stopnia oszczędzania leków. To są obozowe warunki pracy. Wytwarzają one, niestety, obozową mentalność. Lekarzy i pielęgniarek. Były dyrektor szpitala we Włocławku zapewnia, że do zaleceń Ministerstwa Zdrowia nie stosował się i premie płacił nie zważając na koszty leczenia.

Ale albuminy z butelek nie wylewano. Jakkolwiek żaden prokurator nie ma prawa czynić lekarzom z tego zarzutu, ponieważ oni mają na swe usprawiedliwienie niepodważalny argument, jakim jest brak lekarstwa potrzebnego, aby uratować zdrowie wielu dzieci, to jednak prawdą jest, że postępowano niezgodnie z wymaganiami producenta. I jak się okazało, żadnemu lekarzowi nie wolno tych wymagań zlekceważyć.

Mamy bardzo niewielki wpływ na sytuację istniejącą w polskim lecznictwie. Nie zależy od nas jakość budownictwa szpitalnego ani jego tempo. Nie my eksportujemy lekarstwa i nie my zmniejszamy fundusze na ich import. Ale coś przecież od nas zależy.

Tym czymś jest opieka nad chorym. Opieka w ścisłym, powiedziałbym wąskim tego słowa znaczeniu. Czy lekarz zaordynuje lekarstwo i jakie - zależy wyłącznie od niego. Pomiędzy lekarzem a pacjentem jest przestrzeń. Ciasna, szpitalna ale wolna, nie zakłócona przez nikogo. Nie ma w niej władzy, przepisów, wskaźników, nie ma komunizmu. O tym trzeba pamiętać. Postępować tak, jakby wokół tego komunizmu też nie było. W przeciwnym przypadku tragedie

zdarzać się będą coraz częściej.

Nie wolno na wszystko się zgadzać. Lekarz nie może odmówić choremu pomocy, nawet jeśli nie ma go czym leczyć, nie może odejść z dyżuru, nawet jeśli pełni ten dyżur sam i wie, że dobrze spełnić go nie może. Ale może nie wstrzymać choremu trucizny do żyły, może wyrzucić przeterminowane lekarstwo, może zatrzymać pacjenta dłużej w szpitalu, choćby koszt jego leczenia przekraczał wszelkie limity. Konsekwencją takiego postępowania może być to, że takiego lekarza wyrzucą z pracy pod byle pozorem. Ale przynajmniej nie zawędruje do kryminażu, a sumienie jego będzie spokojne.

Śmierć 8 niemowląt we Włocławku wywołała oburzenie całej prasy. Dziennikarze opłakiwali warunki lecznictwa i sytuację lekarzy. Ale przecież nie lez nam trzeba. Potrzebny jest protest. Przeciwko frontowym warunkom pracy w czasie pokoju. Protestować tzn. postępować tak, jak nakazuje sumienie i medycyna, a nie urzędnicy ministerstwa, którzy nigdy za nic nie ponoszą odpowiedzialności.

Gdyby Ministerstwo Zdrowia zetknęło się masowo z lekarzami, którzy nie ulegają obozowej psychozie strachu przed byle jaką władzą, a ustępują jedynie pod presją jedyne go lęku, który powinien trawić lekarza, a mianowicie lęku o zdrowie i życie pacjenta, stanęłoby w nowej sytuacji. Gdyby odmowa oszczędzania na ludzkim zdrowiu była powszechna, może urzędnicy zajmujący się sporządzaniem budżetów dla służby zdrowia przewidzieliby większy import niezbędnych lekarstw zza granicy, może podjęto by wreszcie sensowną produkcję leków w kraju, choćby tych, które przez lata produkowano, po czym nie wiedzieć czemu zaprzestano.

Lament, który w tej chwili rozlega się w Polsce nad chorym i jego dołą, jest jakowy i władza się nim nie przejmie. Nie miejmy złudzeń, nie przejmie się także śmiercią ośmiorga noworodków. To twardzi ludzie. Jeśli czegoś naprawdę chcą uniknąć, to własnych kłopotów. Postarajmy się, aby je mieli.

Jan Niewczesny

PLINY DO INFUZJI W POLSKIEJ PEDIATRII

Stosowanie płynów w kroplówkach dożylnych jest powszechnie znanym zabiegiem leczniczym, wielokrotnie ratującym życie chorego. I o tym wie każdy laik. Współczesny oddział szpitalny musi więc być na takie leczenie przygotowany, to znaczy odpowiednio wyposażony. Wyposażenie niedostateczne, lub nieodpowiedniej jakości zmniejsza skuteczność leczenia, a także prowadzi do zwiększenia ryzyka, w tym ryzyka zakażenia chorego bezpośrednio drogą dożylną.

Niezbędny jest jednorazowy sprzęt w postaci aparatów do przetoczeń, igieł i strzykawek. Oddziały dziecięce, których pacjenci bywają w wieku od kilku godzin do kilkunastu lat życia, powinny posiadać specjalne infuzyjne aparaty pediatryczne, z możliwością dokładnej regulacji podawania nawet małych ilości płynu przez wiele godzin, a także zestaw igieł i kaniul dożylnych różnej średnicy i długości.

W PRL sprzętu jednorazowego stale brakuje, produkuje się jeden typ igieł metalowych o różnych wymiarach i jeden rodzaj aparatów do przetoczeń. Nie-wielkie ilości sprzętu specjalnie dostosowanego do potrzeb małych dzieci pochodzą z importu lub z darów. Stwarza to liczne utrudnienia w pracy personelu służby zdrowia, a przede wszystkim różne mniejsze i większe zagrożenia dla chorych, w tym ryzyko zakażenia wirusem zapalenia wątroby.

W tym miejscu zajmiemy się jednak głównie zagadnieniem płynów do przetoczeń. Zasadnicze znaczenie dla lecznictwa ma dobór właściwego płynu. Skład i ilość płynu muszą być, innymi słowy, dostosowane do rodzaju schorzenia, do wieku i wagi pacjenta. Najpowszechniej stosuje się glukozę i niektóre elektrolity, zawierające jony sodu, potasu, chloru, wapnia, dwuwęglanowe, a niekiedy fosforanowe i magnezowe. Stężenie glukozy oraz ilość i jakość elektrolitów powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb chorego.

Bardzo ważnym preparatem do przetaczania dożylnych jest albumina ludzka u dzieci stosowana np. w żółtaczkę noworodków, w niektórych typach odwodnienia, w stanach odbiałczenia, w przebiegu choroby wątroby, nerek, rozległych oparzeń i wielu innych. Podaje się ją w ilościach ściśle określonych /obliczanych w gramach albuminy na kilogram ciężaru ciała/ oraz w odpowiednim dla danego przypadku stężeniu /5-10-20%. Nie jest także obojętne, czy preparat zawiera chlorek sodu, czy też jest bezsodowy.

W latach 70-tych zaczęto w Polsce stosować całkowite żywienie dożylnie u tych chorych, którzy z różnych przyczyn przez dłuższy czas nie mogą być odżywiani drogą naturalną. Przed wprowadzeniem tej metody terapii/zapoczątkowano ją w USA/ wielu chorych po prostu ginęło z wyniszczenia. Podstawowe składniki odżywcze, a więc białko, węglowodany, tłuszcze, sole mineralne, mikroelementy i witaminy, są dostarczane w postaci płynów infuzyjnych. Ilość poszczególnych składników podawanych choremu w ciągu doby musi być starannie wyliczona, jakość płynów bardzo wysoka, objętość i szybkość podawania rygorystycznie przestrzegana. Szczególnie ważna jest absolutna aseptyka, gdyż najczęstszym powikłaniem tej metody jest wprowadzenie zakażenia drogą dożylną.

Dla uproszczenia zagadnienia scharakteryzowaliśmy tylko najważniejsze grupy płynów dożylnych, pomijając preparaty krwiopochodne /z wyjątkiem albumin/, płyny krwiozastępcze i kilka innych.

Co oferuje nam w tej dziedzinie pral-owskie zaopatrzenie farmaceutyczne?

Z grupy glukoza-elektrolity mamy do dyspozycji wodny roztwór 5% glukozy w butelkach po 250 i 500 ml, 0,9% chlorek sodu /"sól fizjologiczna"/ w butelkach pojemności j.w. i kilka płynów elektrolitowych, zawierających wodne roztwory głównie chlorku sodu z niewielkim dodatkiem/minimalnym, zwykle niewystarczającym/innych elektrolitów, za to bez glukozy. Ponadto, już w ampulkach, stężony roztwór soli potasu a także dwuwęglanu sodu, preparaty wapnia i magnezu, bardzo rzadko, jedynie na specjalne zamówienie w drodze importu docelowego-preparat fosforu; i wreszcie ampulkowana stężona /20% i 40%/ glukoza. Gotowe płyny w butelkach są stosunkowo drogie. Niekiedy butelki z płynami wykonane są z półmiękkiego plastiku/ a nie ze szkła z gumowym korkiem/. Butelki te, po wkluciu w nie igły przeciekają w miejscu wklucia.

Elementarnym płynem nawadniającym dla dzieci jest roztwór 5 lub 10% glukozy z dodatkiem odpowiedniej ilości chloru sodu. Nie powinno się, z wyjątkiem szczególnych przypadków, podawać "czystej" glukozy lub "czystej" soli fizjologicznej, czy też płynów wieloelektrolitowych bez glukozy. Ponadto warto dodać, że np. noworodek w pierwszych dniach życia może mieć całodobowe zapotrzebowanie na płyny w ilości 100 ml.

Jak z tego przeglądu preparatów widać, przemysł państwowy, a także plan importu nie uwzględniają praktycznie potrzeb dzieci, zwłaszcza najmłodszych.

W praktyce szpitalnej radzimy sobie na kilka sposobów:

1/ Niektóre apteki szpitalne produkują płyny na użytek swoich oddziałów. Jest to najczęściej sól z glukozą, nie zawsze jednak w kilku stężeniach do wyboru. Płyny tak produkowane bywają także w mniejszych /100 ml/ butelkach. Koszt jest niższy, niż w produkcji państwowej, a ponadto unika się masowego wylewania nadmiarów, jak to się dzieje przy zbyt dużych opakowaniach. Wymaga to jednak odpowiednich pomieszczeń, aparatury, personelu, a także właściwej wody wodociągowej /nie każda się nadaje/, lub aparatury do jej oczyszczania z amoniaku. Wyjątkowo jeszcze zdarza się, że duże, dobrze wyposażone apteki wytwarzają preparaty fosforanowe do stosowania dożylnego. Do płynu podstawowego dostrzykuje się odpowiednie ilości innych potrzebnych składników - z ampulek - już w oddziale.

2/ Mając do dyspozycji wymienione dostępne preparaty handlowe - dokonuje się mieszania różnych składników w warunkach oddziałowego pokoju zabiegowego. Zrozumiałe jest, że z każdym kolejnym nakłuciem butelki w celu dostrzyknięcia jakiegoś składnika rośnie ryzyko zakażenia. Ponadto istnieje niebezpieczeństwo indywidualnych pomyłek w wydawaniu i wykonaniu zlecenia. Dla przykładu: mamy do dyspozycji 5% glukozy w butelce 250 ml oraz glukozę i poszczególne elektrolity w ampulkach o różnych stężeniach. Należy przygotować 150 ml kroplówki, składającej się z 10% glukozy, z dodatkiem 3 miliekwiwalentów sodu na każde 100 ml, 3 miliekwiwalentów ^{potasu} na każde 100 ml oraz 6 miliekwiwalentów wapnia na całą kroplówkę. Lekarz oblicza, ile dodać mililitrów 20 lub 40% glukozy i każdego z elektrolitów, aby uzyskać pożądane stężenie. Pielęgniarka wylewa najpierw z butelki nadmiar glukozy, a następnie dostrzykuje po kolei inne składniki. Lekcja arytmetyki.

3/ Używa się fabryczne płyny, takie, jakie aktualnie są w szpitalu, ewentualnie tylko wylewając nadmiar, jeśli są w zbyt dużych objętościach. W konsekwencji chory narażony jest na różne dodatkowe zaburzenia.

Albumina ludzka jest kosztowna i produkowana w kraju w ilościach skanda-

licznie niewystarczających. Trochę importuje się z Zachodu. Zwykle szpital, jeśli w ogóle ma albuminę, dysponuje aktualnie tylko jednym rodzajem opakowań. A więc mogą to być wyłącznie butelki po 50 ml o stężeniu 20%, bez chlorku sodu. Albo tylko po 250 ml, 5%, w soli fizjologicznej itd.

Apteka szpitalna stale ostrzega: proszę oszczędzać albuminy, bo już się kończą, bo w najbliższym czasie nie będzie. Lekarz wie, jakie ma wskazania do podania leku, ale waha się; może tym razem nie jest to konieczne?/np. chory ma marskość wątroby już zaawansowaną - i tak pewnie niedługo umrze, może więc dać mu plazmę, tam też jest białko, choć nie dokładnie takie, jak trzeba.

Wie także, jaką ilość gramów dziecko powinno dostać: np. 3 g, a mamy właśnie butelki albuminy 5% po 250 ml, czyli podamy 60 ml; co zrobić z resztą? Powinno się wylać, bo butelka już nakłuta. Ale w oddziale jeszcze troje dzieci powinno dostać - odpowiednio 80-40-60 ml. Wszystko to są noworodki ze zbyt wysokim poziomem bilirubiny. Apteka nie ma 4 butelek, albo jutro zabraknie dla następnych. Więc dzielimy.

Albo jest dziecko, które musi dostać 100 ml. Inne nie mają typowych wskazań, ale świadomość, że drogocenny lek się zmarnuje, jest silniejsza, niż rygory sztuki: zlecamy jeszcze po trochu dwojgu innym, "bo są takie słabe, niedożywione". Ryzyko zakażenia większe, niż przy glukozie, bo białko jest dobrą pożywką dla bakterii. Tak, to poważny błąd lekarza, ale psychiczna presja zależna od ciągłych braków w zaopatrzeniu, a także od ceny/choć rzadziej, mimo ministerialnych zaleceń premii za obniżanie kosztów leczenia/, robi swoje.

Najważniejsze płyny stosowane w odżywianiu dożylnym pochodzą wyłącznie z zachodu. Są to roztwory aminokwasów i emulsje tłuszczowe. Ta metoda leczenia nie jest powszechnie/choć coraz częściej/ stosowana, gdyż wymaga dużej wiedzy fachowej, nie mówiąc już o organizacji oddziału. Ostatnio w pediatrii trochę się sytuacja poprawiła, bo od dłuższego czasu sprowadza się ten sam preparat, przystosowany dla dzieci i to w niewielkich butelkach. Poprzednio bywały po parę razy w miesiącu najróżniejsze roztwory, o różnym stężeniu, z różnym dodatkiem elektrolitów.

Obecnie sprowadzane nie są idealne, zwłaszcza w naszych warunkach: nie mają "fabrycznego" dodatku glukozy, co pozwoliłoby uniknąć niebezpiecznego mieszania płynów. Różnie jest wciąż z tłuszczami - półlitrowe butelki, a tu dla jednego noworodka potrzeba akurat 10 ml na dobę! Ale bywają też nierzadko opakowania po 100 ml. To już pewien sukces, choć o dużej zamożności kraju świadczyć powinno, że nie sprowadza się zupełnie jeszcze mniejszych.

O glukozie i elektrolitach szkoda mówić: wszystko to się miesza najczęściej w pokojach zabiegowych. Witaminy, jeśli w ogóle bywają/rzadko/, to w ampulkach po 10 ml, dla dorosłych. Ani skład, ani objętość dla dzieci. Noworodek potrzebuje 0,5 ml/dobę. Co z resztą?

Mikroelementów nie ma wcale. Fosforany - rzadko. Całość procedury w prł-owskim wykonaniu, jeśli porównać ją z praktycznymi opisami z każdego zachodniego podręcznika - budzą grozę. A jednak... Zrezygnować? Pomimo wszystko nasze postępowanie uratowało już bardzo wiele istnień ludzkich. Są i niepowodzenia-zakażenia znacznie liczniejsze niż na zachodzie. Czy sztywno stosować rygory sztuki, czy "robić co się da"? Wybraliśmy to drugie. Jest to i heroiczne i zarazem demoralizujące, bo uczymy się na przykładach z życia, że tak często "jakoś się udaje".

Statystycznie - częściej pomagamy, niż szkodziśmy. Moralnie - postępujemy co najmniej dwuznacznie, bo łamiemy zasadę, że nie wolno świadomie narażać chorego na powikłania, których źródła, wiemy to dobrze, sami dostarczamy. Administracyjnie: popełniamy od czasu do czasu przestępstwa: jak się coś na dobre nie uda, to zawsze można nas zamknąć.

Bo Ministerstwo przecież dba o zawodową dyscyplinę - ostatnio - już po wypadkach we Włocławku - nawet rozeszło telefogram /sic!/ o tym, że z jednego opakowania/ampułka, fiolka, butelka/ można lek podawać tylko jednemu choremu.

Emka

PRZEPISY I REALIA

Służba Zdrowia jest jedynie częścią systemu społecznego i administracyjnego - u nas także politycznego. Na tym polu jednak wady systemu organizacyjnego są bezpośrednio odczuwalne przez każdego obywatela, powodują indywidualne i zbiorowe tragedie. Są szczególnie bolesne, gdyż pracownicy służby

zdrowia mają ochraniać zdrowie i ratować życie a nie zabijać.

A tymczasem mamy kolejne tragedie, pożary, zatrucia, śmierć noworodków z powodu przetoczeń itp. Te są znane, a ile jest nie znanych? Przecież nikt nie udowodni, ile dzieci zmarło u nas z powodu zakażeń wewnątrzszpitalnych, ilu ludzi w podeszłym wieku lub inwalidów zmarło w domach opieki społecznej z powodu niedostatecznej opieki.

Lekarze są tego świadomi, choć udowodnić nie potrafią. Oczywiście przypadkowe i wypadkowe tragedie zdarzają się na całym świecie, ale ich nasilenie u nas jest zbyt duże, jeśli mamy aspiracje nazywać się krajem cywilizowanym. W wielu sytuacjach nie można mówić o braku możliwości przewidywania tragedii, częściej o braku możliwości zapobiegnięcia im.

Dlaczego tak się dzieje? Pada często jednoznaczna odpowiedź - winien jest system. Nie zawsze jest jasne, co pod tym jest rozumiane. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę z mechanizmów do tych tragedii prowadzących. Pojęcie "system" jest bezosobowe i jakby usprawiedliwia osoby rzeczywiście za stan ochrony zdrowia w PRL odpowiedzialne.

W systemie "centralizmu demokratycznego" decyzje w najdrobniejszych sprawach zapadają na "szczytach" i drabinką idą do dołu. Niestety odpowiedzialność za nie po tej drabince się nie wspina. Minister i najbliżsi jego współpracownicy decydują o organizacji ochrony zdrowia i jej stanie. Minister Szlachowski w jednym ze swoich wystąpień telewizyjnych jednoznacznie wyjaśnił, że organizacja ochrony zdrowia jest przede wszystkim podporządkowana nie realnym potrzebom lecz "pryncypiom ideologicznym".

Polega to na tworzeniu pozorów rzeczywistej dbałości o sprawę ochrony zdrowia i szerokiej propagandzie tych pozorów. Istnieje wiele "zespołów", "komitetów" i "programów poprawy w zakresie". Również w tym celu powstają, szczególnie w okresie nasilenia objawów niezadowolenia społecznego, propagandowe ośrodki/Centrum Zdrowia Dziecka-Gierek 1970, Centrum Zdrowia Matki-Polki -Jaruzelski 1982/.

W codziennym życiu minister "rządzi papierem". Wydaje znaczne ilości zarządzeń, instrukcji, pism. Mają one na celu ograniczenie możliwości samodzielnych decyzji, są niekiedy bardzo drobiazgowo, ale i nie precyzyjne. Wytwarza się taka sytuacja formalno-prawna, że właściwie w każdym przypadku można kogoś uznać winnym, ale i w każdym można znaleźć tzw. furtkę i usprawiedliwienie. Minister zawsze może stwierdzić, że wydał właściwe zarządzenie, a do tragedii doszło wskutek nie przestrzegania przepisów.

Powstaje więc zalew zarządzeń abstrakcyjnych i nierealnych w stosunku do możliwości wykonawczych, często przepisów nawzajem sprzecznych. W tej sytuacji za błędną organizację i fatalny stan ochrony zdrowia płacą pacjenci, odpowiadają lekarze, a nie odpowiada minister lub nawet lekarz wojewódzki. A teraz kilka przykładów.

Obowiązuje do tej pory instrukcja nr 4 z 1976r. o warunkach produkcji płynów infuzyjnych w aptekach szpitalnych. Wg instrukcji każda seria płynów powinna podlegać szczegółowej kontroli. Jednak dopuszcza się w "szczególnych przypadkach"/chodzi o ograniczenie możliwości przeprowadzenia badań/-wykonywania badań na pyrogenność i kontrolę procesu sterylizacji sporotestem co dziesiątej serii. Nie jest także wyraźnie powiedziane, czy badanie sporotestem jest jednoznaczne z badaniem na sterylność/a być nie powinno/. Daje to możliwość różnej interpretacji przepisów, a także stwarza realne zagrożenie przetoczenia płynów mogących wywołać ostre i groźne reakcje.

Czytając lekturę tej instrukcji łatwo można zauważyć, że znakomita większość aptek szpitalnych nie posiada zgodnych z przepisami warunków do produkcji płynów infuzyjnych i nie powinna tego robić. Z drugiej strony minister "naciska" na zwiększenie produkcji płynów w tych aptekach, gdyż przemysł nie jest w stanie pokryć zapotrzebowania i nie produkuje w ogóle niektórych asortymentów płynów. Decyzji o nieprodukowaniu płynów w aptekach powinny wydać Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne, ale tych decyzji nie ma, no bo trzeba byłoby zamknąć wiele szpitali.

Ale za tragedie minister nie odpowiada. Dało się to wyraźnie zauważyć w wystąpieniu min. Szlachowskiego w TV w dniu 12.09.1985r. Na pytanie dotyczące tragedii we Włocławku odpowiedział, że orzeczenie wyda sąd, ale już można powiedzieć, że stwierdzono wiele zaniedbań ze strony ludzi. Nie wspomniał •

odpowiedzialności własnej.

Inny problem-ochrona przeciwpożarowa.Przepisy wydane 29.02.84r. podporządkowują szpitalnych pracowników ochrony przeciwpożarowej dyrekcji szpitala.Dają im prawo "wnioskowania"o zamknięcie poszczególnych szpitali, czy unieruchomienie urządzeń grożących pożarem, czy też stwarzających inne zagrożenia. Nie mają oni praw decyzji.W sytuacji zależności służbowej i finansowej pracownicy ci nie będą oczywiście chcieli narażać się zbytnio swoim przełożonym.

I znów dysproporcją pomiędzy przepisami a rzeczywistością.Wiele obiektów służby zdrowia pracuje w warunkach urągających podstawowym zasadom ochrony przeciwpożarowej, o czym zresztą wiadomo czynnikom administracyjnym. Oto Szpital Dziecięcy Chirurgii Urazowej w Warszawie przy Al.Jerozolimskich /"Omega"/ czy szpital w Przasnyszu /umieszczony w adoptowanym budynku stacyjnym/.Oba doczekały się już wielu decyzji o zamknięciu z powodu zagrożenia pożarowego, ale pracują nadal w niezmiennych warunkach.

Jedno z ostatnich pism ministra dotyczy podawania i niedzielenia leków w iniekcjach. I tu jest wiele niejasności i niejednoznaczności.Nie jest np. określone, czy z jednego flakonu niektórych preparatów /albuminy 20%, gamma-venia-preparaty cenne, trudno dostępne, często ich brak/ można jednocześnie podać dawki kilku dzieciom /dawki dla noworodków i małych dzieci wynoszą po kilka, kilkanaście mililitrów-opakowanie zawiera od 50 do 250 ml/.

Trudno byłoby wskazać oddział, w którym dla jednego pacjenta z opakowania wzięte by kilkanaście mililitrów, a resztę wylano, nie mając następnego opakowania dla następnego dziecka.Podobnie dzieje się z aminokwasami, tłuszczami itp.Lekarze starają się wykorzystać każdą "odrobinę" tych leków.Często zresztą borykają się z problemem, znając niebezpieczeństwa dla pacjenta takiego podawania leków-co jest większym zagrożeniem: nie podać leku, czy ryzykować jego podanie w sposób niezupełnie prawidłowy.

Działalność organizacyjną?-Oto wyszło rozporządzenie podporządkowujące dyrektorów szpitali klinicznych bezpośrednio ministrowi, on ich mianuje i odwołuje.Wicedyrektorów mianuje rektor.Stawiarza to paradoksalną sytuację dwuwładzy.Kierownicy klinik są podporządkowani rektorowi, a z drugiej strony jako ordynatorzy oddziałów dyrektorowi niezależnemu od rektora.Podobnie jest w instytutach A.M., gdzie dyrektor instytutu jest w służbowej zależności od rektora, a dyrektor szpitala od ministra.

Przy braku precyzyjnego rozdziału kompetencji, szczególnie przy/dość często/ powstałych nieporozumieniach ambicjonalnych, stwarza to sytuację dezorganizującą pracę.Wydaje się, że ten przepis został wydany celem uzyskania, prócz nowej ustawy o szkolnictwie wyższym, niezależnej od rektorów kontroli nad profesorami w akademiach medycznych.

Zakres zainteresowań legislacyjnych ministra jest bardzo szeroki.Oto następne przykłady:"Instruuje" w wytycznych dotyczących sanatoriów dziecięcych /Dz.Urz.Min.Zdr.i O.S.nr 9 z 1984/, że..."produkty spożywcze dla małych dzieci muszą być lekkostrawne, bogate w pełnowartościowe białko, wapń... jak mleko, biały ser, chude mięso oraz delikatne warzywa i owoce"... dalej: "Najbardziej odpowiednią techniką przyrządzania potraw dla dzieci jest ich gotowanie i duszenie"...Jest to prawda, ale można postawić pytanie, kim są organizatorzy i pracownicy sanatoriów, że takie prawdy muszą być podawane w Dzienniku Urzędowym, lub-kim jest podpisujący te instrukcje...

A oto pismo podsekretarza stanu w Min.Zdr.i O.S.-Leszka Krysta/profesora i kierownika kliniki w warszawskiej AM/, skierowane do dyrektorów i rektorów AM w dniu 3.12.1984r., w którym zwraca się..."o wzmożenie nadzoru nad działalnością pozazawodową pracowników ze szczególnym uwzględnieniem ich zachowań i postaw społeczno-politycznych w miejscach pracy.W przypadku zaistnienia incydentów o społecznie i politycznie szkodliwym wydźwięku-zalecam podejmowanie niezwłocznych i kategorycznych działań i wyciąganie konsekwencji służbowych bądź dyscyplinarnych...Jednocześnie oczekuję przekazania w trybie natychmiastowym informacji o tego rodzaju przypadkach..."Chyba można to odczytać jako odciążenie i pomoc dla innych resortów...

Parę refleksji na tematy organizacyjne.W krajach demokratycznych istnieją różne formy.Od w pełni społecznej, a właściwie państwowej służby zdrowia w Szwecji/ale i tam już pojawiają się krytyczne głosy i tendencje do przynajmniej częściowej reprivatyzacji, przy zachowaniu systemu ubezpieczeń i szeroko-

kiej dostępności/ po wielość form w Holandii, Francji czy Stanach Zjednoczonych. Nigdzie nie ma idealnego systemu, ale wszędzie jest on zmieniany i udoskonalany. W wymiarze rzeczywistym, a nie ideologicznym poziom opieki zdrowotnej i w tych krajach jest daleko wyższy od naszego.

Świadczą o tym wskaźniki umieralności niemowląt, przeciętna życia, wskaźniki zapadalności na gruźlicę, wykrywalność nowotworów itp. My natomiast mamy przewagę w ilości specjalności medycznych i specjalistów. Mamy wielu specjalistów II stopnia z organizacji ochrony zdrowia, katedry, a chyba i instytut. Sądzę, że znakomita większość urzędników z dyplomem lekarza posiada tę specjalizację, jest to chyba jeden z powodów braku lekarzy w Polsce.

Działła w szkołach szeroko rozbudowany pion higieny szkolnej zatrudniający pediatrów. Praca ich polega na badaniach okresowych, bilansach zdrowia, dhanu o stan sanitarny szkół, udziale w układaniu planu zajęć itp. Wydaje się, że większości tych funkcji nie muszą wykonywać lekarze, a z badań okresowych i bilansów zdrowia niewiele wynika poza wspaniałymi statystykami i skierowaniami na badania specjalistyczne czy gimnastykę korekcyjną. Często jest to dublowanie pracy lekarzy rejonowych, a w innej dziedzinie występują braki.

W tej sytuacji ani lekarz rejonowy, ani lekarz szkolny nie jest w pełni zorientowany co do stanu zdrowia ucznia. Rolę tę spełniłby chyba najlepiej lekarz pediatra z poradni, dysponujący jednak większą ilością czasu czy lekarz domowy.

Podobnie działła przemysłowa służba zdrowia, też rozbudowana i też mało efektywna. Tutaj odgrywa dużą rolę fakt, że pracownicy przemysłowej służby zdrowia są uzależnieni finansowo od dyrekcji zakładu. Ma to wpływ na brak efektów w ich pracy w odniesieniu do warunków pracy i opiekę nad pacjentami. Szczególnie uzależnienie np. premii od ilości i długości wydawanych zwolnień jest groźne w odległych skutkach. Zawód lekarza w PRL przestał być zawodem wolnym.

W roku 1981 "Życie Warszawy" z dnia 2 kwietnia opublikowało raport DiP-u wykazujący pogarszającą się sytuację zdrowotną w Polsce. Tendencje te mają ciąg dalszy, co wynika z lektury rocznika statystycznego z roku 1984/obejmującego dane do 1983r./ . Nadal wzrastają wskaźniki zgonów wśród ludzi młodych, wzrasta liczba zgonów na 100.000 ludności/ 1970-813,3; 1980-984,4 i -uwaga! 1981-916; 1982-924,4; 1983-955,4/. O stanie zdrowia świadczy także wskaźnik dni niezdolności do pracy z powodu chorób zawodowych na 100 zatrudnionych: 1970-13014; 1980-1767,5; 1981-1602,3; 1982-1949,3; 1983-1865.

Pan minister w cytowanym już wystąpieniu w TV mówił o pełnym zabezpieczeniu finansowym na służbę zdrowia/w złotówkach/ i o tym, ile łóżek oddano do użytku. Nie wspomniał jednak, jakie są możliwości wykorzystania tych pieniędzy /brak tzw. mocy przerobowych/, ile jest nierozpoczętych budowli od dawna planowanych, ile budowli przeciąga się latami, a także, ile łóżek jest wyłączonych z użytkowania wskutek tzw. remontów bieżących, awarii, "okresowego czyszczenia oddziałów" a wynikającego z braku personelu pielęgniarskiego.

Te dane są niedostępne lub nieuchwytnie, ale w poważny sposób zmniejszają liczbę rzeczywistych łóżek szpitalnych. Wzrost liczby lekarzy jest i będzie nieefektywny, o ile czas pracy nie będzie lepiej wykorzystany poprzez zwiększenie personelu pomocniczego -biurowego/ważne byłoby zmniejszenie ilości wydawanych zaświadczeń na każdą niemal okazję, nie ograniczanie czasu zwolnień, nie ograniczanie ilości zapisywanych leków itp./.

Istotna byłaby znaczna poprawa w odniesieniu do zaplecza laboratoryjnego i diagnostycznego dla podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawy płacowe także determinują wiele braków w służbie zdrowia. Lekarze nie mają wyboru i muszą w resorcie zdrowia pracować, ale pielęgniarki odchodzą od zawodu do prac lepiej płatnych, a już pracownicy techniczni w ogóle nie chcą podejmować pracy w służbie zdrowia - odczuwa się duży ich brak i niski poziom zatrudnionych. Nadal średnia płaca w służbie zdrowia jest poniżej średniej krajowej.

Raport DiP-u udawadnia, że winę za zły stan opieki zdrowotnej ponosi struktura i organizacja służby zdrowia i stwierdza, że "system opieki zdrowotnej pozostał nadal piramidą stojącą do góry podstawą i w tej wielce niewygodnej pozycji trwa do dzisiaj..." My możemy dodać, że trwa do dzisiaj - do 1985 roku. i nie widać perspektyw zmiany tej pozycji.

W cytowanym wystąpieniu telewizyjnym min. Szelachowski kilkakrotnie wspominał o "odbudowaniu" służby zdrowia, nie powiedział jednak, kto jest

odpowiedzialny za jej zniszczenie. ani nie skomentował faktu konieczności "odbudowania" jej w 40 lat po wojnie. Natomiast metody jej "odbudowy" nie różnią się w istotny sposób od działań wcześniejszych.

Dokóci fakt, że już "w kilku przychodniach" utrzymał się "wolny wybór" lekarza ma świadczyć, że "idzie nowe", dopóki organizatorzy służby zdrowia nie przeprowadzą "reformy gospodarczej" w swoim myśleniu, dopóki "pryncypia ustrojowe" będą decydowały o kształcie służby zdrowia, a nie realne potrzeby i możliwości, dopóki stan zdrowia ludności i stan organizacyjny służby zdrowia nie ulegnie poprawie, a będzie się stale pogarszał.

Te uwagi nie mają na celu zdjęcia odpowiedzialności z pracowników służby zdrowia, a szczególnie lekarzy. Musi istnieć świadomość, że nawet ten system i taka "organizacja" nie zwalnia nas z przysięgi hipokratesowej, z "bycia człowiekiem". Zbyt często przyjęło się nawet w sytuacjach wyraźnie zależnych od postawy człowieka stwierdzać: "Nic nie mogę w tym systemie zrobić". Ostatnie lata wyraźnie zaprzeczyły takim twierdzeniom.

Są one najczęściej samousprawiedliwianiem braku własnego zaangażowania, niedouczenia, lenistwa, konformizmu, czasem rezygnacji. Niedawno w jednym z wywiadów w prasie znalazło się stwierdzenie pani profesor pediatrii, że dzisiaj już nie czasy Judymów. Jest to znów półprawda, smutnie brzmiąca w ustach lekarza pediatry, nauczyciela akademickiego.

Prawdą jest, że dzisiaj lekarz sam, bez zaplecza organizacyjnego, pracowni, aparatów itp. niewiele może zrobić. Judym to nie tylko praca samemu, ale także zaangażowanie w sprawy ludzkie, społeczne. Każdego lekarza obowiązuje nadal humanizm, choć trochę "społecznikowstwa" - i to jest ciąg dalszy prawdy. Szczególnie w systemie "realnego socjalizmu" ludziom potrzebny jest kontakt z człowiekiem, a nie urzędnikiem. Tym człowiekiem powinien pozostać każdy lekarz, każdy pracownik ochrony zdrowia.

PRZED WYBORAMI DO SEJMU

Doświadczenia 40 ubiegłych lat, a w szczególności ostatniej kadencji wykazały najdobitniej, jak dalece ten "parlament" jest zbiorowiskiem ludzi posłusznych każdemu poleceniu władz. Nie zmieniły tego nawet słuszne nieraz piękne przemówienia takich ludzi jak posłowie: Małcużyński, Bukowski czy Osmańczyk. Nie mogły na nic wpłynąć pojedyncze ręce podniesione "przeciw" wobec zgodnej maszyny do głosowania "za".

Obecna lista kandydatów do sejmu nie pozostawia nikomu już żadnych złudzeń, co do oblicza "nowego" sejmu.

Jedyną drogą do zaakceptowania naszego stosunku do tego rodzaju sejmu jest bojkot wyborów.

Pamiętajmy wszyscy, iż biorąc udział w głosowaniu popieramy oszczędności w służbie zdrowia, walące się brudne szpitale, brak leków, całkowite ograniczenie samorządności uczelni, nieludzkie prawo karne, nomenklaturę, a więc stajemy się odpowiedzialni za wszystko zło. W dodatku uczestnicząc w farsie będziemy po prostu śmieszni.

Nie głosując nie ryzykujemy niczego, a możemy okazać, iż nie godzimy się ze złem i jesteśmy nadal solidarni.

WYBIERZMY WOLNOŚĆ.

Spółeczna Komisja Zdrowia

Kwartalnik Społecznej Komisji Zdrowia

Druk: Terenowy Komitet Oporu "Solidarność"

Cena 30 zł.